

ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΙΣΟΤΗΤΑΣ (Κ.Ε.Θ.Ι.)

ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

- * *ΥΓΕΙΑ*
- * *ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ*
- * *ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ*



ΑΘΗΝΑ 2001

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Η πρόοδος των γυναικών και η επίτευξη της ισότητας μεταξύ γυναικών και ανδρών είναι ζήτημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ευκαιρία για κοινωνική δικαιοσύνη και δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μεμονωμένο θέμα των γυναικών. Αυτός είναι ο μόνος τρόπος να δομηθεί μία βιώσιμη, δίκαιη και αναπτυγμένη κοινωνία. Η ενδυνάμωση των γυναικών και η ισότητα μεταξύ γυναικών και ανδρών είναι προαπαιτούμενα για την επίτευξη πολιτικής, κοινωνικής, πολιτιστικής και περιβαλλοντικής ασφάλειας μεταξύ των ανθρώπων»

ΠΕΚΙΝΟ 1995, 4^η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη Ενωμένων Εθνών για τις Γυναίκες.

Ο κόσμος και η κοινωνική πραγματικότητα των γυναικών έχει αλλάξει, αλλάζει και θα συνεχίσει να αλλάζει. Παρατηρείται έντονο ενδιαφέρον για την αύξηση των γνώσεων γύρω από θέματα των γυναικών, το διπλό και συγκρουόμενο ρόλο τους ως εργαζόμενες και μητέρες, τα κοινωνικά και πολιτικά τους δικαιώματα και την άρση της άνιση κατανομής της εξουσίας στα κέντρα λήψης αποφάσεων. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών και στην επίδρασή τους στην πραγματικότητα των γυναικών.

Ωστόσο, η ενσωμάτωση των αρχών του φύλου παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες και εμποδίζεται ή απλά δεν λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι, διαφορετικές κοινωνικές πολιτικές εφαρμοζόμενες σε διαφορετικά πλαίσια έχουν ποικίλα αποτελέσματα στην ισότητα των δύο φύλων. Όλες οι πολιτικές και τα προγράμματα απαιτούν μια ξεκάθαρη στρατηγική παρακολούθησης και αξιολόγησης.

Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να παρουσιάσει και να αναλύσει συμπεράσματα μελετών, που σχετίζονται με το κρίσιμο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής, και ιδιαίτερα με τους τομείς της *υγείας*, του *κοινωνικού περιβάλλοντος* (ασφάλεια και υγιεινή στην εργασία, φυσικές και ανθρωπογενείς καταστροφές) και της *οικογένειας*.

Επιχειρούνται απαντήσεις σε ερωτήματα, όπως:

- *Υπάρχει προκατάληψη φύλου στην ιατρική έρευνα;
- *Υπάρχουν διαφορές μεταξύ γυναικών και ανδρών ως προς την πρόσβαση για την παροχή φροντίδας υγείας;
- *Υπάρχουν εμφανείς διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς την ποιότητα της φροντίδας υγείας;
- *Υπάρχουν φραγμοί και εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης των HIV οροθετικών γυναικών;
- *Υπάρχει διαφορά μεταξύ γυναικών και ανδρών, ως προς τους κινδύνους για την υγεία, μετά από έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες στους χώρους εργασίας;
- *Οι εργαζόμενες γυναίκες παρουσιάζουν εξειδικευμένα προβλήματα εξαιτίας φυσικών, χημικών και βιολογικών παραγόντων και αν αυτό ισχύει που οφείλεται;
- *Υπάρχουν ειδικές διευθετήσεις με τις οποίες να εξασφαλίζεται η υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων γυναικών;

- * Πως επηρεάζει η διάσταση του φύλου την αντιμετώπιση καταστροφών, φυσικών ή ανθρωπογενών;
- * Ποιοι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αντιμετώπιση κρίσεων, προκειμένου να αποφεύγεται έξαρση των ανισοτήτων φύλου;
- * Κατά πόσο είναι αναγκαία η ενσωμάτωση των αρχών του φύλου στα προγράμματα ανθρωπιστικής βοήθειας;
- * Πως επηρεάζει η ποιότητα φροντίδας που δέχεται το παιδί την ανάπτυξή του;

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να αναπτύξει προβληματισμούς σχετικούς με την εφαρμογή (ή τη μη εφαρμογή), πρακτικών και προγραμμάτων, να παρουσιάσει τις δυσκολίες ή/και ελλείψεις που διαπιστώνονται στην πράξη και να προτείνει τρόπους αντιμετώπισης, επιδεικνύοντας τις καλές πρακτικές.

Η επιλογή των βιβλιογραφικών πηγών έγινε με τα αυστηρά κριτήρια της εγκυρότητας και αξιοπιστίας, καθώς και του πρόσφατου χρονικού ορίζοντα, ούτως ώστε τα συμπεράσματα να είναι απόλυτα εφαρμόσιμα και να δοθούν κατευθυντήριες γραμμές για περαιτέρω προσεγγίσεις των θεμάτων.

Η μελέτη ξεκίνησε με μία ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία, έχοντας σα σκοπό να εντοπίσει υπάρχοντα προβλήματα και ελλείψεις, που παρουσιάζονται σε συγκεκριμένους τομείς της κοινωνικής πολιτικής (υγεία και κοινωνικό περιβάλλον). Κατά την πορεία της, ενισχύθηκε με ανασκοπήσεις και συμπεράσματα των πιο πρόσφατων συνεδρίων και ανακοινώσεων έγκυρων οργανισμών, από το απάνθισμα των οποίων εξήχθησαν οι προτάσεις για βελτίωση και κάλυψη των κενών-ελλείψεων.

Με την ελπίδα ότι θα αποτελέσει ένα λιθαράκι στον αγώνα των γυναικών για την κατάκτηση της ισονομίας, η παρούσα μελέτη αφιερώνεται «τιμής ένεκεν» από τη συγγραφέα της στη Γενική Γραμματέα Ισότητας ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α., Έφη Μπέκου, που με την ανεκτίμητη προσφορά της, δημιουργεί νέα οράματα και προσδοκίες σε αυτήν την κατεύθυνση.

Μαριάντζελα Νομικού – Πιτίδη, MD, MSc

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ	4
ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ	5
Βιολογικές και Κοινωνικές Διαφορές σε θέματα Υγείας	5
HIV/AIDS	10
Παράγοντες που καθιστούν τις γυναίκες πιο ευάλωτες σε μόλυνση από τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας	10
Φραγμοί και εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης των HIV οροθετικών γυναικών	12
Η θεωρία του στίγματος στην περίπτωση οροθετικών μητέρων	12
Ανισότητες των δύο φύλων ως προς την παροχή φροντίδας υγείας	13
ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	16
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΕΝΟ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ	19
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (Γραφείο Υγείας Γυναικών ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, British Columbia, ΚΑΝΑΔΑΣ) – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	21
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΦΥΛΟ	23
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	24
Κίνδυνοι υγείας για τις εργαζόμενες γυναίκες	28
Οι γυναίκες στον κατασκευαστικό κλάδο	31
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	35
ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ	36
Διαφορετικές ανάγκες και ικανότητες ανδρών και γυναικών	40
Πολιτικές σχεδιασμού παρεμβάσεων προσανατολισμένες ως προς το φύλο	43
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	44
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ	47
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ	48
ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ	55
ΛΕΞΙΛΟΓΙΟ	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59



ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ

Βιολογικές και Κοινωνικές Διαφορές σε θέματα Υγείας

Οι πολιτικές και τα προγράμματα υγείας έχουν επικεντρωθεί στους βιολογικούς παράγοντες ως προς τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόληψη. Έτσι, όταν συγκρίνουμε διαφορές στην ποιότητα της υγείας ανδρών και γυναικών υπάρχει τάση να δώσουμε έμφαση στις βιολογικές διαφορές ή διαφορές του φύλου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κάθε προσέγγιση στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν το φύλο. Μια τέτοια προσέγγιση υπολογίζει εκτός από τους βιολογικούς παράγοντες, τους κρίσιμους ρόλους που διαδραματίζουν στην προαγωγή και προάσπιση ή στην επιβάρυνση της υγείας, οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, καθώς και τη δυναμική των σχέσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Επειδή, οι ανισότητες πιο συχνά επιβαρύνουν τις γυναίκες, η ανάλυση του φύλου έχει χρησιμοποιηθεί μέχρι στιγμής περισσότερο για να εξηγήσει και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα υγείας των γυναικών. Ωστόσο, η κοινωνική δομή του ρόλου του άνδρα μπορεί επίσης να τον επιβαρύνει.

Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με τους άνδρες, κάτω από τις ίδιες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες. Ωστόσο, παρά τη μακροζωία των γυναικών, οι περισσότερες αναφορές δείχνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση στην υγεία απ' τους άνδρες (Blaxter, 1990; Rahman et al, 1994; US National Institute of Health, 1992). Οι λεπτομέρειες αυτού του φαινομένου και οι παράγοντες που κρύβονται πίσω από αυτό ποικίλουν στις διάφορες κοινωνικές ομάδες, αλλά το γενικό συμπέρασμα φαίνεται να είναι ότι οι γυναίκες ζουν με προβλήματα υγείας περισσότερο από εκείνα των ανδρών. Η εξήγηση αυτού του παράδοξου βρίσκεται στις σύνθετες σχέσεις μεταξύ βιολογικών και κοινωνικών επιρροών στον καθορισμό της υγείας και ασθένειας.

Το προνόμιο αυτό των γυναικών ως προς τη βιωσιμότητα έχει εν μέρει βιολογική βάση. Το "αδύνατο φύλο" φαίνεται να είναι πιο εύρωστο απ' τους άνδρες σε όλες τις ηλικίες (Waldron, 1986). Σε όλες τις κοινωνίες, σημαντικά περισσότερα είναι τα αρσενικά έμβρυα που αποβάλλονται αυτόματα ή είναι θνησιγενή και στις περισσότερες κοινωνίες, αυτό το μοντέλο υπεροχής της αρσενικής θνησιμότητας συνεχίζει να είναι σημαντικό, κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών της ζωής. Χρειάζεται βέβαια, να γίνουν περισσότερες έρευνες για να βρεθούν οι αιτίες γι' αυτή τη διαφορά, ωστόσο φαίνεται να επηρεάζουν η διαφορετική δομή των χρωμοσωμάτων και πιθανόν και μια πιο αργή ωρίμανση των πνευμόνων των αγοριών, οφειλόμενη στις επιδράσεις της τεστοστερόνης (Waldron, 1986). Αλλά και στην ενήλικη ζωή, οι γυναίκες έχουν βιολογικό πλεονέκτημα, καθώς οι ενδογενείς ορμόνες τις προστατεύουν από την ισχαιμική καρδιακή νόσο, τουλάχιστον μέχρι την εμμηνόπαυση.

Οι διαφορές του φύλου στις ενδογενείς ευαισθησίες και ανοσολογικές διαφορές ως προς ορισμένα παθογόνα έχει μόλις αρχίσει να διερευνάται, και ήδη προκύπτει μια σύνθετη εικόνα. Ξέρουμε για παράδειγμα, ότι οι γυναίκες, μέχρι το θάνατό τους, είναι πιο πιθανό να νοσήσουν από οστεοπόρωση, σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, αρθρίτιδα και τις περισσότερες ανοσολογικές παθήσεις, και ότι βιολογικοί παράγοντες είναι πολύ πιθανό να παίζουν κάποιο ρόλο σ' αυτό (US National Institute of Health, 1992). Πρέπει να συνειδητοποιηθεί, ότι η μακροβιότητα των γυναικών είναι συνδυασμένη με

μεγαλύτερη νοσηρότητα, αφού ο χρόνος έκθεσης σε βλαπτικούς παράγοντες του περιβάλλοντος αυξάνεται.

Οι γυναίκες δεν ζούσαν πάντα περισσότερο απ' τους άνδρες. Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, το πλεονέκτημα των γυναικών έναντι των ανδρών έγινε φανερό μόλις στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, καθώς αυξήθηκε το προσδόκιμο επιβίωσης και στα δύο φύλα (Hart, 1988). Από τότε, αυτή η διαφορά συνέχισε να αυξάνεται ανάλογα με τη βιωσιμότητα του ευρύτερου πληθυσμού μιας περιοχής. Έτσι, στην Ευρώπη, στη Λατινική Αμερική και στην Καραϊβική η διαφορά αυτή είναι 5 χρόνια, στην Αφρική κάτω από τη Σαχάρα είναι 3 χρόνια και στο Δυτικό τμήμα της Ανατολικής Ασίας είναι 4 χρόνια. Μόνο στη Δυτική Ασία η βιωσιμότητα ανδρών και γυναικών είναι ίδια (UNDP, 1995).

Η Ευρωπαϊκή εμπειρία υποδεικνύει ότι, η διαφορά στη βιωσιμότητα ανδρών και γυναικών μεγάλωσε, καθώς η οικονομική ανάπτυξη και οι κοινωνικές μεταβολές αφαιρέσαν αρκετούς μείζονες κινδύνους από την υγεία των γυναικών. Ταυτόχρονα, η εισαγωγή νέων μεθόδων αντισύλληψης, παράλληλα με την ευρύτερη χρήση τους, βοήθησαν στον καλύτερο έλεγχο του μεγέθους της οικογένειας, ενώ οι γενικότερες βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής, καθώς και στις υπηρεσίες για τη μητρότητα οδήγησαν σε σημαντικό βαθμό μείωση της μητρικής θνησιμότητας. Έτσι, ένας συνδυασμός κοινωνικών παραγόντων βοήθησε στην ενίσχυση του ενδογενούς βιολογικού πλεονεκτήματος. Ωστόσο, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι σε μεγάλο αριθμό κοινωνικών ομάδων, οι περιπτώσεις γυναικών με κάποια ασθένεια ή αναπηρία είναι πολύ περισσότερες εκείνων των ανδρών. Τα αίτια είναι πολύπλοκα, αλλά μπορούν να επισημανθούν τρεις σημαντικοί παράγοντες.

Πρώτο, η μακροβιότητα των γυναικών είναι αυτή καθ' αυτή παράγοντας υψηλού βαθμού νοσηρότητας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, αυτό έχει τόσο κοινωνικές όσο και βιολογικές διαστάσεις. Η έκπτωση της υγείας είναι ένα αναπόφευκτο επακόλουθο της διαδικασίας της γήρανσης και για τα δύο φύλα, ενώ οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των ηλικιωμένων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο, ιδιαίτερα των "πολύ ηλικιωμένων" (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-Π.Ο.Υ., 1996). Εξάλλου, οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι βιολογικά πιο ευάλωτες από τους άνδρες σε ορισμένες παθήσεις, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οστεοπόρωση και η νόσος Alzheimer (Π.Ο.Υ., 1996).

Δεύτερο, οι γυναίκες υποφέρουν πολύ συχνότερα από παθήσεις του αναπαραγωγικού τους συστήματος απ' ό,τι οι άνδρες. Κατά τη διάρκεια της ζωής τους, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο παθήσεων ειδικών του φύλου τους. Για παράδειγμα, μόνο οι γυναίκες χρειάζεται να υποβάλλονται σε τακτικό έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του μαστού, ενώ μόνο οι άνδρες αναπτύσσουν καρκίνο του προστάτη ή των όρχεων. Ωστόσο επιπρόσθετα, οι γυναίκες φέρουν βαρύτερο φορτίο από τους άνδρες και αυτή η ευαισθησία γίνεται πιο έντονη στα χρόνια της αναπαραγωγικής ηλικίας. Η σύλληψη, η εγκυμοσύνη και ο τοκετός οδηγούν τη γυναίκα πολύ συχνότερα απ' ό,τι τους άνδρες στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας. Πολύ συχνά είναι απόλυτα υγιείς και αναζητούν είτε κάποια μέθοδο αντισύλληψης, είτε υποστήριξη κατά τη διάρκεια φυσιολογικής εγκυμοσύνης. Ωστόσο, αυτές οι "φυσιολογικές" διαδικασίες πολλές φορές παρουσιάζουν προβλήματα που απαιτούν ειδική φροντίδα, προκειμένου να αντιμετωπιστούν.

Τρίτο, μελέτες σε διάφορα μέρη του κόσμου δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών (Desjarlais et al., 1995). Οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης απ' ό,τι οι άνδρες, και τουλάχιστον στις αναπτυγμένες χώρες, είναι εκείνες που λαμβάνουν πιο συχνά θεραπεία γι' αυτές τις καταστάσεις. Οι άνδρες, απ' την άλλη μεριά, πάσχουν

συχνότερα από σχιζοφρένια και άλλες σοβαρές ψυχώσεις και είναι εκείνοι που συχνότερα αυτοκτονούν, παρότι είναι περισσότερες οι γυναίκες που κάνουν απόπειρα (Desjarlais et al., 1995).

Οι προσπάθειες να εξηγηθούν αυτές οι διαφορές με βιολογικούς όρους δεν έχουν αποδώσει κι έτσι οι απαντήσεις αναζητούνται στις καθημερινές ζωές αυτών που πάσχουν από κάποια ψυχική πάθηση. Για παράδειγμα, ο αυξανόμενος αριθμός αυτοκτονιών νεαρών ανδρών σε πολλές αναπτυγμένες χώρες έχει συνδεθεί με τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας και την απώλεια ταυτότητας και αυτοσεβασμού του ατόμου (Charlton et al., 1993). Παρόμοια, οι υψηλοί αριθμοί περιπτώσεων αγχωδών και καταθλιπτικών συνδρόμων στις γυναίκες σε πολλά μέρη του κόσμου έχουν συνδεθεί απ' τη μια μεριά με τις πιέσεις και τα άγχη της καθημερινής ζωής, ιδιαίτερα αυτές που ζουν σε καταστάσεις φτώχειας, και απ' την άλλη με τα προβλήματα κοινωνικοποίησης του φύλου, που οδηγούν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση (Desjarlais et al., 1995).

Εκτός της διαφορετικής επικινδυνότητας για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, διαφορές παρουσιάζονται και στα επακόλουθα αποτελέσματα, καθώς επίσης και στην πορεία της νόσου, στην ανταπόκριση του ασθενούς, στην αντιμετώπιση από το κοινωνικό του περιβάλλον και τέλος στην ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Ας πάρουμε για παράδειγμα τρεις κατηγορίες παθήσεων:

Οι **τροπικές λοιμώδεις νόσοι** εξακολουθούν να παραμένουν κύρια αίτια ανικανότητας και θανάτου, προκαλώντας σχεδόν τους μισούς του συνόλου των θανάτων των νεαρών ενηλίκων στις περιοχές της Αφρικής που βρίσκονται κάτω από την έρημο της Σαχάρα (Howson, Harrison, Hotra and Law, 1996). Παρότι είναι στενά συνδεδεμένες με συγκεκριμένες κλιματολογικές συνθήκες, θεωρούνται επίσης παθήσεις των φτωχών, αφού εμφανίζονται σχεδόν με αποκλειστικότητα στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες.

Οι διαφορές που παρατηρούνται στις παθήσεις αυτές είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης των βιολογικών παραγόντων και των ρόλων και συσχετισμών των δύο φύλων. Οι βιολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την ευαισθησία και την ανοσία έναντι των τροπικών παθήσεων. Οι ρόλοι και οι συσχετισμοί επηρεάζουν το βαθμό έκθεσης αλλά και τον έλεγχο και την προσβασιμότητα στους τόπους προστασίας.

Η ελονοσία παρουσιάζει μια τάση υπεροχής στον ανδρικό πληθυσμό (Howson et al; Vlassoff and Bonilla, 1994). Ωστόσο, βιολογικά, η ανοσία των γυναικών επηρεάζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθιστώντας τις πιο ευάλωτες στη λοίμωξη, αλλά και αυξάνοντας τη σοβαρότητα των επιπτώσεων. Η ελονοσία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ένας σημαντικός παράγοντας μητρικής θνησιμότητας, αυτόματων αποβολών και θνησιγενών βρεφών, ενώ οδηγεί σε ανάπτυξη χρόνιας αναιμίας (Mc Gregor, 1984). Εξάλλου, ως προς την υπεροχή των ανδρών ασθενών με ελονοσία που αρχικά αποδόθηκε σε παράγοντες απασχόλησης, κατόπιν ερευνών στην Ταϊλάνδη αποδείχθηκε ότι οι αναλογίες έκθεσης, μόλυνσης και εμφάνισης της νόσου ήταν ίδιες σε άνδρες, γυναίκες και παιδιά. Ωστόσο, κοινωνικοί περιορισμοί, καθώς και έλλειψη χρόνου και μεταφορικού μέσου αποθάρρυναν τις γυναίκες από την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας, ενώ η εφαρμογή κινητών συνεργείων φροντίδας υγείας φάνηκε να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για εφαρμογή θεραπείας.

Παρόμοια, η σχιστοσωμίαση παρουσιάζεται και στα δύο φύλα, αλλά η σχιστοσωμίαση των γεννητικών οργάνων στις γυναίκες σχετίζεται με ευρύ φάσμα παθολογικών εκδηλώσεων, όπως στειρότητα, αποβολές, πρώιμο τοκετό καθώς και επικίνδυνα για τη ζωή συμβάματα, όπως εξωμήτρια κύηση.

Η φυματίωση, σύμφωνα με έγκυρες στατιστικές παρουσιάζεται σε διπλάσιο αριθμό ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες. Στην πλειοψηφία των ερευνών που εξέτασαν τις περιπτώσεις ως προς το φύλο και την ηλικία δεν παρουσιάστηκαν διαφορές, εκτός από μια υψηλότερη επίπτωση στους ηλικιωμένους άνδρες. Ωστόσο, πρόσφατες αναλύσεις δείχνουν ότι η τάση να αναπτύξουν την πάθηση κατόπιν εκθέσεως στο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης μπορεί να είναι υψηλότερη στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας απ' ό,τι στους άνδρες ίδιας ηλικίας.

Οι γνώσεις μας για τους τρόπους που οι βιολογικές διαφορές των δύο φύλων προκαλούν διαφορετικά αποτελέσματα σε άνδρες και γυναίκες, που εκτίθενται στους ίδιους περιβαλλοντικούς παράγοντες, είναι ακόμα περιορισμένες. Χρειάζονται περισσότερες έρευνες γύρω από αυτό το θέμα.

Ως προς τους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τα δύο φύλα, οι χώροι που κινούνται καθημερινά οι άνδρες και οι γυναίκες, τους εκθέτουν σε διαφορετικές συνιστώσες των παθήσεων και σε διαφορετικούς βαθμούς επικινδυνότητας. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που ζουν απομονωμένες στα σπίτια τους είναι λιγότερο πιθανό να εκτεθούν σε κουνούπια και κατά συνέπεια είναι λιγότερο πιθανό να μεταδώσουν ελονοσία (Reuben, 1993). Επίσης, ο περισσότερο εκτεταμένος ρουχισμός των γυναικών μπορεί να τις προστατεύσει.

Ωστόσο, η οικιακή εργασία μπορεί από μόνη της να αυξήσει την έκθεση σε άλλους παράγοντες (Vlassoff και Bonilla, 1994). Πρόσφατη μελέτη στη Νιγηρία έδειξε, ότι η υψηλότερη επίπτωση της σχιστοσωμίας βρέθηκε σε κορίτσια ηλικίας 5-15 ετών, με την κορυφή στην ηλικία των 15 ετών, οπότε τα κορίτσια εμπλέκονται πλήρως στις δουλειές της οικογένειας, όπως αγροτικά καθήκοντα και πλύσιμο ρούχων. Η ίδια μελέτη έδειξε επίσης ότι το 71% όλων των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με το νερό εκτελούνται από γυναίκες. Ενώ η αναλογία των ανδρών που έχουν προσβληθεί πέφτει μετά την εφηβεία, αυτή των γυναικών παραμένει σταθερή. Αυτό αντανακλά το γεγονός ότι οι άνδρες μεγαλώνοντας σταματούν να παίζουν με τα νερά, ενώ οι δραστηριότητες των γυναικών τους επιβάλλουν συνεχιζόμενη έκθεση (Michelson, 1992).

Εξάλλου, η φροντίδα των εξαρτημένων μελών της οικογένειας μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μετάδοσης ορισμένων ασθενειών. Για παράδειγμα, το τράχωμα στις γυναίκες έχει συνδεθεί με τη μεγαλύτερη ενασχόληση τους με τα παιδιά, τα οποία το μεταφέρουν από το σχολείο (Howson et al, 1996).

Οι κοινωνικοί ρόλοι και οι κοινωνικές σχέσεις δεν επηρεάζουν μόνο το βαθμό έκθεσης στις τροπικές και στις άλλες παθήσεις, αλλά επηρεάζουν και το βαθμό στον οποίο το κάθε φύλο έχει πρόσβαση και έλεγχο στις πηγές παροχής φροντίδας υγείας. Υπάρχουν αξιοσημείωτες μαρτυρίες που δείχνουν ότι οι γυναίκες συχνά παρεμποδίζονται από τη χρήση κατάλληλων υπηρεσιών υγείας, λόγω έλλειψης μεταφορικού μέσου, ανεπαρκών οικονομικών πόρων ή ακόμα και της απαγόρευσης από το σύζυγό τους (Parker, 1992). Οι κοινωνικές ερμηνείες κάποιων ασθενειών μπορεί να παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα στις περιπτώσεις με προβλήματα δυσμορφίας, όπως στη λέπρα, οι γυναίκες αποφεύγουν να εκθέτουν τους εαυτούς τους, φοβούμενες το στιγματισμό, αναζητώντας ίσως τη φροντίδα υγείας σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Επίσης, σε μερικές κοινωνίες, εφαρμόζονται «δύο σταθμά» για την ερμηνεία μιας ασθένειας. Για παράδειγμα, η σχιστοσωμία θεωρείται αποτέλεσμα «ανήθικης σεξουαλικής συμπεριφοράς» για τις γυναίκες, ενώ για τους άνδρες θεωρείται ως «ιογενής μόλυνση».

HIV/AIDS

Όταν ξεκίνησε η επιδημία του HIV/AIDS, υπήρχε για τις ομάδες υψηλού κινδύνου ένας προσανατολισμός, που περιοριζόταν στους εμπλεκόμενους σε αγοραίο έρωτα. Οι συμβουλές απευθύνονταν προς τους άνδρες να αποφεύγουν τον αγοραίο έρωτα και να χρησιμοποιούν προφυλακτικό. Βαθμιαία, το επίκεντρο της προσοχής στράφηκε σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, οι οποίες τόνισαν περαιτέρω την αναγκαιότητα χρήσης προφυλακτικού. Αφού οι γυναίκες δε χρησιμοποιούν προφυλακτικά, αλλά απλά "διαπραγματεύονται" τη χρήση τους, η διάσταση του φύλου στις ερωτικές σχέσεις δεν περιλαμβανόταν στις συμβουλευτικές, μέχρις ότου εμφανίστηκε ένας μεγάλος αριθμός γυναικών-φορέων που δεν είχαν σχέση με αγοραίο έρωτα. Σήμερα, η ευαισθησία των γυναικών στη μόλυνση από HIV/AIDS έχει αναγνωρισθεί ως αποτέλεσμα ελλιπούς γνώσης και πρόσβασης στην πληροφόρηση, έλλειψης οικονομικής ανεξαρτησίας και σε πολλές περιπτώσεις εξαναγκασμένου έρωτα.

