ePublishing
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ
NATIONAL DOCUMENTATION CENTRE

Κοινωνική Πολιτική

Τόμ. 16 (2022)

Γυναίκες και φύλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Κυριακή-Ελένη-Λεμονιά Λαζαρίδη

Copyright © 2022, Κυριακή-Ελένη-Λεμονιά Λαζαρίδη

Άδεια χρήσης Creative Commons Αναφορά 4.0.

Βιβλιογραφική αναφορά:

Λαζαρίδη Κ.-Ε.-Λ. (2022). Γυναίκες και φύλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Κοινωνική Πολιτική*, *16*, 43–58. ανακτήθηκε από https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/eekp/article/view/30609

ΕΕΚΠ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
HELLENIC SOCIAL POLICY ASSOCIATION

ΤΕΥΧΟΣ Volume 16 ΙΟΥΝΙΟΣ 2022 JUNE 2022

Κοινωνική Πολιτική
Social Policy

ΑΦΙΕΡΩΜΑ:
Έμφυλες προσεγγίσεις της κοινωνικής πολιτικής
Επιμέλεια: Μαρία Στρατηγάκη

Μαρία Στρατηγάκη
Εισαγωγή

Άρθρα

Αντουανέττα Καπέλλα, Δανάη Κωνσταντινίδου, Μενέλαος Θεοδωρουλάκης
Έμφυλο συνταξιοδοτικό χάσμα: η περίπτωση της Ελλάδας

Μαρία Παπαχρήστου
Το ολοήμερο δημοτικό σχολείο. Κριτική αποτίμηση ενός θεσμού

Κυριακή-Ελένη-Λεμονιά Λαζαρίδη
Γυναίκες και φύλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Ελένη Νταλάκα
Βία κατά των γυναικών με αναπηρία: έννοιες, θεσμοί, πολιτικές

Νέλλη Καμπούρη
Φύλο, φροντίδα και πολιτικές συμφιλίωσης εργασίας και οικογένειας στην πανδημία

Ματίνα Παπαγιαννοπούλου, Ναυσικά Μοσχοβάκου
Δεν είμαστε όλες σε αναμονή για τη «λήξη» της πανδημίας: φεμινιστικές αρθρώσεις για την έμφυλη βία στη Λατινική Αμερική

Αθηνά Μαρά
Μελετώντας την ομογονεϊκότητα στην Ελλάδα: δημόσιος λόγος κατά την ψήφιση του Ν. 4356/2015

ISSN 2241-8652
16
9 772241 865007

Γυναίκες και φύλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Κυριακή-Ελένη-Λεμονιά Λαζαρίδη
Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Περίληψη

Σε αυτό το άρθρο, παρουσιάζονται ορισμένες έμφυλες διαστάσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Δίνεται έμφαση στη συσχέτιση του φύλου με την οικονομική θέση, την ηλικία, την αναπηρία και άλλους παράγοντες που επιβαρύνουν την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Οι γυναίκες, οι φτωχότερες, με τη βασική εκπαίδευση, οι μητέρες, υπό το καθεστώς μετανάστευσης ή προσφυγιάς, οι μεγαλύτερες σε ηλικία, είναι τα άτομα που βιώνουν τις περισσότερες ανικανοποίητες ανάγκες και τα αντίστοιχα εμπόδια στη διαδικασία αναζήτησης πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας. Η ύπαρξη ποιοτικών δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να έχει σημαντικά και μακροπρόθεσμα οφέλη, εφόσον υποστηρίζονται και διευρύνονται ώστε να ανταποκριθούν στις ανάγκες όλων των πολιτών, συμπεριλαμβανομένων των αναγκών των γυναικών και των πολλαπλών κοινωνικών ρόλων τους.

Λέξεις κλειδιά: φύλο, γυναίκες, πρόσβαση, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, διεπιστημονική ομάδα υγείας

Abstract

This article presents certain gender dimensions of primary health care, highlighting the combination of gender with factors such as financial status, age, disability etc., that impede citizens' access to health services. Women of lower means, elementary school graduates, mothers, immigrants or refugees, and the elderly are those who face more unmet needs and barriers in accessing primary health care. Quality primary health care structures can have important and long-term benefits if they are supported and expanded to meet the needs of all citizens, including the needs of women and their diverse social roles.

Keywords: gender, women, access, primary healthcare, multidisciplinary healthcare team

1. Εισαγωγή

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αφορά την παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας από επαγγελματίες υγείας σε κοινοτικό επίπεδο, με γνώμονα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της περιοχής και τις καταγεγραμμένες ανάγκες του πληθυσμού-στόχου με αποδέκτες τα άτομα, τις οικογένειες και τις ομάδες που κατοικούν στην εκάστοτε κοινότητα (Ν. 4486/2017).

Η φροντίδα για την υγεία με αυτά τα χαρακτηριστικά διαφέρει επομένως από την αμιγώς νοσοκομειακή ιατρική (τριτοβάθμια φροντίδα υγείας), κυρίως στον τρόπο παρέμβασης:[1] Το άτομο καλείται να αποκτήσει ενεργητική εμπλοκή στην πορεία της υγείας του και της διατήρησής της. Αυτό συμβαίνει γιατί στο επίπεδο της ΠΦΥ δεν επιδιώκεται η περαιτέρω πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και η εξέλιξη της τεχνολογίας, αλλά η διάδοση και η εφαρμογή της ήδη υπάρχουσας γνώσης καθολικά προς όλα τα άτομα και τις ομάδες των πολιτών (World Health Organization, 2016).

Παρ' όλο το εύρος της προσέγγισης –τη διασύνδεση, τη στόχευση πέραν της κυρίως ιατρικής αντιμετώπισης της υγείας, την καθολικότητα των υπηρεσιών, την ισότητα στην πρόσβαση–, η παροχή της ΠΦΥ δεν είναι επαρκώς ευαισθητοποιημένη στα ουσιαστικότερα ζητήματα φύλου, διαμορφώνοντας βαθύτερες (και άρα πιο αφανείς) ανισότητες.

Η κατάσταση της υγείας των γυναικών επηρεάζεται σημαντικά όταν αυτές προσδιορίζονται μόνο ως μητέρες και υπεύθυνες για την ευημερία των υπόλοιπων μελών της οικογένειας και δεν τους αναγνωρίζονται οι συνέπειες των ανισοτήτων ευρύτερα (λ.χ. στον εργασιακό τομέα). Οι απαιτήσεις από τις γυναίκες είναι υπερβολικές, και δεν λαμβάνονται υπόψη οι πολλαπλοί ρόλοι και ο περιορισμένος διαθέσιμος χρόνος, με το βάρος της ευθύνης να είναι πρωταγωνιστής στα κίνητρα των γυναικών ως κύριων υπεύθυνων για τη φροντίδα των εξαρτημένων μελών της οικογένειας.

2. Η σύγχρονη παροχή ΠΦΥ

Στη χώρα μας, η ΠΦΥ παρέχεται με τρόπο που δημιουργεί μια σύμφυση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών με τις δευτεροβάθμιες δομές, οπότε και δεν είναι πάντα εύκολος και διακριτός ο διαχωρισμός των δύο, αλλά ούτε και με αυτόν τον τρόπο κατορθώνουν να διαμορφώσουν ένα νέο ευκρινώς διαφοροποιημένο πλαίσιο παροχής υγείας. Δεν είναι λίγες οι φορές που λόγω της πληθώρας και της ανομοιογένειάς τους οι δομές, εξαιτίας της συστέγασής τους με μεγαλύτερα ιδρύματα ή της απομόνωσής τους στην επαρχία και τα νησιά, καλούνται να παρέχουν ταυτόχρονα πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες. Δημιουργείται έτσι μια ομιχλώδης εντύπωση στους πολίτες για το ποιες υπηρεσίες μπορούν να λάβουν και πού, βάσει των δομών που επισκέπτονται κατά περίσταση, οι οποίες αναπτύσσονται γεωγραφικά ανομοιογενώς και αποσπασματικά (Lionis et al., 2019).

Η πιο πρόσφατη προσθήκη για τον καθορισμό και τη διαφοροποίηση της ΠΦΥ από τις άλλες βαθμίδες ήταν η σύσταση των Τοπικών Ομάδων Υγείας (ΤΟΜΥ) στα τέλη του 2017 και η προ-

1. Ειδικότητες επαγγελματιών, χρόνος, τόπος, μέσα, συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων ή παντελής απουσία συμμετοχής, πράξεις/εξετάσεις κ.λπ.

