

Zlata Ličer

SPOLNO ZDRAVJE, REPRODUKTIVNO ZDRAVJE IN VARNO MATERINSTVO

Pomembna dimenzija spolnega zdravja je 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 izbiro pravega spolnega partnerja in časa spolnih odnosov ter ne nazadnje tudi možnost varovanja pred spolnimi okužbami s privolitvijo le v varne oblike spolnosti (še zlasti z uporabo kondoma) ter takšne spolnosti, pri kateri so spoštovani zdravje, človeški ponos in dostojanstvo.

Ljudje imajo pravico do obveščeniosti in dostopnosti do varnih in učinkovitih, cenovno dostopnih in sprejemljivih metod načrtovanja družine po lastni izbiri. Pripada jim tudi pravica do ustreznih zdravstvenih storitev med nosečnostjo in porodom ter do možnosti za zdravega otroka. Zdravstvena oskrba žensk vključuje preventivne programe, svetovanje, vključevanje in sodelovanje širše družbene skupnosti.

S spolnim zdravjem zagotavljamo večjo kakovost življenja in boljše medsebojne odnose. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) najpogosteje prav na ta način opredeljuje človekovo reproduktivno zdravje. To so pravice, ki zadevajo spolnost, enakost spolov, partnerstvo, materinstvo in starševstvo. Koncepti, strategije in politike za oblikovanje zdravstvenih programov so rezultat številnih medvladnih posvetov med mednarodnimi organizacijami, nevladnimi organizacijami ter priznanimi strokovnjaki s področja spolnega in reproduktivnega zdravja.

Mednarodna zveza za načrtovano starševstvo (Sloga 2010, IPPF 2011) je izdala listino spolnih in reproduktivnih pravic. Na podlagi te listine se reproduktivne pravice uvajajo ob

upoštevanju kulturnega okolja ljudi in njihovega starostnega obdobja ter ob upoštevanju metodologije za usposabljanje zdravstvenih delavk/delavcev in sodelavk/sodelavcev na področju spolnosti in reproduktivnega zdravja. Z listino je povezano tudi spodbujanje strokovne podpore staršem in učiteljem/učiteljicam.

Statistično zapisovanje in evalvacije se vsaj na deklarativni ravni izvajajo z namenom pospeševanja varnejše nosečnosti predvsem z zmanjšanjem števila smrti in obolevnosti v zvezi z nosečnostjo in porodom. V evropski regiji posebno skrb zbuja spolno in reproduktivno zdravje v Vzhodni Evropi (Roseman 2003). V devetdesetih letih 20. stoletja so se pokazale velike razlike v reproduktivnem zdravju med Zahodno Evropo in novimi neodvisnimi državami v Srednji in Vzhodni Evropi. V procesih socialne in ekonomske tranzicije so se v teh državah srečali z vse večjo nezaposlenostjo, povečanjem revščine, razpadanjem naravnih socialnih mrež in nezadržnim zmanjševanjem proračunskih sredstev za zdravstvo in socialno varstvo. To je negativno vplivalo na zdravje prebivalcev. Povečali so se problemi mladostniških nosečnosti, spolnih zlorab žensk in deklic ter epidemije virusa HIV. Ženske v tej regiji kot metodo za uravnavanje rodnosti še vedno pogosteje uporabljajo splav, ker je bolj dostopen in cenejši od kontracepcijskih sredstev.

NEZAŽELENA ZANOSITEV V SLOVENIJI

Dovoljena splavnost se po podatkih iz zdravstvenega letopisa (Mihevc Ponikvar 2011) v

Sloveniji zmanjšuje od leta 1982, ko je bila dosežena najvišja stopnja, in sicer več kot 41 dovoljenih splavov na 1000 žensk v rodni dobi. Trend upadanja se je nadaljeval tudi v letu 2009, ko smo imeli 9,6 dovoljenih splavov na 1000 žensk v rodni dobi (oziroma 0,338 dovoljenega splava na žensko v njeni celotni rodni dobi). To je manj kot četrtnina najvišje vrednosti. V primerjavi z letom 2008 pa se je stopnja dovoljene splavnosti znižala za 5 %. Znižanje je bilo zaznati v vseh starostnih skupinah, razen pri ženskah, starih med 30 in 34 let. V tej starostni skupini se je stopnja dovoljene splavnosti v primerjavi z letom prej nekoliko zvišala in je bila v letu 2009 tako tudi najvišja med vsemi starostnimi skupinami (15,1 dovoljeni splavov na 1000 žensk v starostni skupini).

Regijske razlike v stopnji dovoljene splavnosti so v Sloveniji še vedno zelo velike. Dobrih 36 % žensk z dovoljenim splavom še ni rodilo nobenega otroka, 23 % jih ima enega, 40,9 % pa več kot enega otroka. Za več kot dve tretjini žensk je bil to prvi dovoljeni splav. Povratnic, torej žensk, pri katerih se je tudi prejšnja nosečnost končala z dovoljenim splavom, je bilo 19 %. Delež povratnic se z leti zmanjšuje. Velika večina nosečnosti (91,9 %) je bilo prekinjenih do 10. tedna nosečnosti, manj kot dva odstotka pa po 16. tednu nosečnosti. S strokovnim pristopom je Slovenija v desetih letih (1995–2005) postala ena izmed evropskih držav z najmanjšim deležem splavnosti. Leta 1995 je bilo 20,8 splavov na 1000 žensk v rodnem obdobju, leta 2005 pa 11,7.