Σήμερα, η επίπτωση του HIV/AIDS αυξάνεται με γρήγορους ρυθμούς στο γυναικείο πληθυσμό. Έτσι, παρότι η πλειοψηφία των πρόσφατων λοιμώξεων HIV εξακολουθεί να εντοπίζεται στους άνδρες, το AIDS ολοένα και γίνεται μια γυναικεία υπόθεση (Berer and Ray,1993, Allen et al.,1990, Carpenter et al.,1991, Cohn,1993, Denenberg,1993, Flaskerud & Ungvarski,1992, Holzemer & Henry,1991, Kerr,1991, LaPlatney,1991, Tinkle,Amaya & Tamayo,1992, Williams,1992). Μία τυπική γυναίκα με HIV είναι μια νεαρή (περίπου 30 ετών), φτωχή, και σε φάση που περιμένει ή ετοιμάζεται να κάνει παιδί (Cotton, 1994; Nokes, 1992).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΙΣΤΟΥΝ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΙΟ ΕΥΑΛΩΤΕΣ ΣΕ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Η αύξηση του αριθμού των οροθετικών γυναικών αντανακλά τη μεγαλύτερη βιολογική τους ευαισθησία στην πάθηση. Ωστόσο, είναι και αποτέλεσμα των κοινωνικών δομών της σεξουαλικότητας των γυναικών και των ανδρών, όπως επίσης και των "εκ βαθέων" ανισοτήτων που εξακολουθούν να χαρακτηρίζουν πολλές ετεροφυλικές σχέσεις (du Guerney and Sjoberg,1993, Zierler and Krieger,1997).

ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Βιολογικά, ο κίνδυνος της λοίμωξης με HIV, κατά τη διάρκεια απροφύλακτης κολπικής συνουσίας είναι δύο με τέσσερις φορές υψηλότερος στις γυναίκες από τους άνδρες. Αυτό οφείλεται στο ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη επιφάνεια επιθηλίου, εκτεθειμένου στις σεξουαλικές εκκρίσεις του συντρόφου, κατά τη διάρκεια της συνουσίας, ενώ μπορεί να υπάρχουν μικρορρήξεις της συνέχειάς του, λόγω βίαιης ή «ξηρής» επαφής, καθιστώντας το κολπικό επιθήλιο εύκολη πύλη εισόδου. Το σπέρμα εξάλλου περιέχει υψηλότερες συγκεντρώσεις του ιού της ανοσοανεπάρκειας (HIV) από τις κολπικές εκκρίσεις. Επίσης, μπορεί να παραμείνει στον κόλπο αρκετές ώρες μετά τη συνουσία. Οι γυναίκες επίσης συχνότερα από τους άνδρες μπορεί να πάσχουν από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο λοίμωξης με HIV τρεις με τέσσερις φορές (και σε μερικές περιπτώσεις πέντε με έξι φορές), ενώ μπορεί να μην τους δίνουν συμπτώματα ή να μην επισκέπτονται γιατρό.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Οι ετεροφυλικές σχέσεις δεν είναι απλά φυσικά και ενστικτώδη γεγονότα. Είναι οι κοινωνικά μορφοποιημένοι τύποι συμπεριφοράς, που φαίνονται ως καταλληλότεροι για το κάθε φύλο. Παρότι το ακριβές μοντέλο ποικίλει σε κάθε κοινωνία, στις περισσότερες ο άνδρας καθορίζεται ως ο κυρίαρχος, με αποτέλεσμα να αναμένεται αυτός που θα κάνει την αρχή, που θα είναι ο δυνατός και ο ριψοκίνδυνος. Μερικοί άνδρες δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στο στερεότυπο του ανδρισμού και μπορεί να αισθάνονται πληγωμένοι από την αποτυχία τους να ανταποκριθούν στις προσδοκίες (Segal, 1990). Άλλοι μπορεί να προσαρμόζονται, αλλά να θέτουν σε κίνδυνο τους εαυτούς τους και τις συντρόφους τους, αποτυγχάνοντας να ακολουθήσουν ασφαλείς πρακτικές (Ringheim, 1993).

Πολλές γυναίκες αντιμετωπίζουν την απειλή φυσικής βίας, αν δεν ανταποκριθούν ικανοποιητικά στις επιθυμίες του συντρόφου. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, πολλές θα προτιμήσουν το μη ασφαλές σεξ, προκειμένου να εξασφαλίσουν την άμεση σωματική τους ακεραιότητα. Συχνά πρόκειται για φτωχές γυναίκες που έχουν λίγες επιλογές, διατρέχουν τους περισσότερους κινδύνους και είναι περισσότερο πιθανό να μολυνθούν (Zierler and Krieger,1997).

Για πολλές γυναίκες επίσης είναι δύσκολο μέσα σε μια ετεροφυλική σχέση να διαπραγματευτούν μια στρατηγική για την ασφάλειά τους. Σε πολλές κοινωνίες, το σεξ εξακολουθεί να καθορίζεται από την ανδρική επιθυμία, με τις γυναίκες να αποτελούν τους παθητικούς αποδέκτες (Richgels,1992, Gavey,1993). Κάτω από αυτές τις συνθήκες οι γυναίκες δυσκολεύονται να εκφράσουν τις δικές τους ανάγκες και επιθυμίες και δε δίνεται σημασία στη δική τους ικανοποίηση (Holland, Ramazanoglou, Scott, Sharpe and Thomson,1990, Weeks,Singer,Grier and Schensul,1996). Θεωρούν δύσκολο να εκφράσουν την επιθυμία τους για ασφαλέστερο σεξ, για την αφοσίωση του συντρόφου τους ή για καθόλου σεξ, με αποτέλεσμα να θέτουν την υγεία τους αλλά και την υγεία των άλλων σε σοβαρό κίνδυνο. Αυτό ταιριάζει ιδιαίτερα στις πολύ νεαρές κοπέλες, οι οποίες συχνά προτιμούνται από τους μεγαλύτερους άνδρες για την υποτιθέμενη παθητικότητα και την καθαρότητα από μολύνσεις (Bassett and Mhloyi,1991, de Bruyn,1992), ενώ οι ίδιοι, ως πιο «έμπειροι», είναι περισσότερο πιθανό να έχουν μολυνθεί. Για τους άνδρες, είτε είναι παντρεμένοι είτε ανύπαντροι, είναι κοινωνικά αποδεκτή η εναλλαγή των ερωτικών συντρόφων, αλλά και η αναζήτηση αγοραίου έρωτα.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Πιέσεις μπορεί να δέχονται οι γυναίκες και λόγω της οικονομικής τους ανισότητας. Για πολλές γυναίκες η οικονομική και κοινωνική τους ασφάλεια – μερικές φορές και η επιβίωσή τους- εξαρτάται από τη υποστήριξη του άνδρα συντρόφου τους (Seidel,1993, Worth,1989). Η σεξουαλική επαφή που γίνεται κατά τον τρόπο που καθορίζουν οι επιθυμίες του μπορεί να είναι το αντίτιμο για την υποστήριξη αυτή. Σε μερικές περιπτώσεις, αυτό το παζάρεμα γίνεται κανόνας, καθώς οι κοινωνικές πιέσεις σε πολλά μέρη του κόσμου, ωθούν τις γυναίκες στον αγοραίο έρωτα προκειμένου να συντηρηθούν (Jochelson,Mothebeli and Leger,1991, Panos Institute,1992, Ford and Koetsawang,1991).

Φραγμοί και εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης των HIV οροθετικών γυναικών

Αν μία γυναίκα μολυνθεί από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας, έχει να αντιμετωπίσει τις ανισότητες του φύλου στη φροντίδα υγείας. Υπάρχουν εμπόδια στην πρόσβαση για φροντίδα και υποστήριξη. Σύμφωνα με τη μελέτη του Hellinger (1993) οι άνδρες πάσχοντες νοσηλεύονται περισσότερο και δέχονται περισσότερες ιατρικές υπηρεσίες από τις πάσχουσες γυναίκες. Εξάλλου, η έρευνα των Russell and Smith (1997) στην Αμερική, έδειξε ότι οι ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες για τις γυναίκες με HIV/AIDS είναι κατακερματισμένες. Μία γυναίκα πρέπει να απευθυνθεί σε διάφορες υπηρεσίες προκειμένου να λάβει τη φροντίδα που χρειάζεται. Για παράδειγμα, μπορεί να χρειάζεται να πάει σε μια υπηρεσία για γενική και γυναικολογική φροντίδα, μια δεύτερη για οικογενειακή και προσωπική συμβουλευτική, μια τρίτη για δραστηριότητες επανένταξης, μια τέταρτη για θέματα κατοικίας. Αν η γυναίκα έχει παιδιά θα χρειαστεί επίσης υπηρεσίες φροντίδας των παιδιών της. Δεδομένου ότι οι γυναίκες φορείς κουράζονται εύκολα, είναι απίθανο να καταφέρουν να έχουν ικανοποιητική φροντίδα και υποστήριξη. Επιπρόσθετα, έως ότου μια γυναίκα απευθυνθεί σε μια συγκεκριμένη υπηρεσία δε γνωρίζει ακριβώς ποιες υπηρεσίες θα τις προσφερθούν εκεί. Καθώς οι μελέτες έχουν δείξει ότι πολλές γυναίκες φορείς είναι νεαρές και έχουν παιδιά, ένα δεύτερο σημαντικό στοιχείο γίνεται ξεκάθαρο. Υπάρχουν εμπόδια στην πρόσβαση για τις γυναίκες αυτές, λόγω γεωγραφικής απόστασης μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών, λόγω περιορισμένου ωραρίου λειτουργίας, λόγω έλλειψης ή ανεπάρκειας μεταφορικού μέσου, καθώς και της ανάγκης για φροντίδα-φύλαξη των παιδιών.

Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ

Σύμφωνα με την έρευνα των Ingram and Hutchinson (1998) οι οροθετικές μητέρες βιώνουν διαρκώς το "στίγμα" στην καθημερινή τους ζωή. Η θεωρία του Goffman περί "στίγματος" (1963) βρέθηκε να ταιριάζει απόλυτα και να αποτελεί ένα μοντέλο που σκιαγραφεί τις εμπειρίες των οροθετικών μητέρων, χρησιμοποιώντας τις έννοιες του "στίγματος αβρότητας", που δείχνει την αντιμετώπιση από τους άλλους, καθώς και της "μεταφοράς", της "κάλυψης" και της έννοιας των "οικείων και σοφών", που δείχνουν τους τρόπους με τους οποίους οι οροθετικές μητέρες αντιμετωπίζουν την κατάσταση. Το "στίγμα αβρότητας" ("**courtesy stigma**") περιγράφει πως το "στίγμα" έχει την τάση να διαχέεται από το άτομο που το φέρει, στα άτομα που το περιβάλλουν. "*Κανείς δεν αγγίζει τα παιδιά μου. Πολλοί άνθρωποι αποφεύγουν να περάσουν από την πόρτα του σπιτιού μου ή να δώσουν το χέρι στον πατέρα μου σε κάποιο εστιατόριο*". Άλλη πάλι μητέρα περιέγραψε πως ανάγκασαν όλη την οικογένειά της να εγκαταλείψουν το σπίτι τους.

"**Η μεταφορά**" ("**passing**") περιγράφει πως αντιμετωπίζουν τη δυσφήμιση, όταν ακόμα το στίγμα δεν είναι φανερό και δεν το γνωρίζουν οι άλλοι. Οι μητέρες αυτές αναγκάζονται να το κρύβουν από τα παιδιά τους, να προσαρμόζουν το περιβάλλον τους, κρύβοντας τις μαρτυρίες για την ασθένειά τους (πχ. τα φάρμακα). Άλλες πάλι αναγκάζονται να αποκαλύψουν την αλήθεια όταν τα οροθετικά παιδιά τους εκδηλώσουν την πάθηση.

"**Η κάλυψη**" ("**covering**") περιγράφει πως αντιμετωπίζουν την κατάσταση, όταν η πάθηση έχει ήδη εκδηλωθεί ή οι άλλοι τη γνωρίζουν. Τα στιγματισμένα αυτά άτομα προσπαθούν να τραβούν την προσοχή μακριά από την πάθησή τους, αντιμετωπίζοντας

τις κοινωνικές πιέσεις. Έτσι η νευροπάθεια της οροθετικής μητέρας αποδίδεται σε κάκωση της σπονδυλικής στήλης, η λεμφαδενοπάθεια σε λέμφωμα, η καχεξία σε αυστηρή δίαιτα.

Συνήθως τα στιγματισμένα άτομα μένουν μόνα τους να αντιμετωπίσουν την απόρριψη και την προκατάληψη της κοινωνίας. Ωστόσο σύμφωνα με τη θεωρία του Goffman (1963), τα στιγματισμένα άτομα βρίσκουν συνήθως κάποιους που τους συμπαθούν και τους αποδέχονται. Αυτούς τους κατηγοριοποίησε σε "οικείους και σοφούς". Οι "οικείοι" είναι αυτοί που μοιράζονται το στίγμα, στην προκειμένη περίπτωση άλλα οροθετικά ή πάσχοντα άτομα, τα οποία από την προσωπική τους εμπειρία, παρέχουν πληροφορίες, υποστήριξη και αποδοχή. Είναι σημαντικό για τις οροθετικές μητέρες να συμμετέχουν σε ομάδες υποστήριξης με παρόμοιες όμως εμπειρίες. Για παράδειγμα, δεν μπορούν να μπουν στην ίδια ομάδα με τους ναρκομανείς και τους ομοφυλόφιλους. Οι "σοφοί" είναι φυσιολογικά άτομα που αντιμετωπίζουν το στιγματισμένο άτομα σε φυσιολογικό. Στην προκειμένη περίπτωση μπορεί να είναι οι ιατροί, οι νοσοκόμες, οι φυσικοθεραπευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί.

Από τη μελέτη του παραπάνω μοντέλου εξάγονται πολύ σημαντικά συμπεράσματα για τη διείσδυση του στίγματος στις ζωές των οροθετικών μητέρων και των παιδιών τους. Οι επαγγελματίες της υγείας πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι και ενημερωμένοι κατανοώντας τους διάφορους τύπους συμπεριφοράς και αντιμετώπισης, καθώς και τον πόνο και τα τραύματα των οροθετικών μητέρων, που αναγκάζονται να απομονωθούν. Η εχεμύθεια και η ανωνυμία πρέπει να είναι πρωταρχικής σημασίας.

ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προκατάληψη φύλου στην ιατρική έρευνα

Σύμφωνα με εμπειριστατωμένες μελέτες καταδεικνύεται ότι στην ιατρική έρευνα υπάρχει η προκατάληψη του φύλου (United States National Institutes of Health, 1992), με την έννοια ότι τα αντικείμενα που επιλέγονται, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται και η επακόλουθη ανάλυση των δεδομένων αντανάκλουν την άποψη του ανδρικού φύλου (Rosser, 1994).

Παραβλέπονται σημαντικά προβλήματα των γυναικών, όταν αυτά δε σχετίζονται άμεσα με τον αναπαραγωγικό τους ρόλο. Παραδείγματα είναι η ακράτεια, η δυσμηνόρροια και η οστεοπόρωση (US National Institutes of Health, 1992). Εξάλλου, στις αναπτυγμένες χώρες, η αποτυχία μείωσης της υψηλής θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού επέφερε κατηγορίες ότι οι έρευνες γύρω από την πάθηση αυτή δεν χρηματοδοτούνται ικανοποιητικά (Freedman and Maine, 1993; Brady, 1991). Αυτό βέβαια φαίνεται να έχει αλλάξει τελευταία, χάρη στις οργανωμένες διεκδικητικές προσπάθειες των γυναικείων οργανώσεων.

Στις έρευνες παθήσεων που επηρεάζουν ίδια και τα δυο φύλα, πολλοί ερευνητές αγνοούν τις πιθανές διαφορές στους διαγνωστικούς δείκτες, στα συμπτώματα, στην πρόγνωση και στη σχετική αποτελεσματικότητα των διάφορων θεραπειών (American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs, 1991; Kirchstein, 1991). Ήδη αναγνωρίστηκε στις προηγούμενες παραγράφους το πρόβλημα αυτό, ως προς τις έρευνες για τις τροπικές λοιμώδεις νόσους και το HIV/AIDS. Επίσης, η στεφανιαία νόσος της καρδιάς συνεχίζει να θεωρείται "ανδρική" πάθηση και αυτό αντανάκλα με

διάφορους τρόπους στο σχεδιασμό της έρευνας. Οι περισσότερες από τις μεγάλες έρευνες που διεξάγονται στην Αμερική και στην Αγγλία γύρω από τη στεφανιαία νόσο της καρδιάς, χρησιμοποιούν άνδρες αποκλειστικά ή σχεδόν (Freedman and Maine, 1995; Gurwitz, Nananda and Auorn, 1992). Συνήθως αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι σε αυτές τις χώρες περισσότεροι άνδρες παρά γυναίκες πεθαίνουν σε πρώιμη ηλικία από την πάθηση αυτή. Ωστόσο, δεν παύει να αποτελεί και την πιο σημαντική αιτία θανάτου στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Είναι ξεκάθαρο ότι τα δύο φύλα παρουσιάζουν διαφορές στην παθοφυσιολογία των νόσων της καρδιάς, αλλά εφόσον οι έρευνες δεν παύουν να είναι προσανατολισμένες στο ανδρικό φύλο, οι γνώσεις μας παραμένουν περιορισμένες γύρω από τις διαφορετικές ανταποκρίσεις των δύο φύλων στην κλινική αντιμετώπιση και στις στρατηγικές πρόληψης.

Ο αποκλεισμός των γυναικών από τις ερευνητικές μελέτες έχει αποδοθεί και στο γεγονός ότι οι κυκλικές ορμονικές μεταβολές καθιστούν δύσκολη την επεξεργασία των αποτελεσμάτων και/ή ότι η εγκυμοσύνη των γυναικών αποτελεί εμπόδιο αφού βλάπτεται το έμβρυο. Αυτά τα προβλήματα ασφαλώς θέτουν ηθικά και μεθοδολογικά διλήμματα, αλλά δεν μπορούν να αποτελούν ισχυρισμούς για τον αποκλεισμό των γυναικών από τις επιδημιολογικές μελέτες και τις κλινικές δοκιμές (Hamilton, 1996; Oberman, 1996).

Διαφορές των δύο φύλων ως προς την πρόσβαση για παροχή φροντίδας υγείας

Η απάντηση εξαρτάται από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της χώρας. Έτσι, ένα ευρύ φάσμα μελετών δείχνει ότι στις αναπτυγμένες χώρες οι περισσότερες γυναίκες (εκτός από τις πολύ πτωχές) χρησιμοποιούν τις ιατρικές υπηρεσίες περισσότερο από τους άνδρες. Αυτό βέβαια τους προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα, τα οποία στερούνται οι γυναίκες σε πολλά αναπτυσσόμενα κράτη. Ωστόσο αυτό έχει οδηγήσει και στην άποψη της ιατρικής εκμετάλλευσης (Riesman, 1983; Miles, 1991; Martin, 1987). Οι ιατροί αντιμετωπίζουν τα προβλήματα των γυναικών χωρίς κανένα διαχωρισμό στις περιπτώσεις όπου απαιτείται ένα άλλο είδος φροντίδας. Για παράδειγμα, αντιμετωπίζουν με χάπια την κατάθλιψη των γυναικών, χωρίς να αναγνωρίσουν τις υποκείμενες αιτίες, όπως η ενδοοικογενειακή βία, οι συνθήκες διαβίωσης και οι εργασιακές συνθήκες (Gabe and Lipshitz-Phillips, 1986; Ashton, 1991).

Στα πτωχότερα μέρη του κόσμου, οι γυναίκες στερούνται την ιατρική φροντίδα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη συνολική μικρή δυνατότητα εξόδων, ωστόσο πιο συχνά οι γυναίκες είναι αυτές που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη έλλειψη φροντίδας υγείας.

Ξέρουμε ότι πολλές οικογένειες, σε συγκεκριμένες περιοχές του κόσμου, ξοδεύουν λίγα χρήματα για την ιατρική φροντίδα των γυναικών και των κοριτσιών (das Gupta, 1987; Paraneek, 1990; Sen, 1988 και 1990; UNICEF, 1990). Αυτό αντανάκλα και το χαμηλό κοινωνικό επίπεδο και την έλλειψη δύναμης για λήψη αποφάσεων. Συχνά οι άνδρες ελέγχουν τα χρήματα και οι γυναίκες δυσκολεύονται να πληρώσουν ή να χρησιμοποιήσουν κάποιο μέσο μεταφοράς. Επίσης, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να ξοδεύουν τα λιγοστά χρήματα που έχουν για τα παιδιά τους.

Οι οικονομικοί περιορισμοί συνεπικουρούνται σε μέρη που τα ήθη κι έθιμα απαγορεύουν στις γυναίκες να ταξιδεύουν μόνες τους ή με τη συνοδεία ανδρός έξω από την άμεση οικογένεια. Σε περιπτώσεις, εξάλλου που δεν υπάρχουν γυναίκες να παρέχουν τις ιατρικές φροντίδες, η θεραπεία από άνδρα μπορεί να ντροπιάσει μία γυναίκα και την οικογένειά της. Επίσης, είναι πολύ πιο δύσκολο να βρεθεί

αντικαταστάτης της γυναίκας για τις δουλειές στο σπίτι, προβάλλοντας αξεπέραστα εμπόδια στην οικογένεια.

Εμπόδια μπορεί να προβάλουν και οι ίδιες οι γυναίκες. Σε μερικούς πολιτισμούς ότι γυναίκες πιστεύουν ότι είναι μοιραίο να υποφέρουν (Paranek, 1990). Προβλήματα, όπως ο πονοκέφαλος ή οι παθολογικές κολπικές εκκρίσεις μπορεί επίσης να παραβλέπονται ως φυσιολογικά (Bang and Bang, 1992). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση περιορίζει την ικανότητα των γυναικών για προβολή απαιτήσεων, ενώ αυτό μπορεί να ενισχύεται από συναισθήματα ντροπής αν το πρόβλημα είναι τέτοιο που η κοινωνία το αποδοκιμάζει. Η έλλειψη μόρφωσης συμβάλλει στην έλλειψη αυτοεκτίμησης, ενώ επίσης μερικές γυναίκες αρνούνται να κατανοήσουν τις ανάγκες τους.

Κατά παράδοση, η φροντίδα υγείας των γυναικών επικεντρώνεται στις αναπαραγωγικές τους ανάγκες, ειδικά στην αντισύλληψη και στην ασφαλή εγκυμοσύνη και τοκετό. Αυτό είναι λογικό αλλά υπάρχουν και σοβαροί περιορισμοί. Πρώτο και κύριο, εννοείται ότι εκατομμύρια γυναικών νεαρών και μετεμμηνοπαυσιακών στερούνται τη φροντίδα υγείας σε περιόδους που τη χρειάζονται. Δεύτερο, για τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, δεν είναι εύκολη η αναζήτηση φροντίδας για προβλήματα που δεν αφορούν το αναπαραγωγικό τους σύστημα. Αυτό γίνεται έντονα κατανοητό στις περιπτώσεις ψυχικών νοσημάτων (Desjarlais et al., 1995; Paltiel, 1987).

Διαφορές των δύο φύλων ως προς την ποιότητα της φροντίδας υγείας

Το ερώτημα αυτό είναι δύσκολο να απαντηθεί, παρά την παρατηρούμενη τελευταία αύξηση του αριθμού των ερευνών γύρω από την ποιότητα φροντίδας υγείας. Είναι δύσκολο να γίνει διαχωρισμός της ποιότητας φροντίδας ως προς το φύλο από την ποιότητας φροντίδας ως προς την κοινωνική τάξη και την εθνικότητα. Ωστόσο υπάρχουν σταθερές ενδείξεις ότι η διάκριση του φύλου αποτελεί έναν περιοριστικό παράγοντα στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στις γυναίκες (Gijssbers van Wijk et al., Mensch, 1993)

Μέχρι πρόσφατα, η χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών για τις γυναίκες αποδιδόταν στις διαπροσωπικές σχέσεις που αφορούσαν τη φροντίδα υγείας (προκαταλήψεις του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, μη διακριτική, υποτιμητική έως και εξευτελιστική συμπεριφορά). Σήμερα, είναι πλέον φανερό, ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες, ότι αρκετές φορές οι γυναίκες και οι άνδρες που φαίνεται να παρουσιάζουν την ίδια κλινική σημειολογία, δε λαμβάνουν και ιδίου επιπέδου θεραπεία. Τόσο στο Ενωμένο Βασίλειο, όσο και στις Ενωμένες Πολιτείες, οι μελέτες έχουν δείξει, ότι είναι λιγότερο πιθανό να προσφερθούν στις γυναίκες κάποιες ιατρικές παρεμβάσεις, όπως μεταμόσχευση οργάνων, διαγνωστικές εξετάσεις καρδιάς και επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (by pass) (Kudenchuk, Maynard, Martin, Wirkus and Weaver, 1996, Tobin, Wassertheil-Smoller and Wexler, 1987, Fiebach, Viscoli and Horwitz, 1990, Petticrew, Mc Kee and Jones, 1993, Held, Pauly, Bovberg, 1988, Kjellstrand, 1988, Crawford, Meana, Stewart and Cheung, 1998)

Φαίνεται λοιπόν, ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές του φύλου όχι μόνο στην ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, αλλά και στην αποτελεσματικότητα της προσφερόμενης κλινικής φροντίδας.