ώθηση του θεσμού του Οικογενειακού Ιατρού (Ν. 4486/2017).[2] Οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν τις ΤΟΜΥ αποτελούνται από: Ιατρό (ειδικότητας Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας), Νοσηλευτή/-εύτρια (ιδανικά με εξειδίκευση στην Κοινοτική Νοσηλευτική), Κοινωνικό/-ή Λειτουργό και Επισκέπτη/-τρια Υγείας. Οι δομές αυτές, με την πρόβλεψη να είναι διασκορπισμένες σε όλη τη χώρα και μία ανά 10.000 κατοίκους και με ενιαίο τρόπο λειτουργίας, έχουν ως στόχο την υποστήριξη των ατόμων εντός της κοινότητάς τους με την ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας, την εδραίωση ενός δικτύου επικοινωνίας μεταξύ των διάφορων ιατρικών ειδικοτήτων, με τον Οικογενειακό Ιατρό και τη διεπιστημονική ομάδα να δρουν ως κόμβος για τον έλεγχο της ροής ασθενών, εντός του συστήματος υγείας, και τη δημιουργία και τήρηση ατομικού ιατρικού φακέλου του ιστορικού του ασθενούς (Ν. 4600/2019).

Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα παροτρύνονται να αναλάβουν τη φροντίδα της υγείας τους με συνέπεια, υποστηρίζονται στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και εκπαιδεύονται (οι ίδιοι ή/και οι φροντιστές/-ίστριές τους, οικογενειακά μέλη κ.λπ.) στη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή τους. Παρέχεται ενημέρωση για τις μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης παθήσεων, μέριμνα για τη φροντίδα και υγεία της μητέρας και του παιδιού, και διενέργεια προληπτικών εμβολιασμών ενηλίκων και ανηλίκων. Οι ασθενείς παραπέμπονται και διασυνδέονται κατάλληλα με δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία, ειδικά ιατρεία κ.λπ.) για τη λήψη ενδεδειγμένων υπηρεσιών για τις ανάγκες τους. Με γνώμονα την επανένταξή τους, προβλέπεται να λαμβάνεται από τη διεπιστημονική ομάδα ανατροφοδότηση για την κατάστασή τους, όταν εκείνοι επιστρέφουν και πάλι στην κοινότητα (Konstantakopoulou et al., 2021). Οι ΤΟΜΥ σε επίπεδο κοινωνικού συνόλου πραγματοποιούν ενημερωτικές ομιλίες/δράσεις/προγράμματα σχετικά με ζητήματα που αφορούν τον πληθυσμό-στόχο αναφοράς και προωθείται η συνεργασία-δικτύωση μεταξύ φορέων του κράτους και της κοινωνίας των πολιτών όπου αυτό είναι θεμιτό. Οι επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας οφείλουν να παρέχουν έργο με τρόπο ολιστικό και ασθενοκεντρικό, ευθυγραμμισμένο με το πνεύμα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου για την υγεία (Οικονόμου, 2018).

Τα αποτελέσματα τέτοιων δομών –οι οποίες στο εξωτερικό έχουν δοκιμαστεί για δεκαετίες και αποτελούν συνείδηση για τον τοπικό πληθυσμό– έχουν συνδεθεί με χαμηλότερα ποσοστά νοσηλείας στο νοσοκομείο, μείωση της θνητότητας λόγω καρκίνου, μείωση καρδιοπαθειών και εγκεφαλικών επεισοδίων, βελτιώνοντας τη συνολική κατάσταση της υγείας και ευεξίας των ατόμων, και όλα αυτά δουλεύοντας ολιστικά με τα άτομα (Regitz-Zagrosek, 2012). Η πρόσβαση και η δυνατότητα των ατόμων να λάβουν υπηρεσίες υγείας είναι το κλειδί στην εφαρμογή της ΠΦΥ. Η καθοριστική, για τις ζωές όλων παγκοσμίως, εμφάνιση του κορονοϊού COVID-19 δεν γινόταν να μην υπογραμμίσει ακριβώς αυτή την αναγκαιότητα – τη συνέχιση της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ σε επίπεδο κοινότητας και αποκλειστικά εντός αυτής.

Η ΠΦΥ είναι ένα αρκετά υποσχόμενο και αποτελεσματικό πεδίο παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, που χρειάζεται να ευαισθητοποιηθεί και σε ζητήματα φύλου, ενισχύοντας την αποδοτικότητά της και εξασφαλίζοντας ποιοτικό αντίκτυπο στην ανθεκτικότητα των κοινοτήτων και των πληθυσμών. Αυτό επιτυγχάνεται αναγνωρίζοντας την ποικιλομορφία (φύλο, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, φυλή, εθνότητα κ.ο.κ.) της τοπικής κοινότητας, λαμβάνοντας υπόψη πως

2. Μέσω χρηματοδότησης από το ΕΣΠΑ.

το φύλο αποτελεί παράγοντα των υγειονομικών αναγκών των ατόμων και αντιμετωπίζοντας τις προκλήσεις των γυναικών στην καθημερινότητά τους, οι οποίες δύνανται να δρουν ταυτόχρονα και ως φροντίστριες (επίσημες/ανεπίσημες) ασθενών.

Συνήθως θεωρείται δεδομένο ότι πρέπει να είναι εκείνες που θα «εκπαιδευτούν» στην παροχή φροντίδας της υγείας των ασθενών-μελών της οικογένειας, με αποτέλεσμα να αυξάνεται το φορτίο των υποχρεώσεών τους. Όσον αφορά την πρόληψη, δεν είναι λίγες οι ενημερωτικές καμπάνιες που προβάλλουν στερεοτυπικά τη γυναίκα/μητέρα ως υπεύθυνη στους τρόπους προφύλαξης τόσο της δικής της υγείας όσο και της οικογένειάς της (Fickley-Baker, 2012).

3. Προσδιοριστικοί παράγοντες πρόσβασης των γυναικών στην ΠΦΥ

Η πρόσβαση των γυναικών στην υγειονομική φροντίδα είναι ένα ζήτημα πιο ευρύ από το να είναι απλώς διαθέσιμη μια δομή υγείας σε κάποια περιοχή. Η δυσκολία έγκειται στον τρόπο που προσλαμβάνεται και αποτιμάται η θέση της ως άτομο στην οικογένεια, στην κοινωνία και στις κρατικές πολιτικές. Οι αντιλήψεις αυτές συνδέονται με το προφίλ του «αδύναμου» που έχει διαμορφωθεί για εκείνη ως αποτέλεσμα του φύλου της, της εθνικότητας ή της φυλής της σε μια κοινωνία που εγγενώς προάγει τις έμφυλες διακρίσεις.

Οι προκλήσεις εντείνονται σε μέγεθος, αν αναλογιστεί κανείς γυναίκες που ανήκουν σε περισσότερες από μία ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (Ρομά, άνεργες, μετανάστριες, πρόσφυγες, κρατούμενες σε σωφρονιστικά ιδρύματα, με αναπηρίες, με διαταραχές ψυχικής υγείας, αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών, ΛΟΑΤΚΙ+ κ.ά.), οι οποίες καλούνται να αντεπεξέλθουν με πολλαπλάσια βαρύτερο φορτίο. Ένα γεγονός που προσφέρεται ως γόνιμο έδαφος για διεύρυνση των ανισοτήτων μεταξύ του πληθυσμού, διόγκωση του ατομικού αισθήματος αδικίας και ματαίωσης, και μετακύλισής του και στις επόμενες γενιές.

Η ιδιότητα της γυναίκας ως μητέρας ή/και φροντίστριας είναι σχεδόν πάντα ευθέως ανταγωνιστική ως προς την ευχέρειά της να απασχοληθεί με πλήρη και αναγνωρισμένα εργασιακά δικαιώματα. Εφόσον μια γυναίκα εργάζεται, θα κληθεί πολλές φορές να επιλέξει ποια ιδιότητα θα υποβιβάσει προκειμένου να εξυπηρετήσει τις ανάγκες που προκύπτουν λόγω κάποιας άλλης διάστασης της ταυτότητάς της (ως μητέρας, ως εργαζόμενης, ως συζύγου, ως κόρης κ.λπ.), υπό το βάρος των σχετικών ενοχών και του πιθανού συναισθηματικού εκβιασμού που μπορεί να της τεθεί από την εργοδοσία της ή την οικογένειά της.

