

Þáttur heilbrigðisstétta í eyðingu stúlkubarna

**Jóhann Ágúst
Sigurðsson**

PRÓFESSOR
HEIMILISLÆKNISFRÆÐI/
LÆKNADEILD HÍ OG
HEILSUGÆSLU HÖF-
UBORGARSVÆÐISINS, SÓL-
VANGI, 220 HAFNARFIRÐI.

johsig@hi.is

Linn Getz

TRÚNAÐARLÆKNIR
LANDSPÍTALA OG DÓSENT
VIÐ INSTITUTT FOR
SAMFUNNSMEDISIN,
NORGES TEKNISK-
NATURVITENSKAPELIGE
UNIVERSITET,
BRÁNDHEIMI, NOREGI.

**Anna Luise
Kirkengen**

PRÓFESSOR
INSTITUTT FOR
SAMFUNNSMEDISIN,
UNIVERSITETET
I TROMSØ, NOREGI.

*Don't say that he's hypocritical,
Say rather that he's apolitical.
„Once the rockets are up,
who cares where they come down?
That's not my department,“
says Wernher von Braun.*

Tom Lehrer: Wernher von Braun, 1965

HÁTT HLUTFALL ungbarnadauða má oftast nær rekja til fátæktar, stríðsástands, menntunarskorts, bágborinnar heilbrigðisþjónustu eða ýmiss konar faraldra.

Á síðustu áratugum hefur hins vegar önnur orsök hás ungbarnadauða skotið upp kollinum sem rekja má til pólitískra ákvarðana, menningar og tækniframfara í læknisfræði. Hér er einkum átt við þá úggvænlegu þróun sem birtist í röskun á kynjahlutfalli; fækkun stúlkubarna miðað við sveinbörn í Austur- og Suður Asíu (1-3), sérstaklega í Indlandi (4-6) og Kína (7,8). Vandamálið „horfin stúlkubörn“ (á ensku eru oft notað „female infanticide“, „sexicide“ eða tölfraðilega hugtakið „missing girls“) er nú mikið til umfjöllunar í virtum fræðiritum í læknisfræði (2-10). Þar er meðal annars bent á að fjöldi horfinna stúlkubarna sé nú um 80 milljónir eingöngu í Indlandi og Kína (9).

Kynjahlutfall fæddra barna er skilgreint sem fjöldi fæddra drengja fyrir hverjar 100 fæddar stúlkur. Þetta hlutfall hefur hækkað jafnt og þétt undanfarin ár í þessum löndum. Sem dæmi má nefna að árið 1991 var hlutfall drengja 114 á móti hverjum 100 stúlkum á aldrinum 0-6 ára í Punjab héraði í Indlandi. Tíu árum síðar (árið 2001) var hlutfallið orðið 126:100. Innan skamms verða um 12-15% fleiri karlar en konur komnir á giftingaraldur á mörgum svæðum með ófyrirsjáanlegum samfélagslegum afleiðingum (9, 10).

Það gefur auga leið að þessi þróun er ekki eðlilegur gangur náttúrunnar. Önnur öfl standa þar að baki. Þar ráða miklu pólitískar ákvarðanir frá níunda áratug síðustu aldar um eitt barn á fjölskyldu, svo og menningarleg viðhorf þessara þjóða um að drengir séu mun æskilegri en stúlkur. Athyglisvert er að hvarf stúlkubarna í Indlandi er algengara meðal vel menntaðra kvenna borið saman við ómenntaðar konur (6). Einnig skiptir máli hvort og hve mörg börn fjölskyldan á fyrir. Rannsóknir sýna til dæmis að ef um fyrsta barn er að ræða í fjölskyldunni er hlutfall drengja á móti

stúlkum að meðaltali 105:100, en fer allt upp í 132:100 ef um fjórða barn er að ræða (9).