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Διαταραχές στη διατροφή, νευρώδης βουλιμία ή ανορεξία, που παρουσιάζονται κυρίως σε νεαρές γυναίκες, σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα και θνησιμότητα. Δεν υπάρχει καμία εθνική πολιτική δημόσιας υγείας για τα θέματα αυτά στην Ευρώπη, όπως και δεν υπάρχουν διαθέσιμα εθνικά στατιστικά στοιχεία για τους δείκτες επίπτωσης και επιπολασμού τους. Διάφορες εκτιμήσεις δείχνουν ότι και οι δύο αυτές καταστάσεις παρουσιάζουν αύξηση στην Ευρώπη. Ωστόσο, με τη μεγαλύτερη προσοχή που δίνεται τελευταία από τα μέσα επικοινωνίας, είναι αδύνατο να προσδιοριστεί αν η φαινομενική αύξηση είναι αληθινή ή είναι αποτέλεσμα της μεγαλύτερης προσοχής που δίνεται για το πρόβλημα. Μία επιπρόσθετη δυσκολία στη συλλογή αξιόπιστων πληροφοριών για την επίπτωση των διαταραχών της όρεξης είναι ότι οι τα "θύματά τους" προσπαθούν να τις αποκρύψουν.

Οι εκτιμώμενοι δείκτες επίπτωσης γι' αυτές τις διαταραχές της όρεξης ποικίλουν σημαντικά. Μία πηγή εκτιμά ότι η επίπτωση της νευρώδους ανορεξίας στις δυτικές χώρες είναι σχεδόν 1% για τις γυναίκες ηλικίας 14-29 ετών. Ωστόσο, μελέτες έχουν αναφέρει πολύ διαφορετικά ποσοστά, που ποικίλουν από 0,45 ανά 100.000 στη Σουηδία έως 8,1 ανά 100.000 στην Ολλανδία, ενώ στο Ενωμένο Βασίλειο αναφέρονται 0,66-3,77 ανά 100.000. Βέβαια, είναι αδύνατο να καθοριστεί ποια από τις εκτιμήσεις είναι η πιο ακριβής. Όσον αφορά τη νευρώδη βουλιμία, εκτιμήσεις στις δυτικές χώρες δείχνουν επίπτωση 1-2% για τις γυναίκες ηλικίας 14-45 ετών. Οι εκτιμήσεις κι εδώ διαφέρουν σημαντικά, κυμαινόμενες μεταξύ ενός ελάχιστου 11,4 ανά 100.000 στην Ολλανδία κι ενός μέγιστου 3-4% στη Σουηδία και Γερμανία.

Όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, η νευρώδης ανορεξία και η νευρώδης βουλιμία σχετίζονται με σημαντική θνητότητα και θνησιμότητα. Ιδιαίτερα η αυτοκτονία και η απόπειρα αυτοκτονίας είναι συχνές. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για τους πραγματικούς δείκτες θνητότητας και θνησιμότητας από αυτές τις διαταραχές, διότι άλλες καταστάσεις επικαλύπτουν και συχνά αναφέρονται ως άμεση αιτία θανάτου (ή νόσου). Για παράδειγμα, η αυτοκτονία από κατάθλιψη ή καρδιακή ανεπάρκεια, που και οι δύο αποτελούν συχνά επακόλουθα νευρώδους ανορεξίας αναφέρονται συχνά ως η κύρια αιτία θανάτου. Μια μελέτη υποδεικνύει δείκτη θνησιμότητας 6% για τη νευρώδη ανορεξία και 3,1% για τη νευρώδη βουλιμία.

Οι αιτίες των διαταραχών της όρεξης είναι ασαφείς, ωστόσο μερικοί ενοχοποιούν, τουλάχιστο εν μέρει, την προκατάληψη της κοινωνίας με το σωματικό βάρος και την εμφάνιση. Έρευνα αποκαλύπτει ότι οι teenagers και οι νεαρές γυναίκες ενδιαφέρονται υπερβολικά για το βάρος τους και αυτή μπορεί να είναι μία αιτία για την υψηλότερη επίπτωση των διαταραχών της όρεξης σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες. Για παράδειγμα, μία μελέτη Βέλγων έδειξε ότι οι έφηβες ήταν προκατειλημμένες με το σωματικό τους βάρος, σε βαθμό τέτοιο που ακόμα και αν είχαν την ιδανική αναλογία βάρους και μάζας σώματος, υποβάλλονταν σε αυστηρές δίαιτες, πράγμα που θεωρείται παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών της όρεξης. Παρόμοια, μία Ολλανδική μελέτη βρήκε ότι το 41% του δείγματος των εφήβων κοριτσιών θεωρούσαν τους εαυτούς τους υπερβολικά βαριές, με το 33% να κάμνει δίαιτα, 11% να υποφέρει από κάποιο τύπο διαταραχής της όρεξης και το 1,5% να υποφέρει από νευρώδη ανορεξία και βουλιμία.

Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, περίπου το ένα τρίτο των Ευρωπαίων γυναικών ηλικίας 15-24 ετών αναφέρουν ότι δεν είναι ικανοποιημένες με το σωματικό τους βάρος, και γύρω στο 25% αναφέρουν ότι ήταν σε δίαιτα το προηγούμενο έτος. Αξιοσημείωτη ποικιλία παρουσιάζεται μεταξύ των κρατών μελών, με τις Ελληνίδες

γυναίκες να αναφέρουν τα υψηλότερα ποσοστά δυσαρέσκειας με το βάρος τους και τις Ιρλανδές τα χαμηλότερα, πιθανόν αντικατοπτρίζοντας, τουλάχιστο μερικώς, τις διαφορετικές κατανομές δεικτών βάρους/μάζας.

Πίνακας 1. Αναλογία δυσαρεστημένων με το σωματικό τους βάρος, γυναίκες 15+ ετών, Ε.Ε. 15, (1996)*

ΧΩΡΑ	15-24 ετών(%)	25-34 ετών(%)	35-64 ετών(%)	65+ ετών(%)	Σύνολο(%)
Ελλάδα	46,5	35,3	45,9	33,7	42,1
Ενωμένο Βασίλειο	45,0	43,6	56,9	47,9	50,4
Γαλλία	40,0	41,2	43,7	28,8	40,6
Φινλανδία	39,5	52,3	60,0	45,4	52,2
Ολλανδία	35,7	28,7	38,0	42,4	35,6
Δανία	33,4	32,7	43,8	31,4	38,0
Ε.Ε 15	33,3	30,6	40,1	30,7	35,4
Ισπανία	32,7	31,2	37,8	31,5	34,4
Σουηδία	30,5	38,2	49,3	39,3	42,6
Δυτ.Γερμανία	30,2	18,1	33,3	19,4	26,9
Λουξεμβούργο	29,7	38,8	42,3	26,5	36,9
Βέλγιο	28,5	40,5	35,8	28,5	34,3
Πορτογαλία	26,9	27,4	31,0	12,6	26,5
Ιταλία	24,3	19,1	28,3	26,8	25,8
Αυστρία	23,0	28,0	33,1	40,7	28,3
Αν.Γερμανία	20,0	23,9	41,2	22,1	31,7
Ιρλανδία	18,9	27,1	34,2	26,8	28,6

* Οι γυναίκες ρωτήθηκαν το βαθμό της συμφωνίας/ασυμφωνίας τους με την ακόλουθη πρόταση: "Είμαι πολύ ικανοποιημένη με το σωματικό μου βάρος." Ο πίνακας δείχνει την αναλογία των ερωτηθέντων που διαφώνησαν (είτε ελαφρά είτε έντονα) με την πρόταση αυτή.

ΠΗΓΗ: Eurobarometer 44.3/1996.

Πίνακας 2. Αναλογία γυναικών που υποβλήθηκαν σε δίαιτα το προηγούμενο έτος, ηλικίας 15+ ετών, Ε.Ε. 15, (1996)

ΧΩΡΑ	15-24 ετών(%)	25+ ετών(%)	Σύνολο(%)
Ελλάδα	43,7	34,1	35,7
Λουξεμβούργο	40,7	34,8	35,8
Ενωμένο Βασίλειο	39,0	33,7	34,6
Δανία	35,8	26,4	27,7
Ολλανδία	31,4	23,8	24,8
Ε.Ε. 15	23,6	24,7	24,5
Γαλλία	22,5	26,0	25,4
Ισπανία	22,1	24,6	24,1
Βέλγιο	20,2	23,7	23,1
Ιταλία	19,2	26,1	24,8
Δυτ.Γερμανία	19,1	17,8	17,9
Φινλανδία	18,6	18,5	18,5
Σουηδία	16,7	19,4	19,0
Αυστρία	15,2	18,6	18,1
Ιρλανδία	14,2	22,7	20,9
Αν.Γερμανία	11,7	17,4	16,7
Πορτογαλία	7,7	22,8	20,0

ΠΗΓΗ: Eurobarometer 44.3/1996

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΕΝΟ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ

ΕΡΩΤΗΣΗ: Τι γίνεται με την υγεία των ανδρών; Γιατί οι γυναίκες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν ειδική κατηγορία;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Μια προσέγγιση στο σχεδιασμό της φροντίδας υγείας που να λαμβάνει υπόψη το φύλο είναι μία προσέγγιση που λαμβάνει υπ'όψιν τα μοναδικά βιώματα και ανάγκες τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών. Όταν δίνεται έμφαση στην υγεία των γυναικών, αυτό γίνεται γιατί ήδη ξέρουμε πολύ περισσότερα για την υγεία των ανδρών και όχι γιατί τα θέματα υγείας των ανδρών είναι λιγότερο σημαντικά. Η πλειοψηφία των ερευνών για την υγεία κατευθύνεται από άνδρες σε άνδρες, ωστόσο τα αποτελέσματα εφαρμόζονται στις γυναίκες. Αυτό έχει οδηγήσει πολλές φορές σε ακατάλληλες και αναποτελεσματικές παρεμβάσεις στις γυναίκες. Εξάλλου, το σύστημα φροντίδας υγείας δεν είναι ανεπηρέαστο από τις παραδοσιακές αντιλήψεις εις βάρος των γυναικών. Αποτελεί επιτακτική ανάγκη το σύστημα υγείας να ευαισθητοποιηθεί ως προς τις μοναδικές ανάγκες των γυναικών.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Αφού οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες θα πρέπει η υγεία τους να είναι καλύτερη. Είναι σωστό αυτό;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Είναι αλήθεια ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, ωστόσο υποφέρουν από περισσότερες χρόνιες παθήσεις και ανικανότητες. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να πάσχουν από κατάθλιψη, υπερβολικό άγχος (συχνά οφείλεται στις προσπάθειες να ανταποκριθούν και στην εργασία τους και στην οικογενειακή ζωή), χρόνιες καταστάσεις όπως αρθρίτιδες και οστεοπόρωση, και τραυματισμούς και θάνατο από ενδοοικογενειακή βία. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν κάποιο οξύ ιατρικό πρόβλημα, νοσηλεύονται συχνότερα από τους άνδρες, χρησιμοποιούν πιο δυνατά φάρμακα και από τις αναφορές τους φαίνεται να παρουσιάζονται λιγότερο υγιείς και με περισσότερες ημέρες περιορισμένης δραστηριότητας από τους άνδρες. Οι γυναίκες χρησιμοποιούν το σύστημα υγείας 25% πιο συχνά από τους άνδρες, ακόμα κι αν δεν υπολογίσουμε τις ανάγκες υγείας του αναπαραγωγικού τους συστήματος. Έτσι, αν και οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες υπάρχουν αποδείξεις ότι κατά τη διάρκεια των χρόνων αυτών η φροντίδα υγείας που λαμβάνουν είναι χαμηλότερης ποιότητας.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Γιατί οι γυναίκες βιώνουν διαφορετικά την υγεία και την ασθένεια από τους άνδρες;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Όπως όλοι ξέρουμε από την καθημερινή μας εμπειρία, υγεία δεν είναι μόνο η καλή σωματική κατάσταση – είναι επίσης και η διανοητική, ψυχική και συναισθηματική. Συνεπώς, το μέρος που ζούμε, οι σχέσεις μας, το σπίτι, τα επίπεδα άγχους, το φορτίο της εργασίας (μέσα και έξω από το σπίτι), και πολλοί άλλοι παράγοντες έχουν επίδραση στην υγεία μας. Αυτοί οι παράγοντες που συντελούν στην κατάσταση της υγείας του καθενός, είναι άνισα κατανομημένοι σε άνδρες και γυναίκες. Οι γυναίκες:

- * πληρώνονται λιγότερο από τους άνδρες (για εργασία με πλήρες ωράριο και για όλο το χρόνο), ενώ η εργασία τους συνήθως δεν είναι προσαρμοσμένη εργονομικά στις δικές τους ανάγκες***

- * αποτελούν τη μεγάλη πλειοψηφία μόνων γονέων
- * είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν βία στα ίδια τους τα σπίτια και από τον άνθρωπο που αγαπούν
- * αποτελούν την πλειοψηφία των ατόμων που φροντίζουν χωρίς μισθό τα παιδιά, τους αρρώστους και τους ηλικιωμένους
- * υποεκπροσωπούνται, ακόμα, σε θέσεις ισχύος, και
- * έχουν περισσότερους ρόλους και υπευθυνότητες (πχ. την εργασία τους, τη φροντίδα των παιδιών και των άλλων μελών της οικογένειας, την εκτέλεση των εργασιών του νοικοκυριού, και αφού οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των εθελοντών, καθήκοντα εθελοντή επίσης).

Όλα αυτά τα διαφορετικά βιώματα οδηγούν τις γυναίκες σε λιγότερο καλή κατάσταση της υγείας και σε μεγαλύτερη τάση για ασθένειες.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Μιλώντας για τις "μοναδικές" ανάγκες των γυναικών, τι εννοούμε;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Είναι φανερό ότι οι γυναίκες έχουν διαφορετικές ανάγκες στη φροντίδα υγείας, οι οποίες σχετίζονται με τις μοναδικές αναπαραγωγικές τους λειτουργίες (για παράδειγμα, ο προληπτικός έλεγχος για τον τράχηλο, η εγκυμοσύνη, ο τοκετός, και άλλα). Ωστόσο, ακόμα και όταν ένας άνδρας και μία γυναίκα αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα υγείας (όπως ο καρκίνος), οι ανάγκες τους από το σύστημα υγείας είναι πολύ διαφορετικές. Για παράδειγμα, αφού οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, είναι λιγότερο πιθανό για τις ηλικιωμένες να έχουν ένα σύζυγο που θα τις βοηθήσει με την προσωπική του φροντίδα και το νοικοκυριό, φεύγοντας από το νοσοκομείο. Οι νεότερες γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν καθήκοντα φροντίδας μικρών παιδιών, κι έτσι είναι αδύνατο να ξεκουραστούν στο σπίτι. Κατά μέσο όρο, οι γυναίκες όλων των ηλικιών είναι φτωχότερες από τους άνδρες και δεν μπορούν να πληρώσουν για ακριβά φάρμακα. Η μεταφορά για κάποιο ιατρικό ραντεβού είναι επίσης δυσκολότερη, λόγω του χαμηλότερου εισοδήματος και των πολλαπλών αρμοδιοτήτων των γυναικών. Οι γυναίκες και οι άνδρες χρειάζονται ένα σύστημα φροντίδας υγείας, ευαισθητοποιημένο ως προς τον τρόπο ζωής τους, ώστε να μην προβάλλει συστηματικά εμπόδια στην πρόσβαση.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ένα σύστημα υγείας προσανατολισμένο ως προς το φύλο δε θα στοιχίζει πολύ περισσότερο;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ένα σύστημα υγείας προσανατολισμένο ως προς το φύλο δε σημαίνει απαραίτητα ότι θα πρέπει να ξοδευτούν περισσότερα χρήματα, ώστε να παραχθούν περισσότερες υπηρεσίες. Σημαίνει ωστόσο, ότι οι υπηρεσίες που προσφέρονται πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του καθενός.

Είναι σημαντικός ο επαναπροσδιορισμός του συστήματος υγείας, προκειμένου να συμπεριλάβει μια υπεύθυνη αντιμετώπιση των αναγκών των γυναικών. Η απρόσκοπτη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι πολύ σημαντική, αλλά εξίσου σημαντική για την άρτια υγεία των γυναικών είναι και η καλή συναισθηματική, κοινωνική, πολιτιστική, πνευματική και φυσική κατάσταση. Ένα προσανατολισμένο ως προς το φύλο σύστημα υγείας λαμβάνει υπόψη παράγοντες, όπως τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των γυναικών, το βαθμό που οι ίδιες ελέγχουν τη ζωή τους, την έκθεσή τους σε κινδύνους για την υγεία τους και τη δυνατότητά τους να προστατεύσουν τους εαυτούς τους από διάφορες παθήσεις. Η βελτίωση της υγείας των γυναικών είναι ένας σημαντικός στόχος, η επίτευξη του οποίου συνεπάγεται υγιέστερες κοινότητες, οικογένειες και παιδιά.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (Γραφείο Υγείας Γυναικών ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, British Columbia, ΚΑΝΑΔΑΣ)

Στόχοι:

1. ΕΠΑΡΚΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΘΑ ΠΑΡΕΧΕΙ ΙΣΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.
2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ, ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΩΝ, ΤΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ, ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΩΙΜΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- ♦ Βελτίωση της πρόσβασης στην πληροφόρηση για τη φροντίδα υγείας των γυναικών.
- ♦ Ενημέρωση για τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας.
- ♦ Προγράμματα πληροφόρησης και ενημέρωσης των γυναικών για θέματα σεξουαλικής αγωγής, μεθόδων αντισύλληψης, σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και AIDS.
- ♦ Εξασφάλιση παροχής προφυλακτικών για γυναίκες κάθε ηλικίας (σε κάποια πολιτεία εφαρμόζεται πρόγραμμα δωρεάν χορήγησης προφυλακτικών στις τουαλέτες). Διαθεσιμότητα του γυναικείου προφυλακτικού.
- ♦ Εξασφάλιση μεγάλου αριθμού και διαθεσιμότητας ενημερωτικών φυλλαδίων, με χρήση οπτικών παραστάσεων και φωτογραφιών, αντί ειδικών ιατρικών όρων.
- ♦ Δημιουργία κινητών μονάδων για την κάλυψη των αναγκών των γυναικών που βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές και των γυναικών με ειδικές ανάγκες.
- ♦ Εξασφάλιση προσβασιμότητας στο σύστημα υγείας, με οικονομική ενίσχυση των ατόμων με ειδικές ανάγκες, καθώς και συνεργασία με το Υπουργείο Μεταφορών. Κάλυψη του κόστους του αναπηρικού εξοπλισμού για τις γυναίκες με χαμηλά εισοδήματα.
- ♦ Διασφάλιση του δικαιώματος στη μετακίνηση όλων των "εμποδιζόμενων" γυναικών (ηλικιωμένες, με πρόσκαιρη ανικανότητα, ανάπηρες, έγκυες, κ.λ.π.) δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για το σκοπό αυτό.
- ♦ Διαθέσιμες υπηρεσίες για αμβλώσεις σε όλες τις περιοχές.
- ♦ Ενημέρωση της ιατρικής κοινότητας για τα ιδιαίτερα θέματα υγείας των γυναικών (πρόληψη, συμπτώματα, διαγνωστικές εξετάσεις και απαιτήσεις θεραπείας) για τυχόν κοινωνικο-πολιτιστικές επιρροές

που εμποδίζουν τις γυναίκες, καθώς και για θέματα υγείας των γυναικών με ειδικές ανάγκες.

- ◆ Ενίσχυση της αυτογνωσίας των γυναικών γύρω από τις ανάγκες υγείας τους (για παράδειγμα, σε κάποια πολιτεία εφαρμόζεται τηλεματικό σύστημα πλοήγησης του συστήματος φροντίδας υγείας).
- ◆ Τεκμηριωμένες έρευνες προκειμένου να διαπιστωθούν ποιες από τις ιατρικές πρακτικές που ακολουθούνται είναι ανώφελες ή επιβλαβείς και ποιες ωφέλιμες ή ευεργετικές. Μελέτες για τις αιτίες και τις πιθανές θεραπείες των χρόνιων παθήσεων που πλήττουν τις γυναίκες.
- ◆ Μείωση της πολυφαρμακίας (πχ. υπερβολικού αριθμού φαρμάκων για πρόληψη της οστεοπόρωσης στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες) και των περιττών επεμβάσεων (πχ. καισαρικές τομές, υστερεκτομές, πλαστικές στήθους και άλλες) και ενημέρωση για εναλλακτικούς τρόπους θεραπείας (πχ. φυσικοθεραπεία και άσκηση για την οστεοπόρωση).
- ◆ Υποστήριξη των γυναικών-θυμάτων βίας μέσα από ένα σύστημα κατανόησης, σεβασμού και ενίσχυσης των γυναικών αυτών. Διεύρυνση του πεδίου αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού, ώστε να περιλαμβάνει πέραν της φυσικής κακοποίησης και φροντίδα των συναισθηματικών επιπτώσεων.
- ◆ Ανάπτυξη δικτύου αξιολόγησης εφαρμοζόμενων προγραμμάτων, ώστε να ξεχωρίσουν και να επιβραβευτούν οι «καλές πρακτικές».
- ◆ Ανάλυση των πολιτικών και των πρακτικών που σχετίζονται με την υγεία των γυναικών, ώστε να καθοριστεί ποιες από αυτές συγκρούονται ή αλληλεπιδρούν, θέτοντας σε κίνδυνο την υγιεινή και ασφάλεια των γυναικών.
- ◆ Διυπουργικός μηχανισμός για το συντονισμό και εφαρμογή των κανόνων που σχετίζονται με τη βία κατά των γυναικών.



ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΦΥΛΟ



ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Και τα δύο πρώτα διεθνή συνέδρια με θέμα την επαγγελματική υγεία που ολοκληρώθηκαν στη Βέρνη το 1906 επηρέασαν τη γυναικεία εργασία (Silman, 1987). Το πρώτο απαγορεύοντας τη νυκτερινή γυναικεία εργασία, το δεύτερο, παρόλο που δεν αφορούσε συγκεκριμένα το φύλο, απαγόρευσε τη χρήση του άσπρου φωσφόρου στη βιομηχανία σπέρτων. Το πρώτο υιοθετήθηκε ομόφωνα από τα 15 κράτη στο Διεθνές Συνέδριο, το δεύτερο μόνο από επτά κράτη. Από την απαρχή του αιώνα λοιπόν, δυο στρατηγικές μπορούν να διακριθούν: μια *προστατευτική*, και συχνά διφορούμενη, που μπορεί να απέκλειε τις γυναίκες από κάποια είδη παραγωγικής εργασίας και η άλλη *αποτρεπτική*, αλλά ουδέτερη ως προς το φύλο, θέτοντας θεωρητικούς κανόνες για ίσες ευκαιρίες στην απασχόληση χωρίς κόστος για την υγεία.

Πολλές χώρες είχαν την εμπειρία της μαζικής εισροής των γυναικών στην έμμισθη απασχόληση. Η είσοδος των γυναικών στο χώρο εργασίας έχει πολύ θετικά αποτελέσματα στην υγεία τους, τουλάχιστον με τη βελτίωση της οικονομικής τους κατάστασης και της πρόσβασής τους στην πληροφόρηση. Ωστόσο, η εκτέλεση παραδοσιακά ανδροκρατούμενων εργασιών από τις γυναίκες εγκυμονεί κινδύνους. Εξάλλου, ο αυξανόμενος αριθμός των γυναικών στην αγορά εργασίας και η εξάπλωση διαφόρων γυναικοκρατούμενων επαγγελμάτων προκάλεσε την προσοχή των επιστημόνων για τους κινδύνους υγείας και ασφάλειας των εργαζόμενων γυναικών και αφύπνισε κάποιους ερευνητές επαγγελματικής υγείας για την ανάγκη να μελετηθούν ιδιαίτερα τα γυναικεία προβλήματα.

Εκτός από τα συνηθισμένα επαγγελματικά προβλήματα υγείας και ασφάλειας που παρουσιάζουν όλοι οι εργαζόμενοι, οι γυναίκες παρουσιάζουν ειδικά προβλήματα, που αποδίδονται στις ανατομικές και βιολογικές διαφορές με τους άνδρες, οι οποίες αποτελούν αντικείμενο εξειδικευμένων ερευνών.

Τεκμηριωμένες μελέτες έχουν δείξει ότι, κατά μέσο όρο, οι γυναίκες στα 20 τους χρόνια έχουν το 65% της μυϊκής δύναμης του μέσου όρου των ανδρών, ενώ στα 55 χρόνια η δύναμη αυτή μειώνεται στο 54%. Επίσης, οι γυναίκες χρειάζονται μεγαλύτερη κατανάλωση οξυγόνου κατά την αναπνοή τους και δυσκολεύονται στην ανύψωση βαρέων αντικειμένων, λόγω της ανατομίας της λεκάνης τους. Πολλές γυναίκες που εργάζονται σε βαριές εργασίες παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά, σε σχέση με τους άνδρες, πόνων στην πλάτη και κίρσους στα πόδια, λόγω συνεχούς ορθοστασίας. Η ποιοτική και ποσοτική ορμονική ισορροπία του σώματος των γυναικών και η βιολογική συμπεριφορά του σε εξωτερικές εντάσεις είναι διαφορετική από αυτή των ανδρών. Οι γυναίκες διαφέρουν κατά μέσο όρο από τους άνδρες στη σύνθεση των μεμβρανών του σώματός τους, δηλαδή έχουν λιγότερους μυώνες και περισσότερο λίπος, πράγμα που τις καθιστά πιο ευαίσθητες κατά την έκθεση σε ορμονικές χημικές ουσίες. Ο μεταβολισμός των τοξικών χημικών ουσιών στο γυναικείο σώμα είναι διαφορετικός, αν και δεν έχει μελετηθεί σημαντικά, σε σχέση με αυτόν των ανδρών. Έχει ήδη ανακοινωθεί η διαφορά του μεταβολισμού της αλκοόλης μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αντίθετα φυσιολογικές "αδυναμίες" των γυναικών, οι οποίες παραδοσιακά θεωρούνταν ότι αποτελούσαν εμπόδιο στην απόδοση των γυναικών κατά την εργασία τους σε "βαριές" ή "βρώμικες" εργασίες, όπως η εμμηνορρυσία και οι υψηλές θερμοκρασίες στους εργασιακούς χώρους (θερμικό στρες), δε φαίνεται να αποτελούν για το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών σημαντικό εμπόδιο.

Ωστόσο, οι προαναφερόμενες αιτιάσεις, που επί σειρά ετών χρησιμοποιήθηκαν για να ερμηνεύσουν τις διαφορές μεταξύ γυναικών και ανδρών στην έκθεσή τους στους

επαγγελματικούς κινδύνους βασίζονται σε ένα παραδοσιακό βιο-ιατρικό μοντέλο, το οποίο εστιάζει στην αιτιολογική συσχέτιση υγείας/ασθένειας, προσπαθώντας να καθορίσει τις αιτίες της παθολογίας σε ατομική βάση και χρησιμοποιώντας θεραπευτικές μεθόδους για να την ελέγξουν. Με αυτόν τον τρόπο προσέγγισης, δε δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη, καθώς και σε εκείνους τους περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν με τους βιολογικούς.