Παρότι τα προγράμματα και οι υπηρεσίες υγείας σχεδιάζονται και εφαρμόζονται ουδέτερα ως προς το φύλο των ατόμων, πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι οι υγειονομικές ανάγκες γυναικών και ανδρών διαφοροποιούνται με την πάροδο του χρόνου και τις απαιτήσεις της καθημερινότητας που καλούνται να εξυπηρετήσουν (Regitz-Zagrosek, 2012). Στοχεύοντας στην καλύτερη απόδοση αυτών των προγραμμάτων, σκόπιμο θα ήταν να λαμβάνεται υπόψη ότι η διαφορά ανδρών-γυναικών δεν είναι μόνο βιολογική, αλλά επίσης κοινωνική. Κατ' επέκταση διαφέρει ο τρόπος και οι αφορμές που αναζητούν υγειονομικές υπηρεσίες, όπως επίσης και οι πρακτικές που εφαρμόζουν για την πρόληψη και φροντίδα της υγείας τους. Οι γυναίκες δεν είναι μόνο μητέρες και σύζυγοι επιφορτισμένες με τη φροντίδα και αναπαραγωγή της οικογένειας, αλλά καθίστανται πιο εκτεθειμένες στις σωρευτικές συνέπειες που έχει ο κάθε ρόλος που φέρουν εις πέρας, επομένως αδι-

κούνται όταν για μια ασθένεια προσδιορίζονται με τον ίδιο τρόπο με έναν άνδρα με διαφορετικές υποχρεώσεις στην οικογενειακή ζωή.

Οι γυναίκες έρχονται σε επαφή με το σύστημα υγείας είτε για δικούς τους λόγους υγείας είτε με την ιδιότητα των φροντιστριών. Στην πρώτη περίπτωση με την ιδιότητά τους ως ασφαλισμένων, οπότε και διαθέτουν μεγαλύτερη ευελιξία και επιλογές ως προς τη λήψη της ΠΦΥ, σε διαφορετική περίπτωση θα πρέπει να αρκεστούν σε οποιαδήποτε υπηρεσία μπορεί να τους παρασχεθεί υπό τη σκέπη της δωρεάν κρατικής μέριμνας (Ν.4865/2021 σε αντικατάσταση του Ν. 4368/2016), όπου κι αν είναι διαθέσιμη αυτή.

Στην περίπτωση των γυναικών με ενεργή ασφαλιστική ικανότητα (άμεση από δική τους εργασία ή έμμεση από τον σύζυγο ή γονέα), μπορεί να επιλέξουν ανάμεσα σε ιδιώτες παρόχους, να εκμεταλλευτούν συμπράξεις ιδιωτικού-δημόσιου τομέα ή ειδικότερες υπηρεσίες υγείας που απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες εργαζομένων (λ.χ. υπάλληλοι τραπεζών, σώματα ασφαλείας). Το ίδιο εξασφαλίζεται και για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, που το δικαιούνται ως έμμεσα ασφαλισμένα στις παροχές αυτές. Ακόμη, την ίδια ευχέρεια μπορούν να έχουν και τα φροντιζόμενα από αυτές άτομα, εφόσον καθίστανται δικαιούχοι της ΠΦΥ.

Στις περιπτώσεις που, εξαιτίας της απουσίας ασφαλιστικής ικανότητας, οι γυναίκες και τα παιδιά τους δεν δύνανται να κάνουν χρήση άλλων υπηρεσιών εκτός του δημόσιου συστήματος, τότε προκύπτουν πολλαπλά εμπόδια. Η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης δεν συνεπάγεται ότι οι γυναίκες δεν παρέχουν ανασφάλιστες κάποια υπηρεσία για να ενισχύσουν το οικογενειακό εισόδημα, ή, σε κάποιες περιπτώσεις, δεν αποκλείεται η αδήλωτη εργασία να αποτελεί και την αποκλειστική πηγή εισοδήματος. Επομένως, μια ενδεχόμενη ασθένεια των ίδιων ή κάποιου ατόμου της οικογένειάς τους επηρεάζει αρνητικά τη διαθεσιμότητά τους για απασχόληση, θέτοντας σε ρίσκο το μεροκάματό τους ή ακόμη και την ίδια τη θέση που κατέχουν. Επιπλέον, παρότι προβλέπεται να λάβουν κάποιες υπηρεσίες δωρεάν, με τη σχετική δυσχέρεια (μεγάλες αναμονές για εξέταση σε εφημερεύον νοσοκομείο, διάνυση μεγάλων αποστάσεων για αναζήτηση ειδικότητας ή υπηρεσίας), ατύπως βγαίνουν ζημιωμένες (κόστος φαρμακευτικής αγωγής, απουσία από την ανασφάλιστη εργασία) σε βάθος χρόνου (επίσκεψη για επανεξέταση, παραμονή κατ' οίκον για παροχή φροντίδας/ανάρρωση).

Η καλή υγεία των γυναικών συνοδεύεται από πολλαπλά οφέλη. Στα νοικοκυριά που υπήρξε επιδείνωση της υγείας ή θάνατος της συζύγου, τα παιδιά και η οικογένεια που ανήκει βιώνουν επιπτώσεις στην υγεία, στη διατροφή τους, στην εκπαίδευση, καθώς και περιορισμό των πόρων τους και απώλεια εισοδήματος. Με στοιχεία από το European Institute for Gender Equality (EIGE), οι γυναίκες αποτελούν το 76% των υγειονομικών υπαλλήλων και ανέρχονται σε περίπου 37 εκατομμύρια σε σύνολο 49 εκατομμυρίων εργαζομένων στον τομέα παροχής υπηρεσιών φροντίδας (προς ηλικιωμένα άτομα, παιδιά, ως βοηθοί, σε κατ'οίκον νοσηλείες κ.ο.κ.) (EIGE, 2021). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι γυναίκες αντιστοιχούν στο 60% των εργαζομένων και αντιπροσωπεύουν το 65% σε μη καταβληθέν εισόδημα ως άτυπες φροντίστριες παιδιών, ηλικιωμένων συγγενών και ατόμων με αναπηρία της οικογένειας, κατέχοντας σημαίνοντα ρόλο ως κομμάτι του εργατικού δυναμικού. Κατά τη διάρκεια της επιδημίας του COVID-19, μεγάλο μέρος της υγειονομικής φροντίδας ανατέθηκε στα χέρια τους (με 4 στους 5 υγειονομικούς των ΗΠΑ να είναι γυναίκες) (Zephyrin et al., 2020). Η εξασφάλιση της καλής τους υγείας οδηγεί και σε μείωση των υγειονομικών δαπανών, που μεταφράζονται σε κόστη για την αντιμετώπιση χρόνιων σωματικών και ψυχικών παθήσεων, οι οποίες προσβάλλουν ιδιαίτερα τις ίδιες.

Παράγοντες όπως το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό στάτους, η απόσταση, η πληρότητα σε ειδικότητες και η εξειδίκευση των ιατρών επηρεάζουν την πρόσβαση στην ΠΦΥ (Osamor & Grady, 2016). Προκειμένου λοιπόν να προβεί ένα άτομο στη χρήση μιας υπηρεσίας υγείας, διέρχεται συγκεκριμένων σταδίων:

Α) Η *απόφαση* (αναγνώριση της ανάγκης για υγειονομική φροντίδα και η απόφαση να το πράξει). Οι γυναίκες συχνά αποτρέπονται από τη χρήση των υπηρεσιών. Η λήψη της απόφασης επηρεάζεται άμεσα από την ικανότητα, την αυτοπεποίθηση και την πληροφορία που είναι σε θέση μια γυναίκα να κατέχει, δυνάμενη έτσι να αρνηθεί ή να υποβαθμίσει το πρόβλημα που θα ανακύψει. Αν το ζήτημα είναι γυναικολογικής φύσεως και αισθάνεται ντροπή να ζητήσει εξωτερική βοήθεια, ίσως φανεί προτιμότερο να το αντιμετωπίσει μόνη της. Στην περίπτωση που η ιατρική βοήθεια είναι θεμιτή, για αρκετές γυναίκες χρειάζεται να δώσει άλλος την έγκρισή του (λ.χ. ο σύζυγος ή οι γονείς της). Σε αυτές τις περιπτώσεις, αναμένεται από εκείνες να ξεπεράσουν οποιοδήποτε πρόβλημα υπομένοντάς το, εκτός κι αν είναι κάτι οξύ, οδηγώντας τες έτσι να αποφεύγουν, συνειδητά και ασυνείδητα, να εκφράζουν τη δυσφορία τους για την κατάσταση της υγείας τους.

