

OSNAŽENOST ŽENA U ISTOČNOAFRIČKOJ ZAJEDNICI: DETERMINANTE I POVEZANOST SA REPRODUKTIVNIM ZDRAVLJEM

Uvod

Stvaranje bolje budućnosti za sve bez osnaživanja žena je praktično nemoguće. Iako se samo peti cilj održivog razvoja (COR) fokusira direktno na rodnu ravnopravnost, deset od sedamnaest COR prepoznaje ključnu ulogu žena u održivom razvoju (1). Osnaženost, koncept koji se pojavio 1920-ih a dobio je na značaju 1970-ih, i definiše se kao omogućavanje pojedincima da razumeju vezu između svojih akcija i ishoda, što im omogućava postizanje željenih rezultata kroz promišljeno donošenje odluka. U vezi sa zdravljem, osnaženost se posmatra kao proces sticanja kontrole kroz unapređenje resursa, razvoj veština i izgradnju kapaciteta koji pozitivno utiču na živote. Osnaženost žena je naročito važna za rešavanje zdravstvenih nejednakosti u regionima kao što je Istočnoafrička zajednica (IAZ), gde se žene suočavaju sa sistemskim barijerama u pristupu zdravstvenoj zaštiti. Promocija zdravlja, kao proces omogućavanja pojedincima da povećaju kontrolu nad svojim zdravljem, igra značajnu ulogu u podsticanju osnaženosti. Stoga je razumevanje determinanti osnaženosti ključno. Ovi faktori značajno variraju između i unutar regiona.

Osnaženost žena donosi korist kako na individualnom tako i na društvenom nivou, opremajući žene veštinama i samopouzdanjem za pregovaranje o odlukama koje utiču na njihovo zdravlje i dobrobit. Brojne studije su pokazale pozitivnu povezanost između osnaženosti žena i zdravstvenih ponašanja kao što su: korišćenje zdravstvene zaštite majki, upotreba kontracepcije, testiranje na HIV, pregovaranje sa partnerom o korišćenju kondoma, i u oblikovanju reproduktivnih odluka, uključujući mogućnost određivanja idealnog broja dece, pravljena razmaka između porođaja. Međutim, multidimenzionalna priroda osnaženosti znači da određeni indikatori mogu pokazivati i negativne ili mešovite asocijacije (2,3). Zbog te multidimenzionalnosti, različiti autori su formulisali dimenzije i domene, kreirali indekse i uporedive mere za analizu osnaženosti (4–6). Jedan od njih je SWPER indeks (Survey-Based Women's Empowerment index, Indeks osnaženosti žena zasnovan na anketama), koji je razvijen 2017. godine od strane Ewerling i sar. (5,7) za evaluaciju osnaženosti u zemljama u razvoju u Africi i na globalnom nivou.

U mnogim afričkim društvima, reproduktivna uloga žene je pod uticajem kulturnih, religijskih i društvenih normi koje povezuju ženinu vrednost sa njenom plodnošću. Rađanje dece u mlađim godinama se često podstiče, uz društveni pritisak i patrijarhalna očekivanja koja teraju žene da imaju više dece nego što bi same želele. U nekim kulturama, žena se smatra zaista udatom tek nakon što rodi, a ukoliko žena ne rodi decu to može dovesti do društvene isključenosti. Ovaj pritisak može naterati žene da rađaju decu bez obzira na ličnu ili finansijsku spremnost. Štaviše, dečji rad, naročito rasprostranjen u istočnoj Africi, takođe utiče na percepciju veličine porodice, budući da se od dece često očekuje da doprinose ekonomski i pomažu u kućnim obavezama (8).

Većinu vremena, zbog gore navedenih razloga, žene, posebno one manje osnažene, mogu osetiti pritisak da se prilagode željama svojih supružnika ili društva; nedostaje im samopouzdanje da pregovaraju i zadrže kontrolu nad reproduktivnim ishodima u slučaju da se njihovi fertilitetni ciljevi razlikuju od muževih. Ovo se najčešće primećuje kod žena sa karakteristikama manje osnaženosti (9). Istraživanja su pokazala da žene koje smatraju da njihovi muževi žele više dece od njih ili ne znaju muževljeve fertilitetne želje, koriste kontracepciju tajno (10).