Η ειδοποιός διαφορά εντοπίζεται στον ιδιαίτερο τύπο εργασίας της γυναίκας, καθώς και στην πολλαπλότητα των ρόλων που διαδραματίζει μέσα στην κοινωνία. Ο ανισομερής καταμερισμός σε συγκεκριμένα επαγγέλματα οδηγεί στην έκθεση σε ειδικούς επαγγελματικούς κινδύνους. Για παράδειγμα, το υψηλό ποσοστό οσφυαλγίας που παρουσιάζεται στις γυναίκες που απασχολούνται στον τομέα της υγείας σχετίζεται με τη φύση της δουλειάς και το γεγονός της υπερίσχυσης των γυναικών σε αυτόν τον τομέα.

Μέχρι πρόσφατα, τα προβλήματα των γυναικών που σχετίζονται με τη δουλειά φαινόταν ανύπαρκτα στους εργοδότες, στους επιστήμονες, σε αυτούς που παίρνουν τις αποφάσεις και στις ίδιες τις εργαζόμενες γυναίκες. Η άποψη ότι η γυναικεία εργασία είναι εύκολη και ασφαλής κι ότι οποιοδήποτε πρόβλημα που αναγνωρίζεται από τις γυναίκες πηγάζει, είτε από το γεγονός ότι δεν ταιριάζουν στη δουλειά είτε από αβάσιμα παράπονα, εμπόδισε τις προσπάθειες για να βελτιωθεί η επαγγελματική τους υγεία.

Έτσι, η παρατεταμένη ορθοστασία που προκαλεί μυοσκελετικούς πόνους και κυκλοφορικά προβλήματα, θεωρείται λιγότερο επικίνδυνη από την έκθεση στον κίνδυνο της πτώσης από σκαλωσιά ή κόψιμο με πριόνι μετάλλου, ενώ ένα ζήτημα ρουτίνας, όπως η δυσκολία χρήσης τηλεφώνου για να επικοινωνήσει με το άρρωστο παιδί της, δε θεωρείται ότι προκαλεί την ίδια ψυχολογική πίεση με αυτή που προκαλείται σε ένα δεσμοφύλακα που απειλείται από ένα φυλακισμένο (Messing, 1999, Golding, 1989).

Οι εργαζόμενες γυναίκες παρουσιάζουν υψηλή νοσηρότητα σε ασθένειες όπως αναιμία, διαβήτης, αρθρίτιδα, εντερίτιδα-κολίτιδα, κίρσοι κ.ά. Σημαντική αύξηση νοσηρότητας έχει επίσης σημειωθεί τα τελευταία χρόνια στις εργαζόμενες γυναίκες, λόγω κατακόρυφης αύξησης των καπνισματικών συνηθειών.

Τα αποτελέσματα της οικιακής εργασίας στην υγεία των γυναικών δεν έχουν καταστεί ακόμα σαφή. Από τα λίγα διαθέσιμα στοιχεία φαίνεται ότι οι γυναίκες που εκτελούν μόνο οικιακά καθήκοντα συνήθως έχουν λιγότερο καλή σωματική και ψυχική υγεία. Τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκαν μελέτες για το σημαντικό πρόβλημα των εργαζόμενων γυναικών στο σπίτι (ράψιμο, μικροτεχνήματα, πλαστικά λουλούδια, ζωγραφική κεραμικών, κεντήματα, πλεκτά κλπ). Οι εργασιακές συνθήκες, τα ιδιαίτερα προβλήματα των γυναικών αυτών και οι ψυχολογικές εντάσεις που περνούν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, καθώς και η σύγχρονη περιποίηση των παιδιών, και η ενασχόληση με το νοικοκυριό έχουν γίνει θέμα αρκετών μελετών (Messing, 1999).

Πολύ σπάνια εξετάζεται η αλληλεπίδραση μεταξύ οικιακής εργασίας και έμμισθης απασχόλησης, και όμως αυτός είναι ένας παράγοντας κλειδί για να κατανοήσουμε τη διαφορετική επιρροή των συνθηκών εργασίας στην υγεία ανδρών και γυναικών. Έτσι η πολιτική των εργοδοτών για ελαστικό ωράριο συνήθως αυξάνει την ανασφάλεια των γυναικών, ενώ μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε μαζικές απολύσεις εργαζομένων γυναικών.

Οι εργαζόμενες γυναίκες παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα από ψυχολογικές και κοινωνικές πιέσεις, που έχουν ως άμεση αιτία τις εργασιακές σχέσεις και τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος. Μελέτη με 150.000 εργαζόμενες γυναίκες στις ΗΠΑ έδειξε ότι, η μέση εργαζόμενη Αμερικανίδα περιγράφει τον εαυτό της ως απογοητευμένη, περιορισμένη σε ένα κλειστό επάγγελμα χωρίς προοπτικές εξέλιξης, με πολύ χαμηλό μισθό, με μικρές πιθανότητες να εκτιμηθεί η εργασία της από τους προϊσταμένους της και με περιορισμένο ελεύθερο χρόνο (OSHA, 2000).

Εξάλλου, υπάρχει η τάση να ανατίθενται στις γυναίκες εργαζόμενες, καθήκοντα που είναι απλώς μια προέκταση των οικιακών δραστηριοτήτων, που προσπαθούν να ξεφύγουν (επαναλαμβανόμενα καθήκοντα, προσωπική φροντίδα, διακόσμηση), αλλά και πάνω από όλα αυτά πρέπει να είναι πρόθυμες, υπάκουες και συμβιβαστικές. Αυτή η ρουτίνα βλάπτει δραστικά τις λειτουργίες της ειλικρίνειας, της ανακάλυψης, της προόδου και της προσωπικής βελτίωσης, που ο καθένας έχει δικαίωμα να περιμένει από την εργασία. Έτσι, οι γυναίκες, όχι μόνο αναγκάζονται να δουλεύουν δύο φορές την ημέρα, αλλά πολύ συχνά και οι δυο εργασίες αφορούν το ίδιο είδος δραστηριότητας. Η επανάληψη καταργεί το ενδιαφέρον για την εργασία. Εξασθενεί το κίνητρο και γίνεται από μόνη της πηγή εξάντλησης (Messing, 1999, OSHA, 2000).

Οι άνδρες και οι γυναίκες βιώνουν αξιοσημείωτα διαφοροποιημένες καταστάσεις εργασίας. Εργάζονται σε διαφορετικές εργασίες, με διαφορετικά οργανωμένο το χρόνο εργασίας και διαφοροποιημένες αναλογίες έμμισθης εργασίας. Στο χώρο εργασίας, δεν τους ανατίθενται ίδια καθήκοντα και δεν έχουν τις ίδιες θέσεις στην ιεραρχία.

Αυτή η καθιερωμένη και συνεχής οριοθεσία μεταξύ ανδρικών και γυναικείων εργασιών, καθιστά την τρέχουσα έρευνα για την ασφάλεια και υγεία στην εργασία, περιορισμένης συνάφειας για πολλές εργαζόμενες γυναίκες. Ακόμα μας λείπουν πληροφορίες για πολλές εργασίες, που κατά κόρον ασκούνται από γυναίκες. Έτσι, δεν υπάρχουν στοιχεία για την υγεία στα επαγγέλματα των πωλητριών, κομμωτριών, σερβιτόρων ή μαγειρισσών, παρόλο που οι συνθήκες εργασίας τους υποδηλώνουν την πιθανότητα ύπαρξης μιας σειράς προβλημάτων (παρατεταμένη ορθοστασία, γρήγοροι ρυθμοί εργασίας, έκθεση σε θερμότητα και ψύχος, χειρισμός βαρέων φορείων, έκθεση σε χημικά), όπως επίσης και για τις γυναίκες στον τομέα προσωπικών υπηρεσιών (φροντίδα παιδιών, περιποίηση μαλλιών), όπου παρουσιάζονται τα μεγαλύτερα σε αριθμό προβλήματα υγείας μεταξύ των εργαζομένων γυναικών (Messing, 1999).

Αντίθετα με την κοινή άποψη, πολλές γυναικοκρατούμενες εργασίες ενέχουν κινδύνους για την υγεία, αλλά διαφορετικούς από αυτούς που αντιμετωπίζονται στις ανδροκρατούμενες εργασίες.

Οι γυναίκες συγκεντρώνονται σε εργασίες που χαρακτηρίζονται από αναγνωρισμένους κινδύνους για την ψυχική υγεία, όπως η έλλειψη υπευθυνότητας και η εργασία υπό πίεση. Στη βιομηχανία, οι γυναίκες πιο συχνά καταλαμβάνουν εργασίες που απαιτούν συνεχείς κινήσεις ταχύτατης ακρίβειας, ενώ οι άνδρες εκτελούν καθήκοντα που απαιτούν περισσότερο έντονη, αλλά διακεκομμένη προσπάθεια. Στο γραφείο, τη λιανική πώληση και τις εργασίες προσωπικών υπηρεσιών, οι γυναίκες γίνονται δέκτες μιας σειράς παραγόντων στρες, όπως καθήκοντα που υπερβαίνουν το χρόνο εργασίας, συχνές διακοπές, συνδιαλλαγή την ίδια στιγμή με πολλούς ανθρώπους, συνθήκες που μπορεί να κάνουν δύσκολη την ισορροπία ανάμεσα στην εργασιακή και οικογενειακή ζωή.

Είναι σαφές ότι τα προβλήματα υγείας των γυναικών διαφέρουν από αυτά των ανδρών. Γενικά, οι γυναίκες εμποδίζονται από το νόμο να εργαστούν σε δουλειές όπου παρουσιάζονται βραχυπρόθεσμοι κίνδυνοι.

Οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες έχουν κατά το ήμισυ πιθανότητες να τους συμβεί επαγγελματικό ατύχημα, αλλά διπλάσιες πιθανότητες να τους συμβεί κάποια επαγγελματική ασθένεια (TUC-Trades Union Congress, 2000). Είναι δύσκολο να εντοπισθούν τα αποτελέσματα στην υγεία τους, επειδή είναι περισσότερο διαχεόμενα. Οι γενικοί δείκτες υγείας όπως η άδεια ασθένειας, είναι λιγότερο συνδεδεμένοι με την εργασία απ' ό,τι τα εργατικά ατυχήματα και τα πιο συγκεκριμένα αποτελέσματα των ασθενειών, όπως η πνευμονοκονίαση από αμιάντο ή η επαγγελματική κώφωση παρατηρούνται στους εργαζόμενους άνδρες. Στους ανδροκρατούμενους τομείς, παρουσιάζονται συχνότερα σοβαρά ατυχήματα σε σχέση με τους γυναικοκρατούμενους. Οι συνθήκες εργασίας των γυναικών τις καταβάλλουν σταδιακά, με συνέπειες που παρουσιάζονται μόνο μακροπρόθεσμα, ενώ η καθημερινή ζωή γίνεται δύσκολη. Η παραδοσιακή προσέγγιση της επαγγελματικής υγείας βασίζεται σε μια ακριβή αναγνώριση των συνθηκών εργασίας που παράγουν αντιληπτές ασθένειες, που η φύση τους είναι πιο εύκολο να φανεί, όπως για παράδειγμα η σχέση γλιστερού πατώματος και πτώσης. Εστιάζεται περισσότερο σε ξαφνικά, απρόσμενα γεγονότα-ατυχήματα παρά, για παράδειγμα, στα χρόνια προβλήματα κόπωσης που χαρακτηρίζουν τις εργασίες των γυναικών. Έτσι, πολλά προβλήματα υγείας των γυναικών παραμένουν αόρατα για τα συστήματα πρόληψης της επαγγελματικής υγείας και αποζημίωσης.

Μέχρι πρόσφατα, υπήρχε ανεπάρκεια πληροφοριών για τους κινδύνους υγείας των γυναικών στον εργασιακό χώρο. Αφού οι στατιστικές αναλύσεις δεν απευθύνονται ιδιαίτερα στις εργαζόμενες γυναίκες, το ίδιο και σε σοβαρότερο βαθμό ανύπαρκτα είναι και τα προστατευτικά μέτρα.

«Οι μελέτες που διεξάγονταν για την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια βασίζονταν σε ανδροκρατούμενα οργανωτικά και κοινωνικο-πολιτισμικά μοντέλα», όπως τονίζει ο Neil Kearney. Στην πραγματικότητα, σημειώνουν οι εμπορικές ενώσεις, «όλη η προσοχή γύρω από την υγεία των εργαζομένων γυναικών, στην καλύτερη περίπτωση, περιορίζεται στο ζήτημα της αναπαραγωγικής τους υγείας». Μία πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη από την Ένωση Βρετανικών Εμπορικών Επιχειρήσεων (TUC, 2000) έδειξε, ότι σχεδόν οι μισοί από όλους τους εργοδότες έχουν αναλύσει τους κινδύνους, στους οποίους μπορεί να εκτεθούν οι έγκυες εργαζόμενες στην επιχείρησή τους. Για τις υπόλοιπες εργαζόμενες, οι παλιές παραδόσεις διατηρούνται σταθερά, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του προστατευτικού εξοπλισμού και των εργαλείων στον εργασιακό χώρο είναι σχεδιασμένο με ανδρικά κριτήρια.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εργασίας (International Labor Organization, ILO, 2001), στη βιομηχανία, το μεγαλύτερο μέρος του ρουχισμού και του προστατευτικού εξοπλισμού είναι σχεδιασμένο στις ΗΠΑ ή στη Γερμανία, χρησιμοποιώντας δεδομένα σωματομετρικών διαστάσεων που δεν έχουν καμία σχέση για παράδειγμα με αυτά μιας εργάτριας από την Ασία. Παρόμοια, τα όρια ανοχής για διάφορες χημικές ουσίες υπολογίζονται βάσει δοκιμών που απευθύνονταν σε άνδρες, ενώ οι γυναίκες απουσιάζουν από όλα τα ισοτιπούτα, που ευθύνονται για την ασφάλεια στον εργασιακό χώρο. Οι νόμοι για την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια δεν ξεχωρίζουν γυναίκες και άνδρες, εκτός από ελάχιστες πολύ ειδικές περιπτώσεις.

Κίνδυνοι υγείας για τις εργαζόμενες γυναίκες

Μεγάλη στατιστική έρευνα στην Αγγλία το 1995 (TUC), τα συμπεράσματα της οποίας βασίστηκαν σε αξιολογήσεις των ίδιων των εργαζομένων για παθήσεις που σχετίζονται με τη δουλειά τους, αναφέρει τα εξής:

- τουλάχιστον 100.000 γυναίκες υποφέρουν από οσφυαλγία σχετιζόμενη με την εργασία τους
- μία στις δέκα γυναίκες ηλικίας 25-34 ετών έχουν δεχθεί σεξουαλική επίθεση στον εργασιακό τους χώρο
- περισσότερο από το ένα τέταρτο των εργαζομένων γυναικών πρέπει να σηκώσουν ή να μετακινήσουν βαριά φορτία. Μυοσκελετικά προβλήματα που σχετίζονται με βαριά φορτία, άβολες στάσεις και επαναλαμβανόμενα καθήκοντα είναι τα πιο συνηθισμένα.
- το άγχος είναι η δεύτερη πιο συνηθισμένη κατάσταση για τις εργαζόμενες γυναίκες, αλλά και η πηγή του πιο έντονου προβληματισμού
- μία στις πέντε γυναίκες ανέφεραν ότι εκτίθενται σε επιβλαβή αέρια-καπνούς, σκόνες και άλλα υλικά
- διπλάσιος αριθμός γυναικών απ' ό,τι ανδρών ανέφεραν ότι υποφέρουν από πονοκεφάλους σχετιζόμενους με την εργασία τους και κόπωση των οφθαλμών -κατ'έκτιμηση 50.000 εργαζόμενες. Σχεδόν τα τρία τέταρτα αυτών θεωρούν ως αιτία τη χρήση μονάδων οπτικής απεικόνισης
- τα μεγαλύτερα ποσοστά παθήσεων του δέρματος παρουσιάστηκαν σε «γυναικοκρατούμενα» επαγγέλματα, όπως της κομμώτριας.

Σωματικό στρες - Κάποιες εργασίες καταπονούν σημαντικά το μυοσκελετικό σύστημα. Ενώ αυτές που απαιτούν έντονη περιοδική προσπάθεια- οικοδομή, μετάλλευση ή μηχανολογία, για παράδειγμα-συνήθως ανδρικά επαγγέλματα, θα ήταν λάθος να συμπεράνουμε ότι οι «γυναικείες» εργασίες δεν απαιτούν σωματική προσπάθεια. Στις γυναίκες που δουλεύουν σε εργοστάσια ή υπηρεσίες συνήθως ανατίθενται ελαφρά, αλλά επαναλαμβανόμενα, καθήκοντα, με στάσεις του σώματος που τις καταπονούν, όπως η συναρμολόγηση, η κατασκευή ρούχων, το κόψιμο ή συσκευασία. Οι γυναίκες όχι μόνο στη βιομηχανία αλλά επίσης και στον τομέα των υπηρεσιών παροχής φροντίδας, πρέπει να χειριστούν βαριά φορτία: μεταφορά παιδιών, μετακίνηση ασθενών, καθάρισμα, κτλ. Αυτά τα καθήκοντα συντελούν στην εμφάνιση τραυματισμών που συνδέονται με την εργασία, ιδιαίτερα μυοσκελετικές βλάβες των άνω και κάτω άκρων (σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, τενοντίτιδες), αλλά και οσφυοίσχιαλγίες (TUC, 1999, Messing, 1999).

Ο μυοσκελετικός πόνος μπορεί να προκληθεί είτε από τη στάση εργασίας που δεν ταιριάζει στη σωματική κατασκευή του εργαζόμενου είτε από το καθήκον που πρέπει να εκτελεστεί. Τα εργαλεία, τα εργαστήρια και ο προστατευτικός εξοπλισμός, που χρησιμοποιείται σε παραδοσιακά ανδρικές εργασίες, κατασκευάζονται σύμφωνα με τη σωματική διάπλαση του μέσου άνδρα. Αυτό βρέθηκε, ότι προκαλεί προβλήματα στις γυναίκες που δουλεύουν σε μη παραδοσιακά επαγγέλματα, επειδή οι διαστάσεις του σώματος της μέσης γυναίκας διαφέρουν από αυτές των ατόμων που παραδοσιακά θα εκτελούσαν αυτή την εργασία. Τα εργαλεία, ο σχεδιασμός και ο εξοπλισμός που σχεδιάστηκαν για άτομα διαφορετικού μεγέθους μπορεί να βάλουν σε κίνδυνο τη γυναίκα. Στην πραγματικότητα, οποιοσδήποτε με σωματικό τύπο διαφορετικό από αυτόν του μέσου άντρα μπορεί να κινδυνεύσει.

Τα τελευταία δέκα χρόνια, ένας ολοένα και αυξανόμενος αριθμός μελετών εξετάζει την επίδραση των επαναλαμβανόμενων κινήσεων στις εργαζόμενες γυναίκες. Παρόλα αυτά, διαπιστώνεται μεγάλη δυσκολία να οριστούν με ακρίβεια ποιες καταστάσεις είναι επικίνδυνες για το μυοσκελετικό σύστημα και εμποδίζεται η αναγνώρισή τους.

Το Συμβούλιο Εμπορικών Ενώσεων της Αγγλίας (Trade Union Congress, TUC) προτείνει τη συνεργασία των Επιτροπών Υγιεινής και Ασφάλειας των Επιχειρήσεων με τις γυναίκες συναδέλφους τους για την εφαρμογή «χαρτογράφησης του σώματος», προκειμένου να αναγνωριστούν τα σχετιζόμενα με την εργασία μυοσκελετικά προβλήματα. «Η χαρτογράφηση του σώματος» σημαίνει ότι οι όλοι οι εργαζόμενοι στον ίδιο τύπο εργασίας, θα κληθούν να «μαρκάρουν» πάνω σε ένα χάρτη-σχέδιο του ανθρώπινου σώματος όλα τα σημεία, όπου συχνά εντοπίζουν πόνο –ίσως να είναι δυνατή και μία διάκριση του οξέος διαξιφιστικού πόνου από τον αμβλύ, χρησιμοποιώντας διαφορετικά χρώματα-. Αφού συγκεντρωθούν όλοι μαζί αυτοί οι χάρτες, θα αναλυθούν προκειμένου να διαπιστωθούν τα συχνότερα προβλήματα. Αν διαπιστωθεί για παράδειγμα, υψηλό ποσοστό οσφυαλγίας, η Επιτροπή θα φέρει το θέμα στην εργοδοσία. Μια λεπτομερής εργονομική μελέτη μπορεί να χρειαστεί για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα.

Επιστημονικές μελέτες δείχνουν, ότι οι εργονομικές παρεμβάσεις στον εργασιακό χώρο αποτελούν μια αποτελεσματική προσέγγιση στην πρόληψη τραυματισμών, στην εξοικονόμηση χρημάτων των εργοδοτών και στην αύξηση της παραγωγικότητας. Ο Οργανισμός Επαγγελματικής Υγείας και Ασφάλειας των ΗΠΑ (Occupational Safety and Health Administration, OSHA) προτείνει να εφαρμόσουν εργονομικά προγράμματα όλοι οι εργοδότες, προκειμένου να προληφθούν οι επαγγελματικές μυοσκελετικές παθήσεις.

Το παράδειγμα εργαζόμενης στην Αγγλία, η οποία δούλευε σε μια ομάδα καθαρισμού, που αποτελείτο από γυναίκες, και η οποία ανέλαβε να ενημερώσει και να υπενθυμίσει στον εργοδότη τους τα καθήκοντά του κατά το νόμο (σύμφωνα με τις «Οδηγίες περί χειροκίνητων λειτουργιών» του 1992), δείχνει πως η αναγνώριση του προβλήματος μπορεί να επέμβει καταλυτικά στην ανακούφισή του. Οι περισσότερες από τις γυναίκες αυτές εμφάνισαν πόνους στην οσφύ και τα άνω άκρα από το βάρος των ειδικών (βιομηχανικών) συστημάτων καθαρισμού για γυάλισμα των δαπέδων. Επίσης ανέφεραν αιμωδίες των δακτύλων των άνω άκρων, μετά από χρήση των μηχανημάτων αυτών για αρκετές ώρες. Μετά την αναφορά στον εργοδότη, όλες οι καθαρίστριες εκπαιδεύτηκαν στο σωστό τρόπο ανασήκωσης βάρους και χειρισμού των μηχανημάτων.

Έκθεση σε βιολογικούς παράγοντες - Περισσότερες γυναίκες (ρεσεψιονίστ, δασκάλες, εργαζόμενες ημερήσιας φροντίδας) δουλεύουν σε εργασίες που περιλαμβάνουν επαφή με το κοινό, παιδιά και άρρωστους ανθρώπους, πράγμα που αυξάνει την έκθεσή τους στις μολύνσεις. Το εύρος των πιθανά μολυσματικών παραγόντων είναι ακόμα μεγαλύτερο στα νοσοκομεία και στα γηροκομεία. Οι γυναίκες που εργάζονται σε εργαστήρια μπορεί άμεσα να εκτίθενται σε ασθενείς, αλλά και σε δείγματα σωματικών υγρών. Ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος σε καταστάσεις όπου ο ρυθμός της εργασίας δεν επιτρέπει το σωστό καθαρισμό των δωματίων, των δίσκων φαγητού, του ρουχισμού ή του εξοπλισμού. Η εργασία με ζώα και τρόφιμα επίσης ενέχει κινδύνους μόλυνσης.

Στα νοσοκομεία η μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β μπορεί εύκολα να συμβεί από την επαφή με δείγματα αίματος και τα ατυχήματα με τρυπήματα βελόνας. Οι

εργαζόμενοι στα πλυντήρια και το προσωπικό καθαριότητας μπορεί επίσης να διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο από ακατάλληλες διαδικασίες διάθεσης των απορριμμάτων και του μολυσμένου ρουχισμού. Όμως καμιά επιστημονική έρευνα δεν έχει διεξαχθεί ακόμα σε αυτές τις ομάδες.



Έκθεση σε χημικά - Η έκθεση σε χημικά είναι κίνδυνος σε μερικά κατά βάση γυναικεία επαγγέλματα. Οι εργαζόμενες σε νοσοκομεία, για παράδειγμα, εκτίθενται σε τουλάχιστον 179 διαφορετικά στοιχεία που προκαλούν ερεθισμό στα μάτια και στο δέρμα, και 135 πιθανά καρκινογόνους ή επικίνδυνους παράγοντες για την αναπαραγωγή. Για παράδειγμα, η δερματίτιδα εξ επαφής είναι ένας κίνδυνος για το προσωπικό που εργάζεται στην κουζίνα και την καθαριότητα. Οι εργαζόμενοι στο στεγνό καθάρισμα, στο βάψιμο αυτοκινήτων,

οι καθαρίστριες, οι κομμώτριες, οι εργάτριες σε εργοστάσια μικρο-ηλεκτρονικών, οι χημικοί τεχνικοί, οι εργάτριες σε κτήματα εκτεθειμένες σε φυτοφάρμακα και το προσωπικό των μπαρ που εκτίθεται στον καπνό του τσιγάρου, μεταξύ άλλων, διατρέχουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο.

Οι επιδράσεις των συστημάτων κλιματισμού ανακυκλούμενου αέρα στα κτίρια γραφείων, αποτελούν το κέντρο αυξανόμενου ενδιαφέροντος για την υγεία. Επειδή οι τεχνικές ανάλυσης βρίσκονται ακόμα σε πρώιμο στάδιο, τα παράπονα των γυναικών μπορεί να απορριφθούν με το αιτιολογικό της "υστερίας", όμως πολλές μελέτες δείχνουν τη σχέση μεταξύ κακών συστημάτων εξαερισμού και των διαταραχών στο αναπνευστικό και νευρικό σύστημα.

Ως αποτέλεσμα της χρησιμοποίησης ειδικής κόλλας για την προσάρτηση νημάτινου καλύμματος σε μεταλλικά καλώδια, μια ομάδα γυναικών εργατριών υπέφερε από αναπνευστικά προβλήματα. Κατόπιν αιτήματος του συνδικάτου τους, ο εργοδότης διέταξε διερεύνηση του θέματος, η οποία οδήγησε στο συμπέρασμα ότι οι αναθυμιάσεις της κόλλας ήταν η αιτία του προβλήματος. Επειδή η χρησιμοποίηση της κόλλας δεν ήταν δυνατό να περιορισθεί, εγκαταστάθηκε ένα σύστημα αερισμού, προκειμένου να τεθεί υπό έλεγχο η έκθεση στις αναθυμιάσεις. Αυτό το σύστημα μείωσε δραστικά τα επίπεδα της ουσίας στον αέρα και τα περισσότερα από τα συμπτώματα των γυναικών εξαφανίστηκαν.