Β) Η *επικοινωνία* (έρχεται σε επαφή με την υπηρεσία υγείας). Η προσπάθεια επικοινωνίας με κάποια δομή υγείας είναι αμφίβολη, αφού δεν είναι πάντα γνωστό εκ των προτέρων τι/πού/πώς κι αν υπάρχει κάτι διαθέσιμο για εκείνη (λόγω υποστελέχωσης, ανεπαρκούς πληροφόρησης και έλλειψη επικαιροποίησης). Πολύ συχνά, οι γυναίκες χρειάζονται κάποια υπηρεσία ή άτομο διαθέσιμο για τα παιδιά τους (στην περίπτωση που είναι μητέρες ή έχουν την ευθύνη για τα νεαρότερα μέλη της οικογένειας) όσο εκείνες θα λείπουν, ή και, λόγω αναμονής, να ενδέχεται να αργήσουν πολύ για να εξυπηρετηθούν, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χρειάζεται η συνοδεία άνδρα από την οικογένεια, οπότε και η ανάγκη τους για ακόμη μια φορά επαναξιολογείται βάσει κριτηρίων άλλων ατόμων (διαθεσιμότητα, ευκολία, ενδιαφέρον). Τέλος, ας ληφθεί υπόψη πως αν πρέπει να διανυθεί μεγάλη απόσταση δίχως να υπάρχει διαθέσιμο δημόσιο μέσο (λ.χ. σε επαρχιακές πόλεις) θα πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμα χρήματα για τον σκοπό αυτόν (Osamor & Grady, 2016).

Γ) Η *λήψη* (παροχή της υγειονομικής υπηρεσίας και φροντίδας). Η λήψη της φροντίδας εντέλει μπορεί να μην είναι κατάλληλη ή επαρκής αν η δομή υπολειτουργεί όντας υποστελεχωμένη σε ειδικότητες και στον αριθμό του προσωπικού που την απαρτίζει. Συνήθως, αν δεν υπάρχει γυναίκα ιατρός ή νοσηλεύτρια, η ασθενής, νιώθοντας ντροπή κι έλλειψη εμπιστοσύνης, θα διστάσει να αναφέρει όλες τις ανησυχίες της και τα συμπτώματα που βιώνει. Σε ενδεχόμενη συνέχιση της θεραπείας με επόμενη επίσκεψη, είναι πιθανότερο να προτιμήσει να αγοράσει τα σκευάσματα με δική της βούληση –αν έχει την οικονομική δυνατότητα– αναλαμβάνοντας το πλήρες κόστος και παραλείποντας την επανεξέταση. Σε άλλη περίπτωση, μπορεί μονάχα να ελπίζει και να απεύχεται ενώ κινδυνεύει με επανεμφάνιση ή και επιδείνωση των συμπτωμάτων της. Και από αυτές τις γυναίκες, οι γηγενείς είναι σε περισσότερο ευνοημένη θέση, αφού διαθέτουν το προνόμιο της γλώσσας και είναι εξοικειωμένες με την επικρατούσα κουλτούρα.

Στον αντίποδα και σε ακόμη πιο δυσμενή θέση είναι οι γυναίκες πρόσφυγες και μετανάστριες, των οποίων η γλώσσα και η κουλτούρα δεν είναι όπλα, παρά εμπόδια στον δρόμο για την αναζήτηση και επιλογή της κατάλληλης πηγής για τη φροντίδα της υγείας τους.

4. Σημεία-προκλήσεις για την υγεία των γυναικών

Διερευνώντας τις προκλήσεις που διαμορφώνουν την κατάσταση της υγείας των γυναικών, παράγοντες όπως η απουσία σταθερού εισοδήματος, η οικονομική εξάρτηση σε συνδυασμό με την απουσία υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, η ηλικία και η ύπαρξη έκτακτων συνθηκών διαμορφώνουν ένα δυσμενές περιβάλλον για εκείνες.

Αναγνωρίζοντας, επομένως, τα σημεία εκείνα που συνθέτουν τις προκλήσεις για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας για τις γυναίκες, ταυτόχρονα αποτελούν και σημεία έναρξης για δράση με στόχο τη μείωση των συνεπειών τους.

4.1 Το εισόδημα

Οι γυναίκες που από τη γέννησή τους ως και το τέλος της ζωής τους διαβιούν με ένα μέσο εισόδημα (και με τις ανάλογες επισφάλειες που ενδέχεται να τις επηρεάσουν: οικονομική κρίση, ανεργία, μείωση μισθού/ωραρίου απασχόλησης, αδήλωτη εργασία κ.ο.κ.) θα έχουν γνωρίσει μόνο ένα ανεπαρκές και άνισο σύστημα υγείας (Yfantopoulos & Yfantopoulos, 2015).

Η οικονομική κατάστασή τους παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία τους, αφού η διαφορά στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ του πλουσιότερου 1% των γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής με το αντίστοιχο 1% των φτωχότερων γυναικών υπολογίζεται στα δέκα έτη (Dizikes, 2016). Προσδιορίζεται πως σε ποσοστό 20% οι πολίτες στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν ανικανοποίητες ανάγκες για την υγεία τους, ενώ σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης η χώρα μας έρχεται δεύτερη (μετά την Εσθονία) στις ανάγκες για εξέταση ή θεραπεία εξαιτίας του υψηλού κόστους, της απόστασης ή της μεγάλης αναμονής, ειδικά για τις ηλικιακές ομάδες 45-64 ετών και 65 ετών και άνω (Eurostat, 2021a).

Τα μεγέθη αυτά αποκτούν πιο γλαφυρή υπόσταση, όταν ληφθεί υπόψη πως το ύψος του εισοδήματος λειτουργεί αντιστρόφως ανάλογα με τις ανάγκες αυτές, δηλαδή όσο χαμηλότερο το διαθέσιμο εισόδημα, τόσο πιο υψηλές ανάγκες προκύπτουν (Zavras et al., 2016). Έτσι η Ελλάδα, στις ηλικίες 45-64 ετών, σημειώνει το 2020 ποσοστό αναγκών ίσο με 16,9% για το φτωχότερο 20% του πληθυσμού, με ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση, ενώ αντίστοιχα, για το πλουσιότερο 20% του πληθυσμού, το ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών ήταν μόλις 0,3%.

Για τις ηλικίες 65 και άνω, τα δεδομένα γίνονται ακόμη πιο δυσάρεστα, καθώς για το φτωχότερο 20% οι ανικανοποίητες ανάγκες φτάνουν το 31,9% (στην 1η θέση η Ελλάδα) και για το πλουσιότερο 20% μόλις το 2,5%. Η διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε όλες τις κατηγορίες ήταν μικρή, ωστόσο οι γυναίκες ήταν εκείνες που εξέφρασαν κάπως περισσότερο τέτοιες ανάγκες (Eurostat, 2021b).

4.2 Το εκπαιδευτικό επίπεδο

Άρρηκτα συνδεδεμένο με το εισόδημα είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο, αφού η υψηλότερη εκπαίδευση προσφέρει αποδοτικότερους ελιγμούς στη διεκδίκηση συνθηκών και θέσεων εργασίας. Τα άτομα στη χώρα μας που κατατάσσονται στη χαμηλότερη εκπαιδευτική βαθμίδα εκφράζουν ανικανοποίητες ανάγκες (λόγω του υψηλού κόστους, της απόστασης ή της μεγάλης αναμονής) σε

ποσοστό 11,6% (ειδικότερα για τον πληθυσμό ηλικίας 45-64 ετών στο 10,1% και 65-74 στο 9,6%). Στους αποφοίτους δευτεροβάθμιας και μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το ποσοστό είναι 4% (ηλικίες 45-64 στο 4,1% και 65-74 στο 6,6%) με παρόμοια ποσοστά και για τα δύο φύλα. Τέλος, στους αποφοίτους τριτοβάθμιας/τετραετούς εκπαίδευσης το ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών ανέρχεται στο 2,7 (ηλικίες 45-64 στο 3,7% και 65-74 στο 4,4%) (Eurostat, 2021c).

