

[http://
dropbox.com/](http://dropbox.com/)

ŽENY V ROZVOJI

Analýza situace žen s postižením v rozvojových zemích, příčiny jejich znevýhodnění a návrhy možných řešení pro účastníky rozhodovacího procesu ČR

OBSAH:

SHRNUTÍ

ÚVOD

- 1 SOUČASNÉ POSTAVENÍ ŽEN SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V ROZVOJOVÝCH REGIONECH
- 2 CO BRÁNÍ ŽENÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ZAPOJIT SE DO SPOLEČNOSTI?
- 3 DOPADY SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ NA ŽENY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM
- 4 DOPORUČENÍ ÚČASTNÍKŮM ROZHODOVACÍHO PROCESU

ZÁVĚR

POUŽITÉ ZDROJE





SHRNUTÍ

Tato analýza je věnována ženám se zdravotním postižením v rozvojových zemích. Popisuje jejich současné postavení ve společnosti a navrhuje účastníkům rozhodovacího procesu v oblasti zahraniční rozvojové spolupráce kroky, kterými je možné podpořit zapojení žen se zdravotním postižením v rozvojových zemích do všech složek společnosti.

První část analýzy se soustředí na současnou situaci žen se zdravotním postižením, včetně překážek, které jim brání ve zlepšení jejich situace vlastními silami. Kromě strukturálních překážek jako nedostupnosti vzdělání a zdravotní péče, je prostor věnován i předsudkům, z nich plynoucímu sociálnímu vyloučení a dopadu těchto faktorů na kvalitu života žen se zdravotním postižením.

Ve druhé části analýza shrnuje výhody, které větší sociální začlenění žen se zdravotním postižením přináší a díky příkladům dobré praxe ze světa dokazuje, že ženy se zdravotním postižením mají pro místní komunity velký potenciál, který v současném nastavení není dostatečně využíván.

V poslední části analýza navrhuje možný postup pro účastníky rozhodovacího procesu zahraniční rozvojové spolupráce České republiky, kterými je možné dosáhnout lepšího zapojení žen se zdravotním postižením do společenských procesů a jejich větší samostatnosti.

ÚVOD

Podle Organizace spojených národů žije 10–12 % světové populace, tedy více než 700 milionů lidí, s nějakou formou zdravotního postižení (9). V zemích s nízkými příjmy žije až 80 % z tohoto počtu osob se zdravotním postižením. Ačkoliv je přirozená prevalence výskytu zdravotního postižení všude na světě stejná, a to jak u žen, tak u mužů, samotný výskyt zdravotního postižení je v zemích s nízkými příjmy nejvyšší, převážně kvůli rozdílům v dostupnosti lékařské péče. Rozdíly jsou způsobeny chudobou a jejími důsledky.

Osobám se zdravotním postižením je častěji odpírána zdravotní péče, přístup ke vzdělání a pracovním příležitostem, tyto osoby zůstávají stranou společenského a politického dění (2).

Naplnění základních lidských práv garantuje všem lidem Listina základních práv a svobod. Nutnost zvláštního důrazu na naplňování práv osob se zdravotním postižením vyzdvihuje *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. Přesto vlivem fyzických bariér a předsudků nejsou základní lidská práva osob se zdravotním postižením naplňována (2) (7).

Kromě nedostatku zdravotní péče je to právě chudoba, práce ve zdraví a život ohrožujících podmínkách a absence bezpečnostních předpisů, které nejčastěji vedou ke vzniku postižení (1).



Úmluva o právech osob se zdravotním postižením byla přijata v New Yorku v roce 2006, pro Českou republiku vstoupila v platnost 28. října 2009. Úmluvou se jednotlivé státy, které jsou jejími smluvními stranami, zavázaly uznávat důstojnost, hodnotu a rovná práva veškerých osob bez rozdílu. Jedná se o princip, který je základním kamenem svobody a spravedlnosti. Osoby se zdravotním postižením mají zaručena tato práva a svobody bez diskriminace. Z úmluvy vyplývá požadavek na vyrovnání příležitostí osob se zdravotním postižením a odstraňování bariér, které brání jejich účinnému zapojení do společnosti.

