

MATERINSTVO ONKRAJ SANJ: stiske žensk po porodu BEYOND MATERNAL DREAMS: Postpartum mental disorders

Zalka Drglin¹

Prispelo: 12.7.2002 - Sprejeto: 18.12.2002

Pregledni znanstveni članek
UDK 616.89:618.4

Izvleček

Po ocenah razširjenosti poporodnih stisk v svetu predpostavljamo, da v Sloveniji, kjer letno rodi nekaj manj kot 18.000 žensk, doživi poporodno otožnost okoli 14.000 žensk na leto; poporodno depresijo od 1.800 do 3.600 žensk, četrtna od njih težjo obliko depresije; in poporodno psihozo do 36 žensk na leto. Ženske trpijo bolj, kot si običajno predstavljamo, in njihove stiske zaslužijo posebno pozornost. Ženskam, ki doživljajo stiske, povezane z materinstvom, je potrebno ponuditi več sistematične pomoči in vzpostaviti mrežo, znotraj katere bo vsaka našla sebi najprimemnejšo obliko. Asertivnost, celostnost, timskost in kontinuiranost skrbi za nosečnice, porodnice in ženske po porodu so sestavni deli učinkovite in sodobne mreže duševnega zdravstvenega varstva, ki jo je v Sloveniji potrebno šele izgraditi. Vendar to še ni dovolj - nujno je vzporedno razvijati kritične razmisleke o uveljavljenih konceptih materinstva in pogojih, v katerih ženske postajajo matere.

Ključne besede: materinstvo, poporodne stiske, duševno zdravstveno varstvo

Review article
UDC 616.89:618.4

Abstract

It is estimated that in Slovenia out of nearly 18.000 births, 14.000 women suffer from postpartum depression; 1.800 to 3.600 from postpartum depression - one quarter of these for serious depression and around 36 women from postpartum psychosis. Women suffer more than it is usually imagined and their suffering should be given more attention. Women with mood disorders associated with childbearing should be given more help on the regular basis. A network of social and health services which would offer various choices should be established. Assertiveness, team work and continuity of care for childbearing women should become a part of an effective modern public mental health system in Slovenia. Furthermore, established concepts of maternity need to be given a critical consideration.

Key words: maternity, postpartum mental disorders, modern concept of public mental health system

1 Razcefrani rob materinstva

Večino dvajsetega stoletja so bile spremembe razpoloženja, povezane s porodom, postavljene na stran - dolgo je bilo najpomembnejše zagotoviti preživetje matere in otroka. Dokazano je, da so spremembe razpoloženja dvakrat pogostejše pri ženskah kot pri moških in da se prvi vrhunec pojavi v letih, ko imajo ženske običajno otroke. Ugotovljeno je, da več kot 80 % žensk v »reproduktivnih letih« izkusi eno ali nekaj depresivnih razpoloženj, ki jih povezujemo z obdobjem pred porodom ali po njem (1).

Ko govorimo o stiskah, povezanih z materinstvom, mislimo tako na težave v obdobju nosečnosti, poroda, poporodnega obdobja, kot tudi na težave, ki so povezane s spontanimi splavi ali načrtovanimi abortusi, stiske ob rojstvu prizadetega, hudo bolnega ali mrtvega otroka in ob smrti otroka. V ta sklop sodijo tudi stiske žensk, ki želijo otroka, pa imajo težave z »zmanjšano plodnostjo«, žensk, ki so »drugačne« in/ali potisnjene na obrobje, pa želijo postati matere ali to že so (nosečnice pred osemnajstim letom, lezbijke, invalidne ženske, ženske z duševno motnjo v anamnezi), stiske pa lahko doživljajo tudi ženske, ki se odločijo, da ne bodo matere (2, 3).

¹Kontaktni naslov: e-mail: zalka.drglin@guest.arnes.si

Mnoge ženske ugotavljajo, da postati mati lahko pomeni veliko zadovoljstvo, bližino, izpolnitev; za nekatere pomeni porod in dojenje tudi začetek večjega spoštovanja lastnega telesa. Hkrati pa se nove matere soočijo z nekaterimi od težav prehoda v starševstvo. Pogosto bližnji v tem času ne prepoznavajo okoliščin, ki lahko načenjajo telesno in duševno zdravje žensk in zanikajo njihove potrebe po družbi odraslih, negi ali spolnosti. Veliko žensk je v kroničnem stresu, ki je posledica uravnavanja vlog matere, zaposlene ženske, gospodinje in ljubice - celo tiste, ki imajo dovolj visok dohodek, pomoč partnerja in stike s prijatelji ali ljubimci. Položaj posameznice je še dodatno otežen, če ženska postane mati zelo mlada, ima nizke dohodke, je brez doma, ima telesno ali duševno bolezen ali okvaro, če je ločena od družine in prijateljev, ima otroka, ki je bolan, in podobno. Nekatere živijo na robu preživetja in imajo skrb za vzdrževanje doma, zagotavljanjem hrane in zadovoljevanjem osnovnih zdravstvenih potreb otrok. Za veliko mater življenje z dojenčkom pomeni soočanje z monotonostjo in osamljenostjo dolgih ur. Nekatere preživljajo dneve in dneve brez družbe odraslih. Le v zahodnih moderniziranih družbah se pričakuje od ženske, da bo sorazmerno dolgo sama z dojenčkom in da bo zanj skrbela. Mnoge ženske nimajo nikogar, ki bi skrbel za zadovoljevanje njihovih potreb. Ženske, ki so postale matere, lahko potrebujejo praktično, čustveno ali finančno pomoč, nego in nasvete. Nekatere ženske vzpostavijo nove prijateljske vezi, kjer izmenjujejo skrb in podporo, za nekatere pa je težje prebiti osamljenost zaradi različnih vzrokov, kot so pomanjkanje časa, denarja, prevoza ali varnosti (4).