4.3 Η ηλικία

Από τα ποσοστά αυτά, ενδιαφέρον προκαλεί η ομάδα των γυναικών ηλικίας 65-74 ετών με τη χαμηλότερη εκπαίδευση, που εκφράζει ανικανοποίητες ανάγκες σε διπλάσιο ποσοστό από ό,τι οι άνδρες με ανάλογο εκπαιδευτικό υπόβαθρο. Αύξηση επίσης παρατηρείται και στις ανικανοποίητες ανάγκες των γυναικών ανώτερης εκπαίδευσης σε σχέση με τους άνδρες. Επομένως, ο παράγοντας της ηλικίας και της σφοδρότητάς της στην υγεία των ατόμων φαίνεται να αλληλεπιδρά πιο έντονα με το γυναικείο φύλο, που, όταν αυτό είναι ταυτόχρονα και οικονομικά πιο αδύναμο, η επιβάρυνση αυτή λειτουργεί πολλαπλασιαστικά (Regitz-Zagrosek, 2012). Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας, το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες (84,5 έτη και 79,5 για τους άνδρες) εξασφαλίζει και περισσότερες πιθανότητες για εμφάνιση νόσων σχετιζόμενων με την αύξηση της ηλικίας, όπως το Αλτσχάιμερ, για το οποίο έχουν διπλάσιες πιθανότητες, αλλά και τα εγκεφαλικά επεισόδια με βαρύτερες συνέπειες (The World Bank, 2021).

Οι ανικανοποίητες ανάγκες των ατόμων και η αδυναμία τους να τις καλύψουν οικονομικά περιλαμβάνει και το κομμάτι της ψυχικής υγείας και των σχετιζόμενων με αυτήν υπηρεσιών. Σε πολλές περιπτώσεις (ειδικά σε ό,τι αφορά την ένταξη του ατόμου σε ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο), η εξασφάλιση και η φροντίδα της ψυχικής υγείας μπορεί να αποβεί ιδιαιτέρως δαπανηρή (ιδιώτης πάροχος), μακροχρόνια και με μεγάλη αναμονή (δημόσιος πάροχος) (Souliotis et al., 2017).

Στην Ελλάδα, χαρακτηριστικά είναι τα εξής ποσοστά: Για την ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών,[3] τα αγόρια και οι νεαροί άνδρες με τη χαμηλότερη μόρφωση είχαν αρχικά ποσοστό μεγαλύτερο από αυτό των γυναικών (10,4% αντί γυναικών 7,3%), το οποίο αντιστράφηκε καθώς το εκπαιδευτικό επίπεδο ανέβαινε (δευτεροβάθμια εκπαίδευση: άνδρες 1,4% και γυναίκες 10,1%, τριτοβάθμια εκπαίδευση άνδρες 0% και γυναίκες 9,8%). Στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών, οι γυναίκες στη χαμηλότερη εκπαίδευση έχουν σχεδόν διπλάσιο ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών (12,7% αντί 6,4% των ανδρών ίδιας εκπαίδευσης), ενώ ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το ποσοστό 17,1% των ανδρών υψηλότερης εκπαίδευσης στην ηλικία 75+ (1η θέση ανάμεσα σε όλες τις χώρες στους άνδρες) σε σχέση με τις γυναίκες αντίστοιχης ηλικίας, που κυμάνθηκε στο 11,3% (2η θέση μετά την Ιρλανδία). Το κυρίαρχο μοτίβο σε επίπεδο χωρών ήταν η αυξητική τάση της ανάγκης για υπηρεσίες ψυχικής υγείας όσο μειωνόταν το επίπεδο της εκπαίδευσης (Eurostat, 2021a).

Όσον αφορά τις ανάγκες για τη συνταγογράφηση φαρμάκων, οι άνδρες χαμηλότερης εκπαίδευσης εμφανίζουν χαρακτηριστικά υψηλότερο ποσοστό (20,9%) σε σχέση με τις γυναίκες (7,2%)

3. Στην περίπτωση της ψυχικής υγείας, έχει ενδιαφέρον να γίνει λόγος και για την ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα 15-24, που τόσο η ανηλικότητα των ατόμων –και η αναμενόμενη οικονομική τους εξάρτηση από την οικογένεια– όσο και το στίγμα της ψυχικής νόσου, που μεταλαμπαδεύεται από γενιά σε γενιά, στέκονται κύρια εμπόδια στην πρόληψη και την έγκαιρη παρέμβαση. Οι επιδράσεις αυτές, με σωρευτικό και αθροιστικό χαρακτήρα, επηρεάζουν καθοριστικά τη μετέπειτα πορεία τους ατόμου.

για την ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών. Στις ηλικίες 25-34 ετών, οι γυναίκες χαμηλότερης εκπαίδευσης σημειώνουν ποσοστό 37,8% (οι άνδρες 15,3%) και, για τις ηλικίες άνω των 75, οι γυναίκες με την υψηλότερη μόρφωση έχουν για ακόμη μια φορά ποσοστό σχεδόν διπλάσιο (24,6%) από τους αντίστοιχους άνδρες (12,5%) (Eurostat, 2021c).

4.4 Η πανδημία

Εξαιτίας της έκτακτης συνθήκης της πανδημίας και τις ασυνέχειες-τροποποιήσεις λειτουργίας των υπηρεσιών, οι γυναίκες και τα κορίτσια αποκτούν περιορισμένη πρόσβαση σε δομές υγείας με στόχο την πρόληψη και τη φροντίδα της υγείας τους στο σύνολό της και για παθήσεις στο ευρύτερο φάσμα της παθολογίας (που λόγω της πανδημίας ιεραρχούνται σε δεύτερη μοίρα), γεγονός που εγκυμονεί κινδύνους αποδιοργάνωσης των χρόνιων παθήσεων. Οι επιπτώσεις στις γυναίκες και τα κορίτσια περιλαμβάνουν: αύξηση των περιστατικών βίας εις βάρος τους, ως απόρροια του κατ'οίκον εγκλεισμού (lockdown) και της οικονομικής δυσχέρειας (έλλειψη νόμιμης ή αδήλωτης απασχόλησης, αυξημένες ανάγκες φροντίδας για την οικογένεια), απώλεια εκπαιδευτικών ευκαιριών (με περίπου 11 εκατ. κορίτσια να μην επιστρέφουν στο σχολείο είτε λόγω του COVID-19 είτε εξαιτίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ή πρόωρου γάμου) (Fleischman, 2021).

Οι δομές ΠΦΥ, οι οποίες αποτελούν θεμέλιο για τις κοινότητες, χτίζουν ανθεκτικότητα στον πληθυσμό και εμπιστοσύνη στους πολίτες για εξασφαλισμένη υγειονομική πρόσβαση σε περίπτωση ανάγκης. Αυτό φάνηκε έντονα στην πανδημία του ιού Ebola, όπου η αποδιοργάνωση των δομών ΠΦΥ με συνέπεια τη μείωση των τακτικών εμβολιασμών οδήγησε σε σοβαρότατο ξέσπασμα της ιλαράς, η οποία ως το τέλος του 2020 υπήρξε υπεύθυνη ως και για τους διπλάσιους θανάτους στο Κονγκό από ό,τι ο Ebola. Συγκεκριμένα, «όταν η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι δυνατή, αυτές οι δομές αποτελούν μια ισχυρή γραμμή άμυνας ενάντια στο ξέσπασμα μιας ασθένειας και στις παγκόσμιες απειλές για την υγεία» (Levine, Gawande et al., 2020).

Πριν αλλά και παράλληλα με την ύπαρξη του COVID-19, οι ανθρωπιστικές κρίσεις που οδηγούν στην προσφυγιά και τη μετανάστευση, οι οποίες απειλούν τη ζωή και την αξιοπρέπεια ατόμων/ομάδων/πληθυσμών, και προκαλούν τη διάλυση των οικογενειών, εκθέτουν τις γυναίκες και τα κορίτσια σε περισσότερη βία, σε καταναγκαστικούς γάμους και στην εμπορία ανθρώπων για σεξουαλική εκμετάλλευση με αντάλλαγμα τη ζωή τους. Η υγεία και η ασφάλεια των γυναικών και των κοριτσιών είναι και πρέπει να τίθενται ως προτεραιότητα κατά τον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων (World Health Organization, 2018), γεγονός που επιβεβαιώνεται από τις δευτερογενείς συνέπειες του COVID-19 (έμφυλη και ενδοοικογενειακή βία, οικονομικές δυσκολίες, μείωση των ευκαιριών για εκπαίδευση, επιπτώσεις στην υγεία-ημιτελείς εμβολιασμοί παιδιών) (United Nations Women, 2020).

