

ΑΝΑΓΚΕΣ ΨΥΧΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ: ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Μουδάτσου Μαρία¹, Τζανιδάκη Μαρία², Κρπσωτάκης Γιώργος³, Κούτης Αντώνης⁴,
Αλεγκάκης Αθανάσιος⁵, Παναγουλοπούλου Ευαγγελία⁶, Φιλαλήθης Αναστάσιος⁷

Περίληψη

Στην Ελλάδα έχει σημειωθεί μερική πρόοδος - κυρίως μέσω νομοθετικών οδών – σε θέματα που αφορούν στη θέση των γυναικών στο υπάρχον κράτος πρόνοιας. Για την παρούσα μελέτη, δεκατέσσερις επαγγελματίες, υπεύθυνοι για την εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής στην ορεινή Κρήτη, αξιολόγησαν τις ανάγκες υγείας των γυναικών. Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η θέση των γυναικών μέσα στο σύστημα κοινωνικής φροντίδας επηρεάζει σημαντικά την υγεία τους. Επισημώς, οι διεργασίες που περιστρέφονται γύρω από την οικογενειακή ζωή βρίσκονται ακόμα εξολοκλήρου στα χέρια των γυναικών. Η μελέτη μας προτείνει τρόπους για τη βελτίωση της υγείας των γυναικών μέσα από την αναθεώρηση της κοινωνικής πολιτικής.

Λέξεις κλειδιά: ανάγκες υγείας των γυναικών, άνθρωποι -κλειδιά, γυναίκες στην ορεινή Κρήτη

1. Εισαγωγή

Η θέση των γυναικών στο κράτος πρόνοιας είναι η αντανάκλαση της ισχύος που διατηρούν στην καθημερινή τους ζωή. Μέσα από το ρόλο του ως νομοθέτη, εργοδότη και εφαρμοστή πολιτικών που αφορούν στην οικογένεια, το κράτος πρόνοιας μπορεί να προστατέψει ή να βάλει εμπόδια στα δικαιώματα και στις ευκαιρίες των γυναικών.

-
1. Κοινωνική λειτουργός (Δρ.), Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Επιστημονική συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης.
 2. Κοινωνική Επιστήμονας (Δρ.), Υπηρεσίες υγείας και διοίκησης.
 3. Επίκουρος καθηγητής (Δρ.), Τμήμα Νοσηλευτικής, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης.
 4. Τέως Διευθυντής (Δρ.), Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
 5. Μέλος Ειδικού διδακτικού και ερευνητικού προσωπικού, (Δρ.), Εργαστήριο Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
 6. Ιατρός, Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
 7. Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Μπορεί να βελτιώσει την οικονομική ανεξαρτησία τους και να ενδυναμώσει το ρόλο τους μέσα στο σπίτι και στην κοινωνία ή το αντίθετο (Kasper, 2002, Luddy, 2007, Madel & Semyonow, 2006, Moss, 2002, Pascall, 2008).

Το κράτος πρόνοιας μπορεί να επηρεάσει θετικά την υγεία των γυναικών μέσα από την εφαρμογή πολιτικών που τις διευκολύνουν να υιοθετήσουν υγιεινές συνήθειες και να κάνουν χρήση των ψυχικών τους αποθεμάτων. Οι πολιτικές αυτές μπορεί να ενθαρρύνουν τις γυναίκες να καλλιεργήσουν κοινωνικές σχέσεις, ενισχύοντας τον κοινωνικό τους ρόλο (Marmot & Wilkinson, 1999, Moss, 2002).

Το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον επηρεάζει την υγεία των γυναικών με το να παρεμποδίζει ή να διευκολύνει την πρόοδό τους μέσα στην κοινωνία (Philips, 2005). Στις Ευρωπαϊκές χώρες του Νότου, η θέση των γυναικών στο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας δεν έχει σημειώσει κάποια σημαντική πρόοδο (Bambra et al., 2008). Η πλειονότητα των γυναικών βιώνουν τον παραδοσιακό ρόλο που υπαγορεύει η κουλτούρα τους και επιβεβαιώνουν το Μεσογειακό αρσενικό πρότυπο του “προστάτη οικογενείας” (Bambra et al., 2008, Kalmijn & Saraceno, 2008, Litwin, 2010).

Οι Wuest et al. (2002) σημειώνουν ότι ο παραδοσιακός ρόλος των γυναικών ως φροντιστές και κηδεμόνες στη συντήρηση και στη φροντίδα του σπιτικού αποτελεί τη βασική αιτία για την αδύναμη υγεία τους. Αυτό συμβαίνει διότι περιορίζει τις ευκαιρίες τους για εκπαίδευση, εργασία και πρόσβαση σε δομές υγείας ή σε δραστηριότητες ψυχαγωγίας και κοινωνικοποίησης. Οι γυναίκες, εξαιτίας του ρόλου τους ως φροντιστές, είναι περισσότερο πιθανό να διακόψουν την εκπαίδευση και την επαγγελματική τους δραστηριότητα, γεγονός που περιορίζει οποιαδήποτε πιθανότητά τους να γίνουν οικονομικά ανεξάρτητες (Bryant, 2009).

Το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας στην Ελλάδα είναι ένα παράδειγμα του μοντέλου κοινωνικής πρόνοιας της Νότιας Ευρώπης που χαρακτηρίζεται από τον υποστηρικτικό ρόλο των γυναικών για τα μικρότερα και τα πιο ηλικιωμένα μέλη της οικογένειας (Symeonidou, 2009, United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, 2000). Μια πιθανή ερμηνεία είναι η ανεπάρκεια των δημόσιων δομών φροντίδας. Υπάρχει περιορισμένος αριθμός υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους και τα παιδιά (Symeonidou, 2009, United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, 2000).

Παρόλο που έχει σημειωθεί βελτίωση στη νομοθεσία πάνω σε θέματα εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης, η φροντίδα των μελών της οικογένειας στην Ελλάδα εναπόκειται ακόμα «στα χέρια» των γυναικών. Οι Ελληνίδες γυναίκες έχουν ενστερνιστεί τους ρόλους

τους ως φροντιστές και συμπεριφέρονται σαν ένας κρίκος που κρατάει την οικογένεια μαζί (Symeonidou, 2009). Ειδικότερα, οι γυναίκες της υπαίθρου στην Ελλάδα εργάζονται «σαν συγχωνευμένα μέρη κοινωνικών ενοτήτων» αντί για αφεντικά του εαυτού τους (Karamessini, 2014).

Το γεωπολιτικό, πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο μιας γυναίκας, σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο της υγείας, παρέχει μια ερμηνεία σχετικά με την υγεία της (Lock, 2000, Lugemwa, 2007, Moudatsou et al., 2014, WHO, 2011). Οι κοινωνικοί παράγοντες της υγείας, μέσω *εξωτερικών μεταβλητών* - οι παράγοντες στο κοινωνικό περιβάλλον όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, το εθνικό επίπεδο και η επαγγελματική ιδιότητα (WHO, 2012) – προάγουν ή βάζουν εμπόδια στην ατομική φροντίδα της υγείας (Krieger et al., 2002). Επιπλέον, οι *εσωτερικές μεταβλητές* - ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά όπως η αυτοεκτίμηση ή οι δεξιότητες διαχείρισης του άγχους- μπορεί να βελτιώσουν ή να επιδεινώσουν την υγεία των ανθρώπων.

Το φύλο, πέραν του βιολογικού, είναι ένα κοινωνικό κατασκεύασμα που διαφέρει ανάλογα με τους ρόλους, τις νόρμες και τις αξίες μιας δεδομένης κοινωνίας. Η απήχηση του φύλου ως κοινωνικής μεταβλητής στην υγεία είναι συνάρτηση των αποτελεσμάτων που επιφέρει η ισχύς, η αυτονομία, η φτώχεια και η περιθωριοποίηση στις κοινωνίες και στις κουλτούρες (Philips, 2005). Όπως στις άλλες χώρες του Νότου, και στην Ελλάδα ο ρόλος των γυναικών είναι σχεδιασμένος σύμφωνα με το Μεσογειακό, αρσενικό πρότυπο του προστάτη οικογενείας (“Mediterranean male breadwinner capacity”).

