

# Γυναίκα και Υγεία

## Παραμελημένες και οι δύο

της Β. Μαργαριτίδου

Όπως είναι γνωστό η υγεία λατρεύονταν σε πρόσωπο γυναίκας· όμως οι ομόφυλές της δεν αποσπάστηκαν στην πορεία από το βοηθητικό έργο προς τον πατέρα Ασκληπιό, όταν πια η υγεία πήρε το σχήμα της τυπικής θεομοθετημένης λειτουργίας.

Ωστόσο παρά την κυριαρχία της σε συμβολικό επίπεδο, να κρατά σκήπτρο με φίδι «μερομένο κι άβολο» (όπως λέει ο ποιητής Παλαμάς σε ομώνυμο ποίημα) οι γυναίκες σήμερα επισημαίνουν ότι ο τομέας της υγείας συγκεντρώνει σεξιστικές διακρίσεις με προεκτάσεις ιδεολογικού και πολιτισμικού πειθαναγκασμού. Πέρα από αυτές που σχετίζονται με τις συμβατικές γυναικείες ανάγκες, όπως η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η λοχεία.

Παράλληλα οι δυνάμεις της αγοράς υγείας, έχουν επιβάλει «νόμιμη εμπορευματοποίηση» αφού η χρησιμοποίηση της νέας βιοτεχνολογίας εν ονόματι της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης, γίνεται πιο μαζική, ιδιαίτερα στους τομείς που συνδέονται με την υγεία της γυναίκας.

Στο μεταξύ, στο εσωτερικό των φεμινιστικών κύκλων, από πολλά χρόνια, έχει συνειδητοποιηθεί ότι η υγεία πρέπει ν' αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των προτάσεων και της πρακτικής του άξονα της βελτίωσης της θέσης των γυναικών στο σύγχρονο κόσμο. Μ' αυτό το σκεπτικό το Διεθνές Κίνημα για την υγεία των γυναικών ευαισθητοποίησε ομόλογους οργανισμούς, όπως ΟΗΕ, Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, που σχετίζονται με το δίπολο: Υγεία και γυναίκα. Έτσι προκύπτει ότι το θέμα διεθνοποιήθηκε ιδεολογικά αρκετά έγκαιρα και αποτελεσματικά.

Η βάση της φεμινιστικής αντίληψης είναι ότι οι γυναίκες έχουν δεχθεί κανόνες και πρακτικές σεξιστικού κώδικα και στην υγεία. Προσπαθώντας να αποκωδικοποιήσουν τη δομή του, αποκαλύπτουν διακρίσεις που καταδείχνουν την αγνοημένη και παρερμηνευμένη πλευρά στην υγεία της γυναίκας, ως αντίσταση που κυριάρχησε, κυρίως, στα ιδιαίτερα βιολογικά γεγονότα της ζωής της.

## ΓΙΑΤΙ γυναίκα και υγεία

Αν και παραδοσιακά η εννοιολογική υποδομή του θέματος θεωρείται η μητρότητα, σήμερα μια σειρά από αιτίες διευρύνουν το θέμα και δικαιολογούν ενδιαφέρον.

Εντοπίζονται νέες διακρίσεις μεταξύ των γυναικών διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων.

Προκύπτουν καινούργιες προκαταλήψεις που επηρεάζουν αρνητικά τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την ανταπόκριση στις ανάγκες του φύλου τους.

Η ιατρικοποίηση της μητρότητας παίρνει νέες διαστάσεις. Σήμερα η ταχύτητα της εξέλιξης στον τομέα της βιοτεχνολογίας, της αναπαραγωγής και το μυστήριο που την περιβάλλει, γεννά ερωτηματικά στις γυναίκες που πρέπει περαιτέρω να διερευνηθούν. Οι γυναίκες, σε πολλές χώρες, πιστεύουν ότι αναλλοίωτες μέχρι χτες βιολογικές τους ιδιαιτερότητες, τις αναγκάζουν να αναρωτηθούν και πάλι, από άλλη βέβαια αφετηρία: Αλήθεια, τίνος είναι το σώμα μας; Οι γυναίκες είχαν πάντα την ανάγκη να αντλούν πλαίσιο προστασίας και αυτό βοήθησε να διαμορφώσουν, από παράδοση, πλέγμα αυτεξουσιότητας στο πλαίσιο της γειτονιάς και της κοινότητας.