PSIHOSOCIALNO SVETOVALNO DELO V OBDOBJU NOSEČNOSTI IN PO PORODU TER NA PODROČJU UMETNE PREKINITVE NOSEČNOSTI

Socialne delavke ob zdravstveni obravnavi podpirajo uresničevanje pravic na področju svobodnega odločanja o rojstvu otrok ter izvajanje socialnih pravic v obdobju materialne ali nematerialne stiske. Socialno delo kot stroka občutno pripomore k odpravljanju socialne izključenosti, in sicer zaradi zavezanosti k delovanju na načelih enakosti, socialne pravičnosti in solidarnosti. Psihosocialno podporo ženski v

času neželene nosečnosti omenja tudi zakon o svobodnem odločanju o rojstvu otrok (Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok 1977):

V postopkih za umetno prekinitve nosečnosti morajo zdravniki, medicinske sestre in socialni delavci nosečnico seznaniti z njenimi pravicami po zakonu in drugimi možnostmi za rešitev njenega problema. Zdravstvene organizacije, ki so udeležene v postopkih za umetno prekinitve nosečnosti, morajo obravnavati nosečnice hitro in neovirano ter določiti delavca, ki bo sprejemal pisne zahteve nosečnic za prekinitve nosečnosti oz. zahtevke vzel na zapisnik ter nosečnice usmerjal v nadaljnjem postopku.

Ustava Republike Slovenije v 55. členu določa, da je odločanje o rojstvih otrok svobodno. To je temeljna človekova svoboščina, iz katere izhajajo pravica do ugotavljanja in zdravljenja zmanjšane plodnosti, do preprečevanja zanositve (kontracepcija in sterilizacija) in za ženske pravica do umetne prekinitve nosečnosti. Država naj bi zagotavljala možnosti za uresničevanje te svoboščine in uresničevanje pravic s tega področja. Pri uresničevanju svoboščin gre za ustvarjanje razmer, ki človeku omogočajo svobodno odločanje, in za odpravljanje razmer, ki ga omejujejo v svobodi odločanja na raznih področjih, npr. na področju zdravstva, vzgoje in izobraževanja, družinskih razmerij, otroškega varstva, zaposlovanja, delovnopravnega varstva, socialne varnosti, stanovanjskih razmer. Zahteve državne prebivalstvene politike ne smejo biti ovira za svobodno odločanje; država ne more zahtevati od človeka, naj rojeva oz. ne rojeva.

Uravnavanje demografskega razvoja je suverena pravica vsake države, načrtovanje družine, to je odločanje o rojstvih, pa je temeljna človekova pravica. Ker človek svoboščine o rojstvih brez pomoči zdravstvene službe ne more uresničevati, je nujno, da država zagotavlja dostopnost zdravstvenih in drugih storitev. To država stori tako, da z zakonom določi zdravstvene ukrepe kot temeljno možnost za uresničevanje te svoboščine na zdravstvenem področju. Tak zakon imamo. To je Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvih otrok (1977).

Človeku se lahko po njegovi volji bodisi prepreči bodisi omogoči spočetje in rojstvo otroka. Ukrepi za preprečitev neželene nosečnosti ali rojstva so: kontracepcija, sterilizacija in prekinitev nosečnosti. Zdravnik svetuje in predpiše najprimernejše kontracepcijsko sredstvo. Sterilizacija je samo prostovoljna. Opravi se lahko osebi, ki je razsodna in stara najmanj 35 let. Omejitvi odpadeta, če je treba sterilizacijo opraviti zaradi zdravstvenih razlogov. Umetna prekinitev nosečnosti se opravi na zahtevo nosečnice, ne da bi odločala komisija, če nosečnost ne traja več kot 10 tednov. Če traja nosečnost dlje, o prekinitvi nosečnosti odloča komisija, ki dovoli splav samo, če meni, da je nevarnost, ki jo splav pomeni za življenje in zdravje nosečnice ter za njena bodoča materinstva, manjša od nevarnosti, ki grozi nosečnici ali otroku zaradi nadaljevanja nosečnosti in poroda (Zupančič 1999: 24–34). V Sloveniji obstaja štirinajst komisij prve stopnje, katerih članice so poleg zdravnikov specialistov tudi socialne delavke iz centrov za socialno delo ali iz bolnišnice, kjer je komisija.

Zakonodaja obvezuje strokovne delavce na področju načrtovanja družine, da s svojim strokovnim delom pripomorejo k zmanjševanju števila splavov. Svetovalni razgovori so namenjeni tudi moškimi, ki želijo sodelovati pri preprečevanju neželene zanositve z odločitvijo za sterilizacijo oz. vazektomijo. Moški imajo tako kot ženske ključno vlogo pri reproduktivnem zdravju. Zadnje izkušnje kažejo, da imajo moški pomembno, celo prevladujočo vlogo pri reproduktivnem zdravju žensk. Moški so bolj zainteresirani za sodelovanje, kot to običajno predvidevamo, le da potrebujejo komunikacijo in storitve, ki so namenjeni njim. Razumevanje vpliva ravnovesja moči med ženskami in moškimi vodi v manj tvegano reproduktivno

vedenje. Pari, ki se med seboj pogovarjajo o načrtovanju družine in o reproduktivnem zdravju, sprejemajo odgovornejšo odločitve o svojem zdravju. Zadnje raziskave o epidemiji aidsa so vse bolj osredotočene v tvegano reproduktivno vedenje moških. Moški so postali zaskrbljeni za zdravje, pri reproduktivnih odločitvah so pripravljeni sodelovati s svojimi partnerkami in tako spreminjati tvegano reproduktivno vedenje in zmanjšati ogrožanje zdravja obeh.