Σε πολλές κοινωνίες, οι ρόλοι των γυναικών είναι υποβαθμισμένοι στο επίπεδο της αναπαραγωγής και της ανάληψης ευθυνών για τη φροντίδα των μελών της οικογένειας (Moreno, 2002). Οι κοινωνικές νόρμες αγνοούν τις φωνές των γυναικών, επειδή ασκείται αυστηρός έλεγχος σε πολλές πτυχές της ζωής τους, πράγμα που είναι πιθανόν να μεγαλώνει το φόβο τους να εκφραστούν ελεύθερα (Jejeebhoy & Sathar, 2004). Επίσης, μέσα στα νοικοκυριά η φωνή των γυναικών σε θέματα λήψης αποφάσεων είναι πιο αδύναμη σε σχέση με τη φωνή των ανδρών, εξαιτίας του ότι αυτές κερδίζουν χαμηλότερο εισόδημα (Pascall, 2008).

Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μπορεί να οδηγήσει σε κακή σωματική και ψυχική υγεία μέσα από ποικίλους ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς, όπως οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, η κακή διατροφή, ο κοινωνικός αποκλεισμός, το παρατεταμένο άγχος, η απώλεια της δύναμης, η χαμηλή αυτοπεποίθηση και οι δυσκολίες στην πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες και στις υπηρεσίες υγείας (Department of Health and Human Services in United States, 2010).

Συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα ή η χρήση ουσιών (Combes et al., 2011) μπορεί να λειτουργούν ως τρόποι διαχείρισης του άγχους (Lazenbatt & Murray, 2004, Walter, 2004). Ο Hemingway (2007) αναφέρει ότι οι ανθυγιεινές συμπεριφορές χρησιμοποιούνται ως μηχανισμοί άμυνας. Είναι αναπόφευκτο για τις γυναίκες να δοκιμάζουν το κάπνισμα ή το αλκοόλ επειδή αυτά αποτελούν ανακούφιση από μια κατάσταση την οποία δεν μπορούν πια να ελπίζουν ότι θα αλλάξουν (Wuest et al., 2002).

Αυτή η μελέτη διερευνά τις ανάγκες ψυχοσωματικής υγείας των γυναικών σε ένα Μεσογειακό κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, από τη σκοπιά των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας και μέσα από τη μέθοδο της ταχείας αξιολόγησης (Rapid Appraisal) (Bradshaw, 2002).

2. Σκοπός, Δείγμα και Μεθοδολογία

Η μελέτη έλαβε χώρα σε έναν ορεινό δήμο της Κρήτης (για λόγους ερευνητικής δεοντολογίας δεν αναφέρεται η ονομασία του), οικονομικά στηριζόμενο στην αγροτική δραστηριότητα (Panagoulouroulou et al., 2009). Η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιτροπή Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Κρήτης και του αντίστοιχου Δήμου.

Συνολικά έγιναν συνεντεύξεις με δεκατέσσερις (14) επαγγελματίες σε ρόλους-κλειδιά στην περιοχή: άτομα που δουλεύουν στην κοινότητα και έχουν επαγγελματική αντίληψη σχετικά με τα ζητήματα υγείας των γυναικών. Αυτοί επιλέχθηκαν με σκοπό να δώσουν μια βαθιά και ολιστική θεώρηση σχετικά με το υπό μελέτη θέμα (Ong & Humphris, 2002). Η επιλογή έγινε από ένα δείγμα 30 επαγγελματιών: από αυτούς που δουλεύουν με γυναίκες στην τοπική κοινότητα (κοινωνικοί επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας), διοικητικούς υπάλληλους και τοπικούς πολιτικούς παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό του κοινωνικού προγράμματος υγείας για τις γυναίκες.

Η πρόσβαση στο δείγμα μας κατέστη δυνατή μέσω της βοήθειας του επικεφαλής του τμήματος διοικητικών υπηρεσιών στον Δήμο. Οι συμμετέχοντες έλαβαν έγκαιρη πληροφόρηση για τους σκοπούς της έρευνας και δόθηκε η συγκατάθεσή τους. Έγινε επιβεβαίωση ως προς τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής στην έρευνα και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεών τους.

Αυτή η μελέτη είναι μια επαγωγική μέθοδος (Kiefer, 2007) που κάνει χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων για να παράξει δεδομένα σχετικά με τις ανάγκες υγείας των γυναικών. Δίνει την προοπτική των επαγγελματιών και των πολιτικών που είναι υπεύθυνοι για τη χάραξη κοινωνικής πολιτικής για τη γυναίκα. Η έρευνα πεδίου

διεξήχθη από τον Ιανουάριο του 2007 έως τον Μάρτιο του 2007 με συστηματικό τρόπο. Οι συνεντεύξεις οργανώθηκαν από έναν εκπαιδευμένο ερευνητή, μέσω εμπιστευτικών, κατά πρόσωπο συνεντεύξεων και διήρκεσαν περίπου μία ώρα και μισή. Όλες οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στους επαγγελματικούς χώρους των συμμετεχόντων μέσα στην τοπική κοινότητα του ερευνώμενου Δήμου.

Ένας οδηγός ημι-δομημένης συνέντευξης χρησιμοποιήθηκε σε όλες τις συνεντεύξεις για να διασφαλιστεί η συνοχή στα θέματα που καλύφθηκαν. Οι βασικοί άξονες προς διεργασία ήταν: α) η υγεία των γυναικών σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο ορισμού της, β) οι επιπτώσεις στην υγεία των ανισοτήτων στις ευκαιρίες που είναι διαθέσιμες για τις γυναίκες, γ) η τρέχουσα δυναμική της περιοχής, δ) οι ευκαιρίες και οι προτάσεις για το μέλλον.

Μια πιλοτική έρευνα (Gilbert, 2008) που διεξήχθη πριν την έρευνα πεδίου, συγκέντρωσε βασικές πληροφορίες και εξασφάλισε την επιλογή των κατάλληλων θεμάτων για τον οδηγό συνέντευξης. Οι ατομικές συνεντεύξεις διεξήχθησαν πριν την μελέτη, με έξι επαγγελματίες του τομέα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας που ήταν υπεύθυνοι για ζητήματα υγείας γυναικών σε άλλους δήμους. Μετά την πιλοτική έρευνα, κάναμε κάποιες μικρές αλλαγές στη διατύπωση πολλών ερωτήσεων για να γίνουν τα θέματα περισσότερο κατανοητά.

Όλες οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν από την ερευνήτρια και απομαγνητοφωνήθηκαν από μια επίσημη εταιρεία απομαγνητοφώνησης. Τα δεδομένα αναλύθηκαν μέσω ανάλυσης πλαισίου (Gale et al., 2013, Ritchie & Lewis, 2003 Ritchie and Spencer, 1994).

3. Αποτελέσματα

Η υγεία των γυναικών υπό το κοινωνικό πλαίσιο ορισμού της

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι κυριότεροι ρόλοι που αποδίδονται στις γυναίκες κατασκευάζονται από το Μεσογειακό, αρσενικό πρότυπο του προστάτη οικογενείας. Όπως σημείωσε ένας συνεντευξιαστής:

«Νομίζω ότι σε κουλτούρες όπως αυτές, ο ρόλος της γυναίκας είναι υποβαθμισμένος και οι γυναίκες είναι καταπιεσμένες. Οι ανάγκες, τα προβλήματα και τα θέματα των γυναικών σχετίζονται με το φύλο τους, το κοινωνικό τους επίπεδο και την κοινωνική τους συμπεριφορά. Ο άνδρας έχει τον πρώτο λόγο σε όλα. Αυτός είναι ένας δικτάτορας που αποφασίζει για όλα και δεν επιτρέπει τίποτα. Οι γυναίκες απλά τον ακολουθούν, όπως γινόταν στα παλιά χρόνια» (Σύμβουλος-κλειδί 5).

