

## ZDRAVJE IN NEENAKOPRAVEN POLOŽAJ ŽENSK V DRŽAVAH V RAZVOJU

**Povzetek.** *Diskriminacija žensk je v državah v razvoju še vedno močno razširjena. Zanemarjanje ženskega potenciala ne škoduje le njim samim, temveč onemogoča razvoj njihovih držav v celoti. Takšno zanemarjanje je odraz nezadostnega upoštevanja spolne enakopravnosti in ženskega vidika pri oblikovanju razvojnih strategij. Je tudi odraz prevladujočih spolnih stereotipov in diskriminatornega odnosa do žensk na področju gospodarstva, izobraževanja, sodelovanja pri družbenih ali družinskih odločitvah ter na področju zdravja. Spolna neenakopravnost žensk vpliva na njihovo zdravje in se kaže v visoki umrljivosti nosečnic in otrok ob rojstvu, podrejenem položaju moškim pri sprejemanju odločitev o kontracepciji, slabokrvnosti žensk in deklet, velikih delovnih obremenitvah ter večji izpostavljenosti okužbam, nasilju in tradicionalnim zdravju škodljivim običajem. Njihov nižji status je tudi vzrok, da so ženske najrevnejše med revnimi, prikrajšane za izobrazbo ter si ne morejo ali ne znajo poiskati potrebne pomoči. Ženske so tudi premalo informirane o dostopu do primarne zdravstvene oskrbe, ponekod je ta nezadostna in neustrezna. Zdravstveni programi se še vedno preveč posvečajo le zdravljenju nastalih bolezni in premalo dolgoročni skrbi za vzdrževanje optimalnega zdravja. Kulturne norme in z njimi diskriminacija deklet in žensk še naprej predstavljajo grožnjo njihovemu zdravju.*

**Ključni pojmi:** *države v razvoju, spolna neenakopravnost, zdravje žensk, mednarodne organizacije*

### Uvod

V mednarodni skupnosti še vedno prevladuje mišljenje, da bo človeštvo poskrbelo za potrebe žensk šele potem, ko razrešimo nujne politične in mirovne probleme. Vendar pravi razvoj ne bo dosežen, če se bo še naprej zanemarjal potencial velikega dela svetovne populacije - žensk v državah v razvoju. Ženske v teh državah se soočajo s težkimi pogoji življenja, kot so pomanjkanje zakonske zaščite in pravic do lastnine, pomanjkanje politične moči ali dostopa

\* Jerneja Krajnc, univerzitetna diplomirana politologinja.

do procesov političnega odločanja, majhne možnosti izobraževanja in poklicnega usposabljanja ter dostopa do zdravniške oskrbe, hkrati pa jim pripisujejo nižji status. Pogosto so brez lastnega plačanega zaslужka in možnosti najemanja posojil ter tehnologije za lajšanje svojega napornega delavnika, ki se sestoji iz vzgoje in varstva otrok ter odgovornosti za celotno družino, številnih ur dela v slabih ali nevarnih okoliščinah, obenem pa so tudi izpostavljene nevarnostim nasilja. Tem ženskam se tudi pogosto krati možnost, da se vključijo v glavna dogajanja in odločitve v svoji skupnosti.

Skoraj vsepovsod po svetu imajo ženske daljšo pričakovano življenjsko dobo kot moški, čeprav so razlike v Afriki in nekaterih predelih Azije zelo majhne. V južni Aziji pa je pričakovana življenjska doba žensk celo enaka moški, kljub temu, da se deklice rodijo z biološko prednostjo v odpornosti proti infekcijam in nedo hranjenosti. V številnih državah v razvoju (v nadaljevanju DVR) je ta biološka prednost izničena zaradi družbene diskriminacije deklet in žensk. Njihova biološko predestinirana daljša pričakovana življenjska doba nikakor ne pomeni, da ženske živijo bolj zdravo življenje.

### Zdravje žensk v državah v razvoju - najpogostejše težave

Zdravje žensk v DVR postaja vse izrazitejša skrb na področju mednarodnega zdravja. Dolgo časa je bilo zdravje žensk obravnavano le v odnosu do zdravja njihovih otrok. Programi, ki so se izvajali, so bili tako omejeni le na reproduktivne zdravstvene zadeve. Danes se v raziskavah in programih pomoči že namenja večja pozornost zdravju žensk, njihovi celotni in dolgoročni oskrbi, saj je otrokovo zdravje v veliki meri odvisno od zdravja njegove matere, babice,...

Statistični podatki o zdravju pa se pogosto še vedno ne zbirajo, razčlenjujejo in analizirajo sistematično po starosti, spolu in družbenoekonomskem položaju, da bi služili interesom podskupin in pomagali razreševati njihove probleme. Še vedno primanjkuje novih in zanesljivih podatkov o umrljivosti in obolevanjih žensk, v nekaterih državah pa sploh niso na voljo. Razmeroma malo je raziskano, kako družbeni in gospodarski dejavniki vplivajo na zdravje žensk, kakšne so zdravstvene storitve in vzorci njihove uporabe. Področja, ki najbolj pestijo zdravje žensk v DVR, so reproduktivno in spolno zdravje, podhranjenost, pomanjkanje zdrave vode in sanitarnih zmogljivosti, nalezljive bolezni, obremenjujoče delo, nasilje nad ženskami in diskriminacija žensk in deklet.

#### *Zapleti, povezani z nosečnostjo in porodom ter splav*

Zapleti, povezani z nosečnostjo in rojstvom, so v številnih DVR med vodilnimi vzroki umrljivosti in obolevanj žensk v reproduktivni dobi. Vsako leto v DVR pri porodu umre približno 500.000 nosečnic. Vzroki so ponekod lahko čisto biološki, kot so infekcije in zastrupitve krvi, zapleti pri samem porodu, visok tlak, pogosto pa so krivi družbeni dejavniki: diskriminacija deklic in žensk pri prehrani, zdravstveni oskrbi in družbeni podpori. Že samo dajanje prednosti otrokom moškega spola pri prehrani ovira razvoj deklice, ki ima lahko kasneje, zaradi premajhne

medenice in prenizke rasti, težave v nosečnosti in ob porodu. Tudi zgodnja poroka in z njo zgodnja nosečnost predstavljata veliko tveganje za dekleta, saj bo - po statističnih podatkih sodeč - ženska, ki postane mati že zelo zgodaj, imela večjo družino. Veliko število nosečnosti in prekratek časovni razmik med njimi (zaradi neučinkovitega načrtovanja družine, nepoznavanja kontracepcije, želje po rojstvu sina, potrebne pomoči v gospodinjstvu) predstavljata veliko tveganje za zdravje matere in posledično njenih otrok. Nezdostna prehrana med nosečnostjo pogosto vodi do pomanjkanja železa v telesu in slabokrvnosti, ki je eden izmed zelo pogostih vzrokov za smrt nosečnice in smrtnost dojenčkov ter njihovo prenizko telesno težo.

