

Porodničarsko nasilje: kulturološki i povijesni uzroci nasilja pri hospitaliziranom porodu

Bezjak, Petra

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:558735>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences - FHSSRI Repository](#)



FILOZOFSKI FAKULTET SVEUČILIŠTA U RIJECI

Odsjek za kulturalne studije

Petra Bezjak

Porodničarsko nasilje:

Kulturološki i povijesni uzroci nasilja pri hospitaliziranom porodu

Mentorica: dr. sc. Brigita Miloš

Rijeka, 31.8.2017.

Kazalo

1. UVOD	3
2. POLAZIŠTA	6
2.1. Što je nasilje pri porodu?	6
2.2. Važnost emocija u znanstvenom istraživanju	14
3. ŽENSKO TIJELO U PATRIJARHATU	16
3.1. Tijelo koje rađa	20
4. BIOMEDICINA I KARTEZIJSKI MODEL UTJELOVLJENJA	23
4.1. Patologizacija ženskih tijela	26
4.2. Profesionalizacija medicine i borba za legitimnim znanjem	28
5. KAPITALIZAM, TIJELO I TEHNOLOGIJA	31
6. ZAKLJUČAK	36
7. LITERATURA	38
8. IZVORI, PRILOZI	41

SAŽETAK

U radu se izlažu i propituju kulturološki i povijesni uzroci nasilja nad ženama pri hospitaliziranom porodu. Nakon pobližeg definiranja termina koji svoje temelje pronalazi u traumatičnim iskustvima žena te obrazloženja feminističke perspektive samog rada, nastoji se razložiti glavne okosnice širih društvenih, političkih, kulturoloških i filozofskih kretanja u kojima možemo potražiti uzroke ovog nasilja. Rad se fokusira na tri isprepletana sistema zapadne kulture: patrijarhat, biomedicinu i kapitalizam te razmatra različite ili preklapajuće paradigme ženskog tijela i diskurse o tijelu koje ovi sistemi kroz povijest proizvode, a koji su mogli utjecati na formiranje štetnih praksi u suvremenom hospitaliziranom porodu.

Ključne riječi:

porod, nasilje, žensko tijelo, patrijarhat

1. UVOD

Porodničarsko ili opstetričko nasilje termin je izrastao iz *grassroots*¹ aktivizma zemalja južne Amerike, proširivši se posljednjih nekoliko desetljeća diljem svijeta kako bi se njime ukazalo na traumatična iskustva hospitaliziranog poroda koja mnoge žene izvještavaju, te kako bi udruge za zaštitu reproduktivnih prava žena stavile pod zajednički nazivnik i započele konceptualizirati ono što su doživjele kao zlostavljanje unutar zdravstvenog sustava pri porodu.

Venezuela je 2007. godine postala prva zemlja koja je definirala koncept porodničarskog nasilja službeno, u *Organskom zakonu o pravima žena na život slobodan od nasilja*, gdje je ono klasificirano kao jedno od 19 vrsti kažnjivih oblika nasilja nad ženama. U članku 15, porodničarsko je nasilje opisano kao:

“Aproprijacija ženskog tijela i reproduktivnih procesa od strane zdravstvenog osoblja, koja se ispoljava kroz dehumanizirajući tretman, zlouporabu medikalizacije i patologizaciju prirodnih procesa, a rezultira gubitkom autonomije i mogućnosti slobodnog odlučivanja o svome tijelu i seksualnosti, negativno utječući na kvalitetu života” (Sadler, 2016, autoričin prijevod).

Cilj ovog rada jest pružiti teorijski okvir za razumijevanje fenomena nasilja pri porodu, promatrajući ga prije svega kao strukturalni problem² proizišao iz kompleksnih povijesnih i društvenih kretanja koja su oblikovala medicinsku znanost i zdravstvene institucije na zapadu kakve danas poznajemo. Tvrdim kako se prakse porodničarskog nasilja mogu razumjeti samo kao rezultat presijecanja odnosa moći povezanih s rodom, znanjem i klasnim hijerarhijama u borbama za vlasništvom nad legitimnim znanjem i menadžmentom zdravstva na polju asistencije pri porodu.

Iako koncept porodničarskog nasilja te njegova definicija variraju, stavljajući naglasak na različite aspekte odnosa unutar opstetrijskog sustava, od dehumanizirajuće komunikacije, objektivizirajućih praksi pa do oblika fizičkog nasilja kroz medicinski neutemeljene rutinske postupke, opseg ovog rada neće se baviti problematizacijom samog termina ‘porodničarsko

¹ Politička inicijativa koja se formira 'od temelja prema vrhu', od strane angažiranih građana, uglavnom kroz oblike spontanog organiziranja, u cilju davanja podrške ili formiranja određenog političkog cilja.

² Strukturalni oblici nasilja nevidljive su manifestacije nasilja ugrađene u društvene mehanizme, političku i ekonomsku organizaciju društva, te stvaraju i održavaju nejednakosti između različitih društvenih grupa.

nasilje', već će se fokusirati na tri glavna problema koja čine okosnicu uporabe ovog termina u svim međunarodnim dokumentima, a to su: patologizacija trudnih tijela, medikalizacija reproduktivnih procesa, te dehumanizirajući tretman žena pri porodu. Ipak, valja napomenuti kako bavljenje ovim problemima implicira pretpostavku poroda kao prirodnog/normalnog događaja u ženinu životu, dok se sam koncept 'prirodnog' nedovoljno problematizira. Prema praktičnom vodiču Svjetske zdravstvene organizacije za skrb tijekom normalnog porođaja, pojam 'normalnog' nije definiran niti standardiziran, pa vodič tako uvodi vlastitu radnu definiciju:

„Normalni porođaj definiramo kao: Počinje spontano, niskorizičan je na početku porođaja i kroz cijelo trajanje porođaja sve do izгона. Dijete je rođeno spontano, u stavu glavicom, između navršenog 37. i 42. tjedna trudnoće. Nakon porođaja majka i dijete su u dobrom stanju (WHO, 1999:7).

Ovaj rad promatrat će porod kao kulturalno i povijesno varijabilni događaj, a koncept 'prirodnog/normalnog poroda' koristiti će samo u najužem smislu fiziološkog poroda na način kako ga opisuje WHO u svojoj radnoj definiciji.

Nadalje, pristupit ću porođajskom nasilju kao kompleksnom fenomenu u kojem se ispresijecaju oblici strukturalnog nasilja, rodno uvjetovanog nasilja te simboličkog nasilja³, te koji se često održava upravo kroz implicitni pristanak svih uključenih u njegove automatizirane načine ispoljavanja. Ono odražava postojeću neravnopravnu raspodjelu moći u društvu, načine na koje se jedna vrsta znanja u društvu uspostavlja kao autoritarna, te stavove i uvjerenja o ženskom tijelu i ženskoj ulozi u profesiji kojom dominiraju muškarci. Cilj mi je ukazati na kulturalnu i društvenu podlogu praksi koje se neproblematično percipiraju kao ishod objektivnih saznanja znanosti i medicinske struke, te na ideološke i diskriminirajuće aspekte suvremenog vođenja poroda.

Moji razlozi za odabir ove teme vrlo su emotivni i subjektivni. Dolaze iz cjeloživotnog osjećaja nedostatka tjelesne autonomije, onog osjećaja 'da moje tijelo ne pripada meni' koji me učinio vrlo receptivnom za opise traumatičnih iskustava ekstremne diskonekcije od vlastitih tijela žena pri

³ Simboličko nasilje nevidljivi je modus dominacije, a odnosi se na ideologije, riječi, neverbalno ponašanje ili komunikaciju koja izražava stereotipe i hegemonije te uzrokuje poniženje ili stigmatu.

porodu, te prouzročio nebrojeno mnogo mučnina. Dolaze iz svijesti o tome kako ne postoji emocija koja ujedno ne bi bila i *političko* pitanje i zahvalnosti ženama koje su me tome naučile, te koje su raskrinkale 'objektivnost' kao maskulinu konstrukciju i omogućile mi pisanje ovog rada na tragu feminističke teorije koja slijedi „smjer određen boli, traumom, i suosjećanjem...(Griffin u Jaggar, 1989:145).

2. POLAZIŠTA

2.1.Što je nasilje pri porodu?

Promatranje porodničarskog nasilja kao oblika strukturalnog nasilja omogućava nam odmicanje od nekonstruktivne perspektive ‘počinitelja i žrtve’ prema kojoj se krivica svaljuje na medicinsko osoblje ili se pak otvaranje ove teme pripisuje ženskoj ‘osjetljivosti’ pri čemu rasprava o problemu rezultira isključivo defenzivnim stavom na obje strane. Strukturalno nasilje u ovom bi slučaju označavalo nasilje koje je utkano u samo tkivo opstetričkih praksi (i zdravstvenih institucija općenito), počevši od udžbenika i obuke za buduću porodničarsku profesiju, pa do određenih protokola i procedura koje su standardizirane u javnim rodilištima, a koje svoj uzrok i porijeklo imaju u diskurzivnom ispreplitanju povijesnih i sociokulturnih kategorija patrijarhata i biomedicine, kao i u promjenama koje u socijalne institucije donosi logika i prevlast tržišnog kapitalizma, te zapadnjačko favoriziranje tehnologije nad ljudskim iskustvom ili preciznije, favoriziranje tehnologije kao *posrednika* ljudskog iskustva, što je u širem smislu posljedica kartezijskog modela fokusiranosti na mjerljivost procesa i pozitivističko znanje o svijetu.

