

A nemek (gender) és a reprodukció

Minden emberi társadalom két szociális kategóriára osztja az embereket, amelyet „férfiaknak” és „nőknek” neveznek. Mindkét kategória olyan – tulajdonságokra, képzetekre és viselkedésekre vonatkozó – előfeltevések során nyugszik, amelyek a bennük foglalt egyénekre jellemzők – s amelyeket éppenséggel az adott kultúrából szűrnék le.

Bár az emberiségnek két nemre való felosztása univerzális, közelebbi vizsgálat során észrevehetjük, hogy a felosztás maga igen komplex jelenség, és nagy változatosságot mutat a tekintetben, hogy a különböző kulturális csoportok hogyan definiálják a „férfi”, illetve a „női” viselkedést. Ezt a megállapítást illusztrálандó, a következő fejezetben két különböző, bár egymással összefüggő témát fogunk vizsgálni: az egyik témakör azoknak az antropológiai kutatásoknak az eredményeivel foglalkozik, amelyek a nemekre, valamint a nemeknek az egészséghez és egészségápoláshoz való viszonyára irányul, a másik téma a terhesség és szülés problémája kultúrközi összehasonlításban.

A nemek

A „természet” és a „nevelés” ellentéte

A társadalmi gondolkodás egyik, különösen az elmúlt évszázad során igen hangsúlyossá vált, alapkérdése a „természet” és a „nevelés” szembeállítása. Ez a szembeállítás az antropológiában a „természet” illetve a „kultúra” eszméi közti vita formájában jelent meg. Röviden összefoglalva, a természet – nevelés vita arra a kérdésre koncentrált, hogy vajon az emberi viselkedés és az emberi lélek (beleértve az intelligenciát és a személyiséget is), valamint az embercsoportok (etnikai, vallási csoportok, társadalmi osztályok, nemek) közt észlelt különbségek természetes adottságok vagy a nevelés következményei-e. A „természet” a biológikumban gyökerező, univerzális és változtathatatlan adottságként konceptualizálódott, míg a „nevelést” mint a szociális és kulturális környezet hatását értelmezték, ami következőképp változó és nagymértékben a helyi feltételektől függő. Ennek a konceptuális megosztottságnak mindenféle politikai és szociális implikációi voltak. A „természet-centrikusság” jelenthette például azt, hogy valamely embercsoportot (vagy az egyik nemet) „biológiaiilag” alárendeltnek tekintjük a másikhoz képest, amely állapot soha nem változhat meg, s nincs jelentősége annak, hogy milyen környezeti tényezők gyakoroltak hatást a helyzet előidézésében. Az el-

múlt évszázad során ezt a megközelítésmódot gyakran használták az úldözés, a gyarmatosítás és különböző embercsoportok kizsákmányolásának igazolására szerte a világon.

Napjainkra ez a típusú vita, legalábbis tudományos körökben, eltűnőfélben van. A legtöbb antropológus *mind* a szélsőséges biológiai determinizmust, *mind* a szélsőséges környezeti determinizmust visszautasítja. Az emberi viselkedés értelmezésében arra törekszenek, hogy a kultúra, a szociális struktúra, az ökológiai feltételek, valamint az ember pszicho-biológiai természete közti komplex kölcsönhatást ragadják meg – egy specifikus környezetben.¹

A természet – nevelés vita azonban még mindig visszacseng a nemek jelenkori tárgyalásában. Itt a nemekről úgy írnak, mintha az vagy a „természet” vagy a „kultúra” (azaz a nevelés) terméke lenne. Feminista antropológusok úgy vélik,² hogy – különösen a nyugati gondolkodásban, – a nőt és a női szexualitást úgy közelítik meg, mint ami „kevésbé kulturális”, mint a férfié, azonossá válik a „természettel” (ami kontrollálatlan, veszélyes és tisztátalan) szembeállítva a férfiak világának „kulturális”, mint a férfié, azonossá válik a „természettel” (ami kontrollált, kreatív és rendezett). Állítják, hogy a „természetével” (ami kontrollált, kreatív és rendezett) szembeállítva a férfiak világának „kulturális” a „kulturálisról” való konceptuális leválasztása és egymással való szembeállítása, mesterséges és hamis dichotómia, ami az emberi viselkedés specifikusan a nyugati kultúrához kötött szemléletmódját reprezentálja. Egyszersmind azt is állítják, hogy ez a gondolkodásmód, a világnak e két érték-tartalmú kategóriára való konceptuális felosztása ilyen mértékben másutt a világban nem található meg.

A feministák rámutatnak továbbá e megosztás szociális implikációira is, minthogy a nyugati gondolkodásban a „kultúrát” általában magasabb rendűnek, inkább emberinek tekintik, mint a „természetet”. Különösen a XIX. században ez a modell – a maga legszélsőségeiben formájában – igazolását adta a férfi felsőbbrendűségnek, a női természetet valami olyasminnek tekintette, ami fölött a férfi „kultúra” erőinek úrrá kell lennie, amit át kell alakítani és produktívvá kell tenni.

Mindazonáltal a szexuális identitást vizsgálva azt kell mondani, hogy bármelyik egyén nemének meghatározásában szerepet játszanak *mind* a biológiai *mind* a környezeti tényezők. Bármely társadalomban a férfiak és a nők különböző testfelépítéssel, és különböző fiziológiai ciklusokkal rendelkeznek; a nők menstruálnak, teherbe esnek, gyermeket szülnek és szoptatnak, míg a férfiak nem. Ugyanakkor a *kulturális jelentés* ráakodik e fiziológiai eseményekre, s éppen ez fogja befolyásolni az emberek viselkedését, sőt a társadalom szociális, politikai és gazdasági rendszerét is, ami a modern antropológusok legfőbb érdeklődési területe.

A nemek alkotóelemei

Az egyedi „nem” számos tényező integrációjának eredménye. Ezek a következők:

1. *Genetikai nem*, ezt a genotípust, az X és az Y nemi kromoszómák kombinációja határozza meg (XX – nő, XY – férfi).
2. *Szomatikus nem*, amit a fenotípus, különösen a fizikai megjelölés, a másodlagos nemi jellegek kifejlődése (külső nemi szervek, mell, hang, a zsírszövet és a testszövet eloszlása) alapján határozhatunk meg.
3. *Pszichológiai nem*, az egyén önképén és viselkedésén alapul.
4. *Szociális nem*, a „férfi” és a „nő” szélesebb értelemben vett kulturális kategóriáin alapszik, ami meghatározza azt, hogy az egyénektől mit vár el a társadalom, hogyan kell nézniük, gondolkodniuk, érezniük, öltözködniük, tevékenykedniük, és felfogniuk a világot, amelyben élnek.

Természetesen az emberiség e bináris felosztásának minden szintjén lehetségesek anomáliák és bizonytalanságok. Genetikai szinten például az egyértelmű besorolást a nemi kromoszómák bizonyos abnormalitásai problematikusá teszik. Ilyen helyzet található például a Turner-szindróma (XO), a Klinefelter-szindróma (XXY), az Y poliszómia (XYY), vagy a valódi hermafroditizmus (XX/XY) esetében.³ Szomatikus szinten az abnormalis hormonfejlődés olyan másodlagos nemi jellegeket eredményezhet, amelyek nem egyeznek meg a genetikai nemmel. Ide tartozik például a férfi és női *hermafroditizmus*, ahol a genetikai konstitúció és a gonádok az egyik nemet, míg a külső nemi szervek a másik nemet reprezentálják. Előfordul, hogy valaki ugyan mind a genotípust, mind a fenotípust tekintve férfi, a szélesebb közösség férfiként határozza meg, mégis úgy viselkedik, öltözködik és úgy viszonylik önmagához, mintha nő lenne – mint némely transzszexuális esetben.

A nemi identitás összes aspektusa közül a szociális nem az, amely a legflexibilisebb, s amelyet a szociális és kulturális környezet leginkább befolyásol. A „férfi” és a „nő” kategóriáját különböző társadalmakban tanulmányozó antropológusok igen nagy változatosságot tapasztalnak e kategóriák terjedelmét és tartalmát illetően. Előfordul például, hogy valamely viselkedés, amelyet az egyik társadalomban „férfiasnak” (vagy nőinek) tekintenek, a másikban éppenséggel fordítva, inkább „nőinek” (avagy „férfiasnak”) minősül.

Nemekhez kapcsolódó kulturális különbségek

Egészen a közelmúltig a férfi antropológusok által végzett legtöbb te-repmunka alig szentelt figyelmet a „nők világának”.⁴ Azokon a helyeken, ahol a férfiak és a nők világa nagymértékben elkülönül, lényegében nem tudtak hozzáférni az asszonyok világának belső titkaihoz, különösen nem a szexualitással, terhességgel, gyermekszüléssel és a menstruációval kapcsolatos hiedelmekhez és praktikákhoz. Az utóbbi években viszont – elsősorban a női antropológusoknak köszönhe-

tően – számos leírás készült, amelyek pótolják a korábbi hiányokat. Fontos adaléka a kutatások ezen új hullámának, hogy rávilágítanak a „nevelés” azaz a szociális, kulturális hatások szerepére a nemek meghatározásában az emberi társadalmakban.

A társadalom „férfiakra” és „nőkre” való felosztása azt jelenti, hogy a fiúk és a lányok igen különböző módokon szocializálódnak. Arra lesznek nevelve, hogy mást és mást várjanak el az élettől, hogy emocionálisan és intellektuálisan sajátos úton fejlődjenek. A mindennapi életben a külső megjelenés és a viselkedés eltérő normái érvényesülnek velük szemben. Bármekkora is legyen a biológikum szerepe az emberi viselkedésben, világos, hogy a *kultúra* – mind explicit mind implicit módon – egy sor irányvonalat szab, amelyeket csecsemőkorunktól kezdve elsajátítunk, és amelyek megmondják az egyéneknek, hogy hogyan érzékeljenek, gondolkodjanak, érezzenek és tevékenykedjenek, mint az adott társadalom „férfi” vagy „nő” tagjai.

Egy társadalmon belül az irányvonalaknak e két sora mint a *nemekhez* kötött kultúra írható le. A világ néhány részén, különösen a kevésbé iparosított országokban a nemekhez, vagy mondjuk így, a nemi szerepekhez kötött kultúrák olyannyira különbözhetnek egymástól, hogy úgy tűnhet, „a nők és a férfiak – bár közös zászló alatt – de két különböző nemzetben élnek”.

Új-Guinea számos társadalmában például a férfiak és a nők világa annyira elkülönül, hogy ténylegesen külön házakban élnek, a falu különböző részein, és – Keesing⁵ szavaival élve – „ritka szexuális kapcsolataikat a feszültség és a veszélyeztetettség jellemzi”. Néhány ilyen társadalomban az intézményesített homoszexualitás még erőteljesebben polarizálja a két nemet.

Egy másik példát szolgáltat Goddard⁶ leírása Nápolyról, ahol a nők és a férfiak különböző világa elsősorban a szexuális viselkedéshez, valamint a „becsület” és a „szégyen” kulturális értékeihez fűződő eltérő viszonyaiban érhető tetten. Az egyik illetve a másik nem számára igen különböző normák, kettős erkölcsi mércék érvényesek. Például egy „egészséges” és „normális” férfitől elvárják, hogy a házassága előtt vagy házasságon kívül számos kapcsolata legyen, mert ez a „férfiasság” bizonyítéka, a nők azonban mindkét lehetőségtől el vannak zárva. Egy férfitől elvárják, hogy a saját és családja becsületét tűzzel-vassal védelmezze, a nő becsületét az ártatlanság, a szüzesség megőrzése jelenti. A férfiak becsülete csorbát szenved, ha asszonyaik becsülete bármilyen módon kompromittálódik. De – ahogy más kultúrákban is – van egy ambivalencia a férfiak attitűdjében a nőkkel szemben. Egyrészt igen sérülékenyek, másrészt lényegében megkapathatók és elcsábíthatónak tartják őket. Hasonló képet fest Dunk⁷ a Mont-realban élő görög parasztról. A helyi különbségek ellenére a paraszti Görögországban általános az a vélemény, hogy a férfi feladata a család becsületének védelmezése, ami az önérzet és önbecsülés (*philotimo*) által érhető el. A nők szexuális tartózkodását, szégyenérzetét (*dropi*) viselkedésük szigorú ellenőrzésével kell fenntartani. A

dropi megőrzése érdekében az asszonyoknak mind a magánéletben mind nyilvánosan erős ön-kontrollt kell kialakítaniuk. A családi becsület és a szociális értékek különösen fontosak, amit a többi család folyamatosan szemmel tart. A normák hasonló megosztottságát a mu nyai Mombasában tanulmányozta. Lefrása szerint a férfiak azt gondolják az asszonyokról, hogy szexuálisan fanatikusak és felelőtlenek, ha alkalmuk nyílik kiélni vágyaikat. Függőségben kell tehát lenniük a férfiaktól, bár ugyanakkor a férfiak félnek is a menstruációs vér szennyező, rontó erejétől. A férfiaktól elvárják, hogy eltartsák és erre alapozva – ellenőrizték az asszonyokat és gyermekeket. A leg hatékonyabbnak a lányok szüzessége megőrzésére tett erőfeszítéseket ítélik, az asszonyok hűségének biztosítását kevésbé tekintik hatékonynak. Egy fiatal lány számára a „felnőtt nőiség elérésének egyetlen útja” a házasság.

