

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet u Zagrebu

Odsjek za sociologiju

DIPLOMSKI RAD

**SOCIOLOŠKA ANALIZA UTJECAJA PATRIJARHATA NA DRUŠTVENE
ASPEKTE ŽENSKOG ZDRAVLJA**

Maja Samardžija

dr. sc. Branka Galić, red. prof

Zagreb, lipanj 2014.

SADRŽAJ

1. UVOD	2
1.1. SOCIOLOGIJA ZDRAVLJA I BOLESTI.....	3
1.1.1. DRUŠTVENE ZNANOSTI I BOLESTI	4
1.2. ROD I ZDRAVLJE	6
2. RODNE ULOGE ŽENA	7
2.1. ZDRAVLJE MAJKE	8
2.1.1. KULTURA I MAJČINSTVO.....	10
2.1.2. OPSTETRIČKI PRISTUP I ZDRAVLJE ŽENA.....	12
2.1.3. POSTPOROĐAJNA STANJA.....	16
2.2. SKRB ZA DRUGE I ZDRAVLJE	18
3. ŽENA KAO TIJELO	21
3.1. TREND VITKOSTI	23
3.2. POREMEĆAJI U PREHRANI - ANOREKSIJA	24
3.3. POREMEĆAJI U PREHRANI - BULIMIJA	26
3.4. KOZMETIČKA KIRURGIJA	27
4. MEDICINSKA ZNANOST I ŽENE	30
4.1. PSIHIJARIJA I ZDRAVLJE ŽENE.....	31
4.2. MENSTRUACIJA	33
4.3. PREDMENSTRUALNI SINDROM	35
4.4. MENOPAUZA.....	36
5. ZAKLJUČAK	39
6. LITERATURA	41
7. SAŽETAK	44
8. SUMMARY	45

1.UVOD

U suvremenom društvu, koje i dalje sadrži elemente patrijarhata, žene su izložene raznim utjecajima na svoje zdravlje. Sociologija zdravlja i bolesti bavi se proučavanjem društvenih čimbenika koji mogu izazvati bolest i nepovoljno utjecati na njen razvoj. Najvažnija pitanja kojima se bavi sociologija zdravlja i bolesti su kako stil života, spol, dob, rasa, društveno-ekonomske, socio-kulturne razlike utječu na kvalitetu zdravlja? Spol, i pripisane mu rodne uloge, utječu na zdravlje te mogu potaknuti nejednakosti u zdravstvenom statusu muškaraca i žena. Na primjeru rodnih uloga koje su pripisane ženama u patrijarhalnom društvu promatrat ćemo društveni utjecaj na zdravlje žene. Feministička teorija ističe da je u patrijarhalnom društvu žena „Drugo“, a kroz androcentričan pogled koji muškarca i muške karakteristike smatra normom, žena je predmet objektivizacije. Objektivizacija dovodi do shvaćanja žene kao tijela, a to podrazumijeva rigidne prakse nad ženskim tijelima. Kao što su u Kini ženska stopala bila podvezivana zbog muškarčevog užitka, tako se i u suvremenom zapadnom društvu prakse vrše kako bi žena udovoljila trenutnim zahtjevima ženstvenosti. Iako u zapadnom društvu ne postoji otvorena prisila koja bi vodila do omalovažavanja ženskog tijela, konstrukcija ženstvenosti vrši se nesvjesno kroz imidže. Ona prema feminističkoj teoriji nadilazi svijesne transformacije, a kulturno tijelo stvoreno je kroz trivijalna pravila i rutine. Naizgled se čini da žena ima svijestan izbor da od svog tijela učini ono što želi, no prakse kroz koje se konstruira ženstvenost mogu utjecati na njeno zdravlje. Primjeri su kozmetičke operacije te poremećaji u prehrani poput bulimije i anoreksije. Iako se naizgled čini da su poremećaji u prehrani posljedica individualne patologije, kroz feminističku teoriju možemo ih sagledati u kontekstu šire kulturne opsesije vitkošću. Potreba za preispitivanjem medicinskih stavova prema ženama i ženskim procesima dovodi nas do pregleda medicinskog stava prema ženskim procesima. Širokoprihvaćeni tretman lijekovima tih procesa može dovesti do rizika za zdravlje kroz uporabu kontraceptiva za liječenje simptoma predmenstrualnog sindroma, ili hormona za liječenje menopauze. Današnje prakse ženstvenosti i žensku ulogu u društvu potrebno je sagledati kako bismo ustanovili postoji li utjecaj na zdravlje koji proizlazi iz patrijarhalne kulture. Utjecaj patrijarhata na zdravlje žene u ovom se radu promatra kroz nekoliko aspekata: kroz rodne uloge, kroz tjelesnu konstrukciju ženstvenosti, kroz pristup medicinske znanosti (ginekologije i psihijatrije) prema ženama, te kroz pregled ženskih procesa kroz perspektivu suvremene medicinske znanosti.

1.1. SOCIOLOGIJA ZDRAVLJA I BOLESTI

Polazišna teza ovog rada je da se bolesti ne šire slučajno već „postoje određeni društveni uvjeti i obrasci ponašanja koji promiču zdravlje, odnosno uvjeti koji pogoduju obolijevanju, nastanku bolesti i smrti“ (Štifanić, 1999:206). Kako bismo razumjeli ovu tezu, moramo obratiti pažnju na područje sociologije koje se bavi zdravljem i bolešću. To je područje razvijeno prije otprilike dva desetljeća, a najviše interesa pobuđuje u Sjedinjenim Američkim Državama, gdje u zadnjih desetak godina postoji značajnije zanimanje za sociološka istraživanja zdravlja i bolesti (Francis, 2006:591). Osim u SAD-u, medicinski sociolozi u velikoj mjeri djeluju u Velikoj Britaniji i Njemačkoj. Sociološka istraživanja zdravlja i bolesti proučavaju društvene čimbenike koji mogu izazvati razne bolesti i nepovoljno utjecati na njihov razvoj i ishod (Štifanić,1999:191). Ona nastoje otkriti ono što je prethodilo bolesti, to jest koliko je ponašanje osobe, okoline i društva utjecalo na pojavu i razvoj bolesti. Ponašanje žena u ovom radu promatramo u okviru kulturnih normi, stavova i ponašanja i to u domeni ženskog odnosa prema svojim fizičkim procesima. Društveni utjecaj promatran je iz prizme patrijarhalne kulture i medicinske prakse. Bolest ima društvene korijene i na taj način postaje društveno stanje. Posljedično, istraživanje uzroka i posljedica bolesti ima svoj smisao u društvenim znanostima (Štifanić, 1999:192). Pitanja kojima se bave sociološka istraživanja zdravlja i bolesti jesu: kako stil života, spol, dob, rasa, društveno-ekonomske, socio-kulturne i druge razlike među ljudima utječu na kvalitetu zdravlja te na pojavu bolesti i njezin ishod (Štifanić,1999:191)? Tradicionalno, stav prema bolestima i zdravlju stavljao je naglasak na individualnu patologiju u kojoj prevladava mišljenje da je bolest isključivo proizvod djelovanja mikroorganizama na ljudsko tijelo. Odnos prema bolesti u dvadesetom se stoljeću promijenio na taj način da se uvjeti društvene sredine i odnosa u društvu tretiraju kao patogeni čimbenici. Danas se bolesti promatraju s obzirom na društveni, ekonomski i kulturni položaj, odnosno identitet osobe i njeno ponašanje (Štifanić, 1999:192). Vrsta, oblik i smisao liječenja u suvremenom određena je onime što pojedinac, odnosno skupina definira kao normalno ponašanje i kako se ponaša (Štifanić, 1999:192). Upravo se na takvu individualnu i skupnu patologiju usredotočuje sociološka perspektiva.

1.1.1. DRUŠTVENE ZNANOSTI I BOLESTI

Tri su glavna razloga za interes društvenih znanosti za bolesti i oboljenja u suvremenom društvu: prvi je razlog veliki utjecaj bolesti na život pojedinaca i društvene skupine, drugi je u činjenici da se bolest ne pojavljuje samo kao ishod napada patogenih klica koje napadaju tijelo nego kao rezultat konkretnih društvenih uvjeta, ponašanja, odnosa i procesa, a treći se razlog odnosi na sve veći raskorak između anatomskih karakteristika čovjeka, prilagođenih prehistorijskoj okolini i današnjih uvjeta života (Štifanić, 1999:193). Fokus ovog rada usredotočen je na teoriju da se bolesti ne pojavljuju kao ishod napada patogenih klica, već ih vidi kao rezultat konkretnih društvenih uvjeta, ponašanja, odnosa i procesa. Primjerice, istraživanje¹ provedeno u Engleskoj, pokazalo je da društvo koje tolerira spolne nejednakosti ima veću vjerojatnost da bude nezdravije mjesto za živjeti za žene i muškarce, u usporedbi s egalitarnijim društvom. U istom je istraživanju primjećeno da što je veća razina ženske političke participacije, niža je njihova stopa smrtnosti (Kawachi, 1999). Sociološka analiza populacijske dinamike pokazuje da zdravlje i bolest nisu samo osobni ili psihološki problemi već su društveno uvjetovani (Štifanić, 1999:193). Razlog tome je što društveni čimbenici utječu na kvalitetu i trajanje života, ali i na vjerojatnost pojave bolesti, vrstu bolesti, vrstu i kakvoću zdravstvene zaštite te na vjerojatnost ozdravljenja, odnosno smrti (Štifanić, 1999:193). Jasan primjer utjecaja društvenih čimbenika na kvalitetu života, kakvoću zdravstvene zaštite i ostalog jest način liječenja u različitim kulturama i društvenim periodima. U primitivnim kulturama, liječenje izvodi врач dok se u modernom društvu uzrok istih problema tretira smještanjem u bolnicu, davanjem lijekova i zračenjem. Također, način na koji se osobu liječi ovisi i o pripadnosti društvenom sloju. Drugi se primjer, vezan za liječenje u različitim društvenim periodima, odnosi na uzroke smrti u predindustrijskim i industrijskim društvima. Najčešći uzroci smrti u predindustrijskim društvima bile su akutne infekcije, problemi vezani uz prehranu i paraziti, a stope smrtnosti najviše su među djecom koja umiru od bolesti poput difterije, poliomielitisa i tifusa (Štifanić, 1999:193). U industrijskim društvima bolesti su kroničnog tipa, a najviše stope smrtnosti su kod oboljelih od karcinoma, infarkta, srčanih bolesti te emfizema pluća (Donati, 1986 prema Štifanić,

¹ Kawachi, I., 1999. „Women's Status and the Health of Women and Men: A View from the States“ prema Hayes, Prior, 2003)

1999:193). Cilj proučavanja odnosa između društva i stanja zdravlja i bolesti je otkrivanje društvenih uzroka bolesti.

Faktori koji mogu utjecati na zdravlje i bolest su: položaj u socijalnoj strukturi, ponašanje osobe, aspekti fizičke ili socijalne okoline, stajališta socijalne strukture, psihološki stavovi, društveni status osobe, te povezanost rase sa stopama obolijevanja (Štifanić, 1999:196). Također, važno je naglasiti da su kakvoća zdravlja, stope obolijevanja i umiranja, općenito i za pojedine bolesti, kao i promjene tih stopa povezane s brojnim socijalnim identitetima, osobito spolom, socioekonomskim statusom, zanimanjem i dobi (Štifanić, 1999:196). Osim spola, rod je čimbenik koji ima velik utjecaj na zdravlje: „smatra se da je zdravlje određeno rodom zato što na sve životne prilike, uključujući životne šanse, jako utječe rod“ (Hayes, Prior, 2003: 48). Najjednostavniji primjer jest tvrdnja da muškarci češće doživljavaju ozljede, dugotrajnu invalidnost i neke za život opasne bolesti što neki autori tumače razlikama među spolovima (Varbrugge, 1985., Waldron, 1983. prema Štifanić 1999:196). Primjerice, u objašnjenjima razlika između spolova kod stope povreda u djetinjstvu ističe se uloga koju nameću roditelji jer neka kulturna uvjerenja drže da muškarci moraju biti hrabri, agresivni i poduzimati riskantne poduhvate. Roditelji, u skladu sa svojim kulturnim uvjerenjima, očekuju od muške djece da u svojoj okolini djeluju na fizički agresivniji način iako dječaci nisu spretniji od djevojčica u motoričkom razvoju (Štifanić, 1999:197), te ih na taj način kulturno prihvaćene, iako u biologiji neutemeljene, spolne razlike dovode do ozljeda. U ovom radu, definiram zdravlje prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), pri čemu je zdravlje stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog dobrostanja, a ne jednostavno odsutnost bolesti ili slabosti². Takva definicija omogućuje šire shvaćanje pojma „zdravlje“, u kojem se dobrostanje pojedinca ne mjeri isključivo odsutnošću bolesti, već se priznaju ostali faktori koji mogu narušiti zdravlje, a koji počesto nisu izraženi kroz osobnu patologiju. Glavni faktor kojim se koristimo jest rod.

²Definicija na engleskom glasi: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“.

1.1.3. ROD I ZDRAVLJE

„Određeni pokazatelji spola relevantni za zdravlje mogu biti manje izravni te se mogu objasniti posljedicama propisanih uloga vezanih za spol³“ (Štifanić, 1999:197). Službeni stav Svjetske zdravstvene organizacije naglašava da i rodne razlike i rodne nejednakosti mogu potaknuti nepravednost u zdravstvenom statusu muškaraca i žena i dostupnosti zdravstvene brige za muškarce i žene. Navedeni su primjeri⁴ utjecaja rodnih nejednakosti i razlika na zdravlje: a) žena ne može primiti potrebnu zdravstvenu skrb jer ju norme u njejoj zajednici sprečavaju da putuje sama do klinike, b) adolescent umire u nesreći jer pokušava ispuniti očekivanja njegove zajednice koja prepostavljaju da bi mladi muškarci trebali biti hrabri i riskirati, c) udana žena zarazi se HIV-om jer društveni standardi potiču promiskuitet njenog muža dok simultano sprečavaju nju da inzistira na kondomu. Ili, s obzirom da muškarci više obolijevaju od raka pluća nego žene, to je objašnjeno time da se pušenje smatra atraktivnom oznakom muškosti, dok se kod žena na pušenje gleda s neodobranjem. U svakom od ovih slučajeva rodne razlike i vrijednosti, te rezultirajuća ponašanja negativno utječu na zdravlje. Rodna slika u određenom vremenu i mjestu može biti jedna od većih prepreka, a ponekad i jedina najvažnija prepreka koja stoji između muškaraca i žena i postizanja dobrostanja⁵. Norme i rodne vrijednosti nisu fiksne, te njihovi oblici evoluiraju kroz vrijeme i prostor, a s obzirom na to zdravstvene posljedice koje su rezultat rodnih razlika i nejednakosti nisu statične. U ovom radu usredotočujem se na rodne razlike i nejednakosti između muškaraca i žena, te svoju pažnju usmjeravam na ženu. U većini društava, žene imaju niži društveni status od muškaraca, koji stvara nejednake odnose moći. Primjerice, žene imaju niže statuse u obitelji, zajednicama i društvu i time imaju manje pristupa resursima i manje kontrole nad resursima i imaju manje prilike sudjelovati u donošenju odluka od muškaraca. To su faktori koji su doveli do sistematskog obezvrijeđivanja i zanemarivanja ženskog zdravlja⁶. Zdravlje žena i djevojaka izaziva posebnu zabrinutost jer u mnogim društvima žene i djevojke osjećaju diskriminaciju koja je ukorijenjena u

³ Spol je biološka kategorija i povezan je s tipom tijela koje smo dobili rođenjem, a rod je „kulturalna definicija ponašanja koje se u određenom društvu ili određenom vremenu pripisuje muškom ili ženskom spolu, odnosno socijalne uloge i aranžmani utemeljeni na fizičkim razlikama bioloških spolova“ (Geiger, 2006: 16).