SOUČASNÉ POSTAVENÍ ŽEN SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V ROZVOJOVÝCH REGIONECH

Na světě žije více než 350 milionů žen a dívek se zdravotním postižením. Tvoří tak 10 % světové ženské populace. Řada z nich každý den čelí projevům genderové diskriminace a předsudkům, týkajícím se jejich zdravotního postižení (6).

K lékaři se často dostávají jako poslední nebo se k němu nedostanou vůbec. Nemají, například v porovnání se zdravým chlapcem, přednost. Tak se i z původně snadno léčitelné infekce stane zbytečná doživotní komplikace. Nejvyšší počet žen s postižením ve všech věkových skupinách je zaznamenán v Africe.

Příčiny vzniku zdravotního postižení se regionálně liší. Ve všech regionech jsou hlavním důvodem vzniku zdravotního postižení dospělých žen úrazy, v Africe a jihovýchodní Asii jsou významnou příčinou nakažlivé choroby, plynoucí z nedostatečných hygienických podmínek, v jihovýchodní Asii existuje neúměrně vysoký počet případů zdravotního postižení způsobených ohněm.

Specifickou, ještě více ohroženou skupinou osob, jsou pak například ženy se zdravotním postižením patřící k náboženským, etnickým nebo sexuálními menšinám, a ženy se zdravotním postižením v podmínkách humanitární krize.

Ženy se zdravotním postižením jsou častou obětí násilí, vč. sexuálního násilí. V důsledku toho pak část žen se zdravotním postižením čelí zdravotním komplikacím spojeným s pohlavně přenosnými chorobami (19) a komplikacím spojeným s těhotenstvím a porodem.

Ženy se zdravotním postižením z rozvojových zemí žijí v chudobě a nedůstojných životních podmínkách častěji než muži se zdravotním postižením. U žen se zdravotním postižením se často hovoří o tzv. dvojitém znevýhodnění. Na samý okraj společnosti je kromě zdravotního znevýhodnění odsouvá i prostý fakt, že jsou ženami.

Největším nedostatkem je nižší šance dívek zapsat se do školy, ženy proto častěji zůstávají bez vzdělání. To vede zpět k větší náchylnosti k chudobě, sociálnímu vyloučení a nemožnosti uplatňovat svá práva.

Kromě horšího přístupu ke vzdělání ženy také hůře dosahují na sociální služby nebo vlastnická práva, problémem zůstává i velký objem práce navíc, který ženy věnují obstarání domácnosti. Stále najdeme místa, kde nejsou ženy vnímány jako rovnocenné bytosti a čelí podřadnému zacházení nebo fyzickému násilí (6).

Příklad z Indonésie ukazuje, jak významným článkem jsou v potírání chudoby ženy. Organizace Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. realizovala v Indonésii v letech 2010–2011 projekt „Zvyšování odolnosti dětí se zdravotním postižením: lepší předávání informací o snižování rizik při katastrofách“. Cílovou skupinou školícího projektu byly v 90 % případů ženy, pracující pro vládní orgány. V rámci projektu byli školitelky a školitelé vzdělávání v práci s dětmi se zdravotním postižením v průběhu katastrof a v nácviku krizových postupů při práci s dětmi při katastrofách. Díky vysokému zastoupení žen ve skupině vzdělávaných školitelů se podařilo adekvátně informovat dívky se zdravotním postižením, které často zůstávají stranou osvětového procesu, přestože jsou katastrofami nejvíce ohrožené (3).



2

CO BRÁNÍ ŽENÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ZAPOJIT SE DO SPOLEČNOSTI?

Ženy se zdravotním postižením bojují při snahách o rovnoprávné začlenění do společnosti se dvěma typy překážek.

První skupina překážek se pojí se schopnostmi a znalostmi žen s postižením a dalšími osobnostními charakteristikami, jako je dostatek či nedostatek sebevědomí (4).

Druhá skupina představuje vnější faktory bránící ženám v plném zapojení do chodu společnosti. Zahrnují nepřipravenost společnosti ve smyslu fyzických bariér i ve společnosti zakořeněné předsudky vůči zdravotnímu postižení a ženám obecně. Vnější bariéry do značné míry ovlivňují vnitřní bariéry.

Společenské předsudky

Zdravotní postižení je často spojováno s řadou předsudků a domněnek. V řadě rozvojových zemí je na zdravotní postižení pohlíženo jako na prokletí, trest za spáchané hříchy. Lidé se osob se zdravotním postižením straní, případně se jich bojí. Mít za člena rodiny ženu s postižením je ostuda, zaměstnání ženy s postižením je provázeno strachem ze ztráty zákazníků.

Na osoby se zdravotním postižením je nahlíženo jako na homogenní skupinu osob, která není schopná chodit do školy, vzdělávat se a samostatně se uživit.

Ženy jsou již tak náchylnější k chudobě a špatnému postavení v rámci svých komunit, především kvůli horšímu přístupu ke vzdělání (z deseti postižených žen zpravidla pouze dvě mají přístup k základnímu vzdělání), což znemožňuje udržet si kvalifikovanou práci nebo zajistit trvalý příjem. Ve většině rozvojových regionů ženy ještě nedisponují stejnými právy, jako muži.

Situace žen s postižením je o to složitější, protože tyto faktory jsou zesíleny strachem z jejich postižení nebo menší schopností zastat se svých práv. Předsudky limitují schopnost žen s postižením se vzdělávat. V řadě rozvojových zemí stále převažuje přesvědčení, že vzdělávání žen s postižením nemá z různých důvodů smysl. Příležitosti pro dívky s postižením zúčastnit se výuky a získat vzdělání často vůbec neexistují.

Samostatná výdělečná činnost žen s postižením se v některých regionech ukázala jako nejpřístupnější cesta k finančnímu zajištění. Existují případy žen s postižením, které založením drobného podnikání vlastními silami změnily život své rodiny. Rosa María Pérez z Nikaraguy založila obchod s vlastními výpěstky a umožnila tak svým dětem ukončit žebrání na ulici a nastoupit do školy (4).



Koncept tzv. disability mainstreamingu podporuje úpravu fyzického prostředí, sociální ochranu i sociální začleňování osob se zdravotním postižením do všech činností. Cílem je poskytnout takové prostředí, které umožní osobám se zdravotním postižením se plně zapojit do různých oblastí života samostatně a při zachování lidské důstojnosti. Hraje tak neodmyslitelnou roli při navrhování a realizaci veškerých politik a opatření (16).

DOPADY SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ NA ŽENY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Špatný zdravotní stav

Fakt, že se ženy důře dostávají ke zdravotní péči již v počátcích zdravotních komplikací, posiluje závažnost důsledků těchto zdravotních komplikací. Často pak lehčí zdravotní omezení vede ke vzniku dlouhodobého postižení. Nedostatek žen v rehabilitačních profesích a kulturní postoje ovlivňují kromě jiného i dostupnost rehabilitačních služeb. (2) V rozvojových zemích trpí osoby se zdravotním postižením také nedostatkem kompenzačních pomůcek. Jejich dostupnost pro ženy se zdravotním omezením je však významně nižší než pro muže.

Chybějící vzdělání

Vzdělání je základním lidským právem a nemožnost se vzdělávat má výrazný vliv na kvalitu života žen. Ženy bez vzdělání mají výrazně horší životní podmínky, nejsou schopné se uživit nebo zajistit lepší stravu pro své děti, což dlouhodobě přispívá ke vzniku nemocí z podvýživy. Nemožnost udržet si práci také vede k závislosti na cizí pomoci nebo rodině, což oslabuje individuální práva těchto žen. Méně vzdělané ženy vykazují také znatelně vyšší porodnost, což dále vede k rozšiřování chudoby.