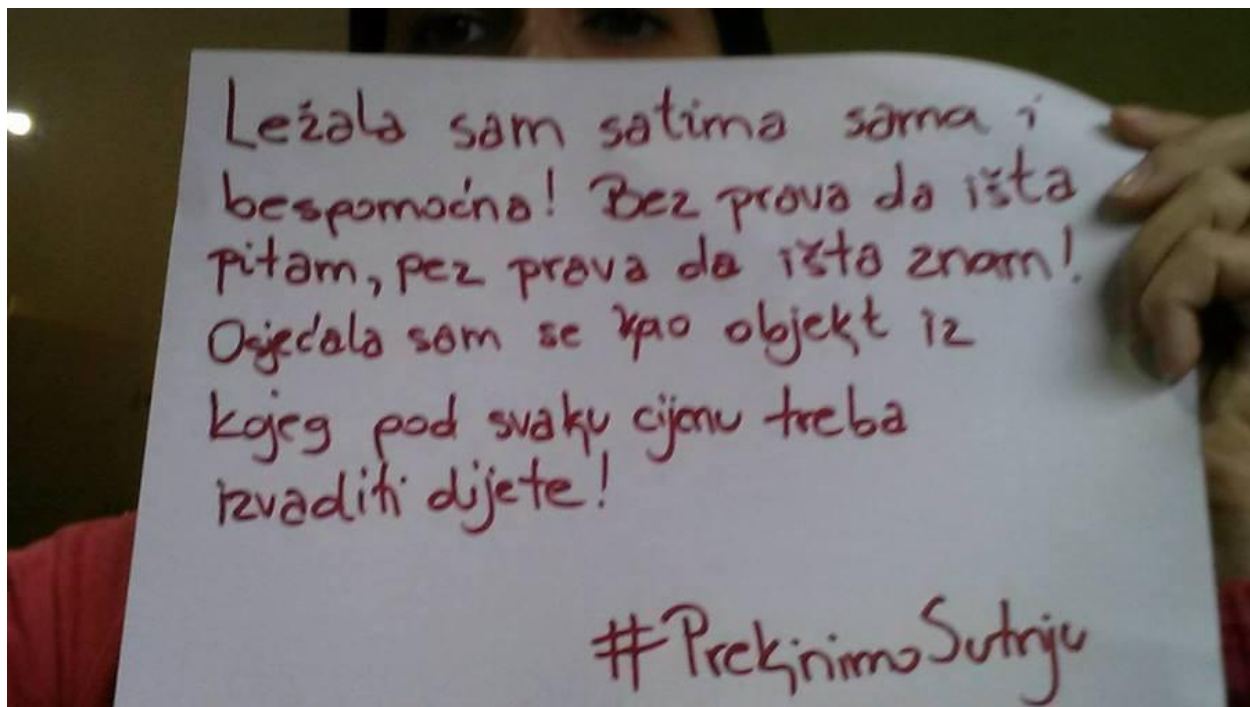
Naturalizacija svih ovih faktora i povijesnih uzroka koji će u nastavku rada biti detaljnije izloženi, rezultira ispoljavanjem nasilnih praksi koje kao takve često nisu prepoznate budući da su dio norme medicinskog polja, a pogotovo sudionici na obje strane ovih procesa, dakle korisnici/e i pružatelji/ce zdravstvenih usluga često nisu svjesni kako trpe ili dozvoljavaju nasilje. Dodatna poteškoća u prepoznavanju ovog problema za žene leži u dominantnom patrijarhalnom diskursu majčinstva koji ženama oduzima mogućnost pozicioniranja kao političkog subjekta osim kroz ideju žrtvovanja, te u općoj patrijarhalnoj ‘klimi’ depolitizacije ženskog iskustva. Kao što Adrienne Rich navodi u svojoj knjizi *Of Woman Born*, ženski status ‘rađalice’ u patrijarhatu postaje glavna činjenica njezina života, a izrazi poput ‘jalova’ ili ‘nerotkinja’ otežavaju uspostavljanje ikakvog alternativnog identiteta (Rich, 1989:22). Počevši od biblijske kletve zbog prvog grijeha (“Trudnoći tvojoj muke ću umnožiti, u mukama djecu ćeš rađati.”), pa do diskursa biološkog determinizma koji ostvarenje ženske esencije vidi u majčinstvu, čini se kako je žena socijalizirana da dijete treba željeti, te za njega patiti. Na predavanju naziva *Na čvorištu patrijarhata i neoliberalizma: nasilje nad ženama u porođajnoj sali* održanom u studenom 2016. godine u Beogradu, antropologinja i profesorica na Odsjeku za

sociologiju Filozofskog fakulteta u Beogradu, Nada Sekulić govori upravo o ovom problemu, naglašavajući kako patrijarhalni model majčinstva uključuje pojam žrtvovanja, te kako mnoge žene smatraju patnju sastavnim i očekivanim dijelom iskustva poroda, nužnim zlom koje moraju iskusiti, a koje će rezultirati zdravim djetetom. Osim toga, reproduktivnost ženskog tijela na sličan je način poput muških tijela u ratu, utilitarizirana za različite političke ciljeve (npr. očuvanje nacije), te postaje dijelom javnog interesa i diskursa koji oduzima ženi pravo ostvarivanja političke subjektivnosti.⁴

Unatoč ovoj nezahvalnoj artikulacijskoj situaciji, žene svejedno prolaze kroz, te izvještavaju o traumama pri institucionaliziranom porodu, kao što je pokazala akcija *Prekinimo šutnju* hrvatske udruge roditelja Roda. Ova je internet akcija krajem 2014. godine pozvala žene “da podijele svoje loše iskustvo poroda, kao dio procesa izlječenja od trauma i kao čin bunta protiv tradicionalno ukorijenjenog stava da se o iskustvu poroda (lošem) ne priča i da je jedino važno da je porod rezultirao zdravim djetetom.”⁵ Uslijedile su stotine priča i stravičnih opisa poroda koje su preplavile internet u samo par dana te potvrdile potrebu bavljenja ovim problemom na našim prostorima. Opisi negativnih iskustava poroda kroz ovu su akciju pokazali mnoštvo sličnosti u načinu na koji žene osjećaju i opisuju ono što im se dogodilo, pa su tako vrlo česte usporedbe sa silovanjem, osjećaj svođenja na objekt ili ‘komad mesa’, bespomoćnost, uskraćivanje informacija, poniženje i infantilizacija.

⁴ Snimku cijelog predavanja moguće je pogledati na mrežnoj stranici:
<https://www.youtube.com/watch?v=9o0xsA3ZtPQ&app=desktop>

⁵ Rezultati ove akcije dostupni su na mrežnoj stranici:
https://www.facebook.com/pg/udrugaroda/photos/?tab=album&album_id=10152423832752051



Slika 1

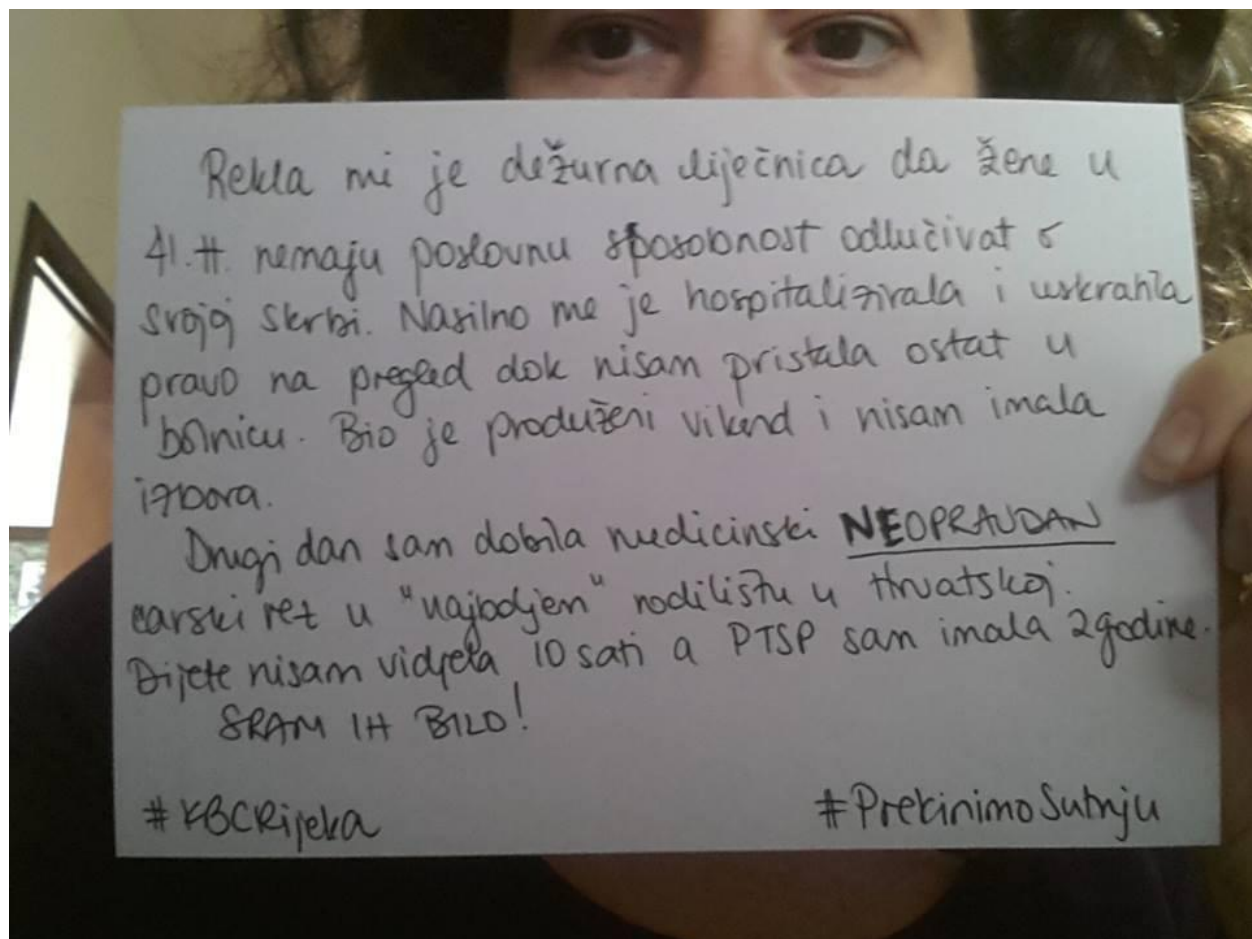
Danas znam da ne postoji dijagnoza "granični CTG". Znam da drip ne mora ubrzati porod. Znam da epiduralna može ne uspjeti. Znam da će me dolantin onesvijestiti između trudova, ali neće i smanjiti njihovu bol.

Drugi puta odabrala sam porod kod kuće. Toliko me bilo strah poroda u rodilištu, da je svaka druga općija poroda dolazila u obzir, osim rodilišta. Nikad si neću oprostiti što sam sve dopustila da se rodi mom djetetu kod prvog poroda.

#OBVarašdin

#PrekinimoSutruju

Slika 2



Slika 3

REKLI SU MI DA ĆU UBIT SVOJE DIJETE
AKO NE PRISTANEM NA INDUKCIJU. ONDA SU
MI OBJASNILI KAKO KOD INDUKCIJE NEMAM
PRAVA ODBIJATI POSTUPKE I DA MORAJU
"ISPUCAT SVU ARTERIJU" KAKO BI ZAPOČEO
PRIRODNI POROD. KADA SAM ODBILA 3. GEL I KRENULA
BJEŽAT, DVIJE SESTRE SU ME ZAKUCALE ZA
KREKET A DOKTOR ME PITAO ŠTA SAM SE
J***LA KAD NEMOGU RODIT, I NASILNO POSTAVIO GEL!
NAKON 36 SATI SU ME PITALI ŽELIM LI
CARSKI REZ JER JE BEBA GUBILA OTKUČAJE.
OSJEĆALA I OSJEĆAM SE ZLOSTAVLJENO!
KBC SVDUH # PREKINIMO ŠUTNJU

Slika 4

- DEIP BEZ RAZLOGA
- OTVARANJE VAGINALNIM PREGLEDIMA
- 2 X DOLANTIN u 30 min.
- NALISEKANJE NA TRBUH
- INSTRIZANJE NA POKLEČENI POLUŽASU IAKO SAM MOULA DA LEGMEM NA BOK ("SEBITE BEBI NA GLAVI")
- EPIZIOTOMIJA
- SVE TO U 3 SATI, BOJIM SE ŠTA BI JOŠ DOBILA DA SAM DUGO RABALA.