⁴ Primjeri preuzeti sa WHO. URL: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (22.05.2014.)

⁵ Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, URL: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, (22.4.14.)

⁶ What is gender based approach to general health? URL: <http://www.who.int/features/qa/56/en/> (22.05.2014)

sociokulturnim faktorima i zbog koje su one u nemogućnosti dobiti zadovoljavajuće zdravstvene usluge. Neki od sociokulturnih faktora zbog kojih su žene i djevojke spriječene u korištenju kvalitetnih zdravstvenih usluga i dosezanju najbolje moguće razine zdravlja su: nejednaki odnosi moći između muškaraca i žena, socijalne norme koje smanjuju obrazovanje i prilike za plaćeno zaposlenje, isključivi fokus na ženske reproduktivne uloge i potencijalno ili stvarno fizičko, seksualno i emocionalno nasilje⁷. Lorber smatra da danas, u državama s pozapadnjačenim medicinskim sustavom rod, kombiniran s rasom i socijalnim statusom, jako utječe na zdravlje i dugovječnost. Ona taj utjecaj ne nalazi u psihološkim faktorima već u različitim poslovnim i obiteljskim odgovornostima, sudjelovanju u rizičnim ponašanjima, te u bračnom i ekonomskom statusu (Lorber, 1994: 45). Lorber češće razbolijevanje žena objašnjava kao posljedicu „stresa kojeg donose rutinizirani poslovi, briga za djecu, briga za starije roditelje i „dvostruki dan“ posla i rada u kući (Lorber, 1994: 45). Osim stresnih uvjeta zbog višestrukih uloga u kojima žene sudjeluju, rodno određene društvene uloge također mogu imati utjecaj na razvoj bolesti kod pojedinaca ili skupina.

2. RODNE ULOGE ŽENA

Rodne razlike utemeljene su u kulturi, koja je patrijarhalna. Patrijarhalna kultura te proizlazeća diskriminacija, seksizam i androcentrizam pretpostavljaju da su žene po prirodi podređene, i manje važne od muškaraca. „Žene su kao i žene i kao majke svugdje bile u položaju „drugoga“ , osobito u patrijarhalnim društvima kakva je većina poznatih povijesnih i suvremenih društava“ (Galić, 2006: 149). Prema Mariji Geiger, upravo ono što daje socijalno značenje biološkim spolnim razlikama jest patrijarhalna moć (Geiger, 2006: 16). Za percepciju uvjeta u kojima žena živi važno je osvrnuti se na uloge u društvu koje su namijenjene ženama. Najčešće, „žene dobivaju ulogu domaćice, rađateljice djece, skrbnice o bolesnima, pomagačice u domaćinstu i pasivne partnerice u emocionalnim odnosima“ (Pollak prema Oakley, 1972: 71). Osim što je žena svedena na položaj majke, rađateljice, domaćice, na tu se ulogu gleda s prezirom. Rad žene u kućanstvu ili kao majke se ne cijeni, smatra se nečim prirodnim, samim po sebi dostatnim i vrhovnim ostvarenjem žene. „Iako se danas čini da su žene i muškarci

⁷ Maternal health. URL: http://www.who.int/topics/maternal_health/en/ (20.05.2014.)

ravnopravniji, te da su žene oslobođene od ekskluzivnog rada u kući, još uvijek vlada ideologija da žena mora nastaviti s kuhanjem, čišćenjem, i brigom o djeci čak i kada radi puno radno vrijeme u poslovima i profesijama koje su prije bili rezervirani za muškarce“ (Bordo, 1993: 71). Dakle, osim tradicionalnih uloga domaćice i majke, žene u suvremenom društvu dobivaju dodatne uloge radnica, koje mogu imati opterećujuć učinak. „Uloge koje igraju žene mogu ih izvrgnuti većem riziku psihološkog stresa, bilo zbog socijalnog obezvrijeđivanja statusa žene kao čuvara doma ili pretjeranih zahtijeva koji se postavljaju ženama zbog višestrukih uloga“ (Verbrugge, 1985., Gove, 1985. prema Štifanić, 1999: 197). Mnoga stresna iskustva stvaraju socijalne strukture i položaj ljudi unutar njih, a „najobuhvatnije od tih struktura su sustavi stratifikacije temeljeni na ekonomskoj klasi, rasi, etnicitetu i rodu. Niski status unutar stratifikacijskog sustava i nejednaka distribucija resursa, prilika i samopoštovanja mogu biti izvor stresnih životnih uvjeta“ (Pearlin, 1989: 242). Stresna okruženja i posljedice za zdravlje po Lorber proizlaze iz istovremenog sudjelovanja u više uloga. Razne se teorije bave otkrivanjem stresnih utjecaja okoline i njegovim utjecajem na zdravlje. Ipak, u ovom radu interes je promotriti ono što se smatra najvažnijom ulogom žene u patrijarhalnom društvu, a to je uloga majke.

2.1. ZDRAVLJE MAJKE

Žena-majka je osnovna uloga žene u društvu: „U patrijarhalnom društvu uvijek se podrazumijevalo da je žena-majka i da je to osnovna ženska uloga prema kojoj se mjere svi drugi njezini odnosi“ (Galić, 2006: 150). Anne Wilson Schaeff navodi: „u ovoj kulturi činjenica je da žena ne može biti punopravno ljudsko biće ako ne proizvodi djecu. Neki smatraju da se to promijenilo s pojavom ženskog pokreta, ali to nije točno (Wilson Schaeff, 2006:86). Wilson Schaeff smatra da je uvjet da žena zadobije punopravni status kao ljudsko biće to da ona ima djecu (Wilson Schaeff, 2006:86). Susan Bordo smatra da neke od najotpornijih neravnopravnosti u našem zakonskom i društvenom tretmanu žena obitavaju u domeni reproduktivne kontrole (Bordo, 1993: 71). Kako bismo uvidjeli načine na koje patrijarhalna kultura može utjecati na zdravlje žena moramo razmotriti kulturna uvjerenja proizašla iz patrijarhata i isto tako

medicinsku praksu koja liječi žene. Zdravlje majke (maternal health⁸) označava zdravlje žene tijekom trudnoće, poroda i postporođajnog perioda. Majčinstvo je u mnogim zemljama i za mnoge žene povezano s patnjom, lošim zdravljem ili čak smrću⁹. Svaki dan otprilike 800 žena umre od uzroka vezanih za trudnoću i porod, a koje se moglo spriječiti¹⁰. Većina smrti (99%) događa se u zemljama u razvoju, zbog siromaštva. Glavni direktni uzroci bolesti i smrtnosti majki uključuju krvarenje, infekcije, visoki krvni tlak, nestručni pobačaj i porođajne smetnje. No, u razvijenom svijetu, mnogi od zahvata koji su sastavni dio moderne medicine mogu utjecati na zdravlje majke. Christiane Northrup smatra da su „većina trudničkih smrti i trauma posljedica pothranjenosti, pretjeranog rada i pomanjkanja majčinske potpore a nisu *nužno* posljedica pomanjkanja sofisticirane medicinske intervencije“ (Levit, 1988 prema Northrup 2009: 414).

Važno je istaknuti dvije glavne ideologije pristupa ženskoj trudnoći i majčinstvu: pristup orijentiran na ženu i obstetrički pristup. Pristup orijentiran na ženu zove se još i model primalja i on je „idealni oblik pristupa u kojem je majka u srcu porođajnog iskustva“ (Kramarae, Spender, 2000: 155). Druga vrsta pristupa je opstetrički pristup, koji tretira svaku trudnoću kao bolest, a rođenje kao medicinski događaj koji treba kontrolirati i njime upravljati lijekovima i tehnologijom u bolnicama. Opstetrički pristup je važan, pogotovo kada je usmjeren na medicinski nadzor i kiruršku pomoć u trenucima krize. Problem leži u tome što ta vrsta pristupa „jednostavno nije prikladna za većinu žena“ (Kramarae, Spender, 2000: 155). Neki autori smatraju problematičnim to što u gotovo svim razvijenim zemaljama prevladava ideja o superiornosti opstetricije (Kramarae, Spender, 2000: 155) u odnosu na blagonakloni pristup koji uključuje žene i njihovu intuiciju i mudrost. Kultura podučava žene o odnosu prema majčinstvu, a medicina ih zbrinjava. Važno je istaknuti kulturni pristup porodu i majčinstvu, te medicinski kako bismo uvidjeli neke od rizika koje oni nose za zdravlje žene.

⁸ WHO. URL: http://www.who.int/topics/maternal_health/en/ (20.05.2014.).

⁹ Ibid.

¹⁰ WHO. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> (20.05.2014.)

2.1.1. KULTURA I MAJČINSTVO

Prvi od problema s kojim se susrećemo jest kulturno uvjerenje da je tehnologija superiornija od prirodne mudrosti tijela (Northrup, 2009: 420). Patrijarhalna kultura cijeni ono što se smatra „kulturnim“, dok ono što smatra „prirodnim“ označava kao manje važno. Jedno od osnovnih uvjerenja patrijarhalne kulture jest da „prirodno“ treba biti pokoreno, i to se čini tehnologijom. Tehnologija kontrolira, pokorava i usmjerava te se njome pokušava zamijeniti prirodne procese. Drugi problem, koji proizlazi iz kulture koja naglašava superiornost tehnologije jesu medijski prikazi žena koje rađaju. „Mlade žene iz televizije i filmova uče da se porođaj sastoji od hospitaliziranih žena koje leže na leđima u velikim bolovima, pokrivena plahtama, ležeći ispod jarkih svjetala, okružene doktorima u kutama i maskama koji prisustvuju krizi, ako ne i hitnom slučaju“ (Kramarae, Spender, 2000: 156). U većini medija trudnoća je prikazana kao hitan slučaj, i obzirom na takvu poruku i na to da su porođaji većinom u bolnicama, žene nikada ne vide ženu koja rađa i s obzirom na to „mogu se bojati bolova koji prate trudove ili imati manjak pouzdanja u kapacitete njihovih tijela da rodi djecu“ (Kramarae, Spender, 2000: 156). C. Northrup smatra da žene „kultura uči da je porođaj kao proces opasan i da ga treba staviti pod kontrolu“ (Northrup, 2000: 402) te zbog tog kulturnog uvjerenja mnoge žene razvijaju strah od poroda. Treći problem je kulturno odbijanje ženske intuicije, te posljedično nametanje osjećaja krivnje: „Ako njihova intuicija i njihove potrebe te njihova želja za mirnijim, manje invazivnim tretmanom vodi do preispitivanja rutine, najčešće ih se pita: „Zar vam nije stalo do vašeg djeteta?“, te im se nameće osjećaj krivnje ili sebičnosti“ (Kramarae, Spender, 2000: 155).

Teoretičarka Susan Bordo smatra da se trudnice u društvu smatra inkubatorima za fetuse. Kao primjer navodi povećanje broja slučajeva u kojima su trudne žene kojima je dokazana moždana smrt bile održavane na životu sve dok fetus nije bio dovoljno zreo da ga se porodi carskim rezom (Bordo, 1993: 81). Ona smatra da je ideologija „žene kao inkubatori za fetuse“ jača nego ikad i da još više zadire u živote trudnica. Glavna karakteristika te ideologije jest povećana zabrinutost oko životnog stila trudnice (Bordo, 1993: 81), na institucionalnom i društvenom nivou. Institucionalno, zabrinutost oko životnog stila trudnice najuočljivija je u sudskim progonima i preventivnim kažnjavanjima žena koje su optužene za ugrožavanje fetusa (Bordo, 1993: 81). Primjer koji navodi Bordo je slučaj Pamele Rea Stewart iz 1985. u kojem je Stewart optužena za

kriminalno zanemarivanje svog djeteta zato što nije uspjela slijediti medicinski savjete tokom trudnoće (Bordo, 1993: 81). Osim takvih zakonskih progona, Bordo uočava promjene u svakodnevnim stavovima ljudi, koji su postali posvećeni kontroli nad trudnicama. Primjer je slučaj dva konobara koja su odbila trudnici poslužiti alkohol, potom su otpušteni, ali u javnom televizijskom „showu“ Oprah Winfrey javnost se složila s njihovim postupkom (Bordo, 1993:81). U takvom kontroliranom okolišu Bordo uočava rizik za zdravlje majke: „Takva kontinuirana opreznost i stalni nadzor nad „okolišem“ kojeg omogućava nerođenom djetetu trudnicu mogu učiniti trajno napetom i zabrinutom (i utjecati na dobrostanje fetusa) ali nisu uzeti u obzir“ (Bordo, 1993: 84). Osim kritike društvene kontrole nad trudnicama, Susan Bordo kritizira društveno umanjivanje odgovornosti ostalih sudionika u procesu trudnoće: „Iako se od trudnica zahtjeva prekomjerna mjera brige, „niti otac niti država niti privatna industrija nisu odgovorni za niti jednu štetu koju mogu nanijeti fetusu, niti se od njih zahtjeva da pridonose brizi za njih“ (Bordo, 1993: 83). V.Shiva i M.Mies smatraju da trudne žene društvo ne vidi kao „izvore ljudske regeneracije, već kao „sirov materijal“ iz kojeg je ekstrahiran „produkt“, a produkt je dijete“ (Mies, Shiva, 1993: 26). U takvim uvjetima, majka nije ta koja je stvorila dijete, već liječnik. U tom kontekstu navode carski rez kao proceduru koja zahtjeva najviše medicinskog uplitanja i najmanje truda od maternice i žene, a smatra se da on omogućuje najbolje produkte (Mies, Shiva, 1993: 26). Dok je „prije fokus bio na organskom zajedništvu majke i djeteta, sad je centriran na „fetalnom ishodu“ kojeg kontroliraju doktori“ (Mies, Shiva, 1993: 26/7). Već je navedena teorija o tome da višestruke uloge mogu izvrnuti ženu stresu. U trudnoći ispunjavanje višestrukih uloga može imati negativan utjecaj na zdravlje i nositi rizike. Višestruke uloge koje žene u suvremenom društvu ispunjavaju (domaćica, skrbnica, kuharica, spremačica, radnica) nisu nužno blagonaklone njenom zdravlju u trudnoći. Trudnoća je razdoblje koje zahtjeva prilagodbe u smislu više odmora i brige o sebi (Northrup 2009: 403). „Ako žena ne odmara, odnosno ako ne brine za sebe, njeno blagostanje i zdravlje može biti ugroženo povećanim umorom, preranim trudovima ili toksemijom“ (Northrup 2009: 403). Istraživanja pokazuju da nesmanjivanje aktivnosti u trudnoći žene izlaže riziku; pilot-istraživanje o stresu i trudnoći trudnih liječnica i medicinskih sestara pokazalo je da se hormoni koje proizvodi nadbubrežna žlijezda i druga tkiva, pod fizičkim i mentalnim stresom povećavaju 58% tijekom razdoblja rada u usporedbi s razdobljima nerada (Northrup, 2009: 413). Društvena diskriminacija trudnica i žena koje koriste porodiljni još je jedan od kulturnih problema. 2005. u Velikoj Britaniji

30,000 žena izgubilo je posao jer su bile trudne ili su uzele porodiljni dopust¹¹, a 22% žena bilo je otpušteno nekoliko dana ili sati otkad je njihov poslodavac saznao da su trudne. Osim toga, žene se nakon porodiljnog često suočavaju sa smanjivanjem plaće ili su prisiljene raditi na nižoj poziciji nego prije poroda. Takva diskriminacija, koja u pitanje dovodi buduće financijsko stanje, a potom i zdravstveno blagostanje, može ženu također izvrgnuti negativnim emocijama straha, stresa i zabrinutosti oko vlastite budućnosti. Navedeni su neki od kulturnih utjecaja na zdravlje žene kao što su uvjerenje o superiornosti tehnologije, medijski prikazi žena koji mogu potaknuti strah ili nelagodu vezanu za porod, odbacivanje ženske intuicije, te povećana zabrinutost društva oko stila života trudnice, društvena diskriminacija trudnica te utjecaj višestrukih uloga. Potrebno je preispitati postupke opstetričkog pristupa ženama te uvidjeti njegov potencijalni utjecaj na zdravlje žene.