Αυτοί οι κίνδυνοι δυστυχώς επαληθεύτηκαν και στην πρόσφατη κρίση της Υεμένης, όπου η κατάρρευση του συστήματος υγείας και της οικονομίας σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια των τροφίμων και τα συχνά ξεσπάσματα βίας είχαν καταστροφικό αντίκτυπο για τον πληθυσμό. Σύμφωνα με τα στοιχεία του United Nations Population Fund, τα ποσοστά των ανήλικων γάμων αυξήθηκαν, με τα 2/3 των κοριτσιών να είναι ηλικίας μικρότερης των 18 ετών (Shabaneh, 2020). Περίπου τρία εκατομμύρια νεαρές γυναίκες και κορίτσια διατρέχουν κίνδυνο σεξουαλικής κακοποίησης και έμφυλης βίας στην Υεμένη (International Rescue Committee, 2019).

Ακόμη και η σπουδαιότητα της συμμετοχής των γυναικών στην εκπροσώπησή τους παραβλέπεται στις ανθρωπιστικές κρίσεις παγκοσμίως, παρά τη σημαντική συμβολή τους. Συγκεκριμένα, οι προσπάθειες που καταβάλλει το εργατικό δυναμικό για την καταπολέμηση των συνεπειών της πανδημίας του COVID-19 υπονομεύονται από τις έμφυλες ανισότητες, αφού το 70% περίπου του παγκόσμιου υγειονομικού εργατικού δυναμικού είναι γυναίκες, αλλά μόνο το 25% από αυτές κατέχουν ηγετική θέση (Dhatt, 2020).

5. Συμπερίληψη του φύλου και των γυναικών στην ΠΦΥ

Η ΠΦΥ έχει τα χαρακτηριστικά και τη φιλοσοφία που είναι αναγκαία για τη διασφάλιση της υγείας των γυναικών σε όλο το εύρος της, όμως δεν παύουν να υπάρχουν σημαντικά εμπόδια που την απειλούν, οπότε και θα πρέπει να διαφοροποιηθεί ώστε να γίνει πιο συμπεριληπτική. Σε αυτή την κατεύθυνση θα ήταν αναγκαία η ευαισθητοποίηση των μελών που ανήκουν σε διεπιστημονικές ομάδες (των ΤΟΜΥ και ευρύτερα) σε ζητήματα φύλου και προκαταλήψεων, όπως, για παράδειγμα, οι γυναίκες με αναπηρία, οι οποίες είναι περισσότερο πιθανό να μη λάβουν πληροφορίες σχετικά με την αντισύλληψη, την προστασία/διερεύνηση λοιμώξεων που μεταδίδονται με το σεξ, τη σεξουαλική κακοποίηση ή αναπαραγωγικά ζητήματα. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα τρίτης ηλικίας που επιθυμούν να κάνουν σεξ (Bhalla, 2019). Συνήθως, τα βιώματα των ασθενών αμελούνται ή παρακάμπτονται από αμηχανία, καθώς οι επαγγελματίες υγείας νιώθουν άβολα να χειριστούν τα συναισθήματα των ασθενών.

Σε άλλες περιπτώσεις, αξιολογούν την κατάσταση από την προσωπική τους οπτική και άποψη, με αβέβαιες πιθανότητες επιτυχίας. Οι γυναίκες συχνά εκλαμβάνονται ως υπερβολικά συναισθηματικές, και εξαιτίας αυτού είναι πιθανότερο να θεωρηθούν ότι υπερβάλλουν. Το αποτέλεσμα είναι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να αδιαφορεί ή ακόμη και να φερθεί με ασέβεια απέναντί τους, και η ασθενής, ματαιωμένη, να αποφύγει μελλοντικές επισκέψεις επειδή το προσωπικό δεν έλαβε υπόψη του τους τρόπους που το φύλο επηρεάζει τις υγειονομικές ανάγκες των γυναικών. Παρατηρείται, επίσης, το φαινόμενο να συνταγογραφείται άλλη κατηγορία φαρμάκων σε γυναίκες και άλλη σε άνδρες που εκφράζουν τα ίδια συμπτώματα (συνήθως ηρεμιστικά/αγχολυτικά στις γυναίκες, αντί για παυσίπονα όπως στους άνδρες) (Kiesel, 2017). Ακόμη, στις γυναίκες προτείνεται συχνότερα η επίσκεψη σε έναν ψυχολόγο από ό,τι στους άνδρες, ενώ για παράδειγμα στις περιπτώσεις καρδιολογικών διαταραχών στις γυναίκες εντοπίζεται έντονο άγχος και κρίσεις πανικού και οι άνδρες παραπέμπονται για πλήρη καρδιολογικό έλεγχο, με τις γυναίκες να καθυστερούν ως και δέκα χρόνια για να λάβουν τη σχετική διάγνωση (Kent, 2008).

Χαρακτηριστικό είναι πως για ζητήματα υγείας των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων δεν είναι εύκολο να παραπέμψουν τους/τις ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς τους, στην περίπτωση που η ταυτότητα φύλου τους ή ο σεξουαλικός τους προσανατολισμός παίζει ρόλο στην κατάσταση της υγείας τους (Davy & Siriwardena, 2012). Απεναντίας, είναι συνηθισμένο να υποθέτουν την ετεροσεξουαλικότητα των ασθενών τους, με αποτέλεσμα να δημιουργείται δυσφορία στα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα και έλλειψη εμπιστοσύνης στη σχέση ιατρού-ασθενή. Τα εμπόδια και η δυσφορία μεγεθύνονται όσο αυξάνεται η ηλικία των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων, οπότε είναι σχεδόν ο κανόνας τα άτομα να αποφεύγουν να επισκέπτονται κάποιον ιατρό ή να το πράττουν σπάνια και σε οξέα περιστατικά.

Πολλές φορές ο γυναικολόγος θεωρείται πως είναι η βασική/πρωτοβάθμια ειδικότητα που θα πρέπει να επισκέπτονται οι γυναίκες. Ωστόσο όμως, όπως και οι ίδιοι οι γυναικολόγοι υποστηρίζουν, κάτι τέτοιο μπορεί να ισχύει μόνο σε περιπτώσεις που η γυναίκα βρίσκεται σε προσπάθεια ή περίοδο εγκυμοσύνης/λοχείας/εμμηνόπαυσης ή αντιμετωπίζει παθήσεις σχετιζόμενες ευρύτερα με το γεννητικό και αναπαραγωγικό σύστημα, αφού σε αυτούς τους τομείς απαντάται η εξειδίκευσή τους (Aschwanden, 2015). Είναι σημαντικό να υπάρχει μεγαλύτερη ευελιξία στην παροχή εξειδικευμένης φροντίδας σε γυναίκες σχετικά με κοινές παθήσεις όπως: καρδιοπάθειες, νευροεκφυλιστικές καταστάσεις, μεταβολικό σύνδρομο και άλλες. Οι ιατρικές ειδικότητες που εξειδικεύονται σε ζητήματα υγείας των γυναικών (πέραν της Γυναικολογίας-Μαιευτικής, Ογκολογίας) αποτελούν μικρό ποσοστό και έχουν μεγάλη ζήτηση (λ.χ. Ψυχίατρος κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης).

Ειδικά οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες, είναι μετανάστριες ή πρόσφυγες αισθάνονται κυρίως καθοδηγούμενες παρά ενδυναμωμένες να προχωρήσουν σε επιλογές για την υγεία τους (Zephyrin et al., 2020). Παρόλο που οι περισσότερες από αυτές θα χρειαστεί να συμβουλευτούν καρδιολόγο, νευρολόγο, γυναικολόγο/μαιευτήρα και άλλες εξειδικευμένες ειδικότητες, για αυτόν ακριβώς τον λόγο ενδέχεται να μη ληφθούν υπόψη ευρύτερες και πιθανώς διασταυρούμενες ανάγκες εξαιτίας του φύλου τους και των σταδίων που διέρχονται (Kent, 2008). Έτσι, ενώ οι διεπιστημονικές ομάδες των ΤΟΜΥ επί του παρόντος δεν αναπτύσσονται δυναμικά και στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους, όπου και όπως υπάρχουν, και ενώ το έργο τους εξαίρεται, οι ίδιες αυτές μονάδες αποτελούν συνάμα μειονότητα παρ' όλο τον ουσιώδη, κομβικό και αναγκαίο ρόλο τους στο σύστημα υγείας και στις ζωές των ατόμων και των κοινωνιών.

