

## Οι ανισότητες στο χώρο της υγείας σε σχέση με το γυναικείο φύλο. Ερμηνευτικές προσεγγίσεις και οι παράγοντες που οδηγούν στις ανισότητες υγείας.

Δημήτριος Παπουτσής\*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εύρυθμη λειτουργία του κοινωνικού συστήματος προϋποθέτει την υγεία των μελών του. Ωστόσο, η πραγματικότητα δείχνει πως υπάρχει άνιση κατανομή της υγείας και της ασθένειας στην κοινωνία, όπως αυτό αντανακλάται στην ανομοιομορφία των δεικτών υγείας στις διάφορες ομάδες ατόμων. Οι ανισότητες στην υγεία αποδίδονται γενικά σε διαφοροποίηση στις συνήθειες, στις συνθήκες διαβίωσης των κοινωνικών υποομάδων και σε ανισοκατανομή στην πρόσβαση και παροχή υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν πολλές μεταβλητές που συνδέονται με τις υγειονομικές ανισότητες, όπως το φύλο, η φυλή, η ανεργία, η κοινωνική τάξη και η γεωγραφική περιοχή, που όλες αποτελούν δείκτες των κοινωνικών συνθηκών. Οι ανισότητες στην υγεία αποκτούν σημασία διότι οδηγούν το άτομο σε σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση, απειλούν την οικονομική ευημερία της κοινωνίας και θέτουν προβλήματα στην ίδια την οργάνωσή της, όταν σημαντικό τμήμα της νοσεί.

Στην παρούσα εργασία θα αναλυθούν οι ανισότητες υγείας ως προς το φύλο του ασθενούς. Θα γίνει περιγραφή των δεδομένων από τη βιβλιογραφία, που τεκμηριώνουν την ύπαρξη αυτών των διαφορών. Στη συνέχεια θα δοθούν διάφορες ερμηνευτικές προσεγγίσεις και θα διερευνηθούν εκείνοι οι παράγοντες, που οδηγούν στις ανισότητες υγείας ως προς το φύλο του ασθενούς. Θα αναλυθούν η σχέση ιατρού-ασθενούς και η σημασία των κοινωνικών αναπαραστάσεων του ιατρού.

**Λέξεις-κλειδιά:** ανισότητες υγείας, κοινωνικές συνιστώσες υγείας, γυναικείο φύλο, σχέση ιατρού-ασθενούς.

\* Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Τμήμα Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ) Πάτρας, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών – Εξειδίκευση: Διοίκηση Μονάδων Υγείας.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με έναν ευρύτερα αποδεκτό ορισμό στη βιβλιογραφία, οι ανισότητες στην υγεία αφορούν τις διαφοροποιήσεις στην υγεία

ομάδων πληθυσμού, οι οποίες δεν οφείλονται σε βιολογικούς παράγοντες, αλλά σε κοινωνικές επιρροές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές (Whitehead M., 1990).

Η αντίληψη πως υπάρχει επίδραση κοινωνικών παραγόντων στην υγεία είναι παλαιά. Ένα από τα παλαιότερα γνωστά παραδείγματα μελετών είναι αυτό του Villermé, που το 1832 παρατήρησε τη διαφορά θνησιμότητας από χολέρα μεταξύ πλούσιων και φτωχών περιοχών του Παρισιού, την οποία απέδωσε στη διαφορά των συνθηκών ζωής και των κοινωνικών πρακτικών (φτώχεια, χρήση μολυσμένου νερού) (Adam Ph. & Herzlich Cl., 1994). Στη συνέχεια, στη δεκαετία του 1970, στη Γαλλία υπήρξε μια σειρά μελετών του Desplanques G. (1976), οι οποίες παρά την εξέλιξη και την πρόοδο της Ιατρικής ανέδειξαν στους πληθυσμούς διαφορές ως προς το προσδόκιμο ζωής.

Στην Αγγλία, με τη γνωστή μελέτη *"The Black Report"* συσχετίστηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού με τις ανισότητες στην υγεία (Townsend P. et al., 1982).

Όλες αυτές οι μελέτες αποτέλεσαν τη βάση ανάπτυξης της επιστήμης της *"Κοινωνικής Επιδημιολογίας της Ασθένειας"*, η οποία ενδιαφέρεται για τους κοινωνικούς παράγοντες που οδηγούν στην ασθένεια (Goldberg M., 1985).

### **Περιγραφή των διαφορών στην υγεία ανδρών – γυναικών**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών σχετικά με το προσδόκιμο επιβίωσης, τις αιτίες θανάτου και τα ποσοστά και είδη νοσηρότητας.