A fentebb idézett esetek mindegyikében, ahogy bárhol másutt a földön, az emberi társadalom felosztása két – a nemi szerepek köré szerveződő – kultúrára a szociális struktúra egyik legalapvetőbb eleme, és fontos részét képezi egy adott társadalom szimbólumrendszerének. Ez a bináris struktúra kifejezi azt az ambivalenciát is, ahogy a férfiak viszonylanak közösségük asszonyaihoz: egyrészt nevelő anyákként vagy gyógyítóként tisztelik őket (lásd a 4. fejezet), mások azonban rosszindulatú boszorkányoknak tekintik (lásd 5. fejezet), vagy a menstruációs szennyezés veszélyes forrásainak (lásd 2. fejezet).

A nemekhez kapcsolódó kulturális különbségek változatai

A nemi szerepek nem teljességgel merevek, változhatnak, fejlődhetnek, különösen az urbanizáció és az iparosítás hatására. Az ipari társadalmak, ahogy az Ember szerzőpár⁹ megjegyzi, „amikor az emberi erőt gépek helyettesítik, és az asszonyok átruházhatják másokra a gyermekgondozás feladatát, a szigorú nemi munkamegosztás kezd eltűnni”.

Bár a nemek szerinti munkamegosztásnak vannak állandó vonásai a különböző kultúrákban,⁴⁹ az antropológiai kutatásokból világos, hogy a nemek szerinti kötött kultúrák igen nagy változatossága található a világ különböző részein. Egy társadalom tipikus nemi viselkedésnek tekinthet valamit, ami egy másikban nem az. Például, számos társadalomban a nőknek csak ház körüli teendők lehetnek, azaz az otthonra vannak korlátozva, és meg van tiltva számukra, hogy a házon kívül dolgozzanak (mint több iszlám társadalom *purdah* rendszerében), más társadalmakban az asszonyok fontos szerepet játszanak a szélesebb gazdasági rendszerben. Az ipari társadalmakban a nők pénzkeresővé váltak, az Egyesült Államokban például a férjes asszonyoknak ma már több mint 50%-a házon kívül dolgozik. De számos paraszti társadalomban is – a házi teendők mellett – az asszonyok részt vesznek az állattartásban, növénytermesztésben, földművelés-

ben, a termények begyűjtésében és eladásában, ruhák, agyagedények és egyéb kézművestermékek előállításában.

Némely antropológus úgy véli, hogy az asszonyok alávetettsége (különösen a közéletből való kitiltásuk és házi száműzetésük) általában jelenség, minden emberi társadalomban megtalálható.¹⁰ Mások tilosnak tartják ez ellen a felfogás ellen, és felhívják a figyelmet arra, hogy ez a helyzet sokkal összetettebb, minden esetet differenciáltan kell értelmezni. Az egyik dolog az, hogy a férfiak mindenütt irigylük az asszonyokat életadó hatalmukért, hogy képesek kihordani, megszülni és testükből táplálva fenntartani az új életet.⁴ Ezt a hatalmat majd minden társadalomban rítusok és a vallás erősíti meg. Továbbá, jó néhány hatalmas társadalomban – különösen a már idősebb, gyermekkel gyomáros társadalomban – asszonyok óriási személyes, szimbolikus és gazdasági hatalmat gyakorolnak, nagymértékű autonómiával rendelkeznek, és gyakran kulcspozíciókat töltenek be az adott társadalomban. Keesing⁴ felhívja a figyelmet arra, hogy „a színpadok mögött gyakorolt női hatalom bizonyos értelemben sokkal valóságosabb lehet, mint a férfiak nyílt színen felmutatott hatalma”, amely valójában pusztán „üres pózolás és szemfényvesztés lehet”.

E fejezetben a későbbiek során foglalkozni fogunk a nemekhez kötött kultúra és az egészség viszonyának néhány összefüggésével. Ha kizárjuk a nemek közti fiziológiai különbségek szerepét, láthatjuk hogy a két kultúra hogyan lehet – kontextustól függően – vagy *protektív* vagy *patogén* az egészségre nézve. Vagyis, a kulturálisan elkülönült hiedelmek és viselkedésmódok hozzájárulhatnak az egészség – betegség különböző formáinak előidézéséhez, sajátos prezentációjához, illetve felismeréséhez.

A nemekhez kapcsolódó kulturális különbségek és a szexuális viselkedés

Bár a nemekhez kapcsolódó kulturális különbségek mindkét nem számára megszabják a szexuális viselkedés normáit, a különböző kultúrákban számos variáció lehetséges a tekintetben, hogy miben is állnak ezek a normák. Az etnográfiai leírásokból tudjuk például, hogy eltérések vannak a különböző társadalmak között a házasság előtti, a házasságon kívüli, vagy éppenséggel a házasságon belüli heteroszexuális aktivitás megengedett mértékét illetően.

A már idézett Ember szerzőpár⁹ vizsgálatai szerint házasságon kívüli szexuális tevékenység a legtöbb társadalomban előfordul, a társadalmak mintegy 69%-ban a férfiaknak rendszeresen vannak házasságon kívüli szexuális kapcsolatai, s körülbelül 57%-ban az asszonyoknak is. Jellemző azonban, hogy amíg a társadalmak 54%-a kinyilvánítja, hogy a férfiak számára megengedett a házasságon kívüli szex, csak 11% állítja, hogy engedélyezett a nők számára.

A szexuális viselkedés mintázatai néhány betegség átvitele szempontjából fontosak. Ahol a promiszkuitás és a házasságon kívüli szexu-

ális élet általános, ott nagyobb a szexuális úton terjedő betegségek (mint a gonorrhoea, szifilisz, herpes genitalis és az AIDS), valamint a hepatitis B és a méhnyakrák előfordulásának valószínűsége (lásd 12. fejezet). A házasságon kívüli szexuális viselkedés kettős standardja, különösen a prostituáltakkal való gyakori kapcsolat szintén hozzájárulhat ezeknek a betegségeknek a fennmaradásához és terjedéséhez. A prostituáltak ebben az esetben fertőzési gócként funkcionálnak. Az utóbbi időben fellépett AIDS járvány arra ösztönözte az egészségneveléssel foglalkozó szerveket, hogy egyre inkább hangsúlyozzák a promiszkus szexuális viselkedés korlátozásának fontosságát mind a hetero- mind a homoszexuálisok körében. Az anális közösülés gyakorlata, amit néhány társadalomban a heteroszexuális serdülők a szüzesség megőrzése érdekében folytatnak,¹¹ szintén hozzájárul e betegség terjedéséhez.

Valamely nemhez kötött kultúrába tartozás nem mindig esik egybe a szexuális viselkedéssel. Például, világszerte meglehetősen nagy változatosság van a tekintetben, hogy a társadalom toleráns-e a szexuális viselkedés valamely formájával szemben – mint például a férfi vagy női homoszexualitás – amelyik a nemhez kötött kultúra megszokott normáit áthágja. Bizonyos társadalmakban a homoszexualitás teljesen tiltott, másokban elfogadott, vagy meghatározott időszakokra vagy bizonyos személyekre korlátozott. Az új-guineai etorok között a heteroszexuális kapcsolat az évnél legalább 260 napján meg van akadályozva, miközben a homoszexualitás nincs tiltva semmilyen időben sem, és azt tartják, hogy ez gazdag termést eredményez, a fiúk pedig erőssé válnak.⁹ Shepherd⁸ a szuahélik (Mombasa, Kenya) között dívó homoszexualitást említ, ahol a nemek közötti merev határokat a homoszexualitás és a traszvesztizmus intézménye segítségével oldják. Mind a férfi, mind a női homoszexualitás általános, és hallgatóságosan elfogadott. Különösen a serdülő fiúk között gyakori a homoszexualitás, bár leggyakrabban később heteroszexuális kapcsolatra lép, és többnyire megnősül. Shepherd hangsúlyozza, hogy a homoszexuális viselkedés (itt) nem gyengíti a férfi és nő közötti merev konceptuális különbségeket, minthogy bármi is legyen a szexuális gyakorlatuk „a biológiai nem a nemek meghatározásában sokkal fontosabb számukra, mint a viselkedésük”. (a kurzíválás az eredeti idézetből való). Ezt a felfogást szembeállítja a modern angol és amerikai attitűddel, ahol a viselkedés sokkal fontosabb a nemek meghatározásában, a nemi szabályokat áthágó férfiviselkedést „nőiesnek” tekintik.

Caplan¹² úgy véli, hogy ahol nagy a termékenység és a gyermekáldás iránti igény, a szexualitás és a termékenység konceptuálisan alig válnak el egymástól, és – mint ahogy erről fentebb már szó volt – a biológiai nem a nemek meghatározásában a fontos, bármilyen is legyen a szexuális viselkedés. Ahol nincs akkora igény sok gyermekre (mint a modern, urbanizált nyugati világban), és ahol a fogamzásgátló szerrel könnyen hozzáférhetők, a szexualitás fokozatosan elválik a termékenységtől, és inkább megtűrték azok a szexuális tevékenységek, amelyek nem vezetnek terhességhez; a modern társadalmakban ezért

a nemeket nem annyira a biológiai kritériumok határozzák meg, inkább a szociális és szexuális viselkedés. Keesing⁹ felveti azt a lehetőséget is, hogy azokban a társadalmakban nagyobb a tolerancia a homoszexualitás iránt, ahol túlnépesedés van, ezért a népesség növekedése kevésbé kívánatos.

Nemekhez kapcsolódó kulturális különbségek és az egészségvédelem

Ahogy ezt már korábban írtuk, majdnem minden kultúrában a primer egészségvédelem a családon belüli funkció, a *populáris* szektorban többnyire az asszonyok az egészségvédelem főszereplői – az anyák és nagymamák. Ugyancsak a populáris szektorban az asszonyok gyakran tömörülnek gyógyító körökbe vagy gyülekezetbe, mint a Dertlesmek vagy „bá-natmegosztó” csoportok a Belgiumba bevándorolt törökök körében, amelyekről Devish és Gailly¹³ írnak, vagy olyan csoportokként, amelyek kombinálják az önszorgátást a kívülről jövő gyógyítással, mint amilyenek például a Lewis¹⁴ által leírt *zar* megszállottság kultuszok Afrikában, vagy a gyülekezetek és rituális gyógyítást folytató kultuszhelyek a külvárosi közép-osztályoknál Amerikában. A *hagyományos* szektorban az asszonyok mindig központi szerepet játszottak, a falusi „bölcsek asszonytól” és az angliai női médium vagy spirituális gyógyító néhány vállfájától kezdve a nem-iparosított világ számos női hagyományos gyógyítójáig és a Hagományos Szülést Kísérők-ig, amely még mindig a szülészeti gondozás nagy részét alkotja ezekben az országokban.