Η ΠΦΥ έχει την ικανότητα να παραμένει σε συνεχή επαφή με τους λήπτες υγείας, για μεγάλο χρονικό διάστημα στην πορεία της ζωής τους, παρέχοντάς τους το πλεονέκτημα της έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης –με τρόπο cost effective–, καθώς και διαχείρισης των χρόνιων νόσων τους (περιορίζοντας τις υποτροπές και μειώνοντας τις επισκέψεις σε νοσοκομεία) κάνοντας χρήση τεχνολογίας και εφαρμογών που εξυπηρετούν την προσβασιμότητα και τη χρήση των υπηρεσιών από όλους κι ανά πάσα στιγμή (λ.χ. άυλη συνταγογράφηση, ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, τηλεϊατρική). Ευεργετικά θα λειτουργούσε στο πλαίσιο αυτό η αύξηση της διάρκειας της επίσκεψης, καθώς ο σύντομος χρόνος (μόλις δεκαπέντε λεπτά) λειτουργεί αποτρεπτικά στην ανάπτυξη της σχέσης εμπιστοσύνης, την επαρκή λήψη του ιατρικού ιστορικού του ασθενή, τη διερεύνηση των αναγκών της υγείας του και τη διαμόρφωση θεραπευτικού πλάνου (Lionis et al., 2019). Με αυτόν τον τρόπο, πραγματοποιούνται πολλά ραντεβού μεν, όμως με την αύξηση της διάρκειάς τους θα εξασφαλιστεί το ποιοτικό αποτύπωμα σε μικρο-επίπεδο (άτομο/οικογένεια) και σε μακρο-επίπεδο (κοινωνία/προϋπολογισμός εξόδων υγειονομικής φροντίδας).

Με την τακτική παρακολούθηση σε τοπικό επίπεδο, αξιοποιώντας τις διεπιστημονικές ομάδες, μπορούν να παρατηρηθούν τυχόν εξελισσόμενες ανάγκες που κάνουν την εμφάνισή τους, να παρασχεθεί ψυχοκοινωνική συμβουλευτική στα άτομα και να παραπεμφθούν κατάλληλα, διατηρώντας ένα εξατομικευμένο δίκτυο φροντίδας και προλαμβάνοντας μελλοντικούς κινδύνους, μέσω της ενδυνάμωσης των ασθενών και της ενημέρωσής τους για διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους, αναγνωρίζοντας την ποικιλομορφία τους (φύλο, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, φυλή, εθνότητα κ.ο.κ.).

Ένας ακόμη σκοπός που μπορούν να εξυπηρετήσουν είναι η ανίχνευση θυμάτων βίας, που καταφεύγουν λόγω της θυματοποίησής τους σε πρωτοβάθμιες δομές για αναζήτηση βοήθειας

ή θεραπείας (ειδικά έμφυλης βίας, κακοποίηση από σύζυγο/σύντροφο ή γονέα/κηδεμόνα). Σε τέτοιες περιπτώσεις η παραπομπή τους προς ιατροδικαστικές υπηρεσίες θα πρέπει να είναι άμεση, με κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού για την αναγνώριση και αντιμετώπιση των περιστατικών βίας κατά των γυναικών, αξιοποιώντας τεχνογνωσία από χώρες του εξωτερικού ή φορείς στην Ελλάδα, εξειδικευμένους στον τομέα αυτόν (Ελληνική Ένωση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2021).

5.1 Πολιτικές

Διαμορφώνοντας πολιτικές σχετικά με την υγεία, υπάρχει σημαντικό πεδίο δράσης για την ευαισθητοποίηση στα ζητήματα φύλου και ειδικά προκειμένου να μη σημειωθεί περαιτέρω χειροτέρευση της ήδη υπάρχουσας κατάστασης. Ένα τέτοιο μέσο θα μπορούσε κάλλιστα να είναι η ένταξη μαθημάτων σε ζητήματα φύλου στην εκπαίδευση των ιατρών και η σπουδαιότητα των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων για την υγεία των ληπτών υπηρεσιών υγείας.

Αντιμετωπίζοντας τα άτομα ομοιογενώς, χάνονται από το ραντάρ τα εμπόδια που υπάρχουν για τις γυναίκες, εξαιτίας της θέσης τους στην κοινωνία βάσει του φύλου τους, αναδεικνύοντας τη σπουδαιότητα των κοινωνικών παραγόντων υγείας. Παρότι οι κοινωνικοί παράγοντες για την υγεία παίζουν σπουδαίο ρόλο για τα άτομα και ειδικά για τις γυναίκες, πολύ συχνά η σημασία τους υποβαθμίζεται. Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι: η εκπαίδευση, η εργασία, η ασφάλεια και το εισόδημα. Έστω και ένας από αυτούς τους παράγοντες να εκλείπει, το άτομο έχει αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσει κατάθλιψη, διαβήτη, υπέρταση, συχνές επισκέψεις στα επείγοντα και ασυνέπεια στη θεραπεία (Zephyrin et al., 2020).

Οι παράγοντες αυτοί εμπεριέχουν και την ηλικία, καθώς, όπως είναι αναμενόμενο, οι ανάγκες για μετακίνηση και υποστήριξη/φροντίδα αυξάνονται με το πέρασμα των χρόνων, και αυτό δεν καθρεφτίζεται στις δράσεις της ΠΦΥ προς τον πληθυσμό. Οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες και πιο εκτεθειμένες, καθότι ζουν περισσότερο. Με τα πιο πολλά προγράμματα να σχεδιάζουν τη λειτουργία τους με γνώμονα το ήδη διαμορφωμένο και –εξαιτίας αυτού– επικρατέστερο κοινωνικό επίπεδο, δεν ανιχνεύεται ποτέ και ούτε αξιοποιείται η εμπειρία της σχέσης και η αλληλεπίδραση των επιπέδων από τα άτομα και τις οικογένειες ως τις κοινότητες και τις χώρες. Ζητήματα της υγείας και των δικαιωμάτων των γυναικών (μέθοδοι αντισύλληψης και πρόληψης ασθενειών σχετικών με το σεξ, τερματισμός ανεπιθύμητης κύησης, δικαιώματα κατά τον τοκετό) επηρεάζουν ειδικότερα εκείνες με χαμηλότερο εισόδημα, αφού απευθύνονται στον δημόσιο τομέα για την κάλυψη των αναγκών τους (Gomez-Kaiser, 2021). Άξιο αναφοράς είναι το παράδειγμα του Τέξας των Ηνωμένων Πολιτείων της Αμερικής, όπου, όταν αποσύρθηκαν προγράμματα για αντισύλληψη και αμβλώσεων/εκτρώσεων, σημειώθηκε άνοδος των γεννήσεων και χαρακτηριστική αύξηση εφηβικών κυήσεων (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020).

Οι εθνικές και υπερεθνικές παρεμβάσεις πρέπει να σταματήσουν να αντιμετωπίζουν τα νοικοκυριά ως ομοιογενή σύνολα ωφελούμενων και να επαναστοχαστούν τις διαπροσωπικές ανισότητες εντός της κάθε οικογένειας, όσον αφορά την κατανομή των αναγκαίων πόρων και των ευκαιριών. Αν ο στόχος είναι η ενδυνάμωση των γυναικών, αυτό πρέπει να γίνεται με τρόπο ολιστικό και όχι ενισχύοντας ένα ή λίγα πεδία της ατομικής δραστηριότητας. Μία τέτοια κίνηση είναι η προώθηση και ανάδειξη της σπουδαιότητας συμμετοχής των γυναικών σε τοπικό επίπεδο

(σύλλογοι/κοινότητες) με άξονα την τεχνογνωσία τους και το μέγεθος της εμπλοκής τους (λ.χ. σε επαγγέλματα που κατέχουν τα υψηλότερα ποσοστά σε πλήθος εργαζομένων).

Οι κρατικές αποφάσεις για την οικονομία επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα ζωής γυναικών και ανδρών, που συνδέεται άρρηκτα με την κατάσταση της υγείας τους. Η πρόνοια για διεύρυνση της κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών και ειδικά των ευπαθών ομάδων είναι αναγκαία προτεραιότητα, με στόχο την αντιμετώπιση ή τουλάχιστον τον περιορισμό των οικονομικών δυσχερειών, ειδικά για τις γυναίκες που απασχολούνται με αδήλωτη εργασία και με τα χαμηλότερα οικονομικά ανταλλάγματα (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018).