Οι γυναίκες συνήθως υιοθετούν τον ρόλο του φροντιστή όλων των μελών της οικογένειας. Όπως είπε ένας συνεντευξιαστής:

«Είναι μια παραδοσιακή και πατριαρχική κοινωνία. Τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις είναι χωρισμένα ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες. Εννοώ ότι οι άνδρες έχουν την ηθική υποχρέωση να τακτοποιούν τις οικονομικές υποχρεώσεις της οικογένειας. Αυτοί πρέπει να δουλεύουν σκληρά και είναι υπεύθυνοι για να παρέχουν στις συζύγους και στα παιδιά τους χρήματα, ασφάλεια και όλα τα υπόλοιπα. Είναι υπεύθυνοι να συστήνουν τις οικογένειές τους στην κοινωνία και στην εργασία. Αντιθέτως, οι γυναίκες είναι οι βασίλισσες του νοικοκυριού. Είναι υπεύθυνες για τη φροντίδα των ηλικιωμένων, των παιδιών, των συζύγων τους και όλων των υπολοίπων» (Σύμβουλος – κλειδί 5).

Η έννοια της ατομικής ισχύος είναι καίριας σημασίας για τις ζωές των γυναικών. Η έκφραση των αναγκών υγείας τους είναι ένα θέμα που σχετίζεται με την ισχύ. Ζώντας κάτω από την επιρροή του Μεσογειακού κοινωνικού κράτους, οι γυναίκες αυτές δεν έχουν πρόσβαση σε πόρους και δεν έχουν τη δύναμη προκειμένου να φροντίσουν το σώμα και τη συνολική τους υγεία. Η έκφραση των αναγκών τους είναι ένας τρόπος να έχουν πρόσβαση στη δική τους δύναμη. Η μεγάλη πλειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων ανέφεραν ότι οι γυναίκες συνήθως παρουσιάζουν ιατρικές και νοσηλευτικές ανάγκες ή ανάγκες που σχετίζονται με υλικά και οικονομικά θέματα. Είναι ευκολότερο γι' αυτές να εστιάζουν σε θέματα καθημερινής ρουτίνας από το να εκφράζουν τις βαθιές τους ψυχολογικές ανάγκες. Όπως είπε ένας συνεντευξιαστής:

«Έχω σιγουρευτεί ότι οι γυναίκες στην περιοχή έχουν πολλές ανάγκες αλλά δεν έχουν τη δύναμη να τις εκφράσουν. Έχω ακούσει πολλές ιστορίες σχετικά με αυτό το θέμα αλλά δεν μπορώ να κάνω τίποτα. Οι συντηρητικές απόψεις σχετικά με τον ρόλο τους βάζουν εμπόδια στην ικανότητά τους να εκφράσουν τον εαυτό τους. Νομίζω πως οι γυναίκες έχουν πολλές δυσκολίες. Μερικές φορές αυτές είναι αδύναμες να εκφράσουν τις ανάγκες τους. Ζουν υπό τις οδηγίες των συζύγων τους και είναι ανήμπορες να αντιδράσουν. Πράγματι αυτές προτιμούν να μιλούν για τη φροντίδα των παιδιών. Φοβούνται να εκφραστούν και να μιλήσουν χωρίς ενδοιασμούς» (Σύμβουλος – κλειδί 5).

Οι αυστηρές Μεσογειακές πολιτισμικές νόρμες ασκούν αυστηρό έλεγχο σε πολλούς τομείς της ζωής μιας γυναίκας. Αυτός είναι ένας λόγος που τις κάνει να μην

εκφράζουν τις βαθύτερες κοινωνικές και ψυχολογικές τους ανάγκες. Όπως είπε ένας συνεντευξιαστής:

«Νομίζω ότι η παρούσα τοπική κουλτούρα αποτρέπει τις γυναίκες από το να εκφράσουν τις ανάγκες τους. Κανείς δεν έχει το δικαίωμα να μιλήσει για τις προσωπικές του ανάγκες ή οποιοδήποτε κοινωνικό και οικογενειακό πρόβλημα χωρίς την άδεια της οικογένειάς του. Σε διαφορετική περίπτωση, η οικογένειά σου υποφέρει από κοινωνικό στίγμα και κατηγορείται ότι είναι ανίκανη να φροντίσει τα μέλη της. Έτσι οι γυναίκες εγκλωβίζονται κάτω από την ηθική υποχρέωση να φροντίσουν την οικογένειά τους από το να κατηγορηθεί. Οι γυναίκες προτιμούν να υποφέρουν σιωπηλά από το να μιλήσουν για τις έγνοιες τους» (Σύμβουλος – κλειδί 10).

Κάποιες φορές, υπό την επήρεια μιας αυστηρής κουλτούρας, η κακοποίηση είναι τόσο συνήθης πρακτική που οι γυναίκες δεν μπορούν να τη δουν ως πραγματικό πρόβλημα. Ένας συνεντευξιαστής πρόσθεσε:

«Μερικές φορές η γυναίκα που τσακώνεται με τον σύζυγό της πιστεύει ότι το να χτυπηθεί από αυτόν είναι μια αποδεκτή συμπεριφορά» (Σύμβουλος – κλειδί 12).

Ο αντίκτυπος στην υγεία των ανισοτήτων στις ευκαιρίες που είναι διαθέσιμες για τις γυναίκες: Εμπόδια που συναντούν οι γυναίκες στον τομέα της υγείας

Μια συντηρητική και πατριαρχική κουλτούρα θεωρείται ένα πραγματικό βάρος για τις γυναίκες επειδή τις αποτρέπει από το να είναι ανεξάρτητες. Παρ' ότι μερικές από αυτές μπορεί να γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, στερούνται της ικανότητας να αναγνωρίζουν τις ευκαιρίες και να διεκδικούν. Ένας συνεντευξιαστής είπε:

«Οι γυναίκες έχουν γνώση των δικαιωμάτων τους αλλά εάν δεν έχουν την άδεια του περιβάλλοντός τους, δεν κάνουν τίποτα. Αυτές έχουν την ικανότητα αλλά λίγες έχουν μάθει να τη χρίζουν και να την μετουσιώνουν σε πράξη» (Σύμβουλος – κλειδί 5).

Οι γυναίκες στην περιοχή είναι αδύναμες να αναγνωρίζουν τις ευκαιρίες που τους δίνονται. Ένας συνεντευξιαστής εξήγησε:

«Εάν δεν έχουν οικονομική ανεξαρτησία τότε, αναπόφευκτα, έχουν λίγες ευκαιρίες να αντιδράσουν. Αυτές κάνουν σκληρή δουλειά αλλά όλα βρίσκονται υπό τον έλεγχο των συζύγων τους» (Σύμβουλος – κλειδί 10).

Ένας άλλος συνεντευξιαστής πρόσθεσε :

«Νομίζω ότι όλα εκπορεύονται από την οικονομική εξάρτηση των γυναικών. Εάν δεν έχουν τα δικά τους χρήματα, είναι αδύναμες να κάνουν οτιδήποτε. Αυτές πρέπει να ζητήσουν χρήματα από τους γονείς και τους συζύγους τους. Τα χρήματα είναι αληθινή πηγή δύναμης για οποιοδήποτε άνθρωπο, αλλά οι γυναίκες στην περιοχή είναι τελείως αδύναμες. Γνωρίζω πολλές περιπτώσεις στις οποίες οι γυναίκες επιθυμούν να πάρουν διαζύγιο αλλά είναι άνεργες και δεν μπορούν να το αντέξουν οικονομικά χωρίς την οικονομική στήριξη ενός άνδρα» (Σύμβουλος – κλειδί 1).