Komunikacija z njimi lahko spodbuja enakost med spoloma, spodbuja razpravljanje o učinkoviti uporabi kontracepcije in drugih reproduktivnih odločitvah, ki vodijo k boljšemu zdravju. Moški lahko s programe načrtovanja družine s pogostejšo in pravilnejšo uporabo kondomov zmanjšajo razširjanje spolno prenosljivih bolezni, neželenih zanositev, podpirajo varno materinstvo, prevzamejo odgovorno očetovstvo in nehajo zlorabljati ženske. Za izboljšanje reproduktivnega zdravja moških in žensk je pomembno spodbujanje moških k večji odgovornosti do spolnega zdravja, k večji dostopnosti njim namenjenih zdravstvenih storitev, k spodbujanju komunikacije o reproduktivnem zdravju med partnerji in k razširjanju skrbi za reproduktivno zdravje na oba spola.

Ponazorimo povedano s primerom. Ko se je dvajsetletna Žana oglasila v bolnišnici, je bil dialog med njo in njenim partnerjem prekinjen, o možnosti zanositve se nista nikoli pogovarjala, noseča je bila 21 tednov. Doma so ji rekli, da se lahko vrne domov, ko bo »to« uredila. Zaposlena je bila za določen čas, pogodba pa se ji je iztekla dva meseca pred porodom. Razmišljala je o posvojitvi, vendar jo je že pogovor o tem čustveno prizadel. Njen fant, oče otroka, jo je ozmerjal, da on s »tem« noče imeti nič. Sama je bila prepričana, da na njegovo pomoč ne more računati. Redno je bil

Preglednica 1: Število opravljenih svetovalnih razgovorov v socialni službi pri odločanju za umetno prekinitev nosečnosti in sterilizacijo na Ginekološki kliniki Ljubljana v letih 2008 in 2009.

Leto	2008	2009
Zaht eve za umetno prekinitev nosečnosti	1543 (67 mladoletnic)	1588 (69 mladoletnic)
Zahteve za žensko sterilizacijo	500	412
Zahteve za moško sterilizacijo	133	152
Skupaj	2176	2152

zaposlen, vendar v tistem hipu ni hotel prevzeti odgovornosti zanjo in za otroka. Ohranili sva stike do poroda in sproti načrtovali vse potrebne postopke (tudi zdravstvene preglede) glede na njeno situacijo. Vzpostavili smo stike s pristojno socialno službo centra za socialno delo in se z njo občasno sestali zaradi njene in otrokove prihodnosti. Če sprejme ženska možnost namestitve v materinski dom, se srečamo še s svetovalkami materinskega doma.

Strokovno delo socialne delavke pri komisiji za prekinitev nosečnosti je povezano z znanjem o reproductivnem zdravju in o načrtovanju družine, katerih temeljne smernice pri oblikovanju zakonodaje izhajajo predvsem iz Splošne deklaracije človekovih pravic (1948), ki jo je sprejela in razglasila Generalna skupščina Združenih narodov, ter iz številnih mednarodnih aktov, na primer Akcijskega načrta o reproductivnem zdravju (1994).

Ženska o svojem telesu odloča sama in končna odločitev glede reproductivne izbire je ne glede na starostno obdobje njena. Zahtevo za prekinitev neželene nosečnosti nosečnice pogosto utemeljujejo s prepričanjem, da želijo svojim otrokom zagotoviti človeško dostojanstvo, saj se v družini nemalokrat srečujejo z dilemo preživljanja otrok. S povečevanjem blaginje se povečujejo tudi želje, posledica tega pa je, da tudi otroci pričakujejo vedno več od svojih staršev.

Sodelovanje zdravstvenih in socialnih delavcev na ginekološko-porodniških oddelkih omogoča celostno obravnavo težav v obdobju nosečnosti in poroda. V skupnem dialogu in ob povezovanju različnih strokovnih služb v bolnišnici (ali zunaj nje) socialne delavke skupaj z nosečnico soustvarjamo sprejemljive rešitve. Na primer, glede na individualne potrebe ženske posredujemo informacije o starševskem varstvu in družinskih prejemkih, o pomoči ob rojstvu otroka, o pravici do otroškega dodatka, brezplačni pravni pomoči. Zagotavljamo oporo pri iskanju drugih rešitev za njen problem. Če ženska doživlja nasilje, ji predvsem svetujemo, na koga naj se obrne, ali če se z otrokom iz porodnišnice nima kam namestiti, se povežemo z materinskim domom. Poslabšanje socialno-ekonomskih razmer v nekaterih delih Vzhodne Evrope (Roseman

2003) se v Sloveniji kaže tudi v povečanju števila tistih, ki se znajdejo kot žrtve v trgovini z ženskami in otroki ter jih silijo v neželene spolne odnose ali prostitucijo.

Nosečnice v Sloveniji uporabljajo materinsko knjižico. V njej so zdravstveni podatki o spremljanju nosečnosti, kratek presejalni test o psihičnem in socialnem počutju ter kontaktna telefonska številka, ki ženskam omogoča spregovoriti o svoji stiski. Tako je več možnosti, da se reševanje težav ne odlaga do poroda in na čas po njem. Vsako leto nas po telefonu pokliče od sedemdeset do sto žensk in napotimo jih na ustrezne službe ali jim pomagamo že z pogovorom. Pri reševanju njihovih težav sodelujejo tudi zdravstveni delavci. Spremljajo nosečnico in jo ob izraženi psihični stiski napotijo v druge ustrezne strokovne službe. Razbremenjevalni pogovor s psihologinjo ali socialno delavko je poslušanje problemske situacije ter aktivno zagotavljanje opore in pomoči.