Absence možnosti samostatné obživy

Kvůli omezeným možnostem v různých kulturách rozvojových zemí ženy s postižením nedosahují kvalifikace potřebné k výkonu řady pracovních pozic. Nedostatečná kvalifikace společně s předsudky zaměstnavatele odsuzují ženy s postižením k vykonávání těžkých špatně placených prací, které často vedou k dalšímu zhoršování jejich zdravotního stavu. Jsou-li osoby s postižením výdělečně činné, obvykle vydělávají méně než osoby bez postižení. Ženy s postižením obvykle vydělávají méně než muži s postižením. Mzdové rozdíly mezi muži a ženami s a bez postižení jsou stejně významné, jako rozdíly v míře zaměstnanosti (23) (24). Často užívaným indikátorem postavení osob se zdravotním postižením na trhu práce je míra zaměstnanosti. Osoby se zdravotním postižením často nejsou považovány za pracovní sílu, a nejsou tedy započítávány do statistik nezaměstnanosti (11). Analýza World Health Survey srovnávala výsledky 51 zemí. Míra zaměstnanosti v nich představovala 52,8 % u mužů s postižením a 19,6 % u žen s postižením, ve srovnání s 64,9 % mužů bez postižení a 29,9 % žen bez postižení (22).

Omezené sociální vazby

Ženy se zdravotním postižením mají mnohem větší tendenci k sociální izolaci, která dlouhodobě přispívá ke zhoršení jejich situace. Ženy často potřebují asistenci k vykonávání každodenních činností nebo zvýšenou péči, například psychosociální podporu nebo pomoc při udržování domácnosti.

Ženy s postižením tuto podporu často nedostávají v dostatečné míře. Rodina či komunita je zpravidla ochotná a schopná ženě se zdravotním postižením pomoci, což ovšem vede k závislosti ženy a nemožnosti uplatňovat individuální práva. Z vnějšího prostředí se, vlivem nepochopení či neznalosti daného typu postižení, této podpory nedostává. Mezi dlouhodobé důsledky pak patří sociální vyloučení a izolace. Ženy s postižením se také stávají častěji obětí sexuálního násilí nebo zneužití.

Chudoba

Postižení funguje jako vstupní brána do kruhu chudoby – nemožnost získat a udržet kvalifikovanou práci vede k nízkým příjmům a nutnosti žít se náročnou a těžkou prací, často v oblasti zemědělství. V dlouhodobém hledisku zhoršuje zdravotní stav ženy, vyžaduje více výdajů na lékařskou péči anebo klesá produktivita práce, což opět vede k nedostatečné obživě, která následně oslabuje zdravotní stav. Ženy s postižením velmi často pocítují, že jsou ekonomickou přítěží pro rodinu, což zvyšuje jejich psychickou zátěž. S finanční závislostí se pojí i nemožnost uplatňovat plně svá práva v případě jejich narušení.



PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE

V letech 2006–2011 realizovala britská organizace Leonard Cheshire Disability v Bangladéši, Indii a Pákistánu projekt „Podpora sociálně-ekonomického postavení osob se zdravotním postižením v jižní Asii a zohlednění zdravotního postižení v místních komunitách“. Celkově projekt identifikoval 3 784 dětí se zdravotním postižením. Více než 2 700 dětí bylo úspěšně zapsáno do místních základních škol. Podkladem projektu byl rozsáhlý průzkum socioekonomické situace. Projekt identifikoval v regionech větší počet nezapsaných dívek s postižením, a zapojil tedy více dívek než chlapců (3).

