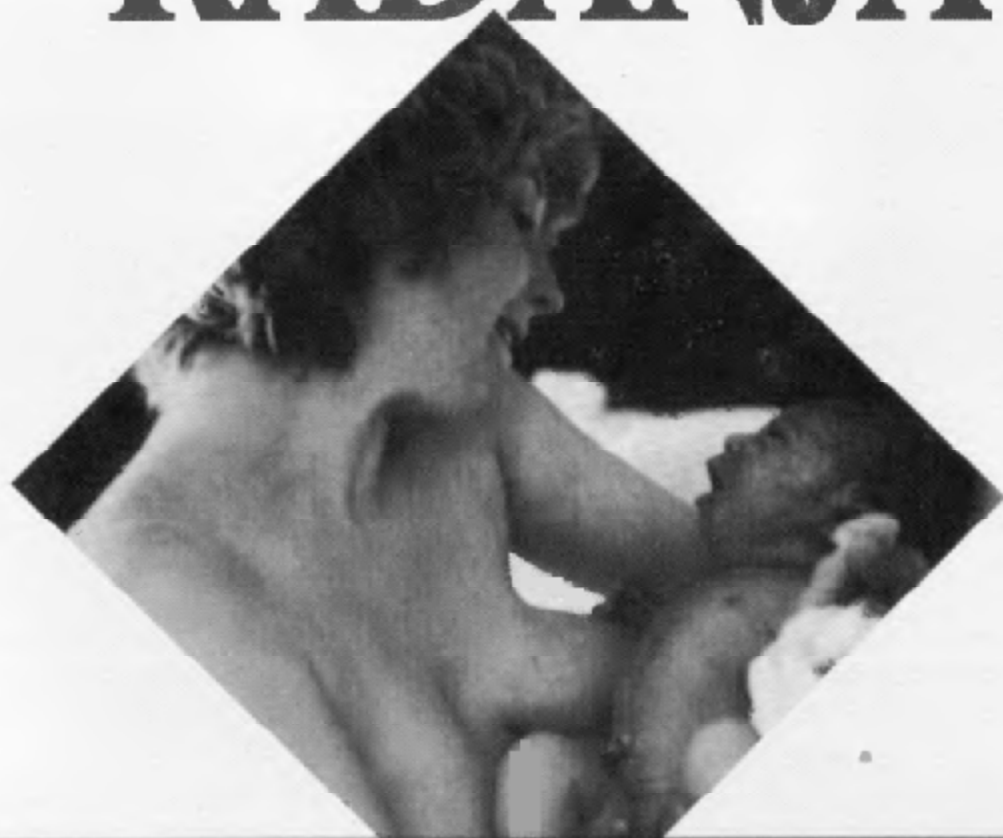


PREPOROD RAĐANJA



DR. MICHEL ODENT

pohvale preporodu rađanja

"Vužna je stvar kod Michela Odenta da je spreman učiti od samih žena... Riječ je o liječniku koji radi u bolnici kao dio službenog medicinskog sustava i koji pokazuje da porod može biti onakvim kakvim ga žene žele."

Sheila Kitzinger, autorica knjige *The Complete Book of Pregnancy and Childbirth*

"Bitna i nadahnjujuća knjiga za roditelje i profesionalce... Preporod rađanja nam pokazuje put k budućoj brizi za majke i bebe."

Marshall Klaus, dr. med. autor knjige *Bonding and Care of the High-Risk Infant*

"Ova knjiga je ništa manje nego pokušaj revolucioniranja porođajne prakse i inzistiranja na novim standardima skrbi."

The Women's Review of Books

"Michel Odent je vizionar, dubok u svojoj jednostavnosti. Uz pomoć njegove hrabrosti i poniznosti stvoreno je bolničko okruženje u kojem žene rađaju u potpunoj slobodi. Nadahnjujuća poruka knjige Preporod rađanja, zajedno s Odentovim modelom rođilišta, potpalit će vatre promjene u porodništvu."

Elizabeth Noble, autorica knjige *Childbirth with Insight i Essential Exercises for the Childbearing Years*

"Diraljiva i nadahnjujuća, vrijedna za sve profesionalce koji se bave porodništvom, knjiga dr. Michela Odenta Preporod rađanja velik je doprinos ponovnom otkrivanju rađanja kao prirodnog dijela življenja."

David Banta, dr. med., M.P.H. zamjenik direktora zdravstvene organizacije Pan-American, WHO

"Preporod rađanja je divna knjiga koja živo opisuje ambijent i filozofiju jednog od najnaprednijih i najprogresivnijih rođilišta u zapadnom svijetu."

Murray Enkin, dr. med., profesor ob/gyn na McMaster univerzitetu, Ontario

preporod rađanja

predgovor Cathy Daub, direktorice korporacije "Birth works"
novi uvod Michela Odenta

preporod rađanja

Dr. Michel Odent

Naslov izvornika "Birth Reborn" (drugo izdanje)
by Michel Odent

Copyright © 1994 by Michel Odent, London, England. All rights reserved.
First edition copyright © 1984 by Random House, Inc.

Copyright © Croatian edition "OSTVARENJE" d.o.o. 2000

Nakladnik:

"OSTVARENJE" d.o.o. Đalskog 84, Zagreb
Tel/fax: (+385) 1/ 2436-310, 2436-311
Email: viramarga@tantra-klub.crolink.net
Internet stranica: <http://tantra-klub.crolink.net>

Preveo: Davor Stančić

Lektura: Antun Vujičić

Priprema: "OSTVARENJE" d.o.o

Tisak: "HERMES IZDAVAŠTVO" d.o.o

Tiskano: Srpnja 2000. u Zagrebu

ISBN 953-6827-03-4

preporod rađanja | iv

mojoj majci za njen osamdesetosmi rodendan

pohvale preporodu rađanja

"Važna je stvar kod Michela Odenta da je spreman učiti od samih žena... Riječ je o liječniku koji radi u bolnici kao dio službenog medicinskog sustava i koji pokazuje da porod može biti onakvim kakvim ga žene žele."

Sheila Kitzinger, autorica knjige *The Complete Book of Pregnancy and Childbirth*

"Bitna i nadahnjujuća knjiga za roditelje i profesionalce... *Preporod rađanja* nam pokazuje put k budućoj brizi za majke i bebe."

Marshall Klaus, dr. med., autor knjige *Bonding and Care of the High-Risk Infant*

"Ova knjiga je ništa manje nego pokušaj revolucioniranja porođajne prakse i inzistiranja na novim standardima skrbi."

The Women's Review of Books

"Michel Odent je vizionar, dubok u svojoj jednostavnosti. Uz pomoć njegove hrabrosti i poniznosti stvoreno je bolničko okruženje u kojem žene rađaju u potpunoj slobodi. Nadahnjujuća

poruka knjige *Preporod rađanja*, zajedno s Odentovim modelom rodilišta, potpalit će vatre promjene u porodništvu."

Elizabeth Noble, autorica knjige *Childbirth with Insight: 1 Essential Exercises for the Childbearing Years*

"Dirljiva i nadahnjujuća, vrijedna za sve profesionalce koji se bave porodništvom, knjiga dr. Michela Odenta *Preporod rađanja* veliki je doprinos ponovnom otkrivanju rađanja kao prirodnog dijela življenja."

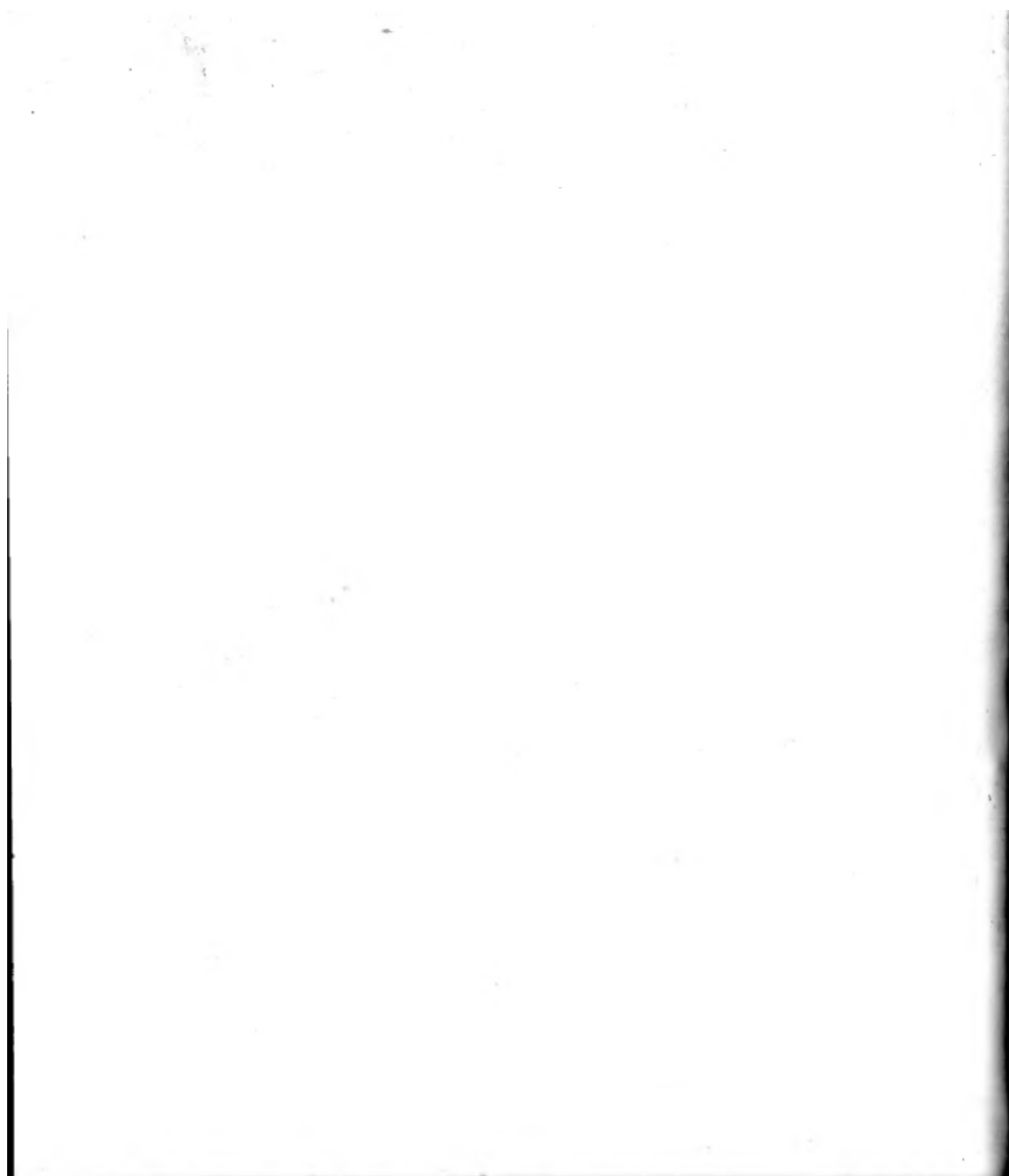
David Banta, dr. med., M.P.H., zamjenik direktora zdravstvene organizacije Pan-American, WHO

"*Preporod rađanja* je divna knjiga koja živo opisuje ambijent i filozofiju jednog od najnaprednijih i najprogresivnijih rodilišta u zapadnom svijetu."

Murray Enkin, dr. med., profesor ob/gyn na McMaster univerzitetu, Ontario

Sadržaj

predgovor	vii
uvod	xii
Pithiviers	1
prije	19
pomaganje porodilji	37
prvi sat i nakon njega	59
antiopstetricija	91
preporod rađanja	113
bilješke	119



predgovor

U svojoj knjizi *Hope for the Flowers*, Tri-na Paulus opisuje gusjenicu Stripe koja tra-ga za svojim istinskim identitetom. Pokušava se popeti na vrh golemog stupa prekrivenog migoljećim gusjenicama koje su se gurale i plazile jedna preko druge pokušavajući se domoći vrha. Putem pita ostale znaju li što se dešava, ali nitko nema vremena objašnja-vati; sve su u žurbi da stignu do vrha. Pita što ima na vrhu i kažu joj da to nitko ne zna, ali mora da je nešto dobro jer sve ju-re tamo. Putem gura i plazi preko drugih

gusjenica i vidi bol na njihovim licima. Također sreće gusjenicu, Yellow koja je pokušava uvjeriti da s njom siđe, jer penja-nje i povrijeđivanje drugih da bi pronašle što je na vrhu, nije aktivnost u koju bi ona mogla vjerovati. Instinktivno, ona zna da je penjanje krivi put da se dođe do vrha. Umje-sto toga, odabire spuštanje sa stupa i suočavanje sa svojim strahovima ulaznja u čahuru, znajući da više nikada ne može biti gusjenica. Kao posljedica toga preobražava se u prelijepog leptira.

S druge strane, Stripe nastavlja pokušavati i po drugi puta se penje na stup. Putem prepoznaje Yellow koja leti pored stupa i iznenada shvati da se vrh ne dosiže penjanjem. Odlučuje sići sa stupa i usput pokušava svima reći da gore nema ničega. Ali gusjenice ne slušaju. Pokušava im reći što je naučila, ali one su suviše zaokupljene uspinjanjem na vrh. Međutim, ona zna što treba učiniti. Zatvara se u čahuru i pretvara se u leptira.

Michel Odent, na više načina, predstavlja našu nadu. Početno, kao opstetričar, također se pokušavao popeti na vrh koristeći sve suvremene tehnološke postupke. Ali negdje, putem, shvatio je da čini više štete nego dobra. Odlučio je sići sa stupa tehnologije i vjerovati u prirodni proces rađanja. Shvatio je da su žene, kada im se daje privatnost i sloboda da se tijekom trudova kreću uokolo kako žele, sposobne ući u svoju vlastitu "čahuru" ili "drugi planet", kako to Michel opisuje, i stvarno se "pustiti" da rode svoje dijete. Počeo je vidjeti rođenje kao priliku za osobnu preobrazbu.

Za Michela Odenta, izazov je, a to je izazov svih koji podučavaju rađanje, kako uvjeriti žene da se spuste sa stupa tehnologije i počnu vjerovati u sebe i svoju vlastitu sposobnost da rode bez rutinske uporabe tehnologije. Isuviše mnogo budućih roditelja i porodničara nastavljaju se penjati uz stup,

ne znajući što je na vrhu, kakvi će biti trudovi, ali vjerujući da je dobro prihvatiti tehnologiju, jer je svi drugi koriste i stoga mora da je tako sigurnije. Michel Odent pokušava uvjeriti porodničare da će zadržavanje na stupu tehnologije u većini slučajeva samo uzrokovati više patnje. Ali malo tko ga sluša. Primjer je elektroničko praćenje fetusa. Većina medicinskih ispitivanja ne podupire njegovu rutinsku uporabu, a ipak se rutinski nastavlja koristiti imajući za posljedicu povećanu stopu carskih rezova, ali bez poboljšanog ishoda za fetus.

U procesu penjanja na vrh, korištenjem sve više i više tehnologije, mnogi su praktičari zaboravili ili možda nisu nikad shvatili najvažniji vid rađanja... da je ženina vjera u vlastito tijelo to što joj pomaže da se opusti, pusti i rodi. U tom smislu, Michel Odent pomaže preporodu rađanja. Rađanje je drevni proces koji zahtijeva uplitanje samo u nekim slučajevima; ako se ženi omogući privatnost, ljubav i podrška, ako je se okruži osobama koje mogu oslušnuti njene potrebe, onda će ona moći biti u dodiru s instinktivnim i primitivnim dijelom mozga koji već zna kako roditi. Tada može dopustiti svojem tijelu da je vodi kroz porod.

Michel Odent je vizionar, humanist, istraživač i zagovornik pozitivnih životnih iskustava. Uz to on je opstetričar, primalja u kućnim porodima i pisac. Napisao je niz

knjiga: *Preporod rađanja, Voda i seksualnost, Primarno zdravlje i Priroda rađanja i dojenja*. Mnogi koncepti koje je promovirao u svom prvom izdanju knjige *Preporod rađanja* osamdesetih godina, tada su se smatrali provokativnim i avangardnim, a sada su prihvaćeni kao pravilo. U svojoj klinici u Pithiviersu, u Francuskoj, zapanjio je svijet opstetričara sedamdesetih i osamdesetih godina svojim tehnikama potpore tijekom trudova i poroda. Korištenje vode tijekom trudova u kombinaciji s niskom stopom carskih rezova, smanjenim slučajevima epiziotomije i pozitivnim rezultatima za majke i novorođenčad stvorilo je od njega popularnog govornika za medicinske grupe i javnost. On nastavlja držati predavanja širom svijeta učeći nas kako rađanje treba preporoditi - da se trebamo manje brinuti o

penjanju na vrh i umjesto toga da se ne trebamo plašiti ući u sebe i učiti iz onoga što je već tamo. Ima mnogo ljudi koji neće od prve čuti ovu poruku, ali s vremenom i uz strpljenje - jer će sve veći broj žena naučiti da se voli i da vjeruje u sebe - doći će do transformacije načina na koji žene rađaju.

- *Cathy Daub*

Dizajner i direktorica korporacije "Birth Works"

* Radi više informacija o "Birth Works", inovativnom, obrazovnom, nacionalnom programu glede poroda i programu za obrazovanje odgovarajućih učitelja, pišite na adresu:

Birth Works, P.O. Box 2045, Medford, NJ 08055.

uvod

Drugo izdanje nerevidirano i neprošireno

Može se pitati zašto ovo drugo izdanje *Preporoda rađanja* nije revidirano i prošireno? Odgovor je jednostavan. Želio sam naglasiti to što je bilo moguće u određenom povijesnom trenutku porodništva (tijekom sedamdesetih i osamdesetih godina), u određenom okruženju - u francuskoj državnoj bolnici. Stoga moj cilj nije da preinačujem

izvorni tekst već da ga nanovo uvedem u kontekstu devedesetih godina.

Ušli smo u drugu fazu u povijesti rađanja i moj je život krenuo novim smjerom. U vrijeme kada je *Preporod rađanja* prvobitno objavljen, porodništvo nije bilo znanstveno. Opstetrička praksa se zasnivala na vjerovanjima i doktrinama. Bilo je uobičajeno uodi-

ti nove postupke prije nego bi se provele znanstvene procjene i implikacije. Dominiralo je vjerovanje da je tijekom trudova sigurnije neprekidno promatrati bebin srčani ritam elektronskim aparatom nego ga provjeravati povremeno. Bila je prisutna doktrina da je jedini način za uspješnije rađanje uvođenje sve razrađenije elektronske opreme u sve veće bolničke ustanove. *Preporod rađanja* je bio izazov dominantnim doktrinama vrhunca elektronske ere.

Ondak je porodništvo postalo znanstvenije. Brojna istraživanja su pokušala ocijeniti efekte elektronskog okruženja na proces rađanja, na prvi kontakt majke i bebe i na početak dojenja. Da bi se to postiglo, uspoređivale su se skupine žena koje su rađale uz elektronsko promatranje sa sličnim skupinama koje su rađale uz povremenu auskultaciju. Bez obzira kakvi su bili detalji protokola ophođenja pomoćnog osoblja pri rađanju, bez obzira o kojoj vrsti populacije se radilo (majkama visokog rizika, majkama niskog rizika, općoj, Australiji, Americi, Europi), postalo je jasno da je opće povećanje stope intervencija, jedini postojani i značajni efekt elektronskog okruženja na statistiku rađanja, a posebice povećanje broja carskog reza. Određeni postupak je stvarno opasan ako je njegov glavni statistički efekt povećanje stope intervencija. Na ovom stupnju povijesti rađanja, popis istraživanja koja demon-

striraju opasnosti elektronskog praćenja fetusa je bitan dokument.¹⁻¹⁰ Ne samo da su svi glavni eminentni medicinski časopisi objavili takva istraživanja, već se njihova važnost naglašava i dodatnim komentarom urednika. Na primjer, 1990. god., *New England Journal of Medicine* objavio je uvodni članak pod naslovom "Unutarnje praćenje fetusa - razočaravajuća priča".¹¹ Zaključak je bio jasan: "Nesreća je što nisu bila provedena kontrolna ispitivanja prije nego se ta tehnologija počela univerzalno primjenjivati."

Bilo koji pregled eminentne medicinske literature navodi nas na zaključak da je sada opće prihvaćeno odbaciti elektronsko praćenje fetusa i koristiti tako oslobođena financijska sredstva na drugi način. Međutim, još uvijek postoje "nevjerni Tome" koji pokušavaju produljiti elektronsko doba. Na primjer, neki to čine zamjenjujući vizualnu analizu podataka kompjutoriziranom analizom,¹² drugi ispitujući bebin elektrokardiogram umjesto samo srčanog ritma,¹³ a treći koristeći nove tehnologije kao što su spektroskopija u području blizu infracrvene. Niti jedan od tih pokušaja nije bio uspješan.

Sada je jasno da elektronsko okruženje nije neutralno. Moramo prihvatiti da smo sisavci i da svi sisavci, dok rađaju, imaju neku posebnu strategiju skrivanja. Na primjer štakori, koji su tijekom noći aktivni, rađaju tijekom dana. Majčini fiziološki procesi se mi-

jenjaju ako se osjeća promatranom, čak ako je to i putem aparata. *Sada je cilj pripremiti se za postelektronsko doba.*

Nastupanje postelektronskog doba moglo bi se ubrzati devedesetih godina novom generacijom istraživanja koja ispituju dugotrajne posljedice mnogih intervencija kojima se žene podvrgavaju u razdoblju oko poroda. To su nova istraživanja. Oni koji su izravno povezani s rađanjem morat će uzeti u obzir stavove istraživača koji izravno nisu povezani s porodom.

Rad Šveđanina Bertila Jacobsona predstavnik je te nove generacije istraživanja. On je ispitivao ovisnost o drogama u maloljetnika i odraslih u odnosu na lijekove koje je ispitanikova majka primala tijekom trudova. Glavni je nalaz bio da je, ako je majka tijekom trudova primala lijekove (kao što su morfin, demerol, barbiturati, dušični oksid, vjerojatnije da će njeno dijete kasnije u životu postati ovisno o drogama, nego njegovi vršnjaci čije su majke imale trudove bez lijekova.¹⁴

Dakle, ovo drugo izdanje *Preporoda rađanja* objavljuje se u prijelaznom razdoblju koje se odlikuje nikad prije viđenim razmišljanjem između činjenica koje se navlaiko objavljuju u medicinskim časopisima i duboko ukorijenjenih vjerovanja koja još uvijek upravljaju svakodnevnim stavovima.

Ono se pojavljuje u vrijeme kada i ja sam ulazim u novu fazu svojega života. Kao što sam i predosjećao pri kraju prvoga izdanja ove knjige, prestao sam raditi kao opstetričar, to jest, kao liječnik koji se bavi komplikacijama u trudnoći i porodu. Ali nisam napustio područje porođaja.

U London sam se preselio 1985. god. i tamo su me trudnice koje nisu mogle pronaći primalju za porod kod kuće počele tražiti. Tako sam ušao u pokret kućnog porođanja. To je bio izazovan način da unaprijedim svoje razumijevanje djelovanja okruženja na proces porođanja i prvog kontakta između majke i bebe. Iako sam još uvijek, kao i prije, uvjeren da muško primaljstvo nema budućnosti, moje iskustvo tisuća normalnih poroda u ovom prijelaznom razdoblju prevaže nad nedostacima moje muškosti. Također uživam prednosti svojih godina. Nikada neću biti "bakica", ali sam zato "djed".

Također sam, u Londonu, stvorio istraživačku jedinicu pod nazivom Centar za istraživanje primarnog zdravlja, s ciljem ispitivanja povezanosti između "primarnog perioda" i onoga što nam se dešava kasnije u životu.¹⁵ Primarni period obuhvaća život u maternici, period oko rođenja i prvu godinu nakon rođenja. U ovom centru skupljamo ispitivanja iz cijeloga svijeta koja su razbacana po različitim medicinskim i znanstve-

nim časopisima, a spadaju u okvir referenci istraživanja primarnoga zdravlja. Taj je materijal sakupljen u periodična pisma. Također provodimo svoja vlastita istraživanja. Jedno se takvo ispitivanje bavi skupinom žena koje su se hranile velikom količinom morske ribe. Do sada se veoma malo istraživača zanimalo time što trudnice jedu. Njihova ispitivanja bila su usmjerena na proteine i kalorije. U stvarnosti, glavna razlika u ishrani žena je ravnoteža između različitih obitelji masnoća. Trebamo držati na umu da je razvoj mozga - kada se radi o ljudskim bićima - značajno pitanje, i da mozak fetusa napreduje zahvaljujući određenim obiteljima masnih kiselina kojima hrana iz mora obiluje.

Moj raspored u Londonu je fleksibilniji od onoga kada sam bio zadužen za rodilište u Francuskoj, tako da lakše mogu prihvatiti pozive za predavanja. Sada putujem u mnoge zemlje svijeta što proširuje moje razumijevanje uticaja okruženja na proces rađanja.

Upravo u tom kontekstu osjećam se sposobnim, u *retrospektivi*, uočiti *razliku između onoga što je stvarno bilo bitno* u velikim promjenama koje smo uveli u Pithiviersu sedamdesetih i osamdesetih godina i onoga što je jednostavno bio rezultat prolazne mode, povezane s posve lokalnim uvjetima.

Gledajući sada unatrag, smatram da je relativni broj primalja uposlenih u bolnici u Pithiviersu, u usporedbi s brojem opstetričara, bio od prvenstvene važnosti. Između 1977. i 1985. god. bilo je šest primalja i jedan opstetričar (ja) s oko 1.000 poroda godišnje. Kada uspoređujem različite zemlje, različite gradove ili različite bolnice, nalazim da je visoki omjer primalja prema opstetričarima preduvjet za dobar ishod i niski stupanj intervencija.

To je tako čak i u SAD-u, zemlji gdje je stopa carskih rezova na visokoj razini od 23 posto. Godine 1992. proveo sam tri dana u općoj bolnici Basset u Coperstowu (država New York). Svake godine se tamo rađa oko 700 beba. Stopa carskih rezova je 1988. god. bila 28 posto. Tada su opstetričari odlučili uvesti ekipu "diplomiranih primalja" i dali im veliku autonomnost. Stopa carskih rezova je pala na 11 posto. Rodilište u sjevernocentralnoj bolnici u Bronxu, jednoj njujorkškoj gradskoj bolnici za siromašno lokalno stanovništvo, također je održavalo stopu carskih rezova na oko 11 posto kod opće populacije socijalno prikraćenih žena. U tom rodilištu, u kojem ima više od 3.000 poroda godišnje, 85 posto poroda prate primalje. Stopa smrtnosti novorođenčadi je 3,5 na 1.000 djece teških preko 1.000 grama, što je nevjerojatno malo s obzirom na ogroman broj "rizičnih" majki

Druga važna inovacija u Pithiviersu koju vidim u retrospektivi je to što smo majkama koje su rađale osigurali mnoštvo prilika da se tijekom trudnoće upoznaju s rođilištem. Dobar primjer toga su naše seanse pjevanja. K tome, mala rađaonica je bio drugi važan detalj. Lakše je imati osjećaj privatnosti u maloj sobi, osobito ako je svjetlo prigušeno. Svjesniji sam važnosti veličine sobe nakon iskustva kućnih poroda, gdje se često sve pripremilo za rođenje bebe na jednom mjestu (na primjer, madrac na podu u sredini sobe) ali je beba konačno rođena negdje drugdje... a "drugdje" je uvijek bio neki mali prostor. Sada sam svjesniji toga što ne valja u dizajnu rađaonica u mnogim bolnicama ili rođilištima, za koje se pretpostavlja da su "domaće", ali su obično, zapravo, velike sobe nalik hotelskim, umjesto da su skrovi-ta gnijezda.

U retrospektivi također možemo razmatrati korištenje vode tijekom trudova kao jedne od karakteristično pozitivnih promjena koje su se odigrale u Pithiviersu. U vrijeme kada je izvorno objavljen *Preporod rađanja*, Pithiviers je bila jedina bolnica u svijetu koja je imala bazen za rađanje.¹⁶ Sada postoje porodnički bazeni u desecima britanskih bolnica, uključujući nekoliko prestižnih edukativnih ustanova. Na nesreću, senzacionalizam rađanja u vodi je ponekad zasjenio zdrav razum, a ciljevi korištenja porodničkih bazena su čes-

to postali iskrivljeni. Neke žene su sada sužnji svoje zamisli da se porode u vodi umjesto da oslušuju potrebe svojega tijela.

Naglašavajući činjenicu da mnoge žene tijekom trudova osjećaju privlačnost prema vodi, pridonio sam nastajanju novoga viđenja ljudske prirode. Ljude sada možemo vidjeti kao primete koji su se prilagodili obalnom području. Prema nedavnim podacima iz područja genetike i molekularne biologije, nađene su mnoge sličnosti između homo sapiensa i čimpanzi. Genetska udaljenost između ljudi i čimpanzi je manja nego razmak između gorila i čimpanzi ili između dviju vrsta gibona. Što se više zatvara pukotina između čovjeka i čimpanzi, to su intrigantnije karakteristike koje ljude čine različitim. Svaka od njih, uzeta pojedinačno, može se interpretirati kao prilagodba moru.¹⁷ Na primjer, naš veliki mozak je četiri puta veći nego mozak čimpanzi. Sada znamo da su masne kiseline koje su bitne za ishranu mozga obilno prisutne jedino u morskom hranidbenom lancu. Nije slučajno da morski sisavci imaju veće mozgove nego njihovi srodnici na kopnu. Druge osobitosti koje se mogu vidjeti kao naša prilagodba moru uključuju prolijevanje slanih suza, tjelesni oblik koji pogoduje dvonoštvu, naše spolno ponašanje i naš niski grkljan. Ovo novo viđenje homo sapiensa naviješta da je korištenje vode tijekom trudova više od hira ili mode.¹⁸

S praktičkog stajališta, uporaba vode tijekom trudova može se shvatiti kao zamjena za lijekove. U Pithiviersu smo dosegli stupanj gdje je korištenje lijekova bilo gotovo potpuno eliminirano. Danas se ta činjenica treba naglasiti više nego što je to možda trebalo u prošlosti, jer sve više ispitivanja upućuje na dugotrajna negativna djelovanja lijekova koji se rabe u opstetriciji. K tome trebamo razmatrati ne samo postrana djelovanja lijekova koji se rabe tijekom trudova i poroda već i svih lijekova rabljenih tijekom trudnoće i cijeloga perioda oko rođenja. Na primjer, sada znamo da takozvani "tokolitički" lijekovi, koji koče kontrakcije uterusa tijekom trudnoće, zapravo ne smanjuju rizik prijevremenog poroda, a njihovi postrani efekti su dobro potvrđeni. Tako moje negativne opaske glede tih lijekova, koje su u prvome izdanju bile provokativne, vjerojatno više neće izazvati mnogo komentara. U prvom sam izdanju propustio spomenuti da novorođenčad u Pithiviersu nije dobijala injekcije vitamina K (što je rutinski postupak u većini drugih bolnica) radi sprječavanja izuzetno rijetke bolesti krvarenja povezane s nedostatkom tog vitamina. Tada je naše opravdanje za takav stav bilo da niti jedno ispitivanje nije nikada pokušalo procijeniti moguće dugoročne efekte takvih injekcija. Tek sada u devedesetim godinama, britanska, skandinavska i

američka ispitivanja dotakla su to pitanje. Suviše je rano izvlačiti zaključke.¹⁹⁻²¹

Ne samo da suvremene bebe primaju lijekove, već su također izložene ultrazvučnom skeniranju. Za moje opaske u prvom izdanju *Preporoda rađanja* da "ultrazvučni nalazi, kolikogod bili zanimljivi, u praktičnom smislu ostaju beskorisni" držalo se da su isuviše provokativne da bi ih se uzelo ozbiljno. Ali te se opaske znatno ne razlikuju od gledišta izraženog u uvodniku *New England Journal of Medicine* 1993. god., deset godina kasnije.²² Taj je uvodnik nadahnut ogromnim multicentralnim ispitivanjem²³ koje je otkrilo kako za čak 80 posto trudnica nema medicinskih razloga da ih se upućuje na ultrazvučno skeniranje. Istodobno, bile su objavljene čvrste činjenice koje su ukazivale da izlaganje ultrazvuku u matematici može imati dugotrajne efekte. Prema norveškim statistikama, koje su obuhvatile više od 2.000 osmogodišnjaka ili devetogodišnjaka, postoji korelacija između rutinskog pregleda ultrazvukom i ljevorukosti.²⁴ To dovoljno ukazuje da ultrazvuk ima neko djelovanje na razvoj mozga. Prema jednom australskom ispitivanju, učestalo izlaganje ultrazvuku može loše utjecati na rast fetusa.²⁵

Tvrditi da su porodnička kliješta zastarjela alata ranih je osamdesetih godina također bila provokativna izjava. Kada je postojala potreba za mehaničkom intervencijom pri

porodu, mi smo se služili nježnom pripomoći vakuumskim ekstraktorom (ventuzom) vaginalnim putem, ili carskim rezom. Sada su mnoga ispitivanja pokazala prednosti ventuze nad korištenjem porođičkih kliješta, osobito glede oštećenja tkiva rodnice.

Dok se na mnoge aspekte stavova i inovacija u Pithiviersu unatrag može gledati kao na avangardne, pozitivne i zasnovane na temeljnim potrebama, neke od promjena koje smo uveli bile su u priličnoj mjeri odrazi prolazne mode. Tako je, na primjer, u slučaju zahtjeva da se beba kupa unutar sat vremena nakon rođenja. To je očito bilo pod utjecajem popularne knjige Frederika Leboyera, objavljene 1974. god.²⁶

U stvarnosti, otkrili smo da majka koja porađa u toplom, nevelikom prostoru, u potpunoj privatnosti, i koja se ne osjeća vođenom ili promatranom, obično želi držati bebu u naručju i ne žuri da je odmah okupa.