A modern medicina *professzionális* szektorán belül, bár az egészség-gondozók nagy része még mindig nő (ápolónők, szülész-nők), a jobban fizetett és magasabb presztízzsel rendelkező foglalkozásokat általában a férfiorvosok tartják kézben. Ahogy a 4. fejezetben már említettük, az orvosi hivatás valamilyen mértékben mindig az adott társadalom domináns szociális ideológiájának és gazdasági rendszerének – beleértve a társadalmi rétegződést és a munka nemek szerinti megosztását – kifejezője. A medicina egészen a legutóbbi időkig túlnyomóan férfi foglalkozás volt a legtöbb nyugati országban. Nagy-Britanniában, például, 1901-ben mindössze 212 női orvos volt a 36 000 regisztrált orvosi gyakorlatot folytató közül. A medicina egészen 1970-ig dominánsan férfi foglalkozás maradt, attól kezdve már több nő került be az orvosi egyetemekre, így 1985-re a regisztrált orvosoknak már 23%-a lett nő.¹⁷ A Nemzeti Egészségügyi Szolgálaton (National Health Service) belül a személyzetnek mintegy 75%-a nő az Nagy-Britanniában, bár többnyire annak alsóbb fokain, mint az ápolónők, segédszemélyzet, konyhai dolgozók, takarítónők.¹⁷ A legtöbb vezetői funkciót viselő és a legtöbb orvos férfi. Egy 1981-es statisztika azt mutatja, hogy Angliában az általános orvosok 83%-a férfi 17%-a nő (akik közül többen csak részdíjban dolgoztak), kórházi szakorvosok 89%-a, a beosztott kórházi orvosok 75%-a férfi.¹⁸ 1991-re a női általános orvosok száma 6430-ra, azaz 25%-ra emelkedett.¹⁹

Az ápolónői hivatás

A Föld különböző részein a népesség számára igen eltérő a rendelkezésre álló ápolónők száma. 1990-ben Tanzániában 5470, Pakisztánban 5040, Malaysiában 380, Ausztriában pedig mindössze 70 fő jutott egy ápolónőre. Különbségek vannak az ápolónők és az orvosok arányában is. Az 1988 és 92 közötti évek mérései alapján Mosambique-ban 13,1, Nigerben 11,3, Sri Lankán 5,1, Malajziában 3,9, az Egyesült Államokban 2,8, az Egyesült Királyságban 2, Venezuelában 0,5 és Braziliában 0,1 ápolónő jut egy orvosra.²⁰

Nagy-Britanniában az ápolónők és szülésznők az egészségügyi ellátás legnagyobb csoportját teszik ki a nemzeti Egészségügyi Szolgáltatón belül, 1990-ben a teljes személyzet 50%-át alkották.²¹

A legtöbb ápolónő a kórházakban dolgozik, ahol a nemek szerinti munkamegosztás kulturális hagyományai (más nyugati intézményekhez hasonlóan) újratermelődnék. Gamarnikow²² úgy véli, hogy az orvosok és az ápolónők viszonya még ma is a Victoriánus család nemek közötti viszonyait tükrözi, amikor Florence Nightingale kialakította ápolási modelljét. Ez azt jelenti, hogy a kórházi struktúrában az orvos egyenlő az apával, az ápolónő az anyával és a páciens a gyermekkel. Hatalmi viszonyok kifejezve, bár az ápolónői szféra elkülönült, de még mindig alá van rendelve a férfi orvosokénak.

Ezt a véleményt jól alátámasztja, hogy az angol kórházi struktúrában egészen a legutóbbi időkig a családi viszonyokat megtestesítő kategóriákat alkalmazták az ápolónők közti hierarchia-viszonyok leírására, például „dada” (nurses), „nővér” (sisters) vagy „matróna” (matrons).

Az ápolónői foglalkozás, egy csecsemő anyjához hasonlóan, intim kontaktust igényel a páciens testével (a testfelszínnel) és ürrőlkeivel. Ezzel szemben az orvosoknak, akik viszonylag kevés időt töltenek a páciens társaságában, és gyakorlatilag semmilyen kapcsolatba nem kerülnek a test kiválasztási termékeivel, főként a belső biológiai folyamatokról és a test működéséről vannak speciális ismereteik. Miközben a nemek szerinti munkamegosztás az orvosi tevékenységben századunk lényeges szociális változásai ellenére, továbbra is fennáll, egyre általánosabbá válik az egészségügyi tevékenységben két „szabálytalan” forma: a „férfi ápolónő” és a „doktornő” kétértelmű szerepe.

Stacey¹⁶ leírja, hogy hogyan nőtt ki az ápolónői foglalkozás a vallási rendekből Angliában, s utal arra, hogy amikor a XVIII.–XIX. században a kórházakat létrehozták, az ápolónők még jobbára a háztartási munkák keretei között tevékenykedtek, valamint virrasztottak a beteg mellett. A XIX. századtól kezdve az ápolás kezd sajátjogú foglalkozássá válni, de továbbra is alárendeltje maradt az orvosi tevékenységnek. 1916-ban alapították meg a College of Nursing-et (Nővéreképzőt), 1918-ban hozták létre az ápolónők nyilvántartását, 1943-ban a Nővér Törvény lefektette az ápolónők munkaköri leírását, a nyilvántartáshoz mellékelve. Ettől kezdve az ápolónők képzése is egyre specializáltabbá vált, mind Európában mind az Egyesült Államokban számos ápolónő posztgraduális képzésben részesül, ami a specializálódó orvosi tevékenységhez

igazodik. Az ápolás ma már sajátjogú független egészségügyi foglalkozássá vált.

Esettanulmány: Orvosi és ápolási folyóiratok hirdetései az Egyesült Államokban

Krantzler²³ orvosi és ápolástani folyóiratokban megjelent hirdetéseket elemzett. Az elemzés alapján kimutatja, hogy az orvosok hagyományos szimbólumai (mint például a fehér köpeny és a sztetoszkóp) az utóbbi években egyre inkább háttérbe szorulnak, a működő tudomány szimbólumai válnak gyakoribbá, és érdekes módon, az ápolónőket mutatják egyre gyakrabban a korábban az orvosokhoz társított gyógyító szimbólumok körében. Számos hirdetésben ugyan még megjelennek az ápolás ősrégi kulcsszimbólumai – a fehér uniformis és a főkötő – a hirdetéseknek azt sugallják, hogy az ápolónői szimbólumoknak és a viselkedés az orvosokéit kell hogy követniük. Krantzler úgy véli, hogy ez „nemcsak a respektus, hanem a hivatásbeli státusz iránti igényt is tükrözi”. Az ápolónői hirdetésekben továbbá a férfi orvosok gyakran a perifériára kerülnek, „az ápolónők egyedül, más ápolónők vagy a páciensek társaságában lesznek bemutatva”. A szerző megjegyzi, hogy az Egyesült Államokban „ez a közvetlen kapcsolat a klienssel a professzionizáció fontos kifejeződése”.

Littlewood²⁴ felveti, hogy noha az ápolónőképzés még mindig a biomedicina fogalmi keretei által meghatározott, az ápolónők – inkább, mint az orvosok – olyan pozícióban vannak, hogy megérthetik és kezelni tudják a betegséget annak pszichoszociális összefüggésrendszerében (a „disease”-t és az „illness”-t, a betegséget magát, és annak a beteg által átélt realitását, lásd 5. fejezet). A szerző úgy véli, hogy az ápolás alapvető szerepe a krónikus betegségek, rokkantság, terhesség, valamint az idősok egészségügyi problémáinak megállapításában és kezelésében áll. Mindezekben az esetekben az orvosi modell „kábitó injekciója” vagy nem megfelelő vagy igen csekély haszonnal jár. A krónikus betegek vagy rokkantak esetében, akik szociális identitásuktól megfosztottan marginalizálódnak a társadalomban, az ápolás nagymértékben hozzájárulhat az életminőség javításához, s annak megértéséhez, hogy milyen jelentést adnak a páciensek életüknek és szenvedésüknek. Mindezek következtében úgy látja, hogy az ápolónőt mint egészségügyi foglalkozást leginkább úgy lehetne elhelyezni, „mint aki közvetít az orvos célja... és a páciens célja között”.

„Medikalizáció”

A medikalizáció fogalmát az utóbbi időben vetették fel a modern medicina kritikusai, mint például Illich,²⁵ illetve orvosi szociológusok. Gabe és

Calnan²⁶ a következőképpen definiálja a medikalizáció fogalmát: „az a mód, ahogy a modern medicina kiterjesztette illetékességét az utóbbi években, és mostanra számos olyan problémát ölel fel, amelyek korábban nem voltak az orvoslás körébe tartozó tárgyként definiálva”. Az orvoslás hatáskörébe ma a jelenségek széles körét öleli fel a női életciklus normális eseményeitől (mint a menstruáció, terhesség, gyermekszülés és a menopauza) az időskor, a boldogtalanság, a magány és a szociális izoláció problémáig, sőt orvosi problémaként jelentkezik a nyomor vagy a munkanélküliség által előidézt egészségkárosodás is.

A medikalizáció folyamatát többféleképpen lehet értelmezni. Az orvosi szociológusok közül többen úgy vélik, hogy a modern medicina a társadalmi kontroll (különösen a nők élete feletti kontroll) egyik eszköze,²⁷ amely függőséget teremt az orvosi tevékenységtől, és ezen keresztül a gyógyszeripartól és más iparágaktól is.²⁸ A medikalizáció a szociális deviáns viselkedés kontrolljának eszközeként is felfogható. Amíg például korábban azt a viselkedést, amely szembekerült a szociális normákkal, az ördögtől valónak tekintették, ma betegnek vagy örültnek minősítjük. De talán a legfontosabb az, hogy a vallásos világnézet hanyatlása, amely az „egészséget” az univerzum morális modelljeként fogta fel, azt eredményezte, hogy az orvosi magyarázat behatolt az élet olyan területeire, amelyekkel foglalkozni korábban nem volt felhatalmazása. Ahogy erről már az 5. fejezetben szó volt, az isteni büntetéssel sújtott „bűnös viselkedés” korábbi vallásos koncepcióját a rossz egészségi állapotot kiváltó „egészségtelen életmód” fogalma váltotta fel. Ezt a folyamatot természetesen a technológia és a tudomány (beleértve az orvostudományt is) kétségbevonhatatlan sikerei segítették elő, amelyek javították az élet kilátásait és minőségét. A medikalizáció összefügg a testnek gépezetként való felfogásával, amely végül is megfosztja szociális és kulturális kontextusától (lásd 2. fejezet). A medikalizáció erősödésének egy további lehetséges hátterét már korábban említettük, a természet – nevelés vita kapcsán. Amennyiben a férfiak egy része még mindig a „természet” reprezentánsának tekinti a nőt és fiziológiai folyamatait, olyan dolognak, ami ellenőrizhetetlen, kiszámíthatatlan és veszélyesen szennyező, az orvosi rituálék és az orvosi technika alkalmas eszköz lesz megzabolázására és a „civilizálására” (különösen a feminista mozgalmak korszakában).

A medikalizáció jelenségének illusztrálására a következőkben két kérdéssel foglalkozunk.

1. A női stressz-helyzetek és a pszichotrop drogok javallata.
2. A női fiziológia és életciklus (menstruáció és menopauza, szülés).

A nők és a pszichotrop drogok

A pszichotrop drogok széleskörű használatával mint a személyes és szociális problémák megoldási módjával részletesebben a 9. fejezetben fo-

gunk foglalkozni. Jelen kontextusban azt a szempontot vizsgáljuk, hogy mi az oka annak, hogy durván számítva legalább kétszer annyi nőnek írniuk kell az orvosok pszichotrop drogokat, mint a férfiaknak. Ez többnyugati országban végzett felmérés alapján állítható.²⁹ Az okok sokrétűek, de mindenképpen szerepet játszik a gyógyszeripar reklámhadjáratának a befolyása. Ezeket a drogokat ugyanis a női élet feszültségeinek, szerepkonfliktusainak megoldására szolgáló szerekként reklámozzák. A férfiak a pszichotrop drogok helyett inkább az alkoholhoz és a dohányhoz folyamodnak.

