

## Ειρήνη Καμπριάνη- Δημοσθένης Αγραφιώτης

### *Φύλο και Υγεία: Πολιτισμική δόμηση και ερμηνευτική των φάσεων της αναπαραγωγικής ζωής των γυναικών*

Στην παρούσα εισήγηση με θέμα την προσέγγιση του φύλου στην υγεία θα μιλήσω με την ιδιότητά μου ως ανθρωπολόγος και με αφορμή την ερευνητική μου εμπειρία στο χώρο της δημόσιας υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο θα επιχειρήσω μία παρουσίαση της κοινωνικής – πολιτισμικής προσέγγισης σε θέματα υγείας, μέσα από την οπτική ότι οι δύο έννοιες φύλο και υγεία, αν και τίθενται σε ενικό αριθμό, δεν είναι έννοιες στατικές και μονοσήμαντες αλλά εμπεριέχουν έναν πλουραλισμό έμφυλων εμπειριών και καταστάσεων υγείας και αρρώστιας, που διαμορφώνονται πολιτισμικά σε διαφορετικές εκδοχές και διαστάσεις.

Αρχικά, η συμβολή των κοινωνικών επιστημών στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας βασίζεται στη θεώρηση ότι η υγεία και η αρρώστια είναι έννοιες κοινωνικά και ιστορικά θεμελιωμένες όσο είναι και βιολογικά προσδιορισμένες ταυτόχρονα. Όταν μιλάμε, δηλαδή, για την κοινωνική μορφοποίηση της υγείας και της αρρώστιας, εννοούμε ότι οι καταστάσεις αυτές καθορίζονται από τοπικά εννοιολογικά σχήματα και αφορούν στον ορισμό του ‘φυσιολογικού’ σε σχέση με το ‘παθολογικό’ καθώς και τις ερμηνείες που αποδίδονται στην ‘κακοτυχία’, και συνεπάγονται πρακτικές και συμπεριφορές οι οποίες εδράζουν στα κοινωνικά δρώμενα και τροφοδοτούνται από τους πολιτισμικούς κώδικες. Από αυτήν την άποψη, η διερεύνηση του φύλου περιλαμβάνει, τόσο την ανάλυση της μορφοποίησης της κοινωνικής ταυτότητας και της μορφολογίας του έμφυλου σώματος στο συμβολικό επίπεδο, όσο και τη μελέτη των αντιλήψεων και πρακτικών που αφορούν στην ενσώματη κατάσταση στην καθημερινή ζωή. Έτσι, για τη μελέτη της επίδρασης του φύλου στην υγεία, πέρα από τη συνεξάρτηση με βιολογικούς παράγοντες, χρειάζεται να δούμε και τους διαφορετικούς τρόπους πρόσληψης και διαχείρισης των σωματικών καταστάσεων από τις γυναίκες και τους άνδρες (και μεταξύ των αντρών και των γυναικών) αλλά και τις διαφορές που έχουν στην πρόσβαση τόσο στη γνώση για θέματα υγείας όσο και στην επαφή τους με τις υπηρεσίες υγείας.

Ορίζοντας έτσι το πλαίσιο αναφοράς, σε αυτήν την παρουσίαση θα εστιάσω κυρίως στο πώς εισάγεται το θέμα του φύλου στο χώρο της δημόσιας υγείας γενικότερα. Θα ήθελα εδώ να διευκρινίσω ότι η αναφορά στην έννοια της Δημόσιας Υγείας παραπέμπει καταρχήν στο πλαίσιο μέσα στο οποίο οι σωματικές καταστάσεις και οι ατομικές εμπειρίες ανάγονται σε βιολογικά και κοινωνικά φαινόμενα, κινητοποιούν μηχανισμούς αντιμετώπισης και διεκδικούν πολιτισμική νομιμότητα. Σε ένα άλλο επίπεδο, πρόκειται για ένα σύνολο διαδικασιών και μηχανισμών μέτρησης των επιπέδων υγείας ενός πληθυσμού, έρευνας και μελέτης (τόσο από βιολογικές - ιατρικές όσο και κοινωνικές επιστήμες) για τη μετάφραση των στοιχείων σε συμπεριφορές υγείας, καθώς και την ανάπτυξη παρεμβάσεων και πολιτικών για την υγεία. Έτσι, επιχειρώντας μια σύντομη και επιλεκτική ανασκόπηση για το πώς εντάχθηκε το θέμα του φύλου ως αναλυτικό και ερμηνευτικό εργαλείο στα θέματα της δημόσιας υγείας, βλέπουμε ότι ουσιαστικά η οπτική του φύλου διαμορφώνεται παράλληλα με την ανάπτυξη της προβληματικής σε άλλες επιστημονικές περιοχές.

