

original scientific article
received: 2012-08-27

UDC 316.362:613.888.15(497.4)"19"

NEVIDNA REPRODUKTIVNA HENDIKEPIRANOST ŽENSK

Irena ROŽMAN

Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Garibaldijska 1, 6000 Koper, Slovenija
e-mail: irena.rozman@guest.arnes.si

IZVLEČEK

Prispevek obravnava negativne reproduktivne izide zaradi mazaškega splava, ko socialna indikacija za splav še ni bila uzakonjena in kontracepcija še ne splošno razširjena in dosegljiva. Glavnina podatkov tega prispevka je ustnih, pridobljena z intervjuji. Raziskava je pokazala, da v kontekstu temeljne reproduktivne pravice, tj. pravice do upravljanja z lastnim telesom, ženske vedno orjejo ledino na polju obstoječih spolnih in reproduktivnih norm; v tem boju pa se spopadajo in premagujejo politiko močno etabliranih institucij: verskih, zdravstvenih in pravnih.

Ključne besede: hendikep, rodnostno vedenje, reproduktivno zdravje, splav, kontracepcija, Slovenija

L' INVISIBLE HANDICAP RIPRODUTTIVO DELLE DONNE

SINTESI

Il contributo tratta gli esiti negativi della riproduzione a causa dell'aborto clandestino, quando l'indicazione sociale per l'aborto non era ancora codificata e la contraccezione non comunemente diffusa e accessibile. Gran parte dei dati contenuti in questo contributo è di natura orale, risultato di interviste. La ricerca ha dimostrato che nel contesto del fondamentale diritto riproduttivo, il cosiddetto diritto a gestire il proprio corpo, le donne stanno aprendo delle nuove prospettive nel settore delle norme esistenti in campo sessuale e riproduttivo; in questa battaglia, esse si stanno incontrando (confrontando) e superando la forte politica delle istituzioni del potere: religiosa, medica e legale.

Parole chiave: handicap, comportamenti riproduttivi, salute riproduttiva, aborto, contraccezione, Slovenia

UVOD

Na področju skrbi za hendikepirane je bilo nedvomno že veliko storjenega; skrb zanje in priznavanje njihovih pravic se je po 2. svetovni vojni začela postopoma povečevati, čeprav so se vidnejši, epistemološki premiki zgodili v zadnjih dveh desetletjih (Zaviršek, 2000). Pri opredelitvi hendikepa je treba upoštevati, da hendikepirani posamezni-ki/ce izhajajo iz različno opredeljenih družbenih skupin – različnih socialnih plasti, subkultur, etničnih (marginaliziranih) skupin, družin, sosesk itn. Njihov družbeni položaj Zavirškova imenuje civilni hendikep, ki »ni omejen na posameznikove telesne in mentalne poškodbe, temveč opisuje tudi družbeno ustvarjene ovire« (2005, 3). Dalje, ugotavlja, »da večina hendikepov ni dednih ali pridobljenih ob rojstvu, temveč ga posameznik pridobi kasneje tekom svojega življenja, pri čemer so zlasti družbene okoliščine, denimo, revščina ali pripadnost etničnim marginaliziranim skupinam, dejavniki tveganja za nastanek hendikepa« (Zaviršek, 2009, 1393).

Poleg vidnih hendikepov, to so predvsem tisti, ki jih je družba že od nekdaj prepoznavala kot hujšo telesno in mentalno poškodovanost, npr. gibalna, senzorna in intelektualna oviranost, težave z duševnim zdravjem, kot so depresija, psihoza, shizofrenija, anoreksija itn. Zavirškova, izpostavi tudi posameznike, ki trpijo zaradi t. i. nevidnih hendikepov, npr. bolnike z multiplo sklerozo v zgodnjem stadiju z rakom, ljudi z duševnimi stiskami, dislektike, hiper aktivne otroke (2000, 7). Vsekakor so skupine posameznik-ov/ic z nevidnimi hendikepi številne, zato bi lahko mednje uvrstili tudi žrtve raznoterih (negativnih) reproduktivnih izidov, ki so družbeno nezaželeni.

Tako široko pojmovanje hendikepa se nedvomno prekriva s pojmom »reproduktivna motnje« (ang. »*reproductive disruptions*«), s katerim tuji antropologi označujejo posledice negativnih reproduktivnih izidov za posamezni-ke/ce, ki presegajo meje običajnih reproduktivnih (zdravstvenih) težav; posledice mazaškega splava in mazaškega zdravljenja neplodnosti v islamskem svetu (Inhorn, 1994), pretirane medikalizacije obporodne zdravstvene skrbi (Davis-Floyd, 1992; Wagner, 1994) in druge.

Ker pojem »reproduktivna motnje« pri nas še ni uveljavljen, sem ga nadomestila s pojmom »reproduktivna hendikepiranost«, in sicer zgolj zato, da bi bil za slovenske socialne delavce in medicinske antropologe razumljivejši in nedvoumen.

Izsledki moje raziskave s področja kulture rodnosti in rojstva so razkrile marsikatero vidike negativnih izidov človeške reprodukcije - kontracepcije, splava, neplodnosti, nosečnosti, dojenja, spolnosti. Izkazalo se je, da so te posledica številnih družbenih in kulturnih institucij ter njihovih mehanizmov, ki opredeljujejo zna-

čilnosti odnosa med spoloma, lokalne moralne norme, idejne in vrednostne zaznave.

V pričujem članku bom obravnavala socialne, fizične in psihične posledice umetnega splava, ki so jih v 50. in 60. letih 20. stoletja zaradi nasilja partnerja v patriarhalnem okolju utrpeli kmečke ženske.

