

REVŠČINA, ŽENSKE IN ZDRAVSTVENA NEGA

POVERTY, WOMEN AND NURSING CARE

Jana Šmitek

KLJUČNE BESEDE: revščina; ženske; zdravstvena nega; zdravje; skrbstvene prakse

KEY WORDS: poverty; women; nursing care; health; caring professions

Izvleček – Revščina je stalni spremljevalec družbe in je tudi zgodovinsko pogojena. Avtorica v članku predstavlja definicijo in njene različne oblike. Opisani so zgodovinski vzroki, ki so vplivali na prisotnost in nezmožnost hitrejšega odpravljanja revščine v vzhodnoevropskih državah, položaj žensk v teh državah in njihovo povezanost z revščino, učinki revščine in družbena izključenost skupin ljudi kot posledica revščine. Nadalje so na kratko omenjeni ukrepi proti revščini na vladni ravni. Zdravstvena nega se tesno povezuje s problemi revščine. Revščina vpliva na zdravstveno stanje prizadetih oseb. Posebno ženske so izpostavljene revščini ali skrbi proti revščini. V okviru zdravstvene nege so možni različni ukrepi za omejevanje vplivov revščine na zdravje. Še največ pa bi zdravstvena nega lahko pripomogla v boju proti revščini s povezovanjem z drugimi skrbstvenimi praksami in skupnimi projekti.

Abstract – Poverty is a constant social phenomenon with a historical background. In the article, the author presents the definition and different forms of poverty and describes reasons that prevented efficient abolition of poverty in Eastern European countries, the status of women there and its relation to poverty, as well as the effects of poverty and social exclusion of people because of it. State based interventions are mentioned shortly. Nursing care is closely connected with the problems of poverty. Poverty affects health status. In the frames of nursing care, several actions can be taken to reduce the effects of poverty on health. Even more could have been achieved in cooperation of nursing care with other caring professions in common projects.

Uvod

Revščina je zgodovinski pojav, vezan na lastniške odnose v družbi. V vseh zgodovinskih obdobjih namreč obstajajo skupine ljudi, ki živijo v izobilju, in skupine, ki živijo na robu eksistenčnih možnosti.

Pojem revščine opredeljujejo različne definicije. Evropska skupnost je opredelila revščino s stališča (družbene) izključenosti:

»Revni so tisti posamezniki ali družine, katerih dohodki so tako skromni, da so izključeni iz običajnega načina življenja, običajnih navad in običajnih aktivnosti, ki prevladujejo v deželi, v kateri živijo.« (Rose, 1989 cit. v Stanovnik, 1997; Abrahamson, 1995).

Revščina je (Stropnik, 1994) večdimenzionalen, predvsem ekonomski in socialni problem, ki je v zvezi z dohodki, zaposlitvijo, zdravjem, stanovanjem, izobrazbo in še številnimi drugimi dejavniki, ki določajo blaginjo posameznika in družine.

V ospredju je dohodek posameznika ali družine, ki zadošča ali pa ne za normalno življenje v posameznem okolju. Med razloge za revščino uvrščamo izgubo dela ali nezmožnost zaposlitve, pomanjkanje ustreznih ukrepov državne blaginje predvsem v obliki socialne pomoči in delavskega zavarovanja za brezposelne in nezaposlene ter gospodarske, politične in druge oblike neenakosti (Bosnić, 1996).

Čeprav si predstavljamo, kaj je revščina, jo težko natančno opredelimo, ker prevzema različne oblike in obsege. Ohlapne definicije revščine zamegljujejo podrobnejše pogoje, v katerih živijo ljudje, ki bi jih lahko opredelili kot revne.

V statističnih okvirih je revščina običajno politično opredeljena na osnovi »uradnega« stališča o tem, kakšen minimalni dohodek je še družbeno sprejemljiv. Uporaba eksistenčnega minimuma ne odraža realnega stanja, boljši je dogovor, ki temelji na presoji, kaj so za določeno okolje sprejemljivi in razumljivi standardi življenja in načina življenja.

Analitiki poznajo najmanj tri opredelitve revščine – absolutno, relativno in subjektivno revščino (Novak, 1994 a, Bosnić 1996).

Razlaga *absolutne revščine* temelji na pomanjkanju dohodka. Analitični mehanizem so osnovne človekove potrebe kot potreba po prehrani (količina zaužitih kalorij in beljakovin) ali določitvi prehranske košarice (Stanovnik, 1997), potreba po bivališču (kakovost stanovanja in stopnja zasedenosti), potreba po zdravju (merjena s stopnjo smrtnosti otrok in kakovosti razpoložljivih zdravstvenih kapacitet) in tem potrebam ustrezen minimalni dohodek.

Relativna revščina pomeni neenakost v možnostih, udobju in samospoštovanju, ki se v določeni družbi

pojmuje kot normalno. Odstopanje se izraža v smislu »ne imeti«, kar predstavlja revščino.

Pojem *subjektivna revščina* izraža posameznikov občutek lastne revščine. Subjektivno izražena revščina pa ni vedno enaka objektivnim ugotovitvam; dostikrat se objektivno revni »vdajo v usodo« in svojega stanja niti ne opredeljujejo kot revščino; revščina je lahko tudi izraz osebne odločitve za določen slog življenja (klošarji). Priznanje pomanjkanja je na psihični ravni tudi priznanje poraza in priznanje revščine je izraz izjemne stiske (Kersnik Bergant, 1999).

Vlade držav uporabljajo za prikazovanje revščine različne analitične mehanizme. Statistike kažejo, da je v večini družbenih sistemov od 6% do 22% populacije revne. O načinu prikazovanja revščine se odločajo posamezne države. Obstoj revščine kaže na določeno disfunkcijo gospodarskega sistema in na nezmožnost oziroma neučinkovitost države pri zagotavljanju blaginje, kar vlade nerade prikazujejo. Obenem se bojijo socialnih nemirov. Zato si izmišljajo vedno nove mehanizme za prikaz revščine.