Εκτός από την έλλειψη οικονομικής ανεξαρτησίας, οι κοινωνικές νόρμες για τους άνδρες και τις γυναίκες ασκούν επιρροή στις ζωές των γυναικών. Ένας συνεντευξιαστής είπε:

«Οι γυναίκες υποτίθεται ότι πρέπει να κρατήσουν τη σιωπή τους χωρίς να έχουν κάποιο δικαίωμα. Δεν μπορούν να κάνουν τίποτα χωρίς την άδεια του άνδρα. Σε διαφορετική περίπτωση, δεν ακολουθούν τις κοινωνικές νόρμες που έχουν να κάνουν με το πρότυπο της «καλής γυναίκας». Οι υπάρχουσες πολιτισμικές νόρμες υπαγορεύουν ότι μια «καλή γυναίκα» πρέπει να ασχολείται με το νοικοκυριό της χωρίς να δημιουργεί πρόβλημα για τα δικά της θέματα ή για ανικανοποίητες ανάγκες. Αλλιώς, ο άνδρας της είναι υπεύθυνος για το ότι αυτές οι ανάγκες δεν καλύπτονται. Ο ρόλος του άνδρα στην περιοχή μας είναι να είναι ο δυνατός άνθρωπος της οικογένειας και να είναι υπεύθυνος για την ικανοποίηση των αναγκών των θυγατέρων και της συζύγου του. Έτσι, εάν οι γυναίκες έχουν ανικανοποίητες ανάγκες, οι άνδρες κατηγορούνται γι' αυτό». (Σύμβουλος – κλειδί 5)

Οι ανικανοποίητες ανάγκες δημιουργούν ένα σημαντικό κενό στην υγεία των γυναικών.

Ένας συνεντευξιαστής περιγράφει αυτή την κατάσταση έτσι:

«Οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας αναγκάζουν τις γυναίκες να αισθάνονται μεγάλο άγχος. Οι γυναίκες δεν πιστεύουν ότι μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους. Έτσι, αυτές είναι βαθιά δυσαρεστημένες. Επιπροσθέτως, αυτός είναι ένας λόγος που βάζει εμπόδια στις σχέσεις τους με τους συζύγους και την οικογένειά τους». (Σύμβουλος – κλειδί 5)

Η πίεση μπορεί να έχει συνέπειες στην υγεία των γυναικών, μέσω μιας ψυχοσωματικής αρρώστιας. Ένας συνεντευξιαστής εξήγησε:

«Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες επιδεινώνουν την υγεία των γυναικών. Πιστεύω ότι αν έχεις κάποιο πρόβλημα και δεν καταφέρνεις να το διαχειριστείς, έχεις

μεγάλο άγχος στη ζωή σου. Η διογκωμένη ανησυχία είναι αιτία προβλημάτων στον τομέα της υγείας και της ψυχολογικής κατάστασης των γυναικών. Γνωρίζω ένα κορίτσι που πρόσφατα βίωσε εγκεφαλική συμφόρηση εξαιτίας του άγχους. Αυτή είχε πολλά άλυτα θέματα τα οποία δεν μοιραζόταν με κανένα. Στην πραγματικότητα, αυτή ήταν τόσο πιεσμένη που έστρεψε τον θυμό της στον εαυτό της. Είμαι σίγουρη ότι ο πόνος της καρδιάς της είχε την πηγή του στο άγχος. Το γνωρίζω αλλά δεν μπορώ να κάνω τίποτα για να την στηρίξω» (Σύμβουλος – κλειδί 14).

Οι επιπτώσεις από τις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας είναι πολλές για τις γυναίκες. Οι περισσότεροι από τις συνεντευξιαζόμενους είπαν ότι οι αρνητικές συμπεριφορές υγείας μπορεί να υιοθετηθούν ως ένας τρόπος αντίδρασης στο άγχος και την πίεση που εκπορεύεται από κρυμμένες ανάγκες και ένας από αυτούς λέει:

«Η κατάσταση φτάνει στα άκρα. Οι γυναίκες συνήθως παλεύουν με το άγχος χρησιμοποιώντας ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως το κάπνισμα. Έχω πολλά παραδείγματα πάνω σε αυτό το θέμα» (Σύμβουλος – κλειδί 5).

Παρά το γεγονός ότι μερικές από αυτές έχουν πολύ ελεύθερο χρόνο, είναι διστακτικές στο να χαλαρώσουν και να απολαύσουν αυτό τον χρόνο με τον εαυτό τους εξαιτίας των αυστηρών κοινωνικών κανόνων. Ένας συνεντευξιαστής υποστήριξε:

«Είναι μια συντηρητική κουλτούρα. Υπάρχουν πολλοί περιορισμοί στις ζωές των γυναικών. Αυτές εμποδίζονται από το να προσπαθήσουν να συναντηθούν με άλλες γυναίκες χωρίς τους συζύγους τους. Δεν έχω δει γυναίκα να πηγαίνει σε ένα καφέ, σε αντίθεση με τους άνδρες που είναι εκεί όλη μέρα» (Σύμβουλος – κλειδί 1).

Ένας άλλος συνεντευξιαστής είπε:

«Οι γυναίκες στην περιοχή δεν έχουν πολλές επιλογές για να χαλαρώσουν. Όποτε έχουν κάποιο ελεύθερο χρόνο, υποχρεώνονται να μένουν στο σπίτι τους. Οι γειτονιές τους, οι φίλες τους μπορεί να τις κρπικάρουν εάν περάσουν καλά χωρίς τους συζύγους τους. Δεν τους επιτρέπεται κάποια δραστηριότητα ελεύθερου χρόνου εκτός από τη συμμετοχή σε τελετές όπως είναι οι γάμοι κ.λ.π. Οι κοινωνικοί κανόνες είναι πολύ αυστηροί για τις γυναίκες» (Σύμβουλος – κλειδί 11).

Τα ψυχολογικά αποθέματα όπως ακριβώς και οι κοινωνικοί δεσμοί μπορεί να λειτουργήσουν ως «γέφυρες» για να καλύψουν τις ανισότητες στην υγεία των γυναικών.

Ένας συνεντευξιαστής είπε:

«Οι γυναίκες προσπαθούν να βρουν διαφορετικούς τρόπους για να διαχειριστούν τις ανικανοποίητες ανάγκες τους. Κάνουν επιδερμικές σχέσεις με τις φίλες τους στη γειτονιά ως έναν τρόπο για να ξεφύγουν από τα προβλήματά τους αλλά συνήθως χωρίς αποτέλεσμα. Κρατάνε τις σκέψεις για τον εαυτό τους και αισθάνονται μόνες». (Σύμβουλος – κλειδί 10).

Τα τρέχοντα πλεονεκτήματα στην περιοχή: Οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας για τις γυναίκες

Όλοι οι γιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα υποστηρίζουν ότι οι υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας μπορούν να ικανοποιήσουν τις ιατρικές ανάγκες των γυναικών και τις ανάγκες φροντίδας των παιδιών τους. Ένας συνεντευξιαστής είπε:

«Πιστεύω ότι οι περισσότερες από τις ιατρικές ανάγκες καλύπτονται. Οι γιατροί προσπαθούν να είναι κοντά στις γυναίκες. Προσπαθούμε να τις στηρίξουμε και να τις συμβουλευούμε, ωστόσο άλλα κοινωνικά και ψυχολογικά θέματα είναι ακόμα ανοιχτά επειδή η υπηρεσία μας δεν έχει τη δυνατότητα να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους και το γνωρίζουν» (Σύμβουλος - κλειδί 1).