Í lok síðustu aldar voru skýringar á ójöfnu kynjahlutfalli 0-6 ára barna meðal annars þær að fædd stúlkubörn voru oftast vanrækt en drengirnir og dánartíðni stúlkubarna á fyrstu æviárunum hærrí en hjá drengjum. Talið er að náðst hafi góður árangur varðandi bættan hag stúlkubarna á fyrstu árum ævi sinnar og að dánartíðni ungra stúlkna umfram drengi hafi minnkað (9). Hins vegar hefur þessi ávinningur þurrkast út, tölfraðilega séð, með tilkomu háþróaðrar tækni við kynjagreiningu snemma á fósturskeiði og eyðingu stúlkubarna í kjölfarið (5). Læknar, aðrar heilbrigðisstéttir og hátækniönduð tengdur læknisfræði (the medical industrial complex) eru þannig orðinn snar þáttur í þessari helför gegn stúlkubörnum. Aðkoma þessara stétta að málinu krefst því nánari umræðu.

Nú kann einhver að hugsa sem svo að Indland og Kína séu svo fjarlæg okkur að málið varði vart vestrænar læknastéttir. Því miður er málið ekki svo einfalt. Sem dæmi má nefna að árið 1998 voru formannaskipti í alþjóðasamtökum um ómskoðanir í meðgöngu- og kvensjúkdómafræðum (International Society of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology; ISUOG) og við tók læknir frá Norðurlöndunum. Í viðtali við hinn nýja formann um helstu framtíðarverkefni samtakanna lagði hann áherslu á að samtökin þyrftu að hafa hönd í bagga með fræðslu og þjálfun þeirra sem sjá um ómskoðanir víða um heim, meðal annars í Kína og nýta sér sambönd í gegnum Hong Kong í samvinnu við framleiðendur og seljendur tækjabúnaðarins (11). Við erum ekki að gera því skóna að þessi samtök hafi neitt illt í hyggju, heldur benda á þá ábyrgð sem á herðum þeirra hvílir. Það er þó vert að hugleiða hvaða öfl hafa þarna hagsmuna að gæta og hvað getur hlotist af nýtingu þessarar þekkingar og tækni.

Í inngangi þessara skrifna er hluti af sönglagatexta Toms Lehrer frá 1965, en hann starfaði einnig sem prófessor í stærðfræði við Harvard háskóla. Lehrer víkur að Von Braun í sönglagatexta sínum, en hann var sem kunnugt er forystumaður í sveit Hitlers við þróun árásareldflauga. Árið 1945 hvarf von Braun af sjónarsviðinu en skaut síðar upp kollinum sem forstöðumaður við geimferðaáætlanir Bandaríkjamanna. Lehrer bendir með kaldhæðnislegum hætti á að „hlutleysi vísindamanna“ eigi

ekki alltaf við. Í The Russel-Einstein manifesto frá 1955 höfðu Albert Einstein, Bertrand Russell og aðrir þekkir fræðimenn verið með sambærilegar áskoranir til vísindasamfélagsins (12). Ábendingar þessara hugsuða eiga enn fullan rétt á sér. Því miður gerist það alltof oft að einmitt vísindamenn og lykilpersónur af ýmsum stéttum beri því við að þeir sjálfir séu „bara hlutlaust fagfólk” og beri þar með enga ábyrgð á því hvernig þekking þeirra er notuð. Vandinn varðandi þátt lækna og annarra heilbrigðisstétta í eyðingu stúlkubarna kann því að vera það sem nefna mætti „Wernher von Braun heilkennið” sem Tom Lehrer lýsir svo sníldarlega. Það einkennist af skorti á innsæi eða vilja til að skoða með gagnrýnum hætti að fagleg þekking verður aldrei einangrað fyrirbæri, heldur ávallt samofin öðrum þáttum samfélagsins.

Stjórnvöld lýðræðisríkja sem framleiða vopn leggja að jafnaði bann við því að vopn séu seld til átakasvæða. Miðað við þessa samlíkingu er full ástæða til að skora á íslenska lækna stétt og heilbrigðisyfirvöld að stíga varlega til jarðar varðandi samvinnu eða samstarf við lönd Austur- og Suður Asíu á sviði fósturgreininga. Jafnframt er rétt að minna á að ef forystumenn íslensku þjóðarinnar fá tækifæri til að taka þátt í þróunaraðstoð við

Indverja til dæmis, er í því samhengi vart hægt að komast hjá því að ræða vanda og úrræði varðandi hvarf stúlkubarna úr indversku þjóðfélagi.

Heimildir

1. Fathalla M. The missing millions. *People Planet* 1998; 7: 10-1.
2. Oomman N, Ganatra BR. Sex selection: the systematic elimination of girls. *Reprod Health Matters* 2002; 10: 184-8.
3. van Balen F, Inhorn MC. Son preferences, sex selection, and the „new” reproductive technologies. *Int J Health Serv* 2003; 33: 235-53.
4. Allahbadia GN. The 50 million missing women. *J Assist Reprod Genet* 2002; 19: 411-6.
5. Sen A. Missing women – revisited. Reduction in female mortality has been counterbalanced by sex selective abortions. *BMJ* 2003; 327: 1297-8.
6. Jha P, Kumar R, Vasa P, Dhingra N, Thiruchelvam D, Moineddin R. Low male-to-female sex ratio of children born in India: national survey of 1.1 million households. *Lancet* 2006; 367: 211-8.
7. Wu Z, Viisainen K, Wang Y, Hemminki E. Perinatal mortality in rural China: retrospective cohort study. *BMJ* 2003; 327: 1319-22.
8. Festini F, de Martino M. Twenty five years of the one child family policy in China. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 358-60.
9. Hesketh T, Xing ZW. Abnormal sex ratios in human populations: causes and consequences. *Proc Natl Acad Sci USA* 2006; 103: 13271-5.
10. Bagchi S. Filmmaker focuses on female infanticide. *BMJ* 2005; 331: 56.
11. Viðtal í OBGYN.net www.obgyn.net/displaytranscript.asp?page=/avtranscripts/ISUOG98-eik-nes
12. The Russell-Einstein Manifesto. *J Humanitarian Med* 2003; 5: www.iahm.org/journal/vol_5/num_3/text/vol5n3p32.htm

Sigurbjörn Sveinsson

100 ár í heilbrigði

Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki hefur gefið út ritið *100 ár í heilbrigði*. Eins og nafnið ber með sér er tilefnið að eitt hundrad ár eru frá stofnun Sjúkrahúss Skagfirðinga. Sjúkrahúsið við Aðalgötu var reist að mestu fyrir samskotafé frá almenningi.

Húnvetningar réðu Jósep Skaftason lækni til sín 1836 og fengu konungsstyrk til þess að hluta. Styrkurinn var veittur með konungsúrskurði, þar sem það skilyrði var sett, að læknirinn gegndi jafnframt kalli Skagfirðinga. Þessar sýslur voru gerðar að einu lækniheraði 1856 og var svo til 1876. Jósep Skaftason og síðar Þorvarður Kjerúlf, sem gegndu héraðinu bjuggu alla tíð í Húnavatnssýslum, lengst af á Hnausum í Sveinsstaðahreppi. Með nýrri lækna skipan 1876 fengu Skagfirðingar sinn eigin lækni, sem þeir deildu með Húnvetningum austan Blöndu (9.

lækniherað). Bogi Pétursson settist að á Sjávarborg í Skarðshreppi og síðar kom Árni Jónsson og bjó á Sauðárkróki og á Sauða en síðar í Glæsibæ. Þessi saga frá 1875 er rakin lauslega í ritinu og meðal annars þáttur þeirra Guðmundar Magnússonar og Guðmundar Hannessonar í þróun heilbrigðismála Skagfirðinga. Guðmundur Hannesson virðist hér eins og víðar hafa haft nokkur áhrif til byggingar hins nýja sjúkrahúss. Er þess sérstaklega getið að Guðmundur Hannesson hafi tvinnað sjúklingunum til hugarléttis við aðgerðir, því aðalatriði hafi verið að sýna ekki tilfinningaleysi. Mun hann hafa verið frændum sínum líkur.

Skemmtilegur fróðleikur um sögu sjúkrahússins er fenginn úr ritum Kristmundar á Sjávarborg um sögu Skagfirðinga og safnað hefur verið athyglisverðum myndum. Þá er sérstakur kafli um



eftirminnilega samtímamenn, þá Friðrik Jens Friðriksson og Ólaf Sveinsson lækna og Sæmund Hermannsson sjúkrahúsráðsmann.

Ritið er hóflegt að stærð, fallega um brotið, 44 síður.

Það er fengur að öllu framtaki fyrir safn til sögu læknafræðinnar.