Κατ’ αρχήν, θα λέγαμε ότι παρόλο που η δημόσια υγεία συνδέεται στενά με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης και χαρακτηρίζεται παραδοσιακά από βιολογικό ντετερμινισμό, η αντίληψη για την επίδραση των κοινωνικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία των πληθυσμών είναι αρκετά παλιά. Ήδη από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα και μετά οι υγειονομολόγοι άρχισαν να παρατηρούν τις διαφορές θνησιμότητας ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες και να προσπαθούν να τις εξηγήσουν με αναγωγή σε κοινωνικά αίτια. Σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε η ανάπτυξη της κοινωνικής επιδημιολογίας, που έδωσε έμφαση στη συμβολή κοινωνικών κατηγοριών, όπως το φύλο, για τη συχνότητα και την κατανομή των συμπτωμάτων και των ασθενειών μέσα στον χώρο και τον χρόνο. Έτσι, η ανάλυση των επιδημιολογικών στοιχείων ως προς τη μεταβλητή του φύλου ανέδειξε σημαντικές διαφορές στους δείκτες που περιγράφουν τα

επίπεδα υγείας του ανδρικού και του γυναικείου πληθυσμού. Ενδεικτικά, οι επιδημιολογικές τάσεις καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες γενικά εμφανίζονται να έχουν καλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με τους άντρες - ωστόσο, αυτό το πλεονέκτημα μοιάζει να αντισταθμίζεται από τα υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας των γυναικών, και την συχνότερη επαφή τους με τις υπηρεσίες υγείας. Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι στην ανάλυση των επιδημιολογικών στοιχείων παρατηρούνται χρήσεις και καταχρήσεις της κατηγορίας του φύλου, ώστε συχνά η διάκριση άντρες / γυναίκες οδηγεί σε απλουστευτικές γενικεύσεις. Για παράδειγμα, η διαπίστωση ότι τα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας των γυναικών συνδέονται σε έναν βαθμό με το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες σε προβλήματα που προσβάλλουν το αναπαραγωγικό σύστημα, έχει συμβάλει στον ορισμό της αναπαραγωγικής υγείας ως κατεξοχήν γυναικείο ζήτημα.

Παράλληλα, τις τελευταίες δεκαετίες, σε μια περίοδο αλλαγής της κατεύθυνσης στη δημόσια υγεία και μετατόπισης από την κλασική μελέτη και τον έλεγχο των λοιμωδών και μεταδιδόμενων νοσημάτων στις λεγόμενες «ασθένειες του πολιτισμού» και τις διαταραχές που έχουν σαφή κοινωνικοπολιτισμική θεμελίωση παρουσιάζεται το αίτημα για μια ολιστική και διεπιστημονική προσέγγιση στο όνομα αυτού που καλείται ως 'νέα δημόσια υγεία'. Έτσι, προσδιορίζεται στην έννοια της υγείας μια πολυπαραγοντική σημασία, συνυφασμένη με το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο παράγεται και συντηρείται, και αναδύεται μία νέα προβληματική σχετικά με τις διαφορετικότητες και τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν τις ατομικές και κοινωνικές εμπειρίες της υγείας και της αρρώστιας - και η διάσταση του φύλου αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα σε σχέση μ' αυτό.

Η αυξανόμενη συμμετοχή των κοινωνικών επιστημών σ' αυτό το πεδίο συνέβαλε σημαντικά στη διαδικασία μετατόπισης του ενδιαφέροντος από τους αμιγώς ιατρικούς και βιολογικούς όρους καθορισμού της υγείας στη μελέτη παραμέτρων, όπως η δυναμική των σχέσεων εξουσίας, τα γεγονότα ζωής, οι κοινωνικές αντιλήψεις και οι πρακτικές για το σώμα, που σχετίζονται με την εμφάνιση και την κατανομή των ασθενειών. Κυρίαρχες θεωρητικές προσεγγίσεις, όπως οι θεωρίες για την ιστορικότητα των σωμάτων και την εξουσία της ιατρικής επιστήμης (Foucault), η περιγραφή του κοινωνικού ρόλου του ασθενή (σύμφωνα με τον Parsons), καθώς και η μεθοδολογική διάκριση ανάμεσα στην αρρώστια, την ασθένεια και τη νόσο (Eisenberg), διαμόρφωσαν νέους τρόπους σκέψης για την υγεία και ανέδειξαν νέα αντικείμενα μελέτης. Από την άλλη πλευρά, η θεωρητική παράδοση της κοινωνικής κατασκευής και η διάκριση ανάμεσα στο βιολογικό και κοινωνικό φύλο ήταν κεντρικό στοιχείο σε αυτή την προσέγγιση, καθώς αποδείκνυε ότι οι ανισότητες των φύλων στην υγεία ήταν κατά κύριο λόγο κοινωνικά κατασκευασμένες παρά βιολογικά προσδιορισμένες.