Θα μπορούσε να σημειώσει κανείς εδώ τη θετική συγκυρία των επιτεύξεων της επιστήμης που σήμερα εξασφαλίζουν στις γυναίκες μια σειρά από πλεονεκτήματα όπως:

- διαδικασία έγκαιρης διάγνωσης της εγκυμοσύνης
- αποτελεσματική και ακίνδυνη σε μεγάλο βαθμό, αντισύλληψη
- επιθυμητή διακοπή της κύησης σε πολλές χώρες, δυναμικά χωρίς συμβάντα
- έγκαιρη διάγνωση γυναικολογικών καρκίνων
- ανώδυνος τοκετός, κ.ά.

Ωστόσο για να γίνουν τα παραπάνω θετική δράση για τις γυναίκες, απαιτείται από πολλά κράτη, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, σειρά διαρθρωτικών αλλαγών και κυρίως πολιτική απόφαση, αφού η δέσμη των πλεονεκτημάτων, απαιτεί στο αρχικό στάδιο υλοποίησής της, αύξηση δαπανών.

Στα παραπάνω προστίθενται και λόγοι βιοκοινωνικών αναγκών που δίνουν νέο προφίλ στο θέμα.

Η ίδια η γυναίκα έχει υιοθετήσει νέα συμπεριφορά τόσο σε επίπεδο συνθηκών (κάπνισμα, οινόπνευμα κ.ά.) αλλά και στάσεων στη σεξουαλικότητα. Η ευρύτερη κοινωνική συμπεριφορά άλλαξε στη γυναίκα πολύ περισσότερο απ' ό,τι αυτή των ανδρών στο ίδιο διάστημα χρόνου.

Αν και το ποσοστό επιβίωσης παραμένει σταθερά μεγαλύτερο, εξακολουθούν να είναι εύθραυστα τα όρια μεταξύ υγείας και ασθένειας.

Σήμερα η γυναίκα αποτελεί τον κύριο χρήστη υπηρεσιών υγείας. Βέβαια το γεγονός ότι ορισμένα στάδια της ζωής της χαρακτηρίζονται από καταστάσεις που απαιτούν —αλλά και επιβάλλουν— αυξημένη χρήση υπηρεσιών, δικαιολογεί τη ζήτηση. Ωστόσο, θεωρείται μεγαλύτερος καταναλωτής υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τον άνδρα και γι' άλλους λόγους που έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον κοινωνιολογικό αλλά και φεμινιστικό.

Η διέλευση π.χ. της αρρώστιας είναι πολλές φορές αποτέλεσμα της κοινωνικής αδυναμίας. Η αρρώστια σαν διάσταση συμπεριφοράς βοηθά ώστε εσωτερικές συγκρούσεις της, να παρουσιάζονται με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους, όπως αυτή των επισκέψεων στα ιατρεία. Μπορεί έτσι να εκφράζει εσωτερικευμένες ανάγκες, ως αρρώστια.

Είναι πολύ συχνά το φαινόμενο η γυναίκα να προσέρχεται στα ιατρεία για διευκρινίσεις και ραντεβού που αφορούν άτομα της οικογένειάς της. Οι γυναίκες φέρουν το περισσότερο βάρος της φροντίδας των παιδιών και της εξασφάλισης καλής διατροφής και υγείας στην οικογένεια. Η μη-

τέρα-γυναίκα δεν επιτρέπεται να αρρωσταίνει, απλώς αναμένεται να τα βγάζει πέρα (1).