Esettanulmány: Pszichotrop drog-hirdetések Nagy-Britanniában

Stimson²⁹ az angol orvosi folyóiratokban közzétett drog-hirdetéseket tanulmányozta. Mindenekelőtt azt találta, hogy a hirdetésekben a nők képe 15-szöröse a férfiakénak. A nők társadalmi helyzetét túlnyomórészt úgy mutatják be, mint ami stresszt, szorongást és emocionális problémákat idéz elő. Gyakoriak a felfordult konyhában üvöltő gyerekek által körülvett, fáradt, elgyötört „gondterhelt háziasszonyt” ábrázoló képek. Stimson szerint a hirdetések azt sugallják, hogy a női szerepkonfliktusok egyre inkább már csak orvosi terminusokban definiálhatók, és hogy „bizonyos életesemények olyan helyzetbe hozzák az embereket, amelyekben valamely drog javallata a legmegfelelőbb”. A hirdetések a helyzethez orvosi segítséggel alkalmazkodott egyéneket ábrázolnak, nem pedig a magának a helyzetnek a megváltoztatására irányuló törekvést.

Az asszonyi élet feszültségeinek és szorongásainak „medikalizációja” a szociális és személyes problémák szélesebb körű medikalizációjának része. Olyan problémák is az orvosi tevékenység tárgyává válnak, mint a gyász, magány, válás, politikai megrázkódtatás, nyomor és munkanélküliség. Részbe ez ugyanakkor a „kémiai megküzdés” irányába mutató trendnek, a stressznélküli és fájdalomnélküli utópia keresésének.

Bár a „medikalizáció” fogalmát a modern medicina kritikusai pejoratív értelemben használják, nem szabad elfelejtenünk arról, hogy maguk a nők nem tekintik szükségképpen rossznak.³⁰ Valójában örömmel üdvözlözik az orvosi beavatkozás fejlődését, amely megszabadít a menstruáció előtti szindrómáktól, a menstruáció fájdalmaitól, a menopauza szimptomáitól, s némileg enyhíti a szülési fájdalmakat és nehézségeket.

Menstruáció

A menstruáció a nő természetes fiziológiai folyamata a menarchétól a menopauzáig tartó életszakaszban. Mégis számos tabu veszi körül, meg-

tározott viselkedésmódok kötődnek hozzá, amelyek mintegy szimbolikusan *védelmek* a menstruáló asszonyt a sérülések ellen ebben az érzékeny periódusban, egyszersmind a férfiakat is védi a menstruációs vér veszélyes, rontó hatalmától.

Az ipari társadalmakban, főként a városokban élő asszonyok számára a menstruáció egészen más tapasztalatokat jelent, mint a harmadik világ asszonyai számára. A preindusztriális társadalmakban, főleg a paraszti vidékeken, a menstruációs periódusok – számos okból kifolyólag – viszonylag ritkábbak, ahogy az elmúlt századokban a nyugati világban is. A megváltozott életkörülmények érintik ugyanis a menstruációs ciklust: csökken a szülési ráta és a teherbeesések száma, korábban jelentkezik a menarche, alacsonyabb a csecsemők és az anyák mortalitása, és megnövekszik a várható élettartam, s ezáltal a menopauza időszaka.³⁰ 1890-ben például egy átlagos angol munkásasszony körülbelül 15 évet töltött az életéből terheséggel és szoptatással, ma ez az idő körülbelül 4 évre csökkent,³⁰ következésképp a fennmaradó időszakokban lehetséges a menstruáció. A fejlődő országokban további két tényező járul a menstruáció kimaradásához: a hosszú ideig tartó szoptatás és a nem megfelelő táplálkozás. A táplálkozás különösen fontos tényező, minthogy a testsúlynak legalább 17%-nyi zsírtartalma szükséges ahhoz, hogy megjelenjen az első havivérzés, és 22% a szabályos ciklus fenntartásához.³¹

Az utóbbi években a *premenstruális szindrómát* (premenstrual syndrome – PMS) kezdik úgy tekinteni, mintha az hormonhiánnyal összefüggő rendellenesség lenne, nem pedig természetes fiziológiai folyamat. Dalton³² például „a leggyakrabban előforduló endokrin zavarként” írja le a premenstruációs szindrómát, ami a progesteron hiánya következtében jelentkezik. Hasonlóképpen több orvos a menopauzát is hiánybetegségként kezeli, ekkor ösztrogén-hiányról beszélnek.

A premenstruációs szindróma szimbolikus jelentésre is szert tehet, ahogy Gottlieb³³ leírja a jelenkori amerikai kultúrában. A PMS-hez társuló negatív hangulatok, az ingerlékenység és ellenségeség, szemben áll azzal a viselkedésmóddal, amit egy asszonytól az Egyesült Államokban elvárnak, hogy legyen mindig derűs, kedves, nyugodt, önzetlen és együttérző másokkal szemben. A hangulatingadozás a kötelezően elvárt idealizált viselkedés szimbolikus megsértése. Minthogy meg van engedve, sőt bátorítják is, hogy a hónap bizonyos időszakaiban az asszonyok a szélsőségek között oscilláljanak, Gottlieb úgy véli, hogy az amerikai nők internalizálják a női viselkedésnek ezt a modelljét. Mindazonáltal ez a havonta ismétlődő „rituális visszavágás” erőteljes konzervatív hatással jár, s a nőket önmaguk ellen fordítja, mivel – noha öntudatlanul – akkor is hangot adnak panaszainak, amikor tudják, hogy illegitimnek fogják tekinteni és visszautasítják.

Johnson³⁴ szintén „kultúrához kapcsolt szindrómának” tekinti a PMS-t (lásd 10. fejezet). A modern ipari társadalomban a női szerep változóban van, a nők növekvő mértékben szerepkonfliktusba kerülnek, mert elvárják tőlük, „hogy produktívak és egyszersmind reprodukcióval legyenek, azaz építsenek karriert, de fő gondjuk mégis a család legyen”.

A társadalom pedig akkor is kritizálja őket, ha az egyiket vagy a másikat választják, de akkor is, ha megkísérelnek mindkét követelménynek egyszerre eleget tenni. A PMS ezt a szerepkonfliktust szimbolizálja és betokosítja, minthogy egyidejűleg tagadja, hogy bármelyik lehetőség megvalósítható lenne: „a menstruálás során az illető potenciálisan termékenynek mutatkozik, de nyilvánvalóan nem terhes; ugyanakkor ha valakinek olyan szimptomái vannak, amelyek munkaképtelenné teszik, fel lesz mentve a normális munka elvárásai alól”. Ily módon a PMS kulturális kifejezésformája „szimbolikus kulturális »biztonsági szelep«, ami ráébreszt arra, hogy – legalábbis időlegesen – fel kell adni e konfliktushordozó alternatív szerepkövetelmények egyikét. Ebben a folyamatban természetesen a nők érzékenységről, törekénységéről vallott sztereotíp felfogások is megszilárdulnak, megerősítve, hogy a nők nem képesek betölteni a közéletben a férfiaknak tulajdonított szerepeket.

Ahogy a menstruáció előtti szindróma, úgy maga a menstruáció is „medikalizálódik”: bizonyos esetekben ez csak azoknak az ősrégi hiedelmek elpalástolására szolgál, amelyek szerint a menstruáló asszony külső erők által sebezhető, vagy hogy a menstruációs vér „rontó”, „mérgező” tulajdonságokkal rendelkezik (lásd 3. fejezet). Furth és Shu-Yueh³⁵ a Taivánban élő menstruációs hiedelmeket tanulmányozva azt tapasztalták, hogy a menstruáló asszony „tisztátalan” és „szégyenletes” menstruációs vérének hagyományos képe – különösen a fiatalabb asszonyok körében – sajátos módon az egészség és tisztaság nyelvi fordulataiban megfogalmazódva él tovább. Legtöbbjük egészségügyi óvintézkedést tesz ebben az időszakban, hogy elkerüljék a fertőzést. Például gyógynövény főzeteket isznak, melegen tartják magukat, nem mosnak haját, nem fürdenek, kerülnek a testi erőfeszítést, a fagyos vagy nyers ételeket. A menstruáció alatti szexuális érintkezésről azt tartják, hogy veszélyes az asszony számára („lázat okozhat a méhben”) de a férfinak is.

Menopauza

Ahogy a szabályos és gyakori menstruációs periódusok, a menopauza is gyakoribb tapasztalat a modern ipari társadalmakban élő asszonyok számára, ahol hosszabb a várható élettartam, s a legtöbb nő jóval túléli a menstruáció lezárulását.

Az elmúlt évszázad során lényeges változások következtek be a menopauza értelmezésében. Lock³⁶ megállapítja, hogy míg a XIX. században az orvosok azt gondolták, hogy a menopauza betegségeket okoz, a XX. század közepe óta a menopauzát magát tartják betegségnek. Ily módon a női életnek ez a normális szakasza is „medikalizálódott”, bár gyakran lényeges különbségek vannak a laikus és az orvosi megközelítésmód között.

Kaufert és Gilbert³⁷ szerint a menopauza endokrin zavarként (ösztrogénhiányként) történő meghatározása ahhoz vezet, hogy csak

azokat a tüneteket vesznek komolyan, amelyek ösztrogénhiánynak tulajdoníthatók (hőhullámokat, éjszakai verejtékezést, csonttritkulást, vagy a sorvadásos hüvelygyulladás), míg azokat a tüneteket (mint a szociális vagy pszichés problémákat), ignorálják. Egy további problémát eredményez az, hogy ha egyszer a menopauzát mint „hormonhiány betegség” definiáljuk, ezt már csak egy orvos diagnosztizálhatja laboratóriumi leletek alapján, a kezelést csak az orvos írhatja elő, a nő ezzel az orvosi rendszer foglyává válik.

Bár, amint Lock³⁶ felhívja erre a figyelmet, a menopauza orvosi modellje nem egyöntetű, számos vita folyik a tünetek meghatározásáról és a megfelelő kezeléssel – sőt arról is, hogy az ösztrogénhiány valójában milyen viszonyban van a fenti tünetekkel illetve az egyéb patológus változásokkal, mint például a csonttritkulás. További egyet nem értés van természetesen a még bizonytalanabb tünetek vonatkozásában. Kérdéses például, hogy az ingerlékenység, depresszió, fáradékonyság, fejfájás, szédülés vagy a libidó elvesztése hormonhiány következménye-e vagy sem. Van természetesen fiziológiai változás ebben az életkorban – a menses és fogamzóképeség megszűnése –, de legalább ilyen lényeges az, hogy éppen ez az az élet szakasz, amikor számos *szociális* természetű változás megy végbe a nő életében, nyugdíjba kerül, a gyerekek elhagyják az otthon („üres fészek szindróma”) vagy gyengélkedik. Ezek az események szintén felelőssé tehetők azoknak a tüneteknek az előidézéséért, amelyek a menopauzához kapcsolódnak.

A Montrealban (Kanada) folytatott vizsgálatait során Lock³⁶ arra az eredményre jutott, hogy a menopauza tünetjeinek kezelésében is igen nagy változatosság található. Néhány orvos minden esetben hormonkezeléshez folyamodott, mások szinte soha. Néhány esetben úgy tűnt, hogy a hormonkezelés melletti döntést a lefolytatott konzultáció körülményei befolyásolják, más esetekben az orvos személyisége, előtanulmányai, neme és életkora, valamint eddigi tapasztalatai. Szerepet játszhat még a páciens szociális és kulturális státusza. Az alábbi, szintén Kanadából származó esettanulmány hasonló helyzetet illusztrál:

Esettanulmány: A menopauza medikalizációja Manitobában, Kanada

Kaufert és Gilbert³⁷ 2500, 40 és 59 év közötti nő körében végzett felmérést Manitobában. 37% menopauza előtti, 14% menopauza alatti és 30% a menopauzát követő periódusban volt, további 19% korábban méheltávolítással járó műtéten esett át. Eredményeik azt mutatják, hogy ebben a mintában a menopauza sokkal kevésbé volt „medikalizált”, mint ahogy azt előre várták. Az asszonyoknak mintegy fele azt mondta, hogy a menopauzával kapcsolatos állapotukat sosem beszélték meg orvossal. Ez ellentétben áll a szüléssel, ami igen nagy mértékben medikalizált

Kanadában. A gyermekszülés egy kívülről számunkra is látható folyamat, ami nem sok választást tesz lehetővé a tekintetben, hogy felfedjük-e vagy sem, a menopauza viszont eltitkolható. Kanadában a „terhesség kultúrája” magában foglalja az orvosi felügyeletet, és akárcsak az Egyesült Államokban, majd minden szülésnél előfordul valamilyen orvosi beavatkozás. Észak-Amerikában a szüléssel összehasonlítva a társadalom relatíve kevés súlyt tulajdonít a menopauzának, ez lehet a magyarázata annak, hogy csak részlegesen „medikalizálódott”.