OPREDELITEV ŽENSKEGA REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA

V zadnjih desetletjih se je zanimanje strokovnjakov naravoslovnih in različnih družboslovnih in humanističnih usmeritev - demografov, antropologov, zgodovinarjev, sociologov itn. - za področje reprodukcije izjemno povečalo. Delno kot posledica pandemije HIV/AIDS, ki je izbruhnila v osemdesetih letih 20. stoletja. Ta je pokazala na izjemno ranljivost žensk, zlasti v tistih predelih sveta (npr. podsaharska Afrika), kjer sta tudi umrljivost porodnic in dojenčkov še vedno med najvišjimi. Razumljivo je, da je povečana skrb družbe za (reproduktivno) zdravje žensk – ki je slovensko etnično ozemlje zajela v sredini 18. stoletja¹ – vsekakor pohvalna in koristna. Toda opredelitev reproduktivnega zdravja žensk je bila do nedavnega domena biomedicinske znanosti v povezavi z zakoni države in religijo (Yuval-Davis, 2009), iz katere (je) izhaja(-la) ureditev ukrepov zdravstvene politike, npr. prepoved ali uzakonitev socialne indikacije za splav (Luker, Kristen, 1985; Ginsburg, 1998; Greenhalgh, 2003, 196-215), prepoved porodov na domu (Jordan, 1993; Kitzinger, 1987; Rožman, 2011; Wagner, 2007, 17-30) ali medikalizacija poroda (Davis – Floyd, Sargent, 1997; Davis – Floyd, 2001, 5-23; Davis-Floyd, 2004; Drglin, 2007, 105-156; Jordan, 1993; Rothman Katz, 1984; Rožman, 2007, 157-172; Wagner, 1994), umetne oploditve z biomedicinsko pomočjo samskih žensk. Z naraščajočo uporabo reproduktivnih tehnologij za pomoč pri spočetju se je močno spremenilo zlasti pojmovanje starševstva (Cukut Krilić, 2013, 377-390; Keržan, 2008; Krivic, 2001, 4-7;) in istospolno usmerjenih partnerjev (Čeplak Mencin, 2013, 403-414; Bonnaccorso, 2005). Družbeno stigmatizirane so tudi ženske z reproduktivnim vedenjem, ki odstopa od družbeno zaželenega in je pogosto podkrepljeno tudi z biomedicinskimi spoznanji o domnevni škodljivosti za zdravje ženske in/ali njihovih otrok, npr. mladostniška nosečnost ali splav (Rajgelj, 2005; Rožman, 2003, 193-209), odklanjanje prenatalne diagnostike (ženske se zavestno odločijo, da bodo rodile »prizadetega« otroka; Cergol, 2007, 107-115; Krošelj, 2007, 57-79; Rapp, 1999; Rožman, 2012, 303-314), odklanjanje kontracepcije, splava, umetne oploditve, transfuzije krvi iz verskih razlogov v primeru nujnih posegov med porodom, načrtovanje družine s splavi in hkrati odklanjanje drugih oblik kontracepcije, odločanje za večje število otrok itn.

1 Začetek obporodne zdravstvene skrbi na slovenskem etničnem ozemlju lahko povežemo z ustanovitvijo babiške šole 1753 v Ljubljani, kjer je pouk za babice kljub uradni nemščini potekal v slovenskem jeziku (Borisov, 1995, 23, 27-28; Rožman, 1997, 241-288).

Klasičen primer je pravica žensk do umetnega splava, ko desno usmerjen lobi tej pravici oporeka in jo argumentira s trditvijo, da se življenje začne v trenutku spočetja. Z gledišča ženskega boja za uveljavljane svoje domnevne temeljne reproduktivne pravice, tj. pravice do upravljanja z lastnim telesom, ženske orjejo ledino na polju obstoječih spolnih in reproduktivnih norm, v tem boju pa se spopadajo in premagujejo politiko močno etabliranih institucij: biomedicine, prava in religije.

DEJAVNIKI TVEGANJA ZA ŽENSKO REPRODUKTIVNO ZDRAVJE IN NJEGOVE POSLEDICE

Reproduktivno hendikepiranost je mogoče presojati tudi z gledišča tolerance do nasilja nad ženskami. V preučevanem vaškem patriarhalnem okolju se je ta gibala na osi med dopustnim in nedopustnim²; primer dopustnega nasilja: »Moj mož, ne smem reči, de me je tepu, ampak udaru, al pa bercnu me je pa tut učas. U, ene so ble pa tut hudu tepene ženske.« (L., 1995). Koncepta ničelne tolerance do nasilja torej niso poznali. Spolno nasilje ni bilo izjema; ženske so v spolni odnos privolile, čeprav so ga intimno doživljale kot posilstvo - (prim. Filipčič, 1998, 266-269; Kanduč, 1998, 203-206; Kanduč, 2001, 110), kot je izpovedala L. A. iz vasi v novomeškem Podgorju: »Enkrat sem se mu odrekla (spolni odnos, op. R. I.), enkrat u življenju, veste, de sem se mu odrekla, pa še takrat je reku: "Če ne daš ti, grem pa drugam."«³ (1995). Toleranca do nasilja nad ženskami je kulturno pogojeno; z tega stališča je treba razumeti, da se v patriarhalno opredeljeni družbeni skupnosti ženska podreja volji moškega.

Nesporno je, da je reproduktivna hendikepiranost posledica različnih oblik fizičnega in spolnega nasilja, ki povzročajo ne samo nepremagljive reproduktivne težave (nezaželeno nosečnost, okužbo z virusom HIV ali drugimi spolno prenosljivimi boleznimi, umetne in spontane splave, mladostniško nosečnost, motnje v spolnem življenju⁴), temveč hude ekonomske in psihološke posledice.