Uradni prag revščine je tisti, za katerega so se dogovorili v določeni državi v določenem obdobju. Lahko služi kot raven, pod katero lahko ljudje zaprosijo za različne oblike socialne pomoči. Ker o tem odločajo na politični ravni in je v določeni meri odraz subjektivnih pogledov tistih, ki imajo moč odločanja, se lahko bistveno razlikuje od resnično potrebnih minimalnih virov za življenje izven revščine (Stropnik, 1994); prav tako tudi nima bistvenega vpliva ali pomena za tiste, ki nenadoma prestopijo v okrilje revščine (na primer izguba delovnega razmerja).

Stanovnik (1997) navaja analizo primerjave med članicami Evropske unije o dejavnikih, ki kažejo na večjo verjetnost pojava revščine pri posamezniku:

- nizka stopnja izobrazbe;
- samsko gospodinjstvo, še zlasti ostarelih;
- visoka starost nosilca gospodinjstva;
- gospodinjstvo brez ekonomsko aktivnih članov;
- brezposelnost nosilca gospodinjstva; tudi, če se ukvarja izključno s kmetijstvom.

Slovenija po Stanovnikovi analizi možnih dejavnikov revščine ni kazala bistvenih odstopanj.

Pojem revščina se v literaturi pojavlja tudi širše od osnovnega razumevanja, v povezavi s pomanjkanji različnih virov ali dobrin. Kersnik (2004) jo zaznava kot ekonomsko, bivanjsko, kulturno, intelektualno, osebno, duhovno ali zdravstveno revščino.

Zgodovinski vzroki revščine v vzhodnoevropskih državah

Revščina je na posameznih geografskih področjih zgodovinsko pogojena. Slovenijo so do vstopa v Evropsko unijo mednarodne statistike uvrščale med vzhodnoevropske države, ki so jih povezovale dolo-

čene skupne karakteristike, kot so narodnost (slovanška), zgodovinska dejstva, zgodovinska usoda (vojna/e), ekonomska moč in drugo.

Za razumevanje revščine moramo izpostaviti nekaj zgodovinskih dejstev, ki so vplivala na gospodarski razvoj v vzhodnoevropskih državah:

- a) vzhodnoevropske države so bile v obdobju pred drugo svetovno vojno industrijsko slabo razvite, glavna panoga je bilo kmetijstvo,
- b) med drugo svetovno vojno so pretrpele hude izgube obstoječih proizvodnih virov – človeških in industrijskih; po drugi svetovni vojni je bila zato bolj kot obnova potrebna nova industrijska izgradnja,
- c) po drugi svetovni vojni so se vzhodnoevropske države odločile za socialistično družbeno ureditev, ki je poudarjala pomen dela in enakost vseh pri delitvi dohodka,
- d) navidezna enakost je zakrivala problem obstoječe revščine, ki je »uradno« ni bilo, ker je bila politično opredeljena kot posledica kapitalističnega sistema (Stropnik, 1994),
- e) države so močno subvencionirale osnovne družbene potrebe, tako da je bilo kljub nižjim dohodkom omogočeno sicer skromnejše življenje vsega prebivalstva (Stropnik, 1994),
- f) zaprtost držav proti Zahodu in totalitarni sistem sta botrovala stagniranju znanja in gospodarstva s posledično nizko produktivnostjo.

Revščina je bila v socializmu tabuizirana tema in je veljala za izkoreninjeno (Novak, 1997). Značilno je bilo ekstenzivno zaposlovanje slabo plačanih delavcev, ki jih je pred revščino varovala polna zaposlenost in številni dodatki.

V 80. letih je pričela naraščati brezposelnost, pridružilo se je padanje realnih plač zaposlenih. S spremembo političnih, gospodarskih, tržnih in socialnih razmer v začetku 90. let je v vzhodnoevropskih državah začela naraščati tudi revščina. Države so se po padcu socializma znašle v obdobju družbene preobrazbe. Iz družbe dela/socializma države prehajajo v družbo kapitala/kapitalizma.

Pričelo se je izjemno brutalno uvajanje zgodnjekapitalističnih vzorcev delovanja na trgu delovne sile, visoka stopnja brezposelnosti, čezmerno izkoriščanje in poniževanje zaposlenih. Na eni strani narašča število ljudi, ki so življenjsko ogroženi, na drugi strani pa se ustvarja sloj vedno bogatejših. Ekonomsko močna plast postaja tudi politično močna (Jogan, 1997). Nove elite nastajajo iz družbenih skupin, ki so bile ob pravem času (tranziciji) na pravem mestu (v politiki, gospodarstvu). Sprememba lastništva povzroča novo družbeno razslojevanje. Povprečno proizvodnjo zamenjuje konkurenčna, ki je rezultat zniževanja stroškov in povečevanja produktivnosti dela (Vizjak, 1997). Zaradi nekonkurenčnosti propadajo industrij-

ski giganti, ki za seboj puščajo veliko število brezposelnih. Negativne posledice je prispevala tudi vojna v Jugoslaviji (izguba trga, begunci).

Revščina in položaj žensk v vzhodnoevropskih državah

Čeprav je v socializmu veljalo prepričanje, da so ženske enakovredne moškim in imajo enake pravice in možnosti pri zaposlovanju, šolanju, delovanju v družbenem in političnem življenju, pa vendarle podrobnejši pogled kaže drugačno podobo.

Ženske so v povojnem obdobju veliko prispevale v boju proti revščini (in še vedno prispevajo). Zaposlovanje žensk je bilo nujno za zagotavljanje družinskega prihodka, po drugi strani je država zaposlovanje žensk podpirala in ga omogočala z uvedbo brezplačnega ali subvencioniranega varstva otrok. Za preteklost (50. in 60. leta) je značilno, da so se ženske zaposlovale na slabše plačanih delovnih mestih, ker niso imele izobrazbe. V zadnjih desetletjih so ženske izobrazbeno napredovale, vendar je večji delež zaposlen v »tipično ženskih« poklicih, kjer so osebni dohodki nižji kot v poklicih, kjer prevladujejo moški z enakovredno izobrazbo. Mnogi ženski poklici so povezani z delom v manj ugodnem času (nočno, turnusno, nedeljsko, nadurno delo), kar jih dodatno obremenjuje v vlogi skrbnic za družino. Po drugi strani pa so ženske zaradi slabšega finančnega (in družbenega) vrednotenja svojega dela prisiljene delati v teh pogojih, da ohranijo življenjski standard (v Angliji je bilo npr. nočno delo v zdravstvu opredeljeno kot »social hours« in so ga opravljale tiste medicinske sestre, ki so bile v finančni stiski; te »socialne ure« pri nas marsikje postajajo nujnost). Ob upoštevanju rednega dela, dodatnega dela in »nevidnega« oziroma neplačanega dela v okviru gospodinjstva lahko trdimo, da mnoge ženske v posocialistični družbi opravljajo več kot dvojno delo, da se družina izogne revščini.