Ta prolazna moda nije suviše štetna. Ali postoje neki dijelovi *Preporoda rađanja* koje vidim kao potencijalno štetne. U knjizi ima mnogo fotografija koje mogu potaknuti ideju da je prihvatljivo unijeti fotoaparat ili kameru na mjesto poroda. U stvarnosti, prioritet je udaljiti sve gledatelje.

Fotografije su uključene u *Preporod rađanja* da bi promijenile stare mentalne predodžbe iz ranih osamdesetih godina koje su bile povezane s riječima kao što je "porod"

te da se pokažu slike koje demonstriraju drugačiji pristup rađanju. Stare slike su prikazivale majku kako leži na stolu poput kukca koji se nasukao na leđa, pod jarkim svjetlima, okružena voditeljima i podstrekačima koji su joj govorili što da radi. Nju su porađali. Naše nove slike su htjele izmijeniti tu predodžbu prikazujući ženu koja je uspravna i rađa umjesto da je se porađa. Uvijek smo pazili da uvedemo kameru tek u posljednjem trenutku, upravo prije rođenja, na točki bez povratka, kada više nije bilo rizika da se napredovanje poroda zaustavi. Primijetiti ćete da u mojoj najnovijoj knjizi, *The Nature of Birth and Breastfeeding*,²⁷ uopće nema slika. Sada znamo da je prioritet zaustaviti epidemiju fotografija i videosnimki. Takvi trendovi nam pomažu razotkriti potrebe žena u porodu. Naučili smo da im treba privatnost i osjećaj da ih se ne promatra. Zato je došlo vrijeme da se okonča s fotografijama i videozapisima.

Druga briga koju imam glede uporabe fotografija u knjigama je što su ljudi često skloni gledati slike čitajući tekst. Ako tako postupaju s *Preporodom rađanja*, mogu steći utisak da je položaj porodilje pri porodu najvažnije pitanje. U stvarnosti, bitno je shvatiti da je njen osjećaj privatnosti to što pridonosi hormonalnoj ravnoteži koja najviše utječe na ishod poroda. Na primjer, upravo prije poroda bebe, većina žena ima iznenadnu potre-

bu da bude uspravna i da zgrabi nešto ili nekoga. To znači da oslobađaju velike količine hormona iz obitelji adrenalina. Njihova potreba da budu uspravne²⁸ uzrokovana je iznenadnim oslobađanjem hormona. Čitatelj će propustiti to saznanje ako samo gleda fotografije.

Konačno, prisutnost fotografija u tekstu može krivo predstaviti koncept ako se tekst ne čita. U *Preporodu rađanja* postoje fotografije na kojima bebin otac prisustvuje porodu. Ako se gledaju samo fotografije, stječe se dojam da je očevo prisustvo neupitna nužnost. Zapravo, vrijedno je imati na umu da je to ponašanje - novo u povijesti čovječanstva i čak u povijesti sisavaca - počelo kao prilagodba na apsolutno nove situacije: porodi u velikim bolnicama, uglavnom uske obitelji i nestajanje samostalne primalje. Budući da je sudjelovanje oca pri rođenju nova pojava, vjerojatno će nam trebati nekoliko desetljeća prije nego budemo sposobni ocijeniti njezine implikacije. Ne samo da trebamo razmotriti kako muškarac može utjecati na fiziološke procese, već i kako njegovo sudionništvo u porodu može utjecati na budućnost uzajamne spolne privlačnosti. Pri uvođenju novih doktrina trebamo biti oprezni.

Također trebamo biti osjetljivi glede riječi koje rabimo pri porodu i glede njihovog podsvjesnog djelovanja na ljude. Da sam re-

vidirao prvo izdanje, brisao bih svaku riječ koja nagovještava kako žena nema snage da se sama porodi. Ne bi bilo poglavlja pod nazivom "Pomaganje porodilji". Nitko ne može potpomoći nevoljni proces. Stvar je u tome da ga se ne remeti. Zapadne žene su stvarno uvjetovane da osjećaju kako ne mogu roditi bez da su o nekome ovisne. U medicinskim knjigama suviše su česti termini poput "upravljanje trudovima" i "pacijenti" (govoreći o trudnici op. p.). U knjigama o "prirodnom rađanju", termini poput "poučavanje" (eng. "coaching"), "vođenje", "potpora" imaju isto uvjetujuće djelovanje.

U revidiranom izdanju *Preporoda rađanja* češće bih koristio ključnu riječ: "privatnost". Obraćanje dužne pozornosti riječi "privatnost" preinačuje trenutnu zapadnjačku uvjetovanost i predstavlja kaskadu novih koncepata. Da bismo imali osjećaj privatnosti moramo se osjećati sigurnima. Da bismo se osjećali sigurnima, moramo se osjećati zaštićenim. Osjećaj zaštićenosti je vjerojatno osnovna potreba žene u trudovima i majke koja pozdravlja svoje novorođenče. Prisjetimo se da su prve primalje bile zamjena za majku trudnice, a majka je prije svega i nadasve, zaštitnička osoba. Moramo analizirati našu kulturološku uvjetovanost i nanovo otkriti korijene primaljstva.

Kada je prvi puta objavljena u ranim osamdesetim godinama knjiga *Preporod*

rađanja bila je provokativna. Nadam se da će nam ovo drugo izdanje, objavljeno u svitanje postelektronskog doba, pomoći da razumijemo kako se u posljednjih deset godina rađanje preporodilo. Promjene u bolnicama i uređivanje centara koji su istinski slični domaćim uvjetima, dvije su glavne strategije ulaznja u ovo novo doba. Međutim, postoji i treći mogući način. To je: slijediti nizozemski način i prilagoditi kućne porode našem suvremenom urbaniziranom društvu. Ali to se ne može učiniti preko noći. Stara, uvriježena vjerovanja su još uvijek jača

od činjenica, a mnogi odgovorni profesionalci još nisu razvili svoj znanstveni um do stupnja na kojem bi bili spremni izvesti objektivne zaključke iz izvanredne statistike poroda u Nizozemskoj.²⁹

Zbog toga, dok je vrijeme "da se ponovo razmisli,"³⁰ prediažemo nanovo razmotriti što se moglo naučiti iz rodilišta koje je još u ranim sedamdesetim godinama ušlo u postelektronsko doba.

- Michel Odent
Listopad 1993

- 1 Haverkamp, A. D., et al. The Evaluation of Continuous Fetal Heart Monitoring in High Risk Pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 125 (1976): 310-20.
- 2 Haverkamp, A. D., et al. A controlled Trial of the Differential Effects of Intrapartum Monitoring. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 134 (1979): 399-412.
- 3 Renou, P., A. Chang, I. Anderson, C. Wood. Controlled Trial of Fetal Intensive Care. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 126 (1976): 470-76.
- 4 Wood, C. A Comparison of Two Controlled Trials Concerning the Efficacy of Fetal Intensive Care. *J. Perinatal Med.* 6 (1978): 149-53.
- 5 Kelso, I. M., et al. An Assessment of Continuous Fetal Heart Rate Monitoring in Labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 131 (1978): 526-32.
- 6 Wood, C., et al. A Controlled Trial of Fetal Heart Rate Monitoring in Lowrisk Obstetric Population. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 141 (1981): 527-34.
- 7 MacDonald, D., II Chalmers, et al. The Dublin Randomized Controlled Trial of Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 152 (1985): 524-39.
- 8 Leveno, K. J., et al. A Prospective Comparison of Selective and Universal Electronic Fetal Monitoring in 34995 Pregnancies. *N. Engl. J. Med.* 315 (1986): 615-19.
- 9 Prentice, A., T. Lind. Fetal Heart Rate Monitoring During Labour - too Frequent Intervention, too Little Benefit. *Lancet.* 2 (1987): 1375-1377.
- 10 Shy, K. K., D. A. Luthy, F. C. Bennett, et al. Effects of Electronic Monitoring, as Compared with Periodic Auscultation, on the Neurological Development of Premature Infants. *N. Eng. J. Med.* 322 (1990): 588-93.
- 11 Freeman R. Intrapartum Fetal Monitoring - A Disappointing Story. *N. Engl. J. Med.* 322 (1990): 624-6.
- 12 Pello, L. C., et al. Computerized Fetal Heart Analysis in Labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 78 (1991): 602-10.
- 13 Westgate, J. et al. Randomized Trial of Cardiotocography Alone or with ST Waveform Analysis for Intrapartum Monitoring. *Lancet.* (1992): 194-198.
- 14 Jacobson, B., K. Nyberg, et al. Opiate Addiction in Adult Offspring through Possible Imprinting after Obstetric Treatment. *Brit. med. J.* 301 (1990): 1067-70.
- 15 Odent, M. *Primal Health*. London: Century-Hutchinson, 1986.
- 16 Odent, M. Birth Under Water. *Lancet.* (24 Dec. 1983): 1476-77.
- 17 Morgan, E. *The Aquatic Ape*. London: Souvenir Press, 1982.
- 18 Odent, M. *Water and Sexuality*. London: Penguin, 1990.
- 19 Gelding, J., et al. Childhood Cancer, Intramuscular Vitamin K, and Pethidine Given During Labour. *Brit. Med. J.* 305 (1992): 341-6.
- 20 Ekelund, H., et al. Administration of Vitamin K to Newborn Infants and Childhood Cancer. *Brit. Med. J.* 307 (1993): 89-91.
- 21 Kiebanoff, M. A., J. S. Read, et al. The Risk of Childhood Cancer after Neonatal Exposure to Vitamin K. *N. Engl. J. Med.* 329 (1993): 905-8.
- 22 Berkowitz, R. Should Every Pregnant Woman Undergo Ultrasonography? Editorial. *N. Engl. J. Med.* 329 (1993): 874-5.
- 23 Ewigman, B., et al. Effect of Prenatal Ultrasound Screening on Perinatal Outcome. *N. Engl. J. Med.* 329 (1993): 821-7.
- 24 Salvesen, K. A., et al. Routine Ultrasonography in Utero and Subsequent Handedness and Neurological Development. *Brit. Med. J.* 307 (1993):159-64.
- 25 Newnham, J. P., et al. Effects of Frequent Ultrasound During Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Lancet.* 342 (1993): 887-91.
- 26 Leboyer, F. *Pour une naissance sans violence*. Paris: Le Seuil, 1974.
- 27 Odent, M. *The Nature of Birth and Breastfeeding*. New York: Bergin and Garvey, 1992.
- 28 Odent, M. Position in Delivery. *Lancet.* May 12, 1990 (Letter):1166
- 29 Odent, M. Planned Home Birth in Industrialised Countries. *WHO Report*. Copenhagen, 1991.
- 30 Keirse, M. Frequent Prenatal Ultrasound: Time to Think Again. *Lancet.* 342 (1993): 878-9.



Pithiviers



pithiviers

Prvi put sam došao u Pithiviers 1962. god. da bih preuzeo brigu o općoj kirurgiji u državnoj bolnici. Traženje zaposlenja slučajno me je dovelo u taj grad od desetak tisuća stanovnika koji sam ubrzo prilično zavolio. Sasvim nedaleko Pariza, područje oko Pithiviersa još uvijek nudi sve prednosti seoskog života. Zemlja je plodna, zasijana pšenicom i šećernom repom. Lokalni poljoprivrednici još uvijek drže pčele, love ševe, i svake se subote susreću sa svojim susjedima na seoskoj tržnici. Iako je pretežno

ratarska, pokrajina sadrži i male poduzetnike i tvornice uključivši tvornicu kek-sa i rafineriju šećera. Sve u svemu, Pithiviers je vrsta mjesta koje se turistima rijetko pokazuje. To je samo još jedan mali, anonimni gradić poput mnoštva drugih. Zapravo, većina Francuza povezuju Pithiviers jedino s popularnim kolačem koji se tamo proizvodi i imenovanom po gradu; pojma nemaju gdje se Pithiviers nalazi.

Kada sam počeo raditi, saznao sam da se također očekuje da nadgledam malu rada-



Ulaz u bolnicu Pithiviers

onicu u bolnici. Kliniku su posjećivale uglavnom žene iz Pithiviersa i okolnih sela, ali su dolazile iz veoma različitih socijalnih okruženja. Neke su bile tvorničke radnice, poljoprivrednice, trgovkinje ili službenice. Neke su bile emigrantice iz Portugala, Sjeverne Afrike, ili čak s Dalekog Istoka. Klinika je prihvaćala svakoga tko bi došao: nije bilo "skeniranja", bilo s društvenog ili medicinskog stajališta.

U to je vrijeme na klinici bila samo jedna primalja i ona je bila potpuno odgovorna za njeno svakodnevno djelovanje. Ona bi me pozivala samo kada je bio potreban liječnik radi carskog reza ili porođanja porođničkim kliještima. Budući da sam kao kirurg bio obučan da radim stvari kao što je uklanjanje žučnih kamenaca i popravljavanje slomljenih udova ovi su postupci izgledali kao jednostavno prirodno produžet-

nje mojih tehničkih vještina. Što se tiče opstetricije imao sam samo nejasne pojmove o njenoj praksi.

Moje prijašnje iskustvo u opstetriciji bilo je neznatno i raspršeno tijekom mnogih godina. Ranih pedesetih godina, proveo sam šest mjeseci kao internist u velikom rodilištu u Parizu. U ono vrijeme bilo je uobičajeno da pet do šest žena u trudovima budu zajedno u velikoj sobi. Porod se odigravao u atmosferi nalik tvorničkoj u kojoj je strah bio zarazan. Liječnici su često rabili porođnička kliješta i rijetko izvodili carske rezove. Sjećam se glavnog opstetričara jedino zato jer je po njemu imenovan poznati stil kliješta (Suzorova kliješta). Stažiranje me je veoma malo zanimalo i nisam imao pojma da ću ikada prakticirati opstetriciju.

Kasnije, tijekom svoje vojne službe u berberskom području Alžira, u ulozi vojnog liječnika, povremeno su me pozivali kada bi zatrebala porođnička pomoć. S vremena na vrijeme, došle bi s planina trudnice da se porode u posljednjem trenutku, i zahtijevalo se da napravim carski rez ili porođanje kliještima ili da se pozabavim ozljedama maternice. Ubrzo nakon toga, stacioniran u Gvineji, svjedočio sam neprestanoj borbi između afričkih žena koje su tijekom trudova htjele stajati ili čučati i europskih liječnika i primalja koje su inzistirale da se ove porode ležeći. U to sam vrijeme bio na strani liječnika i nisam mnogo razmišljao o tim izoliranim epizodama.

Kada sam stigao u Pithiviers, bilo je prirodno da sam se u velikoj mjeri oslanjao na vodstvo primalje. Gizela, koja je već dulje vrijeme bila na klinici, bila je veoma iskusna, Gabriela, koja nam se pridružila ubrzo po mom dolasku, bila je mlada, energična, upravo izišla iz škole i veoma entuzijastična glede psihoprofilaktike, "Lamazeove metode".

To što me navelo da po prvi puta stvarno obratim pažnju na opstetriciju nije bilo u tolikoj mjeri to što su stvarno rekle ili činile, već prije činjenica da je razmak od petanaest-dvadeset godina u vremenu njihova obučavanja za primalje stvorio toliku razliku u njihovu pristupu. Na primjer, Gizela, koja je bila starija, strpljivo bi čekala da se beba rodi. Na kraju poroda, jednostavno bi rekla: "Ne zadržavajte, opustite se, naprosto se pustite..." S druge strane, Gabrielle je nastojala pripremiti ženu od samoga početka trudnoće, poma-

* "Lamazeova metoda", ili "psihoprofilaktika", oblik je pripremanja za porod kojega je pedesetih godina razvio Fernand Lamaze, francuski liječnik. Lamaze je obučavao žene da na trudove odgovaraju različitim tipovima disanja koji se ubrzavaju s intenziviranjem trudova. Pretpostavljalo se da usmjeravanje na disanje odvlači ženu pažnju od boli trudova. Tijekom posljednjih godina učitelji "Lamazea" su u svom pristupu prema trudovima postali manje jedinstveni i dosljedni, ali tradicionalna "Lamazeova metoda" je još uvijek uobičajena u mnogim dijelovima SAD-a i Europe.

gati joj disanjem tijekom trudova i ohrabriti je da se obuzda tijekom poroda. U konačnim stadijima trudova, Gabrielle bi davala precizne upute, kao naprimjer: "Udahnite, izdahnite... obuzdajte dah... istiskujte..." Meni je ta razlika bacila novo svjetlo na opstetrijsku praksu; počeo sam shvaćati da se sastoji od nečeg višeg nego što je samo mehanika i tehnike. Također sam sve više vidio koliko ženino iskustvo trudova ovisi o osobnosti i stavu poma-gačice. Žene su bile privučene Gabriellinim mladenačkim entuzijazmom i pokazivale su više zanimanja za nju, ali je bilo vjerojatnije da će laki porod imati uz Gizelu.

Iako sam službeno ostao kirurg, kako je vrijeme prolazilo sve sam više bio upleten u zbivanja u rađaonici. Otkrio sam da se principi na kojima sam zasnivao svoj kirurški rad - pojednostavljivanje i odbacivanje beskorisnih postupaka - također mogu primijeniti i na opstetriciju. Moja prošla iskustva već su me navela da vjerujem da su vrijeme i strpljenje najkorisniji saveznici i da se aktivno uplitanje treba rabiti rijetko i u posebnim slučajevima. Bio sam uvjeren da - u opstetriciji kao i u općoj kirurgiji - svođenje nametljivih uplitanja na najmanju moguću mjeru izaziva manje neposrednih rizika, dok istodobno stvara bolje dugoročne rezultate. I, paradoksalno, moj nedostatak u stvarnoj obuci u opstetriciji učinio me je otvorenijim da učim putem iskustva. Podvrgnuo sam sumnji najprihvaćenije postupke. "Zašto puštate plodnu vodu?" pitao bih primalje. "Zašto tako brzo nakon poroda

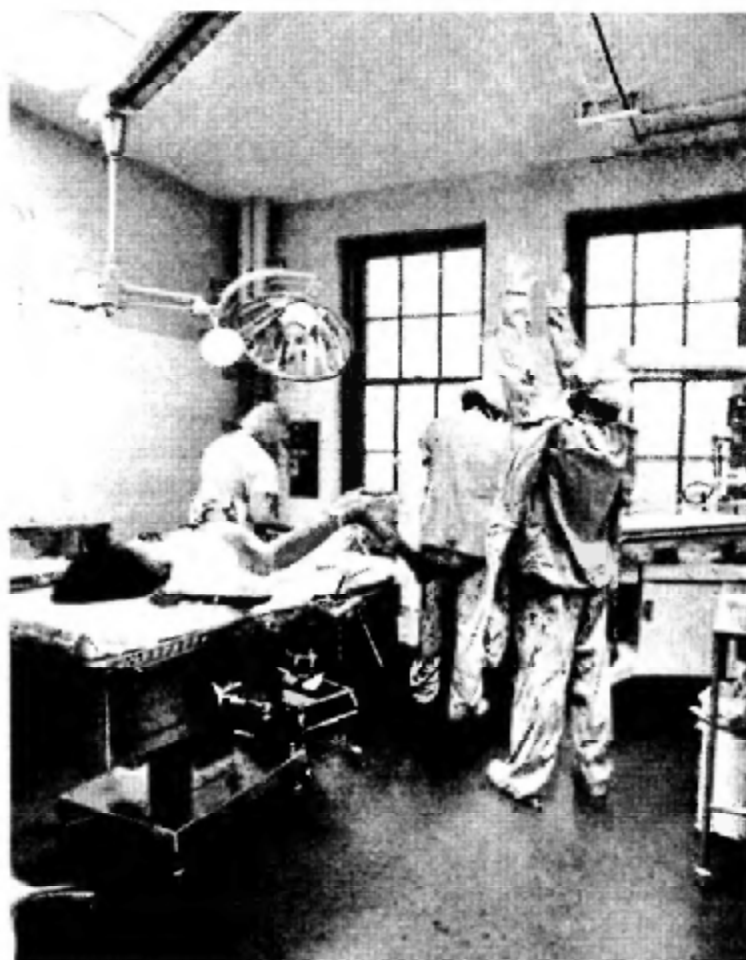
režete pupčanu vrpce?" Često bi mi odgovarale: "Zato jer su nas tako učili u školi."

Ali kako smo istraživali zbog čega radimo određene stvari, malo po malo dešavale su se jedva zamjetljive promjene. Postali smo manje dogmatični i počeli eksperimentirati. Jednoga dana primalja je okupala dijete da bi ga smirila iako je bilo staro svega dva dana. Od toga dana nadalje više nismo prihvaćali francusko i američko "pravilo" koje zabranjuje kupanje djece prije otpadanja pupčane vrpce. Jednom drugom zgodom, novorođenče je pronašlo majčinu bradavicu nekoliko trenutaka nakon rođenja i, na zaprepaštenje sviju, počelo sisati u samoj rađaonici. Pitao sam se zašto se tako očito ugodno iskustvo dešava tako rijetko. Odgovor je naravno jednostavan: uobičajena je praksa u bolnicama da se majka i dijete razdvajaju od trenutka rođenja, da bi se dijete izvagalo ili izmjerilo i da bi ga se pregledalo. Ponovo i ponovo, takva nova iskustva navela su nas da preispitamo uobičajenu opstetriciju. Nismo znali kuda smjeramo, ali bili smo na putu.

Postupno, kako se mijenjala naša praksa, mijenjali su se i naši stavovi. Prije nego sam došao u Pithiviers veoma sam malo znao o životu izvan svijeta liječnika i pacijenata. Gledao sam na ljude s uskog medicinskog stajališta; dijelio sam uobičajeno gledište na porod kao na "medicinski problem" koji zahtijeva tehnička "rješenja".

Odrastao sam slušajući liječnike kako o trudnicama govore kao o "pacijenticama". Ne tako davno, držao sam predavanje na jednom njemačkom univerzitetu, i jedan opstetričar je simultano prevodio. Kad god bih upotrijebio riječ "trudnica", ili "porodilja", on bi to prevodio kao "pacijentica" i nije mogao shvatiti zašto su studenti tako žestoko negodovali. Očito, takav stav nije ograničen na opstetriciju. Često medicinski članci govore o "metodama" i "materijalu" - gdje "materijal" označava ljude. U svim poljima medicine takvi stavovi pridonose povećanom oslanjanju na lijekove, elektronsko motrenje i kirurške zahvate. U Pithiviersu sam morao preinačiti svoje gledište, jer sam upoznao svoje "pacijente" kao pojedince, a ne samo kao medicinsku povijest bolesti.

Iako sam bio kirurg, žene bi mi često dolazile pričajući o različitim temama, od braka do kontrole začeca. U skupinama za planiranje obitelji kojima sam se pridružio da bih bio obaviješten, razgovori su izlazili iz medicinskih okvira, od pitanja o kontracepciji i porodu do pitanja o spolnosti, osobnim osjećanjima i društvenim očekivanjima. Ljudi su govorili o tome zašto žele ili ne žele imati djecu; iznosili su svoja osobna iskustva trudnoće, poroda i dojenja; i pričali o tanahnim vezama između plodnosti i slike o sebi kao muškarcu ili ženi. Postao sam uvjeren da je rođenje daleko od toga da bude "medicinski problem", već je zapravo integralni dio spolnoga i emotivnog života.



Tipična radna ona

Svakako, u našoj sam klinici svakodnevno svjedočio toj istini. I za muškarce i za žene, rođenje djeteta je bilo intenzivno, intimno, sveobuhvatno iskustvo. Kao liječnik, daleko od toga da sam bio središnja figura u toj drami; povremeno sam se čak osjećao kao uljez. Upravo kao što je prevladavajuće shvaćanje poroda kao medicinskog događaja pretvorilo rodilišta diljem svijeta u laboratorije opremljene visokom tehnologijom, a ljudska bića u pasivne objekte, naše prepoznavanje rađanja kao emotivnog i spolnog iskustva, navelo nas je u Pithiviersu da suprotno tome vidimo sebe kao jednostavne poslužitelje, neku vrstu medicinskog potpornog tima čiji je zadatak da se miješa što je *manje moguće*.

Budući da nam je toliko toga od onog što smo radili bilo novo, prirodno je da smo to pokušavali staviti u neki intelektualni kontekst. Dvije nove mlade primalje, Dominique i Marie-Jose stigle su u kliniku 1969. god. i lako se uklopile u duh istraživanja. Tek nedavno diplomirale, poznavale su opstetriciju samo onako kako se prakticirala u bolnici za obuku, ali bile su poduzetne i spremne da preispitaju ono što su naučile. Svi smo zdušno čitali *Medical Nemesis* Ivana Illica i njegova opažanja da su liječnici često robovi a ne gospodari tehnologije koju koriste, što smo proširili na praksu opstetricije u industrijaliziranim društvima. Čitajući *Rođenje bez nasilja* Fredrica Leboyera, smjesta smo osjetili simpatiju za njegovu brigu za novorođenčeto doživljavanje rođenja.

Leboyer je stvorio jezik koji je većini liječnika bio nov - jezik koji je govorio našoj osjetljivosti i emocijama kao i našem intelektu. Pokazao nam je novorođenče ne kao objekt koji je nesposoban vidjeti, čuti ili osjećati, već radije kao ljudsko stvorenje kojemu je potrebna toplina i pažnja. Ukratko, Leboyer je bio prvi liječnik koji je izrazio ono što su mnoge žene intuitivno znale o svojim bebama, usprkos suprotnim savjetima medicinskog establišmenta. Leboyer nam je u Pithiviersu dao okvir u kojemu smo mogli razumjeti naše postupke i prakticirati ih. Pod njegovim utjecajem, naša radionica je postala tiše i mirnije mjesto, s više dobrodošlice za dijete. Ohrabivali smo produljeni kontakt između majke i djeteta. Majkama se dopuštalo da hrane dijete odmah po rođenju i da ga kupaju ako žele. Živost koju smo opažali i kod majki i kod djeteta utvrdila nas je u odluci da ne koristimo lijekove i da se nepotrebno ne miješamo.

Što se mene tiče, život kao da me vukao u dva različita smjera. S jedne strane, sve sam više vremena provodio u rodilištu. S druge, postojala je moja kirurška praksa koja me je još zaokupljala postavljajući raznolike, a ipak povezane probleme. Moja metoda liječenja fraktura razlikovala se od uobičajenih postupaka na prilično sličan način kao što se i porađanje u Pithiviersu razlikovalo od konvencionalne opstetricije. Ali

bilo je iznad mojih moći da istodobno ozbiljno dovedim u pitanje temelje i suvremene traumatologije i opstetricije. Morao sam napraviti izbor. Moj kolega je 1972. god. preuzeo upravu i nad traumatologijom i nad ortopedijom smanjujući tako moju neprestanu odgovornost kao šefa kirurškog odijela. Konačno sam se mogao više posvetiti opstetriciji.

Atmosfera je u Pithiviersu u to vrijeme bila veoma uzbudljiva. Sada smo još češće eksperimentirali, iskušavajući nove postupke i odustajući od drugih. Jednoga smo dana na primjer, tijekom poroda, pustili da bebina glava izide sama od sebe bez da je dodirujemo ili pridržavamo, a nismo dodirivali ni majčin perineum. Nekog drugog dana smo riješili da su gumene rukavice koje smo nosili nepotrebne. Svaki novi korak koji smo poduzeli različito je utjecao na svakoga od nas. Za Dominique je bilo veoma teško prestati nositi rukavice, dok je Marie-Jose imala više teškoća s odustajanjem od uobičajene prakse ubrzavanja trudova bušenjem mjehura s plodnom vodom koji okružuje nerođenu bebu.

Psihologinja koja je upravo rodila na našoj klinici otpočela je s večernjim sastancima petkom gdje su budući roditelji mogli doći čuti o tome što radimo. Ti su sastanci uskoro uključivali ne samo žene i parove iz obližnjeg područja, već također i ljude iz udaljenih mjesta koji su se zanimali, a koji su imali posebne razloge da nas potraže. Primjerice, određen broj ljudi nadahnutih Leboyerom, došlo je u Pithiviers



Michel Odent i primalja Marie-Jose Matheault

donijeti na svijet dijete onako kako su željeli, nježno. Drugi su došli jednostavno na razgovor, podijeliti svoja osjećanja nade, straha, razočarenja, entuzijazma, uzbuđenja.

Takva atmosfera je zacijelo doprinijela većem ispoljavanju slobode tijekom trudova i poroda. Međutim ipak, ograničenja je još bilo. Naša porodnička postava je ostala nepromijenjena: uobičajena radionica s opstetrijskim stolom, jarkim svjetlima i mnoštvom kirurške opreme. Raspoloženje je bilo tjeskobno, medicinsko i bezlično, potpuno nespojivo s našim novim preobraženim gledištem na porod kao intimno, čak seksualno iskustvo. Štoviše, mogli smo primijetiti da je porodnički stol, najistaknutiji



Žena u trudovima i primalja Dominique Pourre
u "primitivnoj sobi"

komad namještaja u sobi, ozbiljno ometao slobodu ponašanja buduće majke. Samom svojom prisutnošću, upućivao je na pognuti položaj i nije ženi pružao mnogo izbora: leći nauznak i poroditi se ležeći na leđima. Taj tradicionalni položaj na leđima je, zapravo, fiziološki najgora moguća alternativa i za majku i za dijete: kada žena leži na leđima, povećani uterus pritišće glavne krvne sudove, što zauzvrat smanjuje količinu svježe krvi koja ulazi i napušta placentu. Usto, takav položaj onemogućuje ženi da se pomogne gravitacijom i olakša si porod.

Da bismo ohrabрили žene na iskušavanje drugačijih položaja za porod, zamijenili smo staru rađaonicu novom, a uredile su je žene

koje su same rodile u Pithiviersu. Naša "salle sauvage" (ili jednostavna, primitivna soba) kako smo je zvali, napravljena je za privatnost, udobnost i slobodu kretanja. Obojena toplim, vedrim bojama i namještena čvrstim, niskim postoljem i jastucima svijetlih boja (ali bez kreveta ili stola koji bi nametali neki određeni položaj za porod), ova soba je bila skrovita, domaća i mamila je dobrodošlicom - veoma u skladu s našim uvjerenjem da mjesto poroda treba više nalikovati mjestu za vođenje ljubavi nego bolničkoj sobi. Međutim, ta je rađaonica predstavljala više od samo privlačnog dekora ili strategije za poticanje raznolikosti porođničkih položaja: to je bilo mjesto gdje je žena mogla raditi upravo ono što je htje-



Belgija, sedamnaesto stoljeće. Nova figura ulazi u tradicionalnu scenu poroda: liječnik muškarac sa svojom kutijom s metalnim kliještima.

la, osjećati se fizički i emotivno slobodnom da čini i da se kreće uokolo kako želi. To je bio naš prvi konkretan korak prema vraćanju porođanja natrag ženama.

To učiniti, vratiti rađanje ženama, nije mala ambicija. Na kraju krajeva, povijest opstetricije je uglavnom povijest postupnog isključivanja majki iz njihove središnje uloge u procesu rađanja. Suvremena opstetricija je iznikla u Francuskoj u XVII. st., kada su muški liječnici ušli u rađaonicu i zauzeli tradicionalnu ulogu primalje. Po prvi puta se od žena tražilo da rađaju ležeći na leđima, tako da bi liječnici mogli lakše upotrijebiti kliješta. Tradicija kaže da je ta praksa počela kada je Luj XIV. tražio da njegova ljubavnica podnese trudove u tom

položaju tako da bi skriven iza zavjese mogao bolje promatrati rađanje svojega djeteta. Od toga je vremena, opstetričar - s instrumentima u rukama, imajući kontrolu - uvijek stajao ispred pasivne, na leđa položene žene. (Zapravo, sama riječ "opstetricija" je izvedena iz latinskog *ob + stare*, što znači "stajati ispred".) Leđni položaj i prisilna pasivnost koju on nameće majci danas je u industrijskim društvima postao sveopće prihvaćen. Isto je sa zamjenjivanjem primalja liječnicima, što ukazuje na duboko obezvrjeđivanje majčinske osjetljivosti i brige koju primalje kao žene mogu podariti drugim ženama.

Cijeli skup standardnih opstetrijskih postupaka odražava slično nipodaštavanje

ženine uloge u porodu. Na primjer, lakoća s kojom današnji liječnici propisuju ležanje u krevetu, zašiju cerviks i uterus paraliziraju lijekovima da bi spriječili prerani porod; razdvajanje majke od novorođenčeta; automatski savjet ženi da nakon poroda ostane u krevetu; spremnost s kojom liječnici savjetuju majkama da prestanu s dojenjem - sve to umanjuje središnju ulogu majke.

Konvencionalna psihoprofilaksa - "Lamaze-ova metoda" - na profinjeniji način čini to isto. Ovdje žena zapravo sklapa neku vrstu tajnog sporazuma, niječući sebe, usvajajući sustav koji "kontrolira" njenu reakciju na bol, disanje, položaj, pa čak i glasanje - najosnovniji vid ponašanja porodilje. Opet, iako su Leboyerovi uvidi u djetetovo iskustvo rođenja potakli novu svjesnost na našoj klinici i u svijetu uopće, profesionalci u porodničtvu nažalost su uspjeli protumačiti njegovu ideju "rođenja bez nasilja" kao "Leboyerovu metodu" u kojoj se pažnja usmjerava na dijete na uštrb majke. Žalosno je da je ista pojava prisutna na Istoku kao i na Zapadu. Kada sam nedavno posjetio Kinu, s razočaranjem sam otkrio da se i tamo - iako je većina opstetričara ženskoga spola - posvema prepuštaju kopiranju zapadnjačkih postupaka i čine iste greške.

Naša "primitivna soba" bila je dio nastojanja da se suprotstavimo plimi koja je otplavila žene u stranu i ostavila ih s tek marginalnom ulogom u porodu te da ih vratimo na njihovo pravo, središnje mjesto. Naše je iskustvo ponovo i ponovo potvrđivalo ispravnost našega pristupa,

demonstrirajući vještinu i znanje s kojima su žene same donosile djecu na svijet.