Ειδικά στον τόπο μας μια βόλτα στα νοσοκομεία αρκεί για να διαπιστώσει κανείς, ότι λόγω της μεγάλης έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, η γυναίκα σύζυγος, αδελφή, μητέρα, καλύπτει μεγάλο μέρος της φροντίδας που σε άλλες χώρες αναλαμβάνουν οι νοσηλεύτες.

Το γυναικείο κίνημα, τελευταία, έχει επισημάνει ότι οι νέες τάσεις στο χώρο της υγείας —όπως εκφράζονται με τη στρατηγική της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας «Υγεία για όλους: έτος 2000»— δίνουν έμφαση στην ευθύνη του ατόμου και της οικογένειας. Ωστόσο δεν παύουν να αποτελούν κίνδυνο για την κοινωνική χειραφέτηση των γυναικών, αφού με το πρόσχημα της νέας πολιτικής υγείας ορισμένες κυβερνήσεις στοχεύουν να περιορίσουν το κόστος της υγείας, μετατοπίζοντας την ευθύνη για υγεία στην οικογένεια. Επίσης μπορεί μια τέτοια πολιτική να «πείσει» τις γυναίκες να αναλάβουν την παροχή υπηρεσιών πρόνοιας και υγείας για τα μέλη της οικογένειάς τους. Παράλληλα, επιτυγχάνεται και η απόσυρση των γυναικών από το εργατικό δυναμικό (!).

Βέβαια η ίδια η φεμινιστική προσέγγιση πρέπει να θέσει το ερώτημα: εμείς πως απαντάμε σ' αυτή τη νέα ανάγκη;

Πάντως είναι διαπιστωμένο ότι τα περισσότερα μέλη της οικογένειας προτιμούν μια γυναίκα για να τους φροντίσει στην αρρώστεια. Επιπλέον, πολλές γυναίκες φροντίζουν μέλη οικογενειών τους χωρίς κρατικό ενδιαφέρον (εκπαίδευση - υποστήριξη κ.ά.), μέχρι εμφάνιση του συνδρόμου «μητρικής εξάντλησης», που δεν είναι τίποτε άλλο παρά ανοχή έμμεσης κακοποίησης.

Ένα άλλο σύγχρονο κοινωνικό γεγονός —που είναι προφανές η συχνότητά του στον γυναικείο πληθυσμό— είναι «το σύνδρομο της νοικοκυράς» που χαρακτηρίζεται από παράπονα σε ψυχονευρωτικό επίπεδο (άγχος, κόπωση, ανερμήνευτοι πόνοι). Φαίνεται ότι η μονότονη επαναληπτικότητα που χαρακτηρίζει τις οικιακές δραστηριότητες στο σπίτι, είναι ο κατ' εξοχήν αιτιολογικός παράγοντας. Το πρόβλημα δεν έχει αποτιμηθεί, ωστόσο, «αντιμετωπίζεται» με ηρεμιστικά από τις ίδιες.

— Το εργασιακό περιβάλλον για τη γυναίκα δεν έχει ακόμα προσδιορισθεί με σαφήνεια. Ωστόσο υπογραμμίζεται το ενδιαφέρον του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας (I.L.O.) καθώς και της Ε.Ο.Κ. πάνω στο θέμα αυτό. Γενικά η εργασία θεωρείται ότι έχει θετικές επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας.