Ženske v vzhodnoevropskih državah so tudi pod drugimi družbenimi pritiski. Cerkev skuša pridobiti odločujočo vlogo v privatnem in družbenem življenju. Prepoved splava in kontracepcije pomeni ogrožanje družin in žensk, da zdrsnejo v revščino. Po statističnih podatkih je povod za revščino tudi večje število otrok ob razmeroma nizkem družinskem prihodku. Vedno več družin je enostarševskih in veliko samskih mater prejema socialno pomoč.

Nesporno je, da se evropsko prebivalstvo stara. Ženske živijo dlje od moških, kar pomeni, da večina v zadnjih letih življenja ovdovi. Samske starejše ženske so (bodo) bolj izpostavljene revščini, zaradi nižjih dohodkov med aktivnim delom in posledično po upokojitvi.

Kako nižjo družbeno ovrednotenost in grozečo revščino zaznavajo ženske? Paleczny-Zappova (1997), ki je analizirala položaj žensk v tranziciji na Poljskem,

ugotavlja, da se večina žensk ne zaveda diskriminacije v svojem poklicnem življenju, kjer so plače v tako imenovanih ženskih panogah povprečno za 20% do 30% nižje od moških. V mnogih ženskih panogah različnih držav (tekstilna, obutvena industrija), ki delujejo na robu preživetja, pa zaradi konkurenčnosti trga niti ni možnosti za izboljšanje razmer prek sindikalnega boja, ker imajo ženski kolektivi manj podpore v vladnih politikah.

Zakaj v povezavi z revščino omenjamo predvsem ženske? International Council of Nursing (dalje ICN) navaja, da ženske, predvsem samohranilke, nosijo nesorazmerno breme revščine in da je od vseh revnih 70% žensk.

Kot ugotavlja Paleczny-Zappova, so ženske bolj pod udarom brezposelnosti, so »voditeljice družinskega življenja«, kar pomeni, da se (naj)pogosteje same srečujejo z reševanjem ekonomskih problemov v družini, se ob slabših dohodkih soočajo z naraščajočimi stroški varstva in šolanja otrok, so pogosto v precepu med ideologijo o »veliki« družini, dejanskimi življenjskimi možnostmi in možnostjo nadzorovanja rojstev otrok in se, nenazadnje, ne znajo organizirati za pravičnejšo delovno-plačilno politiko (Paleczny-Zapp, 1997).

Od žensk se pogosto pričakuje, da olajšajo napekost in zmanjšujejo tesnobo v družinah, po drugi strani pa imajo partnerji in otroci družbeno (stereotipno) priznane večje potrebe (pri ženskah se pričakuje odrekanje) (Hopps et al., 1995).

Z revščino se srečujejo tudi v gospodarsko razvitih državah, zato lahko trdimo, da je revščina svetovni problem. Da so ženske posebej z revščino ogrožena skupina, ugotavlja tudi Morris (2002) v svoji analizi Ženske in revščina v Kanadi. Revščini bolj izpostavljene skupine žensk v kanadskem okolju so: samske ženske, starejše, invalidke, priseljenke in druge družbeno zapostavljene skupine. Tudi za kanadske razmere je značilna skrb žensk za gospodinjstvo, otroke, starše ali druge (tudi invalidne) sorodnike, kar ima za posledico večjo odsotnost z dela, pogostejše prekinitve delovnega razmerja, bolniške odsotnosti, nižji osebni dohodek, z dolgoročnim izidom v nižji pokojnini.

Podatke o revščini v Sloveniji v letu 2001 komentira Grah (2001) in ugotavlja:

- da je med revnimi največ starejših nad 65 let, v samskih gospodinjstvih, s slabo izobrazbo, brez lastnega stanovanja;
- sledijo gospodinjstva s tremi ali več otroki nad 16 let starosti, kjer so tudi opazali povečanje revščine v letu 1998 v primerjavi z letom 1993;
- delež revnih gospodinjstev je leta 1998 znašal 11,2%, kar pomeni, da je vsako deveto gospodinjstvo živelo v revščini;
- brez kopalnice je bilo vsako peto revno gospodinjstvo;

- 44% revnih gospodinjstev ni imelo centralnega ogrevanja.

Čeprav so podatki starejši, ob usihanju različnih proizvodnih dejavnosti in staranju prebivalstva težko ocenjujemo, da se je stanje revščine bistveno izboljšalo.

Učinki revščine

Revščina je v prvi vrsti vezana na pomanjkanje finančnih virov, zaradi česar v družini pride do pomanjkanja materialnih dobrin, ki so potrebne za zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb. Zaradi slabše zadovoljenih najosnovnejših življenjskih potreb – hrana, obleka, obutev, zavetje, je *ogroženo zdravje*, ki tudi predstavlja osnovno življenjsko potrebo. Take razmere nadalje vplivajo na zdravje, razvoj in možnost šolanja otrok (Morris, 2002). Otroci iz revnih družin imajo zaradi pomanjkanja (npr. zaradi podhranjenosti, manjših materialno-tehničnih možnosti) teoretično manjše fizične in psihične zmožnosti. Brez družbene pomoči se težko izražajo in pogosto ostanejo *brez ustrezne izobrazbe*, ki bi jim omogočila boljše plačano delo. S tem se družinski krog revščine nenehno obnavlja.

Raziskovalci v Kanadi so potrdili povezavo med družinskimi prihodki in zdravjem in ugotavljajo, da revščina vpliva prek družbenega okolja, razlik v načinu življenja, možnosti dostopa do zdravstvenega varstva ter zmanjšanega občutka lastne vrednosti in udejanjanja lastnih zmožnosti posameznika (Vermeulen, 2002). Niso pa odkrili, kako socialno ekonomski dejavniki neposredno vplivajo na zdravje. Zdravje in bolezen po ocenah zaznamujejo interakcije med vplivi družbenega okolja, fizičnega okolja, dostopa do zdravstvenega varstva ter individualnimi vedenjskimi in biološkimi odzivi.