Često smo primjećivali - bez da smo razumjeli uzrok - da žene kao da zaboravljaju sebe i ono što se oko njih dešava tijekom trudova bez primjene lijekova. Na primjer, jednoga dana se desilo da smo snimali rađanje velikom televizijskom kamerom. Nekoliko minuta nakon što se beba rodila mlada majka reče: "Kakva šteta što nije bilo nikoga da fotografira ovo rođenje." Mnoge žene u trudovima prolaze slične promjene u razini svijesti. Pogled im postaje izgubljen, zaboravljaju društvene norme, gube osjećaj stida i samokontrole. Mnoge u trenutku poroda ispuštaju karak-

Trenutak rođenja



terističan krik. Međutim, zapazili smo da su žene u tom stanju daleko od toga da budu bespomoćne, izgubljenje ili "nestručne". Namjesto toga, one djeluju odlučno, spontano tražeći i lako nalazeći položaje koji im najbolje odgovaraju i koji se fiziološki također pokazuju najefikasnijima. Odmah po rođenju, bez da im se kaže, znaju kako držati i hraniti bebu, upravo kao što novorođenčad zna kako potražiti majčinu dojku. Čini se da je to tako sa svim ženama na našoj klinici neovisno o kulturalnoj pozadini. Nakon što sam vidio koliko porođi snimljeni u plemenima na Novoj Gvineji i u Južnoj Africi nalikuju porođima u našoj vlastitoj "primitivnoj sobi", postao sam još više uvjeren da postoji neka univerzalna komponenta u ponašanju majke i novorođenčeta, i da žena - ukoliko joj se pruži pravilno okruženje u kojem se može osjećati slobodnom i nesputanom - može prirodno doseći razinu reakcije s dubljih razina nego što je njena osobnost, odgoj ili kultura.

Nalazim da je veoma teško opisati taj pomak ka dubljoj razini svijesti tijekom porođaja. Razmišljao sam da to nazovem "regresijom", ali znam da ta riječ zvuči podrugljivo, upućujući na povratak u nekakvo životinjsko stanje. "Instinkt" je bolji termin iako također odzvanja moralistički. Ženama se često govori da bi "instinktivno" trebale činiti ili osjećati neke stvari i da je nedostatak ako to ne uspijevaju. Osim toga, riječ "instinkt" se često s nesklonošću suprotstavlja razumu - kaže se da su žene



"instinktivne", a muškarci "racionalni" - kao da se ne može istodobno biti i instinktivan i racionalan. Ali nema ničeg sramotnog ili spolnog u spoznaji da instinkti igraju ulogu u našem ponašanju, osobito u onim ponašanjima koja su na međi prirode i kulture, kao što su to vođenje ljubavi, porod ili novorođenčeta potraga za majčinom bradavicom. U takvim prilikama ljudi imaju ogromne koristi od potpunog otkrivanja i korištenja svojih instinktivnih potencijala. Kada se žene tijekom trudova pokreću i djeluju u skladu sa svojim instinktima, one se zapravo ponašaju krajnje racionalno, te time uglavnom imaju brže i lakše porode nego žene koje ne čine tako. Stoga, u



Pithiviersu, nastojimo stvoriti klimu u kojoj žene mogu, u tom smislu, "zaboraviti" sebe.

Sada izgleda očito da je instinktivno stanje, koje žene osposobljava da spontano rađaju, povezano s određenom hormonalnom ravnotežom. Točna priroda te ravnoteže još je nepoznata. Znamo da stražnja pituitarna žlijezda mora izlučiti hormon oksitocin da bi se uterinske kontrakcije začele i nastavile.* S druge pak strane znamo da izlučivanje tvari sličnih adrenalinu može zakočiti trudove ili pojačati bol,

*Neka nedavna istraživanja upućuju da oksitocin može ljude učiniti zaboravnim. Tako može igrati ulogu u obrani od boli.

kao što može zakočiti i dojenje ili intenzivne trenutke spolnosti. Budući da se te tvari slične adrenalinu tipično izlučuju kada je čovjeku hladno ili kada je uplašen, tiho, umirujuće okruženje u kojem se žena može opustiti je uvijek blagotvorno. Također je postalo sve očitiije da endorfini igraju važnu ulogu u složenoj hormonalnoj ravnoteži koja omogućuje spontani porod. Neurohormoni s funkcijama sličnim morfiju, ti "endogeni opijati", djeluju poput prirodnih lijekova za ublažavanje boli, ne zaštićujući samo od boli već također potiskujući tjeskobu i potičući opće osjećanje ugone. Visoke razine endorfina mogu, na primjer, potaknuti takozvane alfa valove mozga koji su povezani sa stanjima vedrine ili blaženstva. Kao da su ljudi uvijek naslućivali prisustvo te prirodne sposobnosti za blaženstvo i tražili načine da je pokrenu. Trčanje, na primjer, podiže razinu endorfina; molitva, yoga i akupunktura mogu postići to isto.

Otkrivanje unutarnjih tjelesnih opijata objašnjava nešto što me je već davno zbunjivalo. Dok sam, tijekom rata, izvodio kirurške zahvate, u nekoliko sam navrata bio iznenađen vidjevši medicinski nezbrinute vojnike s teškim povredama koji se ponašaju kao da su uzeli ublaživače boli - ili kao da je njihovo tijelo izlučivalo neku posebnu tvar da bi ih zaštitilo od patnji. Upravo na takav način, žene se, tijekom trudova, često ponašaju kao da su "prirodno" drogirane i između bolnih kontrakcija izjavljuju kako se dobro osjećaju. Čak sam



vidio žene koje rađaju u doslovno ekstatičnom stanju. Ali da bi prirodne tjelesne snage došle do izražaja moraju biti prepuštene sebi. Ako se ženama, tijekom rađanja, daju lijekovi za ublažavanje boli i sintetički hormoni (sintetički oksitocin), kao što je uobičajena praksa u većini suvremenih bolnica, razara se hormonalna ravnoteža o kojoj ovise spontani trudovi. Zsigurno, sama bol može usporiti trudove, ali ako se lijekovi ne koriste, tijelo se od nje može djelotvorno i prirodno obraniti. Zapravo, pronađeno je da razina endorfina raste što su dulji i teži ženini trudovi.

Taj sustav endorfina ne samo da igra ključnu ulogu u trudovima, već također

djeluje i kao vrsta unutarnjeg "sustava nagrađivanja" koji potiče sve vidove spolnog i reproduktivnog ponašanja. Znanstvenici otkrivaju veze između endorfina i oksitocina - hormona koji, pored svojih drugih funkcija, potiče kontrakcije uterusa tijekom orgazma, trudova i poroda, kao i veze između endorfina i prolaktina - hormona koji stimulira izlučivanje mlijeka. Izgleda da dojenje, zauzvrat, podiže razinu endorfina. I budući da se zna da endorfini potiču privrženost i da također pridonose "udvaračkom" ponašanju, visoke razine njihove prisutnosti i u majke i u djeteta odmah nakon spontanog poroda upućuju da su vjerojatno hormonalna osnova za proces vezivanja koji se pojavljuje prvih sati i dana nakon rođenja.¹ Sve u svemu, postojanje tih složenih neurohormona učvršćuje naše vjerovanje u međupovezanost svih vidova spolnoga života, i to što je uravnoteženo izlučivanje hormona tanakna stvar, veoma podložna vanjskim utjecajima i psihološkim stanjima predstavlja drugi snažni argument protiv medicinskih uplitanja ili remećenja fiziologije procesa rađanja.

S odlukom da pustimo žene same roditi svoju djecu, da ih ostavimo slobodnima da budu u trudovima kako žele, Pithiviers je definitivno poprimio svoj zasebni karakter. Kamo god pogledali, trudovi i porod postajali su sve više "medikalizirani", više tehnološki, dok su, u našoj klinici, jednostavno

bili stvar majke i djeteta. Svuda oko nas, vidjeli smo kako liječnici rabe sve više lijekova i umjetnih uplitanja, dok smo u Pithiviersu održavali intervencije na apsolutnom minimumu, a lijekove smo smatrali nepotrebnim i štetnim. Danas se opstetricija još uvijek usmjerava na ulogu liječnika i njegovu zaokupljenost kako da najbolje kontrolira i ovlada porodom. Osobito je u Sjedinjenim Državama taj stav rezultirao sustavnom koncentracijom normalnih poroda u okruženje opremljeno naprednom tehnologijom i rutinskim elektronskim praćenjem.* Suvremena opstetricija ne zna gotovo ništa o činjenici da su trudovi, porod i rano dojenje integralni dijelovi ženinog spolnog života. Kao medicinska disciplina ostaje nesvjesna potencijalno negativnog utjecaja liječnika muškaraca i stranaca na razvoj trudova i jednako u neznanju o važnosti žena pomoćnica pri porodu i primalja. Tijekom godina, naša praksa u Pithiviersu do te je mjere dovela u pitanje samu osnovu suvremene opstetricije da nam sada i sama riječ "opstetricija" izgleda stranom i zastarjelom.

Naša klinika je porasla. Sada imamo sedam primalja. Broj poroda se u posljednjih dvadeset godina upeterostručio. Kao svi

opstetričari, tako smo i mi Pithiviersu opsjednuti uvijek prisutnom sablasti rizika. Ali naše je iskustvo jasno pokazalo da je pristup koji "demedikalizira" porod, vraća dostojanstvo i humanost procesu rađanja i vraća majci kontrolu, također i najsigurniji pristup. Naša politika djeluje po svim standardima, jer smo zamijetili značajno smanjivanje rizika i za majku i za dijete; zapravo, naši rezultati su komparativno najbolji u svijetu. U vrijeme kada većina industrijaliziranih zemalja ne može držati stopu perinatalne* smrtnosti ispod 10/1000 bez da istodobno ne povisi stopu intervencija i carskih rezova (koja je često iznad 20 posto), u Pithiviersu, bez ikakve razdiobe, postizemo jednako nisku stopu mortaliteta uz stopu carskih rezova od svega 6-7 posto. To je najdramatičniji pokazatelj da je naš pristup, koji transformira iskustvo poroda, sigurna i zdrava alternativa.

Za sve one koji sebi postavljaju isto pitanje kao i mi - za žene koje žele vratiti rađanje sebi, za roditelje koji žele iskusiti porod kao jedno intimno zbivanje, za liječnike koji pozdravljaju radikalno promišljanje svoje prakse - evo kako se rada u Pithiviersu.

* Bolnice u Velikoj Britaniji, uglavnom kao odgovor na organizirane napore zainteresiranih žena, imaju bolju situaciju u smislu odupiranja ili odvrćanja od takvih trendova, iako se još mnogo toga treba napraviti.

* Perinatalno označava bebe u rasponu od šest mjeseci nakon začeća i mlađe od sedam dana. Stopa perinatalne smrtnosti u Sjedinjenim Državama je 18/1000; stopa carskih rezova 19 posto.



Majka iz Engleske

Nakon dva normalna poroda tijekom kojih sam svejedno patila od svih standardnih intervencija uobičajene opstetricije, bila sam odlučna da moj treći porod mora biti drugačiji. Ako sve bude išlo dobro bila sam spremna naći primalju i inzistirati na porodu kod kuće. Ali skeniranje ultrazvukom je utvrdilo da je beba u tridesetčetvrtom tjednu okrenuta naopako i nitko nije mogao tvrditi da će se okrenuti. Liječnik u mjesnoj bolnici je sugerirao da se odredi datum kad će mi se potaknuti trudovi i rekao je da će se koristiti epiduralna anestezija i ključa. Ako to ne bude djelovalo, shvatila sam da je carski rez sasvim uobičajena praksa za obrnuto položene bebe.

Vratila mi se stara depresija. Očajno sam željela da rođenje te bebe bude prirodno, a nije bilo druge bolnice osim te uz koju sam vezala asocijacije zadnjeg poroda kada sam osjećala da su mi oduzeli dijete. Tom prilikom, kako sam bila pogođena, zapitah liječnika: "Zašto je nama teže roditi nego životinjama?" Već sam osjećala da mi je porod upropašten i mučilo me je obilje "rutinskih" uplitanja u ono što sam smatrala normalnim fiziološkim događanjem. On je odgovorio: "Životinjama je to sasvim druga stvar." Po-drazumijevao je da žene nisu efikasne u poro-

du. Viđala sam tog liječnika prilikom posjeta prije rađanja i činilo se da je shvatio moje želje glede poroda. Usprkos tome, izveo je moje porođanje kako je njemu bilo zgodnije i ja sam mjesecima nakon toga osjećala da mi je živčani sustav rastrojen. Imala sam poslijeporodajnu depresiju za koju sam znala da izvorno nije hormonalna. Osjećala sam se prevarenom gotovo toliko da je to boljelo. A sada, moje nade za boljim iskustvom izgledale su izgubljene. To je trebala biti još jedna "tvornička" beba.

Čula sam za Pithiviers; znala sam da su žene iz drugih zemalja putovale tamo. Međutim, jedva da sam to mogla zamisliti kao mogućnost za sebe - sada sam već bila u tridesetsedmom tjednu trudnoće. Ipak, nekoliko dana kasnije, kada sam shvatila da ću zauvijek žaliti ako ne skupim snage i ne napregnem se da odem u Pithiviers, nazvala sam dr. Odenta. Pitala sam mogu li doći. On je kazao: "Zašto ne?" Kada sam rekla da je dijete okrenuto, on je odgovorio: "To nema veze." Smjesta sam se osjećala sigurnom i ojačanom glede predstojećeg putovanja.

Moj muž i ja smo dobro znali da će, u slučaju nužde, vrijeme biti kratko. Nasuprot tome riziku stajalo je neizbježno vraćanje moje depresije; ona je već počela prije nego smo se odlučili za Pithiviers. Znala sam da ne mogu ponovo proživjeti depresiju koju sam

iskusila nakon mog zadnjeg poroda i očekivati da nakon toga funkcioniram kao žena i majka troje male djece. Pri mojem posljednjem prenatalnom pregledu u Engleskoj bila sam gotovo očajna kada mi je medicinska sestra uz pomoć lutke objašnjavala kako se porađaju obrnute bebe. Čula sam samu sebe kako protestiram kao nikada dotle u moje tri trudnoće. Rekla sam svom liječniku: "Ako me ponovo pošaljete u tu bolnicu, to će me dokrajčiti." Sestra me posramila uzvikujući: "Samo kad bi ta beba čula što govorite!" Iznenada sam shvatila da sam po prvi puta u svom životu odbacila "sustav". Nisam više marila da li netko drži da pravim dramu. Ranije sam bila tako ljubazna i surađivala sa medicinskim osobljem i to me nikada nije

dovelo - čak su mi i moju vlastitu djecu rodili umjesto mene, i ovo je vjerojatno moja zadnja prilika da uzmem od života ono što nudi. Naprosto sam radi promjene trebala preuzeti odgovornost na sebe, a Pithiviers je nudio alternativu koja me je privlačila. Čak mi se svidala i njegova udaljenost od mog doma. Osjećala sam određenu životinjsku čežnju da odem od svega, da se sakrijem od ljudi koje znam i da nađem posebno mjesto da rodim. Morala sam otići u Pithiviers prije nego počnu trudovi. Ta beba će biti moja i sigurno moja. Rekla sam svom liječniku: "Ipak, stvari se mijenjaju zar ne?" "Da," odgovorio je, "ali to je u stranoj zemlji." Moj muž ga je kasnije obavijestio da upravo tamo i idemo.





Dobrodošlica u Pithiviers



prije

Svaka nam trudnica dolazi s jedinstvenom osobnom, obiteljskom i kulturološkom poviješću koja snažno utječe na tok njenih trudova. Čini se da su, u nekim kulturama, trudovi u pravilu lakši nego u drugima. Također, u nekim obiteljima postoji doslovice tradicija lakih poroda. Žena u rađanje unosi sve svoje životno iskustvo koje seže unatrag sve do njenog vlastitog djetinjstva i rođenja. Zanima nas što svaka žena zna o svom vlastitom rođenju, jer često postoji

povezanost između toga kako se rodila i kako će na svijet donijeti svoje vlastito dijete. Ako nam, na primjer, žena kaže da je njena majka bila pod anestezijom i da je rođena pomoću kliješta u nekoj velikoj pariškoj bolnici, može se očekivati da će njeno vlastito porađanje biti teško. Ako, s druge pak strane, priopćava da je rođena jednostavno, kod kuće, vjerojatnije je da će imati lako porađanje. Štoviše, ženine dnevne navike kao i njeni mentalni stavovi, imaju



velik utjecaj na njeno iskustvo poroda. Žene koje redovno vježbaju bolje su pripremljene za trudove nego one koje vode sjedilački život. Buduća majka, koja nije iznurena stresom, također će pristupiti trudovima bolje pripremljena.

Očito je da čudom ne možemo izbrisati ženine predrasude i prošla iskustva; ali možemo stvoriti atmosferu koja će nju i njenog partnera ohrabriti da drugačije pristupe rađanju. Osobito je važno da se na našem odjelu osjećaju kao kod kuće. Žene najkomotnije rađaju kada su okružene poznatim licima, u obiteljskom okruženju - kao što to dobro znaju one koje su odabrale roditi kod kuće. Naravno, kod kuće, ne samo da poznajemo zidove i namještaj, već

također i zvukove, mirise i boje. Međutim, budući da su porodi u bolnicama danas gotovo pravilo, naš je cilj da mjesto poroda učinimo što je moguće sličnije domu. Da bi se buduće majke osjećale kao kod kuće, pokazujemo im odjel i upoznamo ih s primaljama i pomoćnicama koje će biti prisutne pri porodu. Nadalje, potičemo ih da svrate kad god zažele i organizirali smo cijeli niz tjednih zbivanja kojima je namjera da ih privuče da dođu. Neke žene osjećaju potrebu da dolaze često, čak svaki dan. Druge po prvi put dođu na sam dan poroda. Te žene, koje su, čini se, sasvim mirne glede porađanja, obično su čvrsto ukorijenjene u svoju zajednicu i stoga, prije samog poroda, osjećaju manju potrebu za sudjelovanjem u zbivanjima u bolnici, za razliku od mnogih drugih usamljenijih budućih majki. Danas, kada ljudi više ne običavaju međusobno razgovarati na tržnici ili na ulici, izoliranost je postala veliki uzrok opće tjeskobe. Osobito trudnici je potreban kontakt s drugima; podrška zajednice čini da se osjeća sretnijom i sigurnijom. U Pithiversu smo, u tu svrhu, odvojili veliku sobu kao "sastajalište". Ovdje se svi okupljaju radi diskusije, predavanja ili naprosto razgovora. Namjerno ostavljamo tu sobu u stanju ugodnog nereda. Neformalna atmosfera opušta ljude.



U sobi za sastanke

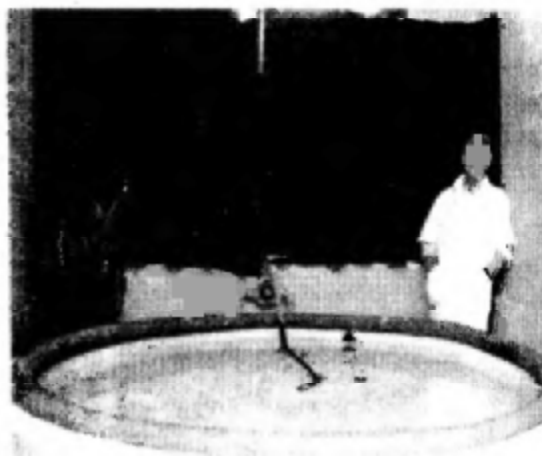


Svakoga četvrtka uvečer nudimo uvod u Pithiviers. Taj je sastanak obično prvi kontakt koji žena ili par imaju s našom klinikom. S vremena na vrijeme, ljudi koji ne planiraju roditi ovdje također posjećuju sastanke tražeći informacije koje bi im pomogle da na nekom drugom mjestu dogovore neuobičajeni porod. Počinjemo sa šetnjom po prostorijama. Nakon što posjetimo konvencionalnu rađaonicu s njenim čvrstim bijelim zidovima, jarkim svjetlima, misterioznim elektronskim aparatima i porođničkim stolom s njegovim šipkama i stremenjem,* idemo izravno u našu "primitivnu sobu,"

*Jedini razlog zbog kojega još uopće imamo konvencionalnu rađaonicu jest to što smo dio državne

gdje se zapravo rađaju gotovo sve bebe u Pithiviersu. Kontrast između te dvije sobe je upečatljiv. U ovoj rađaonici, zidovi su zemljane boje, zavjese su krem boje, a pod je narandast. Svjetla se lako mogu prigušiti. Pazimo da u toj sobi stvorimo osobitu atmosferu, budući da je proces rađanja, poput svih spolnih iskustava pod snažnim utjecajem okruženja - svjetla, boja, namješta-

bolnice i obavezni smo imati standardnu opremu. Iako ponekad koristimo stol da bismo zašili razdrt tkivo, nikada ga ne koristimo za porod. Ako je alternativna rađaonica zauzeta, uvijek je svugdje moguće - pa tako i u konvencionalnoj rađaonici - navući zastore, staviti plahtu na pod, staviti dodatno grijanje i veoma brzo stvoriti pogodnu atmosferu.



ja. Stoviše, uklonili smo svaki komad namještaja koji nameće neki određeni tjelesni položaj. Kada se rađanje dešava kod kuće, obično je to u sobi s krevetom, koji naglašava položaj za trudove; u bolnici, ravan stol ne daje majci drugog izbora nego da legne. U našoj rađaonici imamo široku nisku kvadratnu platformu obloženu jastucima po kojoj se ljudi mogu slobodno kretati. U skladu s općim izgledom sobe tu je i drvena porodnička stolica, koju je napravio stolar čija je beba rođena u Pithiviersu. Tu je također i stereo uređaj s izborom glazbe i frižider s vodom, voćnim sokovima i čašama.

U pridruženoj sobi, atmosfera je potpuno drugačija, iako jednako jednostavna. Prevla-

dava plava. Azurni zidovi oslikani su ocean-skim valovima. Morsko plave zavjese i lisnate, zelene biljke pridonose osjećaju vedrine. U sredini sobe stoji okrugao bazen boje neba, napravljen osobito za naše potrebe. Otkrili smo da ležanje u toploj vodi pomaže ženi da se u trudovima opusti i da manje osjeća bolove. Promjera oko dva metra i dubine tričtvrt metra, ovaj bazen dozvoljava lagodno kretanje dvjema osobama. Žene bez straha mogu potpuno uroniti u njega.

Nakon ove brze šetnje slijedi vrijeme za opća pitanja i odgovore u kojem razmatramo praktična, medicinska i administrativna pitanja. Uvijek razjašnjavam što mi to radimo u Pithiviersu da bismo pomogli ženi

u trudovima i novorođenčetu. Ljudi koji po-
hadaju ove sastanke brzo shvate da ih go-
tovo uopće ne učimo o uobičajenoj "pripre-
mi za porod" i da ga potpuno odbacujemo
glede određenih propisa. Povrh svega, mi
ne podučavamo "ispravan" porođnički po-
ložaj. Suprotno slici koja je toliko urezana
u naš um da sve žene tijekom poroda
moraju leći (na francuskom, glagol za "tru-
dove" i "rađanje", *accoucher*, stvarno znači
"ležati"), naglašavamo da se buduća majka
može slobodno kretati. Objašnjavamo neke
fiziološke nepogodnosti ležanja za rađanje i
uvjeravamo žene da je najbolji položaj onaj
kojega same pronađu. Ne podučavamo teh-
nike disanja. Nemoguće je propisati određe-
nu metodu disanja a da se ne propiše
određeni položaj za rađanje; ljudi različito
dišu zavisno od toga da li hodaju, stoje,
čuču, kleče, uspravno sjede, leže, oslanjaju
se o nešto ili plutaju u vodi. Tako je naš
pristup u izravnom sukobu s uobičajenom
psihoprofilaksom, "Lamazeovom metodom",
koja obučava žene da upravljaju disanjem,
mislim i ispoljavanjem osjećanja. Objašnja-
vam da u Pithiviersu radimo upravo suprot-
no. Na dan poroda, potičemo žene da se
unesu u to iskustvo, da izgube kontrolu, da
zaborave sve što su naučile - sve kulturalne
predodžbe, sve uzorke ponašanja. Što je
žena manje naučila o "pravilnom" načinu da
se porodi, to će joj biti lakše.

Također opisujem pojavu koja je tipična
za trenutke prije poroda: žena ulazeći u
zadnji stadij kontrakcija, često osjeća potre-
bu da ustane, savije koljena i objesi se na
svog partnera radi potpore. U pripremi za
taj stupanj, postoji jedna stvar koju možemo
podučiti - mada ne majku: možemo naučiti
njenog partnera kako da podupre porođilju
u njenim posljednjim kontrakcijama a da ne
dobije bolove u leđima. Bebin otac je kao
i drugi mogući pomagači, obično jako zain-
teresiran za perspektivu takvog aktivnog
sudjelovanja.

Od četvrtka do četvrtka razgovor se uve-
like razlikuje. Ponekad se pitanja usmjere
na dojenje ili korištenje i djelotvornost ul-
trazvučnih pretraga ili važnosti pravilne
ishrane. Ishrana je s pravom postala češća
tema naših sastanaka četvrtkom; u prošlosti
je ključna priroda prehrambenih navika bi-
la potcjenjena. Možda je prilično začudno,
no diskusija se rijetko vrti oko boli. Na-
ravno da govorimo o boli pri porodu, ali
uvijek naglašavamo da se bol razlikuje od
žene do žene i da se sama kvaliteta boli
znatno mijenja kada žena ne mora ležati
na leđima, kada može hodati uokolo ili se
opustiti u bazenu s toplom vodom. Štoviše,
kako se žena osjeća sve sigurnijom u svo-
joj sposobnosti da prođe kroz trudove
njezin se stav prema boli mijenja. Ja oso-
bito inzistiram da ljudi na sastanak
četvrtkom dođu samo jednom. Prvo, to je
jedini način da zadržimo male skupine; dru-

go, to sprječava da sastanak počne poprimati osobine predavanja. Osim tog ograničenja, žene i parovi se potiču da dolaze u rodilište kad god poželeva.

Petak je posvećen neobaveznom razgovoru. Nema voditelja i nema predviđenog programa. Na stolu, na sredini sobe posluženi su sokovi i kolači. To je poput zabave. Ljudi šecu uokolo i slobodno razgovaraju. Majke koje drže djecu susreću se s budućim majkama - to je uvijek plodan susret. I ovdje smo opet daleko od for-

malnog podučavanja, a ipak se na tim sastancima razmijeni mnogo informacija i mnogo se nauči dok ljudi jedni drugima govore o svojim fizičkim i emotivnim iskustvima poroda.

Utorkom se svi okupljamo oko klavira i zajedno pjevamo. Pjevanje je počelo kada smo se počeli zanimati pitanjem što beba u maternici može opažati. Pretpostavljamo da fetus razvija difuzni osjet za vibracije daleko prije nego se pojavi specijalizirani slušni mehanizam uha. Izgleda da fetus veo-

Grupa pjevanja



ma rano može opažati vibracije zvuka, posebice glasa koji stvara majčino pjevanje, koji ima mnogo bogatiji raspon frekvencija od glasa običnog pričanja.

Međutim, kako je vrijeme prolazilo, otkrili smo da skupno pjevanje ima i druge neposrednije koristi. Prije svega, pjevanje pruža jednostavan način da žena vježba mišiće dijafragme i nauči se koncentrirati na izdisaj, što joj može pomoći da se opusti tijekom trudova. Pjevanje također potiče žene da se osjećaju ugodno, prirodno i opušteno - da iskuse i oslobode cijeli raspon osjećanja. Zatim, također, skupno pjevanje pruža trudnicama i parovima više prilike da se sretnu s novim majkama, od kojih mnoge dolaze pjevati s djetetom u naručju. I drugi članovi obitelji dolaze vidjeti mjesto poroda; djecu se poziva da pjevaju s nama, a ponekad dolaze i djedovi i bake. Teško je prenijeti toplinu tih skupova. Svi pjevaju: primalje pjevaju, a također

i ja. Kada svi pjevamo zajedno, uobičajena razdvojenost između klijenta i profesionalca se rastvara i pojavljuje se novi odnos.

Jedna izvanredna žena, po imenu Marie-Louise Aucher, svojom toplom i izvornom osobnošću oživljava skupno pjevanje. Marie-Louise, profesionalna pjevačica, posvetila je velik dio svog života pomažući ljudima učeći ih pjevanju. Dok uobičajena muzikoterapija uzima pojedince jedino kao slušatelje, Marie-Louise ih smatra stvarateljima muzike. (Ona je radila s djecom i odraslima, s mentalnim bolesnicima i onima koji pate od Downovog sindroma.) U ovom trenutku, strastveno je zaokupljena pjevajući s trudnicama u Pithiviersu. Prvi sam puta čuo za Marie-Louise 1976. god. od zajedničkih prijatelja. Poput nas, bila je zainteresirana za istraživanje djelovanja zvuka - osobito majčinog glasa - na fetus. Jednoga dana je došla posjetiti Pithiviers i zamolio sam je da redovno dolazi. Kupili smo klavir i pozvali trudnice da dolaze i pjevaju s njom. Ova skupna pjevanja postala su otada jedna od radosti Pithiviersa. Marie-Louise nas neprestano podsjeća da opažamo vibracije ne samo našim ušima već našim cijelim tijelom. Ona zna kako u svima nama pobuditi različita raspoloženja. Određenih dana uspijeva stvoriti osjećaj tihog mira; drugih, eksploziju radosnog uzbuđenja. Starija od drugih članova našega osoblja, ponekad igra ulogu bake. Kad je



ona s nama, zaista se osjećamo dijelom zajednice.

Uobičajeno je da skupno pjevanje završi plesom, kako tradicionalnim narodnim plesovima tako i plesovima poput valcera. Kretanje u plesu može biti itekako blagotvorno za kinestetički osjećaj fetusa, što će kasnije biti izvor osjećaja dobre ravnoteže. No, ponad svega, zadovoljstvo je pjevati i plesati. A zadovoljstvo ne treba potcjenjivati; ono u trudnoći može biti samo dobrodošlo.

Srijedom, u Pithiviers dolazi mlada pedijatričica da bi govorila o brizi za dijete nakon poroda. Ovaj otvoreni sastanak nudi još jednu priliku da se cijela obitelj upozna s klinikom i da trudnice budu u blizini iskusnih majki.

Mlada žena po imenu Gandha, iskusna učiteljica yoge, koja je 1975. god. ovdje rodila, četvrtkom popodne vodi našu skupinu pod nazivom "Yoga i majčinstvo". Gandha je osjećala da joj je njeno poznavanje yoge pomoglo prilikom poroda i da bi bilo korisno i za druge porodilje. Ponudila je da na klinici drži satove yoge i ja sam je u tome podržao. Yoga skupina je veliki uspjeh i nastavlja se još i danas. Ova skupina je u savršenom skladu s našom filozofijom pomaganja ženi da otkri-



je fizičke i emotivne resurse koji će joj, tijekom trudova i poroda, koristiti i učiniti da medicinske intervencije budu uglavnom nepotrebne. Yoga može pomoći ženama da se osjećaju manje sputanima, i navesti ih da koriste tijelo na, čini se, nove načine. Primjerice, putem yoge, mnoge žene ponovo otkrivaju čučajući položaj koji je svakom djetetu tako dobro poznat, i koji u trudovima osobito koristi. Uzgred, povećano izlučivanje hormona tijekom trudnoće, ženi daje veću fizičku fleksibilnost i također olakšava i te vježbe.

K tome, potičemo žene koje planiraju roditi u našoj klinici na sudjelovanje u različitim vanjskim aktivnostima. Veoma se preporuča plivanje. U mnogim francuskim gradovima, javni bazeni za plivanje imaju specijalno vrijeme rezervirano za trudnice.

Najdraži tatice,

Postoji jedno tjedno zbivanje koje ne bih propustila ni za cijeli svijet. Pažljivo sam označila datume; bez provjeravanja u svom kalendaru nisam još ni jedno propustila. I kuda to idem? Pjevati u rodilište. Naša draga stara bakica, Marie-Louise, uvijek je tamo, vjerna svom djelu - ili mogla bih reći svom klaviru. Kada otvori usta da nam govori, sobu ispuni jedan od najvedrijih glasova koji sam ikada čula. Svi pažljivo slušamo, gutajući svaku njenu riječ kao da je nekakva poslastica. Očarani smo, obuzeti, preplavljeni. Kada sjedne za klavir, note sipaju poput bisera. Njen glas odzvanja pjevajući za sve nerođene bebe i majke koje ih nose. Jednostavnošću prave umjetnice, sve nas uspjeva podići do opere!

Kada pjevamo "La flute et la belle eau", potpuno smo nesvjesni koliko se visoko penjemo sve dok nismo dobrano u oblacima,

zaustavljajući se na visokom B. Kako smo se uspjeli toliko popeti i onda spustiti ponovo na zemlju bez da se ozlijedimo? Iznenada, Marie-Louise razgovara s jednim od malenih. Uvijek ima spremnu nježnu riječ, slatku misao za djecu, za sve svjež glasove spremne pjevati. Popravlja naočale na nosu i opet se digne u nebeske sfere dječjih rima i uspavanki...

Još uvijek se smijuci, okreće se ozbiljnijim temama, svijetu odraslih...

Iznenada, Marie-Louise ubrzava ritam. Melodije se kreću sve brže i brže. Žurimo za njom neumoljivim tempom, ali kuda, nitko ne zna. Puh! Treba ti dubok udah nakon takve pjesme! Marie-Louise ustaje. Njene nestašne oči trepću iza svjetlucavih naočala. Svi smo zagrijani tim osmijehom iskričavog duha, poezijom djetinjstva, srećom življenja, njenim riječima i njenom muzikom. U sljedećem trenutku traži nas da zaplešemo, maknemo

stolce, stobodno lebdimo u melodijama njene gitare. I uskoro svi plešemo.

