

Бојан Жикић

*Одељење за етнологију и антропологију
Филозофски факултет, Универзитет у Београду
bzikic@f.bg.ac.rs*

Репродуктивно здравље и репродуктивна вулнерабилност*

Апстракт: Репродуктивно здравље представља, готово подједнако, социокултурну чињеницу као и медицинску чињеницу. Оно што утиче на њега, у позитивном или у негативном смислу, потиче од начина на који културно мислимо и поступамо у погледу репродуктивног понашања, а те мисли и поступци условљени су културно контекстуализованом концептуализацијом људске физиологије која је, са своје стране, заснована на концептуализацији полности, а посебно на нормативизацији родних улога. Одатле, репродуктивно здравље је женско здравље пре свега, посматрано као социокултурна категорија, па се и репродуктивна вулнерабилност углавном односи на све оне чиниоце који негативно доприносе женском репродуктивном здрављу. Ти чиниоци јесу друштвени – негативно доприносе репродуктивном здрављу с институционалног и правно-нормативног аспекта, затим економски – смањују број оних којима је у одређеном социокултурном контексту омогућен правовремен приступ квалитетној здравственој услузи, те културни – подупиру моделе мишљења и понашања који не узимају у обзир право сваког људског бића на сопствени полни и репродуктивни живот, већ инсистирају на саображавању индивидуалне полности и репродуктивних жеља и капацитета доминантној културној норми.

Кључне речи: репродукција, здравље – културни аспекти, чиниоци репродуктивне вулнерабилности – друштвени, економски, културни, антропологија, полност, род

Увод

Људска репродукција представља културну чињеницу која окружује биолошку датост. Начини на које се људи старају о томе, да одаберу репродуктивног партнера себи, или онима за које се сматрају позваним да учине – да саобразе такав одабир очекивањима која у том погледу има њихова заједница, да заогрну трудноћу, порођај и постнатални развој

* Резултат рада на пројекту 177018, финансираном од стране МНТР РС.

различитим веровањима из којих проистичу таква понашања која немају суштинске везе са људском физиологијом, чине срж друштвеног и културног живота, практично, у многим заједницама, као и велики део антрополошког истраживачког инвентара. Праксе које се примењују на зачеће, његово спречавање, управљање репродукцијом, полност, или људско тело уопште – било где у свету и било кад – проистичу из културне концептуализације људске физиологије, а сваки од тих концепата, без обзира на његову наизглед "природност", представља социокултурни конструкт¹.

Концептуализације људске физиологије засноване су на концептуализацији полности, најчешће, која се одвија у складу са друштвеном или културном нормом одговарајуће заједнице, односно која служи перпетуирању те норме, због чега се и она полна понашања која нису у складу с тим сматрају друштвено и културно непожељним, опасним, или чак, девијантним. Социјални конструктивистички приступ полности инсистира на разумевању читавог обима понашања, идеологија и субјективних значења међу припадницима група или заједница у оквиру којих се врше истраживања, а тело, његове функције и манифестације види као могућности за реализацију тих понашања, идеологија и значења, значи, као вредности које су културно посредоване (Vance 1991).

Примењено на репродукцију и репродуктивно здравље, као на непосредне исходе концептуализације људске физиологије концептуализацијом полности, произлази – било да је намера истраживања успостављање фактографских и теоријских услова за израду неког програма јавне здравствене заштите намењеног репродуктивном здрављу, или стицање научног знања самог по себи – да је дате концептуализације немогуће схватити без њиховог разматрања у одговарајућем социокултурном контексту, као оном референтном оквиру који им даје значење до којег долазимо истраживањем. Теоријске, етичке и политичке импликације културних пракси везаних за репродуктивно здравље у различитим социокултурним контекстима, а са којима се срећемо у литератури, представљају, отуда, интерпретације које су стране том контексту, често, па не могу ни да помогну онима на које се односе и на чију добробит мисле њихови аутори и ауторке (упор. Harris and Smyth 2001, Price and Hawkins 2007).

Оно што представља чињеницу, међутим, у сваком разматрању проблематике везане за репродуктивно здравље, јесте да је у његовом средишту жена – било као теоријски конструкт родне улоге, било као стварни

¹ Као што је то показано за управљање репродукцијом и начине контролисања људских плодности, на пример, у Жикић 2008а,б, где је и наведена различита литература која садржи теоријска уопштавања емпиријских истраживања на основу којих је изнет овај став.

социокултурни субјект. Репродуктивно здравље јесте женско здравље, пре свега, односно и као конструкт и у стварности представља битан део здравственог статуса који је родно условљен у било којем друштву. Поред тога, с обзиром на суштински неравноправну улогу коју жене имају и даље у многим друштвима, а која се огледа у отежаности или немогућности доласка до одговарајућег образовања и проналажења одговарајућег запослења, управљања својим економским ресурсима и располагања имовином, културних очекивања да подреде своју добробит породици или супружнику, репродуктивно здравље се јавља и као значајан чинилац женске здравствене вулнерабилности уопште.

Репродуктивно здравље – као ни репродуктивно понашање, уосталом – не може се посматрати као нешто што произлази искључиво из индивидуалне активности, ма колико ту активност сматрали интимном или приватном. Поред друштвене и културне норме, на њега утичу, свакако, и општи квалитет живота у микросоцијалној заједници, са нагласком на економске чиниоце, затим начин формирања родних улога у датом социокултурном контексту, са нагласком на оне аспекте који се тичу полности и социокултурну институционализацију зачећа и репродукције, те здравствена обавештеност и могућност приступа здравственим услугама – уопште, али посебно оним, које се тичу полног живота и његове нормативизације (в. Price and Hawkins 2007).

