

Ženske in zdravje

Veda o zdravju je relativno nova disciplina, ki se ukvarja s teorijo in z aplikativnim znanjem o varovanju zdravja, preventivi in pospeševanju zdravja.¹ Glavni teorem te družboslovne veje je domneva, da sta nastanek in potek bolezni družbeno pogojena. Pri tem se izhaja iz naslednjih paradigem:

Veda o zdravju je

1. interdisciplinarna, kar pomeni, da so upoštevana skoraj vsa spoznanja tistih znanosti, ki se ukvarjajo z vprašanji odpravljanja bolezni in ohranjanjem zdravja;
2. interparadigmatična, kar pomeni, da se iščejo poti, kako združiti po možnosti vse interpretacijske vzorce, in to iz celotnega spektra humanističnih znanosti;
3. socializacijsko naravnana (Schnabel, 1990).

Poseben problem se skriva v definiciji pojmov "zdravje" in "bolezen". "Zdravje" lahko definiramo kot *vrednostni pojem* , pri čemer je najdoslednejša in najbolj znana definicija, kot jo je oblikovala Svetovna zdravstvena organizacija (WHO): "Zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega ugodja." Pojem zdravja poznamo tudi še kot *izključevalni koncept* , ki zdravje definira kot odsotnost bolezni. Definicije zdravja so lahko tudi *funkcijske izjave* , še zlasti take, ki so povezane z definicijsko močjo strokovnjakov, npr. medicincev: "zdravje kot molčanje organov".

¹ Veda o zdravju, t. j. *Public Health* , se v ZDA poučuje že dolgo in ima pomembno vlogo v izobraževanju in praksi.

Vsi ti definicijski poskusi se na različen način srečujejo z nezmožnostjo, da bi odkrili splošno presegajoč substrat. To pa avtomatično pelje v nujnost, da pojem zdravja zasidramo historično, kar pomeni, da pojem zdravja tako postane diskurzni konstrukt, ki ne more imeti vsepresegajočega substrata. Glede na družbenozgodovinsko in socialno pogojevanje pomeni zdravje vsakič nekaj drugega. V industrijskih razmerah pomeni pač predvsem sposobnost za delo, v postindustrijskih življenjskih okoliščinah se morda približuje pomenski ustreznici sposobnosti uživanja itd. (Bauer, 1992).

Tako razširjena perspektiva definicije tudi razkrije, da zdravje za ženske in moške ne more pomeniti istega. Gledano z zgodovinske in socialnostrukturne perspektive, obstajajo družbeno normirani pa tudi subjektivni koncepti zdravja, ki so spolno specifični in diferencirani. V nadaljevanju bomo zato na temo zdravja gledali s te perspektive. Pri tem se bomo oprijeli rezultatov tistih raziskav, ki se ukvarjajo specialno s temo "ženska in zdravje", še posebej pa bomo upoštevali socializacijsko-teoretično perspektivo. Po našem mnenju tudi novo spolno specifično raziskovanje zdravja skriva nekatere nevarnosti tradicionalnih stereotipizacij, ki se jih bomo lotili v nadaljevanju.

KONCEPTI ZDRAVJA IN BOLEZNI KOT REZULTAT SPOLNO SPECIFIČNE SOCIALIZACIJE

V zadnjih letih se zdravje vedno močneje problematizira s socializacijsko-teoretičnih izhodišč. "Izkažejo se primerna za analizo odnosa med obremenjujočimi življenjskimi razmerami, individualnimi obvladavalnimi strategijami in socialnimi mrežami za pomoč na eni strani ter fiziološkimi, psihološkimi in socialnimi simptomi na drugi strani" (Hurrelmann, 1991, str. 189). Zdravje potemtakem ni pasivno doživeto pozitivno stanje, temveč aktualni rezultat vsakič aktivno producirane in ohranjene socialne, psihične in telesne dejavnosti človeka v celem življenju (Hurrelmann, 1991).