ANTROPOLOŠKA IZHODIŠČA IN POGLEDI

Splav, porod, mladostniška rodnost, neplodnost, umetna oploditev, perinatalna umrljivost itn. so doslej bili obravnavani predvsem v jeziku biomedicine in zdravstvene politike. Biomedicina pri zdravstveni obravnavi žensk praviloma ne upošteva vzrokov in posledic

za negativne reproduktivne izide, ki izhajajo iz njihovih nezaželenih sociokulturnih matrik - etnična pripadnost, zakonski stan, starost, veroizpoved, izobrazba, kraj bivanja, partnerski odnos, osebna stališča in vrednote. Njihovo reproduktivno hendikepiranost torej določajo različno stikajoče se osi družbeno marginaliziranih sociokulturnih matrik, ki jih opredeljuje zdravstvene in socialne politike, lokalne norme ter v okviru možnega tudi odločitve in izbire posameznikov in posameznic. Posledično je šele skozi pričevanja žensk, skozi govor »od spodaj«, torej iz izkušenj žensk, mogoče spoznati in prepoznati delovanje tistih družbenih kulturnih institucij in mehanizmov, ki določajo njihovo reproduktivno hendikepiranost. To je torej tisti »govor«, ki je srž in cilj antropološkega raziskovanja izbranega družbenega pojavnosti ali kulturne sestavine.

Glasovi žensk – etnografije, denimo, o mrtvorojenosti (Cecil, 1996; Layne, 2003; Rožman, 2010, 47-60) se torej niso upoštevali, še več, do nedavnega so bili skoraj popolnoma prezrti. Tako imenovana ženska osrediščena perspektiva se je rodila šele z vsebinsko širitvijo polja medicinske in kulturne antropologije in z feminističnim gibanjem (Martin, 2001 [1987]). Zlasti v 70. letih 20. stoletja so se v Združenih državah Amerike začele ženske najprej boriti proti t. i. medikalizaciji obporodne zdravstvene skrbi. Kot ugotavlja antropologinja Maria C. Inhorn, je odtlej izšlo veliko znanstvenih monografij in člankov, pretežno feministično usmerjenih antropologinj, sociologinj in kulturologinj, ki so se pridružile aktivistkam proti hegemoniji ukrepov zdravstvene politike tako na globalni kot lokalni ravni. Maria C. Inhorn je leta 2006 v reviji *Medical Anthropology Quarterly* 20/3:345-78 objavila znanstveni članek *Defining Women's Health: A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies*, v katerem navaja pregled stopetdesetih najpomembnejših etnografij; od teh je kar dve tretjini izšlo v 21. stoletju! Kot lahko razberemo iz objavljenega seznama je medikalizirani porod eden izmed najbolj preučenihih pojavov s področja ženske reprodukcije. To ne preseneča, saj so ga ženske začele preučevati najprej zaradi nepreučenihi in potem, zaradi lastnih slabih izkušenj s porodom, med njimi antropologinja Robbie Davis-Floyd, ki je bila za svojo monografijo *Birth as an American Rite of Passage* (1992) tudi nagrajena.⁵

V zadnjem desetletju pa se je preučevano polje razširilo zunaj mej, ki zadevajo vprašanja in dileme t. i. normalne reprodukcije; pod drobnogled so postavili šte-

2 Primer opisa nedopustnega nasilja: »U, kuk sa ble ene tepene! U, Jozas Marija! (Poudarjeno, stišano, žalostno, op. I. R.) Tale Poreška, u soboto so jo pokopal, ajou!, Kaku je bla tista ženska tjepena!?! (Poudarjeno, op. I. R.) (...) U, kuk je bla tjepena, se mu je reku sin zdej, ona je mela raka, je taku trpela, taku trpela zdej, de, de je kar rulila u bolnic. (Stišano, prizadeto, op. I. R.) Pa, de mu je reku sin: "Ate, le domisel se, kaj si z mamu use delu!" On jo je taku tepu, ja,, ku bika! (H., 1995)»

3 Ženska je bila žrtev nasilja, dokler je trajala zakonska zveza; med generacijo žensk, ki je bila rojena takoj po 1. svetovni vojni, je bila ločitev sramota. V času moje raziskave so zavzemale stališče, da je ločitev neodgovorno, sebično dejanje zaradi katere trpijo otroci.

4 Glej internetni vir: http://www.path.org/publications/files/EOL20_1.pdf

5 Monografijo odlikuje inovativna razlaga medikalizacije poroda; odgovarja na vprašanje, zakaj je porod medikaliziran in zakaj ga ženske v Ameriki nekritično sprejemajo, čeprav si želijo roditi "naravno".

vilne nove reproduktivne težave⁶. Tako sta Rayna Rapp in Faye Ginsburg v tem kontekstu na primeru sodobne ameriške družbe obravnavali negativne učinke reproduktivnih in neonatalnih biomedicinskih tehnologij in intenzivne neonatalne nege (ang. assisted reproductive technologies, neonatal intensive care unitis), ki zagotavljajo preživetje življenjsko ogroženih novorojenčkov. Ti otroci se pogosto rodijo z lažjimi ali težjimi zdravstvenimi težavami oz. prizadetostmi, ki jih težje premagujejo starši iz najšibkejših socialnih plasti. Ta problem sta avtorici obravnavali v socialnem in kulturnem kontekstu; analizirali sta posebne potrebe teh otrok - ti v preteklosti ne bi preživeli in posledično vpliv le-teh na organizacijo življenja družinskih članov, ožje in širše skupnosti (lokalne, verske, šole...), ki jih je ameriška javnost zaznala šele zahvaljujoč moči medijev. (2007, 98-121)

POSLEDICE SPOLNEGA NASILJA NAD ŽENSKO: IZSLEDKI RAZISKAVE V VASEH NOVOMEŠKEGA PODGORJA

Viri podatkov

Namen mojega večletnega raziskovanja reprodukcije – kulture rojstva in rodnosti - je bil zastavljen tako, da ju razložim v kontekstu časa, družbenosti in prostora, v odvisnosti od širših družbenih in kulturnih sistemov ter njihove moči. Pri tem imajo osrednjo težo ustni podatki, ki skozi kulturo reprodukcije osvetlujejo predvsem reproduktivne težave žensk, katerih pričevanja oziroma izkušnje so hkrati univerzalna in specifična. Podatke sem v ta namen zbrala v pogovorih z ženskami, tudi babicami in ginekologi porodničarji.