Τέτοιες αποφάσεις μπορεί να αφορούν την οικονομική ενίσχυση των υπηρεσιών και τη σταθερή παροχή του αναγκαίου εξοπλισμού σε επαρχιακές περιοχές και ειδικές δομές υγείας (ιατρεία φυλακών, δομές προσφύγων και μεταναστών/-τριών, ακριτικές περιοχές κ.ά.), την ενίσχυση των κέντρων προστασίας που συνδράμουν τα άτομα σε καταστάσεις κρίσης (κατά της βίας, για μετανάστες και πρόσφυγες, δομές πολιτικής προστασίας, σταθμοί παροχής υγειονομικής φροντίδας), το να λάβουν υπόψη την ικανότητα των ατόμων να διαθέτουν χρήματα για αγαθά και υπηρεσίες, την παροχή ευκαιριών για απασχόληση και δημιουργία θέσεων εργασίας, το καθεστώς πληρωμών και παροχών από το κράτος, ακόμη και την πρόνοια για ύπαρξη και διαχείριση του ελεύθερου χρόνου τους.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

American College of Obstetricians and Gynecologists (2020). ACOG Leads Coalition of Nearly 1 million Medical Professionals to Oppose Texas Restrictions on Abortion During the COVID-19 Pandemic, https://www.acog.org/news/news-releases/2020/04/medical-professionals-to-oppose-texas-abortion-restrictions

Aschwanden, C. (2015). "Many women use an OB/GYN as their main doctor. Should they?", https://www.washingtonpost.com/national/health-science/many-women-use-an-obgyn-as-their-main-doctor-should-they/2015/03/16/c88acf78-c112-11e4-9ec2-b418f57a4a99_story.html?utm_term=.e7b95e97053d

Bhalla, N. (2017). "We are human and want to have sex too, disabled women say", https://www.reuters.com/article/us-global-women-disability-trfn-idUSKBN1XO1V2

Chantzaras, A. and Yfantopoulos, J. (2018). "Income-related health inequalities among the migrant and native-born populations in Greece during the economic crisis: a decomposition analysis", *European Journal of Public Health*, 28 (5), pp. 24-31, https://doi.org/10.1093/eurpub/cky203

Davy, Z. and Siriwardena, A.N. (2012). "To be or not to be LGBT in primary health care: health care for lesbian, gay, bisexual, and transgender people", *The British Journal of General Practice*, 62 (602), pp. 491-492, https://doi.org/10.3399/bjgp12X654731

Dhatt, R. (2020). "Opinion: Global health security depends on women", https://www.devex.com/news/opinion-global-health-security-depends-on-women-96861

Dizikes, P. (2016). "New study shows rich, poor have huge mortality gap in U.S., https://news.mit.edu/2016/study-rich-poor-huge-mortality-gap-us-0411

European Institute for Gender Equality (EIGE) (2021). "Essential Workers", https://eige.europa.eu/covid-19-and-gender-equality/essential-workers

Eurostat (2021a). "Unmet health care needs statistics", https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics

Eurostat (2021b). "Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile", https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08/default/table?lang=en

Eurostat (2021c). "Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and educational attainment level", https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_14/default/table?lang=en

Fickley-Baker, J., "Examining Gender In Pharmaceutical Rhetoric Through A Cultural Studies Lens: A Case Study On The Gardasil Vaccine", https://stars.library.ucf.edu/etd/2126

Fleischman, J. (2021). "Making Gender a Primary Focus of Global Health Security", *Center for Strategic and International Studies-CSIS*, https://www.csis.org/analysis/making-gender-primary-focus-global-health-security

Gomez-Kaiser, A. (2021). "Texas Providers See Increased Interest in Birth Control Since Near-Total Abortion Ban", https://time.com/6114198/texas-abortion-ban-increased-demand-birth-control/

International Rescue Committee (2019). "Protection, participation and potential: women and girls in Yemen's war", https://www.rescue.org/report/protection-participation-and-potential-women-and-girls-yemens-war

Kent, M. (2008). "What Explains the Disparities Between Men's and Women's Health?", https://www.prb.org/resources/what-explains-the-disparities-between-mens-and-womens-health/

Kiesel, L. (2017). "Women and pain: Disparities in experience and treatment", *Harvard Health Publicing*, https://www.health.harvard.edu/blog/women-and-pain-disparities-in-experience-and-treatment-2017100912562

Konstantakopoulou, O., Kaitelidou, D., Galanis, P., Siskou, O. and Economou, C. (2021). "Using patient experience measures to evaluate the quality of medical and nursing care in the newly established PHC units (TOMYs), in Greece", *Social Cohesion and Development*, 14 (1), pp. 49-63, https://doi.org/10.12681/scad.25766

Levine, O., Gawande, A., Lagomarsino, G., Kelley, E., Pearson, L. and Pate M.A. (2020). "A safer world starts with strong primary healthcare", *The BMJ Opinion*, https://blogs.bmj.com/bmj/2020/10/26/a-safer-world-starts-with-strong-primary-healthcare/

Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Petelos, E., Papadakis, S., Sifaki-Pistolla, D., Papadakakis, M., Souliotis, K. and Tziraki, C. (2019). "Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's thread", *Primary Health Care Research & Development*, 20, e113, https://doi.org/10.1017/S1463423619000446

Osamor, P. and Grady, C. (2016). "Women's autonomy in health care decision-making in developing countries: a synthesis of the literature", *Int J Womens Health*, 8, pp. 191-202, https://doi.org/10.2147/IJWH.S105483

Regitz-Zagrosek V. (2012). "Sex and gender differences in health", Science & Society Series on Sex and Science, *EMBO reports*, 13 (7), pp. 596-603, https://doi.org/10.1038/embor.2012.87

Shabaneh, L. (2020). "From Yemen, A cry for help", https://reliefweb.int/report/yemen/yemen-cry-help

Souliotis, K., Agapidaki, E., Tzavara, C. and Economou, M. (2017). "Psychiatrists role in primary health care in Greece: findings from a quantitative study", *International Journal of Mental Health Systems*, 11, p. 65, https://doi.org/10.1186/s13033-017-0172-0

The World Bank (2021). "World Development Indicators", http://wdi.worldbank.org/table/WV.5

United Nations Women (2020). "Press release: UN Women raises awareness of the shadow pandemic of violence against women during COVID-19", https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/5/press-release-the-shadow-pandemic-of-violence-against-women-during-covid-19

World Health Organization (WHO) (2018). "Primary health care and health emergencies", *Technical Series on Primary Health Care*, https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/emergencies.pdf?sfvrsn=687d4d8d_2

World Health Organization (WHO) (2016). "Gender, equity and human rights: Availability, accessibility, acceptability, quality-Infographic", https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/AAAQ.pdf

Yfantopoulos, P. and Yfantopoulos, J. (2015). "The Greek Tragedy in the Health Sector: Social and Health Implications", *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, Duncker & Humblot, 84 (3), pp. 165-182, http://dx.doi.org/10.3790/vjh.84.3.165

Zavras, D., Zavras, A.I., Kyriopoulos, I.I. and Kyriopoulos, J. (2016). "Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece", *BMC Health Serv Res*, 16, p. 309, https://doi.org/10.1186/s12913-016-1557-5

Zephyrin, L., Suennen, l., Viswanathan, P., Augenstein, J. and Bachrach, D. (2020). "Transforming Primary Health Care for Women - Part 1: A Framework for Addressing Gaps and Barriers (Commonwealth Fund and Manatt Health)", https://doi.org/10.26099/8c0s-fj12

Ελληνόγλωσση

Ελληνική Ένωση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕλΕΔΑ) (2021). «Γυναικοκτονία: Έμφυλη Βία και Αφαίρεση της Ζωής στο Οικείο Περιβάλλον», https://www.hlhr.gr/γυναικοκτονία-έμφυλη-βία-και-αφαίρεσ/

Οικονόμου, Χ. (2018). «Πολιτικές Υγείας», στο Θ. Σακελλαρόπουλος, Χαρ. Οικονόμου, Χρ. Σκαμνάκης και Μ. Αγγελάκη (επιμ.), *Κοινωνική Πολιτική*, Αθήνα: Διόνικος.

Νομοθεσία

Νόμος 4865/2021 – ΦΕΚ 238/Α/4-12-2021. «Σύσταση και οργάνωση νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία "Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας", στρατηγική κεντρικών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη δημόσια υγεία και την κοινωνική πρόνοια».

Νόμος 4600/2019 – ΦΕΚ Α43/09-03-2019. «Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις».

Νόμος 4486/2017 – ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017. «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».

Νόμος 4368/2016 – ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016. «Μέτρα ανακούφισης από την ανθρωπιστική κρίση και διασφάλιση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού».