© Fundacja „Kultury Świata”, 2011

Anna Wądołowska: Wysokie wskaźniki umieralności matek na przykładzie ludności tubylczej w Meksyku

Ogólna charakterystyka problemu

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje umieralność matek jako liczbę zgonów kobiet z dowolnej przyczyny związanej z ciążą, porodem i połogiem, do 42 dni od zakończenia ciąży, niezależnie od czasu jej trwania. Wskaźniki umieralności matek liczone są jako stosunek liczby zgonów na 100 tys. urodzeń żywych. Dzięki rozwojowi współczesnej medycyny spadł znacząco poziom umieralności matek w skali całego świata (w ciągu ostatnich 30 lat o 35%). Nadal jednak około 340 tys. kobiet umiera rocznie na całym świecie w wyniku komplikacji powstałych podczas ciąży lub porodu. Spadek poziomu umieralności matek w tym okresie byłby wyższy, gdyby nie towarzyszący mu rozwój epidemii HIV.

Najczęściej dochodzi do śmierci matek w wyniku: krwotoku, zakażenia, przedłużania bądź zatrzymania się porodu, poronienia i nadciśnienia. Szacuje się, że około 85% tych schorzeń jest uleczalnych, jeśli zostaną wykryte dostatecznie wcześnie i gdy w odpowiednim czasie przyjdzie wyspecjalizowana pomoc medyczna. Po pierwsze, ważną rolę odgrywa dostęp do badań profilaktycznych, dzięki którym można wykryć anemię, nadciśnienie oraz choroby przenoszone drogą płciową. Po drugie, konieczna jest możliwość przeprowadzenia cesarskiego cięcia, usunięcia ciąży pozamacicznej, wywołania skurczów porodowych, czy przetoczenia krwi.

Nie dziwi zatem, że problem częstych zgonów matek dotyka szczególnie mieszkanki „krajów rozwijających się”, w których większość porodów odbywa się poza instytucjami medycznymi, a jednocześnie nie zawsze możliwe jest przetransportowanie do nich rodzącej. Szacuje się, że nawet w skali całego świata 99% zgonów matek ma miejsce w tych krajach, z czego połowa zdarza się w sześciu krajach: Indiach, Nigrze, Pakistanie, Afganistanie, Etiopii, Kongu. Dla przykładu w 2008 roku w krajach Europy Zachodniej i Środkowej (w tym także w Polsce) wskaźnik umieralności kobiet wynosił siedem. Najwyższe wskaźniki umieralności odnotowano natomiast w Afganistanie (wynosił on 1575). Zróżnicowanie wskaźników umieralności matek odwzorowuje różnice poziomu rozwoju państwa, ale także wpływają na niego czynniki związane z pochodzeniem etnicznym i klasowym, a także miejsce zamieszkania (obszary zurbanizowane *vs* wiejskie).

Na problem umieralności matek zwrócono uwagę podczas Czwartej Światowa Konferencji w sprawie Kobiet w Pekinie w 1995 roku. Uznano wtedy prawo do dostępu do odpowiedniej opieki medycznej nad zdrowiem reprodukcyjnym za jedno z uniwersalnych praw człowieka. Międzynarodowe starania zmniejszenia poziomu umieralności matek zostały wyrażone także w projekcie ONZ nazwanym Milenijnymi Celami Rozwoju. Zmniejszenie o 75% poziomu umieralności matek do 2015 roku w porównaniu ze stanem z 1990 roku ustanowiono Piątym Milenijnym Celem Rozwoju.

Zdrowie i opieka lecznicza ludności tubylczej w Meksyku

W lat 50-tych XX wieku utworzone zostały w Meksyku pierwsze ośrodki biomedyczne na obszarach zamieszkanych przez ludność indiańską, ale były to sporadyczne inicjatywy. Dopiero w

© Fundacja „Kultury Świata”, 2011

1981 roku przyjęto zapis w konstytucji nadający po raz pierwszy wszystkim obywatelom kraju prawo do opieki medycznej, a także powołano programy mające na celu dostarczenie im usług biomedycznych. Pomimo tych działań, pod koniec XX wieku nadal istniała w Meksyku nierówna dystrybucja ochrony zdrowia, gdyż około 10% mieszkańców kraju nie miało dostępu do państwowej opieki medycznej.