*Tabela 2: Odstotek slabokrvnih nosečnic med leti 1975 in 1991*

Država	Odstotek slabokrvnih nosečnic (1975 - 91) <sup>1</sup>
Indonezija	64
Etiopija	42
Uganda	30
Nigerija	55
Indija	88
Peru	53
Malezija	56

*Vir: prirejeno po Human Development Report 2000 (2000: 190-193)*

Iz tabele je razvidno, da je v Indiji problem zelo akuten, saj je kar 88 % nosečnic anemičnih. To dejstvo lahko povežemo z visoko stopnjo dajanja prednosti sinovom v Aziji, umiranjem in ponekod celo ubijanjem novorojenih deklic, krajšim časom dojenja deklic in slabšo prehrano žensk. Vse naštetu vodi k slabokrvnosti. Mednarodni sklad za pomoč otrokom (United Nations Children's Fund, v nadaljevanju UNICEF) preko svojih programov v DVR že izvaja teste slabokrvnosti pri nosečnicah in jih oskrbuje z vitaminskimi in mineralnimi dodatki. Skrbi tudi za cepljenje nosečnic proti tetanusu in ošpicam, ki sta poleg anemije vzrok za 750.000 mrtvorjenih otrok vsako leto (Girls and Women, 1993: 12).

---

<sup>1</sup> Podatki se nanašajo na zadnje leto, v katerem so bili pridobljeni.

Tabela 3: Umrljivost dojenčkov (na 1000 rojstev) v letih 1970 in 1999

Države	Umrljivost dojenčkov (na 1000 rojstev)	
	1970	1999
Najbolj razvite države	21	6
DVR	109	61
Najmanj razvite države	149	100
Arabske države	129	44
Vzhodna Azija in Pacifik	87	34
Latinska Amerika in Karibi	87	32
Južna Azija	128	69
Podsaharska Afrika	138	107
Svet -skupaj	96	56

Vir: *Human Development Report 2001 (2001: 169)*

Iz tabele je razvidno, da je državam v skoraj 30 letih uspelo zmanjšati umrljivost otrok ob rojstvu. V primerjavi z razvitimi državami, v katerih povprečje znaša 6, pa je ta še vedno visoka. Najbolj zaskrbljujoč je podatek za podsaharsko Afriko, kjer se je umrljivost otrok ob rojstvu zmanjšala le za 22 odstotkov.

K umrljivosti nosečnic in novorojenčkov v DVR bistveno prispeva nezadostna materinska in porodniška nega. Da bi dosegle cilj, ki so si ga države leta 1994 zastavile na Mednarodni konferenci o prebivalstvu in razvoju v Kairu, in sicer do leta 2015 zmanjšati umrljivost med nosečnicami še za polovico, bodo rojstva ob nadzoru in pomoči zdravniškega osebja morala postati stalnica. Žal to še zdaleč ni doseženo, saj povprečen delež rojstev ob pomoči zdravstvenega osebja v DVR znaša 58 % (29 % v najmanj razvitih državah) v primerjavi z 99 % rojstev ob pomoči zdravstvenega osebja v industrijskih državah (Human Development Report, 1998: 156 - 157). V DVR je zatorej nujno potrebno vzpostaviti ter ponekod izboljšati porodniško oskrbo, saj smrt žene in matere predstavlja tragedijo samo po sebi in hkrati pravo katastrofo za njeno družino. V več kot 90 % primerov smrti nosečnice ob porodu, umre tudi otrok ali pa umre v prvem letu življenja. Tudi ostali otroci doma imajo večjo možnost, da bodo umrli leto ali dve po smrti matere (pri tem so večjemu tveganju izpostavljene hčerke, predvsem na območjih, kjer se daje prednost sinovom). V večini primerov pa se breme za oskrbo družine in vodenje gospodinjstva prenese na starejše deklice.

Tudi splav predstavlja resno grožnjo zdravju žensk v DVR, saj po podatkih Sklada združenih narodov za prebivalstvo umre za posledicami nevarnega splava vsako leto kar 70.000 žensk. Še večje število tistih, ki splav preživijo, pa doleti neplodnost, razne infekcije, poškodbe ter duševni pretresi. Nenačrtovana nosečnost je psihično obremenjujoča in hkrati predstavlja veliko finančno breme za žensko in njeno družino. Nenačrtovane nosečnosti še posebej ogrožajo neporočena mlada dekleta, ki se srečujejo z neodobravanjem v domači skupnosti, so prisiljene v zgodnjo poroko in/ali morajo opustiti šolanje z zelo malo verjetnostjo, da ga bodo po porodu lahko kdaj dokončale. Mlada dekleta bolj pogosto prikrivajo

nosečnost, zelo dolgo odlašajo z iskanjem pomoči, si je ne želijo ali pa si je ne morejo privoščiti ter so bolj željne prekinitve nosečnosti. Zato splav zanje predstavlja večjo nevarnost kot za odrasle ženske. V številnih državah je splav zakonsko prepovedan ali pa je ženskam in mladostnicam nedostopen zaradi njihove starosti, finančnih omejitev ali pa preprosto zaradi okolja, v katerem živijo. Zaradi takšnih okoliščin se dekleta pogosto zatekajo k tradicionalnim, zdravju škodljivim metodam splavitve, ali pa za pomoč prosijo pogosto nestrokovno usposobljene ljudi, ki splav opravijo v nevarnih oz. nehigienskih razmerah. Boljše poznavanje in uporaba kontracepcije bi bistveno zmanjšala število splavov: v Boliviji je npr. le 7 % žensk, ki so bile v bolnišnici zaradi zapletov pri splavu, že uporabilo eno izmed metod kontracepcije, medtem ko je 77 % žensk izrazilo, da bi jo uporabile, če bi to možnost imele (The Right to Choose, 1997: 11).