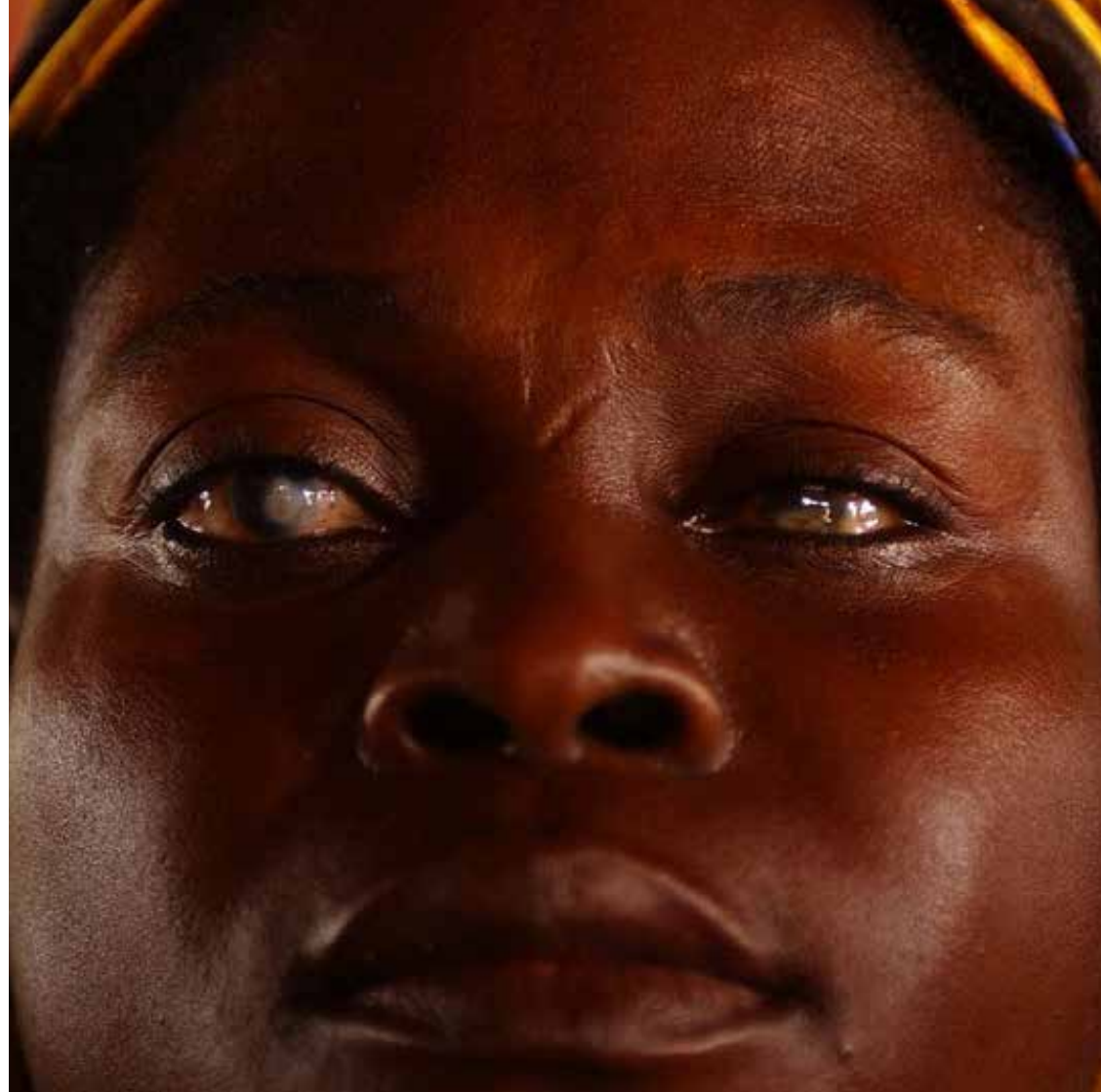
Proč podporovat inkluzi žen se zdravotním postižením?

Sociální inkluze v dnešní době nemůže být považována za pouhou možnost – rovné příležitosti pro osoby se zdravotním postižením jsou již zakotveny v mezinárodních dokumentech. Začlenění osob se zdravotním postižením je lidským právem.

Silným argumentem pro inkluzi žen s postižením je i jejich ekonomický potenciál, který je v současné chvíli nevyužitý a výrazně by přispěl ke snižování chudoby a závislosti těchto žen na okolí.

