

Zlata Ličer

SOCIALNI VIDIKI VAROVANJA REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA ŽENSK

UVOD

V družbi z visoko zaposlenostjo žensk, z razvojem moderne ekonomije in demokratičnih družbenih procesov se je razvila doktrina uravnavevanja rojstev ali načrtovanja družine ter gibanje za odgovorno starševstvo v smislu močnejšega poudarjanja kakovosti preživetja otrok. Socialni in vedenjski izzivi reproduktivnega zdravja v razvijajočem se svetu segajo od omejevanja nevarnega opravljanja splava do razumevanja načinov človekovega rodnostnega obnašanja in ponujenih izbir načrtovanja družine. Od načina, katera oblika spolnega in kontracepcijskega vedenja se med ljudmi uveljavlja, je na koncu odvisno tudi preprečevanje AIDSa in spolno prenosljivih bolezni. Neizbežna je nujnost učinkovitega načrtovanja družine in zdravstvene politike, ki pomaga ljudem zaščititi in izboljšati svoje reproduktivno zdravje.

V deželah v razvoju se ženske poročajo mlade in rodijo veliko otrok ter tako dokažejo, da so »dobra naložba«. Zaradi nepismenosti, nedostopnosti informacij in osnovne zdravstvene pomoči nemočne povečujejo stopnjo maternalne, perinatalne in otroške umrljivosti. Svetovna zdravstvena organizacija poroča, da letno umre pol milijona žensk zaradi nosečnosti in porodov, približno petsto na dan pa jih vsak dan podleže posledicam nestrokovno opravljenih splavov. Tako se kontekst zdravja ženske v nerazvitem svetu močno razlikuje od tistega v razvitem. V veliko državah so zdravstveni delavci edini in osnovni informatorji o kontracepciji.

Reproduktivno zdravje žensk je eden izmed kazalcev družbenega napredka. Obstaja neposredna povezava med zapostavljanjem reproduktivnega zdravja, revščino, pomanjkanjem izobrazbe in diskriminacijo na eni strani

in stopnjo maternalne smrtnosti na drugi. Maternalna smrtnost med ženskami Vzhodne in Srednje Evrope je 21,71 na 100.000 živorojenih, v primerjavi s 6,8 v Zahodni Evropi (v Severni Evropi od 0 do 11). Prav tako se je v Vzhodni Srednji Evropi skrajšala življenjska doba, znižalo se je število rojstev, večja je umrljivost novorojenčkov, ki je 16,2 na 1.000 živorojenih, v primerjavi s 7,18 v Zahodni Evropi (Roseman, Mindy 2000; WHO 1999). V Sloveniji je bila povprečna desetletna maternalna umrljivost v obdobju od leta 1982 do 1991 12,4 smrti na 100.000 živorojenih otrok (Ministrstvo za zdravje 1993). Vpliv socialno-ekonomskih dejavnikov na smrtnost žensk sestavljajo individualne značilnosti ženske: izobrazbeni nivo, ekonomski položaj in socialna podpora mreža. To so hkrati dejavniki, ki strukturirajo družbene poglede o pravicah in dolžnostih žensk, med katerimi je reproduktivna funkcija žensk, ki je kljub številnim družbenim spremembam, še zmeraj v jedru ženskih identitet.

Zaradi spremenjenega načina življenja se je število splavov kot tudi porodov zmanjšalo, višja je starost žensk ob prvem porodu in manjše je število otrok v družini, pričakuje se več starševske pozornosti kot v preteklosti in večjo kakovost življenja. Vse te družbene spremembe (poleg individualnih značilnosti) vplivajo na odločanje o načrtovanju nosečnosti, na odnos do kontracepcije in splava ter pogojujejo nastajanje socialnih stisk v obdobju nosečnosti in poroda.

Sodobni starši želijo otrokom ponuditi kvalitetno življenje, dobro izobrazbo in zadovoljiv gnotni položaj ob vstopu v življenje, na vse to pa v veliki meri vpliva država za oblikovanjem družinske politike, zaposlovanja, stanovanjskih možnosti, izobraževanja, zdravstvenega varstva itn.

DRŽAVE V TRANZICIJI

Iz vzhodno- in srednjeevropskih postsocialističnih držav poročajo o neprijaznem odnosu do reprodukcijskih pravic, ker se je rodnost skoraj v vseh evropskih deželah znižala pod raven, ko je zagotavljanje enostavnega obnavljanja prebivalstva še mogoče. S socialno-ekonomskim razvojem je povezano omejevanje rodnosti, in sicer zaradi teženj ljudi po še boljšem življenjskem standardu ali zaradi strahu, da se jim ta ne bi poslabšal.

1. Značilno za te države je spodbujanje rodnosti z neizvajanjem reproduktivnih pravic.
2. Etična stališča do načrtovanja družine in zlasti splava so represivna.
3. Značilno je upadanje dostopnosti do splošne zdravstvene oskrbe, tudi pri skrbi za reproduktivno zdravje.
4. Značilna je visoka stopnja nosečnosti in splavov med adolescenti, ker ni posebnih svetovalnih ambulant (Roseman 2000).

