



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

# **ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

*«Προβλήματα και ανισότητες που αντιμετωπίζουν  
τα άτομα με ειδικές ανάγκες στον τομέα της Υγείας στην Ελλάδα».*

ΤΙΜΟΘΕΗΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΔΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :  
Δρ. ΕΛΕΝΗ ΕΠΙΦΑΝΙΟΥ

ΜΑΙΟΣ, 2018

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η Εργασία αυτή αποτελεί μεταπτυχιακή διατριβή στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης.

Πρώτα απ'όλα θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της μεταπτυχιακής εργασίας, Καθηγήτρια Ελένη Επιφανίου για την πολύτιμη συμβολή, καθοδήγηση, βοήθεια και εμπιστοσύνη που έδειξε όλο το διάστημα εκπόνησης της εργασίας μου.

Τέλος θέλω να εκφράσω ιδιαίτερες ευχαριστίες προς την οικογένεια μου και κυρίως το σύζυγο μου Βαγγέλη και τα παιδιά μου Δημήτρη και Βασίλη για την υπομονή, την υποστήριξη και την ηθική συμπαράσταση που μου πρόσφεραν όλο αυτό το διάστημα.

## **Περίληψη**

Η παρούσα έρευνα είχε στόχο να διερευνήσει τα εμπόδια και τις ανεκπλήρωτες ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες και χρόνιες ασθένειες όσον αφορά στην υγειονομική τους περίθαλψη και να αναδείξει τις ανισότητες στον τομέα της υγείας. Διεξήχθη ανασκόπηση βιβλιογραφίας. Οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση των πρωτογενών πηγών ήταν το Google Scholar, το Pubmed και το Sciencedirect. Οι λέξεις κλειδιά ήταν " καρκίνος και ανισότητες στην υγεία ", «προβλήματα ακοής και όρασης και ανισότητες στην υγεία», " άτομα με ψυχικές ασθένειες και ανισότητες στην υγεία ".

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας τα άτομα με αναπηρίες και χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν ανισότητες στην ετοιμότητα και την ασφάλιση υγείας, στους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, σε προγράμματα και υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Παράλληλα αντιμετωπίζουν ανισότητες λόγω στίγματος και προκαταλήψεων για τις ασθένειές τους. Ως εκ τούτου, η έρευνα ανέδειξε ανισότητες στην αντίληψη και την ιεράρχηση των ανεκπλήρωτων αναγκών, της επιβάρυνσης από τη θεραπεία και της εμπλοκής των ασθενών με χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες. Οι διαφορές και οι βασικοί λόγοι για τους οποίους πρέπει να αντιμετωπιστούν, τοποθετούνται πριν από τη στιγμή που οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς μπορούν πραγματικά να συμμετάσχουν στη διαδικασία λήψης κοινών αποφάσεων.

Λέξεις Κλειδιά: κοινωνικές ανισότητες, υγεία, αναπηρία, χρόνιες ασθένειες

## **Abstract**

The present study aimed to explore the obstacles and unfulfilled needs of people with disabilities and chronic diseases in their health care and to highlight inequalities in the health sector. A review of the literature was conducted. The electronic databases used to search for primary sources were Google Scholar, Pubmed and Sciencedirect. The keywords were: "Cancer and inequalities and Health", "multiple sclerosis and health inequalities", "people with hearing and vision problems and health inequalities", "people with mental disorders and health inequalities" and "people with paraplegia and quadriplegia and health inequalities". According to the results of the research, people with disabilities and chronic diseases face inequalities in preparedness and health insurance, health determinants, public health programs and services. At the same time they face inequalities due to the stigma and prejudice about their illnesses. Therefore, research has highlighted inequalities in the perception and hierarchy of unfulfilled needs, the burden of the treatment and the involvement of patients with chronic conditions and disabilities. The differences and the main reasons why they need to be addressed are set before health professionals and patients can really participate in the joint decision-making process.

Keywords: social inequalities, health, disability, chronic diseases

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>5</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 -ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ.....</b>	<b>6</b>
1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΦΥΛΟ.....	7
1.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΘΕΣΗ.....	10
1.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	10
1.4 ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....</b>	<b>18</b>
2.1 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΦΕΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	18
2.2 ΕΛΛΑΔΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΦΕΣΗ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ.....	21
2.3 ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ ΦΤΩΧΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....</b>	<b>27</b>
3.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	27
3.2 ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ ΚΑΙ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	28
3.3 ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	30
3.3.1 <i>Στίγμα και διακρίσεις</i> .....	35
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4- ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>37</b>
4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	37
4.2 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	37
4.3 ΠΗΓΕΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ.....	37
4.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ.....	38
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5- ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....</b>	<b>40</b>
5.1 ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	40
5.1.1 <i>Ανισότητες στην ετοιμότητα και την ασφάλιση υγείας</i> .....	40
5.1.2 <i>Ανισότητες στους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας</i> .....	41
5.1.3 <i>Συμπερίληψη ατόμων με αναπηρία σε προγράμματα και υπηρεσίες δημόσιας         υγείας</i> .....	42
5.1.4 <i>Προετοιμασία έκτακτης ανάγκης για την προστασία της υγείας και την         προστασία της ζωής</i> .....	42
5.1.5 <i>Στίγμα και ανισότητες υγείας</i> .....	43
5.2 ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	46
5.3 ΚΩΦΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	48
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6- ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>54</b>
6.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	61
6.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	61
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>63</b>

## Εισαγωγή

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας είναι συστηματικές διαφορές στην κατάσταση υγείας διαφόρων ομάδων πληθυσμού. Αυτές οι ανισότητες έχουν σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος τόσο για τα άτομα όσο και για τις κοινωνίες. (ΠΟΥ, 2017). Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας αντιβαίνουν τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, διότι μπορούν να αποφευχθούν. Δεν εμφανίζονται τυχαία. Είναι κοινωνικά καθορισμένες από περιστάσεις που είναι σε μεγάλο βαθμό πέρα από τον έλεγχο ενός ατόμου. Αυτές οι καταστάσεις μειώνουν τους ανθρώπους και τους περιορίζουν από την μακροζωία και την υγεία (Elgar et al., 2015).