Υπάρχουν κοινωνικές υπηρεσίες στην περιοχή που ικανοποιούν κάποιες από τις κοινωνικές ανάγκες των γυναικών.

«Πιστεύω ότι οι τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες δουλεύουν κανονικά. Οι νοσηλεύτριες και οι κοινωνικοί λειτουργοί καλύπτουν τις εκφρασμένες ανάγκες των γυναικών. Τις επισκέπτονται στα σπίτια τους, τις στηρίζουν και καλύπτουν τις ιατρικές τους ανάγκες» (Σύμβουλος – κλειδί 2).

Εντούτοις, η ικανοποίηση από τις κοινωνικές υπηρεσίες τελεί ακόμα υπό αμφισβήτηση. Παρά την πολύτιμη συμβολή τους, αυτές έχουν ακόμα πολλά κενά να καλύψουν. Ένας συνεντευξιαστής είπε:

«Υποθέτω ότι πολλά προβλήματα βρίσκουν λύσεις μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών, συνήθως θέματα συμβουλευτικής, ωστόσο υπάρχουν πολλές ακάλυπτες ανάγκες. Παρά το ότι η συμβουλευτική για θέματα οικογενειακής ή γηριατρικής φροντίδας είναι επιτυχημένη, τα θέματα επικοινωνίας παραμένουν άλυτα. Οι γυναίκες δεν είναι δεκτικές στο να λύσουν τα εσωτερικά τους ψυχολογικά θέματα. Συζητούν γι' αυτά όποτε αισθάνονται ελεύθερες να εκφράσουν τον εαυτό τους, αλλά δεν σημειώνουν κάποια πρόοδο. Οι γυναίκες δεν έχουν αυτοπεποίθηση, δεν έχουν τη δύναμη να δράσουν. Φοβούνται τους

αυστηρούς κοινωνικούς κανόνες. Χρειάζονται κάποιον άλλο να τις στηρίξει» (Σύμβουλος – κλειδί 13).

Το παρόν σύστημα πρόνοιας δεν παρέχει υπηρεσίες που να απαντούν σε όλες τις ανάγκες των γυναικών. Ένας συνεντευξιαστής δηλώνει:

«Οι γυναίκες δεν εκφράζουν εύκολα τις βαθύτερες ψυχολογικές τους ανάγκες ή θέματα διαπροσωπικών σχέσεων. Δεν υπάρχουν διαθέσιμες υπηρεσίες για να στοχεύσουν αποκλειστικά σε θέματα που σχετίζονται με τις γυναίκες. Πιστεύω ότι χρειαζόμαστε κοινωνικές υπηρεσίες που ειδικεύονται σε γυναικεία θέματα, προκειμένου να τις στηρίξουν και να τις ενδυναμώσουν. Οι τρέχοντες κοινωνικοί επιστήμονες δεν ειδικεύονται σε θέματα υγείας των γυναικών» (Σύμβουλος – κλειδί 9).

Άλλος συνεντευξιαστής εξηγεί:

«Οι γυναίκες δεν εμπιστεύονται εύκολα τους κοινωνικούς επιστήμονες των τοπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Φοβούνται ότι εάν μιλήσουν για τα προβλήματά τους, οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν θα τα κρατήσουν μυστικό. Επιπλέον, οι γυναίκες δεν κάνουν ουσιαστικές αλλαγές, παρόλο που εκφράζουν τις ανάγκες τους. Δεν θέλουν να βελτιώσουν τη ζωή τους, δεν γνωρίζουν πώς να το πράξουν και οι παρούσες υπηρεσίες δεν τις διευκολύνουν» (Σύμβουλος – κλειδί 8).

Επιπλέον, δεν υπάρχουν πολλές δομές κοινωνικής φροντίδας για τα παιδιά και τους ηλικιωμένους. Έτσι, οι γυναίκες - παρά το γεγονός ότι θα ήθελαν να καλύψουν τις προσωπικές ανάγκες τους - δεν διευκολύνονται να το πράξουν εξαιτίας των βεβαρμένων ευθυνών φροντίδας που έχουν. Ένας συνεντευξιαστής εξήγησε:

«Οι γυναίκες επιθυμούν να εκφράσουν τον εαυτό τους και να καλύψουν τις ανάγκες τους αλλά είναι αδύνατο να το πράξουν επειδή είναι αφοσιωμένες στη φροντίδα των παιδιών και των ηλικιωμένων. Δεν υπάρχουν κατάλληλες υπηρεσίες για να τις στηρίξουν» (Σύμβουλος – κλειδί 10).

Ένας συνεντευξιαστής είπε:

«Μερικές φορές, παρά το ότι οι γυναίκες διευκολύνονται στο να εκφράσουν τις ανάγκες τους, αυτές δεν μπορούν να το κάνουν. Δεν υπάρχουν κοινωνικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους ή τα παιδιά και έτσι οι γυναίκες πρέπει να φροντίσουν γι' αυτούς. Αισθάνομαι λύπη για αυτές τις περιπτώσεις. Εάν δεν

υπάρχουν καθόλου κοινωνικές υπηρεσίες για να στηρίξουν τις ανάγκες φροντίδας των γυναικών, αυτές δεν θα έχουν αρκετό χρόνο για να φροντίσουν τους εαυτούς τους» (Σύμβουλος – κλειδί 6).

Ευκαιρίες και προτάσεις για το μέλλον

Η μελέτη μας παραθέτει προτάσεις των συνεντευξιζόμενων για την αναδιάρθρωση του παρόντος συστήματος πρόνοιας, μέσα από τη βελτίωση των τοπικών κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας για τις γυναίκες. Γενικά, οι περισσότεροι αναφέρουν την αναγκαιότητα για μια νέα προσέγγιση στην υγεία, εστιασμένη αποκλειστικά στις γυναίκες. Ένας συνεντευξιαστής είπε:

«Ονειρεύομαι ένα τμήμα κοινωνικής φροντίδας που θα βελτιώσει τις κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες των γυναικών και θα τις βοηθήσει να εκπληρώσουν τις κοινωνικές και ψυχολογικές ανάγκες που προκύπτουν από τους πολλαπλούς ρόλους τους μέσα στην οικογένεια και τις νέες κοινωνικές συνθήκες. Επιπλέον, αυτό το τμήμα κοινωνικών υπηρεσιών θα πρέπει να στοχεύσει στην προσωπική και κοινωνική ενδυνάμωση των γυναικών» (Σύμβουλος – κλειδί 1).

Κάποιος άλλος συνεντευξιαστής έκανε την ακόλουθη πρόταση.

«Επιθυμώ ένα κοινωνικό καφέ γυναικών που θα παρέχει επαγγελματική στήριξη από κάποιον ψυχολόγο ή έναν κοινωνικό λειτουργό. Το καφέ αυτό μπορεί να γίνει το κέντρο που θα παρέχει δραστηριότητες ψυχαγωγίας και διασκέδασης. Θα ήταν «ένα δωμάτιο για τη γυναίκα». Ένα μέρος όπου θα επιτρεπόταν στις γυναίκες να συναντήσουν τις φίλες τους, να ξεκουραστούν και να μιλήσουν ανοιχτά για τις ανάγκες τους» (Σύμβουλος – κλειδί 11).

Η μεγάλη πλειοψηφία των συμβούλων – κλειδιά εστιάζουν στο να εξασφαλίσουν ότι θα υπάρξει ειδικό τμήμα υπηρεσιών για τις γυναίκες. Ένας συνεντευξιαστής έδωσε ένα παράδειγμα:

«Αυτή η υπηρεσία πρέπει να είναι υπό την επιστημονική παρακολούθηση ενός καλά καταρτισμένου επαγγελματία. Χρειάζεται ένα κοινωνικό λειτουργό ή ένα ψυχολόγο, που θα είναι ειδικευμένος σε γυναικεία θέματα και θα έχει ρόλο-κλειδί στη στήριξη και στην ενδυνάμωση των γυναικών, προκειμένου αυτές να ξεπεράσουν τα προβλήματά τους και να εκφράσουν τις ανάγκες τους. Διαφορετικά, οι γυναίκες θα είναι ακόμα σιωπηλές» (Σύμβουλος – κλειδί 11).