Revščino pogosto spremlja višja stopnja umrljivosti otrok, več otroških bolezni, psihosocialnih motenj in pogostejše prekinitve izobraževanja (Vermeulen, 2002, Fuchs, 1992).

Fuchs (1992) navaja, da kljub enakim možnostim dostopa do zdravstvenega varstva, posamezne raziskave kažejo, da je umrljivost med revnejšimi sloji prebivalstva višja. Revnejši so v tesni povezavi z nižjo izobrazbo. Višja izobrazba daje več možnosti za varovanje zdravja (več znanja, več možnosti zdravega življenja, prehranjevanja, rekreacije).

Revščina povzroča tudi *psihološke obremenitve* – po eni strani si družina na vse načine prizadeva preseči posledice revščine, po drugi strani to težko udejani. Posledica so napeti, skrhani odnosi med družinskimi člani, slabši učni uspeh otrok. Hopps in sodelavci (1995) so opazili pri mladostnikih iz revnejših okolij pogostejšo delinkventnost, razvojne težave, psihološke in vedenjske motnje, probleme v šoli, moteno prilagajanje in družbeno odvisnost.

Izguba dela ali nezaposlenost povzroča občutek nepotrebnosti, neučinkovitosti, nepravilne zapostavljenosti, občutke krivde v krogu družine in vpliv na samopodobo ter osebno dostojanstvo. Psihično napekost in ponotranjen občutek krivde posamezniki pogosteje rešujejo z izrazito samodestruktivnimi mehanizmi prilagajanja kot na primer z uporabo snovi, ki vodijo v *odvisnost* (cigarete, alkohol, droge), kar posledično še poveča stopnjo revščine (Morris, 2002). Pojavijo se depresivne motnje (doživljajo jih predvsem ženske). Nemoč, ki je trajna, se stopnjuje, postaja neobvladljiva in je glavni dejavnik duševne in čustvene disfunkcije (Hopps et al., 1995). Ženske pogosto doživljajo spremenjeno samopodobo, ker težko pridobivajo potrebščine, ki jim pomagajo, da izgledajo bolj privlačne ali jim dajejo občutek privlačnosti.

Nizka samopodoba je glavna posledica revščine. Samopodoba in samovrednotenje se izražata v sposobnostih, prožnosti, občutku nadzora nad dogodki, občutku pomembnosti, zaznavanju sebe kot privlačne osebe, priznane v družbi in v zmožnosti realnega preverjanja in ocenjevanja samega sebe. Ljudje z nizko samopodobo pripisujejo neuspehe notranjim vzrokom, se samoobtožujejo, vlagajo manj truda v aktivnosti, ker imajo tudi manjše pričakovanje uspeha, pogosteje so manipulativni, odklonilni, pasivno-agresivni, avtonomni, preveč nadzorniški ali dominantni ali delujejo nasprotno od pričakovanj (Hopps et al., 1995).

Ekonomska revščina posredno povečuje stopnjo *samomorilnosti*. Povezuje se z drugimi splošnimi suicidalnimi dejavniki – z alkoholizmom, spori v družini, občutki osamljenosti, odrinjenosti, osovraženosti. Rizično skupino predstavljajo samski brezposelni moški, največkrat s podeželja (Leskošek, 1996).

Revščina sama ne povzroča kriminalnega vedenja, obstaja pa povezava (Kanduč, 1997; Morris, 2002). Zaradi občutka prikrajšanosti pri materialnih dobrinah, ki predstavljajo statusni simbol in možnost vključevanja med sovrstnike, so med mladimi opazna pogostejša premoženjska kazniva dejanja. Temu spet sledi družbena stigmatizacija. V družbi obstaja tudi strah pred revnimi in stereotipno zaznavanje in povezovanje revnih z nezakinitim vedenjem.

Revščina in družbena izključenost

Mnoge države Evropske unije so zamenjale pojem revščina s konceptom družbena izključenost (Abrahamson, 1995), kar pa ni enakovreden izraz. Revščina predstavlja omejeno obliko izključenosti, ki izhaja iz pomanjkanja sredstev, vzroki za družbeno izključenost pa so lahko številni in različni (Commins, 1995).

Družbena izključenost je položaj manjšine ljudi v postmoderni družbi, ki so odrinjeni iz prevladujoče srednje razredne večine. Abrahamson (1995) jo imenuje »podrazredna« skupina. Revni služijo kot nega-

tivni primer obstoječe slojevske hierarhije (Novak, 1994b). Ker ostajajo na dnu lestvice, jih družba označi kot nevredne, slabe in posledica je *družbena izključenost* oziroma izrinjenost na obrobje družbenega dogajanja. Pojem družbena izključenost vključuje revščino, vendar je bil razširjen še s pomanjkanjem dostopa do številnih državljskih pravic ali njihovim zanikanjem (Cummins, 1995). Izključenost iz trga delovne sile je najpogostejša oblika, ljudje pa so lahko izključeni tudi iz centrov odločanja in moči, dostopa do koristi blaginje, družinskih ali javnih sistemov, ki ponujajo mrežo javne pomoči, druženja ali moralne podpore. Ljudje doživljajo družbeno izključenost, kadar:

- trpijo splošno pomanjkanje v okviru izobraževanja, usposabljanja, zaposlovanja, bivalnih pogojev, finančnih virov;
- so njihove možnosti za pridobivanje dostopa do družbenih institucij, ki omogočajo te življenjske priložnosti, občutno manjše kot pri večini prebivalcev;
- so pomanjkanja prisotna daljši čas (Abrahamson, 1995).

Zelo občutljiva skupina so otroci, posebno mladostniki, ki so zaradi posledic revščine med svojimi sovrstniki pogosto izpostavljeni, zasmehovani in stigmatizirani, kar vpliva na samopodobo in občutek (ne)sprejetosti. Posledica je lahko slabši učni uspeh ali zamujena priložnost za nadaljevanje izobraževanja.