Obstaja veliko število priročnikov o skrbi za otroke, veliko manj pa jih je posvečenih težavam žensk, ki jih imajo, ker so matere. Vsaka ženska bi morala imeti možnost poskrbeti za svoje potrebe - za dobro hrano, razvedrilo, počitek in spanje, intelektualno spodbudo in stik z odraslimi. Mnoge ženske so tako preplavljene s skrbjo za svojega otroka ali otroke, da sploh ne opazijo, kako zelo zapostavljajo sebe. Obstajajo statistični izračuni, ki kažejo, da mati z otrokom med enim in tretjim letom vsakih pet minut naredi nekaj zanj ali z njim in to ves čas, ko je buden (4). Skorajda neizogibno je, da se včasih počutijo izčrpane, še posebej, če se partner ne vključuje v skrb za otroka ali če živijo same z otrokom. Z nenehnim stresom tvegajo, da zbolijo. Seveda bi bilo licemerno zgolj pametno svetovati materam, naj vendar poskrbijo zase, pa bo vse v redu. Več kot nujno je izboljševati položaj mater z različnimi družbenimi ukrepi in akcijami. Med drugim bi morale posebne potrebe nosečnic in mater z dojenčki ter majhnimi otroki postati

samoumeven del načrtovanja in oblikovanja parkov, knjižnic, javnega prevoza, igrišč, uradov, fakultet, kulturnih ustanov, trgovin, skratka, javnih prostorov. Številne ženske so prepričane, da bo materinstvo izpolnilo njihov občutek ženske identitete, pa tudi zadovoljilo potrebo po povezanosti z drugimi ljudmi in potrebo po skrbi za druge. Pogosto upajo, da bodo v obdobju negovanja otroka našle ljubezen in potrditev. Največkrat je stvarnost drugačna in za nekatere povezana s številnimi občutki krivde, in spoznanjem, da materinstvo ni le »delo iz ljubezni«. Raziskave kažejo, da je življenje z več kot dvema majhnima otrokoma za številne predvsem stresna izkušnja, ki pogosto negativno vpliva na duševno zdravje. V znani raziskavi žensk, živčih v Islingtonu v Londonu, sta dva otroka, mlajša od štirinajstih let, poleg odsotnosti zaupnega odnosa s partnerjem oziroma ločitve, izgube matere pred 17. letom in brezposlenostjo, dokazan dejavnik ranljivosti za razvoj depresije pri ženski (5). Povezave so potrdile tudi kasnejše raziskave (6).

Rojstvo otroka se pogosto opisuje kot ena izmed najbolj čustvenih življenjskih izkušenj. Seveda običajno prinese s seboj občutke sreče, hkrati pa je tudi mogoče pričakovati, da se ženska po porodu ne počuti dobro ali je celo v stiski. Če bi misel o ženski in njeni sreči dokončali takole: »Za žensko ni večje sreče kot roditi otroka, pa tudi večje nesreče ne,« bi morda bolj držala, posebej za nekatere posameznice v kritičnih trenutkih. In tem se bomo posvetili v nadaljevanju, tako da bomo prikazali in na kratko opisali nekatere oblike stisk, ki jih ženske lahko doživljajo po porodu.

Kakšen je dober sistem pomoči ženskam, ki se srečujejo s težavami, povezanimi z materinstvom? Ob posameznih korakih bomo preverili, kakšno je trenutno stanje v Sloveniji in razmišljali o tem, kako bi izboljševanje različnih vrst pomoči povezali z večanjem avtonomije žensk in možnostmi za prevzemanje nadzora nad lastnim življenjem.

2 Čas pričakovanja

V času nosečnosti se bistveno okrepi vez med posameznico in zdravstvenim sistemom - kljub nekaterim pomanjkljivostim predporodnega varstva velika večina nosečnic bolj ali manj redno hodi na preglede h ginekologom/ginekologinjam. Podatki za leto 1999 kažejo, da v Sloveniji še vedno več kot odstotek nosečnic nikoli ne obišče posvetovalnice. Velik odstotek žensk in čedalje več partnerjev se odloča tudi za obisk šol za starše ali materinskih šol (7). V letu 1999 se je odstotek nosečnic, vključenih v materinsko šolo ali šolo

za starše, gibal od 36% do 72% (gre za podatke perinatalnega informacijskega sistema, zbrane po posameznih porodnišnicah). To je skrajni čas, da nosečnice in njihovi partnerji oz. partnerice dobijo najnovejše in zanesljive informacije o stiskah, ki se lahko pojavijo v nosečnosti in po porodu, nasvete, kako jih prepoznamo in kakšno pomoč lahko poiščejo. V Sloveniji materinske šole in šole za starše veliko premalo upoštevajo možnosti, ki jih nudi vodenje delavnic v skupini nosečnic. Udeleženke naj bi imele možnost, da se med seboj in z voditeljico pogovarjajo o svojih občutkih, povezanih z nosečnostjo, porodom in vzgojo ter izmenjujejo izkušnje (8). Pomembno je vzdušje, ki dopušča nosečnicam, da izrazijo svoja občutja in stališča do nosečnosti in materinstva - tudi tista, ki običajno niso najbolj sprejemljiva. Morda bi se preporodne priprave namesto poudarjanja učenja dihalnih tehnik morale usmeriti k večanju moči žensk, obveščanju o njihovih pravicah in resničnih izbirah, predvsem pa bi morale nuditi prostor za poštene odgovore na vprašanja o bolečinah pri porodu, porodniških postopkih. Pri tem pa poroda pa ne bi smeli idealizirati, omalovaževati ali »naturalizirati«. Ocenjeno je, da ima okoli 25 do 35 odstotkov nosečnic depresivne simptome (1).

3 Sodoben model skrbi za nosečnice, porodnice in ženske po porodu

Asertivnost, celostnost, timskost in kontinuiranost so sestavni elementi sodobnega modela učinkovitega duševnega zdravstvenega varstva (9, 10).

3.1 Asertivnost v skrbi za nosečnico in porodnico

V materinskih šolah, v čakalnicah ginekoloških dispanzerjev bi moral biti na voljo širok razpon različnih informacij v obliki plakatov, zloženkov in člankov. Morda bi kazalo vsem nosečnicam izročiti knjižice, v katerih bi bile poleg informacij o nosečnosti, porodu in poporodnem obdobju, njihovih pravicah in podobno zbrane tudi osnovne informacije v zvezi s stiskami, pri tem pa ne bi smeli pozabiti na ženske iz drugih kultur in jim ustrezno prilagoditi gradivo. V uvajanju je nova materinska knjižica s priloženim vprašalnikom o počutju ženske.