Ψυχικό στρες στο χώρο εργασίας - Οι ψυχικές και συναισθηματικές απαιτήσεις σε κάποιες εργασίες, ιδιαίτερα σε αυτές που εκτελούνται από γυναίκες, δεν αναγνωρίζονται πάντα. Το "ψυχικό φορτίο" είναι δύσκολο να υπολογιστεί, αλλά μπορεί να είναι το ίδιο απαιτητικό όπως και το σωματικό. Ο Teiger περιέγραψε τα αποτελέσματα της έντονης πνευματικής προσπάθειας που απαιτείται από τις εργαζόμενες γυναίκες στη βιομηχανία γαντιών, που πρέπει να επινοήσουν, με μια ταχύτητα παραγωγής που εξουθενώνει τον εγκέφαλο, διαφορετικούς τρόπους συρραφής δύο συχνά κακοκομμένων κομματιών ενός γαντιού, προσπαθώντας ταυτόχρονα να διατηρήσουν ομαλή την επιφάνειά του. Αυτές οι εργαζόμενες τελικά παίρνουν "αναγκαστική σύνταξη" στην ηλικία των 26 χρόνων. Πολλά χαρακτηριστικά των γυναικείων εργασιών, όπως περιγράφηκαν παραπάνω - ιδιαίτερα η αποδυνάμωση και οι σταθερές απαιτήσεις - θέτουν κινδύνους για την ψυχική υγεία.

Αν το ψυχικό φορτίο είναι υποτιμημένο στοιχείο της γυναικείας εργασίας, τότε οι συναισθηματικές απαιτήσεις αναγνωρίζονται ακόμη λιγότερο. Οι εργασίες που συνήθως γίνονται από γυναίκες που εργάζονται σε νοσοκομεία, για παράδειγμα, περιλαμβάνουν μεγάλη αναλογία συναισθηματικής υποστήριξης που σχετίζεται με την

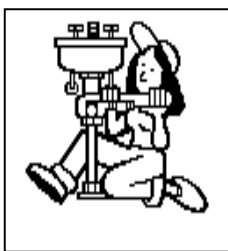
επαφή με τον ασθενή, ενώ η μείωση του προσωπικού αύξησε το ρυθμό της εργασίας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα υγείας ή εξάντλησης, που ακόμα όμως δεν έχει αναγνωριστεί επίσημα.

Ωράρια εργασίας που συγκρούονται με τις οικογενειακές υποχρεώσεις -Οι εργαζόμενες γυναίκες στον τομέα προσφοράς υπηρεσιών όλο και περισσότερο αναγκάζονται να εργάζονται με υπερ-ελαστικό ωράριο. Οι τηλεφωνήτριες, οι ταμίες στα σούπερ-μάρκετ, οι νοσοκόμες, το προσωπικό νοσοκομείων και οι αντικαταστάτριες δασκάλες αλλάζουν ωράριο χωρίς έγκαιρη ενημέρωση. Αυτό προκαλεί στην εργαζόμενη γυναίκα με οικογενειακές υποχρεώσεις σοβαρά προβλήματα στη φροντίδα των παιδιών. Οι τηλεφωνήτριες και οι εργαζόμενες σε νοσοκομεία, είπαν ότι έλυσαν τα προβλήματα της φροντίδας των παιδιών προσφερόμενες εθελοντικά να δουλεύουν νυκτερινή βάρδια, έτσι ώστε οι σύζυγοί τους να φροντίζουν τα παιδιά κατά τη διάρκεια της νύχτας αφήνοντας σε αυτές τη φροντίδα της ημέρας. Το ερώτημα είναι: πότε κοιμούνται αυτές οι γυναίκες;

Οι εργασίες με καθορισμένο ωράριο δυσκολεύουν τις μητέρες με μικρά παιδιά να τα καταφέρουν με το σπίτι και τη δουλειά. Είναι πολύ μικρά για να καταλάβουν ότι θα μειωθεί ο μισθός της μητέρας τους αν αργήσουν και επιμένουν ότι δεν αισθάνονται καλά, δε ντύνονται εύκολα και καθυστερούν με το πρωινό τους. Οι γυναίκες δύο φορές περισσότερο από τους άνδρες είναι πιθανό να δηλώσουν ψυχολογικό ή σωματικό πρόβλημα στην προσπάθειά τους να ισορροπήσουν τις ευθύνες της οικογένειας και της εργασίας.

Τα ζητήματα υγείας και ασφάλειας στην εργασία των γυναικών δεν μπορούν να κατανοηθούν αν δε λάβουμε υπόψη μας αυτό το σημαντικό παράγοντα που υπάρχει στη ζωή των περισσότερων - δουλειά, δημιουργία και φροντίδα οικογένειας και προσπάθεια να υπάρξει ισορροπία ανάμεσα στα δύο. Στο παρελθόν η έρευνα για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία, σπάνια συμπεριλάμβανε το θέμα της διπλής εργασίας.

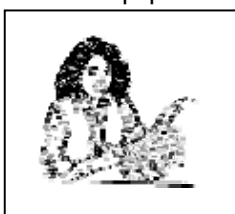
ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟ



Καθώς ολοένα και αυξανόμενος αριθμός γυναικών μπαίνουν στον κατασκευαστικό κλάδο, μεγαλώνουν οι ανησυχίες για την υγεία και ασφάλειά τους. Στους πρωτογενείς κινδύνους για την ασφάλεια και την υγεία, έρχονται να προστεθούν σοβαρά μοναδικά προβλήματα, τα οποία δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο. Τα προβλήματα ασφάλειας και υγείας στον κατασκευαστικό κλάδο δημιουργούν εμπόδια στην ένταξη και παραμονή των γυναικών. Ο μικρός αριθμός των γυναικών στους χώρους αυτούς υποθάλλει ένα περιβάλλον όπου τα προβλήματα ασφάλειας και υγείας απλά εξακολουθούν.



Θα αναφερθούν παρακάτω τα αποτελέσματα μεγάλης έρευνας που διεξήχθη πρόσφατα στις ΗΠΑ από την "Ομάδα Εργασίας για



την υγιεινή και ασφάλεια των γυναικών στις κατασκευές" (Health and Safety of Women in Construction –HASWIC- workgroup), το "Εθνικό Ινστιτούτο για την ασφάλεια και υγιεινή της εργασίας" (National Institute for Occupational Safety and Health –NIOSH-) και το "Σωματείο των γυναικών του Σικάγο στις κατασκευές" (Chicago Women in Trades –CWIT-) αφορούσα το συγκεκριμένο επαγγελματικό κλάδο. Διακρίθηκαν επτά κατηγορίες, στις οποίες επικεντρώνονται τα κύρια ευρήματα και οι συστάσεις που εξάγονται από την έρευνα αυτή (OSHA, 1999).

Η καλλιέργεια της προκατάληψης στον εργασιακό χώρο

Ο κατασκευαστικός κλάδος ήταν παραδοσιακά ανδροκρατούμενος. Οι γυναίκες δε γίνονται εύκολα αποδεκτές και υπάρχει διάκριση του φύλου, παρότι αυτό είναι παράνομο. Πολύ συχνά αντιμετωπίζουν προσβολές είτε για το φύλο τους (η μελέτη έδειξε ποσοστό 41% των εργαζομένων γυναικών, κατά τη διάρκεια ενός έτους) είτε σεξουαλικές (88%), παράγοντας που είναι άμεσα συνδεδεμένος με χαμηλή ικανοποίηση από τη δουλειά, ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα υγείας και ατυχήματα στον εργασιακό χώρο. Η απόσπαση της προσοχής κατά την ώρα της εργασίας μπορεί να οδηγήσει στην ελλιπή λήψη μέτρων ασφαλείας, με αποτέλεσμα εργατικό ατύχημα, ενώ οι επιδράσεις ενός εχθρικού εργασιακού χώρου αντανακλάται σε οξείες και χρόνιες αντιδράσεις άγχους.

Θέματα υγιεινής – τουαλέτες

Ποσοστό 80% των γυναικών ανέφεραν βρώμικες ή καθόλου τουαλέτες. Αυτό τις αναγκάζει να αποφεύγουν να πίνουν νερό στη δουλειά τους κινδυνεύοντας από θερμοπληξία και άλλα προβλήματα υγείας. Επιστημονική εμπειρία εξάλλου, αποδεικνύει ότι το κράτημα των ούρων στην ουροδόχο κύστη περισσότερο της μιας ώρας μετά από την έντονη επιθυμία για ούρηση, οδηγεί πολύ συχνά σε ουρολοιμώξεις.

Προστατευτικός εξοπλισμός του προσωπικού

Πολλές γυναίκες σε χώρους που ήταν παραδοσιακά ανδροκρατούμενοι, όπως ο κατασκευαστικός κλάδος, παραπονούνται ότι ο προσωπικός προστατευτικός εξοπλισμός δεν τους ταιριάζει, με αποτέλεσμα να μην πληρούνται οι όροι ασφαλείας. Για παράδειγμα, τα γάντια εργασίας πρέπει να ταιριάζουν απόλυτα, ειδάρλλως εμποδίζουν τη μεταφορά αισθητικών πληροφοριών από το χέρι, με αποτέλεσμα την άσκηση υπερβολικής δύναμης, ενώ τα σφικτά γάντια εμποδίζουν την κυκλοφορία του αίματος. Ο προσωπικός προστατευτικός εξοπλισμός, που προορίζεται για χρήση από τις γυναίκες εργαζόμενες, πρέπει να είναι κατασκευασμένος σύμφωνα με τα γυναικεία ανθρωπομετρικά δεδομένα. Εξοπλισμός που δεν ταιριάζει μπορεί να οφείλεται σε έλλειψη (δεν κατασκευάζονται ή δεν τα προμηθεύονται οι μεταπωλητές), περιορισμένη διαθεσιμότητα, ή έλλειψη ενημέρωσης για τον τόπο προμήθειας.

Εργονομία

Τα εργαλεία και ο εξοπλισμός, όπως η ενδυμασία, συνήθως κατασκευάζονται προκειμένου να χρησιμοποιηθούν από μετρίου μεγέθους άνδρες. Το μέγεθος των χειρολαβών και το βάρος των εργαλείων σχεδιάζονται ώστε να προσαρμόζονται στο

μέγεθος και τη δύναμη των ανδρών. Το μέσο μήκος χεριού των γυναικών είναι κατά 0,8 ίντσες μικρότερο από του μέσου άνδρα. Η δύναμη της λαβής τους είναι τα δύο τρίτα αυτής του άνδρα. Οι λαβές των εργαλείων τυπικά είναι πολύ χονδρές. Εργαλεία, όπως η πένσα απαιτούν ένα ευρύ πιάσιμο, το οποίο τοποθετεί ακατάλληλες πιέσεις στην παλάμη, οδηγώντας σε μείωση της λειτουργικής ικανότητας. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες δεν εκπαιδεύονται γύρω από τη βέλτιστη χρήση των εργαλείων και του εξοπλισμού που είναι φτιαγμένος για τους άνδρες.

Τα προβλήματα οσφυαλγίας είναι ιδιαίτερα έντονα στον κατασκευαστικό κλάδο. Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες αφορούν τους άνδρες εργαζόμενους. Τα μεγέθη των γυναικών και η κατασκευή του σώματός τους απαιτούν επαναπροσδιορισμό των τεχνικών ανύψωσης και του χειρισμού αντικειμένων. Οι γυναίκες έχουν διάφορα σωματικά μεγέθη, η μυϊκή τους δύναμη ποικίλει, η κατασκευή της λεκάνης τους είναι διαφορετική και το κέντρο βαρύτητας βρίσκεται χαμηλότερα απ' ό,τι στους άνδρες. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τα επαγγέλματα που απαιτούν όρθια εργασία. Χαμηλότερη θέση των λαβών εξοπλισμού θα διευκόλυνε τη χρήση του σωματικού βάρους στο σπρώξιμο και στο τράβηγμα. Η μυϊκή δύναμη των γυναικών είναι παρόμοια των ανδρών στα κάτω άκρα. Αν το φορτίο μεταφερόταν προς τα κάτω άκρα και δεν εναποτίθετο στα άνω άκρα, οι γυναίκες θα παρουσιάζονταν παρόμοια ικανές με τους άνδρες συναδέλφους τους.

Κίνδυνοι για την αναπαραγωγή

Υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση γύρω από την έκθεση των γυναικών σε κινδύνους για την αναπαραγωγή. Οι κίνδυνοι της αναπαραγωγής καθορίζονται ως οι χημικοί, φυσικοί και βιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αναπαραγωγική διαδικασία ή προκαλούν διαταραχή στην ανάπτυξη του εμβρύου. Οι επιδημιολογικές μελέτες είναι δύσκολο να εκτελεστούν, εξαιτίας παραγόντων όπως μικρά δείγματα πληθυσμού, συγχυτικοί παράγοντες και τεχνικές δυσκολίες στις μετρήσεις. Λίγοι μόνο παράγοντες ή καταστάσεις έχουν αναγνωριστεί ως δυνητικοί πρόκλησης δομικών ανωμαλιών ή ελλειμμάτων κατά τη γέννηση, με ένα μεγάλο ποσοστό αυτών να συναντάται στον κατασκευαστικό κλάδο. Ωστόσο, μερικοί παράγοντες όπως ο μόλυβδος, οι οργανικοί διαλύτες και τα παρασιτοκτόνα έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την ανάπτυξη του ανδρικού σπέρματος. Η πλειοψηφία των εργαζομένων στον κατασκευαστικό κλάδο είναι άνδρες και γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Έτσι, εκτίθενται στους κινδύνους των χημικών, αλλά και καταστάσεων που δεν έχουν πλήρως μελετηθεί όσον αφορά τις αρνητικές τους επιδράσεις στην αναπαραγωγή.

Παρότι οι περισσότεροι παράγοντες που έχουν μελετηθεί φαίνεται να επηρεάζουν την ανάπτυξη του ανδρικού σπέρματος, ενώ αυτοί που προκαλούν ελλείμματα κατά τη γέννηση είναι λιγότερο γνωστοί, πολλοί εργοδότες θεωρούν ευκολότερο να αρνούνται την εργασία σε μια γυναίκα, ιδιαίτερα αν είναι έγκυος.

Εκπαίδευση υγιεινής και ασφάλειας

Η ανεπαρκής πληροφόρηση και η έλλειψη εκπαίδευσης γύρω από την υγιεινή και ασφάλεια στον εργασιακό χώρο απασχολούν ιδιαίτερα τις γυναίκες εργαζόμενες. Οι εργαζόμενοι, οι επιστάτες και οι εταιρίες, λόγω προκαταλήψεων και παγιωμένων θέσεων, συχνά παραβλέπουν τις πρακτικές για ασφάλεια και υγιεινή στο χώρο της εργασίας, μεταφέροντας "κακές" συνήθειες από τη μια γενιά στην άλλη. Φαίνεται, ότι σε πολλές περιπτώσεις, η παραγωγικότητα προηγείται της ασφάλειας.

Οι εργαζόμενοι που ρωτήθηκαν στην προκείμενη μελέτη, σχολίασαν ότι η στάση μερικών ειδικευμένων εργαζομένων έναντι των μαθητευόμενων συναδέλφων τους, ιδιαίτερα των γυναικών, επηρέασε αρνητικά την ποσότητα και ποιότητα της πρακτικής εκπαίδευσης που τους παρείχαν. Οι μαθητευόμενοι μπορεί να μην πληροφορούνται και να μην εκπαιδεύονται πώς να κάνουν τη δουλειά τους σωστά και με ασφάλεια, ενώ μπορεί να μην τους προσφέρεται η δυνατότητα να μάθουν μέσω της πρακτικής. Λόγω του εχθρικού περιβάλλοντος που αντιμετωπίζουν οι περισσότερες γυναίκες, δεν τους δίνεται η δυνατότητα να μάθουν πρακτικές τεχνικές της δουλειάς, όπως οι άνδρες συνάδελφοί τους, ενώ πολλές φορές εμποδίζονται από την ανάθεση και εκτέλεση κάποιας εργασίας με τη δικαιολογία της υποτιθέμενης προστασίας τους. Ωστόσο, όταν η εκπαίδευσή τους περιορίζεται στην παρατήρηση και δεν έχουν τη δυνατότητα ουσιαστικής εκπαίδευσης, έρχονται αυτόματα σε μειονεκτική θέση. Αντί να τους ανατίθενται καθήκοντα που θα τις βοηθήσει να εξασκηθούν επαρκώς στην εργασία τους, τους ανατίθενται καθήκοντα ρουτίνας, που δεν απαιτούν ιδιαίτερη εκπαίδευση, όπως το καθάρισμα και η διαλογή.

Έρευνα και αποτελέσματα για τους τραυματισμούς και τις ασθένειες

Είναι γνωστό ότι η εργασία στον κατασκευαστικό κλάδο ενέχει ιδιαίτερους κινδύνους και αρνητικές συνέπειες για την υγεία. Η συλλογή αποτελεσμάτων μετρήσεων για θέματα υγιεινής και ασφάλειας είναι ο μόνος τρόπος παρακολούθησης των προβλημάτων και των ενεργειών για να ξεπεραστούν. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν αναλύσεις με προσανατολισμό ως προς το φύλο και αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στο μικρό ποσοστό τραυματισμών των γυναικών (2% μη θανατηφόρα και 1% θανατηφόρα ατυχήματα) σε σχέση με το συνολικό – αυτό βέβαια οφείλεται στη μικρή συμμετοχή των γυναικών στο συγκεκριμένο εργασιακό κλάδο.

Ωστόσο, η ανάλυση με βάση το φύλο είναι σημαντική για την αναγνώριση σημαντικών διαφορών των δύο φύλων στα εργατικά ατυχήματα και ασθένειες. Αφού η έρευνα για τους τραυματισμούς, τις ασθένειες και τα θανατηφόρα ατυχήματα των γυναικών στον κατασκευαστικό κλάδο είναι μηδαμινή, είναι αυτονόητο γιατί το ενδιαφέρον για την υγεία τους και την ασφάλειά τους είναι τόσο περιορισμένο.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Καθίσταται πλέον επιτακτική η ανάγκη, να αποτελέσει η γυναίκα αναπόσπαστο κομμάτι των πρακτικών για την προστασία της επαγγελματικής υγείας. Μια ευαισθητοποιημένη ως προς το φύλο προσέγγιση της υγείας και ασφάλειας πρέπει να αντικαταστήσει το υπάρχον ουδέτερο ως προς το φύλο σύστημα. Οι ακόλουθες προτάσεις είναι προσανατολισμένες σε αυτόν ακριβώς το στόχο:

- να γίνουν περισσότερες μελέτες, προκειμένου να υπάρξει καλύτερη πληροφόρηση σε θέματα επαγγελματικής υγείας των γυναικών
- να γίνουν έρευνες για την υγεία και ασφάλεια των γυναικών σε διάφορους εργασιακούς χώρους, με τα εξής στάδια: α) συλλογή των απόψεων των ίδιων των εργαζομένων γύρω από βασικά προβλήματα υγείας και ασφάλειας, β) σύγκριση των δεδομένων με ήδη υπάρχουσες στατιστικές, γ) ανασκόπηση των πολιτικών της εργοδοσίας, προκειμένου να εξασφαλισθεί ότι λαμβάνονται υπόψη οι ανησυχίες των εργαζομένων γυναικών για την ασφάλειά τους, δ) διερεύνηση αν οι εκτιμήσεις επαγγελματικού κινδύνου καλύπτουν τις γυναίκες εργαζόμενες, και τέλος λήψη απόφασης για την αναγκαιότητα ειδικού σχεδίου δράσης για την υγιεινή και ασφάλεια στην επιχείρηση
- να εκτιμηθούν οι διαφορές των δύο φύλων σε σχέση με τους κανονισμούς για την ασφάλεια και την υγιεινή στον εργασιακό χώρο και να υπάρξουν ειδικές οδηγίες
- να υπάρξει συνεργασία των επιτροπών των γυναικών με τις επιτροπές για την υγιεινή και ασφάλεια
- να γίνει ενημέρωση-επιμόρφωση των δικαστών που ασχολούνται με υποθέσεις υγείας και ασφάλειας γύρω από τα ιδιαίτερα προβλήματα των γυναικών
- να σχεδιαστεί ειδικός προστατευτικός εξοπλισμός για γυναίκες, αντί να προσπαθούμε να ταιριάζουμε τον ήδη υπάρχοντα σχεδιασμένο για άνδρες
- να δημοσιοποιούνται και να επιβραβεύονται οι καλές πρακτικές των εργοδοτών, που είναι ευαισθητοποιημένοι ως προς το φύλο
- να αναπτυχθούν πιλοτικά μοντέλα ενίσχυσης των γυναικών, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ενεργής συμμετοχή τους στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων στον εργασιακό χώρο
- να αναπτύσσονται, αλλά και να αξιολογούνται τα κατά τόπους προγράμματα για την ισότητα
- να εφαρμοστούν μέτρα που θα εμποδίσουν την αντιμετώπιση των γυναικών ως εργαζόμενες «δεύτερης κατηγορίας» και θα προωθήσουν την κοινωνική καταξίωσή τους.

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

Εδώ και αρκετά χρόνια, εκείνοι που μελετούν τους διάφορους τύπους καταστροφών έχουν παρατηρήσει διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι αν ο άνδρας και η γυναίκα βρίσκονται μαζί όταν υπάρχει κάποια απειλή, ο άνδρας θα πάει να ελέγξει την απειλή αυτή, ενώ η γυναίκα θα περιμένει. Αν ο άνδρας και η γυναίκα έχουν παιδιά μαζί τους, ο άνδρας θα φύγει για να βοηθήσει τους άλλους, ενώ η γυναίκα θα μείνει για να φροντίσει το παιδί. Έρευνες στον Καναδά σε περιπτώσεις εκκενώσεων έδειξαν ότι το προσωπικό αντιμετώπισης επειγόντων θα πιέσει τις γυναίκες και τα παιδιά να φύγουν, ενώ θα επιτρέψει στους άνδρες να φύγουν και να επιστρέψουν ή να μείνουν μακριά. Οι Phillips και Neal βρήκαν ότι η ενδοοικογενειακή βία μπορεί να αυξηθεί σε περιπτώσεις καταστροφών και οι Nigg και Tierney ανέφεραν ότι οι γυναίκες μπορεί να μη συμπεριλαμβάνονται στις μικρές επιχειρήσεις που λαμβάνουν βοηθητικά δάνεια για την αποκατάστασή τους. Ένα επιπρόσθετο πρόβλημα είναι η απουσία των γυναικών από τους οργανισμούς επείγουσας αντιμετώπισης, ή, όπως βρήκε ο Wraith στην Αυστραλία, το γεγονός ότι οι γυναίκες αποτελούν ένα πολύ μικρό ποσοστό των εκπαιδευόμενων στα κολέγια για τις καταστροφές.

Όπως οι Phillips και Neal (1998) επεσήμαναν, μερικές μελέτες έχουν αναγνωρίσει τις ευρύτερες επιπτώσεις ως προς το φύλο. Ο Beinin (1981) έδειξε ότι οι γυναίκες και τα παιδιά ήταν περισσότερο πιθανό να πεθάνουν στους σεισμούς της Σοβιετικής Ένωσης παρά οι άνδρες. Ο Schroeder (1987) έδειξε ότι οι γυναίκες Hausa στην Αφρική ήταν περισσότερο πιθανό να γίνουν θύματα των πλημμύρων. Ο Dufka (1988) βρήκε ότι οι γυναίκες των μειονοτήτων αντιμετώπιζαν ιδιαίτερα προβλήματα μετά το σεισμό του Μεξικό. Οι Morrow και Enarson (1999) βρήκαν παρόμοια προβλήματα με τον τυφώνα Andrew. Και οι δύο μελέτες ταιριάζουν με την προηγηθείσα δουλειά των Phillips και Neal, αποδεικνύοντας ότι οι γυναίκες δύσκολα εισακούγονται, ακόμα και σε περιπτώσεις που είναι συγκεντρωμένες και οργανωμένες. Οι Fordham και Ketteridge (1996) ανέφεραν ότι, ενώ οι γυναίκες είναι εκείνες που συνήθως διανέμουν τροφή και ρουχισμό στα θύματα των καταστροφών, είναι οι άνδρες εκείνοι οι οποίοι «νέμονται αυτά τα είδη βασικής ανάγκης». Είναι φανερό, ότι οι επιπτώσεις των καταστροφών για τις γυναίκες είναι ανάλογες του τρόπου με τον οποίο αυτές αντιμετωπίζονται μέσα στην κοινωνία.

Ταυτόχρονα, η εξαφάνιση των μεγάλων οικογενειών και ο αυξανόμενος αριθμός των μονογονεϊκών οικογενειών στις δυτικές κοινωνίες εισάγει νέα δεδομένα που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων. Μπορεί και οι δύο γονείς να εργάζονται και να έχουν και οι δύο επαγγελματικά καθήκοντα σε περίπτωση επείγουσας κατάστασης. Τι γίνεται με τα παιδιά τους σε αυτήν την περίπτωση; Τι γίνεται με τα παιδιά των μονογονεϊκών οικογενειών, όταν ο μοναδικός γονιός καλείται να αντιμετωπίσει επείγουσα κατάσταση στη δουλειά του;

Οι περιπτώσεις μετακινήσεων πληθυσμών δημιουργούν πολλαπλά προβλήματα, τα οποία δεν αφορούν μόνο πληθυσμούς προσφύγων. Τουλάχιστο 10-12 εκατομμύρια άνθρωποι αξιολογείται ότι μεταναστεύουν εσωτερικά στη χώρα τους, λόγω πολέμου ή λόγω κάποιας άλλης καταστροφής. Στους μετακινούμενους πληθυσμούς, οι διαφορές των δύο φύλων πρέπει να είναι πλήρως κατανοητές, προκειμένου να παραστεί βοήθεια στους πληθυσμούς αυτούς. Οι υπάρχουσες διαφορές θα τονιστούν, λόγω του τραύματος της απώλειας του σπιτικού, του διαμελισμού της οικογένειας και της διάσπασης των βασικών κοινωνικών κανόνων, με αποτέλεσμα την εμφάνιση νέων ανισοτήτων. Ακόμα και η βασική δημογραφία θα αλλάξει. Για παράδειγμα, σε κάθε

μετακινούμενο πληθυσμό, μπορεί γενικά να υποτεθεί ότι πάνω από το 80% του σταθερού πληθυσμού του καταυλισμού ή της νέας εγκατάστασης είναι γυναίκες και παιδιά. Έτσι, τα μητριαρχικά νοικοκυριά κυριαρχούν.