Ειδικότερα στο πλαίσιο της ανθρωπολογικής προσέγγισης, η ανάπτυξη της ανθρωπολογίας της υγείας στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα ως διακριτού κλάδου συνδέεται με την εφαρμογή των βασικών αρχών της ανθρωπολογίας για τον πολιτισμικό σχετικισμό (ενάντια σε οικουμενικές αλήθειες) και την ολιστική προσέγγιση των κοινωνικών φαινομένων στη μελέτη της υγείας. Αναγνωρίζεται δηλαδή ότι η υγεία και η αρρώστια αποτελούν κοινωνικά φαινόμενα και ως τέτοια χρειάζεται να μελετηθούν μέσα στο συγκεκριμένο κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον, όπου γεννιούνται οι ερμηνείες που αφορούν στα σωματικά φαινόμενα και γίνεται η κοινωνική παραγωγή της υγείας. Υπό αυτή την οπτική, οι αντιλήψεις, οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές που αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα της ένταξης σε μία κατηγορία κοινωνικού φύλου, και σε συνάρτηση με άλλες παραμέτρους και κατηγορίες από διαφορετικά πεδία της κοινωνικής ζωής, μπορεί να δρουν προστατευτικά ή επιβαρυντικά για την υγεία των ατόμων και να κινητοποιούν θεσμοποιημένους ή άτυπους μηχανισμούς διαχείρισης και αντιμετώπισης τους. Ενδεικτικά, οι εθνογραφίες στην ανθρωπολογία της υγείας (κυρίως στις λεγόμενες 'μη-δυτικές' κοινωνίες) έδειξαν ότι υπάρχουν μια σειρά διαταραχών με ψυχοσωματικές εκφάνσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται ως 'σύνδρομο του πολιτισμού,' συχνά συνδέονται με τη συμβολική και επιτελεστική υπόσταση του φύλου και αποτελούν τρόπους αντίστασης στις κοινωνικές προσδοκίες και τους τοπικούς κώδικες. Για την αναπαραγωγική υγεία συγκεκριμένα, διαπιστώνεται ότι η σημασία της πολιτισμικής δόμησης του φύλου και η σχέση της με την κατασκευή της υγείας και της αρρώστιας στο τοπικό περιβάλλον είναι βαρύνουσα, ιδιαίτερα

σε καταστάσεις που συνδέονται με τη γονιμότητα και την αναπαραγωγή, καθώς ενέχουν μία σειρά συμβολισμών (για τη ζωή, τη συνέχιση και τα όρια της κοινότητας, την ηθική τάξη πραγμάτων, το καθαρό και το βρώμικο) οι οποίοι αποτυπώνονται στο γυναικείο σώμα – ως κύριο φορέα και διαμεσολαβητή της αναπαραγωγικής δυνατότητας.

Σε αυτόν το διεπιστημονικό διάλογο, η φεμινιστική προσέγγιση με εκπροσώπους από διάφορους επιστημονικούς κλάδους συνέβαλε καθοριστικά για την προώθηση των ζητημάτων που αφορούν στη διάσταση του φύλου στην υγεία. Οι κύριες θεωρητικές και μεθοδολογικές προσεγγίσεις που αναπτύχθηκαν περιλαμβάνουν την ‘παραδοσιακή’ προσέγγιση, που δίνει έμφαση στη διάκριση και διαφορετικότητα των αντρών και των γυναικών, τη ‘μεταβατική’ που χαρακτηρίζεται από την αυξανόμενη αναγνώριση τόσο των ομοιοτήτων ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες όσο και των διαφορών μεταξύ υπο-ομάδων γυναικών και αντρών, και πιο πρόσφατα την αμφισβήτηση της αυστηρής διάκρισης βιολογικού και κοινωνικού φύλου και την ανάλυση της υγείας των γυναικών σε συνάρτηση με την κοινωνική πολυπλοκότητα και τις μεταβαλλόμενες κοινωνικο-πολιτισμικές συνθήκες που βιώνουν στην καθημερινή ζωή.

Σε γενικές γραμμές, μέσα απ’ την ανάλυση της θέσης των γυναικών στην κοινωνική τάξη πραγμάτων, η φεμινιστική οπτική θεωρεί την κατάσταση της υγείας του γυναικείου πληθυσμού ως μία όψη της υποβάθμισης των γυναικών υπό το πρίσμα του κυρίαρχου ιατρικού λόγου και των κοινωνικών αναπαραστάσεων για το γυναικείο σώμα και τη γυναικεία ταυτότητα. Αντίθετα, η δυνατότητα των γυναικών να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για τον έλεγχο τόσο του σώματος, όσο και της υγείας τους γενικότερα, συσχετίζεται με τις ευκαιρίες που έχουν για ισότιμη συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα και τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων στο δημόσιο χώρο και αποτελεί προϋπόθεση για την ισότητα των φύλων. Διαπιστώνεται για παράδειγμα ότι ο κοινωνικός έλεγχος της αναπαραγωγής, είτε μέσα από την ταύτιση της γυναικείας υπόστασης με την αναπαραγωγική ικανότητα είτε μέσα από την ιατρικοποίηση των φάσεων του αναπαραγωγικού κύκλου ζωής των γυναικών επιδρούν στη δυνατότητα και τις διαθέσιμες γνώσεις και πρακτικές που έχουν οι γυναίκες για να φροντίζουν το σώμα τους, να διαχειρίζονται προβλήματα και να παίρνουν ενήμερες αποφάσεις σχετικά με την αναπαραγωγική τους υγεία.