Osrednji kategoriji preučevanja zdravja sta starost in spol. V življenju se pojavijo določeni rizični dejavniki, na katere spet vpliva pripadnost enemu ali drugemu spolu. Moški novorojenčki imajo sicer višjo stopnjo umrljivosti, v bistvu pa so bolezenska tveganja v prvih desetih letih življenja za oba spola približno enaka. Ravno v teh letih se zaradi različne socializacije izoblikujejo različni koncepti zdravja. Ker so ženske "vsakodnevne strokovnjakinje" za zdravje v družini, se dekleta z vzgojo in s privzemanjem vzorčne ženske vloge že zelo zgodaj senzibilizirajo za zdravstvene probleme, medtem ko je namen fantovske

socializacije ta, da "moški ne stokajo in da so močni". Moškim otrokom je sicer dovoljeno več agresivnosti in aktivnosti kot dekletom, po drugi strani pa se to pogosto definira kot nenormalno ali bolno obnašanje, tako da se fantom v starosti do deset let predpisuje bistveno več psihotropnih zdravil kot dekletom.

V mladosti, med desetim in dvajsetim letom, izražajo dekleta več bolezenskih težav kot fantje, predvsem psihičnih in psihosomatskih (glavobol, prehranjevalne motnje itd.). Pogosto so to reakcije na konflikte med vlogama, ki se s pojavom menstruacije še razplamtijo, pa tudi na izkušnje z nasiljem. Za moško mladino pa sodi izzivanje zdravja (npr. vožnja z motorji, pijančevanje) k moškemu razumevanju vlog. Fantje torej že v tem obdobju pokažejo "nadresirano nezmožnost trpljenja" (Richter, 1973, str. 297). V kontekstu menstruacije, vprašanj preprečevanja zanositve in ginekoloških preventivnih preiskav pa dekleta obratno razvijejo določen koncept zdravja, v katerem se bolezen in zdravje prekrivata in kjer so meje zabrisane. Dekleta se med menstruacijo subjektivno lahko počutijo "bolne", čeprav je to objektivno zdrava ženska telesna funkcija, pa tudi ginekološke preventivne preiskave postanejo rutinske, čeprav boleznih sploh ni. V tem kontekstu imajo dekleta tudi drugačen odnos do zdravil. Za menstruacijske težave in psihosomatske bolečine dobivajo zdravila, s tem pa se naučijo neke vrste upravljanja bolečin in boleznih.

V letih reprodukcije, torej med 21. in približno 50., vplivajo na ženske bolezenske težave predvsem dejavniki, povezani s preprečevanjem nosečnosti, nosečnostjo in porodom. Raziskave so pokazale, da se ženske, glede na to, kako se odzivajo na zdravje oz. bolezen, delijo v dve skupini: na take, ki se na težave odzivajo mirno in ki imajo določeno mero samozaupanja v zvezi z zaznavanjem zdravstvenih motenj, in na take, ki se na težave odzivajo veliko občutljiveje in ki takoj poiščejo strokovno pomoč. Moški so v teh letih dovetnejši za koronarne bolezni in srčne infarkte.²

Začetek menopavze je za ženske pomembna statusna sprememba, ki vpliva na zdravje. Ženske med menopavzo in po njej izkazujejo jasno povečano stopnjo obolevnosti, pri čemer so zelo pomembni še zlasti socialni in ekološki dejavniki. Kljub temu živijo ženske v poprečju sedem let dlje od moških. Moške v teh letih še posebej obremenjuje tako imenovani "upokojitveni šok".

ŽENSKE – "BOLNI" SPOL?

Kot se je jasno pokazalo v prejšnjih izvajanjih, se očitno kažejo razlike v razumevanju zdravja/boleznih pa tudi v ženskih

² Obratno pa so raziskave pokazale, da je pri zaposlenih ženskah, torej predvsem pri tistih, ki so izpostavljene dvojni obremenitvi družina/slужba, življenjska doba nižja od moške (Projekt: Zdravo življenje 1989; Rodenstein 1981).

in moških mehanizmih obvladovanja stresa. Zdi se, da so že zelo zgodaj socializacijsko pogojeni in da se v življenju utrdijo oz. diferencirajo.

Čeprav ženske v poprečju živijo dlje kot moški, so v primerjavi z njimi – še zlasti v tradicionalni medicini in njenih raziskovalnih metodah – v večji meri definirane kot “bolne”. To pa zato, ker ženske ob preiskavah izrazijo več bolezenskih težav kot moški, ker gredo pogosteje k zdravniku in ker se na splošno subjektivno počutijo “bolnejše” kot moški (Maschewsky-Schneider et. al., 1991). O “objektivnem” zdravju žensk pa to vsekakor še ne pove veliko, ker imajo ženske drugačen odnos do zdravja in ker se drugače odzivajo na bolezni kot moški.