Τα άτομα από διαφορετικό υπόβαθρο, κοινωνικές ομάδες και χώρες έχουν διαφορετικά επίπεδα υγείας. Οι φορείς χάραξης πολιτικής, ερευνητές και επαγγελματίες της δημόσιας υγείας έχουν από καιρό προσπαθήσει όχι μόνο να βελτιώσουν τη γενική υγεία του πληθυσμού, αλλά και να μειώσουν ή να εξαλείψουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας με βάση τη γεωγραφία, τη φυλή / εθνικότητα, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, αλλά και άλλους κοινωνικούς παράγοντες (Elgar et al., 2015).

Παρά τη σημαντική προσοχή στο πρόβλημα των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας από τη δεκαετία του '80, εξακολουθούν να υφίστανται σημαντικές διαφορές στην υγεία μεταξύ των ηπείρων, ανάμεσα στις χώρες αλλά και εντός των ιδίων χωρών. . Το 2010, για παράδειγμα, οι άνδρες στην Αϊτή είχαν ένα προσδόκιμο υγιούς ζωής 27,8 χρόνια, ενώ οι άνδρες στην Ιαπωνία 70,6 χρόνια. Οι διαφορές των κοινωνικών ομάδων εντός των χωρών είναι επίσης συχνά σημαντικές. Στην Ινδία, για παράδειγμα, άτομα από κατώτερα οικονομικά στρώματα είναι πιο πιθανό να πεθάνουν από ό, τι άτομα από ανώτερα οικονομικά στρώματα (Marmot, 2005). Πέραν όμως από το φύλο, την ηλικία και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ανισότητες στην υγεία παρατηρούνται και μεταξύ ατόμων με προβλήματα υγείας και συγκεκριμένα μεταξύ των ατόμων με αναπηρίες.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 -Τι είναι κοινωνικές ανισότητες**

Η κοινωνική ανισότητα συμβαίνει όταν οι πόροι σε μια δεδομένη κοινωνία κατανέμονται άνισα, συνήθως μέσω των κανόνων κατανομής, που δημιουργούν συγκεκριμένα πρότυπα σύμφωνα με τις κατηγορίες κοινωνικά καθορισμένων κατηγοριών ατόμων. Είναι η διαφοροποίηση της πρόσβασης των κοινωνικών αγαθών στην κοινωνία από την εξουσία, τη θρησκεία, τη συγγένεια, το κύρος, τη φυλή, την εθνικότητα, το φύλο, την ηλικία, τον σεξουαλικό προσανατολισμό και την τάξη (Shilling, 2017). Τα κοινωνικά δικαιώματα περιλαμβάνουν την αγορά εργασίας, την πηγή εισοδήματος, την υγειονομική περίθαλψη και την ελευθερία λόγου, την εκπαίδευση, την πολιτική εκπροσώπηση και τη συμμετοχή (Western & Pettit, 2010).

Η κοινωνική ανισότητα που συνδέεται με την οικονομική ανισότητα, η οποία περιγράφεται συνήθως με βάση την άνιση κατανομή του εισοδήματος ή του πλούτου, είναι μια συχνά μελετημένη μορφή κοινωνικής ανισότητας. Αν και οι κλάδοι της οικονομίας και της κοινωνιολογίας γενικά χρησιμοποιούν διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις για να εξετάσουν και να εξηγήσουν την οικονομική ανισότητα, και οι δύο τομείς συμμετέχουν ενεργά στην έρευνα της ανισότητας (Western & Pettit, 2010). Ωστόσο, οι κοινωνικοί και φυσικοί πόροι εκτός από τους καθαρά οικονομικούς πόρους διανέμονται επίσης άνισα στις περισσότερες κοινωνίες και μπορούν να συμβάλλουν στην κοινωνική κατάσταση. Οι κανόνες κατανομής μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη διανομή δικαιωμάτων και προνομίων, την κοινωνική εξουσία, την πρόσβαση σε δημόσια αγαθά όπως είναι η εκπαίδευση ή το δικαστικό σύστημα, την επαρκή στέγαση, τις μεταφορές, τις πιστωτικές και χρηματοπιστωτικές υπηρεσίες όπως τα τραπεζικά και άλλα κοινωνικά αγαθά και υπηρεσίες (Dorling & Dorling, 2015).

Η κοινωνική ανισότητα ενυπάρχει σχεδόν σε κάθε κοινωνία. Η κοινωνική ανισότητα διαμορφώνεται από διάφορους διαρθρωτικούς παράγοντες, όπως η γεωγραφική θέση ή η ιδιότητα του πολίτη, και συχνά υποστηρίζεται από πολιτιστικούς λόγους και ταυτότητες που καθορίζουν, για παράδειγμα, εάν οι φτωχοί «αξίζουν» ή «δεν αξίζουν». Στις απλές κοινωνίες, εκείνες που έχουν λίγους κοινωνικούς ρόλους και καταστάσεις που καταλαμβάνουν τα μέλη τους, η κοινωνική ανισότητα μπορεί να είναι πολύ χαμηλή (Hurst et al., 2016).

Στον σημερινό κόσμο, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ζει σε πιο πολύπλοκες από τις απλές κοινωνίες. Καθώς η κοινωνική πολυπλοκότητα αυξάνεται, η ανισότητα τείνει να αυξάνεται παράλληλα με τη διεύρυνση του χάσματος μεταξύ των φτωχότερων και των πιο πλούσιων μελών της κοινωνίας. Οι ισότιμες κοινωνίες είναι εκείνες που υποστηρίζουν την κοινωνική ισότητα μέσω της ισότητας των ευκαιριών και των δικαιωμάτων, επομένως δεν κάνουν διακρίσεις.. Οι κανόνες και οι πεποιθήσεις που έχει η ισότιμη κοινωνία είναι η ισότιμη συμμετοχή (Dorling & Dorling, 2015).

### **1.1 Κοινωνικές ανισότητες στο φύλο**

Το φύλο ως κοινωνική ανισότητα σημαίνει ότι οι γυναίκες και οι άνδρες αντιμετωπίζονται διαφορετικά λόγω της αρρενωπότητας και της θηλυκότητας, διαιρώντας την εργασία, αναθέτοντας ρόλους και ευθύνες και διαθέτοντας κοινωνικές ανταμοιβές. Οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις με βάση το φύλο, ονομάζονται σεξισμός και συνιστούν μείζονα στοιχεία για την κοινωνική ανισότητα. Οι περισσότερες κοινωνίες, ακόμη και οι γεωργικές, έχουν κάποια φυλετική κατανομή εργασίας και ο καταμερισμός της εργασίας λόγω φύλου αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της εκβιομηχάνισης. Η έμφαση στην ανισότητα των φύλων γεννιέται από την εμφάνιση της διαίρεσης των ρόλων που αποδίδονται στους άνδρες και τις γυναίκες, ιδίως στον οικονομικό, πολιτικό και εκπαιδευτικό τομέα. Οι γυναίκες υποεκπροσωπούνται στις πολιτικές δραστηριότητες και στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων στα περισσότερα κράτη τόσο στον Παγκόσμιο Βορρά όσο και στον Παγκόσμιο Νότο (Winker & Degele, 2011).