STOPNJA SPLAVNOSTI V VZHODNI EVROPI

Zaradi nedosegljivosti sodobnih kontracepcijskih metod in zaradi pomanjkanja znanja o njihovi uporabi je splav ostal pomembna metoda uravnavanja rodnosti.

Posledica dolgoletne prepovedi splava v Romuniji je bila ena največjih stopenj maternalne umrljivosti v Evropi. 85 % smrti, povezanih z nosečnostjo, je bilo povezanih z ne-varno opravljenim splavom. Leta 1989 so beležili 159 maternalnih smrti na 100.000 živorojenih. V naslednjem letu, ko so legalizirali splav in je postal poseg bolj varen, se je znižala smrtnost zaradi nosečnosti in poroda na 83 na 100.000 živorojenih v primerjavi z Zahodno Evropo, kjer je maternalna umrljivost pod 10 na 100.000 živorojenih (WHO 2003).

Neustrezna skrb za reproduktivno zdravje žensk se odraža:

- v visoki stopnji umrljivosti in obolevnosti, povezani z nosečnostjo,
- v porastu spolno prenosljivih bolezni,
- v umrljivosti novorojenčkov (leta 1992 v EU 8 na 1.000 živorojenih, v Rusiji 18 na 1.000 živorojenih, leta 2000 v Sloveniji 7,4 na 1.000 rojstev).

Splošna liberalizacija prekinitve nosečnosti se pogosto prikazuje kot ničvredni ostanek socialističnega sistema. Pričakovati je, da stara merila v posttranzicijskem obdobju ne bodo več ustrezala za okolja z nizko rodnostjo, ker bo več pozornosti usmerjene v povečanje rodnosti kot pa v njeno omejevanje.

KAKO OPREDELIMO REPRODUKTIVNO ZDRAVJE

Definicija zdravja žensk mora odražati edinstvene dimenzije njihovega življenja: rojevanje, biološke zakonitosti (menstrualni ciklus) ter tudi socialni kontekst njihovega življenja, delo in starost. Vsaka od teh dimenzij ima določen vpliv na njihovo zdravje in narobe.

Pomembno je ustvariti ustrezno podobo ali predstavo o zdravju žensk, ki mora biti celostna, usmerjena na žensko (s posebnim poudarkom na opredelitev potrebnih zdravstvenih storitev) in taka, ki spoštuje njihovo avtonomnost in individualne pravice. »Nevidno delo« žensk doma je za zdravje prav tako tvegano kot delo v industriji. Ženske so doma prav tako izpostavljene gorivom, kemičnim sredstvom, nesreče so tako pogoste kot na delovnem mestu (opekline, oparine). Vedno več žensk je sicer zaposlenih izven doma, v povprečju pa dobivajo le dve tretjini plače, kakršne dobivajo moški, ker opravljajo slabo plačana »ženska dela«. Ženske so tudi slabše nagrajene za enako delo in imajo daljši in neugodnejši delovni čas. Organizacija združenih narodov je že leta 1980 poročala, da ženske, ki sestavljajo polovico svetovnega prebivalstva, opravijo dve tretjini celotnega dela, njihov zaslužek doseže desetino svetovnega dohodka in posedujejo stotino svetovne lastnine. Mednarodna federacija načrtovanja starševstva k dimenzijam spolnega zdravja šteje spodbujanje varne spolnosti, se pravi, spolnosti, ki je prijetna, ki je ne spremlja strah pred nezaželeno nosečnostjo in boleznimi in ki je ne spremlja uporaba sile. To pomeni, da morajo ženske izbrati pravega spolnega partnerja in čas spolnih odnosov in se zavarovati pred spolnimi okužbami, tako da pristajajo le na varne oblike spolnosti, še zlasti z uporabo kondoma, in take spolnosti, pri kateri so spoštovani zdravje, človeški ponos in dostojanstvo. Zato mora biti zagotovljena taka zdravstvena oskrba žensk, ki

vključuje preventivo, svetovanje, vključevanje in sodelovanje širše družbene skupnosti.

Slovenija je po določbi 2. člena ustave socialna država, ki skozi svojo zakonodajno politiko ustvarja pogoje za varovanje interesov posameznikov in družbe v celoti. V primerih, ko posameznik ne more ustvarjati dohodka zaradi bolezni, materinstva, invalidnosti, starosti, brezposelnosti, materialne in socialne ogroženosti, je upravičen do socialnega varstva, ki obsega svetovanje, pomoč ali institucionalno varstvo. Izvajanje socialnih pravic pomeni zagotavljanje načela socialne države in pravico do življenja v dostojanstvu tudi v obdobju materialne ali nematerialne stiske. Zakon o socialni varnosti ne omejuje kroga upravičencev do storitev in dajatev na posebne skupine prebivalcev, ampak ureja sistem pravic za vsakogar, ki ima začasno ali trajno posebne težave v zvezi s samostojnim življenjem, težave pri reševanju medsebojnih razmerij v družini ali skupnosti ali pri preživljanju sebe in družine. Na področju varovanja reproduktivnega zdravja je socialno svetovanje del zdravstvenih storitev pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Povezano je s področjem načrtovanja družine, ki ni samo splav in kontracepcija, je gibanje za odgovorno starševstvo in ni samo stvar žensk, ampak celotne družbe.