### *Načrtovanje družine in kontracepcija*

Načrtovanje družine je bilo včasih razumljeno v smislu nadzora nad rojstvi in rastjo prebivalstva, pri katerem igra ključno vlogo država. Nadzor nad rodnostjo lahko, če se opravlja zelo intenzivno, vodi do zdravstvenih zapletov, do zmanjšanja ženskega samoodločanja in do neučinkovitih intervencij (Stein, 1997: 126). Šele pred slabim desetletjem oz. bolj natančno, od Mednarodne konference o prebivalstvu in razvoju leta 1994 naprej, pa se v načrtovanju družine vidi veliko več kot le rešitev za hitro rast prebivalstva. Načrtovanje družine je preventivni ukrep, ki ima družinsko in tudi družbeno dimenzijo; je način pospeševanja optimalnega človekovega razvoja ter posredovanje, ki vodi do velikih pridobitev v smislu zdravja in splošnega blagostanja žensk.

Raziskave v okviru programov družinskega načrtovanja v DVR, ki jih izvaja The Women's Studies Project<sup>2</sup> pod okriljem Družinske zdravstvene organizacije (FHI - Family Health Organization), so pokazale, da ženske na načrtovanje družine ne gledajo le v smislu izboljšanja njihovega fizičnega zdravja, temveč tudi v smislu dolgoročne aktivnosti izboljšanja njihovega duševnega zdravja, zdravja družine, sposobnosti aktivne zaposlitve in sodelovanja v družbenih dejavnostih. Številnim je uporaba kontracepcije zmanjšala strah pred nezaželeno nosečnostjo, omogočila daljši premor med dvema nosečnostima, zvišala samozavest in izboljšala kakovost spolnega življenja. Nekatere so ugotovile, da imajo v manjši družini več časa za moža in otroke kot tudi več časa za delo. Predvsem mladostnice imajo večje možnosti, da uspešno končajo šolanje. Manjše število otrok predstavlja večji družinski dohodek in posledično lažje vzgajanje in šolanje otrok.

Če bi pari lahko imeli le toliko otrok, kolikor si jih želijo, in kadar si jih želijo bi lahko po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije zmanjšali umrljivost nosečnic za 25 do 40 % ; zmanjšali bi število splavov, zdravje žensk in njihovih otrok bi se izboljšalo (Women's Health, 1995: 25). Nekatere raziskave so pokazale, zakaj več parov ne izkorišča možnosti kontracepcije in načrtovanja družine: obstajajo težave v dostopu do zdravstvenih uslug (prevelike razdalje ali pomanjkanje časa) ali pa si te mnogi finančno ne morejo privoščiti; nezadostno število načinov kot tudi zalog kontracepcije; vnaprej ustvarjena mnenja in predsodki oskrbovalcev s kontracep-

<sup>2</sup> <http://www.fhi.org/en/wsp/ussyn/syn4.html>

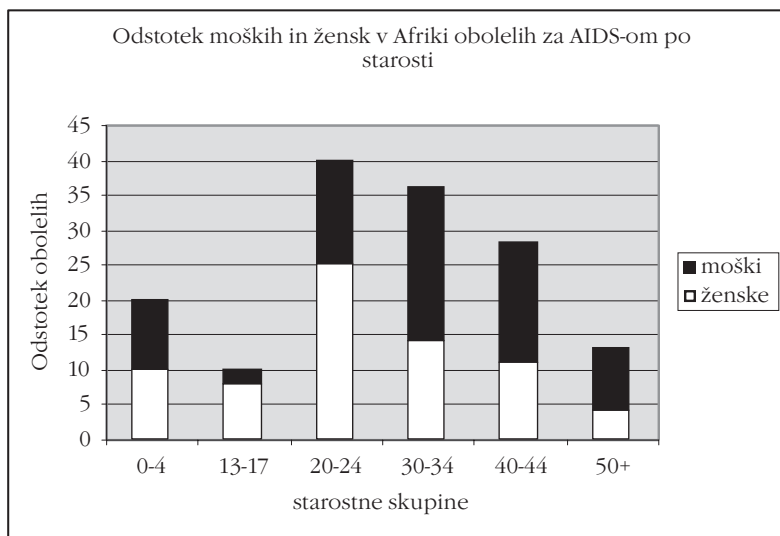
cijo; napačne predstave in miti morebitnih uporabnikov; pomanjkanje osebnega pristopa in zaupnosti. Ponekod so se ženske pritoževale, da storitve ne ustrezajo vedno njihovim potrebam. Želele bi si jih bližje domu, z več informacijami o različnih metodah kontracepcije, pravilni uporabi in z natančnimi pojasnili o stranskih učinkih kot tudi krajše čakalne dobe, cenejše storitve, večje zaloge kontracepcije ter bolj prijazno osebje. Za nekatere je srečanje z uradno osebo povezano z velikim strahom, še posebej, če je oseba, ki naj bi jim o kontracepciji svetovala, moški. Želele bi si torej več žensk v vlogah zdravstvenih delavcev. Na podeželju pa mnoge niso zadovoljne s t.i. Esafari sistemom načrtovanja družine, ki pomeni, da zdravstveno osebje obišče vas, na kratko seznaneni ženske z načrtovanjem družine, razdeli kontracepcijska sredstva in nato odide. Ženske tako ostanejo brez možnosti svetovanja o stranskih učinkih, zapletih pri uporabi ter drugih obstoječih metodah. Storitve so pogosto bolj odvisne od razpoložljivosti določenega načina kontracepcije, vladnih politik, števila usposobljenega osebja kot pa od dejanskih potreb žensk.

#### *AIDS in ostale spolno prenosljive bolezni*

Vsako leto pride do približno 333 milijonov novih okužb, predvsem med mladimi v DVR. Biološko gledano imajo ženske večjo možnost okužbe s spolno prenosljivo boleznijo kot moški, zaradi večje površine spolovila, ki je med spolnim odnosom izpostavljeno patogenim organizmom. Ravno zaradi tega se večina spolno prenosljivih bolezni, vključno z virusom HIV, bolj pogosto prenaša iz moškega na žensko kot pa obratno.

Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije se z ozdravljivimi spolnimi boleznimi vsako leto okuži 165 milijonov žensk med 15 in 49 letom starosti. Mnogo jih hkrati trpi za več kot eno od naslednjih bolezni: sifilis (6,5 milijona), gonoreja (31,3 milijona), klamidija (47 milijonov), vnetje nožnice zaradi bičkarja oz. trichomonas (80 milijonov). Spolno prenosljive bolezni je med ženskami v DVR težko identificirati in ozdraviti, saj jih je mnogo brez vidnih simptomov oz. le redko predstavljajo del celostnega pristopa k zdravstvenim težavam žensk, vodijo pa do zapletov, ki resno ogrožajo zdravje in povzročajo smrtnost žensk. Ti biološki dejavniki so povezani tudi z družbeno-kuturnimi. V pretežnem delu DVR lahko ženske le malo vplivajo na lastno spolno življenje, spolno obnašanje moških partnerjev ter na uporabo kondoma kot sredstva za zaščito pred spolnimi boleznimi in nosečnostjo. Družbena stigmatizacija, ki prizadene predvsem spolno okužene ženske, jih odvrča od iskanja pomoči ali pa pomoč ni na razpolago. Za večino kultur je značilno, da imajo ženske starejše in bolj izkušene spolne partnerje, kar le še poveča njihovo tveganje za okužbo. Revščina in urbanizacija vodita moške k iskanju dela v mestih, stran od družine, kjer si najdejo nove spolne partnerje, za nekatere ženske pa je prostitucija edina strategija preživetja - in tako se okužbe širijo.

Graf 1: Odstotek moških in žensk v Afriki, obolelih za aidsom po starosti



Vir: *prirejeno po Women's Health (1995: 27)*

Že omenjeni spolni odnosi mlajših žensk s starejšimi moškimi so vzrok, da se ženske veliko bolj zgodaj okužijo z virusom HIV in obolevajo za boleznijo v mlajših letih kot moški. Podatki iz grafa kažejo, da ženske najpogosteje zbolijo za aidsom v starosti od 20-24 let, moški pa v starosti od 30-34 let. S tem ko se zavest o boleznijo širi, moški ponekod za žene ali spolne partnerice iščejo vedno mlajša dekleta, v upanju da ta še niso okužena. Za dekleta pa ima to ravno nasprotni učinek, saj imajo tako večje možnosti za spolne odnose z nekom, ki je že okužen (Women's Health, 1995: 18).

Širjenje epidemije aidsa je ponovno povezano z nizkim družbenim statusom ženske in z njeno nemočjo v odnosu do moških. Ženske nadaljujejo z nezaščitenim spolnim odnosom tudi ko sumijo, da bi njihov mož ali partner lahko bil okužen. Vztrajanje pri uporabi kondoma bi se lahko štelo za žensko nezvestobo ali žalitev moškega. V nekaterih okoliščinah bi bila ženska z vztrajanjem pri uporabi kondoma lahko pretepena ali pa bi jo mož celo zapustil. Mnogo moških ne želi uporabljati kondomov, ker si želijo več otrok ali pa nestrpno čakajo na rojstvo sina.

Bolezen vpliva na življenje obolelih moških in žensk ter njihovih družin različno. Če zboli ženska, bo najverjetneje prišlo do težav v oskrbi družine s hrano, z vzgojo in izobraževanjem otrok, lahko pa se celo zgodi, da jo moški spodi od doma. Če pa zboli moški, bo najbrž prišlo do zmanjšanja razpoložljivega družinskega prihodka, prihranki pa bodo porabljeni za njegovo zdravljenje v bolnišnici. Žena tako izgubi glavni vir ekonomske in družbene podpore, v primeru možne smrti pa ponekod celo dom in zemljo. Tudi skrb za obolelega je odgovornost ženske, kadar pa se ta prenese na mlajša dekleta, ponavadi privede do predčasnega zaključka šolanja.

*Pohabljanje ženskih spolovil*

Pohabljanje ženskih spolovil,<sup>3</sup> včasih imenovano tudi ženska cirkumcizacija, je tradicionalen običaj v nekaterih kulturah, ki ima za žensko resne zdravstvene posledice. Običaj ima korenine v patriarhalni strukturi moči in želji po nadzoru življenja žensk. Sčasoma so ga tako moški kot ženske sprejeli kot znak dekletovega prehoda iz otroštva v odraslost in kot sredstvo socializacije, ki zavira spolno slo in deklet pripravljajo na poroko. Obred ženske cirkumcizacije vsako leto doleti približno 2 milijona deklic, od katerih večina živi v osrednji, vzhodni in zahodni Afriki, na Bližnjem vzhodu ter nekaj v Aziji (Women's Health, 1995: 16). Način pohabljanja ženskih spolovil in starost deklic se razlikuje od kulture do kulture, v povprečju pa gre za deklice v starostni skupini od 4 - 12 let (Into a New World, 1998: 36).

Pohabljanje ženskih spolovil je v zadnjih dveh desetletjih deležno velike kritike ravno zaradi takojšnjih in dolgoročnih posledic, ki jih ima na zdravje in še posebej na reproduktivno zdravje žensk. Med takojšnjimi zapleti so najbolj pogoste infekcije, krvavitve, šok, zastoj urina v telesu, poškodbe bližnjega tkiva. Med dolgoročnimi zdravstvenimi posledicami pa so najpogostejše občasno krvavenje, oteženo uriniranje in ponavljajoče se okužbe sečnega trakta ter inkontinenca, boleči spolni odnosi, neplodnost, zapleti med nosečnostjo in otežen porod, večje tveganje za okužbo s spolno prenosljivo boleznijo ter psihične posledice. Ženska gibanja, strokovnjaki na zdravstvenem področju, aktivisti za človekove pravice, vlade in mednarodne organizacije nasprotujejo obredu in ga štejejo za kršitev otrokovih in ženskih pravic - človekovih pravic. Vendar pa ostajajo družbeni in kulturni dejavniki, ki ohranjajo ta običaj pri življenju, še vedno močni.

*Nalezljive bolezni*

Nalezljive tropske bolezni še vedno ostajajo eden izmed glavnih vzrokov za dobro tretjino smrti v DVR. Čeprav so povezane s klimatskimi pogoji, pa so tudi družbene bolezni, predvsem v najmanj razvitih deželah. Malarija je od vseh najbolj nevarna, saj se z njo letno okuži približno 300 do 500 milijonov, umre pa 10 milijonov ljudi (Gender and Health, 1998: 9). Za ženske je še posebej nevarna v času nosečnosti: povzroča smrtnost mater in dojenčkov, spontani splav ter vpliva na razvoj kronične anemičnosti. Podobno kot malarija je vzrok za visoko smrtnost nosečnic tudi tuberkuloza.