Σε επίπεδο θεσμοποιημένης αντιμετώπισης, και σε συνάρτηση με τα παραπάνω, παρατηρούμε ότι το ζήτημα για την επίδραση του φύλου στην υγεία εστιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στον χώρο της Δημόσιας Υγείας, τις δύο τελευταίες δεκαετίες, και έχουν σημειωθεί σημαντικές εξελίξεις για την αναγνώριση των ιδιαιτεροτήτων των δύο φύλων και την προώθηση των δράσεων που στοχεύουν στην υγεία των γυναικών ειδικότερα. Οι εν λόγω εξελίξεις συνυφαίνονται με μια σειρά ανακατατάξεων, κοινωνικών (όπως η μετακίνηση μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων που μεταναστεύουν), πολιτικών (κρίση/αναδιάρθρωση των εθνικών συστημάτων υγείας), πολιτισμικών (μεταμοντέρνα πρότυπα και συμπεριφορές), οικονομικών (αλλαγές στις τοπικές οικονομίες και την εισοδηματική πολιτική, διαστάσεις της φτώχειας). Στο μεταίχμιο των αντίστοιχων εξελίξεων στο χώρο της Δημόσιας Υγείας βρίσκεται ο προβληματισμός για τη μετάβαση από την εστίαση στις γυναίκες στην ευρύτερη οπτική του φύλου, και για το πέρασμα από το «μερικό» στο «γενικό», και συγκεκριμένα από μία περιορισμένης εμβέλειας οπτική στις τοπικές ιδιαιτερότητες και πρακτικές στην ανάλυση των διεθνών τάσεων. Ο κίνδυνος που ελλοχεύει αφορά στην στατική ομοιογενοποίηση του ορισμού των ομάδων – στόχων (π.χ. γυναίκες) και τις δυνατότητες μετάφρασης - προσαρμογής των διεθνών οδηγιών σε ‘πολιτισμικά κατάλληλες’ στρατηγικές δράσης.

Αν δούμε τι αντίκτυπο είχαν αυτές οι εξελίξεις στη διαμόρφωση της κατάστασης για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα και προσπαθήσουμε να κάνουμε ένα σύντομο απολογισμό για το τι συμβαίνει την τελευταία δεκαετία, θα λέγαμε ότι, σε επίπεδο στρατηγικής αντιμετώπισης, στην Ελλάδα η διάσταση του φύλου μοιάζει να μην έχει ενσωματωθεί ουσιαστικά στις πολιτικές για την υγεία ή στη φιλοσοφία των προγραμμάτων και των παρεμβάσεων που υλοποιούνται. Έτσι, πέρα από μεμονωμένες προσπάθειες και αποσπασματικές δράσεις, οι πολιτικές που αναπτύσσονται αφορούν είτε στο γενικό πληθυσμό, μία έννοια ασαφώς προσδιορισμένη, είτε σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Επίσης, φαίνεται να υπάρχουν εγγενείς

αδυναμίες στο σύστημα καταγραφής και επιδημιολογικής παρακολούθησης των νοσημάτων και των όψεων της υγείας του ελληνικού πληθυσμού και, ως συνέπεια αυτού, οι προτεραιότητες στη δημόσια υγεία συχνά διαμορφώνονται υπό την πίεση για συμμόρφωση με ευρωπαϊκές ή διεθνείς στρατηγικές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην αξιολογείται ουσιαστικά η τοπική κατάσταση και να μην γίνεται προσαρμογή στις τοπικές ανάγκες.

Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα απορρέει από μία ιατροκεντρική και νοσοκομειοκεντρική φιλοσοφία, δηλαδή εστιάζει κατά κύριο λόγο στην ασθένεια και την αντιμετώπισή της, παρά στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Αυτό αντανακλάται στις μέχρι τώρα δυσκολίες εφαρμογής διεπιστημονικών προσεγγίσεων και ανάπτυξης προγραμμάτων προαγωγής της υγείας, καθώς φαίνεται να συνυπάρχουν διαφορετικές τάσεις στη δημόσια υγεία. Ενώ εισάγονται δράσεις και αρχές που εστιάζουν στην ατομική ευθύνη και συνειδητότητα σε θέματα υγείας, εξακολουθούν να έχουν ισχύ παραδοσιακές μορφές της δημόσιας υγείας που παραπέμπουν στο συλλογικό επίπεδο, για την αναζήτηση αιτιακών σχέσεων, και προϋποθέτουν την κινητοποίηση του περιβάλλοντος για την προστασία της υγείας του ατόμου. Ως προς αυτό, ένα άλλο στοιχείο αφορά στο ότι οι Ελληνίδες παραδοσιακά ασχολούνται περισσότερο, σε σύγκριση με τους άνδρες, με τα θέματα υγείας που αφορούν τις ίδιες ή τις οικογένειές τους, στο πλαίσιο της ηθικής των κοινωνικών και οικογενειακών υποχρεώσεων. Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι η φροντίδα για την προστασία της υγείας και την αντιμετώπιση της ασθένειας που παράγεται από τις γυναίκες, ως φροντιστές των σημαντικών άλλων, αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της άτυπης φροντίδας υγείας που λειτουργεί συμπληρωματικά και ενισχυτικά του συστήματος υγείας και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη υποκαθιστά την έλλειψη αντίστοιχων υπηρεσιών.