Zdravstvene organizacije, ki po zakonu uresničujejo pravico do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (Zakon o zdravstvenih ukrepih ...), so z izvajanjem zdravstvenih ukrepov dolžne storiti vse potrebno, da lahko moški in ženska to pravico uresničujeta. Po ustavi (55. člen) naj bi država zagotavljala možnosti staršem, da se odločajo za rojstva. Nacionalno zdravstveno statistiko vodi Inštitut za varovanje zdravja RS, zdravstvene organizacije pa so v 30 dneh dolžne prijaviti opravljeni poseg ali storitev. Zdravstvene storitve na področju načrtovanja družine in socialno svetovanje so usmerjeni v preventivno delovanje in preprečevanje zanositve (z začasno ali stalno kontracepcijsko metodo), svetovanje pri umetni prekinitvi nosečnosti (varen in dostopen splav) in ugotavljanje in zdravljenje zmanjšane plodnosti (Zakon o zdravljenju neplodnosti ...).

Programi načrtovanja družine oz. varovanja reproduktivnega zdravja se izvajajo že več kot trideset let, vendar je uravnavanje rodnosti v Sloveniji še vedno precej tradicionalno. Zanesljiva

kontracepcijska sredstva (hormonske tablete, maternični vložek, sterilizacijo) uporablja manj spolno aktivne populacije v Sloveniji kakor v državah zahodne Evrope; metodo prekinjenega spolnega odnosa uporablja 30 % rodne populacije, če ta metoda zataji, pa splav.

SOCIALNO SVETOVANJE IN POSTOPEK OB UMETNI PREKINITVI NOSEČNOSTI V SLOVENIJI

Socialno svetovalno delo temelji na varovanju in spremljanju uresničevanja reproduktivnih pravic žensk, na osebni pomoči, čustvenem odnosu in vpletenosti v življenjsko stisko nosečnice, na upoštevanju njenih osebnih možnosti in zmogljivostih, aktivnem zavzemanju iskanja možnih izbir in sprejemljivih rešitev za dober razplet trenutne situacije.

Pri svetovanju ob umetni prekinitvi nosečnosti je posebna skrb namenjena trem skupinam žensk z večjim tveganjem: mladostnicam, nosečnicam, pri katerih nosečnost traja več kot deset tednov, ter nosečnicam, starejšim od 35 let.

MLADOSTNICE

Uveljavljanje koncepta načrtovanja družine se pri mladostnicah v Sloveniji kaže v vztrajnem manjšanju števila vseh nosečnosti. Rodnostna anketa iz leta 1995 je pokazala, da polovica vseh mladostnikov začne spolno živeti pri 16. letih in da so pri prvem spolnem odnosu mladostniki veliko bolj pogosto uporabljali kontracepcijo (71 %) kot ostali anketiranci (47,6 % spolno aktivne populacije). V raziskavi o spolnem vedenju ljubljanskih srednješolcev (Pinter 1996) pa jih je bilo skoraj dve tretjini mnenja, da se o spolnosti v družini ali šoli nasploh premalo pogovarjamo.

Mladostniki potrebujejo posebne svetovalnice za mlade, kjer bi jim omogočili zasebnost v časovno in prostorsko ločenih čakalnicah od odraslih. Glede na zakon (Zakon o zdravstvenih ukrepih ...) se spoštuje svobodno odločitev mladostnice tako glede splava kot glede obveščanja staršem. Značilno za mladostnice je, da se še izobražujejo, so ekonomsko odvisne, ne počutijo se čustveno zrele za materinstvo in nimajo stalnega partnerja. Vztrajanje glede obveščanja staršev jih lahko odvrne od iskanja

pomoči ob zanositvi ali od pravočasnega preventivnega ginekološkega pregleda. Znani so primeri, ko mladostnica ni nikomur zaupala o svoji nosečnosti vse do poroda. Mnogi mladi ne želijo obveščeno staršev, in če ni zagotovljena zaupnost, pomoči ne bodo iskali.

Ohranjanje tradicionalnih vzorcev prejšnjih generacij v spolnem življenju je opazno tudi pri mladostnikih (zanašajo se na odgovornost partnerja in prekinjeno občevanje). Podatki inštituta za varovanje zdravja o splavu pri mladostnicah v Sloveniji leta 2000 kažejo, da je bilo ob zanositvi 56,1 % mladostnic brez kontracepcije, 20,8 % je uporabljalo metodo prekinjenega odnosa, 8,8 % naravno, 11,2 % kondom in 2,7 % hormonsko kontracepcijo (85,6 % jih pred tem še ni bilo nosečih, 48 mladostnic je že rodilo, 72 mladostnic je že imelo pred tem splav).