Jednoga dana Marie-Louise je bila još boljeg raspoloženja nego inače. Bila sam znatiželjna i pitala je zašto. Njen odgovor je bio jednostavan: Upravo sam došla sa suda. Moj susjed je začepio sve moje odvode i situacija je tako smiješna da me je bacila u najfantastičnije raspoloženje! Pa, mogla sam je razumjeti. Kada pjevaš, život pjeva i ništa

ne može zaustaviti pjenušavu struju radosti u tebi.

Marie-Louise je tako mlada, teško je vjerovati koliko je stvarno stara. Vidjela je sedamdesetdva proljeća kako otvaraju cvjetove, ali njeno je srce vječno mlado. Kakav si mangup, tata, tebi bi se svidjela!

S ljubavlju, tvoja kćer



Tijekom tog vremena temperatura vode se obično podiže na 30° C, a ponekad će neka primalja i iskusni plivač voditi žene kroz različite vježbe opuštanja. Denis Brousse, učitelj plivanja iz Montpelliera, nudi trudnicama neke osobito zanimljive ideje. On vjeruje da se ljudi koji nikad nisu naučili plivati često pod vodom osjećaju najugodnije, jer se još nisu naučili boriti protiv osjećaja uranjanja. Denis ohrabruje žene da opušteno kliznu u vodu, da potpuno urone, da puštaju zvukove dok izdišu, da dodirnu dno. Tako uspijevaju pobijediti paniku koja ih tjera da se brzo vrate na površinu i govore o osjećaju snage i blagostanja. To je dobra vježba za prevladavanje tjeskobe.

Iako ženine dnevne aktivnosti igraju značajnu ulogu u pripremi za porod, prenatalna medicinska skrb ima važan utjecaj na tok trudova i poroda. U Francuskoj su danas prenatalni pregledi tijekom trećeg, šestog, osmog i devetog mjeseca prinudni. Neki liječnici i žene nalaze potrebnim zakazati dodatne provjere. U svakom slučaju, čini se da je način, a ne broj prenatalnih pregleda ono što određuje prirodu njegova utjecaja.

Prečesto se takva savjetovanja odnose prema trudnoći kao prema bolesti. Rutinski tok tih pregleda često dovodi do više problema nego što ih rješava. Za početak, prenatalna posjeta liječniku obično iznosi na vidjelo neke moguće zabrinjavajuće elemente na koje će se liječnik nesumnjivo

usmjeriti: cerviks je prekratak, premekan ili poluotvoren; beba je prevelika ili premala za svoju dob; majka je suviše dobila na težini ili premalo; njen krvni tlak je previsok ili prenizak; oblik ili veličina njenog pelvisa nisu povoljni; i tako dalje. Obično za tim slijedi pregled ultrazvukom što liječniku daje još jednu priliku da otkrije neke uznemirujuće detalje o položaju placente ili o veličini i položaju fetusa. Konačno, ima toliko testova krvi i urina da će rezultati barem jednog od njih odstupati od "normalnog". Savjetovanje ove vrste obično završava time da liječnik propisuje neku vrstu lijekova, a ponekad čak i mirovanje u krevetu.

Postoji druga vrsta konzultacija, koje se mogu nazvati neutralnim i koje često moraju odagnati djelovanje prvoga tipa. U Pithiviersu ciljamo na preglede ove druge vrste. Provjera može biti veoma kratka; vješt liječnik treba veoma malo vremena da shvati bitno. Prvi je korak provjeriti ima li nekih anomalija koje zahtijevaju hitno djelovanje. Međutim, u stvarnosti, ima veoma malo slučajeva kada je korisno ili čak moguće djelovati pri problematičnim dijagnozama. Infekcije urinarnog trakta mogu se tretirati, a hospitalizacija je uputna kada proteinski depoziti u urinu, iznenadno podizanje krvnog tlaka i edemi ukazuju na pozitivnu dijagnozu preeklampsije - stupnja toksemije i glavni uzrok smrtnosti kod trudnica. Također možemo savjetovati da žena

koja radi na nekom iznurujućem ili neispunjavajućem poslu uzme malo odmora uz novčanu naknadu.*

Zahtijevamo samo najosnovnije testove urina i krvi i rijetko koristimo ispitivanje ultrazvukom. To jednako iznenađuje i liječnike i buduće majke, jer je korištenje ultrazvuka u većini klinika i bolnica već postalo rutinsko. Tim testovima se pripisuje gotovo magične osobine i vjeruje se da će oni riješiti sve moguće vrste problema. Zacijelo, ispitivanje ultrazvukom može dati veliku količinu informacija i jednako zadovoljiti znatiželju i roditelja i liječnika. No, u konačnom smislu, rijetko nam kaže nešto više od dijagnoze vještog liječnika. Čak i kada takvo ispitivanje kaže nešto što nismo mogli otkriti drugim metodama, rijetko nas navodi na promjenu u proceduri.

Na primjer, pretpostavimo da je rano ispitivanje ultrazvukom pokazalo da je placenta u uterusu pričvršćena suviše nisko. Taj nalaz može ženi prouzročiti velike brige, a opet, liječnik do poroda ne može nikako intervenirati. Štoviše, nema smisla brinuti o tome budući da položaj placente postaje važan tek pred kraj trudnoće - kada većina takvih placenti ionako ima tendenciju da se

odmakne od cerviksa. Tijekom trudova, vješt praktičar može ručno lako provjeriti ne stoji li placenta na putu. Ako stvarno pokriva cijeli cervikalni otvor, liječnik može savjetovati carski rez. Ako samo djelomično pokriva otvor, trudovi se mogu nastaviti, imajući u rezervi intervenciju kao opciju ako majka izgubi suviše krvi, ili ako je fetus na bilo koji način ugrožen.

Uzmimo drugu čestu pojavu - ultrazvuk rano otkrije dvojke. Međutim, bez obzira na rezultat testova, ponekad će se nastaviti razvijati samo jedan fetus. Umjesto da bude ovisan o tom pregledu, sve što čovjek treba napraviti jest da strpljivo čeka do sedmog ili osmog mjeseca trudnoće, kada praktičar može lako otkriti dvojke tijekom temeljitog vanjskog pregleda. Ponekad ultrazvuk može ustanoviti malformaciju neuralne cijevi, kao što su anencefalija ili spina bifida. Međutim, da bi to otkriće bilo od praktične vrijednosti, mora se zbiti dovoljno rano kako bi se dopustilo voljno prekidanje trudnoće. Ultrasonograf ne može nikada biti 100 posto siguran u takvim dijagnozama, što pitanje napraviti li abortus ili ne čini još problematičnijim. U svakom slučaju, treba naglasiti da su mnoge bebe s defektima neuralne cijevi osuđene da umru od prirodnih uzroka *in utero*, ili unutar nekoliko dana nakon rođenja. Drugi česti razlog za korištenje ultrazvuka je utvrđivanje točnog dana začeća i time točnog datuma poroda. No, opet, čak i kada je

* U Francuskoj, žena može imati plaćeni dopust u trajanju od šest do osam tjedana prije poroda i deset tjedana nakon njega. Uz to, liječnik može u bilo koje vrijeme propisati odmor, a socijalno osiguranje će dati novčanu naknadu.

buduća majka imala neredovitu menstruaciju, iskusni liječnik može gotovo uvijek isto tako točno utvrditi datum, postavljajući pravilna pitanja i pregledavši ženu u ranoj trudnoći.

U većini slučajeva, nalazi ultrazvuka, koliko god bili zanimljivi, za praktičnu su upotrebu beskorisni. U Pithiviersu je opće pravilo da izvodimo takve dodatne preglede jedino kada će imati definitivni efekt na odluke liječnika ili trudnice, a to nam opće pravilo pruža veoma malu šansu da koristimo ultrazvuk.

Pored tog principa održavanja intervencija na minimumu, ima i drugih dobrih razloga za ograničavanje uporabe ultrazvuka. Važno je zapamtiti da u ovo vrijeme još ne raspolazemo znanjem kako izlaganje ultrazvuku, čak i na veoma kratko razdoblje, može utjecati na majku - ili fetus. Iako mnogi liječnici i medicinski tehničari vjeruju da je ovaj postupak bezopasan, u tijeku su široka ispitivanja koja istražuju njegova djelovanja na genetsku strukturu, razvoj fetusa, hematološka i vaskularna stanja, imuni sustav i tako dalje.² Budući da je to istraživanje tek počelo, prerano je izvlačiti konačne zaključke. Možemo samo čekati i pitati se što ćemo vidjeti za četrdeset godina, kada će već jedna ili dvije generacije biti doslovce *in utero* ljuljane valovima ultrazvuka.

Drugi kontroverzni prenatalni test je amniocenteza. Sastoji se od korištenja ultra-

zvuka da bi se odredio položaj fetusa, te zatim uvođenja igle kroz abdominalni zid majke da bi se dobio uzorak amniotske tekućine. Ta tekućina sadrži odbačene fetalne stanice koje se odgajaju u kulturi dok se ne uspije odrediti njihov kromosomski sastav. Amniocenteza se obično obavlja u šesnaestom tjednu trudnoće, a rezultati su dostupni nakon otprilike tri tjedna. Postalo je uobičajeno da se žene poslije trideset-pete podvrgavaju amniocentezi, budući da je, kako žena stari, veći rizik da će roditi dijete s Downovim sindromom.

U Pithiviersu smo dosta fleksibilni glede amniocenteze. U nekim izuzetnim slučajevima gdje u obitelji postoji povijest genetskih oboljenja, amniocenteza odista može ženu riješiti strahova i donijeti joj olakšanje. Ali u većini slučajeva, neovisno o ženinim godinama, nikada je ne nagovaramo da prođe taj test. Međutim, dajemo joj što je moguće više informacija tako da može ocijeniti postojeći rizik i sama odlučiti. Žena mora razumjeti da je amniocenteza korisna jedino ako, u svjetlu abnormalnih rezultata, razmotri mogućnost abortusa, i da sam postupak u visini od 0,5 do 2 posto slučajeva uključuje rizik pobačaja. Određena ispitivanja također sugeriraju veći slučaj respiratornih teškoća za novorođenčad i povezanost s višim stupnjem ortopedskih malformacija ako je majka imala amniocentezu u drugom tromjesečju. Također je ohrabrujemo da protumači statistike u pozitivnom smislu. Na

primjer, umjesto da se kaže da četrdeset-godišnjakinje riskiraju 1 naprema 109 da imaju dijete s Downovim sindromom, zašto ne smatrati da takve žene uživaju oko 99 posto šanse da imaju genetski zdravo dijete? Naš cilj je informirati, a nikada ne zastrašiti. Kao rezultat, nalazimo da se mnoge žene u Pithiviersu odluče odreći amniocenteze.³

Konačno, naš način bavljenja rizikom preranog poroda nije nimalo u suglasju s danas popularnim doktrinama. Prava opsesija preranim porodima navela je mnoge liječnike da zagovaraju agresivni preventivni stav. U mnogim zemljama, uobičajeno se propisuje mirovanje u krevetu kao mjera protiv preranog poroda, no niti jedno istraživanje nije moglo potvrditi da mirovanje u krevetu stvarno ima takvo djelovanje. Mi stoga ostajemo prilično skeptični glede njegove djelotvornosti. Politika protiv mirovanja u krevetu je također motivirana našom zabrinutošću da produžena imobilizacija može dovesti do senzorne deprivacije fetusa ograničavajući unos k vestibularnom organu - unutarnjem dijelu uha - koji prenosi informacije o tjelesnom položaju i konačno osigurava osjećaj za ravnotežu. K tome, vestibularni organ vjerojatno utječe na orijentaciju fetusa *in utero*, i manjkavosti u njegovom funkcioniranju mogu uzrokovati obrnuti položaj pri rađanju. S našega stajališta, uobičajeno propisivanje mirovanja u krevetu predstavlja još

jedan primjer uplitanja opstetricije u proces rađanja: ženama se kaže da legnu ne samo tijekom poroda, već također i tijekom cijele trudnoće.

Prema istim smjernicama, također stavljamo pod znak pitanja praksu propisivanja lijekova za kočenje uterinskih kontrakcija radi sprječavanja preranog poroda. Prvo, ti lijekovi - koje žena možda uzima danima, tjednima, čak mjesecima - imaju snažna nepovoljna postrana djelovanja kao što su palpitacije, vrtoglavice i opća slabost. Ako nam žena dođe zabrinuta jer osjeća kontrakcije uterusa prvo utvrđujemo je li riječ o trudovima. Zatim je obavještavamo da je uterus mišić, a ne inertno spremište; kontrakcije vježbaju i jačaju uterinske mišiće i mogu osigurati stimulaciju koja je bebi potrebna. Ako se žena žali da su te kontrakcije bolne, topla kupka može prilično olakšati te neprijatnosti. Drugo, plašimo se da ti lijekovi mogu zakočiti buđenje ili pravilni razvoj senzornih funkcija fetusa. Osobito nas brinu tvrdnje nekih liječnika da mogu odrediti je li se neko dijete razvijalo pod utjecajem takvih lijekova provjeravajući osjetljivost njegove kože nakon rođenja.

Konačno, kod nas je neobično raditi cirklažu. Cirklaža se sastoji od zatvaranja cerviksa šivanjem i to već u trećem mjesecu trudnoće. Uobičajenija je u Francuskoj nego u Sjedinjenim Državama ili Engleskoj i drži se da sprječava preuranjeno otvara-

nje cerviksa. Međutim, dijagnoza "nesposobnog cerviksa" je veoma subjektivna. Štoviše, preuranjeni porod je rijetko povezan sa stanjem cerviksa. U bolnicama gdje je cirklaža uobičajena, stopa preuranjenih poroda nije značajno niža nego na drugim mjestima gdje se ona izvodi rijetko. Kao što govorim trudnicama, ne određuje cerviks već je beba ta koja određuje kada će trudovi stvarno početi.

Većina europskih zemalja sada ima stopu preuranjenih poroda od 6 ili 7 posto što je nevelik pad s obzirom na prethodne godine. Taj trend opadanja preuranjenih poroda od sedamdesetih godina bio je izravno pripisan agresivnom medicinskom pristupu koji uključuje češće prenatalne preglede, naprednu tehnologiju i tretman novim lijekovima. Ali moglo bi biti i drugih razloga za to opadanje. Na našoj klinici gdje prevladavaju suprotni stavovi, od 1.000 poroda prije 31. prosinca 1973., 4,9 posto ih je bilo preuranjeno; od 1.000 poroda prije 31. prosinca 1980., bilo ih je 2,5 posto.* Nas-

tavljeno opadanje naše već niske stope može se objasniti činjenicom da su žene koje dolaze u Pithiviers tijekom zadnjeg desetljeća u boljem ekonomskom položaju, što znači da su boljšeg fizičkog zdravlja te je tako manje vjerojatno da će trudovi početi preuranjeno. Međutim, statističke razlike između naših brojaka i onih iz svijeta u cjelini su daleko prevelike da bi se pripisale isključivo tom čimbeniku. Možda se može uspostaviti jedna alternativna korelacija između niske stope preuranjenih poroda u nas i našeg općeg stila prenatalne skrbi.

Ponekad ne možemo odoljeti a da se ne pitamo neće li trudnice imati više koristi ako dođu pjevati s nama nego ako odu na još jedan prenatalni pregled.

* Radi jednostavnosti, mi "preuranjenim" zovemo one bebe koje su pri rođenju teške manje od 2,75 kg.







pomaganje porodilji

Žena u trudovima stiže u kliniku. Njen prvi kontakt s primaljom je važan; primaljin blagi pogled, osmijeh, riječi i geste, sve to ima blagotvorno djelovanje na porod. Odluke koje se naprave u to vrijeme također mogu biti značajne. Na primjer, iskusna primalja će moći odrediti točan stupanj trudova. Ako su tek počeli, primalja može savjetovati ženi da pričekava prije nego dođe u kliniku - možda prošetati ili čak, ako živi u blizini, na neko vrijeme otići kući. Ako se žena

vrati u poznato okruženje i ostane aktivna, vjerojatno je da će, kada se vrati u kliniku, trudovi već dobro uznapredovati. Ako žena ostane u klinici tijekom cijelog prvog stupnja trudova - stupnja kada se cerviks postupno širi - mi joj pomažemo, ali ne na neki predodređeni način; iz iskustva smo naučili da ne djelujemo mehanički ili dogmatično. Svaka žena je različita, i iz toga slijedi da će svaki porod biti drugačiji. Mi to prihvaćamo. Ne planiramo određene

strategije niti usvajamo čvrsta i neupitna pravila.

To se ne kosi s uskim timskim radom: radeći dugo zajedno često smo sposobni komunicirati tek jednim pogledom ili gestom. To također ne znači da nemamo opće procedure; naprotiv, tijekom godina nekoliko ih se prirodno razvilo u skladu s našom posvećenošću fleksibilnosti, inovacijama i središnjoj važnosti majke. Te opće vodilje jednako pogoduju svim ženama neovisno o njihovoj povijesti i primjenljive su bilo da je žena redovito posjećivala kliniku ili nam je

došla po prvi puta u vrhuncu aktivnih trudova. Te opće vodilje su primjenljive na žene koje dobro poznajemo i na one koje smo jedva sretali; radnice i intelektualke; građanke i seljanke; domaće žene i strankinje.

Za početak, u Pithiviersu želimo razoriti sliku trudnice kao pacijentice koja je tako duboko usađena u zapadnoj kulturi. Odvraćamo ženu koja dolazi u bolnicu od namjere da spremno obuče spavaćicu i legne u krevet. Prvi stadij trudova se može desiti u spavaonici ili u velikom dnevnom

Žena u trudovima šeta s prijateljicama



boravku ili u radionici. Tijekom tog vremena, neke žene odluče hodati hodnicima ili lagano šetati u vrtu. U Pithiviersu naglašavamo da je sve moguće.

Kako prvi stadij trudova napreduje i kontrakcije postaju snažnije, osjećamo da je za majku najbolje da ode na mirno, zatamnjeno mjesto. Žena koja sluša vlastito tijelo treba se sabrati i nesklona je vanjskim ometanjima. Vedro okruženje može olakšati prijelaz u unutarnji svijet. Konačno, mnogi sisavci, rađaju u mračnim, tihim, povučenim mjestima. Onda nije iznenađujuće da ljudska bića također traže takve uvjete za trudove i porod. Naša "primitivna soba" uređena je da zadovolji tu potrebu. U idealnom slučaju, treba smanjiti sve osjetilne podražaje. Ponekad, tiha smirujuća muzika pospješuje osjećaj mira i tišine. Soba je dovoljno topla da bi se žena bez odjeće osjećala ugodno. Mnoge uklone naočale ili kontaktne leće da bi se potpunije usmjerile spram unutarnjeg svijeta.

Ženu u trudovima potiče se da vjeruje onome što osjeća, da se kreće kako joj volja, da zauzme bilo koji položaj koji joj spontano dođe. Može hodati, sjediti, klečati, naslanjati se na nekog ili nešto ili ležati, već prema osjećaju. Dobivši takvu slobodu, žene rijetko, na dulje vrijeme, odabiru pognuti li polusjedeći položaj, jednostavno zato jer nisu udobni. Iz istoga razloga, većina ih prirodno, prema kraju trudnoće, izbjegava ležanje na leđima i, umjesto to-

ga, više se vole sklopčati na boku. Ako je žena u trudovima na leđima i oklijeva se kretati uokolo ili promijeniti položaj, ponekad ne odolimo objasniti joj da taj položaj ograničava prijenos kisika bebi, jer ometa protok krvi u uterus pritišćući aortu i venu cavu.

Ovo je objašnjenje zapravo nepotrebno budući da, u ranim fazama trudova, većina žena instinktivno voli stajati sagnuto naprijed, osloniti se na komad namještaja ili se spustiti na ruke i koljena.* Nije slučajno da tolike žene spontano otkrivaju taj položaj i dugo u njemu ostaju; on djelotvorno smanjuje bol, osobito bol u leđima. K tome, to je neka vrsta fizičkog umotavanja u sebe koje ženi olakšava da zanemari vanjska ometanja. (Taj položaj nalikuje položaju molitve, koja je sama po sebi prijelaz u drugačije stanje svijesti.) Čini se da klečanje također igra važnu ulogu s mehaničke točke gledišta. U slučaju rađanja na zadak koje često uzrokuje najdulje i najteže trudove, ono pomaže rotaciji bebine glave u pelvisu. Budući da su djetetova leđa najteži dio njegova tijela, beba će imati tendenciju da se okrene prema otvoru uterusa ka-

* Kada je žena oslonjena na ruke i noge, jedna je noga obično viša ili ispruženija od druge. Budući da bebina glava mora u pelvisu napraviti spiralu, rođenje je po prirodi asimetrična pojava. To je još jedan razlog zašto je simetrični položaj na leđima neprikladan.



Žena u trudovima je slobodna zauzeti bilo koji položaj
koji spontano pronađe...



da je žena oslonjena na ruke i noge. Kao sažetak, hodanje, klečanje, sjedenje, stajanje, oslanjanje na nekog ili nešto najuobičajeniji su osnovni položaji u trudovima, ali svaki ima bezbrojne individualne varijacije.

Primalje se brinu o osnovnom - osiguravaju da je soba topla, tamna i tiha i da se svaka žena osjeća slobodnom po volji mijenjati položaje. Nude vodu, voćni sok, med i šećer koji osiguravaju tekućinu i kalonije potrebne za težak posao poroda. Lako je druge naučiti kako slijediti korake naše rutine. Ali pomaganje ženi u trudovima obuhvaća mnogo više od tih jednostavnih zadataka. Obuhvaća suosjećanje, intuiciju i nadahnuće; to je umjetnost.

Intuitivni osjećaj je taj koji omogućuje primalji "naslutiti" da li ljudi, prisutni tijekom trudova, igraju pozitivne ili negativne uloge. Žene u trudovima često žele pored sebe nekoga koga poznaju i čini se da imaju potrebu da tijekom poroda uspostave osobit odnos s barem jednom osobom. U našem društvu, ta osoba je često bebin otac. Međutim, za ženu ne mora uvijek biti najbolje da je njen partner u blizini. Neki muškarci imaju blagotvorno djelovanje, dok drugi samo usporavaju trudove. Ponekad će neki suviše tjeskobni muškarac postati zabrinut i onda će to pokušati sakriti suviše pričajući; njegovo brbljanje može ometati ženu u usmjeravanju na trudove. Sjećam se jednog slučaja, kada se činilo da



Nježnost je važnija od tehnike

žena, nakon osam centimetara dilatacije, ne može dalje napredovati; kada je njen muž nakratko napustio sobu da se odmori, beba im se rodila. Iako nam je ta žena rekla kako želi da joj muž bude prisutan, njeno tijelo je govorilo drugačije. Posebice zaštitnički i posesivni muškarac također može imati negativno djelovanje na trudove. On neprestano masira, miluje i drži svoju ženu, koja mu *pripada*. On predviđa njene potrebe umjesto da na njih reagira. Žena u trudovima treba mir, ali on može ponuditi samo stimulaciju. Muškarcima je ponekad teško promatrati, prihvatiti i razumjeti ženino instinktivno ponašanje tijekom rađanja. Umjesto toga, često je pokušavaju zadržati da ne isklizne iz svog

racionalnog, samokontrolirajućeg stanja. Nije slučajna podudarnost da u svim tradicionalnim društvima porodilji ne pomažu muškarci, već druge žene koje su i same imale djecu.

Neke buduće majke više vole na kliniku povesti sestru ili prijateljicu. Ako je prijateljica ili sestra sama imala spontani prirodni porod unijet će u ovaj događaj svoje pozitivno iskustvo; ako nikada nije imala djece, ili ako je imala samo porod carskim rezom, mogla bi unijeti strah i tjeskobu. Druge žene više vole pored sebe nekoliko ljudi. Primjetili smo da mnoge od tih žena imaju duge i teške trudove. Jedne noći dok smo ja i primalje gledali televiziju, vidjeli smo kako se vani zaustavlja veliki auto. Iz njega je iskoračila trudnica, očito u trudovima, a za njom je izišao muškarac, žena, veoma mlada djevojka i drugi muškarac s kamerom. Prva reakcija primalja je bila: "Pa, čini se kao da ćemo imati dugu noć." Bile su u pravu: porod je bio dug i iscrpljujući. Možda neke žene žele biti okružene u to vrijeme ljudima zbog nekog potisnutog straha i nesigurnosti glede poroda. Ipak, ta tjeskobna osjećanja mogu postati još jača ako žena u trudovima osjeća da je se promatra ili da mora igrati neku određenu ulogu u odnosu na prisutne. S druge će strane, žene iz blisko povezanih obitelji ili zajednica, često tijekom poroda biti smirene nazočnošću ljudi koje običavaju svakodnevno vidjeti.

Povremeno dolazi na kliniku žena sa svojom majkom. To može biti od velike pomoći ako je majka imala više djece bez medicinske intervencije, ali to nije čest slučaj s majkama koje su rađale pedesetih i šezdesetih godina. Mnogo toga što su majke tada doživljavale pri porodu sada je zastarjelo. K tome, medicinska praksa povezana s porodom još se uvijek veoma brzo mijenja, tako da majkama može biti teško prenijeti svojim kćerima korisne i valjane informacije kao što to čine u tradicionalnim društvima. Konačni rascjep u iskustvu i znanju objašnjava neke od napetosti koje smo opazili između majki i kćeri. U mnogim slučajevima, taj rascjep može biti djelotvorno popunjen nazočnošću iskusne i suosjećajne primalje.

Važnost primalja se ne može dovoljno naglasiti. Neovisno o određenoj opstetričkoj praksi, veći broj žena ima normalne trudove i porode tamo gdje primalje trenutno igraju veću ulogu u porodu, bilo da je to u Irskoj, u Holandiji ili, ovdje, u Pithiviersu. Veoma je važno da primalja bude žena - istina koja nije tako očigledna, budući da su škole za primalje u zemljama, kao što su Francuska, Švedska i Velika Britanija, počele prihvaćati muškarce. Trudovi, porod i dojenje djelomično su spolna zbivanja i spol prisutnih ljudi mora se uzeti u obzir. Kontakt između pomoćnika pri porodu i porodilje može biti izvanredno blizak i snažan. Porodilja je u



Žena s primaljom u "primitivnoj sobi"

posebno ranjivom fizičkom i emotivnom stanju, sklona da barem privremeno postane ovisna o svojem pomagaču. Spolne primjese koje mogu pratiti takav kontakt s muškim pomagačem mogu sputati ženu da se ponaša onako otvoreno i spontano kao što bi voljela, ili mogu učiniti da se kasnije čak osjeća posramljenom zbog onoga što je razotkrila o sebi. Naravno, to nije tako jednostavno. Uz svu važnost spola, bitna kvaliteta koju pomagač - muškarac ili žena

- mora imati jest sposobnost pomaganja ženi da se osjeća sigurno i lagodno.

Da zaključimo, privatnost, intimnost, mir, sloboda za trudove u bilo kojem položaju i susretljivo prisustvo primalja ključni su za spontani prvi stadij trudova. Jarka svjetla, iznenadna buka, hladni aparati i maskirani uljezi - tipično okruženje suvremene bolnice - zajedno s odsutnošću primalja, nijekanje ili nepoznavanje njihove važnosti i primoravanje žene na ograničeni položaj - sve to koči trudove.

Ipak, čak i kada je žena u najpovoljnijoj atmosferi, dilatacija se ponekad zaustavlja i kontrakcije postaju bolnije i manje djelotvorne. Na toj točki, topla kupka često može pružiti olakšanje. Sada u klinici imamo dva mala bazena koja koristimo u tu svrhu. Žena često, sve do vrata, uroni u toplu vodu. Ponekad pažljiva ruka nježno pridržava njenu glavu dok su joj uši uro njene. U bazenu trudovi postaju lakši, ugodniji, manje bolni i djelotvorniji. Radi se o jednom, voda ženu čini bestežinskom; može plutati i više se, tijekom kontrakcija, ne mora boriti protiv težine vlastitog tijela. Dalje, toplina vode smanjuje lučenje adrenalina i opušta mišiće. Voda također može potaknuti alfa valove u mozgu, stvarajući stanje mentalne opuštenosti. Opuštanje zauzvrat dovodi do brze dilatacije. Ponekad, kada trudovi ne napreduju, odvratanje slavine, pogled i zvuk mlaza vode, dovest će do poroda i prije nego se bazen napuni!

Skloni smo pripremiti bazene za žene koje imaju bolne i neefikasne kontrakcije s oko pet centimetara dilatacije. Ali voda i za druge može biti opuštajuća. Može biti prijatna poput ljubavnika, majke ili prima lje. Privlačnost, koju trudnica osjeća prema vodi, još uvijek nam je misterij. Mnoge buduće majke govore da ih voda privlači; osjećaju snažan poriv da urone u valove, ili sanjare kako plutaju na površini. Neke žene, koje se tijekom trudnoće osjećaju snažno privučene vodi, osjećaju prema njoj

još veću privlačnost tijekom trudova. Druge nam opet govore da ne vole vodu ili da ne znaju plivati. No, kad trudovi počnu, te iste žene će iznenada krenuti prema bazenu, žustro ući u njega i neće htjeti izići!

Kako se prvi stadij trudova približava kraju, žena obično izlazi iz bazena. Osjeća potrebu da postane aktivnija, da pomogne izlasku djeteta. Često, na tom stupnju, žena može imati izgubljeni pogled, čak izgleda kao da je u drugom svijetu; ako uopće govori, ponavljat će jednu te istu riječ ili jednostavne rečenice. To su nam sve znakovi da reagira na ono što je u njoj instinktivno i da je dostigla dobru hormonalnu ravnotežu. Daleko od toga da smatramo njeno stanje iracionalnim i bespomoćnim, tada smo sasvim sigurni da ona najbolje zna što učiniti da bi pomogla svom djetetu doći na svijet.

Naš način određivanja nastupa drugog stadija trudova - kada je dilatacija cerviksa potpuna - potpuno je drugačiji od uobičajene medicinske prakse. Većina liječnika ispituje vaginu kako bi odlučili da li žena treba početi istiskivati ili ne. Mi obično možemo razlučiti različite stupnjeve trudova bez unutarnje provjere - koja se u svakom slučaju treba maksimalno izbjegavati. Znamo da je drugi stadij trudova počeo kada žena, koja je stajala ili hodala uokolo, iznenada tijekom kontrakcija želi saviti koljena i ima hitnu potrebu da zgra-



bi nešto ili nekoga. Ako ona i njen partner stoje zagrljeni, objesit će mu se oko vrata. U slučaju da njen partner stoji iza nje, ona može čučnuti dok je on podupire ispod pazuha. Žena se pušta; dok viče, široko otvorene vulve i raširenih nogu, izgleda kao da se odjednom cijelo njeno tijelo otvara. Može čak doći do točke gdje oslobada sfinkter i prazni rektum. Opuštanje tih mišića i njen snažni, tipični vrisak, protivni su najdublje urezanom društvenom ponašanju. Oni nam govore da je porodilja ušla u optimalno instinktivno stanje svijesti; drugim riječima, postigla je pravilnu hormonalnu ravnotežu.

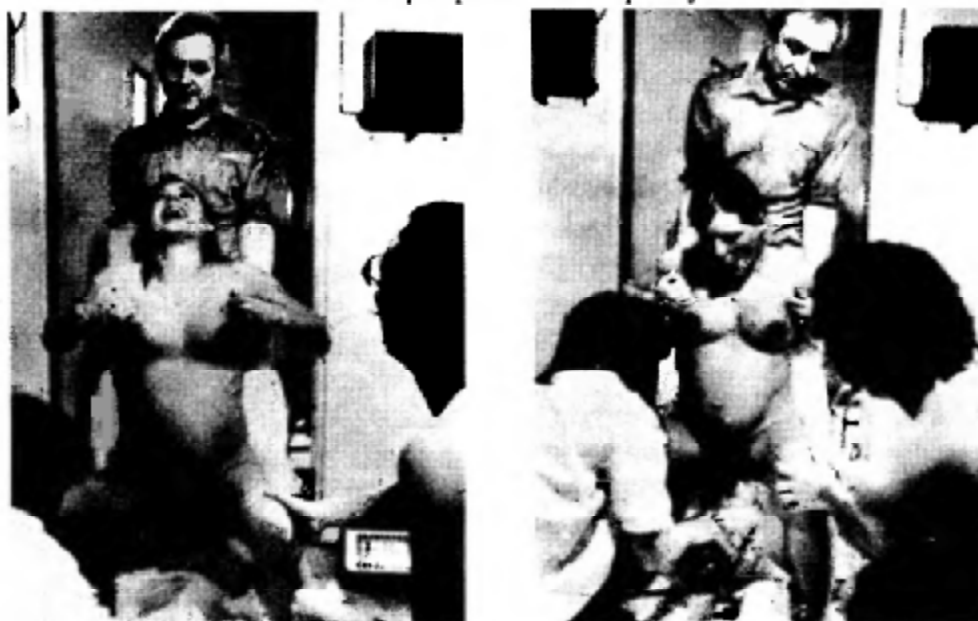
Većina žena u Pithiviersu porađa se u poduprtom čučjećem položaju koji je s mehaničkog stajališta daleko najdjelotvorniji budući da maksimalno koristi silu teže,

smanjuje mišićno naprezanje i potrošnju kisika i pospješuje opuštanje mišića perineuma. Pomoćnica može osjećati nailazak kontrakcija polažući svoju desnu ruku na vrh ženinog uterusa. Kada kontrakcije počnu, pomoćnica će obično podvući ruke pod ženin pazuh da bi joj podržala ruke ili joj pokrila prste. On ili ona stoje uspravno bez naginjanja naprijed, postajući vrsta oslonca za leđa. Ako se žena porađa u čučjećem položaju, odjednom je mogu držati dvije osobe: jedna koja je iskusna i jedna koja je ženi bliska ali nova u ovoj situaciji i možda neodlučna. Ali žena također može odabrati da bude licem u lice prema svom partneru i da mu visi o vratu sa široko raširenim nogama. Ovaj položaj, u kojem su ženine noge na trenutke iznad





Porod u poduprtom čučjećem položaju



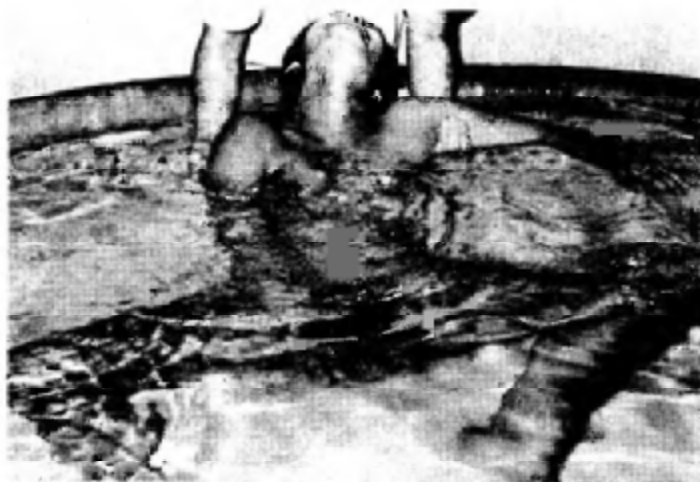


zemlje, također je izvanredno koristan. On opušta abdominalne i perinealne mišiće pomažući bebinom silasku. Osoba, koja drži ženu, ne može izbjeći da lagano ne pritišće njen abdomen i tako joj olakšava da drži noge razdvojene.