Ženy s postižením jsou často plně schopné vlastní výdělečné činnosti, pokud k tomu dostanou příležitost a společnost je v jejich úsilí dokáže podpořit.

Programy na podporu sociální ochrany osob se zdravotním postižením, a speciálně žen, budou úspěšné pouze tehdy, pokud budou ženy se zdravotním postižením zapojeny i do jejich plánování a realizace. Ženy se zdravotním postižením nejlépe rozumějí specifickým řešeným problémům, protože se s nimi samy denně setkávají.



DOPORUČENÍ ÚČASTNÍKŮM ROZHODOVACÍHO PROCESU

Z provedené analýzy vyplývají následující základní doporučení pro účastníky rozhodovacího procesu, které mohou přispět ke zlepšení situace a posílení postavení žen se zdravotním omezením v rámci Zahraniční rozvojové spolupráce České republiky.

1. ZOHLEDŇOVAT GENDEROVÉ CHARAKTERISTIKY A OCHRANU PRÁV OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM PŘI TVORBĚ POLITIK A PROGRAMŮ

Průřezovým principem Koncepce zahraniční rozvojové spolupráce České republiky na období 2010-2017 je dodržování základních lidských, ekonomických, sociálních a pracovních práv příjemců projektů, včetně rovnosti mužů a žen. ČR má podle koncepce uplatňovat toto hledisko při programování rozvojové spolupráce a prostřednictvím specifických projektů zaměřených na posílení postavení žen (28). Přístup předpokládá bezpodmínečné prosazování lidských práv a systematické dodržování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Cílem úmluvy je podpora a ochrana rovného užívání lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením. Osoby se zdravotním postižením mají nárok na svou přirozenou důstojnost bez rozdílu pohlaví. Politiky a programy jsou v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, pokud podporují odstraňování překážek a začleňování osob ve všech odvětvích, zajišťují rovnost a eliminují diskriminaci (8).

Je nutné rozpoznat interakce mezi pohlavím a postižením a využít tento fakt při přípravě politik a programů.

2. ZAHRNOUT ŽENY SE ZDRAVOTNÍM OMEZENÍM DO ŘÍZENÍ ROZHODOVACÍCH PROCESŮ

Plnému porozumění specifických potřeb žen se zdravotním omezením je možné dosáhnout pouze zapojením jich samotných do procesů. Zkušenosti ze zahraničních programů rozvojové spolupráce dokládají, že nasazení lokálních žen do vedení procesů je efektivním nástrojem pro genderovou vyváženost projektů (3).

Aktivní zapojení osob se zdravotním postižením do rozhodování je nástrojem vyplývajícím rovněž z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (8). Světová zdravotnická organizace považuje zapojení zástupců dotčených skupin za nástroj správné identifikace potřeb (2).

3. PŘIJMOUT METODIKY TVORBY A HODNOCENÍ POLITIK A PROGRAMŮ REFLEKTUJÍCÍ GENDEROVÉ HLEDISKO

Smysluplné politiky a programy pro podporu žen s postižením je možné formovat a hodnotit pouze za předpokladu aktivního zapojení žen s postižením do všech fází procesu. Zavedení metodik tvorby, hodnocení a kontroly je stěžejním nástrojem efektivity politik a programů. Mechanismy pro monitorování, a zpětnou vazbu umožní zodpovědné přidělování zdrojů, mají dopad na odstranění bariér úspěšného zapojení znevýhodněných žen do ekonomických procesů, na jejich sociální začlenění, zlepšení zdravotního stavu a samostatnost.

Základním předpokladem úspěšného hodnocení je systém monitorování a vyhodnocování dat o osobách se zdravotním postižením. Systém vyžaduje dostatečné financování a lidské zdroje (29).

