

Љиљана Пантовић

Институт за филозофију и друштвену теорију
Универзитет у Београду
ljiljana.pantovic@instifdt.bg.ac.rs

Нечија или „општенародна“ пацијенткиња: значај друштвеног положаја и неформалних односа приликом порођаја у Србији *

Антрополошка истраживања постсоцијализма указују на неопходност стварања неформалног односа (везе) за навигирање кроз системе социјалне и здравствене заштите, док феминистичка истраживања порођаја указују на негативне последице доминантног медиализованог модела рађања на порођајно искуство жена који одликује технократски и отуђујући приступ према женама. Овај рад спаја ова два вида истраживања и указује на улогу неформалних односа, веза, приликом преговарања порођаја у Србији, али и на значај друштвене позиције људи утичу на могућности коришћења везе. Заснован на осамнаесто-месечном етнографском раду о праксама пружања здравствене неге трудницама и породиљама, овај ради има за циљ да укаже како друштвени положај жене утиче на њену способност да успостави везу унутар система државне здравствене заштите, али и да преиспита тврдњу да везе могу да заштите жену од интервенционизма приликом порођаја у Србији. Имати свог лекара „преко везе“ спада у корпус основних брига жена у Србији када се приближи време за порођај. Ако има успеха у овом подухвату, трудница се претвара из ничије, то јест, „општенародне“ пацијенткиње у нечију пацијенткињу. Жене лошијег економског стања, жене из руралних средина и често жене ромског етничког порекла имају ограничене могућности остварења везе у државним породилиштима. Везе не успевају у потпуности да заштите жене од интервенција, већ утичу на врсту и време спровођења интервенција.

Кључне речи: порођај, Србија, везе, технократски модел рађања, друштвено позиционирање

* Текст је резултат рада на истраживању настао уз финансијску подршку два гранта: Social Sciences Doctoral Dissertation Fellowship, Dietrich School of Arts and Sciences, University of Pittsburgh (2016/2017); Klinzing Grant for Dissertation Research, European Studies Center, University of Pittsburgh (2016/2017), али и захваљујући институционалним средствима обезбеђеним од стране Министарства просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије. Претходна верзија овог рада је представљена на радионици „Мањински идентитети и друштвена интеграција“, Филозофски факултет, Универзитет у Новом Саду.

Somebodies or Nobody's Patient: The Importance of Social Positioning and Informal Relations during Childbirth in Serbia

Anthropological research on post-socialism points to the need for informal relations when navigating social and health care systems, while feminist research on childbirth points out the negative consequences of the dominant medicalized model of childbirth on women's experience. This paper combines these two types of research and points to the role of informal relations in negotiating childbirth in Serbia and the role of peoples social positioning influencing the possibilities of using these relations. Based on eighteen months of ethnographic fieldwork on the practices of providing maternal health care in Serbia, the aim of this paper is to show how a woman's social position affects her ability to establish a relationship within the state health care system, and to reconsider the claim that informal relationships can protect women from interventionism during childbirth in Serbia. Using informal relations (*veze*) in order to have your doctor during childbirth is a key concern for women in Serbia. Informal relations transform women from (no)bodies into somebodies, someone's patient. Women of poorer economic status, women from rural areas, and often women of Roma ethnic origin have limited opportunities to establish informal relations in state maternity hospitals. Informal relations do not fully protect women from interventions but affect the type and timing of interventions.

Key words: childbirth, Serbia, informal relations, technocratic model of birth, social positioning

Увод

Порођај је биолошки и друштвени чин. Антрополошка истраживања порођаја и рађања започета су пре око четрдесет година компаративним истраживањима о праксама и начинима рађања у различитим културама (Davis-Floyd & Cheyney 2019; Davis-Floyd & Sargent 1997a; Ginsburg & Rapp 1995; Ginsburg & Rapp 1991; Jordan 1978; McClain 1989). Антрополошка истраживања трудноће и порођаја се најчешће могу поделити у две подгрупе. Првој групи припада, такозвано „етно-акушерство“ (McClain 1975), студије о различитим културолошким и најчешће не-западним праксама и ритуалима везаним за трудноћу и порођај. Другу групу чине студије о политикама репродукције (Ginsburg & Rapp 1991, Ginsburg & Rapp 1995) чији је фокус преваходно на анализи и ширењу медицинских пракси и нових репродуктивних технологија у оквирима западног био-медицинског приступа рађању или технократском моделу рађања (Davis-Floyd 2001).

У српској антропологији врло мало је писано о теми рађања, а већина радова који се јесу бавили темом припадају подгрупи „етно-акушерства“ и описују различите народне обичаје везане за порођај (Bandić 1991; Marjanović 2010). Са друге стране, у протеклој деценији социолошка и психолошка истраживања порођаја почињу да попуњавају празнину у литератури (Drezgić 2008; Arsenijević, Pavlova & Groot 2014; Matejić et al. 2014; Sekulić 2016; Stanković 2014, 2017b; Stanković, Skočajić & Đorđević 2017). Знање о друштвеним аспектима порођаја у Србији се проширује пре свега захваљујући истраживањима Наде Секулић и Биљане Станковић (Sekulić 2016; Stanković

2014, 2017a, 2017b; Stanković, Skočajić & Đorđević 2017) које јасно указују на постојање и последице технократског модела рађања у Србији. Кључне одлике овог модела у Србији описао је још 1996. године гинеколог Вук Стамболивић (Stambolović 1996) и то су: рутинско клистирање, бријање, активно вођење порођаја које подразумева индукцију, ручну дилатацију и прокидање водењака и рутинска епизиотомија.

Технократски модел рађања је доминантан у већини света. Међутим, у сваком друштву постоје специфични друштвени контексти који обликују овај модел рађања. У Србији значајан печат на целокупни здравствени систем је оставио период југословенског социјализма, али и касније постсоцијалистичке, неолибералне промене. Битна одлика источноевропског технократског модела рађања је деперсонализација и бирократизација (Baji et al. 2017; Rivkin-Fish 2005b), која онемогућује успостављања континуираног односа између лекара и пацијенткиња.

Унутар система где су институције одговорне за пружање неге, сви запослени у тој институцији су одговорни за ту негу. Колективна одговорност најчешће постаје „колективна неодговорност“ (Rivkin-Fish 2005b). Бирократизован систем и колективна неодговорност онемогућују континуитет приликом пружања бриге и стицање поверења и одговорности (Baji et al. 2017; Rivkin-Fish 2005a, 2005b).