Репродуктивна права, програми планирања породице и културни контекст

Антрополошка емпиријска истраживања репродуктивног понашања била су усмерена на другачију проблематику у односу на питања здравља или концептуализације фертилитета, бавећи се сродством, сродничком терминологијом, браком или обичајношћу, и тек је перспектива посматрања репродукције као једног од структурних принципа функционисања сваког друштва, практично, усмерила пажњу таквих истраживања на утицај глобалних процеса на свакодневна искуства различитих заједница са репродукцијом, односно на политику репродукције, или на репродуктивне политике – већ у зависности од социокултурног контекста у којем се врши истраживање. Промена коју је донео такав приступ у теоријском смислу било је усредсређивање на политичку и идеолошку димензију родности, односно на њено уобличавање путем локалних односа моћи и социокултурних понашања произашлих из одговарајућих концептуализација женског тела (в. нпр. Browner and Sargent 1995, Ginsburg and Rapp 1995).

Феминистичким истраживачицама, које су се бавиле женском здравственом проблематиком, дугујемо поглед на женска репродуктивна права која нису ограничена само на концептуализацију контроле рађања, постнаталног здравља мајке и детета, полно преносивим болестима, односно вирусом хумане имунодефицијенције и синдромом стеченог недостатка имунитета. Дати концепт обухвата и многе друге аспекте здравља и добробити, попут права на побачај, гинеколошког здравља (укључујући ту и менстуацију), проблематику неплодности – која је у неким заједницама постулирана као значајније социокултурно питање од контроле рађања, полно здравље и насиље везано за њега (Harris and Smyth 2001).

Такво проширење концепта репродуктивних права, односно елаборације појма репродуктивног здравља на основу тога, представља последицу дуготрајног критичког односа феминистичких теоретичара, али и других истраживача који су се бавили проблематиком односа између јавног здравства и људске репродукције, према програмима популационе контроле, за које су тврдили да су били усмерени ка ограничавању фертилитета, као решењу онога што су творци таквих програма постављали као горући проблем савременог света – популациони раст, односно висок природни прираштај, а посебно међу сиротињом у неразвијеним земљама, понекад га повезујући и са претпоставкама о могућој пандемији синдрома стеченог недостатка имунитета. Осим самог начина спровођења таквих програма, наметаних у неким земљама, практично под ударом критике нашао се и став да се ради о медицинском проблему, што је оповргавано истраживањима која су показивала повезаност репродукције, репродуктивних права и репродуктивног здравља са сиромаштвом и општом несигурношћу, као условима у којима живе жене у неразвијеним земљама, односно са питањима везаним за исхрану, хигијену и здравствене услуге, као социокултурним чиниоцима здравственог статуса (упор. Hartmann 1987, García Moreno and Claro 1994, Sen 1994, Жикић 2008а).

Не само што су програми контроле рађања, односно планирања породице, били неефикасни и контрапродуктивни – а поготово уколико су били присилни, усмерени на жене из одређених друштвених слојева (сиромашни, бескућници и томе слично) или друштвених група (избеглице, националне мањине, итд), од којих су неки укључивали и стерилизацију – већ се испоставило и то да земље са најјачим програмима популационе контроле, попут Индије, на пример, нису биле међу онима које су имале највеће смањење природног прираштаја, од свих земаља које су у другој половини прошлог века спроводиле било какве програме управљања људском репродукцијом с циљем ограничења фертилитета. Не мора да значи ни то, чак, да ће парови који користе савремене контрацептивне методе имати мање деце, по правилу, од оних који користе

традиционалне методе, попут једноставне апстиненције, или лактационе аменореје², како је показало једно истраживање спроведено у Нигерији (в. Hartmann 1987, 1993, Dixon-Mueller 1993, Ravindran 1993, Pearce 1995).

Последица по репродуктивно здравље такве, неодговарајуће или лоше дизајниране политике управљања репродукцијом – на општем нивоу – била је развој нерасположења не само према таквим програмима, већ и према институционалном оквиру који их доноси, јавном здравству и медицинским радницама, како у економски слабије развијеним срединама, тако и на Западу, где су проблеми са поузданошћу хормоналних контрацептива, пре свега, узроковали својевремено пад поверења у прескриптивне методе спречавања зачећа (упор. Sen and Snow 1994, Hardon and Hayes 1998, Жикић 2008б). Изван Запада, у специфичним социокултурним срединама, у Африци и Азији, пре свега, отпор према програмима популационе контроле проширио се и на избегавање било којег метода спречавања зачећа, осим традиционалних, због тога што се у многим таквим срединама развила представа о суштинској неефикасности "западних" контрацептивних метода, заснована како на отпору према социокултурној идеји регулисања фертилитета која је стајала иза програма популационе контроле, тако и на убеђењу да такви програми не би постојали да су, на пример, неки од кориснички оријентисаних начина спречавања зачећа, попут метода баријере, довољни за управљање репродукцијом и поуздани у том погледу (упор. Harris and Smyth 2001).

Друштвено ангажованом обраћању људској репродукцији, укључујући ту и репродуктивно здравље, наравно, штете генерализације и игнорисање антрополошких сазнања о томе шта људске културе сматрају својим вредностима, потребама и приоритетима. Потребне везане за репродуктивно здравље разликују се од културе до културе онолико, колико се разликују и културне представе о репродукцији и/или здрављу, тј. онолико колико се разликују и саме културе, а концептуализације полности и репродукције представљају оно што једну културу разликује од друге.

Често се подразумева, на пример, да у муслиманским културама постоји једносмерна веза између религије, подређеног положаја жене и поимања људске плодности. Истраживања на тему репродуктивних права спроведена у Пакистану, показала су, међутим, да више од три четвртине особа обухваћених теренским радом и анкетом не узимају религију као битан чинилац размишљања о родним односима, фертилитету и репродукцији. Такво препознавање постојања разноликости културних ставова према репродукцији у једној заједници не значи, наравно, да проблема-

² Назива се и методом дојења, пошто се заснива на неплодности, односно одсуству менструалног циклуса током периода у којем жена доји дете.

тици треба приступити као да су свако мишљење и свака пракса допуштени или могући, али указује на неопходност упућивања у специфичности сваког социокултурног контекста – како због вредности научних закључака о датој проблематици, тако и због евентуалних предлога, намењених изради одговарајућих здравствених програма (Correa and Reichman 1994, Gasper 1996).