Revnejši imajo tudi manjše dejanske možnosti dostopa do družbenih dejavnosti, kulturnih prireditev in dobrin (knjižnice, gledališče), sodelovanja v družbenih ali prostovoljnih organizacijah – so na nek način odsotni iz aktivnega družbenega življenja (samoizključevanje) in zaradi neprepoznavnosti v okolju izključeni iz (možnega) družbenega odločanja.

Socialno izključeni so po danski definiciji (Fridberg, 1992 cit. v Abrahamson, 1995) tisti, ki so več kot občasno nezmožni zadovoljevati svoje potrebe in nezmožni skrbeti zase na načine, ki so družbeno ali individualno sprejemljivi. Skupino sestavljajo: otroci z ulice, uživalci raznih drog, kriminalci in bivši zaporniki, ljudje, ki živijo v zavetiščih, duševno bolni, ljudje v osebnih krizah in žrtve nasilja, skupine prežgodaj upokojenih, skupine, ki dolgoročno prejema družbeno pomoč, begunci in priseljenci. Značilnost teh ljudi je na splošno obrobnost ali popolna izključenost iz družbe.

»Družbena izključenost in revščina imata enake pojavne oblike, oziroma tisti, ki so izključeni iz družbe, so praviloma tudi revni in narobe: tisti, ki so revni, so praviloma tudi izključeni iz družbe« (Stanovnik, 1997).

Vsesplošnemu pomanjkanju, ki ga prinaša revščina, se pridružuje tudi vse manjša občutljivost premožnejših (lastnikov kapitala) za stiske ljudi (slojevska pripadnost), manj je humanosti, dobrote, ljubezni.

Ukrepi proti revščini

Evropska unija je imela v preteklosti različne družbene predpise. Na splošno vlade prevzemajo odgovornost za skoraj vse socialne programe, kot na primer za zaposlovanje, zdravstveno zavarovanje, socialno zavarovanje in druge ugodnosti, izobraževanje, zaščito družin ter druge. V preteklosti je za vse poskrbela država, posledica tega pa je bila pasivnost ljudi pri urejanju njihovih »družbenih« problemov.

V Sloveniji so bili socialni programi že v preteklosti dobro razviti. Imamo ureditve, ki zadevajo državo, področne ali lokalne organizacije in pomoč nevladnih organizacij.

Državni predpisi vključujejo:

- strategije socialnega razvoja,
- socialne predpise in programe,
- zakone,
- sheme socialnega zavarovanja, kot so:
 - a) zdravstveno zavarovanje
 - b) pokojninsko in invalidsko zavarovanje
 - c) zavarovanje za primer brezposelnosti
 - d) druga področja socialnega varstva, ki vključujejo ureditve glede zaposlovanja, zaščite družin, namestitvene možnosti, invalidnost, zdravstvene, izobraževalne in socialne pomoči in službe.

Vsi ti programi so prikazani v Nacionalnem programu za boj proti revščini in socialni izključenosti. V njem je poudarjeno, da je/bo preprečevanje revščine in socialne izključenosti eno od osnovnih področij socialnega varstva.

Vendar moramo vedeti, da je izvajanje zastavljenih ciljev odvisno od primarnih virov, kar pomeni od razvitosti gospodarskega sistema in trga in od možnosti premeščanja prihodkov. S tega stališča je potrebna drugačna gospodarska struktura. Prizadevanja za zaposlovanje brezposelnih je odvisno od produktivnega in konkurenčnega gospodarstva. To je najpomembnejša in istočasno najtežja naloga vlade in zahteva prioriteto.

Potrebni so dodatni izobraževalni programi za tiste, ki izgubijo delo, da se lahko vključijo v druga delovna področja. Problem predstavljajo starejši po izgubi dela, ki kljub iskanju zaposlitve težko najdejo delo, kot tudi invalidi. V ospredju je tudi potreba po povečanem zaposlovanju mladih ljudi po zaključku šolanja.

Kljub mnogim socialnim programom in podporam, ki so na voljo v Sloveniji, bodo v tranzicijskih razmerah potrebni vedno bolj restriktivni pogoji za prosilce pomoči, ker obseg sredstev ni neomejen. Pomembno vlogo v boju proti revščini imajo civilne neprofitne organizacije, vendar bi se z načrtnim povezovanjem med strokovnimi službami, civilno družbo in prostovoljnimi delom verjetno dalo storiti še marsikaj.

Revščina in zdravstvena nega

»Revščina je bolezen, ki ljudem jemlje življenjsko moč, jih razčloveči in ustvarja občutek nebogljenosti in izgube nadzora nad posameznikovim življenjem« (ICN, 2000).

Po priporočilih ICN naj bi se medicinske sestre na splošno vključevale v zmanjševanje revščine z naslednjimi aktivnostmi:

- aktivnim družbenim vključevanjem in izražanjem problemov družin in skupnosti,
- zagovarjanjem pravic in partnerskih odnosov,
- večjim usmerjanjem v družinsko zdravstveno nego in probleme skupnosti,
- vplivanjem na enakost v zdravstvenem in socialnem varstvu,
- spodbujanjem sprejemanja zdravstvenih predpisov in predpisov za boj proti revščini,
- večjim usmerjanjem v žensko populacijo in druge ranljive skupine,
- opozarjanjem na 17. oktober – Mednarodni dan ukrepor za izkoreninjenje revščine.

Strokovnjaki, ki so zaposleni v skrbstvenih poklicih (medicinske sestre, socialni delavci, učitelji, vzgojitelji), so veliko bolj občutljivi za potrebe ljudi kot posamezniki, ki so na položajih odločanja. Predvsem imajo mnogo boljši vpogled v dejanske situacije in strese družin in družinskih članov kot tisti, ki se z njimi ne srečujejo, čeprav na osnovi predpisov odločajo na primer o finančnih pomočeh. S tega stališča je jasno, da bi bilo med skrbstvenimi praksami dobro organizirati povezano odkrivanje in zmanjševanje revščine.

Različni strokovnjaki bi se lahko povezovali v določenih programih, ne le za odkrivanje revščine, ampak tudi za izpostavljanje dejstva, da je toliko in toliko ljudi zaradi revščine ogroženih pri svojem bio-psiho-socialnem obstoju ali razvoju. Posebno patronažne medicinske sestre, medicinske sestre v zdravstvenih domovih, šolah vsakodnevno srečujejo zaradi revščine ogrožene ljudi.

