

Stigma ili poštovanje? Reproduktivni status žena u Hrvatskoj i šire

BRANKA GALIĆ
Filozofski fakultet, Zagreb
e-mail: bgalic@ffzg.hr

UDK 316.66-055.2(497.5)
305-055.2(497.5)
Izvorni znanstveni rad
Primljeno: 2. rujna 2006.

Glavni teret reprodiktivnih zadaća pada na žene, uključujući rizike za vlastito zdravlje i život, dok je rodna moć često centrirana kroz kontrolu nad reprodukcijom. Glavna prepreka tome jest patrijarhalni sustav koji subordinira žene kroz "javni" i "privatni" patrijarhat te upotrebu reprodiktivnih tehnologija oblikovanih u sustavu "orodnjenih odnosa", čime se povećava rizik reprodiktivnog statusa žena. Najvažniji uvjet za poboljšanje toga statusa je rodna društvena jednakost.

U Hrvatskoj se seksistički diskurs pokazuje kroz oblike tradicionalnog i modernog seksizma pri čemu su očekivanja od uloga žena u društvu svedena upravo na njihovu reprodiktivnu funkciju. Strukturalne društvene prepreke koje se postavljaju ženama pred odluke o vlastitoj reprodukciji i okolnosti pod kojima žive, rade i brinu o djeci uvjetuju njihovu društvenu stigmatizaciju na više razina, što ima znatne učinke na njihove odluke o reprodukciji koje su za društvo i same žene od vitalnog interesa.

Ključne riječi: PATRIJARHAT, MAJKE, POBAČAJ, ROD, REPRODUKCIJA, STIGMATIZACIJA, ŽENE

Uvod

Nijedno prethodno patrijarhalno društvo¹ u povijesti nije njegovalo poštovanje prema ženama i majčinstvu, osim deklarativno. Žene su i kao žene i kao majke svugdje bile u položaju "drugoga" (De Beauvoir, 1980), osobito u patrijarhalnim društvima kakva je većina poznatih povijesnih i suvremenih društava. Za razliku od muškaraca, žene su tijekom cjelokupne povijesti uobičajeno bivale smještane u privatnu sferu kuće i obitelji da bi tek u 20. stoljeću uz pomoć vlastitih dugotrajnih napora i emancipacijskih ženskih pokreta postale članicama političke javnosti s pravom glasa. Premda su se žene kroz povijest narađale i naodgajale brojnih naraštaja ljudi, mnogih znamenitih osoba, pa i tako pridonijele razvoju ljudskog roda i usponu civilizacija, ništa od njihovih "prirodnih" ili prirodnih osobina nije se smatralo toliko vrijednim civilizacijskim doprinosom koliko se to smatralo za doprinos muškaraca povijesti ljudskog roda. Smatralo se, a smatra se i danas, da zapravo muškarci stvaraju svijet, povijest i kulturu, dok žene samo rađaju i podižu djecu, a što se za njih podrazumijeva u pravilu s obezvrjeđujućim konotativnim prizvukom. Nebrojene su žene proživjele živote tijekom povijesti doista u zapečku, skrivene i bezimene. Kroz ženske sposobnosti rađanja kao manje vrijedne, u odnosu na "muške" sposobnosti stvaranja civilizacija, ocjenjivala se i ukupna vrijednost žena kao (ljudskih) bića. Žene su proglašavane iracionalnima, nesposobnima za racionalno mišljenje i donošenje odluka, manje pametnima, nesposobnima za cijeli niz poslova i uopće samostalan život – bez muškaraca kao gospodara.

¹ Društva u kojima su muškarci nositelji društvenog statusa i moći u svim najvažnijim društvenim strukturama i institucijama (obitelj, država, crkva, vojska, financije, ekonomija, politika, znanost, ideologije itd.) (Millett, 1990). Patrijarhalne dimenzije društvene strukture ističu više-manje sve suvremene feminističke orijentacije, od neofeminizama šezdesetih godina 20. stoljeća, do postmodernih struja. Sylvia Walby tako, primjerice, govori o širenju "privatnog" u "javni" patrijarhat koji poprima različite oblike međusobno povezanih aspekata podređivanja žena – plaćeno zaposlenje, kućanstvo, kultura, seksualnost, nasilje, država itd. (Walby, 1990).

Reprodukcija i društveni status žena

Žene izgledaju bližima prirodi zbog kulturnih vrijednosti (Moore, 1994) i u svim su društvima i kulturama obezvrijeđene otprilike na isti način – povezuje ih se s onim što većina kultura najviše obezvrijeđuje. To je “priroda” u najopćenitijem smislu (Ortner, 1974). Budući da kulture uvijek pokušavaju kontrolirati i ovladavati prirodom koristeći je za svoje svrhe, postavljajući se nad njom superiorno, te budući da se žene uvijek više povezuje s prirodom zbog svojih reproduktivnih sposobnosti – odatle se po pravilu povlači paralela da je isto tako “prirodno” da istoj vrsti kontrole budu podvrgnute i žene. Te su paralele uočile i istaknule sve ekofeminističke orijentacije još od sedamdesetih godina 20. stoljeća (Galić, 1999). Kulturni seksizam oduvijek je bio svjesni oblik degradacije žena kojemu je namjera bila veličati muški ego nudeći “dokaze” muške urođene superiornosti i ženske inferiornosti (Brownmiller, 1994:294).

U patrijarhalnom društvu uvijek se podrazumijevalo da je žena-majka² i da je to osnovna ženska uloga prema kojoj se mjere svi drugi njezini odnosi. Kako su i današnja moderna društva zadržala mnoga od temeljnih načela tradicionalnih patrijarhalnih društava, u najboljem slučaju s nekim manjim preinakama kao neopatrijarhati, ona i dalje funkcioniraju prema modelima organizacije života muškaraca i dominantno muškim vrijednostima (Walby, 1997). Tako danas, recimo, u razvijenim demokratskim društvima bez obzira na rodno egalitarno uspostavljeno opće pravo glasa do izražaja dolazi jasna praktična proturječnost između formalne političke jednakosti liberalne demokracije i društvenog podređivanja žena – njihovo podčinjavanje kao supruga, unutar patrijarhalne strukture institucije braka, na tržištu rada, politici, institucijama vlasti te u sferi reprodukcije.³

Premda su moderna društva promijenila mnoge od karakteristika rigidnih patrijarhata, u smislu njegova otvorenog izražavanja, ona ni danas nisu lišena mizoginije i seksizma – omalovažavanja, podcjenjivanja i neprijateljskog odnosa prema ženama. Ženski reproduktivni status u društvu također je uvijek bio izraz ženskoga socijalnog statusa, tj. položaja žena u društvenoj strukturi (Stanworth, 1994). Tako se, npr. mladim ženama izvan braka ne omogućuje jednako sustavan pristup informacijama ili sredstvima kontracepcije i reprodukcije kako se to omogućuje ženama u braku. Često i pristup pobačaju ovisi isključivo o socijalnom statusu žena, tj. o ne/mogućnostima plaćanja. Ili, recimo, klinike za neplodnost u mnogim su zemljama nedostupne ženama koje nisu udane. Neopatrijarhat (Walby, 1990) u mnogim svojim aspektima tako podrazumijeva “prikriveni”, “benevolentni” i “postmoderni” seksizam (Glick i Fiske, 1997, Masser i Abrams, 1999, Morrison, Morrison, Pope, Zumbo, 1999).

² Prema istraživanju provedenom u RH 2004. na reprezentativnom uzorku hrvatske populacije (N=1202), ta uloga namijenjena ženi u prošlosti, i danas je u Hrvatskoj najpoželjnija (Galić, 2004).