Iako su čučanje i vješanje na našoj klinici uobičajeni položaji za drugi stadij trudova, ni u kojem slučaju nisu pravila. Žena je slobodna pronaći bilo koji položaj koji pogoduje njenom osjećaju udobnosti i opuštenosti. Može zauzeti raznolike asimetrične položaje, sjedeći s jednom nogom ispruženom ili nagnjući se na stranu; može poželjeti leći, ispružiti se na boku, sjesti na stolicu, ili se spustiti na sve četiri. (Treba primijetiti da je ovaj posljednji položaj veoma nalik na čučajući položaj - ako ispustite

ženu koja čuča, past će prema naprijed na ruke i koljena.) Može čak roditi u vodi, način koji se pojavio iz našega korištenja bazena. Ponekad su žene u bazenima toliko opuštena da su nevoljne izaći iz vode, čak i kad već osjećaju da trudovi brzo napreduju. Čini se kako žene znaju da uopće nije opasno roditi u vodi; nema rizika za novorođenče, koje je, konačno, poznavalo samo vodeno okruženje. Beba će početi udisati zrak svojim plućima tek kada izađe na površinu vode i iznenada, po prvi puta, osjeti razliku u atmosferi i temperaturi. Nikada nismo imali za cilj da se bebe rode pod vodom, ali taj se neočekivani događaj dešava nekoliko puta mjesečno (dvadeset do trideset puta godišnje).

Porod u vodi







Koji god položaj žena našla, zapazili smo da je, pri pomaganju, nježnost isto toliko važna kao i tehnika. Iskusne, suosjećajne pomoćnice u stanju su osjetiti ženin mir, napetost, ili strah iz strukture i vlažnosti njene kože. Tijelom uz tijelo, kožom uz kožu, primalja će se oslanjati na dodir i držanje žene, više nego na razgovor. Kada govori, rabić će jednostavne riječi, riječi koje može razumjeti i malo dijete. To idealno zajedništvo ne isključuje stupanj čvrstine u određenim situacijama. Na primjer, ako se žena upravo prije posljednje dvije ili tri kontrakcije osjeća pospanom, pomoćnica je treba potaknuti da ostane aktivna. Tada je važno reći nešto poput: "Prekasno je odložiti porod, vrijeme je..." Međutim, u ovakvim trenucima riječi su nevažne, a određene riječi - kao "istiskujte" ili "snažni-

je" - mogu zapravo imati potpuno negativno djelovanje. Najčešće žena u porodu točno zna što osjeća i određene upute mogu biti samo u sukobu s njenim iskustvom. Ja sam sklon ne govoriti ništa. Ako nešto kažem, to će biti nešto kao: "Dobro... dobro... neka beba dođe..." Ako izgleda da je žena zahvaćena strahom ili osjećajem neuspješnosti, mogu savjetovati: "Ne istiskujte, ne istiskujte," ili "Ne zadržavajte, vičite, vrištite, ako želite."

To su naši načini u Pithiviersu - pomaganje ženama da rode. Strategije i tehnike koje smo pronašli igraju važnu ulogu, ali naš je cilj mnogo dalekosežniji. Želimo osposobiti *sve žene*, da u *bilo kojem položaju* rode sa samouvjerenošću.

Majka iz Južne Amerike

Kažu da tijekom posljednjih sati prije poroda, izgubiš kontakt s vanjskim svijetom. U mom je slučaju to bila istina. Našla sam se u drugom univerzumu, na udaljenom planetu, nošena morem osjeta.

Bila je to veoma čudna noć. Ljudi su spavali. A mi smo bili tu, tijekom cijele noći, Philip i ja i još jedan par, budni, između spavaonice i radaonice. Drugi par je dobio bebu oko pet ujutro. Bili smo osupnuti živom slikom njihovog povratka u tami s djetetom na rukama. Bilo je ohrabrujuće znati da žena može roditi i onda izići na svojim vlastitim nogama. To nas je primirilo.

U jednom trenutku, kontrakcije su postale oštrije, bolnije. Zgrabila sam Philippa, zatim klavir, pa opet Philippa. Prostor je postao slijeđ odlaženja i dolaženja. Postalo je teško kontrolirati bol. Postala je dio mene, nije imala kraja niti početka. Kada je stigao dr. Odent, posezala sam za primaljom koja mi se činila veoma daleko od mene. Nisam mogla razumjeti tu beskraju bol.

I tada sam postala jedno s morem. Bol se premjestila na novo mjesto, postala je tupa. Nuria, naša beba, je bila tamo. Mogla sam je osjećati, centimetar po centimetar, kako polako krči svoj put van. Bio je tako dobar os-



jećaj pustiti svoje tijelo u to more osjeta, zatvoriti oči i pustiti da me ti valovi nježno ljuljaju. Jednoga dana, u malom indijskom selu, prošla sam pored starca odjenutog u bijelo. Sjedio je na pragu, s rukama sklopljenim u molitvi. Dok sam prolazila, podigao je glavu prema meni. Da bi me pozdravio? Da bi me blagoslovio mirom? Tiho sam odšetala i odvratila mu istom kretnjom. Taj događaj i more isprepleteni su u beskonačnim nitima prostora i vremena koji označavaju Nuriino rođenje.

Ponekad tražim Philipa da sjedne i priča mi što se zapravo desilo, što je vidio, jer moje su uspomene pripadale drugom svijetu.

Majka iz Pariza

Meni je najudobniji položaj bio klečanje na podu, s grudima naslonjenim na fotelju. Kada je ušao dr. Odent, bila sam u takvim bolovima da su mi navrle suze. Vidjela sam kako odlazi bez tjedne riječi. Uskoro se vratio sa ženom od kojih dvadeset godina u bijeloj radnoj bluzi, pripravnici, koja je nadalje ostala uz mene. Kada sam osjetila sljedeću kontrakciju, bacila sam se u njene ruke i pojavila se snažna veza između nas. Osjetila sam njenu toplinu, njenu nježnost. Zajedno smo otišle u rađaonicu. Pri svakoj kontrakciji, čvrsto bih je uhvatila sve dok se bol ne bi povukla. Uvijek ću biti zahvalna za sve što mi je dala. Ranije, dok sam bila sama u so-



bi, pokušala sam "kontrolirati bol" vježbama dubokog disanja. Utješna prisutnost bolničarke izazvala je uočljivu razliku: više se nisam pokušavala kontrolirati. Vrištala sam pri svakoj kontrakciji. Moji krikovi nisu prestali sve dok se sat i petnaest minuta kasnije nije rodila beba.

Ti su me krikovi zapanjili. Pri svom prvom porodu, nisam osjećala nikakvu želju da vrištim ili plačem. Sada sam imala utisak da sam uzbudila cijelu bolnicu. Nikada prije u svom životu nisam tako zapomagala. Činilo se kao da ti krikovi ne pripadaju meni. Kada je moj muž stigao, upravo prije poroda, umirila sam ga; "Ne brini, ne mogu ništa protiv toga, osjećam se dobro kad vrištim, sjedni." U jednom trenutku čula sam se kako vrištim drugačije: dugo, podrhtavajuće zvižanje, poput krikova bebe. Sada sam shvatila da su me ti krikovi štitiili, ne od boli, već od traumatičnog zapisa te boli u moju psihu. To je bila vrsta katarze; vrištanjem, puštala sam da bol napusti moje tijelo.

Pri kraju trudova, počela sam psovati. Ne sjećam se što sam govorila: izgubila sam kontrolu nad sobom. To iskustvo je nadživjelo stvarni trenutak poroda. Kad samo pomislim da sam se mogla tako ponašati pred ljudima!

A opet, bilo je to kao da sam ponovo pronašla svoj glas, nakon što je toliko godina bio izgubljen.

Majka iz Leedsa

Ponedjeljak, sedmoga prosinca. Eddie je morao požuriti s doručkom. Pedeset kilometara veoma ravne ceste s tri trake koja je jurila u Pithiviers kroz francusku provinciju. Poezija me je napustila, kontrakcije su dolazile svakih petnaest stabala...

Primalja me pregledava; vjerojatno će biti danas, ovo popodne. To se čini daleko; tek je deset sati. Veoma smo uzbuđeni. Bol postaje sve nametljivija. Nakon nekog vremena, kontrakcije počinju dolaziti brzo i ljutito. Čini se da mi noge popuštaju. Ležem na jedan od kauča u sobi za sastanke. Na trenutak me obuzima sumnja; zašto nisam dobila epiduralnu? Onda ne bih imala ovih bolova. Čini se da to ne mogu više podnositi - previše je; ja nisam junakinja. Počinjem vrištati i to pomaže. Bol je još uvijek tu, svaki put jača, ali vrištanje je čini podnošljivim. Iznenada zagnjurujem glavu u Eddijevu jaknu koja leži na kauču. Njegov miris je tu. On je također tu, ali s tako snažnom boli ne želim da me dodirne. Prilično čudno, on je miran. Sada je jedanaest i deset. Tražim Eddija da ode i dovede nekog; bol je prevelika. Stižu

primalja i dr. Odent, vedri i umirujući. Na njihovo iznenađenje i moje olakšanje dilatacija je potpuna. Dr. Odent govori o plavim vodama i plažama; počinju puniti bazen.

S Eddijem i dr. Odentom sa strane, hodam u rađaonicu. Sunce se ulijeva kroz prozore. Dr. Odent tiho pjevuši. U rađaonici se razodijevam. Soba je polutamna: smeđe pločice na zidovima, pod tople boje i velika platforma s brojnim jastucima i velikom porodičkom stolicom. Zahvalna sam za tu tišinu; osjetila mogu primiti samo umjerene doze.

Za svega desetak minuta osjećam ogroman poriv za istiskivanjem. Primalja je smjesta tamo zapanjena brzinom napretka mojih trudova. Dišem poput žabe: vrhom vrata. Ulazi dr. Odent. Vodenjak puca. Primalja nježno savjetuje da zauzmem polučučajući položaj dok me Eddie drži. U početku oklijevam, ali vidim da pomaže. Kako me svaka kontrakcija preplavljuje, još uvijek glasno stenjem, ali samo tijekom trajanja kontrakcije. Svi drugi su mirni, tihi i puni bodrenja. Dr. Odent mi daje kocke šećera za energiju i vodu (sve skupa pijem oko dvije litre). Iznenada mogu osjetiti kako se glava spušta. Radujem se jer čeznem za snom, bilo bebe ili ne. Dok sto-



jim između kontrakcija, nježno se njišem u nogama. Vidi se glava. Eddie me podržava.

Jedno tiskanje i osjećam da naša beba izlazi. Primalja ju hvata; mislim da je mogla da je malo okrene. Moje je sjećanje na taj trenutak malo maglovito zbog uzbuđenja.

Eddie me poliježe i stavljaju mi bebu u ruke. Osupnuta sam: nije izgovorena niti jed-

na riječ. Beba malo plače i počinje tražiti bradavicu. Sve je tako mirno i tako snažno. Primalja i dr. Odent su u jednom uglu, dostupni, a ipak potpuno nenametljivi. Ovaj trenutak pripada nama troje. Netko donosi kupku (napunjenu iz bazena u koji nisam stigla ući). Camille, naša kćer, još uvijek spojena sa mnom, ispravlja se u vodi.









prvi sat i nakon njega

Mnogi osjećaju da je prvi sat nakon rođenja veoma važan kako za novorođenče tako i za majku. On djelomično može odrediti kako će se dijete odnositi prema svojoj majci, što zauzvrat može utjecati na to kako će pristupati drugim ljudima i svijetu oko sebe. Taj kritični period nakon rođenja može vjerojatno utjecati na čovjekovu sposobnost da voli i općenito da stvara vezu. Stoga se osobito brinemo da u to vri-

jeme osiguramo toplu i sigurnu klimu koja potiče intimnost između majke i djeteta.

Kao što sam opisao, većina žena u Pithiviersu porada se u poduprtom čučućem položaju. Primalje na našoj klinici ne dodiruju perineum niti pridržavaju djetetovu glavu dok izlazi. Nakon što se pojavi djetetova glava i sama se okreće, pomoćnica ponekad mora nježno pomoći izlazak ramena. Češće, cijelo djetetovo tijelo isklizne samo od sebe, a zadatak pomoćnice je jed-



"Siguran položaj"

nostavno pripaziti da djetetovo tijelo ne padne na pod. Nakon poroda, majka koja je do sada čučala, jednostavno sjedne na pod. Mnoge žene u ovom trenutku spontano sjednu uspravnih leđa. Kad majka jednom sjedi, položimo joj dijete među koljena u "sigurnosnom položaju", to jest, na trbuh s glavom okrenutom na stranu. Tako, čak ako beba ima još nešto tekućine u ustima, a još joj nedostaje djelotvorni refleks koji bi zaštitio dišni trakt, gravitacija sprječava tekućinu da poteče natrag u pluća. Beba u tom položaju leži svega nekoliko sekundi, upravo dovoljno da ispusti ener-

gičan krik, nekoliko puta duboko udahne, zakašlje ili kihne, porumeni i pokaže dobar tjelesni tonus. Soba je dobro zagrijana, ali ako je potrebno, pokrit ćemo dijete pokrivačem. Onda, majka uzima dijete u ruke. Njih dvoje su još uvijek povezani pupčanom vrpcom i majčin uspravni položaj čini njihovom povezanost toliko bogatom i potpunom koliko je samo moguće. Svaki dio bebina tijela je u dodiru s majkom. Gotovo odmah pogledaju jedno u drugo; svi prisutni osjećaju snagu tog trenutka. Majka često odgovara na krikove svoje bebe nježnim zvukovima i jednostavnim riječima: njihov dijalog počinje. Otac je, ako je prisutan, obično preplavljen osjećanjima, i često u suzama. Obiteljska će kamera najvjerojatnije biti zaboravljena u kutu, osim ako primanja pomisli na fotografiranje.

U rađaonici nema sata. Ne žurimo. Nitko nikada ne pomišlja da zabilježi točan trenutak rođenja - osim ako se roditelji zanimaju za astrologiju i traže da zapišemo točnu sekundu prvog udaha njihovog djeteta. Užurbani profesionalci, nestrpljivi da nastave raditi nešto drugo, često pokušavaju ubrzati period nakon poroda. Za nas je to, međutim, najdragocjenije vrijeme. Nema se što izgubiti, a toliko se toga može dobiti puštajući majku i dijete da se upoznaju bez žurbe.

Jedno je važno, znamo da produženi dodir kože uz kožu, a osobito bebino sisa-





nje povezano sa snažnim osjećanjima, zapravo stimuliraju izlučivanje ženinih hormona. Ovo izlučivanje zauzvrat uzrokuje dalje kontrakcije koje su neophodne za spontano istiskivanje placente. Placenta može izići pri prvom dodiru majke i bebe ili tek tijekom trideset minuta ili više.

Nema smisla žuriti. Važnije je da se placenta lako odvoji nego da izađe brzo; što je manje žurbe, to je manji rizik krvarenja. Kada žena osjeti kontrakcije koje signaliziraju odvajanje placente, prirodno je da će se nekoliko trenutaka manje fokusirati na dijete. Može poželjeti leći, držeći bebu u rukama; ako je tako, najbolje je leći na lijevi bok tako da ne pritišće venu cavu, može također ponovo zauzeti poduprti čučajući položaj. Povremeno je korisno primi-

jeniti pritisak upravo iznad stidne kosti, da bi se provjerilo je li se placenta odvojila (ako se vrpca ne povuče nagore, placenta je spremna za izlazak). Ali to majci pričinja bol i neprijatnost i rijetko je neophodno. U većini slučajeva, izlazak placente se dešava bez ikakvog uplitanja s naše strane.

Krajnje smo fleksibilni glede vremena presijecanja vrpce. Tako dugo dok su majka i beba sretne zajedno, nema razloga da je se presiječe ako je dovoljno duga da dopušta laki kontakt između majke i bebe. Ako je presiječemo prije izlaska placente, nije uvijek neophodno rabiti štipaljke. Također možemo s bebine strane na vrpci zavezati čvor. U svakom slučaju, nikada ne stavljamo štipaljku na stranu bliže majci, jer, čini se, da to sprječava odvajanje placente.

Majka iz Engleske

Za posljednje kontrakcije ponovo su me podigli odostraga i, mislim da je beba rođena u dva istiskivanja. Činilo se kao da je iskliznula vlastitom težinom. U rađaonici mi nijedamput nije palo na pamet neko posebno disanje, dahtanje ili istiskivanje - naprosto sam uradila ono što sam osjećala kao ispravno da se beba rodi. Kad se beba pojavila spustili su me u sjedeći položaj. Dr. Odent je podigao bebu i odmah mi ju je pružio u naručje s riječima "Evo vaše bebe."

Sve dok živim neću zaboraviti te tri riječi. Pustili su me s djetetom u naručju da ga upoznam. Prvi je osjećaj bio potreba da je prigrlim, drugi je bio znatiželja glede spola; bila je djevojčica, i mogu se sasvim jasno sjetiti da sam to otkriće osjećala kao privilegiju prije nego pravo, jer pri moja dva prethodna poroda liječnici to nisu dopuštali. Ponavljala sam riječ zdravo - uživajući što je konačno mogu pozdraviti. Ostali su jednostavno promatrali. Nitko se nije miješao. Nitko je nije pokušavao uzeti.



Majka iz Sjedinjenih Država

Kad sam ušla u rađaonicu, osjetila sam da počinje nova kontrakcija. Čučnula sam i oslonila se o krevet. Voda je navrla kad sam pri toj kontrakciji stiskala, moja trogodišnja kćer Alyssa se uplašila, malo kriknula; nije to očekivala. Dr. Odent joj je nježno govorio na engleskom, objašnjavajući da će beba veoma skoro biti ovdje. Istisnula sam i pojavio se vrh bebine glave. Odahnula sam; zatim, sa sljedećom kontrakcijom, ponovo sam istiskivala. Konačno, treći puta. To je bilo kao jahati na ljetnim valovima na obali u New Jerseyu tijekom mogega školovanja - valovi su bili veoma visoki i činilo se da najviši uvijek dolaze po tri za redom. Cijelo vrijeme je dr. Odent nastavio nježno govoriti Alyssi, umirajući je - da, stvarno, to je bebina glava - vidiš kosu - evo dolazi.

S tom kontrakcijom se rodila Genevieve. Polegli su je na pod i onda mi pomogli da sjednem. Uzela sam je i počela je odmah tražiti moju dojku. Nakon nekoliko minuta unijeli su malu kadu i okupala sam je tamo među svojim nogama - s još uvijek spojenom vrpcom. Alisa i George su također pomagali. Onda su stavili štipaljku na vrpcu i George ju je prerezao. Primalja ju je izvadila iz vode i izvagala je, obukla je i dala je Alyssi da je drži. Alyssa je bila izvan sebe - željela je malu sestricu. Kada se Genevieve počela

komešati, Alisa reče: "Mama, bolje da je nahraniš." Oko trideset minuta nakon poroda, George je držao Genevieve, a bolničarka me je podržavala dok sam ja čučala i izbacivala placentu.

Majka iz Dijona

Dva snažna stiska i Amelie je ušla u svijet. Izletjela je poput topovske kugle, sletjevši u dražesnoj krivulji na tople plahue koje je držala primalja. Izišla je tako brzo da sam za djelić sekunde pomislila da je pala na pod. Bilo je jedan i petnaest ujutro. Primalja ju je položila na moj trbuh. Sjela sam iscrpljena usred vlastite tople krvi. Atletski podvig koji sam upravo obavila potpuno me je izmorio.

Nastavljala sam ponavljati iste riječi: "Je li to moje? Je li to stvarno moje?" "Amelie, gotovo je, uspjele smo!" Počela sam istraživati svoju bebu, to majušno biće koje se koprcalo uokolo bez ikakvog zvuka. Prvo sam primijetila da je djevojčica. Bila sam očarana; cijelo vrijeme sam se nadala djevojčici. Onda sam pomnije pogledala njeno lice. Njene fine, jasne crte nosile su blage tragove osmjeha. Bila je mala i tako lijepa. Naprosto je nismo mogli prestati gledati.



Ponekad - prije ili nakon istiskivanja placentе - postavljamo u blizinu majke mali bazen napunjen mlakom vodom, tako da može okupati bebu. Međutim, to nije rutina; novorođenčad prvo treba ruke svoje majke.

Ljudi nas ponekad pitaju zašto kupamo bebe tako brzo nakon rođenja. Ne možemo stvarno odgovoriti na to pitanje: to je kao da su pitali: "Čemu zadovoljstvo?" Tkogod je ikada vidio novorođenče kako leži u kupki, široko otvorenih očiju, sretno što otkriva svijet, ne postavlja takvo pitanje. Narav-

no, kupanje ima također i fiziološke blagodati: to je odličan i prijatan način da se stimulira bebina koža.

Tehnika kupanja nije najvažnija; uvježbane ruke profesionalke možda bolje znaju kako poduprijeti bebin vrat a ne glavu, kako sigurno uroniti vrat i uši, ali ruke roditelja su svakako poželjnije. Štoviše, naš naglasak na tome da majka kupa novorođenče priziva na ispitivanje jednu pretpostavku koja je uobičajena u tradicionalnoj opstetriciji - da je porodilja pasivna. To je uobičajeno čak i u Leboyerovoj praksi, gdje žena rađa





ležeći na leđima, a liječnik, primalja ili otac su ti koji kupaju bebu. Tako kupanje postaje dio razdvajanja majke i djeteta: namjera je kompenzirati bebi osjećaj šoka zbog razdvajanja omogućujući joj da se vrati u toplinu vode i nježnost nakon mjeseci provedenih u majčinoj utrobi. Nama kupanje ima veoma drugačije značenje: to je nešto što majka sama radi kao dio svog kontinuiranog bliskog kontakta s djetetom. Postao sam svjestan te razlike na konferenciji na kojoj je prikazan Leboyerov film *Rodenje*, odmah nakon filma kako majka kupu svoju bebu u Pithiviersu. Gledateljstvo je negativno reagiralo na scenu iz drugoga filma, zamjećujući da je majka isključena. Da je film možda prikazan u pravilnom kronološkom slijedu (prvo Leboyerov), gle-

dateljstvo bi vidjelo da smo njegove pozitivne ideje jednostavno povelj korak dalje.

Zapravo, Leboyerov rad nas je, općenito, učinio mnogo osjetljivijim na bavljenje novorođenčadi. Na primjer, nakon kupanja bebe i presijecanja vrpce, važemo dijete, ali ga nikada ne mjerimo; kao što Leboyer ističe, mjerenje uključuje bolno i nepotrebno rastezanje bebine kičme, a u svakom slučaju daje samo veoma približne brojeve. Nakon vaganja, umatamo dijete.

Majka sada ponovo uzima dijete u ruke i konačno novorođenče počinje ponovo, ili možda po prvi puta, sisati. Vrijeme prvoga sisanja se kod svake majke i djeteta razlikuje. Može se desiti odmah ili tek nakon pola sata ili sat nakon rođenja. Obično se



"refleks traženja bradavice" pojavljuje unutar jednoga sata, i gledamo kako beba okreće glavu sa strane na stranu da bi našla majčinu bradavicu.

Da bi se rano sisanje desilo u rađaonici, moramo stvoriti uvjete koji stimuliraju potpuno funkcioniranje bebinih osjeta. Bebi je najlakše da se hrani kada majka sjedi uspravno, jer je tada njena bradavica najdosupnija. I najbolje je ako se bebine ruke mogu nesmetano kretati uokolo. Prije nekog vremena počeli smo novorođenčad umatati u pokrivače, jer je umatanje nakon kupanja značilo da ih dulje vremena držimo po dalje od njihovih majki. Uskoro smo, međutim, primijetili da te bebe uglavnom počinju kasnije sisati i shvatili smo da je to povezano s činjenicom da im ruke nisu slobodne za dodirivanje majčine kože.



Sva osjetila imaju svoju ulogu u stvaranju ranoga vezivanja. Djeca ustanovljuju svoje prve veze s majkom vjerojatno na osnovi mirisa; stoga bolnički antiseptički mirisi mogu ometati stvaranje rane povezanosti. Isto tako djeluje nazočnost mnoštva ljudi pri porodu. Mir je iznimno važan. Što manje ljudi, manje buke, to lakše majka i dijete uzajamno komuniciraju. Budući da bebe otvaraju oči dok sisaju, soba treba biti blago osvijetljena da se ne bi osupnule. Važno je primijetiti da su osnovne potrebe porodilje - prigušeno osvjetljenje, tišina i toplina - iste kao i novorođenčtove.

Iako smo tu scenu vidjeli tisuće puta, još uvijek je gledamo s beskrajnim čuđenjem. Ne samo da djeca gotovo odmah znaju kako tražiti i naći majčinu dojku, već maj-







ke također znaju što učiniti - one instinktivno djeluju da pomognu nahraniti svoju bebu. Majka će sjesti, privinuti dijete uz grudi, pogledati ga u oči, i pokretati dojku uokolo dok se bradavica ne nađe u bebinim ustima. Ponekad će čak i majka, koja uopće nije imala namjere dojiti, priljubiti dijete odmah po porodu, ne sjetivši se da je planirala hranjenje na bočicu.

Slijed događaja je samo malo drugačiji kada se bebe rađaju u vodi - što je u Pithiviersu specijalan događaj. Veoma je dirljivo gledati dijete kako izranja na površinu. Sjećam se jedne bebe koja je

izišla sasvim sama bez ikakve pomoći. Vrpca je bila veoma duga i vidjeli smo dijete kako doslovce pliva k površini! U slučaju poroda u vodi soba ne smije biti suviše zagrijana, jer je dodir s hladnim zrakom - kada se dijete podigne iz bazena - osobito djelotvoran u poticanju bebinih prvih udaha. Sve do danas, nikada nismo trebali čistiti dišne puteve nakon takvih poroda, niti su se ikada pojavile čak ni manje infekcije ili komplikacije povezane s rađanjem pod vodom. Obično, nakon poroda u vodi, majka će kleknuti i poželjeti svom djetetu dobrodošlicu u svijet, upravo kao što bi to

učinila i izvan bazena. Ako je bebi hladno, ništa lakše od tople kupke na licu mjesta. Ali nikada nismo pokušali produžiti djetetovo zadržavanje pod vodom, kao što to neki rade. Novorođenčetu treba ljudska toplina, treba biti u majčinim rukama i osjećati njen nježni dodir. Pa iako se neke žene žele zadržati u bazenu nakon što su rodile, više volimo da napuste vodu upravo prije nego što istisnu placentu, da bismo izbjegli bilo kakvu mogućnost da voda uđe u krvotok preko otvorenih krvnih sudova u uterusu i tako izazove embolizam.

Prvi sat nakon rođenja tek je nedavno postao objekt znanstvenog ispitivanja. Do

tridesetih i četrdesetih godina ovoga stoljeća, psihoanalitičari su bili stvarno jedini koji su razabirali važnost ranoga djetinjstva. Međutim, njihovo zanimanje za djetinjstvo je ostalo akademsko i apstraktno. Oni su malo ili nimalo vremena provodili s majkama i novorođenčadi. Fokusirali su se na majčinski simbolizam mlijeka i dojki i pre-naglasili važnost zadovoljavanja gladi u formiranju veze između majke i djeteta. Njihova isključiva koncentracija na tu vezu zasjenila je činjenicu da dijete ima i druge potrebe - na primjer, potrebu za dodirom. Radovi Konrada Lorenza i Nikolaasa Tinbergena, objavljeni ranih pedestih godina,



po prvi puta su pred oči javnosti iznijeli etologiju - znanstveno istraživanje ponašanja životinja. Svatko je tada čuo za Lorenzove guščiće koji su se nakon rođenja vezali za prvo veliko tijelo s kojim su došli u dodir, vjerujući da je čak i bradati čovjek ili guska od kartona, njihova majka.

S etologijom se pojavio koncept "privrženosti", "vezivanja" i "kritičkog" ili "osjetljivog" perioda - relativno kratke faze tijekom koje se, smatralo se, pojavljuju velike promjene u ponašanju. Znanstvenici su počeli ispitivati rane odnose majke i mladunčadi kod ptica, štakora, koza i majmuna. Ali sve do ovih dana, jedva da je bilo koje etološko ispitivanje istraživalo rane veze između žena i njihovih beba. Nekolicinu koji su pokušali teško je protumačiti zbog, u zapadnim bolnicama uobičajenog, nekontroliranog uplitanja medicinskog osoblja i tehnologije u proces rađanja.

Istraživanje tijekom šezdesetih godina dalo je dokaze fiziološke, posebice hormonalne osnove te vezanosti.⁴ Terkel i Rosenblatt su 1968. god. pokušali odrediti da li se određene tvari koje reguliraju majčinsko ponašanje, prenose krvnom plazmom. Uštrcali su jednoj skupini štakorica, koje se još nisu parile, krvnu plazmu uzetu od štakorica koje su se upravo okotile, unutar dvadestčetiri sata nakon koćenja, a drugoj skupini štakorica koje se još nisu parile plazmu od štakorica koje nisu kotile. Trećoj

skupini je uštrcana solna otopina. Štakorice iz prve skupine, kojima je uštrcana plazma od štakorica majki, znatno su ranije pokazale majčinsko ponašanje nego štakorice u ostalim skupinama. Čini se stoga da je nastup majčinskog ponašanja bio povezan s aktivnošću spolnih hormona - povišenom razinom estrogena i prolaktina i sniženim razinama progesterona u krvi štakorica, odmah nakon poroda. Ubrizgavanje tih hormona potvrdilo je ovaj nalaz. Ipak, velika je količina podataka ostala neobjašnjena. Na primjer, štakorice kojima nije ubrizgana poslijeporodajna plazma drugih štakorica, nakon što su nekoliko dana neprestano bile u kontaktu s mladunčadi, ispoljavale su jednako majčinsko ponašanje. To je bilo točno čak i za mužjake! Konačno, Terkel i Rosenblatt su bili navedeni pretpostaviti "prijelazni period" tijekom kojega se regulacija majčinskog ponašanja prenosi s hormonalne na nehormonalnu osnovu.

Iznenada, u posljednjem desetljeću, otkrivanje neurohormona dalo je novi važan ključ za fiziološku osnovu "vezivanja". Mi još ne znamo precizno kako djeluje neurohormonalni sustav, ali znamo da endorfini, neurohormoni koji olakšavaju bol, također potiču osjećanja zadovoljstva i blagodati; da igraju ulogu u prijateljstvu, ljubavi, seksu i svim vrstama privrženog ponašanja, gdje potiču brižno "udvaračko" ponašanje i stvaraju navike uzajamne ovisnosti. Osim to-



ga, neurohormoni igraju ulogu u svim oblicima privrženosti i naklonosti u svakodnevnom životu, neovisno o aktivnosti spolnih hormona. Oni konačno mogu objasniti aktiviranje majčinskog ponašanja čak i u odsutnosti poroda.

Neurohormoni su također iznimno važni tijekom rađanja, tijekom trudova (kada kao što smo vidjeli, ublažuju bol) i nakon poroda. Kada zamijetimo da su, nakon poroda, razine endorfina u krvi majke i djeteta porasle, opažamo kako sustav endorfina pridonosi stvaranju međuovisnosti majke i djeteta - procesa vezivanja. Činjenica da je razina endorfina u majčinoj krvi viša nakon vaginalnog poroda nego nakon carskog reza, još je jedan argument protiv ometanja procesa rađanja. Slična kritika se odnosi na uporabu sredstava za ublažavanje boli i sintetičkih hormona koji, natječući se s prirodnim hormonima, mijenjaju složenu prirodnu hormonalnu ravnotežu, djeluju na osjećanje majke nakon poroda, i tako utječu na dinamizam vezivanja.