4. ZVÝŠIT POVĚDOMÍ O POSTAVENÍ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH ŽEN V ROZVOJOVÝCH ZEMÍCH A NAVÁZAT EFEKTIVNÍ PARTNERSTVÍ

Povědomí a porozumění situaci postižených žen na organizační, územní a institucionální úrovni má vliv na podporu pozitivního postoje veřejnosti k ženám s postižením. Právě stigmatizace představuje jednu z hlavních příčin vyloučení žen s postižením. Povědomí o situaci usnadňuje cestu k financování programů a projektů (4).

Efektivní partnerství představuje závazek organizací, včetně vlády, akademické obce, médií, OSN a nevládních organizací, vyvinout úsilí k řešení situace žen s postižením. Vláda by měla zajišťovat vlastnictví iniciativ, rozpoznat nejvíce marginalizované skupiny a zajistit jejich začlenění, podporovat dostupnost zdravotnictví, rehabilitace, pomoci a podpory, vzdělávání a zaměstnanosti.

Tato opatření mohou mít za následek pozitivní změnu právních předpisů a politik. Práce s médii je velmi důležitá, pomáhá ke zvýšení povědomí veřejnosti o případech žen a dívek se zdravotním postižením (6).

ZÁVĚR

Přístup rozvojové spolupráce, který prosazuje zapojení žen se zdravotním postižením do společenských i ekonomických aktivit, není sociální nadstavbou, ale základním předpokladem pro úspěšnost programů na eradikaci chudoby. Při realizaci projektů musí být začlenění osob se zdravotním postižením prioritou, která nejenže nevytváří žádné další náklady, ale naopak přináší mnoho nevyužitých příležitostí.

Správné cílení pomoci se neobejde bez důkladného průzkumu situace žen a aplikace získaných poznatků při realizaci projektů (3).

Na světě žije 350 milionů žen a dívek se zdravotním postižením. Celkem 80 % z těchto žen žije v zemích s nízkými příjmy (10), tvoří tak značnou pracovní sílu využitelnou při rozvoji regionů a boji s chudobou. Podpora samostatného a nezávislého života formou dostupného vzdělání žen se zdravotním postižením osvobozuje od života v chudobě nejen je, ale i jejich rodiny. Příčiny nízké zaměstnanosti není možné hledat v nezájmu postižených žen o zaměstnání, ale v bariérách tvořených nepřipraveností prostředí a společnosti na jejich efektivní zapojení.

Zapojení žen do ekonomických, sociálních a politických aktivit prostřednictvím ustanovení efektivní legislativy, umožnění vzdělání a zvýšení informovanosti, se nutně projeví ve zlepšení zdraví žen, vyšší samostatnosti a jejich finanční nezávislosti (18).