Στον τομέα της Εργασιακής Υγείας, ιδιαίτερα στις νέες κατευθύνσεις, όπως είναι η τεχνολογία και η παραγωγή βιολογικών - χημικών και φυσικών προϊόντων, δεν υπάρχει μεγάλη εμπειρία για να τα κρίνει κανείς ως επιβλαβή για το φύλο της. Ωστό-

σο απαιτούν τη χρήση κάθε δυνατής μεθόδου ενημέρωσης προς κάθε εργαζόμενη (-νο), και προετοιμασία παρέμβασης για προστασία. (Έχει επισημανθεί η παρουσία φυτοφαρμάκων στο μητρικό γάλα, χωρίς ακόμα για τη χώρα μας να υπάρχουν στοιχεία). Για την Ελλάδα, η εργασιακή επιβάρυνση επικεντρώνεται στις κακές συνθήκες εργασίας και το εξαντλητικό ωράριο, ειδικά το νυχτερινό, όπου για πολλές χώρες είναι καταργημένο για τον γυναικείο πληθυσμό.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο ρυθμός ανάπτυξης υπηρεσιών φροντίδας υγείας των γυναικών καθώς και η αγωγή υγείας για θέματα στάσεων ζωής (LIFE-STYLE) αντικειμενικά θα μειώσουν δείκτες υγείας (νοσηρότητα, θνησιμότητα κ.ά.) και παράλληλα τις κοινωνικές ανισότητες, αφού η πολιτική για την υγεία των γυναικών είναι κοινωνικά δίκαιο και οικονομικά αποδοτικό μέτρο.

## Διεθνείς εμπειρίες

Το κίνημα για την υγεία των γυναικών εκφράζεται φεμινιστικά από διεθνείς και εθνικούς φορείς που κυρίως απαρτίζουν γυναίκες. Παράλληλα οι διεθνείς οργανισμοί International Health Foundation, το Διεθνές Γραφείο Εργασίας, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, κυκλοφορούν πολύ συχνά περιοδικά και τετράδια που αναφέρονται σε θέματα πολιτικής υγείας των γυναικών. Στην Αγγλία και στην Αμερική εκδίδονται επιστημονικά περιοδικά που το περιεχόμενό τους αφορά θέματα υγείας και κοινωνιολογίας για τη γυναίκα.

Στον τομέα της παροχής υπηρεσιών οι ίδιες οι γυναίκες έχουν δραστηριοποιηθεί οργανώνοντας ευέλικτα ανοικτά υποσυστήματα φροντίδας σηματοδοτώντας τα με εναλλακτικές πρακτικές, όπως αυτή τη αυτοβοήθειας. Χρησιμοποιώντας φτηνούς οικονομικούς τρόπους αυτοδιαχείρισης ιδιαίτερα αυτά που λειτουργούν στην Ελβετία, έχουν συμβάλει στη μείωση της νοσηρότητας και την αποφυγή αναπηριών, προάγοντας το αυτεξούσιο της γυναίκας. Δεν είναι άνευ σημασίας και η μείωση του ποσοστού της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία.

Τα ακραία παραδείγματα της γυναικείας περιτομής και ακρωτηριασμού των γεννητικών οργάνων σε πολλές χώρες του τρίτου κόσμου ανάγκασαν τις γυναίκες να καταγγείλουν πολλές φορές τους σεξιστικούς κώδικες στον τρίτο κόσμο αλλά και 2.250 (1983) περιπτώσεις παραβίασης του κώδικα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για τη διατροφή των βρεφών. Τελευταία έχουν συστήσει διεθνές δίκτυο με σκοπό τη μελέτη χειρισμών γύρω από την τεχνητή γονιμοποίηση, αλλά και την καταχρηστική χρήση των εμβρύων. Οι γυναίκες του Σοσιαλδημοκρατικού κόμματος της Γερμανίας, εισηγήθηκαν την πλήρη απαγόρευση της υποκατάστασης της μητρότη-

τας, ενώ στο Λουξεμβούργο για το ίδιο θέμα ζήτησαν επιτροπή Δεοντολογίας με εκπροσώπηση γυναικών προκειμένου να παρέχει στο νομοθέτη συμβουλευτική υπηρεσία. (Σε ανάλογη επιτροπή της Ελλάδας ούτε καν κοινοποιήθηκε η απόφαση στην, τότε, Γενική Γραμματεία Ισότητας).