Αναφορικά με την ερευνητική δραστηριότητα των κοινωνικών επιστημών στη δημόσια υγεία, για τη χώρα μας, η προσέγγιση του φύλου αναπτύχθηκε κυρίως με τα ζητήματα που αφορούν στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. Οι έρευνες σ' αυτό το πεδίο άρχισαν να υλοποιούνται, με μία πιο εστιασμένη και συστηματική μορφή, με την εμφάνιση του AIDS και μέσα από τη χρηματοδότηση ευρωπαϊκών προγραμμάτων. Αυτές οι μελέτες στοχεύουν κυρίως στην κατανόηση της σεξουαλικής συμπεριφοράς μέσα από τη διερεύνηση αντιλήψεων και πρακτικών που συμβάλλουν στην προφύλαξη ή την επικινδυνότητα για την υγεία των ανδρών και των γυναικών. Από την άλλη πλευρά, έχει αναπτυχθεί ένας σημαντικός όγκος κοινωνικών μελετών για το φύλο και την ταυτότητα σε διαφορετικές περιοχές της ελληνικής κοινωνίας, ενώ απουσιάζουν ερευνητικές μελέτες και βασικές θεωρήσεις για την πολιτισμική κατασκευή και τον τρόπο με τον οποίο ορίζεται και αντιμετωπίζεται το συμβολικό κεφάλαιο της υγείας των αντρών και των γυναικών στις τοπικές κοινότητες.

Στο πλαίσιο των παραπάνω παρατηρήσεων για τη δημόσια υγεία, θα ήθελα τώρα να περάσω στο δεύτερο μέρος αυτής της παρουσίασης και να αναφερθώ σε ένα μέρος των αποτελεσμάτων μιας έρευνας για την υγεία των γυναικών που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος INTERREG II και αφορούσε στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πληθυσμών στις παραμεθόριες περιοχές των εσωτερικών συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σκοπός της έρευνας, που έγινε το 1999 και το 2000 από τον Τομέα Κοινωνιολογίας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, με επιστημονική ευθύνη του καθηγητή Δ. Αγραφιώτη, ήταν η διερεύνηση των προβλημάτων της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών στην πόλη των Σερρών.

Εδώ θα αναφερθώ σε ένα μέρος από αυτά τα αποτελέσματα και συγκεκριμένα στα αποτελέσματα της βιογραφικής μελέτης, μέσα από τις αφηγήσεις δεκατριών γυναικών ηλικίας τριάντα με σαράντα πέντε ετών σχετικά με τα γεγονότα της αναπαραγωγικής τους ζωής. Σ' αυτή την αναφορά έχω επιλέξει να παρουσιάσω θέματα που αφορούν κυρίως τις πρακτικές των γυναικών σε σχέση με την αναπαραγωγική τους υγεία και το εννοιολογικό περιεχόμενο που αποδίδεται σ' αυτήν ως εμπειρία ατομικής και κοινωνικής σημαντικότητας. Δεδομένου ότι η βιογραφική μέθοδος επιτρέπει την ανάγνωση του κοινωνικού έχοντας ως σημείο εκκίνησης τις ιδιαιτερότητες των ατομικών περιπτώσεων, θα προσπαθήσω να περιγράψω πώς μορφοποιείται η σχέση ανάμεσα στην υποκειμενική εμπειρία και τη μικροπολιτική της

γονιμότητας και της αναπαραγωγής μέσα από τις αφηγήσεις των γυναικών και ακόμη με ποιόν τρόπο η πολιτισμική δόμηση της αναπαραγωγικής υγείας νομιμοποιεί συγκεκριμένες πρακτικές και συμπεριφορές οι οποίες, αν και στοχεύουν στη συμμόρφωση με τα πολιτισμικά πρότυπα, ωστόσο λειτουργούν μάλλον επιβαρυντικά για την υγεία και την ευημερία των γυναικών γενικότερα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αναφορά σε αυτά τα αποτελέσματα δεν αξιώνει γενίκευσης στο σύνολο του γυναικείου πληθυσμού της περιοχής αλλά επιχειρεί να περιγράψει τη διαδικασία μέσα από την οποία κατασκευάζεται η εμπειρία της αναπαραγωγικής υγείας στην πορεία ζωής των γυναικών.