Αλλά η πρόταση να συμπεριληφθούν οι γυναίκες, ως διακριτή ομάδα, στο σχεδιασμό υπηρεσιών για τις ίδιες, βρίσκεται ακόμα υπό αμφισβήτηση. Υπάρχουν πολλά εμπόδια όσον αφορά στις ευκαιρίες πρόσβασης των γυναικών στις υπηρεσίες που έχουν τις ρίζες τους στην αυστηρή νοοτροπία. Το πραγματικό πρόβλημα είναι η μεταρρύθμιση της υπάρχουσας Μεσογειακής κουλτούρας. Ένας συνεντευξιαστής εξήγησε:

«Κάθε γυναίκα χρειάζεται χρόνο, σκληρή δουλειά και προσωπική ανάπτυξη. Θέματα που έχουν να κάνουν με την προσωπική δύναμη ή το πολιτισμικό πλαίσιο θα πρέπει να αλλάξουν, αλλά αυτό αποδεικνύεται δύσκολο. Οι σύζυγοί τους, οι οικογένειές τους, οι γονείς τους, οι συντηρητικοί πολιτισμικοί κανόνες, ο στιγματισμός μπορεί να περιορίσουν τη συμμετοχή τους. Πρέπει να αλλάξουμε την υπάρχουσα κουλτούρα γύρω από τον ρόλο των γυναικών στην κοινωνία. Αλλά δεν είναι εύκολο. Πρέπει να ξεπεράσουμε πολλές δυσκολίες. Όλοι είναι διστακτικοί. Η αναδιάρθρωση των κοινωνικών κανόνων είναι μια μακροπρόθεσμη διαδικασία που απαιτεί εκπαιδευτικά προγράμματα και για τους άνδρες και για τις γυναίκες» (Σύμβουλος – κλειδί 8).

Αυτή η μελέτη δείχνει ότι η αναδιάρθρωση των κοινωνικών κανόνων σχετικά με τον ρόλο των γυναικών είναι μία πρόκληση. Ένας συνεντευξιαστής είπε:

«Οι γυναίκες πρέπει να ξεπεράσουν τους προσωπικούς τους φόβους, να αλλάξουν τις στάσεις τους και να πείσουν τους άνδρες και την κοινωνία ότι έχουν δικαιώματα. Οι γυναίκες θα πρέπει να ενδυναμωθούν και να εκπαιδευτούν για τα δικαιώματά τους στην κοινωνία. Πρέπει να πειστούν ότι είναι ενεργά μέλη της κοινωνίας. Διαφορετικά, δεν μπορούν να πείσουν κανέναν άλλο» (Σύμβουλος – κλειδί 10).

Οι συνεντευξιαζόμενοι έκαναν επίσης προτάσεις για τη συμμετοχή των γυναικών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον σχεδιασμό των κοινωνικών υπηρεσιών. Κάποιος πρότεινε:

«Το να βρεις τις γυναίκες-κλειδιά που θα είναι πρόθυμες να αναμειχθούν είναι ένα σημαντικό θέμα. Είναι το πρώτο βήμα. Αλλά υπάρχουν ακόμα πολλές δυσκολίες». (Σύμβουλος – κλειδί 14).

Επιπλέον, όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι συμφώνησαν ότι ο ρόλος του επαγγελματία ψυχολόγου και του κοινωνικού λειτουργού είναι σημαντικός. Οι γυναίκες χρειάζονται πολλή υποστήριξη για να ξεπεράσουν τις αναστολές τους. Ένας συνεντευξιαστής είπε:

«Χρειάζονται πάντα έναν επαγγελματία για να τις ενθαρρύνει και να τις στηρίζει, για να τις βοηθάει να εκφράζονται και να καλύπτουν τις ανάγκες τους. Οι συμπράξεις μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά ώστε οι γυναίκες να είναι ενδυναμωμένες και δυνατές μέσα από εκπαιδευτικούς και οικονομικούς πόρους». (Σύμβουλος – κλειδί 13).

4. Συζήτηση και Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματά μας δείχνουν ότι η ζωή και η υγεία των γυναικών είναι δομημένα σε σχέση με τη θέση τους στο υπάρχον σύστημα πρόνοιας, που ισχύει στην Ελλάδα. Οι Bambra et al. (2009) υποστηρίζουν ότι το σύστημα πρόνοιας είναι ένας καθοριστικός παράγοντας υγείας και ανισοτήτων, επειδή λειτουργεί ως ενδιάμεσος παράγοντας στην επίδραση που έχει η κοινωνικοοικονομική θέση στην υγεία.

Η μελέτη μας δείχνει ότι το κράτος πρόνοιας ακόμα τοποθετεί εμπόδια στα δικαιώματα των γυναικών και δεν τους επιτρέπει - μέσω της εφαρμογής στρατηγικών για την οικογένεια - να ενισχύσουν το ρόλο τους μέσα στην οικογένεια και στην κοινωνία. Σε μια έρευνα που εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στο φύλο και στην υγεία σε διαφορετικές Ευρωπαϊκές πολιτικές πρόνοιας, υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες στις χώρες του Νότου έχουν υψηλά επίπεδα κακής υγείας (Bambra et al., 2009).

Οι γυναίκες ακόμα δεν έχουν τη δύναμη να ηγηθούν της δικιάς τους ζωής. Το έμφυλο σύστημα περιστρέφεται γύρω από θέματα εξουσίας και επηρεάζει τη θέση της γυναίκας στην κοινωνία και στην οικογένεια. Ο Pascall (2008) αποτυπώνει το πώς οι γυναίκες στην Νότια Ευρώπη είναι περισσότερο πιθανό να είναι μπότερες και φροντιστές ενώ οι άνδρες έμμισθοι εργαζόμενοι. Οι Marmot et.al (2009) και ο Philips (2005) συμφωνούν και προτείνουν ότι οι προκαταλήψεις σε θέματα εξουσίας και λήψης αποφάσεων είναι ένα μεγάλο βάρος για πολλές γυναίκες. Οι φωνές των γυναικών είναι απώστες επειδή οι γυναίκες είναι υπό πίεση σε κάθε τομέα της ζωής τους (Jejeebhoy & Sathar, 2004).

Σε συμφωνία με τη μελέτη μας, η αδυναμία του κράτους πρόνοιας να παρέχει κατάλληλες υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους, τα παιδιά και τους ανθρώπους με ειδικές ανάγκες, αποδυναμώνει τις γυναίκες στο να διευρύνουν το ρόλο τους μέσα στην οικογένεια και στην κοινωνία. Η Symeonidou (2009) και το Department of Health and Human Services in United States (2000) υποστηρίζουν ότι τα οικογενειακά επιδόματα στην Ελλάδα είναι πολύ χαμηλά. Υπάρχει μειωμένος αριθμός υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους και τα παιδιά και, ως αποτέλεσμα αυτών, οι πολιτικές για την οικογένεια «είναι αφημένες στα χέρια» των ίδιων των γυναικών.

Τα ευρήματά μας δείχνουν ότι υπάρχει ένας μικρός ανεπαρκής αριθμός κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας για τις γυναίκες και τις ανάγκες τους. Αυτό συμφωνεί με τους Lazenbath και Murray (2004) που τόνισαν την έλλειψη οργανωμένης κοινωνικής πολιτικής για γυναικεία θέματα. Η έλλειψη αυτή είναι ένας σημαντικός παράγοντας περιορισμού των γυναικών στον παραδοσιακό τους ρόλο ως φροντιστές και κηδεμόνες παιδιών, με αποτέλεσμα τη διόγκωση των καθηκόντων και των ευθυνών τους.