Ženske so drugače izpostavljene tveganju kot moški. Razlike izvirajo iz bioloških dejavnikov, ki vplivajo na odpornost posameznega spola, ter iz družbenih dejavnikov, ki preko posameznih družbenih vlog vplivajo na stopnjo izpostavljenosti nevarnim mikrobov in dostopu do zdravstvene pomoči. Ti družbeni dejavniki lahko ščitijo ženske pred okužbo (npr. ženske, ki živijo v osami, so manj izpostavljene komarjem in posledično tudi malariji, tudi tradicija oblačenja in zakrivanja ženskih teles v nekaterih kulturah ima lahko zaščitno funkcijo), lahko pa jih izpostavijo večjemu tveganju. Ženske imajo več možnosti okužbe pri delu z vodo, pri obdelovanju zemlje in v gospodinjstvu. Raziskava v Nigeriji je pokazala, da so

<sup>3</sup> Gre za vse postopke, ki vključujejo delno ali popolno odstranitev zunanjih ženskih spolovil in/ali ostale poškodbe ženskih spolnih organov iz kulturnih ali drugih nezdravstvenih razlogov (Women's Health 1995: 17).



okužbe z različnimi vodnimi mikrobi najpogostejše pri deklicah med 5 in 15 letom starosti. To pa je obdobje, v katerem dekleta največ pomagajo pri gospodinjskih delih, ki vključujejo prinašanje vode, pranje oblačil ter pripravo hrane. Število okužb se pri moških po otroštvu zmanjša, pri ženskah pa ostane približno enako, kar potrjuje dejstvo, da moške aktivnosti niso več toliko povezane z vodo kot ženske (Gender and Health, 1998: 16). Tudi vloga ženske kot negovalke bolnih poveča njeno tveganje z okužbo kot tudi ukvarjanje z otroci, ki lahko prinesejo kakšno okužbo iz šole.

Nekatere raziskave so pokazale na večje število moških pacientov v bolnišnicah in tako se je sklepalo, da so bolj dovzetni za okužbe s tropskimi boleznimi ali tuberkulozo. Novejše poglobljene študije pa so odkrile, da ženske le redko poiščejo zdravstveno pomoč, kadar zbolijo same ali pa njihovi otroci, saj se v nekaterih kulturah določene bolezni povezujejo z nemoralnim spolnim življenjem; nepoznavanje bolezni onemogoča materam, da bi prepoznale simptome pri sebi ali otrocih; ponekod pa bi moški ne dovolili, da v primeru potrebne daljše hospitalizacije ženska zapusti gospodinjstvo. Tako so ženske v veliki meri izpuščene iz zdravstvenih statistik.

### *Nasilje*

Zaradi nasilja, vključno s telesno in psihično zlorabo, trgovanjem z ženskami ter drugimi oblikami zlorabe in spolnega izkoriščanja, so dekleta in ženske izpostavljene velikemu tveganju bolezni, telesnih in duševnih travm. Spekter nasilja nad ženskami je zelo širok: od nasilja v družini, skupnosti, na delovnem mestu do sistematičnega nasilja nad ženskami v situacijah oboroženih spopadov in masovnih premikov prebivalcev ali beguncev. Vsi različni tipi nasilja so izraz zgodovinsko neenakih razmerij moči med moškimi in ženskami, ki so pripeljala do prevlade nad ženskami in njihove diskriminacije s strani moških ter preprečila celovito izboljšanje položaja ženske (Neubauer, 1996: 81).

Nasilje v družini se pojavlja v vseh državah na katerikoli stopnji razvoja. Poimenovali bi ga lahko tudi Eprikrita epidemija, saj so študije po celem svetu pokazale, da je 20 do 50 % žensk njihov intimni partner že pretepel (Women's Health, 1995: 36). Zaradi različnih dejavnikov pa ženske le nerade prijavijo ali priznajo nasilje, ki se izvaja nad njimi: grožnje s strani napadalca; prepričanje ženske, da si je takšno ravnanje zaslužila; ekonomska ogroženost in strah pred tem, da bi ostala sama in odrinjena iz lokalne skupnosti. Prav iz teh razlogov je zelo težko oceniti dejansko stanje v posameznih državah, zbrati statistične podatke za primere nasilja v družini ter delati uradne primerjave. Nasilje nad ženskami pa zaostrejo še socialni pritiski, kot so sram pred prijavo določenih dejanj, pomanjkanje informiranosti in dostopa žensk do pravnih informacij, pomoči ali zaščite, pomanjkanje zakonov, ki učinkovito prepovedujejo nasilje nad ženskami, neustrezni naporji javnih oblasti za seznanjanje o obstoječih zakonih in njihovem uveljavljanju.

Glede na veliko število konfliktov, ki smo jim danes priča v DVR, pa je potrebno omeniti še posebno ranljivost žensk v času oboroženih spopadov. Ženske in otroci predstavljajo približno 80 % svetovne begunske populacije, ki je iz 2,5 mili-

jona leta 1970 pa do leta 1995 narasla na 18 milijonov (Women's Health, 1995: 15). Ženske, ki so prisiljene zapustiti svoje domove, može in družine, imajo le malo možnosti, da se same zaščitijo pred nasiljem. Begunke z otroci so v nevarnosti spolnega izkoriščanja, saj je včasih to njihov edini način, da sebi in otrokom zagotovijo sredstva za preživetje.

#### *Delovne obremenitve*

Zdravstveni problemi žensk, ki izhajajo iz narave dela ali delovnega okolja, so prisotni tako v razvitih državah kot tudi v DVR; v zadnjih pa težko fizično delo, dvojno breme zaposlitve in družine ter tradicionalne družbene vloge le še povečajo obremenitve žensk. Vedno več žensk v DVR se zaposluje v mikro, majhnih ali srednjih podjetjih, večina pa jih je še vedno zaposlenih v delovno intenzivnih proizvodnjah (npr. tekstilni, prehrabeni,...), kjer so izpostavljene kancerogenim kemikalijam, hrupu, vročini, vlažnosti, fizičnim naporom in alergičnim reakcijam. Žensko delo pa ni omejeno le na formalni ali neformalni sektor gospodarstva. Kljub plačani zaposlitvi so še naprej odgovorne za vzdrževanje gospodinjstva, vključno z vzgojo otrok ter nego bolnih in starejših. Če prištejemo plačano zaposlitev k skrbi za družino, to Edvojno ali trojno breme pomeni, da ženske delajo več kot moški.