2.1.2. OPSTETRIČKI PRISTUP I ZDRAVLJE ŽENA

S obzirom na to da su „kulturni uvjeti nametnuli ženama da se predaju stručnjacima za porodiljstvo“ (Northrup 2009: 402), važno je promotriti način na koji medicina (ginekologija) pristupa porodu kao i prakse koje izvršava, a koje mogu imati utjecaj na zdravlje žene. U prošlosti, porodiljstvo je bila „praksa koja je omogućavala ženinom tijelu da reagira prirodno, no u suvremenom se društvu ono promijenilo u dominantnu i često nasilnu praksu“ (Northrup, 2000: 420). Danas zdravstveni sustav tretira porođaj kao hitan slučaj koji treba izliječiti (Northrup 2009: 417), te se koristi raznim načinima da odvoji ženu od iskustva poroda, od razumijevanja i osjećanja svog tijela, dok su bolnice projektirane tako da „ženu „spase“ od nelagode i neprilike porođaja...“ (Northrup 2009: 420). Opstetricija se može činiti nužnom ali samo zato što svaki zahvat vodi do drugog: ležanje u krevetu usporava trudove, indukcija ih ubrzava (što trudove čini bolnima), onda lijekovi ublažuju bolove, itd (Kramarae, Spender, 2000: 156). Opstetričare se ne uči da „pridaju pažnju ženi i njenoj trudnoći u kontekstu njenog života, već oni vide trudove kao nepodnošljivo bolne i preduge, a porođaj kao pretjerano kaotičan, riskantan i opasan“ (Kramarae, Spender, 2000: 155). Oni se oslanjaju na opsežna testiranja, nadzor, ispitivanja uz pomoć instrumenata, invazivne zahvate i uplitanje u tijek trudnoće i poroda korištenjem lijekova, uređaja i procedura koje su „postale norma samo zato što postoje, a rizici tih postupaka često su nepoznati

¹¹ Employment statistics. URL: <http://www.tommys.org/page.aspx?pid=377> (27.05.2014.)

javnosti, dok njihove dobrobiti nisu dokazane niti na jedan istinski znanstveni način“ (Enkin i sur., 1995; Goer, 1995 prema Kramarae, Spender, 2000: 155). Neki od tih postupaka su: epiduralna anestezija, carski rezovi, porodnička kliješta, urezi međice, vakuum-ekstraktori, oksitocin za pojačavanje trudova, no takve prakse mogu nositi rizik (Northrup 2009: 419).

Prvo se osvrćemo na epiziotomiju¹² ili postranični urez međice koji je rutinski zahvat i iako se porodničare podučava da je on nužan, on je „obično nepotreban zahvat tokom porođaja“ (Northrup, 2009: 422), a dugoročna korist tog zahvata nije dokazana (Northrup, 2009: 422). U SAD-u svake godine epiziotomija se obavlja čak u 80% svih porođaja, a „ima bolnica u kojima se ovaj zahvat obavlja u čak 100% slučajeva“ (Northrup, 2000: 422). Žene kojima se radi epiziotomija imaju 50% više šanse za laceracije, „puknuća“ međice uz rez epiziotomije ili produbljivanje istog reza, a zahvat može prouzročiti obilnije krvarenje, bolne ožiljke i nepotrebne boli nakon porođaja (Northrup, 2009: 422), dok su najnovija istraživanja pokazala da epiziotomija povećava rizik od dugotrajnog oštećenja dna zdjelice (Northrup, 2009: 11). Hoće li žena biti podrgnuta epiziotomiji „ne ovisi o njoj već o tome tko asistira pri porođaju, liječnik ili primalja (Northrup, 2009: 422)“. Ukoliko primalja asistira porodu, vjerojatnije je da žena neće biti podvrgnuta epiziotomiji upravo zbog ideologije ranije naglašene u „modelu primalja“. Epiziotomija je „u kliničkoj praksi primjer uvjerenja da žensko tijelo ne može roditi na zdrav način bez intervencije“ (Northrup, 2009: 423). Sljedeći su primjer carski rezovi: „Ne postoji napadniji primjer prevelike uporabe tehnologije pri porođaju nego što to pokazuje visok postotak primjene carskog reza u mnogim američkim bolnicama, što je rezultat medikalizacije porođaja“ (Northrup, 2009: 420). Northrup smatra da učestalost carskog reza ovisi o liječniku i bolnici, a ne o ženi. To podupire podacima da je prosjek carskih rezova u većini bolnica u SAD-u 25% dok u nekim gradovima žena bijele rase koja je zdravstveno osigurana ima 50% šanse da porod završi carskim rezom¹³ (Northrup, 2009: 420). Primjerice, prema izvješću Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2012. trend operativnog dovršenja poroda (carskim rezom) u većini zemalja raste (Rodin, 2013: 11). Za razliku od Northrup, Rodin objašnjava porast

¹² Unatoč tome što nije neophodan, „prema općim podacima na nacionalnoj razini u Americi svake godine epiziotomija se obavlja u čak 80% svih porođaja, a ima bolnica u kojima se ovaj zahvat obavlja u čak 100% slučajeva“ (Northrup, 2009: 422).

¹³ Primjerice, 50 do 85% žena koje su rodile carskim rezom mogu sljedeće dijete roditi normalnim putem no ta se mogućnost još uvijek ne nudi svim ženama koje su takve kandidatkinje (Northrup, 2009: 422)

carskih rezova s utjecajem volje roditelja: „Problem porasta carskih rezova povezuje se s utjecajem ... volje roditelja na odluku o načinu dovršenja poroda te mogućnostima naplaćivanja ovakvih postupaka u privatnim rodilištima, čak i onda kad nisu stručno opravdani...“ (Rodin, 2013: 11). Primjena carskog reza „isključivo prema stručnim smjernicama i „vraćanje“ prirodnom spontanom porodu, ukoliko drugačiji postupak nije neophodan, predstavljali bi pozitivan pomak nakon višegodišnjeg trenda porasta dovršenja operativnim putem“ (Rodin, 2013: 11). Carski rezovi povećavaju rizik poroda i mogu utjecati na zdravlje žene s obzirom na to da uključuju anesteziju, rezanje ženskog tijela i moguću postoperativnu infekciju (Kramarae, Spender, 2000: 156).

Osim invazivnih praksi epiziotomije i carskog reza, medicinska praksa često ne poštuje realne potrebe ženskog tijela, pa je tako ležeći položaj uobičajen pri porodu, no on nije prilagođen fiziološkim potrebama žena. Za ženu, normalan fiziološki položaj pri porođaju jest stojeći ili čučajući, a ne ležeći. Žene koje rađaju u normalnom fiziološkom položaju „znatno su manje izložene riziku od razdora međice i imaju puno više mogućnosti za normalan porođaj bez intervencija“ (Northrup, 2009: 424). Osim toga, taj položaj olakšava posao porodničaru¹⁴, ali ne i ženi¹⁵. U Hrvatskoj, primjerice, od 17 hrvatskih rodilišta¹⁶, samo četiri nude alternativne položaje pri porođaju, kao što je porođaj u vodi ili na stolcu. Moderna anestezija, iako ima svoje blagodati, također se u „porođajima koristi daleko previše“ (Northrup, 2009: 424). To potvrđuje činjenica da danas postoje opstetričke službe koje se reklamiraju nudeći ženama porođaj pod anestezijom (Northrup, 2000: 423). Rizici pri korištenju anestezije su „usporavanje prve i druge porođajne dobi, temperatura, češći rizici da porođaj završi forcepsom, češći razdori međice, češća fetalna trauma s većim postotkom carskog reza (Northrup, 2000: 423). Iako su se u novije vrijeme porodi u nekim zemljama modernizirali i prilagodili potrebama žena, do 1970. bilo je uobičajeno da majka ne vidi ništa od onoga što se događa iza plahti (Northrup, 2009: 425). Ginekologica C.Northrup smatra da se mnogi postupci koji se rutinski primjenjuju na ženama „uopće ne temelje na znanstvenim podacima nego su ukorijenjeni u predrasudi protiv unutarnje mudrosti i iscjeljujuće

¹⁴ Položaj je omogućavao da porodničar, u trenucima krize, lakše instalira instrument u rodnicu i oko glave djeteta (Northrup, 2009: 424/5)

¹⁵ Kod porođaja na leđima „tiskanje djeteta kroz porođajni kanal stvara znatno jači pritisak na stražnju stijenku rodnice što smanjuje promjer zdjeličnog izlaza, a to je idealna situacija za razdore međice“ (Northrup, 2009: 424)

¹⁶ Iako u je u Hrvatskoj ukupan broj rodilišta 31, podaci su poznati za njih 17. Podaci preuzeti sa E-beba.com, <http://www.e-beba.com/porod/porod-u-hrvatskoj/253-hrvatska-rodilista.html> (25.06.2014.)

moći tijela“ (Northrup, 2009: 11). Kritiku medicinskog sustava navodi i Bordo ističući da će velika većina trudnica biti spremna proći kroz značajnu količinu osobne neugodnosti, boli, rizika i ograničavanja njihovih sloboda da naprave ono što doktori savjetuju da je u najboljem interesu njihovog fetusa (Bordo, 1993: 83). Osim toga, Bordo problem vidi u medicinskom sustavu koji otežava siromašnim ženama da dobiju odgovarajuću prenatalnu brigu ili da majke koje su ovisnice potraže pomoć (Bordo, 1993: 83). „Kako stvari sada stoje, jedna od tri trudne žene ne dobivaju odgovarajuću prenatalnu skrb“ (Bordo, 1993: 84). Zanimljiv je podatak da kada je trudnoća prvi put pretvorena u medicinsko stanje, profesionalno (opstetričko) zbrinjavanje bilo je ograničeno na abnormalne slučajeve, dok su normalni slučajevi bili zbrinuti od strane prvotnih profesionalaca – babica (Mies, Shiva, 1993: 27). Dok je 1930. 70% porođaja zadovoljavalo uvjete da budu izvedeni kod kuće, 1950. godine ta se statistika rapidno promijenila tako da se za 70% porođaja smatralo da ne zadovoljavaju uvjete porođaja kod kuće, i od trudnica se zahtjevalo da djecu porode u bolnici (Mies, Shiva, 1993: 27). Osim što ženama pristupa nasilno, te svojim praksama dovodi do opasnosti i potencijalnih bolesti, infekcija i zdravstvenih rizika, medicinski sustav ima i svoje ekonomske interese u tijelima žena koji mogu narušiti zdravlje žene. Mies i Shiva smatraju da je plodnost „jedno vrijeme bila tretirana kao bolest, ne samo od strane farmaceutskih tvrtki koje su željele prodati svoje kontraceptive nego i od medicinskog sustava koji je imao očit interes u definiranju ženske plodnosti kao bolesti“ (Mies, Shiva, 1993: 188). Rizik za zdravlje žene u ovom je slučaju očit kroz problem sterilnosti: „Kroz vrijeme neke žene su se doista razboljele: boreći se protiv plodnosti s kontraceptivima. Jako je dobro poznato da je sterilnost o kojoj većina žena danas progovara djelomično rezultat invazivnih metoda kontracepcije i bezosjećajnog tretmana od strane doktora“ (Klein, Renate, 1989 prema Mies, Shiva, 1993: 189). U novije vrijeme, ekonomski interes medicina nailazi u reproduktivnim tehnologijama, koje također mogu utjecati na zdravlje žene. „U razvitku novih medicinskih tehnologija, žensko tijelo otkriveno je kao novo polje ulaganja i polje stvaranja profita za znanstvenike i medicinske inženjere. Reproductivne tehnologije nisu razvijene jer ih žene trebaju, nego jer kapital i znanost treba žene za nastavak svog modela rasta i napretka“ (Mies, Shiva, 1993: 175). Nove reproduktivne tehnologije na ženu utječu dvojako. Prvenstveno se čini da zbog velikog izbora tehnologije pomažu ženama da rade ono što one žele (da zatrudne, da spriječe spontane pobačaje, da rode zdravo dijete na vrijeme). Ali s druge strane, „oni koji podupiru i prakticiraju korištenje

reproduktivnih tehnologija kontinuirano ohrabruju žene da tretiraju svoja tijela kao pasivne instrumente za ove ciljeve i da voljno i spremno istrpe komplicirane i invazivne režime dijagnostičkih testiranja, dnevnog monitoriranja, injekcija, i potrebnih operativnih procedura“ (Bordo, 1993: 85). Na taj način, jedan element ženske subjektivnosti je zbrinut ali ostali elementi (ulaganje u karijeru, druge emotivne potrebe, važnost drugih osobnih odnosa) su minimalizirani, marginalizirani i (kad ih žene odbiju potisnuti) navode na osjećaj krivnje i potrebu za samoispitivanjem (Bordo, 1993: 85).

Osim postupaka koje čini u procesu porođaja, koji mogu utjecati na zdravlje žene, medicinski sustav može utjecati na zdravlje žene postupcima koje ne čini ili ih čini suviše rijetko. Jedan od važnih faktora pri porođaju, trudnoći ili majčinstvu za ženu jest potpora: „Žene pri porođaju trebaju ohrabrenje i potporu punu ljubavi kako bi se potaknula sposobnost da rode normalno“ (Northrup 2009: 415), a „istraživanja pokazuju da su žene koje nemaju potporu ili koje su pod jakim stresom tijekom trudnoće češće izložene negativnom razvoju događaja (Northrup 2009: 403)“. No, žene prečesto podršku ne dobivaju, jer „i liječnici i sestre zastupaju ista stajališta o porođaju kao o krizi ili neprilici koju treba izliječiti je što prije moguće“ (Northrup 2009: 415). Osim toga, podaci pokazuju da su žene koje nemaju potporu pri trudovima izložene većem riziku produženih trudova i lošem ishodu (Northrup 2009: 415). Trudove medicina tretira, kako je već naglašeno, kao pretjerano duge i bolne, te ih nastoji skratiti postupcima koji izazivaju bol. Za ženu, socijalna podrška u trenutku poroda i početka majčinstva iznimno je bitna. Nedostatak podrške može imati svoj utjecaj na razvoj postporođajnih stanja. Uloga majke u patrijarhalnom društvu ima dvojako značenje: s jedne strane majčinstvo se od žene očekuje, a s druge iskustvu majčinstva se umanjuje značaj. Potrebno je razmotriti postporođajna stanja i pripadajuće im uzroke kako bismo uvidjeli na koji način izostanak socijalne potpore može utjecati na zdravlje žene.

2.1.3. POSTPOROĐAJNA STANJA

Postporođajna depresija je stanje koje „još nije dobro istraženo“ (Northrup, 2000: 452). Oko 80% žena pati od potištenosti dva tjedna nakon porođaja (Northrup, 2000: 452). U postporođajna stanja ubrajaju se tzv. „baby blues“ odnosno postporođajna tuga, postporođajna depresija te postporođajna psihoza. Postporođajna depresija zahvaća 10-20% majki u prvoj godini nakon poroda (O'Hara, 1984. prema Stuchbery, Matthey, Barnett, 1998: 483). Simptomi uključuju loše raspoloženje, zaboravnost,

iritabilnost, tjeskobu i probleme sa spavanjem, bespomoćnost, beznadnost, osjećaj nesposobnosti za ispunjavanje zahtjeva okoline. Iako je nedovoljno istražena, a javnost neinformirana, bitno je osvrnuti se na postporođajnu depresiju iz dva razloga: prvi je taj da je što kulturno poimanje majke može utjecati na njen razvoj, a drugi to što ponekad zdravstveni profesionalci ignoriraju ili trivijaliziraju „taj neugodan i uobičajen poremećaj“, ili zbog tog što ga ne razumiju ili zato što ne znaju kako pomoći (Jebali, 1991.) Majčinstvo se smatra razdobljem blaženstva i sreće, nečim što je samo po sebi ispunjavajuće. U slučaju postporođajnih stanja, kao što su postporođajna tuga, depresija, psihoza majke ne osjećaju blaženstvo i sreću već zbunjujuće i kontradiktorne emocije. Mnogi početni simptomi počesto se previđaju kako od strane majke, tako i od strane okoline jer emocije poput nezadovoljstva ili nezainteresiranosti za dijete nisu u skladu s društvenom percepcijom majčinskih osjećaja. Kao veliki utjecaj na razvoj „baby-bluesa“ navodi se psihički stres zbog samog poroda, hormonalne promjene, umor i neispavanost, bol uzrokovana epiziotomijom ili carskim rezom, mastitis i ostali problemi sa zdravljem majke, kao i to što su nakon prvih par dana majci manje dostupni raznorazni sistemi socijalne podrške¹⁷. Kao što je već navedeno, kulturno prihvaćeni opstetrički pristup pogoduje razvoju ozlijeda u tijelu žene primjenjujući prečesto zahvate koji nisu nužni. Neki autori smatraju da je za poboljšanje mentalnog zdravlja majke u postporođajno vrijeme bitna podrška kroz kulturne rituale, te dodjeljivanje vrijednosti ulozi majke (Cox 1988; Rice 1994; Stern and Kruckman 1983. prema Stuchbery i sur. 1998: 483). Za razliku od toga, u patrijarhalnom društvu uloga majke je počesto beznačajna, degradirana ili shvaćena kao nešto prirodno i samim time nebitno. Socijalna podrška majkama koje osjećaju negativne emocije vezane za iskustvo poroda ili djeteta često može izostati zbog nedovoljne informiranosti i kulturnih uvjerenja o ulozi majke (da je žena stvorena za majku, da emocije i majčinsko ponašanje dolazi „prirodno“). Percepcija socijalne podrške isto je tako važan faktor u sprečavanju razvoja postporođajne depresije: „Postoje neki dokazi da percipirani nedostaci u socijalnoj podršci mogu prethoditi razvoju postporođajne depresije“ (Robinson et al 1989., Stein et al 1989. prema Stuchbery, Matthey, Barnett, 1998: 484). Primjerice, ako majka percipira odnos sa svojim partnerom kao loš, to može biti značajno povezano sa postporođajnom depresijom (Kumar i Robinson, 1984; O'Hara i sur. 1984; Stein i sur. 1989; Watson i sur. 1984 prema Stuchbery i sur. 1998: 484). Detaljnija analiza aspekata

¹⁷ „Baby blues“, postporođajna depresija i psihoza. URL: <http://www.roda.hr/article/readlink/907> (04.06. 2014.)

bračne veze koji su povezani s postporođajnom depresijom otkrivaju su faktori koji pridonose osjetljivosti na postporođajnu depresiju ženska nemogućnost da se osloni na partnera ili njena percepcija nedovoljne emocionalne potpore od strane partnera (Boyce i sur. 1991; Stein i sur. 1989 prema Stuchbery i sur. 1998: 484). Postporođajnu depresiju ne uzrokuje jedan razlog, na njen razvoj imaju utjecaj fizički faktori, emocionalni faktori i životni stil¹⁸. Pod fizičkim promjenama podrazumijevaju se hormonalne promjene, emocionalni faktori uključuju nedostatak sna, tjeskobu zbog novog iskustva, borbu sa vlastitim identitetom, te osjećaje gubitka kontrole nad životom. Životni stil kao faktor razvoja postporođajne depresije uključuje zahtjevno dijete ili skrb o zahtjevnom starijem rođaku, probleme s dojenjem, financijske probleme i nedostatak potpore od partnera ili voljenih osoba¹⁹. Osim nedostatka podrške nakon poroda, na postporođajna stanja utječe i traumatičan porod. Postporođajnu depresiju „pogoršava svaki osjećaj neuspjeha ili izostanka željenog iskustva“ (Northrup, 2000: 452). Porodaj koji ne završi prema planu može biti traumatizirajući za um i tijelo, pa „žene mogu prolaziti vrstu postraumatskog stresnog poremećaja“ (Northrup, 2000: 452). C.Northrup smatra da puno toga može ostati nedovršeno u ženskom tijelu u vezi s porođajem ako žena nema potporu, a prema njenom iskustvu „većina žena nema ni izdaleka onu potporu koju bi trebale imati tijekom babinja“ (Northrup, 2000: 453). Za ublažavanje simptoma postporođajne depresije preporučuje se puno odmora i to da majka prestane obavljati sve zadatke (pranje, kuhanje, pospremanje) koje je obavljala prije poroda, a za koje osjeća pritisak da ih mora obavljati, jer „za mnoge žene skrb i odmor prestaju onog trenutka kada se vrate kući“ (Northrup, 2000: 451). Druga najčešća uloga, često neprimjećena i nedovoljno nagrađivana uloga žene u društvu jest uloga skrbnice. Potrebno je osvrnuti se na potencijalne zdravstvene rizike koji prate skrbništvo za druge ljude.

2.2. SKRB ZA DRUGE I ZDRAVLJE

Osim uloge majke, osobina zbog koje je ženama „dopušteno bivanje u patrijarhalnom društvu jest naša osobina „bića za druge“ “ (Burstow, 1992: 28). Smatra se da davanje i briga koju žena posvećuje okolini proizlazi iz njezine vrline brižnosti i

¹⁸ Postpartum depression. URL:<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/postpartum-depression/basics/risk-factors/con-20029130> (03.06.2014.)

¹⁹ Ibid.

velikodušnosti, a ta se vrlina „smatra urođenom, ona se od nas zahtijeva i onda kad je očito da se ponašamo drugačije“ (Burstow, 1992: 28). „Patrijarhalno uređenje našeg društva zahtijeva da žene, građani drugog reda, zaborave ili ostave svoje nade i snove da bi udovoljile muškarcima i zahtjevima svojih obitelji“ (Northrup, 2000:5). Anne Wilson Schaef smatra da društvo ženu podučava kako je skrb za druge najvažniji zadatak žene, te da kada počne skrbiti za sebe, društvo pokušava u ženi izazvati osjećaj krivnje (Wilson Schaef, 2006:76). Bordo tumači ulogu skrbnice kroz pravila koja konstruiraju ženstvenost: „Pravila za konstrukciju ženstvenosti zahtijevaju da žena nauči hraniti ostale, ne sebe, i da tumači svaku želju za samozbrinjavanjem i hranjenjem sebe kao pohlepnu i pretjeranu (Bordo, 1989: 171). Skrb za druge, umjesto za sebe, može za ženu značiti da zanemari vlastite simptome ili prekasno posjeti liječnika, s već uznapređovalom bolešću, te tako smanji vlastite šanse za oporavak. Kako bismo objasnili potencijalni utjecaj skrbi za druge na zdravlje žene, potrebno je definirati pojam „neslužbenog skrbnika“. Neslužbeni skrbnik je neplaćeni pojedinac (supružnik, partner, obiteljski član, prijatelj ili susjed) uključen u pomaganje drugima u svakodnevnim aktivnostima i/ili medicinskim zadacima²⁰. Postotak žena koje pružaju neformalnu skrb je između 59% i 75%²¹. U odnosu na muškarce, žene provedu 50% više vremena brinući za druge (to su najčešće supružnici, roditelji, roditelji supružnika, susjedi). Način na koji žene skrbe za druge razlikuje se od onog na koji skrbe muškarci; muškarci češće preuzimaju zadatke financijske potpore, dok žene obavljaju više zadataka i teže zadatke (prematanje, kupanje, itd.). Takva vrsta skrbi, u koju žene ulažu mnogo vlastitog vremena, energije, snage i volje ponekad može imati negativni učinak na samu ženu. Problem koji prvenstveno dolazi do izražaja je financijske naravi. Zbog skrbi za druge, mnoge žene dobivaju otkaz ili svojevoljno odlaze s radnog mjesta, što u konačnici može utjecati na financijsko dobrostanje. Osim utjecaja koji ima na financijsko dobrostanje, skrb za druge može utjecati i na zdravlje žene: više od jedne trećine skrbnika i sami pate od lošeg zdravlja²². Neki od utjecaja vidljivi su u povećanom stresu, osjećaju opterećenja, smetnjama u društvenim aktivnostima skrbnika, kao i u riziku za emocionalne i fizičke zdravstvene probleme²³. Od fizičkih

²⁰ FCA:Selected Caregiver Statistics. URL: <https://caregiver.org/selected-caregiver-statistics> (30.05.2014.)

²¹ Arno, P.S. (2000). The economic value of informal caregivers, US, 2000. URL: <https://caregiver.org/women-and-caregiving-facts-and-figures> (30.05.2014.)

²² Ibid.

²³ Risks for Family Caregivers. URL: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/faq/risks.aspx> (22.05.2014.).

zdravstvenih problema najviše se ističe rizik od koronarne srčane bolesti, rizik od moždanog udara, te povećan rizik od smrtnosti. Žene koje provedu devet ili više sati tjedno brinući za bolesnog ili bespomoćnog supružnika imaju dvostruko povećan rizik od koronarne bolesti srca²⁴. Povezanost zadataka skrbi i zdravlja žena očituje se u podatku da 25% žena ima zdravstvene probleme koji su rezultat njihovih skrbi i aktivnosti²⁵. Kod žena – skrbnica primjećene su povećane razine depresije i anksioznosti, a i ostali izazovi za mentalno zdravlje smatraju se učestalima. Jedno četverogodišnje istraživanje otkrilo je da su sredovječne i starije žene koje su skrbile za bolesnog ili onemogućenog supruga imale šest puta veću šansu da pate od depresivnih ili anksioznih simptoma u odnosu na one žene koje nisu imale obaveze skrbi²⁶. Probleme sa zdravljem, osim brige za supružnike, može imati i briga za roditelje. Žene koje su brinule za bolesne roditelje imale su dvostruko veću šansu da pate od depresivnih ili anksioznih simptoma nego žene koje nisu skrbile o svojim roditeljima²⁷. Osim depresije, kod neprofesionalnih skrbnica uočen je viši nivo agresivnosti i nedostatak osjećaja radosti, zadovoljstva, manje osobnih vještina i manje samoprihvatanja²⁸, te povećan stres povezan sa skrbištvom²⁹. Ostali zdravstveni utjecaji vezani za skrbištvo uključuju povećan krvni tlak i povećan rizik od razvijanja hipertenzije; općenito lošiji zdravstveni status; slabiju funkcija imuniteta; sporije zacjeljivanje rana i povećan rizik smrtnosti³⁰.

Osim direktnih utjecaja skrbičkih zadataka i obaveza na zdravlje, indirektni se odnose na zanemarivanje vlastitog zdravlja zbog nedostatka vremena ili financija. Zbog zahtjevnog rasporeda, skrbnici su manje skloni uključiti se u preventivna zdravstvena ponašanja i mogu zanemariti vlastito zdravlje (Schulz, 1997). U istraživanju iz 1999. godine, uočeno je da žene – skrbnice u 26% slučajeva (u odnosu na 13% žena koje nisu bile skrbnice) nisu podigle vlastite lijekove iz ljekarne zbog njihove cijene³¹. Financijski problemi koji mogu proizići iz skrbi za druge (uobičajeno je da neprofesionalni skrbnici gube posao ili sami daju otkaz) mogu u konačnici utjecati na to hoće li žena biti u mogućnosti zbrinuti sebe u trenucima narušenog zdravlja ili bolesti. Dvije od tri starije

²⁴ Ibid.

²⁵ Women and Caregiving: Facts and Figures. URL: <https://caregiver.org/women-and-caregiving-facts-and-figures> (22.05.2014.)

²⁶ Ibid.

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

žene koje skrbe ne koriste preventivne zdravstvene službe zbog pomanjkanja informacija i zbog troškova³². Utjecaj na zdravlje može imati i to što skrbnice dobivaju manje pomoći od vlastite obitelji za svoje probleme: starije žene koje brinu za voljene oboljele od demencije mogu biti osobito prijemčive na negativne zdravstvene utjecaje skrbištva jer dobivaju značajno manje pomoći od obitelji za vlastite zdravstvene probleme³³. Osim fizičkih i emotivnih gubitaka zbog pružanja skrbi, žene koje skrbe za druge imaju manje šanse da se njihove vlastite zdravstvene potrebe uvažavaju. Drugo istraživanje pokazalo je da žene koje skrbe o bolesnom ili nemoćnom supružniku imaju veće šanse da oboljele od visokog tlaka, dijabetesa i hiperoklorasterolemije, kao i to da su češće pušile i konzumirale zasićene masnoće³⁴. U usporedbi sa ženama koje nisu skrbele za nikog: 25% (u odnosu na 17%) ocijenile su svoje zdravlje kao prosječno ili loše, 54% (u odnosu na 41%) su imale jedno ili više kroničnih zdravstvenih stanja, 51% (u odnosu na 38%) su pokazivale simptome depresije, 16% (u odnosu na 8%) su imale dvostruko veću šansu da u protekloj godini ne dobiju potrebnu medicinsku skrb, a 25% (u odnosu na 16%) su imale problema s dobivanjem medicinske njege³⁵. Osim dvije glavne uloge koje žene zauzimaju u patrijarhalnom društvu, patrijarhalno društvo sklono je objektivizaciji žene. Objektivizacija žene provodi se na način da se ženu promatra kao tijelo.

3. ŽENA KAO TIJELO

Ugnjetavanje podrazumijeva vladavinu jedne grupe nad drugom (Burstow, 1992:23), u kojem jedna elitna grupa sustavno svodi „druge“ na objekte koje se „mora označiti, iskoristiti a u nekim slučajevima čak ih se i riješiti“ (Burstow, 1992:23). Ugnjetavanje žena počinje svodenjem žene na položaj objekta (Burstow, 1992: 23), a ono uključuje objektivizaciju i zlouporabu i ženskog uma i ženskog tijela. Ugnjetavanje žena „zasniva se na shvaćanju „žene kao tijela“ a predmet ugnjetavanja nije samo žensko tijelo već i svijest koja je shvaćena kao produžetak i metafora ženskog tijela (Burstow, 1992: 24). „Premda su moderna društva promijenila mnoge od karakteristika rigidnog patrijarhata, u smislu njegova otvorenog izražavanja, ona ni danas nisu lišena

³² Ibid.

³³ Ibid.