Οι διακρίσεις λόγω φύλου, ιδίως όσον αφορά τη χαμηλότερη κοινωνική θέση των γυναικών, αποτέλεσαν αντικείμενο σοβαρής συζήτησης όχι μόνο εντός των ακαδημαϊκών και ακτιβιστικών κοινοτήτων, αλλά και από κυβερνητικούς οργανισμούς και διεθνείς οργανισμούς όπως είναι τα Ηνωμένα Έθνη. Οι συζητήσεις αυτές αποσκοπούν στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση ευρέως διαδεδομένων, θεσμοθετημένων φραγμών στην πρόσβαση των γυναικών στις κοινωνίες τους. Χρησιμοποιώντας την ανάλυση των φύλων, οι ερευνητές προσπαθούν να κατανοήσουν τις κοινωνικές προσδοκίες, τις ευθύνες, τους πόρους και τις προτεραιότητες των γυναικών και των ανδρών μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, εξετάζοντας τους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που



επηρεάζουν τους ρόλους και τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων (Winker & Degele, 2011). Επιβάλλοντας τεχνητούς διαχωρισμούς μεταξύ των κοινωνικών και οικονομικών ρόλων των ανδρών και των γυναικών, οι ζωές των γυναικών επηρεάζονται αρνητικά και αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης (Elliott, 2010).

Η διασφάλιση ότι τα δικαιώματα των γυναικών προστατεύονται μπορεί να προωθήσει μια αίσθηση του ανήκειν που παρακινεί τις γυναίκες να συνεισφέρουν στην κοινωνία τους. Από τη στιγμή που θα είναι σε θέση να εργαστούν, οι γυναίκες θα πρέπει να κατοχυρώνονται με την ίδια ασφάλεια εργασίας και με ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον όπως οι άνδρες. Μέχρις ότου θεσπιστούν τέτοιες διασφαλίσεις, οι γυναίκες θα συνεχίσουν να βιώνουν όχι μόνο εμπόδια στην εργασία και ευκαιρίες ανέλιξης, αλλά θα εξακολουθήσουν να είναι τα βασικά θύματα διακρίσεων, καταπίεσης και βίας με βάση το φύλο (Kondo et al., 2008).

Οι γυναίκες και τα άτομα των οποίων η ταυτότητα φύλου δεν συμμορφώνεται με τις πατριαρχικές πεποιθήσεις σχετικά με το φύλο (μόνο άνδρες και γυναίκες) συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν τη βία σε παγκόσμιες εγχώριες, διαπροσωπικές, θεσμικές και διοικητικές κλίμακες. Ενώ οι φεμινιστικές πρωτοβουλίες του πρώτου κύματος αύξησαν την ευαισθητοποίηση για την έλλειψη θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών που έχουν πρόσβαση οι γυναίκες, ο φεμινισμός δευτέρου κύματος υπογράμμισε τις διαρθρωτικές δυνάμεις που αποτελούν τη βάση της βίας λόγω φύλου. Οι ανδρικές μορφές γενικά κατασκευάζονται έτσι ώστε να εξαρτώνται από τις θηλυκές και άλλες εκφράσεις του φύλου που δεν είναι ετεροφυλόφιλοι, ισχυροί και κυρίαρχοι. Η κοινωνιολόγος και η συγγραφέας, Raewyn Connell, συζητά στο βιβλίο της το 2009, *Gender*, πώς η αρρενωπότητα είναι επικίνδυνη και βίαιη. Αυτές οι δομές της ανδροπρέπειας συμβάλλουν τελικά στις μεγάλες ποσότητες βίας, περιθωριοποίησης και καταπίεσης που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες και τα άτομα που δεν συμμορφώνονται με το φύλο (Williams, 2008).

Υπάρχουν διαφορές ως προς το φύλο όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής, τα έτη υγιούς ζωής, τις συμπεριφορές στην υγεία, τη θνησιμότητα και τους κινδύνους νοσηρότητας. Αυτό οφείλεται εν μέρει στους κοινωνικά κατασκευασμένους ρόλους των ανδρών και των γυναικών και στις μεταξύ τους σχέσεις. Αυτά τα πρότυπα επηρεάζουν τις συνθήκες υγιεινής των ατόμων που είναι ευπαθή, καθώς και την

πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, αλλά δαπανούν λιγότερα χρόνια σε καλή υγεία. Οι μισθολογικές διαφορές μεταξύ των φύλων και των συνταξιοδοτικών διαφορών, 16,3% και 38% αντιστοίχως, θέτουν ιδίως τις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες σε κίνδυνο από τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό και δημιουργούν εμπόδια στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, οι συγκρούσεις μεταξύ των φύλων, ο συνολικός φόρτος εργασίας και η απλήρωτη εργασία έχουν πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις στην ευημερία των γυναικών και στη μακροπρόθεσμη υγεία (EuroHealthNet, 2018)

Σε πολλές αναπτυσσόμενες περιφέρειες, οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα θνησιμότητας. Πολλοί από αυτούς τους θανάτους οφείλονται στη μητρική θνησιμότητα και τη μόλυνση από τον ιό HIV / AIDS. Παρόλο που μόλις 1.900 μητρικοί θάνατοι καταγράφηκαν σε χώρες υψηλού εισοδήματος το 2008, η Ινδία και η υποσαχάρια Αφρική παρουσίασαν συνολικά 266.000 θανάτους από αιτίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη (Prata et al., 2010). Στη Σομαλία και το Τσαντ, μία στις 14 γυναίκες πεθαίνουν από αιτίες που σχετίζονται με τη γέννηση παιδιών. Επιπλέον, η επιδημία HIV / AIDS συμβάλλει επίσης σημαντικά στη θνησιμότητα των γυναικών. Η περίπτωση ισχύει ιδιαίτερα για την υποσαχάρια Αφρική, όπου οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 60% όλων των ενηλίκων μολύνσεων από τον ιό HIV (UNAIDS, 2010).