*Tabela 4: Obseg dela moških in žensk v izbranih državah*

Države	Leto	Obseg dela v minutah na dan		žensko delo kot % moškega
		ženske	moški	
<i>Urbana področja</i>				
Kolumbija	1983	399	356	112
Indonezija	1992	398	366	109
Kenija	1986	590	572	103
Nepal	1978	579	554	105
Venezuela	1983	440	416	106
Povprečje		481	453	106
<i>Ruralna področja</i>				
Bangladeš	1990	545	496	110
Gvatemala	1977	678	579	117
Kenija	1988	676	500	135
Nepal	1978	641	547	117
Filipini	1977	546	452	121
Povprečje		617	515	120

*Vir: Human Development Report 2000 (2000: 263)*

Na podlagi podatkov za izbrana področja ugotovimo, da ženske v urbanih področjih opravijo za 6 % več dela kot moški, v ruralnih področjih pa kar za 20 % več. V skupnem povprečju torej opravijo 13 % več dela kot moški. Iz statističnih podatkov, navedenih v Letnem poročilu o človekovih pravicah, pa je mogoče tudi

sklepati, da plačano delo predstavlja le 34,5 % celotnega obsega dela, ki ga opravljajo ženske (Human Development Report, 2000: 263).

V številnih DVR neplačano delo v okviru skrbi za dom vključuje hude obremenitve v smislu zadovoljevanja potreb po hrani, vodi in gorivu. Ženske in dekleta so zadolžena za oskrbo z vodo, tako da jo prinašajo domov, skladiščijo ter uporabljajo za pripravo hrane, pranje oblačil in osebno higieno. Ponekod prehodijo celo po 10 kilometrov do vodnjakov in prenašajo težo približno 20 kilogramov na glavah, kar ima resne zdravstvene posledice za hrbtenico, in s čimer porabijo dobro tretjino dnevnih potreb po energiji, kar ni zanemarljiv podatek za okolja, kjer podhranjenost predstavlja resno grožnjo zdravju (Water and Sanitation, 1989: 3). V urbanih področjih razdalje niso tako velike, so pa zato daljše čakalne vrste ob vodnih črpalkah. Ženske so prve v vrsti. Iz zdravstvenih delavcev v gospodinjstvu in tiste, ki poučujejo otroke o higieni. Zato, težje ko je priti do vode, bolj je verjetno, da ljudje nimajo zagotovljenih osnovnih sanitarij in da higiena v družini ni zadostna. Poleg oskrbe z vodo pa je za zadovoljivo higieno potrebna tudi primerna informiranost žensk o njeni pomembnosti. Ponekod imajo otroške iztrebke za neškodljive, njihovo odlaganje je dovoljeno vsepovsod, pa vendarle ravno iz tega razloga vsako leto umre na milijone otrok. Že samo redno umivanje rok bi lahko preprečilo ogromno število okužb. Kljub njihovi odgovornosti za higieno in oskrbo z vodo, pa imajo ženske le redko možnost sodelovati pri postavitvi vodnih črpalk in načrtovanju sanitarnih zmogljivosti. Programi pomoči morajo na primer pri postavitvi preprostih stranišč na prostem upoštevati, da v nekaterih kulturah lokalni običaji zapovedujejo strogo ločitev med sanitarijami za moške in ženske; v nasprotnem primeru se lahko zgodi, da pomagajo le pripadnikom enega spola.

### **Dejavniki, ki vplivajo na zdravje žensk v DVR**

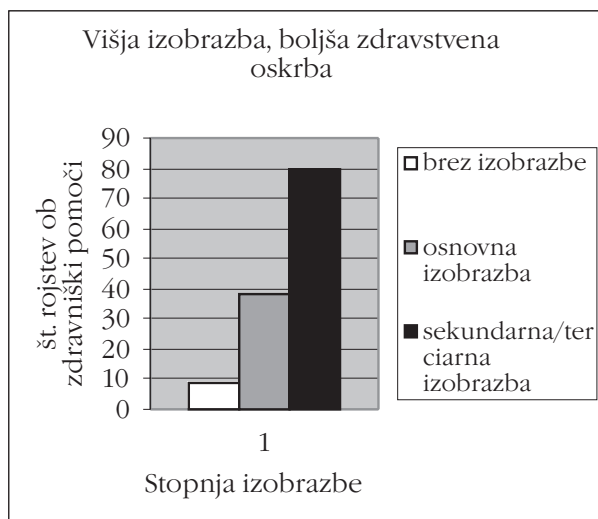
Med dejavniki, ki vplivajo na zdravje žensk v DVR, najbolj izstopata revščina in stopnja izobrazbe, ki sta povezani z dostopom do zdravstvene oskrbe in nizkim družbenim statusom žensk.

Velika večina 1,3 milijarde ljudi, ki živijo v revščini, je žensk (Women's Health, 1995: 10). Feminizacija revščine tako predstavlja pomemben problem v DVR. Revščina žensk je povezana s pomanjkanjem ekonomskih možnosti, pomanjkanjem dostopa do gospodarskih virov, vključno s krediti, lastništvom zemlje in dedovanjem, z omejenim dostopom žensk do oblasti, izobraževanja, usposabljanja ter minimalnim sodelovanjem v procesih odločanja. Konkretno se revščina na zdravju žensk odraža v nezadostnih količinah hrane, ki - če jih povežemo z obdobjem nosečnosti in delovnimi obremenitvami - vodi do resne podhranjenosti. Revne ženske pogosto živijo v prenaseljenih in neprimernih stanovanjih brez sanitarij in dostopa do čiste vode. Revščina in družbene vloge omejujejo dostop do zdravstvene oskrbe in izobrazbe ter še posebej dekletom zmanjšujejo njihove možnosti za zaposlitev ter onemogočajo prebiti začarani krog revščine in slabega zdravja.

Visoka stopnja nepismenosti, ki prevladuje v večini DVR, še posebej v podsaharski Afriki in nekaterih arabskih državah, ostaja resna ovira napredovanju žensk.

Diskriminacija se pri dostopu deklic do izobraževanja na številnih območjih še vedno ohranja zaradi običajev, zgodnjih porok in nosečnosti ter pomanjkanja primernih ter fizično ali drugače dostopnih zmogljivosti za šolanje. Deklice prevzemajo težka domača dela že v zelo nizki starosti, kar pogosto vpliva na slab šolski uspeh in zgodnji izpad iz izobraževalnega sistema (Neubauer, 1995: 53). Raziskovalci so ugotovili, da je pismenost oz. izobrazba - še posebej žensk - pomemben dejavnik, ki vpliva na njihovo zdravstveno stanje. Manjša umrljivost otrok je značilna za DVR, kjer je izobraženost prebivalstva višja (Stein, 1997: 180). Dekleta in ženske z več leti izobrazbe bodo kasneje zanosile, imele več možnosti za usposabljanje za delo, boljše pogoje na trgu dela in več znanja o skrbi za družino in zdravje otrok. Kolikor višje izobrazbe so deležne, toliko bolj je verjetno, da bodo v času nosečnosti poiskale zdravstveno oskrbo ter rodile ob pomoči zdravstvenega osebja, kar je grafično na primeru Indonezije prikazano spodaj.