Στη γειτονική μας Ιταλία έχουν οργανώσει εθνική ένωση μαστεκτομημένων γυναικών για να ξεπεράσουν την τραυματική τους εμπειρία (Να ζεις όπως πριν. Μη γυρνάς την πλάτη). Στην ίδια χώρα το 1981 τα συνδικάτα κυκλοφόρησαν δύο καταλόγους: ένα τι να μην αγιάζει καθόλου η γυναίκα και τι να αποφεύγει όσο το δυνατόν περισσότερο. Οι γυναίκες ευρωβουλευτίνας (I.K.K.) έκαναν ανάλογες ερωτήσεις στο Ευρωκοινοβούλιο ενώ το 1984 το Ινστιτούτο της Κοινωνικής Ιατρικής ερευνήσε την επίδραση του μολύβδου και υδραργύρου στην αναπαραγωγικότητα των γυναικών.

Στη μακρινή μας Ιρλανδία οργανώθηκε, με επιχορήγηση του κράτους, εβδομάδα «γυναίκα και υγεία», ενώ η αδιάφορη για τα φεμινιστικά πρωθυπουργός της Αγγλίας Μάργκαρετ Θάτσερ χρηματοδότησε πρόγραμμα για πρόληψη καρκίνου μαστού με το ποσό των 50 εκατ. λιρών (1987). Βέβαια επί πρωθυπουργίας της (1983) έγινε απόπειρα κλεισίματος του, αποκλειστικά, Νοσοκομείου Γυναικών στο Λονδίνο (South London Hospital) που από την ίδρυσή του (1921) περιθάλπει γυναίκες από γυναίκες και εκπαιδεύει γιατρίνες σε νοσοκομειακό επίπεδο.

Οι πέραν του Ατλαντικού ομάδες γυναικών που συμμετέχουν στο κίνημα Υγεία - Γυναίκα, έχουν από χρόνια ξεπεράσει φαίνεται τις οικονομικές δυσκολίες που έχει μια τέτοια φεμινιστική παρέμβαση, με εκδόσεις που σχεδόν έχουν κυκλοφορήσει σε όλες τις χώρες.

Τελευταία, φαίνεται ότι το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο στα πλαίσια εξεταστικών επιτροπών για τη θέση της γυναίκας στην Ευρώπη, ασχολείται αρκετά εμπειριστικώς πάνω στο θέμα με ορατή ταύτιση στον φεμινιστικό λόγο. Δεν είναι βέβαια εύκολη διαδικασία η προώθηση της απόφασής του για ενθάρρυνση πρωτοβουλιών με χρηματοδότησή του. Πάντως για τις εξω-κυβερνητικές οργανώσεις είναι μια ελπίδα, αυτή η πρωτοβουλία, αν βέβαια με τη σειρά τους επιταχύνουν τα οργανωτικά τους σχήματα και διευρύνουν τους τομείς των ενδιαφερόντων τους.

Τέλος, σ' ό,τι αφορά τις γυναίκες και το AIDS η πολιτική που ακολουθείται σε ορισμένα κράτη να υποβάλλονται οι πόρνες υποχρεωτικά, και παρά τη θέλησή τους, σε test, απαιτεί —τονίζουν οι φεμινιστικές οργανώσεις της Ευρώπης— ανάγκη εργήγορης των γυναικών για να μην αναπτυχθούν νέες τάσεις ρατσισμού. Το γεγονός ότι οι πελάτες τους αρνούνται να χρησιμοποιούν προφυλακτικό, ενώ εκείνες σε περίπτωση θετικού test απειλούνται και

συλλαμβάνονται αποτελεί ήδη κακό χειρισμό.

## Στην Ελλάδα

Υπάρχει σήμερα και στη χώρα μας μια δέσμη από αφορμές κι αιτίες ιδεολογικού και πολιτικού χαρακτήρα που βάζουν σε προτεραιότητα τη συζήτηση.