³ To se najbolje vidi u kretanju trendova tržišta rada i globalne ekonomije gdje su žene svugdje potplaćena radna snaga u odnosu na muškarce za iste kategorije posla, a koje niti jedna nacionalna ekonomija ili vlada dosad još nije dovela u pitanje, čime države i društva pokazuju svoje prilično slaganje s tim trendovima. Plaće muškaraca u prosjeku su još uvijek više za 10–30% u najrazvijenijim zapadnim zemljama, 30–50% i više u dalekoistočnim (Japan, Koreja, Kina itd.) (Castells, 2002). Rodni jaz plaća za *full-time* zaposlene u Britaniji 2003. bio je 18%, dok je za žene zaposlene *part-time* i muškarce *full-time* bio 40% (Olsen i Walby, 2004.). Računa se da je taj prosjek u Hrvatskoj otprilike 13%, iako se službene statistike u nas ne vode, nego se izračunavaju preko drugih pokazatelja (Milidrag Šmid, 2005:9). Razlike su najveće u KV i menadžerskom poslovanju gdje su muške plaće veće i za 30% (Kerovec, 2005). 60–70% siromašnih u svijetu su žene i taj se trend povećava (Chant, 2003). Tome treba dodati slabije mogućnosti napredovanja žena, slabiju socijalnu promociju, te eksponencijalno opadanje udjela žena što je viša struktura položaja moći unutar neke društvene institucije i/ili tvrtke na tržištu rada. Danas je poznat i vrlo proširen fenomen zaposlenih žena te njihove višestruke opterećenosti (dvostruke, trostruke, četverostruke) u kući i na poslu (Castells, 2002 i dr.).

Seksizam u hrvatskom društvu

Seksizam u Hrvatskoj utvrđen je empirijskim uvidom u stavove i mišljenja naše populacije prema rodnim ulogama i odnosima u istraživanju provedenom 2004. godine.⁴ Istraživani su koncepti “tradicionalnog” i “modernog” seksizma, pri čemu prvi pojam označava patrijarhalni obrazac za koji vrijede rodne razlike kao isključivosti te mizogini stavovi prema ženama. Drugi koncept – okretanje društva prema egalitarnijim rodnim odnosima – potaknut je društvenim promjenama u sustavima obrazovanja, rada, politike i prava koji su se razvili pod utjecajem modernizacijskih i demokracijskih procesa, kao i feminističkih pokreta te su kao takvi imali određenog odjeka i na rodne odnose u hrvatskom društvu.

Hipoteze istraživanja bile su: a) da se koncepti “tradicionalnog” i “modernog” seksizma pokazuju kao važni strukturni elementi patrijarhalnog društva u svijesti ispitanika; b) da se muškarci statistički značajno razlikuju od žena u seksističkoj rigidnosti, te lakše usvajaju obje varijante seksizma.⁵

Tablice faktorske strukture s matricom oblimin transformacije pokazale su 4 faktora: 1. – antropološki patrijarhalizam; 2. – deklarativni egalitarizam; 3. – androcentrizam; 4. – rodno egalitarno društvo.

Tablica 1 – antropološki patrijarhalizam

Tvrđnje	Saturacije	Slaganje
Prirodno je da žena bude podređena muškarcu.	.745	23,1%
Žena ispuni pravi smisao svoga postojanja tek kad postane majka.	.734	49,6%
Za ženu je najprirodnije da brine o djeci, mužu i kući.	.707	49,7%
Muškarac po prirodi lakše i brže donosi važne odluke nego žena.	.684	33,5%
Muškarac ne može brinuti o djeci jednako dobro i pažljivo kao žena.	.639	33,3%
Muškarci su uspješniji od žena u poslovima koji traže umne sposobnosti i racionalno razmišljanje.	.604	21,1%
Dječake treba odgajati tako da budu odlučni i hrabri, a djevojčice tako da budu poslušne i pomirljive.	.472	23,0%
Žena treba podupirati karijeru muža, čak i po cijenu zapostavljanja vlastite karijere.	.452	21,7%
Podjela na muška i ženska zanimanja izraz je vjekovnog iskustva i ne treba ju dovoditi u pitanje.	.422	32,4%

Napomena: neutralni odgovori “ne znam, nemam mišljenje” nisu uzeti u obzir.

⁴ Istraživanje je provedeno u okviru projekta “Modernizacija i identitet hrvatskog društva” (130400) Zavoda za sociologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, u lipnju i srpnju 2004. godine na reprezentativnom uzorku (N=1202) ispitanika. Korišten je anketni upitnik s instrumentom od 17 čestica pomoću kojih su operacionalizirani koncepti “tradicionalnog” i “modernog” seksizma. Koncepti su oblikovani u tvrdnje skale na nekoliko razina rodnih odnosa: antropološkoj, obiteljskoj i javnoj (politička, tržište rada).

⁵ Da bismo utvrdili kakvi su sklopovi mišljenja u pozadini svijesti ispitanika, koncepte seksizma rekonstruirali smo uz pomoć faktorske analize iz koje smo za interpretaciju uzeli samo one saturacije koje su imale vrijednosti više od 0,40. Analiza je pokazala strukturu matrice s četiri dimenzije koje tumače 55,166% ukupne varijance instrumenta.

Kako je vidljivo iz *Tablice 1* (antropološki patrijarhalizam), prvi faktor ujedinio je devet čestica koje podrazumijevaju tradicionalističke predrasude i isključivost dodjeljivanja rodni uloga žena i muškaraca u društvu prema patrijarhalnom rodnom obrascu: ženi “prirodno” pripada privatna sfera obitelji, kuće i brige o djeci s najvećim naglaskom na primarnoj ulozi žene kao majke i supruge, dok je muškarcu namijenjeno javno područje djelovanja budući da je on “sposobniji” za racionalno mišljenje, odlučivanje i razvoj vlastite karijere, dakako, izvan kuće.

Tablica 2 – deklarativni egalitarizam

Tvrdnje	Saturacije	Slaganje
U Hrvatskoj ima premalo žena u politici i javnom životu.	.638	52,8%
Većina žena u Hrvatskoj izvrgnuta je seksualnom uznemiravanju na javnom mjestu.	.635	37,1%
Muš i žena trebaju potpuno ravnopravno dijeliti kućanske poslove.	.604	68,3%
Za isti posao muškarci i žene trebaju biti potpuno jednako plaćeni.	.524	87,8%

Ovaj faktor – deklarativni egalitarizam – operacionalizirao je modernistički koncept rodni uloga i odnosa, ujedinjujući tvrdnje o potrebi egalitarne raspodjele rada i naknada za isti rad, i unutar kuće i u javnoj sferi politike, na tržištu rada.

Tablica 3 – androcentrizam i inverzija žrtva/nasilnik

Tvrdnje	Saturacije	Slaganje
Brak u kojem žena zarađuje više od muškarca ne može biti uspješan.	.767	24,2%
Žene su najčešće same krive kad dobiju batine od partnera.	.746	13,1%
Žena treba podupirati karijeru muža, čak i po cijenu zapostavljanja vlastite karijere.	.695	21,7%
Dječake treba odgajati tako da budu odlučni i hrabri, a djevojčice tako da budu poslušne i pomirljive.	.691	23,0%
Za većinu silovanja krivo je preslobodno ponašanje i odijevanje žena.	.633	21,9%
Muškarci su uspješniji od žena u poslovima koji traže umne sposobnosti i racionalno razmišljanje.	.485	21,1%
Prirodno je da žena bude podređena muškarcu.	.468	23,1%
Muškarac ne može brinuti o djeci jednako dobro i pažljivo kao žena.	.426	33,3%
Za ženu je najprirodnije da brine o djeci, mužu i kući.	.411	49,7%

Treći faktor ujedinjuje tvrdnje koje su visoko korelirane oko koncepta ustrajnosti obiteljskog patrijarhata i nasilničkog ponašanja, a sadržava one koje se odnose na ulogu muškarca kao glavnog skrbnika obitelji, čime se ujedno mjeri i uspješnost njegova braka. To podrazumijeva odustajanje žena od razvijanja vlastite karijere i patrijarhalni koncept rodno stereotipnog odgoja djece. Tvrdnje o ženama kao glavnim krivcima i izazivačicama nasilja od strane partnera u obitelji te stav o ženama kao glavnim krivcima za silovanje klasične su teze kojima se opravdava nasilničko ponašanje prema ženama u obitelji i izvan nje. Slijede tvrdnje koje se odnose na rodne stereotipe o većim umnim sposobnostima odlučivanja muškaraca, pa logična “prirodnost” podređivanja žena muškarcima, kao i za žene “najprirodnija” briga o dje-

ci, mužu i kući. Jasno je, dakle, da su u svijesti hrvatske populacije očekivanja od uloge žene u društvu svedena na njezinu tradicionalnu reproduktivnu funkciju.