Μέσα από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, παρατηρούμε ότι, ξεκινώντας την αφήγησή τους από τα παιδικά τους χρόνια, οι γυναίκες - υποκείμενα της έρευνας περιγράφουν την ασφυκτική ζωή που βίωσαν στην παιδική και στην εφηβική τους ηλικία και ο λόγος τους πλαισιώνεται με αναφορές στις δύσκολες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες της εποχής και ειδικά στον πιεστικό έλεγχο που τους ασκούσε το οικογενειακό περιβάλλον, κυρίως για τον έλεγχο της σεξουαλικότητας και τον προσδιορισμό των επιτρεπτών ή θεμιτών ορίων στις διαφυλικές σχέσεις. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι αναφορές αυτών των γυναικών εδράζονται στην κοινωνική πραγματικότητα που επικρατούσε στις περιοχές της ελληνικής περιφέρειας της δεκαετίας του '70 και του '80, όταν οι γυναίκες της έρευνας ήταν έφηβες. Πρόκειται για μία μεταβατική εποχή, όπου αρχίζει να υπάρχει μία αίσθηση μεγαλύτερης ελευθερίας στις σεξουαλικές σχέσεις σε συνδυασμό με την επικρατούσα ηθική της απαγόρευσης της αναπαραγωγής εκτός των πλαισίων του έγγαμου βίου. Σ' αυτό το περιβάλλον η διαφύλαξη της τιμής της οικογένειας που σχετιζόταν με τη σεξουαλική συμπεριφορά των γυναικών και την επιτυχή ανταπόκρισή τους στις συζυγικές και γονεϊκές υποχρεώσεις, εξακολουθούσαν να έχουν βαρύνουσα σημασία. Όπως αναδεικνύεται μέσα από τις αφηγήσεις των γυναικών, για τις ίδιες η έναρξη του έμμηνου κύκλου φαίνεται να ήταν ένα σοκ, μία εμπειρία που συνδέθηκε με συναισθήματα φόβου, ντροπής και ακόμη ενοχής και σηματοδότησε ένα «βίαιο» πέρασμα από την παιδικότητα στην εφηβεία και την αναπαραγωγική ζωή. Αυτό συντέλεσε στην 'αρνητική' σχεδόν πρόσληψη της σεξουαλικότητας, η οποία προέρχεται τόσο από την αρχική αποξένωση από το γυναικείο σώμα, όσο και την άγνοια για τις λειτουργίες του και τις αντιδράσεις του περιβάλλοντος. Η ηλικία και οι συνθήκες έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας απασχολούσε τις έφηβες γυναίκες, καθώς μύθοι και πραγματικότητες διαπλέκονταν γύρω από το θέμα της σεξουαλικότητας με άξονες το ηθικό και το ανήθικο, το τι είναι πρόπον και τι όχι για μία γυναίκα. Αντίστοιχα, ζητήματα σχετικά με τη σεξουαλική πραγμάτωση και την έννοια της ευχαρίστησης στις σεξουαλικές επαφές φαίνεται να αποτελούσαν 'μη-θέματα'.

Οι γυναίκες της έρευνας αναφέρθηκαν στην έλλειψη ενημέρωσης για την υγεία του γυναικείου σώματος και τις μεθόδους αντισύλληψης, η οποία είχε σημαντικές επιπτώσεις στις επιλογές τους αλλά και στην πορεία της ζωής τους γενικότερα. Η συζήτηση για τέτοια θέματα με τους γονείς ή ακόμη και με τα μεγαλύτερα αδέρφια, ή τα αγόρια ή τα κορίτσια, φαίνεται να ήταν σχεδόν απαγορευτική. Η επίγνωση για τους κινδύνους και για τους τρόπους προστασίας της αναπαραγωγικής τους υγείας ήρθε με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής και συχνά με μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων σχετίζεται με το τι προσφέρεται στην τοπική κοινωνία ως γνώση και ως αποδεκτή πρακτική. Έτσι, η διάσταση της διαφορετικότητας στη γυναικεία εμπειρία της αναπαραγωγικής υγείας ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος αναδύεται στις αφηγήσεις των γυναικών με αναφορές στη διαφορά ανάμεσα στη γυναίκα στην επαρχία και στη γυναίκα στα μεγάλα αστικά κέντρα, θεωρώντας ότι η γυναίκα στην επαρχία σχεδόν πάντα χρησιμοποιεί το 'τράβηγμα' σαν μέθοδο αντισύλληψης, το οποίο, όπως λένε, «είναι το αρχαιότερο...» και «αν κάτι πάει στραβά, το ρίχνει».

Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη οδήγησε ορισμένες φορές σε βεβιασμένο γάμο ο οποίος περιγράφεται από τις γυναίκες ως αποτέλεσμα αμηχανίας και δυσκολίας να αντιμετωπιστεί το συμβάν αλλά και ως επιλογή για να ικανοποιηθούν οι οικογενειακές και κοινωνικές προσδοκίες. Έτσι, μπορεί το ζήτημα της τεκνοποίησης να τέθηκε αρκετά νωρίς στο πλαίσιο

της ερωτικής σχέσης αλλά, όπως αναφέρει μία γυναίκα: «Έτσι κι αλλιώς κάποια στιγμή θα παντρευόμασταν και θα κάναμε παιδί. Τι άλλο να κάναμε; ...Ξέραμε ότι δεν είχαμε επιλογές». Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ενέχει έντονους συμβολισμούς για την επιβεβαίωση της γονιμότητας και την πραγμάτωση της κοινωνικής αξίας της αναπαραγωγής, σύμφωνα με την οποία οι γυναίκες ορίζονται μέσα από την οικογενειακή και αναπαραγωγική τους θέση και ενσωματώνουν τους κοινωνικούς δεσμούς. Αυτό το θέμα της ταύτισης της γυναικείας ταυτότητας με την αναπαραγωγική της υπόσταση αναπαράγεται και στο λόγο των γυναικών μέσα από τις αναφορές τους στη θέση της γυναίκας στα κοινωνικά δρώμενα, όπου θεωρούν ότι «η γυναίκα είναι για το σπίτι, να μεγαλώνει τα παιδιά της».

Από την άλλη πλευρά, η πρακτική της έκτρωσης φάνηκε να είναι οικεία στη ζωή των γυναικών. Εκείνες περιγράφουν ένα μοναχικό ταξίδι στο μεγάλο αστικό κέντρο, για να γίνει η έκτρωση το πρωί και να επιστρέψουν στο οικογενειακό σπίτι το συντομότερο δυνατό, παίρνοντας όλες τις απαραίτητες προφυλάξεις, για να παραμείνει η πράξη αυτή κρυφή. Η έκτρωση αποτελεί σχεδόν 'παραδοσιακή' μέθοδο αντισύλληψης, μία εναλλακτική επιλογή για τη γρήγορη και ασφαλή αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, η οποία προσφέρεται και συντηρείται ως τέτοια και μέσα από την ιατρική πρακτική. Συγκεκριμένα, παρά τη νομιμοποίησή τους ως μέσο οικογενειακού προγραμματισμού, η πλειοψηφία των εκτρώσεων που γίνεται στη χώρα μας φαίνεται ότι δεν ακολουθούν τις νόμιμες διαδικασίες αλλά πραγματοποιούνται σ' ένα πλαίσιο μυστικότητας και ταχείας επίλυσης του προβλήματος.

Θα ήθελα να κάνω μια πολύ σύντομη αναφορά στην ιστορία μιας γυναίκας, για να δείξω ακριβώς αυτή τη σύνδεση. Πρόκειται για τη Μυρτώ, η οποία είναι 42 ετών τη στιγμή της συνέντευξης, παντρεμένη με ένα παιδί και εργαζόμενη ως καθηγήτρια, η οποία περιέγραψε με ιδιαίτερα έντονο τρόπο τη σύνδεση των σημαντικών γεγονότων στην αναπαραγωγική της ζωή με την άγνοια για θέματα αντισύλληψης και προστασίας για την υγεία της. Η Μυρτώ μεγάλωσε σε μία αυστηρή οικογένεια και σε φτωχές οικονομικές συνθήκες και η αίσθηση του περιορισμού και του ελέγχου της είχε γίνει «βίωμα», όπως η ίδια αναφέρει. Μη όντας προετοιμασμένη για τις αλλαγές στο σώμα της, η σεξουαλικότητα και η αναπαραγωγική της ικανότητα της δημιούργησαν συναισθήματα ντροπής και ανησυχίας. Η μόνη αντισυλληπτική μέθοδος που γνώριζε ήταν η διακεκομμένη συνουσία και το προφυλακτικό αλλά, όπως λέει, το «τράβηγμα ήταν πιο εύκολο». Ως συνέπεια αυτού, πριν το γάμο της είχε κάνει δύο εκτρώσεις, η δεύτερη με το μελλοντικό της τότε σύζυγο. Μετά το γάμο της άρχισε να κάνει παιδί και το πέτυχε μετά από πολλές προσπάθειες και μεγάλο άγχος και, όταν οι προσδοκίες του περιβάλλοντός της άρχισαν να ηχούν ως πειστική απαίτηση για τη συμβολική ολοκλήρωση του γάμου τους. Στα τριάντα ένα της χρόνια η Μυρτώ είχε πρόωρη εμμηνόπαυση και υποφέρει από έντονα γυναικολογικά και ορμονικά προβλήματα. Για την ίδια, όπως και για άλλες γυναίκες που κατέφυγαν σε επαναλαμβανόμενες εκτρώσεις για να τερματίσουν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, αυτά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ήταν «η τιμωρία» για τις εκτρώσεις που έκανε.