Το 1991 στην Ελλάδα, το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν τα 74,7 έτη για τους άνδρες και τα 79,4 έτη για τις γυναίκες, ενώ το 2006 ήταν τα 77,2 και 81,9 έτη αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα δεδομένα της "Eurostat", οι Ελληνίδες διαχρονικά διατηρούν την τελευταία δεκαπενταετία σταθερό το συγκριτικό πλεονέκτημά τους να ζουν κατά μέσο όρο σχεδόν 5 έτη περισσότερο από τους άνδρες (Αγοραστάκης M., 2009). Και στις άλλες αναπτυγμένες χώρες αναφέρονται παρόμοια δεδομένα σε σχέση με το προσδόκιμο επιβίωσης, με την υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών.

Το 1950 στην Ιαπωνία, το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν τα 62 έτη για τους άνδρες και τα 65 έτη

για τις γυναίκες, ενώ το 1980 ήταν τα 74 και τα 80 έτη αντίστοιχα (Kane P., 1991). Φαίνεται, δηλαδή, πως στην Ιαπωνία η προσδόκιμη ζωή αυξήθηκε όπως και η διαφορά μεταξύ των δυο φύλων. Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών, αν και μικρότερες στο προσδόκιμο ζωής αναφέρονται και για τις αναπτυσσόμενες χώρες με τις γυναίκες πάλι να ζουν περισσότερο (WHO, 2011).

Ως προς τα αίτια θανάτου υπάρχουν, επίσης, διαφορές μεταξύ των δυο φύλων. Σε μελέτη που έγινε στην Αγγλία το 1995, πρώτη αιτία θανάτου και για τα δυο φύλα ήταν οι καρδιαγγειακές παθήσεις (σε αναλογία 2,7 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες), ενώ δεύτερη αιτία θανάτου ήταν για τους άνδρες τα τροχαία ατυχήματα και για τις γυναίκες ο καρκίνος του μαστού (Nettleton S., 1995).

Στην Ελλάδα πρώτη αιτία θανάτου είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και για τα δυο φύλα (σε αναλογία όμως μεγαλύτερη στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες), δεύτερη αιτία θανάτου οι κακοήθειες (καρκίνος μαστού στις γυναίκες και καρκίνος πνεύμονα στους άνδρες) και ακολουθούν τα τροχαία ατυχήματα (σε αναλογία 3 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες) (Τούντας Γ., 2007).

Παρόλο που οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, ωστόσο έχουν μεγαλύτερη νοσηρότητα και οι ασθένειές τους είναι λιγότερο θανατηφόρες από αυτές των ανδρών. Σε μια χαρακτηριστική μελέτη καταγραφής της υγείας του ελληνικού πληθυσμού (ηλικίας 20-65 ετών), βρέθηκε πως οι γυναίκες κατά το χρονικό διάστημα της έρευνας έπασχαν σε σχεδόν διπλάσιο ποσοστό από κάποια ασθένεια, ενώ χαρακτηρίζαν την υποκειμενική κατάσταση της υγείας τους ως "άσχημη" (Μαδιανός Δ. & συν., 1988).

Επίσης, στην ίδια μελέτη με τη χρήση της κλίμακας "Langner" ως δείκτη ψυχικής υγείας, πάλι οι γυναίκες σε διπλάσια συχνότητα υπέφεραν από κάποια διαταραχή της ψυχικής τους υγείας. Σε άλλη ελληνική μελέτη έγινε σύγκριση των αιτιών νοσηλείας σε δείγμα ασθενών σε πνευμονολογική κλινική, όπου βρέθηκε πως για τις γυναίκες κυριότερη αιτία νοσηλείας ήταν η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το βρογχικό άσθμα, ενώ για τους άνδρες ήταν ο καρκίνος του πνεύμονα και ακολουθεί η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Τίνα Λ. & συν., 2001). Βέβαια, διαφορές

υπάρχουν και μεταξύ των γυναικών ως προς το επίπεδο υγείας τους. Σκοπός όμως της ανασκόπησης μας είναι η σύγκριση της υγείας ανδρών-γυναικών, ώστε να αναδειχτούν οι διαφορές τους και η προσπάθεια ερμηνείας τους μέσα από κοινωνιολογικές προσεγγίσεις.

### **Παράγοντες που οδηγούν σε ανισότητες υγείας ανδρών-γυναικών**

Έχουν αναφερθεί διάφορες ερμηνείες της ποικιλομορφίας στο επίπεδο υγείας ανδρών και γυναικών. Αυτές είναι:

**α) Η τεχνητή ερμηνεία (artefact explanation).** Σύμφωνα με αυτήν οι διαφορές στην υγεία ανδρών-γυναικών είναι πλασματικές και οφείλονται στον τρόπο συλλογής των στοιχείων από τις μελέτες. Οι περισσότερες μελέτες στηρίζονται σε ερωτήσεις (μέσω συνέντευξης και ερωτηματολογίων) απέναντι στους συμμετέχοντες. Λόγω της διαφορετικής κοινωνικοποίησης των ανδρών και γυναικών, οι άνδρες υποεκτιμούν συχνά τα συμπτώματά τους και δεν τα παραδέχονται εύκολα καθώς η κοινωνία τους θέλει να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι δυνατοί μπροστά στον πόνο (Μάντη Π., 1999). Από την άλλη πλευρά θεωρείται αποδεκτό οι γυναίκες να εκφράζουν τα συναισθήματά τους και τη δυσφορία τους. Για εκείνες, σε αντίθεση με τους άνδρες, είναι αποδεκτή η συμπεριφορά να εξαρτώνται από τους άλλους.

**β) Η θεωρία της φυσικής/γενετικής επιλογής (natural selection).** Η θεωρία αυτή υποστηρίζει πως οι βιολογικοί καθαρά παράγοντες ευθύνονται για τα διαφορετικά επίπεδα υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Για παράδειγμα, τα οιστρογόνα στις γυναίκες δρουν προστατευτικά απέναντι στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Από την άλλη, το ανδρικό φύλο λόγω αυξημένης φυσικής δύναμης, επιθετικότητας και ανάγκης απόκτησης κυρίαρχης θέσης εμπλέκεται σε δραστηριότητες, που ενέχουν περισσότερους κινδύνους (Μάντη Π., 1999). Για παράδειγμα, στις αναπτυσσόμενες χώρες το προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών είναι μικρότερο των γυναικών και υποστηρίζεται πως αυτό οφείλεται –μεταξύ των άλλων– στο μεγαλύτερο κίνδυνο βίαιων θανάτων στους άνδρες από τροχαία και εργατικά ατυχήματα (Waldron I., 1983).

**γ) Θεωρία της κοινωνικής αιτιολογίας (social**

*causation*). Οι διαφορές υγείας ανδρών-γυναικών εξηγούνται όχι με βάση βιολογικούς παράγοντες, αλλά με βάση την κοινωνική και οικονομική θέση των δυο φύλων και τους διαφορετικούς κοινωνικούς ρόλους. Αρκετές γυναίκες σήμερα εξακολουθούν να είναι περιορισμένες στο ρόλο της νοικοκυράς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι οικονομικά εξαρτημένες από τους άνδρες τους, να μην αναγνωρίζεται η προσφορά τους –καθώς οι οικιακές ενασχολήσεις δεν έχουν υψηλό κύρος– και να μην έχουν εναλλακτικές πηγές άντλησης αισθήματος δημιουργικότητας.

Οι γυναίκες ακόμη και όταν εργάζονται αμείβονται συνήθως λιγότερο από τους άνδρες, δεν τυγχάνουν πάντα κοινωνικής προστασίας και ασφάλισης και ο διαθέσιμος χρόνος εκτός εργασίας είναι λίγος. Επομένως, δεν διαθέτουν πάντα το χρόνο και το εισόδημα για την πρώιμη, έγκαιρη, αποτελεσματική αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας (Aday L.A & Andersen R., 1984).

Επίσης, το γυναικείο φύλο έχει αυξημένους δείκτες ανεργίας σε σχέση με τους άνδρες. Στην Ελλάδα το Μάρτιο του 2006, ο δείκτης ανεργίας ήταν 14,1% για τις γυναίκες και 5,9% για τους άνδρες, ενώ το Μάρτιο του 2011 ήταν 16,2% και 13,8% αντίστοιχα. Σύμφωνα με τη μελέτη *“The Black Report”*, αλλά και με άλλες εργασίες που έγιναν στην Αγγλία, η επαγγελματική τάξη και το εισόδημα είναι παράγοντες από μόνοι τους προσδιοριστικοί του επιπέδου υγείας των ατόμων (Townsend P. et al., 1982, MacIntyre S., 1986).