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid.

mizoginije i seksizma – omalovažavanja, podcjenjivanja i neprijateljskog odnosa prema ženama“ (Galić, 2006: 159). Prije svega, potrebno je osvrnuti se na pojam kulturnog tijela. Antropologinja Mary Douglas smatra da je tijelo moćna simbolična forma, ono služi kao površina na kojoj se središnja pravila i hijerarhija kulture upisuju i ponovno osnažuju kroz konkretan jezik tijela (Bordo, 1989: 165). No, tijelo nije samo kulturni tekst; Pierre Bourdieu i Michael Foucault (i drugi) smatraju ga praktičnim, direktnim lokusom socijalne kontrole (Bordo, 1989: 165). Takvo „kulturno tijelo“ je stvoreno kroz naizgled benigne prakse, trivijalna pravila i rutine, te je pretvoreno u automatsku aktivnost. „Kao takvo nadilazi svijesno poimanje, i svjesne, namjerne transformacije ne mogu ga dotaknuti“ (Bordo, 1989: 165). „Naša svijesna političke i društvena djela, te želja za promjenom mogu biti potkopana životom naših tijela – ne kroz instinktivno tijelo o kojem priča Platon, Augustin ili Freud, nego kroz ono što Foucault naziva „poslušnim tijelima“ koja su regulirana normama kulturnog života (Bordo, 1989: 165). Za Foucaulta, poslušno tijelo je ono kojeg se pokorava, iskorištava, transformira i poboljšava (Foucault, 1991: 180). Foucault smatra da je u svakom društvu tijelo bilo u stisku vrlo snažne moći, koja je nametala tijelu zabrane, ograničenja i obaveze, a početak opresije nalazi u klasičnom dobu u kojem je tijelo otkriveno kao objekt i meta moći (Foucault, 1991: 180). Mnogo se pažnje pridavalo tijelu koje je poslušno, vješto i koje stremi pojačavanju svoje snage. Tijelom se manipuliralo, oblikovalo ga, te ga se mijenjalo (Foucault, 1991: 180). Elizabeth Grosz smatra da se „žensko (ili muško) tijelo ne može smatrati kao nepromjenjiva, konkretna supstanca, predkulturno jer ono ima konačnu formu jedino kroz socijalni upis (Grosz, 1987 prema Brush, 1988:22). Time tijelo postaje plastično, a rod i kulturni standardi upisani su u njega (Brush, 1988:22). „Tijelo – ono što jedemo, ono što oblačimo, dnevni rituali kroz koje se posvećujemo tijelu - je medij kulture“ (Bordo, 1989: 165). Tijelo je „bitna stavka u ženinom osjećaju ženstvenosti“ (Bartky, 1997: 78), a „ženstveno“ je tijelo društveno konstruirano kroz prikladne prakse te je „to tijelo u većini slučajeva ključno u ženskom osjećaju sebe kao žene, i s obzirom da ljudi trenutno mogu postojati samo kao muško ili žensko, za njen osjećaj sebe kao postojećeg pojedinca“ (Bartky, 1997: 78). Tijelo koje je bitna stavka ženinog osjećaja ženstvenosti u prošlosti se (a i danas) nagrđivalo i oblikovalo u erotične svrhe koje su odredili muškarci: „Poznat je običaj povezivanja i sakaćenja stopala u Kini jer su „muškarce uzbuđivala mala stopala (Burstow, 1992: 24). Klitorektomija u afričkim zemljama „vrši se nad ženama svih klasa da njihov užitak ne bi ometao muškarčev, i prisilno im se stavlja pojas nevinosti – praksa koja je jasno

usmjerena na muško zadovoljstvo, a na račun ženske agonije“ (Burstow, 1992: 24). Etnocentrični pogled Zapada na takve prakse gleda s neodobravanjem i smatra svoju kulturu i sebe kao „prosvjetljenije“ (Burstow, 1992: 24). Istodobno, primjećuje Burstow, „žene u zapadnim zemljama podvrgavaju se opasnim operacijama dojki da bi njihove grudi odgovarale erotičnim standardima muškaraca, briju noge jer muškarci vole glatku kožu, zatežu lice, ispravljaju noseve i idu na elektrolizu, zaustavljaju znojenje, parfimiraju genitalije i čupaju obrve“ (Burstow, 1992: 24). U svim ovim procesima žene su na gubitku jer se „naše tijelo dijeli, degradira, oštećuje i otuđuje od nas“ (Burstow, 1992: 24). Zdravstveni problemi koji proizlaze iz takvih praksi nisu zanemarivi i predmet su interesa ovog rada. Bartky te prakse postavlja unutar patrijarhalne kulture i zaključuje da patrijarhalno društvo od žene očekuje da zauzima što manje prostora pa se tako „posebice bjelkinje, stalno izgladnjuju zato što smo svedene na tijelo od kojeg se očekuje da zauzima što manje prostora“ (Burstow, 1992: 24). U „trenutnoj patrijarhalnoj kulturi, panoptičan muški stručnjak obitava u svijesnosti većine žena: one stoje trajno ispred njegovog pogleda i ispod njegove osude. Žena živi svoje tijelo kako ga drugi vide, a taj „drugi“ je anonimni patrijarhalni Drugi“ (Bartky, 1997: 72).

3.1. TREND VITKOSTI

Stilovi ženskog tijela (figure) variraju kroz vrijeme i kulture: „oni reflektiraju kulturalne opsesije i preokupacije na još slabo razumljene načine“ (Bartky, 1997: 64). Kao što je već navedeno, žensko tijelo je ključan faktor u poimanju i konstrukciji ženstvenosti. U časopisima u gotovo svakom broju možemo naići na članke o dijete (Bartky, 1997: 64). Prema Bartky, današnja masivnost, snaga ili obilnost ženskog tijela nije prihvaćena, te je shvaćena kao neukusna: „Trenutno moderno tijelo je zategnuto, s malim grudima, uskim kukovima i vitko na granici s mršavošću. Silueta ženskog tijela čini se više primjerena silueti adolescentskog dječaka ili djevojčice koja je tek ušla u pubertet nego odrasloj ženi“ (Bartky, 1997: 64). Zbog toga što žene imaju vrlo različite dimenzije, kako bi ostvarile današnji ideal ljepote, moraju mršaviti (Bartky, 1997: 64). Zaokupljenost tijelom uočljiva je kod oba spola, no žene ipak više posjećuju nutricioniste, više su uključene u grupe samopomoći kao što su „Weight Watchers“ i „Overeaters Anonymous“ nego što su to muškarci (Bartky, 1997: 65). Budući da žene i

muškarci vježbaju, nije uvijek lako razlikovati „ono što žene čine zbog fizičkog dobrostanja, a što čine zbog poslušnosti zahtjevima ženstvenosti“ (Bartky, 1997: 65). „Mnoga istraživanja pokazuju da žene sve više vremena koriste za upravljanje i discipliniranje njihovih tijela nego što je to bilo dugo, dugo vremena“ (Bordo, 1989: 166). S pojavom filmova i televizije, standardizirani vizualni imidži počeli su kulturno prenositi pravila ženstvenosti (Bordo, 1989: 170). Kao rezultat, ženstvenost je postala stvar konstrukcije, ali bez verbalnih opisa ili uputa o tome što je žena ili od čega se sastoji ženstvenost. Danas se pravila ženstvenosti uče direktno kroz diskurs tijela: kroz slike koje govore koja odjeća je potrebna, oblik tijela, izraz lica, pokret i ponašanje kako bi se uvjeti ženstvenosti zadovoljili (Bordo, 1989: 170). Zaokupljenost tjelesnim izgledom može dovesti i do ozbiljnih poremećaja u prehrani, kao što su anoreksija nervoza i bulimija nervoza. Prema Bordo, „Tamnu stranu praksi tjelesne transformacije otkrivaju loše napravljene i ponekad fatalne operacije, ovisnosti o vježbanju te poremećaji u prehrani...“ (Bordo, 1989: 110). Neke feminističke teoretičarke objašnjavaju ta dva poremećaja u kontekstu patrijarhalnog društva i njegovog utjecaja na ženu.

3.2. POREMEĆAJI U PREHRANI – ANOREKSIJA

1694. godine anoreksija nervoza je prvi put prepoznata kao bolest, a 1980. godine taj je poremećaj prvi put sociokulturno analiziran. Glavni simptomi anoreksije su mršavljenje, izostanak menstruacije, pretjerano držanje dijeta i vježbanje, te jaka zaokupljenost hranom u vidu zbrajanja kalorija. Prema DSM-IV³⁶ anoreksija nervoza najviše prevladava u zapadnjačkim i razvijenim državama gdje je hrane u izobilju, ali žene osjećaju pritisak da budu mršave (Kramarae, Spencer, 2000: 64). 90% oboljelih od anoreksije su žene, a prosječna starost oboljelih je sedamnaest godina. Otprilike 0.5-3.7% žena tokom života oboli od anoreksije nervoze, dok 1% adolescentica boluje od anoreksije³⁷. Prije, anoreksija nervoza smatrana je poremećajem bijele, više-srednje klase, ali danas je prisutna među svim rasnim grupama i društvenim klasama. Anoreksija nervoza započinje dijetom i gubitkom kila, što u kratkom razdoblju povećava samopoštovanje, ali onda se razvije u strogo praćenje dijete, dok se kasnije

³⁶ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

³⁷ Sullivan, Patrick F. URL: <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>

javlja samo-izgladnjivanje, izostanak menstruacije i nekada smrt. Postoje mnoga teoretska objašnjenja za razloge epidemskih razmjera anoreksije. Joan Jacobs Brumberg smatra da se povećanje pojave anoreksije i bulimije u nekim slučajevima javlja kao rezultat opsesije tijelom. Opsjednutost tijelom onda dovodi do poremećaja u prehrani koji mogu rezultirati smrću (Brumberg, 1998:14). Razloge nalazi u tome da danas djevojke „svoje tijelo pretvaraju u sveprožimajući projekt na načine na koje to mlade žene u prošlosti nisu radile“ (Brumberg, 1998: 17). „Ideal mršavosti, te režimi dijeta i vježbanja koje su neodvojivi od njega, nude iluziju uspjeha u doticanju, kroz tijelo, kontradiktornih zahtjeva trenutne ideologije ženstvenosti“ (Bordo, 1989: 172). „Omršavljeno tijelo anoreksičarke trenutno se prezentira kao karikatura trenutnog ideala hipervitkosti za žene, ideala koji je postao norma za žene danas“ (Bordo, 1989: 170). No, iako se smatra da je „poanta anoreksije u vitkosti, poanta je u tome da vitkost služi kao utvrda privremenog i povjesnog značaja, ne kao isprazan pomodni ideal“ (Bordo, 1989: 170). Kao takva, interpretacija vitkosti donosi mnoga čitanja od kojih su neka povezana s rodnom (Bordo, 1989: 170). Kao što je već naglašeno, pravila za konstrukciju ženstvenosti zahtjevaju da žena nauči hraniti ostale, ne sebe, i da tumači svaku želju za samozbrinjavanjem i hranjenjem sebe kao pohlepnu i pretjeranu. Posljedica takvih pravila jest da žena mora razviti ono što Bordo naziva „emocionalnom ekonomijom“ koja je u potpunosti orijentirana prema drugima. U toj vrsti ekonomije, „kontrola ženskog apetita je najkonkretniji izraz generalnog pravila koje usmjerava konstrukciju ženstvenosti: ta ženska glad- za javnom moći, za nezavisnošću, za seksualnim zadovoljenjem treba biti suzdržana, a javni prostor u kojem je ženama dopušteno biti treba biti ograničen“ (Bordo, 1989: 171). Ranije je istaknut stav Bonnie Burstow o tome da su žene svedene na tijela koja moraju zauzimati što manje prostora. Kroz svoje rodno orijentirano čitanje tijela, Bordo nalazi da imidž vitke žene u usporedbi s jakim, masivnim idealom muškog tijela, nosi konotacije krhkosti i manjka snage žene u odnosu na muško okupiranje društvenog prostora (Bordo, 1989: 171). Na tijelu žene oboljele od anoreksije, takva pravila su „kruto i dubinski urezana“ (Bordo, 1989: 171). „Anoreksija počinje i proizlazi iz današnje konvencionalne prakse ženstvenosti“ (Bordo, 1989: 178). Kada su prakse ženstvenosti u doticaju s individualnim razlozima, rezultat toga je djelovanje žene oboljele od anoreksije: „one tu praksu guraju malo izvan parametara umjerenog praćenja prehrane“ (Bordo, 1989: 178). Objašnjava to na način da mlada žena otkriva svoje potrebe da čezne, želi i treba i onda shvaća da te potrebe može pobijediti vlastitom voljom. U tom procesu žena otkriva nova značenja, spektre

vrijednosti i mogućnosti koje je „zapadnjačka kultura tradicionalno kodirala kao „muške“ i koji su rijetko bili dopušteni ženi: etika i estetika samosavladavanja i samotranscedencije, stručnosti i moći nad drugima kroz primjer superiorne volje i kontrole. To iskustvo je opijajuće i stvara naviku“ (Bordo, 1989: 178). Bordo anoreksiju vidi kao pokušaj doticanja tradicionalno muških vrijednosti kroz kontrolu nad vlastitim apetitom. Neke od zdravstvenih posljedica anoreksije su pothranjenost, drastično smanjenje mišićnog i koštanog tkiva, opadanje kose, vrtoglavice, slabost, loša koncentracija, pojačana osjetljivost na hladnoću, smanjenje krvnog tlaka i pulsa, bol u abdominalnom dijelu tijela, slabokrvnost i izostanak menstruacije, konstipacija, suha koža, edemi na nogama, smrtnost³⁸. Anoreksija je ozbiljan poremećaj što tumači podatak da se otprilike pola žena čija se anoreksija zdravstveno liječi (psihoterapijom ili boravkom u bolnici) oporavi potpuno, dok ostale žene ili opetovano vraćaju u bolest, ili im se zdravlje medicinskim se tretmanom samo malo poboljša (Kramarae, Spender, 2000: 127).

3.3. POREMEĆAJI U PREHRANI – BULIMIJA

Bulimija nervoza poremećaj je od kojeg najčešće obolijevaju bjelkinje u zapadnjačkoj kulturi, podjednako se javlja u svim društvenim slojevima, te pogađa mlade žene otprilike deset puta više nego mlade muškarce. Procijenjeno je da je od bulimije nervoze boluje 1% mladih žena³⁹. Muškarci vrlo rijetko obolijevaju od bulimije nervoze. Neki autori smatraju da su mnoge žene i djevojke zaokupljene dijetama, vježbanjem, mršavljenjem i tjelesnim imidžem (Bordo, 1993; Thompson i sur. 1999. Prema Kramarae, Spender, 2000: 127) ali kod žene koje boluju od bulimije ta zaokupljenost postaje patološka. S obzirom da su tjeskoba, depresija i poremećaji raspoloženja česti kod žena oboljelih od bulimije (Kramarea, Spender, 2000: 128), osim tjelesnih i mentalnih poremećaja, žene riskiraju svoje zdravlje uporabom stimulansa, psihoaktivnih droga i alkohola kako bi se lakše nosile s depresijom i anksioznošću. Neke od nuspojava koje prate bulimiju su dehidriranost, neuravnoteženost elektrolita u krvi, iritacije jednjaka i erozija zubne cakline. Prejedanje i čišćenje su često popraćeni

³⁸ Što je glavni uzrok kod poremećaja u prehrani? URL: <http://www.fitness.com.hr/mrsavljenje/savjeti/Poremecaji-u-prehrani-anoreksija-bulimija.aspx> (4.6.2014.)