Ova studija se fokusira na IAZ, regionalni blok od osam zemalja članica sa populacijom od preko 300 miliona, od kojih preko 60% čine žene. IAZ ima za cilj stvaranje jake političke i ekonomske alijanse uz poboljšanje dobrobiti građana, uključujući inicijative za osnaživanje žena i promociju zdravlja. Uprkos značajnom napretku u obrazovanju, političkom uključivanju i učešću na tržištu rada, i dalje postoje trajne nejednakosti. Barijere kao što su ograničen pristup obrazovnim mogućnostima, finansijskim resursima i digitalnim alatima neravnopravno pogađaju žene. Štaviše, štetne prakse poput rodno zasnovanog nasilja, genitalne mutilacije i nejednakog vlasništva nad zemljom i dalje potkopavaju zdravlje i osnaženosti žena u regionu. Takođe, u zemljama poput Burundija, ograničen pristup osnovnim medicinskim uslugama, nedostatak radne snage u zdravstvenoj zaštiti i niska svest zdravstvenih radnika o prevenciji raka grlića materice pogoršavaju zdravstvene nejednakosti (11,12) .

Brojne studije su koristile podatke Demografskih i zdravstvenih anketa (Demographic and Health Survey - DHS) (4,13) za analizu determinanti osnaživanja žena unutar i između zemalja i kontinenata, a neke su ispitivale vezu između osnaženosti žena i fertilitetnih preferencija u zemljama sa niskim i srednjim prihodima. Međutim, većina studija se fokusirala na zapadnu Afriku, Aziju ili Latinsku Ameriku, čak i one koje su se bavile zemljama u razvoju, uključivale

su pojedine zemlje IAZ-e individualno i davale generalizovane zaključke izvedene iz širokog spektra zemalja u razvoju širom sveta (14).

Koliko je nama poznato, do sad nije istražena povezanost osnaženosti sa reproduktivnim zdravljem žena u IAZ. Ova studija koristi podatke DHS i SWPER indeksa da identifikuje determinante osnaženosti žena i da ispita povezanost osnaženosti sa reproduktivnim zdravljem žena koje žive sa partnerom u bračnoj ili vanbračnoj zajednici.

Hipoteze

- Stariji uzrast, prisustvo dece, monogamija, urbano mesto stanovanja, primanje plate za rad, viši indeks bogatstva, viši nivo pismenosti, žena kao glava domaćinstva i ženina zarada veća od muževljeve pozitivno su povezani sa osnaženošću žena u domenima socijalne nezavisnosti, stava prema nasilju i donošenja odluka.
- Što je žena osnaženija u sva tri domena, socijalnoj nezavisnosti, stavu prema nasilju i donošenju odluka, veće su šanse da postigne svoj idealni broj dece, da koristi savremene metode kontracepcije i antenatalnu zdravstvenu zaštitu.

Ciljevi

- Proceniti nivo osnaženosti žena u Istočnoafričkoj zajednici koristeći SWPER indeks;
- Ispitati povezanost demografskih i socijalno ekonomskih determinanti i osnaženosti žena;
- Istražiti odnos između nivoa osnaženosti žena i postizanja idealnog broja dece, korišćenja savremenih metoda kontracepcije i korišćenja antenatalne zdravstvene zaštite.

Materijal i metode

Ova studija je sekundarna analiza podataka prikupljenih kroz Demografsku i zdravstvenu anketu. Studija će obuhvatiti žene u reproduktivnom periodu (uzrasta 15-49 godina) na području IAZ. Područje studije, IAZ, obuhvata zemlje članice: Burundi, Demokratsku Republiku Kongo, Keniju, Ruandu, Somaliju, Južni Sudan, Ugandu i Tanzaniju.

Biće korišćeni podaci DHS sprovedeni u periodu od 2010. do 2025. U navedenom periodu DHS su sprovedene u svim zemljama IAZ izuzev Somalije i Južnog Sudana. Uključene zemlje imaju

podatke iz različitih faza DHS-e: faza 6 (Demokratska Republika Kongo 2013-14), faza 7 (Burundi 2015-16, Uganda 2016, Ruanda 2019-20) i faza 8 (Kenija 2022, Tanzanija 2022).