SV. DUH

PREKINIMO
ŠUTIJE ♥

Slika 5

NAKON NEKOLIKO DANA PROVEDENIH NA
INZULINU, ZBOG MEKONIJSKE PLODNE VODE
INDUCIRALI SU MI POROD.
PRILIKOM TRUDOVA CURILA MI JE PLODNA VODA KOJU
JE ANESTEZIOLOGICA NAZVALA "GOVANA", ODNOSNO
"OPERITE DVOJ ŽENI RUKA OD GOVANA". TA GOVANA BILA
SU PRVI FECESI MOGA SINA KOJE BI RADE VIJELA
U PELENI NEGO U PLODNOJ VODI.
SAMA, MOLIM ZA POMOC, NAKON ŠTO SU OTKUCAJI DRASTIČNO
PALI, NALIJEKANJEM DVIJE PRIMARJE I JEDNOG
SPECIJALIZANTA, RADAM SUDG PRVOG SINA - OZLIJEĐENE
GLAVE I RAMENA, S OMOČANOM PUFGANOM DRPCOM OKO URTA.
KB SESTRE MILOSRDNICE # PREKINIMO ŠUTNJU

Slika 6

2.2. Važnost emocija u znanstvenom istraživanju

Ova subjektivna, a opet zajednička iskustva mnogih žena te njihove emocije pri porodu čine polazišnu točku za daljnja istraživanja i konceptualizaciju fenomena nasilja pri porodu. Alison M. Jaggar piše o važnosti emocija u znanstvenom istraživanju u svom radu *Love and Knowledge: Emotion in Feminist Epistemology*, otvarajući argumentacijom kako su emocije mnogo više od pojava određenih biologijom ili instinktom. One su kao i ostali aspekti ljudske egzistencije dijelom društveno konstruirane, a kao takve su povijesni produkti koji nose obilježja i vrijednosne sustave društva koje ih je konstruiralo. Primjerice, osjećaj ljutnje može pretpostavljati doživljaj da nam je učinjena nepravda kršenjem neke od socijalnih normi, prema tome mi upijamo standarde našeg društva u samom procesu učenja jezika emocija - oni su ugrađeni u sam temelj naše emotivne konstitucije. Prevladavajuće pak norme i vrijednosti nekog društva obično služe interesima dominantne grupe, što znači da posljedica patrijarhalnog društva može biti da osjećamo prijezir prema ženama bez obzira kojeg smo spola ili da smo homofobični bez obzira na svoju seksualnu orijentaciju itd (Jaggar, 1989:159).

Ova slika ipak nije potpuna zato što hegemonija društva nad ljudskim emocijama nikad nije totalna. Jaggar nastavlja objašnjenjem kako su ljudi koji imaju iskustvo konvencionalno neprihvatljivih emocija (*outlaw emotions*) obično oni koji su subordinirani u tom društvu. Društvena situacija u kojoj se nalaze onemogućava im da iskuse tipično propisane emocije. Tvrdim kako je upravo ovaj fenomen posrijedi kada govorimo o ženama koje nakon poroda umjesto zahvalnosti što je sve prošlo povoljno za njihovo dijete, olakšanja ili sreće, osjećaju poniženje, ljutnju i stid. 'Neprihvatljive' emocije mogu nam poslužiti kao markeri društvene nejednakosti, svojevrsni putokaz za dublju analizu. Osim što mogu motivirati kritičku analizu, mogu nam omogućiti da svijet percipiramo drugačije nego što je konvencionalno portretiran. Mogu nam pružiti prve indikacije da nešto nije u redu s načinom na koji su navodne činjenice konstruirane. "Tek kada bolje razmislimo o našoj inicijalno zbunjujućoj iritabilnosti, odvratnosti, ljutnji ili strahu, možemo rasvijetliti našu 'trbušnu svijest' da se nalazimo u situaciji prisile, okrutnosti, nepravde ili opasnosti. Stoga nas konvencionalno neobjašnjive emocije, pogotovo, iako ne isključivo, one kroz koje prolaze žene, mogu dovesti do subverzivnih opservacija koje dovode u pitanje dominantne koncepcije statusa quo. Mogu nam pomoći da uvidimo kako je ono

što se generalno smatra činjenicama, konstruirano na način koji prikriva realnost subordiniranih ljudi, posebice žensku realnost” (Jaggar, 1989: 161, autoričin prijevod).

Kada se nekonvencionalni emotivni odgovor na situaciju događa izoliranom pojedincu, on može osjetiti nemogućnost da imenuje svoje iskustvo, no kada su te iste emocije podijeljene s drugima i potvrđene od drugih, stvara se temelj za formiranje zajednice definirane normama i vrijednostima koje se sustavno suprotstavljaju dominantnima. Stvaranjem podloge za takvu zajednicu, ‘neprikladne’ emocije postaju političke i subverzivne. Upravo na ovaj način možemo govoriti o ‘neprikladnim’ emocijama žena pri porodu kao o potencijalno feminističkim emocijama koje mogu i trebale bi biti impuls za razvijanje alternativnih koncepcija stvarnosti i novih istraživanja, a ovaj rad ih uzima za svoje polazište i svoj legitimitet.

U nastavku rada pozabaviti ću se pitanjima zapadnjačke paradigme ženskog tijela i biomedicinske hegemonije, pitanjem povijesne borbe za uspostavom autoritarnog znanja na polju opstetricije koje se pokazuje kao klasna borba jednako kao i borba među ‘spolovima’, te utjecajem tehnologije na oblikovanje uvjeta u suvremenoj rađaoni kako bih pokazala i potaknula na razmišljanje o zajedničkom povijesnom i kulturalnom utemeljenju ženskih iskustava pri porodu.

3. ŽENSKO TIJELO U PATRIJARHATU

Silvia Bellon Sanchez u svojem istraživanju o nasilju na porodu u Španjolskoj navodi kako su neke od najčešće zabilježenih negativnih praksi sljedeće:

- Uskraćivanje informacija o procedurama tijekom porođajnog procesa
- Procedure koje su ponižavajuće i zanemaruju ženine potrebe
- Nepotrebno izvođenje carskog reza
- Rutinske medicinske prakse koje nemaju dokazanih prednosti za ženu niti za dobrobit fetusa/djeteta: klistiranje, brijanje, epiziotomija⁶, sedativi, ležeći položaj kao obavezan; ili prakse koje su dokazano riskantne poput Kristellerovog zahvata⁷ (Sanchez, 2014:11)

Rutinsko izvođenje navedenih praksi podudara se s online istraživanjem koje je *Roda* provela u Hrvatskoj 2015. godine na uzorku od 4081 korisnice hrvatskih rodilišta.⁸ Nameće se pitanje koji su uzroci i razlozi za njihovo izvođenje ako ono nije medicinski opravdano. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) već je 1985. godine objavila svoje preporuke protiv medikalizacije porođaja, što je jedan od prvih internacionalnih konsenzusa koji obraća pažnju na porodničarsko nasilje. Ove preporuke o prikladnoj tehnologiji pri normalnom porodu jasno se zalažu za izbjegavanje navedenih rutinskih praksi koje su u našim rodilištima i dalje dio formalne procedure (Chalmers, Mangiaterra, 2001). Osim toga, globalna nezavisna mreža istraživača, liječnika i pacijenata *Cochrane* koja već dvadeset godina sakuplja i sumira dokaze istraživanja na polju medicine, objavila je svoja izvješća o svakom pojedinom rutinskom postupku pri porodu, koja su u potpunoj konkordanciji s preporukama koje iznosi WHO⁹ Situacija u kojoj se

⁶ Kirurški zahvat kojim se pod lokalnom anestezijom prorezuje perineum/međica tijekom poroda kako bi se povećao porođajni kanal.

⁷ Zahvat koji se izvodi kada porod traje predugo, a sastoji se od nalijeganja na trbuh/stvaranja pritiska na maternicu tijekom truda. Može ostaviti nekoliko posljedica: rupturu maternice, oštećenje perineuma, hematome na abdomenu i traumu djetetova tijela.

⁸ Rezultate ankete moguće je vidjeti na mrežnoj stranici:

http://www.roda.hr/media/attachments/udruga/programi/tip/Sustav_maternalne_skrbi_HR_rezultati_ankete.pdf

⁹ Primjeri izvješća: Cochrane sustavni pregled Upright position during first stage of labour:

http://www.cochrane.org/CD003934/PREG_mothers-positionduring-the-first-stage-of-labour

Cochrane sustavni pregled Routine Enema Use:

http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour

značajni korpus istraživanja na polju opstetricije izravno kosi s praksama zdravstvenih institucija, omogućava nam otvaranje pitanja u kojoj mjeri su ove prakse oblikovane stavovima, uvjerenjima i predrasudama kulture iz koje su iznikle, te u kojoj mjeri odražavaju opresivne i neravnopravne odnose moći u društvu, naturalizirajući ih posredstvom znanstvenog/zdravstvenog autoriteta.

Kako bismo razumjeli kulturološku i simboličku podlogu ovakvih praksi, te imaginarij ženskog tijela u našoj kulturi u najširem smislu, potrebno se uvijek vraćati jednoj od temeljnih podjela zapadnoga mišljenja, a to je ona između kulture i prirode u kojoj se kultura ljudskih bića i uvjeti njihove egzistencije kroz povijest stvaraju potčinjavanjem prirode – priroda postaje depozitorij onog mračnog, primordijalnog, karnalnog, pred-svijesnog, instinktivnog kao etape u ljudskom progresu ka civilizaciji/kulturi koja se dovodi u svezu s onim razumnim, svijetlim i transcendentnim. Ovaj par priroda-kultura neminovno je u hijerarhijskom odnosu koji proizlazi upravo iz sposobnosti preobražavanja, ‘socijaliziranja’ i ‘kultiviranja’ prirode pri čemu se svaka kultura pokazuje kao superiorna. O razlozima zbog kojih se žena poima bližom prirodi nego muškarac govorila je Simone de Beauvoir kao i mnogi/e nakon nje, a oni se mogu sažeti u činjenici ženskog tijela i njegovih funkcija, prije svega reproduktivnih funkcija, koje čine da je “ženka više nego mužjak žrtva vrste” (De Beauvoir, 1982:94), njezina je animalnost očiglednija. Tako se, mogli bismo reći, podređivanje žena koje su simbolički kategorizirane ako ne kao priroda sama, tada kao bliže prirodi od muškaraca, odvija kao refleks unutar tradicije zapadnog mišljenja. Sherry Ortner u svom radu *Žena spram muškarca kao priroda spram kulture?* iskazuje suštinu ove opozicije muškarac/kultura-žena/priroda (koju ipak nikada ne bismo trebali shvaćati kao apsolutnu): “Drugim rečima, ženu njeno telo kao da osuđuje na puku reprodukciju života; nasuprot ovome, muškarac, nemajući prirodne stvaralačke funkcije, mora (ili ima priliku) da svoju kreativnost iskaže u spoljnjem svetu, ‘veštački’, posredstvom tehnologije i simbola. Čineći to, on stvara srazmerno trajne, večne, transcendentne objekte, dok žena stvara samo kratkovečne proizvode – ljudska bića” (Ortner, 1983:164). Mogli bismo reći kako je slika žene koja rađa slika prirode same koju je prema tome potrebno ‘kultivirati’, učiniti bliskom posredstvom kulturnih praksi koje u nju interveniraju.