Kaže, da bi bilo učinkovito uvesti enostaven presejalni test, ki bi že v času nosečnosti omogočal, da bi se ženskam, pri katerih je večja ogroženost zaradi depresije, ponudila ustrezna pomoč. Zdravstveni delavci

in delavke, ki pri svojem vsakodnevem delu prihajajo v stik z nosečnicami, bi morali biti pozorni na znake morebitne depresije in posameznicam predlagati nadaljnje postopke. Razmišljati bi kazalo o vprašalniku o simptomih depresije, ki bi bili na voljo v čakalnicah, s pomočjo katerih bi ženske lahko same ocenile, ali so nagnjene k depresiji; priložen pa bi moral biti tudi seznam različnih oblik organizirane pomoči, na katerem lahko po potrebi najdejo sebi ustrezno obliko.

3.2 Celosten pristop v skrbi za nosečnico in porodnico

V Sloveniji sistem skrbi za nosečnico še vse prevečkrat postavlja v ospredje žensko telo (ki ga je potrebno nadzorovati, ker lahko zboli) in še nerojenega otroka, premalokrat pa je v središču pozornosti nosečnica kot ženska s specifičnimi potrebami, željami in morebitnimi težavami. Naš sistem skrbi za nosečnice neekonomično izrablja čas ginekologov, ki skrbijo tako za popolnoma zdrave nosečnice kot tiste z zapleti in tveganji. Nemalokrat se zgodi, da ni možnosti za odkrit pogovor in občutljivejša vprašanja, ko bi posameznica lahko spregovorila o svojih stiskah. Medicinske sestre ali babice so v prenatalnem varstvu vse prepogosto administratorke, merilke krvnega tlaka in telesne teže, in redko pomembne osebe, s katerimi bi v času nosečnosti bilo mogoče razviti ustrezno zaupanje, kar bi omogočilo tudi izražanje stisk in njihovo morebitno reševanje. Ko se bodo v praksi uresničila nove smernice, bodo babice prevzele polovico skrbi za zdrave nosečnice. Če bi predporodna skrb omogočala in podpirala izražanje že obstoječih ali morebitnih grozečih težav ali tesnobe, bi bilo mogoče posameznici ponuditi podporo, praktično pomoč in rešitve, kjer je to mogoče. Posebej ogrožene so lahko socialno izolirane ženske, tiste, ki nimajo podpore partnerja, in podobno, ker morda potrebujejo dodatno socialno in čustveno podporo.

3.3 Timski pristop v skrbi za nosečnice in porodnice

Babice, medicinske sestre in zdravnice/ki, ki imajo ustrezno znanje o stiskah žensk, povezanih z materinstvom, in tisti, ki se z njimi vsakodnevno srečujejo, bi morali biti med seboj ustrezno povezani. Posebej je potrebno nuditi pomoč ženskam, ki imajo za seboj izkušnjo s kakšno težjo duševno stisko (na primer depresijo ali psihozo), in ki želijo postati matere ali so nenačrtovano zanosile. Da bi bila posameznica deležna ustrezne pomoči, podpore in zdravljenja, kadar je to potrebno (v času nosečnosti, med porodom, v času bivanja v porodnišnici, po porodu doma), se lahko

v takih primerih povežejo med seboj psihiatri, ginekologi/ginekologinje, psihologinje, babice ali celotni porodni tim in/ali patronažne sestre. Potrebno je ponuditi ustrezno pomoč in podporo ženskam, pri katerih se pojavijo hude stiske med nosečnostjo samo. Če se med nosečnostjo pojavi depresija, ženska ne bi smela ostati brez pomoči. Zdravljenje s pomočjo psihoterapije je lahko učinkovito, če depresija ni preveč resna, vendar te možnosti niso povsod na voljo. Pri resni obliki depresije je pogosto bistveno jemati antidepresive, ki jih je potrebno skrbno izbrati (11). V zvezi s tem so dolžni zdravniki skrbno spremljati najnovejše raziskave in z njimi povezana priporočila.

3.4 Kontinuiranost skrbi za nosečnico in porodnico

Raziskave so pokazale, da med porodom v porodnišnici prisotnost osebe, ki je porodnici blizu, pomaga k zmanjšanju stresa, čas poroda je krajši, manj je porodniških posegov, obstaja pa tudi manjša verjetnost poporodne depresije (12). Pri tem je v ospredju psihična podpora porodnici, ki jo lahko nudi njen partner, prijateljica, sorodnica ali pa t. i. »doula« (laična porodna pomočnica). Če je oseba v porodnišnici pozorno na to, kako se porodnica počuti, je več verjetnosti, da bo zadovoljna s porodno izkušnjo, hkrati pa je več verjetnosti, da bodo odzivi na morebitne znake pojavljajoče se duševne stiske hitre in ustrezne. To, da se porod konča z zdravim otrokom in zdravo materjo, še ni dovolj, in mnoge ženske trpijo zaradi negativnih porodnih izkušenj (13). Obširne raziskave, ki so jih izvajali v tujini, kažejo, da obstaja povezava med občutkom, da je posameznica imela nadzor nad dogajanjem pri porodu in da so bile njene želje upoštevane, ter dobrim počutjem matere še dolgo po porodu - ustreznih raziskav pri nas ni. Načini vodenja poroda, premajhno upoštevanje informirane izbire pri posameznih postopkih (na primer ponekod še obvezno britje in klistiranje kot priprava na porod, obvezni položaj pri porodu ipd.), ozka izbira sredstev proti bolečinam) pomembno vplivajo ne samo na boljši ali slabši rezultat poroda, pač pa tudi na duševno zdravje žensk (14).

4 Čas po porodu - prilagoditve na življenje z otrokom

Ko se prične življenje z dojenčkom, nekatere ženske čutijo ponos, občutijo srečo, ljubezen, toplino in povezanost z otrokom. Vendar se lahko pojavijo nasprotujoči si občutki, misli in strahovi. Raziskave so

pokazale, da večina žensk občuti materinstvo kot začetek nečesa novega in hkrati kot izgubo, kar je popolnoma normalno in česar ne bi smeli patologizirati. Jeza, žalost, frustracija, panika ali ljubosumje ne sodijo v običajno predstavo o materinstvu, vendar ta čustva obstajajo. Prepoznanje je prvi korak v soočanju z občutki. Pomagajo lahko že pogovori, izražanje bolečine, razočaranja in žalosti. Za številne ženske bi bilo idealno, če bi lahko izkoristile znanje in pomoč prijateljic, partnerjev in strokovnjakov, ki so dovolj senzibilni in imajo znanje ter izkušnje pri reševanju težav. V Sloveniji se le zlagoma širijo različne oblike pomoči pri žalovanjih, kot jih poznajo drugod v razvitem svetu (t. i. bereavment counseling). Obsegajo vse od skupin za samopomoč do strokovne pomoči in jih lahko organizirajo posamezniki, vladne ali nevladne organizacije (pri nas društvo Hospic).