Intervjuvala sem petintrideset žensk iz različnih socialnih plasti vaškega okolja, ki so rojevale v 40. 50. in 60. letih 20. stoletja. V tem prispevku sem uporabila podatke reproduktivnih zgodovinj šestih žensk, po poklicu kmetice in gospodinje, ki so rojevale v 30., 40. in 50. letih 20. stoletja. Te sem izbrala zato, ker so živele z izrazito nasilnim partnerjem. Intervjuje sem v vaseh novomeškega Podgorja opravila v dveh valovih, prvič med letoma 1995 – 1998 in drugič med letoma 2007 - 2009.

Umetni splav – posledica nasilja nad žensko in metoda načrtovanja družine

Dr. Alojz Zalokar je že leta 1918 v socialnomedicinski študiji » O ljudskem zdravju« s krepkimi črkami zapisal **tudi pri nas se že udomačuje navada, (...) da se z umetnimi sredstvi onemogoča koncepcija**« (37, 36, 58, 65). Po prvi svetovni vojni so torej ženske že zaznale potrebo, da bi omejile število rojenih otrok. Ven-

dar sta bila kontracepcija in strokovno opravljeni splav dostopna le izobraženim, reproduktivno osveščenim in premožnim ženskam, saj so splav za plačilo nezakonito opravljali zdravniki. Ko so glasovi žensk bork za legalizacijo socialne indikacije za splav iz 30. let 20. stoletja dosegli kmečke ženske, so začele zavestno načrtovati rojstva, zlasti v 50. letih 20. stoletja. Še v prvi polovici 20. stoletja so pošiljali »odvečne« otroke *služit* družinam premožnejših kmetov, da bi uravnali število otrok z razpoložljivi viri za preživetje družine. Takšna strategija načrtovanja družine v novih družbenih razmerah ni bila več sprejemljiva; zamenjala jo je strategija načrtovanja rojstev (prim. Greenhalgh, 1988, 629-74). Posledično so se zaostriale zaznave nezaželenih nasledkov visoke rodnosti. Učitelji so v skladu z novimi šolskimi ukrepi od staršev zahtevali, da so otroci snažni, primerno oblačeni ter da redno obiskujejo šolo. Ker sta vzgoja in skrb za otroka v patriarhalno urejeni skupnosti sodila v gospodinjstvo delovne obveznosti matere, so posledično kmečke gospodinje imele z otroki vse več dela in stroškov, za kar pa *gospodinjski denar*⁷ ni več zadoščal. Življenje kmečkih žensk je vsekakor bilo razpeto med zahtevami po visoki produktivnosti in visoki reprodukciji; neskladje med obema so morale uravnati same. To podkrepi tudi ravnodušnost večine mož, ki so odklanjali omejevanje rojstev z metodo prekinjenega spolnega odnosa: »*Jes sem se kar tresla, de bom spet pouna* (noseča, op. I. R.). *Kaj sem pa jest tla!? Ja, on pa n'č. Sem mu lepu rekla: ‚Dej mirki, de ne bom spet pouna!‘ Pa mi je odgovoril: ‚Visoka so nebesa, širok je svet, dost je še placa za kakšno barabo na tem svet!‘*« (R., 2003).

Splav je bil takrat najpogostejša metoda načrtovanja rojstev in družine; ženske so ga opravile, sicer v škodo svojega psihološkega in fiziološkega zdravja, da bi ohranile občutljivo razmerje med razpoložljivimi viri za preživetje - ne zgolj ekonomskimi, ampak tudi čustvenimi, človeškimi in družbenimi in »ekonomičnim« številom otrok. To nazorno opiše L., ki je imela štiri mazaške in en zdravniško opravljeni splav: »*Takrat je blu taku hudu, ja, veste kuga je, al ne b' bla jes rada*, (naredila splav, pove poudarjeno op. I. R.), *ampak tulk atruk je blu, ne*«. (1995). Iz tega sledi, da delavske in kmečke ženske v 50. letih 20. stoletja drugih kontracepcijskih sredstev razen mazaškega splava niso imele na voljo. Ženske, ki so jim splav opravili mazači/mazačke ali pa so ga na podlagi ljudskega medicinskega znanja opravile same ali s pomočjo sosedice: »*Teloh, stebelce, so vstavljale v nožnico. Pojedle kinin, lahko so ga kupile v lekarni, se potem vsedle nad posodo, v katero so zlile močan kamilični prevretek in potem predirale z gosjim perosom*« (A., 1995), so pogosto umrle⁸: »*To so tiste pacarke delale, pol se je pa zastrupila, pa je šla. Dve sta umrle iz P!*«

6 Kot so npr. negativni reproduktivni izidi (spontani splav, mrtvorojenost, umrljivost dojenčkov (ang. »anthropology of pregnancy lost« ali »disruptive reproduction« gl. Cecil, 1996; Layne, 2003), neplodnost v neevropskih deželah, npr. Inhorn, 1994) itn. ter njihovi socialni, ekonomski, kulturni učinki in posledice v sinhroni in diahroni perspektivi.

7 To je denar, ki ga je gospodinja zaslužila s prodajo gospodinjstevskih viškov, npr. jajc, sadja, skute, divjih sadežev, moke, žganja idr.

8 O statistiki in posledicah splavnosti na Slovenskem v obdobju, ko ta še ni bil dovoljen gl. Kranjc Simoneti, 1976.

(A., 1995) Informatorka je menila, da žene niso povedale možu, da so splavile.