Теоријски концепт репродуктивног здравља због тога није једнозначан, пошто се узима више као концептуална сагласност о томе да различите друштвене групе имају различите погледе на питања везана за зачеће, репродукцију, здравље, друштвено институционализовање и културно нормативизовање свих тих појмова и пракси које произлазе одатле, па самим тим и приоритете гледе свега тога, него као дефиниција која одређује закономерну везу између појмовног уопштавања и стварног понашања, заснованог на неком културном мишљењу, а функција му је, управо, да покаже неодвојивост конкретне истраживачке проблематике – оне везане за концептуализацију људске плодности и здравља – од мишљења које обликује социокултурни контекст у којем се то дешава и истражује, те понашања, односа и установа кроз које се реализује (Lassonde 1997). На тај начин могуће је да се види, рецимо, да су недостатак личних докумената, морталитет и неинформисаност о полности део истог проблема, практично, само у различитим друштвеним и културним контекстима.

Економија и друштвена промена

Када се каже то да су труднице и породиље у стању економске и друштвене вулнерабилности, поред здравствене вулнерабилности, наравно, иако се ради о уопштавајућој изјави која се може односити на сваку жену, потенцијално, конотирају се две основне тематске равни: мисли се на жене из економски депривираних група из неразвијених земаља, те на комодификацију медицинских услуга везаних за ток трудноће, порођај и постнатални развој детета, чија тржишна цена може изазвати економски, а самим тим и социјални поремећај у непосредном друштвеном окружењу, најчешће породичном, труднице, односно породиље, невезано за степен економског развоја друштва у којем живи и место у њему. Као драстични примери, са два краја спектра економске развијености, могу се навести истраживања из Бенина и САД, где у првом случају нешто више од четвртине просечних годишњих породичних примања одлази на трошкове непосредно везане за одржавање трудноће код оних жена чије здравствено стање то изискује, док у другом случају, истина мањи износ, али и даље видљив у смислу непланираног и редовном зарадом теже

надокнадивог издатка, следи за хитне или технолошке интервенције, попут царског реза на пример. Последице су исте, међутим, у погледу тога да у обе земље породиље теже прераном напуштању здравствених установа да би избегле даље трошкове, што сасвим сигурно не доприноси њиховом здравственом статусу (Filippi et al. 2006).

Док комодификација здравствених услуга, а поготово посматрана као друга страна процеса медиализације, представља предмет друштвене критике и полемике, на основу различитих истраживања спроведених о темама везаним за репродуктивно здравље, хроничне болести, заразне болести итд, при чему се постављају питања о томе шта би тебало да спада у основну здравствену заштиту – у овом случају, у ону која се тиче репродукције – и буде доступно свима, без обзира на њихову економску (не)моћ, а где медицину и фармакологију треба посматрати у смислу индустрије, као и сваке друге (упор. Жикић 2008б), економска депривација и низак друштвени положај разматрају се као чиниоци репродуктивне вулнерабилности све више с аспекта коначних последица те вулнерабилности, смртности породиља и/или новорођенчади.

Када се говори о томе, треба имати на уму да се не мисли на друге чиниоце, попут ратова, природних катастрофа, индустријских несрећа, или маргинализовања неких људских група, већ на непосредну везу између услова живота одређене популације и односа који према систему јавног здравства имају управљачке елите у државама у којима живе, а све то с аспекта – ако не непосредне идеје која стоји иза *Опште декларације о правима човека*³, онда цивилизацијских норми заснованих на хуманистичкој идеји о солидарности међу људима⁴. Та веза изражена је, обично, у постотку бруто националног дохотка који се издваја за програме јавне здравствене заштите намењене унапређењу одређених сегмената тог система, односно задовољавању посебних здравствених потреба људи. Што је тај постотак мањи, јасно, већи је и допринос тог чиниоца општој здравственој вулнерабилности становништва – а посебно његових сиромашнијих делова – укључујући ту и репродуктивну вулнерабилност.

Пример представља регион југоисточне Азије, који је имао највећу стопу смртности породиља, новорођенчади и деце у свету још крајем

³ Доступна је на српском језику на <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=src5>

⁴ Било би цинично, можда, наставити ту реченицу са "а, нарочито онда, када ти људи представљају основни ресурс управљачке елите, било као они који плаћају порез, производе добра од којих држава профитира на било који начин, или као они од чијих гласова зависи опстанак на управљачким државним позицијама".

прошлог века – узимајући у обзир само делове света без дуготрајних ратова и великих померања становништва⁵. Почетком овог века, смртност деце била је тамо и даље изузетно висока, али је значајно смањена у неким од земаља тог региона, управо повећаним државним улагањем у одговарајуће сегменте јавног здравства и – што је посебно битно – социјалног старања (на пример, смртност деце смањена је за три четвртине у Малезији, а преполовљена у Индонезији и Шри Ланци за мање од десет година). Матернални морталитет остао је висок, међутим, с обзиром на ограничен приступ здравственим услугама жена из бројних, сиромашних, нижих друштвених слојева. Да репродуктивно здравље само по себи није међу приоритетима држава тог региона, произлази из чињенице да издвајања за здравство у њима не прелазе више од 5% бруто националног дохотка (Тајланд, Индија, Бангладеш, Вијетнам), а понегде су испод 2% тог дохотка (Индонезија) (Hawkes et al. 2002).

Својеврсна социјална депривација, која произлази из економске – у виду недостатка одговарајућег образовања и некоришћења различитих јавних служби, највише услед непознатости са могућностима тога – није једини друштвени чинилац репродуктивне вулнерабилности који доприноси матерналном морталитету. Неулагање у јавно здравство значи и ограниченост његових капацитета у броју и стручности оних који пружају здравствене услуге, непостојање или застарелост опреме, али и захтевање партиципације у његовом финансирању, односно наплаћивање његових услуга. Здравствени разлози матерналног морталитета, са своје стране, јављају се приликом порођаја или непосредно након њега, а најзаступљенији од њих јесу: крварења (чешће унутрашња), инфекције (најчешћа је сепса) и хипертензишно-токсикозни поремећаји (еклампсија, најчешће) (в. Filippi et al. 2006).