Socialna delavka vedno skupaj z nosečnico išče razpoložljive vire pomoči, ki so zanjo sprejemljivi, ter na nevsiljiv način upošteva njene potrebe, stališča in želje glede na situacijo »tukaj in zdaj«. Pri tem je pomembno upoštevati reproductivne potrebe v različnih življenjskih obdobjih. Mladi želijo denimo razpravljati o prihodnosti, pri starejših skupinah prebivalstva pa so pomembni socialna vključenost, ozaveščanje o problemih menopavze, težavah pri malignih obolenjih reproductivnih organov ipd.

Možnost vzpostavljanja osebne opore v bolnišnici v celotnem obdobju nosečnosti pripomore k boljši celostni oskrbi. To ugodno vpliva na psihično in telesno počutje. Začetek reševanja osebnih težav v bolnišnici je toliko pomembnejši, če nosečnica ne želi iskati pomoči v lokalni zdravstveni ali socialni službi. Ne glede na kraj bivanja ima priložnost za vzpostavljanje podporne socialne mreže po odhodu iz bolnišnice, torej priložnost za sodelovanje med strokovnimi službami, na primer patronažnimi službami, izbranimi ginekologi, socialnimi službami, ženskimi svetovalnicami, materinskimi domovi, varnimi hišami ...

V Evropski uniji živi 5–10 % migrantske populacije. V njej opažajo večjo smrtnost v zvezi z nosečnostjo in porodom ter večje

tveganje za nezaželeno zanositev in splav ter spolno nasilje. Socialne delavke se v bolnišnici srečujemo s problemsko situacijo zapostavljanja pravic migrantskih delavcev v Sloveniji (internet 2011). Na primer, kadar tuji državljani izgubijo pravico do zdravstvenega zavarovanja ali dovoljenje za prebivanje v Sloveniji, so v hudih težavah tudi njihovi družinski člani, predvsem ženske in otroci.

Po drugi strani pa nastane več zdravstvenih težav in socialne ogroženosti pri nosečnicah, ki zaradi osebnih nagibov odklanjajo zdravstvene preglede, čeprav so upravičene do njih. V tem primeru sodelujemo pri spodbujanju sprejemanja pomoči ter poskušamo ugotoviti razloge in omogočiti izvajanje zdravstvene, socialne, psihološke ali psihiatrične pomoči. Razlogi za odklanjanje sprejemanja ponujene pomoči so lahko slabe izkušnje s strokovnimi službami v preteklosti, premalo informacij o vrsti pomoči, nezaupanje v institucionalno pomoč, skrivanje nosečnosti ipd. Velik pomen ima zagotavljanje zasebnosti in zaupnosti razgovorov, da lahko ženska brez zunanjih pritiskov spregovori o svojih stiskah in težavah ter se odloča o življenjsko pomembnih zadevah, na primer o odločanju za posvojitve, pri katerem gre za odpoved roditeljskim pravicam in dolžnostim za vedno.

Potreba po ohranjanju skrivnosti je v bolnišnici, pri razgovorih intimne narave, zelo velika, še posebej v obdobju, ko šele razmišljajo o različnih možnostih in odločitvah, ki usodno vplivajo na njeno in tudi otrokovo življenje. Ženska, ki se odloča o posvojitvi za svojega otroka, ne želi čustveno prikrajšati otroka, a zanj ne vidi pravih možnosti. Rejništvo ima prednost kot oblika začasne pomoči otroku, če otrokovi starši lahko v bližnji prihodnosti uredijo svoje življenjske razmere (Zupančič 2001). Država ne odpravlja dovolj hitro in uspešno socialno-ekonomskih razlik. Pomoč države materi ali staršem, ki so v svoji vlogi odpovedali, pogosto ne zadostuje za izhod iz težavne situacije.

Med letoma 2007 in 2010 smo socialne delavke ob reševanju različnih problemov v porodnišnici zagotavljale socialno oporo petnajstim ženskam, ki so se odločale za oddajo otroka v posvojitev.

VLOGA SOCIALNE DELAVKE PRI DELU Z MLADOLETNO NOSEČNICO

V Sloveniji je bilo mladostnic, mlajših od 20 let, leta 2009 7,4 % vseh žensk z dovoljenim splavom. Starostno specifična stopnja dovoljene splavnosti v skupini od 15 do 19 let je znašala 6,6 dovoljenega splava na 1000 mladostnic. To je po nekaj letih stagnacije spet nekoliko večje zmanjšanje. Štiri mladostnice z dovoljenim splavom so bile mlajše od 15 let, 54 pa jih je bilo starih 15 in 16 let. Med mladostnicami z dovoljenim splavom je bilo 12,1 % povratnic (Mihevc Ponikvar 2011).

Povprečna starost žensk ob porodu je leta 2009 preseгла 30 let (30,1). To je 0,1 leta več kot leta 2008. Trend višanja povprečne starosti matere se torej nadaljuje.

Povprečna starost ob prvem porodu je bila 28,4 leta. Le ena porodnica je bila mlajša od 15 let, 23 porodnic je bilo starih 15 in 16 let, 262 pa je bilo starih 17, 18 in 19 let (Mihevc Ponikvar 2011).

V zdravstveni organizaciji, v kateri socialna delavka sprejema zahteve za umetno prekinitve nosečnosti, se mladoletnica lahko zaupno pogovori že ob odločanju za splav. Šolski programi sicer v določeni meri zagotavljajo izvajanje izobraževanja o zdravju in spolnosti, vendar mladi poročajo, da je tovrstnega izobraževanja premalo, je prepozno in tudi preveč biologistično. Želijo si več pogovorov o medsebojnih odnosih in obvladovanju svojih občutij. Starši so v boljšem položaju, če z otroki o tem pravočasno razpravljajo (Harris 1997).