³⁹ Bulimija nervoza. URL: <http://www.ssc.uniri.hr/psiholosko-savjetovaliste/savjeti/bulimija-nervoza> (03.06.2014.)

osjećajem srama, tajnovitosti i samopreziranja (Kramarae, Spender, 2000: 128). Takva ponašanja povezana su sa važnim kulturnim problemima kao što su ovisnosti, adolescentska seksualnost, pritisak nad ženama da budu mršave, veličinom tijela, tjelesnim imidžem, moći i kontrolom (Bordo, 1993; Thompson i dr. 1999. prema Kramarae, Spender, 2000: 128). Hilde Brunch (1985) povezala je razvoj anoreksije nervoze i bulimije nervoze s poremećajima u dijadi majka-dijete, a Marian Woodman (1980) proširila je tu teorija da obuhvati potiskivanje ženske moći na arhetipskom nivou. Prema toj interpretaciji, kada je ženska moć „stigmatizirana, ometana i zakonski zabranjena u patrijarhalnoj kulturi, prejedanje i pročišćenje kao karakteristike adolescentskih djevojaka s bulimijom mogu biti interpretirane kao ritual koji reprezentira izmjenične krugove pobune protiv i s druge strane udovoljavanje zahtjevima patrijarhata“ (Kramarae, Spender, 2000: 128). Neke feministkinje (pr. Susie Orbach) vide patologiju kao „utjelovljen protest- nesvjestan, tek započet, i kontraproduktivan protest bez efektivnog jezika, glasa, ili politike, ali u svakom slučaju protest“ (Bordo, 1989: 175). Tokom prejedanja, djevojačko tajno ponašanje podsjeća na krađu dok ona konzumira prevelike količine zabranjene hrane. Tokom pročišćavanja koje slijedi prejedanje, djevojka povraća „dokaze svojeg zločina ili grijeha i ispire ga puštanjem vode u toaletu tako da se izvana doima da je ona u ponovno u skladu sa društvenim pravilima (Kramarae, Spender, 2000: 128). Kada proživi krug prejedanja i čišćenja, djevojka se vraća stabilnosti; ali „kako pritisci mlade djevojke u patrijarhalnoj kulturi pojačavaju svoj stisak, najvjerojatnije je da će slijediti još jedna destabilizirajuća epizoda“ (Kramarae, Spender, 2000: 128). Kramarae i Spender smatraju da toj teoriji u prilog ide činjenica da većina istraživača koji se bave bulimijom nervozom i ostalim poremećajima prehrane prijavljuju vrlo visoke brojke povratka bolesti (Kramarae, Spender, 2000: 128). „Dok god patrijarhalna kultura nastavlja ometati i potiskivati žensku moć, malo je šanse da se smanji učestalost bulimije među mladim ženama“ (Kramarae, Spender, 2000: 128).

3.4. KOZMETIČKA KIRURGIJA

Kako se moderna industrijska društva mijenjaju i žene se sve više odupiru patrijarhatu, stari oblici dominacije su narušeni ali nove forme se uzdižu, šire, i postaju učvršćene (Bartky, 1997: 81). Normativna ženstvenost, koja je prije zahtjevala od žena

da budu čedne ili skromne, te da ograniče svoje aktivnosti na kuću ili se ostvare u majčinstvu, sada je sve više centrirana na žensko tijelo (Bartky, 1997: 81). „Normativna ženstvenost je sve više i više centrirana na žensko tijelo – ne na njegove dužnosti ili obaveze ili čak njegov kapacitet da rađa djecu, već njegova seksualnost, točnije, njegova pretpostavljena heteroseksualnost i vanjština“ (Bartky, 1997: 81). Vanjština, kao i ljepota i mladost, su nešto čime su žene i u prošlosti bile zaokupljene (Bartky, 1997: 81) ali novost koju primjećuje Bartky je “rastuća moć imidža u društvu u kojem je uočljiva povećana orijentacija ka vizualnim medijima“ (Bartky, 1997: 81). S povećanjem moći imidža, praksa koja je prije bila orijentirana na bogate slojeve, sada je raširena među svim klasama. „Ono što je prije bila specijalnost aristokracije, sada je rutinska obaveza svake žene, bila ona baka ili djevojčica koja je tek ušla u pubertet“ (Bartky, 1997: 81). Osim povećanog interesa za imidž, utjecaj na korištenje plastične kirurgije imala je i praksa upravljanja tijela koja je u kasnom 19.stoljeću postala „preokupacija srednje klase“ (Bordo, 1989: 85). Prvotno buržujka, „tiranija vitkosti“ (kako ga je nazvala Kim Chernin) počela je dominirati (posebice nad ženama) i s razvojem raznih tehnologija- dijeta, vježbanja, i kasnije kemikalija i operacija koje ciljaju na isključivo fizičku transformaciju (Bordo, 1989: 85). Neke od tih praksi uključuju liposukciju, dijete korištenjem tekućina, korištenje laksativa, kompulzivno vježbanje, operacije za smanjivanje masti (Bordo, 1989: 90) kao i smanjivanje želuca stvaranjem prenosnica i ostale kirurške zahvate za mršavljenje.

Kozmetička plastična kirurgija služi mijenjanju izgleda osobe čije tijelo normalno funkcionira, a većina kozmetičkih operacija obavlja se na ženama (Kramarae, Spender, 2000: 240). „Plastična kirurgija ne voli prirodno tijelo, ne dodaje na njega već redefinira standarde ljepote i upisuje te standarde na „defektna „prirodna“ tijela žena koje ne uspijevaju dovoljno sličiti normi“ (Brush, 1998: 30). U procesu plastične kirurgije, „liječnici prodaju kulturno definiran imidž ljepote, koji često svoju osnovu ima u mladom, vitkom sjeverno-europskom idealu ljepote“ (Kramarae, Spender, 2000: 240). Kako bi se to ostvarilo, kako bi „produkt“ odnosno ideal ljepote mogao biti prodan, ženska tijela moraju biti označena kao „deformirana“, odnosno svako odstupanje od kulturnog imidža ljepote postaje nenormalno, neuobičajeno, i neprihvatljivo. U izjavi iz 1982., Američko društvo plastičnih i rekonstruktivnih kirurga (American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons), opisalo je male grudi kao: „deformitete koji su uistinu bolest koja u većini pacijenata rezultira osjećajima

neadekvatnosti, manjkom samopouzdanja, distorzijom tjelesnog imidža i totalnog smanjenja blagostanja zbog manjka samopercipirane ženstvenosti“ (Kramarae, Spender, 2000: 240). Kozmetička kirurgija potiče ulogu žene kao objekta za mušku uporabu, podržava stereotipne prikaze muškarca i žene rekonstrukcijom tijela tako da je više „ženstveno“ ili „muževno“ (Kramarae, Spender, 2000: 240). Brush ističe da „prirodno tijelo postaje deformitet koje treba evaluirati“ (Brush, 1998: 30), a potom „pravila simetrije i klasične teorije umjetnosti mogu biti upisana na nezadovoljavajuća ženska tijela“ (Brush, 1998: 30). Taj diskurs defektnih „prirodnih“ ženskih tijela intenzivira se kako tijelo stari (Brush, 1998: 30). Društveno odobravanje promjene fizičkog izgleda žene tako da se on uklapa u određen imidž vodi direktno do koncepta žene kao potrošne robe: žene vide sebe kao „popravljive“ objekte, a na žensko tijelo se gleda kao da je „izolirano, promjenjivo, složeno od mehaničkih dijelova i subjekt za evaluaciju baziranu na izgledu“ (Kramarae, Spender, 2000: 240). Poruke partnera, poslodavaca i medija mogu utjecati na ženski estetski osjećaj svoga tijela, i te poruke mogu ženu suptilno ili eksplicitno prinuditi da misli da joj treba operacija (Kramarae, Spender, 2000: 240). Na taj način, kozmetička operacija postaje medicinsko „rješenje“ za isključivo socijalni problem kao što je samopercipirana ružnoća, nisko samopoštovanje, nesigurnost u vezama ili nemogućnost pronalaska posla (Kramarae, Spender, 2000: 240). Podvrgnuti se novoj disciplinarnoj moći znači biti „u toku“, a to je prezentirano na načine koji su redovito zamaskirani. Uvjerenе kako rade za sebe i slobodnom voljom, „žene same prakticiraju tu disciplinu na i protiv vlastitih tijela; takav samo-nadzor je oblik poslušnosti patrijarhatu“ (Bartky, 1997: 81). U današnje doba, kozmetička kirurgija može poslužiti da žena dobije posao ili može pomoći ženama da im određena karijera postane dostupna, te da ju zadrže jer su „u stvari žene koje udovoljavaju kulturalnom idealu ljepote često nagrađene višim statusom i većim financijskim blagostanjem“ (Kramarae, Spender, 2000: 240). Unatoč percipiranim poboljšanjima izgleda ili napretka u karijeri, „...tamnu stranu praksi tjelesne transformacije otkrivaju loše napravljene i ponekad fatalne operacije...“ (Bordo, 1989: 110).

Danas se uporaba plastične kirurgije shvaća kao uobičajeno poboljšanje izgleda, slično odlascima u frizerski salon ili nanošenju šminke (Kramarae, Spender, 2000: 240). Koliko god popularni bili, a njihova uporaba raširena, kozmetički operativni zahvati imaju određene rizike, a glavni je problem to što su najčešće zanemareni ili umanjeni. Primjerice, u popularnoj literaturi, izbjegava se povezivanje kozmetičke kirurgije s

ozbiljnim operativnim zahvatima, a rizici se prezentiraju kao da su „u skladu s onima koji dolaze kod bojanja kose“ (Kramarae, Spender, 2000: 240). Rizici su umanjeni na različite načine, primjerice u SAD-u, zatezanje kože lica i vrata („face-lift“) opisan je kao „osvježavajuć“, a abdominoplastika, koja se smatra ozbiljnom operacijom, naziva se infantilizirajuće: „tummy tuck“ (Kramarae, Spender, 2000: 240). Jedan od razloga zašto mnoge žene odlaze na operacije je to što se često čini da „poboljšanja“ od kozmetičke kirurgije naizgled prolaze bezbolno jer i mediji i kirurzi predstavljaju operaciju kao jednostavnu, bezbolnu i s malo rizika tako da klijentice često ne shvaćaju koliko ona može utjecati na zdravlje (Kramarae, Spender, 2000: 240).

Rizici su opasni po zdravlje žene, a uključuju oštećenja živaca ili mišića, kao i rijetke slučajeve paralize ili smrti. Osim toga, nuspojave koje se često smatra nevažnim su otekline, bolovi, nelagoda, podlijevi krvi, te oporavci koji traju od par dana do par tjedana. Kod kirurškog rješavanja viška kilograma, nuspojave mogu biti učestalo povraćanje, nedovoljna apsorpcija nutrijenata kod metode premosnica, duboka venska tromboza, abdominalna hernija, i tako dalje⁴⁰. Liposukcija, koja je široko prihvaćena i kojom se naizgled jednostavno i lako dolazi do željene težine je „daleko od sigurne tehnike, te sugerira koliko daleko je naše gađenje prema tjelesnim ispuščenjima otišlo“ (Bordo, 1989: 90). Iz feminističke perspektive, važno je da žene nađu načine da povećaju samopouzdanje koji ne ovise o mijenjanju njihovog izgleda kroz plastičnu operaciju. Potrebna je rekonceptualizacija pogleda i načina na koji opisuju svoje tijelo, odbacivanje negativnih obrazaca razmišljanja i prihvaćanje različitosti ženskog izgleda i tijela (Kramarae, Spender, 2000: 240).

4. MEDICINSKA ZNANOST I ŽENE

Feministička nas znanost, ističe Gruendfeldner, podsjeća da je „svaka znanstvena teorija ovisna o gledištu i perspektivi istražitelja, te da je proizvod određene selekcije iz stvarnosti, a da su kriteriji selekcije a-racionalni, predznanstveni, te izrasli iz povijesne situacije“ (Gruendfeldner, 1988: 32). Primjerice, „Aristotelova teza o ženskoj ništavnoj ili marginalnoj ulozi u procesu reprodukcije uzimala se kao znanstvena paradigma sve negdje do 16. i 17. stoljeća, a kao dokaz tomu iznosilo se prikazivanje unutrašnjosti ženskih genitalija kao falusnog „negativa“ tj. vagine iznutra oblikovane prema modelu

⁴⁰ <http://izaberi-zdravlje.com/fizicko-zdravlje/dodaci-prehrani/287.html>

falusa“ (Tuana, 1989 prema Galić, 2006). C. Northrup današnju znanost smatra samo „razvikanim proizvodom kulture sa svim njezinim predrasudama i osobinama ovisničkog sustava⁴¹... Kulturne predrasude određuju kojim se istraživanjima treba vjerovati a kojima ne“ (Northrup, 2009:11). Branka Galić navodi da je „prethodno prihvaćanje predrasude o ženama kao inferiornim bićima, u pravilu, utjecalo na formiranje znanstvenih „istina“ i sustava, od filozofskih i teoloških do medicinskih, bioloških, pravnih i društvenih“ (Galić, 2006: 305) Grayeva anatomija, koja je u uporabi stotinu godina, i u 20.stoljeću prikazivala je ljudsko tijelo kao muško. „Žensko tijelo je prikazano samo tamo gdje se razlikovalo od muškog“ (Lorber, 1994: 53). Sam naziv za vaginu potječe od latinske riječi vaina, što znači „korice za mač“ ili korice za penis (Northrup, 2000: 236) i jasan je prikaz definiranja ženskog tijela u odnosu na muškarca. Znanstvene pretpostavke, neprovjerene znanstvene „činjenice“ i dalje su prisutne u medicinskom pristupu ženama, kao što je ranije naglašeno na primjeru opstetričkog pristupa porodu. Rodne nejednakosti očituju se i u domeni psihijatrije, koja je prema nekim autorima u osnovi androcentrična (Burstow, 1992: 53). Autorica Bonnie Burstow u svojoj se knjizi *Radikalna feministička terapija* osvrnula na psihijatriju i rodne nejednakosti u psihijatrijskom sustavu.

4.1. PSIHIJARIJA I ZDRAVLJE ŽENE

Neke autorice smatraju psihijatriju duboko prožetu patrijarhalnim stavovima, kao primjerice Bonnie Burstow, Inge Broverman te Pyllis Chesler. Burstow smatra da “takozvani „sistem mentalnog zdravlja“ služi interesima patrijarhata, odnosno patologizira društveno stvorene probleme s kojima se žene suočavaju te osnažuje seksualne uloge koje propisuje patrijarhat (Burstow, 1992: 10). Inge Broverman istraživala je seksualne uloge stereotipizirane od strane psihijatarata, psihologa i socijalnih radnika. Istraživanje pokazuje da i muški i ženski kliničari izjednačavaju „društveno odgovornu odraslu osobu“ sa „društveno odgovornim muškarcem“ i smatraju ženu društveno odgovornom jedino kada ne djeluje kao odgovorna odrasla osoba (Burstow, 1992: 10). “Bilo da je provode muškarci ili žene, terapija je patrijarhalna institucija čija su gledišta i ciljevi pridonijeli infantilizaciji i oslabljenju žena“ (Burstow, 1992: 10). Pyllis Chesler u knjizi „Žene i ludilo“ (1972.) ističe kako je