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI, KI TRAJA VEČ KOT DESET TEDNOV

Ob nezaželeni zanositvi in kadar nosečnica ne vidi nobenega drugega izhoda, kakor da se odloči za umetno prekinitev nosečnosti, sta svetovanje o sodobnih načinih kontracepcije in zdravstvena vzgoja sestavni del programa vseh zdravstvenih organizacij. Postopek za prekinitev nosečnosti se začne na zahtevo nosečnice. Ženska, pri kateri nosečnost ne traja več kot deset tednov, vložijo zahtevo za UPN skupaj z izvidom o trajanju nosečnosti in z drugimi medicinskimi izvidi zdravstveni organizaciji, ki opravlja umetno prekinitev nosečnosti. Zahtevo ženske, pri kateri nosečnost traja več kot deset tednov, obravnava komisija prve stopnje. Če ta komisija zavrne zahtevo za UPN, lahko o njeni zahtevi (drugače) odloči komisija druge stopnje.

Zdravstveni delavci, zdravstvene organizacije in socialni delavci seznanjajo nosečnice s postopkom, potekom in posledicami umetne prekinitve nosečnosti ter z metodami in sredstvi za preprečevanje nosečnosti.

NEZAŽELENA NOSEČNOST PO 35. LETU

V tej skupini žensk se pogosteje pojavljajo povratnice na splav, ker že imajo zeleno število otrok, ne želijo več roditi, in imajo slabe izkušnje s kontracepcijo. Nekatere izmed njih že

ob splavu razmišljajo ali realizirajo pravico do sterilizacije.

Eden od ciljev svetovalnega dela je zmanjšanje števila povratnic, da bi se manj zanašale na splav in bolj na uporabo zanesljive kontracepcije.

SOCIALNA OBRAVNAVA MATERE IN OTROKA PO PORODU

V današnjem času, ko je večina žensk dobro pripravljenih na porod, je prihod novorojenčka vesel dogodek za vso družino in prijatelje, obstaja pa velik družbeni pritisk na žensko, za katero porod ni veselo pričakovanje in nanj ni pripravljena.

Namen socialne obravnave matere in otroka po porodu je omogočanje spremembe v dosedanem načinu reševanju problemov v medčloveških odnosih in omogočanje podpore v interakciji med njo in njenim okoljem.

Na ginekološki kliniki smo v letih od 1991 do 2000 imeli 278 socialnih intervencij (70 ali 25,2 % posvojitev, 78 ali 28,1 % težav z nastanitvijo po porodu, 12 ali 4,3 % rejništev, 9 ali 3,2 % nastanitev v materinski dom, 62 ali 25,2 % socialno svetovanje, 20 ali 14 % brez zdravstvenih in državljskih pravic). Posebno skrb in pozornost smo zadnji dve leti namenili nosečnicam brez obiskov v posvetovalnici. V to skupino sodijo nosečnice, ki potrebujejo več informacij in podpore ne le pri uresničevanju svojih reproduktivnih pravic, ampak tudi konkretno pomoč pri reševanju težav v zvezi s samostojnim življenjem. Nosečnice brez zdravstvenih pregledov se šele ob porodu in namestitvi v porodnišnico srečajo z zdravstvenim in socialnim svetovanjem.

KVALITATIVNA ANALIZA

V kvalitativni analizi so prikazani podatki iz desetih intervjujev z ženskami, ki so bile v obdobju nosečnosti (ne po svoji izbiri) brez rednih ginekoloških pregledov. Iz življenjskih zgodb posameznih nosečnic so prikazane okoliščine, v katerih so živele, njihove odločitve in posledice teh odločitev. Iz njihovih pripovedi so sledile ugotovitve o dejavnikih, ki so vplivali na (ne)obiskovanje ginekoloških posvetovalnic, oziroma, kaj jih od teh obiskov odvrnilo.

Deset intervjuvank je bilo razvrščenih v dve skupini glede na to, kdaj v času nosečnosti so poiskale zdravniško pomoč:

1. skupina nosečnic, ki ob neželjeni zanositvi (prepozno) zahtevajo umetno prekinitev višje nosečnosti (po 18. tednu)

2. skupina nosečnic, ki vse do poroda niso bile na ginekološkem pregledu.

Zanimalo nas je, kakšne vrste težav (psihičnih, socialnih, materialnih) so imele ženske že pred zanositvijo ali pozneje v obdobju nosečnosti.

Intervjuji so zajemali te teme:

- nosečnost in porod brez zdravstvene oskrbe, problem izbire prvega ginekologa
- zaupen odnos do zdravstvenega osebja
- čustvena navezanost na partnerja, družinske člane ali prijatelje
- socialne motnje v družini
- socialno-ekonomski status, odnos do nosečnosti in podporne mreže
- obstoječe rešitve in možnosti za dober razplet
- preventiva - kako se izogniti ponovitvi težav, uresničevanje pravic za varovanje reproduktivnega zdravja.

OPREDELITEV IN INTERPRETACIJA POJMOV

NOSEČNOST IN POROD BREZ ZDRAVSTVENE OSKRBE

V skupino brez redne zdravstvene oskrbe so sodile nosečnice, ki v obdobju nosečnosti niso prihajale v ginekološko posvetovalnico niti niso nikjer iskale osebne pomoči.