Svi nas ti nalazi ohrabruju na to da se brižno pozabavimo i pospješimo taj prvi, važan kontakt majke i djeteta. Bebina početna veza s drugim ljudskim bićem može služiti kao čudesan model za kvalitetu privrženosti i naklonosti. To ne znači da su majke i bebe koje nemaju priliku za takav idealni prvi kontakt na duge pruge u lošijem položaju od onih koje imaju, ili da

će ta djeca kada odrastu nužno biti manje stabilni i manje sposobni da vole ili da osjećaju zadovoljstvo. Kultura, okruženje, društveno uvjetovanje imat će veće djelovanje na bilo kojeg pojedinca nego ono što se dešava tijekom nekoliko ranih "kritičnih" trenutaka i zacijelo mogu nadoknaditi sve što nedostaje u početku. Ljudska bića, na kraju krajeva, nisu gušćići. Ali zašto ne učiniti početak što je moguće pozitivnijim? Zašto ne povećati svakome šanse? Nismo li mi, opstetričari i primalje, kao profesionalci, odgovorni i za nešto što prelazi usko medicinsku pomoć? Mijenjajući početne kontakte koje ljudi imaju s drugima na početku života jedan je konkretan način kojim možemo humanizirati naš svijet.



U Pithiviersu, nakon izbacivanja placente, majka, dijete, otac, primalja i povremeno liječnik prelaze u obližnju toplu spavaonicu. Do tada je obično beba već počela sisati. Majka će često otići u svoju sobu držeći dijete u rukama. U svakoj od tih soba, pored kreveta je drvena kolijevka, koju je ručno izradio otac jedne bebe rođene u Pithiviersu. K tome, tu je i veoma niska stolica, prava "prie-dieu" (molitvena stolica), koja je, čini se, osobito napravljena tako da dojlji bude lako i ugodno. Žene slobodno primaju goste po želji. Uvijek je dostupan dodatni krevet za osobu koja prati majku.

Naravno u Pithiviersu nema centralne dječje sobe. Bebe uvijek ostaju sa svojom



U spavaonici

majkom. Iste primalje koje su pomogle majci tijekom porođaja također su pri ruci za vrijeme cijelog boravka u bolnici. Njima pomažu i brojne žene, koje su većinom i same majke. Te pomoćnice, od kojih nekoliko radi ovdje već više od dvadeset godina, pospremaju sobe i poslužuju obroke. One također novim majkama pokazuju kako mijenjati pelene, nude korisne savjete o dojenju i obavještavaju neku od primalja ili liječnika o bilo kakvim neobičnim stanjima - poput žutice ili promjene u bebinom ponašanju. Rad primalja i pomoćnica oslobađa majku svih materijalnih briga tijekom boravka u klinici, tako da se može usmjeriti na dijete i na sebe. Nikakva bolnička





Primalja provjerava usnulu majku i bebu





pravila ili rutina ne ometaju rast odnosa između majke i djeteta.

U takvom je okruženju lako moguće zadovoljiti osnovne potrebe novorođenčeta. Bebama treba umirujuća prisutnost majke: njena toplina, njen dodir, njen glas, njen miris, dodir njene kože. Bebi je potrebno kretanje uokolo, ljuljanje u majčinim rukama. Od početka stoljeća, ljuljanje bebe se potcjenjivalo; pedijatri, zaokupljeni bakterijama i kalorijama, malo su razmišljali o vestibularnoj funkciji koja upravlja ravno-

težom i drugom motornom koordinacijom te, za svoj razvoj, zahtijeva stimulaciju koja se u ovom slučaju osigurava ljuljanjem. Prirodno, bebe također trebaju dojenje, i posebice dojenje kada to žele.

Te osnovne potrebe najlakše se zadovoljavaju kada majka i danju i noću ostaje što je moguće bliže novorođenčetu. Čini se da su bebe, čak i kada majka nije u blizini, mirnije i sretnije u majčinu krevetu nego u svojim kolijevkama, možda zato što još uvijek mogu osjećati i biti utješene



njenim mirisom. Majku se potiče da sama presvlači svoju bebu i da je svakodnevno kupaju. Svakodnevno kupanje je jedinstveni vid života u Pithiviersu. Nekoć je postojala bolnička politika protiv kupanja djeteta sve dok ne otpadne pupčana vrpca, što je obično značilo oko dva tjedna čekanja. Međutim, od 1963. god., majke su na našem odjelu kupale svoje bebe, od rođenja nadalje, bez ikakvih problema - i na veliko zadovoljstvo obje strane. Majka, koja sa svojim djetetom ostaje 24 sata dnevno,

brzo će naučiti njegove hranidbene potrebe i želje. Razvit će osjetljivost na izraze svoje bebe i neće svaki krik tumačiti kao potrebu za mlijekom, što tako često vodi do problema s dojenjem.

Glede dojenja potičemo strpljenje. Da bismo smanjili bilo kakav pritisak koji nova majka može osjećati, podsjećamo je da bebe do dva ili tri dana starosti ne trebaju mlijeko ili mnogo kalorija. Zapravo, prije tog vremena grudi ne sadrže mlijeko već kolostrum, veoma kvalitetnu tekućinu bo-

gatu antiutjelima. Dakle, prije trećeg dana, mlijeko za dojenje ne postoji. Ponekad dolazi do problema u tempiranju; ili mlijeko dođe prije nego se u bebe pojavi apetit, ili beba može ogladnjeti prije nego što se pojavi mlijeko. U takvim trenucima pomoćnice stvarno mogu pridonijeti smirivanju majke i smanjiti njenu nestrpljivost ili frustriranost. Mogućnost takvih problema uzrokom je tome da je treći dan po porodu najnezgodniji za napuštanje klinike. Od žena se svakako ne zahtijeva da ostanu na klinici bilo koje određeno vrijeme i slobodne su da odu kući kad god žele. Većina ih, međutim, nalazi da je najbolje vrijeme za odlazak ili prva dva dana nakon poroda ili tek četiri ili pet dana kasnije.

Izuzev kratkotrajnih frustracija, postnatalna depresija je rijetka na našoj klinici. Mnogi koji su radili ili rađali u velikim bolnicama brzo primijete kako, u Pithiviersu, relativno malo žena nakon poroda pada u depresiju. Vjerojatno je, da ih sam način na koji rađaju čini manje podložnim depresiji. Znamo da su postnatalne potištenosti u nekoj mjeri rezultat hormonalne neravnoteže. Iza svakog poroda slijedi iznenadna promjena u razinama estrogena, progesterona, prolaktina, oksitocina i endorfina. Međutim, poštujući hormonalnu ravnotežu tijekom trudnoća i rađanja i izbjegavanjem uporabe lijekova, vjerojatno uklanjamo mnoge abnormalne hormonalne fluktuacije i

time smanjujemo vjerojatnost postnatalne depresije. Štoviše, podržavajuće okruženje na klinici vjerojatno ima utječno i blagotvorno djelovanje na ranjive, nove majke. I opet, još jedan faktor može biti to što majke na našoj klinici preuzimaju aktivnu ulogu u brizi za svoju djecu, što ujedno stvara osjećaj ispunjenja i upoznaje majku početnicu s njenim novim odgovornostima. Tako, kada nas žena ostavlja da bi otišla kući, nije iznenada suočena s potpuno novom i frustrirajućom situacijom, već se, umjesto toga, već privikla i osjeća se ugodno u brizi za svoje dijete.

Izvan klinike kao što je naša ima svega nekoliko mjesta posvećenih potrebama novorođenčeta. Primjerice, djetetovu potrebu



za identifikacijom svoje majke i njenom blizinom, gotovo je nemoguće zadovoljiti u većini okruženja suvremenih bolnica. Članovi bolničkog osoblja često zauzimaju mjesto majke i dijete nepotrebno zbunjuju. Sobe za novorođenčad u Kini i Istočnoj Europi gotovo su karikature te situacije: deseci beba leže čvrsto povezane, poredane jedna uz drugu, da bi ih se, u vrijeme hranjenja, poput paketa odnijelo njihovim majkama. Jedan pogled na takav prizor čini čovjeka bolno svjesnim da nešto treba promijeniti. Ironično, u Pithiviersu, naj-snažniji otpor promjeni često dolazi od majki žena koje su došle roditi kod nas. To je uglavnom stoga jer su rađale pedesetih i šezdesetih godina u vrijeme kad se dojenje nije smatralo važnim i ženama se ponovo i ponovo govorilo da će prekomjerna pažnja "iskvariti" dijete, te da će hranjenje po njegovom zahtjevu dovesti do razvijanja "loših navika". Te se žene osjećaju neudobno kada vide kćeri ili snahe kako odmah odgovaraju na zahtjev bebe za hranom ili tetošenjem.

Očito, ako majka ne bude "slušala" svoju bebu zbog straha da mu ne potakne "loše navike", dijete konačno neće imati drugog izbora nego da se podvrgne takvom tretmanu. Ali prije ili kasnije morat će se za to platiti cijena. Iako nisu konačni, rezultati većeg broja važnih ispitivanja pokazuju povezanost između određenih zbivanja ti-

jekom fetalnog života, poroda i ranog djetinjstva i kasnijih raznorodnih bolesti. Na primjer, Nikolaas Tinbergen, britanski etolog i dobitnik Nobelove nagrade, identificirao je određene čimbenike - kao što su to grubo porađanje klijestima i produženo razdvajanje od majke nakon poroda - kao "patogene" (pospješuju bolest); u ovom slučaju, kao moguće uzroke autizma.

Osobno, zbog moje majke, koja je radila kao učiteljica u dječjem vrtiću, uvijek sam bio sklon pridati veliku težinu i važnost ranom djetinjstvu. Ona je bila pod snažnim utjecajem takvih osoba kao što je Maria Montessori, pionirke za teoriju obrazovanja u ranom djetinjstvu koja je izučavala moguće dugoročne efekte iskustava tijekom prvih sati života na kasniji razvoj. Rad Marie Montessori je, za mene, dobio novo značenje u Pithiviersu, kada se moje ranije medicinsko iskustvo počelo kositi s našim preispitivanjem opstetrijske prakse. Kao kirurg, često sam tretirao odrasle zbog bolesti kao što je čir na želucu, kolitis debelog crijeva i hipertiroidnost. Svaki puta kad sam pokušao otkriti izvor i prirodu tih takozvanih "psihosomatskih" bolesti, neizostavno sam se morao suočiti s pacijentovim ranim djetinjstvom. Istodobno tretiranje takvih bolesti i rad u rodilištu neprestano je usmjeravalo moje zanimanje na rano djetinjstvo i početke odnosa majke i djeteta. Postao sam znatiželjan glede perspekti-

va psihoanalize i zaintrigiran radovima etologa koji su izučavali prve kontakte između životinjskih majki i njihovog potomstva i istraživali kritične periode procesa vezivanja.

Fascinirajući koncept "zakočenosti akcije", kojega je formulirao Henri Laborit - francuski psiholog koji je 1952. god. uveo klorpromazin, prvi neuroleptički lijek (lijeak koji mijenja ponašanje) - nudi važan ključ za razumijevanje veze između ranih trauma i kasnijeg razvoja. Laborit je rabio termin "zakočenost akcije" da bi opisao osnovni obrazac podložnog ponašanja, patogenog stanja, koje se pojavljuje kada neki organizam ne može na stres odgovoriti borbom ili bježanjem. Iz pokusa sa štakorima, Laborit je mogao izvesti zaključak da je uzrok visokog krvnog tlaka upravo u situacijama neprestane frustriranosti. Štakori su u kavezu primali ponavljane električne udarce. Neki su imali pristup otvorenim vratima; drugi nisu mogli pobjeći. Neki su bili u kavezu s drugim štakorima i mogli su se boriti; drugi su bili izolirani. Samo oni štakori koji se nisu mogli boriti niti pobjeći patili su od definitivnog porasta krvnog tlaka. Radi se o tome da je točna priroda ili uzrok stresa manje značajan čimbenik nego kako, ili da li, čovjek može djelovati da bi ga olakšao. To je sigurno točno kod ljudi. Samo treba pomisliti koliko nas uznemiru-

ju situacije frustriranosti koje ne možemo olakšati ili razriješiti.

Hormonalna ispitivanja potvrđuju Laboritove teorije. "Zakočenost akcije" stvara izlučivanje noradrenalina i kortizola; sam kortizol koči aktivnosti - rezultat je začarani krug koji je odgovoran za početak tjeskobe. Samo akcija koja remeti taj uzorak donoseći nagradu može prekinuti taj krug. Štoviše, budući da znamo da noradrenalin sužava krvne sudove, ubrzava otkucaje srca i podiže krvni tlak, a da kortizol ima mnoge vrste dugoročnih djelovanja, kao što je potiskivanje rada imunog sustava i razaranje timusa, možemo pretkazati strašne posljedice u slučajevima ponavljane zakočenosti akcije. Očito je da su takve hormonalne reakcije na patogene situacije, u etiologiji (zajedno s genetskim i drugim uzrocima) čimbenici onoga što smo običavali zvati "psihosomatske bolesti". Te uključuju depresiju, visoki krvni tlak, čireve, alergije, spolne smetnje, teške porode, kolitis, manjkavosti imunog sustava, tumor - ukoliko, sve bolesti koje asociramo sa suvremenom civilizacijom.

Iako Laborit izričito ne povezuje svoje nalaze s uobičajenim iskustvima novorođenčadi, mogao je sasvim lako i to učiniti. Upravo je u veoma ranim fazama života, kada se u mozgu ugada "hormonostat" koji upravlja hormonalnom razinom tijela, najvjerojatnije da će situacije ophođenja izaz-

vati patologiju.⁶ Mnoga djeca provode dane, tjedne i čak mjeseci u produženom, gotovo kroničnom stanju "zakočenosti akcije". Satima odvojena od majke, podvrgnuta grubim medicinskim pregledima, zanemarenih zahtjeva za hranjenjem, vjerojatno veoma rano nauče da će njihovo plakanje imati malo ili nimalo efekta na ono što se oko njih dešava. Uistinu, naše majke i bake naučene su da se bebe ne smije "razmaziti" - drugim riječima, da ih se mora držati u stanju "zakočene akcije". U Pithiviersu, naš je cilj spriječiti te patogene situacije zadovoljavajući osnovne potrebe beba. Najbolji je način osigurati da su u ranim danima majka i dijete zajedno, uvijek dostupni jedno drugom.

Ako obične bolnice rijetko zadovoljavaju temeljne potrebe pravovremeno rođenih beba, situacija je još nepovoljnija u slučaju prijevremenih beba. Danas se prijevremeno rađanje smatra nesrećom i plašimo ga se, jer je tako često povezano s većom podložnošću bolestima, emotivnim problemima i mentalnom retardacijom. Ipak, ne poričući potencijalne probleme prijevremenog rađanja, podsjetimo se da su Galilei, Pascal, Darwin i Einstein rođeni prijevremeno - i u nekom smislu, sva ljudska bića, u usporedbi s većinom drugih sisavaca, rađaju se na stupnju nezrelosti (bez potpuno ob-

likovanih sustava). Njihovo sazrijevanje se dešava unutar društvenog miljea, kada doživljavaju ranu, snažnu osjetilnu stimulaciju. Osobite vrste podražavanja razlikuju se od jedne do druge kulture, i od jednog do drugog pojedinca, ali je osjetilno podražavanje neke vrste sveprisutno. Što nam to govori o djeci rođenoj "prije roka"? Iako je sazrijevanje centralnog živčanog sustava povezano s genetskim kodom, buđenje osjetilnih funkcija je nesumljivo bitno za njegov razvoj. Na primjer, jednostavni testovi su pokazali da djeca četrdesetpet tjedana nakon začeca koja su rođena prijevremeno, obično imaju razvijenije djelovanje vestibularnog aparata nego djeca iste dobi koja su rođena pravovremeno. Znači da prijevremeni porod ne vodi nužno fizičkoj i emotivnoj manjkavosti; upravo suprotno, nedonoščad, prikladno izložena bogatom i raznolikom podražavanju, može čak postati najnaprednija u svom razvoju. Možda su neki od naših prijevremeno rođenih genija bili u veoma ranom dobu izloženi izuzetno bogatim osjetilnim iskustvima - što je vjerojatna hipoteza, jer u danima prije postojanja neonatologije, nedonoščad je vjerojatno mogla zahvaliti preživljavanju jedino neprestanoj osjetljivosti i budnosti pažljivih i nježnih majki.

Danas se nedonošenost na nesreću izlaže razdvajanju majke i djeteta i bolnoj osjetilnoj deprivaciji upravo u ključnom razvoj-



Majka drži nedonošće u svom krevetu, s inkubatorom sa strane

nom periodu bebina života. Nedonošće u odjelu za intenzivnu skrb često prima *manje* kinestetičkog i vibratornog podražaja nego fetus iste dobi *in utero* - dok ih zapravo treba više. Okruženje je u tom vlažnom staklu ili plastičnoj kutiji nazvanoj inkubator očito izolirajuće, a neprestana buka motora maskira bilo koji zvuk koji bi za bebu mogao imati neko značenje. Dijete ne može dodirnuti svoju majku niti čuti njen glas. To je srceparajuće u svjetlu osobite važnosti osjetilnog podražaja i ljudskog kontakta za takvo dijete. Hrana i toplina neće biti dovoljni da mozgu dovedu en-

ergiju ili da izvježbaju rane motorne funkcije.

Za početak, zašto jednostavno ne preseliti inkubator iz odjela intenzivne njege u majčinu sobu? Svaka majka može razumjeti da je inkubator tek staklena ili plastična kutija s ugrađenim termostatom, produkt tehnologije kojim se može lako upravljati. Dalje, dodatna grijalica u sobi omogućuje da se beba bez rizika izvadi iz inkubatora. Umotano u tople pokrivače, čak i nedonošće može provesti većinu vremena u majčinim rukama dok ga se njiše, dodiruje, miluje, škaklja, hrani ili mu se priča. Ne-

donošče također može upoznati majku, naviknuti se na njen glas, njen miris i njen dodir. Zapravo, sastav majčinog mlijeka savršeno je prilagođen osobitim potrebama nedonoščeta.⁷ Nije iznenađujuće da većina majki u Pithiviersu odluči što je manje moguće rabiti inkubator, i više vole držati bebu uz sebe u krevetu. Kada su nedonošče i majka sve vrijeme zajedno, odista je zapanjujuće kako brzo postaju sasvim autonomni, neovisni o bolničkom osoblju. Ako joj se omogući taj bliski kontakt, majka će najbolje znati svoju bebu: ako se desi nešto neobično ona će to uvijek prva zamijetiti.

Najmanje bebe koje smo držali na klinici a da ih nismo poslali na odjel intenzivne njege bile su blizankinje, od kojih je svaka težila 1,67 kg. Tijekom njihovog boravka u Pithiviersu blizankinje su od svoje majke bile razdvojene samo jednom - na sat vremena, kada je otrčala obaviti neki poslić u grad. Nakon što smo odlučili brinuti o njima na klinici, nikada nismo trebali slati bebe ispod 2,5 kg na pedijatrijski odjel. Štoviše, neprestano smo bili impresionirani njihovim brzim napredovanjem pod brižnom paskom majke i često bismo se složili da ih se pusti kući dok su još bila ispod normalne težine. (Suprotno tome, takve bi bebe u odjelu za novorođenčad držali u inkubatorima još dodatnih tjedan ili dva.) Zapravo, počeli smo podozrijevati da mnogi metabolički poremećaji, koji se često za-

mjećuju kod nedonoščadi, nisu povezani sa samom nedonošenošću već prije s odsutnošću ili smanjenjem osjetilnog podražavanja i ljudske naklonosti - posebice razdvojenosti majke i djeteta - koje je uobičajeno u većini suvremenih bolnica.

Na nesreću, čak i na našem odjelu, praktične zapreke često čine tu idealnu bliskost majke i djeteta nemogućom. Majci, koja kod kuće već ima nekoliko djece, ponekad je nemoguće ostati nekoliko tjedana u bolnici sa svojom bebom. Štoviše, francusko socijalno osiguranje je teško nagovoriti da pokrije troškove njenog boravka u bolnici tijekom više od dvanaest dana, iako je to obično jeftinije nego držanje djeteta na odjelu za intenzivnu njegu. Te praktične teškoće su u nekoj mjeri povezane i s našim možda prekomjernim oprezom. Usprkos grubosti inkubatora još uvijek nismo spremni da ih jednostavno sasvim odbacimo. I još se ne osjećamo spremnim slijediti primjer Edgara Reya, kolumbijskog pedijatra koji šalje nedonoščad kući nakon svega dan ili dva, savjetujući majkama da budu s njima danju i noću u tijesnom tjelesnom kontaktu. No možda jednoga dana...

Još ne možemo statistički protumačiti rezultate našeg pristupa nedonošenosti; jednostavno još nemamo dovoljan broj slučajeva. Pa ipak, naš pristup nalazi potporu u činjenici da nijedno od četrdesetosam nedonoščadi, rođenih u Pithiviersu u posljednje četiri godine, od kojih je svako

težilo manje od 2,5 kg, nije naknadno trebalo hospitalizaciju.

Prije nego majka napusti rodilište, razgovaramo s njom o raznim pitanjima, od kontracepcije do brige za bebu. Svakako joj spominjemo Ligu La Leche, međunarodnu organizaciju koju su prije dvadesetpet godina ustanovile žene koje su i majci i bebi dojenje željele učiniti lakšim i ugodnijim.

Važno je da žena bude obaviještena o tome što treba očekivati dok doji, jer mnogi liječnici o tome znaju tako malo da ne mogu savjetovati majke što učiniti kada se pojave problemi i ishitreno im savjetuju da prekinu.

Na ovoj točki puštamo da majka preuzme stvari na sebe. Uvijek ostajemo spremni pomoći ako joj se pojave neki problemi. Ali ako smo pravilno obavili svoj posao, sada će biti spremna i željna da radi samostalno.



Majka iz Pariza

Bilo je proljeće. Svaki smo utorak išli pjevati u rodilište s Marie-Louise. Bila sam u drugom mjesecu trudnoće kada smo ga prvi puta posjetili. Na izlazu iz škole mogla sam čuti svoju petogodišnju kćer kako se hvališe svojim prijateljicama: "Idem plesati i pjevati u bolnicu gdje se rađaju bebe."

Fantazija: Marie-Louise pjeva o životu i moje dijete u meni pjeva o životu. Ljeto dolazi u Pithiviers, preplavljujući grad sunčevim svjetlom. Zlatna polja prekrivaju zemlju Beauce. Provodimo praznike u seoskoj krčmi koju vodi gospođa de la Forge. Ona radi u bolnici i tamo također pjeva. Njeno gostoprimstvo ne zna za granice.

Jednoga dana tijekom sastanka s pedijatrom, moja kćer je privučena k Martine, mladoj budućoj majci. Zajedno se igraju i rade ptice od papira. Rada se prijateljstvo. U redu, obećajem, sutra ćemo zajedno ići na piknik na travi. Ali sljedećeg dana, Martine i Didier, naši novi prijatelji, ne dolaze na sastanak. U bolnici nas jedna pomoćnica obavještava da će se njihovo dijete roditi u sobi 126. Idemo u kratak posjet. Didier me moli

da kojih pet minuta ostanem s Martine dok on popuši. Oni su bili vani na kampiranju kada su se tijekom noći pojavili prvi "znakovi".

Martine će uskoro roditi. Želi to podijeliti sa mnom, povratiti drevnu povezanost među ženama. Martine sjedi u bazenu da bi olakšala snažne kontrakcije. Moja kćer na prstima ulazi i izlazi. Trebam li je držati po-dalje od stvarnosti poroda? Uskoro čujem kako svira na klaviru dolje u hodniku u sobi za pjevanje; njene male ruke dodiruju tipke poput leptirovih krila koja lepršaju na livadi. Bebina glava je provirila. "Nemam više snage, ja..." stenje Martine.

Martinino dijete se rodilo i nježno plače u njenim rukama. "Moj sin," govori ona u čudu, "sada imaš svoj vlastiti život!" Znoj na mom licu je izmiješan sa suzama radosnica-ma. "Možemo li sada ići na piknik?" cvrkuće moja kćer dok ulazi u sobu.

Nekoliko dana kasnije, ona zamišljeno pita: "Mama, je li to život?" "Da," odgovaram. Njen odgovor: "O, to je divno!"

Mjesec dana kasnije, na obiteljskom smo putu od Pariza do Pithiviersa. Seljaci slave mjesni praznik. Cvijeće. Fanfare. Mažoretki-

nje. Moje kontrakcije, koje su počele tog jutra, dok slijedimo u korak s muzikom, postaju pravilne.

Oko osam uvečer raspremam kofer u sobi 126. Moj muž očarava našu kćer čarobnim pričama o vještici. Ona uskoro zaspi.

Baptiste se rodio dok je odzvanjalo ponoć.

Njegov me je otac podržavao svom svojom snagom, dok je jedna pomoćnica pazila da njegov dragocjeni zahvat bude čvrst. Naša primalja je strpljivo čekala. I evo me, sjedim na podu s bebom u rukama. Pripremili su joj malu kupku. Studentica bolničarka, koju sam sreća na susretima pjevanja, sjedi mi sleđa udobno me podupirući. Gledam dok Baptistov otac presijeca pupčanu vrpce.

Vratili smo se u sobu, s Baptistom u očevu naručju. U krevetu, Baptiste leži usnuo pored mene. Budi se, pokušava sisati, ponovo pada u san. Sjećam se jedne druge noći poroda, besane noći, sive od tuge i praznine koja me okruživala: Ćim se moja kćer rodila, uzeli su mi je, da bih se mogla odmoriti! Ovdje u Pithiviersu, ne oduzimaju vam djecu. Novim vezama se daje vrijeme i prostor da rastu.

Sljedećeg dana, bolničarka savjetuje da presvučemo malog Baptista. Ali on spava.

Tako čekamo. I kad se on budi još uvijek sam tu. Jednostavno mi daju opće savjete: znam što raditi.

Prošla su četiri mjeseca. Ćvor, tako temeljito zavezan u Pithiviersu postao je svakim danom sve jači. Pogledaj Baptista, dok pušta moju dojku da mi se nasmije i pogleda svog oca čiji je glas čuo! Prvi puta kada je to učinio, nije shvatio da će osmjehivanjem izgubiti moju bradavicu, i počinje tuliti. Kada ju je našao ponovo se osmjehuje!

U Pithiviersu sam bila živa tijekom cijelog poroda, sposobna da uživam u svakom trenutku. Dijelila sam iskustvo s pomagačicama koje su bile beskonačno pažljive prema meni i mom djetetu. A glede muškarca, mora biti nezaboravno iskustvo pomagati ženi koju voli da se porodi.

Sušim drhćućeg Baptista nakon kupanja i pjevam mu nježne riječi Marie-Louise:

Nikad ti neće biti hladno

Posadit ću sjemenke vune

Nikad ti neće biti hladno

Posadit ću beskrajnu svilu...





antiopstetricija

Lako je zamisliti zamjerke uobičajenog opstetričara načinu na koji porađamo u Pithiviersu. Takav liječnik može prigovarati da je naša praksa pogodna samo za zdrave žene s trudnoćama "malog rizika" (za koje se očekuje da će roditi bez komplikacija), a da je za sve druge potencijalno opasna. Točno je da većina poroda u Pithiviersu nije problematična. To, međutim, nije uslijed posebno niskorizične populacije na klinici. Mi ne probiremo buduće majke i ne šalje-mo one s mogućim problemima u druge

bolnice, niti se reklamiramo da bi privukli samo određeni dio populacije. Zapravo, mnoge žene dolaze u Pithiviers zbog toga što su iskusile nezgode s prijašnjim trudovima i porodima. Neke, koje su bile kod mnogih drugih liječnika i u drugim rodilištima, krajnje su uzrujane i zabrinute i zbog toga se ne mogu očekivati laki trudovi i porod. Druge su, na drugim mjestima, držali za posebne ili teške slučajeve i žele znati što za njih možemo učiniti drugačije. Primjerice, tipično je u našoj klinici

naći žene u kasnim tridesetim ili ranim četrdesetim godinama koje su već imale carski rez i sada žele prirodne trudove i roditi ako je moguće vaginalno. K tome, rodilište udaljeno tridesetak kilometara još uvijek nema kiruršku opremu i šalje nam žene kod kojih se tijekom trudova pojave problemi. Svakako, te žene ne spadaju u trudnoće niskog rizika.

Dakle, mi imamo u najmanju ruku dobar dio teških slučajeva. Ipak, za devet od deset žena koje se porode u Pithiviersu, toplina, mir, tišina, sloboda pokreta i nazočnost osjetljivih primalja dovoljni su da osiguraju gladak napredak trudova. Zapravo, što više očekujemo da će trudovi biti teški, to više obraćamo pažnju na *kvalitetu* atmosfere. Problemi su izuzetak, čak i s onim ženama čije bi nas prošlo iskustvo navelo da vjerujemo drugačije.

Da bi opravdali cjelokupnu "medikalizaciju" postupka rođenja i diskreditirali sve alternative - bilo kućne porode, porodničke centre izvan bolnica ili rodilišta u bolnici kao što je Pithiviers - službeni medicinski krugovi neprestano citiraju "faktore rizika". Ali uopće nije jasno da je pristup - koji uključuje široku uporabu sedativa, umjetnih hormona za poticanje trudova, epiduralne ili druge vrste anestezija, kliješta i svakodnevno izvođenje carskih rezova - smanjio "faktore rizika", jer mnoge od tih medicinskih intervencija zapravo donose nove rizike. Štoviše, to naglašavanje slučajeva vi-

sokog rizika, slabo služi interesima ogromne većine žena koje imaju "normalne" trudnoće i porode. Nažalost, većina liječnika se daleko više zanima za bolest nego za zdravlje. Oni uzimaju da je dobro zdravlje naprosto odsutnost bolesti. Kao rezultat, liječnici i studenti medicine često se obraćaju opstetriciji samo u dijelu u kojem se ona bavi patologijom. Većinu svog vremena provode u pripremi za sve strašne stvari koje tijekom trudnoće i poroda mogu krenuti ukrivo. Studenti uče sve o placenti previa i akutnoj toksemiji, ali malo nauče o fiziologiji normalnog poroda i u neznanju su o savršeno običnim načinima koji mogu modificirati proces bez uzbune ili intervencije. Konačni je rezultat da se sam porod, svaki porod, vidi kao potencijalni problem.

Naravno, u Pithiviersu, ne oklijevamo medicinski intervenirati kada je to neophodno. Mi se ne suprotstavljamo medicinskoj tehnologiji i ne poričemo važnost tehnoloških doprinosa području opstetricije. Zastigurno se držimo podalje od bilo kakvih nepotrebnih rizika za majku i dijete. Međutim, naša odluka da pomognemo ženama samima roditi određuje kada i kako se uplićemo, ako se pojavi neki problem; jer svaka je žena u drugačijoj situaciji i ne može biti standardiziranog ili rutinskog obrasca za intervenciju. I kako rođenje smatramo osobnim, intimnim događajem, ulažemo svaki napor da smanjimo agresivnu prirodu medicinske pomoći. Kako se

pokazalo, mnogi vidovi naše prakse uklanjanju upravo one opasnosti koje je stvorila suvremena opstetricija: kada se žene, tijekom trudova, mogu slobodno kretati uokolo i zauzimati vertikalni porođajni položaj, određene se komplikacije nikada ne pojave i mnoge uobičajene intervencije postaju nepotrebne.

Uzmimo, na primjer, bušenje opne, postupak koji je postao uobičajen, iako je njegovo medicinsko opravdanje diskutabilno. U suvremenim je bolnicama uobičajeno da se, tijekom trudova, rano probuši opna koja sadrži vodu u kojoj fetus pluta. Kada pritisak kontrakcije uzrokuje izbočenje opne, ona se može lako probušiti bilo kakvim tupim predmetom. Razlog koji liječnici navode za taj postupak (amniotomija) jest da on ubrzava trudove, što se pretpostavlja poželjnim. Drugi razlog zbog kojega mnogi praktičari buše opnu je određivanje boje amniotske tekućine. Ta boja može biti od pomoći za određivanje bebina stanja i ponekad može ukazivati da je fetus ugrožen. Ako mu u bilo kojem trenutku nedostaje kisika, zaštititi će vitalno važne organe, kao što su srce i mozak, i smanjiti tok kisika u druge, manje ključne. Kada se to desi, crijeva se skupe i isprazne u amniotsku tekućinu bojeći je žuto, zeleno ili smeđkasto što upućuje na to da je beba patila ili pati od nedostatka kisika. Treći je razlog za bušenje vodenjaka uporaba unutarnjeg električnog monitora za praćenje

ugroženosti fetusa, što zahtijeva pričvršćivanje elektroda na bebin skalp.

S našega stajališta, ništa od navedenog nije dovoljno dobar razlog za rutinsko uplitanje. Prije svega, uopće nije jasno zašto bi rutinsko ubrzavanje trudova bilo poželjno. Jedno je sigurno, bušenje vodenjaka infekciju čini vjerojatnijom i za majku i za dijete. To je pogotovo točno ako žena mora podnijeti trudove na leđima, jer tada tekućina ne može isticati van. Osim toga, bušenje opne razara njenu potencijalnu funkciju kao dodatne zaštite za vrpce i bebinu lubanju tijekom zadnjih trudova. Konačno, u slučajevima kada bi bušenje opne prividno ubrzalo trudove, to vjerojatno znači da bi opna ionako uskoro sama pukla.

Kako bismo dopustili da porod ima svoj prirodni fiziološki tok, u Pithiviersu rijetko bušimo vodenjak. Ako smatramo da je nužna posebna provjera bebinog stanja, ispituje opnu amnioskopom: metalnom cijevčicom na jednom kraju opremljenom lampicom. Amnioskopom kroz proziru opnu možemo vidjeti boju amniotske tekućine, a da je ne moramo bušiti. Također ne vidimo mnogo razloga za uporabu unutarnjeg elektronskog motrenja radi neprekidne provjere i bilježenja rada fetusova srca. Prije svega, to agresivno uplitanje u bebin svijet nije bez rizika. Drugo, upravo kada je žena nepokretna na leđima i njen uterus pritišće venu cavu, a kontrakcije su joj izazvane sin-

tetičkim hormonima, postoji vjerojatnost da će beba biti ugrožena - a tada neprekidno elektronsko motrenje postaje nužno. Na našoj klinici, u kojoj se žene slobodno kreću uokolo i ne koriste se lijekovi, odstranjena su dva glavna uzroka ugroženosti fetusa. Stoga je nepotrebno činiti nešto više nego da se naprosto običnim opstetričkim stetoskopom s prekidima sluša rad fetusovog srca. Ako žena stoji ili ako je u bazenu, praktičnije je koristiti dopton, mali instrument koji izgleda poput električnog brijačeg aparata i koristi veoma niske frekvencije ultrazvučnih valova kako bi se ustanovilo kucanje bebinog srca. Mnogi liječnici smatraju dopton sigurnim, jer su mu valovi po pritisku i snazi niski. Kako njegovi dugoročni efekti još nisu poznati, pazimo da ga ne koristimo u ranijem periodu trudnoće; ako ga moramo rabiti, činimo to samo u kratkim intervalima.