5 Otožnost, depresija, psihoza

5.1 Poporodna otožnost

Poporodno otožnost, ki se običajno pojavi drugi ali tretji dan po porodu in traja nekaj dni, morda do sedmega dne, doživi okoli polovica žensk, nekateri avtorji pa navajajo kar 75 % žensk (15). Ocenjuje se, da okoli štirinajst tisoč žensk v Sloveniji na leto izkusi to najblajšo obliko stiske. Večina žensk ve za poporodno otožnost, ki je tako običajna, da je videti skoraj kot normalen izid poroda. Najpogosteje jo pripisujejo socialnim dejavnikom in/ali hitri spremembi ravni hormonov po porodu, svoje pa prispevajo tudi telesna izčrpanost, neprespanost, slabokrvnost in podobno. Znaki lahko vključujejo spremembe razpoloženja, žalost, jokavost, posameznica lahko občuti tesnobo ali je zelo razdražljiva. Običajno znaki izzvenijo sami od sebe in ne puščajo posledic. Če pa omenjena občutja trajajo več kot nekaj dni, in če se posameznica ne počuti bolje, je morda potrebna dodatna pomoč ali zdravljenje. Težava se kaže v tem, da lahko znaki poporodne otožnosti »prikrijejo« znake resnejših poporodnih stisk. Nekateri avtorji navajajo, da je presenetljivo, kako pogosto zgodnje opozorilne znake hujše stiske okolica interpretira kot normalen del poporodne otožnosti (15).

5.2 Poporodna depresija

Od deset do dvajset odstotkov vseh novih mater doživlja resnejše stiske, ki jih vzame pod okrilje diagnoza poporodna depresija (16). Na podlagi primerjav z drugimi državami ocenjujemo, da jih doživlja nekako

1.800 do 3.600 žensk na leto v Sloveniji. Poporodna depresija ima lahko različno intenzivnost. Četrtnina od njih predstavlja resno obliko depresije, kar pomeni, da so te ženske v hudi stiski. Poporodna depresija je bolezen, ki pogosto zahteva zdravljenje. Znaki se pojavijo kasneje kot znaki poporodne otožnosti, običajno okoli četrtega do šestega tedna po porodu.

Osnovni znak poporodne depresije je slabo razpoloženje ali izguba interesa in sposobnosti uživanja ali doživljanja veselja večji del dneva, poleg tega še nekaj od naštetega: sprememba v teku ali telesni teži, sprememba v vzorcu spanja, utrujenost, motena koncentracija, občutja krivde ali jeze, izguba samospoštovanja, zavrtost, tesnoba ali vznemirjenost, samomorilne misli, nezanimanje za dogajanje v okolici, vključno z dojenčkom, vsiljive misli o poškodovanju otroka. Težave preidejo meje čustvovanja in zahajajo v polje apetita, spolnosti, spanja, energije. Za diagnozo poporodne depresije morajo znaki trajati vsaj dva tedna. Nekatere od teh znakov pogosto zamenjujejo z normalnimi spremembami po porodu - kot je utrujenost, sprememba teka, slabo spanje ali zmanjšana želja po spolnosti.

Meta-analiza 59 raziskav o poporodni depresiji, ki so vključile skoraj 13.000 žensk, kaže, da je pogostnost poporodne depresije 13 %, in da se največkrat pojavi v prvih treh mesecih po porodu (17). Večina žensk se sama pozdravi v treh do šestih mesecih, čeprav ima okoli deset odstotkov žensk znake depresije še leto po porodu, nekatere med njimi še štiri leta po porodu. Poporodna depresija je povezana tudi z večjo stopnjo samomorilnosti (18). Poporodna depresija ima lahko pomembne socialnoekonomske posledice za družino, vključno z vplivom na zaposlitev, dohodke, stabilnost družine, integracijo matere, otroka in družine v skupnost. Raziskave so pokazale, da poporodna depresija pomembno vpliva na odnos med materjo in otrokom, prav tako so dokazani dolgoročni vplivi na kognitivni in emocionalni razvoj otroka (19, 20). S poporodno depresijo je povezana tudi zloraba otrok. Zaradi omenjenih posledic je še toliko bolj pomembno organizirati asertivno, kontinuirano in timsko pomoč materam z depresijo. Ne glede na to, ali je mati z otrokom sprejeta v bolnišnično enoto ali ji ponudijo pomoč na domu, je tovrstna pomoč dvojno učinkovita.

Raziskave o pogostnosti poporodne depresije v Veliki Britaniji in ZDA kažejo, da ena ženska od desetih postane klinično depresivna v drugem ali tretjem mesecu po porodu; raziskava glede nekaterih afriških držav in Škotske kaže podobno incidenco; nekatere druge mednarodne primerjave so ugotovljale nižjo

pojavnost poporodne depresije med neevropskimi deželami, kar gre pripisovati pomanjkanju meril za definiranje depresije v različnih kulturah. Ugotovljena je visoka incidenca poporodne depresije v razvitih državah in jasna povezava s psihičnimi in socialnimi spremenljivkami. Potrebna bi bila kvalitetna mednarodna raziskava, ki bi omogočala širšo medkulturno primerjavo (21).

Poporodno depresijo lahko doživi po porodu vsaka ženska, vendar je več verjetnosti, da se znajde v stiski, če ob prej obstoječi ranljivosti za depresijo nastopijo kateri od psihosocialnih dejavnikov tveganja. Med zanesljivejše napovedovalne dejavnike sodijo: duševna motnja v anamnezi (zlasti motnje čustvovanja, med njimi še posebej poporodna depresija po predhodnem porodu), slabi odnosi med partnerjema, pomanjkanje socialne podpore in stresni življenjski dogodki v bližnji preteklosti. Med šibkejšje napovedovalne dejavnike sodijo nizek dohodek družine, brezposlenost, porodni zapleti in slaba porodna izkušnja (22). Kot kažejo tiste redke raziskave, ki omogočajo neposredno primerjavo, incidenca poporodne depresije, ki ima torej večinoma psihosocialne vzroke, v različnih kulturah ne variira. Za teorije o poporodni depresiji kot delni posledici opuščanja navad in ritualov, ki tradicionalno označujejo prehod v starševstvo, ni dovolj ustreznih dokazov.