Poleg umetnega splava so metodo prekinjenega odnosa poznali tudi že »na kmetih«, vendar je bila uporaba te kontracepcijske metode odvisna predvsem od znanja in volje moža, ki ni bil ravnodušen do žene, nje-nega zdravja, njene obremenjenosti s porodi in s skrbjo za otroke, kot je povedala N. K.: »Naš je taku reku: "Jes ne maram, de bom jes meu kakšenga otroka pret, kuker bom z vojske peršu," je reku," de se boš ti kod matrala sama z otrokom, pa bežala kod." Nesma mel res ne otrok, je mirku, ne. Šestinštrdestga je peršu on z vojske, sedeminštrdesetga je bla že ščerka rojena« (1996). Mnogi te metode načrtovanja rojstev niso znali ali zmogli ali hoteli uporabljati⁹; mnogi so tako dokazovali in utrjevali svojo patriarhalno moško vlogo, ki je gledano z današnje perspektive bil način spolnega nasilja (več o moški »zakonski pravici« in ženski »zakonski dolžnosti« gl. Seccombe, 1992, 66-85).

Značilnosti te reproduktivne miselnosti so bili najpogostejši dejavniki tveganja za nezaželeno nosečnost in mazaške splave, ki so ženski povzročili ali stopnjevali že obstoječe reproduktivne, fiziološke in psihološke bolezni: »Mela sem pa tisto zlato žilo od peruga poroda, sem terpela. In kadar sem rodila, zmiri mi je reku zdravnik: "Ja, L-jeva, boste mogla jet, vi boste mogla jet na operacijo (zlate žile, op. I. R.)." Ka mi je tut učas ven hodilu črevu, ne. Pa sem potrpeala, pa sem se umivala, pa sedet nisem mogla nikdar, sem zmiram samu taku na pou sedela, ka sem se bala, pa poušter sem si dala, taku de je blu kaj mehkega pod rit. In sem trpela taku. Jes sem mogla delat, ni blu cajta; sem uničena čist, se zatu pa nisem za nobeno rabo, sem, sem usa uničena. Ka miselte, de je tu dobru?! Tut od teh splavov, so rekel: "Splau je za devet porodov," taku je tu hudu; pet splavov, pa osem porodov sem mela.«¹⁰

Nezaželeno nosečnost je bila in je še pogost dejavnik tveganja za fizično in psihično nasilje; partner ženski najprej prepove kontracepcijo, nato pa jo prisili še v splav.¹¹ S takšnim nasilnim vedenjem so partnerji nadzorovali spolno življenje svojih žena; v patriarhalnih razmerjih med spoloma je pravica ženske do spolne svobode pogosto nesprejemljiva. V tem kontekstu postane razumljivo, da so ženske lahko le s »spravljanjem« uravnale rojstva, o čemer je upokojena terenska babica iz Ormoža izpričala: »Kontracepcija se je pojavila tam, nekje petinšestdesetega leta; jih je blo trebalo naučiti kontracepcije, da so se zaščitile. Mislim, eni moški so bili zelo jezni na mene, ampak jaz se jim nisem dala.

Zaradi tega, ker so rekli, da bodo zdaj babe te tablete jemale pa bodo vse kurbe. To je bilo, vam rečem, zelo hudo, moški so bili ljubosumni; niso mele tak svobodnega odločanja, jaz vem, da so tablete skrivale vse povsod, da možje niso tega vidli, potem sem mela primer, ko je reku, tega ne moreš jest, pa ji je skuru vse tablete, ne boš jedla tega, to je, jaz vem, zakaj to ješ, pa tak. Kaj!, noseče so lahka ostajale pa splav delale!« (C., 2010).

Bolj radikalna »rešitev« načrtovanja rojstev je bil detomor, ki so ga v stiski naredile tudi poročene ženske, čeprav med detomorkami sicer prevladujejo samske ženske. V nadaljevanju bom v ponazoritev povzela primer po časopisnem članku iz leta 1979, ki se je v Prekmurju zgodil že po uzakonitvi splava, ko je bila kontracepcija že splošno razširjena Poročena kmečka ženska, ki je bila v vasi cenjena kot dobra mati in kmečka gospodinja, je po rojstvu treh otrok, storila še tri detomore. »Ženska je še precej mlada. Morda je bil to vzrok občasne ljubosumnosti njenega moža? Tako se je dogajalo, da ji je očital otroke, ob kateri je v hudi in nagli jezi celo podvomil o svojem očetovstvu. Zbala sem se, ko sem opazila, da sem noseča, je rekla ženska preiskovalcem. Tako ni niti pomislila na to, da bi doma povedala, kaj se z njo dogaja. (...) Ženska je uredila tako, da je rodila sama. (...) Na splav ni mislila. V svoji nevednosti je bila prepričana, da bi morala zaradi splava oba z možem pred komisijo, kjer bi moral tudi mož podpisati papirje, da se s splavom strinja. Njena nepoučenost o splavih je bila usodna. (...)« (Jana, 18.04.1979, 18-19).

Skratka, če povzamem; nezaželeno nosečnost postane orodje nadzora in dokazovanje moči. K temu je prispevala tudi neosveščenost žensk o metodah načrtovanja družine, njihovih pravicah, ki jim jo je po 2. svetovni vojni družba že zakonsko zagotavljala. Kljub temu je bil mazaški splav, kasneje tudi medicinsko opravljen splav, redkeje detomor, tista rešilna bilka, ki se jo je v obupu prijala ženska, da bi število otrok uravnala z razpoložljivimi viri za preživetje. Pri tem moramo všteti tudi čas, ki ga je ženska potrebovala za nego otrok, da bi ti bili primerno urejeni, oskrbljeni za v šolo in razvoj, seveda v skladu z duhom časa.