Tablica 4 – za rodno egalitarno društvo

Tvrdnje	Saturacije	Slaganje
Podjela na muška i ženska zanimanja izraz je vjekovnog iskustva i ne treba je dovoditi u pitanje.	-.811	32,4%
U suvremenom društvu žene su već postigle ravnopravnost pa je rasprava o pravima žena postala nepotrebna.	-.786	38,4%
Muškarci su uspješniji od žena u poslovima koji traže umne sposobnosti i racionalno razmišljanje.	-.624	21,1%
Muškarac po prirodi lakše i brže donosi važne odluke nego žena.	-.514	33,5%
Za većinu silovanja krivo je preslobodno ponašanje i odijevanje žena.	-.481	21,9%
Muž i žena trebaju potpuno ravnopravno dijeliti kućanske poslove.	.476	68,3%
Dječake treba odgajati tako da budu odlučni i hrabri, a djevojčice tako da budu poslušne i pomirljive.	-.440	23,0%

Četvrti faktor sadržava niz negativno koreliranih tvrdnji čiji se smisao svodi na potrebu ukidanja patrijarhata i uspostavu rodno egalitarnog društva.

Tablica 5 – Matrica interkorelacija oblimin faktora

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Faktor 1	1.000	-0.87	.368	-.342
Faktor 2	-.087	1.000	-.154	.099
Faktor 3	.368	-.154	1.000	-.387
Faktor 4	-.324	.099	-.387	1.000

Iz *Tablice 5* vidljivo je da su koncepti patrijarhata i rodno egalitarnog društva u svojim temeljnim načelima nespojivi, pa su i u svijesti ispitanika međusobno suprotstavljeni.

Rezultati testiranja skupina prema kategoriji spola/roda pokazali su da se muškarci i žene statistički značajno razlikuju u mišljenjima glede koncepata koji ujedinjuju – deklarativni egalitarizam i rodno egalitarno društvo (faktori 2 i 4). Rezultati upućuju na veću sklonost muškaraca bilo “tradicionalnom”, bilo “modernom” seksizmu, po čemu se rezultati ovoga testa slažu s brojnim radovima iz svijeta na tu temu (Glick i Fiske, 1997; Swim i Cohen, 1997; Withers i Yancey Martin, 1975; Morrison, Morrison, Pope, Zumbo, 1999; Masser i Abrams, 1999).

Žene i društvena kontrola reprodukcije

Još je međunarodna konferencija o populaciji i razvoju iz Kaira 1994. naglasila vezu između ljudskih prava te spolnog i reproduktivnog statusa i zdravlja, naglašavajući reproduktivna prava kao temeljna prava žena, muškaraca i parova da: odlučuju slobodno i odgovorno o broju, prostoru i vremenu ne/imanja djece; imaju na raspolaganju lako dostupne i relevantne informacije o spolnom zdravlju i reprodukciji; budu educirani i imaju sredstva za donošenje reproduktivnih odluka; imaju autonomnu kontrolu nad vlastitim tijelom; imaju pravo uživanja najvišeg standarda seksualnog i reproduktivnog zdravlja. To također uključuje i

pravo donošenja odluka o reprodukciji bez diskriminacije, prisile i nasilja, kako je to navedeno u dokumentima o ljudskim pravima.⁶

U tom su smislu još uvijek otežavajući čimbenici socioekonomski, medicinski, kulturalni te pravni, etički i religijski elementi patrijarhalnog sustava koji stavljaju ženu u poziciju izlaganja povećanom riziku od slabijega reproduktivnog zdravlja, osobito u slučaju uskraćivanja ili poricanja ženama njihovih ljudskih i reproduktivnih prava. Glede društvenih aspekata reprodukcije, još su uvijek najviše pod društvenom prismotrom pitanja kontracepcije, pobačaja, (ne)plodnosti te, u najnovije doba, potpomognute metode oplodnje. To su samo neki od pokazatelja dugotrajne subordinacije žena u društvu, politici, ekonomiji, državi, crkvi i obitelji, utemeljene na seksizmu, odnosno spolnoj i rodnoj diskriminaciji. Reproductivna prava i izbori zapriječeni su dubokim rodnom nejednakostima u društvu. Tako se, recimo, u svim poznatim društvima skrbništvo glede reprodukcije pripisuje primarno ženama, ne samo zbog bioloških "nužnosti", nego upravo zbog tradicionalne društvene podjele rada i težine rodnih odnosa. S druge strane, sposobnost žena da nose i podižu djecu dok rade na plaćenim poslovima ovisi, često isključivo, o tome tko će brinuti o djeci dok one rade i mogu li financijski osigurati takvu brigu. Istodobno, ženske plaće opadaju proporcionalno broju djece koju su rodile (Heymann, 1994:51). Glavni teret reproduktivnih zadaća općenito pada na žene, uključujući i rizike za vlastito tijelo i zdravlje, dok je rodna moć često centrirana kroz kontrolu nad reprodukcijom.

Neki globalni podaci o ženskoj reprodukciji

Svake godine u razvijenim zemljama godišnje umire više od 585 000 žena zbog razloga povezanih s trudnoćom i porodom. To je 1.600 dnevno (Meralli, 2000). Istodobno su stope u zemljama u razvoju 200 puta veće. To su uglavnom "prerane", "prečeste" ili "prekasne" trudnoće. Najviše su pogođene: mlade, siromašne, rasno-etnički marginalizirane žene, tj. žene bez društvene moći. U europskoj regiji je 2001. godine maternalna smrtnost procijenjena na 17,4 od 100.000 živih poroda, u Aziji 42 od 100.000, a u EU 5 od 100.000 (WHO Europe, 2005). Gotovo 1/2 od 175 milijuna trudnoća koje se pojave svake godine su *neželjene* ili *boleštima opterećene* (Meralli, 2000), dok su žene koje žele imati više djece često podvrgnute prisilnim sterilizacijskim procedurama, primjerice Kineskinje na Dalekom Istoku, ili obojene žene u SAD-u šezdesetih i sedamdesetih godina 20. stoljeća.

Procjenjuje se da je 2000. godine, primjerice, tako izvedeno 19 milijuna "nesigurnih" pobačaja, tj. 1 na 10 trudnoća, gotovo sve u zemljama u razvoju (Ahman, Shab, 2004). Od 68.000 "nesigurnih" pobačaja sa smrtnim ishodom, izvedenih 2000. godine po svijetu, 300 se dogodilo u Europi (Ahman, Shab, 2004; Ketting, 2005:29). Pod "nesigurnim" pobačajima se podrazumijevaju procedure za prekidanje neželjene trudnoće: a) od osoba koje za to nemaju potrebna znanja i vještine, b) nedostatak medicinskih standarda u kojima se pobačaji izvode, c) a i b zajedno, što je najčešće (WHO). Žene koje se tome podvrgavaju riskiraju svoje zdravlje i živote. U zemljama u razvoju obavi se 20-30 "nesigurnih" pobačaja na 1.000 žena reproduktivne dobi.

Istodobno, više od 1/4 žena iz zemalja u razvoju pate od kratkoročnih ili dugoročnih bolesti i šteta nastalih kao posljedica poroda, dok njihov reproduktivni status neprekidno otežavaju sljedeći faktori: rizik od smrtnosti djece zbog neadekvatne postnatalne skrbi (poveza-

⁶ Povelja o seksualnim i reproduktivnim pravima je zasnovana na dvanaest prava, koja su priznata u međunarodnim dokumentima za ljudska prava. To su sljedeća prava: *na život; na slobodu i sigurnost osobe; na jednakost; na privatnost; na slobodu mišljenja; na informaciju i edukaciju; na brak i obitelj; na odluku o rađanju; na zdravstvenu zaštitu i brigu o zdravlju; na korist od znanstvenog napretka; na slobodu okupljanja i političkog sudjelovanja; na slobodu od mučenja*. <http://www.xy.com.ba/sexygeneracija/prava.htm>

ne sa socioekonomskim statusom), spolne bolesti, rodno i obiteljsko nasilje te ilegalni pobačaji. Procjenjuje se da se godišnje izvede otprilike 38 milijuna pobačaja u zemljama u razvoju, od čega 17,6 milijuna legalno, a 20,4 milijuna ilegalno (Pillai, Guan-zhen Wang, 1999). U adolescentskoj skupini 4,4 milijuna adolescentica traži pobačaj svake godine. Od ukupnog broja trudnica, približno 120 milijuna žena trudnica godišnje zatrudni *neželjeno* i to zbog nekog od sljedećih razloga: a) nedostupnosti informacija o seksualnoj edukaciji i planiranju obitelji, b) nedostupnosti kontracepcije, c) nedjelotvornosti kontracepcije, d) silovanja. Mnoge od njih pritom nemaju nikakve potpore partnera, obitelji, niti lokalne zajednice.

