

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
BABIŠTVO, 1. STOPNJA**

Anja Ocepek

BABIŠKI IN MEDICINSKI POGLED NA FIZIOLOŠKI POROD
diplomsko delo

**MIDWIFERY AND MEDICAL ASPECT ON PHYSIOLOGICAL
CHILDBIRTH**
diploma work

Mentorica: doc. dr. Ana Polona Mivšek

Recenzent: viš. pred. Robert Sotler

Ljubljana, 2018

ZAHVALA

Družini in prijateljem, ki so me vedno podpirali na moji poti.

Zahvaljujem se svoji mentorici doc. dr. Ani Poloni Mivšek za vse podano znanje, napotke in pomoč pri izdelavi diplomskega dela. Vedno mi boste velik zgled na poklicni in življenjski poti.

IZVLEČEK

Uvod: Ohranjanje normalnega poroda je ključno za zdravje žensk. Vendar pa je v zadnjih dveh stoletjih nadvlada zdravstvenih delavcev nad ženskimi telesi spremenila naravo rojevanja. Fiziološki porod je postal izjema v razvitem svetu. Pojavila sta se dva glavna modela obporodne obravnave. **Namen:** Namen diplomskega dela je pojasniti termin »fiziološki porod«, dve glavni paradigmi obporodne obravnave v svetu ter predstaviti babiški in medicinski pogled na fiziološki porod. **Metode dela:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, kar predstavlja pregled strokovne in znanstvene literature, tako domače kot tuje, povezane s fiziološkim porodom in različnimi modeli obporodne obravnave. Uporabili smo strokovne članke, knjige, zbornike s področja babištva in tudi sociologije. Literaturo smo iskali tudi v podatkovnih bazah Pubmed, CINAHL, DiKul, The Cochrane Collaboration, v kooperativnem bibliografskem sistemu COBISS.SI in na uradnih spletnih straneh priznanih tujih organizacij (naprimer ICM, WHO). Vključeni so bili viri v slovenskem in angleškem jeziku, ki so bili izdani v časovnem obdobju od vključno leta 1998 do leta 2018. Dostopno je moralo biti celotno besedilo. Vključitvena merila za literaturo so razvidna in jasna vsebinska povezava s tematiko fiziološkega poroda in različnimi modeli obporodne obravnave. Ustreznih in uporabljenih je bilo 51 virov. **Rezultati:** Modela obporodne obravnave sta osnovana na profesionalni naravnosti stroke, torej poklicni filozofiji. Rezultati pregleda literature so pokazali, da je babiški model holističen, kontinuiran, individualen, pri čemer se pričakuje normalno stanje, spodbuja se opolnomočenje ženske in podpira raznolikost. Porod v babiškem modelu predstavlja normalen fiziološki proces. Medicinski model je osredotočen na patološka stanja. Izvajalci z uporabo tehnologije nadzorujejo in upravljajo stanje, vsako odstopanje od normale pomeni patologijo. Pri medicinskem modelu je fiziološki porod možno določiti le retrogradno. **Razprava in sklep:** Porod ni le del reproduktivnega procesa človeštva, temveč izraža tudi odnos družbe do matere, ploda in žensk na splošno. Kljub temu da babiški model ne opredeljuje le babice in medicinski model ne le zdravnikov, pa lahko strnemo, da so babice usposobljene za fiziološki porod, porodničarji in ginekologi pa za patološkega.

Ključne besede: fiziološki porod, babiški model, medicinski model

ABSTRACT

Introduction: Maintaining the process of birth as normal as possible is crucial to the health of women, but in the last two centuries, the medical processes have become superior, have prevailed over women's bodies, and changed the nature of birth. Physiological delivery is an exception in the developed world. There are two main models of caregiving in the process of birth.

Aim: The purpose of the thesis is to clarify the term "physiological birth", present two main paradigms of post-natal care in the world, and a midwifery and medical view of physiological delivery.

Methods: We used the descriptive method of work which is a review of professional and scientific literature, both domestic and foreign, related to physiological birth and various models of care. We used professional articles, books, proceedings in midwifery as well as sociology. We also searched for literature in the Pubmed, CINAHL, DiKul, The Cochrane Collaboration databases, the COBISS.SI co-operative bibliographic system and official websites of recognized foreign organizations (eg ICM, WHO). Sources in Slovene and English language, that were issued over a period of time from 1998 to 2018, were included. One used criteria was also the accessibility of full text online. The criteria for literature are also evident clear connections with the subject of physical birth and various models of care. Appropriate and used were 51 sources.

Results: The models of post-natal care are based on the professional orientation of the medical discipline, i.e. professional philosophy. The results of the literature review show that the midwifery model is holistic, continuous, individual, determinates delivery as a normal state, promotes empowerment of women and supports diversity. Midwifery model represents delivery as a normal physiological process. The medical model is focused on the pathological conditions where operators use technology to control and manage the pathological state; any deviation from normal means pathology. In the medical model physiological childbirth was determined as retrograde.

Discussion an conclusion: Birth is not only a part of the reproductive process of humanity, but also expresses the attitude of society towards mother, fetus and women in general. Given that the very name of the model doesn't define the person who uses it, we can conclude, that midwives are trained to carry out physiological deliveries, obstetricians and gynecologists are trained to carry out pathological deliveries.

Key words: physiological childbirth, midwifery model, medical model

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
1.1 Teoretična izhodišča.....	2
2 NAMEN	5
3 METODE DELA.....	6
4 REZULTATI.....	7
4.1 Modeli obporodne obravnave.....	7
4.2 Babiška paradigma poroda	9
4.3 Medicinska paradigma poroda.....	12
4.4 So babice predstavnice babiškega in zdravniki predstavniki medicinskega modela?16	
4.5 Kjer se oblikujejo stališča in odnos do modelov - študentje babištva in medicine ...	19
5 RAZPRAVA.....	21
5.1 Modeli obporodne obravnave.....	21
5.2 Definiranje obporodnega modela glede na zdravstvenega delavca, ki ga izvaja	23
6 ZAKLJUČEK	25
7 LITERATURA IN VIRI.....	26

KAZALO TABEL

<i>Tabela 1: Socialni in medicinski model (Walsh, 2012, 7)</i>	8
<i>Tabela 2: Razlike med medicinskim in socialno-medicinskim modelom (Ireland, van Teijlingen, 2013).....</i>	9
<i>Tabela 3: Opredelitev normalnega poroda različnih poklicnih skupin (Wagner, 1994 citirano po Prosen, 2016, str. 153).....</i>	17

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

ICM The International Confederation of Midwives (Mednarodno združenje babic)

NICE National Institute for Health and Care Excellence
(Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost)

SOGC The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada
(Združenje porodničarjev in ginekologov Kanade)

WHO World Health Organization (SZO – Svetovna zdravstvena organizacija)

1 UVOD

ICM (2014) poudarja, da mora babiška praksa temeljiti na praksi, ki temelji na dokazih za izboljšanje kvalitete in izidov babiške nege. Ohranjanje normalnega poroda je glavno področje strategije ICM, ki je povezano z zdravjem žensk, izobraževanjem in delom babic ter sistemom obstoječega zdravstvenega varstva.

Ob koncu 19. stoletja so ženske motivirane s strahom pred smrtjo in poškodbami, v veri o boljših porodnih izidih in ob obljubi lajšanja porodne bolečine (Harper, 2005) nezavedno pristale na proces, ki ga danes opisujemo kot medikalizacija obporodne obravnave.

Lupton (2007) opozarja, da je spremenjena narava rojevanja v zadnjih dveh stoletjih posledica nadvlade zdravstvenih delavcev nad ženskimi telesi. Porodništvo se je premaknilo s področja patologije pri porodu v veliko širši obseg in zajelo tudi naravno oziroma fiziološko dogajanje. Ob tem so se pokazale nekatere slabe plati medicinskih intervencij, v kolikor se jih izvaja rutinsko, zato so se ženske začele oddaljevati od medicinskega modela porodne obravnave (Kirkham, 1998). V primeru nekomplirane nosečnosti in poroda stremijo k obravnavi, ki se zavzema za čim manj intervencij, ki bi motile fiziološki porodni mehanizem.

V mnogih babiških izobraževalnih programih je babiški model predstavljen kot ideal babiške prakse, v mnogih ustanovah pa je obravnavan kot standard (Davis Floyd, 2011). Smatra se za optimalno kombinacijo vseh elementov humanizma z veliko elementi holizma.

V diplomskem delu se osredotočamo na problematiko opredelitve termina fiziološki porod, na dve glavni paradigmi obporodne obravnave v svetu in pogled babic ter ginekologov porodničarjev na porod kot normalni proces življenja ženske.

1.1 Teoretična izhodišča

Različni avtorji fiziološki porod različno definirajo. Gaskin v Modrosti rojevanja (2007) porod definira kot normalen fiziološki dogodek v procesu življenja. Zdravniki ga opredeljujejo kot proces, ki se konča z vaginalnim porodom ploda in posteljice ob fiziološki (normalni) izgubi krvi. Fiziološki porod vključuje tudi biološke in fiziološke spodbujevalce poroda, stik kože na kožo ter zgodnje dojenje, pišeta Macun in Frelih Fabjan (2015).