Socialne delavke v zdravstvu upoštevajo smernice zdravstveno-vzgojnih ukrepov, ki so glede na stopnjo zdravstvenega tveganja prilagojeni različnim skupinam v populaciji. Puberteta se lahko začne že zelo zgodaj in koristno je, da dobijo otroci informacije o medsebojnih odnosih, kontracepciji in starševstvu, še preden se pojavijo prve telesne spremembe pri spolnem dozorevanju. Starše včasih skrbi, da bodo taki pogovori spodbudili njihove otroke k prezgodnji spolni aktivnosti, a v nasprotnem primeru mladoletnica včasih preseneti starše (in sebe) z neželeno zanositvijo.

Raziskave glede pogovorov o spolnosti med otroki in starši namreč kažejo prav nasprotno: mladostniki in mladostnice, s katerimi so se starši odkrito pogovorili, so ob začetku spolnih odnosov starejši od tistih, s katerimi se starši o tem niso pogovarjali. Poleg tega tisti, ki so se o spolnosti pogovarjali s starši, pogosteje uporabljajo kontracepcijo ob prvem spolnem odnosu. Socialne delavke se ob neželeni zanositvi z mladostnicami in mladostniki zaupno pogovorimo glede na njihove potrebe in glede na njihovo družinsko situacijo. Moralno obsojanje mladostnice zaradi njenega življenjskega stila ter grožnje z obveščanjem staršev glede njenih odločitev glede kontracepcije in nosečnosti mladostnico odvrnejo od pravočasnega obiska pri ginekologu tudi takrat, ko bi bilo to nujno potrebno (preden se odloči za spolni odnos, ob izbiri kontracepcije, ob zanositvi).

Popolna odsotnost pogovorov z mladimi o spolnosti lahko vpliva na njihovo vedenje, stališča in doživljanje spolnosti v prihodnosti. Izobraževanje o spolnosti v šoli pripravlja otroke in mlade ljudi na primeren način z ustreznimi informacijami o varovanju reproduktivnega zdravja in jim ponuja priložnost za razpravljanje o teh vprašanih. Če bomo v strokovnih službah otrokom in mladostnikom za njihovo dobro počutje ponudili oporo, informacije in pomoč, lahko pričakujemo tudi manj mladostniških nosečnosti in spolno prenosljivih bolezni (Cajnkarc Kac 2001). Mladoletne nosečnice kljub svoji mladosti niso brez življenjskih izkušenj (Končina-Peternel 1998), a te včasih usodno zaznamujejo njihove odločitve v odnosu do spolnega zdravja.

Nekaj primerov iz prakse:

- Katarina je imela načrt v žepu, kako bo uničila svoje življenje, poleg tega pa še nerojenega otroka. Ni marala niti pomisliti, da se bo rodil v njen čisto »zavoženi svet«.
- Anina mama ji je govorila samo to, da bi lahko speljala svoj samomor do konca, če ga je že delala. Ni ji pozabila ob vsaki priliki povedati, da ji je žal, kolikor ima las na glavi, da jo je rodila.
- Barbarin oče je zapustil družino, ko je imela 13 let, in od takrat je mama spremenila njihovo hišo v peklo. Vedno se je znašala nad njo, ker

je bila starejša, mlajši sestri je prizanesla. Vse breme svoje zakonske polomije je prelagala na ramena otrok. Sčasoma je Barbara prevzela nase krivdo za to, da je oče izginil iz njihovega življenja. Zapustil je otroke, ne da bi se vprašal, kako se jim bo v prihodnje godilo brez njegove opore. Želi si poiskati partnerja, ki ji bo stal ob strani, ko bo imela svoje otroke.

- Danika bo kmalu polnoletna in z mamo sta si tako sovražni, da jo »meče« ven iz hiše, ker se ne prenašata več. Mama se bolje razume z drugo hčerjo, ker se ji je bolj prilagodila. Mama ji je grozila, da ji bo otroka vzela, če ga bo rodila, vpletala se je v njene odločitve o nosečnosti.

V okviru Zveze prijateljev mladine Slovenije deluje TOM, telefon za otroke in mladostnike. Mladi lahko pokličejo tja vsak dan, tudi ob nedeljah in praznikih, med 12. in 20. uro na brezplačno številko 080 1234.

Socialne delavke sodelujemo tudi v pedagoškem procesu praktičnih vaj študentov medicinske fakultete, tako da svoje znanje in izkušnje prenesemo na mlajše generacije. Med letoma 2007 in 2010 je bilo v okviru redne prakse na vajah v socialni službi 565 študentov. Pedagoško delo poteka v obliki predavanj iz zakonodaje ter predstavitev socialnega dela na področju reproduktivnega zdravja.