Ženske se pritožujejo bolj zaradi psihičnih, psevdosomatskih in vegetativnih bolezenskih težav, moške težave pa so fiksirane na organe in se zato tudi bolj vklaplajo v tradicionalni medicinski koncept, ki je pretežno somatski. Moški pogosteje opišejo svoje bolezenske simptome s somatskimi kategorijami, ki sodijo v ta sistem, medtem ko se opisi ženskih bolezni ne skladajo z naravoslovno-materialističnim pogledom zdravnikov na svet (Vogt 1985, str. 34). Tipično ženske bolezni, ki običajno nimajo organskih vzrokov, zato označujejo s pojmom “ženski sindrom” (Rodenstein, 1984).

Razlike v simptomatiki in v moškem in ženskem razumevanju bolezni so vendarle utemeljene s socializacijo in niso organske narave. Poleg tega so pogojene še z naslednjimi dejavniki:

- stereotip, ki “tipično žensko” obnašanje primika v bližino običajnih predstav o psihičnem obolenju (pasivnost, razdražljivost, čustvenost itd.);
- metodološki problemi: pri večini preiskav ugotavljajo predvsem psihosomatske bolezenske težave žensk in jih s tem preveč poudarjajo, medtem ko se moške psihosomatske težave (kot npr. agresivnost) v vprašanih sploh ne pojavljajo (prim. Vogt 1985, str. 35).

Za izjemno pomembno pri pojasnjevanju odnosa zdravje/bolezni se je izkazalo vprašanje obremenitve in obvladovanja vsakodnevnih problemov in kriznih življenjskih dogodkov, na katerega se osredinja še zlasti novejše preučevanje stresa.

Badura (1993) definira stres kot zapleteno medsebojno učinkovanje socialnih, duševnih in organskih dogajanj. Temelj tega modela je domneva, da sta človek in okolje v dinamični in občutljivi igri medsebojnega učinkovanja. Družba postavlja vsakemu posamezniku posebna tveganja in izzive, po drugi strani pa ga opremlja z materialnimi, osebnimi in družbenimi resursi, ki omogočajo, da se odzivamo na vsakodnevne in

vseživljenjske izzive. Koliko to uspeva, je odvisno od razpoložljivih notranjih in zunanjih resursov pa tudi od subjektivne ocene problema in obvladovalnih možnosti.

Lazarus & Folkmann (1984) razumeta obvladovanje stresa kot stalno spremenljiva, kognitivna in vedenjska prizadevanja posameznikov, ki se ukvarjajo s specifičnimi zunanjimi in/ali notranjimi zahtevami, ki terjajo ogromno njihovih prilagoditvenih sposobnosti ali jih presejajo.

Kot so pokazale številne raziskave, so ženske zaradi svoje družbene in socialne vloge izpostavljene specifičnim obremenitvam in stresnim dejavnikom (Halhuber, 1982). Sem sodi še zlasti dvojna obremenitev s službo in družino ali kot samohranilke, večje tveganje revščine kot pri moških, izkušnje z nasiljem pa tudi tako imenovane "double-bind situacije", v katerih so ženske istočasno izpostavljene najrazličnejšim in deloma protislovnim pričakovanjem vlog. Raziskave kažejo, da so zato dovzetnejše za stres (prim. Berlemann, 1991). Stresni simptomi, ki izhajajo iz tega, so nemara glavni razlog, zakaj se ženske pogosteje zatekajo po zdravniško pomoč (Hoffmann, 1983). Tudi med samimi ženskami poznamo povsem različne oblike obvladovanja stresa in obremenitev. Medtem ko je nekatere ženske moč prištevati k "tipu stokanja", se druge nagibajo k "strategiji zdrži", pri čemer velik del žensk obe strategiji uspešno združuje in variira (Maschewsky-Schneider et. al. 1985).