*Graf 2: Izobrazba in odstotek rojstev ob pomoči zdravstvenega osebja v Indoneziji*



*Vir: Women's Health (1995: 12)*

Za ženske s srednjo ali višjo stopnjo izobrazbe je tudi bolj verjetno, da bodo uporabljale moderne načine kontracepcije in tako načrtovale število otrok. Izobrazba mater vpliva na zdravje njihovih otrok. Nekatere raziskave so pokazale, da izobražene ženske lažje prepoznajo simptome bolezni in poiščejo pomoč, imajo več znanja o uporabi zdravil in so bolj pripravljene spremeniti domače higienske navade zaradi preprečevanja bolezni. Izobrazba pa ne daje le specifičnega znanja, temveč omogoča, da se posameznik počuti kot del modernega sistema. Njen družbeni vpliv je viden v tem, da se nekateri učenci šele v šoli prvič srečajo z umivanjem rok in s stranišči ter spoznajo, da je čistoča družbena norma, ne da bi

poznali vpliv čistoče na zdravje. Caldwell (Stein, 1989/1997: 182) je v raziskavah v Aziji ugotovil, da obnašanje šolskih otrok sledi vzorcu obnašanja izobraženih ljudi. Otroci bolj skrbijo za lastno higieno, ker so izobraženi ljudje bolj čisti, in ne zato, ker bi jih lekcije učile, da milo uniči nevarne bakterije.

Naslednji dejavnik, ki vpliva na zdravje žensk v DVR, so ovire na področju zdravstvene oskrbe. Ženske so zelo nizko zastopane v statistikah, ki prikazujejo uporabo zdravstvenih storitev. Čeprav imajo težave, primerljive z moškimi - in še večje na področju reproduktivnega zdravja - večina ne dobi oskrbe, ki jo potrebuje. Zdravstvena oskrba pa pomembno vpliva na zdravje žensk in kar nekaj dejavnikov pripomore k neenakostim v dostopu do oskrbe in zato k slabšemu zdravju žensk v DVR. Zdravstvene službe v številnih DVR ne delujejo v smislu celostnega pristopa k težavam žensk in se pogosto osredotočajo le na eno obdobje ženskega življenja - obdobje reprodukcije - in zanemarjajo druga področja ženskih težav. Tudi geografska razporeditev zdravstvenih služb, ki so ponavadi v urbanih področjih, predstavlja oteževalno okoliščino za ženske - in še posebej revne - iz ruralnega okolja, ki si ne morejo ali pa ne smejo privoščiti daljšega potovanja v mesto, saj ima lahko včasih izguba enega dne ženskega dela v gospodinjstvu ali na polju hujše posledice za družino kot pa izguba dnevnega zaslužka moškega. Veliko gospodinjstev v DVR namenja manj sredstev za zdravstveno oskrbo žensk in deklet kot pa dečkov in moških. To kaže tako na njihov nižji družbeni status kot tudi na pomanjkanje vpliva pri sprejemanju odločitev v družini. Zelo močno oviro pri uporabi zdravstvene oskrbe predstavljajo tudi kulturni dejavniki, saj v nekaterih družbah običaji ženskam ne dopuščajo, da bi potovale same ali bile v družbi moških, ki niso del njihove družine. V okoliščinah, kjer niso na voljo ženske zdravstvene delavke, bi lahko moški zdravnik onečastil žensko in njeno družino zaradi prepričanja, da je ne sme videti nihče drug kot njen bližnji sorodnik. Ženske ponekod potrebujejo tudi moževo dovoljenje, da lahko poiščejo pomoč. Pojavljajo se še kognitivne ovire pri ženskah samih, saj le-te v številnih kulturah verjamejo, da si bolečino in trpljenje zaslužijo. Težave, kot so bolečine v hrbtu in vaginalni izcedek, so tako razširjene, da so že sprejete kot normalno stanje, brez pričakovanj, da bi lahko bilo kako drugače. Vsi takšni in podobni kulturni dejavniki onemogočajo ženskam, da bi spoznale in razumele delovanje lastnih teles ter bile sposobne oceniti in izražati svoje potrebe po zdravstveni pomoči.

Dejavnik, ki predstavlja veliko oviro zdravstvenemu napredku žensk v DVR, pa je prav gotovo njihov nizek družbeni status. Nizek status žensk se odraža v tem, kako so obravnavane kot deklice, dekleta in ženske in na ta način pomembno vpliva na njihovo zdravje. Tudi kjer zakoni že upoštevajo enakopravnost med spoloma, ostajajo ženske pogosto oškodovane, ker običaji prevladajo nad zakoni ali pa niso zadostno informirane o pravicah, ki jih imajo. V nekaterih državah so zakoni in običaji glede lastništva, dedovanja, poroke ali razveze najbolj diskriminatorni in bi morali biti popolnoma ukinjeni. Tudi visoko vrednotenje in dajanje prednosti sinovom v nekaterih kulturah vodi do diskriminacije z resnimi zdravstvenimi posledicami za deklice in ženske. V skrajnih primerih lahko vodi do izbora spola pred rojstvom v korist dečkov oz. do detomora. Ženska, ki ima veliko hčera, je lahko pod pritiskom imeti še več otrok, dokler ne rodi sina. Ponekod je rojstvo sina

tudi edini način, da si ženska povzdigne svoj status ali pa v določeni družbi preživi (Doyal, 1995: 84). Mnogokrat pa vzorci razdeljevanja hrane, pri kateri imajo moški prednost, prispevajo k podhranjenosti deklic in žensk. Ženske so pogosto ulete v začarani krog neenakosti: mlada dekleta, ki se jih obravnava in vzgaja kot podrejene svojim bratom, sprejmejo takšno življenje kot normalno in ponotranjijo obstoječe družbene norme ter tako svoje nižje samospoštovanje prenašajo na lastne hčere.