## **1.2 Κοινωνικές ανισότητες στη γεωγραφική θέση**

Η φυλετική ή εθνοτική ανισότητα είναι το αποτέλεσμα ιεραρχικών κοινωνικών διακρίσεων μεταξύ φυλετικών και εθνοτικών κατηγοριών μέσα σε μια κοινωνία και συχνά καθορίζεται με βάση χαρακτηριστικά όπως το χρώμα του δέρματος και άλλα φυσικά χαρακτηριστικά ή τον τόπο προέλευσης ή τον πολιτισμό ενός ατόμου. Η φυλετική ανισότητα μπορεί επίσης να έχει ως αποτέλεσμα μειωμένες ευκαιρίες για τα μέλη περιθωριοποιημένων ομάδων, γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε κύκλους φτώχειας και πολιτικής περιθωριοποίησης. Οι φυλετικές και εθνοτικές κατηγορίες γίνονται μια μειονοτική κατηγορία σε μια κοινωνία. Τα μέλη μειονοτήτων σε μια τέτοια κοινωνία συχνά υποβάλλονται σε διακρίσεις που απορρέουν από πολιτικές πλειοψηφίας, συμπεριλαμβανομένης της αφομοίωσης, του αποκλεισμού, της καταπίεσης και της απέλασης (Okamura, 2008).

Συγκεκριμένα τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας είναι υψηλότερα σε άτομα από το Πακιστάν και χαμηλότερα μεταξύ των ανθρώπων της Λευκής Φυλής. Επίσης το AIDS εμφανίζεται σε μαγαλύτερα ποσοστά στην Αφρική και τη Ρωσία από ότι σε άλλες χώρες. Ακόμη τα ποσοστά θνησιμότητας κάτω από την ηλικία των 75 ετών από καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικά επεισόδια είναι υψηλότερα στην Αγγλία (Coburn, 2009).

## **1.3 Κοινωνικές ανισότητες με βάση το κοινωνικό επίπεδο**

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι μια συνδυασμένη συνολική μέτρηση της επαγγελματικής εμπειρίας ενός ατόμου και της οικονομικής και κοινωνικής θέσης ενός ατόμου ή της οικογένειας σε σχέση με άλλους, με βάση το εισόδημα, την εκπαίδευση και την κατοχή. Συχνά χρησιμοποιείται ως συνώνυμο με την κοινωνική τάξη, ένα σύνολο ιεραρχικών κοινωνικών κατηγοριών που υποδεικνύουν τη σχετική θέση ενός ατόμου ή του νοικοκυριού σε μια στρωματοποιημένη μήτρα κοινωνικών σχέσεων. Η κοινωνική τάξη οριοθετείται από μια σειρά μεταβλητών, μερικές από τις οποίες μεταβάλλονται διαχρονικά και με τόπο. Για τον Karl Marx, υπάρχουν δύο σημαντικές κοινωνικές τάξεις με σημαντική ανισότητα μεταξύ των δύο. Οι δύο οριοθετούνται από τη σχέση τους με τα μέσα παραγωγής σε μια δεδομένη κοινωνία. Αυτές οι δύο κατηγορίες ορίζονται ως οι ιδιοκτήτες των μέσων παραγωγής και εκείνοι που πωλούν την εργασία τους στους ιδιοκτήτες των μέσων παραγωγής. Στις καπιταλιστικές κοινωνίες, οι δύο ταξινομήσεις αντιπροσωπεύουν τα αντίθετα

κοινωνικά συμφέροντα των μελών της, το κεφαλαιουχικό κέρδος για τους καπιταλιστές και καλούς μισθούς για τους εργάτες, δημιουργώντας κοινωνικές συγκρούσεις (Fergusson et al., 2008).

Ο Max Weber χρησιμοποιεί κοινωνικές τάξεις για να εξετάσει τον πλούτο και την κατάσταση. Για αυτόν, η κοινωνική τάξη συνδέεται στενά με το κύρος και τα προνόμια. Μπορεί να εξηγήσει την κοινωνική αναπαραγωγή, την τάση των κοινωνικών τάξεων να παραμείνουν σταθερές μεταξύ των γενεών, διατηρώντας το μεγαλύτερο μέρος των ανισοτήτων τους. Τέτοιες ανισότητες περιλαμβάνουν τις διαφορές στο εισόδημα, τον πλούτο, την πρόσβαση στην εκπαίδευση, τα επίπεδα των συντάξεων, την κοινωνική κατάσταση, το κοινωνικοοικονομικό δίκτυο ασφαλείας. Σε γενικές γραμμές, η κοινωνική τάξη μπορεί να οριστεί ως μια μεγάλη κατηγορία ανθρώπων με παρόμοια κατάταξη που βρίσκονται σε μια ιεραρχία και διακρίνονται από άλλες μεγάλες κατηγορίες στην ιεραρχία από τέτοια χαρακτηριστικά όπως το επάγγελμα, την εκπαίδευση, το εισόδημα και τον πλούτο (Goldthorpe, 2009).

Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, οι ανισότητες συχνά ταξινομούνται ευρέως σε τρεις μεγάλες διαιρέσεις της κοινωνικής τάξης: ανώτερη τάξη, μεσαία τάξη και κατώτερη τάξη. Κάθε μία από αυτές τις τάξεις μπορεί να υποδιαιρεθεί σε μικρότερες κατηγορίες (π.χ. "ανώτερη μέση"). Τα μέλη διαφορετικών τάξεων έχουν πρόσβαση σε οικονομικούς πόρους, γεγονός που επηρεάζει την τοποθέτησή τους στο σύστημα κοινωνικής διαστρωμάτωσης (Demakakos et al., 2008).

Άτομα από ανώτερες κοινωνικά τάξεις έχουν ευκολότερη πρόσβαση στην υγεία κυρίως μέσω ιδιωτικών οργανισμών υγείας, σε αντίθεση με τα άτομα από τις κατώτατες κοινωνικές τάξεις, οι οποίοι δεν έχουν ανάλογη πρόσβαση. Ως εκ τούτου η οικονομική κατάσταση, που προσδιορίζει και την κοινωνική έχει άμεσες συνέπειες στην πρόσβαση στην υγεία (Goldman, 2001). Η παραπάνω διαφορά εντοπίζεται όχι μόνο σε επίπεδο ατόμου αλλά και ολόκληρης χώρας. Οι μη μεταδιδόμενες ασθένειες έχουν μειωθεί σε αναπτυγμένες και πλούσιες χώρες. Από την άλλη βέβαια πλευρά η ευμάρια έχει συσχετιστεί με χρόνιες ψυχολογικές παθήσεις (Abel, 2008).