5.3 Posttravmatski sindrom

Posttravmatski sindrom je oblika stiske, neposredno povezana s težko porodno izkušnjo, še posebej z majhnim nadzorom nad potekom poroda, visoko stopnjo strahu, bolečin ipd. Pojavljajo se občutki zlorabe, podobni občutkom po posilstvu, stres, panika, jeza, anksioznost, strah, nekatere ženske spet in spet podoživljajo zanje travmatičen porod in sanjajo moraste sanje. Ustreznih podatkov za Slovenijo o tovrstnih težavah ni.

5.4 Poporodna psihoza

Po porodu izkusi poporodno psihozo ena ženska od tisočih (15), kar za Slovenijo pomeni hudo stisko 18 do 36 žensk na leto. Zanesljivejši napovedovalni dejavniki poporodne psihoze so duševna motnja v anamnezi in duševna motnja v družini, šibkejši dejavniki pa so težak porod, nenačrtovan carski rez, stresni življenjski dogodki in pomanjkanje socialne podpore. Nekateri predpostavljajo, da je porod zgolj povod, ki deluje kot sprožilec bolezni, če je že prej obstajala ranljivost za psihozo. Raziskave kažejo, da resna duševna bolezen, ki sledi porodu, ni odvisna od socialnih, kulturnih in nacionalnih dejavnikov. Morda

bodo v prihodnosti raziskave ponudile drugačne rezultate glede pojavnosti te bolezni v različnih kulturah, ker gre morebiti za različne pojavne oblike. Vendar so obstoječi dokazi glede neodvisnosti med poporodno psihozo in kulturnimi ter etničnimi dejavniki dokaj prepričljivi. Ta opažanja, skupaj s kliničnimi podatki in zgodovinskimi dejstvi glede nespremenljivosti stopnje v zadnjih sto petdesetih letih, kažejo na primarno endogeno etiologijo psihoze, katere povod je lahko fiziologija poroda (15, 21).

Ženske s poporodno psihozo imajo lahko občutke, da jim je bog ali sila izven njih naročila, da počno stvari, ki jih normalno ne bi naredile, na primer, naj ranijo otroka ali sebe; lahko so zmedene ali razburjene; lahko slišijo ali vidijo stvari, ki jih drugi ne, morda ne morejo skrbeti za otroka, čutijo, da misli in čustev nimajo pod nadzorom. Te ženske imajo pravico do takojšnje pomoči in zdravljenja. Poporodna psihoza je redko, a zelo resno stanje, ki zahteva takojšnjo pozornost. Zdravljenje je učinkovito.

6 Ukrepi, pomoč, zdravljenje

Kakšni so lahko konkretni ukrepi? Pri ženskah s poporodno depresijo trajajo znaki okoli tri do šest mesecev, včasih pa mnogo dlje. Dokazano je, da se ženske, ki se zdravijo, hitreje bolje počutijo. Dokazi govorijo v prid uporabe antidepresivov in/ali svetovanja oz. različnih vrst psihoterapije. Dalj ko traja nezdravljena depresija, hujše in dolgoročneje so lahko posledice za žensko kot tudi za otroka - večji je lahko vpliv na povezavo med otrokom in materjo, in na otrokov čustveni in kognitivni razvoj ter njegov občutek varnosti.

6.1 Znanje

Zdravstveni delavci, ki so v stiku z ženskami po porodu in so v pretežni meri pozorni na telesno zdravje, bi morali biti pozorni tudi na materino čustveno stanje. Poznati bi morali znake depresije in poporodne psihoze, oceniti njihovo intenzivnost in predlagati, kako reševati težave ali usmeriti v zdravljenje. V resnici se prevečkrat zgodi, da ženske v stiski nihče zares ne opazi in da ostane sama s svojimi težavami. Ženske morda same ne bodo iskale pomoči - v neki raziskavi se je izkazalo, da je le četrtina žensk poiskala pomoč, večina je predpostavljala, da bo medicinska skrb neustrezna in neprimerna za njihovo lastno razumevanje slabega razpoloženja, nekatere so se bale, da jih bodo označili za duševno bolne, jim dali zdravila ali jim vzeli otroka (22).

Široko znanje je nujno za vse zdravstvene delavce in delavke, ki so v stiku z nosečnicami, porodnicami in ženskami po porodu, ker omogoča tudi prepoznavanje lastnih predsodkov in verovanj, povezanih s različnimi koncepti materinstva. Treba se je lotiti analize prevladujočih predstav in stereotipov o materinstvu, »materinskem instinktu«, »naravnih vlogi« matere, »posebni ženski naravi« in podobno. Ločevati je potrebno med rojevanjem otrok in skrbjo za otroka ter njegovo nego, in relativizirati tradicionalne prestave o prepletenosti ženskosti z materinstvom in materinstva s starševstvom; tako z argumentiranimi razmišljanji kot s pogledi, utemeljenimi na podatkih.

Eden izmed načinov širjenja informacij o znakih stisk in načinih, kako jih lahko preprečimo ali jih prebrodimo, je oblikovanje besedil, ki so namenjene širši javnosti in/ali usmerjene na specifične populacije. Pri tem je bistveno uporabiti različne nosilce informacij in upoštevati različne skupine žensk, ki se močno razlikujejo po tem, kakšne so možnosti, da jih informacije dosežejo. Predvsem sistem, osnovan na konceptu zdravja, ki temelji na preprečevanju, osveščanju, opogumljanju za iskanje različnih virov moči in pomoči, lahko prevzame določen del nalog, povezanih s skrbjo za ženske v stiski. Pomembno vlogo bi lahko odigrale tudi patronažne sestre ali babice, ki obiskujejo matere z novorojenčki po porodu in ki trenutno postavljajo v ospredje otrokovo zdravje. Tu je mati še vse preveč razumljena v vlogi negovalke in dojilje, manj pa kot samostojna ženska v ključnem življenjskem prehodu. Morda bi bila v pomoč že enostavna vprašanja, kot so: Kaj čutite do otroka? Ali lahko spite, ko spi otrok? Ali ste imeli nenavadne, neobičajne misli? Seveda pa tudi v primeru, da bi postala patronažna služba občutljiva za tovrstne težave, še vedno ostaja odprto vprašanje, kdo bi lahko poskrbel za matere, pri katerih se depresivno razpoloženje pojavi kasneje. Zdi se, da bi morali razmisliti, kdo naj bi bil tisti, ki bi imel poglobljeno nalogo pri odkrivanju morebitnih stisk.