Początkowo ludność indiańska odnosiła się nieufnie do państwowych ośrodków zdrowia. Trudności pojawiające się podczas wprowadzania opieki biomedycznej na obszarach tubylczych wynikają z różnic między koncepcjami dotyczących ciała człowieka, jego zdrowia i leczenia, na których opiera się biomedycyna, oraz które są właściwe medycynie tradycyjnej uprawianej przez indiańskich lekarzy.

Pomimo tych przeszkód praktyki biomedyczne są coraz szerzej akceptowane wśród społeczności tubylczych, nie powodując jednocześnie porzucenia lecznictwa tradycyjnego, a jedynie rozszerzenie gamy wyboru dostępnych form ochrony zdrowia.

Umieralność matek w Meksyku

Między 1950 a 1970 rokiem liczba ludności Meksyku prawie się podwoiła, powodując, że państwo zainicjowało działania mające na celu ograniczenie tempa wzrostu populacji. Pierwsze akcje skupiały się wokół hasła ograniczenie przyrostu naturalnego, przede wszystkim miały one na celu upowszechnianie środków antykoncepcyjnych. Działania te miały nieraz agresywny charakter. Lata 80-te i 90-te XX wieku przyniosły zahamowywanie poziomu przyrostu naturalnego, któremu jednak nie towarzyszyła odpowiednia poprawa poziomu zdrowia dzieci i matek. W latach 90-tych zaczęto postulować odejście od programów kontroli płodności na rzecz poprawy poziomu zdrowia. Nadal można jednak odnieść wrażenie, że nadrzędnym celem tych akcji jest ograniczenie przyrostu naturalnego.

Poziom umieralności matek w Meksyku bardzo zmalał w ostatnich dekadach (z 530 w 1940 roku do 50 w 2008 roku), nadal jednak zgony podczas ciąży, porodu i po nim są najczęstszym powodem śmierci kobiet w okresie reprodukcyjnym. Wśród Indian poziom śmiertelności kobiet podczas porodu lub w niedługim czasie po nim jest aż trzy razy wyższy niż wśród ludności metyskiej kraju.

Większość porodów na obszarach indiańskich odbywa się poza instytucjami medycznymi. Rodzącej towarzyszy zazwyczaj ludowa akuszerka, a czasami tylko członkowie jej rodziny. W większości przypadków taki poród odbywa się pomyślnie. Jeśli jednak pojawiają się komplikacji, konieczne jest przewiezienie kobiety do ośrodka biomedycznego, co nie zawsze jest możliwe. Z danych zgromadzonych podczas badań własnych oraz dostępnych w literaturze wyłania się złożony obraz przyczyn, z powodu których kobiety nie są przewożone do szpitala, w sytuacji prowadzącej do zagrożenia życia.

Wyróżnia się trzy podstawowe warunki, aby rodząca w domu w razie komplikacji mogła skorzystać z usług opieki biomedycznej:

1. Komplikacja musi zostać rozpoznana przez kobietę, członków jej rodziny, tradycyjną akuszerkę, albo inną osobę towarzyszącą jej podczas porodu.

Ludność tubylcza Meksyku postrzega ciążę najczęściej jako stan normalny, niewymagający specjalnej opieki. Uważa się, że kobieta powinna znieść ból podczas porodu, gdyż jest on

© Fundacja „Kultury Świata”, 2011

naturalnym objawem. Ponadto, wiele kobiet indiańskich od dzieciństwa jest ofiarami przemocy fizycznej i emocjonalnej w domu. Uczy je to uległości i posłuszeństwa, powodując także, że wyuczają się one nie komunikować nawet silnego bólu. Prowadzi to do niedostrzeżenia zawczasu pojawiającego się zagrożenia przez kobiety i ich najbliższych.

2. Osoby te muszą zadecydować o poszukiwaniach odpowiedniej opieki medycznej.

Gdy kobieta bądź osoby towarzyszące jej podczas porodu dostrzegą poważne komplikacje, nie jest to równoznaczne z podjęciem decyzji o udaniu się do ośrodka biomedycyny. Często w takiej sytuacji kobieta bądź jej rodzina zdaje się na pomoc akuszerki ludowej. Działania położnych często w takich sytuacjach prowadzić mogą niestety do pogorszenia się stanu kobiety. Na przykład w przypadku przedłużania się akcji porodowej, wiele indiańskich położnych podaje leki stymulujące skurcze mięśni macicy. Najczęściej jest to oksytocyna, którą bezpiecznie podać można tylko w warunkach szpitalnych, ponieważ może ona spowodować zatrzymanie łożyska bądź pękniecie macicy.

Niechęć do udania się do placówki zdrowia wynika natomiast z różnic między wyobrażeniami ciała człowieka i leczenia jego dolegliwości właściwymi kulturze tubylczej, a wizją organizmu i medycyny prezentowaną przez personel biomedyczny. Ponadto, przyczyny wielu dolegliwości pojawiających się podczas ciąży, porodu i połogu ludność tubylcza upatruje w działaniu magii. Wierzą oni, że taką chorobę potrafił będzie wyleczyć tylko uzdrowiciel tradycyjny.

Istotną przyczyną napięć między ludnością indiańską a personelem biomedycznym są także kwestie etniczne i językowe. W relacjach osobistych Metysi nieraz okazują Indianom swoją wyższość oraz pogardę dla ich sposobu życia. Występują również bariery językowe. Lekarze bardzo rzadko znają język lokalny, a część członków wspólnot indiańskich nie posługuje się językiem hiszpańskim na poziomie pozwalającym na swobodną komunikację.

Typowe dla wielu społeczności indiańskich Meksyku relacje genderowe są również powodem, dla którego w wielu sytuacjach zagrożenia życia, kobieta nie zostaje przetransportowana do szpitala. Przede wszystkim ważną rolę odgrywa zakaz, aby ciało kobiety było oglądane, a tym bardziej dotykane, przez kogokolwiek poza jej mężem. Mężczyźni, którzy w wielu grupach tubylczych mają prawo decydowania za swoją żonę, nie zgadzają się na wizytę kobiety u lekarza nawet w sytuacji poważnych objawów. Często jednak same kobiety nie chcą udać się do lekarza. Bywa jednak, że rodząca prosi, aby zawieziono ją do kliniki, ponieważ odczuwa bardzo silny ból. W wielu przypadkach rodzina nie wyraża jednak na to zgody.

Ponadto, rodzące i ich rodziny posiadają często złe doświadczenia w kontaktach z państwową służbą zdrowia, co dodatkowo zniechęca ich do udania się do jednej z tych placówek. Wśród najważniejszych czynników wymieniane są bardzo częste stosowanie cesarskiego cięcia, a także prowadzone w szpitalach agresywne kampanie ograniczenia przyrostu naturalnego. Zdarza się, że kobieta jest zmuszana przez lekarzy do poddania się sterylizacji, ale bywa, że lekarze wykonują ten zabieg bez jej zgody.

3. Transport kobiety w odpowiednim czasie.

Na wiele trudności napotykają także próby udania się do ośrodka zdrowia, ponieważ miejscowości indiańskie znajdują się nieraz w odległości kilku godzin samochodem od najbliższych

© Fundacja „Kultury Świata”, 2011

placówek biomedycznych. Problemy wynikają jednak nie tylko z długiego dystansu, braku dróg czy trudnych warunków geograficznych. Często ludność tubylcza nie dysponuje pojazdem, którym kobieta mogłaby zostać przetransportowana, bądź brakuje środków finansowych na opłacenie transportu.

Krajowe akcje zmniejszenia skali problemu

Od końca lat 90-tych XX wieku główną akcją mającą za zadanie poprawę poziomu życia i zdrowia w Meksyku stał się Program Rozwoju Ludzkiego *Oportunidades*. W wyniku jego działań poziom umieralności niemowląt i matek obniżył się w niektórych z tych miejscowości nawet o 11%. Z drugiej jednak strony często sposób realizacji programu w praktyce reprodukuje podporządkowaną pozycję kobiety, co w dłuższej perspektywie nie sprzyja poprawie poziomu jej zdrowia.