#### 1.4 Ανισότητα στον τομέα της υγείας

Ο όρος ανισότητα στον τομέα της υγείας γενικώς αναφέρεται στις διαφορές στην κατάσταση της υγείας ατόμων ή ομάδων. Οποιαδήποτε μετρήσιμη πτυχή της υγείας που διαφέρει μεταξύ των ατόμων ή σύμφωνα με κοινωνικά συναφείς ομαδοποιήσεις μπορεί να καλείται ανισότητα υγείας. Απουσία από τον ορισμό της ανισότητας υγείας είναι οποιαδήποτε ηθική κρίση σχετικά με το αν οι παρατηρούμενες διαφορές είναι δίκαιες ή όχι (Kawachi et al., 2002).

Αντίθετα, η ανισότητα στην υγεία είναι ένας ειδικός τύπος ανισότητας υγείας που υποδηλώνει μια διαφορά στην υγεία. Με έναν κοινό ορισμό, όταν οι διαφορές στην υγεία μπορούν να αποφευχθούν και δεν είναι αναγκαίες, επιτρέποντάς τους να παραμείνουν είναι άδικες (Whitehead, 1992). Με αυτή την έννοια, οι ανισότητες στο τομέα της υγείας είναι συστηματικές διαφορές στην υγεία που θα μπορούσαν να αποφευχθούν με εύλογα μέσα (Marmot et al., 2012). Γενικά, οι κοινωνικές διαφορές στην υγεία, όπως εκείνες που βασίζονται στη φυλή ή τη θρησκεία, θεωρούνται ανισότητες υγείας επειδή αντανακλούν την αθέμιτη κατανομή των κινδύνων και των πόρων για την υγεία (Kawachi et al., 2002). Η βασική διάκριση μεταξύ των όρων ανισότητα και αδικία είναι ότι η πρώτη είναι απλά μια μονοδιάστατη περιγραφή που χρησιμοποιείται κάθε φορά που οι ποσότητες είναι άνισες, ενώ η δεύτερη χρησιμοποιείται για μια ηθική κρίση που η ανισότητα είναι λάθος.

Ένα παράδειγμα κοινωνικής ανισότητας είναι τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας των ΗΠΑ, τα οποία είναι σχεδόν τρεις φορές υψηλότερα για τους μη-ισπανόφωνους μαύρους έναντι των λευκών (Centers for Disease Control and Prevention, 2011), καθώς και το γεγονός ότι οι άνθρωποι στα 20 χρόνια τους απολαμβάνουν καλύτερη υγεία από αυτούς που είναι 60 ετών, λόγω της φυσιολογικής γήρανσης του ατόμου (Kawachi et al., 2002). Από τα δύο αυτά παραδείγματα, μόνο η διαφορά της παιδικής θνησιμότητας θεωρείται ανισότητα στον τομέα της υγείας. Οι διαφορές στην υγεία μεταξύ των ατόμων της ηλικίας των 20 ετών και των 60 ετών μπορούν να θεωρηθούν διαφορές στην υγεία. Οι διαφορές υγείας με βάση την ηλικία είναι σε μεγάλο βαθμό αναπόφευκτη, και είναι δύσκολο να υποστηριχθεί ότι οι διαφορές για την υγεία των νέων και των ηλικιωμένων είναι άδικες, δεδομένου ότι οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας ήταν κάποτε οι νέοι .

Από την άλλη πλευρά, οι διαφορές στα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας μεταξύ των φυλετικών / εθνοτικών ομάδων στις Ηνωμένες Πολιτείες οφείλονται εν

μέρει στις προληπτικές διαφορές στην εκπαίδευση και την πρόσβαση στην υγεία και την προγεννητική περίθαλψη (Centers for Disease Control and Prevention, 2011). Σε αντίθεση με το παράδειγμα των διαφορών υγείας που σχετίζονται με την ηλικία, θα μπορούσαν να αποφευχθούν οι ανισότητες στα αποτελέσματα της υγείας μεταξύ των φυλετικών / εθνοτικών ομάδων. Πολιτικές και προγράμματα που βελτιώνουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την προγεννητική φροντίδα για τις φυλετικές / εθνικές ομάδες των ΗΠΑ που δεν καλύπτονται, για παράδειγμα, θα μπορούσαν να μειώσουν τις άδικες διαφορές στα αποτελέσματα της υγείας των βρεφών (Bartley, 2016).

Ενώ η ύπαρξη ανισοτήτων υγείας είναι ένα σχεδόν παγκόσμιο πρόβλημα, έχει αποδειχθεί ότι ο βαθμός στον οποίο οι κοινωνικοί παράγοντες έχουν σημασία για την υγεία ποικίλει ανά χώρα. Για παράδειγμα, μια συγκριτική μελέτη 22 ευρωπαϊκών εθνών έδειξε ότι οι διαφορές στη θνησιμότητα μεταξύ εκείνων με τις λιγότερες έναντι της μεγαλύτερης εκπαίδευσης κυμαίνονταν σημαντικά μεταξύ των χωρών. Για παράδειγμα, οι Mackenbach και συν. (2008) βρήκαν λιγότερο από μια διπλή διαφορά στη θνησιμότητα μεταξύ αυτών της υψηλής και χαμηλής εκπαίδευσης στην Ισπανία και περισσότερο από μια τετραπλή διαφορά μεταξύ των δύο εκπαιδευτικών ομάδων στην Τσεχική Δημοκρατία. Άλλα στοιχεία δείχνουν ότι οι κοινωνικές διαφορές των ανισοτήτων υγείας μπορεί να διευρυνθούν, ζητώντας συνεχή προσοχή στα ζητήματα των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (Olshansky et al., 2012; Singh et al., 2014; Elgar et al., 2015).

Η διατήρηση των διαφορών υγείας που βασίζονται στην εθνικότητα, τη φυλή / εθνικότητα ή άλλους κοινωνικούς παράγοντες εγείρει ηθικές ανησυχίες, παραβιάζοντας τη βασική έννοια της δικαιοσύνης (Sen, 2012). Παρότι οι μυριάδες πόροι και τα αποτελέσματα είναι άνισα κατανομημένα μεταξύ των εθνών και των κοινωνικών ομάδων, οι διαφορές στην υγεία μπορούν να θεωρηθούν ιδιαίτερα αποτρεπτικές από την άποψη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Sen, 2008). Η έννοια της υγείας ως ανθρώπινου δικαιώματος κατοχυρώθηκε στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα το 1948 (The United Nations General Assembly, 1948) και από τότε αντανακλάται στα εθνικά συντάγματα, τις συνθήκες και τους εσωτερικούς νόμους, σε πολιτικές και προγράμματα σε χώρες του κόσμου (Pillay, 2008), δίνοντας έμφαση στη μοναδική αξία που έχουν οι κοινωνίες στην υγεία. Όλο και περισσότερο, η ίδια η αξία της υγείας εκτιμάται επίσης. Για

παράδειγμα, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αναγνωρίζει ως προτεραιότητα την ισότητα στην υγεία, η οποία αντανακλάται εν μέρει από τη συγκρότησή της στην Επιτροπή για τους Κοινωνικούς Παράγοντες Υγείας το 2005. Η επιτροπή αυτή συγκεντρώνει και συνθέτει συνολικά αποδεικτικά στοιχεία για τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και συνιστά δράσεις που αντιμετωπίζουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας (Marmot et al., 2008). Ομοίως, τα Ηνωμένα Έθνη (ΟΗΕ) έδωσαν μια ρητή αξία στην ισότητα. Οι αναπτυξιακοί στόχοι της Χιλιετίας των Ηνωμένων Εθνών (ΑΣΧ), επικεντρώθηκαν σε στόχους με βάση το μέσο όρο, οι οποίοι καλύπτουν τις ανισότητες. Στην εποχή μετά την ΑΣΧ, ο ΟΗΕ συμπεριέλαβε την ισότητα στην ατζέντα για την αειφόρο ανάπτυξη. Ένα από τα έξι «βασικά στοιχεία» που αποτελούν τον πυρήνα των διαπραγματεύσεων μετά το 2015 εστιάζεται στην καταπολέμηση της ανισότητας, εν μέρει με την αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας που συνδέονται με το φύλο και της άδικης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (United Nations General Assembly, 2014).

Από απόλυτα χρηστική άποψη, το κόστος των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας είναι εκπληκτικό. Μόνο μεταξύ 2003 και 2006, το άμεσο οικονομικό κόστος των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας που βασίζονται στη φυλή ή την εθνικότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες εκτιμήθηκε σε 230 δισεκατομμύρια δολάρια. Οι ερευνητές υπολόγισαν ότι τα ιατρικά έξοδα που αντιμετωπίζουν οι Αφροαμερικανοί, οι ασιατικοί Αμερικανοί και οι Ισπανοί ήταν πάνω από 30% εξαιτίας των ανισοτήτων φυλετικής και εθνοτικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του πρόωρου θανάτου και των προληπτικών ασθενειών που μείωσαν την παραγωγικότητα των εργαζομένων. Όταν υπολογίστηκαν οι έμμεσες δαπάνες, η οικονομική επιβάρυνση υπολογίστηκε σε 1,24 τρισεκατομμύρια δολάρια (LaVeist et al., 2009). Εκτός από το κόστος που θα μπορούσε να αποφευχθεί εάν οι κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες απολάμβαναν ίσα αποτελέσματα υγείας, η ίδια η ανισότητα μπορεί να είναι επιβλαβής για την υγεία. Μια επισκόπηση 155 εγγράφων που διερεύνησαν την ανισότητα των εισοδημάτων και την υγεία του πληθυσμού διαπίστωσε ότι η υγεία τείνει να είναι φτωχότερη σε λιγότερο ισότιμες κοινωνίες, ειδικά όταν η ανισότητα μετράται σε μεγάλες γεωγραφικές κλίμακες (Wilkinson & Pickett, 2006).

Είτε το κίνητρο είναι οικονομικό ή ηθικό, η μελέτη και η καταπολέμηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας απαιτεί εξοικείωση με σχετικούς ορισμούς, έννοιες και θεωρίες διαφορών υγείας.

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας συνδέονται σε πολλές περιπτώσεις με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Στις βιομηχανικές χώρες, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας επικρατούν περισσότερο στις χώρες που δεν έχουν εφαρμόσει καθολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες. Επειδή το αμερικανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδιαίτερα ιδιωτικοποιημένο, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη εξαρτάται από το οικονομικό κεφάλαιο του ατόμου. Η υγειονομική περίθαλψη δεν είναι δικαίωμα, είναι ένα αγαθό που μπορεί να αγοραστεί μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών (ή που μερικές φορές παρέχεται μέσω εργοδότη). Ο τρόπος με τον οποίο οργανώνεται η υγειονομική περίθαλψη στις Η.Π.Α. συμβάλλει στις ανισότητες στον τομέα της υγείας με βάση το φύλο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τη φυλή / εθνικότητα (Bartley, 2016). Όπως ισχυρίζονται οι Wright και Perry (2010), "οι διαφορές κοινωνικής κατάστασης στην υγειονομική περίθαλψη αποτελούν πρωταρχικό μηχανισμό των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας". Στις Ηνωμένες Πολιτείες, πάνω από 48 εκατομμύρια άνθρωποι δεν καλύπτονται από ιατρική περίθαλψη. Αυτό σημαίνει ότι σχεδόν το ένα έκτο του πληθυσμού δεν έχει ασφάλιση υγείας, κυρίως άτομα που ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις.

Ενώ η καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να μην εξαλείψει εντελώς τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, έχει αποδειχθεί ότι τις μειώνει σημαντικά. Στο πλαίσιο αυτό, η ιδιωτικοποίηση δίνει στους ιδιώτες τη «δύναμη» να αγοράζουν τη δική τους υγειονομική περίθαλψη (μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών), αλλά αυτό οδηγεί σε κοινωνική ανισότητα επιτρέποντας μόνο στους ανθρώπους που έχουν οικονομικούς πόρους να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Οι πολίτες θεωρούνται καταναλωτές που έχουν μια «επιλογή» να αγοράσουν την ανάλογη υγειονομική περίθαλψη που μπορούν να αντέξουν οικονομικά. Σε ευθυγράμμιση με τη νεοφιλελεύθερη ιδεολογία, αυτό μετατοπίζει το βάρος στο άτομο και όχι στην κυβέρνηση ή στην κοινότητα.