Reproduktivni status žena otežava: neadekvatna postnatalna skrb, spolne bolesti, nizak socioekonomski status, rodno i obiteljsko nasilje, nedostupnost informacija, nedjelotvorna kontracepcija te silovanje. Pritom je ilegalni pobačaj još uvijek vodeći uzrok maternalne smrtnosti. Demografske procjene pokazuju da tek legalan i siguran pobačaj može prevenirati 25% smrtnosti godišnje od uzroka povezanih s trudnoćom (Pillai, Guang-zhen Wang, 1999; Meralli, 2000; Meyers, 2001). Nedostatak sigurne, ekonomski dostupne i djelotvorne kontracepcije, kojim je globalno pogođeno 350 milijuna žena, dodatno usložnjava taj problem.

Rađanje i prekidi trudnoće u RH

U posljednjih desetak godina za Hrvatsku je karakterističan trend smanjenja rađanja žena u mlađim dobnim skupinama – mlađih od 20 godina života – te porast rađanja starijih od 35 godina (Rodin, 2005a). Ti trendovi su u SAD-u i u razvijenim zemljama također jasno prisutni već dulje. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, udio majki mlađih od 20 godina smanjen je za 34% u odnosu na prije 10 godina, a udio majki starijih od 35 godina porastao je za 5% u odnosu na prije 10 godina. Ti trendovi su u Sloveniji još izraženiji, a karakteristični su i za ostale europske zemlje. Osim što se legalno inducirani prekidi trudnoće⁷ kontinuirano smanjuju u posljednjih 15 godina (1990 – 2004), smanjuje i broj poroda u RH u apsolutnom iznosu. Taj podatak, međutim, umnogome može zavarati, budući da se u RH istodobno podaci o svim prekidima trudnoće službeno statistički ne vode. Vode se samo podaci o prekidima trudnoće u ovlaštenim klinikama, kakvih je u RH 33.⁸ Drugim riječima, nepoznat je ukupan broj i vrsta prekida trudnoća koji se obavljaju na neovlaštenim mjestima, te od strane često neovlaštenih osoba, tj. ilegalno, što znači da je podatak o broju “apsolutnog pada” prekida trudnoća vrlo vjerojatno – pogrešan.

Među ženama koje traže prekid trudnoće, najviše je onih koje su u braku i već imaju dvoje djece. Njih je 2004. godine bilo 36%. Podaci o maternalnoj i perinatalnoj smrtnosti pokazuju također određene razlike u zemljama, koje, međutim, nisu objašnjene.⁹ Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (srpanj 2005), vidljivo je da kad se Hrvatska uspoređuje sa susjednim zemljama (Mađarskom, Slovenijom, Češkom i Njemačkom) da je u tim zemljama veći broj prekida trudnoće nego u nas. Trend smanjenja uočljiv je povremeno samo u nekima od njih, dok je u Hrvatskoj konstantno uočljiv.

⁷ Od 1990. godine je od 38 000 legalno induciranih prekida trudnoća, taj je broj 2004. smanjen na 5232 prekida (Erceg, 2005).

⁸ Sudeći prema podacima “Ženske mreže” iznesenima na znanstvenom skupu “Društvena stigmatizacija žena – primjer ženskih reproduktivnih prava” u organizaciji Hrvatskog sociološkog društva i Fondacije Heinrich Böll, održanog u Zagrebu, 20. listopada 2005., da se od 33 ovlaštene institucije za obavljanje pobačaja u RH, u 12 pobačaj “službeno” uopće ne radi, čini se da nam predstoji ozbiljno suočavanje s tamnim brojkama “ilegale” i njihovim posljedicama.

⁹ Tako, primjerice, iz podataka nije vidljivo zašto Slovenija ima veće stope perinatalne smrtnosti od zemalja okruženja (Hrvatske, Austrije, Mađarske i Češke) kao ni to zašto Hrvatska ima više stope perinatalne smrtnosti od okolnih zemalja (Austrije, Mađarske i Češke)?

Željena i neželjena trudnoća, kontracepcija, plodnost i porodi

Dvije su moguće reakcije žena na trudnoću: a) neopisiva radost, b) nevjerovatna noćna mora. U prvom slučaju riječ je o *željenoj* trudnoći kojoj se žene posvećuju, njeguju je, čuvaju, paze i iščekuju pozitivan ishod – rođenje zdravog djeteta. U drugom slučaju, riječ je o *neželjenoj* trudnoći, kad žene posežu za bilo kakvim metodama (sigurnim ili nesigurnim) kako bi je eliminirale. U prvom slučaju, pitanje pobačaja je suvišno, jer žena želi roditi, osim ako se ne radi o krajnjim primjerima c) “prisilnih” pobačaja, tj. onih na koje žene primoravaju neki drugi akteri, uglavnom muškarci, protiv njihove volje. U drugom slučaju, uglavnom se poseže za nekom od metoda pobačaja koja se u tom slučaju ne vidi kao “problem”, nego kao *rješenje* za one žene koje se suočavaju s *neželjenom* trudnoćom. Kad je posrijedi odluka o porodu ili pobačaju, ne postoji tzv. “srednje rješenje”, nego se mora odlučiti za jedno.

U SAD-u je, recimo, inicijalno prekid trudnoće koncipiran kao ženski izbor u okviru ljudskog prava na privatnost, na temelju Ustava, te nakon 1973. i sudskog procesa Roe vs. Wade, dok je u Kanadi definiran kao dio ženskog prava na zdravstvenu skrb, tj. prava na zaštitu zdravlja (Brodie, 1994:123; Sen i Snow, 1994). Američke žene u SAD-u mogle su donositi privatne odluke o prekidu trudnoće, ali je jednako tako i pitanje pristupa uslugama toga također privatizirano. Obavljanje usluga prekida trudnoće prepušteno je tržištu. Iako su Kanada i SAD liberalizirale i standardizirale regulaciju pobačaja otprilike u isto vrijeme, svaka je zemlja imala svoju definiciju procedure izvedbe toga zahvata. Za kanadske žene prekid trudnoće je pitanje zdravstvenih potreba, a za američke pitanje individualnog izbora (Brodie, 1994:123). Razlike u zemljama, dakle, bez obzira na sličnost kultura i ideologija, podcrtavaju važnost društvenog i ekonomskog konteksta reproduktivne borbe (Sen, 1994a:2).

Američka definicija privatnosti i pobačaja kao prava izbora pokazala je slabost prema “pro-life” napadima jer nije eliminirala njihovu implicitnu poruku da su “ne/terapeutski” pobačaji stvar “konzumerizma”, tj. izbora prema “osobnim preferencijama”. Budući da takve izbore država ne financira, pobačaj je kao “stvar izbora” siromašnim ženama postao teško ostvariv, ako ne i nemoguć. Dakle, sud u SAD-u (proces Roe vs. Wade, 1973) jasno je dao do znanja da je pobačaj “pravo izbora za žene s nužnim financijskim resursima” (Brodie, 1994: 136). Stoga se i u SAD-u, kao i šire, nameće potreba rekonceptualizacije pobačaja kao zdravstvene potrebe za sve žene.

Neki analitičari i istraživači govore o prednostima “medicinskih pobačaja”,¹⁰ tj. korištenja postkoitalnih abortivnih pilula, u odnosu na kirurške i druge metode (Berer, 2005: 10), a koje nisu dostupne, recimo, na hrvatskom tržištu. Berer navodi podatak od 13% maternalnih smrtnosti kao rezultat ilegalnih i nesigurnih pobačaja, koji se obavljaju u lošim uvjetima od strane neobučениh provajdera. Suprotno tome, “medicinski pobačaj” ističe se kao zadovoljavajuća alternativa za reduciranje smrtnosti i morbidnosti od komplikacija koje mogu proizlaziti iz invazivnih procedura na mjestima gdje je pobačaj zabranjen (Berer, 2005:7). Autorica navodi da se danas u nekim zemljama kao što je Norveška, nudi uglavnom “medicinski pobačaj”, za što nije potrebno provoditi nikakvu kiruršku metodu ni socijalnu proceduru (Berer, 2005:10).