Mind a premenstruális szindróma, mind a menopauza esetében azt lehet mondani, hogy két, a női életben természetes fiziológiai folyamatot némely orvosok átdefiniált, „endokrin deficitként” vagy „betegségként” tüntetik fel. Ez a „medikalizáció” azt jelenti, hogy a nők egy része sokkal függőbbé válik az orvosi tevékenységtől, mint anyáik valaha is. Be kell azonban azt is vallani, ahogy ezt már korábban is említettük, hogy igen sok nő örömmel üdvözlözi ezt a fejleményt, mert csökkenti a menstruációval illetve a menopauzával járó kellemetlen tüneteket.

A nemekhez kapcsolódó kulturális különbségek és az egészség

Egy partikuláris „nemekhez kapcsolódó kultúra” által előírt nemi szerep – bármely más képzethez vagy viselkedésmóddhoz hasonlóan – a kontextustól függően lehet egészségvédő vagy patogén hatású. A következő részben arról lesz röviden szó, hogy bizonyos körülmények között a nő vagy férfi minél milyen negatív következményekkel járhat az egészségi állapotra nézve. Amikor a nemekhez kapcsolódó kultúrához tartozó képzetek, elvárások, viselkedésformák egészségromláshoz vezetnek, a *szociális nemek betegségeiről* beszélhetünk.

A férfi szociális nemiségével összefüggő betegségei

A férfi szociális nemiségével összefüggő kultúrájának jó néhány összetevőjéről elmondható, hogy hozzájárul a férfiak rossz egészségi állapotához, vagy legalábbis növeli az egészség romlásának kockázatát. A férfiakat például arra biztatják, hogy igyanak több alkoholt, cigarettázzanak többet, mint a nők, legyen bennük több versenyszellem, és vállaljanak több kockázatot a mindennapi életben. Majd minden társadalomban a háborúskodást és a vadászatot kizárólag férfiak űzik. A férfiak – elsősorban fiatalabb férfiak – egészségét gyakran teszik kockára a veszélyes és vetélkedő sportok, testcsontkítás, a beavatási rítusok vagy a férfiasság nyilvános próbatételei során.

Sérülés és fájdalom esetén azt várják el a férfiaktól, hogy lehetőleg ne nyilvánítsák ki érzelmeiket, legyenek stoikusok és ne panaszkodjanak, s igen jó oka legyen annak, ha már orvoshoz fordulnak (különösen,

ha az is férfi). Sok esetben ez a sztoicizmus ártalmas lehet az egészségre, mert gyakran ahhoz vezet, hogy ne vegyék figyelembe valamely betegség korai szimptomáit, vagy hogy az orvos alábecsülje a betegség súlyosságát.

A férfi szociális nemiségével kapcsolatos kultúrájának egy másik egészség-betegséghez kapcsolódó példája az A típusú viselkedés (erről részletesebben a 11. fejezetben lesz még szó). Ezzel a terminussal a versengő, ambiciózus, megszállott viselkedést jelöljük, s ma már tudjuk, hogy ez a viselkedésmód nagymértékben növeli a szívkoszorú megbetegedések kockázatát. Az Egyesült Államokban szívkoszorú megbetegedés által okozott halál kétszer annyi férfit érint, mint nőt. Waldron³⁸ ezt a tényt nagymértékben a kulturális tényezőknek, s ezen belül elsősorban a gyermeknevelési szokásoknak tulajdonítja. A versenyszellemet, az ambiciózusságot és az A típusú viselkedés más formáit inkább a férfiaknál biztatják és jutalmazzák, nem a nőknél. A férfiakról azt várják, hogy sikeresek legyenek a munkájukban, a nőktől azt, hogy a háztartásban legyenek sikereik. E két életszféra különböző viselkedéseket igényel a siker eléréséhez. A szocializációnak ezek az eltérő típusai a nők számára védelmet nyújthatnak a későbbi életben, a férfiaknak azonban nem.

A nő szociális nemiségével kapcsolatos betegségei

Erről a problémáról a 2. fejezetben már esett szó testi a megjelenés megváltoztatásának kapcsán. Ez az eljárás magában foglalhatja a mell- és orrplasztikát vagy a plasztikai sebészet más formáit – ezek mind kockázatot hordozhatnak akár a műtét és az érzéstelenítés kapcsán, akár a posztoperatív fertőzés lehetőségét tekintve. A testfelszín és a megjelenés megváltoztatásának egyéb egzotikus módjai, a lábelkötés, a bőr bemetszése, a tetoválás és az ajakátfűrés mind igen kockázatosak. Az öltözködés és a testdíszítés újabb divatjai sem veszélytelenek: a telitalpú és magas sarkú cipők viselése ortopédiai problémákat okozhat, kozmetikumok, fűrdősők, dezodorok és hajfestékek bőrgyulladást, csalánkiütést idézhetnek elő. A nők, hogy megfeleljenek a kurrens női szépségideálnak, különböző „rafinált diéták” segítségével az alakjukat is igyekeznek megváltoztatni, ez pedig igen veszélyes lehet. A túlkarcúsítás hozzájárul az anorexia nervosa kialakulásához. Mindez depresszióhoz és negatív önképhez vezethet a kövér vagy a kurrens szépségideáltól eltérő alakú nők körében.

A férfiakkal ellentétben, a nők arra szocializálódnak, hogy már kis problémák esetén is orvoshoz forduljanak, rossz közérzetüket nagyobb emocionális töltettel, például nagy „ideg feszültségben” mutassák ki, ahogy az antropológusok a világ különböző részein egyaránt leírják³⁹ ahogy az antropológusok a világ különböző részein egyaránt leírják⁴⁰ (lásd a 11. fejezetet). Ez a helyzet viszont ahhoz vezethet, hogy a férfi orvosok tévesen „hisztéria” vagy a „hipochondria” gyanánt diagnosztizálják az esetet,⁴⁰ „medikalizálják” az életeseeményeket és a fiziológiai

változásokat, és főlegesen drogtérapiához folyamodjanak (esetleg éppen pszichotrop drogokhoz). Másrészt azonban az orvossal történő gyakori konzultáció lehetővé teszi, hogy bizonyos betegségeket korán felismerjenek.

Végül, a modern ipari társadalmakban a nők fokozottan ki vannak téve a női kultúra ellentmondásos hatásának. Egyrészt hangsúlyozva van háziasszonyi szerepük, és azt várják tőlük, hogy otthon maradjanak a családjukkal, egyszersmind azt is elvárják tőlük, hogy válasszanak valami hivatást, vegyenek részt a gazdasági életben. Ezek a szerepkonfliktusok sok mai nő életében növelik a stresszt.

Reprodukció és gyermekszülés

A különböző kulturális csoportok között nagy különbségek találhatók a fogamzás, a terhesség és a szülés felfogásában. Hahn és Muecke⁴¹ egy adott társadalom *szülési kultúrájának* nevezi azt az áthagyományozott képzetrendszert, amely „informálja a társadalom tagjait a fogamzás természetéről, a nemzés és gyermekáldás megfelelő feltételeiről, a terhesség alatti és a vajadás során szükséges teendőkről, a szülés előtti és a szülés utáni viselkedés szabályairól és értelméről”.

Számos „szülési kultúrát” írtak le az antropológusok mind az ipari mind a preindusztriális társadalmak körében. A modern európai és amerikai középosztály számára például a terhesség és a szülés – a menstruációhoz és a menopauzához hasonlóan – egyre növekvő mértékben *orvosi* problémaként jelenik meg, amely orvosi diagnózis és kezelés tárgyát képezi.

A nyugati szülési kultúra

A vajadás során, mindenütt a világon, egy vagy több személy asszisztál. Ezek lehetnek nőrokonok vagy barátnők, hagyományos bábaasszony – vagy kórházi körülmények között – szülészorvos.

Stacey⁴² leírja, hogy a XVII. századig Nagy-Britanniában a bábaság kizárólagosan női foglalkozás volt, amikor is feltűnt néhány „férfi-bába” vagy *accoucheur* (bába franciául). A hagyományos bábák többnyire saját terhességükből és szülési tapasztalataikból merítették az ismereteiket. A XIX. század második felétől kezdve – noha az orvosok tiltakoztak ez ellen – a bábákat fokozatosan bevonták az orvosi rendszerbe, bár csak a normális szüléseknél segédkezhettek. Az 1902-es Bába Törvény saját jogon praktizáló lehetőséget biztosított számukra, de azért az orvosilag képzett szülészek alárendeltjei maradtak. Leavitt⁴³ szerint hasonló folyamat ment végbe Amerikában is. 1880 előtt az asszonyok többnyire nőrokonok segítségével szültek. Orvost csak alkalmasszerűen hívtak, ha nehéz szülésre került sor, de ilyenkor is az asszony, a család vagy a barátok joga maradt, hogy döntsenek a szülésről. Noha 1880 és 1920 között többnyire még otthon szültek, az orvosok fokozatosan ki-

terjesztették fennhatóságukat a szülési folyamatra, és arra hogy hogyan kell eljárni. 1930-ra már több szülés zajlott le kórházban, mint otthon. A kórházi körülmények között a szülési folyamat fölötti kontroll szinte kizárólagosan orvosi üggyé vált.

A kórházi szülészeti terjedése

1959-ben Angliában még minden harmadik szülés otthon vagy szülőotthonban folyt le, ma már 99%-ban a Társadalombiztosítás (National Health Service) kórházaiban. Az Egyesült Államokban hasonlóképpen a szüléseknek mintegy 98%-a történik kórházban.⁴³ Ezt az eltolódási folyamatot jól szemlélteti a bábák számának alakulása. 1974 és 1980 között a kórházban dolgozó szülésznők száma 15 002-ről 17 163-ra emelkedett, a házakhoz kijáró bábáké pedig 4237-ről 2773-ra csökkent.

Az utóbbi fél évszázad során a modern szülészeti jelentős sikereket ért el az anyák és újszülöttek mortalitásának és morbiditásának csökkentésében. Sok koraszülött életét sikerül megmenteni, méhen belül diagnosztizálni lehet a veleszületett rendellenességeket, sikeresen lehet kezelni a terméketlenséget *in vitro* megtermékenyítéssel (*In Vitro Fertilization* – IVF), vagy más technikákkal. Mindezen technikai sikerek ellenére a nyugati társadalmak „szülési kultúráját” – a modern medicina más vonatkozásaihoz hasonlóan – sok nő kritizálja számos okból kifolyólag. Ezek közé tartozik az, hogy:

1. A mai orvosi szemlélet túlhangsúlyozza a terhesség és a szülés fiziológiai aspektusát, a pszicho-szociális összefüggések rovására.
2. Arra törekszik, hogy normális biológiai eseményeket „medikalizáljon”, „orvosi problémává” tegyen, ezáltal a terhes nőt a passzív és függő „páciens” pozíciójába kényszerítse.

Az orvostudományt különösen azért lehet kritizálni, mert nem veszi figyelembe azt a *jelentést*, amit a nők terhességük és gyermekszülésük élményének adnak, ahogy nem tesznek különbséget a „disease” és az „illness”, a betegség objektív és szubjektív megjelenési formája között sem.

A szülésnek mint technikai problémának a túlhangsúlyozása a női test „csőhálózati” (plumbing) modelljét idézi fel (lásd 2. fejezet). Néhány szülésorvos szemében a szülés pusztán annyit jelent, hogy egy eleven objektumot (a baba) egy üregből (a méh) egy csatornán (szülőcsatorna) keresztül ki kell juttatni az orvos kezébe.