Σε μια κοινωνία με συγκεκριμένους εργασιακούς στόχους, η ανεργία επίσης αποκτά ιδιαίτερη κοινωνική και ψυχολογική σημασία, που υπερβαίνει απλά την οικονομική διάσταση απώλειας εισοδήματος. Το άτομο χάνει ουσιαστικά την κοινωνική του ταυτότητα, καθώς η εργασία είναι εκείνη που ρυθμίζει τις ώρες ανάπαυσης, αναψυχής, τον καταμερισμό του χρόνου και τις κοινωνικές επαφές. Αναφέρεται μάλιστα, πως ακόμα και στην ανεργία των ανδρών η κοινωνικοοικονομική εξάρτηση της γυναίκας από τη θέση, το γόητρο και την κοινωνική θέση του συζύγου δημιουργεί συμπτώματα κατάθλιψης στην ίδια τη γυναίκα (Σώκου Κ., 1988).

**δ) Σχέση ιατρού-ασθενούς.** Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και κυρίως στο είδος της φροντίδας που λαμβάνει ο ασθενής, καθορίζεται σε



μεγάλο βαθμό από τη συμπεριφορά και τη στάση του ιατρού στη σχέση που αναπτύσσεται με τον ασθενή.

Ο ιατρός πέρα από επιστήμονας και επαγγελματίας υγείας φέρει τις δικές του πεποιθήσεις, τη δική του στάση ζωής, τη δική του ιδεολογία σε θέματα υγείας και ασθένειας, τα οποία μεταφέρει στην καθημερινή άσκηση της ιατρικής του. Οι κοινωνικές επομένως αναπαραστάσεις του ιατρού καθρεφτίζονται στη συμπεριφορά του προς τον ασθενή και δυστυχώς μπορεί να αποτελέσουν και αίτιο διάκρισης απέναντι σε ασθενείς με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (για παράδειγμα ως προς το φύλο και τη φυλή του ασθενούς), οδηγώντας έτσι σε άνιση κατανομή υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης. Η κοινωνική ταυτότητα του ασθενούς ως προς το φύλο και τη φυλή του αναφέρεται πως καθορίζει τον αριθμό των ερωτήσεων που ο ασθενής απευθύνει στον ιατρό (West C., 1984).

Σε τριτοβάθμια Νοσοκομεία της Αμερικής η παροχή υπηρεσιών υγείας ήταν κατώτερη απέναντι στις γυναίκες (Brown S., 2002). Οι αναφορές αυτές στη βιβλιογραφία (ευτυχώς λίγες) πιστοποιούν τις ανισότητες υγείας ως προς το φύλο του ασθενούς και εστιάζουν το θέμα στη συμπεριφορά και επικοινωνία του ιατρού απέναντι στον ασθενή. Επίσης, τα εμπόδια που τίθενται στη σχέση ασθενούς-ιατρού δεν αφορούν τη διαφορετικότητα μόνο των κοινωνικών αναπαραστάσεων του ιατρού. Το θέμα είναι η διαφορετικότητα (*discordance*) ή ο βαθμός συμφωνίας (*concordance*) των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του ιατρού και του ασθενούς (Berger J., 2008). Για παράδειγμα, άνδρες ιατροί σε σχέση με γυναίκες ιατρούς θα τελέσουν πιο εύκολα καισαρική τομή στις έγκυες γυναίκες (Mitler L.K. et al., 2000).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ανισότητες στην υγεία αποτελούν ένα σύνθετο και πολύπλοκο θέμα. Ο λόγος είναι πως το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού διαμορφώνεται και επηρεάζεται από πλήθος κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Μεταβλητές όπως το φύλο (που μελετήσαμε), το εισόδημα, η κοινωνική τάξη και η εκπαίδευση διαπλέκονται μεταξύ τους και επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την υγεία. Υπάρχουν διάφορες ερμηνευτικές προσεγγίσεις, που προσπα-

θούν να εξηγήσουν τις ανισότητες υγείας ως προς το φύλο του ασθενούς. Η σημασία των ανισοτήτων υγείας έγκειται στις ποικίλες συνιστώσες σε ατομικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Ο ασθενής που βιώνει την ανισότητα στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας, οδηγείται σε νόσο με συνέπειες οικονομικές για τον ίδιο, αλλά και για την κοινωνία με επιβάρυνση του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Όταν τμήμα της κοινωνίας είναι μη υγιές λόγω ανισοκατανομής υγείας και ασθένειας μεταξύ των μελών της, τότε απειλείται όχι μόνο η υγεία των ευνοημένων ατόμων, αλλά και η εύρυθμη λειτουργία της κοινωνίας διότι τμήμα του παραγωγικού της δυναμικού νοσεί. Για τους παραπάνω λόγους θα πρέπει αυτοί που χαράσσουν τις πολιτικές υγείας να κινηθούν προς την κατεύθυνση περιορισμού των υγειονομικών ανισοτήτων.