Истраживања неформалних односа указују на улогу и значај друштвеног положаја на могућност приступа различитим аспектима бирократског система државе, као што су системи социјалне и здравствене заштите (Brković 2012, 2017a; Brković 2017b; Rivkin-Fish 2005a, 2005b; Stan 2012). Појам везе, као домаћи пример неформалног односа или праксе, односи се на употребу неформалних контаката за добијање приступа могућностима које или нису доступне или су тешко доступне формалним каналима (Brković 2012; Stanojević, Gundogan & Babović 2016). Везе јесу значајан и флексибилан ресурс појединца приликом интеракција унутар српског здравственог система, а поготово су значајне женама током трудноће и порођаја у државним породилиштима. Веза служи као вид привилегије и протекције жене унутар породилишта (Sekulić 2016). Међутим, какво је порођајно искуство жена које нису у могућности да омогуће себи везу унутар породилишта? Да ли и на који начин класна и етничка припадност утичу на могућности успостављања неформалног односа у српским породилиштима? Поставља се и следеће питање: да ли овај привилеговани положај заиста штити жене у породилишту од насилних и нежељених интервенција које карактеришу технократски модел рађања или само утичу на њихову примену? У овом раду, заснованом на етнографском истраживању трудноће и порођаја у Србији, испитује се значај друштвене (класне, етничке и економске) позиције трудница и породила приликом порођаја. Ово истраживање указује да, упркос постојању веза, жене нису заштићене од насилних и нежељених интервенција приликом порођаја.

О истраживању и методолошким поступцима

Највећи део истраживања спроведен је током 2016. и 2017. године, док су прелиминарна истраживања спроведена током лета 2014. и 2015. године у једном већем граду у Србији. Због очувања анонимности испитаница и испитаника, не именујем град у којем је спроведено истраживање и сва имена коришћена у тексту су псеудоними. Београд је намерно искључен јер не представља репрезентативан пример здравствене неге трудница и породиља у остатку Србије. Наиме, једино Београд има више од једног државног и чак три приватна породилишта што није случај с другим местима у Србији. Град у којем је истраживање спроведено је изабран након прелиминарног упоредног истраживања са другим градом сличне величине и установљено је да су институционалне здравствене праксе и искуства жена у та два града, за разлику од Београда, умногоме слична. Поред тога, сва претходна квалитативна истраживања порођаја (Sekulić 2016; Stanković 2014, 2017b) ослањају се на полуструктурираним дубинским интервјуима са Београђанкама. У том смислу, овај рад представља и прво квалитативно истраживање трудноће и порођаја изван Београда.

Иако је шире истраживање засновано на употреби два методолошка приступа – посматрање са учествовањем и полуструктурирани интервјуи са породиљама, гинекологима и гинеколошкињама, бабицама и другим здравственим радницама и радницима у овом раду су представљени подаци прикупљени искључиво методом посматрања са учествовањем унутар две здравствене институције – породилиште и школа за психофизичку припрему за порођај при дому здравља. У овом аспекту се ово истраживање такође разликује од претходних, јер је поред анализе самог чина рађања и боравка у породилишту обухваћен и већи део периода трудноће. Уз неопходна одобрења етичких комисија, провела сам четири месеца пратећи гинекологе „као сенка“ (*shadowing*: Wilson, Baer & Villalona 2019) током њиховог радног дана у породилишту и четири месеца похађајући наставу у школи за труднице при дому здравља. Истраживачке белешке су транскрибоване и кодиране помоћу програма *nVivo* за сређивање и анализу етнографске грађе. Теренске белешке су претворене у кључне етнографске вињете које најверодостојније приказују свакодневницу унутар породилишта и дома здравља.

Главна сврха методе посматрања са учествовањем јесте да омогући истраживачу такозвану перспективу изнутра која подразумева активно учешће у свакодневним активностима, употребу свакодневног разговора као технику интервјуа, као и неформално посматрање и бележење у виду теренских белешки (Musante & DeWalt 2011). Углавном током етнографског теренског рада улоге које антрополог преузима не морају бити тако строго дефинисане, могу бити флуидне и зависне од специфичних околности датог контекста (Bernard & Gravlee 2014), међутим таква флуидност није могућа унутар ригидног система протокола и правила који влада у здравственим установама. Данска антрополошкиња Гита Винд (Wind 2008) зато предлаже поновно промишљање саме методе посматрања са учествовањем да би се

могла применити у клиничким условима. Флуидност и промене улога постаје изазовније постићи у окружењу где су појединцима додељене строге улоге које су видљиве по одећи коју носе или не носе. Лекари носе бело, бабице розе, а студенти медицине жуте униформе. Винд (Wind 2008) нуди четири могуће улоге које антрополошкиња може заузети у болничком окружењу: пацијенткиња, посетилац / чланица породице, здравствена радница или студенткиња/истраживачица. Током свог истраживања преузела сам улогу студенткиње, носећи жуту униформу током боравка у породилишту. Ова улога ми је дозволила да несметано посматрам порођаје и разговарам са женама у њиховим собама након порођаја.

Антропологија рађања и технократски модел порођаја

Феминистичка и антрополошка истраживања (Davis-Floyd 2009; Davis-Floyd & Sargent 1997b; Lazarus 1994; Misago et al. 2013; Pincus 2013) указују на то да је у западним или биомедицинским системима физиолошки процес порођаја медиализован и патологизован. Сваки медицински систем је одраз ширег друштвеног система вредности. Централне вредности западног друштвеног система су окренуте ка профиту, науци, технологији и патријархалним институцијама. Иако је технологија главна вредност биомедицине, акушерке праксе попут рутинске епизиотомije, честих ултразвучних прегледа, лековима убрзаних порођаја више имају везе са друштвеним него научним праксама. Није реч о некој новој појави, напротив, медиализација порођаја и технолошки оријентисан приступ рађању настаје још почетком 19. века општом институционализацијом медицине и поимања тела као локуса заразе и болести (Fuko 2009). Порођај се посматра не само као искључиво телесни чин, већ као чин који захтева надзирање и контролу.

Технократски модел рађања подразумева да је потпуна контрола над целокупним током рађања у рукама медицинских стручњака, најчешће мушкараца или пак маскулинизоване средине, а одиграва се углавном унутар здравствених институција. Оваква средина подразумева да се порођај „прати“ и да се превасходно ослања на различита технолошка средства. Тако се, на пример, ултразвучни преглед сматра главном алатком потврде и праћења тока трудноће јер пружа могућност да се премости граница жениног тела и представе „прве слике бебе“ и технике праћења здравља фетуса (Mitchell 2016). Исход оваквог модела рађања је подвајање жениног доживљаја сопства од њене телесности. И пре самог порођаја, жене препуштају знање о сопственом телу и трудноћи гинекологу. Чак и сам израз „вођење трудноће“ указује на препуштање контроле над процесом рађања неком другом. Главну улогу у чину рађања има лекар, уместо породиље.

Пионирско истраживање у овој области још осамдесетих година прошлог века спровела је Емили Мартин (1987). Она у свом раду указује на перципирање жениног тела као машине за рађање коју контролишу и надзиру други, стручнији од ње (Martin 1987). Порођај се перципира као контрола менаџера (доктора) над радницом (женом) и машинеријом (њена материца)

унутар фабричког модела производње (породилиште) (Martin 1987). Протеклих деценија, пре свега заслугом активисткиња за женска права, видљиве су промене у моделу, попут омогућавања присуства партнера на порођају и залагања за хуманији или идеалније холистички приступ рађању у самим болницама (Odent 1984), те који би подразумевао искључење непотребних медицинских интервенција и активно учешће жене у чину рађања (Davis-Floyd 2001).

Један често цитиран гинеколог, чији рад поштују светске активисткиње за слободу рађања је Мишел Одент и његова књига *Препород рађања* (Odent 1984). Он је један од првих гинеколога који се отворено противио рутинизацији медицинских интервенција током порођаја. У својој клиници у Француској још крајем прошлог века, током порођаја жена није нужно била у лежећем положају током порођаја. Конкретно, Одент се залагао за порођај у седећем/чучећем положају. Сматрао је да је овај положај природнији и да улога гинеколога није да подреди женин порођај себи, већ да се он стави на услугу њој током природног процеса рађања.

Међутим, проблем са оваквом сликом рађања јесте потенцијал да се жена перципира искључиво као порођајно тело вођено природним инстинктима. На ову контрадикторност у раду Мишела Одента указује и Емили Мартин која наводи: „Иронично је да Одентови напори да контролу над порођајем врати женама захтевају представљање жена као животиња. Дакле као део природе, а не културе“ (Martin 1987, 164). Одентов рад и залагања активисткиња донели су извесне промене када је реч о рађању у породилиштима, као што су присуство партнера или блиских особа на порођају, слобода кретања и избор положаја за рађање, али и одређена дестигматизација алтернативних модела рађања.

Свакако да постоје примери алтернативних модела рађања, попут рађања код куће (Cheyney 2011; Hazen 2017; Kitzinger 1979). Ипак, овакви модели су и даље маргинални у односу на доминанти, технократски модел. Један од разлога је што су заговарачице алтернативних модела рађања махом или саме труднице или бабице чији ауторитет је или непостојећи или мање поштован.

Антропологија рађања у Србији – технократски модел као једини модел рађања

Порођај код куће није, како су неке ауторке наводиле, забрањен законом (Arsenijević, Pavlova & Groot 2014; Stanković, Skočajić & Đorđević 2017), јер то би значило да су алтернативе болничком порођају препознате и видљиве као други модели рађања. Закони у Србији не препознају други начин рађања сем болничког. Према званичној статистици Републике Србије из 2015. године, 99,1% свих порођаја се одвија у болничким условима. Иако постоје случајеви рађања код куће, њихова заступљеност је занемарљива.

Једини модел јесте технократски модел рађања у здравственим институцијама.

Правни систем у Србији чак и не препознаје другу могућност за рађање изузев у оквирима здравствене институције (Jerinić & Simić 2014). Од 1973. године новорођено дете у Србији не пријављује појединац, већ здравствена институција (Jerinić & Simić 2014). Управо у овој чињеници се садржи једна од кључних одлика српског технократског модела рађања. Главни однос није између пацијенткиње и њеног одабраног лекара, већ између пацијенткиње и здравствене установе у којој се она порађа.

Целокупан здравствени систем данашње Србије изграђен је након Другог светског рата, за време југословенског социјализма. Унутар овог социјалистичког система је развијен и технократски модел рађања код нас. Главна одлика технократског модела рађања унутар социјалистичког система је расцепканост на више установа, али и свеобухватна бирократизација и деперсонализација процеса пружања здравствене неге трудницама и породиљама.

Здравствени систем у Србији је подељен на три нивоа: установе примарне здравствене неге (домови здравља), установе секундарне здравствене неге (опште болнице) и установе специјализоване здравствене неге или терцијарне установе (клинички центри). У нашој земљи жене се могу породити у једној од педесет осам здравствених установа. Највећи део су породилишта унутар општинских болница, дакле секундарне установе. Док су четири од тих педесет и осам терцијарне институције посвећене искључиво здрављу жена – гинеколошко-акушерске клинике (ГАК). Међутим, здравствени систем не предвиђа да труднице прате своју трудноћу у овим установама. Здравствена нега трудница и породиља је расцепкана на више здравствених установа.

Када жена установи да је у другом стању, све прегледе и контроле обавља у свом локалном дому здравља код свог изабраног гинеколога или гинеколошкињу. Према Уредби о националном програму здравствене заштите жене, деце и омладине један гинеколог и једна гинеколошка медицинска сестра задужени су за 6.500 жена старијих од петнаест година у сектору примарне здравствене заштите. Међутим, иако жена има право да бира свог гинеколога, она се неће породити у дому здравља. Већина жена се порађа у општинским болницама или ГАК-овима, а тамо она нема право да бира, нити да уз њу буде лекар који је пратио њену трудноћу до тог момента. По пријему у болницу, жене се најчешће одвајају од партнера и породице. Често им је забрањена и употреба мобилних телефона, као и могућност уношења сопствене хране. Све жене пролазе кроз обавезне процедуре пријема, које укључују и клистирање, честе вагиналне прегледе и узимање карличних мера. Сам порођај је потпуно медиализован. Само медицинско особље сме да присуствује на порођају. Након отпуштања мајке и новорођенчета из болнице, даља здравствена нега им се пружа у њиховим домовима. Медицинска сестра или патронажна сестра, долази у кућне посете пет пута или док не отпадне

пупчаник. Ако на овај начин сагледамо трудноћу, порођај и прве дане након порођаја, увиђамо да се једна жена сусреће са широким дијапазоном различитих медицинских радника.

Етнографски приказ технократског модела рађања у Србији

Женино телесно искуство приликом порођаја је обликовано њеним односом са медицинским особљем. Другим речима, на искуство порођаја највише утиче начин на који се запослени у породилишту опходе према женама (Stanković 2014; Stanković, Skočajić & Đorđević 2017: 19–20). Истраживање невладине организације „Центар за маме“ из 2015. указује да је чак 63% жена сматрало да њихово мишљење није уважено и поштовано у породилишту, док је 73% навело да није имало никакву контролу над порођајем. Ово истраживање је показало да се већина жена осећа незаштићено, несигурно, чак и усамљено током чина рађања. Том осећају сигурно доприноси чињеница да у већини српских породилишта супрузима и партнерима није омогућено присуство током порођаја. Жене у Србији се порађају у присуству медицинског особља, које врло често описују као хладно и дистанцирано (Arsenijević, Pavlova & Groot 2014).

Нада Секулић у свом раду врло експлицитно указује на постојање насиља над женама током порођаја у Србији (Sekulić 2016), полазећи од феминистичко-културолошке перспективе која порођај посматра као обред прелаза у којем се јасно може уочити неједнак однос моћи и подређени положај жене. Иако већ дуже време различите невладине и неформалне организације (Мајка Храброст, Бебац, Центар за маме), указују на лоше стање српских породилишта и лош третман према породиљама, једино Секулић јасно сагледава такво лоше стање кроз призму насиља над женама. Она скреће пажњу да се „субјективност жена, њихов физички интегритет и осећај самопоштовања неретко нарушавају током стандардизованих и уобичајених поступака порађања функционално прилагођених медицинском особљу“ (Sekulić 2016a, 10).

Током истраживања присуствовала сам на преко сто порођаја у датом породилишту, али нисам разговарала са свим женама чијим сам порођајима присуствовала. За неке од њих ја сам била тек још један представник здравствене институције, а оне за мене непознате особе. У наставку представљам теренску белешку, опис порођајне сале и своју опсервацију о њој, што на јасан начин осликава како технократски модел рађања изгледа у пракси.

Порођајна сала као паноптикон

У просечном дану овде се породи 15–20 жена. Порођајна сала је осмишљена тако да подсећа на Бенетамов паноптикон, са чуварском кулом или у овом случају главним лекарским пултом позиционираним у центру

просторије са најбољим погледом на пет стаклом обложених порођајних боксова. Жене прелазе саме у порођајне боксове, где се налазе такозвани тврди порођајни столови, тек у финалној активној фази порођаја. У боксовима жене проведу најкраће време, већи део времена леже у „меким“ креветима са друге стране осматрачког пулта, иза зида, у просторијама намењеним за латентну фазу порођаја или прво порођајно доба. Оне нису под директним надзором медицинских радника иза пулта. Њихов надзор се спроводи путем главног монитора на пулту који прати откуцаје срца беба и контракције трудница – ЦТГ машине. Често жене и не знају да су машине прикопчане за њихове стомаке, поред њихових тела, повезане са још једном машином која их све време надгледа. Оне мисле да су препуштене саме себи већи део времена.

Једном приликом током часа психофизичке припреме, једна полазница је рекла да је чула како су труднице „остављене саме“ током неактивне фазе порођаја. Гинеколог предавач ју је одмах исправио и уверио да оне „нису никад саме“ и да их кроз главни компјутер за лекарским пултом они константно надгледају. Његов одговор је био дочекан једним колективним уздахом олакшања свих полазница. И овде јасно видимо на делу не само праксу технократизације порођаја како га је Емили Мартин описала још осамдесетих година прошлог века (Martin 1987) – менаџер који употребом технологије надгледа раднице и њихов рад. Иако на екрану пишу имена жена, машина не прати њих већ контракције њихових материца и откуцаје срца фетуса. У наставку представљам теренску белешку једног типичног јутра у породилишту и утицај неформалних односа на сам порођај.

Веза као диференцирајућа дијагноза

То јутро је почело релативно споро за ову врло прометну болницу. Три жене су биле у латентној фази порођаја. Лежале су у креветима једна до друге и све три су биле прикључене на ЦТГ. Сва три кревета су била идентична; све три машине су радиле исто. Све три жене биле су у овом породилишту јер је то једино место не само у овом граду већ и у неколико суседниху којем могу да се породе. Кревети су били нумерисани бројевима од један до три.

Биљана Станковић у свом истраживању указује да се у породилиштима медицинско особље женама често обраћа генеричким називом „мајка“ (Stanković 2014). Врло често се особље и не представи пре него што започне преглед или изврши неку интервенцију током порођаја (Stanković, Skočajić & Đorđević 2017). Врло често се женама и не објасни или се не обавесте када се ради нека интервенција, попут прокидања водењака или давање индукције (Stanković, Skočajić & Đorđević 2017).

Када је реч о интервенцијама и представљању, то сам и сама учила у овом породилишту. Иако жене проводе некад сате лежећи у креветима, све око њих се често одвија са осећајем журбе. Нисам учила ниједног

здравственог радника који се женама обратио са „мајка“. Чешће им се нису обраћали директно, а у међусобном разговору када изађу из просторије није се говорило о особама већ о бројевима кревета.

То јутро бабица Бојана је објашњавала бабици приправници Ани и мени „кога имамо сад у првом порођајном“. Бојана нам је рекла да је „јединица од докторке Г., тројка је пацијенткиња доктора И., а двојка је наша“, насмејала се и рекла „општенародна“. Питала сам је да ми објасни шта мисли кад каже „општенародна“. Она ми је одговорила:

„Да, она припада свима нама [бабицама]. Увек се трудим да будем ту за оне који немају никога. Они који имају некога или могу да плате оне су добро. Ја бринем о оној већини која не може.“

Све три жене родиле су здраве бебе и све три жене су ми касније рекле да су задовољне својим порођајним искуством иако је било значајних разлика између „општенародне“ и друге две које ћу касније детаљније приказати. Уопштено, постојала је јасна разлика у додатној емоционалној пажњи која се пружала женама које су имале *своје* лекаре. Докторка Г. је била готово све време са својом пацијенткињом пружајући јој речи охрабрења и утехе. Било је јасно да се њих две већ дуже време познају јер једокторка већ имала меморисан број породилиног мужа. Она га је одмах након рођења бебе позвала и обавестила да су и мајка и дете у реду. За ову вест су често супружници и фамилија ускраћени све док се породилци не врати њен, до тада искључен мобилни телефон. Пацијенткиња доктора И. није била толико често обилажена и након пар сати неуспешне индукције, одведена је на хитан царски рез. Након порођаја „општенародне“ пацијенткиње, пришла ми је приправница Ана и рекла:

„Знате ли која је најважнија дијагноза за пацијенткињу? Диференцирајућа дијагноза је: чији је она пацијенткиња? То је кључно. Ако имате везу или не.“

Веза је колоквијални термин за неформални однос чији је циљ постизање или прибављање извесног ресурса (Stanojević, Gundogan & Babović 2016), најчешће унутар државних институција (на пример, добијање пасоша, прегледа код лекара, запошљавање) а који је тешко или чак немогуће обезбедити формалним каналима. Међутим, то не значи нужно да су везе негативна и дестабилизујућа појава унутар друштва. Везе могу да буду комплементарне, чак неопходне јер попуњавају дефиците и празнине унутар самог система (Alexander 2002; Brković 2017a). У овој логици, неформалне мреже биле су начин надокнађивања дефицита и несташица у здравству и социјалној заштити током социјализма.

Везе у породилишту служе да „исправе грешку“ деперсонализације и бирократизације здравственог система и пруже женама опцију да неформално изаберу „свог гинеколога“ на порођају. Међутим, као што видимо потреба за везама у породилишту није нестала након социјализма. У постсоцијалистичком, неолибералном периоду изменила се стратегија успостављања везе

унутар породилишта, али не и сама потреба за успостављањем личног односа унутар болница.

Социолошки институт у Београду је 2017. године спровео велико квантитативно истраживање о репродуктивном здрављу и животу жена у Србији. Узорак студије састојао се од хиљаду четиристо шездесет жена које су се породиле у последњих педесет година. Ова студија је открила да је скоро половина жена (44%) изјавила да су имале везу у болници (Stanković, Skočajić & Đorđević 2017).

Антрополошка истраживања показала су да су везе свакодневна пракса у постсоцијалистичким земљама, то јест, да појединци користе различите врсте социјалних веза и мрежа да себи обезбеде приступ државним институцијама попут здравствених (Brković 2017b; Brotherton 2012; Raikhel 2016; Rivkin-Fish 2005a, 2005b; Stan 2012). Ова истраживања показују да везе нису само заоставшина социјализма или вид корупције у актуелним режимима, већ свесна стратегија преговарања и навигирања унутар измењеног хибридног државно-тржишног здравственог система (Brković 2017b; Rivkin-Fish 2005b; Stan 2012). Сабина Стан чак упозорава да окретање ка тржишним моделима пружања здравствене неге и неформалних односа у државним установама, успостављеним плаћањем услуга у приватном сектору, јесте предаторско (Stan 2012). Тржишне интервенције у јавни здравствени систем су интензивирале постојеће неједнаке структуре моћи (Stan 2012). То нас доводи до питања, шта се дешава са женама чија друштвена позиција онемогућава или отежава приступ везама?

„Тако је то кад немаш некога“ – Значај друштвене позиционираниости и Анђелин „општенародни“ порођај

Чарна Брковић наводи да друштвене позиције особа обликују њихову могућност приступа услугама и сервисима државних система заштите (Brković 2012, 124). Могућност успостављања и употребе везе у породилишту зависи од више категорија друштвене позиционираниости: од места пребивалишта, економске ситуације, националног и етничког идентитета, језичких способности (на пример ако јој српски није матерњи језик), година и тако даље – све ове категорије утичу на могућност успостављања везе.

Навела сам да сам присуствовала великом броју порођаја, али један порођај који је био заиста упечатљив био је порођај младе прворотке ромске националности, Анђеле. Њен порођај и порођај жена које су се порађале у исто време као и она најбоље илуструју значај друштвене позиционираниости на искуство унутар већ отуђујућег технократског модела рађања. Анђелину причу преносим у целости из етнографске белешке тог дана са циљем да кроз њено искуство разумемо одговоре на питања из увода: Какво је порођајно искуство жена које нису у могућности да обезбеде себи везу у породилишту? Да ли и на који начин класна и етничка припадност утичу на могућности успостављања неформалног односа у српским породилиштима?

Анђелин порођај

Жена у крвету број два је била Анђела. Ово је био њен први порођај. Анђела је имала двадесет година, из малог оближњег села, и била је ромске националности. Све ово значило је да су њене шансе да промени свој статус од ничије у нечију пацијенткињу врло мале. Било је очигледно да је у боловима. Рекла ми је да је стигла у породилиште касно синоћ, а да је јутрос премештена овде у порођајну салу. У том моменту, своју визиту започиње анестезиолог који види да је Анђела у боловима и понуди јој епидуралну анестезију. Она то одбија и касније након порођаја ми каже да је одбила јер није знала шта то тачно подразумева па је боље да одбије. Анестезиолог није одвојио времена да објасни поступак и шта ће он подразумевати. За то време долази Бојана да је провери. Охрабрила је Анђелу да се опусти и дише. Бојана је још једном проверила своје картоне, а затим напустила собу.

Анђела није усамљена када је реч о одбијању епидурала. Истраживања показују да тек нешто више од 10% жена у Србији тражи и добије епидурал, а трећина и нема ту могућност у свом породилишту (Stanković, Skočajić & Đorđević 2017). „Епидурална анестезија је недовољно доступна, а истовремено и недовољно прихваћен, односно прихватљив начин ублажавања болова на порођају (јер га жене и не траже у више од половине случајева)“, указују Станковић и сараднице (Stanković, Skočajić & Đorđević 2017, 207). Потенцијални разлог је недовољно информација и објашњења о деловању, ризицима и предностима ове врсте анестезије када је она уопште доступна пацијенткињама. Ако се женама попут Анђеле и понуди, често се чини успутно без довољно времена посвећеног објашњењу.

Овде опет увиђамо специфичност технократског модела рађања заснованог на социјалистичким основама јер одговорност информисања пацијенткиња и њихове припреме за порођај требало је да се деси пре одласка у породилиште, у домовима здравља и школама за психофизичку припрему за порођај. Жене које су похађале часове психофизичке припреме за труднице изјавиле су да су биле смиреније и спремније за порођај. Знале су шта их чека. У школи за труднице једна од битних ствари које су бабице понављале женама управо је било да морају „да слушају инструкције“ и да „буду добре и едуковане труднице“. Иако су ови припремни часови били бесплатни и доступни свим трудницама тог града, ни у једној од три групе које сам пратила није била ниједна Ромкиња. Ромкиње не само да нису похађале часове него нису биле ни подстакнуте да то чине. „Њих то не интересује“, рекла ми је главна сестра програма припреме.

Полазнице школе за труднице су махом биле жене из средње или радничке класе које су или незапослене или на породилском одсуству. Школа, иако бесплатна, није била доступна свима. Одвијала се само у једном дому здравља у граду, у терминима који нису одговарали запосленим женама или женама које нису имале адекватно превозно средство. Неке од полазница су ми рекле да су морале да мењају по два градска превоза да би дошле на часове.

Иако није било Ромкиња присутних на часовима, „Циганке“ су често помињане полазницама кроз упозоравајуће и самим тим дисциплинујуће приче о томе шта не треба да раде. Ромкиње су представљене као негативне друге, необразоване труднице, лоше пацијенткиње које нису добро прошле током порођаја, али ни после њега. Укључивале су приче о женама које су одбијале шавове након епизитомеје, нису правилно водиле рачуна о својој хигијени и хигијени своје новорођенчади која су потом добијала гљивичне инфекције уста (СОР). „Ова [инфекција] вам се неће догодити; ви [полазнице школе] сте уредне женице. Циганке мисле да је то нормално“, рекла је једна инструкторка својој групи. У школи за психофизичку припрему за порођај, жене се дисциплинују и обликују у посебан субјекат „добре и уредне труднице и породиље“ које ће да буду послушне у породилишту. Ромкиње се представљају као непослушне и лоше труднице и породиље које лоше пролазе на порођају сопственом кривицом.

Могућношћу да успоставе лични контакт са запосленима у породилишту жене осећају да имају макар привид моћи деловања током порођаја (Stanković, Skočajić & Đorđević 2017), док Ромкиње које немају те могућности услед сиромаштва и дискриминације, интериоризују негативан третман (Janević, Sripad et al. 2011). Оне криве саме себе за своју позицију и сматрају да не могу ништа да ураде поводом тога (Janević, Sripad et al. 2011). Такође сматрају да немају контролу над сопственим здрављем (Janević, Sripad et al. 2011, Сое & Čvorović 2017). Управо тако се осећала и Анђела. „Молим те, не остављај ме саму“, каже ми Анђела. Ја јој кажем да могу мало да останем с њом ако жели. Она ми се смеши: „Да, молим те, остани. Знам да не бих смела да будем толико гласна, али боли и слаба сам.“ Остала сам с њом, али нисмо разговарале пуно. Провела сам време са другим женама које су попут ове биле у латентним фазама порођаја. Углавном бих им се насмешила и трудила се да им, ако могу, скренем мисли са контракција. Тек касније, ове жене би ми рекле да им је драго што сам била тамо с њима.