Σε χώρες που διαθέτουν καθολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας έχουν μειωθεί. Στον Καναδά, για παράδειγμα, η ισότητα στη διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας έχει βελτιωθεί μέσω της Medicare. Οι άνθρωποι δεν χρειάζεται να ανησυχούν για το πώς θα πληρώσουν την υγειονομική περίθαλψη ή να βασίζονται σε αίθουσες έκτακτης ανάγκης για περίθαλψη, δεδομένου ότι παρέχεται υγειονομική περίθαλψη σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Ωστόσο,



εξακολουθούν να υπάρχουν ζητήματα ανισότητας. Για παράδειγμα, δεν έχουν όλοι το ίδιο επίπεδο πρόσβασης στις υπηρεσίες. Οι δημόσιες υπηρεσίες είναι εκείνες που απευθύνονται στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, τα οποία έχουν να αντιμετωπίσουν τις τεράστιες ελλείψεις του στην Ελλάδα τουλάχιστον. Αντίθετα άτομα από τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα έχουν πρόσβαση στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, οι ανισότητες στην υγεία δεν συνδέονται μόνο με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Ακόμη και αν όλοι είχαν το ίδιο επίπεδο πρόσβασης, εξακολουθούν να υπάρχουν ανισότητες. Αυτό συμβαίνει επειδή η κατάσταση της υγείας είναι ένα προϊόν περισσότερο από ό, τι ακριβώς οι άνθρωποι της ιατρικής περίθαλψης έχουν στη διάθεσή τους. Ενώ το Medicare έχει εξισώσει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, αφαιρώντας την ανάγκη για άμεσες πληρωμές κατά τη στιγμή των υπηρεσιών, οι οποίες βελτίωσαν την υγεία των ανθρώπων χαμηλής οικονομικής κατάστασης, οι ανισότητες στην υγεία εξακολουθούν να επικρατούν στον Καναδά. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην κατάσταση του σημερινού κοινωνικού συστήματος, που φέρει και άλλες μορφές ανισοτήτων όπως η οικονομική, φυλετική και η ανισότητα των φύλων (Mackenbach, 2002).

Η έλλειψη ισότητας στην υγεία είναι επίσης εμφανής στον αναπτυσσόμενο κόσμο, όπου η σημασία της δίκαιης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη έχει αναφερθεί ως αποφασιστικής σημασίας για την επίτευξη πολλών από τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας. Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας μπορεί να ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό ανάλογα με τη χώρα (Ross et al., 2000).

Απαιτείται ισότητα υγείας για να ζήσουμε μια πιο υγιή και πιο επαρκή ζωή στην κοινωνία. Οι ανισότητες στην υγεία οδηγούν σε ουσιαστικές συνέπειες, επιβαρυντικές για ολόκληρη την κοινωνία. Οι ανισότητες στην υγεία συχνά συνδέονται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Οι ανισότητες στην υγεία μπορούν να εμφανιστούν όταν η διανομή των υπηρεσιών δημόσιας υγείας είναι άνιση. Για παράδειγμα, στην Ινδονησία το 1990, μόνο το 12% των δημόσιων δαπανών για την υγεία αφορούσε υπηρεσίες που καταναλώνονταν από το φτωχότερο 20% των νοικοκυριών, ενώ το πλουσιότερο 20% κατανάλωνε το 29% της κρατικής επιδότησης στον τομέα της υγείας. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη επηρεάζεται επίσης σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, καθώς οι πλουσιότερες πληθυσμιακές ομάδες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να λαμβάνουν φροντίδα όταν

την χρειάζονται (Gwatkin, 2000). Μια μελέτη των Makinen et al. (2000) διαπίστωσε ότι στην πλειοψηφία των αναπτυσσόμενων χωρών που εξέτασαν, υπήρξε μια ανοδική τάση από το πεμπτημόριο στη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης για εκείνους που ανέφεραν ασθένεια. Οι πιο πλούσιες ομάδες είναι επίσης πιο πιθανό να δουν γιατρούς και να λάβουν φάρμακα (Makinen et al. , 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Κοινωνικές ανισότητες στην Ελλάδα

### 2.1 Η οικονομική ύφεση στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, η συστηματική εμπειρική έρευνα των οικονομικών ανισοτήτων και της φτώχειας είναι σχετικά περιορισμένη και μάλλον πρόσφατη. Ο βασικός περιοριστικός παράγοντας στη μελέτη αυτών των ζητημάτων ήταν η έλλειψη σταθερών στατιστικών στοιχείων, καθώς και εννοιολογικά και αναλυτικά προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν σε τέτοιες προσπάθειες (Zavras et al., 2012).

Σύμφωνα με την έννοια της σχετικής φτώχειας, ένα άτομο θεωρείται φτωχό όταν το εισόδημά του δεν επαρκεί για να εξασφαλίσει ένα βιοτικό επίπεδο συμβατό με τις συνήθειες και τα πρότυπα της δεδομένης κοινωνίας στην οποία ζει (Karaniolos & Kentikelenis, 2016). Η προσέγγιση αυτή υποδηλώνει ότι η γραμμή της φτώχειας αλλάζει με τον μέσο όρο το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού, ενώ, υπό την έννοια της απόλυτης φτώχειας, παραμένει σταθερό με την πάροδο του χρόνου όσον αφορά την πραγματική αγοραστική δύναμη (Karaniolos & Kentikelenis, 2016).

Ο Mitrakos (2014) αναλύει την ανισότητα και τη φτώχεια στην Ελλάδα για την περίοδο 1974-2008. Καταλήγει στο συμπέρασμα ότι στην περίοδο από την επιστροφή στη δημοκρατία (1974), η σχετική φτώχεια αρχικά μειώθηκε σημαντικά (μεταξύ 1974 και 1982) και στη συνέχεια παρέμεινε σχετικά σταθερή με μικρές διακυμάνσεις καθ' όλη τη διάρκεια των ετών από το 1982 έως το 2008. Ωστόσο, υιοθετώντας την απόλυτη προσέγγιση και όχι τη σχετική, οδηγούνται στο συμπέρασμα ότι η απόλυτη φτώχεια στην Ελλάδα έχει μειωθεί εντυπωσιακά από την επιστροφή στη δημοκρατία. Επιπλέον, όλοι οι σχετικοί δείκτες δείχνουν μια σχεδόν σταθερή, αλλά όχι γραμμική βελτίωση του επιπέδου οικονομικής ευημερίας του πληθυσμού. Διάφοροι μη χρηματικοί δείκτες ευημερίας, όπως οι ανέσεις σπιτιού, η κατοχή καταναλωτικών αγαθών, το προσδόκιμο ζωής, το μέσο επίπεδο εκπαίδευσης κλπ., υποστηρίζουν τα προαναφερθέντα συμπεράσματα.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της δειγματοληπτικής έρευνας EU-SILC για το έτος 2011, όπως ανακοινώθηκε από την ΕΛΣΤΑΤ και δημοσιεύθηκε από την Eurostat, το 21,4% του ελληνικού πληθυσμού ή 901,194 νοικοκυριά που αριθμούν 2,341,400 άτομα συνολικά ζουν κάτω από το σχετικό όριο της φτώχειας (με βάση τα έσοδα του 2010). Αυτό το ποσοστό σχετικής φτώχειας είναι σημαντικά υψηλότερο από αυτό