SOCIALNA OBRAVNAVA MATERE IN OTROKA PO PORODU

V današnjem času, ko je večina žensk dobro pripravljenih na porod in je prihod novorojenčka lep dogodek za vso družino in prijatelje, obstaja velik družbeni pritisk na žensko, za katero porod ne pomeni veselega pričakovanja. Stiska matere ali obeh staršev je velika ob nepričakovanem rojstvu otroka, na katerega nista pripravljena. Socialne delavke v bolnišnici žensko ob težavnem prehodu v starševstvo s strokovnim znanjem podpremo in ji ulivamo moč za učinkovito ravnanje pri iskanju rešitev za izhod iz stiske. Socialno svetovalno delo v zdravstvu temelji na osebni pomoči in čustveni vpletenosti v življenjsko stisko nosečnice, na zavzemanju za uresničevanje obstoječih pravic, iskanju možnih izbir in sprejemljivih rešitev

za dober razplet trenutne življenjske situacije. Nosečnice v socialni stiski se zelo čustveno odzivajo in zaradi večje ranljivosti potrebujejo spodbude in oporo za iskanje pomoči. Brezizhodnost nekaterih socialnih težav jih spravlja v obup. To se pokaže v prenehanju reševanja problemov, ki so najpogosteje povezani:

- z urejanjem socialno-ekonomskih razmer, ki so posledica nezaposlenosti v družini in materialnega pomanjkanja,
- z izključenostjo iz družinske in sorodstvene mreže pomoči,
- z izključenostjo iz formalnih socialnih mrež: zaposlitvenih, izobraževalnih in zdravstvenih,
- z dolgotrajno materialno prikrajšanostjo, ki se prenaša iz generacije v generacijo,
- z osebno izolacijo brez iskanja pomoči in brez socialnih stikov v ožjem in širšem življenjskem okolju,
- z neodzivnostjo okolja za posebne potrebe v obdobju nosečnosti in po porodu.

Posamezne izjave žensk iz naše prakse pričajo o različnih vidikih stisk in potreb žensk po porodu:

Na ginekološke preglede med nosečnostjo nisem hodila, ker bi jih morala plačati.

Govorim samo španski jezik in potrebujem prevajalca.

Metadon mi bo prinašala mama, ki ne ve za moj problem odvisnosti od drog.

Stara sem sedemnajst let in raje živim pri njegovih starših kot pri svojih. Otrokov oče je tudi mladoleten.

Po smrti novorojenčka je mož jezen name, ker misli, da se nisem dovolj pazila.

Moj novorojenček ima zdravstvene težave zaradi nedonošenosti. Tuja državljanka sem in živim s slovenskim partnerjem v njegovi družini, kjer imajo veliko problemov z uživanjem alkohola.

Doma imam otroka z duševno motnjo, ne vem, kako bo sprejel novorojenčka. Imam težave pri urejanju stikov z očetom otrok. Starši mi niso v pomoč.

Cele dneve delam v gostinstvu in sedanja šefinja je z mano dobra. Sedanji partner mi je

obljubljal, da se bova poročila. Glede otroka pravi, da bo skrbel zanj, če bom dokazala, da je njegov. To je žaljivo in nočem njegovega otroka. Pomoč potrebujem v času nosečnosti, ne samo po porodu. Nobenega jamstva nimam, da bi meni in otroku sploh kdaj pomagal.

Stresne situacije v času nosečnosti in pred porodom so pomemben razlog za nedonošenost otroka. Ta ima lahko ob zelo nizki porodni teži zdravstvene težave ali zdravstvene posledice za vse življenje. Nekateri raziskave so pokazale, da imajo več zdravstvenih posledic otroci, rojeni veliko pred predvidenim datumom poroda (Dunn 1984). Socialne delavke moramo v zdravstvu upoštevati pomembna ugotovitve, da je za zdrav potek nosečnosti potrebna psihološka, socialna in materialna podpora, saj zmanjšuje stres in tesnobo v obdobju nosečnosti in poroda. Materini predporodni stresni dejavniki so neodvisno od biomedicinskih tveganj tesno povezani z novorojenčkovo porodno težo in časom trajanja nosečnosti (gestacijsko starostjo ob rojstvu). Socialne delavke v bolnišnici sodelujemo pri reševanju problemov, ki so psihosocialni in zdravstveni dejavniki tveganja za prezgodnji porod, in sicer: alkoholizem, problematična uporaba drog med nosečnostjo, nizek socialno-ekonomski status, materina starost (največje tveganje je v ekstremnih starostnih skupinah, pri najstnicah in pri materah nad 40 let), naporno fizično delo, pomanjkanje medicinske oskrbe oz. odsotnost pregledov v času nosečnosti.

V praksi socialnega dela se je pogosto pokazalo, da so stiske nosečnice, telesno nasilje nad njo ali psihosocialni stres oz. težave, ki so trajale vso nosečnost, vplivale na počutje ploda in pozneje novorojenca. Večje število stresnih življenjskih dogodkov in težav so doživele matere prezgodaj rojenih otrok (Novak-Antolič *et al.* 2008).

Kadar je nosečnica brez zdravstvene oskrbe, imamo socialne delavke določen vpliv pri urejanju dostopnosti do zdravstvenih storitev. Nizek socialno-ekonomski položaj namreč pomeni ne samo pomanjkanje materialnih dobrin, ampak tudi izključenost iz socialnih mrež in pomanjkanje dostopa do zdravstvenih storitev ter brezizhodnost pri iskanju rešitev iz osebne stiske. Nosečnice brez zdravstvene

oskrbe so zdravstveno in socialno ogrožene, ker doživljajo več obremenilnih življenjskih dogodkov že pred zanositvijo (nezaželenost nosečnosti, psihične stiske, pomanjkanje partnerske podpore, negativno odzivanje družinskega, delovnega okolja in konfliktna situacija na delovnem mestu, v družini, s partnerjem).