Obdobje po 2. svetovni vojni do začetka 70. let 20. stoletja je bilo prehodno obdobje - njegovo analizo, ki presega cilj pričujočega članka, bi lahko poimenovali »med tradicionalnim in sodobnim«, saj je zanj značilno, da ukrepi zdravstvene politike na področju reprodukcije niso bili usklajeni z ukrepi socialne politike s področja družine. Na eni strani splav še ni bil uzakonjen,

9 "Taku je biu razumen, vam povem, taku je biu razumen in tak študirani, po useh občnih zborih je hodu in use pousod, a za tu pa nikdar (...) Jes ne vem al ni znau al ni hotu? Jes sem mu večkrat rekla, in večkrat mu je kdu drug reku, mu je brat reku, pa mu je drug nečak, smo bla enkrat, vem, u zidanici, pa mu je nečak reku: "Ja, al pejt pret dol, u Nou mesti ne u Bršlin, ka je že prekasnu." Ja, use sorte so mu taku, pa kaj jest vem, kuga je blu." (L., 1995).

10 Gospa A. L. je odlašala z operacijo zlate žile, ki jo je dobila po prvem porodu; pri triništridesetih letih je zbolela za črevesnim rakom, ki ji je hkrati »pozdravil« zlato žilo in z njo povezane težave, namreč črevo so odrezali in odslej je blato odvajala prek vrečke.

11 Informatorka C. V., sedaj stara 54 let, mi je povedala, da je zaradi takšnega nasilja imela enajst umetnih splavov in to v času, ko je bila kontracepcija splošno razširjena, dostopna in že uzakonjena! V tem zakonu je rodila tri otroke, zadnjega že po ločitvi; ločila se je, ker je partner ponovno zahteval, da naredi splav.

osveščenost žensk o učinkih in obstoju kontracepcije pa je bila še na nizki ravni, na drugi strani pa ukrepi socialne politike, praviloma posredovani prek učiteljev in zdravnikov, ki so od staršev zahtevali, da so njihovi otroci bolj urejeni, oskrbljeni, negovani kot pred 2. svetovno vojno. V tem prehodnem obdobju so nedvomno to breme v večjem deležu nosile ženske.

Nujno je treba še izpostaviti dejstvo, da »žrtvovanje« lastnega telesa v prid družinski ekonomiji, zadovoljitvi zahtev nasilnega moža iz različnih razlogov (čustvenih, ekonomskih, strahu pred nasiljem), pogosto zmotno pripisujemo patriarhalnim odnosom med partnerjema bodisi v nedavni preteklosti t. i. zahodnega industrijskega sveta bodisi v t. i. sodobnem tretjem svetu. Iz tega sledi sklep, da reproduktivne hendikepiranosti žensk ne smemo presojati zgolj z vidika različice teorije modernizacije, ki ima korenine v evolucionistični teoriji sredine 19. stoletja, saj odnosov med spoloma nikakor ne moremo razložiti zgolj kot postopen, homogen, globalizacijski, nepovratni in progresiven proces .

SKLEP

Če reproduktivno zdravje žensk presojamo v zgodovinskem loku, ugotovimo, da je v patriarhalnem okolju ženska nosila breme negativnih reproduktivnih izidov in bila zanje tudi odgovorna – umetni splav, neplodnost, rojstvo bolnega, hendikepiranega, mrtvorojenega otroka. Te tradicionalne poglede in ravnanja še vedno presojamo stereotipno; pripisujemo jih surovi patriarhalni preteklosti. Vendar so se, če jih obravnavamo skozi prizmo spolnega nasilja nad ženskami, te ostaline ohranile; nesporno je, da so še vedno prisotni v vseh socialnih slojih in v različno opredeljenih družbenih skupinah. Nasilje nad ženskami, torej tudi spolno, ki vključuje tudi negativne reproduktivne izide, tj. nevidno reproduktivno hendikepiranost, je leta 1989 v Sloveniji bilo prvič opredeljeno za družbeni nedopustni pojav, ko je nanj opozorila feministična skupina »Lilit« in organizirala prvi projekt pomoči za ženske in otroke, to je Društvo SOS telefon za ženske in otroke žrtve nasilja. Izsledki raziskave Nasilje nad ženskami ali kako doseči ničelno toleranco so pokazali, da je nosečnost še vedno dejavnik tveganja za nasilje, posledica fizičnega in spolnega nasilja pa nezaželena nosečnost in splav (Hartman, 1998, 9-24, nav. po Šprah et al., 2003, 40, 112-113). Kljub tem zaskrbljujočim podatkom, ki so še vedno vzrok nevidne reproduktivne hendikepiranosti žensk, so se na drugi strani zgodili izredno pomembni premiki v odnosih med spoloma, ki se kažejo na polju reprodukcije; v zadnjih dveh desetletjih so moški postali aktivni v svoji starševski vlogi – v 90. letih 20. stoletja je prišlo v navado, da partnerji prisostvujejo pri porodu, tj. rojstvu svojega otroka, uveljavili so pravico do porod-

niškega in očetovskega dopusta, posledično so nedavno postali tudi subjekt antropoloških raziskav.

Čeprav so v članku orisane reproduktivne strategije in izidi bili posledica patriarhalnih odnosov med spoloma, podkrepljene z religijo, so se v sodobnosti pojavili novi problemi in težave, s katerimi se spopadajo tako ženske kot moški, ki zahtevajo drugačne pristope reševanja, preučevanja in odkrivanja njihove kompleksnosti.

V pričujočem članku sem izpostavila z reproduktivnimi strategijami povezano reproduktivno zdravje žensk, ki so rojevale v obdobju od 50. do 60. let 20. stoletja. Če sklenem: njihovo rodno vedenje je bilo opredeljeno z lokalnimi moralnimi in religioznimi normami, ki so povzročile negativne reproduktivne izide oziroma poslabšale reproduktivno zdravje žensk. Ženske so imele omejene možnosti, da bi same odločale o svoji reproduktivni strategiji, še posebej v ideološko unificiranih socialnih okoljih. Izpostavila sem primer načrtovanja družine z mazaškimi splavi, ko kontracepcija še ni bila dosegljiva in je bil strokovno opravljen splav otežen, saj v 50. in 60. letih člani komisij (zdravniki in socialni delavec) redko upoštevali socialno indikacijo za splav. V kontekstu ženskega boja za uveljavljanje svoje domnevne temeljne reproduktivne pravice, tj. pravice do upravljanja z lastnim telesom, so orale in še vedno orjejo ledino na polju obstoječih spolnih in reproduktivnih norm. V tem boju pa se spopadajo in premagujejo politiko močno etabliranih institucij: religijskih, biomedicinskih in pravnih.