Potrebno se osvrnuti na činjenicu kako je čitavi proces ženske socijalizacije velikim dijelom fokusiran na ‘obuzdavanje’ ove iste prirode s kojom se ona poistovjećuje i u tom bismo smislu događaj poroda mogli vidjeti kao svojevrsnu nepriliku, kao remećenje poretka koji se mukotrpno uspostavlja simboličkom i fizičkom opresijom ženske ‘prirode’ – koja je ujedno ono mračno, opasno, nemušto, kao i ono što nas privlači, primordijalno, seksualno i karnalno: označitelj svega onoga čega se odričemo kao cijene za ulazak u simboličko, u kulturu. Budući da je žena konstituirana kao svojevrsni negativ kulture, sav proces socijalizacije stremi nametanju ograničenja koja se tiču tijela, koja u tijelo moraju biti upisana te koja postaju dispozicija samog tijela. O ovome nametanju ženstvenosti kroz disciplinu tijela govori Pierre Bourdieu u svome djelu *Masculine domination*. Radi se o ‘držanju tijela’ koje je ispunjeno moralnim značenjima (vulgarno je sjediti raširenih nogu, veliki trbuh indikacija je nedostatka snage volje itd.), kao da je ženstvenost mjerena umijećem ‘skupljanja’, smanjivanja. Ovaj simbolički zatvor osiguran je u praktičnom smislu ženskom odjećom koja ima učinak kontinuiranog ‘pozivanja na red’ ukidajući potrebu za eksplicitnim proskribiranjem ponašanja tj. ‘nošenja’ tijela i to zbog toga što ograničava pokret na različite načine, bilo da se radi o visokim petama, o torbici koja konstantno sputava ruke ili pak o suknji koja sprečava ili ograničava određene aktivnosti, ili ih pak dozvoljava samo pod cijenu neprestanog opreza. Ovi načini nošenja tijela, koji su na dubokom nivou povezani s moralnim ograničenjima, nastavljaju se nametati podsvijesno čak i kada više nisu nametnuti odjećom (Bourdieu, 2001:28-29).

To rezultira situacijom u kojoj ženska tijela tipično ne koriste svoje pune kapacitete. Njihova ‘zastrašujuća’ priroda pripitomljena je konstruiranjem njihovih tijela kao nesposobnih po sebi, ‘prirodno’ ili ‘esencijalno’ hendikepiranih, depriviranih kapaciteta da se kreću slobodno i sigurno prostorom, te im je zabranjena mogućnost ‘zaposjedanja’ prostora. To se događa koliko zbog potrebe da se pasivizira ono ugrožavajuće ‘žensko’ što se poistovjećuje s prirodom, toliko i zbog toga što je sama podjela žena/priroda – muškarac/kultura redukcionistički koncept koji svim jedinkama oduzima puninu ljudskog iskustva. Žena je svedena na tijelo – čistu imanenciju, dok je muškarac predstavnik onog transcendentnog i upravo u toj ženskoj tjelesnosti lišenoj intencionalnosti i stremljenja, lišenoj transcendentnog potencijala, leži razlog njezina upisanog pasiviteta. Prema Simone de Beauvoir ovo je upravo način na koji opresija žena funkcionira: muškarci su projicirali imanenciju na žene, lažno vjerujući kako su oni apsolutna transcendencija, dok su žene apsolutni Drugi, čista imanencija, čista tjelesnost. Muškarci

projiciraju svoje prezrene aspekte na žene i posljedično sebi samima oduzimaju slobodu, pogrešno vjerujući kako su oni sami apsolutna sloboda. Onemogućavajući ženama da budu dio dijalektičkog procesa subjekta prema subjektu, oni paradoksalno uskraćuju sebi vlastitu slobodu. Reducirajući žene na njihova tijela, na čistu ‘činjeničnost’, sebe smatrajući konstituiranima čistom transcendencijom, destiliranom slobodom koja nije izmiješana s utjelovljenjem niti isprepletena s ‘mesom’, muškarci uskraćuju ženama mogućnost vlastitog razvitka kao moralnih subjekata s moralnom slobodom (De Beauvoir, 1956).

Iris Marion Young u svome eseju *Throwing like a girl* također govori o problematici ženskog tijela tj. o njegovim modalitetima egzistencije koji su posljedica socijalizacije u patrijarhatu, a obično se upravo ti modaliteti uzimaju kao dokaz ženske ‘esencijalne’ razlike, miješajući na taj način uzroke i posljedice. Prema Young, postoje tri kontradiktorna modaliteta ženske tjelesne egzistencije: ambivalentna transcendencija, inhibirana intencionalnost i diskontinuirano jedinstvo, a imaju svoj uzrok u činjenici da je za žensku egzistenciju tijelo često istodobno i subjekt i objekt samome sebi te u odnosu na neki čin. Žena je na neki način u permanentnom stanju ambivalencije budući da prepoznaje samu sebe kao subjekt i transcendentalno biće, no istodobno je naučena da je njezino tijelo objekt za promatranje. “Modaliteti ženske tjelesne egzistencije imaju svoj korijen u činjenici da ženska egzistencija ima iskustvo tijela kao stvari – krhke stvari, koja mora biti podignuta i nagovorena na pokret, stvari koja postoji kao ona koja se gleda i nad kojom se djeluje. Zasigurno, svako živo tijelo postoji kao materijalna stvar koliko i transcendentni subjekt, međutim za žensku tjelesnu egzistenciju tijelo je često življeno kao stvar koja je drugo od njega samog, stvar poput drugih stvari u svijetu. Ovisno o tome koliko žena živi svoje tijelo kao stvar, ona ostaje ukorijenjena u imanenciji, inhibirana i zadržava distancu od svojeg tijela kao transcendentnog pokreta i od punog angažmana u mogućnosti svijeta (Young, 1980:39, autoričin prijevod).

3.1. Tijelo koje rađa

No, što se događa s tijelom koje rađa? Kakvo je ono tijelo?

Potrebno je ovdje naglasiti kako postoji problem u diskursu zagovarača/ica ‘prirodnog’ poroda koji bi bio lišen bespotrebnih intervencija i nasilnog sputavanja tijela, budući da evocira iste

probleme objektivizacije od kojih želi pobjeći. To se najbolje očituje u često ponavljanoj rečenici: “Moje tijelo zna što mu je činiti.” kojom se pokušava uspostaviti alternativno viđenje onom uvriježenom koje parodira ekipa Monty Pythona kada u skeču smještenom u radioni na pitanje roditelja što joj je činiti, liječnik odgovara: “Ništa, niste kvalificirani!”¹⁰ Iako je namjera jasna, ova rečenica pokazuje odnos prema tijelu kao drugom od mene, tijelu kao zasebnom entitetu od kojeg smo podjednako diskonektirani čak i kada mu dozvoljavamo da čini ono što mora činiti. Dodatne poteškoće uzrokuje nam Silvia Federici sa svojim djelom *Kaliban i vještica* u kojem, iako priznaje kako snaga feminističkog ‘diskursa o tijelu’ leži u potencijalu za podrivanje degradirane slike femininosti, konstruirane poistovjećivanjem žene s materijom i tjelesnošću, tvrdi kako je iluzija vidjeti oslobođenje žena kao ‘povratak tijelu’. U svojoj knjizi ona analizira ulogu žene u procesu ‘prvobitne akumulacije’ – procesu transformacije društveno/ekonomskog poretka iz feudalizma u kapitalizam, te proučava instrumentalizaciju ženskih reproduktivnih potencijala za proizvodnju radne snage, objašnjavajući: “Ako je žensko telo – kao što tvrdim u ovom radu – označitelj polja reproduktivnih aktivnosti, koje su prisvojili muškarci i država, i pretvoreno u sredstvo za proizvodnju radne snage (sa svime što to povlači sa sobom, u pogledu seksualnih pravila i propisa, estetskih kanona i kazni), onda je telo poprište temeljnog otuđenja, koje se može prevazići samo ukidanjem radne discipline koja ga određuje” (Federici, 2013:28). O odnosu kapitalizma i porođaja bit će više govora u nastavku rada, no važno je napomenuti ove probleme kako razmišljamo dalje o aproprijaciji ženskog tijela od strane zdravstvenih i državnih institucija te o dosezima subverzivnih potencijala porođa koje ću izložiti.

Što dakle točno karakterizira rađajuće tijelo, čineći njegovu objektivizaciju i omalovažavanje drugačijima i kompleksnijima od onih izvršenih nad drugačijim tijelima objektiviziranim u medicini? (Budući da zapadna medicinska praksa uvijek u određenom stupnju podrazumijeva ‘svođenje’ osobe na tijelo i njegove funkcije, o čemu će također biti govora u nastavku.) U kontekstu svega dosad rečenog o opresivnoj socijalizaciji u femininost, te sputanosti i ambivalenciji ženskog tjelesnog iskustva, porođaj je situacija koja se barem potencijalno otvara kao pukotina u kojoj je moguće i potrebno objedinjenje imanencije i transcendencije, koje

¹⁰ Skeč se može vidjeti u filmu *The Bussines of Beng Born*. (2008.) Red. Epstein, Abby. Pristupljeno na: <https://www.youtube.com/watch?v=dCiQrcP0Qas>

podriva ženski modus tjelesnog ponašanja u patrijarhatu, budući da je usmjereno, moćno, glasno i sposobno tijelo, tijelo koje strema prema tome prevazilazi svoju tjelesnost: stvaralačko tijelo. Ovaj je opis zasigurno drugačiji od kolektivne slike rađajuće žene u našem društvu, upravo zato što je kulturna reprezentacija ona nemoćne, uplašene žene koja zaziva pomoć, milost i lijekove; no upravo je ta reprezentacija jedan od faktora reprodukcije i generacije strahova vezanih uz porod te nepovjerenja prema vlastitoj tjelesnoj sposobnosti. Ono što aktivistkinje za reproduktivna prava žena opisuju kao ‘prirodan porod’ sasvim je drugačiji prizor koji se obično odvija izvan zdravstvenih institucija, bez medicinskih intervencija, induciranja trudova i ekonomiziranja vremenom. Ono što možemo vidjeti zdravo je i moćno tijelo koje “ima više sličnosti s plešućim, trčećim ili erotskim tijelom nego s patološkim tijelom kojem je potrebno liječenje” (Shabot, 2015:3, autoričin prijevod)¹¹ Sara Cohen Shabot u svojoj fenomenološkoj analizi opstetričkog nasilja govori o tome kako je tijelo koje rađa gotovo oksimoron: ono je ‘ženstveno’ u najvišem smislu, budući da ispunjava ‘zadatak’ ženstvenosti te otkriva ‘misterioznu esenciju’ žene, a istodobno je jako, aktivno, kreativno tijelo, sposobno za trpljenje i oporavak od razdvajanja svojeg mesa, zbog čega ga se želi pripitomiti i kontrolirati, budući da čini prijetnju hegemonijskoj moći patrijarhata (Shabot, 2015:11).