Medicinske sestre imajo v odkrivanju revščine najbolj neposredno vlogo. Ker vstopajo v družinsko življenje v različnih starostnih obdobjih in pri različnih problemih v zvezi z zdravjem, imajo možnost ocenjevanja dejanske situacije skozi daljše obdobje in ob tem možnost zaznavanja revščine, ki jo prizadeti izražajo ali ne. Zaradi svoje vloge imajo možnost odkrivati prikrito revščino, ki je prisotna pri skupinah prebivalcev, ki po ocenjevalnih lestvicah (finančnih) ne sodijo v krog revnih ljudi. Take skupine so poleg skupin brez ali z nizkimi finančnimi prihodki tudi ljudje s posebnimi potrebami – starejši samski ljudje, invalidi, kronično bolni, matere samohranilke z nižjo izobrazbo, samske matere ali vdove z več otroki, nižje izobraženi, ljudje z manjšim intelektualnim potencialom, ki se težko znajdejo v družbi, družbeno ne-

prilagodljivi ljudje, begunci, bivši zaporniki, priseljenci in drugače stigmatizirane skupine prebivalcev.

Revščina je mnogokrat prisotna v družinah, ki jih nobena statistika ne zaznava kot revne. Sem spadajo družine alkoholikov, narkomanov ali drugače zasvojenih posameznikov, katerih osnovni prihodki so dokaj visoki, dejanske razmere pa dostikrat obupne.

Žal medicinske sestre kot profesionalna skupina nimajo vidnejšega vpliva na vladne odločitve. Vendar taka ugotovitev ne pomeni, da v zvezi z revščino ne moremo storiti ničesar. Res je, da ne moremo ponuditi finančne pomoči, niti vplivati na povečanje zaposlovanja, lahko pa pomagamo z izpostavljanjem problemov, s katerimi se ljudje srečujejo v konkretnem življenju. Kot vemo, veliko ljudi priznanje revščine občuti kot ponižanje osebnega dostojanstva. Zato kljub težkim razmeram, v katerih marsikdaj živijo, tega ne priznavajo kot revščino. Revščina je bila v preteklosti družbena stigma – zaznavala se je kot krivda posameznika ali družine za svoje stanje (»kaj pa imajo toliko otrok«; »sam si je kriv, da nima izobrazbe in s tem boljšega delovnega mesta, zakaj se pa ni učil«; »če bi delali drugače, pa ne bi bili revni«). Deloma tudi posamezniki izgubijo svojo pozitivno samopodoba in začnejo kriviti sebe za nastalo situacijo. Zaradi slabšalnega prizvoka in stigme se mnogi ljudje na vse načine izogibajo priznanju, da živijo v pomanjkanju (jih je sram zaprositi za pomoč, ne prevzamejo materialne pomoči, da katere bi bili upravičeni, oziroma se izogibajo razmišljanju o lastnih aktivnostih v tej smeri (»kaj pa bodo ljudje rekli, če grem po pomoč na Karitas?«). Mnogi prosilci pomoči se znajdejo tudi v zelo nedostojanstvenih okoliščinah, ko morajo na primer ob neustreznem času, neugodnih vremenskih razmerah čakati v vrstah za pomoč, ko zmanjka »paketov«, ko nekdo ugotovi, da niso upravičeni do pomoči, ker upošteva neke druge kriterije, ne pa človekovo trenutno stisko. Taki ljudje ne doživljajo le bremena revščine, temveč tudi breme družbenega ali individualnega nerazumevanja (pomanjkanje empatije). Na drugi strani posredovalci pomoči v takih okoliščinah, kot kaže, nimajo ustreznega odnosa in znanja, ko vzdržujejo ali zagovarjajo tako nedostojanstvene okoliščine.

Medicinske sestre bi v okviru etike skrbi, ki je po Tronto, Sevenhuisen in Bowden sestavina državljan-skih pravic in dolžnosti, in predvsem domena žensk (politične odločitve ne izhajajo iz etike skrbi) (Tronto, 1993; Bowden, 1997; Sevenhuisen, 1998), po strokovni strani pa neobhodna sestavina kakovostne obravnave in spoštovanje načela zagovornišva uporabnikov, morale bolj izpostavljati probleme svojih varovancev in se zavzemati za večje razumevanje potreb ranljivih skupin v družbi. Slednje temelji na znanju, ki je temelj prepoznavanja problemov, in na večji proaktivni udeležbi v lastni praksi in v družbenem dogajanju, kjer medicinske sestre do sedaj niso bile vidno prisotne.

Kaj morajo vedeti in na kaj morajo biti medicinske sestre pozorne v zvezi z revščino?

Poleg že omenjenega bi se medicinske sestre na vseh delovnih področjih morale zavedati psiholoških sprememb, ki se pojavijo pri ljudeh v revščini. Ni vedno bolezen tista, ki povzroči duševno stisko. Raziskovalci v ZDA so ugotovili, da imajo otroci iz revnih družin pogosto motnje v družbenem vedenju in so slabše prilagojeni, kar je posledica socialne izključenosti.

Abernathy in sodelavci (2002) so raziskovali povezavo med revščino in zdravjem pri adolescentih. Ugotovili so, da je negativni vpliv na zdravje tesno povezan z družinskim prihodkom, vplivajo pa tudi socialno okolje, razlike v življenjskem slogu, dostop do zdravstvenih storitev, nizka samopodoba in pomanjkljivo samoobvladovanje/nadzor nad sabo. Na samopodobo in samonadzor pa je v okoliščinah revščine pozitivno vplival obseg fizične aktivnosti adolescentov in možnost dostopa do športnih aktivnosti.

Ljudje, ki nenadoma izgubijo zaposlitev in ostanejo brez sredstev za preživljanje, dostikrat postanejo depresivni in pasivni. Duševne krize ne povzročajo toliko pomanjkanje materialnih dobrin ali prehrabnih artiklov, kot nezmožnost poravnavanja družbenih obveznosti in posledični družbeni pritiski in »grožnje«. Po slovenskih neuradnih statistikah vedno več ljudi ni sposobno sproti plačevati položnic, vendar jih uradna statistika ne zaznava kot revne.