POVZETEK

V prispevku obravnavam negativne reproduktivne izide kmečkih žensk, ki so rojevale v obdobju od 50. do 60. let 20. stoletja. Te sem obravnavala na primeru načrtovanja družine z mazaškimi splavi, ko socialna indikacija za splav še ni bila uzakonjena in kontracepcija še ne splošno razširjena in dosegljiva. Če sklenem: kmečke ženske so imele omejene možnosti, da bi same odločale o svoji reproduktivni strategiji. Omejena je bila z izsledki biomedicinske znanosti v navezi z državnimi, socialnimi, pravnimi, zdravstvenimi in verskimi institucijami, moralnimi normami različnih družbenih skupnosti, npr. etničnih, ki so škodovala reproduktivnemu in psihičnemu zdravju.

Izsledke raziskave sem razložila v kontekstu časa, družbenosti in prostora, v odvisnosti od širših družbenih in kulturnih sistemov ter njihove moči. Izkazalo se je, da ženske, ko uveljavljajo svoje temeljne reproduktivne pravice, torej tudi strokovno opravljen umetni splav, v tem boju vedno orjejo ledino. Pri tem pa naletijo na ovire, ki jih postavljajo politike močno etabliranih institucij: verskih, zdravstvenih in državnih.

INVISIBLE WOMEN'S REPRODUCTIVE DISABILITY

Irena ROŽMAN

University of Primorska, Science and Research Centre, Garibaldijeva 1, 6000 Koper, Slovenia
e-mail: irena.rozman@guest.arnes.si

SUMMARY

This paper addresses the adverse reproductive outcomes of rural women who gave birth in the period from 50th to 60th 20 Century, when family planning with abortion has not yet been enacted and contraception is not yet widespread and accessible. To conclude, rural women have had limited opportunities to make their own decisions about their reproductive strategy. Reproductive strategies was limited to the results of bio-medical science in conjunction with the national social, legal, medical and religious institutions, moral norms of different social communities, ethnic's minorities, that harms reproductive and mental health of women. I explained the research findings in the context of time, society and space, depending on the broader social and cultural systems and their power. It has been shown that women, when exercising their basic reproductive rights, among them professionally performed abortion, they encounter obstacles.

In this struggle they are trying to achieve new reproductive rights, and overcome obstacles posed by the established strong policy institutions: religious, medical and government.

Key words: disability, fertility behavior, reproductive health, abortion, contraception, Slovenia

VIRI

A., B. (1995): B. A., r. 1929, upokojena gospodinja in kmetica iz vasi pri Podsredi. Ustno izročilo. Pisni zapis pri avtorici.

C., V. (2007): V., C., r. 1958, frizerka iz mesta v Spodnjem Posavju. Ustno izročilo. Zvočni zapis pri avtorici.

C. M. (2010): M.C., r. 1943, upokojena babica iz vasi iz okolice Ormoža. Ustno izročilo. Zvočni zapis pri avtorici.

H., R. (1995): R. H., r. 1915, upokojena gospodinja in kmetica iz vasi novomeškega Podgorja. Ustno izročilo. Zvočni zapis pri avtorici.

L., A. (1995): A. L., r. 1921, upokojena gospodinja in kmetica iz vasi novomeškega Podgorja. Ustno izročilo. Zvočni zapis pri avtorici.

R., F. (2003): F. R., r. 1928, upokojena gospodinja in kmetica iz vasi novomeškega Podgorja. Ustno izročilo. Zvočni zapis pri avtorici.

ČASOPISNI VIRI

Jana (1979): Trojni detomor - zakaj?, 18.04.1979, 18-19.

LITERATURA

Bledsoe H., C., Scherrer F., R. (2007): The Dialectics of Disruption: Paradoxes of Nature and Professionalism in Contemporary American Childbearing. V: Inhorn, M. C.: Reproductive Disruptions. Gender, Technology, and Biopolitics in the New Millennium. Vol. XI. New York, Oxford, Berghahn Books, 47-79.

Bonaccorso, M. (2005): Conceiving Kinship. Heterosexual, Lesbian and Gay Procreation, Family and Relatedness in the Age of Assisted Conception in South Europe. New York, Oxford New York Berghahn Books.

Boriso, P. (1995): Ginekologija na Slovenskem od začetkov do leta 1980, vol. III, Ljubljana, Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Razred za medicinske vede.

Cecil, R. (1996): The Anthropology of Pregnancy Loss. Comparative Studies in Miscarriage, Stillbirth and Neonatal Death. Oxford, Washington, D.C., Berg.

Cergol, A. (2007): Bioetične razsežnosti nove evgenike. *Časopis za kritiko znanosti*, 37, 237. Ljubljana, 107-115.

Cukut Krilić, S. (2013): Pomoč »naravi«?: O postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo v tiskanih medijih. *Annales, Series historia et sociologia* 23, 2. Koper, 377-390. Koper, ?.

Čeplak Mencin, M. (2013): Heteronormativnost in regulacije rodnosti. *Annales, Series historia et sociologia* ?. Koper, 23, 2. Koper, 403-414.

Davies-Floyd, R. (1992): Birth as an American Rite of Passage. Berkeley, University of California Press.

Davies-Floyd, R. (2001): The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, 1. London, 5-23.

Davis - Floyd, R., Sargent, C. F. (1997): Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.