Тако сам причала и са Анђелом, све док нисам морала да одем да обавим интервју заказан пар дана раније. Кад сам се вратила, Анђела је била једина преостала у соби, друге две жене су се већ биле породиле. Питала сам гинеколошкињу на специјализацији, Веру, за Анђелу. Она ми каже да није сигурна кад су је последњи пут прегледали, али сад ће опет визита која је на сваких сат времена па ће знати више.

Анђела је повраћала од индукције која јој је дата око 11 сати да убрза порођај који је процењен као преспор. Индукција се даје, како ми је објаснила једна лекарка, јер има превише жена и „треба их рашчистити“. Док је то говорила, погледала је Анђелу која се врпољила у кревету и прокоментарисала је како прави неред. Након визите, лекари су потврдили да би могла да буде премештена на тврди сто за порођај. Кроз овај процес нико заправо није разговарао са Анђелом. Све што се догодило било је да су сматрали да би могла да буде премештена на чврсти сто. Бојана је то одмах учинила. Премештена је у бокс, а Ана и ја смо порођај посматрале иза пулта. Било је болно гледати. У овом тренутку, Анђела је била више него уморна и

исцрпљена и према мишљењу бабице није слушала и сарађивала са њом. Епизиотомија јој је урађена малтене истог момента када је Анђела легла на сто. Бабица је викала на Анђелу да гура, али она није могла. Бабица је тражила помоћ једног од дежурних лекара да притиска фундус материце, познат као Кристелеров захват. Након овог захвата, беба је рођена. Ана, која је стајала поред мене, само је прокоментарисала једну ствар која је сумирала целокупно искуство: „Тако је то кад немаш некога.“

Немати никога значи добити приступ перинаталној здравственој нези кроз систем јавног здравства и не познавати никога из болничког особља када жена долази на порођај. Порођајна искуства жена пружају могућност за кључно разумевање о томе како функционише систем здравствене заштите у Србији и како социјална, класна, етничка и национална припадност утичу на приступ здравственој заштити. Са тим у вези, врло су ретка истраживања која се баве репродуктивним здрављем мањина у Србији, пре свега Ромкињама (Janević, Sripad et al. 2011; Sedlecky & Rašević 2015; Coe & Čvorović 2017; Čvorović & Coe 2017; Watson & Downe 2017). Ова истраживања указују да је већ проблематичан технократски модел порођаја још гори за припаднице мањина.

Истраживања указују да Ромкиње у Србији ређе одлазе на прегледе од остатка популације (Coe & Čvorović 2017; Janevic et al. 2011; Sedlecky & Rašević 2015). Оне наводе да често не разумеју шта им гинеколози и други медицински радници говоре или од њих траже, док медицински радници учитавају неразумеваше као незаинтересованост (Janević, Sripad et al. 2011). Ромкиње које живе у нехигијенским насељима су често и неписмене што још више отежава комуникацију са здравственим радницима, који не објашњавају дијагнозе и упуте пацијенткињама (Coe & Čvorović 2017). Ромкиње често немају могућности да промене свој положај у болници. Њихове способности да преговарају о свом порођајном искуству су озбиљно ограничене њиховим положајем унутар ширих структура друштва и утичу на њихов порођај и целокупно репродуктивно здравље. Оне имају значајније сужен приступ социјалним ресурсима попут веза и још мање економског капитала да себи приуште одлазак на приватне прегледе током трудноће да би успоставиле лични однос са гинекологима (Janević et al. 2011). Заправо, појавом приватизације превасходно примарне здравствене неге уочава се још већа сегрегација и недостатак приступа адекватној здравственој нези маргинализованих група (Janević et al. 2011).

Из Анђелиног порођајног искуства јасно се ишчитава деловање технократског модела рађања као интервенционистичког и отуђујућег. Ипак, преостаје питање у којој су мери везе које су имале пацијенткиње др Г. и др. И њих заиста заштитиле од насиља које је главна одлика овог модела рађања?

Веза као механизам избегавања интервенција? Интервенционизам у технолошком моделу рађања и лимити неформалних односа у заштити од акушерског насиља

Имати некога или имати везу у породицишту пружа женама „флексибилан пут до државних услуга и ресурса“ (Brković 2017a). То је преговарачка стратегија којом жене покушавају да изграде и одрже лични идентитет у окружењу које је структурирано да женама одузме било какав осећај сопства. Приликом персонализованих порођаја, порођаја са везом, присуствује гинеколог којег у већини случајева та жена познаје, код кога је приватно водила трудноћу. На овај начин жене претварају свој економски капитал – плаћање додатног вођења трудноће у приватној пракси – у социјални капитал, везу са гинекологом као вид привилеговане позиције и заштите унутар државног породицишта. Веза се, дакле, купује и претвара из економског капитала плаћањем услуге у приватној пракси у социјални капитал који се одржава у бољем третману у државној установи (Pantović 2016; Pantović 2018).

Међутим, жене које су имале везу нису увек успеле да избегну медиализацију порођаја (епизиотомија, индукција, клистирање). Поједини аутори су учили да постоје два екстремна крака континуума бриге у технократском моделу рађања – премало, прекасно (*too little, too late*) и превише, прерано (*too much, too soon*) (Davis-Floyd & Cheyney 2019; Miller et al. 2016). Премало и прекасно значи да се врло мало пажње посвећује трудници и породици, најчешће услед недовољног броја здравствених радника да се посвете свима. То је био Анђелин случај. Она је „општенародна“, она припада бабицама којих је премало да би се посветиле свима једнако и у довољној мери. Премало пажње значи да се неке интервенције дешавају прекасно или су могле бити избегнуте да су неке друге урађене пре тога. Анђела се преморила од индукције и дугог лежања. На крају је бабица проценила да она не сарађује довољно. „Уколико породица не сарађује добро и не напиње се довољно, асистент или бабица притискају фондус утеруса, за време контракције, шаком или компресом са две руке – Кристелеров захват“ (Ristić 2001, 134, наведено према: Stanković, Skočajić & Đorđević 2017).

Са друге стране, жене са везом често добију други крај континуума – превише и прерано. Жене које јесу у могућности да приуште себи приватне гинеколошке прегледе са циљем стварања личног односа са акушером – јесу мање преплављене страхом на порођају (Stanković, Skočajić & Đorđević 2017), али нису поштеђене интервенционизма. Заправо, жене које су водиле трудноћу приватно то су често радиле да би имале још медиализованији вид порођаја – царски рез. Што је био и случај са пацијенткињом др И. али и са великим делом мојих испитаница које су водиле трудноћу приватно. Често су говориле да су то чиниле управо из страха од третмана током природног порођаја. У овом аспекту, значајну улогу има постојање везе или личног односа са гинекологом у породицишту. Жене које су водиле трудноћу

приватно код гинеколога из породилишта чешће су обилажене и обавештаване о напредовању њиховог порођаја од жена које нису имале везу.