A nyugati „szülési kultúra” eredete

Mi az eredete a nyugati világ „szülési kultúrájának”? Davis-Floyd⁴⁴ ezt a szemléleti modellt a XVII. században Descartes, Bacon és Hobbes ál-

tal kifejlesztett mechanikai világképre vezeti vissza, amelyben a tudomány által felfedezhető és a technika által kontrollálható, előre jósolható törvényszerűségek uralkodnak. A test-lélek dualizmus cartesianus modellje a testnek mint gépezetnek a metaforáját keltette életre. Azáltal, hogy a testet gondolatilag leválasztotta a lélekről, a testet kiszabadította a vallás fennhatósága alól, és a tudomány tárgyává tette. Davis-Floyd szerint a mechanikai szemléletben ugyanakkor tovább él a keresztény teológia felfogása a nő alacsonyabbrendűségéről. A test-gépezet eszméje magában foglalja azt a megfontolást is, hogy ennek a gépezetnek a prototípusa a férfi test. A női test különbségét a férfi stanpeztől abnormálisnak, tökéletlennek és veszedelmesen megjósolhatatlannak kell tartanunk, amelyre a természet gyakorolt befolyást, s ami a férfiak állandó beavatkozását igényli. A modern szülészeti filozófiai bázisát a baba-tevékenység kisajátítása és a női test tökéletes gépezet metaforája alkotja. A kórház egy jól felszerelt üzem, ahol tökéletes újszülötteket termelnek – ez a beállítottság különösen Amerikára jellemző – „a szülési folyamat legkívánatosabb végterméke a társadalom egy új tagjának létrehozása, az új anya csak másodlagos melléktermék”.

Az anya és a csecsemő konceptuális szétválasztása képezi az alapját a szülés technológiai modelljének. Az újszülöttet elveszik az anyától, egy ápolónő veszi szemügyre, leteszteli, megfürdeti, lepedőbe bugyolálja, K vitamin injekciót ad és szemcseppet csepegtet a szemébe, s miután megfelelően be lett vezetve („belekeresztelve”) a technológia világába, rövid időre visszaadják az anyának. Ezután 4 óráig megfigyelésre egy műanyag bölcsőbe helyezik. Davis-Floyd megfogalmazásával élve, „az anyaméhet nem az anyai karok váltják fel, hanem a kultúra műanyag méhe”. A szeparáció tovább folytatódik azzal, hogy egy újabb orvos, a neonatológus lép be az újszülött életébe.

Davis-Floyd leírja, hogy hogy néz ki maga a szülés. Az anya orvosi technológiával körülvéve vajúdik: külső és belső magzati monitorok, intravénás infúziók, kórlapok és egyéb eszközök a kellékek. „Mindez kultúránk legmélyebb értékeiről és képzetéről szóló üzenetet közvetíti: azt nevezetesen, hogy a technika egy felsőbb hatalom, amelynek teljes mértékben ki vagyunk szolgáltatva, s ezzel egyszersmind ki vagyunk szolgáltatva azoknak, akik ezt a technikát kezükben tartják, s mintegy kegyet gyakorolva működtetik. A gátmetszés gyakori alkalmazása még inkább elmélyíti ezt a benyomást, hiszen ezzel még a legtermészetesebb szülési folyamat is sebészeti procedúrává válik”.

A szülés „medikalizációja”

Az orvostudomány (beleértve a szülészeti is) az egészséget, illetve a leromlott egészségi állapotot fiziológiai funkciók, illetve diszfunkciók fogalmaival definiálja (lásd 5. fejezet). Ezáltal a laikus és tudományos szülési kultúra közti szakadék egyre szélesebbé válik, a két kultúra „össz-

szecsapásának" lehetősége ma valószínűbbnek látszik, mint valaha. Ez a lehetőség különösen ott merül fel, ahol a nők már hangot adnak a szülés orvosi kezelésével szemben érzett mély elégedetlenségüknek.

Graham és Oakley⁴⁵ rámutatnak néhány alapvető nézetkülönbségre az orvosok és az anyák között. E nézetkülönbség elsősorban a terhesség megítélésében jelentkezik, hogy az vajon „természetes” vagy „orvosi” folyamat-e. Ez a konfliktus egyik megnyilvánulási formája az orvos – beteg kapcsolat általánosabb ellentmondásainak. Az orvosi szemlélet kiemeli a terhességet a nő teljes élettapasztalatából, izolált orvosi esetként kezeli. A páciens a terhesség kezdetén belép az orvosi rendszerbe, s a szülés után elhagyja azt. Az anya számára azonban a terhesség *egész életének* szerves része, amelynek során új szociális szerephez jut, s amely egyszersmind megváltoztatja anyagi helyzetét, családi státuszát, háztartási feltételeit és személyes kapcsolatait. A terhesség tapasztalatainak megítélésében, a sikeres kimenetel értékelésében is különbségek mutatkoznak, sőt abban is, hogy melyiküknek kell a szülés folyamatának módszerét és ritmusát szabályozni. Tehát alapvető ütközési pontok vannak a – rendszerint férfi – szülészorvos és az anya között. Míg az egyik speciális ismeretekkel rendelkezik a szülésről, a másik szakértelme a saját testi folyamatok érzékeléséből származik.

A technikai célszerűség mellett a modern szülészeti jó néhány eljárását „a szociális átmenet rítusaként” (*rites de passage*) is leírhatjuk – erről a 9. fejezetben még esik szó. Jelen fejezet szempontjából azt fontos kiemelni, hogy a terhesség és a szülés minden emberi társadalomban többlet jelent pusztán biológiai eseményként. Ez a folyamat egyben a nő szociális státuszának megváltozását, a „nő” státuszából az „anya” státuszba való *átlépésének* fontos állomását is jelenti. S ugyanúgy mint minden más szociális átmenet esetében, az egyik szociális státuszról a másikba vezető veszedelmes utazás alatt az egyént meg kell *védni* bizonyos képzetek által előírt rituális magatartásformák betartásával. A legtöbb ilyen átmenet során az illető egyént kivonják egy rövid időre a mindennapi életből, mielőtt új szociális státuszában újjászületne. Kitzinger⁴⁶ megfigyelése szerint, a beavatandó „gyakran egy infantilizációs folyamaton megy keresztül, amelyben a kisgyermek függő és alávetett helyzetébe kerül, s úgy tűnik, hogy az újjászületés csak a kezdetekhez való visszatérés közvetítésével mehet végbe”. Némely kórház szülési gyakorlata – a fanszörzet leborotválása, beöntés – az infantilizáció vagy legalábbis a pubertás előtti korba való visszahelyezés tendenciáját tartalmazza. Ugyanakkor, ahogy Davis-Floyd⁴⁴ megállapítja, a szülészeti számos szertartása a társadalom alapvető értékeit közvetíti a szülő nő felé. Véleménye szerint ezek az értékek a következőket tartalmazzák: „a nő alávetettségét a patriarchális viszonyok között, a női test „tökéletlenségét”, a természetes folyamatok orvosi felügyeletének szükségességét, a tudománytól és a technikától való függőséget, az intézmények és a gépek előbbrevalóságát az egyéni hiedelmekkel és jelentésekkel szemben.” Ezek az üzenetek nagyobb valószínűséggel közvetíthetők egy

kórház szülészeti osztályának személytelen légkörében, mint családias otthoni légkörben. Kitzinger⁴⁶ is megállapítja, hogy „egy, a családtól elválasztott, hatalmas, centralizált és hierarchikus intézményben igen nagy valószínűsége van annak, hogy a felhasznált rítusok megerősítik a meglévő rendszert, és fenntartják a hatalmi struktúrát.”

Nem-nyugati típusú „szülési kultúrák”

Hahn és Muecke⁴¹ megállapítja, hogy az amerikai középosztály és más, ugyancsak amerikai szociális és etnikai csoport (például fekete munkások, mexikóiak, kínaiak és a Laoszból származó hmongok) „szülési kultúrája” között igen nagy eltérések találhatók. A fehér középosztálybeli szülész-orvosok néhány igen alapvető elvárása teljesen idegen más csoportok tagjai számára. Ezek közé tartozik például az, hogy a férjnek jelen kellene lennie a szülésnél. A hagyományos gondolkodású kínaiak például azt tartják, hogy a nő és a női test termékei veszélyesek és roncsoló hatások a férfiakra nézve, ezért elkerülik a szülés színhelyét, s még a szülést követően egy hónapig mindenféle kontaktust kerülnek a nővel, s ahogy más tradicionális csoportokban is, jobban szeretik a női szülészeket és a női asszisztenciát.

Az a szülési technika, amit a nyugati szülészek favorizálnak, hogy tudniillik szülés közben hanyatt kell feküdni, a nem-indusztrializált világban szinte ismeretlen. MacCormack⁴⁷ – áttekintve az e kérdéssről szóló irodalmat – megállapítja, hogy „az asszonyok világszerte (Latin-Amerikától Thaiföldön, Indián, és Sri Lankán át Nyugat-Afrikáig) a vajúdás előrehaladottabb fázisában inkább állnak, guggolnak, vagy valamihez támaszkodva ülnek.” A baba maga is többnyire a vajúdo asszony előtt a fölön ül. A szülés körül segédkezők gyakran igen nagy ügyességgel tudják külső manipuláció segítségével a rendellenes pozícióban fekvő babát a megfelelő, fejfelé előrenéző pozícióba fordítani.

A nyugati szülészeti gyakorlattal ellentétben a köldökszinórt általában a placenta kilökése után vágják el. Ezt az eljárást MacCormack szerint világszerte alkalmazzák, Vietnamban, Thaiföldön, Burmában, Indiában, Kelet- és Nyugat-Afrikában, Jamaicában, Guatemalában és Braziliában. Egyes helyeken trágyát dörzsölnek az újszülött köldökére, hogy elállítsák a vérzést, ami persze megnöveli az újszülöttkori tetanuszmérgezés kockázatát.⁴⁷

A szülést követően a legtöbb kultúrában az asszonyok számára speciális, úgynevezett postpartum pihenési periódus megtartását írják elő. Ez alatt az idő alatt meghatározott étrendet kell követni, és be kell tartani bizonyos tabukat. A gyermekágyas nő ellátásáról általában más asszonyok gondoskodnak. A pihenés és az elkülönítés időszaka általában 20-tól 40 napig tart. A Sri Lanka-i tamilok például 31 napban határozzák meg a „szülést követő szennyezettség” periódusát, ezt követően speciális rítusokat végeznek, amely megtisztítja a házat, az anya rituális fürdőt vesz, és leborotválják a gyermek haját.⁴⁸ Pillsbury⁴⁹ leírja, hogy a

kínai falusi közösségekben – a Kínai Népköztársaságban ugyanúgy, mint Taivan-ban „a hónap letöltése” (kínaiul *tsu yueh*⁵⁰) a szülés utáni lázárva az otthonába, a rokonok gondoskodnak róla, csak meghatározott ételeket ehet, és be kell tartania speciális tabukat. Pillsbury megállapítja, hogy a nyugati szülési kultúra „gyermekágyi” periódusa rendelkezik hasonló szimbolikus jelentőséggel, és „nem rendelkezik olyan viselkedési sajátosságokkal, amelyek »a hónap letöltése« szokásának folytatása lenne”. A szülés utáni periódus egy további fontos jellemzője, hogy számos kultúra a szülés után meghatározott időre tiltja a szexuális érintkezést a házastársak között. Ez a tilalom néhány hónapra is kiterjedhet. Az Egyesült Államokban élő hagyományörző kínaiak körében ez a tilalmi időszak 100 napig tart.⁵¹

A szülés körüli hagyományos segédkezők (Traditional Birth Attendants, TBAs)

A szülés modern, technológiai modelljével ellentétben, világszerte – de különösen a fejlődő országok vidéki környezetében – a szüléseket általában női segédkezők vezetik le. Ezeket az asszonyokat *parterának* hívják Mexikóban, *comadronának* Puerto Ricóban, *nanának* Jamaicában, *dainak* Indiában és *dayának* Egyiptomban.