### **Kako izboljšati zdravje žensk v DVR**

Ob povedanem je mogoče sklepati, da so glavni dejavniki, ki vplivajo na zdravje žensk v DVR, med seboj tesno prepleteni. Za odpravo revščine in doseganje trajnostnega razvoja je potrebno polno in enakovredno sodelovanje moških in žensk pri oblikovanju makroekonomske in socialne politike. Izboljšanje zdravja žensk in otrok pa ni mogoče tudi brez nadaljnjih naporov za vzpostavitev in pospeševanje enakopravnega izobraževalnega sistema, dostopnega vsem. Ženske je potrebno tudi seznaniti z delovanjem zdravstvenih služb, jim zagotoviti dostopne in ekonomsko dosegljive storitve zdravstvenega varstva, ki obravnava ženske potrebe v celem življenjskem obdobju in upošteva njihove mnogovrstne vloge in odgovornosti. Na področju nalezljivih bolezní pa so zelo pomembni preventivni programi, ki izobražujejo tako moške kot ženske, še posebej mladostnike, ne le o možnostih okužbe in varnem spolnem življenju, temveč tudi o družbenih vlogah obeh spolov ter odnosih med njima.

Nadalje je za izboljšanje zdravja žensk zelo pomembno, da se njihovo dejansko zdravstveno stanje bolj natančno odraža v rutinsko zbranih zdravstvenih statistikah. Za upoštevanje mnogovrstnih ženskih potreb je nujno analizirati podatke, razvrščene po spolu, starosti in družbenem razredu. Boljši vpogled v zdravstveni in družbeni status mladih deklet bi lahko na primer izpostavil težave, s katerimi se srečujejo pri dostopu do zdravstvene oskrbe in pri prehrani. Neuspeh pri zagotavljanju popolne zdravstvene slike žensk deloma izhaja iz dejstva, da mnogo DVR nima popolnih in natančnih sistemov vodenja podatkov, čemur se pogosto pridruži še uradna nenaklonjenost priznati, kako pomembne so razlike med spoloma oz. kako kompleksne družbene norme vplivajo na zdravstvene težave žensk.

Pomembno vlogo igrajo tudi mednarodne vladne organizacije, ki s svojim delovanjem ustvarjajo skupen mednarodni konsenz in pritisk, ki počasi spreminja zavest o nujnosti spolne enakopravnosti na državni, regionalni kot tudi lokalni ravni. Bližje državni ravni pa so nevladne organizacije: skupine pritiska, skupine za boj za človekove pravice, ženske skupine, zdravstveni aktivisti, lokalne skupnosti in verske organizacije, ki preko svojih predstavnikov na regionalnih in lokalnih ravneh predstavljajo silo za oblikovanje in razvoj državnih programov. Njihovo delovanje je z manjšimi projekti bolj naravnano h konkretnim potrebam žensk: zmanjšuje razkorak med pomoči potrebnimi prebivalci in oblikovalci politik ter omogoča tehnično pomoč, začetno financiranje in usposabljanje posameznikov za projekte krepitve položaja žensk. Dober primer krepitve ženskega položaja v

Afriki (kjer so ženske organizacije uspešne predvsem v boju proti uničevanju okolja in zagotavljanju pitne vode) predstavlja ženska skupina The Wasare Women's Group iz zahodne Kenije, ki se je s pomočjo UNICEF-a oblikovala leta 1987, da bi se spopadla z endemičnimi boleznimi, kot sta malarija in driska. Njihov prvi uspešni projekt je predstavljalo zbiranje sredstev za izgradnjo vodnjaka. Od takrat naprej so ustanovile lokalno lekarno, katere dobiček uporabljajo za širitev svojih programov; ustanovile so lokalni sklad, s pomočjo katerega oskrbujejo z zdravili tiste, ki si jih ne morejo privoščiti; vzpodbujajo in svetujejo pri razvoju domačih vrtov, prehranbenih programov in lokalnih dobičkonosnih projektov, kot je npr. čebelarstvo. Kasneje se jim je pri sponzoriranju projektov pridružila še regionalna nevladna zdravstvena organizacija The Bamako Initiative (Stein, 1997: 34).

Intervjuji, ki jih je Stein v Kostariki in Hondurasu izvedla med ženskami, ki sodelujejo v skupinah za krepitev položaja žensk na področju zdravja, so pokazali, da se ženske s sodelovanjem v takšnih skupinah vse bolj zavedajo moči in nadzora nad lastnim okoljem. Njihove vrednote se spreminjajo in higiena ter zdrava prehrana postajata bolj pomembni. Višje samospoštovanje jim pomaga pri iskanju zdravstvene oskrbe in pri lažjem komuniciranju z zdravstvenim osebjem. Preko svojih organizacij si lažje priskrbijo vodo, hrano in sanitarije za skupnost, v kateri živijo. Čeprav v številnih primerih ne ubežijo pred revščino, pa si vendarle lažje povešajo dohodek in -morda še pomembneje - svojo zavest o skupnosti, prijateljstvu in medsebojni podpori, ki vodi do boljšega psihičnega in fizičnega ugodja oz. boljšega zdravja (Stein, 1997: 187).

Predpostavka vsemu zgoraj navedenemu pa je, da morajo biti države v veliki meri same pripravljene prevzeti odgovornost za zdravje svojega prebivalstva in zagotavljati ter spoštovati pravice žensk. Nobena DVR si ne bi smela privoščiti zanemarjanja žensk, njihovega prispevka k ekonomski rasti ter njihove glavne vloge, ki jo igrajo pri vzgoji in zdravju otrok ter pri splošnem blagostanju prebivalstva.

#### LITERATURA

- Doyal, Lesley (1995): *What Makes Women Sick*. Hampshire in London: MacMillan Press Ltd.
- (1998): *Gender and Health: Technical Paper*. Geneva:WHO. <http://www.who.int/frh-whd/GandH/Ghreport/gendertech.htm> (21.5.2002).
- (1993): *Girls and Women: A UNICEF development priority*. New York: UNICEF.
- (1998): *Human Development Report 1998*. New York: UNDP.
- (2000): *Human Development Report 2000*. New York: UNDP.
- (2001): *Human Development Report 2001*. New York: UNDP.
- (1998): *Into a new World*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- Neubauer, Vijolica (1996): *Poročilo o četrti svetovni konferenci o ženskah*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije - Urad za žensko politiko.
- Stein, Jane (1997): *Empowerment & Women's Health*. London: Zed Books Ltd.
- (2001): *The Millenium Report*. New York: United Nations.
- (1997): *The Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health*. New York: UNFPA.
- The Women's Studies Project: *The Impact of Family Planning - Crosscutting Themes and their*

- Implications, <http://www.fhi.org/en/wsp/wssyn/syn4.html> (11.3.2002).
- (1989): Water & Sanitation - making the link stronger. Santo Domingo: INSTRAW - International Research and Training Institute for the Advancement of Women.
- (1995): Women's Health: Fourth World Conference on Women Beijing China 4-15 September 1995. Geneva: WHO.