У интервјуу са женом која се порађала истог дана (пацијенткиња доктора И.) као и Анђела и она је приметила да је постојала разлика у њеном и Анђелином искуству:

„Када сам ја била, била је и жена која се намучила. Породила се после 28 сати. Другачије је кад ти дају да се шеташ и крећеш, него кад лежиш све време. Једно су природне контракције, а друго вештачки изазване. То није уреду. И ветеринари се боље опходе према животињама. Рекла сам то свом доктору, па се мало наљутио. Немају сви неког свог.“

Она је имала неког свог, али је исто морала да иде на клистирање и исто је била прикључена на индукцију. Поред редовних визита на сваки сат, када је дежурни лекар радио вагинални преглед имала је и додатне вагиналне прегледе свог др И. који је током једне посете проценио да порођај не напредује довољно и порођај се завршио царским резом. Њој је ова информација само кратко саопштена и одведена је у операциону салу.

Сваки трећи порођај завршава се царским резом, који је оличење потпуне медиализације чина рађања (Stanković, Skočajić & Đorđević 2017). УНИЦЕФ-ово истраживање из 2015. године је показало да је око 30% жена у Србији имало царски рез, док је тај проценат значајно мањи међу ромском популацијом: свега 12%. Из овог податка, али и из мог етнографског материјала јасно је да друштвени положај утиче на рађање, али не и на заштиту од технократског и интервенционистичког приступа. У оба случаја једна интервенција повлачи за собом друге интервенције које негативно утичу на искуство порођаја (Stanković 2014; Stanković, Skočajić & Đorđević 2017). Превише надзора на почетку порођаја може исто да води рутинској употреби интервенција, као што су чести вагинални прегледи или напослетку порођај царским резом без реалних индикација за ову интервенцију. Врло често су обе крајности присутне у истом породилишту, где су жене које имају неког чешће надзиране, а оне које немају никог због недовољног броја запослених остављене без икаквог надзора (Davis-Floyd & Cheyney 2019).

Постоји појачана склоност ка интервенционизму приликом порођаја у српским породилиштима, што оставља негативне последице на искуство жена током порођаја и онемогућава њихово активно и потпуно учествовање у чину рађања (Stanković 2014). Рутинско индуковање порођаја, најчешће без епидурала, појачава субјективан осећај бола код жена и додатно их умара током порођаја (Stanković 2014). Често здравствени радници нису ни обавештавали жене о интервенцијама које су радили, попут давања седатива, индукције, прокидања водењака и слично, иако су законски у обавези да то учине (Stanković, Skočajić & Đorđević 2017). А чак и када то учине, пре је реч о саопштавању већ или управо учињеног него објашњавање предности, ризика и последица једне интервенције, или тражење сагласности пацијенткиње. Дакле, уопштено када је реч о порођају, увиђамо врло низак

степен комуникације са пацијенткињама што је само још додатно изражено код су у питању Ромкиња које се са таквом праксом генерално суочавају у здравству.

Закључак

Овај рад је имао за циљ да преиспита значај друштвеног положаја и неформалних односа, попут веза, на третман пацијенткиња у државним породилиштима. Указано је на специфичне социјалистичке и постсоцијалистичке карактеристике доминантног модела рађања – технократски модел. Поред опште патологизације порођаја и акушерског насиља, који су одлике овог модела, у српским породилиштима видљива је још и бирократизација и деперсонализација рађања. У Србији законом није препозната алтернатива технократском моделу рађања, стога то јесте једини модел рађања у којем главну улогу немају ни жена, ни гинеколози-акушери, већ здравствене институције. Неформални односи, попут веза, јесу стратегије персонализације, стварање личног односа унутар безличних институција. Ипак, положај жене унутар ширих структуралних оквира, њен социјални, економски и други видови идентитета обликују и ограничавају њену способност деловања, а камоли отпора према постојећем технократском систему порођаја.

Неформални однос, веза, успостављен одласком на прегледе у приватној пракси пружа одређеним женама потенцијално боље опхођење медицинског особља, али не и заштиту од медијализације технократског модела рађања. Постојање везе са лекаром у породилишту може да заштити жену од бирократизације и деперсонализације, али не штити жене од акушерског насиља које је одлика овог модела рађања. На крају, била она нечија или „општенародна“ пацијенткиња, ниједна трудница у српским породилиштима није заштићена од технократског порођаја.

Литература

- Alexander, Catherine. 2002. *Personal states: making connections between people and bureaucracy in Turkey*. New York: Oxford University Press.
- Arsenijevic, Jelena, Milena Pavlova & Wim Groot. 2014. "Shortcomings in Maternity Care in Serbia." *Birth-Issues in Perinatal Care* 41: 14–25.
- Baji, Petra, Nicholas Rubashkin, Imre Szebik, Kathrin Stoll & Vedam Sarawathi. 2017. "Informal cash payments for birth in Hungary: Are women paying to secure a known provider, respect, or quality of care?". *Social Science and Medicine* 189: 86–95.
- Bandić, Dušan. 1991. *Narodna religija Srba u 100 pojmova*. Beograd: Nolit.
- Bernard, H. Russell & Clarence C. Gravlee. 2014². *Handbook of methods in cultural anthropology*. Lanham, Md: Rowman & Littlefield.

- Brković, Čarna. 2012. “Potraga za vezama kao konstitutivni element biološkog aspekta državljanstva u bosanskom gradu na granici”. *Antropologija* 12: 123–144.
- Brković, Čarna. 2017a. “Flexibility of Veze/Štele: Negotiating Social Protection in Bijeljina”. In *Negotiating social relations in Bosnia and Herzegovina: semiperipheral entanglements*, eds. Stef Jansen, Čarna Brković & Vanja Čelebičić, 94–108. New York: Routledge.
- Brković, Čarna 2017b. *Managing ambiguity: how clientelism, citizenship and power shapes personhood in Bosnia and Herzegovina*. New York: Berghahn Books.
- Brotherton, Pierre Sean. 2012. *Revolutionary medicine: health and the body in post-Soviet Cuba*. Durham: Duke University Press.
- Cheyney, Melissa. 2011. “Reinscribing the Birthing Body: Homebirth as Ritual Performance”. *Medical Anthropology Quarterly* 25: 519–542.
- Coe, Kathryn & Jelena Čvorović. 2017. “The health of Romanian Gypsy women in Serbia”. *Health Care for Women International* 38: 409–422.
- Davis-Floyd, Robbie. ed. 2009. *Birth models that work*. Berkeley CA: University of California Press.
- Davis-Floyd, Robbie & Melissa Cheyney, eds. 2019. *Birth in eight cultures: Brazil, Greece, Japan, Mexico, the Netherlands, New Zealand, Tanzania, United States*. Long Grove, Illinois: Waveland Press.
- Davis-Floyd, Robbie & Carolyn Sargent, eds. 1997. *Childbirth and authoritative knowledge cross-cultural perspectives*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Davis-Floyd, Robbie. 2001. “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”. *International journal of gynecology and obstetrics* 75: 5–23.
- Drezgić, Rada. 2008. „Od planiranja porodice do populacione politike – promena vladajuće paradigme u srpskoj demografiji krajem 20. veka“. *Filozofija i društvo* 37: 181–217.
- Fuko, Mišel. 2009. *Rađanje klinike. Arheologija medicinskog opažanja*. Beograd: Mediterran publishing.
- Ginsburg, Faye D. & Rayna R. Rapp, eds. 1995. *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Ginsburg, Faye & Rayna Rapp. 1991. “The Politics of Reproduction”. *Annual Review of Anthropology* 20: 311–343.
- Hazen, Helen. 2017. “The First Intervention Is Leaving Home: Reasons for Electing an Out-of-hospital Birth among Minnesotan Mothers”. *Medical Anthropology Quarterly* 31: 555–571.