Postoje samo dvije situacije za koje držimo da je neophodno probušiti vodenjak. Prva se pojavljuje kada trudovi potpuno prestanu nakon što je dilatacija cerviksa potpuna - problem s kojim se rijetko susrećemo, jer trudovi obično spontano ponovo počnu ako smo dovoljno strpljivi. Druga je kada je placenta nisko položena ali ne prekriva potpuno otvor cerviksa (marginalna placenta previa). U ovom drugom slučaju, kada se opna jednom probuši, neke su žene sposobne bezopasno roditi vaginalno. Međutim, izuzev tih rijetkih slučajeva,

u Pithiviersu nije neobično da se bebe rode s netaknutom opnom koja im pokriva glavu; u mnogim kulturama u svijetu to se smatra znakom dobre sudbine. Naravno, ponekad opna sama pukne i prije nego počnu kontrakcije. Ako se to desi, čekamo da počnu trudovi i pripazimo da li je voda čista - pokazatelj dobrog bebinog zdravlja. Od takvog normalnog, spontanog pucaanja ne očekujemo komplikacije, ali se suzdržavamo od vaginalnog pregleda da bismo smanjili mogućnost infekcije.

Rutinska uporaba pitocina je druga diskutabilna praksa. Pitocin, sintetički oblik hormona oksitocina, lijek je koji se u svijetu najčešće koristi tijekom svih stadija trudova da bi se potakle ili pojačale uterinske kontrakcije. Pitocin se propisuje kada žena u trudovima ne postiže neophodnu hormonalnu ravnotežu ili ne izlučuje dovoljno oksitocina da bi započele kontrakcije dovoljne snage. Znajući ono što sada znamo o djelovanju okruženja na ženu u trudovima, ne iznenađuje tvrdnja da uobičajena bolnička postava ne pogoduje spontanim, djelotvornim trudovima. Nepoznato okruženje, jarka svjetla, zastrašujući aparati, strani zvukovi i neprestani protok nepoznatih osoba čine malo vjerojatnim da će žena postići potrebnu hormonalnu ravnotežu. Nije čudo da je u tolikim bolničkim porodima pitocin postao neophodnim. Međutim, to nije idealna zamjena. Sintetički hormoni, čak i u razumnim dozama, nikada ne mogu zami-

jeniti savršenu fiziološku hormonalnu ravnotežu. Štoviše, iskustvo nas je poučilo da je vjerojatnije kako će kontrakcije umjetno ojačane pitocinom - zbog svoje ponekad prekomjerne snage i veće učestalosti - uzrokovati nedostatak kisika kod fetusa. Konačno, nedavna su ispitivanja pokazala povezanost između uporabe pitocina i glukoze (šećera prisutnog u intravenoznoj tekućini putem koje se daje pitocin) i pojave žutice u novorođenčeta.

Dakle u Pithiversu, činimo sve što je moguće da bismo stvorili okruženje u kojem će žena lučiti vlastiti oksitocin, čime pitocin postaje nepotreban. Pitocin koristimo u manje od 1 posto slučajeva, jedino ako dilatacija ne napreduje i bebino silaženje postaje teško. (Nikada ne primjenjujemo pitocin kada su bebe položene na zadak iz razloga koje razmatramo dalje u ovom poglavlju.) S uvođenjem pitocina počinjemo polagano. Ako bebino srce uspori čak i na trenutak, smjesta prekidamo infuziju; ako je sve u redu, nastavljamo sve dok se beba ne spusti i dilatacija je potpuna. Ponekad je čak i sićušna doza dovoljna da dovede do potpune dilatacije i spuštanja. Što je prije moguće - to znači čim se pojavi bebino tjeme - prestajemo s pitocinom.

Otvaranje ormara s medikamentima radi uzimanja bilo koje vrste lijeka, nije rutina u našoj klinici. Osim za slučajeve koji su gore spomenuti kada rabimo pitocin, gotovo nikada ne primjenjujemo lijekove tijekom

trudova. Narkotici, sredstva za smirivanje i ublaživači boli, svi oni prolaze kroz placentu i imaju depresivno djelovanje na novorođenče. (Dugoročna djelovanja tih lijekova - od pitocina do ublaživača boli - na novorođenče još uvijek su nepoznata; istraživanja su u toku.) Također ne rabimo lokalnu anesteziju, kao što je epiduralna, koja je u mnogim bolnicama tako popularna. Epiduralna anestezija se daje ubadanjem igle između dva lumbarna kralješka, uvođenjem katetera i ubrizgavanjem anestetika koji odstranjuje osjetljivost ili paralizira donju polovinu ženina tijela. Ona dovodi do snižavanja krvnog tlaka, što se onda mora ispraviti intravenoznom infuzijom, i koči kontrakcije uterusa, tako da pitocin postaje neophodan. Kada je dilatacija potpuna i spuštanje okončano, žena, naravno, ne može osjećati kada istiskivati da bi pomogla bebin izlazak; stoga joj se to mora govoriti. Ako su joj pokušaji neuspješni, dijete mora biti izvučeno kliještima.

Uobičajena opstetricija opravdava uporabu epidurala i drugih anestetskih postupaka govoreći da štede majku od velike količine boli. Epidural stvarno odstranjuje bol - ali isto tako oduzima aktivno sudjelovanje u porođaju. Štoviše, ti isti liječnici koji zagovaraju njegovu uporabu odbijaju priznati da je velika količina porođajnih boli stvorena njihovim inzistiranjem da žena porađa u određenom položaju, njihovom rutinskom

uporabom pitocina koja izaziva neprirodno snažne kontrakcije i njihovim propisivanjem drugih lijekova koji mijenjaju hormonalnu ravnotežu i vjerojatno koče proizvodnju prirodnih opijata. U nekom smislu, uobičajena opstetricija većini žena ne pruža drugi izbor nego da zatraže epidural i druga umjetna olakšanja.

Kada je porod osobito težak, umjesto da se priklanjamo lijekovima, u našoj klinici potičemo buduću majku da isproba različite položaje, da se opusti u bazenu tople vode, da se usmjeri prema unutra, da skupi sve svoje snage i da se osloni na potporu onih oko nje. Povremeno ponudimo jednu ili dvije kapi alkohola u obliku punča ili šampanjca kako bismo pomogli ženi da se opusti. Također smo eksperimentirali s različitim zamjenama za kemijske ublaživače boli. Tijekom kratkog vremena iskušavali smo akupunktuuru za smanjivanje bolnih trudova. Paradoksalno, moj put u Kinu odvratio me je od uprabe akupunkture. Zapravo, saznao sam da se tradicionalna kineska akupunktura rijetko rabi u porođanju. To nije rezultat neznanja ili nemara muških akupunkturista. Sasvim suprotno tome, akupunktura se rabi u opstetriciji. Smatra se da Zhiyin točka na malome prstu tijekom trudnoće okreće bebe položene na zadak, a Renzhong na gornjoj usni se može rabiti za oživljavanje novorođenčadi. Ali rijetka uporaba akupunkture u porođaju vjerojatno odražava tradicionalni stav koji

mudro prihvaća da pokušaj uplitanja u trudove znači remećenje krajnje složenog procesa kojega je bolje ostaviti nedirnutim. Iako smo imali neke ograničene uspjehe s akupunkturom, bilo ju je nemoguće izvoditi dok je žena hodala uokolo, mijenjala položaje ili plutala na vodi, tako da smo konačno odustali. Imali smo nešto iskustva i s homeopatijom, ali smo bili iznenađeni očiglednom djelotvornošću "caulophyllum 4CH" kojeg smo naizmjenice rabili sa "actea racemosa 4CH" (pilule pod jezikom porođilje). Neke primalje vjeruju da ovi homeopatski pripravci čine trudove lakšim, bržim i manje bolnim.

S vremena na vrijeme radi olakšanja izvodimo "lumbalnu refleksoterapiju" i to onda kada žena osjeća da su kontrakcije u donjem dijelu leđa bolne, a dilatacija zastala na oko pet centimetara. To uključuje potkožno ubrizgavanje malih količina vode u lumbalno područje. Ispitivanja su pokazala da impulsi boli koji proizlaze iz kože mogu zakočiti impulse duboke boli. Nakon snažne trenutne lokalne boli, ova vrsta terapije obično smjesta donosi olakšanje te osobite boli u leđima i omogućuje dalje napredovanje dilatacije.

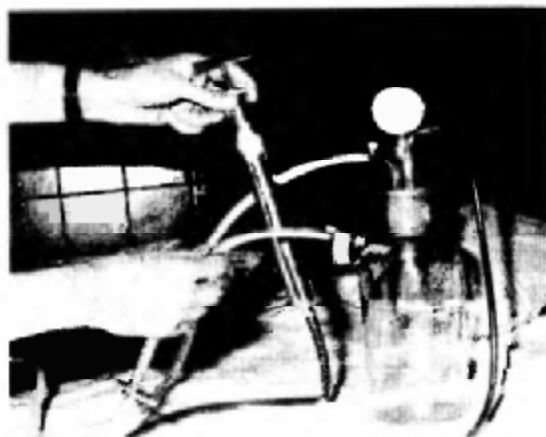
Međutim konačno, kada su trudovi posebno teški, žena mora uporabiti svu snagu koju ima da donese dijete na svijet. Za razliku od većine opstetričara mi vjerujemo u ženine vlastite sposobnosti i potencijale ti-

jekom trudova i ta je vjera neprestance rasla s našim iskustvima na klinici.

To važi i za trenutak poroda. Opstetričari veoma snažno reaguju kada im kažemo da u Pithiviersu kliješta nisu korištena od 1963. god. - i da, što se nas tiče, spadaju u muzej. Takve žestoke reakcije ne iznenađuju, budući da su kliješta isto tako osnovna u praksi suvremene opstetricije kao i polegnuti položaj; odustajući od obojega mi smo, zapravo, potresli same temelje suvremene opstetrijske prakse. Ne treba zaboraviti da su žene, prije svega, postavljene da ispružene leže na leđima na visokim, uskim porođajnim stolovima zato da bi liječnici mogli lakše rabiti kliješta.

Uporaba kliješta potpuno istiskuje prirodni proces rađanja. Anestezija mora ponekad pratiti porođanje kliještima, čineći tako taj proces još nametljivijim i opasnijim. Naravno, u većini slučajeva, obuka i vještina praktičara važniji su od vrste instrumenta koji koristi. Ali nesretna je istina da tek treba dizajnirati porođajna kliješta koja će biti sigurna u svačijoj ruci, i da ima veoma malo ruku koje ih mogu rabiti sa sigurnošću i nježno.

U Pithiviersu je naše odbacivanje dorsalnog položaja učinilo kliješta zastarijelima. U rijetkim slučajevima kada su majčine kontrakcije nedovoljne da bi istisnule dijete bez pomoći, čak i kada je spuštanje potpuno i cerviks potpuno raširen, umjesto kliješta rabimo jednostavnu napravu zvanu



vakuu ekstraktor. Ovaj instrument koji, u Pithiviersu rabimo, u oko 6 posto porođaja, sastoji se od male šalice povezane gumenom cijevi s vrčem. Jednostavnom pumpom za bicikle možemo stvoriti vakuum u vrču čineći da šalica prione za površinu. Iako se može rabiti u bilo kojem položaju, vakuum ekstraktor se obično rabi kada je majka u polusjedećem položaju i partner je podupire. Šalica se uvodi u vaginu i polaže na bebinu glavu što je bliže moguće majčinoj stidnoj kosti. Kada pumpamo da bi stvorili vakuum, šalica prione za bebinu glavu. Mjerač pokazuje točnu količinu primijenjenog tlaka. U nekoliko minuta, tlak doseže oko 0,4 kg po centimetru, što je veoma niski broj, ali dovoljan za naše potrebe. Kada tlak dosegne tu vrijednost, lagano i nježno povlačimo gumenu cijev u ispravnom smjeru. Šalica pomaže da se između kontrakcija djetetova glava ne vraća

natrag u majčinu vaginu. U međuvremenu majka sa svoje strane nastavlja pomagati istiskivanju bebe podupirući pomoć vakuum ekstraktora svojim vlastitim naporima. Pritisak bebine glave na perineum podražava snažno izlučivanje oksitocina, koji potiče djelotvorne kontrakcije (Fergusonov refleks). Stoga, ako smo rabili infuziju pitocina, prestat ćemo čim je beba dovoljno daleko sišla da bismo rabili vakuum ekstraktor. Kada su kontrakcije dobre i snažne, nježno ali čvrsto vakuum ekstraktorom vodimo bebinu glavu. Beba se lako spušta i glava se obično pojavi nakon nekoliko kontrakcija. Na ovoj točki ponekad uklonimo šalicu i nastavljamo kao obično, dok majka zauzima porođajni položaj koji osjeća kao najbolji. Ukratko, vakuum ekstraktor je praktičan, pouzdan instrument; nikada se ne kvari, krajnje je jednostavan za uporabu i ne zahtijeva anesteziju. Rabimo ga u rađaonici ali se također može rabiti u kućnim porodima.

Nakon uporabe vakuum ekstraktora na kraju drugog stadija trudova, žene su obično sposobne rabiti vlastite snage da bi rodile. Mnoge majke nemaju uopće osjećaj da je beba izvučena; neke od njih čak zaborave da im se pomoglo vakuum ekstraktorom. S druge strane, žene, čije bebe su bile izvađene kliještima, to nikada ne zaborave. Što se tiče beba, obično se, nakon vakuum ekstrakcije, na glavi pojavi mala izbočina koja potpuno nestaje nakon nekoliko sati.

Značajno je spomenuti da su vakuum ekstraktori široko poznati i rabe se samo u zemljama gdje žene imaju kontrolu nad okruženjem poroda. Izvorno su izumljeni u Švedskoj, zemlji s dugom tradicijom primaljstva. U Kini, gdje su većina opstetričara žene, pomoćnice često rabe veoma rudimentarnu verziju metode s uporabom vakuuma. Kliješta, koja majci doslovce oduzimaju porod i stavljaju ga u ruke liječnika, rabe se gotovo isključivo u zemljama gdje muškarci dominiraju područjem opstetrike. Na primjer u Sjedinjenim Državama, gdje primaljstvo nije osobito zastupljeno, stopa uporabe kliješta veoma je visoka.

Drugi uobičajeni postupak u trenutku porođanja - koji ćemo mi izvesti samo u određenim okolnostima - je epiziotomija. Epiziotomija se sastoji od rezanja vaginalnog otvora škarama, da bi se povećao i olakšao prolaz bebe. Uvijek se izvodi u stražnjem dijelu vaginalnog otvora. Ponekad rez ide pravo unazad (po sredini); u drugim slučajevima se grana na stranu. To se obično radi upravo prije konačne kontrakcije, kada je perineum rastegnut uslijed pritiska bebine glave i postaje relativno neosjetljiv; žena ne osjeća bol. Dok je u većini suvremenih bolnica (95 posto) epiziotomija rutinski postupak, mi smo našli da je neophodna u svega 7 posto poroda u Pithiviersu. Epiziotomiju izvodimo jedino kada postoji razlog za zabrinutost glede bebinog fizičkog stanja - na primjer u slučaju

poroda na zadatak. Epiziotomija će tada poštediti bebu tih nekoliko posljednjih kontrakcija i omogućit će da se brže rodi.

Istina je da je epiziotomija rijetko kada neophodna kada žena porađa u poduprtom čučućem položaju, kao što je to tako često slučaj u Pithiviersu. Taj položaj osigurava maksimalan pelvični pritisak, optimalnu opuštenost mišića, veliko širenje perineuma i minimalno mišićno naprezanje. On je također najbolja prevencija protiv ozbiljnih razdiranja perineuma. Kada žena leži na leđima, s nogama u stremljenju i pokušava istiskivati protiv sile teže, vjerojatno će početi razdiranje u dubokom tkivu ispod površine kože. Međutim, u poduprtom čučućem položaju, bilo kakvo razdiranje će obično biti površinsko i brzo će zacijeliti. Drugi način da se spriječe ozbiljna razdiranja perineuma je izbjegavanje naredbi ("Istiskujte!", "Ne istiskujte!"), koje su rijetko u skladu s onim što žena osjeća, i suzdržati se od izvlačenja bebine glave radi porađanja ramena.

Drugi razlog zbog kojeg se epiziotomija tako rijetko izvodi na našoj klinici je da je primalje jednostavno ne vole raditi - tako se postavlja pitanje je li rezanje vagine znak neke posebice muške neosjetljivosti. Prirodno, konvencionalni opstetričari su pokušali sve da opravdaju svoju praksu. Oni tvrde da epiziotomija reducira vjerojatnost budućeg prolapsiranja uterusa*, iako nema

znanstvenog dokaza za tu hipotezu. U mojoj vlastitoj kirurškoj praksi, otkrio sam da je vjerojatnije da će se prolapsiranje pojaviti kada liječnici umjetno ubrzavaju trudove više opterećujući mišiće ili porađaju kliještima, što može stvarno ozlijediti mišiće. Činjenica je da je epiziotomija rutinska i da se uglavnom obavlja bez razloga. To je još više frustrirajuće kada saznamo da ženi tjednima može stvarati bol i seksualne probleme. Takve komplikacije se ne pojavljuju često nakon prirodnog razdiranja koje zacijeljuje daleko brže nego epiziotomija.

Posljedice našega pristupa možda su najupečatljivije demonstrirane stopom carskih rezova koja iznosi 6-7 posto, i koja je u izazovnoj suprotnosti pojačanom rastu te stope širom svijeta (19 posto u Sjedinjenim Državama, podatak od 1982. god.; 13 posto u Engleskoj i 15 posto u Francuskoj). Najpoznatiji profesor opstetricije u Francuskoj je nedavno izjavio da smatra da je stopa od 20 posto carskih rezova danas razumna. Za to povećanje se nude mnoga objašnjenja. Liječnici dobronamjerno tvrde da je riječ o povećanoj brizi za sigurnost bebe. Ali uključeni su i drugi čimbenici. Iako su financijski razlozi rijetko dominirajući, ipak, u nekim zemljama, taj zahvat donosi mnogo novaca privatnim bolnicama:

rastegnuti tijekom poroda ne mogu više podupirati uterus.

* Slučaj u kojem vaginalni mišići, povrijeđeni ili

u Rio de Janciru na primjer, stopa carskih rezova je mnogo viša u privatnim bolnicama nego u javnim; tako jedna privatna bolnica bilježi stopu od 80 posto! Uz to, opasnost od sudske tužbe igra važnu ulogu. Opstetričara se danas rijetko osuđuje da je napravio nepotreban carski rez, ali ako beba tijekom porođanja umre, lako je u retrospektivi reći da ju je ta operacija mogla spasiti. Najjednostavniji način da se izbjegnu problemi sa zakonom je biti apsolutno konvencionalan - i, u tom smislu, mi, u Pithiviersu, veoma smo ranjivi. Još jedan čimbenik koji pridonosi podizanju stope carskih rezova leži u činjenici da studenti medicine danas nisu obučeni za složene trudove - kao što su porodi na zadak ili čak dugi normalni trudovi - te pribjegavaju kirurgiji. I opet, čini se da konvencionalna medicina tretira sam porod kao komplikaciju, patologiju koja zahtijeva intervenciju. Jedan od temeljnih razloga za povećanje broja carskih rezova mogao bi biti duboko usađena potreba muških opstetričara da upravljaju procesom poroda. Svakako, dramatični porast stope carskih rezova (u Sjedinjenim Državama, od 4,5 na stotinu poroda u 1965. na 19 u 1982. god.) upućuje da se carski rez više ne koristi samo kao jedna od krajnjih metoda za spašavanje života majke i djeteta. Očito je da postoje razlozi za carski rez koji su nesumnjivi, ali ta porasla učestalost čini se ipak upitnom. Nažalost, emotivna i fizička trauma povezana s

carskim rezom koja je nekoć mogla navesti žene da protestiraju, sada je zamagljena običajem. Žene su se navikle na ideju carskog reza upravo zato, jer je postupak postao tako uobičajen - došli smo do druge i treće generacije majki kojima je nametnuto "medikalizirano" porođanje - i jer ga službeni medicinski krugovi tako snažno brane.

U rijetkim slučajevima kada je vaginalni porod stvarno nepreporučljiv ili nemoguć, mi, poput svih drugih, radimo carski rez. Na primjer, nikada ne oklijevamo izvesti carski rez kada je beba položena frontalno - s čelom, umjesto zatiljkom ili tjemenom, kada leži preko cerviksa - ili u transverzalnom položaju - kada beba leži popreko u uterusu. Također radimo carski rez ako dođe do iznenadnog ispadanja vrpce, više od pet ili deset minuta prije vjerovatnog trenutka poroda. (Stiskanje vrpce je veoma opasno, jer će smanjiti i onda potisnuti razmjenu krvi između bebe i placente, prekidajući time bebi dotok kisika.) Carski rez je također obavezan kad postoji bilo kakva prepreka na bebinom putu, kao što su placenta previa koja potpuno prekriva cerviks. Konačno, bilo kakva neočekivana ugroženost fetusa može voditi do carskog reza.

Očigledno, svaka skupina pomoćnica pri porođanju imat će vlastite kriterije procjenjivanja rizika i indikacija. Međutim, značajno je da u Pithiviersu, carski rez izgleda

rjeđe potreban nego drugdje. Činjenica je da uobičajeni bolnički postupci sami po sebi često stvaraju potrebu za carskim rezom. Induciranje trudova lijekovima, što se uobičajeno prakticira u zapadnim bolnicama, stvara teže, bolnije i razvučenije trudove i time je često uvod u carski rez. Isto je s umjetnim bušenjem vodenjaka koje može uzrokovati ispadanje pupčane vrpce. (I obrnuto, ispadanje pupčane vrpce se rijetko dešava kada se opna ne buši umjetno.) Kada tekućina u kojoj pluta pupčana vrpca isteče iz opne, vrpca može izići prije bebine glave i biti stisnuta ili potpuno stegnuta, tako da je djetetu blokirana opskrba kisikom. Dolazi do ugroženosti fetusa i carski rez postaje neophodan. Lijekovi koji ubrzavaju trudove također mogu ometati bebinu opskrbu kisikom, jer kako je, tijekom kontrakcija, beba lišena kisika, umjetne kontrakcije potaknute pitocinom snažnije su i češće od spontanijih te stoga i opasnije. I opet rezultat može biti ugroženost fetusa i carski rez.

Sredstva za ublažavanje bolova, koji se često daju majci da bi joj olakšale muke zbog kontrakcija induciranih pitocinom, također mogu poremetiti proces trudova i voditi do carskog reza. Općenitije govoreći, uobičajeni bolnički postupci - uvođenje elektronskog monitora (koji često krivo bilježi ugroženost fetusa), vaginalni pregledi, intravenozna infuzija - sve to može zakočiti ženu u trudovima. Strah zaustavlja trudove;

carski rez se ocjenjuje nužnim. Alarmantno je ali istinito: što se više medicina upliće u porođanje, to ovo postaje složenije i teže. Niska stopa carskih rezova u Pithiviersu upućuje da je praksa, čiji je prvi zadatak pomoći ženi da se porodi bez da u bilo kojoj točki remeti taj fiziološki proces, najbolji način smanjivanja broja carskih rezova.

U Pithiviersu gotovo nikada ne planiramo carski rez. Čak i kada sumnjamo da će carski rez konačno biti neophodan, više volimo čekati da trudovi spontano počnu i onda se oslanjamo na svoje iskustvo i brzo donosimo odluku. Prije svega, budući da imamo razloga vjerovati da, kada trudovi počnu spontano, endokrini sustav fetusa igra ulogu u poticanju trudova, što znači da beba ima primjereno razvijenu pituitarnu i adrenalnu žlijezdu i dovoljno je zrela da se nosi sa zahtjevima trudova i poroda. Drugo, čini se da kontrakcije uterusa tijekom trudova igraju ulogu u stimuliranju neuroendokrinološkog sustava djeteta, i mi ne želimo lišiti bebu bilo kojeg dijela te stimulacije.

Konačno, u području trudova i poroda, čovjek brzo nauči očekivati neočekivano. Ponekad će žena imati brze i lake trudove dok su profesionalci vjerovali da je moguć jedino carski rez. Na primjer, ženama koje su prethodno imale carski rez ponekad se kaže da će uvijek rađati na takav način. Svejedno, na našoj klinici jedna od dvije



Porod na zadak u poduprtom čučjećem položaju

žene koje su ranije imale carski rez, uspijevaju roditi vaginalno. Niti porođaji u obrnutom položaju ne opravdavaju uvijek operaciju, iako je to postalo gotovo pravilo u mnogim standardnim bolnicama. Iz našeg iskustva s obrnuto položenim bebama, otkrili smo da ćemo praćenjem prirodnog napredovanja trudova prvog stadija dobiti najbolje indikacije za ono što trebamo očekivati u posljednjem trenutku. To znači da ne činimo ništa što bi remetilo prvi stadij trudova: nema pitocina, nema kupanja u bazenu, niti spomena riječi "obrnuto". Ako sve ide glatko, imamo razloga vjerovati da drugi stadij trudova neće predstavljati

nikakav problem. Naša će jedina intervencija biti inzistiranje na poduprtom čučjećem položaju tijekom porađanja, jer je on mehanički najdjelotvorniji. On smanjuje vjerojatnost da ćemo morati izvlačiti bebu i najbolji je način da smanjimo otezanje između porađanja bebine pupčane vrpce i bebine glave, što bi moglo uzrokovati pritiskanje vrpce i lišiti dijete kisika. Nikada ne bismo riskirali porađanje na zadak s majkom u pognutom ili polusjedećem položaju.

Ako su, s druge strane, kontrakcije u prvom stadiju trudova bolne i nedjelotvorne i dilatacija ne napreduje, moramo brzo



odbaciti ideju vaginalnog poroda. Inače se suočavamo s opasnošću da u posljednjem trenutku dođemo do "točke bez povratka", kada je, nakon izranjanja djetetovih bokova, prekasno promijeniti strategiju i odlučiti se za carski rez. Međutim, iako uvijek izvodimo carski rez kada je prvi stadij trudova težak i situacija se ne poboljšava, većina poroda na zadatak u našoj klinici završava kao vaginalni porod.

Postoje dvije situacije kada ponekad planiramo carski rez unaprijed. Jedna je kada majka razvije preeklampsiju. Ako žena ima naglo povećanje krvnog tlaka prema kraju trudnoće i proteine u urinu, hospitaliziramo je i pažljivo pratimo. Ako se odmara na lijevoj strani boku da bi olakšala pritisak na venu cavu, krvni će se tlak ponekad spustiti i tada može normalno poroditi. Žena u takvom stanju ne treba uzimati nikakve lijekove. Ako dobije iznenadne glavobolje i osjeća kao da ima gredicu preko trbuha, ili ako amnioskop pokazuje da tekućina nije bistra, smjesta ćemo napraviti carski rez. To je jedini način da spriječimo da se ne razvije eklampsija: konvulzije nakon kojih slijedi komatozno stanje koje može voditi u smrt majke ili bebe. Većina se slučajeva preeklampsije pojavljuje zadnjih tjedana trudnoće, dok se ponekad pojavljuje tijekom samih trudova.

Povremeno također radimo carski rez bez čekanja da trudovi počnu spontano, ako je trudnoća prešla svoj rok. Stvarno prenošena

beba je, međutim, rijetka; postoji opća sklonost da se precijeni učestalost ove pojave, obično zato jer su majka ili opstetričar krivo izračunali ili su u zabuni glede datuma začeća. Kada smo sigurni da žena stvarno nosi predugo radimo amnioskopiju svakih tridesetšest sati; tako dugo dok amniotska tekućina ostaje bistra, strpljivo čekamo. Ne vidimo razloga da u takvim slučajevima rutinski potaknemo trudove intravenoznom infuzijom pitocina ili bušenjem vodenjaka. Međutim, možda jednom godišnje, takva amnioskopija otkriva obojenu ili smanjenu amniotsku tekućinu, a takvi znakovi ugroženosti fetusa zahtijevaju trenutnu intervenciju. Ako je buduća majka već rađala, možda ćemo probušiti vodenjak i vidjeti što se dešava prije nego li se odlučimo na carski rez. U slučaju žena koje po prvi puta rađaju, obično očekujemo duže i teže trudove i stoga radije odmah napravimo carski rez da ne pridonosimo teškoćama. S takvom strategijom, broj carskih rezova koji su povezani "prenošenošću" ostaje veoma nizak.

Sve u svemu, na našoj klinici carski rezovi ostaju izlaz u krajnjoj nuždi. Naš pristup značajno snizuje stopu intervencija, jer on znači da ne izvodimo carski rez rutinski, nego samo kada je apsolutno nužan. I budući da se na carski rez odlučujemo neočekivano, upravo prije poroda, ne možemo rabiti anesteziju koja zahtijeva duge pripreme, kao što je epidural.

Uglavnom rabimo laki opći anestetik koji traje upravo dovoljno dugo, a operiramo što je brže moguće. Otac je često prisutan da pozdravi svoju bebu, a dijete obično već sisa u sljedeća dva sata.

I u vaginalnom porodu i u porodu carskim rezom, sati koji slijede odmah po rođenju također se smatraju opasnim periodom za majku i novorođenče. Naša filozofija i iskustvo su nas i ovdje naveli da smanjimo intervencije, a kada je to neophodno, da izaberemo najmanje ometajuća sredstva.

Odmah po rođenju, beba može imati problema s disanjem. U većini bolnica, uobičajena je praksa ugurati cijev u nos i us-

ta svakom djetetu odmah nakon rođenja da bi mu se pročistili prolazi. To je često i razlog koji se daje za trenutno razdvajanje majke i djeteta. U Pithiviersu, novorođenče se smjesta polaže u "sigurnosni položaj": na njegov trbuh, s glavom okrenutom na stranu. U tom je položaju bebin dišni sustav zaštićen, čak i ako njeni refleksi nisu dovoljno snažni da bi kašljala ili plakala. Nema opasnosti u tome da se nekoliko trenutaka pričekava kako bi se mišićni tonus i refleksi poboljšali. Tada, međutim, ako dijete još uvijek ne diše, moramo pročistiti dišne puteve. U tu svrhu rabimo tuljasti kraj monauralnog opstetričkog stetoskopa - taj kraj fino prijanja preko bebinih usta i nosa - i ustima kroz tuljac nježno usisamo sluz. Nešto djece treba kratkotrajna pomoć

Uporaba stetoskopa za pročišćavanje dišnih puteva



provjetravanja uz masku s kisikom. Nakon nekoliko sekundi, novorođenče je obično sposobno samostalno disati i počinje plakati. Ali što ako nekoliko minuta dijete još uvijek nije sposobno disati bez pomoći maske s kisikom? U takvim izuzetnim slučajevima, položiti ćemo cijev u bebin dušnik te ritmično i nježno puhati zrak izravno u pluća. Ako novorođenče nastavi imati teškoća s disanjem ili ako je pri rođenju prevelika količina amniotske tekućine (što se često poklapa s problemima disanja) rabimo sondu kako bismo provjerili da li je jednak prohodan. Konačno, mora se razmotriti mogućnost da je problem disanja povezan s manjkavošću koja se može kirurški ispraviti, kao što je blokiranje jednjak ili hernia dijafragme.

Odmah po porodu majčino zdravlje također može biti ugroženo. U slučaju poroda carskim rezom, rizici su za majku statistički ozbiljniji nego u slučajevima vaginalnog poroda. U slučaju vaginalnog poroda, ako se pojave teškoće u odvajanju placente ili ako počne krvarenje, također se zahtijeva trenutna akcija. Prvo nadoknađujemo gubitak krvi; zatim ručno uklanjamo placentu i rabimo oksitocinske lijekove da bismo pomogli kontrakciju uterusa. Takvi događaji su u Pithiviersu veoma rijetki; zapravo, gotovo se nikada ne dešavaju kada se proces trudova poštuje u cijelom toku.

Štoviše, otkrili smo da se žena može očuvati krvarenja jednostavno sjedeći nakon porođaja uspravno, da bi prihvatila svoje dijete. Kada je u uspravnom položaju, lagano se nagnjući naprijed da bi držala bebu, njen još uvijek težak uterus ne leži na veni cavi i krv se lako može vratiti kroz njene vene. Skoro dojenje i dodir kože uz kožu između majke i djeteta također može spriječiti krvarenje maternice; očividno oba procesa potiču izlučivanje oksitocina koji za uzvrat uzrokuje stezanje uterusa pomažući ujedno i odvajanju i izbacivanju placente. Naši jednopostotni slučajevi ručnog odstranjenja placente snažno govore u prilog poštivanja međupovezanosti fiziologije majke i djeteta nakon poroda. Kada se porođaj desi kod kuće, još je važnije da se suzdrži od remećenja te povezanosti, budući da je krvarenje izvan bolnice potencijalno opasnije.

Lako je sažeti našu strategiju: gotovo uvijek čekamo da trudovi počnu samostalno. Ako se čini da je vaginalni porod težak, imamo na raspolaganju tri medicinske tehnike: pitocin (rijetko); vakuum ekstraktor i epiziotomiju (ponekad); ako porod vaginalnim putem izgleda nemoguć ili na bilo koji način opasan, ne oklijevamo izvesti carski rez.