S druge strane, danas se sve više pokušava nametnuti politika prekida trudnoće koja suprotstavlja reproduktivna prava žena “pravu na život” fetusa, što zapravo služi samo tome “da uskrati pristup žena temeljnoj zdravstvenoj potrebi – kontroli fertilitnosti” (Brodie, 1994: 143). Mislimo da je glede problema prekida trudnoća besmisleno postavljati pitanje hoće li ih biti ili neće, jer ih je uvijek i svugdje bilo. Umjesto toga, žene zanima pitanje koju vrstu pobačaja imamo na raspolaganju u društvu: stručan, siguran, dostupan svim ženama ili ne-

¹⁰ Treba ih razlikovati od pobačaja “zbog medicinskih razloga”, tj. selektivnog pobačaja malformiranog i/ili abnormalnog ploda.

stručan, nesiguran, skup, nepristupačan, opasan i ilegalan? Ako se društveno prihvaća druga varijanta, onda ne treba bježati od činjenice da se time reproduktivni status i zdravlje žena samo još više pogoršava, a da se sam problem ne rješava. Stoga bi se pokret “za-izbor” trebao boriti za definiciju pobačaja koja ga integrira u korpus ženskih zdravstvenih potreba uz istodobno osiguravanje izbora za sve žene (Brodie, 1994:143). Međutim, reproduktivne tehnike i tehnologije sadržavaju takve povijesne i socijalne odnose ugrađene u njih da su ženski izbori u stvarnosti vrlo ograničeni. Naglasak stavljen na žensko pravo da se koriste tim tehnikama i tehnologijama u vlastite svrhe zapravo zamagljuje činjenicu da su i same te tehnologije oblikovane posebnim političkim interesima (Ettore, 2002, Wajcman, 1994). Proizvodnja i uporaba reproduktivnih tehnologija podrazumijeva sustav “orodnjenih odnosa”, što znači da je to tehnologija koja je bila i nastavlja biti oblikovana uz pomoć moći patrijarhalnih interesa. Rodni odnosi su, dakle, duboko strukturirani i specifičnosti, vrstu i kvalitetu tehnologije koja je u tom smislu raspoloživa.

Ugrožavanje zdravlja i života žena – nesigurni i ilegalni pobačaj

Brojne zastupnice ženskih prava suglasne su u stajalištu da sve dok se ne osigura da žene uopće znaju i imaju mogućnost izražavanja svojih punih spolnih i reproduktivnih prava, te da imaju potpuni pristup svim modernim kontracepcijskim metodama, da dotle neće biti ni jednake ni autonomne u primjerenoj kontroli i rukovođenju svojim životima, za razliku od muškaraca.

U tom smislu ni Europa nije iznimka, pogotovo Hrvatska, jer u manje razvijenim “tranzicijskim” zemljama središnje, istočne i južne Europe milijuni pojedinaca, pojedinki i parova uopće nemaju pristupa kvalitetnim kontracepcijskim sredstvima i uslugama, niti znanja o njima, budući da se ne provodi sustavna edukacija i informiranost, a mnoga takva sredstva na tim tržištima nisu ni dostupna.¹¹ U Hrvatskoj se čak često mogu čuti i dezinformacije, koje idu od uvjeravanja u “velike opasnosti” legalnih pobačaja do uvjeravanja o “nepostojanju” abortivnih pilula ili kemijskih abortiva. Pritom ženama nitko ništa ne govori o rizicima od *željene* trudnoće i poroda za njihovo zdravlje i život. Da nema Interneta, kojim se u Hrvatskoj služi samo 8% stanovništva, po tom bi pitanju vladala zabrinjavajuća neupućenost.¹² Neke zemlje EU-a također ograničavaju pobačaje preko politike poticanja nataliteta, koristeći se sredstvima obeshrabrivanja žena ili dezinformacijama (Irska, Portugal) što, s druge strane, ide na ruku upravo ilegalnim i “nesigurnim” pobačajima, tj. izravnom ugrožavanju zdravlja i života žena. Procjenjuje se da se u široj Europskoj regiji godišnje izvede više od pola milijuna “nesigurnih” pobačaja (Ketting, 2005). Restriktivne mjere koje se predlažu u slučaju pobačaja ne mogu biti racionalno rješenje jer ne mogu iskorijeniti problem *neželjene* trudnoće. Mogu samo zaoštriti problem, budući da se tako zdravlje i životi žena podvrgavaju još većim rizicima. Nema dokaza da ograničavajući pristup, obvezno savjetovanje i/ili razdoblja čekanja donose ikakve koristi. Štoviše, samo potenciraju negativne učinke.

¹¹ Tako, npr. u Hrvatskoj nije dostupan “medicinski pobačaj”, tj. “abortivna pilula” (RU-486, myfegine, misoprostol) koja se koristi u zdravstvenoj praksi razvijenih zemalja (SAD, V. Britanija, skandinavske zemlje, Njemačka, Austrija, Francuska itd.), a koja umnogome olakšava posljedice neželjene trudnoće, a da se žene uopće ne dovode u situaciju ponižavajućih tretmana pred “povjerenstvima” i izvođačima pobačaja po hrvatskim bolnicama i šire, niti na nju upućuju nadležni ginekolozi. Ono što se pogrešno podrazumijeva pod pojmom “medicinskog pobačaja” u Hrvatskoj zapravo je legalno inducirani kirurški zahvat pobačaja koji se u nas sve rjeđe može legalno obavljati u nadležnim institucijama zbog “prigovora savjesti”, a sve češće u privatnim klinikama gdje takvi “prigovori” liječnika, vrlo često istih, iščekavaju pred korisnim prednostima. “Savjest” pritom ne igra više nikakvu ulogu.

¹² U vremenima socijalizma u Hrvatskoj su postojala savjetovaništa za kontracepciju pri domovima zdravlja, kao i pri Studentskoj poliklinici, čega danas više nema.

No, kad se uspoređuje učestalost pobačaja u različitim zemljama, zemlje s najnižim razinama pobačaja jesu upravo one gdje su opći uvjeti najviše orijentirani potrebama žena, a ne protiv njih i gdje žene imaju najveću autonomiju u pristupu seksualnoj edukaciji, kontracepciji i legalnom prekidu trudnoće, kao u Nizozemskoj. Tu se spolna i reproduktivna edukacija provode sustavno, kontracepcija je besplatna za žene do 21. godine, usluge pobačaja su visoko kvalitetne i bez velike naknade, a stope pobačaja su najniže u svijetu. Zemlje s najnižim stopama pobačaja su, dakle, one zemlje zapadne Europe koje i inače imaju najbolju reproduktivnu zaštitu žena. U zemljama u kojima je "abortivna pilula" dostupna više od 10 godina (Francuska, Britanija, Švedska, primjerice), ona se koristi čak u više od 50% svih slučajeva pobačaja, dok je u onima u kojima je nedavno uvedena ta metoda u porastu u odnosu na klasične metode (Bracken i Winikoff, 2005:7). Usprkos višegodišnjem iskustvu u provođenju metode "abortivne pilule", korištenje tog sredstva ostaje vrlo ograničeno parametrima, kao što su: postojeći (patrijarhalni) zakoni, medicinska praksa naplate kirurških zahvata, lokalna politika reprodukcije koja zapravo diktira pristup žena reproduktivnim i kontracepcijskim metodama. Drugim riječima, političke i ekonomske strukture u svakoj su zemlji ključne u oblikovanju i dostupnosti kako kontracepcijskih i reproduktivnih metoda i tehnika, tako i novih tehnologija i njihova korištenja. Tu treba ubrojiti cijeli niz "novih reproduktivnih tehnologija" (NRT), za koje u RH još nema novoga zakona, nego se koristi onaj iz 1978. godine.¹³

STIGMATIZACIJA ŽENA U KONTEKSTU REPRODUKCIJE

U posljednjih dvjestotinjak godina društva suočena s neželjenim trudnoćama uglavnom su reagirala rigidnim paternalizmom. U skladu s dominantnim muško/političko-teološkim svjetonazorom, u nekim zemljama prevladavaju uvjerenja dominantnih društvenih grupa da trudnice ne mogu odgovorno donositi odluke glede vlastite trudnoće. Stoga društvo "mora" intervenirati u namjeri da osigura da se donese "prava odluka". U nekim zemljama takav je paternalizam doveo, između ostalog, i do zabrane pobačaja, pa je izlaganje žena ilegalnim pobačajima bio jedan od glavnih razloga visokih stopa maternalne smrtnosti. U drugoj polovini 20. stoljeća, s priznavanjem ženskih prava, situacija se u razvijenim zemljama polako počela mijenjati, pa žene i parovi danas imaju visok stupanj autonomije nad svojom plodnošću. S druge strane, neke zemlje još zadržavaju zakone sa zastarjelim metodama reprodukcije i kontracepcije ne želeći prihvatiti moderne medicinske i društvene standarde koji su se u međuvremenu razvili, uključujući Hrvatsku. Budući da u Hrvatskoj još uvijek vrijedi zakon iz 1978. godine koji regulira plodnost i potpomognutu oplodnju, a da ne uzima u obzir sva suvremena medicinska dostignuća na tom području, nije rijetkost da se događaju zlouporabe i manipulacije bez znanja samih žena koje su u to uključene, pa i protiv njihove volje.