O svoji nosečnosti ni nikomur zaupalo pet nosečnic, štiri so povedale svojim zakonskim ali izvenzakonskim partnerjem, ena je povedala mami. Devet jih pred tem ni imelo izbrane ginekologinje in si niso predstavljale postopka za izbiro osebnega zdravnika. Nobena od njih se ni obrnila na svojega izbranega splošnega zdravnika ali zdravnico ali iskala nasvet po telefonu.

Intervjuvanke so navajale te razloge, da niso obiskale ginekološke posvetovalnice med nosečnostjo:

Neurejeno zdravstveno zavarovanje. Dve nosečnici (materi otrok s slovenskim državljan-

stvom po njunih očetih) sta bili samoplačnici zaradi neurejenega državljanstva, oziroma, ker jim je bilo onemogočeno urejanje dovoljenja za bivanje v Sloveniji. Ena od nosečnic je postala nezavarovana po dopolnjenem 18. letu; ker se ni več redno izobraževala, se ji je samodejno prekinilo zavarovanje po starših. Ena nosečnica ni imela denarja za plačilo prispevkov za zdravstveno zavarovanje, kjer je zavarovalnica za zdravstveno zavarovanje zahtevala poravnavo dolga za nazaj (ženska brez dohodka).

Časovna stiska matere samohranilke. Ena izmed vprašanih (samohranilka) je navajala preveliko gnečo v čakalnici ginekološke posvetovalnice in časovno stisko zaradi neurejenega varstva majhnega otroka;

Pomanjkanje zasebnosti pri razgovoru z medicinsko sestro ob prihodu v ginekološko ambulanto. Večkrat so navajale, da ni bilo mogoče govoriti z medicinsko sestro na samem; v prostoru so bili drugi ljudje, pogovor je potekal na hitro med vrati.

Dvom v varovanje osebnih podatkov. Ena od vprašanih je izrazila nezaupanje glede varovanja njene osebne identitete, če bi se pojavila v posvetovalnici za nosečnice v svojem kraju, še zlasti ker je razmišljala o posvojitvi.

SOCIALNO EKONOMSKE RAZMERE

Slabe socialno-ekonomske razmere so najbolj pogosta struktura, ki se pojavlja v vseh intervjujih.

Brezposelnost. Sedem intervjuvank je bilo nezaposlenih in brez rednega dohodka, nekatere so občasno neprijavljene honorarno delale v gostinstvu, dve sta bili zaposleni (ena se je zaposlila po dolgotrajni nezaposlenosti), ena je še dobivala starševski in otroški dodatek od prejšnjega poroda, ena je bila težje zaposljiva zaradi odvisnosti od drog.

Enoroditeljska družina ali edina hranilka družine. Šest jih je imelo enostarševsko družino in so bile edine hranilke družine. Štiri so živele v zakonskem ali izvenzakonskem razmerju, vendar so bili partnerji (vsi razen enega) nezaposleni, dva sta bila zaradi problemov z alkoholom težje zaposljiva. V eni izvenzakonski skupnosti je bila intervjuvanka edina hranilka družine.

Brez državljskih pravic. V dveh primerih sta bili intervjuvanki brez državljskih pravic in

urejene dokumentacije za bivanje v Sloveniji, kar je povzročilo številne pravne zaplete, čeprav so bili otroci in njihovi zakonci slovenski državljani. Ena intervjuvanka je sodila med nezakonito izbrisane, druga pa ni mogla urediti stalnega bivanja po nezaposlenem zakoncu (slovenskem državljanu), otroka je rodila doma.

Stanovanjski problem je imelo devet intervjuvank. Navajale so pogoste selitve v različna podnajemniška stanovanja ali začasno bivanje pri prijateljicah, v dveh primerih tudi brezdomstvo.

Socialna izključenost se pojavlja zaradi dolgotrajne brezposelnosti, prekinitve rednega šolanja in zaradi nestalne naselitve. Tako niso navezale trdnjših stikov s sosedi v okolju, kjer so stanovale. Prekinjeni so bili tudi stiki z družino, v dveh primerih so obstajali stiki predvsem med mamo in intervjuvanko.

IZOBRAZBA

Intervjuvanke so v sedmih primerih dokončale osnovno šolo ter pričele redno šolanje na srednješolski ravni, vendar so vse po vrsti prekinile šolanje in se odselile od doma (zapustitev družine in prekinitve medsebojnih stikov). Ena od vprašanih ni dokončala osnovne šole in ni nadaljevala šolanja, od doma pa se je odselila že pred polnoletnostjo. Dve sta dokončali izobraževanje na srednješolski ravni in se takoj za tem odselili od doma.

Zapustitev družine so intervjuvanke navajale kot posledico konfliktnih medsebojnih odnosov, tako da je bila odselitev od doma bolj posledica družinskih nesporazumov kot pa procesa osamosvajanja. Posledica tega je bilo prekinjeno izobraževanje, nezaposlenost in slabe materialne razmere, osamljenost in čustvena nestabilnost. Prekinjeni stiki z družino so pomenili odsotnost čustvene in materialne podpore (izključevanje iz neformalne in formalne socialne mreže – zaposlitvene, zdravstvene in šolske).

PARTNERSTVO

Šest intervjuvank je doživelo slabo izkušnjo s partnerjem, ko je izvedel za nosečnost. Štiri od njih so bile deležne ponižanja in žaljivk, dve sta navajali njegovo popolno nezainteresiranost in

izogibanje pogovoru o nosečnosti. Štiri intervjuvanke so se o nosečnosti lahko pogovorile s partnerjem, vendar so bili trije redkokdaj zaposleni in jim vsaj v materialnem smislu niso bili v podporo, ena od vprašanih pa je imela težave s starši, ki so njenega izvenzakonskega partnerja odklanjali in zato niso želeli nobenih stikov z obema (oče je stike celo prepovedal).

ODNOSI V DRUŽINI

V nobenem od desetih primerov intervjuvanka ni mogla računati na pomoč svoje družine. Razlogi za konfliktno odnose v družini, ki so jih navajale intervjuvanke, so bili nesporazumi med starši, odsotnost (nemoč) starševske avtoritete, še zlasti kadar so živele z očimom. Sledila sta prekinjena komunikacija z družino in prikrivanje nosečnosti. Pri eni od vprašanih je bilo razmišljanje o posvojitvi otroka vzrok za prikrivanje nosečnosti. Niso želele, da bi se pri njihovem odločanju vmešavala družina. Ena od vprašanih je navedla, da so jo starši obiskovali, vendar ji ne materialno ne čustveno niso bili v podporo, ker so jo obremenjevali s svojimi problemi in medsebojnimi konflikti.

INSTITUCIONALNA POMOČ

Pomoč vladnih ali nevladnih institucij je toliko bolj pomembna, ker je večina intervjuvank izključena iz neformalne mreže pomoči. Mladost je pomenila upanje za okrevanje in možnost uresničitve načrtov za izboljšanje kvalitete njihovega življenja. Obstajala je možnost za dober razplet njihovih težav. Štiri intervjuvanke so se začasno namestile skupaj z otrokom v materinski dom, kjer so s pomočjo osebja naprej reševale probleme svoje družinske situacije. Pristojni centri za socialno delo so se aktivno vključili v reševanje njihove problematike z uresničevanjem pravic, ki so po zakonu zagotovljene posamezniku ali družini v stiski. To so pravice do denarnih pomoči in svetovalnega dela z družino tudi na domu, torej tam, kjer se težave dejansko pojavljajo.

Namen povezanosti z zdravstvenimi službami, z ginekološkimi posvetovalnicami in patronažnimi službami v smislu varovanja reproduktivnega zdravja žensk je spremljanje nosečnosti in zagotavljanje varnega poroda, preprečevanja

ponavljanja nezaželenih nosečnosti in dostop do sodobnih kontracepcijskih sredstev.

NAČRTI ZA PRIHODNOST

Svobodna izbira in načrtovanje družine. V vseh primerih so se intervjuvanke odločile izbrati ginekološko posvetovalnico. Dve od vprašanih sta še zlasti želeli čimprej urediti dokumentacijo glede bivanja v državi in s tem povezane pravice do zdravstvenega in socialnega varstva.

Ohranjanje družinske mreže. Intervjuvanke so navajale, da želijo v prihodnosti živeti skupaj z otrokom (razen v enem primeru), ponovno vzpostaviti stike z družino, nadaljevati prekinjeno šolanje, se zaposliti. Večina (7) jih je imela možnosti, da ponovno vzpostavijo stike z družino, še zlasti tiste, ki so ohranile komunikacijo vsaj s katerim od družinskih članov (največkrat z mamo). Ena od vprašanih je izhajala iz družine, v kateri so bile zelo slabe materialne razmere in zelo zaostreni medsebojni odnosi. Ena je bila že deset let izključena iz družine (tudi iz dediščine), ker so se v družini sprli zaradi njenega življenjskega stila (brezdomstvo). Ena (izbrisana iz registra stalnega prebivališča) je bila že od drugega leta brez staršev in je živela z bolno in ostarelo staro mamo.

SKLEPNE MISLI

Vse večjim poseganje medicine v vsakdanje življenje odvraca pozornost od tega, da sta stopnja smrtnosti in obolevnosti odvisna tudi od družbenega statusa posameznika ali posameznice. V preteklosti so bile enake možnosti skoraj zapovedane, ob prehodu v demokracijo pa so se pojavile neenakosti, ki ne zajemajo le razrednih in statusnih razlik, temveč tudi regionalne. Po desetih letih se v novi državi srečujemo z ideologijo, ki je razvrednotila enakost kot politično kategorijo.

V Sloveniji smo razmeroma pozno začeli upoštevati razlike med spoloma kot dejavnika, ki pripomore h kopičenju socialnih deprivacij. Pomoč za izboljšanje položaja žensk na področju socialnega varstva, kot poudarja Zaviršek (1994), pomeni dvoje; prvič, zagotovitev takih socialnih služb, ki bi po potrebi podpirale posameznico, in drugič, povečati možnosti, da živijo ženske

manj odvisna življenja, v katerih bodo redkeje kot doslej potrebovale pomoč socialnih služb. Revščina ni le pomanjkanje denarja, ampak prikrajšanost pri zdravju, izobrazbi in socialnih stikih. Socialna izključenost se kaže kot pomanjkanje na materialni in nematerialni ravni; spremlja jo izključenost iz sistema družinskih, sosedskih in prijateljskih mrež pomoči, osebna izolacija (pri iskanju pomoči in vzpostavljanju socialnih stikov), izključenost iz institucionalnih pravnoformalnih socialnih mrež, ki bi jim zagotavljale enakopravno državljanstvo, zaposlitev in možnosti uporabe socialnih storitev, ki jih zagotavlja država.

Tudi pri ženskah, ki so dobro pripravljene na nosečnost in porod, se zastavlja vprašanje, kakšne posledice ima uvajanje velikega števila medicinskih preiskav (ultrazvok, pregledovanje plodovnice, genetski presejalni testi in spremljanje embrionalnega razvoja) in kakšne posledice ima soočanje nosečnic s temi preiskavami za doživljanje nosečnosti. Obisk v ginekološki posvetovalnici so ženske, ki so nosečnost doživljale kot osebno življenjsko krizo, imele za omejevanje svoje zasebnosti, hkrati pa sta jih hromila strah in negotovost življenjske situacije. V manjših krajih se niso želele soočiti s sosedi in znanci v istih čakalnicah, ordinacijski čas pa ne upošteva razlik med skupinami žensk. Iz socialnozdravstvenega sistema so bile izključene, ker niso vzpostavile komunikacije in niso iskale pomoči (socialno ogrožene ženske, mladostnice, nezavarovane in brez denarja za plačilo zdravstvenih storitev, brez državljskih pravic ali tiste, ki želijo prikriti svojo identiteto). Krizni telefon za nosečnice v stiski z možnostjo brezplačnega testa ali pogovora o težavah pri uporabi kontracepcijskih metod ne obstaja. V veliki stiski niso pričakovale razumevanja za svoje težave, prevladalo je prepričanje, da ne potrebujejo ginekoloških pregledov, če nimajo zdravstvenih težav. Na izključenost iz zdravstvenega sistema so vplivali:

1. družbeni dejavniki in način družinskega življenja, naučeni vedenjski vzorci, način ravnanja družinskih članov drugega z drugim, podpora staršev in razumevanje med otroki in starši
2. pogovori o spolnosti v mladosti, poučenost o spolno prenosljivih boleznih, o kontracepciji, o nosečnostih in porodih, možnosti, da se s kom zaupno pogovorijo
3. ovire pri vključevanju v zdravstveni sistem,

odnos zdravstvenega osebja do reproduktivnih pravic, zagotavljanje zasebnosti pri naročanju na pregled, zagotavljanje prednosti v primeru nosečnosti

4. odnos do reproduktivnega zdravja v tradicionalnem okolju (kaj je sprejemljivo in kaj ni)

5. nosečnost kot del življenjskih okoliščin v kontekstu osebnega doživljanja problemske situacije (viri moči).

Krizni življenjski dogodki so se odvijali v času nosečnosti in poroda ter se nadaljevali v starševstvu. Spremenili so dotedanje življenje ženske, njene družine, predvsem način življenja enega ali obeh staršev novorojenca (dvema je otrok po porodu umrl). Proces reševanja problemov, nastalih kot posledica nepričakovane nosečnosti, so zapletale težke izkušnje v partnerskem medsebojnem odnosu; oteževale so jih življenjske razmere v družini, nizek socialno ekonomski status, slabi medsebojni odnosi in nasilje v družini.

Najpogostejša obremenilna okoliščina je bila brezposelnost ali negotovost zaposlitve (samo za določen čas) in s tem v zvezi neugodni delovni pogoji, velike fizične ali psihične obremenitve, slabi odnosi s sodelavci, slabo počutje na delovnem mestu, prisotnost strahu pred izgubo zaposlitve, majhne možnosti nadomestila za nujne opravke ali za obisk pri zdravniku.

Življenjske situacije, v katerih so se znašle intervjuvanke v času nosečnosti in poroda, niso bile v skladu s pričakovanji njihovega družinskega okolja, tako da niso poiskale pomoči niti v družini niti v zdravstvenih ustanovah. Socialno in zdravstveno tveganje je bilo povezano z materialnim pomanjkanjem (brez poklica zaradi nedokončanega šolanja in brezposelnost) in socialno izolacijo. Neuspešnost v izobraževanju in neuspešna partnerska zveza z očetom otroka sta povzročili v družinskem okolju najresnejši konflikt ali so ju v družini od vsega najbolj obsojali. Odstopanja od idealne podobe družine in partnerstva, od splošno veljavnih tradicionalnih družbenih norm, so peljala v socialno izključitev, v nestabilno življenjsko situacijo z manj podpore v vsakdanjem okolju. Ob rojstvu otroka je bila potrebna nova vizija o prihodnosti obeh, matere in otroka, in

vzpostavljanje novih socialnih povezav.

Velike družbene spremembe in uvajanje trženja zdravstvenih storitev so vplivali tudi na dostopnost, izvajanje in uresničevanje storitev na področju varovanja reproduktivnega zdravja, čeprav imajo v Sloveniji dolgo tradicijo. V zdravstvenem sistemu imajo prednost že ozaveščeni in bolj iznajdljivi uporabniki in uporabnice, ki uravnavajo svojo rodnost v smislu odgovornega starševstva. Na prvi pogled zelo demokratična svobodna izbira zdravnika omogoča, da zdravniki skrbijo le za opredeljene prebivalce, ne pa tudi za tiste, ki iz različnih razlogov ne morejo ali ne znajo vstopiti v zdravstveni sistem. Navodila za izvajanje preventivnih programov reproduktivnega zdravja v praksi še niso bila uresničena zaradi pomanjkanja usposobljenih medicinskih sester ali babic. Reševanje problemov v obdobju nosečnosti je prepuščeno samoiniciativnosti pri iskanju podpore za izhod iz zapletene socialne situacije. Pri intervjuvankah sta nosečnost in porod sprožila kompleksno obravnavo njihovih socialnih problemov. Proces socialnega izključevanja, revščine in nerešenih težav iz preteklega obdobja se je v obdobju nosečnosti le nadaljeval in poglobljal osebno krizo. Pripovedi žensk so bile ilustracije zadnjih pomembnih dogodkov pred porodom, ki so usodno vplivali na njihova življenja. Olajšanje trenutne stiske, načrtovanje življenja v prihodnosti, raziskovanje, razmišljanje in uresničevanje možnih sprememb v življenju je bil naš skupni projekt.

O reproduktivnem zdravju imajo manj informacij (a) ženske izven rednega izobraževanja in zaposlovanja, (b) kadar je dostopnost svetovalne ginekološke ambulante v kraju bivanja problematična in (c) pri nedoslednem spoštovanju zasebnosti, zaupnosti in pravice do samostojne odločitve ob zanositvi. Poznavanje metod načrtovanja družine in znanja in ravnanja pri uporabi teh metod že pred zanositvijo in varovanje reproduktivnega zdravja žensk je boljše, če so svetovalne ginekološke ambulante, specializirane za delo z mladimi in skupinami žensk, ki so v posebni stiski zaradi nosečnosti, dostopnejše in če je na voljo svetovanje o različnih izbirah brezplačne kontracepcije.

OPOMBA

¹ Maternalna umrljivost je po opredelitvi mednarodne klasifikacije bolezni in poškodb smrt ženske v času nosečnosti, poroda ali v roku 42 dni po dokončanju nosečnosti. Maternalno umrljivost delimo v dve podskupini, neposredne porodniške maternalne smrti (zaradi zapletov diagnostičnih in terapevtskih postopkov v obdobjih nosečnosti, poroda in puerperija) in posredne porodniške maternalne smrti (kot posledica prej obstoječe bolezni nosečnice ali bolezni, ki se razvijajo v času nosečnosti in jih je fiziološko stanje nosečnosti še poslabšalo) (Verdenik, Pajntar 1998).

LITERATURA

- GINSBURG FAYE, D., RAYNA RAPP (1995), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. The Regents of the University of California.
- KIRAR-FAZARINC, I., IN SOD. (2001), *Izbrani kazalci zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji*. Poročilo za ministrstvo za zdravje RS 2001. Ljubljana: Inštitut RS za varovanje zdravja.
- KITZINGER, S., (1994), *Me, matere*. Ljubljana: Ganeš.
- MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE (1993), *Plan zdravstvenega varstva RS do leta 2000*. Ljubljana.
- Navodila za izvajanje preventivnih programov reproduktivnega zdravja. *Ur. l. RS*, 19/1998, dopolnila: *Ur. l. RS*, 33/2002.
- OAKLEY, A. (1992), *Social Support and Motherhood: The Natural History of a Research Project*. Oxford, VB, Cambridge, ZDA: Blackwell.
- PINTER, B. (1996), *Spolno vedenje ljubljanskih srednješolcev: Varovanje spolnega in reproduktivnega zdravja mladostnikov*. Ljubljana: Ginekološka klinika, KC, Ginekološka sekcija SZD.
- ROSEMAN, M., IN SOD. (2000), *Women of the world: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives: East Central Europe*. New York: Center for Reproductive Law and Policy.
- VERDENIK, I., PAJNTAR, M. (1998), *Perinatologija Slovenica 1987-1996*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD.
- WHO (1999), *Towards better Reproductive Health in Eastern Europe: Concern, Commitment, and Change*. Ženeva: WHO.
- (2001), *Strategic Plan for the Health of Women in Europe*. Copenhagen: WHO.
- (2003), *European Health for all Data Base*. Copenhagen: WHO.
- Zakon o socialni varnosti. *Ur. l. RS*, 56/92.
- Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo. *Ur. l. RS*, 70/2000
- Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. *Ur. l. SRS*, 11/77.
- ZAVIRŠEK, D. (1994), *Ženske in duševno zdravje: O novih kulturah skrbi*. Ljubljana: VŠSD.
- (1996), Med feministično socialno akcijo in tranzicijskim backlashom. V: BOGOVIČ, L., SKUŠEK, Z., *Spol Ž*. Ljubljana: KUD France Prešeren, ISH (235-247).