Biti zdrav je najosnovnejša človekova potreba in tudi družbeno priznana osebna pravica posameznika. To ne pomeni, da je družba v celoti odgovorna za posameznikovo zdravje – za ohranitev zdravja je odgovoren v prvi vrsti vsak posameznik sam, tudi v revščini. Na tem področju je možen velik prispevek medicinskih sester – z izobraževalnimi programi, kako se izogniti vplivom slabšega življenja na zdravje (na primer preprečevanje podhranjenosti, anemije, pomanjkanja vitaminov, kako preprečevati bolezni, kateri so negativni dejavniki, ki slabo vplivajo na zdravje – kajenje, alkohol). Razne oblike podhranjenosti, ki so posledica enoličnega, cenenega prehranjevanja, je možno preprečiti s svetovanjem o izbiri nadomestnih živil, ki omogočajo biološko polnovrednost.

Revščina – pomanjkanje osnovnih sredstev za normalno življenje v določeni družbi – povzroča ponovni pojav nekaterih nalezljivih bolezni, ki so bile v preteklosti dovolj dobro obvladane. Ena od njih je tuberkuloza in mnoge države poročajo o povečanju števila obolelih. Zdrav način življenja in dejavnike, ki pripomorejo k slabšanju ali ogrožanju zdravja, je treba ljudem prikazati na primeren način.

Razvoj in rast otrok iz revnih družin bi bilo potrebno poleg načrtovanih obiskov in pregledov spremljati bolj pogosto in usmerjeno, da bi pravočasno sestavili načrte za preprečitev slabšanja zdravstvenega stanja, kadar bi ga zaznali. Ob tem je treba poudariti, da v

naših šolah še vedno nihče ne pogreša medicinske sestre, kaj šele profesorja zdravstvene vzgoje, ki bi lahko spremljala stanje »ogroženih« otrok.

Patronažne medicinske sestre bi morale imeti možnost za boljše spremljanje starejših ljudi, ne po sistemsko določenem (določeno število obiskov letno), ampak v okviru individualnega pristopa (po potrebah ljudi in lastni strokovni presoji potreb). V zdravstveni negi bi se morali zavzemati za to, da se staranje revnejših vključi v dolgoročne načrte zdravstvene nege, posebno na podeželju. Potrebni bo več virov – človeških, profesionalnih, materialnih, za tiste ljudi, ki ne bodo imeli dovolj sredstev za plačilo. (Še tako dobro organizirana družbena pomoč na domu za posameznika ne bo imela pomena, če ne bo imel sredstev za plačilo.) Pri starejši populaciji se moramo zavedati, da ni pomembna samo pričakovana življenjska doba (ki je pomembna za državno statistiko), temveč kakovost življenja posameznika (individualno doživljanje življenja).

Vstopanje medicinske sestre v revno družino ali gospodinjstvo mora biti nevsiljivo, prijateljsko in z zavestnim namenom pomagati ljudem v stiski. Ljudje morajo občutiti, da jim medicinska sestra želi pomagati, in ne, da nadzoruje njihovo situacijo. Ko vzpostavijo ustrezno stopnjo zaupanja, bi medicinska sestra lahko postala »posredovalka« ali pobudnica materialne pomoči (posredovanje med službami, ki delijo pomoč, in uporabniki, svetovanje glede potreb itd.). Če bomo v revni družini razlagali, katere drage čistilne pripomočke in sredstva za osebno higieno naj nabavijo, ker je od njih odvisno zdravje družinskih članov, bomo naleteli na nezaupanje in odklonilno vedenje. Vendar vemo, da se higienske navade privzgaajo od otroštva dalje in vplivajo na ohranitev zdravja. Zato bi v takih primerih medicinske sestre s stališča varovanja zdravja morale imeti možnost vplivanja in soodločanja pri delitvi materialnih pomoči družinam.

Možnosti organiziranja pomoči revnim je še veliko. V povezavi z organiziranjem prostovoljnega dela bi lahko povzeli določene preizkušene vzorce skrbi za posameznike iz tujine, (kot na primer odpiranje neprofitnih »trgovin« z rabljenimi artikli – oblačila, otroški vozički, gospodinjska oprema »iz druge roke«, kjer bi ljudje organizirano darovali nepotrebne uporabne artikle in kjer bi revnejši za ohranitev svojega dostojanstva potrebne dobrine za nizko ceno kupili in se s tem rešili občutka drugačnosti ali nedostojanstva ob prejemanju pomoči). Za brezposelne oziroma tiste, ki so izgubili delo, bi lahko organizirali delovne servise po vzoru študentskih servisov, saj mnogo ljudi potrebuje občasne ali pa ponavljajoče se drobne storitve in usluge, kot so pomoč v gospodinjstvu, urejanje okolice, manjša popravila itd. To ne pomeni, da bi medicinske sestre vodile take dejavnosti; pomeni le, da bi z idejami, povezovanjem in posredovanjem skrbstvenih praks v boju proti revščini lahko dosegli bistveno več.

Slovenska populacija se neizogibno stara. Po Klemenc (2003) zdravstvena nega vendarle razmišlja o novi vlogi in o oblikah razvoja in delovanja v družbi. Možnosti in ideje so številne, tudi glede možne vloge zdravstvene nege v boju proti revščini. Na tem področju bo potrebno prestopiti stroge okvire medicinskega pojmovanja vloge zdravstvene nege in jih približati socialnemu pogledu. Povezovanje različnih skrbstvenih praks pa tudi civilnih združenj in prostovoljnih organizacij bo v neposrednih okoljih moralo postati nujnost, če se želimo aktivno vključiti v reševanje problemov kot je omejevanje (vplivov) revščine ali skrb za starejše, ki bodo tudi v prihodnje zaradi objektivnih vzrokov izpostavljeni revščini in slabši kakovosti življenja.