Dominique Pourre, primalja

Došla sam u Pithiviers kao primalja prije deset godina, više instinktom nego izborom. Ali izabrala sam ostati. Sve što sam ovdje naučila o ženama, muškarcima, liječnicima, primaljama - i sebi - učinilo je nemogućim da se vratim bilo kakvom poslu koji zanemaruje to znanje, koji se usredotočuje samo na obuku, stažiranje, ispite. Posljednjih me je deset godina naučilo jednu veoma važnu stvar: kada rađaju djecu, žene trebaju paziti da se ne prepuste potpuno rukama liječnika i primalja. Kao profesionalci, bili smo obučeni biti hladni, udaljeni, tehnički - a



ipak u njihovim očima ne možemo pogriješiti. Kako da onda ne nastavimo vjerovati, i ne činimo da i drugi vjeruju, da ženama u porođanju nedostaje kreativnosti i pobude, da im trebaju naša rješenja? U tim ključnim trenucima, mi djelujemo za njih, učimo ih, organiziramo cijeli njihov život, čak njihova osjećanja. Moje desetljeće u Pithiviersu je predstavljalo trajan i pobjednički izazov upravo takvoj obuci, takvim stavovima, neprestanom jačanju tog autoriteta i hijerarhije.

Osnovna ideja Michela Odenta za majke je bila: "Ne slijedite tudi savjet. Nitko ne zna bolje od vas što je ispravno za vaše dijete." Buduća majka je sada bila odgovorna za to što je mogao postati radostan događaj. Umjesto da pušta da netko drugi porodi njeno dijete, tješi ga ili ga po prvi put okupa, na njoj je bilo da preuzme svoj dio i učini to sama.

Upravo sam dobila sina i možda me je to učinilo osjetljivijom za te istine. Brzo sam odlučila da usprkos tradicionalnim pravima moje uloge kao primalje, više ne mogu biti prva koja će dodirnuti bebu. Više nisam mogla požuriti s novorođenčeta u drugu sobu iz nekog misterioznog razloga koji sam davno zaboravila. Prestala sam nositi gumene rukavice, zato da bi prvi dodir djeteta bio s ljudskom kožom. Nije bilo lako, ali sam



pokušavala. I puštala bih da majka miluje svoje dijete. Da, kažem "puštala", jer mi profesionalci još uvijek imamo moć; još uvijek mi dajemo zeleno svjetlo za oslobađanje i ispoljavanje osjećanja - ili, češće, kao što nas je naučio običaj i rutina, crveno svjetlo.

Majke su počele preuzimati inicijativu. Više se nisu plašile krhkog, skliskog dodira svoje bebe. Morali smo im reći: "Možete sami roditi bebu. Posegnite i uhvatite te male ručice, one vas traže. Ne plašite se, možete to. To je vaša beba." ne naša, ne liječnikova, nije

neki čudni proizvod medicinskog znanja, tehnike ili moći. Ali nije bilo tako jednostavno kao što zvuči.

Ne odričete se profesionalno odobrene uloge "otimača beba" bez velike mjere samozatajivanja. Kada sam bila službena "otimačica", toliko bi mi laknulo kad bih vidjela bebu; mislila bih: "Evo ga, dječaćić, evo ga, živog! Mogu ga držati, imam pravo. O, tako sam se plašila da bi mogao ne biti. Da, upravo kao i ti, majka. Imala sam ista osjećanja, iste strahove. A sada ću ti dati poklon: tvo-



je dijete. Ali prvo ga trebam pregledati, okupati ga, izvagati ga, obući ga." Čini se da nema kraja mjeri u kojoj beba može pripadati nekom drugom umjesto svojoj majci. I ti oti- mači beba, odjeveni u bijelo, te misteriozne figure koje su glasno govorile i donosile od- luke - što smo mi to skrivali iza naših mas- ki od gaze? Strah od smrti, strah od žena? Ne možemo li pronaći drugi način? Jesmo li doista tako sigurni? Kako zapravo žene mogu vjerovati da mi o tome znamo više nego one?

Dakle sada, skinimo maske! Neka se uloge obrnu!

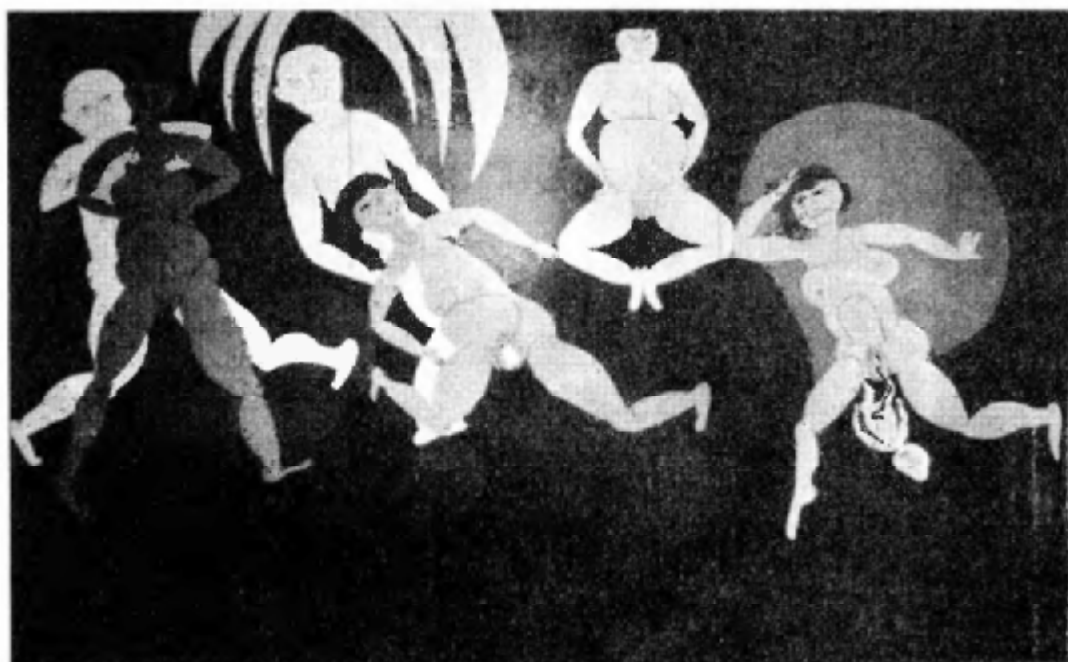
Evo me, slušam te. Što osjećaš? Mogu ti pomoći ako mi kažeš što želiš. Pričaj mi. Uči me. Ne želim više stajati pred tobom, aktiv- na i moćna.

Danas u Pithiviersu, mogu se opustiti, slušati, biti dio jednog intimnog čina. Žena stoji. Daje mi do znanja što se dešava: da osjeća promjene u tijelu; da želi istiskivati; da se mora malo više otvoriti; da joj se opna puna tekućine ispupčuje među prstima. Go- vori mi što želi: toplinu; toplu vodu; milo- vanje svog muža, ili možda moje. Ispoljava svoja osjećanja: koliko to boli; da želi da botničarke učenice s raširenim očima napuste sobu, jer koče nešto u njoj; da nisam uvijek tako meka i nježna kao što bi ona voljela da budem; da želi da sve završi; da želi

vrištati; da će sada to učiniti. Čujem je kako zapomaže i više je ne pokušavam smiriti. Ona postaje moj učitelj. Slušam je, učim njenu lekciju. I ja sama sam trudna, trudna s nje- nim riječima, njenom boli, njenim čudnim krikovima koje čak ni ona ne prepoznaje kao vlastite.

Prevladana sam. Ništa je ne mogu naučiti. Ona sama istiskuje u život. Ja je ne dodiru- jem. Viče na mene: "Odstupi. Rađam. Pusti me na miru!" Udobno se smješta i ja se moram prilagoditi njenom položaju. Kreće se uokolo. Kreativna je, misaona, puna života. Traži ono što želi. Iscrpljena je a ipak tako vitalna. Dok se baca na mene, pokrivena sam njenim znojem. Primorana sam raditi kako ona želi. Ali ona je lijepa, ona je život koji će upravo iznijeti. Više me ne pita za vri- jeme, spol, težinu. Umjesto toga, jednostavno jeca od zadovoljstva. Napuštam sobu, iscr- pljena, puna njenih osjećanja, njene radosti.

Tijekom deset godina u Pithiviersu, naučili su me: tamo gdje su žene slobodne, naučit ćemo kako najbolje porađaju. One će nam pokazati. One će nam vjerovati. Gledajte ih. Pažljivo slušajte...



Zidna slika u dnevnom boravku, rad oca bebe rodene u Pithiviersu



preporod rađanja

Jednoga dana, tijekom emisije jednog nagradnog natjecanja na francuskom radiju, natjecateljima je postavljeno pitanje: "Što je posebno u porođanju u Pithiviersu?" To nije bilo lako pitanje. Čak i ja bih imao teškoća da dam ispravan odgovor u jednoj rečenici. Kako se pokazalo, "ispravan" je odgovor bio: "Žene rađaju u čučućem položaju." Prilično pošteno, ali bilo je i mnoštvo drugih mogućih odgovora: istaknuta uloga primaljke; produženi kontakt između

majke i djeteta; kupke za novorođenčad; skupine pjevanja; prigušeno svjetlo; glazba; bazeni tople vode za opuštanje.

Ali Pithiviers je više od skupa svojih dijelova. On predstavlja jedan stav, vjeru u instinktivni potencijal ljudskih bića i u urođeno znanje koje žene unose u porođanje. Pithiviers potvrđuje rođenje kao spolno iskustvo i potiče spontanost i, ponad svega, slobodu. Trudnica je slobodna da posjećuje naše rodilište toliko često ili toliko rijetko



koliko želi. Slobodna je odbiti bilo kakav oblik pripreme koji je tobože "podučava" kako roditi. Tijekom trudova je slobodna kretati se kako želi. U privatnosti radaonice, parovi su slobodni ponašati se kako im se sviđa.

Uvođenje slobode u jednu instituciju nije niti lako niti beznačajno postignuće. Zapravo, čini se da su ideje "sloboda" i "institucija" nespojive po samoj definiciji. Ipak, kao što je pokazalo naše iskustvo, može se uraditi više nego što se obično čak i pokušava.

U idealnom slučaju, institucije mogu ponuditi osjećaj zajednice.

U našim nastojanjima da stvorimo slobodu u okruženju porađanja, neprestano preispitujemo svoje profesionalne uloge. Profesionalci općenito, a predstavnici medicinske zajednice posebice, često koče ponašanje skorih roditelja u mnogo većoj mjeri nego što bi to učinio prosječni laik. U Pithiviersu pokušavamo biti što je više moguće diskretni, ostati u pozadini, jednostavno pazeći da se ne desi ništa nenormalno. Iako naše metode i filozofija izazi-

vaju prevladavajuće opstetrijske pretpostavke i prakse, nalazimo da je - mjereno čak i tradicionalnim opstetrijskim standardima kao što su stope perinatalne smrtnosti, te smrtnosti majke i novorođenčadi - Pithiviers veliki uspjeh. Na primjer, od 15. siječnja 1982. do 30. lipnja 1983. god., od 1.402 poroda, imali smo 93 carska reza (6,6 posto), 73 vakuum ekstrakcije (5,2 posto), 84 epiziotomije (6 posto), 13 ručnih uklanjanja placente (0,9 posto), 10 perinatalnih smrti (7,1 na tisuću), i 22 odvajanja djeteta od majke (1,5 posto) da bi ih se prebacilo na pedijatriju ili odjel za intenzivnu njegu.

Tijekom posljednjeg desetljeća, Pithiviers je izrastao iz tradicionalnog provincijalnog rodilišta u nešto poput međunarodnog porodničkog centra, žarišta za novu svjesnost o važnosti mijenjanja uvjeta rađanja. Ideja humaniziranja porađanja je skupljala snagu ne samo u Pithiviersu, već također i u mnogim drugim mjestima u svijetu. Često su se ti mali, izolirani inovatorski centri fokusirali na osobni, umjesto na tehnički ili medicinski vid porađanja. Oni su uključili ljude izvan glavnih struja zapadne medicine koji su osjećali potrebu za više holistički i duhovni pristup blagostanju; i one koji su se zanimali za terapijske mogućnosti dodira, zvuka, glazbe, svjetla, boje i vode. Također su se pridružili antropolozi, psihoterapeuti, sociolozi, ekolozi i obrazovatelji porodništva. Istodobno, primalje i pedijatri

širog svijeta, zahtijevali su povećanu svjesnost za istinske potrebe majki i novorođenčadi i skrenuli su pažnju na to kako je medicinski establišment zanemarivao ili zaboravljao te potrebe. Izvan profesionalnih krugova, zastupnici potrošača i odgovorni muškarci i žene preispitali su stavove i praksu uobičajenog medicinskog porađanja i borili se za njihovo mijenjanje.

Danas te skupine sve više komuniciraju jedna s drugom. Usprkos geografskih udaljenosti među njima, stvorili su moćnu svjetsku mrežu koja povezuje pionire nove opstetricije u Europi, Sjevernoj Americi, Južnoj Americi, Novom Zelandu, Australiji i Japanu. Pithiviers je igrao veliku ulogu u razvoju te međunarodne mreže i nastavlja biti žarište toga. Tijekom posljednjih deset godina, roditelji, primalje, zdravstveni skrbnici i zagovarači alternativne medicine sa svih strana svijeta, skupljali su se u Pithiviersu da razgovaraju o svom radu i razmijene ideje. Televizijske ekipe i novinari iz Francuske, Njemačke, Velike Britanije, Australije i Japana dolazili su na kliniku da snime i intervjuiraju nas i žene koje su ovdje rađale. Čini se da je jedan od osnovnih zadataka Pithiviersa da djeluje kao katalizator jedne uzbuđujuće nove svjesnosti, a neprestana struja prijatelja i posjetitelja pomaže nam da proširimo tu priču.

Međutim, ta nova svjesnost nije bez svojih vlastitih unutarnjih dilema. Na primjer, kako izmiriti paradoks koji proizlazi iz

oslanjanja na znanost i profesionalne medicinare i navesti ih da nam pomognu razotkriti i poduprti ženine prirodne kapacitete ili prirodni proces vezivanja djeteta i majke? Koja je pravilna uloga muškarca u pokretu koji iskustvo porađanja želi vratiti ženama? To su pitanja koja me muče. Trenutno ozbiljno razmišljam da napustim opstetriciju; došlo je vrijeme kada bi muški opstetričari dobro učinili da se progresivno povuku i vrate porađanje ženama.

Kronična kriza u opstetriciji koja se gomilala nekoliko stoljeća sada je dosegla akutno stanje. Revolucija, koju toliko nas traži, neće pokrenuti profesionalni opstetričari, niti čak uopće profesionalni medicinari. Ne radi se o tome da znanost i medicina u budućnosti nemaju što pridonijeti. Naprimjer, u nadolazećim godinama, vjerojatno je da će tehnički napreci omogućiti neinvazivno, bežično promatranje fetusa, tako da više neće biti izlike za remećenje procesa porađanja radi dobijanja bitnih informacija. Napredak u znanstvenim disciplinama, kao što je neurofiziologija, usprkos svojoj pri-

vidnoj udaljenosti od opstetricije, također može pridonijeti ovoj revoluciji. Vjerujem da će priroda trudova i poroda biti sve više shvaćena kao jedan nevoljni moždani proces i da će onima koji se bave fiziološkim promjenama svijesti, kao što su spavanje ili orgazam biti od velike koristi da ga izučavaju. Ali najmoćniji pokretači te revolucije bit će same žene.

Način na koji žene porađaju i način na koji se rađaju djeca usko su povezani s našim pogledima na prirodu, znanost, zdravlje, medicinu, slobodu i ljudske - posebice muško-ženske odnose. Naš ambiciozni projekt, koji se bori za humanizaciju i feminizaciju porađanja, rabi veoma jednostavna sredstva za postizanje tog cilja. Zapravo, domaće žene koje su rodile na našoj klinici govore o našem stilu rada kao o prostom zdravom razumu. Te žene nalaze da je naš stav toliko očit da ne mogu zamisliti što toliko posjetitelja i filmskih ekipa ovdje radi. Vrijedno je razmisliti o tom njihovom čuđenju.





bilješke

1. Polje neurohormonalnog istraživanja je u previranju; svaki dan se pojavljuju nove hipoteze, nova otkrića. Čini nam se korisno da skupimo razbacane bibliografske reference koje upućuju na važnost endorfina u porođanju, vezivanju i spolnosti uopće. Vidi:

Bo, P.; Maurelli, M.; Nappi, F.; i Savoldi, F. (1980), "Behavioural and EEG Effects of Synthetic Enkephalin Analogue," *Il Farmaco Ed. Sci.* 35:924-932.

Gautray, J. P.; Jolivet, A.; Vielh, J. P.; i Guillemin, R. (1977), "Presence of Immunoassayable Beta-Endorphin in Human Amniotic Fluid: Elevation in Cases of Fetal Distress," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 129:211.

Gispen, W. H.; Wiegand, V. M.; Bradbury, A. F.; Hulme, E. C.; Smyth, D. G.; Snell, C. R.; i Dewied, D. (1976), "Induction of Excessive Grooming in the Rat by Fragments of Lipotropin," *Nature* 270:357.

Goland, R. S.; Wardlaw, S. L.; Stark, R. I.; i Frantz,

- A. G. (January 1981), "Human Plasma Beta-Endorphin During Pregnancy, Labor, and Delivery," *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 52(1):74-78.
- Granat, M.; Sharf, M.; i Weissman, B. A. (1980), "Humoral Endorphin in Human Body Fluids during Pregnancy," *Gynecologic and Obstetric Investigation* 11(4):214-218.
- Kimball, C. D. (1979), "Do Endorphin Residues of Beta-Lipotropin Hormone Reinforce Reproductive Functions?" *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 134(2): 127-135.
- Lien, E. L.; Fenichel, R. L.; Garski, V.; Sarantakis, D.; i Grant, N. H. (1976), "Enkephalin-Stimulated Prolactin Release," *Life Science* 19:837.
- Liotta, A. S., i Krieger, D. T. (1980), "In Vitro Biosynthesis and Comparative Posttranslational Processing of Immunoreactive Precursor Corticotropin/Beta-Endorphin by Human Placental and Pituitary Cells," *Endocrinology* 106:1504.
- Martin, R., and Voigt, K. H. (1981), "Enkephalins Coexist with Oxytocin and Vasopressin in Nerve Terminals of Rat Neurohypophysis," *Nature* 289:502-504.
- Moss, I. R.; Conner, H.; Yee, W. F. H.; Iorio, P.; i Scarpelli, E. M., "Human Endorphin-Like Immunoreactivity in the Perinatal/Neonatal Period," *Journal of Pediatrics* September 1982:443-445.
- Nakai, Y.; Nakao, K.; Oki, S.; i Imura, H. (1978), "Presence of Immunoreactive Beta-Lipotropin and Beta-Endorphin in Human Placenta," *Life Science* 23:2013-2018.
- Pfefferbaum, A.; Berger, P. A.; Elliott, G. R.; Tinklenberg, J. R.; Kopell, B. S.; Barchas, J. D.; i Li, C. H. (1979) "Human EEG Response to Beta-Endorphin," *Psychiatry Research* 1:83-88.
- Riss, P. A., i Bieglmayer, C. (1983), "Immunoreactive Endorphin Peptides in Amniotic Fluid During Labour," *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 90(1):49-50.
- River, C.; Vale, W.; Ling, N.; Brown, M.; i Guillemin, R. (1977), "Stimulation in Vivo of the Secretion of Prolactin and Growth Hormone by Beta-Endorphin," *Endocrinology* 100:238.
- Stein, L., and Belluzzi, J. D. (1978), "Brain Endorphins and the Sense of Well-Being: A Psychological Hypothesis," *Advances in Biochemical Psychopharmacology* 18:299.
- Vanvugt, D. A.; Bruni, J. F.; i Meites, J. (1978), "Naloxone Inhibition of Stress-Induced Increase in Prolactin Secretion," *Life Science* 22:85.
- Vizi, E. S., and Volbekas, V. (1978), "Modulatory Role of Dopamine and Beta-Endorphin in the Release of Oxytocin from Neural Lobe of Pituitary," *Proceedings of 76th International Congress on Pharmacology*, Paris 1976, p. 562.
- Wardlaw, S. L.; Stark, R. I.; Daniel, S.; i Frantz, A. G. (May 1981), "Effects of Hypoxia on Beta-Endorphin and Beta-Lipotropin Release in Fetal, Newborn, and Maternal Sleep," *Endocrinology* 108(5):1710- 1715.
2. Vidi:
- Anderson, D. W., i Barrett, J. T. (1979), "Ultrasound: A New Immunosuppressant," *Clinical Immunology and Immunotherapy* 14:18-29.
- Licheskind, D.; Bases, R.; Mendez, F.; Elequin, F.; i

- Koenigsberg, M. (1979), "Sister Chromatid Exchanges in Human Lymphocytes after Exposure to Diagnostic Ultrasound," *Science* 205.
- "Medical News: Question of Risk Still Hovers over Routine Prenatal Use of Ultrasound" (1982), *Journal of the American Medical Association*, 247(16): 2135.
- Murai, N.; Hoshi, K.; Kang, C.; i Suzuki, M. (1975), "Effects of Diagnostic Ultrasound Irradiated during Foetal Stage on Emotional and Cognitive Behavior in Rats," *Tohoku Journal of Experimental Medicine* 117(3):225-235.
- Stratmeyer, M. E.(1980), "Research in Ultrasound Bio-effects: A Public Health View," *Birth and the Family Journal* 7(2).
3. Vidi:
- Dwight, P. (1983), "Midtrimester Amniocentesis" (analysis of 923 cases with neonatal follow-up), *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 146:204.
- Hislop, A., and Fairweather, D. V. (1983) "Amniocentesis and Lung Growth: An Animal Experiment with Clinical Implications," *Lancet* 2:1271- 1272.
4. Vidi:
- Rosenblatt, J. S. (1967), "Nonhormonal Basis of Maternal Behavior," *Science* 156:1512-1514.
- Rosenblatt, J. S. (1982), "Progress in the Study of Maternal Behavior in Animals," in Klaus, M. and Robertson, M. O., eds., *Birth, Interaction, and Attachment* (Piscataway, N.J.: Johnson & Johnson).
- Rosenblatt, J. S.; Siegel, H. I.; i Mayer, A. D. (1979), "Progress in the Study of Maternal Behavior in the Rat: Hormonal, Nonhormonal, Sensory and Developmental Aspects," in Rosenblatt, J. S., ed., *Advances in the Study of Behavior* (New York: Academic Press).
5. Radi popisa istraživanja uloge endorfina u vezivanju, vidi bilješku 1.
6. Vidi:
- A. Ambrose (1969), "An Endocrine Theory of Infantile Stimulation," in *Stimulation in Early Infancy* (New York: Academic Press).
7. Vidi:
- Atkinson, S. A.; Bryan, M. H.; i Anderson, G. H. (1978), "Human Milk: Differences in Nitrogen Concentration in Milk from Mothers of Term and Preterm Infants," *Journal of Pediatrics* 93:67.
- Gross, S. J.; David, R. J.; i Bauman, L. (1980), "Nutritional Composition of Milk Produced by Mothers Delivering Preterm," *Journal of Pediatrics* 96:641.
- Gross, S. J.; Rebecca, H.; et al. (1981), "Elevated Ig-A Concentration in Milk Produced by Mothers Delivered of Preterm Infants," *Journal of Pediatrics* 389:393.



**Drugi naslovi iz područja
prirodnog rađanja, razvoja djeteta,
ljubavi i spolnosti**

Ljubav očima znanosti

Dr. Michel Odent

Zašto sve kulture ritualno remete prvi kontakt između majke i novorođenčeta? Zašto se, do sada, evolutivna prednost pridavala razvoju ljudskih potencijala u sposobnost za agresiju umjesto u sposobnost za ljubav? Sve do nedavno ljubav je bila područje pjesnika, umjetnika i filozofa, no od nedavna se izučava iz mnogostrukih znanstvenih perspektiva. Autor dokazuje da je specijalizirani pristup previdio važnost ljubavi kao potencijalno nove strategije za ljudsko preživljavanje i da stara strategija - dominiranje prirodom i drugim ljudskim skupinama - više nije prikladna.

Porod u vodi: Priručnik

Dr. Roger Lichy & Eileen Herzberg

Rađanje u vodi je osvojilo žensku imaginaciju kao prirodna, sigurna i djelotvorna metoda olakšavanja bola - kao dio trendova prema prirodnom rađanju. Ova praktična knjiga je potpuni vodič za sve što ste ikada željeli znati o rađanju u vodi.

Razvoj govora i prevencija govornih poremećaja u djece: priručnik za roditelje i logopede

Dipl. log. Ilena Posokhova

Jednostavno i jasno daje praktične upute kako osigurati optimalne uvjete za razvoj dječjeg govora, spriječiti poremećaje kao što su mucanje, poremećaji izgovora, glasa, čitanja i pisanja, te kako organizirati govorni razvoj ljevorukog djeteta. Knjiga sadrži 80 igara za razvoj govornih vještina.

Tantra - Jahanje tigra: Priručnik ljubavnih umijeća Istoka

Davor Stančić

Prirodne metode kontracepcije, odabira spola djeteta, uklanjanja tegoba menstruacije i menopauze, produžavanja odnosa, jačanja potencije. Metode višestrukih orgazama za žene i muškarce

Narudžbe:

"OSTVARENJE" d.o.o., Đalskog 84, 10000 Zagreb

Tel/fax 01/ 2436-310, 2436-311

Email: davor.stancio@zg.tel.hr

CIP - Katalogizacija u publikaciji Nacionalna i sveučilišna knjižnica, Zagreb

UDK 618.4

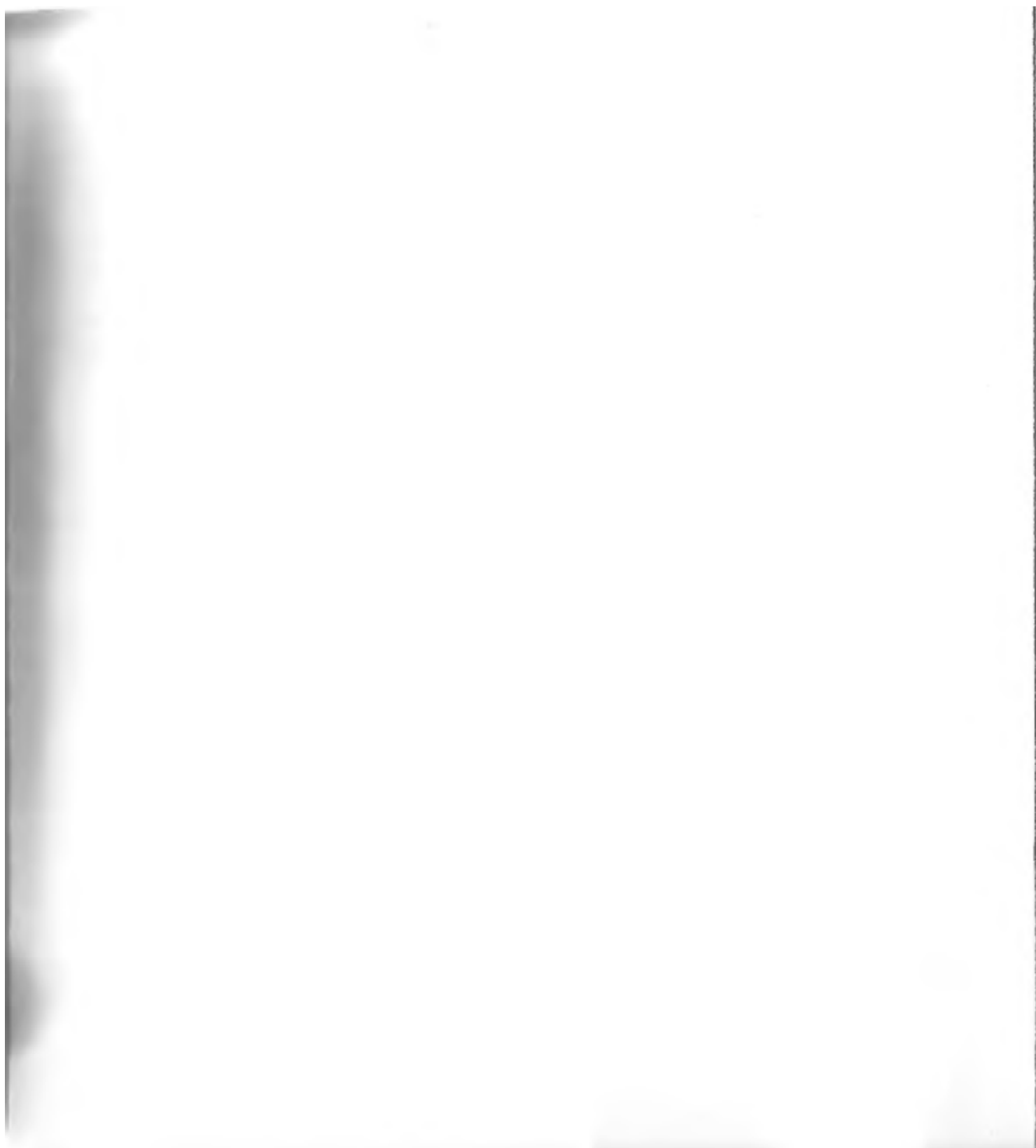
ODENT, Michel

Preporod rađanja / Michel Odent / <preveo Davor Stančić>. - Zagreb :
Ostvarenje, 2000

Prijevod djela: Birth reborn, 2nd ed. - Bibliografija.

ISBN 953-6827-03-4

I. Porodaj -- Metode rađanja
400728010







Dr. Michel Odent je svjetski poznat kirurg i opstetričar koji je u francusku državnu bolnicu u Pithiversu uveo koncepciju radaonica s domaćom, ugodnom atmosferom. To je prva državna bolnica koja je od 1970.

godine nudila mogućnost poroda u vodi (uporabom bazena za porode), a njihovim su se uslugama koristile žene iz cijeloga svijeta. Dr. Michel Odent je utemeljitelj Centra za istraživanje primarnog zdravlja u Londonu. Ovaj znanstveno-istraživački centar je osnovao banku podataka koja sadrži stotine studija objavljenih u eminentnim znanstvenim i medicinskim publikacijama. Sve ove studije dokazale su povezanost zdravlja i ponašanja u kasnijem životu s primarnim periodom (prenatalnim, perinatalnim i postnatalnim periodom tijekom prve godine života).

Dr. Michel Odent je nedavno razvio novi preventivni program u odnosu na period prije začeća zasnovan na ideji mobilizacije lipida ("metoda akordiona").

Autor je 50 znanstvenih radova objavljenih u medicinskoj literaturi, uključujući i članak o korištenju vode tijekom rađanja (The Lancet, 1983). Autor je 10 knjiga koje su tiskane na 20 jezika.

Dr. Michel Odent je, pored dr. Frédérica Leboyera, međunarodno priznati pionir i trenutno najeminentniji znanstvenik koji je pokrenuo revoluciju u suvremenom porođištvu. Njegova predavanja, seminari, znanstveni radovi i knjige utječu na liječnike, primalje i majke u cijelom svijetu.

Sedamdesete su godine. U državnoj bolnici maloga gradića Pithiviersa u Francuskoj, dr. Michel Odent stvara revoluciju u suvremenom porodništvu koja će utjecati na cijeli svijet.

Pružajući osobna razmišljanja i medicinske informacije, upečatljive fotografije i dirljive priče žena koje su kod njega rodile, Dr. Odent nudi jasan, detaljan i praktičan opis načina rađanja u Pithiviersu.

U drugom engleskom izdanju svog bestslera dr. Odent je napisao novi uvod koji ispituje i opisuje utjecaj tih pristupa rađanju na, kako on to zove, "postelektronsko" doba devedesetih godina. Kako se diljem svijeta nastavlja povećavati briga o stanju u porodništvu, dr. Odent nas novim idejama ponovo izaziva na preispitivanje naših postupaka porađanja.

Upravo kao što se njegovi postupci porađanja u Pithiviersu polako usvajaju širom svijeta, tako isto možemo očekivati prihvatanje njegovih novih ideja. Pred našim očima on pomaže da se rađanje preporodi u normalan, prirodan, siguran i pouzdan dio života.

Dr. Michel Odent, kirurg i više od dvadeset godina upravitelj rodilišta u Pithiviersu, međunarodno je poznat pionir rađanja. Njegova predavanja, članci i knjige diljem svijeta utjecali su na liječnike, primalje i majke.

"Veoma je malo medaša u svjetskom pokretu za reformiranje i humaniziranje iskustva rođenja, a *Preporod rađanja* je jedan od njih. Ako ste trudni ili namjeravate zatrudnjeti, dajte ovu knjigu liječniku ili primalji koje želite kao pomoćnike pri porodu. U svijet, u kojem je rađanje u većini bolnica postalo košmar kemijskih i tehnoloških intervencija bez temeljitih znanstvenih dokaza za njihovu nužnost, dr. Michel Odent unosi osjećaj zdravog razuma."

Doris Haire, direktorica američke fundacije za zdravlje majki i djece i predsjednica Komiteta za zdravlje majki i djece nacionalnog udruženja za zdravlje žena.

"Dr. Odent je učinio izvanredan doprinos ističući kako porodništvo bez intervencija može, kao rezultat, imati krajnje siguran ishod dok istodobno obitelji pruža lijepo iskustvo poroda."

Richard Stewart, dr. med., član američke Akademije opstetričara i ginekologa

"Izvanredna knjiga... sigurno će izmijeniti način na koji razmišljamo o rađanju - i način na koji to činimo."

Suzanne Arms, autor knjige *Immaculate Deception*