Η εν λόγω τιμωρία αναδεικνύει ένα αίσθημα ενοχής για την πρακτική των εκτρώσεων, το οποίο φαίνεται να προκαλεί σημαντικό βάρος στη Μυρτώ. Το ζήτημα της τιμωρίας φαίνεται να ενέχει βαρύνουσα σημασία στην ερμηνευτική για προβλήματα υγείας, στην ελληνική κοινωνία – όπως προκύπτει και από άλλες έρευνες, για την εμπειρία του καρκίνου του μαστού, για παράδειγμα – και χρίζει εστιασμένης ανάλυσης. Εδώ μπορούν να αναφερθούν μόνον πιθανοί συσχετισμοί και ερωτήματα που προκύπτουν σχετικά με το ποιος τιμωρεί σ' αυτή την περίπτωση (της έκτρωσης), και γιατί. Μια πιθανή ερμηνεία αφορά στο ρόλο του σώματος ως πεδίο εμπειρίας και δράσης, σύμφωνα με την οποία η παρέμβαση στις φυσικές και φυσιολογικές λειτουργίες του γυναικείου σώματος και της αναπαραγωγής φαίνεται να οδηγεί σε καταστάσεις σχεδόν αντίστασης του σώματος σ' ένα μεταγενέστερο στάδιο, που εκφράζεται με οργανικά προβλήματα και δυσλειτουργίες. Επίσης, μια τέτοια αναφορά δεν μπορεί να θεωρηθεί ξέχωρα από τους ηθικούς κώδικες και τις θρησκευτικές δοξασίες που αναπαριστούν τη γυναίκα να ενσωματώνει τόσο την αγνότητα, όσο και την αμαρτία μέσα από την ίδια της τη φύση και τις πράξεις της και οι οποίες υπαινίσσονται μία θεϊκής προέλευσης τιμωρία για τις εκτός των κοινωνικά επιτρεπτών ορίων πράξεις των ανθρώπων. Σε σχέση με τα

παραπάνω θα πρέπει επίσης να σταθμιστεί ο αντίκτυπος της συνύπαρξης παραδοσιακών και μεταμοντέρνων προτύπων στις διαφυλικές σχέσεις, που φαίνεται να χαρακτηρίζει την ελληνική κοινωνία τα τελευταία χρόνια (με την έννοια ότι ενώ υπάρχει μεγαλύτερη ελευθερία και ευελιξία στις σχέσεις και τις προσωπικές επιλογές, ωστόσο οι παραδοσιακές αντιστάσεις και οι κοινωνικοί περιορισμοί εξακολουθούν να έχουν ισχύ) στις ατομικές συμπεριφορές, αντιλήψεις, ερμηνείες σε θέματα αναπαραγωγικής υγείας.

Συνοπτικά, θα λέγαμε ότι στις αφηγήσεις των γυναικών φαίνεται ότι, αν και οικειοποιούνται τις κοινωνικές αντιλήψεις που προβάλλονται πάνω στο σώμα και την αναπαραγωγική τους υγεία, ωστόσο ορισμένες φορές αντιλαμβάνονται την ασυμβατότητα των πολιτισμικών προτύπων με την ενσώματη καθημερινή ζωή. Ειδομένη σ' αυτό το πρίσμα, η περίπτωση της έκτρωσης μπορεί να χαρακτηριστεί ως εναλλακτική πρακτική για την επίτευξη του πολιτισμικά σωστού και κατάλληλου, η οποία λειτουργεί σ' ένα πλαίσιο κοινωνικής ανοχής και εξυπηρετεί τον κοινωνικό κώδικα για την επιθυμητή θέση και συμπεριφορά της γυναίκας. Μπορεί επίσης να ειπωθεί ως μία πράξη δηλωτική εξουσίας, στο βαθμό που επιτρέπει στις γυναίκες να έχουν τον έλεγχο της σεξουαλικότητας και της γονιμότητάς τους, αν και ως πράξη συνήθως συντελείται εκτός των ορίων της καθημερινής ζωής και σ' ένα πλαίσιο αποστασιοποίησης από το γυναικείο σώμα.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι, όταν εξετάζουμε πλευρές της ανθρώπινης εμπειρίας, όπως η υγεία και η αναπαραγωγή, παρατηρούμε ότι οι κοινωνικές σχέσεις και οι συμπεριφορές των ατόμων που δρουν και αλληλεπιδρούν ως έμφυλα όντα είναι εξαιρετικά σύνθετες. Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και διαχειρίζονται οι γυναίκες και οι άνδρες καταστάσεις υγείας και αρρώστιας έχει στενή συνάρτηση με το σημασιολογικό περιεχόμενο που προσδίδεται στην υγεία των φύλων, ως μορφή συμβολικού κεφαλαίου στο δεδομένο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Από την άλλη πλευρά ωστόσο, η διαπλοκή κοινωνικών εννοιολογήσεων για το φύλο και την υγεία υπονοεί μία πολυπλοκότητα και ποικιλομορφία καταστάσεων και εμπειριών που είναι σημαντικό να μελετηθούν στο επίπεδο της τοπικής κοινωνικής παραγωγής της υγείας, με γνώμονα τις ιδιαιτερότητες που αναδύονται όχι μόνο ανάμεσα αλλά και στο εσωτερικό των κατηγοριών φύλου. Αυτή η διαπίστωση φαίνεται να αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα τη στιγμή που, από την πλευρά των κοινωνικών επιστημών τίθεται υπό συζήτηση και επαναπροσδιορισμό η ερμηνευτική χρησιμότητα και αναλυτική ευελιξία της κατηγορίας του κοινωνικού φύλου, και από την πλευρά της δημόσιας υγείας διαπιστώνονται τόσο οι δυσκολίες βελτίωσης του επιπέδου υγείας των πληθυσμών όσο και η ανάγκη να αναπτυχθούν νέες προσεγγίσεις.