V Sloveniji je običajno, da žensko, ki izrazi stisko, splošni zdravnik ali ginekolog usmeri po pomoč k psihologom ali psihiatrom, ne vemo pa, v kolikšnem odstotku se to zgodi, kakšen je odstotek drugih ukrepov (pogovor, predpisovanje zdravil) in koliko žensk v stiski pomoči ne išče.

6.2 Presejalni testi

Ginekologi in babice imajo morda izkušnje in nekaj znanja glede poporodnih stisk, vendar pa je mnogim težko sklepati, ali gre za poporodno depresijo ali ne. Z

uvedbo poporodnega presejalnega testa bi bilo mogoče preprečiti oziroma prepoznati ogroženosti zaradi poporodne depresije in lajšati hude duševne stiske (na primer The Edinburgh Post Natal Depression Scale). Na podlagi dobljenih rezultatov bi bila mogoča odločitev za poglobljen razgovor. Isti vprašalnik, ki bi se uporabljal tudi v času nosečnosti, bi lahko uporabili šest do osem tednov po porodu, ko je v Sloveniji priporočen obisk pri ginekologu. Zajeli bi velik odstotek tistih, ki bi postale depresivne v prvem mesecu po porodu, drugač pa bi ga opravili šest do osem mesecev po porodu - tu bi zajeli matere, pri katerih bi se razvila depresija kasneje ali ki so morda izpadle pri prvem presejanju. V Sloveniji zaenkrat ne uporabljamo nobene vrste presejalnih testov za odkrivanje ogroženosti s poporodno depresijo.

Ne obstaja nobena sistematična raziskava o tem, kako ženske s poporodno depresijo v Sloveniji uporabljajo usluge zdravstvenega sistema, prav tako ni sistematično zbranih podatkov o tem, kakšne so potrebe po morebitnih spremembah. Nekatera poročila navajajo, da se ženske po porodu v zelo majhnih odstotkih obračajo po pomoč k psihiatrom in socialnim ustanovam. Same pogosto svojega stanja ne opredelijo kot depresija. Celo tiste z zelo resnimi simptomi pogosto zavračajo vse skupaj na dejstvo, da so postale matere. Morda ne želijo vključevanja zdravstvenih delavcev, ker jih čutijo kot grožnjo, ali pa se bojijo, da jih bodo označili kot duševno bolne ali celo, da jim bodo vzeli otroka ali ker se jim zdi, da rešitve, ki bi jih ponudili, ne ustrezajo. Nekaterne ženske tudi zavračajo nasvet, naj obiščejo psihiatra ali psihologa, zaradi ožigosanosti ali nelagodja ali ker se jim zdi, da je depresija v času po porodu nekaj normalnega. Rezultati raziskave v tujini glede tega, kako posameznice zaznavajo svoj položaj, so pokazali, da so ženske sicer ugotovile, da je nekaj narobe, a le ena tretjina je verjela, da gre za poporodno depresijo (23). Ostale so bile prepričane, da njihove težave niso dovolj resne. Zgodi se, da partner ali drugi družinski člani ali prijateljice prvi opazijo, da nekaj ni v redu. Pomembno je poznati znake poporodne depresije in spodbuditi mater, da poišče pomoč. Ko je diagnoza poporodna depresija postavljena, je ključno, da ima pomoč materi in otroku prednost pred vsem drugimi. Tudi partner/partnerica potrebuje dodatno razlago za razumevanje materine potrebe po čustveni podpori, počitku in praktični skrbi za otroka.

6.3 Zdravljenje

Obstaja več načinov zdravljenja poporodne depresije. V idealnih razmerah bi, če bi bilo potrebno, spodbudili

partnerja ali družino k večji podpori ali organizirali pomoč v kraju, kjer živi. Zelo pomembna je ustrezna in senzibilna podpora materi pri razumevanju njenih občutkov. Večini pomaga že svetovanje, pogovori ali oblike psihoterapije s posebej usposobljenimi strokovnjaki in strokovnjakinjami (24, 28). Če gre za resno obliko depresije ali kadar svetovanje ne pomaga, je potrebno jemanje antidepresivov. V Sloveniji ženskam, za katere predvidevajo, da bi bila (izbrana) zdravila ustrezna pomoč, običajno svetujejo prenehanje dojenja in hranjenje otroka po steklenički. Za nekatere ženske dojenje pomeni tudi pomemben nagrajujoči stik z otrokom, (morda tudi ob »pomoči« danes zelo moderne ideologije dojenja) in zelo težko sprejmejo tak nasvet Včasih za ceno lastnega slabega počutja nadaljujejo z dojenjem.