V Sloveniji se porodniški dopust prične v 36. tednu, a resnična nevarnost za prezgodnji porod se lahko pojavi že pred 32. tednom trajanja nosečnosti in to bolj negativno vpliva na zdrav razvoj otroka (*op. cit.*). Zaposlena ženska ima zaradi nosečnosti slabši položaj na delovnem mestu. Ženska z zapleti med nosečnostjo odklanja bolniški dopust zaradi bojazni, da bo izgubila delo. V delovnem okolju obstaja odklonilen odnos do nosečih zaposlenih uslužbenk, do porodniškega dopusta, bolniškega dopusta za nego otroka ali bolniškega dopusta ob prekinitvi nosečnosti. Nezanosljiva je zaposlitev za določen čas, delo na črno, možnost zaposlitve za nedoločen čas je večja za tiste, ki se odpovejo nosečnosti.

Nezaposlena ženska je v družini pod pritiskom zaradi materialnih težav, ker mora prihraniti manjkajoči denar, ob minimalni pomoči države (starševski dodatek, otroški dodatek). S finančno odvisnostjo od partnerja, zakonca, staršev in dobrodelnih organizacij ženska nima osebne avtonomije in ne razpolaga z dohodkom. V današnjem času je družbeni položaj posameznikov vse pomembnejši tudi pri iskanju zdravstvene obravnave. Posameznik mora skrbeti za svoje zdravje, socialne razlike pa vse bolj vplivajo na možnosti posameznika pri skrbi za blaginjo družine.

Nekoliko drugačna je situacija tistih parov, ki želijo otroka, pa imajo težave s plodnostjo.

SOCIALNO SVETOVANJE PAROM, KI SO V POSTOPKIH OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO

Raziskave na področju neplodnosti so vse bolj povezane s področjem spolno prenosljivih okužb, z zapleti po splavih in z okoljskimi problemi. Stroški zdravljenja so veliki, tako da postaja preventivno delovanje vse pomembnejše. Neizpolnjena želja po otroku je za zakonski

ali zunajzakonski par psihično breme in z njim živi v času zdravljenja zmanjšane plodnosti. Pojavljajo se vprašanja, kakšne so psihične posledice zdravljenja neplodnosti na partnerski odnos, na njuno medsebojno komunikacijo in na odzivanje okolja in na koristi otroka, spočetega s pomočjo biomedicinskih postopkov. Pomembno je informiranje o predpisih ter o alternativnih možnostih ustvarjanja družine (starševsko varstvo in družinski prejemki, zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, zakon o zdravljenju neplodnosti idr.). Vse to je del socialnega svetovanja.

NEPLODNOST

O neplodnosti govorimo, ko pri paru ne pride do zanositve po enem letu rednih spolnih odnosov brez zaščite. Vzroke za neplodnost se ugotavlja pri ženski in moškem. Osemdeset odstotkov vseh vzrokov ženske neplodnosti so motnje ovulacije, endometrioza in neprehodni jajcevodi. Drugi dejavniki so starost ženske, razvojne nepravilnosti maternice, miomi, čezmerna telesna teža, spolno prenosljive bolezni, sistemske bolezni (sladkorna, obolenje ščitnice), zdravila (antidepresivi, steroidi).

Ocenjujemo, da ima vsak sedmi par težave z zanositvijo. Zapore semenovodov pri moški neplodnosti odpravljajo z mikrokirurško operacijo. Z zdravili lahko pozdravijo vnetja ali stanja pomanjkanja hormonov. S pomočjo oploditve z biomedicinsko pomočjo poskušajo zagotoviti nosečnost. Socialne delavke pri tem procesu sodelujejo s socialnim svetovanjem parom, ki so v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo. Po zakonu smo med letoma 2007 in 2010 opravile 35–45 socialno svetovalnih pogovorov z zakonskimi ali zunajzakonskimi partnerji (Klinični oddelek za reprodukcijo 2011).

Oploditev z biomedicinsko pomočjo pomeni izpeljavo biomedicinskih postopkov, katerih namen je zagotoviti nosečnost na drug način kot s spolnim odnosom. Pri oblikovanju novih predpisov o postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo je delovna skupina skušala zajeti najnovejše dosežke na tem področju. Pri tem je upoštevala mednarodne dogovore, še zlasti

Konvencije Sveta Evrope o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (Žnidaršič 1998). Pomembne so določbe o privolitvi za poseg, o pravici do poučenosti in o spoštovanju zasebnosti, ko gre za podatke o zdravju. Sicer pa konvencija rešuje temeljna etična vprašanja v zvezi s človeškim genomom in raziskavami na zarodkih, prepoveduje diskriminacijo ljudi na podlagi genetske dediščine, genetske preiskave dovoljuje samo za utemeljene zdravstvene namene, prepoveduje posege na genomu, ki imajo namen spremeniti dedne lastnosti potomcev, prepoveduje uporabo tehnik oploditve z biomedicinsko pomočjo zaradi izbire spola bodočega otroka, razen če naj bi se na ta način izognili hudi, na spol vezani bolezni. Zakon daje pravico do biomedicinske pomoči pri oploditvi samo parom različnega spola, zakoncem ali zunajzakonskim partnerjem, ki zaradi neplodnosti ne morejo imeti otrok. Prepovedana pa sta vnos spolne celice umrle osebe v telo ženske in biomedicinsko sodelovanje pri nadomestnem materinstvu. To namreč ni v skladu s človeškim dostojanstvom, saj postane ženska prek tovrstnih postopkov le orodje za rojevanje, otrok pa predmet pogodbe. Prepovedano je tudi ustvarjanje zarodkov v izključno raziskovalne namene (Zupančič 1999).