Социјална и економска депривација повезане су, међутим, и са чиниоцем који би се могао означити као субјективан, односно који је културно својство микросоцијалних окружења у којима живе здравствено (а самим тим и – репродуктивно) најугроженији, пошто су у питању одговарајуће представе о болестима и њиховим узрочницима. Та веза је јасна, пошто сиромашне и необразоване оставља без икаквих других средстава концептуализације појмова болести и здравља, осим одговарајућих културних представа о томе. Тако су практично упоредна ис-

⁵ Други регион, у којем је изузетно висока стопа смртности породиља, новорођенчади и деце јесте подсахарска Африка, са делимичним изузетком Јужноафричке Републике – у којој стратификација здравствене вулнерабилности прати социјалну – и Намибије, али за тај регион може се рећи да је изложен чиниоцима који поспешују сиромаштво, пре неголи самом сиромаштву и небриси државних управљача.

траживања, спроведена у руралним деловима Вијетнама и Бангладеша, показала разлику у културном поимању узрока инфекција репродуктивног тракта, где разлика потиче од присуства или одсуства коришћења услуга јавног здравства везаног за репродуктивно здравље.

Утврђено је да жене у Вијетнаму наводе као узроке датог оболења купање или рад у прљавој води, најчешће, док жене у Бангладешу повећују инфекције репродуктивног тракта са порођајем, лохијалношћу, а највише са коришћењем одређених контрацептива (интраутеринских инсективних средстава, попут оних за вршење тубалне лигације) (Thi Binh et al. 2002, Ross et al. 2002). Разлика између ових представа потиче од одређених значајки живота у социокултурним срединама, у којима су вршена истраживања. Истраживање је у Вијетнаму спроведено у области у којој је основна привредна делатност узгајање пиринча, што значи да тамошње жене проводе највећи део радног времена у води, одакле такву ситуацију доживљавају као основни чинилац инфекција репродуктивног тракта, повезујући их са заправо проблематиком личне хигијене. С друге стране, област у којој је спроведено истраживање у Бангладешу, једна је од оних у којима су спровођени програми планирања породице, одакле се коришћење прескриптивних контрацептивних средстава доживљава као основни узрок датих оболења. Напокон, и поред релативно високе преваленце инфекција репродуктивног тракта у обе средине, документовано је то да је она знатно нижа у Бангладешу, него у Вијетнаму (Hawkes et al. 2002).

Као посебан друштвени чинилац здравствене, па самим тим и репродуктивне вулнерабилности, за који се не може рећи да представља свесно опредељење управљачких елита у доменама јавних политика, на пример, нити културно својство неког микросоцијалног окружења у једном ширем социокултурном окружењу, јесте структурна промена тог ширег окружења, за коју се одомаћио термин *транзиција* у овом делу света, али која није особита само за њега. Појам транзиције односи се, заправо, на трансформацију друштвеног и економског система једне државе, пошавши од промене својинских и власничких односа и ширећи се на све сегменте њеног друштва и културе – у правцу од државног, колективног, друштвеног итд. власништва ка приватном. Нису му биле изложене само некадашње европске социјалистичке државе, већ и државе у другим деловима света у којима су социјализам/комунизам и планска привреда замењени демократским уређењима и тржишном економијом.

Отуда се могу повући релативно неочекиване паралеле у погледу утицаја транзиције на репродуктивну вулнерабилност у различитим срединама, као што је то био случај са комодификацијом медицинских услуга и примерима Бенина и САД. Транзиција након грађанског рата десила се својевремено и у Мозамбику (в. Chapman 2004), дакле, не само на

простору бивше Југославије. Оно што је било заједничко у њеном доприносу репродуктивној вулнерабилности у југоисточној Африци и Србији, међутим, јесте посредан утицај уопште на здравствену, али и репродуктивну вулнерабилност, кроз својеврсно ремоделовање статуса жене: у оба случаја, у социјалистичком друштву, женин статус био је уздигнут у односу на положај у традиционалној заједници, односно у овдашњем случају, и у односу на положај у друштвима до 1945. године, да би током транзиције тај статус девалвирао – да се тако изразим, а што су искусиле поготово запослене труднице или жене са малом децом у потрази за послом⁶.

Поред тога, економска, а самим тим и друштвена моћ жене је смањена, а повећана су социокултурна очекивања од ње у погледу репродукције, док институционални здравствени капацитети нису развијени довољно (Мозамбик) или су постали неадекватни наспрам промена које су се догодиле услед реструктурирања становништва (Србија: "београдизација", "новосадизација" и томе слично), а у оба случаја на делу је превага комодификованих здравствених услуга над оним опште доступним, где квалитет тих услуга не одговара њиховом коштању⁷. Напоследку, јављају се категорије особа којима је отежан или онемогућен приступ јавној здравственој заштити у правном, односно бирократском смислу, припадници популација маргинализованих због овог или оног разлога (упор. Шарман 2004, Жикић 2011). За разлику од Мозамбика, где је транзиција праћена порастом природног прираштаја, наталитет у Србији је негативан, што јасније осликава тврдњу да је криза у биолошкој репродукцији повезана с кризом у социјалној репродукцији (Pfeiffer 2002), иако се та тврдња не односи искључиво на наталитет, већ на родну неједнакост, образовање, сиромаштво, начин живота итд.

⁶ При томе, треба имати у виду да се не ради искључиво о културном девалвирању статуса жене: одређена законска регулатива – попут принудних наплата доприноса предузетницама на трудничком боловању у Србији, в. нпр. К. Ђорђевић, Министарство финансија одбило препоруку заштитника грађана, *Политика*, 03.06.2011, стр. 07 – или њено одсуство, односно непостојање стварних последица те регулативе (правна незаштићеност или откази трудницама у приватном сектору) јесу оно што утиче на евентуалну културну перспективу о жени, као "мајци и домаћици", неспособној или неподобној да привређује или управља.

⁷ Занимљиво је да за такву ситуацију аутори који су се бавили сличном проблематиком, окривљују Међународни монетарни фонд, односно његове захтеве у погледу "рационализације" јавне потрошње у сегменту јавних здравствених услуга, које слабе систем јавне здравствене заштите, а све већи број здравствених услуга чини мање квалитетним или тешко доступним све већем броју становништва, услед њиховог премештања у домен приватне, па самим тим и комерцијалне лекарске праксе. В. нпр. Cliff 1991, Hanlon 1996, Chapman 2004.

Родна неравноправност

Родна неравноправност може се посматрати, истовремено, и као исходологиште и као исход других елемената који доприносе нечему што је означено као социјална репродукција, будући да њено постојање, с једне стране, отежава приступ оним друштвеним и културним ресурсима који помажу превазилажењу таквог начина живота у којем сама опстаје – бољем образовању и потпуном учествовању у тржишту рада, са надокнадама адекватним образовном и радном профилу. С друге стране, немогуће ју је искоренити, чак ни одговарајућом законском регулативом самом по себи, уколико се за то нису стекли инфраструктурни услови који зависе, опет, од могућности школовања, запошљавања и одабирања начина живота који ће се водити.

Имајући то у виду, може се рећи да, осим на општем нивоу, родна неравноправност доприноси репродуктивној вулнерабилности онако како један културни артефакт утиче на други, преливајући мисао која стоји иза њега и понашање којим се реализује из области једне врсте животног искуства у другу: на првом месту, у питању је културни поглед на свет који девојчицама отежава да дођу до знања релевантних за њихову полност на изванинституционалан начин, тј. у свом свакодневном окружењу, а што се одражава на њихову умањену способност да преговарају са својим мушким партнерима у погледу врсте, учесталости и заштите полних односа, онда када почну да ступају у њих. Затим, сужен им је простор за преговоре у погледу управљања репродукцијом и здравственог понашања у току трудноће и након ње; напokon, кроз насиље над женама о чему се може говорити у смислу интеркултурне чињенице, мада то важи добрим делом и за ограничавање њиховог дискурса о полности у детињству и младости.

Основни облици насиља над женама обично се наводе као физичко и психичко, при чему се прво односи на силовање у физичком смислу, различите облике сексуалне принуде и искоришћавања, као и на пребијање. Тим облицима треба додати и комерцијалну сексуалну експлоатацију, односно подвођење, принуђивање на сексуални рад и прометовање у те сврхе. Како год да било, међутим, родно насиље не представља ексклузивни феномен одређене културе и повезано је с концептуализацијом женске полности, укључујући ту проблематику везану за представе о брачној или полној верности, трудноћи и рађању, те одгајању деце. Дати погледи на свет обично се описују тако да у њима жена има улогу неке врсте својине свога партнера, супруга, или породичне групе, чијом полношћу и репродуктивним капацитетима се располаже, а чија социокултурна функција јесте изједначена са полним основама родне конструкције, где се последице тога кроз насиље над женама документују било

где у свету, практично, у Великој Британији, као и у Азији или Африци (упор. Neise 1993, Heller 1998, Chapman 2006).

Нека истраживања сугеришу да је родно насиље највише изражено у току трудноће,⁸ одакле се тај период, који је у психолошком и физиолошком смислу иначе вулнерабилан за жену, претвара у период социјалне и здравствене вулнерабилности, при чему нема битније разлике, изгледа, између култура у којима се материнство нарочито цени на дискурзивном, односно на манифестном нивоу, и оних у којима је породиља цењена онолико колики је број синова које је родила (Heller 1998). Психолошко насиље, у виду притисака усмерених на одржавање или окончавање трудноће, обраћање на пример традиционалном исцелитељу а не лекару, представља још један вид доприноса културног конструисања родне улоге жене, као стране с мање права а више дужности (репродуктивних, пре свега) у социокултурном универзуму родних улога, као и репродуктивној вулнерабилности (в Жикић 2006а, Chapman 2004). Ниједан аспект родног насиља, заправо, не треба сматрати мањим потенцијалним чиниоцем ризика по репродуктивно здравље – које биолошки посматрано јесте репродуктивно здравље жене, на првом месту, али у социокултурном смислу, то је и репродуктивно здравље читаве популације.

Здравствене последице оба плана, на којима родна неравноправност делује у различитим друштвима и културама, везане за репродуктивно здравље огледају се, пре свега, у полно преносивим болестима, а нарочито инфекцијама вирусом хумане имунодефицијенције и синдромом стеченог недостатка имунитета, као и у нежељеним трудноћама те с њима повезаним побачајима у здравствено несигурним околностима, најчешће изван медицинских установа, а што важи поготово за женске особе у млађем животном добу, почев од адолесценције. Млађа популација угрожена је више – уопштено говорећи – од различитих болести које се преносе полним додиром, при чему се није значајније променила статистичка слика с краја прошлог века у односу на коју је незнатно смањен проценат нових полно преносивих инфекција које се годишње јаве у свету, а од којих око трећине захвата особе узраста до 25 година, или инфекцијама вирусом хумане имунодефицијенције и синдромом стеченог недостатка имунитета, од којих око половина захвата исту старосну групу (в. De Bruyn 1999, UNAIDS 2010).

Најнеповољнија ситуација, у том погледу, јесте у подсахарској Африци, и даље, као и у јужној Азији. У подсахарској Африци разлика у

⁸ Наведен је податак за последњу деценију прошлог века, према којем је четвртина свих физички нападнутих жена у САД била жртва насиља које се одиграло током њихове трудноће, в. Heller 1998.

ризицима по репродуктивно здравље млађих женских особа није велика између развијенијих и неразвијених земаља, пошто оно што важи за Јужноафричку Републику, на пример, представља парадигматски приказ ситуације у региону. Трећина тинејџерки која посећује јавне здравствене установе у тој земљи јесте HIV-позитивна. Ризично сексуално понашање дате уразне групе укључује већи број сексуалних партнера, односе са старијим мушкарцима, упуштање у полне односе због новца, принудни секс. Тинејџерске трудноће су честе, такође, процењује се да нешто више од трећине прворотки има мање од 19 година. С друге стране, знања о болестима које се преносе полним додиром нису често у складу са понашањем у погледу сексуалне активности, које би требало да одатле проистекне, а слично важи и за контрацепцију и управљање репродукцијом. Ризику и вулнерабилности доприноси, поново, родна неравноправност, као културна категорија, која омета девојке да преговарају равноправно са својим партнерима око начина практиковања (сигурних) полних односа, као и одсуство међугенерациске комуникације на тему полности, али и протезање таквог културног модела и изван граница региона, у његовој дијаспори (Harrison et al. 2001, упор. Matasha et al. 1998, Alene et al. 2004, Omorodion et al. 2007).

У јужној Азији основни проблем представља рано ступање у брак, при чему се процењује да је готово половина девојака, односно девојчица у тинејџерском узрасту удата, поготово у руралним пределима. Иако се ради о браковима у којима није велика старосна разлика између супружника, девојчице ступају раније у бракове од дечака, односно младића. Брак представља оквир за стицање првог сексуалног искуства и за једне и за друге, готово у апсолутном смислу, пошто предбрачни полни односи представљају праксу на коју се гледа изузетно негативно у културама тог региона, а посебно у његовим руралним деловима. Знања о полности, фертилитету или репродукцији непостојећа су, углавном, код девојчица које ступају у брак, пошто до њих долазе тек касније, искуством живота у брачној заједници и афиналној сродничкој групи, захваљујући трансформацији, односно уздизању сопственог социокултурног статуса. У оним срединама – урбаним, пре свега – у којима су изразитије промене доминантног социокултурног модела под утицајем Запада, постоји нешто релаксиранији однос према ванбрачној сексуалности младих, али ни тамо није успостављен културни механизам који би обавештавао младе, а поготово девојке, о свему ономе што би требало да знају о сопственој полности и ризицима везаним за полно понашање. Разлог томе је што су културне представе о полности остале суштински непромењене одакле, на пример, кондоми јесу доступни у смислу могућности њихове набавке али девојке избегавају да их купују, сматрајући да ће их то довести на "лош глас" (Hawkes et al. 2002, Tangmunkongvorakul et al. 2005).

Постојање културних идеја о томе да мушкарци могу бити слободнији у погледу сопственог полног понашања у односу на жене, а нарочито неожењени мушкарци, на пример, у односу на неудате жене, није ограничено само на јужну Азију. На њега се наилази и у Латинској Америци, рецимо, а последица тога по репродуктивно здравље испитивана је у Бразилу, на примеру нежељених тинејџерских трудноћа посматраних као друштвено признати проблем. На страну то што су ауторке студије показале да елементи употребљени у конструисању тог друштвеног проблема, а који се тичу сексуалности, не постоје у пракси у толикој мери да би их требало сматрати одговорним у првом реду за постојање датог проблема⁹, резултати истраживања показали су и то да је читав сегмент политике јавног здравства, који се тиче репродуктивног здравља укључујући ту проблематику планирања породице, усмерен на удате жене пре неголи на жене уопште, а да готово никакву пажњу не посвећује младим, неудатим женским особама (Heilborn et al. 2007).

Студија је показала да су тинејџерске трудноће учесталије у тзв. нижим друштвеним слојевима, тј. међу онима с мало финансијског и културног капитала, него у слојевима с већим економским могућностима, ширим образовањем и вишим друштвеним статусом, те да представљају последицу сиромаштва, недостатка образовања, а пре свега информација о полности и управљању репродукцијом, као и лошег функционисања система јавне здравствене заштите, поготово оног његовог сегмента који се тиче репродуктивног здравља. Као здравствене последице тога јављају се, сразмерно често, спонтани побачаји, прерана рађања, повећање матерналног и инфантилног морталитета, као и мања телесна тежина новорођенчади. Поред тога, тинејџерске трудноће доприносе и репродуковању сиромаштва и друштвене маргинализованости, пошто тинејџерски родитељи нису у могућности да наставе школовање, теже налазе посао и представљају додатно економско оптерећење својим породицама које су и саме најчешће у незавидној финансијској ситуацији (Heilborn et al. 2007).

⁹ Мисли се на тезу према којој су повезани сиромаштво, слабо структуриран друштвени живот микросоцијалне средине из које потичу млади о којима се ради и њихово "слободније" полно понашање, а за коју се показало да је неодржива – барем у оном сегменту који се односи на полно понашање – пошто је до већине нежељених трудноћа дошло међу особама у стабилним емотивним везама, а не као последица промискуитетног понашања.

Закључак

Репродуктивна вулнерабилност зависи од начина на који мислимо о здрављу, људском телу и полности, односно од културних пракси које примењујемо у том смислу. Овако формулисан исказ о чиниоцима репродуктивне вулнерабилности на најопштијем нивоу не мора представљати ништа више до одређене врсте антрополошког труизма, с једне стране, али с друге стране, општост формулације омогућава да се у утврђивање тих чиниоца укључе и они за које не сматрамо, обично, да томе доприносе, или барем да не доприносе на такав начин као неки други који нам делују "очигледнијим" у том погледу. Због тога малопређашњи "труизам" треба рашчланити тако да добијемо, у суштини ништа више просветљујуће, категоријално одређење чиниоца репродуктивне вулнерабилности које их види као друштвене, економске и културне.

Друштвени чиниоци репродуктивне вулнерабилности јесу они који негативно доприносе репродуктивном здрављу с институционалног и правно-нормативног аспекта, а укључују, између осталог: лошу или неодговарајућу организацију система јавне здравствене заштите спрам потреба становништва неке територије, одређених друштвених група и томе слично; прописе који отежавају или онемогућавају пун приступ свим категоријама становништва (квалитетним) услугама јавног здравства, укључујући ту и могућност одговарајућег информисања у погледу тога; лош или неодговарајући квалитет здравствених услуга; неадекватне и културно-контекстуално неутемељене програме помоћи локалном становништву у домену репродуктивног здравља.

Економски чиниоци репродуктивне вулнерабилности јесу они који негативно доприносе репродуктивном здрављу тако што смањују број оних којима је у одређеном социокултурном контексту (држави, најчешће) омогућен правовремен приступ квалитетној здравственој услузи, а укључују, између осталог, појачану комодификацију медицинских услуга с нагласком на квалитету комодификованих, наспрам мањег квалитета некомодификованих услуга; улагања у систем јавне здравствене заштите; улагања у систем јавног образовања; социјално-економске односе који доприносе перпетуирању сиромаштва на одређеној територији или у одређеној људској групи.

Културни чиниоци репродуктивне вулнерабилности, у најкраћем, јесу они који негативно доприносе репродуктивном здрављу тиме што оснажују у свакодневном животу једне заједнице све оне културне моделе мишљења и понашања који не узимају у обзир право сваког људског бића на сопствени полни и репродуктивни живот, те инсистирају на саображавању индивидуалне полности и репродуктивних жеља и капацитета доминантној културној норми, од родне неравноправности и

дечијих бракова, преко замућивања дискурса о полности у различитим облицима јавног говора, до законских акта (попут забране побачаја, на пример) којима се нормативизује људско репродуктивно понашање.

Напокон, све три врсте чиниоца произлазе из тога, како је речено мало пре, како у социокултурном смислу мислимо о људском телу, полности и репродукцији. Ако је то уочљиво у случајевима, попут јужноазијских, или подсахарских, на основу којих се може рећи да заједница инсистирањем на потчињавању жена њиховим сродничким групама тежи да управља сопственом плодношћу тако што оставља патријархално структурираним породицама да (не)контролишу плодност својих припадника, социокултурни детерминизам постоји и онда када се здравствене услуге наплаћују папрено, или се од приватних предузетница траже доприноси за обавезно социјално осигурање на основу обављања самосталне привредне делатности у периоду када су на породичком одсуству или на одсуству ради неге детета – само су идеје које стоје иза тога другачије, али и поред њихове оријентације ка индивидуи као субјекту социокултурног деловања, ништа мање потенцијално негативно оријентисане по здравствени статус оних на које се односе. Веза између културних погледа на људску физиологију, полност, репродуктивно понашање и род суштинска је за антрополошко бављење репродуктивним здрављем, као и уочвање и разумевање чиниоца репродуктивне вулнерабилности без обзира о којој култури и каквој врсти друштва да је реч.

Литература

- Alene, G. D, J. G. Wheeler and H. Grosskurth. 2004. Adolescent reproductive health and awareness of HIV among rural high school students, North Western Ethiopia. *AIDS Care* 16 (1): 57-68.
- Browner, Carol and Carolyn F. Sargent. 1995. "Anthropology and Studies of Human Reproduction." In *Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Methods*, eds. Thomas M. Johnson and Carolyn F. Sargent, 219-234. New York: Greenwood Press.
- Chapman, Rachel R. 2004. A Nova Vida: The Commoditization of Reproduction in Central Mozambique. *Medical Anthropology* 23 (3): 229–261.
- Chaman, Rachel R. 2006. Chikotsa--secrets, silence, and hiding: social risk and reproductive vulnerability in central Mozambique. *Medical Anthropology Quarterly* 20 (4): 487-515.
- Cliff, Julie. 1991. "The War on Women in Mozambique: Health Consequences of South African Destabilization, Economic Crisis and Structural Adjustment". In *Women and Health in Africa*, ed. Meredith Turshen, 15–33. Trenton, NJ: Africa World Press.
- Correa, Sonia, and Rebecca Reichman. 1994. *Population and Reproductive Rights: Feminist Perspectives from the South*. London and New Jersey: Zed Books.

- De Bruyn, Maria. 1999. Intersecting health risks: adolescent unwanted pregnancy, unsafe abortion and AIDS. *Initiatives in Reproductive Health Policy* 3 (1): 4-5.
- Dixon-Mueller, Ruth. 1993. *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*. Westpoint: Praeger.
- Filippi, Véronique, Carine Ronsmans, Oona M. R. Campbell, Wendy J Graham, Anne Mills, Jo Borghi, Marjorie Koblinsky, David Osrin. 2006. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *The Lancet* 368: 1535-1541.
- García Moreno, Claudia, and Amparo Claro. 1994. "Challenges from the women's health movement: women's rights versus population control". In *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, eds. Gita Sen, Adrienne Germain, and Lincoln C. Chen, 47-61. New York: IWHC.
- Gasper, Des 1996. Culture and development ethics: needs, women's rights and western theories. *Development and Change*, 27 (4): 627-661.
- Ginsburg, Faye D. and Rayna Rapp, eds. 1995. *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Los Angeles and Berkeley: University of California Press.
- Hanlon, Joseph. 1996. Strangling Mozambique: International Monetary Fund "Stabilization" in the World's Poorest Country. *Multinational Monitor*, 7/8: 17-21.
- Harris, Colette, and Ines Smyth. 2001. The reproductive health of refugees: lessons beyond ICPD. *Gender and Development* 9 (2): 10-21.
- Harrison, Abigail, Nonhlanhla Xaba, Pinky Kunene, and Nelly Ntuli. 2001. Understanding young women's risk for HIV/AIDS: Adolescent sexuality and vulnerability in rural KwaZulu/Natal. *Society in Transition* 32 (1): 69-78.
- Hartmann, Betsy. 1987. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control and Contraceptive Choice*. New York: Harper and Row.
- Hartmann, Betsy. 1993. The present politics of population and reproductive rights. *Women's Global Network for Reproductive Rights Newsletter* 43: 1-3.
- Hawkes, Sarah, Saroj Pachauri and Purnima Mane. 2002. Editorial introduction. *Culture, Health and Sexuality* 4 (2): 125-131.
- Heise, Lori L 1993. Reproductive freedom and violence against women: where are the intersections? *The Journal of Law, Medicine and Ethics* 21 (2): 206-16.
- Heilborn, Maria Luiza, Elaine Reis Brandão & Cristiane Da Silva Cabral. 2007. Teenage pregnancy and moral panic in Brazil. *Culture, Health and Sexuality* 9 (4): 403-414.
- Heller, Juliet. 1998. Violence and reproductive health. *World Health* 51 (5): 13-14.
- Lassonde, Louise. 1997. *Coping with Population Challenges*. London: Earthscan.
- Matasha E, T, Ntembelea, P. Mayaud, W. Saidi, J. Todd, B. Mujaya, L. Tendo-Wambua. 1998. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. *AIDS Care* 10 (5): 571-582.
- Omorodion, Frabcisca, Kenny Gbadebo and Philippine Ishak. 2007. HIV vulnerability and sexual risk among African youth in Windsor, Canada. *Culture, Health and Sexuality* 9(4): 429-437.
- Pearce, Tola Olu 1995. "Women's reproductive practices and biomedicine: cultural conflicts and transformations in Nigeria". In *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, eds. Faye D. Ginsberg and Rayna Rapp, 195-208. Berkeley: University of California Press.

- Pfeiffer, James. 2002. African Independent Churches in Mozambique: Healing the Afflictions of Inequality. *Medical Anthropology Quarterly* 16(2):176-199.
- Price, Neil L, and Kirstan Hawkins. 2007. A conceptual framework for the social analysis of reproductive health. *Journal Of Health, Population, and Nutrition* 25 (1): 24-36.
- Ravindran, Sundari T. K. 1993. Women and the politics of population and development in India. *Reproductive Health Matters* 1 (1): 26-38.
- Ross, James L, Sandra L. Laston, Perti J. Peltó and Lazeena Muna. 2002. Exploring explanatory models of women's reproductive health in rural Bangladesh. *Culture, Health and Sexuality* 4 (2): 173-190.
- Sen, Gita. 1994. "Development, population, and the environment: a search for balance In *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, eds. Gita Sen, Adrienne Germain, and Lincoln C. Chen, 63-73. New York: IWHC.
- Thi Binh, Nguyen Hoa, Michelle Gardner and Christopher Elias. 2002. Perceptions of morbidity related to reproductive tract infections among women in two rural communities of Ninh Binh Province, Vietnam. *Culture, Health and Sexuality*, 4 (2): 153-71.
- Tangmunkongvorakul, Arunrat, Roslyn Kane and Kaye Wellings. 2005. Gender double standards in young people attending sexual health services in Northern Thailand. *Culture, Health and Sexuality* 7(4): 361-373.
- UNAIDS. (2010). *Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS.
- Vance, Carole S. 1991. Anthropology rediscovers sexuality: a theoretical comment. *Social Science and Medicine* 33 (8): 875-884.
- Жикић, Бојан. 2008а. Неукроћена "горопад": управљање репродукцијом као културна пракса. *Етноантрополошки проблеми* 3 (1): 143-157.
- Жикић, Бојан. 2008б. Спречавање зачећа: од контролисања плодности до конструкције идентитета. *Етноантрополошки проблеми* 3 (2): 11-25.
- Жикић, Бојан. 2011. Друштвени чиниоци здравствене вулнерабилности маргинализованих друштвених група. *Етноантрополошки проблеми* 6 (3): 783-805.

Bojan Žikić

Department of Ethnology and Anthropology
Faculty of Philosophy, Belgrade

Reproductive Health and Reproductive Vulnerability

Reproductive health represents, almost to an equal extent, a socio-cultural and a medical fact. What influences it, both positively and negatively, stems from the ways in which we culturally cognize and act with regard to reproductive behavior. These thoughts and actions are conditioned by a culturally contextualized conceptualization of human physiology which is, in turn, based on the conceptualization of sexuality, and especially, the normativization of gender roles. Therefore, reproductive health is, above all, female health, when

viewed as a socio-cultural category, meaning that reproductive vulnerability mostly refers to those factors that negatively influence female reproductive health. These factors are social – they negatively influence reproductive health through the institutional and legally normative aspects, they are economic – they decrease the number of those who, in a certain socio-cultural context, have timely access to quality medical care, and they are cultural – they reinforce modes of thinking and behavior which do not take into consideration the right of every human being to his or her own sexual and reproductive life, but rather insist on conforming individual sexuality and reproductive desires and capacities to the dominant cultural norm.

Key words: reproduction, health – cultural aspects, factors of reproductive vulnerability – social, economic, cultural, anthropology, sexuality, gender

Santé reproductive et vulnérabilité reproductive

La santé reproductive représente, presque à part égale, un fait socioculturel aussi bien que médical. Ce qui l'influence, dans le sens positif ou négatif, découle de la manière dont nous pensons et agissons culturellement au sujet du comportement reproductif ; ces pensées et actions sont conditionnées par la conceptualisation contextuelle de la physiologie humaine qui, de son côté, est fondée sur la conceptualisation de la sexualité et notamment sur la normativisation des rôles de genre. C'est ainsi que la santé reproductive, c'est d'abord la santé des femmes observée comme catégorie socioculturelle ; par conséquent la vulnérabilité reproductive touche principalement tous les facteurs contribuant négativement à la santé reproductive féminine. Ces facteurs sont sociaux – ils contribuent négativement à la santé reproductive du point de vue institutionnel et juridico-normatif, ensuite économiques – ils diminuent le nombre de ceux à qui dans un certain contexte socioculturel l'accès en temps utile à un service de santé satisfaisant est accordé, enfin culturels – ils soutiennent les modèles de pensée et de comportement ne prenant pas en compte le droit de chaque être humain à sa propre vie sexuelle et reproductive, mais insistent au contraire sur la conformation de la sexualité individuelle et des désirs et capacités reproductives à la norme culturelle dominante.

Mots clés: reproduction, santé – aspects culturels, facteurs de la vulnérabilité productive – sociaux, économiques, culturels, anthropologie, sexualité, genre

Примљено: 14.06.2011.

Прихваћено: 09.10.2011.