## ABSTRACT

**Dimitrios Papoutsis: Health inequalities in relation to female gender. Sociological aspects and contributing factors.**

"ELEFTHO", 3: 111-115, 2011

*Proper functioning of the social system requires that all its members are healthy. Reality however shows that there are health inequalities, as reflected in health indices among different social groups. Health inequalities are generally attributed to differentiation in personal habits and attitudes, living conditions and inequalities in access to medical care. There are many factors associated with health inequalities such as gender, race, unemployment, social class and geographic area, which all represent indices of social conditions. Health inequalities are important because they induce physical and emotional burden to the subject and threaten the financial prosperity of society, when a significant part of it is ill.*

*This article deals with analysis of health inequalities in relation to gender. We review the literature which establish these inequalities. Next, we attempt to explain the underlying causes and contributing factors to this situation. The doctor-patient relationship is stressed as critical. Finally, we report on the financial and social consequences of health inequalities.*

**Key-words:** *health inequalities, social determinants, female gender, doctor-patient relationship.*

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Αγοραστάκης Μ.:* Η εξέλιξη της θνησιμότητας στην Ελλάδα (1991-2006). Δημογραφικά Νέα. Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων, Μάρτιος-Απρίλιος, τεύχος 4, 2009.
- Adam Ph., Herzlich Cl.:* Sociologie de la maladie et de la medecine. Publiee par Editions NATHAN, Paris 1994.
- Aday L.A., Andersen R.:* The national profile of access to medical care: Where do we stand? Am J Public Health, 74(12): 1331-39, Dec. 1984.
- Berger J.:* The influence of physicians's demographic characteristics and their patients' demographic characteristics on physician practice: Implications for education and research. Acad Med, 83: 100-105, 2008.
- Brown S.:* Race and Sex Differences in the Use of Cardiac Procedures for Patients with Ischemic Heart Disease in Maryland. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 13(4): 526-537, 2002.
- Desplanques G.:* La mortalite des adultes selon le milieu social: 1955-1971. Collections de l'INSEE, D 44, 1976.
- Goldberg M.:* L'Epidemiologie sans peine. Collection Prescrire, Ed. medicales R. Bettex, p. 15, 1985.
- Kane P.:* Women's Health: From Womb to Tomb, MacMillan, London, 1991.
- Μαδιανός Δ. & συν.:* Υγεία και ελληνική κοινωνία. Εμπειρική Έρευνα, ΕΚΚΕ, Αθήνα 1988.
- MacIntyre S.:* The patterning of health by social position in contemporary Britain: directions for sociological research. Soc. Sci. Med., τόμος 23, τεύχος 4, σελ. 393-415, 1986.
- Μάντη Π.:* Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας. 4η Θεματική Ενότητα ΕΑΠ, Κεφάλαιο 5.4, Φύλο και Υγεία, σελ. 138, Πάτρα 1999.
- Mitler L.K., Rizzo J.A., Horwitz S.M.:* Physician gender and cesarean sections. J Clin Epidemiol, 53: 1030-1035, 2000.
- Nettleton S.:* The Sociology of Health and Illness. Polity Press, 1995.
- Σώκου Κ.:* Γυναίκα και Υγεία: η επίδραση της εργασίας, οικιακής απασχόλησης και της ανεργίας στην υγεία της γυναίκας. Κοινωνική Εργασία, τεύχη 9-10, σελ. 13-19, 1988.
- Τίνα Λ., Τζάννης Σπ., Μπλαζογιαννάκης Γ.:* Αίτια νοσηλείας γυναικείου πληθυσμού σε Πνευμονολογική Κλινική. Πνεύμων, 14(1): 74-80, 2001.
- Τούντας Γ.:* Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα 2007.
- Townsend P., Davidson N., Whitehead M.:* Inequalities in Health, The Black Report. Pelican books, 1982.
- Waldron I.:* Sex differences in human mortality: The role of genetic factors. Social Science and Medicine, Vol. XVII, No 6, 321-333, 1983.
- West C.:* Routine Complications: Troubles with Talk Between Doctors and Patients. Indiana University Press, Bloomington, 1984.
- Whitehead M.:* The concepts and principles of equity and health. Έννοιες και Αρχές της Ισότητας στην Υγεία. WHO, Κοπεγχάγη 1990.
- World Health Organisation:* Global Health Observatory Data Repository: Life expectancy at birth (gender). Available at: <http://apps.who.int/> (downloaded: June 22, 2011).