Afrikában és az indiai falvakban a szülések mintegy 80%-át a hagyományos segédkezők vezetik le (TBAs). A WHO világviszonylatban 60-80%-ra becsüli a hagyományos segédkezők által levezetett szülések arányát.⁵² A hagyományos segédkezők Afrika, Ázsia, Latin-Amerika és a Karib szigetvilág majd minden falujában és a városok környékén megtalálhatók. Nemcsak a csecsemők világrahozatalában segédkeznek, hanem felügyelnek a szülés előtti és utáni ellátásra, a terhesség és a szülés során fontos szertartásokat végeznek, sőt néhány helyen a nők circumcisióját is ők végzik. 1978-ban és 1992-ben a WHO jelentést^{51,52} adott ki a hagyományos segédkezők továbbképzésének támogatására. A WHO célja megnövelni a hagyományos segédkezők számát és képzettségét, lehetővé tenni a velük való konzultációt, s ezzel bevonni őket a fejlődő országok általános egészségügyi programjába. A WHO ugyanakkor biztosítani akarja a „hagyományos eljárások” folytatását, elismerve a hagyományos kultúrákban gyökerező ismereteiket. A szándék az, hogy a képzés után egyéb feladatokat is el tudjanak látni a közösségekben, mint például az elsősegélynyújtás, családtervezési tanácsadás, vagy a csecsemőkori hasmenés esetén az orális rehidrációs oldatok (Oral Rehydration Solution; ORS) szétosztása. Mint a közösség egészségügyi nevelői, tanácsot tudjanak adni táplálkozási kérdésekben, a HIV-fertőzés megelőzéséről, a személyes és környezeti higiéné fontosságáról, s fel tudják világosítani a szülőket arról, hogy fejlődésük ellenőrzése és a védőoltások beadása céljából szükséges a csecsemőket és a kisgyermeket a klinikára elvinni.⁵²

Azokban az országokban, ahol a hatóságok elismerik a hagyományos segédkezők tevékenységét, az elmúlt 30 év során igen nagy számban tovább képezték és bevonták őket az alap egészségügyi ellátásba. Ezek közé az országok közé tartozik például Ghána, Indonézia, Malajzia, Pakisztán, a Fülöp Szigetek, Szudán és Thaiföld. Egyiptomban, ahol a közép- és a Fülöp Szigetek 80-90%-át segítik a világra, a továbbképző program négy fő célt tűzött maga elé: praxisuk hatókörének kiterjesztését, technikáik biztonságának növelését, a helyi egészségügyi szervekkel való kooperáció erősítését, valamint annak megértését, hogy a veszélyeztetett anyákat és csecsemőket kórházba kell küldeni.

Mint ahogy formális képzésük hiányzik és technikáik némelyike hiányos, a hagyományos segédkezők igen alacsony költséggel vagy akár költségek nélkül lehetővé teszik a nem-technológiai megkonstruált szülések ellátását a nem-iparosított világban.

Esettanulmány: A nana Jamaicában

Kitzinger⁵⁶ bemutatja a hagyományos segédkezők egy típusát, a jamaicai *nanát*, vagy más néven a helyi bábát. Kitzinger számításai szerint a jamaicai újszülöttek mintegy 25%-át a *nanák* segítik világra – természetesen elsősorban faluhelyen.

Mint ahogy a *nanákat* a jamaicai állam nem ismeri el hivatalosan, az általuk levezetett szülések többségét úgy tartják nyilván, „mintha az segítség nélkül” vagy „az anya, esetleg barátnő vagy rokon részvételével történt volna”. A falvakban ugyanakkor a *nana* magasállású, nagytekintélyű személy, aki a vidéki közösségekben a jamaicai asszonyok kohéziójának kulcsfigurája. A tanítónővel és postáskisasszonnyal együtt, ő a falu „politikai centruma”, a szociális hálózat magja, a közösség összetartója. A *nanákat* mindenki ismeri, mélyen benne gyökereznek a közösségben, s gyakran akár családi problémák megoldásának segítésére is elhívják őket. A szülésznői ismeretek családon belül hagyományozódnak át. A *nanák* természetesen maguk is mindig anyák, *nanának* lenni „tulajdonképpen az anyai szerep kiterjesztését jelenti, a *nanák* szerepükben sikeresnek tekintett anyák.” A *nanák* saját szerepük lényegét abban látják, hogy mintegy öröködnék az anyák biztonsága felett a fogamzástól a szülésig, megkönnyítik a természetes folyamatok lezajlását, s egyben részt vesznek a „nők anyaként való újjászületésének drámájában”. Gondoskodásuk a terhességtől a szülést követő kilencedik napig tart. A *nanák* felügyelnek a terhesség és a szülés sokféle rítusának és tabujának mindegyikére (lásd 9. fejezet), amelyek a nő átlépését jelzik a terhességből az anyaságba, s amelyek *jelentést* adnak élményeinek, elhelyezve azokat a vallás és a közösség szélesebb kulturális értékrendjének kontextusában. Kitzinger szembeállítja ezt az intim és kulturálisan beágyazott megközelítésmódot a jamaicai kórházakban is általános, nyugati stí-

lusú, technológiailag körülbástyázott szülési procedúrával, amelyben ápolónők és szülésznők figyelik „a páciens szülésének sebességét és hatékonyságát, ahol a higiéne és a rend fenntartása a legfontosabb, háttérbe szorítva a gyermekszülés emocionális tényezőit, szervezett módon végezhetik munkájukat, a legnagyobb számú páciens kezelésére a legrövidebb idő alatt”.

Kitzinger szerint a jamaicai *nanákat*, akik a régi idők szellemében végzik a dolgukat, mind a hivatásos orvosok, mind a művelt középosztály tagjai kezdik gúny tárgyává tenni. Véleményük szerint a *nanák* tevékenysége a leigázott rabszolgaműlt maradványa, nem hatékony, és ráadásul veszélyes is az egészségre. Kitzinger azonban kimutatja, hogy valójában a *nanák* igen jártasak a bába-technikákban, szívesen tanulnak a modern szülészettől is, és hajlandók arra, hogy szükség esetén tanult bábát hívnak, vagy kórházba küldjék a veszélyeztetett asszonyt. Sok vidéki asszony manapság a *nanákat* csak a terhesség során, illetve a vajúds első fázisában veszi igénybe, a szülés levezetéséhez azonban már képzett bábákhoz fordulnak.

Termékenység és terméketlenség

A termékenység általános emberi probléma, ahogy a terméketlenségtől való aggodalom is, bármi is legyen az oka. A legtöbb kultúra rítusok, imádságok és egyéb speciális óvintézkedések egész sorát dolgozta ki, amelyeknek az a célja, hogy a nő sikeresen megfogjon és biztonságosan eljusson a szülésig. A nő terméketlenségének magyarázatára számos elképzelés található. Ahogy erről már az előző fejezetben szó esett, a népi magyarázat különböző tényezőknek tulajdonítja a szerencsétlenséget, hibáztatják az egyén viselkedésmódját, vagy a természeti erőket, előfordul, hogy mások rosszindulatának tulajdonítják, vagy természetfeletti erők, istenek büntetésének.

A termékenység és a terméketlenség fogalmai részben azokkal az elképzelésekkel állnak kapcsolatban, amiket az emberek a test belső működéséről, a fogamzás és a szülés folyamatairól kialakítanak. Cosminsky³⁴ elmondja, hogy egy guatemalai faluban a hagyományos bábák úgy vélik, a terméketlenséget a „hideg méh” okozza, ami tehát nem elég forró ahhoz, hogy a magot befogadja. A méh felmelegítésére forró teákat és speciális fürdőket alkalmaznak. Ha azonban a falusiak hite szerint az adott esetben a terméketlenséget isteni beavatkozás okozta, nem várják el a bábától a segítséget.

A kis társadalmakban „a meddő asszony” gyakran marginalizálódik, személyiségében hiányosnak, társadalmilag tökéletlennek tekintik. A tradicionális társadalmakban a terméketlenségért többnyire az asszonyt okolják. Gyermeke – elsősorban persze fiúgyermek – nemzése világszerte a férfi férfiasságának és felnőtt-mivoltának bizonyítéka: következésképp a férfiak vonakodnak attól, hogy magukra ve-

gyék a terméketlenség felelősségét. McGilvray³⁵ szerint a tamilok között Sri Lankán, de Dél-Ázsiában mindenfelé azt tartják, hogy terméketlenség esetén a nővel van probléma, nem pedig a férfival. Előfordul, hogy a terméketlenségnek természetfölötti okot tulajdonítanak, de a férj potenciáját igen ritkán kérdőjelezi meg. A legtöbb férfi el sem fogadná azt a lehetőséget, hogy ő lenne a steril. Ha esetleg igen erős indokok mégis afelé mutatnak, hogy vele és nem a feleséggel van baj, ez igen nagy megrázkódtatást okoz. Palgi³⁶ elmondja egy Izraelbe költözött jemeni férfi esetét, akiben még igen erősen élt a hagyományos felfogás. Miután első házasságából nem származott gyermek, elvált. Amikor második házassága is gyermektelen maradt, és az orvosok szerint ő maga steril, emocionálisan tökéletes összeomlott. Tele lett félelemmel, álmatlanság gyötörte, folytonosan úgy érezte, hogy gonosz szellemek üldözik. Palgi azzal magyarázza ezt a reakciót, hogy közösségének vélekedésében egy férfi méltósága, respektusa összekapcsolódik utódainak (elsősorban persze fiainak) számával. S általános az a hiedelem, hogy ha örökös hiányában nincs, aki az apa lelkeért imádkozzon, veszélybe kerül a halál utáni békés lét.

Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a terméketlenség meghatározása nem teljesen statikus, az „elnyugatiasodás”, a migráció, az urbanizáció és más nagyobb szociális változások jelentős változásokat eredményezhetnek.

Beavatkozások a reprodukcióba: új reprodukciós technológiák

Az elmúlt évtizedek során az ipari országokban jelentős haladás történt mind a női mind a férfi terméketlenség orvosi kezelésében. Bár ezek az új technikák lehetővé tették, hogy sok gyermektelen házaspár gyermekhez jusson, ez az eljárás viták tárgyát képezi. Már csak ezért is, mert megkérdőjelezi a „család”, a „rokonság”, a „szülői mivolt” hagyományos fogalmait, a szociális és a biológiai szülőség közti kapcsolatot. Átalakítja az egyéni test, főként a női test fizikai funkcióinak és határainak értelmezését.

Az új reprodukció technikák széles skálájából³⁶ a következők emelhetők ki:

1. *In vitro* fertilizáció (IVF), ami történhet akár a terméketlen személy házastársától, akár ismeretlen donortól származó petesejt, illetve ondó felhasználásával.
2. *Pótanyaság* (a magyar terminológiában inkább a „*béranyaság*” kifejezést használjuk), ebben az esetben egy nő kihordja a terhességet, majd a szülés után átadja a babát. A magzat vagy a pótanya saját, a terméketlen asszony férjétől származó gyermeke, vagy egy idegen pár megtermékenyített, majd átültetett petesejtje.

Az új reprodukciós technikák kifejlesztése előtt a peteérés, megtermékenyülés és a terhesség ugyanabban a női testben végbemenő folya-

matok voltak. Most ezek egyike vagy másika az adott nő testén kívül, sőt akár három különböző női testben lezajló esemény lehet. 1983-ban Snowden és munkatársai⁵⁷ egy tanulmányukban három részre osztják az anyai funkciókat: „a genetikai anya, a kihordó anya és a szoptató anya” anyai funkciója. Az a nő, aki mindhárom funkciót betölti, „teljes értékű anya”. Az *in vitro* fertilizáció és a póttanyaság technikáinak kifejlesztésével ma már lehetséges, hogy ezeket a funkciókat különböző nők töltésék be: az egyik adja a petesejtet (vagy másképpen „megbízó anya”) a másik kihordja a gyermeket, és egy harmadik gondozza, szoptatja megszületése után. Hány anyja van egy gyermeknek, egy, kettő, netalán három? És – a gyermek szemszögéből nézve – melyik az igazi?