Večina praktičnih izhodišč za pomoč pri obvladovanju stresa še vedno izhaja pretežno iz individualnih preventivnih strategij. Zavarovalnice na primer ponujajo tečaje, na katerih naj bi se ženske naučile živeti zdravo in se bolje znajti v stresnih situacijah (prim. Berlemann, 1991). Kritično pri tem je, da se nazadnje poslužujejo enodimenzionalnega pogleda na multidimenzionalne vzroke stresa in obremenitev. Poleg tega pretežno individualistično usmerjena preventiva prenaša tradicionalne odnose, kajti za lastno zdravje in zdravje družine je spet odgovorna ženska. S tem se po možnosti le še okrepijo že tako obstoječi konflikti in obremenitve. Pri povsem individualističnem pristopu se tudi zanemari pomen pomoči v socialnih mrežah, in to, čeprav je znano, da socialne mreže človeku pomagajo ustrezneje in uspešneje obvladovati vsakodnevne obremenitve (von Ferber, 1983).

To seveda ne pomeni, da forsiranje individualnih obvladovalnih strategij ni koristno, po našem mnenju pa ni zadostno. Preventivo bi morali nujno izvajati s spreminjanjem določenih socialno-ekonomskih pogojev, ki so obremenjujoči še zlasti za ženske.

“ŽENSKI SINDROM”: NOVA DEFINICIJA “ŽENSKÉ HISTERIJE”?

Novejše, spolno specifično razmišljanje o temi zdravje/bolezni je spodbudilo in senzibiliziralo spoznanje, da moški in ženske zaradi različne socializacije razvijajo različne koncepte zdravja in bolezni. Na podlagi tega postane jasno, zakaj in v kolikšni meri se tradicionalna, naravoslovna medicina odziva na ženske bolezni z neustreznimi terapijami ali ženskih težav sploh ne jemlje resno. V končni fazi to pomeni, da ženske potrebujejo drugačno medicino in terapijo kot moški. V to smer pa za zdaj kaže le malo znakov.

Če so v novejši literaturi ženske težave obravnavane drugače od moških in so klasificirane pod pojmom “ženski sindrom”, se v tem vsekakor skriva nevarnost, da bi sicer zastarelo debato o ženski “histeriji” ponovno sprožili v drugačni obliki. Kjer namreč bolezen ni organska in funkcionalna, se premakne v bližino psihičnih obolenj. Ideal zdravja v industrijskih družbah je tako močno osredotočen na določene moške (storilnostne) norme, da definicija psihičnega zdravja sovpaše s “tipično moškimi” vedenjskimi značilnostmi. V skladu s tem so ženske že po pripadnosti spolu in temu ustreznemu stereotipu vloge definirane kot psihično manj vredne in bolj bolne. Medtem ko moški srčni infarkt, ki je “otipljiv” rezultat “preobremenjenosti z delom”, izzove sočutje, pa ženske le nedoločljivo trpijo v obliki “ženskega sindroma”, katerega simptomatika je tako difuzna, da obstaja nevarnost, da bojo uvrščene med psihično bolne ali – tradicionalno – “histerične”. Če bi se rade ubranile klasifikacije “duševnih bolnic”, tako da se vedejo “netipično”, to pa pomeni “nežensko”, potem se zapletejo v zunanje in notranje konflikte, ki njihovo trpljenje še povečajo (prim. Vogt, 1985). Če se zatečejo po zdravniško pomoč, jim “ženski sindrom” velikokrat “zdravijo” s psihofarmaki (Vogt, 1985), zaradi česar nastane signifikanten odnos med subjektivnim trpljenjem in uživanjem zdravil (sredstva proti bolečinam in psihofarmaki). Hkrati pa se uživanje pomirjeval in psihofarmakov spet ocenjuje kot še en dokaz za “žensko šibkost”, tako da se ženske na koncu znajdejo v nerešljivi dilemi.

Namesto da bi govorili o “ženskem sindromu”, bi bilo v prihodnosti gotovo smiselneje natančno raziskati vzroke ženskih zdravstvenih motenj in jih natančneje poimenovati. V bolezenskih težavah, ki jih izražajo ženske, so zgoščeni notranji in zunanji konflikti, ki so značilni za ženske v zahodnih industrijskih družbah in njihov družbeni položaj.

Seveda se morajo ženske ponovno naučiti prevzeti odgovornost za lastno telo in zdravje, potem ko jim je bilo samozaupanje v tem pogledu v zgodovinskem kontekstu sistematično

jemano in zanikano. In morajo si upati poimenovati vzroke svojega trpljenja. To je treba spodbujati tudi z razširitvijo zdravstvene vzgoje, npr. z zdravstveno vzgojo v šolah ali s projekti, kot so "zdravstveni butik za dekleta"³ (Preiss et. al. 1993). Socialno delo in svetovalne službe morajo spodbujati ženske prav v tem, da prodrejo v še vedno moško medicino in da se uprejo, da jim ne bo treba "pogoltniti prav vseh tablet", ki jim jih predpišejo.

³ Zdravstveni butik za dekleta je zaenkrat enkratni modelni projekt v Nemčiji.

Prevedel Darko Čuden

Cornelia Füssenhäuser dela kot asistentka na Inštitutu za pedagogiko in je na seminarju "Ženske in zdravje" sooblikovala ta prispevek.

Dr. Gabriele Stump dela kot znanstvenica na Inštitutu za pedagogiko. Posebne raziskovalne in pedagoške teme: intervencija v krizi, veda o zdravju, ženske in revščina.

LITERATURA

- BADURA, B. (1993): *Freud versus Selye Zur Bedeutung der Gefühlsregulierung für die Streßbewältigung*, v: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 1. Jg. zv. 1, str. 47-60.
- BAUER, B. (ur.) (1992): *Lexikon des Sozial und Gesundheitswesens*, München, str. 796-836.
- BERLEMANN, C. (1991): *Streßbewältigung*, v: *Stahr, I., Jungk, S., Schulz, E. (ur.) (1991): Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte*, Weinheim, str. 147-158.
- BRUDERL, L. (ur.) (1988): *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*, Weinheim/München.
- DAMKOWSKI, C. (1980): "Isolation macht krank. Depression als Ausdruck verhinderter Emanzipation." V: *Gipser, D., Stein-Hilbers, M. (1980): Alltägliche Leiden und abweichendes Verhalten von Frauen*, Weinheim/Basel.
- FERBER, C. v. (1983): *Soziale Netzwerke – ein neuer Name für eine alte Sache?* V: *Geistige Behinderung*, zv. 4, 1983, str. 250-258.
- HALHUBER, C. (1982): "Frauen werden zwar alter, aber sie sind früher kaputt." V: *Psychologie heute* Redaktion (ur.) 1982: *Sonderband: Die Harten und die Zarten. Das neue Verhältnis zwischen den Geschlechtern*, Weinheim, str. 58-61.
- HOFFMANN, M. (1983): "Frauen und Therapie – Brauchen Frauen eine andere Therapie als Männer?" V: *Zimmer, D. (Hrsg.): Die therapeutische Beziehung*, Weinheim, str. 250-264.
- HURRELMANN, K. (1991): "Gesundheitswissenschaftliche Ansätze in der Sozialisationsforschung". V: *Hurrelmann, K., Ulich, D. (ur.): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung*, Weinheim/Basel.
- HURRELMANN, K., LASSER, U. (ur.) (1993): *Gesundheitswissenschaften, Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*, Weinheim und Basel.

- LASSER, U., et. al. (1990): *Gesundheitswissenschaft und öffentliche Gesundheitsförderung*, Berlin.
- MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U., KLESSE, R., SONNTAG, U. (1991): *Lebensbedingungen, Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln von Frauen*. V: Stahr, I., Jungk, S., Schulz, E. (ur.) (1991): *Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte*, Weinheim, str. 22-35.
- SCHNABEL, P. (1990): "Krankheitsentstehungs und Krankheitsverlaufsforschung." V: Laaser, U. et. al., prim. zg. str. 181-249.
- SCHWENKEL-OMAR, I. (1980): "Das Hausfrauensyndrom: Psychosomatische Erkrankungen von Frauen". V: Gipsler, D., Stein-Hilbers, M. (ur.): *Alltägliche Leiden und abweichendes Verhalten von Frauen*, Weinheim/Basel.
- STAHR, I., JUMGK, S., SCHULZ, E. (ur.) (1991): *Frauengesundheitsbildung, Grundlagen und Konzepte*, Weinheim.
- STEINKAMP, G. (1990): "Sozialepidemiologie als Pladoyer für eine differenzierte Erfassung von Lebenslagen und sozialen Milieus." V: Laaser et. al., prim. zg..
- VOGT, I. (1983): *Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom*. V: *Leviathan*, zv. II, str. 161-199.
- VOGT, I. (1985): "Weibliche Leiden – Männliche Lösungen." Zur Medikalisation von Frauenproblemen. V: Franke, A., Jost, I. (ur.): *Das Gleiche ist nicht dasselbe. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, zvezek 10, Tübingen, str. 32-47.