⁴¹ Ovisnički sustav je termin koji C.Northrup preuzima od Anne Wilson Schaef, a označava patrijarhat

psihijatrija istinski androcentrična institucija čija je svrha osnažiti stereotipe seksualnih uloga. Prema Chesler, žene se nalaze u dvostrukoj opasnosti jer ih se u ustanove za mentalno zdravlje smješta zbog odstupanja ali i potpunog pristajanja uz društveno im propisane uloge (Chesler 1972 prema Burstow, 1992: 10). Psihijatrija je u osnovi patrijarhalna, te androcentrična (Burstow, 1992: 11), a psihijatri služe interesima patrijarhalnog kapitalizma, koji ima malo tolerancije prema različitostima, vjeruje u brojnost i kontrolu te nastoji zatvoriti, podjetinjiti, popraviti i onesposobiti one koji odstupaju od propisanih uloga“ (Burstow, 1992: 11). Poznati je podatak da su žene brojniji pacijenti u mentalnim institucijama, te da nadilaze muške pacijente u omjeru 2:1 (Burstow, 1992: 53). Pomnijim osvrtom na taj podatak, Burstow otkriva da „on govori o tome da je prisutno veće ugnjetavanje žena nego muškaraca i o muškoj hegemoniji, te o uvjetovanju koje navodi žene da smatraju da njihova bijeda proizlazi iz njihovih osobnih nedostataka i da prema tome trebaju prihvatiti „liječenje“ “ (Burstow, 1992: 53/54). Burstow ističe da je psihijatrija u osnovi androcentrična, a suvremena psihijatrija je „mizoginična institucija kakva je oduvijek i bila“ (Burstow, 1992: 53). Ona smatra da je vizija muške elite sadržana u uobličavanju psihijatrijske misli i prakse. „Kad psihijatar kao pripadnik muške elite pogleda ženu, on vidi nekoga tko već od samog početka „izgleda problematično“. Što ona potpunije i uspješnije funkcionira kao „tijelo za druge“, to mu izgleda normalnije. I upravo suprotno, što manje uspješno funkcionira kao „tijelo za muškarce“ i/ili što je više netradicionalna, buntovna i uistinu inteligentna, izgledat će mu manje normalna i tim više će mu se činiti da joj je potrebna ekstremna psihijatrijska intervencija (Burstow, 1992:55). Navodi isto tako da su žene u opasnosti da ih se etiketira zbog svojeg otpora. „Kako napredujemo po kontinuumu, kako se žene svjesnije i burnije opiru, ugnjetavačka i brutalna priroda psihijatrije postaje sve očitija. Žene koje se karakteristično ponašaju „kako ne treba“ – koje se opiru nametnutoj ulozi da općenito „budu za muškarca“ i napose „tijelo za muškarca“ – izlažu se mogućnosti da budu označene etiketom „granični poremećaj osobnost“ ili proglašene psihotičnim te smještene u psihijatrijsku ustanovu“ (Burstow, 1992: 54-55). Iako nije koristila radikalne feminističke kategorije, kroz analizu usporednih podataka o dužini boravka u psihijatrijskim ustavama Chesler je ustanovila sugeriraju da prkosne žene ostaju duže (Chesler, 1972 prema Burstow, 1992: 55). Na koji način psihijatrija može negativno utjecati na zdravlje žene, objašnjava Burstow količinom i vrstom lijekova pripisanih ženama: „Iz tog reduciranja žene proisječe to da psihijatri radije pribjegavaju tretmanima koji oštećuju mišljenje ili rezultiraju ozbiljnim oštećenjima mozga kad

„liječe“ žene. Značajno je da su u Sjevernoj Americi dva od tri recepta za psihijatrijske lijekove napisana za žene. Žene primaju znatno veće količine lijekova (visoko neurotoksične antidepresive) za koje je najvjerojatnije da će rezultirati akutnim organskim oštećenjem mozga“ (Burstow, 1992: 56). Rodna nejednakost uočljiva je i u količini uporabe elektrošokova. „Žene se podvrgava elektrošokovima, tretmanu koji najviše oštećuje mozak u cijelom repertoaru suvremene konvencionalne psihijatrije, dva do tri puta češće nego muškarce“ (Burstow, 1992: 56). Psihijatrijski pristup ženi jedan je od primjera rodne nejednakosti u zdravlju, dok je terapija patrijarhalna institucija čija su gledišta i ciljevi, prema nekim autorima, pridonijeli infantilizaciji i oslabljenju žena. Danas, mnoge žene daju svoj pristanak psihijatrijskom liječenju, a druge „nastavljaju bivati liječene i/ili institucionalizirane protiv svoje volje (Burstow, 1992: 53).

4.2. MENSTRUACIJA

„Danas liječnici, jednako kao i žene, promatraju čak i normalne tjelesne funkcije : menstruaciju, menopauzu i porođaj kao bolesti koje zahtjevaju liječenje“ (Northrup, 2009: 11). Lorber smatra da medicinski gledano „predmenstruacija, menstruacija, trudnoća, rađanje djeteta i menopauza navodno onemogućavaju ženu psihološki ili fizički“ (Lorber, 1994: 46). S obzirom da će odrasle žene sigurno iskusiti neke od bioloških procesa poput predmenstruacije, menstruacije i menopauze, „s obzirom da su definirane kroz vlastitu biologiju, one su sve bolesne većinu vremena“ (Lorber, 1994: 49). Neke od teorija, uključujući feminizam i holističku medicinu nude drugačije poglede na ono što medicinska znanost smatra bolešću. Ti pristupi najčešće uključuju promjenu načina razmišljanja o ženskim procesima od strane žena. Kako bismo ih iznjeli, potrebno je opisati društvena i medicinska uvjerenja vezana za ženske procese, te načine na koje medicina „liječi“ te procese.

„U cijeloj pisanoj povijesti Zapada pa čak i u religijskim zakonicima, menstruacijski ciklus povezuje se sa sramotom i degradiranjem, sa ženskom mračnom i nekontroliranom prirodom, a žene koje imaju menstruaciju smatraju se nečistima“ (Northrup, 2009: 101). U 19.stoljeću tvrdnje o nečistoći žene tokom menstruacije zamijenjene su u Europi i Americi sa znanstvenim istraživanjima o štetnosti višeg obrazovanja na žensku mogućnost da ima menstruaciju (Vertinsky, 1990 prema Lorber,

1994: 47). Lorber objašnjava da budući da žena ta koja ima menstruaciju, a ona je potlačena grupa, menstruacija je bila korištena kao opravdanje za žensku potlačenost (Delaney, Lupton, Toth, 1977 prema Lorber, 1994: 46). „Ništa u našem društvu – s iznimkom nasilja i straha – nije bilo djelotvornije sredstvo da se ženama pokaže gdje im je mjesto od degradiranja važnosti menstrualnog ciklusa (Northrup, 2009: 102)“. Ciklična priroda žene bila je „meta za različite šale, od toga da za vrijeme menstruacije nosimo krpu do toga da smo proklete. Pubertet i prva menstruacija za mnoge su žene bili događaji ispunjeni sramotom i poniženjem“ (Northrup, 2009: 102). Kroz povijest menstruacija je bila viđena kao moćan, mističan i često opasan događaj od kojeg je trebalo zaštititi djecu i muškarce (Kramarae, Spender, 2000: 1360). Tabui, mitovi, i nespornosti povezani s menstruacijom poslužili su kao logička podloga za izbjegavanje ili zabranjivanje ženama seksa, sporta, ručnog rada, kupanja i ostalih aktivnosti tokom menstruacije, i za isključivanje žena iz političkog vodstva i upravljačkih pozicija (Kramarae, Spender, 2000: 1360). No, takve mjere nisu stvar prošlosti: termin „menstrualna politika“⁴² je skovan relativno nedavno, a odnosi se na sociopolitička ograničenja u ženskim životima koja proizlaze iz činjenice da žene imaju menstruaciju (Kramarae, Spender, 2000: 1360). Mnoge takve ideje i danas postoje i u razvijenim društvima i onima u razvoju (Kramarae, Spender, 2000: 1360).

Nijedan od tabua vezan za žene i menstruaciju nije znanstveno utemeljen, no zbog njih „iz naraštaja u naraštaj žene se boje svojih prirodnih tjelesnih procesa“ (Northrup, 2009: 102). Žene koje se boje svojih prirodnih procesa, kao i u slučaju trudnoće, mogu poželjeti prepustiti svoje procese liječnicima. Danas, u praksi prevladava medikalizacija ženskih bioloških i menstrualnih funkcija, a vrlo malo pažnje posvećeno je interakciji psiholoških, sociokulturnih i zdravstvenih faktora koji utječu na te funkcije (Kramarae, Spender, 2000: 1359). Menstrualni bolovi uklanjaju se tabletama, što je u skladu sa stavom konvencionalne medicine koja smatra bolove nepoželjnima. Medicinski pristup menstruaciji može također nositi određene rizike za zdravlje i utjecati na njega jer se za regulaciju menstruacije i smanjivanje menstrualnih grčeva, često koriste kontracepcijske pilule. S jedne strane, kontracepcijske tablete povezuju se sa smanjenim rizikom od karcinoma jajnika i endometrija (Northrup, 2009: 106), no postoje dokazi koji su pokazali da mogu povećati rizik od raka grlića maternice (Northrup, 2009: 106), a „nitko nije siguran povećavaju li rizik od raka dojke“ (Northrup, 2009: 106). U

⁴² Engleski termin je: „menstrual politics“

razvijenom svijetu, proizvodnja i prodaja proizvoda za menstrualnu higijenu postala je komercijalni pothvat koja je 1980.g. dovedena pod strogi nadzor zbog toga što je pronađena povezanost između korištenja tampona i potencijalno fatalnog poremećaja - sindroma toksičnog šoka (Kramarae, Spender, 2000: 1360). Otad su napravljena neka poboljšanja u označavanju proizvoda; ali pobornici ženskog zdravlja nastavljaju biti zabrinuti oko sigurnosti izuma poput tampona. Danas su također popularni higijenski ulošci koji su parfimirani. Parfimirani ulošci, osim što mogu poslužiti kao poruka ženama o tome da su mirisi koji iz njihovih tijela proizlaze neugodni i neprihvatljivi, te da ih treba sanirati, također mogu uzrokovati genitalne iritacije⁴³. U sjevernoj Americi feministkinje se bave opisom utjecaja psihosocijalnih i kulturnih uvjeta na raspon i raznolikost menstrualnog ciklusa i na bolesti i zdravlje povezano s njime (Kramarae, Spender, 2000: 1359). Otkriveno je da je duljina i redovitost individualnog ženskog ciklusa određena: obiteljskom povijesti, dobi, općim zdravljem, prehranom, tjelesnom težinom, emocionalnim stresom, faktorima okoline i korištenjem droga, lijekova te hormonske kontracepcije (Kramarae, Spender, 2000: 1359). C. Northrup smatra da mudrost koja prati menstruacijski ciklus žene mogu ponovno steći „usklađujući se s vlastitom cikličkom prirodom i slaveći je kao izvor ženske snage. Plima i oseka snova, kreativnosti i hormona koji se povezuju s različitim dijelovima ciklusa pružaju nam priliku da produbimo vezu s unutrašnjom mudrošću. Za većinu žena to je postupan proces koji podrazumijeva otkrivanje osobne povijesti, a zatim iz dana u dan razvijanje drugačijeg načina razmišljanja o našim ciklusima i njihovo življenje na nov način“ (Northrup, 2000: 91).

4.3. PREDMENSTRUALNI SINDROM

Predmenstrualni sindrom je „također još jedan navodno biološki fenomen koji potkopava ženski socijalni status“ (Rittenhouse, 1991 prema Lorber 1994: 47). Predmenstrualni sindrom osjeća 60% žena (Northrup, 2009:117). Prije osamdeset godina opisan je i pripisan hormonalnim uzrocima i otad je većina istraživanja pratila biomedicinski model, što znači da se predmenstrualna napetost definira kao sindrom koji ima uzrok, i rezultat je individualne patologije (Lorber, 1994: 48). Kritičari tog

⁴³ Plivazdravlje. Menstruacija i menstrualni poremećaj. Preuzeto sa: <http://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/45/menstrualni-poremecaji.html>

modela ističu da postoji neslaganje o tome što je točno predmenstrualna napetost, kada se pojavljuje, postoji li ona kao samostalan sindrom i koji su njegovi efekti (Lorber, 1994: 48). U zapadnjačkim zemljama, senzacionalizam koji su masovni mediji stvorili oko PMS-a, pomogao je podržati „popularnu percepciju da „sve žene“ pate od divljajućih hormona jednom mjesečno i da su u nemogućnosti da funkcioniraju na karijerama koje uključuju visoke kvalifikacije - poput kirurgije ili političkog vodstva“ (Kramarae, Spender, 2000: 1664). U stvari, većina žena ne osjećaju ozbiljne simptome PMS-a, već „prijavljaju umjerene simptome koje same rješavaju dijetama, vježbanjem, kućnim lijekovima“ (Harrison, 1985 prema Kramarae, Spender, 2000: 1664). Kros kulturalna istraživanja pokazala su da vrste simptoma široko variraju s obzirom na zemlju i etničke grupe što sugerira da postoji jaka sociokulturna komponenta koja određuje vrstu i ozbiljnost problema (Kramarae, Spender, 2000: 1664). Žene u zapadnjačkim društvima imaju veću učestalost predmenstrualnih simptoma, te se istražuje je li to povezano s njihovom duljom izloženošću steroidnim hormonima (Kramarae, Spender, 2000: 1360). Puno istraživanja pokazuje da su žene socijalizirane na taj način da imaju negativna očekivanja o menstruaciji, što vodi do samo-ispunjavajućeg proročanstva o negativnim raspoloženjima i bolovima (Kramarae, Spender, 2000: 1664). Feministkinje smatraju da se previše naglašava negativni simptomi i da bi žene trebale povećati svijest za pozitivne promjene u menstrualnom ciklusu (Chrisler i dr., 1994 prema Kramarae, Spender, 2000: 1664). Emily Martin (1987) smatra da, iz feminističke pozicije, predmenstrualna napetost može biti pozitivna – ne samo da je to oslobađanje od inače potisnute ljutnje zbog svakodnevnog omalovažavanja, nego i drugačija vrsta svjesnosti, koncentracije i kreativnosti (Lorber, 1994: 48). Za upravljanje predmenstrualnim sindromom predlažu promjenu životne, posebice promišljanje obiteljske, profesionalne i društvene uloge, te smatraju taj podvig nerealnim u siromašnim zemljama ili u kulturama u kojima ženske uloge određuje religija i tradicija (Kramarae, Spender, 2000: 1664).