Az új reprodukciós technikák lehetőséget teremtenek arra, hogy egyre jobban elmélyüljön a szakadék a „biológiai és a szociális” szülőség között. Ez a probléma nemcsak az anyaságra vonatkozik: má már kb. 20%-ra becsülik Nagy-Britanniában azoknak a gyermekeknek az arányát, akik nincsenek biológiai kapcsolatban az apjukkal,⁵⁸ a sperma-adással történő *in vitro* fertilizáció alkalmazása feltehetően még növelni fogja ezt az arányt. A mesterséges megtermékenyítési eljárások egy másik következménye az lesz, hogy a rokonságnak egy új, bonyolult hálózata jön létre: rokonná válik a „kihordó anya” és a „megbízó anya”, „a gyermekek és a számukra ismeretlen genetikai anyák és apák, valamely házaspár és a petesejt vagy a spermium anonim donorja, nagyszülők és velük genetikailag nem rokon unokák.”

A nyugati társadalmakban, ahol a „nukleáris” család a szabályszerű – az örökbefogadás, a válás, illetve haláleset utáni újraraházasodás eseteit kivéve –, a biológiai és szociális szülők azonosak. Bár a mesterséges megtermékenyítési eljárásokkal megteremtett rokonsági formák a nyugati kultúra számára újnak és szokatlanoknak tűnnek, az antropológusok leírásaiból tudjuk, hogy számos olyan szituáció lehetséges, ahol a biológiai és szociális szülők valójában különböző személyek, s ezek a helyzetek megfigyelhetők a „pótszülőségnek”. A hagyományos társadalmakban, ahol a nagy, kiterjedt családok léte a szabály, gyakran előfordul, hogy a gyermekeket különböző felnőttek – nagynénik, nagybácsik, nagyszülők, idősebb testvérek, szomszédok – gondozzák a tényleges szülők mellett. Az 50-es évek elején Evans-Pritchard⁵⁹ beszámolt a szudáni nuerek szokatlan rokonsági és házassági rendszeréről. Minthogy a nuer családok számára óriási tragédia az, ha nincs gyermekük, különösen fiúgyermekük, aki tovább vinné a nevet, különböző stratégiákat dolgoztak ki a probléma megoldására. Az egyik lehetőség az ún. „szellem-házasság”, ami akkor jöhet létre, ha egy férfi legális fiú utód nélkül hal meg. Ilyenkor az elhalt egy férfirokonnak (bátyja, unokaöccse) a halott rokon nevében feleségül veszi az özvegyet. Az e házasságból származó gyermekeket a halott férfi gyermekeinek tekintik, a fiúk az ő nevét fogják viselni. Az asszony a szellem felesége (*ciékjooka*), a gyermekek a szellem gyermekei (*gaatjooka*). Egy másik forma az „asszony-házasság”. Egy meddő nő „feleségül vesz” egy másik asszonyt, akit egy férfi rokonnal vagy barátal teherbe ejtet. A gyermekek ebben a „házasságban” a „férj” családtagjaivá válnak (akinek különben nem

lennének leszármazottai), akik a meddő nőt legális apjuknak tekintik, s akik az ő nevét fogják viselni. Sőt nemegyszer apának is nevezik.

Mindkét szituációt a szellem-házasságot és az asszony-házasságot a spermadonációval előállított mesterséges megtermékenyítés analógjának tekinthetjük, bár a donor itt természetesen nem anonim. A mássik variáció, „a petesejt donáció”, a legújabb fejlődést megelőzően lehetetlen volt. Az új reprodukciós technikák elterjedése a nyugati országokban valószínűleg fokozatosan csökkenteni fogja a biológiai és a szociális szülőség közötti azonosságot, és szükségessé fog válni a „család” és a „rokonság” új definíciója.

Fogamzásgátlás, abortusz, csecsemőgyilkosság

A fogamzásgátlással, az abortusszal és a csecsemőgyilkossággal szemben kultúránként igen eltérő attitűdöket találunk – bár ezek mindegyikét tartjuk a népességszabályozás egy speciális formájának. A csecsemőgyilkosságot gyakorló társadalmakban például a populáció mérete, az élelemkészlet, illetve az általuk elfoglalt niche jellege indokolhatja a csecsemők megölését. Némely esetben csak az egyik vagy a másik nemű gyermeket ölik meg, mint Brazília egyik indián törzsében, a teneteharáknál. Ez a nép azt tartja, hogy egy asszonynak három gyermeke kell legyen, de nem lehet mind a három azonos nemű. Ha tehát már van két fiú (vagy két lány), s a harmadik szülés szintén ugyanolyan nemű gyermeket eredményez, ezt megölik (lásd 12. fejezet). Keesing⁶⁰ megállapítja, „nincs kétség afelől, hogy a múltban a véges térrel és véges forrásokkal rendelkező emberek szerte a világban gyakorolták a csecsemőgyilkosság módszerét – mindkét nemű vagy csak a nőnemű csecsemők megölésével –, hogy ily módon korlátozzák a népesség létszámát. Egy kultúra „népességpolitikája” megnyilvánul az abortuszhoz való viszonyban is. Lehetséges igen széleskörű tolerancia, bizonyos körülményekre korlátozott elfogadás, de lehetséges nagyon szigorú tilalom is, amit nem befolyásol a magzat életkora, vagy bármely más ok sem. A nyugati világban két téma körül sűrűsödnek az abortusz körüli viták. Az egyik azt a kérdést érinti, hogy vajon a nők joga van-e a saját teste és a saját termékenysége fölött rendelkezni, a másik a magzat státuszára vonatkozik, azaz a kérdés az, hogy tekinthető-e a magzat a társadalom bármely más tagjával azonos jogállású „személynek”, vagy pedig csupán sejtek halmazának.

A férfiak és a terhesség

Bár a terhesség és a gyermekszülés mind fizikálisan, mind pedig szociálisan a nő életének eseménye, a legtöbb férfit igen mélyen érinti gyermekének születése. Ezt az érzelmi részvételt a legtöbb kultúra rítusokkal szentesíti, amelyeket a férfiaknak feleségük terhessége, szülése során, illetve a szülés utáni periódusban kell celebrálniuk.

Heggenhougen²⁰ számos adatot gyűjtött össze a férfiaknak gyermekük születésében játszott szerepéről. A modern nyugati középosztálybeli kultúra csak igen kis szerepet juttat a férjnek – többnyire az aggódó szemlélő szerepét. A kultúrák többségében a férfiak ki vannak zárva a szülés színhelyéről. Ez az elkülönítés nem érvényes néhány amerikai, afrikai és maori csoport esetében. Ahol az apa jelen van a szülésnél, jelenléte majd mindig funkcionális. A számára előírt szerep, a számára előírt szertartások a hiedelem szerint szerves részét képezik a tényleges szülési folyamatnak. Bizonyos feladatokat kell megoldania, amelyek az anya és a gyermek védelmét, valamint a szülés megkönnyítését szolgálják. Ezeket rituális férfi-gyermekágyának (*ritual cowade*) lehetne nevezni. Sok helyen elvárják, hogy férfi betartson bizonyos szigorú tabukat. Jáván ezek megegyeznek a feleség számára előírt tabukkal, ezen kívül a férjnek támogatást kell nyújtania a vajúdás során. Hasonló szokások találhatók némely guatemalai közösségben, a Fülöp-Szigetek catiguan falvaiban, és Észak-Európa némely vidékén is. A dél-kínai Kweichow Lan tsu Miao törzsben a férj nemcsak ágyban marad felesége vajúdása során, de mintegy imitálja a szoptatást, az „anyáskodást”. A buka, ashanti és chickchee törzsekben a férfi ritusok azt a célt szolgálják, hogy rászedjék a gonosz szellemeket, magukra vonják azok figyelmét, mindaddig, amíg a gyermek biztonságban világra nem jön. Az új-guineai arapeshek a „gyermekszülés” kifejezést férfira és nőre egyaránt használják, és azt tartják, hogy a férfi számára a gyermek világrahozatala éppolyan kimerítő, mint a nő számára. Az észak-amerikai hoppi indiánoknál és a chiriguano indiánoknál Paraguayban a férj a legkisebb gyermekkel együtt fekszik gyermekágyban a feleség terhessége alatt. A mai nyugati világban – jórészt a nőmozgalmak hatására és a „természetes gyermekszüléshez való visszatérés” igényével –, a férfiak egyre inkább bevonódnak partnerük terhességébe, és egyre gyakrabban vannak jelen a szülésnél, bár a hagyományos társadalmakra jellemző, előírt, rituális védelmező szerep hiányzik (lásd 9. fejezet).

Számos kultúrában, különösen ott, ahol nincs divatban a rituális gyermekágy szokása, a férfiak gyakran szenvednek valamely fizikai és/vagy pszichikai tünettől feleségük terhessége, szülése vagy postpartum periódusa alatt. Ezt a jelenséget *couvade szindrómának* (férfi-gyermekágy) nevezik a baszk *couver*, költés, kotlás szó nyomán, s világszerte igen gyakran előfordul. Heggenhougen⁶⁰ szerint a *couvade* szindróma a szülésben való részvétel vagy talán éppen a feleséggel való versengés tudatalatti formája. A rituális gyermekágy tudatos részvételt jelent, bár annak is lehet tudatalatti bázisa. A következő esettanulmány jól illusztrálja a fenti szindrómát.

Esettanulmány: Couvade szindróma a New York állambeli Rochesterben (Észak-Amerika)

Lipkin és Lamb⁶¹ a New York állambeli Rochesterben vizsgálatokat végeztek a couvade szindrómával kapcsolatban. A szimptóma terhes nők part-

nereinél jelentkezett, mégpedig olyan fizikai és pszichés tünetekkel, amelyek miatt orvoshoz fordultak. Ezeket a tüneteket csak azzal lehetett magyarázni, hogy átélték feleségük állapotát. Vizsgálatukban 267 szülés után lévő nő házastársa közül 60 (22,5%) szenvedett ebben a szindrómában. Azaz minden 1000 férj közül 225 ki van téve annak a kockázatnak, hogy feleségük terhessége náluk is terhességi tüneteket generál. A szimptomák közül némelyik bizonyítan volt és nem-specifikus, például „elcsigázott-nak”, „kimerültnek”, „gyengének” érezték magukat, más szimptomák a terhesség bizonyos tüneteire emlékeztettek: előfordult hátfájás, a genitális-terhesség bizonyos tüneteire emlékeztettek: előfordult hátfájás, a genitális-erőssége, vizelet-szorulás (ezt az érzést a fizikai vizsgálatok nem erősítették meg), a szegycsont mögötti égő fájdalom, lágyéktáji fájdalom észleltek, szédülés és hasgörcs. Az egyik páciens mellkasí fájdalmáról panaszkodott, azt mondta, úgy érzi, mintha valami belülről ki akarna nyomódni.”

Ezenkívül azonban az előforduló ezeknek a tüneteknek, úgy látszik, a fér-

Bármilyen legyen az előidézője ezeknek a tüneteknek, úgy látszik, a férfiak fizikailag és emocionálisan mélyen átélik gyermekük születését. Az orvosoknak tisztában kell lenniük azzal, hogy a jövődöbéli apáknál fennáll a lehetősége ilyen magyarázat nélküli szimptomák megjelenésének.

Ajánlott irodalom

- Ember, C. R. and Ember, M. (1985) *Cultural Anthropology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall. 9. fejezet „Nem és kultúra”.
- Hahn, R. A. and Muecke, M. A. (1987) The anthropology of birth in five US ethnic populations: implications for obstetrical practice. *Curr. Probl. Obstet. Gynecol. Fertil.*, 10, 133–71. Öt amerikai népcsoport születéskultúrájának áttekintése: középosztálybeli fehérek, munkásosztály-tag feketék, mexikóiak, kínaiak és HMONG.
- Heggenhougen, H. K. (1980) Fathers and childbirth: an anthropological perspective. *J. Nurse-Midwifery*, 25, (6), 21–6
- Keessing, R. (1981) *Cultural Anthropology*. New York: Holt, Rinehart and Winston. Lásd 14. fejezet: „Azzonyok világa, férfiak világa”.
- MacCormack, C. P. (ed) (1982) *Ethnography of Fertility and Birth*. London: Tavistock. Afrikai, ázsiai, latin-amerikai és karibi születés-kultúrák áttekintése.