Zbog razlika u podacima između faza, biće korišćene samo varijable zajedničke za sve zemlje zajednice i faze DHS, a baze za pojedinačne zemlje će biti spojene kako bi se obezbedila konzistentnost u analizi. Budući da su samo udate žene ili one koje žive sa partnerom dobile pitanja o osnaženosti žena, ova studija će se fokusirati na te žene. Uzorak ispitanika u DHS je biran za svaku zemlju kao reprezentativni dvostepeni stratifikovani uzorak. Sekcija metodologije DHS izveštaja detaljno objašnjava metode uzorkovanja za svaku zemlju i fazu (15). U zemljama za koje ćemo raditi analizu ukupno je ispitano 109644 žena u reproduktivnom dobu, a u analizi će biti uključene one koje žive u braku ili partnerskom odnosu, ukupno 67125 žena.

Varijable

A. Određivanje nivoa osnaženosti i njegove povezanosti sa demografskim i socijalno-ekonomskim determinantama

1) Nezavisne varijable: determinante osnaženosti žena

Na osnovu pregleda literature, utvrđenih zdravstvenih determinanti, ciljeva ove studije i dostupnih podataka u DHS skupu podataka, identifikovali smo sledeće determinante osnaženosti žena koje će služiti kao nezavisne varijable: uzrast žene, prisustvo žive dece (da/ne), tip braka (monogamni/poligamni), pol glave domaćinstva, mesto stanovanja (urbano/ruralno), žena je plaćena za rad, razlike u zaradi u odnosu na supruga, pismenost i indeks bogatstva.

2) Zavisne varijable: domen osnaženosti žena

SWPER indeks će biti korišćen za procenu nivoa osnaženosti žena. Indeks se zasniva na 15 pitanja iz DHS i široko se koristi za evaluaciju osnaženosti žena u zemljama u razvoju. Indeks obuhvata tri domena - stav prema nasilju, socijalnu nezavisnost i donošenje odluka. Izračunata vrednost SWPER indeksa po domenima će biti prekodirana kao slabo, srednje i vrlo osnažene žene. Podela na kategorije će se izvršiti primenom standardizovanog SWPER indeksa. SWPER indeks je standardizovan globalno po regionima i za kategorizaciju će biti korišćena standardizacija za region istočne Afrike (5,7).

B. Povezanost između osnaženosti žena i reproduktivnog zdravlja

1) Ishodne varijable

Prva ishodna varijabla je dihotomna mera koju smo nazvali "ženski fertilitetni cilj ispunjen" koja pokazuje da li je žena postigla svoj idealni broj dece ili ne. Ova varijabla nije originalno iz DHS-a, već će biti izvedena oduzimanjem ženinog idealnog broja dece od broja žive dece.

Drugi ishod se odnosi na korišćenje savremenih metoda kontracepcije. Ovo će biti analizirano na osnovu pitanja koja se odnose na metode kontracepcije koje žena koristi, dužinu korišćenja kontracepcije, nameru za korišćenje kontracepcije, i razloge za nekorisćenje kontracepcije.

Treći ishod se odnosi na korišćenje zdravstvene zaštite u toku trudnoće i porođaja. Biće analizirani: vreme prve posete i broj poseta lekaru, babici, medicinskoj sestri u toku trudnoće, kao i prisustvo stručne pomoći na porođaju.

2) Nezavisne varijable

Kao nezavisna varijabla biće analiziran SWPER indeks osnaženosti za žene. Procedura je već navedena gore.

3) Kontrolne varijable

Uzimajući u obzir varijable uključene u SWPER indeks, pregled prethodnih istraživanja i dostupne varijable u DHS podacima, kao kovariate ćemo uključiti: uzrast žene, mesto stanovanja, nivo pismenosti, indeks bogatstva, udaljenost do zdravstvene ustanove, zdravstveno osiguranje, broj članova domaćinstva.

Statistička analiza

Prvo će biti sprovedena deskriptivna analiza uzorka korišćenjem metoda deskriptivne statistike. Zavisno od tipa varijabli i normalnosti raspodele, deskripcija podataka biće prikazana je kao apsolutni broj i procenat, aritmetička sredina $\pm$ standardna devijacija ili medijana (min-max). Za ocenu populacionih parametara koristićemo 95%-tni interval poverenja. Od metoda za testiranje statističkih hipoteza koristiće se: t-test, Mann-Whitney test, hi-kvadrat test, Fisherov test tačne verovatnoće, Analiza varijanse ili Kruskal-Wallis test. Od metoda za analizu povezanosti

primeniće se Pearsonov koeficijent linearne korelacije ili Spearmanov koeficijent korelacije rangova.

Za analizu veze između pretpostavljenih determinanti i osnaženost žena koristićemo ordinalnu logističku regresiju. Prvo ćemo sprovesti univarijantnu analizu, a zatim multivarijantnu (nakon provere multikolinearnosti). Za analizu povezanosti između osnaženosti žena i postizanja idealnog broja dece, korišćenja kontracepcije i korišćenja zdravstvene zaštite ćemo koristiti binarnu logističku regresiju u dva koraka: univarijantna analiza praćena multivarijantnom (sa kontrolom za relevantne kovariate). U multivarijantne regresione modele uključiće se prediktori iz univarijantnih analiza koji su bili statistički značajni na nivou značajnosti od 0,05. Statističke hipoteze biće testirane na nivou statističke značajnosti (alfa nivo) od 0,05. Rezultati će biti prikazani tabelarno i grafički. Svi podaci biće obrađeni u IBM SPSS Statistics 29 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) softverskom paketu ili R programskom okruženju (R Core Team, 2025).

Etička odobrenja

Dozvola za pristup podacima (priložena u dokumentaciji) je dobijena od arhivara podataka DHS programa (potvrda od 19.12.2024). Uz ovo odobrenje, od svakog istraživača se zahteva da rukuje skupovima podataka poverljivo i da ih koristi isključivo u svrhe navedene u svom zahtevu. Nije potrebno direktno pribaviti pristanak za učešće od učesnika. Biće takođe pribavljena odluka Etičke komisije Medicinskog fakulteta u Beogradu.

Doprinos studije

Ova disertacija predstavlja značajan naučni doprinos na više nivoa, kako u oblasti javnog zdravlja, tako i u multidisciplinarnom istraživanju rodne ravnopravnosti i zdravlja žena u kontekstu zemalja u razvoju. Studija analizira osnaženost žena u nedovoljno istraženom prostor IAZ, regionalnog bloka sa specifičnim socijalnim, ekonomskim i kulturnim izazovima, i ispunjava višestruke praznine u literaturi fokusiranoj na osnaženost žena i njegovo dejstvo na reproduktivno zdravlje. Prvi naučni doprinos ogleda se u primeni standardizovanog i međunarodno priznatog alata za merenje osnaženosti žena – SWPER indeksa – u analizi podataka za šest zemalja IAZ. Time je omogućeno sistematsko i metodološki konzistentno upoređivanje nivoa osnaženosti žena u različitim kontekstima unutar regiona. Disertacija

unapređuje primenu ovog indeksa kombinovanjem podataka iz više faza DHS, uz rigoroznu obradu i usklađivanje podataka, što omogućava tačnije zaključke.

Drugi doprinos je u identifikaciji ključnih demografskih i socioekonomskih determinanti osnaženosti žena u IAZ. Ova analiza uvid u faktore koji doprinose ili ograničavaju osnaženost, uključujući starost, pismenost, zaposlenost, tip bračne zajednice i razlike u prihodima. Razumevanje ovih faktora omogućava kreiranje ciljanih intervencija, politika i programa za unapređenje položaja žena u različitim društveno-kulturnim kontekstima.