4.4. MENOPAUAZA

Menopauza je, kao i predmenstrualni sindrom i menstruacija, definirana kao bolest, a društveni faktori u objašnjavanju tog procesa isključeni su. Zapadna kultura nameće ženskom iskustvu menstruacije, trudnoće i rađanja osjećaj da su da um i tijelo odvojeni

(Lorber, 1994: 48). Žene na Zapadu nemaju priliku doživjeti svoje tijelo kao svoje, na način na koji muškarci doživljavaju erekcije i orgazme kao produžetke njih samih (Lorber, 1994: 48). Unatoč tome što postoje žene kojima odgovaraju medicinska poboljšanja koja onemogućavaju predmenstrualne, menstrualne i menopauzne stanja, one nisu nužno većina (Yankauskas, 1990 prema Lorber, 1994: 49). U našem društvu, ti sindromi omalovažavaju žene kao grupu i opravdavaju njihov društveni status kao nepunih ljudi (Lorber, 1994: 48). S obzirom na to da će odrasla žena doživljavati jedan ili više tih fizioloških stanja kroz život, i s obzirom na to da su definirane biologijom, one su sve „bolesne“ većinu vremena (Lorber, 1994: 48). Ortodoksni liječnici medicine vide menopauzu kao zatajenje jajnika pri čemu žene prestaju stvarati estradiol (jedan od tri glavna estrogena) i vide razdoblje poslije kao određeno nedostatkom estrogena. Prema tom pogledu, nedostatak estrogena vodi do osteoporoze i bolesti srca, što u konačnici upućuje na to da žene trebaju koristiti hormonsku zamjenu u obliku lijekova. No, od tri vrste estrogena, estradiol je jedini kojeg tijelo ne proizvodi nakon menopauze. Netočno je da jajnici umru ili podbace; jajne stanice koje proizvode estrogen i progesteron su postupno zaminjenjenje tokom godina menopauze stromalnim stanicama koje proizvode androgen (Greer, 1991. Prema Kramarae, Spender, 2000: 1356). Masne stanice i nadbubrežne žlijezde proizvode estrogene (estron i estriol) tokom i poslije menopauze. Žene u menopauzi su prikazane kao pacijenti ili čak i žrtve, i rečeno im je da su nesposobne da budu zdrave bez pomoći jer su njihova tijela nepouzdana (Kramarae, Spender, 2000: 1365). „Konvencionalno je stajalište medicine da je menopauza je „bolest“ nedostatka hormona, a ne prirodan proces“ (Northrup, 2009: 467). Dr. Jerilynn Prior smatra da „za mnoge bolesti naša kultura vrlo lako optužuje reproduktivni sustav žena. Povezujući menopauzu s vremenskom dimenzijom starenja a ne smatrajući je procesom i tumačeći je samo gubitkom estrogena, medicinski profesionalci zapravo temelje svoje tvrdnje samo na neznanstvenim razmišljanjima i predrasudama“ (Prior, 1990 prema Northrup, 2009: 468). Hormonska terapija smatra se kontroverznom jer su estrogenski dodaci povezani s povećanim rizikom od karcinoma, te moždanog i srčanog udara (Kramarae, Spender, 2000: 1357). „Kao dio tabua menstruacije koji je još uvijek živ u našoj kulturi, ljudi se boje i negiraju ženu u menopauzi. Ženu se potiče ili da se sakrije ili da ostane vječno mlada kroz hormonsku terapiju ili drugom medicinskom intervencijom. To otuđenje naše kulture od životnog obreda prijelaza, čini da se starije žene osjećaju nepotrebne, osamljene i nemoćne“ (Slayton, 1990 prema Northrup 2009: 467). Ženstvenim se ne smatra iskustvo ili

mudrost koju žena stiče s godinama, već „vladajuća kultura zahtijeva da žena treba zadržati „plodnost“ pod svaku cijenu“ (Northrup, 2009: 469). Kroz povijest, žene u postmenopauzi bile su nezamjenjive za zajednicu, te su radile kao sutkinje, vizionarke, učiteljice, isjeliteljice i mudre žene (Kramarae, Spender, 2000: 1357). Kros-kulturna perspektiva koja ženu stavlja u središte, ne smatra menopauzu praznovjerjem niti bezumnim običajem, već rezultatom pažljivih opažanja mudrih žena tokom generacija. One vjeruju da je prirodna menopauza dar od naših pramajki, žena koje su bile duboko intuitivne i u skladu sa ženskim emocionalnim, duhovnim i fizičkim potrebama (Northrup, 1998 prema Kramarae, Spender, 2000: 1356). „Menopauza kad se shvati i podrži, stvara novu razinu inicijacije u osobnu moć žene (Slayton, 1990 prema Northrup 2009: 467).

ZAKLJUČAK:

Kao teoretski okvir ovog rada poslužili smo se teorijom sociologije zdravlja o društvenim utjecajima na bolesti. Odmakom od tradicionalnog poimanja bolesti kao individualne patologije, te uključivanjem roda u pregled društvenih čimbenika koji utječu na zdravlje, ustvrdili smo da je rod značajna komponenta u opisivanju uzroka bolesti. U suvremenom društvu, koje sadrži elemente patrijarhata, ženama se dodjeljuju uloge majke i skrbnice. Zapadna kultura, koja je sklona tehnologiju vrednovati više nego prirodu i prirodne procese, ponekad može svojim uvjerenjima utjecati na zdravlje žene. Primjerice, kulturnim stavovima koji se prikazuju kroz medije može uzrokovati strah od poroda. Medicinska praksa počesto prema majkama nastupa nasilno, ne uzimajući u obzir fiziološke potrebe trudnih žena. Osim što medicinska praksa ponekad djeluje suprotno potrebama ženskog tijela, ona kroz traumatično iskustvo poroda može pridonijeti razvoju postporođajnih stanja. Ženska uloga skrbnice isto tako može imati utjecaj na zdravlje žene, kroz veće rizike od psihičkih i fizičkih bolesti. Patrijarhalno društvo, osim što ženama namijenjuje uloge kojima onda umanjuje značaj, ženu objektivizira i to na način da ju gleda kao tijelo za muškarca. Konstrukcija ženstvenosti u suvremenom se društvu čini kroz nesvjesne prakse u kojima se na tijelo upisuju društveni standardi. Suvremene prakse ženstvenosti koje potiču mršavljenje mogu svoj utjecaj na zdravlje žene imati kroz poremećaje u prehrani. U dodiru s medicinskom znanosti, zahtjevi ženstvenosti mogu narušiti žensko zdravlje kroz rizike za zdravlje povezane s kozmetičkim operacijama. Obrativši pažnju na postupke koje žene rade u suvremenom društvu kako bi udovoljavale muškarcima, a potom i promijenjivim zahtjevima ženstvenosti, uvidjeli smo da zapadno društvo također nosi svoj teret omalovažavanja žena. U tome žene sudjeluju, jer postupci kojima se žena podvrgava kako bi zadovoljila trenutne standarde ženstvenosti, prezentiraju kao bezbolni i zanemarivi, ali oni su riskantni za zdravlje. Konstrukcija ženstvenosti usmjerena je na tijelo, na taj način da žene i djevojke svoja tijela kontroliraju i discipliniraju jače nego ikad. Zbog takvih se trendova vitkosti javljaju poremećaji u prehrani kao što su anoreksija i bulimija nervoza, koji svoje objašnjenje imaju u feminističkoj teoriji. Dok se anoreksiju smatra pokušajem žena da dostignu ono što društvo vrednuje kao „muške“ karakteristike, bulimija nervoza prema feminističkoj teoriji razvija se kada je u patrijarhalnom društvu ženska moć ometana, stigmatizirana i zakonski zabranjena. Plastična kirurgija koja ponekad služi dosezanju trenutnog ideala ženstvenosti, odbacuje

i stigmatizira ženska tijela kako bi na njih mogla „utisnuti“ sliku današnjeg ideala ženstvenosti. Osim rituala posvećenih trendu vitkosti, koji nose određeni zdravstveni rizik, razmatrali smo i psihijatrijsku praksu i njen utjecaj na zdravlje žene. Prema feminističkoj znanosti, svaka znanstvena teorija ovisna je o gledištu i perspektivi istražitelja, te je tako i psihijatrija prema nekim autoricama prožeta patrijarhalnim stavovima. Polazeći iz androcentrične perspektive, psihijatrija je sklona žene koje se opiru nametnutoj ulozi, podvrgnuti lijekovima i opasnijim psihijatrijskim tretmanima nego muškarce. Predrasude i mitovi utkani u suvremenu znanost određuju i pogled na ženske fiziološke procese poput menstruacije, predmenstrualnog sindroma i menopauze. Tako je u zadnjem poglavlju ponuđen medicinski pogled na ženske procese u kontrastu s feminističkim pogledom koji u svoju analizu uključuje sociokulturne faktore, te na taj način odmiče od medikalizacije i otvara nove poglede na ženske procese. Jedna od glavnih poruka feminističke teorije jest da žena, kako bi promijenila svoju percepciju vlastitih procesa, treba promišljati životnu situaciju te svoju profesionalnu i društvenu ulogu. Osnovna kritika tog pristupa jest da je takav zahtjev nerealan u siromašnim zemljama ili u kulturama u kojima ženske uloge određuje religija i tradicija.

LITERATURA:

Bartky, S. (1997) Foucault, Femininity, and the Modernization of Patriarchal Power. U: Bandy, S.J. (2002) *Gender, Body, Culture*. Zagreb: Centar za ženske studije

Bordo, S. (1989) Reading the Slender Body. U Bandy, S.J. (2002) *Gender, Body, Culture*. Zagreb: Centar za ženske studije

Bordo, S. (1989) The Body and the Reproduction of Femininity. U: Bandy, S.J. (2002) *Gender, Body, Culture*. Zagreb: Centar za ženske studije

Bordo, S. (1993) *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. Berkeley: University of California Press

Brumberg, J.J (1998) Introduction to The Body as Evidence. U: Bandy, S.J. (2002) *Gender, Body, Culture*. Zagreb: Centar za ženske studije

Brush, P. (1988) Metaphors of Inscription: Discipline, Plasticity and the Rhetoric of Choice. U Bandy, S.J. (2002) *Gender, Body, Culture*. Zagreb: Centar za ženske studije

Burstow, B. (1992) *Radikalna feministička terapija*. Zagreb: Centar za žene žrtve rata

Foucault, M. (1991) Docile Bodies. U: Bandy, S.J. (2002) *Gender, Body, Culture*. Zagreb: Centar za ženske studije

Francis, L. (2006) Emotions and Health. U: Turner, J.H, Stets, J.E. (ur.) *Handbook of the Sociology of Emotions*. New York: Springer

Galić, B. (2006) Stigma i poštovanje. Reproductivni status žena u Hrvatskoj i šire. *Revija za sociologiju*, 37(3-4):149-164

Galić, B (2004) Seksistički diskurs rodnog identiteta. *Hrčak*. URL: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=73750 (24.5.2014.)

Geiger, M. (2006) *Kulturalni ekofeminizam : simboličke i spiritualne veze žene i prirode*. Zagreb: Hrvatsko sociološko društvo

Gruendfelder, A.M (1988) Feministička teologija ili „smrt patrijarhalnog boga“? *Hrčak*. URL: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=53765 (15.01.2014.)

Hayes, B.C., Prior, P.M. (2003) *Gender and Health Care in the United Kingdom. Exploring the Stereotypes*. New York: Palgrave Macmillan

Jebali, C. (1991) Working together to support women with postnatal depression. *Europe PubMed Centar*. URL: <http://europepmc.org/abstract/MED/1765526> (06.06.2014.)

Kramarae, Spender (ur). Anorexia nervosa. *Routledge International Encyclopedia of Women. Global Women's Issues and Knowledge*. London: Routledge, 2000. Sv.1. 2000., 64

Kramarae, Spender (ur). Bulimia nervosa. *Routledge International Encyclopedia of Women. Global Women's Issues and Knowledge*. London: Routledge, 2000. Sv.1. 2000., 127

Kramarae, Spender (ur.). Cosmetic surgery. *Routhledge International Encyclopedia of Women. Global Women's Issues and Knowledge*. London: Routledge, 2000. Sv.1. 2000., 240

Kramarae, Spender (ur.). Menopause. *Routhledge International Encyclopedia of Women. Global Women's Issues and Knowledge*. London: Routledge, 2000. Sv.3., 2000., 1356

Kramarae, Spender (ur.). Menstruation. *Routhledge International Encyclopedia of Women. Global Women's Issues and Knowledge*. London: Routledge, 2000. Sv.3., 2000., 1359

Kramarae, Spender (ur.). Premenstrual syndrome. *Routhledge International Encyclopedia of Women. Global Women's Issues and Knowledge*. London: Routledge, 2000. Sv.3., 2000., 1664

Lorber, J. (1994). Believing is Seeing as Ideology. U: *Bandy, S.J. (2002) Gender, Body, Culture*. Zagreb: Centar za ženske studije

Mies, M., Vandana, S. (1993) *Ecofeminism*. London & New Jersey: Zed Books Ltd

Northrup, Christiane (2009) *Žensko tijelo, ženska mudrost : stvaranje tjelesnog i emocionalnog zdravlja*. Zagreb: Biovega

Oakley, A. (1972) *Sex, Gender and Society*. London: Maurice Temple Smith Ltd

Pearlin, L.I. (1989). The Sociological Study of Stress. *Journal of Health and Social Behaviour* 30(3):241-256.

Rodin, U. (2013). Izvješće o porodima u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2012. godine. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. URL: http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/porodi_2012.pdf (04.06.2014.)

Stuchberry, M., Matthey, S., Barnett, B. (1988). Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9780811> (13.04.2014.)

Štifanić, M. (1999) Sociološki aspekti zdravlja i bolesti. *Hrčak*. URL: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=32037 (04.02.2014.)

Wilson Schaefer, A. (2006) *Biti žena. Patrijarhalni obrasci u ženskoj svakodnevici*. Zagreb: Planetopija

Ostali internetski izvori:

(07.03.2007). *What is a gender-based approach to public health?* URL: <http://www.who.int/features/qa/56/en/> (27.05.2014.)

„Baby blues“, *postporodajna depresija i psihoza*. URL: <http://www.roda.hr/article/readlink/907> (04.06. 2014.)

Eating Disorders Statistics. URL: <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/> (22.06.2014.)

Employment statistics. URL: <http://www.tommys.org/page.aspx?pid=377>, (27.05.2014.)

Hrvatska rodilišta. URL: <http://www.e-beba.com/porod/porod-u-hrvatskoj/253-hrvatska-rodilita.html> (25.06.2014.)

Kirurško liječenje debljine. <http://izaberi-zdravlje.com/fizicko-zdravlje/dodaci-prehrani/287.html> (07.06.2014.)

Maternal health. URL: http://www.who.int/topics/maternal_health/en/ (20.05.2014.)

Maternal mortality. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> (20.05.2014.)

Menstruacija i menstrualni poremećaji. URL: <http://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/45/menstrualni-poremecaji.html> (04.06.2014.)

Pokrajac- Bulian, A. Bulimija nervoza. URL: <http://www.ssc.uniri.hr/psiholosko-savjetovaliste/savjeti/bulimija-nervoza> (01.06.2014.)

Postpartum depression. URL: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/postpartum-depression/basics/risk-factors/con-20029130> (03.06.2014.)

Risks for Family Caregivers. URL: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/faq/risks.aspx> (03.06.2014.)

Selected Caregiver Statistics. URL: <https://caregiver.org/selected-caregiver-statistics>, (30.05.2014.)

Što je glavni uzrok problema kod poremećaja u prehrani? URL: <http://www.fitness.com.hr/mrsavljenje/savjeti/Poremecaji-u-prehrani-anoreksija-bulimija.aspx>, (04.06. 2014.)

What is gender based approach to general health? URL: <http://www.who.int/features/qa/56/en/> (22.05.2014.)

WHO definition of Health. URL: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, (22.04.2014.)

Women and Caregiving: Facts and Figures. URL: <https://caregiver.org/women-and-caregiving-facts-and-figures> (02.06.2014.)

Women's health. URL: http://www.who.int/topics/womens_health/en/ (27.05.2014.)

SAŽETAK

U patrijarhalnom društvu, osnovna ženska rodna uloga je uloga majke i skrbnice. Opstetrički pristup, kao jedna od dvije ideologije pristupa ženskoj trudnoći, svojim ponekad nepotrebnim zahvatima može ugroziti zdravlje žene. Uloga skrbnice također ima utjecaj na žensko zdravlje, jer žene zbog brige za druge mogu zanemariti svoje zdravlje i izložiti se zdravstvenim rizicima koji se pripisuju skrbištvu za druge. Kroz suvremene prakse konstrukcije ženstvenosti, ona se također može izložiti zdravstvenim rizicima u obliku poremećaja u prehrani. Medicinski pogled na ženske procese i širokoprihvaćeno liječenje ženskih procesa lijekovima isto tako može narušiti zdravlje žene, putem hormonskih ili kontraceptivnih terapija. Kako bismo ostvarili napredak u ženskoj percepciji vlastitih fizioloških procesa i kako bi žene otkrile unutarnju mudrost svojih tijela, one trebaju početi preispitivati vlastite uloge i stilove života.

Ključne riječi: rod, zdravlje, medicina

SUMMARY

In the patriarchal society, women's main roles are the role of a mother and a caretaker. Obstetrical perspective of women's pregnancy can risk women's health with its sometimes unnecessary procedures. The role of a caretaker can also have an impact on women's health, because women can ignore their health and expose themselves to health risks that are commonly attached to caretaking. Through modern practices of construction of femininity, women can also expose themselves to health risks. Medicinal view of female processes and widespread medicalization of female processes can also affect health of women. In the effort to make a change in female perception of their own physiological processes and for them to find the inner wisdom of their bodies, women need to start reexamining their gender roles and lifestyles.

Key words: gender, health, medicine