Pobačaj kao stigma

Od cjelokupne svjetske populacije, 1/3 ljudi živi u zemljama sa zabranjenim pobačajem ili dopuštenim samo iznimno, u slučaju spašavanja života žene, silovanja i incesta. Prema istraživanjima, domet i problematizacija pobačaja najviše ovisi o postotku katolika u općoj populaciji, neovisno o socioekonomskom razvoju i socijalnoj jednakosti žena (Kramer, Hogue, Gaydos, 2005). Pritom su istraživači utvrdili da religijska pripadnost ima malu ulogu u određivanju rizika za nekontracepcijsko ponašanje. Pokazali su da je omjer katolika koji ne

¹³ Zanimljivo je pritom primijetiti da su se svi zakoni koji reguliraju druga područja društvenoga života odavno promijenili zbog neusklađenosti s novim sustavom Republike Hrvatske, a zakon koji bi trebao pratiti brojne promjene u sustavu medicinske znanosti, tehnologija i ljudskih prava sve više za njima zaostaje, što se može tumačiti i tako da su, s aspekta države, zlouporabe u ovom području zapravo prihvatljive.

koriste kontracepciju 15,6% vs. 13,3% ne-katolika. Katolici imaju značajnije više razlike ne-kontracepcije samo u dobi od 15–19 godina. Nijedna se druga grupa u etnički specifičnom ili općem modelu ne razlikuje. Zapravo je ne-kontracepcijsko ponašanje prilično rijetko, osobito u razvijenim i srednje razvijenim zemljama. Smatra se da od 32,6 milijuna žena u riziku od neželjene trudnoće samo 14% ne koristi nikakve metode kontracepcije (Kramer, Hogue, Gaydos, 2005).

Istodobno je stigmatizacija od pobačaja još prilično snažno izražena u patrijarhalnim društvima. Istraživanja pokazuju da su žene koje osjećaju društveni pritisak od stigmatizacije zbog pobačaja sklonije skrivati ga i od obitelji i prijatelja (Major, Gramzow, 1999). Veće potiskivanje je povezano s iskustvom prisilnih misli o pobačaju. Emocionalno otkrivanje pokazuje opadanje boli. Međutim, žene koje su se povjerile bliskim osobama o svom pobačaju, ako su od njih dobile manje potpore nego što su očekivale, imale su slabije postabortivno psihološko prilagođavanje negoli one žene koje nisu nikome ništa rekly ili one koje su rekly, ali su dobile punu potporu (Major, Cozzarelli, Sciacchitano i dr. 1990). Žene koje nisu imale potporu okoline glede pobačaja imale su stoga težu postabortivnu psihološku prilagodbu od onih koje su tu potporu imale. To je tipičan primjer društvene stigmatizacije ovoga čina. Korštenje pritom sintagme “pobačaj kao ‘sredstvo kontracepcije’” koja se često nalazi i u službenim medicinskim izvješćima smatramo neprihvatljivom seksističkom interpretacijom, prema kojoj se može zaključiti da su i mnogi krugovi medicinske profesije zahvaćeni stigmatizirajućim i diskriminirajućim stavovima prema ženama koje se podvrgavaju prekidu trudnoće, jer podaci o pobačaju sami po sebi ne govore ništa o razlozima za nj, kao što su: a) mogućnost prisilne trudnoće (silovanja), b) zakazivanje kontracepcije, c) seksualnu needuciranost itd. Za razloge nitko ne pita kad je stigmatizacija u pitanju, dok svaka žena zna da je pobačaj zapravo “korak očajnice” kad ne nalazi drugo rješenje.

Antropološka stigmatizacija: dvostruki standardi

Stupanj i vrsta stigmatizacije žena glede njihova reproduktivnog statusa ovise o ne/ispunjavanju društvenih uloga majke i supruge u patrijarhalnom društvu, što bi za ženu trebalo predstavljati društveni “ideal”. Čak se i znanstvenim istraživanjima nastoji dokazati nedostatak ženstvenosti ako se radi o negativnom odnosu žene prema, primjerice, menstruaciji, trudnoći, porodu, dojenju, heteroseksualnom odnosu, statusu supruge, sluškinje muža, statusu majke itd. (Richardson, 1988). Žena koja ne ispunjava “ideale” majke i supruge, ili čak samo jedan od njih, smatra se društveno neuspješnom, ne-ženom ili, u slučaju zastupanja ženskih interesa i prava čak subverzivnom, izvorom nemorala, nečistoće, političke subverzije, recimo, u slučaju javnog zagovaranja feminizma.¹⁴

S druge strane, muškarac koji ne ispuni ulogu “muža” i “oca” ne smatra se društveno neuspješnim, pogotovo ako je ostvario društvenu promociju kroz svoju profesiju. Također je među muškarcima puno više onih čije dijete/djeca ne žive s njima nego izvanbračno, dok je puno manje onih žena koje će napustiti svoju djecu i prepustiti ih izvanbračnom životu s drugim roditeljima, osim eventualno maloljetnica, socijalno ugroženih te bolesnih žena i ovisnica, a koje nemaju druge mogućnosti da skrbe o njima. Istodobno, očeve koji napuštaju svoju djecu društvo ne etiketira kao društveno neodgovorne, ni bezosjećajne, dok takve majke u pravilu etiketira na negativan način.

Zastupnici rodne diskriminacije, mačizma ili mizoginije na javnoj/političkoj sceni, osobito Hrvatske, također nisu izvrgnuti nikakvoj stigmatizaciji niti pravnim ili političkim sankcijama. Nasuprot njima, ženama koje se izjašnjavaju kao aktivistice ženskih pokreta i udruga

¹⁴ Zastupanje feminističkih stavova u Hrvatskoj ne smatra se društveno poželjnim pa se zastupnicama tih ideja često otežava javni angažman ili društveno promaknuće.

otežava se javna društvena djelatnost, feminističke udruge ne dobivaju državnu potporu, njihove se aktivnosti obezvrjeđuju, onemogućuju ili ih se čak nastoji izopćiti.

Plodnosti ili bolesti žene

Jedan od najvećih pritisaka stigmatizacije odnosi se na žene koje: a) ne rađaju, bilo da ne mogu ili ne žele roditi. One su već po definiciji stigmatizirane, a prema patrijarhalnoj mizoginiji one uopće nisu žene; b) one koje su rodile, ali više ne žele rađati – ako u slučaju neželjene trudnoće izaberu pobačaj, stigmatizirane su od društvenih “dušobrižnika”, kao što su predstavnici Crkve ili povjerenstva različitih mizoginističkih liječnika-ginekologa kojima ih se u pravilu šalje, a koji ih dodatno ponižavaju moraliziranjem ili zastrašuju neistinitim zdravstvenim posljedicama; c) žene koje liječe neplodnost novim reproduktivnim tehnologijama dobivaju etikete: “bešćutne”, “sebične”, “ubojice”, “karijeristice” itd.); d) HIV pozitivne žene su osobito snažno stigmatizirane.

Maloljetne trudnice

Ova skupina gubi mogućnost daljnjeg školovanja u slučaju nužde zapošljavanja, dakako, na najniže kvalificiranim poslovima zbog nedostatka obrazovanja i radnog iskustva, te je često ostavljena bez potpore obitelji kao i oca djeteta.

Stigmatizacija trudnica na tržištu rada

Iako zakoni o radu i ravnopravnosti spolova formalno štite ženu od otkaza za vrijeme trudnoće i ne dopuštaju diskriminaciju prilikom zapošljavanja, u praksi se u pravilu ženama posao uvjetuje bračnim i trudničkim statusom, namjerama i preferencijama rađanja itd. – pitanja koja se muškim kandidatima ne postavljaju. Tome treba pridodati u pravilu slabije plaće, slabije mogućnosti napredovanja, nemogućnost napredovanja nakon poroda ili nemogućnost zapošljavanja nakon višestrukih poroda. Za žene nakon višestrukih poroda gotovo da uopće više nema mjesta na tržištu rada.