Treći važan doprinos disertacije leži u analizi povezanosti između osnaženosti žena i tri važna indikatora reproduktivnog zdravlja: postizanja željenog broja dece, korišćenja savremenih metoda kontracepcije i pristupa antenatalnoj zdravstvenoj zaštiti. Ovakav pristup doprinosi razumevanju načina na koji osnaženost utiče na konkretna zdravstvena ponašanja i ishode. Posebno je značajno što disertacija razmatra višedimenzionalnu prirodu osnaženosti (stav prema nasilju, socijalna nezavisnost i donošenje odluka), čime omogućava dublju analizu mehanizama kroz koje osnaženost deluje na zdravlje.

Rezultati disertacije mogu doprineti izgradnji lokalno relevantnih, rodno osetljivih javnozdravstvenih strategija, zasnovanih na dokazima, koje imaju za cilj unapređenje zdravlja i dobrobiti žena, njihovih porodica i zajednica. Studija, samim tim, ne samo da obogaćuje akademsku literaturu, već i nudi konkretne smernice za donosiocce odluka, međunarodne organizacije i lokalne zdravstvene sisteme u IAZ i sličnim regionima.

Literatura

1. UN women. Sustainable Development Goals | UN Women Transparency Portal. Accessed 2025 May 14. <https://open.unwomen.org/en/SDGs>.
2. Lewis TP, Ndiaye Y, Manzi F, Kruk ME. Associations between women's empowerment, care seeking, and quality of malaria care for children: A cross-sectional analysis of demographic and health surveys in 16 sub-Saharan African countries. *J Glob Health*. 2022;12:04025.
3. Bello FO, Musoke P, Kwena Z, Owino GO, Bukusi EA, Darbes L, et al. The role of women's empowerment and male engagement in pregnancy healthcare seeking behaviors in western Kenya. *Women Health*. 2019;59(8):892–906.
4. Soharwardi MA, Ahmad TI. Dimensions and determinants of women empowerment in developing countries. *Int J Sustain Dev Plan*. 2020;15(6):957–64.

5. Ewerling F, Lynch JW, Victora CG, van Eerdewijk A, Tyszler M, Barros AJD. The SWPER index for women's empowerment in Africa: development and validation of an index based on survey data. *Lancet Glob Heal*. 2017;5(9):e916–23.
6. Miedema SS, Haardörfer R, Girard AW, Yount KM. Women's empowerment in East Africa: Development of a cross-country comparable measure. *World Dev*. 2018;110:453–64.
7. Ewerling F, Raj A, Victora CG, Hellwig F, Coll CV, Barros AJ. SWPER Global: A survey-based women's empowerment index expanded from Africa to all low- and middle-income countries. *J Glob Health*. 2020;10(2).
8. Punch S. Household division of labour: Generation, gender, age, birth order and sibling composition. *Work Employ Soc*. 2001;15(4):803–23.
9. Owoo NS. Patriarchal norms, partner pronatalism, and women's fertility intentions in Ghana. *Afr J Reprod Health*. 2023;27(2):76–86.
10. Sarnak DO, Gemmill A. Perceptions of Partners' Fertility Preferences and Women's Covert Contraceptive Use in Eight Sub-Saharan African Countries. *Stud Fam Plann*. 2022;53(3):527–48.
11. Lodenstein E, van Eerdewijk A, Kamunyu M, Visser M. The state of african women regional report/the east african community (EAC). 2019.
12. Ndizeye Z, Vanden Broeck D, Vermandere H, Bogers JP, Van Geertruyden JP. Knowledge and practices of general practitioners at district hospitals towards cervical cancer prevention in Burundi, 2015: A cross-sectional study. *Global Health*. 2018 Jan 16;14(1).
13. Schierl T, Tanaka LF, Klug SJ, Winkler AS, Stelzle D. The Association of Women's Empowerment with HIV-Related Indicators: A Pooled Analysis of Demographic and Health Surveys in Sub-Saharan Africa. Vol. 13, *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2023. p. 816–24.
14. Haque R, Alam K, Rahman SM, Keramat SA, Al-Hanawi MK. Women's empowerment and fertility decision-making in 53 low and middle resource countries: A pooled analysis of demographic and health surveys. *BMJ Open*. 2021;11(6):1–12.
15. The DHS Program. DHS Methodology. Accessed 2025 Mar 23
<https://www.dhsprogram.com/Methodology/Survey-Types/DHS-Methodology.cfm>