ICM (2014) ga označi kot »normalni« in podpira dve definiciji normalnega poroda. Prva govori o tem, da je normalen porod edinstven dinamičen proces, v katerem sta plod in mati povezana tako z vidika fiziologije kot tudi psihosocialno. Druga definicija normalni porod opredeljuje kot porod, ki se pri ženski prične, poteka in zaključi spontano, z rojstvom novorojenčka ob terminu, v zatilno glavični vstavi, brez kakršnihkoli kirurških, medicinskih ali farmacevtskih intervencij. Tudi Page (2011) fiziološki porod opredeli za normalni porod in meni, da je to porod brez indukcije, brez rabe instrumentov, brez carskega reza, brez splošne, spinalne ali epiduralne analgezije pred ali med porodom. Ob tem pa še navede, da je možnost za takšen porod v svetu dejansko zelo majhna. Pajntar in Lučovnik (2015) v knjigi Nosečnost in vodenje poroda navajata, da je normalen porod vsak porod, ki poteka po naravni poti, sorazmerno hitro, materi in otroku ne povzroča večjih in trajnih poškodb, materi in očetu pa ni izrazito neprijetna izkušnja. Steblovnik in Premru Sršen (2015) menita, da o popolnoma normalnem porodu govorimo, kadar pride ob pričakovanem dnevu do poroda zdravega ploda v glavično-zatilni vstavi z naravnimi silami in se konča brez zapletov za novorojenčka in porodnico.

Na obravnavo zdravja s principa normalnega in patološkega imajo velik vpliv družbeni, politični in ideološki sistemi. Ob tem pa imajo velike posledice na življenje in počutje posameznika. V pojmu normalnosti se združujeta povprečje ter idealno stanje, h kateremu strmimo (Ule, 2003). V Sloveniji je med zdravstvenimi delavci bolj poznan izraz spontan porod kot normalni porod (Prosen, 2016).

Ireland in van Teijlingen (2013) navajata razlike med naravnim porodom, normalnim porodom in asistiranim porodom. Definicije sta povzela po Združenju porodničarjev in ginekologov Kanade (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada – SOGC). Naravni porod tam pomeni, da je otrokov vodilni del glava, otrok je rojen

vaginalno, pod nadzorom zdravstvenega delavca, ki zagotavlja, da sta mati in otrok v dobrem stanju, porod pa napreduje brez zdravniške pomoči. Normalni porod je porod, kjer je otrokov vodilni plod glava, rojen je vaginalno, vključuje lahko tudi intervencije zdravstvenih delavcev kot podpora oziroma pomoč pri porodu. Asistirani porod pa je izraz, ki se uporablja za porode, kjer so znaki, da mati in oziroma ali otrok nista v dobrem stanju, ali pa porod ne poteka normalno in so potrebne medicinske intervencije (forceps, vakuum, carski rez) za pomoč pri porodu (joint,2008). Davis Floyd (2011) izpostavi problematiko terminologije naraven in normalen porod. Oba izraza sta nejasno opredeljena, saj so praktično vsa rojstva kulturno zaznamovana in posledično zaznamovana z intervencijami, ki so značilne za prostor, družbo, kulturo in čas, v katerem ženska rojeva.

Kot je razvidno iz zgornje defnicije SOGC za naravni porod, je le-ta pristojnost babice. Zato nekateri ta porod poimenujejo tudi babiški porod. Nahtigal (2014) imenuje babiški porod kot porod, ki poteka v samostojni babiški enoti, ki je v okviru porodnišnice, le da je ločena od porodniškega oddelka, in kjer babica samostojno vodi celotni porod porodnice, ki izpolnjuje predpisane kriterije (ženske z nizkim tveganjem za komplikacije med porodom). Premru Sršen in sodelavci (2008) tako navajajo naslednje kriterije za babiški porod:

- zdrava nosečnica,
- normalen potek nosečnosti,
- do vključno 5. poroda,
- dosedanji porod/i brez zapletov,
- en plod v glavični vstavi,
- porod ob terminu (37. do 42. tednov nosečnosti),
- porodnica ne želi epiduralne analgezije.

Prelec (2014) babiški porod označi kot visoko kvaliteten, varen, z manjšim deležem medicinskih intervencij in pojasni, da je pri takšnih porodih manj carskih rezov, manj instrumentalnih dokončanj porodov, zmanjšana je raba analgezije, manj je epiziotomij in konstantnega nadzorovanja poroda. Rezultat je več spontanih vaginalnih porodov, na področju dojenja pa se je izkazalo, da je več otrok polno dojenih.

Danes je nadzor nad porodnico in plodom med porodom postal norma. Glede na Ule (2003), ki trdi, da je normalno tudi povprečno, bi torej normalni porod lahko pomenil medikaliziran porod. Vendar pa se ženske vse bolj zavedajo negativnih stranskih učinkov

medikalizacije, zato stremijo, da so fiziološki porodi zaznamovani s čim manjšim poseganjem v naravni potek, torej k porodu s čim manj intervencijami. Triplat (2010) porod poimenuje fiziološki, psihoemocionalni ter socialni dogodek in ob tem razloži, da si ženske v današnjem času želijo soodločati pri izbiri poroda. Pojavlja se manjše število žensk, ki si želi carski rez, vendar si kljub vsemu še vedno velika večina žensk želi vaginalni porod in neinterviranje v naravni potek. Tak porod je v današnjem času neobičajen, odklonski. Morda se je prav zato za porod, pri katerem ženske želijo, da bi potekal izven ustaljene medicinske prakse, pojavil ponesrečen izraz – alternativni porod, ki pravzaprav vsebuje vse prvine fiziološkega/naravnega/normalnega oziroma babiškega poroda glede na definicije SZO, NICE, ICM ipd. (Premru Sršen et al., 2008).

ICM (2014) babice opredeli kot zagovornice normalnega poroda. Ginekologe in porodničarje se navadno smatra za strokovnjake pri komplicirani nosečnosti in porodu. V skladu s temi kompetencami sta se v svetu razvila dva modela obravnave za ženske, pri čemer Novakova (2007) opozarja, da je od države do države obporodna obravnava drugače organizirana, glede na specifično kulturo, zgodovino in odnose. Tako Wagner v svojem delu Moj porodni načrt (2008) izpostavi, da je pojmovanje poroda različno, če primerjamo Ameriko in Evropo. V Evropi skoraj vsaka evropska deklica odraste z vednostjo, da ji bo v primeru, da bo kdaj rodila, pri tem pomagala babica, v Ameriki pa ne. Tako kot Wagner (2008) tudi Drglin (2003) ugotavlja, da je babica porodna spremljevalka pri veliki večini normalnih porodov v praktično vseh evropskih državah. Ta socio-kulturni vpliv je potrebno upoštevati tudi pri interpretaciji dejstev o babiškem oziroma medicinskem modelu, saj so mnoga dela o tem – bipolarnem modelu napisali ameriški avtorji.

Kirkham (1998) opozori tudi na to, da ženske niso homogena skupina in imajo precej različen pogled na obravnavo, ki so je deležne. Je pa pomembno, da so ženske kontinuirano obravnavane, pri svojih odločitvah informirane in da preko obravnave pridobijo prijetno izkušnjo, ne glede na to, za kakšno obliko obravnave se bodo odločile.

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je pojasniti termin »fiziološki porod«, dve glavni paradigmi obporodne obravnave v svetu ter predstaviti babiški in medicinski pogled na fiziološki porod. Glavna raziskovalna vprašanja, na katera bomo poskušali odgovoriti v diplomskem delu, so:

- Kateri so modeli obporodne obravnave?
- Ali ime modela obporodne obravnave definira tudi zdravstvenega delavca, ki jo izvaja?

Cilji diplomskega dela so:

1. razčleniti babiško in medicinsko paradigmo;
2. predstaviti pogled babic in zdravnikov na fiziološki porod.

3 METODE DE LA

Za pisanje diplomskega dela je bila uporabljena deskriptivna metoda dela, kar predstavlja pregled strokovne in znanstvene literature, tako domače kot tuje, povezane s fiziološkim porodom in različnimi modeli obporodne obravnave.

Uporabili smo strokovne članke, knjige, zbornike s področja babištva in tudi sociologije. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah Pubmed, CINAHL, DiKul, The Cochrane Collaboration, v kooperativnem bibliografskem sistemu COBISS.SI in na uradnih spletnih straneh priznanih tujih organizacij (na primer ICM, WHO).

Vključeni so bili viri v slovenskem in angleškem jeziku, ki so bili izdani v časovnem obdobju od vključno leta 1998 do leta 2018. Dostopno je moralo biti celotno besedilo. Vključitvena merila za literaturo so bila razvidna in jasna vsebinska povezava s tematiko fiziološkega poroda in različnimi modeli obporodne obravnave. Ustreznih in uporabljenih je bilo 51 virov.

Ključne besede, uporabljene za iskanje virov v slovenskem jeziku, so bile: fiziološki porod, babiški model, medicinski model. Ključne besede v angleškem jeziku: physiological childbirth, midwifery model, medical model.

4 REZULTATI

V nadaljevanju so navedeni viri, ki se osredotočajo na modela obporodne obravnave, smiselnost poimenovanja modelov ter vpliv poklicne skupine na profesionalno socializacijo, katere so deležni že študentje.

4.1 Modeli obporodne obravnave

Modeli predstavljajo teoretično poenostavitev smisla realnosti za lažje razumevanje drugače zapletenega sveta. Na področju poroda sta največkrat omenjena dva modela – babiški oziroma socialni model in medicinski model (Ireland, van Teijlingen, 2013).

Walsh (2012) navaja ključne razlike med obstoječima modeloma, ki so povzeti v tabeli 1, pri čemer smatra, da socialni model večinoma velja za babice, biomedicinski pa za zdravnike. V socialnem modelu se osebo obravnava v celoti – holistično, kar pomeni, da se osebo v takšnem modelu spoštuje in spodbuja k samoaktualizaciji. Oseba je obravnavana individualno, uporaba tehnoloških pripomočkov je redko smotrna, gradi se predvsem na dejstvu, da je porod normalen proces in se ob tem upošteva intuicija ženske. V biomedicinskem modelu pa je glavni poudarek na porodnem kanalu, skozi katerega potuje plod in za kar so potrebne porodne sile. Izvajalci z uporabo tehnologije nadzorujejo in upravljajo porodni proces; vsako odstopanje od normale pomeni patologijo. Pri biomedicinskem modelu je potrebno varno ob strokovnem vodenju priti do zaključka tega procesa.