Το φορτίο της φροντίδας είναι κοινό σε αρκετές μελέτες (Bryant, 2009, Davidson et al., 2008, Kasper, 2002, Lazenbatt & Murray, 2004). Εξαπίας του επιβαρυνμένου καθημερινού τους προγράμματος, οι γυναίκες δεν έχουν τον ελεύθερο χρόνο να φροντίσουν τους εαυτούς τους και την υγεία τους. Ο ρόλος του φροντιστή τις ωθεί να βάλουν την ευημερία των άλλων πριν από τη δικιά τους (Doyal, 2000, Tinker, 2000). Οι Schoenfeld και Joarbe (2005) στη μελέτη τους παραθέτουν πολλές ιστορίες γυναικών που θυσιάζουν τους εαυτούς τους για το καλό της οικογένειάς τους.

Στη μελέτη μας, το Μεσογειακό αρσενικό πρότυπο του προστάτη οικογένειας παίζει καίριο ρόλο στη ζωή και στην υγεία των γυναικών. Οι γυναίκες είναι ανίσχυρες επειδή στερούνται τους κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς και οικονομικούς πόρους για να αισθανθούν σιγουριά σε σχέση με τις επιλογές που κάνουν για τους εαυτούς τους. Αυτό μπορεί να είναι μια πιθανή ερμηνεία για τον δισταγμό τους να αποκαλύψουν τα θέματα που σχετίζονται με την υγεία τους (Davidson et al., 2008). Ο Tinker (2000) συμφωνεί και υποστηρίζει ότι οι γυναίκες που δεν έχουν λάβει μόρφωση και δεν έχουν τον έλεγχο στη λήψη αποφάσεων είναι περισσότερο πιθανό να κρύβουν τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν και να διστάζουν να ζητήσουν βοήθεια.

Επίσης, η μελέτη μας υποστηρίζει ότι η υπάρχουσα κουλτούρα ενισχύει τις αυστηρές οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις που δεν διευκολύνουν τις γυναίκες να ξεπεράσουν τις δυσκολίες τους. Τα κοινωνικά δίκτυα στις Μεσογειακές χώρες επηρεάζονται περισσότερο από την κουλτούρα (Litwin, 2010). Θέτουν ένα βαρύ φορτίο στις γυναίκες προκειμένου αυτές να ακολουθήσουν τις κοινωνικές νόρμες και να παραμελήσουν τις βαθύτερες ανάγκες τους. Σύμφωνα με τον Williams (2002) οι οικογενειακές σχέσεις λειτουργούν τόσο θετικά όσο και αρνητικά, διότι μπορεί να γίνουν πηγή όχι μόνο υποστήριξης αλλά και άγχους, ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο όπου διαμορφώνονται.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες έχουν πολλές ανεκπλήρωτες ψυχοκοινωνικές ανάγκες οι οποίες αποτελούν αληθινό φορτίο γι' αυτές και μπορεί να επιδεινώσουν την υγεία τους. Οι νεαρότερες γυναίκες συγκεκριμένα μπορεί να χειριστούν το άγχος τους χρησιμοποιώντας φάρμακα ή υιοθετώντας ανθυγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, και σε κάποιες περιπτώσεις, το αλκοόλ. Οι

Lazenbatt et al. (2001), Lazenbatt και Murray (2004), Marmot και Wilkinson (1999) και ο Walter (2004) συμφωνούν στο ότι οι αρνητικές συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα ή το αλκοόλ χρησιμοποιούνται ως τρόπος διαχείρισης του χρόνιου άγχους.

Αυτοί οι τρόποι συμπεριφοράς σχετίζονται με το κοινωνικό πλαίσιο που υποβοηθάει την κατάθλιψη και την απελπισία (Walter, 2004). Ομοίως, η πλειονότητα των γυναικών σε αυτή τη μελέτη δεν κάνουν τίποτα άλλο από το να αισθάνονται λυπημένες και αβοήθητες. Σε αυτή την περίπτωση, δεν είναι σπάνιο γι' αυτές να κάνουν επιλογές αυτο-υπονόμευσης επειδή βρίσκονται κάτω από συνθήκες στέρησης και πολιτισμικής πίεσης (Moss, 2002).

Αυτή η μελέτη μπορεί να δώσει στοιχεία στην «τοπική ατζέντα» σχεδιασμού της κοινωνικής πολιτικής, σχετικά με τη χάραξη στρατηγικής για την αναβάθμιση της θέσης των γυναικών. Το κράτος (τοπικό και κεντρικό) θα πρέπει να παρέχει σε όλους τους πολίτες του τις κατάλληλες υπηρεσίες προκειμένου να διασφαλίζεται ο ισότιμος ρόλος τους στην οικογένεια και στην κοινωνία. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στη δημιουργία των υπηρεσιών που θα είναι πιο οικείες στις ανάγκες υγείας των γυναικών. Η Symeonidou (2009) αναφέρει ότι είναι απαραίτητες νέες πολιτικές υγείας για τις γυναίκες που θα ενισχύσουν τη δομή της οικογενειακής ζωής.

Τα αποτελέσματά μας προτείνουν επίσης τη διασφάλιση της ενδυνάμωσης των γυναικών (Lazenbatt et al., 2001, Patton, 2002, Moudatsou, 2001) μέσω της αλλαγής των κοινωνικών κανόνων που σχετίζονται με τον ρόλο τους στην κοινωνία. Η Moreno (2002) συμφωνεί και υποστηρίζει ότι οι γυναίκες θα μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες υγείας τους μόνο μέσω πολιτισμικών και κοινωνικών αλλαγών στην οικογένεια και στις εργασιακές σχέσεις. Αυτή η διαδικασία θα πρέπει να είναι υπό την «ομπρέλα» πολιτικής, οικονομικής και εκπαιδευτικής στήριξης (Faridi, 2007, Lugemwa, 2007, Smith et al., 2005).

Η μελέτη μας υπόκειται σε περιορισμούς. Οι πληροφορίες που αποκτήθηκαν δεν ήταν αντιπροσωπευτικές του γενικότερου γυναικείου πληθυσμού. Η συμπερίληψη διαφορετικών «ανθρώπων– κλειδιά» αναμένεται να δώσει νέο φως στην έννοια των αναγκών υγείας των γυναικών. Στο δείγμα μας η πλειονότητα των «ανθρώπων – κλειδιά» δουλεύουν για τις τοπικές αρχές και μερικοί από αυτούς δουλεύουν ως συμβασιούχοι και βρίσκονται υπό τον έλεγχο των ανωτέρων τους που αποφασίζουν για την εργασιακή τους κατάσταση. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, ενδεχομένως να αισθάνονται αδύναμοι να εκφράσουν αντικειμενικά τις απόψεις τους για τις ανάγκες υγείας των γυναικών.

Συμπερασματικά, αυτή η μελέτη μπορεί να συμβάλλει στην αξιολόγηση των αναγκών των γυναικών σε ορεινές περιοχές της Μεσογείου ή σε οποιοδήποτε άλλο κοινωνικό πλαίσιο όπου οι γυναίκες και οι ανάγκες τους παραμελούνται υπό την πίεση του αυστηρού κοινωνικού περιβάλλοντος. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, οι ανάγκες υγείας των γυναικών είναι κοινωνικά «κατασκευασμένες» μέσω των περιορισμένων παροχών του κράτους πρόνοιας, της επιρροής των έμφυλων ανισοτήτων και της έλλειψης ελέγχου των ίδιων των γυναικών στη ζωή τους.

Γι' αυτό, μια πολυποικίλα ευαίσθητη προσέγγιση, όπως προτείνεται, είναι απαραίτητη προκειμένου να μετουσιωθούν τα συμπεράσματα της μελέτης σε πράξη. Ασφαλώς περαιτέρω έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί στην αξιολόγηση των αναγκών τους στους τομείς υγείας και πρόνοιας από τις ίδιες τις γυναίκες.