Seksualne orijentacije

Stigmatizacija žena-lezbijki koje su upravo zbog društvenog biljega slabo ili nikako javno zastupljene, više je nego očita. One se zbog toga uopće ne usuđuju javno oglašavati. Njihovu stigmatizaciju, kao i onu muških homoseksualaca, dodatno podgrijevaju neki predstavnici religijskih institucija ocrnjujući ih u javnosti medijskim glasinama.

Politička stigmatizacija

Podrazumijeva otežavanje političke promocije žena u politici, dodjeljivanje im minornih resora, društveno osujećivanje motivacije za političke aktivnosti i djelatnosti u civilnom društvu koje pridonose afirmaciji ženskih prava i njihova reproduktivnog i općega društvenog statusa. To uvjetuje i nedostatak motivacije za aktivnosti sudjelovanja u ženskim udrugama.

Religijska/moralna stigmatizacija

Žene koje se liječe od neplodnosti i/ili vrše pobačaj, a vjernice su, izvrgnute su osudama i/ili izopćenju u susretima sa svećenicima. Istraživanja pokazuju da žene koje nemaju potporu okoline glede pobačaja, imaju težu postabortivnu psihološku prilagodbu od onih koje tu potporu imaju (Major, Cozzarelli, et al., 1990). Također je utvrđeno da su žene koje osjećaju stigmatizaciju zbog pobačaja sklonije skrivanju toga od obitelji i prijatelja, te osjećaju jači psi-

hološki pritisak. Emocionalno otkrivanje, s druge strane, uvjetuje opadanje te boli (Major, Granazow, 1999). Psihološka su istraživanja također pokazala da religijska pripadnost ima malu ulogu u određivanju rizika za nekontracepcijsko ponašanje jer gotovo sve religijske skupine podjednako ne/koriste kontracepciju (Meyers, 2001).

Dobna stigmatizacija

U Hrvatskoj je najtraženija društvena promocija mladih žena na temelju prezentacije preko medija. Karakterističan je izbor za "Miss" te različiti tipovi hostesa koji gotovo da postaju jedini načini društvene promocije mladih žena u svijetu rada. U medicinskom tretmanu trudnica, pak, žene se klasificiraju kao "stare trudnice" već nakon navršenih 25 godina života.

Istodobno, sustavna spolno-zdravstvena edukacija mladih naraštaja o društvenim i zdravstvenim rizicima i posljedicama spolnog života i ponašanja u RH koja bi bila dio obrazovnih kurikuluma još uvijek sustavno ne postoji. Na relevantna pitanja, kojima bi trebalo interdisciplinarno pristupiti, nude se uglavnom više programi vjeronaučnog odgoja uz moralističke pouke, nego znanstveni pristupi. Istodobno se negativno etiketira i navlači stigma na djecu rođenu oplodnjom *in vitro* koja se proglašavaju "stvarima".

* * *

Budući da u patrijarhalnim društvima žene imaju malo kontrole nad okolnostima pod kojima žive, rade, seksaju se te određuju vrijeme i broj djece, žene se još uvijek ograničava u odlučivanju o reprodukciji koja je za njih same, ali i za društvo u cjelini od vitalnog interesa. U žene se nema povjerenja, njih se nerijetko tretira kao poslovno nesposobne, reproduktivno ponašanje i njihovu seksualnost kontroliraju osobito oni muškarci koji najprije imaju na umu osobnu dobrobit, pa "dobrobit zajednice", a tek na kraju, ili uopće ne, očekivanja žena. Patrijarhalna društva tako depriviraju žene u njihovim pravima da donose odluke o plodnosti dok ističu duhovne i ekonomske dobitke od imanja djece, posežući pritom izvana u autonomiju tuđeg tijela – ženskog i tuđeg rizika zdravlja – ženskog. Žensko tijelo i zdravlje tako se iskazuju kao "vlasništvo" nekoga drugoga (države, muškarca itd.), a ne samih žena. Glavna je prepreka rodnoj jednakosti stoga i dalje patrijarhalni sustav, tj. sustav dominacije koji određuje žene kroz javni patrijarhat (sfere ekonomije, politike i države) i privatni patrijarhat (obitelj), stvarajući tako strukturalne prepreke ženama da ostvaruju one društvene resurse koji su nužni za odlučivanje o reprodukciji. Ženska reproduktivna prava uključuju stoga različite aspekte povezane sa ženskim reproduktivnim izborima. Ako nema alternative, tada nema ni prava. Društvene veze između rodne jednakosti, religioznosti i zaštite reproduktivnih prava vrlo su kompleksne i međusobno isprepletene. Da bi se osiguralo ostvarenje i oživotvorenje ženskih reproduktivnih prava, treba ostvariti programe i politike koji idu dalje od osiguravanja nužne društvene jednakosti u smislu jamstva ovih prava i izbora.

Kad se odlučuje o reprodukciji, mišljenja smo da je *dobrovoljno* majčinstvo temeljni zahtjev za minimalnom kontrolom nad nečijom vlastitom sudbinom kao ljudskog bića, te odbijanje da se bude podređen (rob) drugome, bez obzira na to tko to bio. Nijedna osoba nema pravo podrediti drugu na način na koji *neželjena* trudnoća može podrediti žene. Niti se od bilo koje druge osobe može tražiti da riskira svoje zdravlje ili život da spasi drugu osobu, pa i vlastito dijete. Uspostaviti nad ljudskim bićem (ženom) takvu subordinaciju i rizik za potencijalno ljudsko biće (embrio) u slučaju *neželjene* trudnoće isto je toliko apsurdno koliko i okrutno nepošteno (Copelon, Zampas, Brusie, de Vore, 2005:128).

Mišljenja smo stoga da *ženski* glas treba imati najveću težinu prilikom odluka o reprodukciji, budući da *žene same* snose i *sve rizike trudnoće*, a koje nitko drugi od pripadnika vrste *homo sapiens* ne snosi, barem zasad. *Žensko* tijelo, emocije, ličnost i život zalag su reprodukcije i uvjet razvoja ploda. Zato ne mogu svi ni biti jednako kompetentni da o tome odlučuju.

Neki u tom smislu uopće nisu kompetentni, osobito oni koji žene stigmatiziraju, penaliziraju, žive u celibatu i imaju pedofilske sklonosti. Nametanje sustava prisilnih trudnoća i tjeranje u ilegalne pobačaje također je neodrživo, ali je i jasan pokazatelj mizoginije. Stavljanje pobačaja izvan zakona ne rješava problem “zaštite života”. Samo ga dodatno povećava i čini sveprisutnim problemom. Zato zastupanje “prolajf” politike ne znači “zaštitu života”, nego izravno ugrožavanje zdravlja žena i povećanje stopa njihove smrtnosti. Cilj takve politike je kontrola žena i njihovo skretanje s puta znanja, obrazovanja, sekularizacije, razvoja i emancipacije. Oko autonomije ženskoga reproduktivnog izbora i zdravlja nemoguće je pregovarati jer je to nužan uvjet opstanka vrste. I premda su “ženska prava” glasa i izbora krhka, ona su ipak izborena u 20. stoljeću zahvaljujući samim ženama bilo kao članicama ženskih pokreta ili kao istaknutim pojedinkama, aktivisticama, intelektualkama i znanstvenicama, koje su uvijek spremne upozoriti na nedopustivost daljnje degradacije reproduktivnog statusa žena u društvu, u Hrvatskoj i šire, kao i na sve akcije obrane života, zdravlja i prava ženskih ljudskih bića, što ženama, kao i drugim pojedincima, pripadnicama vrste *homo sapiens*, neotuđivo pripada.