Tabela 1: Socialni in medicinski model (Walsh, 2012, 7)

SOCIALNI MODEL	BIOMEDICINSKI MODEL
osebe kot celota – fiziološko, psihosocialno in duhovno	redukcionizem – »powers, passages, passenger«
spoštovanje in opolnomočenje	nadzor in upravljanje
dolgoročna, osebna obravnava	strokovni zaključek
osrediščeno	periferno
pričakuje se normalno stanje	pričakuje se patologija
tehnologija kot pripomoček	tehnologija kot partner
podpirati raznolikost	homogenizacija
intuicijsko, smiselno ravnanje	kvantitativne raziskave, objektivna dejstva
samoaktualizacija	varnost

V prispevku Ireland in van Teijlingen (2013) je objavljena tudi v nadaljevanju povzeta tabela 2, ki ponazarja razlike med medicinskim in socialnim oziroma babiškimi modelom. Ireland in Van Teijlingen sta tabelo zasnovala leta 2005 in je v mnogih pogledih podobna tabeli, ki jo je leta 2012 objavil Walsh.

Ireland in Van Teijlingen modela poimenujeta medicinski in socialno-medicinski. Medicinski model je osrediščen na zdravnika, poudarja objektivnost in je moško obarvan. Nosečnost in porod za normalno veljata retrospektivno. Zdravnik obravnava osebo na podlagi medicinskega znanja, ki je pacientu nepoznano in mu onemogoča aktivno sodelovanje. Pristop do osebe je izoblikovan na podlagi vedenja o ustroju telesa; za doseganje ciljev (varen porod) pa so potrebne intervencije. Cilj sta zdrava mati in otrok. Socialno medicinski model je usrediščen na žensko oziroma pacienta, obravnava je individualna in holistična. Porod predstavlja normalen fiziološki proces v življenju. V tem modelu je na voljo možnost izbire, princip dela temelji na opazovanju in ne posega v fiziologijo. V doseganju ciljev je poleg zdravja matere in otroka potrebna tudi zadovoljitev individualnih potreb matere oziroma para, torej zadovoljstvo z izkušnjo.

Tabela 2: Razlike med medicinskim in socialno-medicinskim modelom (Ireland, van Teijlingen, 2013)

MEDICINSKI MODEL	SOCIALNO-MEDICINSKI MODEL
osrediščeno na zdravnika	osrediščeno na žensko oziroma pacienta
objektivno	subjektivno
moški	ženske
telo in um sta ločena	holistični pogled
nosečnost: edino normalna v retrospektivi	porod: normalen fiziološki proces
izbor tveganja ni možen	izbor tveganja je možen
pristop na podlagi statistike	individualni psihosocialni pristop
biomedicinska osrediščenost	psihosocialna osrediščenost
medicinsko znanje je izključitveno	znanje ni izključitveno
intervencije	opazovanje
javno	zasebno
izid: cilj je življenje, zdrava mati in otrok	izid: cilj je življenje, zdrava mati in otrok, zadovoljitev individualnih potreb matere oziroma para

Modela obravnave – tako babiški kot medicinski – sta osnovana na profesionalni naravnosti stroke; torej poklicni filozofiji (Mivšek, 2012). V nadaljevanju zato avtorica opiše babiško in medicinsko paradigmo, ki je diplomantom medicine oziroma babištva indoktrinirana že v sklopu profesionalne socializacije v času dodiplomskega izobraževanja.

4.2 Babiška paradigma poroda

Babiški oziroma socialni model predpostavlja, da sta nosečnost in porod fiziološka dogodka v biološkem ciklusu večine žensk (Ireland, van Teijlinger, 2013). Kent (2000) izpostavi, da je poudarek babiškega modela na nosečnosti in porodu kot na dogodku, ki je naraven in normalen proces. Predpostavlja, da so noseče ženske zdrave in ne bolne. Raynor in England (2010) ta model poimenujeta socialni, saj opredeli nosečnost ter porod ne samo kot biofizikalna procesa, ampak kot dogodka, na katera je potrebno gledati holistično in ki sta za vsako žensko individualna.

Gaskin (2007) v svoji knjigi *Modrost rojevanja* veliko govori o babiškem modelu obravnave. Model prepozna kot povezanost med umom in telesom, ki močno poudarja intuitivno moč ženske. Bistvo tega modela je predpostavka, da sta nosečnost in porod naravna procesa življenja, otrok in mati pa sta neločljiva. Pomemben koncept je partnerstvo z ženskami, ki so obravnavane enakovredno babici. Pomembna je tudi opredelitev, da se fiziološkemu porodu ne določa strogih mej (predvsem v smislu

časovnega normiranja). Model zagovarja stališče, da so medicinski posegi lahko nevarni, če se uporabljajo rutinsko ali zaradi finančnih razlogov, vendar pa vseeno izpostavlja, da je pomembna prepoznava odstopanj od fiziološkega procesa in uporaba medicinskih posegov v primeru upravičenih indikacij.

Davis Floyd (2011) predpostavlja, da je babica vodnik in skrbnik normalnega porodnega procesa, njene spretnosti pa morajo biti uporabljene, da bi porod ostal normalen. Vseeno babici nalaga tudi odgovornost prepoznave komplikacij, za katere je usposobljen ginekolog porodničar. Ginekolog in porodničar, ki deluje po babiškem modelu, deluje spoštljivo in sodeluje z babicami ter skupaj z njimi zagotavlja obravnavo za visoko tvegane nosečnosti in porode. Kot dober primer sodelovanja babic in ginekologov porodničarjev Davis Floyd (2011) navede Nizozemsko, kjer babica v primeru komplikacij žensko usmeri h ginekologu porodničarju. V primeru, da se stanje izboljša, pa jo le-ta usmeri nazaj k babici, saj razume, da so babice usposobljene za normalna stanja, tako kot so oni usposobljeni za obravnavo patologije. WHO (2018) ta pristop integrira v poimenovanje žensko usredičene obravnave med porodom, ki vključuje izogibanje nepotrebnim medicinskim intervencijam, spodbujanje žensk, da se svobodno gibljejo v začetni fazi poroda, omogočanje izbire porodnega položaja, ipd.

Wagner (2008) pove, da je babiška obravnava bistveno drugačna od prakse medicinskih sester in zdravnikov. Predpostavlja, da babice neprekinjeno obravnavajo žensko med porodom v obliki ena babica na eno žensko v odnosu vzajemnega spoštovanja – partnerstva. Davis Floyd (2011) še dodaja, da izvajalci babiškega modela razumejo, da ima porod svoj tek in da se v tem procesu porod lahko začne, ustavi, pospeši ali upočasni, si vzame nekaj ur ali dni odmora. Zdravstveni delavci v tem modelu uporabljajo neinvazivne prijeme usmerjanja porodnega procesa, da ne prekinejo fiziologije, kot so pokončni položaji, uporaba žog, vrvi, akupresura, meditacija in podobno. Vsi ti pripomočki oziroma postopki pripomorejo k zmanjšanju medicinskih intervencij in delujejo kot podpora normalnemu porodu.

Z babiško vodenimi modeli obravnave se povečajo možnosti za boljši porodni izid, zmanjšajo se medicinske intervencije, dvigne se raven zadovoljstva žensk, dvigne se kakovost in varnost obravnave, ne nazadnje pa so zmanjšani stroški obravnave (Pavel, 2016).

Na Norveškem so izvedli raziskavo (Bernitz et al., 2012), v kateri so raziskovali ekonomske vidike porodne obravnave pri ženskah z nizkim tveganjem. Primerjali so babiški in porodniški oddelek iste porodnišnice. Na Norveškem je veliko babiških enot, ki so ločene od običajnih oddelkov ali pa so celo tudi geografsko ločene od običajnih porodnišnic in so vodene le s strani babic. Bolnišnica, ki je bila vključena v raziskavo, ima tri ločene oddelke: Babiški oddelek oziroma »Midwife unit«, kjer imajo približno 600 porodov letno in so ženske deležne minimalnih intervencij. Na enoti, kjer so obravnavane običajno oziroma »Normal unit«, imajo letno 1200 rojstev, na tem oddelku so ženske lahko deležne epiduralne analgezije, sintetičnega oxytocina, instrumentalnega dokončanja poroda. Tretja enota oddelka pa je specialistična oziroma »Special unit«, ki je namenjena ženskam z različnimi patološkimi stanji in kjer jih obravnavajo ginekologi ter porodničarji. Na tej enoti letno rodi približno 1200 žensk. Bernitz in sodelavci (2012) navajajo, da se v primeru kakršnihkoli zapletov lahko takoj spremeni način obravnave in je ženska iz enega oddelka premeščena v drugega. V raziskavi je sodelovalo 1110 žensk z nizkim tveganjem. Večjih razlik pri samem porodu ali v številu komplikacij ni bilo, je pa prihajalo do razlik v deležu uporabe postopkov, kot so epiduralna analgezija in uporaba umetnega oxytocina, katerega so bile največkrat deležne ženske v specialistični enoti. Avtorji navajajo, da naj bi porod na specializiranem oddelku v povprečju stal 1950 €, na babiški enoti pa v poprečju 1672 €. Po navedkih v članku naj bi bil torej babiški model obravnave stroškovno učinkovitejši.

Sandall in sodelavci (2016) so naredili pregled petnajstih študij, ki so vključevale 17 674 žensk in novorojenčkov z nizkim tveganjem in ženske s tveganji za zaplete, ki ob pregledu niso navajale težav in katere so med nosečnostjo in porodom obravnavale babice. Vse študije so vključevale strokovno usposobljene babice, študij, ki so vključevale porod na domu, niso uporabili. Glavne koristi babiške obravnave, glede na zaključke njihovega pregleda študij, so bile, da so ženske, ki so bile deležne kontinuirane babiške obravnave, v manjšem odstotku prejele epiduralno analgezijo, manj je bilo epiziotomij in/ali instrumentalnih porodov. Možnosti, da so ženske rodile spontano vaginalno, so se povečale. Ženske so imele manj prezgodnjih porodov in manjše tveganje za izgubo otroka. Pri pregledu ni bilo ugotovljenih škodljivih učinkov samostojne babiške obravnave za ženske z nizkim rizikom v primerjavi z drugimi modeli (obravnavo babice so primerjali z obravnavo ginekologa porodničarja, osebnim zdravnikom ter z obravnavo, kjer sodelujejo babica, osebni zdravnik in ginekolog porodničar).

Med zanimive raziskave v slovenskem prostoru lahko prav tako uvrstimo primerjalno študijo porodnih izidov pri zdravih porodnicah, ki so jo izvedli Prelec in sodelavci (2014). Raziskava je potekala med majem in avgustom 2013 in vključevala 154 žensk, ki so rodile v samostojni babiški enoti, in 343 žensk, ki so rodile v porodni enoti, ter je potekala v UKC Ljubljana na Kliničnem oddelku za perinatologijo. Ena glavnih hipotez je bila, da bo število porodniških intervencij, kot so epiziotomije, poškodbe tretje in četrte stopnje, krvavitve več kot 500 ml, uporaba transfuzije v primerjavi s kontrolno skupino za 15 % manjša v samostojni babiški enoti. Rezultati so pokazali, da je bil delež negativnih sekundarnih izidov (epiziotomije, raztrganine presredka 3. in 4. stopnje, poporodnih krvavitev in transfuzij) v proučevani skupini 35,7 % in 59,8 % v kontrolni skupini. Razlika med skupinama je torej 24,1 %. Ženske, ki so rodile v samostojni babiški enoti, so imele statistično pomembno več spontanih vaginalnih porodov, manj pospeševanja poroda z umetnim oksitocinom, manjšo uporabo analgetikov, manj operativnih vaginalnih porodov, manj carskih rezov, manjše število epiziotomij, poleg tega pa je bilo ob odpustu iz porodnišnice več otrok polno dojenih. Prelčeva zaključuje, da je bilo v samostojni babiški enoti izvedeno manj medicinskih intervencij, vendar bi za generalizacijo zaključkov te študije bile potrebne še nadaljnje raziskave v več porodniških enotah po Sloveniji z večjim številom udeleženk.

4.3 Medicinska paradigma poroda

Ireland in van Teijlingen (2013) za medicinski model navajata, da je zanj definiranje poroda kot normalnega in varnega možno le retrospektivno. Model zagovarja, da je v izogib komplikacijam potrebno stalno spremljanje in opazovanje odstopanja od normalnega pod nadzorom za to usposobljenega porodničarja.

V medicinskem modelu sta nosečnost in porod prepoznana kot potencialno nevarni stanji oziroma bolezensko stanje, ki ga je potrebno uravnavati z zdravili in medicinskimi intervencijami. Človeško telo je po tem modelu tretirano kot stroj s številnimi pomanjkljivostmi in napakami. Porodna bolečina ni sprejemljiva, zato se jo lajša. Ženska predstavlja oviro v prihodu otroka, katerega zagovornik je porodničar, zato je velikokrat narejen prerez presredka (Gaskin, 2011). V tem pogledu je medikalizacija poroda

razumljena kot nujna, saj korigira potencialne napake telesa, ki bi lahko predstavljale oviro v porodnem procesu.

Medikalizacija je definirana kot proces, preko katerega je vsakodnevno življenje in delovanje spremenjeno v medicinske težave, podrejene medicinskemu nadzoru in definicijam, v katerih so poudarjena tveganja, patologija, terapevtski posegi in potreba po nadzoru (Drglin, 2003). Ginekologi porodničarji ocenjujejo, da je nadzor nad porodom in aktivno vodstvo doprineslo k večji varnosti porodnic in novorojenčkov. Medikalizacija je zmanjšala umrljivost ter obolevnost mater in otrok. Za to so zaslužni rojevanje v porodnišnici, transfuzije, antibiotiki, interdisciplinarno sodelovanje – anesteziologov, neonatologov in drugih strokovnjakov (Novak, 2007).

Wagner (2007) kot enega ključnih obdobij za medikalizacijo poroda označuje obdobje po drugi svetovni vojni, ko je sledil silovit tehnološki vzpon in splošno prepričanje, da lahko s pomočjo tehnologije presegamo in izboljšujemo naravo in njene procese. Brinovec (2016) izpostavi dejstvo, da so učinki medicinskih posegov praktično prisotni v celotnem ženskem reproduktivnem življenju. Kontracepcija, zanositev, nosečnost in porod so postali potencialni objekt medicinskega nadzora. Ženska se obravnava kot pacientka, s tem pa se jo dojema, kot da je bolna. Medicini družbeni in kulturni dejavniki predstavljajo sekundarni pomen (Ule, 2003).

Raziskava (Sonnemans et al., 2016), ki dobro ponazarja mentaliteto medicine o porodu, je bila izvedena v Belgiji. Izvedli so anketo, v kateri je avtorje zanimal osebni pogled ginekologov in porodničarjev na porod z indukcijo in način poroda. Anketo so posredovali 852 ginekologom in porodničarjem, odzvalo se jih je 241, kar predstavlja 28,2 %. Vprašanja so se navezovala nanje oziroma na njihovega partnerja. 39 vprašanih bi si ob normalnem poteku nosečnosti želelo carski rez (16,2 %), kar 134 pa bi se jih odločilo za indukcijo poroda v 41. tednu nosečnosti (66,5 % vprašanih). Za indukcijo v 40. tednu bi se jih odločilo 26 (13 %), za indukcijo dva tedna kasneje, v 42. Tednu, pa 37 (18 %). Najmanj bi se jih za indukcijo odločilo pred 39. tednom – trije (1,5 %). Pri medenični vstavi bi jih 72 vprašanih dalo prednost vaginalnemu porodu, kar 169 pa bi si želelo planiran carski rez. Ob vprašanju, ali bi bili sposobni porajati medenično vstavo pri svojem partnerju, jih je večina odgovorila, da ne, saj se ne čutijo dovolj sposobne za vodenje takšnega poroda. Leta 2013 so v Belgiji zabeležili 93 % otrok v medenični vstavi, rojenih s carskim rezom. Sonnemans in sodelavci (2016) pri slabostih raziskave navajajo slabšo odzivnost in nizek

delež odgovorov ginekologov in porodničarjev, ob tem pa izpostavljajo, da bi bila zanimiva primerjava vzporedne raziskave z babicami.

Premru Sršen in sodelavci (2008) menijo, da je medikalizacija poroda je žensko postavila v podrejen položaj, iz katerega pa bi se ženske v današnjem času rade izvile, vendar pa Prosen (2016) ugotavlja, da so medikalizacijo nosečnosti in poroda v veliki meri dopustile tudi ženske same. Dober primer je carski rez na željo nosečnice. Med zdravstvenimi delavci v Sloveniji je občutiti nasprotja glede carskega reza na željo. Erkić, Premru Sršen in Lučovnik (2014) o tem pišejo v članku za Zdravniški vestnik. V anketi je sodelovalo 159 anketirancev, različnih zdravstvenih strok: babice, pediatri, diplomirane medicinske sestre, specialisti in specializanti ginekologije in porodništva ter študentje babištva, zdravstvene nege in medicine. Rezultati so pokazali, da so babice, študentje babištva in porodničarji manj naklonjeni carskemu rezu brez medicinskih indikacij. V svetu višanje števila carskih rezov velja za resen problem, ob čemer pa je potrebno izpostaviti, da se število urgentnih carskih rezov povečuje počasneje kot število elektivnih carskih rezov (Erkić, Premru Sršen, Lučovnik, 2014). Avtorji članka še navajajo, da je težko verjeti v tolikšen dvig medicinskih indikacij, temveč gre najverjetneje za carske reze na željo nosečnic. Zanimivo je tudi, da je dvig elektivnih carskih rezov zaznati predvsem v ustanovah na sekundarni ravni (Lučovnik et al., 2013). Glede na podatke iz sveta, Slovenija ni izjema. Po navedbah iz članka tudi druge države in mednarodne organizacije ne podajo enotnega stališča o carskem rezu na željo. Ravno tu se namreč prepletata pomembna vidika sodobnega pristopa do pacientov – možnost aktivnega soodločanja in etičnost glede izpostavljanja pacientov agresivnim posegom brez medicinske indikacije. Ob tem ima velik vpliv spoštovanje avtonomije bolnika in njegovih pravic, na drugi strani pa načelo dobronamernosti, neškodovanje in pravičnost. Ob tem pa avtorji (Lučovnik, Mujezinović, Premru Sršen, 2013) poudarijo, da se je potrebno zavedati tveganj, ki jih carski rez doprinese za poporodno zdravje in tudi nadaljnje nosečnosti.

Ireland in van Teijlingen (2013) predstavita vpliv medikalizacije na porod s primerom iz vsakdanjega življenja, ki ga lahko apliciramo na primeru iz prakse – uživanje hrane med porodom. Hranjenje je ena od osnovnih življenjskih aktivnosti. Z vsakim hranjenjem obstaja možnost za zadušitev, ki je sicer pri skoraj vseh ljudeh večino življenja majhna, vendar pa ta možnost še vseeno obstaja. Glede na to, da je možnost za zadušitev majhna, ne zaužijemo vsakega obroka pod budnim očesom zdravnika. Kljub temu da je prisotna

možnost nevarnosti, je ta lahko varno zmanjšana z naravnim prehranjevalnim vedenjem – socialni model. Če bi ljudje jedli vsak obrok s strahom pred zadušitvijo, bi to vodilo v anksiozno vedenje, ki bi lahko dejansko vodilo v zadušitev.

Drglin v intervjuju (Rebernik, 2014) pove, da se je z vstopom medicine na področje nosečnosti in poroda veliko pridobilo pri obravnavi kompliciranih nosečnosti, seveda pa je k izboljšanju zdravja žensk veliko doprineslo tudi izboljšanje splošnih življenjskih pogojev žensk, dostop do osnovne zdravstvene obravnave in bolj aktivna vloga žensk pri odločanju za materinstvo (kontracepcija). Vse skupaj je rezultiralo v upadu smrtnosti ter obolevnosti mater in otrok. Ob tem pa dodaja, da uveljavljene porodne prakse niso zadovoljivo usklajene s sodobnimi znanstvenimi izsledki. Kot podatek za primer navaja, da je leta 2005 osem od desetih žensk rojevalo leže, kar izraža podcenjevanje pomena pokončnih porodnih položajev (Rebernik, 2014).

Bolnišnice so napredovale, posebej v opremljenosti porodnih sob, sprejetih protokolih, po katerih je ženskam s fiziološko nosečnostjo lažje zagotoviti naravni porod (na primer klinična pot za fiziološki porod v Ljubljanski porodnišnici), kljub temu pa vseeno večina institucij porod še vedno obravnava bolj kot potencialno nevaren dogodek, ki zahteva zdravljenje, kot pa del normalnega življenjskega procesa (Harper, 2005). Verjetno zaradi dejstva, da so odgovorne osebe za porodne izide še vedno zdravniki, prevladuje medicinska obravnava porodnic, ki je bolj zaznamovana z intervencijami kot babiška. Ekstremna raba medicinskega modela pri rojstvu s prevelikim poudarjanjem tveganja povzroči čezmerno rabo intervencij, ki imajo lahko negativen vpliv na psihofizično stanje ženske in tvega anksioznost (Ireland, van Teijlingen, 2013). Prosen (2016) med glavne indikatorje medikalizacije uvrsti število oziroma delež indukcij, stimulacij porodov z rabo farmakoloških metod za lajšanje bolečine, epiziotomij, operativnih dokončanj porodov, uporabo zdravil med porodom, rutinskega kontinuiranega spremljanja plodovih srčnih utripov. Wagner (2007) tem pokazateljem doda še ležeč položaj ženske med prvo in drugo porodno dobo, higiensko pripravo na porod (bitje sramnih dlak in klistir).

Pri tem modelu je občutiti hierarhični odnos med porodnico, babico in porodničarjem, kar pri porodnicah povzroča občutje nemoči in odtujenost od porodnega procesa in posledično odtujenost od telesa in otroka (Rožman, 2007). Medtem Kent (2000) predpostavlja, da babice pogosteje podpirajo holistični pristop, kjer je ženska obravnavana kot celotna oseba, razumevajoče, čuteče bitje. Na to, ali bo ženska deležna medicinskega ali babiškega

modela obporodne obravnave, največkrat vpliva več dejavnikov, ki niso nujno povezani le s poklicno skupino.

4.4 So babice predstavnice babiškega in zdravniki predstavniki medicinskega modela?

Ko govorimo o nosečnosti in porodu z vidika babiškega in medicinskega modela, lahko hitro ugotovimo, da modela v praksi oziroma v vsakodnevni rabi nista povsem ločena drug od drugega. Modela se prekrivata in njun princip povzemajo babice, zdravniki in ženske (Kent, 2000). Wagner (2007) ugotavlja, da opaža boj med medikalizacijo in humanizacijo porodne obravnave, ki ima svetovne razsežnosti. Obporodno obravnavo razčleni na tri skupine; prva je zelo medikalizirana in fokusirana na zdravnike (v to skupino je uvrstil Slovenijo), v drugi skupini opisuje humaniziran pristop z močnimi avtonomnimi babicami, za tretjo skupino pa pravi, da je zmes prvih dveh skupin (Tabela 1). Abbott in Meerabeau (1998) opozarjata, da medikalizacija porodnega procesa ni doprinesla le k medicinskemu nadzoru nad porodom, temveč tudi drugačno razmišljanje babic (sploh tistih, ki delajo v bolnišnicah), ki se vse pogosteje identificirajo z medicinsko paradigmo in medicinskim znanjem.

Nahtigal (2014) je opravila raziskavo o pogledu slovenskih babic na babiški porod, pri čemer je ugotovila, da je večina babic mnenja, da je dovolj dokazov o varnosti babiškega poroda, vendar pa je bila približno polovica skeptična glede babiškega poroda zaradi tveganj za zaplete. Zanimivo je, da so bile vprašane babice mnenja, da so dovolj kompetentne za delo v tako imenovanih babiških enotah, vendar se tam ne vidijo v smislu osebnostnega in poklicnega razvoja. Novak (2007) za to navaja razlog, da si veliko babic z visokošolsko izobrazbo večinoma ne želi prevzemati popolne odgovornosti. Novakova ob tem še doda, da v Sloveniji babice večino porodov pri ženskah, ki so zdrave in brez zapletov, vodijo skupaj z zdravniki, ki prevzemajo vso odgovornost. Rezultati raziskave Nahtigal (2014) nam to delno potrjujejo.

Tabela 3: Opredelitev normalnega poroda različnih poklicnih skupin (Wagner, 1994 citirano po Prosen, 2016, str. 153)

Poklic	Opredelitev
porodničar	Normalni porod je brez patoloških odstopanj in brez medicinskih posegov.
epidemiolog	Normalni porod je naraven, vendar težko merljiv skozi proces medikalizacije.
psiholog	Porod je povezan z življenjskim ciklusom ženske in njen prehod v materinstvo podpira njen razvoj v popolno ženstvenost.
antropolog	Vpliv zahodne družbe spreminja porod v patološko dogajanje.
sociolog	Porod ne uvrščamo v normalen proces, ampak družben, v katerem na izid poroda vpliva ženska sama in njeno okolje.
babica	Normalen porod je, ko ga ženska sama doživlja kot normalnega in se ujema z njeno predstavo o njem.

Babice, ki delajo v bolnišnici oziroma porodnišnici, morajo med porodom slediti bolnišnični ureditvi, ki največkrat vključuje obvezno uporabo intravenozne infuzije in kardioklografa, prepoved pitja in hranjenja ter upoštevanja časovne omejitve glede prve in druge porodne dobe (Wagner, 2008). Kar lahko vodi v konflikt med vrednotami babištva in zahtevami, ki jih babicam nalaga zaposlitvena institucija.

Davis Floyd (2011) navaja, da je veliko babic, ki so izurjene po medicinskem modelu. Na drugi strani pa so ginekologi in porodničarji, ki delujejo po principih babiškega modela. Pavel (2016) v prispevku Izbrani aspekti kakovosti in varnosti v babištvu opredeli željo babic, da porodnice zaščitijo s svojim znanjem pred nepotrebnimi intervencijami, vendar pa ob tem izpostavi pomanjkanje zaposlovanja in njihovo preobremenjenost. Ključna oseba fiziološko potekajočega poroda je babica. Babice v slovenskih porodnišnicah delujejo pod nadzorom zdravnika, tako da babiška obravnava ni nujno pot do manj medikaliziranega poroda. Sicer je dokazano, da so porodi, ki se dogajajo v porodnišnicah in vključujejo babice, manj medikalizirani (Rožman, 2007), vendar pa nekateri trdijo, da babica nikoli ne more biti avtonomna v bolnišnici, kjer velja stroga hierarhična ureditev z dominacijo medicine (Mivšek, 2012).

Lavrič (2015) v svoji knjigi *Porodništvo* navede, da ne zagovarja samostojnih porodnišnic, ki bi jih vodile babice, ker nimajo tehničnih možnosti in strokovnega znanja, da bi bile zmožne hitrega ukrepanja ob nepričakovanih zapletih. Mnenje je, da je varno okolje za porod tako, kjer je možno brez odlašanj opraviti operacijski poseg; torej le porodnišnice oziroma babiški oddelki v porodnišnici, ki po njegovem mnenju predstavljajo dobro nadomestilo porodov doma in samostojnih babiških enot. Njegovo stališče jasno odraža medicinsko percepcijo na porod.

Zanimivo dejstvo, ki ga je navedel Wagner (2007) v prispevku za *Rojstno mašinerijo*, je opazka, da v Sloveniji ni čutiti dovolj aktivnosti združene močne avtonomne babiške organizacije ter združenja žensk, ki bi bile osredotočene na spreminjanje obporodne obravnave. Iz celotnega njegovega zapisa se da razbrati, da meni, da je odgovornost in iniciativa za oblikovanje žensko usrediščene porodne obravnave prav na ženskah.

Primer dobre prakse v sodelovanju med zdravniki, babicami in ženskami v porodnišnicah je primer Splošne bolnišnice Jesenice, kjer zdravniki in babice skupaj oblikujejo smernice, katerim sledijo. Macun in Frelih Fabjan (2016) sta predstavili potek tretje porodne dobe v Splošni bolnišnici Jesenice, pri čemer sta posredovali protokole, ki so dogovor med babicami in porodničarji njihovega oddelka, ob tem pa Macun in Zupan (2014) dodata, da je njihova porodna obravnava postala osredotočena na porodnico, otroka in družino ter ne na postopke, ki bi jih morali opraviti. Cimermančič (2017) razloži, da si tudi v Splošni bolnišnici Novo mesto želijo babiško stroko razvijati na več nivojih. Na novo si želijo oblikovati in vpeljati babiški model rojevanja. Opazili so, da ženske želijo individualno, celovito in kontinuirano babiško obravnavo.

Jones (2009) v poglavju knjige *Birth models that work* opisuje sodelovanje med porodničarjem, babico in doulo. V obporodni obravnavi je Brazilija znana predvsem po velikem deležu carskih rezov. Jones je razvil štiri postavke, s katerimi je moč zmanjšati število carskih rezov. Ti so:

1. O vsaki indikaciji za carski rez se posvetuj s sodelavcem.
2. Ženske je potrebno opogumiti za pokončne položaje pri rojevanju.
3. Uporabniki zdravstvenih storitev imajo pravico soodločanja.
4. Obravnava mora biti temelječa na dokazih.

V poglavju je zapisal tudi pet korakov, ki bi pripomogli k humanizaciji poroda, pri katerem nudi obporodno obravnavo porodničar:

1. Primerno okolje (varovanje zasebnosti in intime).
2. Čustvena podpora (stalna prisotnost moža, pomoč pri soočanju s strahom).
3. Previdna raba zdravil med porodom.
4. Uporaba pokončnih položajev.
5. Omejitev intervencij in manevrov med porodom.

Primerjal je rezultate iz obdobja od leta 1980 do leta 1990 ter od 1990 do 1998. Število carskih rezov se je znižalo s 23,9 % na 15,7 %. Fetalnega distresa je bilo manj za 3,2 %, v obdobju osmih let ga je bilo 1,2 %. Eden najbolj vidnih padcev pa je bil v deležu epiziotomij. Z 72,5 % je odstotek prereza presredka padel na 24,7 %, posledično pa ni bilo opaziti večjega števila raztrganin presredka.

Razvidno je torej, da babice niso vedno predstavnice babiške filozofije in da niso vsi ginekologi porodničarji zagovorniki medicinskega pristopa. Walsh (2012) izpostavi dve pomembni dejstvi, ki bi se ju morali držati zdravniki in prav tako babice:

- ne posegaj v fiziologijo, razen v primeru, ko je intervencija v danem trenutku boljša opcija kot naravni potek dogodkov;
- zagotovljeno mora biti, da intervencija nima stranskih učinkov, ki bi presegli njene prednosti.

4.5 Kjer se oblikujejo stališča in odnos do modelov - študentje babištva in medicine

Pripadnost poklicni skupini in profesionalna socializacija, kjer se prevzemajo tudi stališča, so del skritega kurikulumu profesionalnega izobraževanja (Mivšek, 2012). Tudi Wagner (2008) ugotavlja, da eden od vzrokov za razlike med babiškim in medicinskim modelom tiči v samem izobraževanju, ki so ga deležni študentje obeh smeri. Znanje o fiziologiji in patologiji je pomembno za izvajanje varne prakse (Kirkham, 1998) tako babic kot zdravnikov, vseeno pa Drglin (2003) poudari osnovni princip izobraževanja babic, ki naj bi bil vodenje normalnega poroda od vodenja poroda z zapleti, za katerega je odgovoren zdravnik. Drglin (2003) piše o pomembnem kvalitetnem izobraževanju študentov babištva.

Bodoče babice bi morale strokovno izobraziti, da bi bile same sposobne voditi nezapleteno nosečnost, porod in poporodno obdobje, pri tem pa bi znale presoditi, kdaj je potrebna pomoč ginekologa oziroma porodničarja.

Splošna priporočila pri izobraževanju študentov medicine vključujejo, ne glede na področje, na katerega se bo študent v prihodnje usmeril, tudi opazovanje fiziologije poroda (O'Driscoll, 2004). O'Driscoll je tudi mnenja, da bi študentje medicine morali biti izpostavljeni enaki obravnavi kot študentje babištva. Gaskin (2011) dodaja, da je dober primer izobraževanja bodočih ginekologov in porodničarjev na Nizozemskem. Bodoči ginekologi in porodničarji se pred svojim običajnim usposabljanjem, pri čemer je v ospredju patologija, udeležijo normalnih porodov skupaj z babico. Na ta način so bodoči zdravniki seznanjeni z normalnim potekom poroda in rojstva z vsemi njegovimi različicami. Učinek tega sistema je tudi spoznanje, kakšen pozitiven učinek ima naravni proces, ko ni moten in v prostoru vlada mirna atmosfera. Rezultat takšnega usposabljanja je ginekolog oziroma porodničar, ki razume, kdaj so intervencije nepotrebne, in razume, da bo kompetentna babica sama prepoznala, kdaj je njegovo posredovanje zares potrebno.

Schnid (2011) kot eno glavnih preprek na poti k spremembam prav tako navede izobraževanje. Predvsem kritičen je glede izobraževanja babic. Meni, da dokler se bo babice izobraževalo v medicinskem kontekstu in bodo babice v takem okolju tudi delale, ženske ne bodo obravnavane kot dovolj zdrave za normalen porod. Ženske potrebujejo empatijo, podporo v fiziologiji, informiranost in zagovorništvo s strani babic. Tudi Gaskin (2007) je med pomembne zamisli, ki bi učinkovito vplivale na bolj humanistično obporodno obravnavo, vključila skupno izobraževanje študentov babištva in medicine. V študij bodočih ginekologov in porodničarjev bi vključila predavanje babic, ki bi jih poučile o normalnem porodu, preden bi bili izpostavljeni patološkimi stanjem. Izrazi tudi potrebe po različnih načinih izobraževanja in prakticiranja babištva. Izpostavlja tudi prenašanje znanja o vaginalnem porodu otroka v medenični vstavi na nove generacije babic in porodničarjev, saj trenutno trendi vodijo v rutinsko dokončanje nosečnosti s plodom v medenični vstavi s carskim rezom. Podobno bi lahko trend višanja carskih rezov omejili tudi s prenosom drugih babiških spretnosti na nove generacije zdravstvenih strokovnjakov, ki se ukvarjajo s porodom (na primer reševanje distocije ramen med porodom in podobno).

5 RAZPRAVA

Mnenja strokovnjakov o tem, kdaj je porod fiziološki/naravni/normalni/babiški/spontani, so v svetu deljena in nejasno opredeljena. Porod ni le del biološkega reproduktivnega procesa človeštva, temveč izraža odnos družbe do matere, ploda in žensk na splošno (Prosen, 2016). Gaskin (2011) izpostavi prepoznavanje ginekologa porodničarja, ki razume, kdaj so intervencije nepotrebne, in razume, da bo kompetentna babica sama prepoznala, kdaj je njegovo posredovanje zares potrebno; Davis Floyd (2011) s tem babici nalaga tudi odgovornost prepoznave komplikacij, za katere je usposobljen ginekolog porodničar, kompetentna babica pa jih je samostojno zmožna prepoznati. Premru Sršen in sodelavci (2008) pa ob tem opozarjajo na obravnavona, katero se ob dobrih rezultatih na neonatalnem in maternalnem področju pozabi – vidik matere na njeno intimno zadovoljstvo, udobje in samo doživljanje otroka. Obravnava, katere je ženska deležna med porodom, jo zaznamuje za celotno življenje na fizičnem kot psihičnem področju.

Namen diplomskega dela je bil pojasnitev definicije fiziološkega poroda, pojasnitev dveh glavnih obporodnih modelov obravnave v svetu, ter predstavitev babiškega in medicinskega pogleda na fiziološki porod.

5.1 Modeli obporodne obravnave

Obporodna modela, ki sta v svetu najbolj prepoznana sta socialni in biomedicinski model (Walsh, 2012). Ireland in van Teijlingen (2013) socialni model poimenujeta babiški model, saj je bližji ideologiji babic ter biomedicinski model kot medicinski, saj je ta bližje zdravnikom. Učinki medicinskih posegov praktično prisotni v celotnem ženskem reproduktivnem življenju. Kontracepcija, zanositev, nosečnost in porod so postali potencialni objekt medicinskega nadzora (Brinovec, 2016). Ginekologi porodničarji ocenjujejo, da je nadzor nad porodom in aktivno vodstvo doprineslo k večji varnosti porodnic in novorojenčkov. Vpliv medikalizacije je zmanjšal umrljivost ter obolevnost mater in otrok (Novak, 2007).

Babica naj bi bila zadolžena za porod, ki poteka fiziološko, porodničar ginekolog pa posreduje v primeru patološkega procesa poroda. Rožman (2007) pravi, da babice vedo, da je med fiziološkim in patološkim tanka meja, ob tem pa dodaja, da je jasno, da patološka

stanja rešuje porodničar, saj ima za to primerno znanje. Rožman (2007) izpostavi tudi pomembno dilemo – kaj sploh je normalno in kaj patološko, saj se po različnih porodnih praksah tudi opredelitev, kaj je normalno in kaj patološko, spreminja. Potemtakem normalen porod vedno ne definira tudi naravnega poroda. Povezava med naravnim, normalnim in humaniziranim porodom naj bi bilo namreč čim večje doseganje fiziologije poroda. Wagner (2007) pojasni, da se v perinatalni obravnavi v zadnjem obdobju pojavlja izraz humanizacija poroda, ki postavi žensko v središče dogajanja in sprejemanja odločitev. Občutnejši premiki v to smer so se zgodili v osemdesetih in devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Novak (2007) je mnenja, da se je humanizacija poroda, čeprav takrat še ne poznana pod tem imenom, pričela že dolgo nazaj, saj so babice porod vodile tako, da je bila ženska center dogajanja, ženska pa je imela ob tem možnost sodelovanja in odločanja, s tem pa je pridobila občutek nadzora ter posledično občutek zadovoljstva. V knjigi *Rojstna mašinerija* Wagner (2007) ob tem opozori na pomembno dejstvo – da je avtonomija žensk povezana z avtonomijo babic. V primeru, da ženske določene države nimajo svobode odločanja o porodu, tudi babice ne bodo avtonomne in obratno: v državah kjer babice ne delujejo samostojno, je veliko težje doseči avtonomijo žensk. Nova Zelandija je lahko primer dobre prakse, kjer so se ženske množično uprle ukinitvi babiške obravnave. Ženske so se zdale, da bi ostale brez dobro izobraženih in samostojnih babic, saj bi s tem tudi izgubile pravico do poroda kot naravnega procesa, pri katerem imajo tudi same kontrolo nad dogajanjem in možnost odločanja. Ob tem moramo vedeti, da je Nova Zelandija v svetu prepoznana kot država, ki ima močan interes v pravicah žensk, in je tudi prva država na svetu, ki je ženskam dodelila volilno pravico (Pairman, Guilliand, 2010). Vendar se vseeno lahko vprašamo, ali je tako množičen odziv babic in žensk možen tudi pri nas?

Zakšek (2008) je mnenja, da imajo slovenske babice dovolj znanja in prav tako pravno podporo, ki omogoča samostojno in avtonomno delovanje, vendar zaenkrat tega še ne prakticirajo. Potrebna bi bila poglobljena raziskava zakaj ne. Ob vsem tem pa se poraja tudi vprašanje, ali si ženske v našem prostoru sploh želijo babiške obravnave? Babice lahko zagotovijo dokaze, da podprejo prednosti normalnega poroda, vendar pa moramo upoštevati tudi faktorje, ki vplivajo na odločitve žensk. Ti faktorji so: kultura, socialno-ekonomske težave in sistem zdravstvenega varstva, pomanjkanje informacij o prednostih fiziološkega poroda, strah pred njim, nezmožnost zaupanja lastni sposobnosti za rojstvo (Rožman, 2007).

5.2 Definiranje obporodnega modela glede na zdravstvenega delavca, ki ga izvaja

V preteklosti in danes so babice del socialne skupine, ki so jo obravnavale. Babice so nekdanje ženske, za katero so skrbele, povezane tudi v drugih segmentih življenja (Abbott, Meerabeau, 1998). Danes pa taka kontinuiteta ni več običajna, oziroma je v razvitem svetu zelo redka.

Davis Floyd (2011) navaja, da je v sedanjem času veliko babic, ki so izurjene po medicinskem modelu. Na drugi strani pa so ginekologi in porodničarji, ki delujejo po principih babiškega modela. Tudi Kent (2000) predpostavlja, da modela obporodne obravnave v realnem življenju nista povsem ločena, temveč se prepletata, koncepte obeh pa povzemajo tako babice, zdravniki kot tudi ženske same. Že sam odnos do babištva v svetu je zelo različen – v Veliki Britaniji so babice podprte, da vodijo normalne porode, v Združenih državah Amerike, v zasebnem sektorju pa je slika ravno obratna (Ireland, van Teijlingen, 2013). Wagner (2008) opozari na pojav nasprotja vrednot babištva in zahtevami ustanov kjer so babice zaposlene. V slovenskih porodnišnicah babice delujejo pod nadzorom zdravnika, tako da babiška obravnava ni nujno pot do manj medikaliziranega poroda, kljub temu pa Rožman (2007) trdi, da so porodi, ki se dogajajo v porodnišnicah in vključujejo babice, manj medikalizirani. Vendar pa je jasno, da babica nikoli ne more biti povsem avtonomna v bolnišnici, kjer velja stroga hierarhična ureditev z dominacijo medicine (Mivšek, 2012). Pavel (2014) izrazi potrebo po spremembi rutinskih praks, ki so zastarele, s tem, da bi babice uporabile lastno babiško znanje. Franc (2014) nasprotuje mnenju, da so predstavniki zdravniške stroke ovira za spremembe v babištvu, vendar na to mesto postavi babice same. Prosen (2016) potrjuje, da medicina že dolgo ni več gonilo medikalizacije, temveč to vlogo nosijo vplivi biomedicine in farmacevtska industrija.

Spremembe pri obravnavi žensk v obporodni obravnavi si med drugimi želijo tudi Drglin, Šimnovec in Premru-Sršen (Blatnik Kozorog, 2010), ki so bile intervjuvane za Multimedijški portal Radiotelevizije Slovenije. Intervjuvanke imajo skupno stališče, da je v Sloveniji potrebna sprememba v perinatalni obravnavi, ob tem pa se vse strinjajo, da bi bila ena od možnih rešitev v izobraževanju in večji avtonomiji babic (Blatnik Kozorog, 2010). Več avtorjev Gaskin (2007), Wagner (2007), Skoberne in Mivšek (2003) ima prav tako željo po preoblikovanju študijskih programov. Že ena od problematik v predmetniku

za izobraževanje babic je večje število predmetov, ki jih ne poučujejo babice, vendar drugi strokovnjaki, ki pa predavanih tem navadno ne prilagodijo bodočim babicam. Babištvo sicer sledi smernicam drugih ved in sega po vse višji izobrazbi, da bi zopet doseglo avtonomijo, vendar pa ob tem ne sme izgubiti občutka za intuicijo in stik z njenim glavnim virom – naravo. Kljub napredku vede je potrebno spoštovati tudi tradicijo in znanje naših predhodnic (Skoberne, Mivšek, 2003).

Babištvo v slovenskem prostoru za spremembe potrebuje izvajalce babiške obravnave v kliničnem okolju, prav tako pa tudi vključevanje v politične akcije. Babice bi se morale potegovati za mesta na Ministrstvu za zdravje, Zbornici zdravstvene in babiške nege ter proaktivno sodelovati pri uveljavljanju lastne profesije. Pomembno vlogo pri vpeljavi babiške obravnave bi odigrale tudi zavarovalnice – kot so v študiji avtorji Bernitz, Aas, Øian (2012) ugotovili, je babiška obravnava cenejša za zdravstveni sistem. Aktivne bi morale biti pri promociji svojega poklica med laiki. Schnid (2011) vidi velik izziv v promoviranju normalnega poroda v tehnološkem svetu. Nezdrav življenjski slog, tehnologija, medicina, zdravila, virtualni svet, procesirana hrana so del našega običajnega vsakdana.

Predvsem pa bi se babice pri svojem delu morale držati glavnega bistva babiškega modela – partnerski odnos z uporabnicami, saj imajo prav one ključni pomen pri vzpostavitvi takšne obravnave.

6 ZAKLJUČEK

Fiziološki porod ima več definicij, konsenza o enotni terminologiji tudi med zdravstvenimi strokovnjaki še ni.

Prisotni pri porodu brez komplikacij bi morali stremeti k minimalnemu vpletanju v dinamični proces fiziologije porodnega procesa. Glede na to, da strokovne organizacije babice smatrajo za promotorko fiziologije perinatalnega obdobja, bi kompetence in odgovornost za nekomplikirano nosečnost in naraven/fiziološki porod in puerperij pripadale njim. Glavne značilnosti babiškega modela so holistična, individualna in kontinuirana obravnava. Izvajalci babiškega modela podpirajo fiziologijo poroda in poskušajo čim manj posegati v proces rojevanja. Spodbuja se sodelovanje med zdravstvenimi strokovnjaki in žensko. Značilnosti medicinskega modela največkrat izražajo obravnavo, ki se osredotoča na potencialna patološka stanja, pri katerem se le preko procesa nadziranja in aktivnega vodstva s pomočjo tehnologije lahko pride do pozitivnih izidov. Babiški in medicinski model se v praksi večkrat prepletata. Njuno poimenovanje ne opredeljuje vedno tudi poklicne skupine (Davis Floyd, 2011); niso vse babice pripadnice babiške filozofije in so nekateri porodničarji, ki so v svojem pogledu na nosečnost in porod zelo babiški.

V prihodnje bi bilo zanimivo izvesti študijo, v katero bi bili vključeni zaposleni v zdravstvu, ki delajo na perinatalnem področju, in študentje, ki vstopajo na to pot (babištvo, medicina, zdravstvena nega). Raziskati bi bilo potrebno njihov odnos do fiziološkega poroda. Ker gre za raziskavo stališč, bi bila verjetno primernejša kvalitativna metodologija z uporabo individualnih ali skupinskih polstrukturiranih intervjujev.

7 LITERATURA IN VIRI

Abbott P, Meerabeau L (1998). Professionals, Professionalization and the Caring Professions. In: Abbott P, Meerabeau L, eds. *The Sociology of the Caring Professions*. 2. Izdaja. London; New York: Routledge. 1–19.

Bernitz S, Aas E, Øian P (2012). Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led unit a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. *Midwifery* 28 (5); 591–9.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.001>.

Dostopno na: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00101-5/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00101-5/fulltext) <20.6.2018>.

Blatnik Kozorog T (2010). Porod: Ni bistveno, kje se zgodi, pomembno je, da je varen.

Dostopno na: <https://www.rtv slo.si/zdravje/novice/porod-ni-bistveno-kje-se-zgodi-pomembno-je-da-je-varen/235982> <20.5.2018>.

Brinovec N (2016). Medijska reprezentacija poroda na domu. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 13–4.

Dostopno: <http://dk.fdv.uni-lj.si/dela/brinovec-nina.PDF> <15.3.2018>.

Cimermančič J (2017). Poslanstvo in vizija babištva v Splošni bolnišnici Novo mesto. In: Prelec A, ur. *Izzivi v ginekologiji porodništvu*, Otočec, Slovenija 7.4.2017. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, 5–11.

Davis Floyd R (2011). Which models of care effectively promote normality? In: Donna S., ed. *Promoting Normal Birth: Research, Reflections and Guidelines*. Chester, Velika Britanija: Fresh Heart Publishing, 55–67.

Drglin Z (2003). Prikaz in analiza običajnega poroda v porodnišnici: ritual, avtoritarna vednost ali izraz oblasti. In: Drglin Z, ur. *Rojstna hiša: kulturna anatomija poroda*.

Ljubljana: Delta, 23, 363, 369.

Erkić N, Premru Sršen T, Lučovnik M (2014). Odnos slovenskih zdravstvenih delavcev na področju perinatologije do crskega reza na zahtevo. Dostopno na:

<https://vestnik.szdz.si/index.php/ZdravVest/article/view/1008/99> <10.9.2018>.

Franc R (2014). Skrb za presredek med nosečnostjo in porodom. In: Čeh A, ed. Moč za spremembe v praksi – sodobni pristopi v skrbi za ženske in otroke, Zreče, Slovenija 4. april 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, 44–57.

Gaskin IM (2007). Modrost rojevanja: porodni vodnik vodilne svetovne babice. Ljubljana: Sanje, 143–60.

Gaskin IM (2011). A Brief Look at the History of Midwives and Medical Men. Birth Matters: A Midwife's Manifesta. New York: Seven Stories Press, 63–101.

George A (2014). Natural birth definition 'needs to be expanded'. Dostopno na:

<https://www.figo.org/news/natural-birth-definition-needs-be-expanded-0014751>

<21.4.2018>.

Harper B (2005). The Medicalization of Childbirth. Gentle Birth Choices. Rochester: Healing Arts, 31–8.

ICM (2014). Keeping Birth Normal.

Dostopno na:

https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/Reviewed%20PS%20in%202014/PS2008_007%20V2014%20Keeping%20Birth%20Normal%20ENG.pdf <15.5.2018>.

Ireland J, van Teijlingen E (2013). Normal birth: social-medical model. Dostopno na:

<http://europepmc.org/abstract/med/24386703> <20.4.2018>.

Joint Policy Statement on Normal Childbirth (2008). J Obstet Gynaecol Can 2008; 30(12): 1163–5.

Dostopno na: <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui221PS0812.pdf>

<6.11.2018>.

Jones R H (2009). Teamwork: An Obstetrician, a Midwife, and a Doula in Brazil. In: Davis-Floyd R, ed. Birth Models That Work, Berkley, United States: University of California Press, 271–304.

Kent J (2000). Who knows best? Competing approaches to childbirth. Social perspectives on pregnancy and childbirth for midwives, nurses and the caring professions. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 13–44.

Kirkham M (1998). Professionalization: Dilemmas for Midwifery In: Abbott P, Meerabeau, eds. The Sociology of the Caring Professions. 2. Izdaja. London; New York: Routledge, 123–56.

Lavrič M (2015). Porod. In: Lavrič M, ur. Porodništvo. Celje: Visoka zdravstvena šola, 102–4.

Lučovnik M, Mujezinović F, Premru Sršen T (2013). Elektivni carski rez na željo nosečnice: za in proti. In: Meden Vrtovec H, Lukanović A, ur. 5. Kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije, junij 2013. Ljubljana: Medicinski razgledi, 49–59.

Lupton D (2007). Feminism in medicine. Medicine as Culture. 2. Izdaja. London: Sage Publications, 142–172.

Macun E, Frelih Fabjan A (2016). Ali fiziološki porod res obstaja? In: Premru Sršen T, Mujezinović F, Kavšek G, ur. Carski rez; Pojasnilna dolžnost in pravni problemi v perinatologiji in neonatologiji, Postojna, Slovenija, junij.2016. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD, 115–27.

Macun E, Zupan K (2014). Spremembe porodniške prakse v Splošni bolnišnici Jesenice in rezultati. In: Čeh A, ed. Moč za spremembe v praksi – sodobni pristopi v skrbi za ženske in otroke, Zreče, Slovenija 4. april 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, 36–43.

Mivšek AP (2012). Proces profesionalizacije babištva v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 61–66, 191–202.

Dostopno na: http://dk.fdv.uni-lj.si/doktorska_dela/pdfs/dr_mivsek-ana-polona.PDF

Nahtigal R (2014). Pogled slovenskih babic na nekatere aspekte babiškega poroda. In: Čeh A, ed. Moč za spremembe v praksi – sodobni pristopi v skrbi za ženske in otroke, Zreče, Slovenija 4. april 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, 18–35.

Novak Ž (2007). Pričakovanja in možnosti v nosečnosti. In: Drglin Z, ur. Rojstna mašinerija: Sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem. Koper: Založba Annales, 175–89.

O' Driscoll K, Meagher D, Robson M (2004). Role of Doctor. Active Management of Labour. 4. izdaja. London: Mosby, 97–100.

Page L (2011). Giving normal birth the best chance. In: Donna S, ed. Promoting Normal Birth: Research, Reflections and Guidelines. Chester, Velika Britanija: Fresh Heart Publishing, 240–9.

Pairman S, Guilliand K (2010). Reinstating Midwifery autonomy. Women's Business: The story of the New Zealand College of Midwives 1986 – 2010. Christchurch: College of Midwives, 25–64.

Pajntar M, Lučovnik M (2015). Normalni porod. In: Pajntar M, Novak Antolič Ž, Lučovnik M, eds. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Medicinski razgledi, 210–23.

Pavel N (2014). 5P-jev v porodni sobi za lepšo porodno izkušnjo. In: Čeh A, ur. Reševanje izzivov v skrbi za zdravje žensk, otrok in družin, Maribor, Slovenija november 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, 42–53.

Pavel N (2016). Izbrani aspekti kakovosti in varnosti v babištvu. In: Petročnik P, Jug Došler A, ed. Babištvo v mednarodnem prostoru: izzivi in vizije prihodnosti, 6. maj 2016. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. Dostopno na: <http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/Zalozba/Babistvo.pdf>. <15.3.2018>.

Prelec A, Verdenik I, Poat A (2014). Primerjava pojavnosti medicinskih intervencij in porodnih izidov pri nizkorizičnih prvorodnicah v samostojni babiški enoti in rodni enoti. *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (3); 166–67.

Premru Srešen T, Matko Cerar V, Prelec A, Drolc T. (2008). Alternativni porod. Babiški porod. In: Tekáč I, ed. *80 let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, 375–89.

Prosen M (2016). Medikalizacija nosečnosti in poroda kot družbena konstrukcija.

Doktorska disertacija. Maribor: Filozofska fakulteta, 151–70.

Dostopno na: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=91169>.

Raynor M, England C (2010). The birth environment. In: Maureen R, England C, eds. *Psychology for Midwives: Pregnancy, Childbirth and Puerperium*. Milton Keynes: Open University Press, 102–20.

Rebernik A (2014). Pomembno je kako (se) rodimo.

Dostopno na: <https://siol.net/trendi/zdravo-zivljenje/pomembno-je-kako-se-rodimo-257305?image=2>. <15.3.2018>.

Rožman I (2007). Babiška porodna strategija: etnološka študija primera porodne prakse v novomeški porodnišnici. In: Drglin Z, ur. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Založba Annales, 157–72.

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Library*.

doi: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5>.

Dostopno na: <http://cochranelibrarywiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full> <5.5.2018>.

Schnid V (2011). The need to reconceptualise birth and harmonise the technological and biological models. In: Donna S, ed. *Prompting Normal Birth: Research, Reflections and Guidelines*. Chester, Velika Britanija: Fresh Heart Publishing, 139–49.

Skoberne M, Mivšek AP (2003). Izobraževanje babic v Evropski uniji, evropske in svetovne težnje za kakovost v babištvo.

Dostopno na: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-Z10PD28Z/fd218654-695a-44f4-89e2-489c5c663ea8/PDF> <14.5.2018>.

Sonnemans H, Schmid A, Muys J, Jacquemyn Y (2016). Flemish obstetricians' personal preference regarding induction of labor and mode of delivery in term births.

doi: 10.12891/ceog3404.2016

Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29944224> <10.9.2018>.

Steblovnik L, Premru Sršen T (2012). Propedeutika poroda. In: Kobal B, ur. Izbrana poglavja iz ginekološke in perinatološke propedeutike. Ljubljana: Medicinski razgledi, 132.

Triplat M (2010). Odnos porodnica-partner-babica. In: Čeh A, ed. Zdravje žensk in babištvo, Kranj, Slovenija 19. Marec. Ljubljana: Zornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 34–44.

Ule M (2003). Družbena konstrukcija bolezni in zdravja. In: Ule M, ed. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej, 13–52.

Wagner M (2007). Evolucija k žensko osrediščeni obporodni skrbi. In: Drglin Z, eds. Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na slovenskem. Koper: Univerza na Primorskem, znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annale: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, 17–30.

Wagner M (2008). Moj porodni načrt. Ljubljana: Sanje, 70–94.

Walsh D (2012). Knowledge, evidence and skills for normal birth. Evidence and Skills for Normal Labour and Birth: A guide for midwives. 2ed ed. New York: Routledge, 1–12.

WHO (2018). A “good birth” goes beyond having a healthy baby. Dostopno na: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2018/having-a-healthy-baby/en/> <22.5.2018>.

Zakšek T (2008). Vizija babištva v Sloveniji. In: tekač I, ed. 80 let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, 581–9.