Βιβλιογραφία

- Bambra, C., Pope, D., Swami, V., Stranistreet D., Roskam, A., Kunst, A., Scott- Summel, A. (2009). Gender health inequalities and welfare state regimes: A cross –national study of 13 European Countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, pp. 38 - 44.
- Bradshaw, J.R. (2002). The conceptualization and measurement of need: A social policy perspective. In Popay. J., Williams, G., (Eds.), *Researching the People's Health*. Canada, Routledge, 45-57.
- Bryant, T. (2009). Housing and income as social determinants of women's health in Canadian cities. *Women's Health and Urban Life*, 8, pp.1-20.
- Combes, J.B., Gerdtham, U. G., Jurl J. (2011). Equalisation of alcohol participation among socioeconomic groups over time: an analysis based on the total differential approach and longitudinal data from Sweden. *International Journal of Equity in Health* 10:10 DOI: 10.1186/1475-9276-10-10.
- Davidson, M., Di Giacomo, M., Zecchin, R., Clarke, M., Paul, G., Lamb, K., et al, (2008). A Cardiac rehabilitation program to improve psychosocial outcomes of women with heart disease. *Journal of Women's Health*, 17, pp. 123- 134.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: Debates and dilemmas. *Social Science and Medicine*, 51, pp. 931-939.
- Faridi, Z., Grunbaum, J.A., Sagor Gray, B., Franks, A., Simoes, E. (2007). Community based participatory research: Necessary next steps. *Public Health Research Practice*, 4, pp.70- 76.

- Gale, N.K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi – Disciplinary health research. *BMC. Medical Research Methodology*, 13, 113-117. Available from: Doi: 10.1186/1471-2288-13-117.
- Gilbert, N. (2008). *Researching Social Life*. Surrey, Sage Publication.
- Hemingway, A. (2007). Determinants of coronary heart disease risk for women on a low income: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60, pp.359-367.
- Jejeebhoy, S.J., Sathar, Z.A. (2004). Women's autonomy in India and Pakistan: The Influence of religion and region. *Population and Development Review*, 27, pp. 687-712.
- Kasper, A.S. (2002). Understanding Women's Health: An Overview. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 45, pp.1189- 1197.
- Kalmijn, M., Saraceno, C. A. (2008). Comparative perspective on intergenerational support—Responsiveness to parental needs in individualistic and familialistic countries. *European Societies*, 10, pp. 479–508.
- Karamessini, M. (2014). *Women and Austerity: The economic crisis and the future for gender equality*. London and New York, Routledge (with J. Rubery).
- Kiefer, WC. (2007). *Doing Health Anthropology Research Methods for Community Assessment and Change*, New York, Springer.
- Krieger, J., Allen, C., Cheadle, A., Ciske, S., Schier, J. K., Senturia, K., et al. (2002). Using community – Based participatory research to address social determinants of health: Lessons learned from Seattle partners for healthy communities. *Health Education and Behavior*, 29, pp. 361-382.
- Lazenbatt, A., Murray, McF. (2004). Assessing women's psychosocial health needs in Northern Ireland. *Health Education*, 104, pp.174- 187.
- Lazenbatt, A., Lynch, U., O'Neil, E. (2001). Revealing the hidden 'troubles' in Northern Ireland: The role of participatory rapid appraisal. *Health Education Research*, 16, pp.567-578.
- Litwin, H. (2010). Social networks and well-being: A comparison of older people in Mediterranean and Non-Mediterranean Countries. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65 B, pp. 599-608.
- Lock, K. (2000). Health impact assessment. *British Medical Journal*, 320, pp. 1395- 1398.
- Luddy, G. (2007). Women, disadvantage and health. *Irish Medical Journal*, 8, pp.71-73.
- Lugemwa, E.K. (2007). *Promoting Community Partnership and Involvement under Limited Resources: Opportunities / gains and challenges*. Rwanda, VVOB Skills Lab Project.

- Madel, H., Semyonow, M. (2006). A welfare state paradox: State interventions and women's employment opportunities in 22 countries. *American Journal of Sociology*, 6, pp. 1910- 1949.
- Marmot, M., Wilkinson, R. (1999). *Social Determinants of Health*. New York, Oxford University Press.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylon, S. (2009). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health, child care. *Health and Development*, 372, pp.1661-1669.
- Moreno, L. (2002). *Mediterranean Welfare and Superwomen*. Madrid, Working Papers: Unidad de Politicas Comparadas (CSIC).
- Moss, N. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: A Framework for the patterning of women's health. *Social Science and Medicine*, 54, pp. 649-661.
- Moudatsou, M., Kritsotakis, G., Alegakis, A., Koutis, A., Philalithis A. (2014). Can social capital be the bridge for the promotion of cervical and breast cancer screening? A research study from a rural population in Crete. *Health and Social Care in the Community*, 22, pp.395-404.
- Moudatsou, M., (2001). *The challenge of involving disabled people in community care plans at the stage of consultation: Difficulties - enabling factors*. Social Policy Master Dissertation, York, York University.
- Ong, B.EN., Humphris, G. (2002). Prioritizing needs with communities, rapid appraisal methodologies in health. In Popay, J.,Williams G., (Eds.), *Researching the People's Health*. Canada, Routledge, 58-82.
- Panagouloupoulou, E., Alegakis, A., Mourad, T. A., Sanidas, E., Makrigianakis, A., Philalithis, A. (2009). The role of general practitioners in promoting cervical cancer screening: A field survey in a rural area of Crete, Greece. *European Journal of Cancer Prevention*, 19, pp.160- 166.
- Pascall, G. (2008). *European Welfare State*. Nottingham, Nottingham School of Sociology.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Evaluation Methods*. California, Sage Publications.
- Philips, S. (2005). Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come. *International Journal of Equity of Health*, 4, pp. 11-16.
- Ritchie, J., Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Bryman, R. C. Burgess (Eds.), *Analyzing Qualitative Data* (pp.173-195).London: Routledge.
- Ritchie, J., Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice*. London, Sage Publication.

- Schoenfeld, N., Joarbe, T. C. (2005). From sunrise to sunset: Ethnography of rural Ecuadorian women's perceived health needs and resources. *Health Care for Women International*, 26, pp. 957-977.
- Segerstrom, S.C, Miller, G.E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A Meta- Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, pp. 601-630.
- Smith, S., Long, J., Deady, J., O'Keeffe, F., Handy, D., O'Dowd, T., (2005). Adapting developing country epidemiological assessment techniques to improve the quality of health needs assessments in developed countries. *BMC Health Services Research*, 5, pp. 32-36.
- Symeonidou, H. (2009). Social protection in contemporary Greece. *South European Society and Politics*, 3, pp. 67- 86.
- Tinker, A. (2000). Women's health: The unfinished agenda. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 70, pp.149-158.
- United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute. (2000). *The Impact of the Crisis on Gender Equality and Women's Wellbeing in EU Mediterranean Countries*. Turin, UNICRI.
- US Department of Health and Human Services: Center for disease control and prevention. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2010. Hyattsville, MD. 2011. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf>.
- Walter, V. (2004). The social context of women's health. *BMC Women's Health*. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S2>.
- W.H.O. (2011). *World Conference on Social Determinants of Health*. Rio de Janeiro, World Health Organization.
- W.H.O. (2012). *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in generation- health equity through action and the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization.
- Williams, D. R. (2002). Racial / ethnic variations in women's health: The social embeddedness of health. *American Journal of Public Health*, 92, pp.588- 597.
- Wuest, J., Merritt- Gray, M., Berman, H., Ford- Gilboe, M. (2002). Illuminating social determinants of women's health using grounded theory. *Health Care for Women International*, 23, pp.794- 808.