LITERATURA

- Ahman, E., Shab, I. (2004) **Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000**. Geneva: World Health Organization.
- Berer, M. (2005) Why Medicine Abortion is Important for Women? **Reproductive Health Matters**, 13(26):6–10.
- Bracken, H. i Winikoff, B. (2005) The State of Medical Abortion in Europe Today. **Entre Nous**, 59. WHO, UNFPA.
- Brodie, Janine (1994) Health versus Rights: Comparative Perspectives on Abortion Policy in Canada and the United States, u Sen, Gita & Snow, C. Rachel (1994). **Power and Decision. The Social Control of Reproduction**. Boston: Harvard University Press. p. 123–147.
- Brownmiller, S. (1995) **Protiv naše volje**. Zagreb: Zagorka.
- Castells, M. (2002) Kraj patrijarhalnosti: Društveni pokreti, obitelji i spolnost, U: **Moć identiteta**. Zagreb: Golden marketing.
- Chant, S. (2003) **Female Household Headship and the Feminisation of Poverty: Facts, Fictions and Forward Strategies**. London: London School of Economics. Gender Institute.
- Copelon, R., Zampas, C., Brusie, E. i de Vore, J. (2005) Human Rights Begin at Birth: International Law and the Claim of Fetal Rights. **Reproductive Health Matters**, 13(26):120–129.
- De Beauvoir, S. (1981) **Drugi pol I i II**. Beograd: BIGZ.
- Erceg, M. (ur.) (2005) **Izvjješće o prekidima trudnoće u zdravstvenim ustanovama Hrvatske tijekom 2004. godine**. Srpanj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. <http://www.hzjz.hr/publikacije/pobacaji2004.pdf>
- Ettore, E. (2002) **Reproductive genetics, gender and the body**. London and New York: Routledge.
- Galić, B. (2004) Seksistički diskurs rodnog identiteta, **Socijalna ekologija**, 13(3–4):305–325.
- Galić, B. (1999) Ekofeminizam – novi identitet žene, **Socijalna ekologija**, 8(1–2):41–55.
- Glick, P. i Fiske, S. T. (1997) Hostile and Benevolent Sexism. **Psychology of Women Quarterly**, 21:119–135.
- Harding, S. (2004) A Socially Relevant Philosophy of Science? **Hypatia**, 19(1):25–47.
- Heymann, J. (1994) Labor Policy: Its Influence on Women's Reproductive Lives. u Sen, G. i Snow, C. R. (1994) **Power and Decision. The Social Control of Reproduction**. Boston: Harvard University Press. p. 43–59.
- Inglehart, R. (2003). **Rising Tide. Gender Equality and Cultural Change around the World**. Cambridge University Press.
- Kerovec, N. (2005) (Ne)jednakost žena na tržištu rada. **Kruh i ruže**, 26:19–34.
- Ketting, E. (2005) The Case of Russian Federation. **Entre Nous**, 59:2.

- Kramer, M. R., Houge, C. J. R., Gaydos, L. M. D. (2005) Noncontracepting behavior in women at risk for unintended pregnancy: the role of religious affiliation. *Contraception*, 72(3):53-72.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A., Cooper, M. L., Testa, M., Mueller, Pallas M. (1990) Perceived Social Support, Self-Efficacy, and Adjustment to Abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*, 59(3):452-463.
- Major, B. i Gramzow, R. H. (1999) Abortion as Stigma: Cognitive and Emotional Implications of Concealment. *Journal of Personality & Social Psychology*, 77(4):735-745.
- Masser, B. i Abrams, D. (1999) Contemporary Sexism. The Relationships Among Hostility, Benevolence, and Neosexism. *Psychology of Women Quarterly*, 21:103-118.
- Meralli, I. (2000) Advancing women's reproductive and sexual health rights: using the International Human Rights System. *Development in Practice*, 10(5):609-624.
- Meyers, D. Tietjens (2001) The Rush to Motherhood – Pronatalist Discourse and Women's Autonomy. *Signs: Journal of Women in Culture & Society*, 26(3):735-774.
- Milidrag Šmid, J. (2005) Ekonomski položaj žena u Hrvatskoj. *Kruh i ruže*, 26:5-19.
- Millett, K. (1990) *Sexual Politics*. A Touchstone Book.
- Moore, H. (1994) The Cultural Constitution of Gender, In Moore, H. (ur.), *The Polity Reader in Gender Studies*. Polity Press, p. 14-22.
- Morrison, M. A., Morrison, T. G., Pope, G. A. i Zumbo, B. D. (1999) An Investigation of Measures of Modern and Old-Fashioned Sexism. *Social Indicators Research*, 48:39-50.
- Nacrt prijedloga zakona o medicinski potpomognutoj oplodnji.** (2004) Zagreb: RH, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi.
- Olsen, W. i Walby, S. (2004) **Modelling gender pay gaps**. Manchester: Equal Opportunities Commission.
- Ortner, S. B. (1974) Is Female to Male as Nature Is to Culture?, u Zimbalist Rosaldo, M. i Lamphere, L. (ur.), *Woman, Culture and Society*. Stanford University Press. p. 67-89.
- Pillai, Vijayan K., Guang-zhen Wang (1999) Women's Reproductive Rights and Social Equality in Developing Countries. *Social Science Journal*, 36(3):459-468.
- Povelja o seksualnim i reproduktivnim pravima. <http://www.xy.com.ba/sexygeneracija/prava.htm>
- Rhode, L. D. (1991) Reproductive Freedom, u *Justice and Gender. Sex Discrimination and the Law*. Harvard University Press. p. 202-229.
- Richardson, L. (1988) *The Dynamics of Sex and Gender*. New York: Harper i Row Publishers.
- Rodin, U. (2005a) **Izvešće o porodima u zdravstvenim ustanovama Hrvatske tijekom 2004.** Srpanj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. <http://www.hzjz.hr/publikacije/porodi2004.pdf>
- Rodin, U. (2005b) **Prirudno kretanje u Hrvatskoj u 2004. godini.** Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Služba za socijalnu medicinu. www.hzjz.hr
- Sen, G. & Snow, C. R. (ur.) (1994) **Power and Decision. The Social Control of Reproduction.** Boston: Harvard University Press.
- Sen, G. (1994a) Reproduction: Policies and Politics, In: Sen, G. i Snow, C. R. (ur.) (1994) **Power and Decision. The Social Control of Reproduction.** Boston: Harvard University Press. p. 1-4.
- Sen, G. (1994b) Reproduction: The Feminist Challenge to Social Policy, u Sen, G. & Snow, C. R. (ur.) (1994) **Power and Decision. The Social Control of Reproduction.** Boston: Harvard University Press. p. 5-19.
- Smyth, L. (2002) Feminism and abortion politics. Choice, rights, and reproductive freedom. *Women's Studies International Forum*, 25(3):335-345.
- Stanworth, M. (1994) Reproductive Technologies and the Deconstruction of Motherhood, u *The Polity Reader in Gender Studies*. Polity Press, p. 226-234.
- Swim, J. K. i Cohen, L. L. (1997). Overt, covert and subtle sexism. *Psychology of Women Quarterly*, 21:103-118.
- Vijayan, K. Pillai i Guang-zhen Wang (1999) **Social Structure Model of Women's Reproductive Rights: a Cross-National Study of Developing Countries.** Canadian Journal of Sociology 24(2):255-281.
- Wajcman, J. (1994) Delivered into Men's Hands? The Social Construction of Reproductive Technology, In: Sen, G. i Snow, C. R. (ur.) (1994) **Power and Decision. The Social Control of Reproduction.** Boston: Harvard University Press. p. 153-175.

Walby, S. (1990) **Theorising Patriarchy**. Oxford: Blackwell.

WHO Europe (2005) **Maternal and newborn health in the EHO European Region: the challenges and the way forward**. Copenhagen: http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/map.html

Withers Osmond, M. i Yancey Martin, P. (1975) Sex and Sexism: A Comparison of Male and Female Sex-Role Attitudes. **Journal of Marriage and the Family**. November: 774-758.

STIGMA OR RESPECT? REPRODUCTIVE STATUS OF WOMEN IN CROATIA AND WIDER

BRANKA GALIĆ

Faculty of Philosophy, Zagreb
Department of Sociology

Main burden of reproductive tasks falls on women including risks for their own health and life, whilst gender power often is centred through the control over reproduction. Main obstacle to it is patriarchal system which subordinates women through "public" and "private" patriarchate and using of reproductive technology formed in "gendered relations" system, whereby the risk of women's reproductive status is increasing. The most important condition for improving that status is gender social equality.

Sexist discourse in Croatia shows through the forms of traditional and modern sexism, where expectations from women's roles in society are reduced just on their reproductive functions. Structural social obstacles that are established in front of women's own decisions on reproduction and circumstances under which they live, work and care about children condition their social stigma on more levels what has important implications on their decisions on reproduction which are for society and women-self of vital interest.

Key words: ABORTION, GENDER, PATRIARCHATE, REPRODUCTION, REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES, STIGMA, WOMEN