Druge oblike pomoči, ki bi jih nudile socialne delavke, krizni telefoni, na katerega bi ženske v poporodni stiski lahko poklicale, pri nas še niso zaživele. Pomembno je poznati merila učinkovitih psihosocialnih služb, ki jih ženske potrebujejo: dobre službe povečujejo samozavest in zavedanje žensk, da je pomembno skrbeti zase; so dostopne, ne da bi se bilo potrebno ločiti od otrok in jih predati v skrb drugim; omogočajo prostor za pogovore o čustvih in izkušnjah v neogrožujočem okolju; omogočajo, da se ženske srečajo z drugimi, ki imajo podobne izkušnje; opogumljajo posameznico, da prevzame nadzor nad svojim življenjem; omogočajo dostop do praktične pomoči, pa tudi do svetovanja in različnih terapij; omogočajo, da dobijo ženske pomoč s strani ženske strokovne delavke, če je to njihova izbira; sporočajo, da so negativna čustva v vsakem človeku (25). Ženske, ki doživljajo hudo obliko stiske (psihozo) ali imajo hude težave pri navezavi z otrokom, v večini evropskih držav, tudi v Sloveniji, sprejmejo v bolnišnico in jih s tem včasih tudi za daljši čas ločijo od otrok. Nekateri razvijajo nove modele zdravljenja (na primer v Veliki Britaniji, Kanadi in Novi Zelandiji), in ustanavljajo tako imenovane »Mother & Baby Units«. Matere in otroka ne ločijo, ampak sta v bolnišnico sprejeta oba, zanju pa skrbi ustrezno osebje. To je še posebej pomembno pri težavah z navezovanjem stika med materjo in otrokom. Po dosedanjih izkušnjah so klinični rezultati primerljivi s klasičnim modelom, matere pa v veliki večini izražajo zadovoljstvo s tem, da so imele otroka ves čas v bližini, da je zanj skrbelo osebje, ko tega same niso zmogle in so lahko postopoma prevzele skrb zanj, ko so se bolje počutile (26). V tradicionalni obliki zdravljenja psihoz bi lahko videli tudi pomanjkanje zavedanja in ustrezne občutljivosti za potrebe mater in otrok in zdi se, da bi bilo treba podpirati ustanavljanje takih

oddelkov, ki bi bili bolj po meri materi z dojenčkom. Kadar je mati v bolnišnici, pa sobivanje z dojenčkom ni zaželeno ali ni mogoče. Si pa je potrebno prizadevati, da jo otrok pogosto in redne obiskuje, seveda z ustrezno pomočjo in nadzorom, če je ta potreben. Nekatere zelo inovativne, odločne in učinkovite družine z veliko pomoči okolja lahko organizirajo pomoč prizadetim materam tudi na druge načine, kar je zelo resna in težka naloga. Nujen del takega alternativnega načrta mora biti neprekinjeno zdravljenje, nadzor in posvet z izkušenim in razgledanim zdravnikom/zdravnico. Kot poudarjajo rezultati raziskave stotih sprejemov mater z otroki na psihiatrični oddelek, bi bile potrebne dodatne raziskave, če želimo ugotoviti, kateri model skrbi ustreza potrebam matere z različnimi stiskami po porodu (26). Težko je določiti merila, ki bi pomagala določati tveganje, škodo ali korist določenega modela.

6.4 Mreža

Nevladnih organizacij, ki bi se ukvarjale neposredno s stiskami žensk v reproduktivnem obdobju, po naših podatkih v Sloveniji ni, prav tako ne deluje nobena samopomočna skupina žensk s poporodnimi stiskami. Vsekakor bi bilo potrebno, da jih ustanovijo ali ženske same ali pa dajo pobudo strokovnjaki/nje in jih pri tem podprejo. Nekatere nevladne organizacije in društva pa se posredno srečujejo tudi s to problematiko. Vzel, ki se tu kaže, bi bilo nujno zapolniti. Pomembno je razvijati tudi drugačne možnosti, kot so na primer dnevne bolnišnice, pomoč na domu, učinkovita patronažna služba (sedaj ponovno tudi z babicami) po porodu, ki nudi oporo in konkretno pomoč tudi daljši čas po porodu, ustrezno izobraževanje in delovanje socialnih služb, razvijanje drugih oblik pomoči na domu, izobraževanje in delovanje družinskih zdravnikov. Ustanavljati in podpirati bi bilo potrebno skupine za matere in majhne otroke (»Mother-and-Toddler Groups«), kjer se matere z otroci družijo, imajo možnost kaj prebrati, se razvedriti ipd. v lokalnih skupnostih, organizirati skupine za matere, organizirati skupine prostovoljcev in prostovoljk za pomoč materam in organizirati različne samopomočne skupine. V Sloveniji imamo enega najdaljših porodniških dopustov - leto dni je lahko dolgo obdobje, ko so nekatere matere prikrajšane za družbo odraslih. Nihče sicer ni raziskoval povezanosti med dolžino porodniškega dopusta in specifičnimi stiskami mater, lahko pa predpostavljamo, da bi bilo potrebno za to enoletno obdobje ponuditi materam različne možnosti, da stopijo izza zidov svojih domov. Če je izgrajena raznolika mreža različnih storitev, lahko ženske izbirajo glede na svoje možnosti, potrebe in

želje. Naloga zdravstvenih delavcev pa bi bila lahko tudi pomoč pri gradnji podpornega sistema v povezavi družine, prijateljskega kroga, različnih oblik skrbi in zdravljenja na domu, podpornih skupin staršev in podobno. Tudi socialne službe bi morale razviti specializirane ponudbe, ki bi obsegale individualno in skupinsko svetovanje za specifične probleme žensk. Pomembna pa je tudi izgradnja mreže različnih tipov supervizij za strokovne delavce in delavke, ki bi poleg strokovne pomoči nudila tudi emocionalno podporo. V Sloveniji je posameznicam morda na voljo katera od naštetih uslug, vendar je cilj, da bi vse ženske, potrebne pomoči, to tudi v ustrezni obliki zares dobile, še zelo daleč.

V Sloveniji se posamezni psihiatri in psihiatrinje še posebej ukvarjajo s pričujočo tematiko, vendar zaenkrat niso načrtno povezani med seboj. Nekateri stalno sodelujejo s porodničnicami, drugod spet manj ali sploh ne, ker ni pravila, protokola ali dogovora, kako naj bi se odvijalo. Tako strokovnjaki znotraj institucij (psihiatrinje, ginekologi, psihologi, socialne delavke) kot tudi neinstitucionalne organizacije v tem trenutku sicer »obdelujejo vsak svoj vrtiček«, manjka pa njihova dolgoročna povezava in kontinuirano sodelovanje, ki bi presegalo ukvarjanje s posameznimi ženskami (27).