SKLEP

Strokovno svetovanje, ki omogoča čustveno razbremenitev in zaupnost pogovora, je ženski v oporo pri sprejemanju reproduktivnih odločitev brez dodatnih psihičnih pritiskov, posebej glede neželene zanositve. S preučevanjem možnosti, ki jih ima ženska na voljo za rešitev njenega problema, se ta avtonomno odloča med danimi možnostmi. Seznanjena mora biti z varnostjo in učinkovitostjo zgodnjega splava, prav tako s socialnovarstvenimi starševskimi pravicami v obdobju materialne ali nematerialne stiske ter – če obdrži nosečnost in rodi otroka, za katerega sama ne bi mogla poskrbeti – z možnostjo posvojitve za otroka.

Zdravje je ne samo odsotnost bolezni, temveč vsestranska psihična, fizična in socialna blaginja. Tako je tudi socialna kakovost življenja povezana ne samo z materialnim po-

manjkanjem, pač pa s socialno izključenostjo, ki jo povzroči revščina. Dobro socialno počutje je odvisno od okolja, v katerem živimo, in od družbenih razmer, ki jih ustvarja država glede na to, kako s svojimi političnimi aktivnostmi zadovoljuje posebne potrebe posameznih skupin prebivalstva.

Evropska mreža Mednarodne zveze za načrtovano starševstvo (Sloga 2010) je podprla civilne iniciative, ki s svojim zagovorništvom reproduktivnih pravic lahko vplivajo na sprejemanje pomembnih političnih odločitev. Sem sodi tudi pravica do svobodne misli, do koristi znanstvenega napredka, do avtonomnih odločitev glede svojega spolnega in reproduktivnega zdravja, do spoštovanja zasebnosti ter pravica do življenja brez diskriminacije in nasilja, torej pravica do osebne svobode in varnosti.

S socialnim delom v zdravstvu, utemeljenim na znanstvenih teorijah o človekovem vedenju in socialnih sistemih (Dominelli 2009), pripomoremo k varovanju že doseženih standardov na področju zdravja žensk in že doseženih reproduktivnih pravic na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva. Oviranje dostopa do zdravstvenih storitev in odrekanje reproduktivne izbire adolescentom in drugim posameznikom in posameznicam vodi v pomanjkanje informacij, ki so nujno potrebne za odgovorno in varno odločanje o svojem zdravju (Bahovec 1991).

Nevarnost takih strategij se pokaže na vsaj treh področjih. Prvič, pri pomanjkanju (nedostopnosti) do širšega izobraževanja, to spodbuja mladostnike k odgovornim in vsestransko informiranim odločitvam. Drugič, pri pomanjkanju zaupnih centrov za načrtovanje družine, ki zagotavljajo nujno in učinkovito brezplačno kontracepcijo, pomoč pri preprečevanju neželene zanositve in spolno prenosljivih bolezni. In tretjič, pri izvajanju pritiskov in oviranju dostopa do varnih in zaupnih storitev v zvezi z umetno prekinitvijo nosečnosti.

VIRI

Akcijski načrt o reproduktivnem zdravju (1994).

Dostopno na: <http://www.iisd.ca/Cairo/program/p00000.html> (10. 5. 2012).

- BAHOVEC, E. (ur.) (1991), *Abortus – pravica do izbire*. Ljubljana: Skupina ženske za politiko.
- CAJNKAR KAC, M. (2001), »First love«: Svetovalna ginekološka ambulanta za mladostnike na Dunaju. *ISIS*, 10: 7.
- DOMINELLI, L. (2009), Women globalisation and empowering practice. V: Shulamit, R.n, S., Zaviršek, D. (ur.), *Critical edge issues in social work and social policy*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (47–57).
- DUNN, H. G. (1984), Social aspects of low birth weight. *Canadian Medical Association Journal*, 130, 1. maj.
- Internet (2011). Dostopno na: <http://24ur.com/novice/slovenija/porocilo-migrantski-delavci-pogosto-izkoriscani.html> (10. 5. 2012).
- IPPF (2011), From choice, a world of possibilities, Highlights. Bruselj: IPPF Network (letno poročilo za 2010).
- Klinični oddelek za reprodukcijo (2011). Dostopno na: <http://www.reprodukcija.si/nepodnost> (10. 5. 2012).
- KONČINA-PETERNEL, M. (1998), *Pomoč otrokom, ko starši odpovedo: Družinskopravni vidik*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- HARRIS, R. H. (1997), *Pogovorimo se o seksu*. Tržič: Učila.
- MIHEVC PONIKVAR, R. (2011), Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije 2009. *Zdravstveni letopis*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- ROSEMAN, M. (2003), *Women of the world: Laws and policies affecting their reproductive lives – East Central Europe*. New York: Center for Reproductive Law and Policy.
- NOVAK-ANTOLIČ, Ž., FABJAN-VODUŠEK, V., STEBLOVNIK, L. (2008), Zelo prezgodnji porod: Presejalni testi za napovedovanje tveganja. *Medicinski razgledi*, 47: 355–365.
- Sloga (2010), Zagovorništvo spolnih in reproduktivnih pravic. Platforma NVO za razvojno sodelovanje in humanitarno pomoč. Ljubljana, september 2010.
- Splošna deklaracija človekovih pravic (1948). Dostopno na: <http://www.varuh-rs.si/index.php?id=102> (10. 5. 2012).
- Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (1977), *Ur. l. SRS*, 11/1977.
- ZUPANČIČ, K. (1999), *Družinsko pravo*. Ljubljana: Uradni list RS (24–34).
- (2001), *Predpisi o zakonski zvezi in družinskih razmerjih*. Ljubljana: Uradni list RS (114–123).
- ŽNIDARŠIČ, V. (1998), Konvencija Sveta Evrope o varovanju človekovih pravic in človekovega dostojanstva v zvezi z uporabo biologije in medicine: Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino. *Pravna praksa*, 22: I-IV.