Sklep

Posledica prelivanja kapitala iz družbenega v zasebni sektor, iskanje cenejših oblik proizvodnje in ukinjanje gospodarskih dejavnosti in podjetij bo v državah v tranziciji vedno večje družbeno razlikovanje. Revščina je pojav, ki se ga ob preteči gospodarski krizi moramo zavedati kot trajen pojav, čeprav različne uradne statistike predstavljajo podatke o nasprotnem. Obstajajo različne skupine ljudi, pri katerih lahko z gotovostjo sklepamo, da bodo prej ali slej žrtve revščine, medtem ko pri vstopanju v Evropo pravzaprav še ni jasno ali se bodo naše gospodarske možnosti izboljšale ali slabšale. Staranje prebivalstva in naraščanje števila »odpuščenih« delavcev, nezmožnost zaposlovanja mladih in družbeno obrobni skupin zaposlenim v skrbstvenih praksah ne ponuja ravno optimističnih pogledov na reševanje problema revščine. Še več, vedno bolj se zavestno soočamo s potrebami vključevanja revščine v programe dela, tudi na področju zdravstvene nege. Ženske v skrbstvenih praksah se srečujemo z drugačnimi obrazi revščine, kot jo prikazuje uradna statistika; namreč z dejanskimi stiskami in problemi ljudi ter neposredno skrbjo za tiste, ki jih je revščina tako ali drugače prizadela. Zato bi morale s stališča etike skrbi tudi bolj aktivno posegati v državne odločitve, ki zadevajo naše uporabnike. S sprejemom zakonske ureditve zdravstvene nege se bodo pristojnosti zdravstvene nege razširile in s kandidature medicinskih sester na volitvah se bodo tudi praktično prikazale možnosti za aktivnejše sodelovanje zdravstvene nege pri urejanju širših problemov v družbi. Določenih problemov, kot je na primer revščina, brez sodelovanja različnih skrbstvenih praks in povezovanja z drugimi družbenimi organizacijami ne bo možno reševati »na različnih bregovih«. V zdravstveni negi je pomembno, da začnemo o revščini bolj pogosto razmišljati – strokovno in praktično. Revni so bolj ogroženi in imajo tudi dejansko večje probleme z zdravjem; zato se bodo pojmi revščina, zdravje, ženske in zdravstvena nega tudi v bodoče neločljivo prepletali.

V izobraževanje je potrebno vključiti kritične analize širše družbe (Thorne, 1997 cit. v Messias, 2001). Medicinske sestre se morajo bolj vključevati v raziskovanje, kako različni dejavniki v povezavi z revščino učinkujejo na zdravje in zdravstveno varstvo.

Ko začnemo razmišljati o problemu, se porajajo ideje – in ni nujno, da so vse slabe.

Literatura

1. Abernathy TJ, Webster G, Vermeulen M. Relationship between poverty and health among adolescents. *Adolescence* 2002; 37(145): 55–67.
2. Abrahamson P. Social Exclusion in Europe: Old Wine in New Bottles? *Družboslovne razprave* 1995; 11(19-20): 119–36.
3. Bosnič D. Kdaj je kdo reven in na kakšen način. *Bilten* 1996; 13(27): 27–37.
4. Bowden P. *Caring. Gender sensitive ethics*. Routledge, New York and London, 1997.
5. Commins P. Social Exclusion in the Context of the European Union's Third Poverty Programme. *Družboslovne razprave* 1995; 11(19-20): 137–50.
6. Fuchs VR. Poverty and health: asking the right question. *Am Econ* 1992; 9. <http://www.highbeam.com/library/doc3>
7. Grah M. Poročilo o človekovem razvoju za Slovenijo: Sto obrazov revščine. Ljubljana: Delo: Sobotna priloga, 7. 4. 2001: leto XLIII, št.
8. Hopps JG, Pinderhughes E, Shankar R. *The Power to Care: Clinical Practice Effectiveness with Overwhelmed Clients*. The Free Press, New York, 1995.
9. International council of nurses (Nursing Matters). ICN on Poverty and Health: Breaking the link. http://www.icn.ch/matters_poverty
10. Jogan M. Človeške stiske, neenakost, solidarnost. *Rast* 1997; 8: 370–2.
11. Kanduž Z. Ekonomske določilnice gibanja in strukture kriminalnega vedenja. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo* 1997; 48(4): 394–406.
12. Kersnik Bergant M. Revščina in neenakost. *Razgledi* 1999; 11: 13–4.
13. Kersnik J. Srečanje bolnika v splošni ambulanti z revščino. *ZD Kranjska gora. Predavanje*. http://www.drmed-mb.org/predavanja/Srečanje_%20zdravnika%20z%20revscino_datoteke/...
14. Klemenc D. Skrb v zdravstveni negi ali zdravstvena nega v (o)skrbi. *Obzor Zdr N* 2003; 37: 99–106.
15. Leskošek F. Ekonomska revščina in samomor. *Zdrav var* 1996; 35: 7–13.
16. Messias Hilfinger DK. Globalization, Nursing and Health for All. *J of Nurs Schol* 2001; 3. <http://www.highbeam.com/library/doc3>
17. Morris M. Women and poverty. *Canadian Research Institute for the Advancement of Women*, 2002. http://www.criaw-icref.ca/Poverty_fact_sheet
18. Novak M. Antropologija revnega vsakdana. *Tretji dan* 1994 a; 23(9): 23–6.
19. Novak M. Sociologija revščine. *Tretji dan* 1994 b; 23(10-11): 18–22.
20. Novak M. Razvoj evropskih modelov države blaginje. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 1997.
21. Paleczny Zapp M. Tranzicija in položaj žensk na Poljskem. *Soc delo* 1997; 36(2): 135–9.
22. Sevenhuisen SL. *Citizenship and the Ethics of Care*. Routledge, New York and London, 1998.
23. Stanovnik T. Revščina in marginalizacija prebivalstva v Sloveniji. *Družboslovne razprave* 1997; 13(24-25): 23–39.
24. Stropnik N. Revščina: teoretični pristopi in mere. *Slovenska ekonomska revija* 1994; 5: 490–504.
25. Tronto J. *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care*. Routledge, New York and London, 1997.
26. Vermeulen M. Relationship between poverty and health among adolescents. (Statistical Data Included). <http://www.highbeam.com/library/doc.3.asp>
27. Vizjak I. Razvoj vedno terja davek. *Rast* 1997; 8: 374–5.