- Janević, Teresa, Pooja Sripad, Elizabeth Bradley & Vera Dimitrievska. 2011. “There’s no kind of respect here. A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans”. *International Journal for Equity in Health* 10: 1–12.
- Jerinić, Jelena & Jelena Simić. 2014. „Pravo na porođaj kod kuće – izbor, a ne slučajnost i neke pravne posledice“. *Pravni zapisi* V (1): 120–160.
- Jordan, Brigitte, eds. 1978. *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Montreal: Eden Press Women’s Publications.
- Kitzinger, Sheila. 1979. *Birth at home*. Oxford University Press.
- Lazarus, Ellen S. 1994. “What Do Women Want?: Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth”. *Medical Anthropology Quarterly* 8: 25–46.
- Marjanović, Vesna. 2010. „Običaji vezani za rođenje deteta kod stanovništva u naseljima opštine Piroć“. *Glasnik Etnografskog muzeja* 2: 115–132.
- Martin, Emily. 1987. *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Matejić, Bojana, Milena Šantrić Milićević, Vladimir Vasić & Bosiljka Djikanović. 2014. “Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals”. *BMC pregnancy and childbirth* 14: 1–9.
- McClain, Carol Shepherd. 1975. “Ethno-Obstetrics in Ajijic”. *Anthropological Quarterly* 48: 38–56.
- McClain, Carol Shepherd. 1989. *Women as healers: cross-cultural perspectives*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Miller, Suellen, Edgardo Abalos, Monica Chamillard, Agustin Ciapponi, Daniela Colaci, Daniel Comandé, Virginia Diaz, Stacie Geller, Claudia Hanson, Ana Langer, Victoria Manuelli, Kathryn Millar, Imran Morhason-Bello, Cynthia Pileggi Castro, Vicky Nogueira Pileggi, Nuriya Robinson, Michelle Skaer, João Paulo Souza, Joshua P. Vogel & Fernando Althabe. 2016. “Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide”. *The Lancet (British edition)* 388: 2176–2192.
- Misago, Roxana Behruzi, Hatem Marie, Goulet Lise, Fraser William & Chizuru. 2013. “Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework”. *BMC Pregnancy Childbirth* 13: 1–10.
- Mitchell, Lisa M. 2016. *Baby’s First Picture: Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects*. Toronto: University of Toronto Press.
- Musante, Kathleen & Billie R. DeWalt. 2011. *Participant observation: a guide for fieldworkers*. Lanham, Md: Rowman & Littlefield.

- Odent, Michel 1984. *Birth Reborn*. New York: Pantheon.
- Pantović, Ljiljana. 2016. “Buying a connection. Private practice in public health care – the case of a Serbian maternity hospital”. *Anthropology of Eastern Europe Review* 34: 25–38.
- Pantović, Ljiljana. 2018. “Not-So-Informal Relationships. Selective Unbundling of Maternal Care and the Reconfigurations of Patient–Provider Relations in Serbia”. *Südosteuropa. Journal of Politics and Society* 66 (3): 371–391.
- Pincus, Jane. 2013. “Childbirth in a Technocratic Age: The Documentation of Women’s Expectations and Experiences”. *Birth* 40: 150–151.
- Raikhel, Eugene A. 2016. *Governing habits: treating alcoholism in the post-Soviet clinic*. Ithaca: Cornell University Press.
- Rivkin-Fish, Michele R. 2005a. “Bribes, Gifts and Unofficial Payments: Rethinking Corruption in Post-Soviet Russian Health Care”. In *Corruption: Anthropological Perspectives*, eds. Dieter Haller & Cris Shore, 47–65. London: Pluto Press.
- Rivkin-Fish, Michele R. 2005b. *Women’s health in post-Soviet Russia: the politics of intervention*. Bloomington: Indiana University Press.
- Sedlecky, Katarina & Mirjana Rašević. 2015. “Challenges in sexual and reproductive health of Roma people who live in settlements in Serbia”. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 20: 101–109.
- Sekulić, Nada. 2016. „O kulturi rađanja – istraživanje o problemu nasilja nad ženama tokom porođaja“. *Sociologija* 58: 259–286.
- Stambolović, Vuk 1996. *Porođaj*. Beograd: Elit–Medica.
- Stan, Sabina. 2012. “Neither commodities nor gifts: post-socialist informal exchanges in the Romanian healthcare system”. *The Journal of the Royal Anthropological Institute* 18: 65–82.
- Stanković, Biljana. 2014. “Woman as a subject of childbirth: Physical, technological and institutional aspects”. *Sociologija* 56: 524–544.
- Stanković, Biljana. 2017a. “Situated technology in reproductive health care: Do we need a new theory of the subject to promote person-centred care?” *Nursing Philosophy* 18: 1–8.
- Stanković, Biljana. 2017b. “Women’s Experiences of Childbirth in Serbian Public Healthcare Institutions: a Qualitative Study”. *International Journal of Behavioral Medicine* 24: 803–814.
- Stanković, Biljana, Milica Skočajić & Ana Đorđević. 2017. „Upravljanje porođajem u Srbiji: Medicinske intervencije i porođajna iskustva“. *Limes Plus. Journal of Social Science and Humanities* XIV: 197–225.

- Stanojević, Dragan, Dragana Gundogan & Marija Babović. 2016. “Clientalistic relations between political elite and entrepreneurs in Serbia”. *Sociologija* 58: 220–238.
- Wilson, Jason, Roberta D. Baer & Seiichi Villalona. 2019. “Patient Shadowing: A Useful Research Method, Teaching Tool, and Approach to Student Professional Development for Premedical Undergraduates”. *Academic medicine* 94: 1722–1727.
- Wind, Gitte. 2008. “Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings”. *Anthropology & Medicine* 15: 79–89.

Примљено / Received: 19. 11. 2020.

Прихваћено / Accepted: 11. 05. 2021.