1) Σήμερα η μητρότητα αποτελεί πιο έντονα από την προηγούμενη 10ετία διάκριση ανισότητας. Ο στόχος του 5ετούς της περιόδου 1982-87 για ενιαία επιδοματική πολιτική προς όλες τις έγκυες γυναίκες—σύμφωνα με την κοινωνική δικαιοσύνη που υπόσχονταν η κυβέρνηση— δεν πραγματοποιήθηκε. Έτσι ασφαλισμένες όπως αυτές του Δημοσίου τομέα δικαιούνται επιδόματα μητρότητας της αναλογίας 1:8 των «ευρώστων» ασφαλιστικών ταμείων.

2) Επειδή το Ε.Σ.Υ. δεν αναπτύχθηκε, όπως αναμενόταν, εξακολουθεί ο Δημόσιος τομέας να αντιπροσωπεύει ποσοστό μικρότερο του 30% των υπηρεσιών για γυ-

ναίκες τόσο σε επίπεδο κλινών, όσο και ανθρώπινου δυναμικού. Ιδιαίτερα των Μαιευτηρίων - Γυναικολόγων και Κυτταρολόγων. Έτσι ο ρόλος του κράτους ούτε καν συμπληρωματικός μπορεί να θεωρηθεί, αφού οι διαγνωστικές μέθοδοι με νέα τεχνολογία που αφορούν στην υγεία της γυναίκας, έχουν έντονο μονοπωλιακό εμπορευματικό χαρακτήρα, συμπαρασύροντας έτσι και την παροχή, εξειδικευμένων υπηρεσιών.

3) Ενώ υπάρχει μια σαφής πολιτική για την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων, χάθηκε η ευκαιρία της υποχρεωτικής συμμετοχής των γυναικών στα ομόλογα Συμβούλια. Ήταν μια μοναδική ευκαιρία να δώσουμε νέο πλαίσιο για την προσαρμογή της εργασίας στον ανθρώπινο παράγοντα. Επίσης στον ίδιο τομέα δεν υπάρχει κανένας επίσημος και προγραμματισμένος έλεγχος αν εφαρμόζονται δηλαδή οι Διεθνείς Συμβάσεις. Έτσι πολύ συχνά νοσηλευτικό προσωπικό ιδιαίτερα τους καλοκαιρινούς μήνες, «διακριτικά» υποχρεώνεται σε δεύτερη βάρδια εργασίας στο ίδιο 24ωρο.

4) Αν και οι γυναίκες αποτελούν πάνω από το 60% του δυναμικού των υπηρεσιών Υγείας, είδαμε οι τελευταίες αποφάσεις του Υπουργού για τη συμμετοχή γυναικών στα Συμβούλια Νοσοκομείων κ.ά. ως μέλη και πρόεδροι, ήταν πολύ μικρότερη η εκπροσώπησή τους σε σχέση με των προηγούμενων κυβερνήσεων του ΠΑΣΟΚ. Ασφαλώς δεν υπήρξε, ούτε και υπάρχει, ανοιχτή γραμμή μεταξύ Γραμματείας Ισότητας.

Η υποεκπροσώπηση των γυναικών στις αποφάσεις της πολιτικής της υγείας και ο αγνοημένος γνωμοδοτικός ρόλος της Γεν. Γραμματείας Ισότητας μας δίνουν ενδείξεις για τη σημερινή ηγεσία της υγείας.

Ίσως δεν είναι ιεραρχημένη ανάγκη αυτή της προώθησης της πολιτικής της υγείας των γυναικών, διότι στην Ελλάδα δεν σχεδιάζεται ούτε με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού ούτε με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία.

Η υγεία είναι δομημένη περισσότερο στις ιατρικές ειδικότητες και λιγότερο στη διατομειακή αντίληψη.