Drglin, Z. (2007): Vse najboljše za rojstni dan! Ranljivost in moč žensk v sodobnih porodnih praksah. V: Drglin, Z.: Rojstna mašinerija. Sodobne obporodne ve-

dnosti in prakse na Slovenskem. Koper, Založba Annales, 105-156.

Ginsburg, F., Rapp, R. (2007): Enlarging Reproduction, Screening Disability. V: Inhorn, M. C., Reproductive Disruptions. Gender, Technology, and Biopolitics in the New Millennium. Vol. XI. New York, Oxford, Berghahn Books, 98-122.

Ginsburg, F., Rapp, R. (2007): Enlarging Reproduction, Screening Disability. V: Inhorn, M. C.: Reproductive Disruptions. Gender, Technology, and Biopolitics in the New Millennium. Vol. XI. New York, Oxford, Berghahn Books, 98-122.

Ginsburg, F. D. (1998): Contested Lives. The Abortion Debate in an American Community. Berkeley, University of California Press.

Greenhalgh, S. (2003): Planned Births, Unplanned Persons. Population in the Making of Chinese Modernity. American Ethnologist. Journal of American Society, 30, 2. Washington, 196-215.

Greenhalgh, S., (1988): Fertility as Mobility: Sinic Transition. V: Population and Development Review 14, 629-74.

Inhorn, M. C. (1994): Quest for Conception: Gender, Infertility, and Egyptian Medical Traditions. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

Jordan, B., 1993 [1978]: Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. Long Grove, Illinois, Waveland Press, Inc.

Keržan, D. (2008): Spočetje novih oblik sorodstva. Novo mesto, Goga.

Kitzinger, S. (1987): Giving Birth. How it Really Feels. London, Victor Gollancz Ltd.

Krajnc-Simoneti, S. (1976): Dinamika induciranege abortusa glede na širjenje sodobne kontracepcije. Doktorska disertacija. Ljubljana.

Krivic, M. (2001): OBMP, medicina in pravo. V: Pravna praksa: časopis za pravna vprašanja, 20, 19. Ljubljana, 4-7.

Krošelj, D. (2004): Podobe nerojenih. Delta. Revija za ženske študije in feministično teorijo, 10, 3-4. Ljubljana, 57-79.

Layne, L. (2003): Motherhood Lost. A Feminist Account of Pregnancy Loss in America. New York, London, Routledge.

Lukner, K. (1985): Abortion and the Politics of Motherhood. Berkeley, University of California Press.

Inhorn, M. C. (2006): Defining Women's Health: A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies. Medical Anthropology Quarterly 20, 3, 345-78.

Martin, E. (2001 [1987]): The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction. Boston, Beacon Press.

Rajgelj, U. (2005): Mladostniške nosečnosti v Sloveniji. Ljubljana, Znanstvenoraziskovalni center SAZU.

Rapp, R. (1999): Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America. New York, London, Routledge.

Rožman, I. (1997): Zgodovinski oris babištva na Slovenskem in porodna pomoč v fari Velike Brusnice na Dolenjskem od 1840 do 1945. Etnolog. Glasnik Slovenskega etnografskega muzeja. Nova vrsta 7, 58. Ljubljana, 241-288.

Rožman, I. (2003): Demografski trendi s poudarkom na zunajzakonski mladostniški rodnosti v Sloveniji med letoma 1900 in 1998. Traditiones 32, 2. Ljubljana, 193-209.

Rožman, I. (2007): Babiška porodna strategija. Etnološka študija primera porodne prakse v novomeški porodnišnici. V: Drglin, Z.: Rojstna mašinerija. Sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem. Koper, Založba Annales, 157-172.

Rožman, I. (2010): Izdih življenja pred njegovim vdihom: zaznave in občutenja mrtvorajenosti v tradicionalni kmečki družbi v 20. stoletju. Poligrafi 15, 58-60. Ljubljana, 47-60

Rožman, I. (2011): Humanizacija obporodnega zdravstvenega varstva. Porod na domu: nevarnost, alternativa ali pravica? Novo mesto.

Rožman, I. (2012): Eugénisme et croyances populaires: le dépistage des infirmités dans le passé. Ethnologie. française. 42, 2. Paris, 303-314.

Secombe, W. (1992): Men's „Marital Riths“ and Women's „Wifely Duties“: Changing Conjugal Relations in the Fertility Decline. V: Gillis, J.R., Tilly, L. A., Levine, D.: The European Experience of Declining Fertility. Cambridge MA, Oxford UK, Blackwell, 66-85.

Šprah, L., Šoštarč, M., Rožman, I., Črnič Istenič, M., Knežević Hočvar, D. (2003): Nasilje nad ženskami ali kako doseči ničelno toleranco : poročilo raziskave. Ljubljana, Znanstvenoraziskovalni center SAZU.

Wagner, M. (1994): Pursuing the Birth Machine. The search for appropriate birth technology. Camperdown, ACE Graphics.

Wagner, M. (2007): Evolucija k žensko osredičeni obporodni skrbi. V: Drglin, Z.: Rojstna mašinerija. Sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem. Koper, Založba Annales, 17-30.

Yuval-Davis, N. (2009): Spol in nacija. Ljubljana, Sophia.

Zalokar, A. (1918): O ljudskem zdravju: poglavja iz socialne medicine. Ljubljana, Tiskovna zadruga, 37, 36, 58, 65.

Zaviršek, D. (2000): Hendikep kot kulturna travma. Historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi. Ljubljana: *cf (Oranžna zbirka).

Zaviršek, D. (2005): Hendikepirane matere – hendikepirani otroci: antropološka perspektiva pri razumevanju družbenih ovir mater in otrok v socialnem varstvu in socialnem delu. Socialno delo, 44, 1-2. Ljubljana, 3-15.

Zaviršek, D. (2009): Critical Commentary Social Work with adults with Disabilities: An international perspective. British Journal of Social Work. Oxford, 1393-1405.