7 Posameznica kot mati in koncepti materinstva

Ker v Sloveniji ni vzpostavljena mreža pomoči ženskam s stiskami v reproduktivnem obdobju, ni mogoče reči, koliko žensk resnično dobi pomoč in kako ustrezna je. Pregleda nad stanjem v Sloveniji na tem področju pravzaprav nima nihče. Predpostavljamo pa lahko, da obstajajo velike (in nepravilne) razlike v pomoči posameznicam zaradi objektivnih in subjektivnih vzrokov. Ti so lahko na primer oddaljenost od virov pomoči, neprepoznavanje znakov, položaj ženske znotraj družine, revščina, jezikovne ovire, predsodki zdravstvenega osebja in drugih strokovnjakov ter širšega okolja, neosveščenost patronažne službe in drugo. Ali ženska v stiski dobi ustrezno pomoč ali ne, ne sme biti odvisno od srečnega spleta okoliščin, da je poiskala pomoč pri ustreznem strokovnjaku ali strokovnjakinji, ki ni zamahnil/a z roko (»Lahko ste vendar samo veseli, ko imate tako zdravega otroka.«), ne more biti prepuščeno naključju (če živi blizu večjega mesta, kjer deluje ustrezen strokovnjak, je več možnosti, da dobi ustrezno pomoč) in ne sme biti žrtev nerazumevanja zdravstvenega osebja, če na primer izrazi željo po epiduralni anesteziji zaradi bojazni pred

porodnimi bolečinami (»Mi za take ženske muhe nimamo časa!«). Ženske, ki trpijo, potrebujejo znanje, praktično pomoč, podporo in de-kulpabilizacijo.

Zelo pomembno pa je, da se ob snovanju ustreznih mrež pomoči in zdravljenja, kadar je to potrebno, ne prenehamo zavedati, da gre za pravico ženske. Pri tem je potrebno ohraniti budno oko, da se ne prestopi občutljiva meja, kjer pomoč postane nadzor, discipliniranje ali normaliziranje.

Če povzamemo: »nove« matere doživljajo stiske in nič ne kaže, da v bližnji prihodnosti čakajo enostavne in hitre rešitve. Potrebne so ustrezno razvite mreže pomoči, ki posameznicam v tiski nudijo najustreznejše načine prepoznavanja in reševanja stisk (27). A to ni dovolj. Trpljenje žensk in z njimi trpljenje otrok ter partnerjev in partneric je toliko večje, kolikor bolj je poudarjeno »brezprizivno«, »ultimativno«, »biološko« materinstvo. Bolj ko se poudarja dvojica med biološko materjo in otrokom, toliko bolj se mati čuti dolžno prevzemati večino odgovornosti in skrbi za otroka na svoja »pleča«. Bolj ko so vloge in naloge matere kodificirane ali normirane v obliko, kot jo pogosto srečujemo v zahodni kulturi današnjega časa, težje je iskati in videti rešitve zunaj tega kroga.

Prispevek je nastal na podlagi spremenjenih in dopolnjenih člankov, objavljenih v *Šent. Glasilo Slovenskega združenja za duševno zdravje*, št. 4, letnik 7, 2001 in *Šent*, št. 5, letnik 7, 2001. Uredništvu *Šenta* se zahvaljujemo za dovoljenje za objavo.

Literatura

1. Steiner M, Yonkers K. Depression in Women. London: Martin Dunitz 1998: 26-47.
2. Anon. Manifest lezbične sekcije. Delta. Revija za ženske študije in feministično teorijo 1997; 3-4: 145.
3. Ireland M. S. Reconciling Women: Separation from female identity. New York, London: The Guilf, 1993.
4. The Boston Women's Health Book Collective. Our Bodies, Ourselves. New York: Touchstone 1998: 502-19.
5. Brown G W, Harris T. Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women. New York: The Free Press, 1978.
6. Bifulco A, Brown G, Harris T. Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication. J Affect Disord 1987; 3-4: 115-28.
7. Verdenik I, Pajntar M. Perinatologija Slovenica 1987-1996, Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD, 1998: 71-5.
8. Rojšek J. O psihoterapevtskih metodah pri EPH gestozi. V: Romih J., Žmitek A., ur. Na stičiščih psihiatrije in ginekologije. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2000: 131-41.
9. Marušič, A. Ob svetovnem dnevu zdravja 2001 - s sodobno psihiatrijo do duševnega zdravja. Zdrav Vestn 2001; 70: 201-2.
10. Marušič, A. Kako svetla je lahko prihodnost na področju duševnega zdravja? Zdrav var 2001; 40: 5-7.
11. Tavčar R. Psihotropna zdravila in nosečnost. V: Romih J., Žmitek A., ur. Na stičiščih psihiatrije in ginekologije. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2000: 156-68.
12. Klaus M, Kennell J, Berkowitz G, Klaus P. Maternal assistance and support in labour: father, nurse, midwife or doula?, Clin Consult Obstet and Gyn 1992; 4: 211-7.
13. Klaus M, Kennell J H, Robertson S, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. BMJ 1986; 293: 585-7.
14. Green K. Birth, Trauma and Postpartum Depression. In: Annual Meeting of the American Psychiatric Association. New York 1996.
15. Kumar R. Childbirth and mental illness. Triangle 1990; 273: 73-81.
16. Bronckington I F, Kumar R. eds. Motherhood and Mental Illness. London: Wright, 1988.
17. O'Hara M W, Swain A M. Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. International Review of Psychiatry 1996; 8: 37-54.
18. Report on Confidential Inquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1994-96. Why Mothers Die. London: Department of Health, 1998.
19. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P J. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome, Child Dev 1996; 67: 2512-26.
20. Hay D F, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. J Child Psychol Psychiatry 2001; 42: 871-90.
21. Kumar R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective. Soc Psychiatry Epidemiol 1994; 29: 250-64.
22. Anon. The management of postnatal depression. Drug Ther Bull 2000; 5: 33-7.
23. Whitton A, Appleby L, Warner R. Maternal thinking and the treatment of postnatal depression. Int Rev Psychiatry 1996; 8: 73-8.
24. Stuart S, O'Hara M. Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression: A Treatment Program. J Psychoter Pract Res 1995; 1.
25. Zaviršek D. Ženske in duševno zdravje: o novih kulturah skrbi. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, 1994: 257-65.
26. Kumar R, Marks M, Platz Ch, Yoshida K. Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristic of 100 consecutive admissions. J Affect Disord 1995; 33: 11-22.
27. LoCicero A, Weiss DM, Issokson D. Postpartum Depression: Proposal for Prevention through an Integrated Care and Support Network. App and Prev Psychol 1997; 6: 169-78.
28. Enkin M, Keirse MJNC, Chalmers I (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press, 2000: 435-8.