Kako bismo prizemljili ovu naizgled apstraktnu argumentaciju, dovoljno je samo spomenuti jedan aspekt problematike porođaja, a to je položaj žene za vrijeme rađanja: unutar bolničkog sustava u našoj zemlji većina porođaja odvija se u ležećem položaju kao obaveznom (što je velikim dijelom posljedica i tehnološke opreme koja se koristi pri porodu, a koja ženi onemogućava kretanje), iako je do sad već dokazana činjenica kako je mogućnost otvaranja zdjelice u tom položaju reducirana za 30%, iako je dokazana činjenica da upravo taj položaj ima negativni utjecaj na trganje perineuma, kao i činjenica da kretanje tijekom faza porođaja znatno utječe na redukciju bolova, te naposljetku iako većina žena koja ima mogućnost poroda kod kuće rađa u stajaćem, čučućem ili klečećem položaju (WHO, 1999).

Patrijarhalnu opresiju nad ženskim tijelom kroz povijest uvelike je legitimizirao i znanstveni diskurs i uspon profesionalne medicine kakvu danas poznajemo. Utvrđivanje biomedicine kao

¹¹ Snimke 'prirodnog poroda' u kućnom okruženju moguće je vidjeti u filmu *The Business of Being Born*. (2008.) Red. Epstein, Abby. Pristupljeno na: <https://www.youtube.com/watch?v=dCiQrcP0Qas>

superiornog modela nad alternativnim pristupima liječenja neodvojivo je od mizoginije zapadnog društva koja je na različite prijetnje 'ženskosti' i ženske emancipacije odgovarala fiziološkim, biološkim i evolucijskim opravdanjima za daljnjim sputavanjem ženske autonomije. Medikalizacija je pružila legalne mehanizme za uspostavljanje kontrole nad ženskim tijelima i životima, rezultirajući društvenim poricanjem ženske mogućnosti djelovanja i njezinih ljudskih prava. Formalna je medicina uvelike bila, unatoč tvrdnjama o svojoj neutralnosti i potrazi za empirijskom istinom, poprilično pristrana profesija kojom dominiraju muškarci, koju su je olikovali, te stoga velikim dijelom reflektira njihove ideale, želje i strahove.

4. BIOMEDICINA I KARTEZIJSKI MODEL UTJELOVLJENJA

Ultimativna stvarnost ne može se spoznati osim posredstvom sistema kulturalnih simbola. Ti sistemi su ujedno modeli stvarnosti i modeli *za* stvarnost i akciju. Naše reprezentacije stvarnosti obično se uzimaju za stvarnost samu, iako su one samo transformacije, razlomljene slike te stvarnosti. Govoriti o biomedicini kao o sociokulturnom sistemu ili konstrukturu znači govoriti o biomedicini kao o kolektivnoj reprezentaciji stvarnosti. To ne znači negirati stvarnost koja je reprezentirana, koja utječe i na koju utječe način reprezentacije, već naglasiti upravo ovaj aspekt transformacije realnosti. Tvrdim kako je uspostavljanje hegemonije jedini način na koji kolektivne reprezentacije stvarnosti postaju operativne. Iako biomedicinu, tj. znanost općenito, običavamo gledati kao nešto izvan kulture, budući da traga za istinom o prirodi, veliki korpus akademskog znanstvenog istraživanja na polju medicine pokazuje nam kako se zapravo radi o hegemonijskom sustavu – sistemu vrijednosti, stavova, uvjerenja, moralnosti itd. koji prožima civilno društvo, a na ovaj je ili onaj način potpora uspostavljenom poretku i klasnom interesu koji njime dominira. Ova prevladavajuća svijest internalizirana je od strane širokih masa te postaje ‘zdravi razum’. Da bi se hegemonija uspješno uspostavila u bilo kojem društvu, ona prema tome mora operirati na dvojadi način: kao ‘generalna koncepcija života’ za mase i kao ‘skolastički program’ (Gramsci u Martin, 1987).

Biomedicinski (hegemonijski) sustav koji dominira medicinskim znanjem na zapadu George Engel ovako opisuje: “Dominantni model bolesti danas jest biomedicinski, s molekularnom biologijom kao svojom temeljnom disciplinom. On pretpostavlja kako se bolest u cijelosti može pripisati devijacijama od norme mjerljivim biološkim (somatskim) varijablama. Ne ostavlja prostora unutar svojeg okvira za socijalne, psihosocijalne i bihevioralne dimenzije bolesti. Biomedicinski model ne samo da zahtijeva da se bolest tretira kao entitet nezavisan od socijalnog ponašanja, već i da se bihevioralne aberacije objasne na temelju poremećenih somatskih (biokemijskih ili neurofizioloških) procesa. Stoga biomedicinski model prigrljuje redukcionizam, filozofsko stanovište da se kompleksni fenomeni u konačnici mogu izvesti iz jednog primarnog principa, te dualizam um-tijelo: doktrinu koja razdvaja mentalno od somatskog” (Engel u Lock, 1985:124, autoričin prijevod).

Ovaj dualizam tijela i uma, ili tijela i duha naslijeđe je već spomenutog kartezijanskog modela mišljenja i nosi dalekosežne posljedice na način kako pristupamo ljudskom tijelu. On

podrazumijeva mehanicističku filozofiju, budući da je duh postao samostalni entitet koji o tijelu više ne ovisi: tijelo više nije *pokrenuto* duhom već postaje pasivna materija podvrgnuta mehaničkim silama. Descartes uspoređuje tijelo sa složenim strojem, funkcionalnim mehanizmom, te se oduševljava idejom kako upoznajući mehaničke zakone prirodnih sila možemo naučiti njima vladati.

Prije uspona mehanicizma, postojale su određene prohibicije koje se tiču intervencija u prirodu. Budući da su prirodna tijela viđena od strane predmodernih mislitelja kao živa tijela koja iskazuju intrinzične ciljeve, postojale su granice za njihovu uporabu. Primjerice, iskopavanje ruda dugo se smatralo nasiljem nad zemljinom utrobom te je stoga podvrgnuto ograničenjima (Merchant, 1980). Međutim kada je priroda rekonceptualizirana kao beživotni stroj, takva ograničenja su ukinuta. Materijom lišenom unutarnje subjektivnosti može se manipulirati bez opreza.

Iskustva nasilja pri porodu mogu se barem djelomice objasniti procesom transformacije iz živućeg tijela sa svojom slobodom i mogućnošću transcendencije u pasivno tijelo-objekt bez utjelovljene intencionalnosti i bez mogućnosti aktivnog angažmana u svijetu, a to je upravo transformacija iz *tijela* u *truplo* koja je od presudnog značaja za kartezijanski dualizam, budući da za Descartesa nije bilo fundamentalne razlike između živućeg i beživotnog tijela: živuće tijelo za njega je bila vrsta animiranog/pokrenutog trupla. “Utjecaj mehanicizma i njegove ‘ontologije smrti’ otkriva se kroz povijest medicine. Kao što Foucault i Engelhardt opisuju, u 18. stoljeću klasifikacije bolesti promijenile su svoj temelj od simptoma koje opisuje živući pacijent do organskih lezija pronađenih u truplu. Živuće iskustvo bolesti počelo se gledati kao epifenomen, a prava bolest pokazivala je svoje lice u materijalnom svijetu izloženom nožem patologa” (Leder, 1992:4, autoričin prijevod). Silvia Federici pak govori o ‘anatomskom teatru’ to jest o rođenju anatomije kao zasebne grane medicine u 16. stoljeću u kojem vidi rođenje mehanicističke paradigme. Prema njoj, anatomska je disekcija od tijela učinila zasebnu činjenicu koja je otvorila put krajnjoj objektivizaciji.

Ova vrsta objektivizacije tijela uzrokovana kartezijanskim dualizmom podudara se s onom koju de Beauvoir opisuje kao pretvaranje iz višeznačnog subjekta u čistu imanenciju ili činjeničnost. Leder nam u svome tekstu *A Tale of Two Bodies* nastavlja opisivati kako se u današnjem zdravstvenom sustavu pacijent često tretira upravo kao truplo ili stvar nalik mašini. Pri tipičnom

fizičkom pregledu od pacijenta se zahtjeva da zauzme ležeći položaj ili ‘položaj mrtvaca’, što je situacija koja se ponavlja u mnogim radovima – zahtjeva se od njega da bude nag, ispružen i nijem. Čitav ritual i kontekst služe reduciranju živućeg tijela na nešto gotovo neživotno. Osobni identitet ostavljen je po strani kako je pacijent odvojen od svog uobičajenog okoliša, aktivnosti, pa čak i odjeće. Dok je liječnik koji izvodi pregled aktivan i angažirani istraživač, pacijent je u poziciji pasivnosti. Čak i kad se od njega traži djelovanje ili odgovor, to je uvelike na mehanicistički način: tapka se koljeno kako bi se izazvao refleks, pritišće se abdomen kako bi se ustanovila bol, traži se od pacijenta duboki udah kako bi se ustanovilo proizvode li pluća hroptanje itd. (Ibid.).

Iako ne možemo poreći kako će svaki kvalitetan i angažirani liječnik zasigurno uzeti u obzir pacijenta kao osobu sa svim psihosocijalnim komponentama njegove situacije, ovo će se i dalje odvijati unutar strukture organizirane na biomedicinskim načelima mehanicizma i tijela-kaostvari. Humanost se uvijek naknadno pridružuje u suštini dehumaniziranom pristupu zdravlju čovjeka.

4.1. Patologizacija ženskih tijela

Ako smo dosad govorili o svođenju pacijenta na pasivno tijelo, vrijeme je da naglasimo kako trudno tijelo nije *a priori* patološko ili bolesno tijelo, već tijelo u jednom od svojih prirodnih fizioloških stanja. Rodilja se u tom smislu, osim u iznimnim slučajevima, ne može kvalificirati kao ‘pacijent’ i s pravom se možemo zapitati zbog čega se ona u našoj kulturi automatski provlači kroz sistem uspostavljen za liječenje patoloških stanja te zbog čega joj nisu dostupne i druge opcije. Kod ovih pitanja otvara se cijelo novo polje istraživanja koje se bavi pitanjem granice između patološkog i normalnog, koja je, iako povijesno varijabilna, redovito svojim pomicanjem ostavljala štetne posljedice za ženski rod.

Stephanie E. Libbon demonstrira nam u svojem radu kako se znanost, posebice biomedicinska znanost, zloupotrebljavala kako bi se razotkrile ‘činjenice’ o ženskoj inferiornosti da bi se

legitimizirala muška superiornost i održao muški autoritet. Tvrdi kako se korijeni suvremene patologizacije ženskog tijela mogu naći u prosvjetiteljskim poteškoćama s novoočekivanim statusom žene. Ideje Francuske revolucije, ideali slobode i jednakosti, odjednom su počeli vrijediti za sve, pa tako i žene, te je njihova nova uloga u društvu počela bivati pitanjem javnog interesa. Unatoč činjenici da su se žene uz bok muškarcima borile za veće socijalne slobode, većina educiranih muškaraca protivila se ustupanju povoljnijeg statusa ženama, vjerujući s pravom kako će to dovesti do povećanja njihove moći i utjecaja, kako u privatnoj, tako i u javnoj sferi (Libbon, 2007). Da bi se ovo strahovanje opravdalo unutar novog okvira prosvjetiteljstva koji je proizveo racionalnu individuu neovisnu o rodu, bilo je potrebno pronaći dokaz o 'prirodnim' nejednakostima kako bi se opovrgnula teza o prirodnim pravima. Stručnjaci su se tako okrenuli znanosti, posebice biologiji, da bi obranili poziciju kako su žene nesposobne za autonomno funkcioniranje izvan sfere domaćinstva. Krenulo se u potragu za anatomskim distinkcijama koje bi poduprle ovakve tvrdnje. Jačanjem različitih sukoba i borbi za moć između muškaraca i žena, jačala je i potreba za naglašavanjem razlika, što je u konačnici dovelo do nove percepcije i rekonstrukcije ljudskog tijela. "Biologija nesumjerljivosti, kako ju naziva Laquer, iznikla je kao ontologijski dokaz koji podupire prirodnu nejednakost te se sada počela koristiti kako bi namijenila muškarcima i ženama specifične društvene uloge" (Ibid, str.5, autoričin prijevod).

Kroz 19. stoljeće žensko je protivljenje ovim nametnutim ulogama postalo sve učestalije, do trenutka u kojem ga više nije bilo moguće ignorirati. Medicinska zajednica, pogotovo seksolozi koji su sve više dobivali na značaju u drugoj polovici stoljeća, sada su počeli raspravljati o 'neposlušnoj ženi' u terminima patologije. Jedan od primjera ovog mizoginog 'znanstvenog' diskursa možemo naći u eseju njemačkog patologa iz 1898. godine pod nazivom *O fiziološkoj nesposobnosti žena* u kojem tvrdi kako bi razvitak intelektualnih sposobnosti kod žena doveo do razvitka seksualnih devijacija: "Ako želimo imati žene koje ispunjavaju svoje odgovornosti kao majke, ne možemo od njih očekivati da imaju maskulini mozak. Kada bi bilo moguće da se ženske sposobnosti razvijaju na paralelni način poput muških, organi majčinstva bi se smežurali i dobili bismo beskorisnu hibridnu kreaturu punu mržnje" (Ibid, str.9, autoričin prijevod). Na žalost, ovakvi su primjeri nebrojeni. Medicinski stavovi sve su se više bazirali na viđenju ženskog tijela kao patološkog po sebi. Margaret Lock također se bavi ovim fenomenom proučavajući diskurs 19. stoljeća o menopauzi, te opisuje kako se činilo kao da je Bog stvarajući

ženski spol, uzeo maternicu i izgradio ženu oko nje. Brojni poremećaji poput glavobolja ili psihičkih problema pripisivani su maternici te se činilo kao da su žene podložnije bolestima od muškaraca upravo kao rezultat ‘posjedovanja’ ovog organa (Lock, 1985).

Tijekom ovog razdoblja, trudnoća i porod počeli su se izmiještati iz domova u medikalizirano okruženje. To izmiještanje možemo tumačiti unutar tadašnje ideje o domu kao ženskoj domeni ispunjenoj moralnim dostojanstvom i čistoćom, dok je porod bio nešto ‘neuredno’ i nepredvidivo. Povijesna borba između tradicionalnih primalja i rađajuće klase liječnika – kirurga koja je premjestila događaj poroda iz kućnog okruženja i iz domene ‘ženske tajne’ u instituciju kojom dominiraju muškarci, a koja je obilježila proces profesionalizacije medicinske struke neodvojive od tadašnjih struktura moći, crkve i države, postupno je formirala visoko regulirani suvremeni porod kakav danas poznajemo.

4.2. Profesionalizacija medicine i borba za legitimno znanje

Iz šire povijesne perspektive, relativno donedavno rađanje se smatralo ženskom ‘tajnom’ te domenom o kojoj samo one posjeduju posebna znanja i razumijevanje. Prisustvo pri porodu bilo je, kao što je to i danas u mnogim ‘nerazvijenim’ zemljama, omogućeno samo ženama. Dokazi o tome mogu se naći u samom jeziku: do 17. stoljeća nije postojala riječ koja bi označivala muškarca sudionika poroda. Suvremeni naziv ‘opstetričar’ devetnaesto je stoljetna derivacija stare latinske riječi *obstetrix* – primalja (Donnison, 1988). Tijekom povijesti žene su se, naime, smatrale ‘bližima’ prirodi od muškaraca, što je također ideja duboko utkana u aristotelovsku znanstvenu misao, te je ovo poimanje ostavilo mnoge posljedice na njihov status i položaj.

Uspon profesionalne medicine, koja svoj razvoj započinje već tijekom 13. stoljeća osnivanjem trgovačkih gildi, a među njima i one brijača-kirurga (*barber-surgeons*), ilustracija je načina na koji jedna vrsta znanja doživljava uspon i stječe legitimitet, te autoritet nad supostojećim, paralelnim sistemima znanja. Do tog je doba katolicizam bio službena religija u većem dijelu zapadne Europe, a crkveni su sudovi pod svojom jurisdikcijom imali cijeli niz društvenih praksi, uključujući seksualnu moralnost. Primaljina je povezanost sa začecem, trudnoćom i porodom zbog toga učinila njezin karakter i religijsku ortodoksiju od vitalnog značaja za crkvu. U tom

razdoblju primalje su počele funkcionirati kao svojevrsne crkvene ‘uhode’ te su prve restrikcije počele da se nameću njihovim praksama (primjerice zabranjeno im je pomaganje pri pobačaju), no do 14. stoljeća crkva je svoje kampanje progona heretika proširila na suđenje ‘vješticama’. Žene iscjeliteljke, u većini zajednica ujedno i primalje, kojima je dotad pripisivano tajanstveno znanje i moć nad seksualnošću i plodnošću, sada su bile suočene s optužbama za vještičarenje.

Kako nam pokazuje Jean Donnison, ove su optužbe ujedno postale korisno oružje u rukama liječnika u usponu koji su priželjkivali riješiti se konkurencije uspješnih ali ‘nekvalificiranih’ primalja. U Engleskoj, prvi formalni zahtjevi za kontrolom primalja doneseni su 1512. godine u Aktu kralja Henrika 8. za regulaciju liječnika i kirurga. Inicijativa je stigla od kraljevog liječnika Thomasa Linacrea, ujedno i jednog od pokretača u osnivanju ekskluzivnog muškog Koledža liječnika u Londonu, šest godina poslije. Očigledno je da je elitnim liječnicima poput Linacrea u interesu bilo ograničiti konkurenciju prakticionera, muškaraca i žena, bez regularnih kvalifikacija, koji su međutim i dalje sačinjavali većinu prakse.

Predmoderne primalje, takozvane mudre žene (*sage women*), posjedovale su korpus znanja temeljen na iskustvu, usmenoj predaji, poznavanju prirode i ljekovitih svojstava biljaka te upućenosti u magijske rituale. Postupnom regulacijom primaljske profesije, koja je zahtijevala zvanično školovanje i tako marginalizirala već postojeće prakticionerke (često nepismene žene sa sela) te im onemogućila stjecanje licenci, ovaj korpus znanja biva istisnut i devalviran kao nešto ‘nazadno’ i neprosvijećeno’, iako smo mogli vidjeti kako je čitav razvoj ‘prosvijećene’ znanstvene misli prožet predrasudama i zabludama o ženskom tijelu te od njih neodvojiv. Pierre Bourdieu govori upravo o ulozi koju formalna edukacija može imati u devaluaciji narodnog znanja u klasnom društvu: “Formalno obrazovanje uspijeva zadobiti prepoznavanje dominantne klase po pitanju legitimnog i specifičnog znanja (pravo, medicina, tehnologija, zabava ili umjetnost) sadržavajući u sebi devaluaciju specifičnog znanja kojim efektivno gospodari (običajno pravo, kućna medicina, obrtničke tehnike, narodna umjetnost i jezik, te svo znanje preuzeto od vještica i pastira...) otvarajući na taj način tržište za materijalna i pogotovo simbolična dobra čija su sredstva za proizvodnju doslovno monopolizirana od strane vladajuće klase (klinička dijagnoza, pravni savjet, kulturna industrija itd.)” (Bourdieu, Passerson, 1977:42, autoričin prijevod).

Borba između primalja i liječnika-kirurga za uspostavom autoritarnog znanja nije bila pravocrtna, a različita previranja i sukobljeni stavovi tokom 18. i 19. stoljeća otkrivaju nam slične problem s kojima se suočavamo i danas. Već početkom 18. stoljeća susrećemo pritužbe na liječničku ekscesivnu uporabu instrumenata poput forcepsa pri porodu, koje su oni s druge strane uzimali kao dokaz svoje 'naprednosti' u odnosu na primalje.¹² Položaj pri porodu također je bilo pitanje prijepora. Kako navodi Donnison, Dr. John Burton se 1751. godine u knjizi *Complete New System of Midwifery* zalaže za porođaj u ležećem položaju na leđima ili na boku, budući da je najjednostavniji za pacijenta, te najspretniji za liječnika. Ova je inovacija bila suprotna drevnoj mudrosti (već je Soranus, grčki liječnik, naglašavao važnost uspravnog položaja) poričući prednosti gravitacije i olakšanog disanja. No, do 19. stoljeća ležeći je položaj već postao norma 'civilizirane' prakse i donijeti dijete na svijet izvan kreveta počelo se doživljavati nečim za niže klase, ako ne i barbarskim (Donnison, 1988).

Možemo vidjeti kako porodničarske prakse čiji su povijesni uzroci i utemeljenje iščezli iz kolektivnog sjećanja, perzistiraju i dalje često bez propitivanja njihovog stvarnog značenja i posljedica koje ostavljaju na žensko iskustvo, a hijerarhije na kojima je izgrađen zapadni svijet i uspon medicinske profesije, odražavaju se u porođajnoj sali te prelamaju preko ženskih leđa u vidu iskustva koje im je oduzeto. Možemo pretpostaviti kako je ekstremna objektivizacija pri porodu koju žene opisuju, tj. ekstremna podijeljenost između 'ja' i tijela, ista ona podijeljenost koju žene osjećaju na ovaj ili onaj način tijekom cijelog života. Dovedena do krajnosti oduzimanjem mogućnosti djelovanja i odlučivanja u jednom od najznačajnijih događaja u mnogim ženskim životima, ova objektivizacija može, te često i ostavlja, traume. To je najvidljivije u visoko tehnologiziranom porođaju kapitalističkog suvremenog društva, u kojem je na djelu aktivna supresija svega onoga što bi žena mogla znati, misliti ili osjećati u procesu poroda.

¹² Preferencija instrumenata nad manje invazivnim metodama asistencije pri porodu može se tumačiti u svjetlu hijerarhijskog odnosa kulture i prirode, koji pripisuje *a priori* vrijednost ljudskoj tehnologiji nad ovladavanjem prirodnih procesa. Epiziotomija je još jedan primjer: opstetrička praksa preferira (znanstveno neutemeljeno) ravni rez kirurškim nožem nad sponatnim puknućem zbog navodnog lakšeg zarastanja. Ovaj 'ravni rez' u prirodi ne postoji, te je stoga jasni demarkator našeg civilizacijskog napretka.

5. KAPITALIZAM, TIJELO I TEHNOLOGIJA

Autorica Silvia Federici proces prvobitne akumulacije, tj. period koji označava prelazak iz feudalističkog ekonomskog sistema u kapitalistički, locira kao mjesto označeno promjenom paradigme tijela, tj. procesom transformacije tijela u radnu mašinu kako bi se zadovoljila nova potreba za maksimumom eksploatacije ljudske produktivnosti. Ovaj proces povezan je s istrebljenjem predmodernog, magijskog i nelinearnog mišljenja, kao i s progonom vještica - demonizacijom narodne kulture, devalvacijom sistema mišljenja i djelovanja koji su pružali mogućnost otpora uspostavljanju novog poretka utemeljenog na racionalnoj logici maksimizacije profita. Ovaj proces, to jest pomak s organske na mehaničku paradigmu postao je legitimizacija eksploatacije žena i prirode (Federici, 2013).

Nadalje, ona locira demografske krize 16. i 17. stoljeća kao mjesto proizvodnje državnog diskursa o važnosti reprodukcije i rastu populacije, koji s vremenom postaje sveprožimajući, te je također povezan s vrhuncem merkantilističkog kapitalističkog perioda koji je broj građana poistovjećivao s bogatstvom nacije. Paralelno se razvijalo viđenje ljudskih bića kao radnika, svojevrsne sirovine na raspolaganju državi. Obitelj postaje presudna institucija za osiguravanje prijenosa vlasništva i reprodukciju radne snage, a istovremeno započinje praćenje demografskih promjena i intervencije države u nadzor seksualnosti i rađanja, što su procesi koje Michel Foucault identificira kao rođenje 'biomoći' (Foucault, 2016). Glavna inicijativa koju je država preuzela da bi potakla natalitetni rast bila je usmjerena na slamanje kontrole koju su žene imale nad svojim tijelima i reprodukcijom. Federici tvrdi kako se ovo slamanje prije svega odvijalo kroz lov na vještice, koji je doslovno demonizirao svaki oblik kontrole rađanja i neprokrativne seksualnosti optužujući žene za žrtvovanje djece đavolu (Federici, 2013). U to vrijeme javlja se marginalizacija primalja te uvođenje muških liječnika u sobe za porođaj, čime započinje proces ženskog gubitka kontrole nad rađanjem: njihova je uloga u donošenju novog života postala pasivna, a liječnici-kirurzi počeli su se doživljavati kao pravi 'davaoci života' (Ibid, str.117). Ova promjena dovela je i do davanja prvenstva životu fetusa nad životom majke u slučajevima hitnoće, što je bilo u suprotnosti s tradicionalnim procesom poroda nad kojim je žena imala kontrolu. Da bi se ove promjene postigle, trebalo je prije svega izbaciti iz porođajne prostorije zajednicu žena koja se okupljala oko događaja, a primalje podvrgnuti liječničkom nadzoru.

“Ishod tih politika, koje su trajale dva veka, bio je potčinjavanje žena rađanju. Dok su u srednjem veku žene mogle da koriste razne oblike kontracepcije i imale neospornu kontrolu nad porođajem, njihove utrobe su sada postale javni prostor, pod kontrolom muškaraca i države, a rađanje je bilo stavljeno u direktnu službu kapitalističke akumulacije.”(Ibid.) Opsjednutost natalitetnim politikama potčinila je žene rađanju, a mehanicistička paradigma ljudskog tijela poslužila je kao legitimizacija kapitalističkoj stremnji pretvaranja ovog istog tijela u maksimalno produktivnu radnu mašinu.

Antropologinja Emily Martin 1987. je godine objavila svoju kulturološku analizu reprodukcije, fokusirajući se u jednom dijelu specifično na medicinske metafore ženskog tijela pri porodu, analizirajući opstetričke udžbenike i relevantnu literaturu. Njezino istraživanje pokazuje kako je na simboličkoj no i na praktičnoj razini, kapitalistička proizvodna logika ostavila posljedice na odnos medicine prema tijelu koje rađa, te na odnose između sudionika hospitaliziranog poroda. Ove posljedice očituju se u preslikavanju proizvodnih kapitalističkih odnosa neke pretpostavljene tvornice u rađaonu, gdje možemo uočiti hijerarhiju nadzornika (liječnika), žene radnice (*laborer*), stroja (maternice), te naposljetku djeteta (proizvoda). Martin nam pokazuje kako se jezik produkcije premjestio u polje reprodukcije, te tako ujedno opisuje i proizvodi realne odnose unutar rađaone. Budući da opstetrički udžbenici opisuju maternicu kao mišić izvan naše voljne kontrole (poput srca), maternica je viđena kao organ koji odrađuje većinu ‘posla’ (a ne žena sama). Kada govorimo o industrijskoj proizvodnji, analiza vremena i pokreta služi uspostavi kontrole nad specifičnim pokretima radnika kako bi se povećala produktivnost. U slučaju medicinskog vokabulara koji opisuje trudove, čini se kako je cilj jednak: “Maternice proizvode *učinkovite ili neučinkovite kontrakcije*, a dobar ili slab trud prosuđen je prema količini *progresu učinjenog u određenom vremenskom periodu*”(Martin, 1987:59). Ženski je rad (trud), poput tvorničkog rada, podijeljen u mnoge faze i podfaze, a svakoj od njih je dodijeljena prihvatljiva stopa progresu određena prema statističkim studijama. Devijacije od stopa mogu proizvesti različite ‘poremećaje’: “Prespora stopa uzrokuje *otegnutu* ili *produženu* latentnu fazu, aktivnu fazu ili fazu deakceleracije; prekid dilatacije u specifičnim periodima dovodi do različitih vrsta *zastoja*.”(Ibid.) Opstetrički pak priručnici pružaju popis pravilnog menadžmenta takvih poremećaja koji u većini slučajeva uključuje primjenu medikamenata, a zatim i brojne intervencije. Unatoč tome što postoje istraživanja i autori poput

Michela Odenta¹³ koji se bave psihosocijalnim i okolišnim faktorima koji utječu na progres poroda (svjetlo, buka, kretanje itd.), ovo znanje nije se integriralo u opstetričke prakse. Umjesto toga, ako proces poroda počne usporavati jer kontrakcije nisu dovoljno jake, većina opstetričkih udžbenika navodi razloge poput nedovoljno velike zdjelice, lošeg pozicioniranja fetusa ili previše rastegnute maternice. Nigdje nije sugerirano kako bi roditeljino generalno emotivno stanje (strah, tjeskoba) moglo utjecati na proces poroda, iako je “u mnogo – možda u polovici svih slučajeva – uzrok disfunkcije maternice nepoznat”(Lewontin u Martin, 1987:62). Tretiranje kontrakcija maternice kao ‘nevoljnih’, bez obraćanja pažnje na roditeljino psiho-emotivno stanje, naravno ima posljedice na preporučeni tretman. Mjere koje se tada predlažu fokusirane su na vanjsku manipulaciju ženskih tijela: raskinuće vodenjaka, oksitocinski drip koji djeluje kemijski na maternicu ili pak carski rez koji čini kontrakcije suvišnima.

Liječnik je pak viđen kao nadzornik ovih procesa, što je opet moguće iščitati iz jezika, prije svega u gotovo univerzalnom viđenju (barem što se tiče zapadnog svijeta) opstetričarove uloge ‘vođenja’ poroda.¹⁴ On je taj koji određuje je li ‘tempo’ napretka nedostatan, te nalaže ubrzanje primjenom lijekova ili mehaničkih naprava. Ova vertikalna distribucija autoritarnog znanja tipična je za zapadni hospitalizirani porod u kojem medicinsko znanje delegitimizira druge potencijalno vrijedne izvore znanja poput ženinog prijašnjeg iskustva ili znanja koje ima o stanju svojeg tijela. Nemedicinsko znanje devaluirano je sudioništvom svih prisutnih, često i same roditelje, koja počinje vjerovati kako je tijek porođaja određen profesionalnim medicinskim znanjem u njenom najboljem interesu. Opstetrička tehnologija i tehničke procedure igraju važnu, ako ne i centralnu ulogu u formiranju ovog hijerarhiziranog okruženja, a vlasništvo nad tehnologijom potrebnom za menadžment poroda istodobno definira i pokazuje tko bi trebao biti viđen kao onaj tko posjeduje autoritarno znanje, te posljedično tko ima legitimnu moć za donošenje odluka. Dobra ilustracija ovih odnosa jest upotreba elektroničkog fetalnog monitoringa (EFM), simbolička i uporabna vrijednost koja mu je pridana, te način na koji se puni značenjem u specifičnoj situaciji. EFM je u širokoj uporabi budući da se vjeruje kako ukazuje na

¹³ Michel Odent francuski je opstetričar čiji su fokus znanstvenog istraživanja okolišni faktori koji utječu na proces porođaja. Također naglašava važnost smanjenja aktivnosti neokorteksa kao ključ za otkrivanje bazičnih potreba žena pri porodu. Autor je 15 knjiga na temu porođaja.

¹⁴ Tako je i Opstetrički Simpozij održan u travnju 2016. godine u Plitvicama nosio naziv *Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog vođenja poroda*.

prve znake unutar materničnih komplikacija, iako nikada nije dokazano da njegova rutinska upotreba popravljala ishod poroda (Jordan, 1997). Brigitte Jordan analizirala je unutar svog istraživanja o konstrukciji autoritarnog znanja u rađaoni, tijekom poroda u jednom američkom rodilištu putem videosnimke: tijekom trudova, sestra/tehničarka je preokupirana promatranjem EFM-a, dok s druge strane nemamo nikakvih znakova da roditelj aktivno procesuirala rezultate aparata, unatoč činjenici da se nalazi točno uz njezin krevet te da postoje trenuci kada su ti rezultati u kontradikciji s njezinim iskustvom.¹⁵ Kao dio medicinskog tima, sestra je stručni interpretator i korisnik informacija koje EFM pruža, dok žena u trudovima to nije i nema nikakvog pokušaja da joj se uloga aparata u donošenju odluka eksplicira. Drugi artefakti i procedure važne za tijek poroda još su manje transparentne i istodobno je restrikcija nad njihovom uporabom veća. Primjerice, samo liječnik može izvesti vaginalni pregled na temelju kojeg će roditelji biti dozvoljeno da 'tiska'. Zanimljivo je kako se u prostoriji nalaze i drugi članovi tima koji su kompetentni za izvođenje pregleda, poput sestre, no ona govori kako ga ne želi obaviti jer će ga liječnik ionako ponoviti. Ne radi se toliko o tome da nam je potrebna informacija kako je žena spremna 'tiskati' (ona nam je dostupna iz iskustva same žene), već o tome kako ta informacija treba biti proizvedena od prave osobe kako bi postala autoritarnim znanjem. Iako svi u prostoriji znaju kako je žena spremna roditi svoje dijete, ta informacija nema nikakvu vrijednost dok nije legitimizirana od strane liječnika (Jordan, 1997:65-70). Žensko se dakle iskustvo posredstvom tehnologije i medicinski proizvedenog autoriteta devaluira i ignorira. Ivan Illich u svojoj knjizi o eksproprijaciji zdravlja od strane medicinskih institucija-korporacija u kapitalističkom društvu govori o novim izvorima patologije koji su upravo medicinskog porijekla i imaju izvor u tehničkim intervencijama. Ove su intervencije sa svojom pripadajućom tehnologijom također omogućile da "ono što se nekoć smatralo zlouporabom povjerenja i moralnom pogreškom može odsad racionalizirati u obliku usputnog kvara opreme ili njezinih operatora. U bolnici s kompleksnom opremom neman postaje ljudska 'slučajna' pogreška, neosjetljivost 'znanstveni odmak', a nestručnost 'nedostatak specijaliziranih uređaja'. Depersonalizacija dijagnoze i terapije prenijeli su nedostatke iz etičkog područja u rad tehnološkog problema" (Illich, 2010:47).

¹⁵ Ova kontradikcija čini očiglednim promjenu odnosa u rađaoni: mogli bismo reći kako EFM na neki način 'proizvodi' fetus kao zasebnog 'pacijenta' u odnosu na majku te potencijalno suprotstavlja njihove interese, dok su u tradicionalnom porodu oni činili jednu cjelinu objedinjenu unutar ženskog tijela.

Illich problematiku poroda promatra u široj perspektivi monopola kojeg su medicinske industrije – korporacije uspostavile nad ljudskim zdravljem, komodificirajući ga, te život sam sada zahtijeva u svakoj životnoj fazi ponaosob, poseban oblik terapijske potrošnje. Ovo je naravno združeno s medikalizacijom različitih prethodno smatranih prirodnih stanja, te sa kapitalističkim konzumerističkim imperativom instantne ugone i izbjegavanja boli. S napuštanjem holističkog pristupa čovjekovu zdravlju te izdvajanjem ‘simptoma’ ‘organa’ i ‘funkcija’ od živućeg ljudskog bića, tako je i bol promijenila svoje društveno značenje te je reducirana na opstrukciju. “Tamo gdje patiti ponajprije znači prkositi nekom iskušenju, bol se poštuje kao intimno i nepriopćivo iskustvo. Čim bol postane predmetom manipulacije, u njoj se prije svega vidi reakcija organizma; može se provjeriti, mjeriti i njome upravljati. To gubljenje snage, to opredmećenje subjektivnog iskustva od boli stvara predmet dijagnoze, zatim vanjskog tretmana više nego priliku za onoga koji je podnosi da prihvati svoju kulturu, svoju tjeskobu, svoja vjerovanja. Liječnička profesija odlučuje koji su bolovi autentični, koji su zamišljeni ili simulirani...profesionalni pogled, podijeljen od društva, određuje odnos pacijenta prema svom iskustvu” (Ibid, str. 172-173). No koncept nasilja pri porodu pokazuje nam kako mnoge žene žele preuzeti natrag u svoje ruke svoje vlastito iskustvo poroda, te da nisu zainteresirane za dokidanje boli ako to ujedno znači dokidanje slobode ili svijesti, te gubitak neovisnosti.

6. ZAKLJUČAK

Nasilje pri porodu, opisano u venecuelanskom zakonu kao “aproprijacija ženskog tijela i reproduktivnih procesa od strane zdravstvenog osoblja, koja se ispoljava kroz dehumanizirajući tretman, zlouporabu medikalizacije i patologizaciju prirodnih procesa, a rezultira gubitkom autonomije i mogućnosti slobodnog odlučivanja o svome tijelu i seksualnosti, negativno utječući na kvalitetu života” (Sadler, 2016) još uvijek je uvelike nevidljivo nasilje budući da se ispoljava unutar društveno legitimiranog sustava zdravstva, te unutar procedura koje se smatraju dijelom opstetričke norme, kao i kroz njih. Ovo se nasilje često opravdava ‘dobrim ishodom’, odnosno rođenjem zdravog djeteta, ignorirajući posljedice koje ostavlja na žene i njihovo psiho-fizičko zdravlje. Ono je ujedno dio mnogo šireg problema, posljedica nataloženog znanja, predrasuda i iskustva o ženama i ženskom tijelu u zapadnoj kulturi, kao i posljedica našeg pristupa ljudskom zdravlju i reprodukciji. Razmjeri ženske neravnopravnosti koji su još uvijek ogromni u 21. stoljeću, često nisu dovoljno prepoznati niti shvaćeni upravo zbog njihove strukturalne prirode tj. njihove utkanosti u tkivo političkih i društvenih institucija koje ovu neravnopravnost naturaliziraju. Nepravde učinjene ženskom tijelu i ženskom integritetu postaju jasne tek kada se ispolje u vidu pojedinačnog ekscesa, no takvi ekscesi samo su vrh ledenjaka i krajnja konzekvenca nepravde koju žene svakodnevno žive.

Nasilje pri porodu, onda kada se događa, postaje moment u kojem je ženski položaj u društvu dodatno potvrđen, a bespomoćnost i nedostatak autonomije ispoljeni kao nužnost njihove egzistencije. Žena je tada ‘podsjećena’ koje je njeno ‘mjesto’ i kolika je njezina moć djelovanja. Zbog ove legitimizirajuće moći koju hospitalizirani porod nosi u potvrđivanju ženske nemoći, porod može postati ključno mjesto otpora i subverzije odnosa dominacije. Opisujući porod kod kuće, Elan Vital McAllister navodi: “Nevjerojatno je kad se to dogodi. Biti kraj žene na kraju tog puta. Ona kaže: znala sam da neću moći, a onda sam uspjela. Došla sam do najvišeg zida na svijetu i preskočila ga.”¹⁶ Preuzimanjem poroda natrag u svoje ruke, edukacijom i suprotstavljanjem uvriježenim praksama koje okružuju suvremeni porod, on može postati upravo

¹⁶ The Bussines of Beng Born. (2008.) Red. Epstein, Abby. Pristupljeno na: <https://www.youtube.com/watch?v=dCiQrcPOQas>

mjesto afirmacije ženske moći, ponovnog otkrića njezinih snaga koje će napraviti pukotinu u naizgled neprobojnom i često nevidljivom mozaiku patrijarhalnih odnosa.

7. LITERATURA

Bourdieu, P. (2001.) Masculine domination. Stanford University Press.

Bourdieu, Pierre. Passerson, Jean-Claude. (1977.) Reproduction in Education, Society, and Culture. Sage studies in social and educational change, vol. 5. London and Beverly Hills: Sage.
Pristupljeno na: <http://www.public.iastate.edu/~carlos/607/readings/bourdieu1.pdf>

Chalmers, B., Mangiaterra, V. (2001.) Appropriate perinatal technology: A World Health Organization Perspective. Pristupljeno na: [http://www.jogc.com/article/S0849-5831\(16\)31316-7/pdf](http://www.jogc.com/article/S0849-5831(16)31316-7/pdf)

De Beauvoir, S. (1982.) Drugi pol. Beograd: Beogradski izdavačko-grafički zavod.

Donnison, Jean. (1988) Midwives and Medical Men: A History of the Struggle for the Control of Childbirth. Historical Publications.

Federici, Silvia. (2013.) Kaliban i veštica: Žene, telo i prvobitna akumulacija. Burevesnik: Beograd.

Foucault, Michel. (2016.) Rođenje biopolitike. Sandorf: Zagreb.

Illich, Ivan. (2010.) Medicinska nemeza: eksproprijacija zdravlja. Litteris: Zagreb.

Jaggar, M. Alison. (1989.) "Love and knowledge: Emotion in Feminist Epistemology." Gender/Body/Knowledge: Feminist Reconstructions of Being and Knowing. London: Rutgers University Press.

Jordan, Brigitte. (1997.) „Authoritative Knowledge and Its Construction“. Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives. University of California Press.

Leder, Drew. (1992.) „A Tale of Two Bodies: the Cartesian Corpse and the Lived Body.“ The Body In Medical Thought and Practice. Pristupljeno na: http://www.unr.edu/philosophy/documents/readings-lived_body.pdf

Libbon, E. Stephanie.(2007.) „Pathologizing the Female Body: Phallocentrism in Western Science.“ Journal of International Women's Studies. Vol.8, iss. 4, Article 6. Pristupljeno na: <http://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1401&context=jiws>

Lock, Margaret. (1985.) „Models and practice in medicine: Menopause as syndrome or life transition?“ Physicians of Western Medicine: Anthropological Approaches to theory and practice. DOI: 10.1007/978-94-009-6430-3

Martin, Emily. (1987.) The Woman in The Body: A Cultural Analysis of Reproduction. Beacon Press: Boston.

Merchant, Carolyn. (1980.) The Death of Nature. Pristupljeno na: <https://bibliodarq.files.wordpress.com/2015/09/merchant-c-the-death-of-nature-woman-ecology-and-the-scientific-revolution.pdf>

Ortner, S. (1983.) „Žena spram muškarca kao priroda spram kulture.“ Antropologija žene – zbornik. Beograd: Prosveta.

Rich, A. (1986.) Of Women Born: Motherhood as experience and institution. W.W. Norton&Company: New York, London.

Sadler, M. (2016.) „Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimension of obstetric violence“. Reproductive Health matters, 24(47) Pristupljeno sa: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.04.002>

Sanchez, Bellon Silvia. (2014.) Obstetric violence:medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues? Pristupljeno na: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/298064/Silvia%20Bellon%20Sanchez.GEMM.A%20thesis.pdf?sequence=2>

Shabot, Cohen S. (2015.) Making loud bodies „feminine“: A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. DOI 10.1007/s10746-015-9369-x

WHO (1999). Skrb tijekom normalnog porođaja – praktični vodič. Svjetska zdravstvena organizacija: Geneva. Preuzeto sa:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/6/WHO_FRH_MSM_96.24_scr.pdf

Young, Iris Marion. (1980.) Throwing like a girl: A Phenomenology of Feminine Body Comportment, Motility and Spatiality. Pristupljeno na:

https://www2.warwick.ac.uk/fac/arts/english/currentstudents/undergraduate/modules/fulllist/special/transnational/iris_marion_young.pdf

8. IZVORI

Na čvorištu patrijarhata i neoliberalizma: Nasilje nad ženama u porođajnoj sali.

<https://www.youtube.com/watch?v=9o0xsA3ZtPQ&app=desktop> Pristupljeno 31.8.2017.

Prekinimo šutnju: 16 dana aktivizma protiv nasilja nad ženama.

https://www.facebook.com/pg/udrugaroda/photos/?tab=album&album_id=10152423832752051

Pristupljeno 31.8.1017.

Anketa o praksama u sustavu maternalne skrbi u Hrvatskoj, ožujak 2015.

http://www.roda.hr/media/attachments/udruga/programi/tip/Sustav_maternalne_skrbi_HR_rezultati_ankete.pdf Pristupljeno 31.8.2017.

Cochrane: Mother's position during the first stage of labour.

http://www.cochrane.org/CD003934/PREG_mothers-positionduring-the-first-stage-of-labour

Pristupljeno 31.8.2017.

Cochrane: Enemas during labour. http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour

[labour](http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour) Pristupljeno 31.8.2017.

The Business of Being Born Documentary. <https://www.youtube.com/watch?v=dCiQrcP0Qas>

Pristupljeno 31.8.2017.

9. PRILOZI

Slika 1-6 : Prekinimo šutnju: 16 dana aktivizma protiv nasilja nad ženama.

https://www.facebook.com/pg/udrugaroda/photos/?tab=album&album_id=10152423832752051

Pristupljeno 31.8.1017.