POUŽITÉ ZDROJE

1. RAO, I. Equity to women with disabilities in India. Bangalore, CBR Network, 2004. Dostupný z: <http://v1.dpi.org/lang-en/resources/details.php?page=90>, accessed 6 August 2010.
2. WHO. World report on disability. Malta © World Health Organization 2011, 2011. ISBN 9789241564182. Dostupné z http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
3. UNITED NATIONS. Best practices for including persons with disabilities in all aspects of development efforts. ST/ESA/346 Copyright © United Nations, 2011. Dostupné z: http://www.un.org/disabilities/documents/best_practices_publication_2011.pdf.
4. HANDICAP INTERNATIONAL. Good Practices for the Economic Inclusion of the People with Disabilities in Developing Countries. Funding Mechanisms for Self-Employment. 8. 2016. Dostupný z: <http://www.handicap-international.org/uploads/media/goodpractices-GB-2coul.PDF>.
5. FINE, M., & ASCH, A. Disabled women: Sexism without the pedestal. J. Soc. & Soc. Welfare, 1981. 8, 233.
6. HANDICAP INTERNATIONAL. Making it Work initiative on gender and disability inclusion: Advancing equity for women and girls with disabilities. Technical Resources Division October 2015. Dostupný z: http://www.makingitwork-crpd.org/fileadmin/user/News/2016/MIW_GenderAndDisabilityInclusion_LL08_low.pdf.
7. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities. Geneva, World Health Organization and United Nations Population Fund, 2009.
8. OSN. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Department of Public Information © United Nations 2006. Dostupné z: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>.
9. The World Bank. Disability: Towards an inclusive development. April 2006. Dostupný z: <http://web.worldbank.org/wbsite/external/news/news/0,,contentMDK:20264373>.
10. WHO. Disability, Including Prevention, Management and Rehabilitation. Fifty-eighth World Health Assembly. 2005. Dostupný z: www.who.int/nmh/a5817/en/.
11. Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.
12. BECKETT, Clare. Women, disability, care: Good neighbours or uneasy bedfellows? Critical Social Policy, 2007, 27.3: 360-380.
13. EIDE, AH, ŘDERUD, T. Assistive technology in low income countries. In: Maclachlan M, Swartz L, eds. Disability and international development, Dordrecht, the Netherlands, Springer, 2009.
14. LOEB, M.E., EIDE, A.H. eds. Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study. Oslo, SINTEF, 2004.
15. EIDE, A.H., LOEB, M.E. eds. Living conditions among people with activity limitations in Zambia: a national representative study. Oslo, SINTEF, 2006.
16. Disability High Level Group. Disability High Level Group Discussion Paper. European Commission, 2006 – 2007. Dostupné z: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/good_practis_en.pdf.
17. Úsnesení 2/1993 Sb. o vyhlášení ÚSTAVY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky. Praha, 16.12.1992. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/r/p/rp-uvod-17537/>.
18. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Geneva: WHO, 2009..
19. UNITED NATIONS DIVISION FOR THE ADVANCEMENT OF WOMEN. Good practices in combating and eliminating violence against women. Vienna, 2005. Dostupný z: <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-gp-2005/docs/FINALREPORT.goodpractices.pdf>.
20. MZV ČR. Zahraniční rozvojová spolupráce. Praha, 26. 6. 2014. Dostupné z: http://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/index.html.
21. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Special Populations. 17. 09. 2014. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/preconception/careforwomen/populations.html>.
22. WORLD HEALTH SURVEY. Geneva, World Health Organization, 2002–2004. Dostupný z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 10 September 2010.
23. LATREILLE, P.L. JONES, M.K. SLOANE, P.J. Disability, gender and the British labour market. Oxford Economic Papers, 2006,58:407- 449. doi:10.1093/oeq/gpl004.
24. Microfinance and people with disabilities (Social Finance Highlight 1). Geneva, International Labour Organization, 2007.
25. DYER, O. Gynaecologist is struck off for sterilising women without their consent. British Medical Journal, 2002,325:1260- doi:10.1136/bmj.325.7375.1260.
26. GROVER, S.R. Menstrual and contraceptive management in women with an intellectual disability. The Medical Journal of Australia, 2002,176:108-110. PMID:11936305.
27. STOBART, E. Child Abuse Linked to Accusation of „Possession“ and „Witchcraft“. 2006.
28. Vláda ČR. Koncepce zahraniční rozvojové spolupráce České republiky na období 2010-2017. Praha, 2. 6. 2010. Dostupné z: http://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/koncepce_publicace/koncepce/koncepce_zrs_cr_2010_2017.html.
29. HOOG, C., 2003. Model Protocol on Screening Practices for Domestic Violence Victims with Disabilities, pg. 7, with information from Curry, M.A et al. 2002. Development of An Abuse Screening Tool for Women with Disabilities.
30. STEINFELD, E. Education for all: the cost of accessibility. No. 10324. The World Bank, 2005.



Analýzu zpracovala Ing. Mgr. Lucie Burešová.
Za obsah publikace zodpovídá organizace
Světlo pro svět.

WWW.SVETLOPROSVET.CZ

Tato publikace vznikla pro účely informační kampaně PŘES PŘEKÁŽKY, která je součástí projektu Za inkluzivní rozvoj, podpořeného z prostředků České rozvojové agentury a Ministerstva zahraničních věcí ČR v rámci Programu zahraniční rozvojové spolupráce ČR.



PŘES **PŘEKÁŽKY**