Εξάλλου, οι μετακινήσεις και οι συνακόλουθες ρήξεις των κοινωνικών κανόνων και αξιών δίνουν επίσης τις δυνατότητες για θετικές αλλαγές στις σχέσεις των δύο φύλων - πολλά εθνικά γυναικεία κινήματα ανά τον κόσμο ξεκίνησαν την επιτυχή πορεία τους στις εκτοπίσεις από πολέμους και κοινωνικές διαμάχες.

Προκειμένου να γίνουν περισσότερο ευκρινείς οι μηχανισμοί των παρατηρούμενων διαφορών των δύο φύλων στις περιπτώσεις «αναγκαστικών» μετακινήσεων, αρκεί να εξετάσουμε μερικές χαρακτηριστικές επιπτώσεις:

- **Η πρόσβαση στις καταγραφές και τα επίσημα έγγραφα** – Σε πολλές κοινωνίες, οι γυναίκες καταγράφονται και «αναγνωρίζονται» μόνο μέσω του συζύγου τους. Έτσι, όταν οι οικογένειες διαμελίζονται κατά τη διάρκεια ενός πολέμου, είναι μάλλον απίθανο να κρατά η γυναίκα οποιοδήποτε επίσημο έγγραφο, με επακόλουθα προβλήματα στην καταγραφή τους ως πρόσφυγες ή στην αίτηση για κάρτα σίτισης και άλλων παροχών. Ένα επιπρόσθετο πρόβλημα δημιουργείται από την παντελή έλλειψη ευαισθησίας ως προς τη διαφορετικότητα του φύλου: οι γυναίκες που μόνες τους αναζητούν άσυλο, μπορεί να μη γνωρίζουν ακριβώς τις πολιτικές δραστηριότητες του συζύγου τους, ωστόσο από αυτές κρίνονται. Είναι εξαιρετικά δύσκολο για τις γυναίκες να αναζητούν άσυλο επί εδάφους συστηματικής σεξουαλικής βίας και διακρίσεων εναντίον τους, είτε μεμονωμένα, είτε ως κοινωνικό σύνολο.
- **Η ρήξη των κοινωνικών δομών** - Το φαινόμενο είναι εντονότερο στις απομονωμένες κοινωνίες, όπως για παράδειγμα, στις Ισλαμικές κοινότητες, όπου η κάθε συνδιαλλαγή μιας γυναίκας με τους άλλους κοινωνικούς φορείς διέπεται από αυστηρούς κανόνες, οι οποίοι εξακολουθούν και στους καταυλισμούς προσφύγων, ενώ μπορεί και να επιδεινωθούν. Στην περίπτωση αυτή είναι πολύ δυσκολότερη η δημιουργία δικτύου αμοιβαίας υποστήριξης. Αυτό βέβαια θα επιδεινώσει τις ανισότητες των δύο φύλων με τη δημιουργία επακόλουθων προβλημάτων – αίσθημα απομόνωσης, αδιεξόδου και χαμηλής αυτοεκτίμησης.
- **Αλλαγές στους ρόλους των δύο φύλων** – Η ζωή στους καταυλισμούς συχνά μπορεί να οδηγήσει σε επακόλουθες αλλαγές στους ρόλους των δύο φύλων – όταν οι άνδρες δεν έχουν πολλά πράγματα να κάνουν, μπορεί να αναλάβουν καθήκοντα που παραδοσιακά ανήκουν στις γυναίκες, όπως τη διανομή τροφής. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να είναι ιδιαίτερα θετικές και σε αυτό παίζει πολύ σημαντικό ρόλο η αναγνώρισή τους από τις ανθρωπιστικές παρεμβάσεις βοήθειας.
- **Αλλαγές στη δομή της οικογένειας και στον αριθμό των προστατευόμενων μελών** – Πολλοί είναι οι παράγοντες που οδηγούν σε αλλαγές στις οικογενειακές δομές. Η επιστράτευση των ανδρών, ο διαμελισμός της οικογένειας και οι υψηλοί δείκτες θνησιμότητας των ενηλίκων, η εγκατάλειψη των «νέων» συζύγων και των παιδιών τους στις πολυγαμικές κοινωνίες, η μετανάστευση των ανδρών προκειμένου να βρουν δουλειά κλπ. Επίσης, η αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων μελών, όπως παιδιά φιλικών ή συγγενικών οικογενειών, που έχουν χάσει τους δικούς τους. Επακόλουθες

- είναι και οι δυσκολίες που παρουσιάζονται στις καταγραφές, προκειμένου να παρασχεθούν ικανοποιητικές ποσότητες βοήθειας και τροφίμων, αλλά και η περιορισμένη διαθεσιμότητα εργατικών χεριών.
- **Τραύμα και ασφάλεια** – Οι εμπειρίες ανδρών και γυναικών από τα τραυματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια μιας κρίσης ή του επακόλουθου πολέμου, είναι τελείως διαφορετικές. Οι γυναίκες και τα κορίτσια μπορεί να τεθούν στο στόχαστρο για σεξουαλική κακοποίηση και βιασμό, ιδιαίτερα αν αποχωριστούν τα ανδρικά μέλη της οικογένειας. Οι άνδρες και τα αγόρια είναι πιο πιθανό να δεχθούν φυσική κακοποίηση και επίθεση από ένοπλες ομάδες. Είναι φανερές οι διαφορετικές ανάγκες σε ασφάλεια και προστασία.
 - **Αντιδράσεις στο στρες** – Η ζωή στον καταυλισμό δημιουργεί άγχος επιπρόσθετο στις τραυματικές και στρεσογόνες εμπειρίες πριν τη μετακίνηση. Οι άνδρες μπορεί να μη βρίσκουν με τι να ασχοληθούν όλη τη μέρα, ενώ οι γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τα καθημερινά καθήκοντα, όπως τη συλλογή νερού. Οι άνδρες και οι γυναίκες αντιδρούν πολύ διαφορετικά στο στρες και είναι πιθανό να απαιτούνται διαφορετικοί τύποι παρέμβασης. Μαρτυρίες από πρόσφυγες στην Αφρική δείχνουν ότι οι άνδρες είναι πιθανότερο να καταφύγουν στο αλκοόλ και τη βία, ενώ οι γυναίκες μπορεί να υποφέρουν από συναισθήματα απομόνωσης, ανασφάλειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Από τα παραπάνω μπορούμε να ξεχωρίσουμε τρεις ευρύτερες κατηγορίες, που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, στην αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών.

1. Οι άμεσες ανάγκες των γυναικών.

Οι γυναίκες έχουν ιδιαίτερες άμεσες ανάγκες σε περιπτώσεις εκτάκτων καταστάσεων, οι οποίες αφορούν τους ακόλουθους τομείς:

- **Φυσική ασφάλεια** – Απειλείται συνήθως, ιδιαίτερα σε καταστάσεις ανομίας, όπου οι γυναίκες καθίστανται στόχοι προσωπικής επίθεσης και βιασμού, καθώς και σε περιπτώσεις ενόπλων επιθέσεων κοντά σε κατοικημένες περιοχές, ή κοντά σε αγορές ή αγροτικές περιοχές.
- **Οικονομικές δυνατότητες** – Η απουσία των ανδρών (οι οποίοι μπορεί να έχουν σκοτωθεί, φυλακισθεί, φύγει για να πολεμήσουν ή για να αναζητήσουν νέο τόπο κατοικίας) προκαλεί αύξηση της αναλογίας γυναικών, παιδιών και ηλικιωμένων. Πάνω από το 50% των νοικοκυριών μένουν χωρίς την υποστήριξη ενήλικα άνδρα, ενώ η αναλογία αυτή παρουσιάζεται μεγαλύτερη στις φτωχότερες πληθυσμιακές ομάδες. Η UNHCR εκτιμά ότι το 80% των προσφύγων και των μετακινούμενων σε όλο τον κόσμο είναι γυναίκες και παιδιά. Εξάλλου, σε περιπτώσεις ανάπηρων γυναικών, τα πράγματα γίνονται δυσκολότερα. Η αναπηρική βοήθεια δεν τις περιλαμβάνει, αφού επικεντρώνεται στους άνδρες αναπήρους πολέμου, το κοινωνικό στίγμα μπορεί να είναι παρόν και οι συνακόλουθες δυσκολίες στα καθημερινά καθήκοντα του νοικοκυριού είναι προφανής.
- **Φυσική, ψυχική και αναπαραγωγική υγεία** – Οι ανάγκες που αφορούν την υγεία των γυναικών στις περιπτώσεις εκτάκτων καταστάσεων είναι εκτεταμένες και πολύπλοκες. Από τη μια μεριά, υπάρχουν οι συνήθεις ανάγκες των

- γυναικών και των παιδιών για γυναικολογική και παιδιατρική φροντίδα και από την άλλη μεριά, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες ανάγκες, όπως την ανάγκη για συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη μετά από βιασμό, καθώς και για υπηρεσίες αντισύλληψης.
- **Εξασφάλιση των παιδιών και των οικογενειών τους** – Σε πολλές κοινωνίες, ένας από τους πιο σημαντικούς ρόλους των γυναικών είναι αυτός της παροχής τροφής για την οικογένεια. Στις περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών, ο ρόλος αυτός γίνεται ιδιαίτερα δύσκολος, όταν τα αποθέματα τροφής τελειώνουν ή καταστρέφονται ως τακτική πολέμου. Οι γυναίκες, που αναλαμβάνουν το ρόλο του μοναδικού προμηθευτή και προστάτη της οικογένειάς τους, καλούνται να αναπτύξουν εναλλακτικές στρατηγικές, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις νέες ανάγκες. Εξάλλου, τα εργατικά χέρια στην οικογένεια είναι περιορισμένα, εκτός αν υπάρχουν άλλοι ενήλικες που μπορούν να βοηθήσουν, για παράδειγμα, να ασχοληθούν με αγροτικές καλλιέργειες ή με το κτίσιμο του σπιτιού. Επίσης, οι γυναίκες δε διαθέτουν προσβάσεις στο πολιτικό και κοινωνικό κατεστημένο (και μερικές φορές και τη σωστή γλώσσα), που απαιτούνται προκειμένου να εξασφαλίσουν βοηθήματα, ταξιδιωτικά έγγραφα και πιστώσεις.

2. Η δευτερεύουσα θέση των γυναικών – η οικονομική ανεπάρκεια των γυναικών και οι ανθρωπιστικές παρεμβάσεις, που δε λαμβάνουν υπόψη την ισονομία των δύο φύλων, καθιστούν τις γυναίκες ακόμα πιο ευάλωτες σε μελλοντική καταστροφή.

Οι γυναίκες κατέχουν μια δευτερεύουσα θέση στην κοινωνία, που τις καθιστά στόχους για φυσική επίθεση και κακοποίηση, ενώ τις εμποδίζει να εξασφαλίσουν απαραίτητες δεξιότητες και περιορίζει την πρόσβασή τους σε πηγές και δομές εξουσίας. Οι προσπάθειες των γυναικών να εξασφαλίσουν την επιβίωση και την προστασία των οικογενειών τους, συχνά μένει χωρίς υποστήριξη, διότι σε όλες σχεδόν τις κοινωνίες οι άνδρες είναι εκείνοι που ελέγχουν τις κύριες παραγωγικές δομές, αλλά και τις αποφάσεις για τη χρησιμοποίηση και διανομή τους. Οι γυναίκες συνήθως δεν έχουν γη, ζώα ή άλλες οικονομικές πηγές, ενώ η μόρφωση και η πληροφόρησή τους είναι ελλιπής. Η ανθρωπιστική βοήθεια, που διοχετεύεται μέσω του ευρύτερου σχεδίου αντιμετώπισης της έκτακτης κατάστασης, μπορεί να μη φθάνει στις γυναίκες που δυσκολεύονται στην ανεξάρτητη πρόσβαση. Η εκπροσώπηση των γυναικών στις επιτροπές ανακούφισης ή στις τοπικές και εθνικές δομές και ομάδες λήψης αποφάσεων είναι ελλιπέστατη και το ίδιο ισχύει και για τις ΜΚΟ και τις άλλες ομάδες που ασχολούνται με την παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας.

3. Φύλο και επανόρθωση – οι γυναίκες σε πρωταγωνιστικό ρόλο

Η διεθνής ανθρωπιστική βοήθεια που προσφέρεται σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών καλύπτει ένα μικρό μέρος των συνολικών αναγκών – μερικοί ερευνητές εκτιμούν ότι στην καλύτερη περίπτωση πρόκειται για ποσοστό της τάξης του 10%. Η επιβίωση εξαρτάται, κατά το μεγαλύτερο μέρος, από τη χρησιμοποίηση των δυνατοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού, εννοώντας βέβαια και των γυναικών.

Είναι πιθανό να υπάρξουν αλλαγές στον τομέα της εργασίας, με μείωση των διακρίσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών και με τις γυναίκες να αναλαμβάνουν όλο και περισσότερες υπευθυνότητες, που προηγούμενα κατείχαν αποκλειστικά οι άνδρες. Μετά την επανόρθωση, οι άνδρες μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στην

επανεγκατάσταση του ενδοοικογενειακού και κοινωνικού τους ρόλου. Μαρτυρίες δείχνουν ότι οι άνδρες δυσκολεύονται να αναπτύξουν χρήσιμους οικονομικούς και κοινωνικούς ρόλους στις περιπτώσεις που οι γυναίκες έγιναν αυτόνομες κατά τη διάρκεια του πολέμου. Οι διεθνείς οργανισμοί που δραστηριοποιούνται στον τομέα των εκτάκτων αναγκών έχουν αρχίσει να αναπτύσσουν ένα ρόλο διαπραγματευτή σε επίπεδο κοινότητας, ώστε οι σχέσεις των δύο φύλων να επαναπροσδιορίζονται, με τρόπο που να μεγιστοποιεί την ανάπτυξη των δυνατοτήτων και ικανοτήτων τους. Η εγκαθίδρυση σιωπηρά αποδεκτών ρόλων των δύο φύλων, τέτοιων που να επιτρέπουν την πλήρη αξιοποίηση του δυναμικού των γυναικών και των ανδρών στην κοινωνία τους, είναι ένας πρωταρχικός στόχος για τους διεθνείς αυτούς οργανισμούς.

ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Οι καταστροφές επιφέρουν δραματικές αλλαγές στις ισορροπίες των δύο φύλων, οι οποίες μπορεί να καταστούν μόνιμες, με επιπτώσεις τόσο θετικές όσο και αρνητικές. Τα υψηλά ποσοστά θανάτων και απουσίας των ανδρών θα οδηγήσουν σε δημογραφική ανισορροπία και ριζικές αλλαγές στα πρότυπα των γάμων και στην ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων των παντρεμένων. Οι γυναίκες αποκτούν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους μετά από τις δυσκολίες που πέρασαν και ξεκαθαρίζουν ότι δεν πρόκειται να επανέλθουν στις πρότερες δευτερεύουσες θέσεις τους, αλλά μπορεί να περιπέσουν στο άλλο άκρο, της ανέραστης και χωρίς οικογένεια και παιδιά ζωής. Σε άλλες περιπτώσεις πάλι μπορεί να υποχρεωθούν να ενσωματωθούν σε πολυγαμικές και άλλες παρόμοιες καταστάσεις, που δεν τους παρέχουν ικανοποιητική προστασία και υποστήριξη.

Ο ρόλος των γυναικών στην επανόρθωση σχετίζεται επίσης με το ρόλο τους ως γονείς και εκπαιδευτές των παιδιών, αφού ασκούν πολύ ισχυρή επιρροή στις επόμενες γενεές. Οι γυναίκες μέσα από τις ιστορίες που αφηγούνται στα παιδιά τους, ενθαρρύνουν ή αποθαρρύνουν τα αγόρια τους να εκδικηθούν ή να συμβιβαστούν. Επίσης, οι πόλεμοι και άλλες κρίσεις ενθαρρύνουν τις γυναίκες να οργανωθούν, ώστε να προστατεύσουν τους εαυτούς τους, αλλά και να προωθήσουν τις θέσεις τους, καθώς και να συμβάλουν στην παύση της βίας.

Οι καταστροφές όχι μόνο επιτείνουν τις υπάρχουσες ανισότητες και διακρίσεις, αλλά και αναγκάζουν σε αλλαγές, είτε προς το καλύτερο είτε προς το χειρότερο. Σημαντική είναι η αλλαγή ταυτότητας και ρόλων των δύο φύλων – για παράδειγμα, η μετανάστευση του ανδρικού πληθυσμού σε περιόδους ξηρασίας, μπορεί να σημαίνει ότι οι γυναίκες θα είναι εκείνες που θα αναλάβουν τις αγροτικές τους δραστηριότητες. Αν οι ανθρωπιστικές παρεμβάσεις αρωγής δε λαμβάνουν υπόψη τις βασικές διαφορές του φύλου και απευθύνονται μόνο στις ανάγκες των ανδρών (ή μόνο στις ανάγκες των γυναικών), έχουν αποτύχει, διότι θα προκαλέσουν έξαρση των ανισοτήτων, ή θα θέσουν δυσανάλογες πιέσεις στις γυναίκες (ή στους άνδρες) στη μέση μιας επείγουσας κατάστασης. Μια καλή αρχή είναι η διερεύνηση των διαφορετικών αναγκών, των δυνατοτήτων και των αδύνατων σημείων των ανδρών και των γυναικών, καθώς και της διαφορετικής τους θέσης στην κοινωνία και στο σπιτικό τους.

Οι άνδρες και οι γυναίκες έχουν διαφορετικές ανάγκες, οι οποίες δε γίνονται άμεσα αντιληπτές. Όταν οργανισμοί ανθρωπιστικής βοήθειας αναλαμβάνουν παρεμβάσεις αυτές γίνονται βιαστικά, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη ιδιαιτερότητες φύλου και είναι καθολικές. Οι διαφορές των δύο φύλων που καθορίζονται από τις πρακτικές τους ανάγκες, τις βιολογικές και τις κοινωνικές διαφορές τους μπορεί να είναι εξαιρετικά πολύπλοκες. Για παράδειγμα, στην περίπτωση προσφύγων, πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη

προσοχή στην φροντίδα της αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών (η οποία συχνά παραμελείται στο σχεδιασμό πολιτικών υγείας για τους πρόσφυγες), καθώς και στη φροντίδα των οικογενειών όπου υπάρχει μόνο μητέρα, η οποία χωρίς την ανδρική βοήθεια θα δυσκολευτεί να φτιάξει το κατάλυμα της οικογένειάς της. Οι άνδρες επίσης έχουν διαφορετικές ανάγκες – για παράδειγμα, συγκεντρωμένοι άνδρες και νεαροί ενήλικες μόνιμοι τους γίνονται στόχος ενόπλων επιθέσεων, οπότε κι έχουν ανάγκη για άλλου είδους προστασία και ασφάλεια.

Στην πράξη, οι διαφορετικές ανάγκες ανάλογα με το φύλο, σημαίνουν ότι τόσο οι επηρεαζόμενες γυναίκες όσο και οι επηρεαζόμενοι άνδρες θα πρέπει να είναι εκείνοι που θα καθορίσουν τις προτεραιότητές τους. Οι γενικευμένες υποθέσεις σπάνια είναι σωστές.

Οι καταστροφές, είτε είναι φυσικές, όπως οι σεισμοί και οι πλημμύρες, είτε είναι ανθρωπογενείς, όπως ο πόλεμος, **εκθέτουν τους άνδρες και τις γυναίκες σε διαφορετικούς κινδύνους**. Ο σχετικός κίνδυνος (πιθανότητα να καταστούν θύματα) είναι συνάρτηση της έκθεσής τους. Για παράδειγμα, στις αγροτικές περιοχές, οι γυναίκες περνούν περισσότερο χρόνο στο σπίτι (αυτό ίσως δεν ισχύει για την Ελλάδα) κι έτσι είναι πιο ευάλωτες σε περίπτωση κατάρρευσης του σπιτιού, λόγω σεισμού. Σε περίπτωση πολέμου, οι γυναίκες εκτίθενται στον κίνδυνο σεξουαλικής βίας. Η σεξουαλική βία δεν είναι μόνο αποτέλεσμα της γενικής καταστρατήγησης νόμων και κανόνων. Η ιστορία έχει δείξει ότι σε περιπτώσεις συγκρούσεων η συστηματική κακοποίηση και ο σεξουαλικός βιασμός χρησιμοποιούνται ως μέρος της στρατηγικής για σπάσιμο του ηθικού της κοινότητας που απειλείται. Η χρήση της κακοποίησης ως συστηματικού εργαλείου πολέμου έναντι των γυναικών ως κοινωνικής ομάδας, έχει αναγνωριστεί πρόσφατα σαν έγκλημα πολέμου.

Οι άνδρες και οι γυναίκες έχουν διαφορετικές ικανότητες. Οι διαφορές και διακρίσεις σύμφωνα με το φύλο, στους ρόλους και στις ταυτότητες, στη δουλειά και στην πρόσβαση σε πηγές σημαίνει ότι οι άνδρες και οι γυναίκες έχουν διαφορετικές ικανότητες και διαφορετικές δυνάμεις και αδυναμίες. Από πολλές απόψεις είναι πολύ σημαντική η κατανόηση των διαφορών των δύο φύλων κατά τη διάρκεια κρίσεων, παρά κάτω από φυσιολογικές συνθήκες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι καταστροφές συχνά ξεσκεπάζουν τους ενδογενείς ρόλους και ικανότητες των ανθρώπων, ενώ ο αγώνας για την επιβίωση και την επιτυχή αποκατάσταση αναγκάζει σε ανάπτυξη νέων ικανοτήτων. Αποτυχία στην ανάλυση των διαφορών μπορεί να οδηγήσει σε ακατάλληλες παρεμβάσεις, στις οποίες οι διάφορες κοινωνικές ομάδες να μην μπορούν να ανταποκριθούν. Ένα παράδειγμα είναι αυτό των προσφύγων στη Δυτική Αιθιοπία. Τη δεκαετία του '80, μεγάλες ομάδες νεαρών ανδρών εγκατέλειψαν το Σουδάν για να αποφύγουν την αναγκαστική επιστράτευση. Ένας καταυλισμός προσφύγων φτιάχτηκε γι' αυτούς στη Δυτική Αιθιοπία, όπου έφθασαν περπατώντας μετά από εβδομάδες, σε πολύ κακή κατάσταση υγείας. Προκειμένου να ανακτήσουν την υγεία τους, τους στάλθηκε τροφή σε μεγάλες ποσότητες, ωστόσο οι δείκτες θνητότητας και θνησιμότητας εξακολούθησαν να παραμένουν εξαιρετικά υψηλοί. Περαιτέρω διερεύνηση αποκάλυψε ότι πολλοί νέοι άνδρες συνέχιζαν να πεθαίνουν από την πείνα, γιατί η τροφή που τους παρείχαν έπρεπε να μαγειρευτεί κι εκείνοι σύμφωνα με τις παραδόσεις τους ποτέ δεν είχαν τη δυνατότητα να μάθουν να μαγειρεύουν. Στην περίπτωση αυτή, η αδυναμία κατανόησης των διαφορετικών δυνατοτήτων των ανδρών οδήγησε σχεδόν στην αποκλειστική αποτυχία της ανθρωπιστικής παρέμβασης. Μετά από τις αποκαλύψεις αυτές, η διανομή τροφής επαναδιοργανώθηκε έτσι ώστε το 10% του πληθυσμού που ήταν γυναίκες να αναλάβουν την κάλυψη διαφορετικών σημείων στον καταυλισμό. Η τροφή διανεμόταν σε αυτές, οι οποίες ανέλαβαν ακολούθως να διδάξουν τον ανδρικό πληθυσμό πώς να

στήνουν τις κουζίνες και να μαγειρεύουν. Η ενέργεια αυτή, βασιζόμενη βέβαια στις παραδοσιακές δυνατότητες των γυναικών, τους έδωσε ρυθμιστική θέση στον καταυλισμό.

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΕΝΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ

Τα τελευταία χρόνια, μερικοί οργανισμοί υποστήριξης έχουν καταφέρει προόδους στην εισαγωγή πολιτικών και διαδικασιών προσανατολισμένων στο φύλο. Ο Oxfam (Ενωμένο Βασίλειο, 1993) έχει αναπτύξει το πεδίο της εκπαίδευσης και των δύο φύλων στην αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων. Ο UNHCR (1992) έχει υιοθετήσει πολιτικές υψηλού επιπέδου, στα πλαίσια της ενσωμάτωσης των αρχών του φύλου στον οργανισμό, με στόχο να φέρει στο προσκήνιο τις ανησυχίες των γυναικών, καθώς επίσης και πολιτικές που αφορούν την προστασία των γυναικών προσφύγων και την αντιμετώπιση της σεξουαλικής βίας. Ο UNHCR έχει αναπτύξει και χρησιμοποιεί τη μεθοδολογία του «σχεδιασμού προσανατολισμένου στους ανθρώπους, POP».

Ο **σχεδιασμός προσανατολισμένος στους ανθρώπους (People Oriented Planning, POP)**, που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις προσφύγων μελετά το γενικό πλαίσιο και προφίλ των προσφύγων, τις δραστηριότητες των γυναικών και των ανδρών και τη χρήση και έλεγχο των πόρων πριν και μετά την κρίση.

Η **ανάλυση δυνατοτήτων και αδυναμιών (Capacities and Vulnerabilities Analysis, CVA)** έχει χρησιμοποιηθεί για λαϊκή εκπαίδευση ετοιμότητας σε καταστροφές στις περιοχές υψηλού κινδύνου του Μπαγκλαντές και των Φιλιππίνων (Anderson and Woodrow, 1989). Στις Φιλιππίνες, η χρήση της ανάλυσης CVA οδήγησε σε αλλαγές στην εφαρμογή του προγράμματος, όπως ιδιαίτεροι χώροι για άνδρες και γυναίκες στα προσφυγικά κέντρα, πρόληψη προμηθειών για την έμμηνο ρύση των γυναικών και χρονοδιάγραμμα των δραστηριοτήτων, ώστε να προσαρμόζονται στην καθημερινότητα και των ανδρών και των γυναικών.

Η **ανάλυση κοινωνικών σχέσεων** είναι ένα άλλο δυναμικά ισχυρό εργαλείο για την ετοιμότητα σε καταστροφές και την ελαχιστοποίηση των συνεπειών τους. Προβάλλει τις σχέσεις ανδρών και γυναικών, οι οποίες στηρίζουν το οικοδόμημα των στρατηγικών για την αντιμετώπιση των καταστροφών. Ωστόσο, το πλήθος των πληροφοριών που απαιτούνται γι' αυτόν τον τύπο ανάλυσης περιορίζει τη χρησιμότητά του στα πρώιμα στάδια μιας καταστροφής, εκτός αν υπάρχουν κάποια βασικά δεδομένα. Τα σχέδια POP και CVA φαίνονται περισσότερο πρακτικά και λιγότερο απειλητικά, ειδικά σε περιπτώσεις προσφύγων πολλαπλά επιφορτισμένων, αλλά μπορεί να καταλήξουν σε μία μάλλον στατική εικόνα των ανθρώπων, των δραστηριοτήτων και των πηγών παρά σε δυναμικές σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων, παράγοντας και διατηρώντας κοινωνικούς διαχωρισμούς και ανισότητες.

Ακόμα κι αν οι ειδικοί κατανοούν τα ζητήματα των δύο φύλων, δεν είναι πάντα εύκολη η εφαρμογή στην πράξη. Βέβαια, υπάρχει πλέον συσσωρευμένη σημαντική εμπειρία από διάφορους τύπους καταστροφών. Έτσι, η πρόσληψη ομάδας ατόμων μέσα από την κοινότητα, για να συνεργαστεί ανά τομείς μαζί με τους ειδικούς, αντισταθμίζει και επιτρέπει στους ειδικούς να επικεντρώνονται στα τεχνικά χαρακτηριστικά παρά να μιλούν με τον κόσμο που έχει πληγεί. Η συμβουλευτική των γυναικών στις περιπτώσεις των καταστροφών χρειάζεται ευελιξία και μια ήδη υπάρχουσα προσέγγιση. Στην Αιθιοπία, οι επιτροπές των γυναικών οργανώθηκαν γύρω από τη διαχείριση του νερού. Στο Δυτικό Σουδάν, οι ξεχωριστές συναντήσεις με άνδρες και γυναίκες είχαν αποτέλεσμα την αναγνώριση σημαντικών ζητημάτων γύρω από την υγιεινή. Στις Φιλιππίνες, τα θεατρικά εργαστήρια είχαν ευεργετικές συνέπειες στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των παιδιών και των γυναικών που ξεσπιτώθηκαν από τις πλημμύρες λάσπης.

Η ενσωμάτωση του φύλου στις ανθρωπιστικές αποστολές και στα προγράμματα αντιμετώπισης εκτάκτων καταστάσεων σημαίνει επικέντρωση της παρέμβασης στη διασφάλιση, ότι οι ίδιοι οι άνθρωποι αποτελούν τους πρωταγωνιστές. Συγκεκριμένα, ξεπερνά τη συγκέντρωση της προσοχής στις γυναίκες και στα παιδιά, ως ευάλωτες ομάδες και φθάνει στην αναγνώριση των διαφορετικών αναγκών, αδυναμιών και δυνατοτήτων των ανδρών και των γυναικών και στο σχεδιασμό παρεμβάσεων που ανταποκρίνονται στις διαφορές αυτές. Αυτό σημαίνει ότι:

- το φύλο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη συλλογή των βασικών δεδομένων, κατά την αρχική εκτίμηση της κατάστασης και οι απόψεις και των γυναικών και των ανδρών να γίνονται σεβαστές.
- η ανάλυση του φύλου πρέπει να ενσωματώνεται σε όλα τα στάδια των σχεδίων αντιμετώπισης
- ποτέ δεν μπορούν να γίνονται καθολικές υποθέσεις για τις προτεραιότητες των ανδρών και των γυναικών – και τα δύο φύλα πρέπει να εμπλέκονται άμεσα στον καθορισμό και στην ιεράρχηση των αναγκών και, σε όση έκταση επιτρέπεται, στην εκτέλεση και διαχείριση των παρεμβάσεων που σχεδιάζονται για την υποστήριξή τους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Χρησιμοποίηση της ανάλυσης του φύλου στην εκτίμηση δυνατοτήτων-αδυναμιών

Η εκτίμηση των δυνατοτήτων-αδυναμιών με βάση το φύλο διευκολύνει την εφαρμογή πρακτικών δίκαιων προς το φύλο σε περιπτώσεις καταστροφών. Σε άλλη περίπτωση, είναι πιθανότερο ότι θα χρησιμοποιηθούν παραδοσιακές προσεγγίσεις, οι οποίες θα επιτείνουν τις ανισότητες.

Προκειμένου να είναι αποτελεσματικές, οι εκτιμήσεις επικινδυνότητας σε μια κοινότητα απαιτούν καταγραφή των τοπικών κινδύνων σε σχέση με τις δυνατότητες και τις αδυναμίες.

Όσον αφορά τις δυνατότητες των γυναικών χρειάζεται καταγραφή των μοντέλων απασχόλησης και εργασίας τους, των δεξιοτήτων τους και των οργανωτικών δικτύων τους. Χρειάζεται αναγνώριση και προσέγγιση των γυναικείων εργατικών οργανώσεων, αλλά και των συλλόγων των ευάλωτων σε καταστροφές ατόμων, όπως, των γυναικών με ειδικές ανάγκες, των ηλικιωμένων, των μεταναστριών, των γυναικών που ασχολούνται με τα νοικοκυριά τους και των γυναικών-αρχηγών μονογονεϊκών οικογενειών. Οι σχεδιαστές των προγραμμάτων πρέπει να ξεχωρίσουν τις ομάδες-κλειδιά των γυναικών, των οποίων η εμπειρία και η γνώση των τοπικών θεμάτων και των κοινωνικών δομών θα χρειαστεί στην εκτίμηση των αδυναμιών.

Όσον αφορά τις αδυναμίες των γυναικών, χρειάζονται ειδικά για το φύλο δεδομένα, προκειμένου να αντισταθμιστούν οι οικονομικές επιπτώσεις των καταστροφών σε γυναίκες και άνδρες. Χρειάζεται βασική πληροφόρηση για τις δομές των νοικοκυριών, τις δημογραφικές τάσεις, τον τομέα της εργασίας, τα τοπικά κέντρα εξουσίας, καθώς

και τα επίπεδα φτώχειας και απασχόλησης των γυναικών, τις συνθήκες εργασίας τους και τις ανάγκες των ευάλωτων ομάδων.

- **Παρεμβάσεις βοήθειας δίκαιες προς το φύλο**

Βασικό πρώτο βήμα αποτελεί η πρόληψη. Για παράδειγμα, η ενεργός συμμετοχή των γυναικών σε εκπαιδευτικά προγράμματα για αυτοπροστασία σε περίπτωση σεισμού, που εφαρμόστηκε από Αρμένικη Μη Κυβερνητική Γυναικεία Οργάνωση, είχε ως αποτέλεσμα την άμεση ανταπόκριση της ομάδας, μετά από σεισμό.

Όταν συμβεί κάποια καταστροφή, οι υπηρεσίες ανακούφισης πρέπει να εξασφαλίζουν την πρόσβαση, χωρίς προκατάληψη φύλου, αλλά και λαμβάνοντας υπόψη τις ειδικές ευάλωτες ομάδες. Η αποτελεσματική πρόσβαση των γυναικών συχνά εμποδίζεται από την έλλειψη κοινωνικής δύναμης (φυλετική, ταξική, πολιτικής κατάστασης), την χαμηλή κοινωνική εκτίμηση (HIV οροθετικές γυναίκες, χήρες, λεσβίες, άστεγες) και την αδυναμία μεταφοράς (γυναίκες με ειδικές ανάγκες, έλλειψη μεταφορικού μέσου).

Η συμμετοχή γυναικών στις ομάδες ανακούφισης είναι πρωταρχικής σημασίας.

Ανισομερής κατανομή βοήθειας παρατηρήθηκε σε οικογένειες με αρχηγούς γυναίκες. Για παράδειγμα, αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι απασχολούνταν με τη φροντίδα των παιδιών τους και δεν είχαν χρόνο να πάνε στα κέντρα διανομής. Αν και η μέθοδος πόρτα-πόρτα είναι πολύ χρονοβόρα, εξασφαλίζει πιο δίκαιη κατανομή.

- **Προγράμματα δημιουργίας βιώσιμου εισοδήματος**

Η απασχόληση είναι ένας τύπος προληπτικού μέσου, που δρα με δύο τρόπους: πρώτα, με τη δυνατότητα ενδοϋπηρεσιακής ενημέρωσης και εφαρμογής εκπαιδευτικών προγραμμάτων, και δεύτερο, με την εξασφάλιση οικονομικής ανεξαρτησίας.

Για τη στήριξη της μακροπρόθεσμης οικονομικής επαναφοράς τους, οι γυναίκες όπως και οι άνδρες πρέπει να έχουν στη φάση αποκατάστασης πρόσβαση σε εργασίες, σε επενδυτικά κονδύλια και σε προγράμματα ενίσχυσης εισοδήματος. Οι μικρο-επιχειρήσεις που προωθήθηκαν, σύμφωνα με κάποια προγράμματα, ως στρατηγική για την οικονομική ανάπτυξη των γυναικών φάνηκε να λειτουργούν περισσότερο αποτελεσματικά στα πλαίσια των ομάδων (πχ. γυναικείοι συνεταιρισμοί).

- **Ετοιμότητα των εργαζομένων και όχι μόνο**

Οι οργανώσεις των εργαζομένων, ιδιαίτερα σε περιοχές ευάλωτες σε καταστροφές, πρέπει εξασφαλίζουν την ετοιμότητα σε επείγουσες καταστάσεις. Την ίδια ετοιμότητα πρέπει να παρουσιάζουν και οι «γυναικοκρατούμενοι» εργατικοί κλάδοι, οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και οι δημόσιες υπηρεσίες, που απασχολούν γυναίκες. Έτσι, τα νοσοκομεία, τα σχολεία και τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας πρέπει να έχουν προτεραιότητα. Εξάλλου, οι οργανώσεις παροχής φροντίδας σε ηλικιωμένες ή γυναίκες με ειδικές ανάγκες, σε μετανάστριες και σε γυναίκες που έχουν υποστεί βία, χρειάζονται ειδικό σχεδιασμό ετοιμότητας σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης, καθώς οι υπηρεσίες αυτές θα βρεθούν σε μεγάλη ζήτηση, μετά από κάποια καταστροφή.

- **Συνεργασία με γυναικείες οργανώσεις**

Για τις γυναικείες οργανώσεις, που προέρχονται από μια κοινότητα, είναι πολύ πιο εύκολο από οποιονδήποτε άλλο επαγγελματία, να ξεχωρίσουν τα τοπικά προβλήματα και τις αδυναμίες των γυναικών, ενώ μπορεί να έχουν μοναδική πρόσβαση σε μη καταγεγραμμένες επίσημα εργαζόμενες γυναίκες.

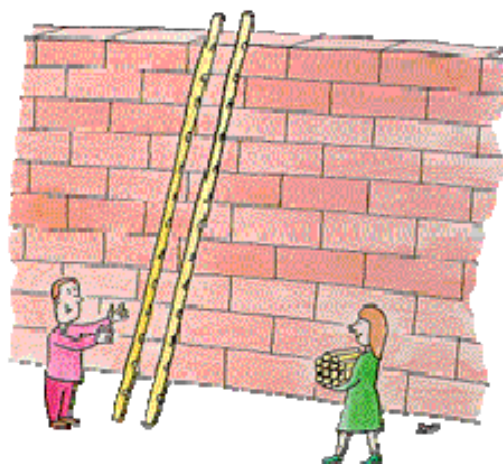
Εξάλλου, παρέχουν άμεσες υπηρεσίες στις περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών.

- **Πρόωθηση της ενίσχυσης των γυναικών**

Η ενσωμάτωση του ρόλου των γυναικών στην οικονομική ανάπτυξη διευκολύνει την αποτελεσματική επανόρθωση και ανάπτυξη, μετά από κάποια καταστροφή. Αποκτώντας αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, ενισχύονται οι δυνατότητες των γυναικών και καθίστανται λιγότερο ευάλωτες σε περιπτώσεις κρίσεων.



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ



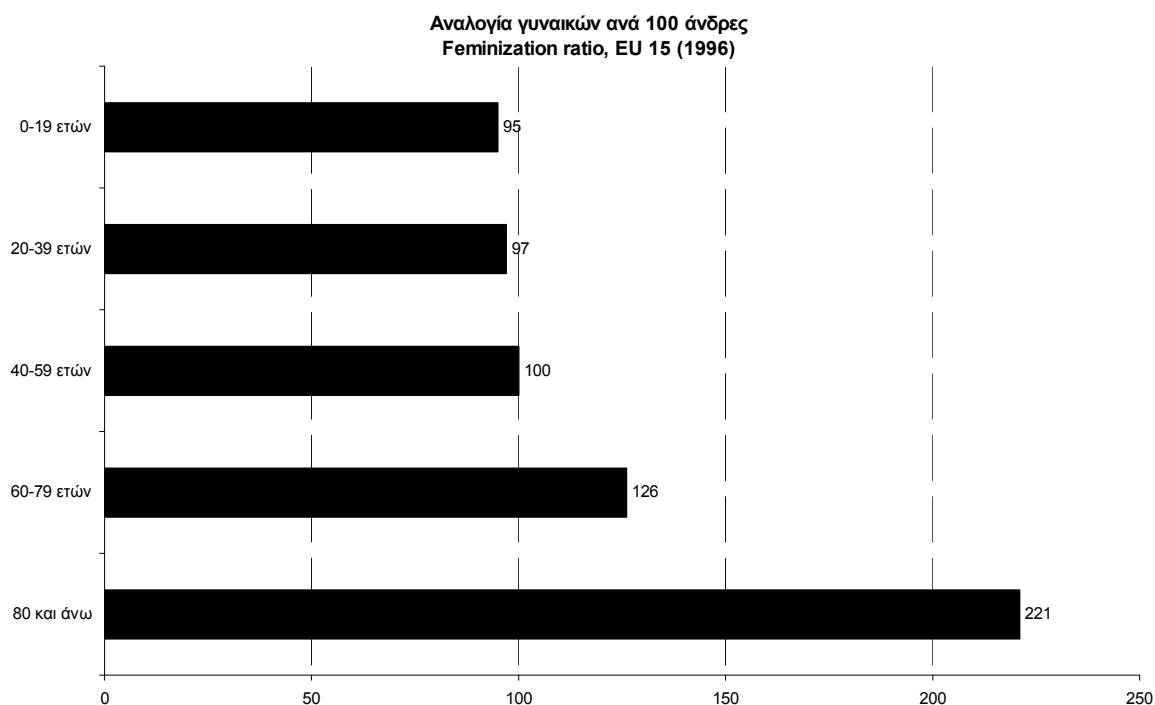
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Οι γυναίκες – σύνολο 191 εκατομμύρια – αποτελούν το 51.2% του πληθυσμού της Ευρώπης. Αυτή η αναλογία παραμένει αξιοσημείωτα σταθερή μεταξύ των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με μια ελαφρά διακύμανση μεταξύ του χαμηλότερου ποσοστού της Ιρλανδίας, με 50.4% και του υψηλότερου της Πορτογαλίας, με 51.8%. Υπάρχουν ωστόσο σημαντικές διαφορές στα ποσοστά των γυναικών στις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Στην ομάδα των γυναικών ηλικίας κάτω των 20 ετών, υπάρχουν μόνο 95 γυναίκες για κάθε 100 άνδρες, ενώ για τις γυναίκες ηλικίας γύρω στα 80 έτη, αναλογούν 221 γυναίκες για κάθε 100 άνδρες. Αυτή η αναλογία (*feminization ratio*) είναι ιδιαίτερα υψηλή στην ομάδα των ηλικιωμένων, γιατί στην Ευρωπαϊκή Ένωση οι γυναίκες ζουν τουλάχιστον 6 χρόνια περισσότερο από τους άνδρες.

Πίνακας 3. Οι γυναίκες στο συνολικό πληθυσμό της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Ε.Ε. 15 (1996)

ΧΩΡΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ(%)
<i>Ε.Ε. 15</i>	<i>372 653 590</i>	<i>190 739 240</i>	<i>51.18</i>
<i>Πορτογαλία</i>	<i>9 920 760</i>	<i>5 143 280</i>	<i>51.84</i>
<i>Αυστρία</i>	<i>8 054 800</i>	<i>4 147 630</i>	<i>51.49</i>
<i>Ιταλία</i>	<i>57 333 000</i>	<i>29 515 580</i>	<i>51.48</i>
<i>Γερμανία</i>	<i>81 817 500</i>	<i>41 992 680</i>	<i>51.32</i>
<i>Γαλλία</i>	<i>58 255 880</i>	<i>29 515 580</i>	<i>51.31</i>
<i>Φινλανδία</i>	<i>5 116 830</i>	<i>2 625 130</i>	<i>51.30</i>
<i>Βέλγιο</i>	<i>10 143 050</i>	<i>5 184 260</i>	<i>51.11</i>
<i>Ισπανία</i>	<i>39 241 930</i>	<i>20 037 940</i>	<i>51.06</i>
<i>Ενωμένο Βασίλειο</i>	<i>58 693 970</i>	<i>29 908 290</i>	<i>50.96</i>
<i>Λουξεμβούργο</i>	<i>412 800</i>	<i>210 200</i>	<i>50.92</i>
<i>Ελλάδα</i>	<i>10 465 060</i>	<i>5 300 110</i>	<i>50.65</i>
<i>Δανία</i>	<i>5 251 030</i>	<i>2 658 800</i>	<i>50.63</i>
<i>Σουηδία</i>	<i>8 837 500</i>	<i>4 471 430</i>	<i>50.60</i>
<i>Ολλανδία</i>	<i>15 493 890</i>	<i>7 831 600</i>	<i>50.55</i>
<i>Ιρλανδία</i>	<i>3 615 600</i>	<i>1 820 600</i>	<i>50.35</i>

Πηγή: EUROSTAT 1997.



Η ζωή των γυναικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχει αλλάξει δραματικά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Η αναλογία των γάμων έχει πέσει (σχεδόν κατά ένα τρίτο) από το 1960, ενώ η αναλογία των διαζυγίων έχει σχεδόν διπλασιαστεί (εκτός από την Ιρλανδία). Ταυτόχρονα, η μέση ηλικία για τον πρώτο γάμο και η ηλικία της πρώτης γέννας έχουν αυξηθεί στα 26.1 και 28.6 χρόνια αντίστοιχα.

Πίνακας 4. Γάμοι και διαζύγια στα κράτη μέλη της Ε.Ε. 15 (1960-95)

ΧΩΡΑ	ΓΑΜΟΙ		ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΟΝ ΠΡΩΤΟ ΓΑΜΟ (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)		ΔΙΑΖΥΓΙΑ	
	Αριθμός το 1995	Διαφορά από το 1960(%)	1994	Διαφορά από το 1960(έτη)	Αριθμός το 1995	Διαφορά από το 1960(%)
ΕΕ 15	1.901.000	-24,1	26,1	2,0	677.500	297,7
ΑΥΣΤΡΙΑ	42.900	-26,6	25,8	1,8	18.200	127,2
ΒΕΛΓΙΟ	51.500	-21,0	25,2	2,4	35.000	662,3
ΔΑΝΙΑ	34.700	-3,2	28,9	6,1	13.000	94,2
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	23.700	-27,7	26,7	2,9	14.000	283,7
ΓΑΛΛΙΑ	254.000	-20,6	26,7	3,7	117.000	287,6
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	430.500	-37,5	26,3	2,9	169.400	130,8
ΕΛΛΑΔΑ	64.000	10,0	25,6	0,4	11.000	346,4
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	15.600	1,0	27,0	-0,6	-	-
ΙΤΑΛΙΑ	283.000	-27,0	26,1	1,3	27.000	-
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	2.100	-7,2	26,3	-	700	375,2
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	81.500	-8,6	27,0	2,8	34.200	502,4
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	65.800	-5,3	24,6	-0,2	12.300	1545,1
ΙΣΠΑΝΙΑ	196.900	-16,9	26,2	0,1	33.100	-
ΣΟΥΗΔΙΑ	33.600	-32,9	28,5	4,6	22.500	151,5
ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	321.000	-18,4	25,8	-	170.100	559,0

Eurostat, 1997.

Ταυτόχρονα, η συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας έχει αυξηθεί εντυπωσιακά, παρότι υπάρχουν σημαντικές διακυμάνσεις στα διάφορα κράτη μέλη. Παράλληλα, έχει αυξηθεί η αναλογία των ανέργων γυναικών, που τείνει να είναι υψηλότερη εκείνης των ανδρών.

Όσον αφορά τη θέση της γυναίκας στην κοινωνία σε σχέση με τον άνδρα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι καλή σε σχέση με άλλα μέρη, ενώ τα Σκανδιναβικά κράτη έχουν τα υψηλότερα ποσοστά δεικτών ισότητας μεταξύ των δύο φύλων, αποδιδόμενα στα υψηλά επίπεδα μόρφωσης και εισοδήματος των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες.

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Τα τελευταία 20 χρόνια φαίνεται να υπάρχει καθοδική τάση στους δείκτες γονιμότητας, εκτός από κάποιες χώρες που παρουσιάζουν μικρές μεταβολές (Δανία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία και Φινλανδία). Η μεγάλη μεταβολή σε χώρες που προηγουμένως παρουσίαζαν υψηλούς δείκτες γονιμότητας (κυρίως οι Νότιες Καθολικές χώρες) έρχεται σε αντίθεση με τις μικρότερες διακυμάνσεις των βόρειων χωρών. Είναι ενδεικτικό ότι η Ισπανία (1,15) και η Ιταλία (1,19) είναι πλέον οι χώρες με τη μεγαλύτερη υπογεννητικότητα στην Ευρώπη. Η περίπτωση της Σουηδίας εξάλλου παρουσιάζει ιδιαιτερότητα, αφού οι δείκτες γονιμότητας αυξήθηκαν σημαντικά στις αρχές της δεκαετίας του '90 (>2), ενώ τώρα έχουν σταθεροποιηθεί γύρω στο 1,50.

Το συνηθέστερο μοντέλο στην Ευρώπη σήμερα, είναι η οικογένεια με 1 ή 2 παιδιά (εκτός από την Ιρλανδία, όπου οι οικογένειες εξακολουθούν να είναι μεγάλες.

Πίνακας 5. Δείκτες γονιμότητας

	EU 15	EU 11	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1960	2,59	2,62	2,56	2,57	2,37	2,28	2,86	2,73	3,76	2,41	2,22	3,12	2,69	3,10	2,72	2,2	2,72
1980	1,82	1,79	1,68	1,55	1,56	2,21	2,2	1,95	3,23	1,64	1,49	1,60	1,65	2,18	1,63	1,68	1,90
1985	1,60	1,55	1,51	1,45	1,37	1,67	1,64	1,81	2,47	1,42	1,38	1,51	1,47	1,72	1,65	1,74	1,79
1990	1,57	1,51	1,62	1,67	1,45	1,39	1,36	1,78	2,11	1,33	1,61	1,62	1,45	1,57	1,78	2,13	1,83
1995	1,42	1,36	1,55	1,80	1,25	1,32	1,18	1,70	1,84	1,18	1,69	1,53	1,40	1,40	1,81	1,73	1,71
1998	1,45	1,40	1,53	1,72	1,34	1,30	1,15	1,75	1,94	1,19	1,68	1,62	1,34	1,46	1,70	1,51	1,72

Eurostat, 1997.

Πίνακας 6. Η μέση ηλικία απόκτησης του πρώτου παιδιού παντού αυξάνει.

	EU 15	EU 11	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1960	28,2	28,4	28	26,9	27,5			27,6		29,2		29,8	27,6		28,3	27,5	
1983	27,4	27,3	26,9	27,3	26,7	26,1	28,4	27,1	29,7	27,9	27,7	28,1	26,5	27,1	28,1	28,1	27,2
1988	27,9	27,9	27,6	28,2	27,5	26,8	28,6	28	29,9	28,6	28,3	29	27	27,2	28,7	28,5	27,5
1993	28,6	28,6	28,2	28,9	28,1	27,9	29,5	28,7	30	29,3	28,6	29,8	27,3	27,7	29	29	27,9
1997				29,4	28,5	28,6	30,4	29,2	30,4		29,2	30,2	27,9	29,3	29,4	29,5	28,3
1998					28,6	28,7		29,3	30,4		29,3	30,3	28	28,5	29,5	29,7	28,3

Eurostat, 1997.

Η αναλογία των ενηλίκων που ζουν μόνοι τους συνεχώς αυξάνει, αποτελώντας πλέον το ένα τρίτο των νοικοκυριών, εκτός από τις Νότιες χώρες και την Ιρλανδία. Ακόμα

πιο εντυπωσιακός είναι ο αριθμός των μονογονεϊκών οικογενειών, ο οποίος έχει διπλασιαστεί σε σχέση με τη δεκαετία του '80, αποτελώντας πλέον το 14% των νοικοκυριών. Η τάση αυτή δεν παρουσιάζεται παντού η ίδια. Στη νότια Ευρώπη και στην Ιρλανδία η αναλογία παραμένει χαμηλή και οι "μεγάλες" οικογένειες είναι συνηθισμένες. Σύμφωνα με τον Lefaucher (2000) οι ενήλικοι σε μια μονογονεϊκή οικογένεια στο Νότο είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τη μέση ηλικία στα υπόλοιπα μέρη και συνήθως πρόκειται για θάνατο του ενός γονέα. Στη Βόρεια Ευρώπη ωστόσο, και ιδιαίτερα στο Ενωμένο Βασίλειο, ο αριθμός των μονογονεϊκών οικογενειών είναι μεγάλος, πολύ νεώτερης ηλικίας απ' ό,τι στο Νότο και συνηθέστερα είναι αποτέλεσμα διαζυγίου κι όχι χηρείας. Μεταξύ των δύο ακραίων περιπτώσεων υπάρχουν και οι "ενδιάμεσες" χώρες (Γαλλία, Κάτω χώρες και Γερμανία), όπου οι μονογονεϊκές οικογένειες είναι λιγότερες, αλλά το προφίλ τους είναι το ίδιο με αυτό του Νότου.

Ένα βασικό σημείο που πρέπει να τονιστεί είναι ότι, η πλειοψηφία των μονογονεϊκών οικογενειών, ανεξάρτητα της χώρας, είναι γυναίκες που μεγαλώνουν τα παιδιά τους μόνες τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, λαμβάνοντας υπόψη την επαγγελματική τους κατάσταση, βλέπουμε ότι υπάρχει κίνδυνος μεγαλύτερης ανέχειας.

Πίνακας 7. Μονογονεϊκές οικογένειες ως ποσοστό όλων των οικογενειών με προστατευόμενα μέλη-παιδιά

ΧΩΡΑ	1996	ΤΑΣΗ 1983 - 1996
EU 13	14%	58%
B - Βέλγιο	15%	75%
D - Γερμανία	13%	
EL - Ελλάδα	7%	33%
E - Ισπανία	8%	
F - Γαλλία	15%	48%
IR - Ιρλανδία	13%	100%
I - Ιταλία	11%	32%
L - Λουξεμβούργο	11%	58%
NL - Ολλανδία	11%	5%
A - Αυστρία	14%	
P - Πορτογαλία	12%	
UK - Ενωμένο Βασίλειο	23%	94%

ΠΗΓΗ: P. WHITTEN, 1998.

Πίνακας 8. Ποσοστό των γυναικών στο σύνολο των μονογονεϊκών οικογενειών, με παιδιά κάτω των 15 ετών

	Σύνολο	B	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	UK
1983(EU10)	88,7	83,4		88,9		93	88,8	74,5	83,5	91			91,5
1988(EU12)	89,5	88,3	90,8	86,9	88,7	91,7	91,8	81,6	94,3	90,4		91	89,6
1993(EU12)	90,7	88,1	92,7	87,7	92,1	89,4	92,5	79,6	82,8	94,5		85	92,1
1998		86,9	89,9	86,3	93,7	89,6		84	87,4	86,7	92,7	94,1	90,8

Υπολογισμοί Eurostat.

Πίνακας 9. Παγκόσμια δημογραφικά στοιχεία³¹

ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΙ ΧΩΡΑ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΠΟΒΟΛΩΝ		ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ		ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ (ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΑΝΑ ΓΥΝΑΙΚΑ)	ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΗΤΡΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ (ΑΝΑ 100.000 ΓΕΝΝΗΜΕΝΩΝ ΖΩΝΤΑΝΩΝ ΕΜΒΡΥΩΝ)	
	ΕΤΟΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ	ΕΤΟΣ	οποιοδήποτε μέσο/ σύγχρονο μέσο (%) (1)	1995-2000	ΕΤΟΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ							
Βουλγαρία	1996	51.3	1976	76/8 (2,3)	1.2	1990	27
Τσέχικη Δημοκρατία	1996	20.7	1993	69/45 (2)	1.2	1990	15
Ουγγαρία	1996	34.7	1992/93	73/60 (4)	1.4	1990	30
Πολωνία	..	..	1977	75/26 (5,6)	1.5	1990	19
Δημοκρατία της Μολδαβίας	1996	38.8	1997	74/50 (2,4)	1.8	..	..
Ρουμανία	1996	78.0	1993	57/15 (2,4)	1.2	1990	130
Ομοσπονδία της Ρωσίας	1995	68.4	..	..	1.3	1990	75
Σλοβακία	1996	19.7	1991	74/41 (2,7)	1.4	..	..
Ουκρανία	1996	11.8	..	..	1.4	1990	50
ΒΟΡΕΙΑ ΕΥΡΩΠΗ							
Δανία	1995	16.1	1988	78/72 (2,7)	1.7	1990	9
Φινλανδία	1996	9.9	1977	80/78 (3,8)	1.7	1990	11
Ισλανδία	..	..	..	..	2.1	1990	-
Ιρλανδία	1996	5.9 (9)	..	..	1.9	1990	10
Νορβηγία	1996	15.6	1988/89	74/69 (10,11)	1.9	1990	6
Σουηδία	1996	18.7	1981	78/71 (7,12)	1.6	1990	7
Ενωμένο Βασίλειο	..	..	1993	82/82 (13)	1.7	1990	9
ΝΟΤΙΑ ΕΥΡΩΠΗ							
Αλβανία	1996	27.2	..	..	2.5	1990	65
Ελλάδα	..	..	..	..	1.3	1990	10
Ιταλία	1996	11.4	1979	78/32	1.2	1990	12
Πορτογαλία	..	..	1979/80	66/33	1.4	1990	15
Ισπανία	1996	5.7	1985	59/38 (14)	1.1	1990	7
Γιουγκοσλαβία	1993	54.6	1976	55/12 (5,6)	1.8	..	..
ΔΥΤΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ							
Αυστρία	..	..	1981/82	71/56	1.4	1990	10
Βέλγιο	1996	6.8 (15)	1991	79/75 (16)	1.5	1990	10
Γαλλία	1995	12.4	1994	75/69 (12)	1.7	1990	15
Γερμανία	1996	7.6	1992	75/72 (17)	1.3	1990	22
Ολλανδία	1996	6.5 (18)	1993	79/76 (19)	1.5	1990	12
Ελβετία	1996	8.4 (20)	1980	71/65 (21)	1.5	1990	6

United Nations publication, (ST/ESA/SER.A/178), United Nations 1999.

(..): πληροφορίες ή δεδομένα δεν είναι διαθέσιμα.

Δείκτης αποβολών: Ο αριθμός των αποβολών ανά 1000 γυναίκες ηλικίας 15-44.

Δείκτης μητρικής θνησιμότητας: ο αριθμός των θανάτων των γυναικών στην εγκυμοσύνη τον τοκετό και τη λοχεία κατά τη διάρκεια ενός έτους ανά 100.000 γεννημένα ζωντανά νεογνά το ίδιο έτος.

- (1) Οι σύγχρονοι μέθοδοι περιλαμβάνουν την ανδρική και γυναικεία στείρωση, ενδομήτριες συσκευές, αντισυλληπτικά χάπια, ενέσιμα, ορμονικά εμφυτεύματα, προφυλακτικά.
- (2) Γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών.
- (3) Γυναίκες στον πρώτο τους γάμο.
- (4) Προσωρινή μέθοδος.
- (5) Εκτός της στείρωσης.
- (6) Γυναίκες ηλικίας κάτω των 45 ετών.
- (7) Όλες οι σεξουαλικά ενεργές γυναίκες.
- (8) Γυναίκες ηλικίας 18-44 ετών.
- (9) Βασίζεται σε Ιρλανδές που έκαναν την άμβλωση στην Αγγλία.
- (10) Μερικές γυναίκες ανέφεραν περισσότερες από μία μεθόδους. Εδώ υποθετικά δέχεται τη χρήση μίας μεθόδου.
- (11) Γυναίκες πρόσφατα παντρεμένες ή που συζούν, και γεννήθηκαν το 1945, 1950, 1955, 1960, 1965 ή 1968.
- (12) Γυναίκες ηλικίας 20-44 ετών.
- (13) Γυναίκες ηλικίας 16-49 ετών.
- (14) Γυναίκες ηλικίας 18-49 ετών.
- (15) Συμπεριλαμβάνονται οι αμβλώσεις που έγιναν στην Ολλανδία.
- (16) Φλαμανδικός πληθυσμός ηλικίας 20-40 ετών.
- (17) Γυναίκες ηλικίας 20-39 ετών.
- (18) Μόνο οι κάτοικοι.
- (19) Γυναίκες ηλικίας 18-42 ετών.
- (20) Οι μετρήσεις αφορούν τα 2 από τα 26 καντόνια.
- (21) Δείγμα ανδρών και γυναικών που παντρεύτηκαν μεταξύ 1970 και 1979.

Πίνακας 10. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ

	1980	1985	1990	1998
Πληθυσμός				
Σύνολο (χιλιάδες)	9.643	9.934	10.161	10.515
Θηλυκός πληθυσμός (% του συνόλου)	50,9	50,8	50,8	50,8
Πληθυσμός ηλικίας άνω των 65 (% του συνόλου)	13,2	13,3	13,7	16,9
Ποσοστό γυναικών άνω των 65 ετών (επί του συνολικού πληθυσμού)	7,3	7,4	7,7	9,5
Αριθμός γεννήσεων (στους 1000 ανθρώπους)	15	12	10	9
Αριθμός θανάτων (στους 1000 ανθρώπους)	9	9	9	10
Συνολικός δείκτης γονιμότητας (αριθμός γεννήσεων ανά γυναίκα)	2,2	1,7	1,4	1,3
Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας (στις 1000 γεννήσεις ζώντων)	18	14	10	6
Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση (σε έτη)				

Άνδρες	72	73	75	75
Γυναίκες	77	78	80	81
Μέσος όρος	74	75	77	78
Αναλογία αναλφάβητων ενηλίκων (% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 15 ετών)				
Άνδρες	4	3	2	2
Γυναίκες	14	10	8	5
Άνδρες (ηλικίας 15-24 ετών)	1	1	1	0
Γυναίκες (ηλικίας 15-24 ετών)	1	1	0	0
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ				
Σύνολο εργατικού δυναμικού (εκατομμύρια)	4	4	4	5
Γυναίκειο εργατικό δυναμικό (% του συνόλου)	28	32	35	37
Ανεργία				
Σύνολο (% συνολικού εργατικού δυναμικού)	2.4	7.8	7.0	9.6
Γυναίκες (% του γυναικείου εργατικού δυναμικού)	5.7	11.7	11.7	14.8

Δημογραφικές ενδείξεις: 2000 και 2025

	2000	2025
Αριθμός γεννήσεων ανά 1000 κατοίκους	10	8
Αριθμός θανάτων ανά 1000 κατοίκους	10	12
Αναλογία φυσικής αύξησης (εκατοστιαία)	0.0	-0.4
Ετήσιος ρυθμός αύξησης(εκατοστιαία)	0.2	-0.3
Προσδόκιμο επιβίωσης από τη γέννηση(έτη)	78.4	81.6
Θάνατοι βρεφών στις 1000 γεννήσεις	7	4
Συνολικός δείκτης γονιμότητας(ανά γυναίκα)	1.3	1.5

Εκτιμήσεις για τον πληθυσμό της χώρας και Μέσος Ετήσιος Ρυθμός Περιοδικής Αύξησης: 1950 έως 2050 (Πληθυσμός σε χιλιάδες, Ρυθμός αύξησης εκατοστιαίος)

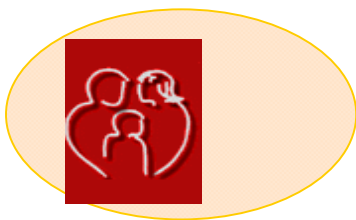
ΕΤΟΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΕΤΟΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΑΥΞΗΣΗΣ
1950	7,566	1996	10,511	1950-1960	1.0
1960	8,327	1997	10,533	1960-1970	0.5
1970	8,793	1998	10,556	1970-1980	0.9
1980	9,643	1999	10,579	1980-1990	0.5
1990	10,158	2000	10,602	1990-2000	0.4
1991	10,283	2010	10,758	2000-2010	0.1
1992	10,357	2020	10,636	2010-2020	-0.1
1993	10,415	2030	10,316	2020-2030	-0.3
1994	10,462	2040	9,861	2030-2040	-0.5
1995	10,489	2050	9,209	2040-2050	-0.7

Πληθυσμός ανά ηλικία και φύλο: 2000 και 2025 (Πληθυσμός σε χιλιάδες)

ΗΛΙΚΙΑ	-----2000-----			-----2025-----		
	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΣΥΝΟΛΟ	10,602	5,224	5,378	10,490	5,172	5,318
00-04	510	263	247	416	215	201
05-09	521	269	252	441	228	214
10-14	577	296	281	483	249	234
15-19	705	362	343	522	269	253
20-24	775	397	379	543	279	263
25-29	806	410	396	541	278	263
30-34	819	410	408	557	286	271
35-39	761	379	383	616	315	301
40-44	744	370	374	742	380	362
45-49	692	347	345	804	409	395
50-54	658	327	331	820	414	406
55-59	568	279	289	810	401	409
60-64	627	300	327	727	353	374
65-69	605	285	319	672	321	351
70-74	521	236	286	575	269	306
75-79	341	146	195	475	212	263
80-84	202	81	121	323	135	188
85+	169	67	102	422	157	265

ΠΗΓΗ: U.S. Census Bureau, Διεθνής Βάση Δεδομένων.

Τα παραπάνω στοιχεία συμφωνούν και με τις πρόσφατες αναφορές της EUROSTAT, όπου ένα πρόσθετο στοιχείο, αυτό της διεθνούς μετανάστευσης, τείνει να αυξήσει τον πληθυσμό των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην περίπτωση βέβαια αυτή, δε μιλάμε για φυσική αύξηση.



ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ

Οι εμπειρίες των παιδιών μέσα στην οικογένεια και το σπίτι, στη γειτονιά και στο σχολείο αποτελούν κλειδιά για την υγεία και την ανάπτυξή τους. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αλλάξει πολλά στο περιβάλλον των παιδιών. Είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε πως επηρεάζονται οι ζωές των παιδιών από τις αλλαγές αυτές.

Τα πρώιμα ερεθίσματα είναι σημαντικά για τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο του παιδιού. Ένα επαρκές εισόδημα και η παρουσία και των δύο γονέων κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων, είναι επίσης κρίσιμη για την καλή κατάσταση του παιδιού όταν θα μεγαλώσει.

Ωστόσο, το περιβάλλον του σπιτιού έχει αλλάξει δραματικά. Από τη μία έχουν αυξηθεί οι μονογονεϊκές οικογένειες, ενώ επίσης έχουν αυξηθεί οι οικογένειες στις οποίες και οι δύο γονείς εργάζονται. Από την άλλη, οι γονείς είναι περισσότερο μορφωμένοι, έχουν λιγότερα παιδιά να φροντίσουν και διαθέτουν περισσότερες επιλογές για τη φροντίδα του παιδιού. Επίσης, οι γονείς αναρωτιούνται αν παίρνουν τις σωστές αποφάσεις. Οι γονείς επιθυμούν το καλύτερο για τα παιδιά τους, αλλά δεν ξέρουν πάντα πιο είναι αυτό.

Ως αποτέλεσμα των αλλαγών στην οικογενειακή ζωή και στη δομή της οικογένειας, οι δραστηριότητες των παιδιών έχουν αλλάξει. Περνούν περισσότερο χρόνο εκτός σπιτιού, συνήθως σε σχολεία και ειδικά κέντρα και διαθέτουν πολύ λιγότερο χρόνο για το μη οργανωμένο παιχνίδι. Ένα σημαντικό ερώτημα είναι, σε ποια ηλικία τα παιδιά εισέρχονται σε αυτές τις οργανωμένες μονάδες και πως αυτές επηρεάζουν πρώιμα την υγεία και την ανάπτυξη τους.

Η εμπειριστατωμένη μελέτη της Sandra L. Hofferth, University of Michigan (1999) επιχειρεί να δώσει απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά και τα συμπεράσματά της συνοψίζονται ως εξής:

Η καλή κατάσταση του γνωστικού και του συναισθηματικού επιπέδου του παιδιού εξαρτάται από την υγεία του, τη συμπεριφορά του, για παράδειγμα αν περνά περισσότερο χρόνο διαβάζοντας ή βλέποντας τηλεόραση, την παρουσία και το βιοτικό και μορφωτικό επίπεδο των γονιών του, και τη σχέση του παιδιού με τους γονείς του. Πράγματα για τα οποία οι γονείς έχουν λιγότερο έλεγχο, όπως η γλώσσα, η μόρφωση, η λεκτική τους ικανότητα και η υγεία του παιδιού τους, συμβάλλουν στη διαμόρφωση του παιδιού. Οι περισσότερο μορφωμένοι και περισσότερο ικανοί λεκτικά γονείς έχουν παιδιά που επιτυγχάνουν υψηλά επίπεδα. Τα παιδιά των Ισπανόφωνων μειονεκτούσαν στις εξετάσεις που απαιτούσαν λεκτικές ικανότητες, αλλά δε συνέβαινε το ίδιο με τις εξετάσεις στα μαθηματικά (παρόμοιο φαινόμενο παρατηρείται στην Ελλάδα με τους μετανάστες Αλβανούς). Η υγεία του παιδιού επηρεάζει επίσης σημαντικά, καθώς η επαρκής φροντίδα, πριν και μετά τη γέννηση, είναι κρίσιμη για την καλή κατάσταση του γνωστικού και συναισθηματικού επιπέδου του παιδιού.

Η έρευνα βρήκε ότι γονείς που έχουν υψηλές προσδοκίες για τα παιδιά τους και κάνουν διάφορα γι' αυτά, έχουν παιδιά που κατορθώνουν υψηλά επίπεδα. Οι γονείς που έχουν υψηλές προσδοκίες, οι οποίοι είναι κοντά στα παιδιά τους, οι οποίοι αναφέρουν μια ζεστή σχέση και έχουν περισσότερες δραστηριότητες μαζί τους έχουν παιδιά που παρουσιάζουν πολύ λιγότερα προβλήματα επιθετικής συμπεριφοράς, έχουν πολλές καλές ιδιότητες, είναι περισσότερο κοινωνικοποιημένα και φαίνονται πιο χαρούμενα.

Σημαντικός είναι και ο τρόπος που περνούν την ώρα τους τα παιδιά. Ο χρόνος που περνούν διαβάζοντας είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για την λεκτική τους επιδεξιότητα. Ο χρόνος που ασχολούνται με δραστηριότητες μαζί με τους γονείς τους συμβάλλει στην ανάπτυξη επιδεξιότητας στη λύση πρακτικών προβλημάτων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν:

Παρότι απασχολεί τους γονείς το γεγονός ότι περνούν λιγότερο χρόνο με τα παιδιά τους, φαίνεται να έχει περισσότερη σημασία η ποιότητα και όχι η ποσότητα του χρόνου αυτού. Αυτά είναι καλά νέα για τους πολυάσχολους γονείς!

Σύμφωνα με τη μελέτη που παρουσίασε πρόσφατα το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ανάπτυξης του παιδιού, του Πανεπιστημίου του Ιλλινόις, και η οποία ενισχύει άλλες παλαιότερες, ο πιο καθοριστικός παράγοντας για την επίτευξη αυτοελέγχου και συμμόρφωσης και την παρουσία ή μη προβλημάτων συμπεριφοράς είναι η ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν τα παιδιά (συγκριτικά με τον αριθμό των ωρών, την ηλικία έναρξης και τον τύπο της φροντίδας). Τα παιδιά που δέχονται υψηλής ποιότητας φροντίδα αναπτύσσουν κοινωνικές δεξιότητες, ενώ ιδιαίτερη σημασία έχει η αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού.

Η ίδια μελέτη έδειξε ότι θετικές αλληλεπιδράσεις, κατά τα τρία πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού, σχετίζονται με καλύτερες γλωσσικές δεξιότητες και γνωστική ανάπτυξη, καθώς και ετοιμότητα για το σχολείο. Όλα αυτά, καθώς και λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς, επιτυγχάνονται στα οργανωμένα κέντρα φροντίδας, που πληρούν τις προϋποθέσεις αναλογίας προσωπικού και παιδιών, μεγέθους ομάδων, εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των δασκάλων, όπου είναι πιθανότερο οι δάσκαλοι να αναπτύξουν μία ζεστή, ανοικτή σχέση με τα παιδιά.

Εντυπωσιακό είναι και το συμπέρασμα, ότι για κάθε 1\$ που ξοδεύεται για καλύτερη ποιότητα παιδικής φροντίδας, εξοικονομούνται 7\$ μακροπρόθεσμα, λόγω των καλύτερων επιδόσεων στο σχολείο και των μειωμένων κρουσμάτων παιδικής εγκληματικότητας και ανάρμοστης συμπεριφοράς.

ΛΕΞΙΛΟΓΙΟ

ισότητα των φύλων: απουσία διακρίσεων, σύμφωνα με το φύλο, στις ευκαιρίες και στον καταμερισμό πόρων και προνομίων ή στην πρόσβαση σε υπηρεσίες.

ισονομία των φύλων: αμεροληψία και δικαιοσύνη στην κατανομή προνομίων και υπευθυνότητων μεταξύ γυναικών και ανδρών. Η έννοια αυτή αναγνωρίζει ότι οι γυναίκες και οι άνδρες έχουν διαφορετικές ανάγκες και δυνατότητες και ότι αυτές οι διαφορές πρέπει να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται με τέτοιο τρόπο που να αίρει την ανισορροπία μεταξύ των δύο φύλων.

θησιγενές νεογέννητο: το νεογέννητο που μετά τη γέννησή του δεν παρουσιάζει σημεία ζωής, ενώ ήταν βιώσιμο (ηλικία κύησης μεγαλύτερη από 28 εβδομάδες).

ανοσολογική πάθηση: τα σημεία και συμπτώματα που παρουσιάζονται μετά από έκθεση αντιγόνου σε αντίσωμα.

σχιστοσωμίαση: παρασιτική νόσος, οφειλόμενη σε ένα είδος τρηματώδη σκώληκα του γένους "σχιστόσωμα", που μεταδίδεται στον άνθρωπο, τον τελικό ξενιστή, μετά από επαφή με φρέσκο νερό επιμολυσμένο με ανθρώπινα κόπρανα.

τράχωμα: χρόνια λοιμώδης πάθηση των οφθαλμών, που οφείλεται στο "χλαμύδιο του τραχώματος" και χαρακτηρίζεται αρχικά από φλεγμονή, πόνο, φωτοφοβία και δακρύρροια. Το τράχωμα είναι μία σημαντική αιτία τύφλωσης και ενδημεί στις θερμές, ξηρές και φτωχές περιοχές. Η επιμόρφωση του πληθυσμού μιας τέτοιας περιοχής, για τη διάδοση του τραχώματος, καθώς και η επάρκεια παροχής νερού, για πλύσιμο των χεριών και η προμήθεια πετσετών και μαντηλιών, είναι σημαντικοί παράγοντες για τον περιορισμό της νόσου.

HIV (Human Immunodeficiency Virus): τύπος ρετροϊού, που προκαλεί το AIDS.

AIDS (Acquired ImmunoDeficiency Syndrome): πάθηση που αφορά βλάβη του μηχανισμού κυτταρικής ανοσίας, κακής πρόγνωσης, που χαρακτηρίζεται από μακρά περίοδο επώασης, την οποία ακολουθεί μια παρατεταμένη περίοδος εξασθένησης, εκδηλούμενη με διάφορες ευκαιριακές λοιμώξεις.

δείκτης επίπτωσης νόσου: η αναλογία των νέων περιπτώσεων (κρουσμάτων) της νόσου, σε συγκεκριμένο πληθυσμό, κατά τη διάρκεια μιας ορισμένης χρονικής περιόδου (πχ. έτος – ετήσια επίπτωση, μήνας – μηνιαία επίπτωση κλπ).

πνευμονοκονίαση: χρόνια πάθηση των πνευμόνων, οφειλόμενη σε εισπνοή ινών αμιάντου, η οποία καταλήγει στην ανάπτυξη κυψελιδικής, διάμεσης και υπεζωκοτικής ίνωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

1. "Gender & Health: Technical Paper", World Health Organization (WHO), 1998.
2. "The State of Women's Health in the European Community", EUROPEAN COMMISSION, 1998.
3. "Treatment Decision Making in Mature Adults: Gender Differences", HEALTH CARE FOR WOMEN INTERNATIONAL, 21:91-104, 2000.
4. "HIV- positive Mothers and Stigma", HEALTH CARE FOR WOMEN INTERNATIONAL, 20: 93-103, 1999.
5. "HIV Infected Women and Women's Services", HEALTH CARE FOR WOMEN INTERNATIONAL, 19: 131-139, 1998.
6. "AIDS Awareness among Women: The Benefit of the Culturally Sensitive Educational Programs", HEALTH CARE FOR WOMEN INTERNATIONAL, 19:141-153, 1998.
7. EUROSTAT Statistics, News Releases, 9/2000.
8. «Health Goals for British Columbia women», Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 2000.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

9. "Integrating Gender In Ergonomic Analysis", Karen Messing, University of Quebec- Canada, 1999.
10. "Women's Health at Work", by Ursula Haws, 1999.
11. "Women hurt at Work", HAZARDS, 57, 1999.
12. "Women and Ergonomics", US Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (OSHA), 2000.
13. "Putting Back Strain on the Map", TUC (Trades Union Congress), 1999.
14. "A Woman's Work is Never Safe", TUC (Trades Union Congress), 1999.
15. "Gender Sensitive Health and Safety", TUC (Trades Union Congress), 2000.
16. "Gender Differences on Coping with Job Stress and Organizational Outcomes", WORK AND STRESS, 12/4: 351-361, 1998.
17. "Stress at the Workplace: A Comparison of Gender and Occupations", JOURNAL OF ORGANIZATIONAL BEHAVIOR, 20/1:63-73, 1999.
18. "Workplace Factors and Care Seeking for Low-Back Pain among Female Nursing Personnel", SCANDINAVIAN JOURNAL OF WORK, ENVIRONMENT & HEALTH, 24/6: 465-472, 1998.
19. "Upper Extremity Nerve Involvement in Swedish Female Machine Milkers", AMERICAN JOURNAL OF INDUSTRIAL MEDICINE, 33/6: 551-559, 1998.
20. "Anthropometry of Female Maquiladora Workers", INTERNATIONAL JOURNAL OF INDUSTRIAL ERGONOMICS, 24/3: 273-280, 1999.
21. "20 Leading Occupations of Employed Women - 1999 Annual Averages", Women's Bureau, US Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 2000.
22. "Women in the Construction Workplace: Providing Equitable Safety and Health Protection", 1999, OSHA.
23. "Reaching Women and Children in Disasters", Conference Proceedings, Miami Beach Florida, June 2000.
24. "Gender and Natural Disasters", by Elaine Enarson, Recovery and Reconstruction Department, Geneva, September 2000.

25. "Gender and Armed Conflicts", by Eugenia Date-Bah, Martha Walsh and others, Recovery and Reconstruction Department, Geneva, March 2001.
26. "Special Issue on women and Disasters", NATURAL HAZARD OBSERVER, Vol.XXI, No 5, May 1997.
27. Eurostep, 1996, "Gender and Humanitarian Assistance: a Eurostep paper".
28. APRODEV, June 1997, "Information Document on Disaster Preparedness", by Hans Zomer.
29. APRODEV, 1996, "Summary of the outcome of the APRODEV-ECHO Seminar on Gender and Emergencies", Brussels.
30. "Integrating Gender into Emergency Responses", by Sally Baden and Rachel Masika with assistance from Zoë Oxaal, 1996, BRIDGE.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

31. EUROSTAT Statistics, News Releases, 4/2001, 13/1999.
32. "Family Planning Statistics", Population Division of the Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, 1999.
33. "Healthy Environments, Healthy Children: Children in Families", by Sandra Hofferth, University of Michigan, November 1998.
34. "New Findings on Children, Families, and Economic Self-Sufficiency: Summary of a Research Briefing", by D.Phillips and A.Bridgman, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council, Institute of Medicine, 1995.
35. "Child Care Quality and Children's Development: An Illinois Perspective", by Dawn Ramsburg and Dale Montanelli, Human and Community Development, University of Illinois at Urbana-Champaign, 2000.