των άλλων χωρών της ΕΕ, εκτός από την Ισπανία, τη Ρουμανία και τη Βουλγαρία (EU-27, EU-SILC 2011: 16,9%) (Mitrakos, 2014).

Στην έρευνα του 2011 EU-SILC, το σχετικό όριο φτώχειας για την Ελλάδα καθορίστηκε σε € 6.591 (2010: € 7.178) ετησίως για ένα νοικοκυριό ενός μέλους και σε € 13.842 (2010: € 15.073) για ένα τετραμελές νοικοκυριό: δύο ενήλικες και δύο παιδιά. Το όριο αυτό καθορίστηκε στο 60% του μέσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος όλων των νοικοκυριών (ορισμός της Eurostat). Το μέσο ετήσιο διαθέσιμο εισόδημα των συνολικών ελληνικών νοικοκυριών ανήλθε σε € 21.590 το 2010, δηλαδή 12,2% χαμηλότερα από το αντίστοιχο του 2009, όταν ήταν € 24.224.

Η σχετική φτώχεια ήταν σε γενικές γραμμές σταθερή ή μέτρια κατά τη διάρκεια των 15 ετών πριν από την έναρξη της κρίσης, δηλαδή κατά την περίοδο 1995-2009 (ECHP, δεδομένα EU-SILC). Ο δείκτης κινδύνου φτώχειας, κυμάνθηκε μεταξύ 19,5% και 23% κατά την περίοδο 1995-2009, περίπου 5 ποσοστιαίες μονάδες σταθερά υψηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ. Ο δείκτης αυτός κινδύνου φτώχειας αυξήθηκε κατά 1,7% κατά τα πρώτα δύο χρόνια της κρίσης (εισοδήματα 2008: 19,7%, 2009: 20,1%, 2010: 21,4%) και παραμένει σημαντικά υψηλότερο από ό, τι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ (Mitrakos, 2014).

Σε απόλυτους όρους, δηλαδή όταν το όριο της φτώχειας παραμένει σταθερό με την πάροδο του χρόνου σε πραγματικούς όρους, το ποσοστό φτώχειας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου έχει μειωθεί σημαντικά. Για παράδειγμα, το ποσοστό κινδύνου φτώχειας για το έτος 2010 (20,1%), υπολογιζόμενο με βάση το όριο της φτώχειας για το έτος 2005 (60% του μέσου εισοδήματος για το 2005, εκφρασμένο σε τιμές 2010, με βάση την εναρμονισμένη δείκτης τιμών καταναλωτή) θα ήταν μόνο 16,0%, δηλαδή κατά 4,1 ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερα. Με άλλα λόγια, το 16% του πληθυσμού το 2010 κινδύνευε από τη φτώχεια υπό τις συνθήκες που επικρατούσαν το 2005. Ωστόσο, το αντίστοιχο ποσοστό φτώχειας για το επόμενο έτος (2011) ανήλθε στο 22,9%, γεγονός που υποδηλώνει ότι σε ένα έτος κατά την τρέχουσα κρίση το ποσοστό της φτώχειας σε απόλυτους αριθμούς αυξήθηκε κατά 6,9 εκατοστιαίες μονάδες (ή κατά 43,1%) (Mitrakos, 2014).

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουν οι μελέτες των Matsaganis και Leventi (2011, 2012) με τη χρήση τεχνικών προσομοίωσης μικροσυστοιχιών με στόχο την παροχή εκτιμήσεων για τον αντίκτυπο των μέτρων λιτότητας και την ταυτόχρονη μείωση της οικονομικής δραστηριότητας στη συνολική ανισότητα και τη φτώχεια. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα μέτρα λιτότητας που έλαβε η ελληνική

κυβέρνηση ήταν σταδιακά αλλά είχαν μικρή αναδιανεμητική επίδραση σε σχετικούς όρους και πολύ σημαντικά στην απόλυτη φτώχεια. Ενώ οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι τα μέτρα λιτότητας συμβάλλουν στην κρίση, υπογραμμίζουν τον σημαντικό ρόλο των πιο θεμελιωδών προβλημάτων της ελληνικής οικονομίας, όπως η αδύναμη δομή της παραγωγής, η χαμηλή ανταγωνιστικότητα κλπ.

Άλλοι δείκτες φτώχειας καταλήγουν σε παρόμοια συμπεράσματα. Το σχετικό κενό κινδύνου φτώχειας είναι η διαφορά μεταξύ του ορίου φτώχειας του συνολικού πληθυσμού και του μέσου ισοδύναμου εισοδήματος ατόμων κάτω από το όριο της φτώχειας, εκφρασμένο ως ποσοστό του ορίου κινδύνου φτώχειας. Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται στο 26,1% του ορίου κινδύνου φτώχειας, πράγμα που σημαίνει ότι το 50% των φτωχών έχει εισόδημα υψηλότερο από το 73,9% του εν λόγω κατώτατου ορίου (6,591 ευρώ), δηλαδή πάνω από 4.870 ευρώ ετησίως ανά άτομο. Το υψηλότερο ποσοστό έλλειψης κινδύνου φτώχειας (27,4%) καταγράφεται μεταξύ παιδιών ηλικίας 0-17 ετών, ενώ για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και πάνω από το αντίστοιχο ποσοστό είναι 21,1% (Matsaganis & Leventi, 2011).

Ένα πολύ υψηλότερο ποσοστό του πληθυσμού που κινδυνεύει από τη φτώχεια ή τον κοινωνικό αποκλεισμό (δηλ. άτομα με σοβαρή στέρηση ή που ζουν σε μια οικογένεια με χαμηλή ένταση εργασίας) είναι το 31,0% που αντιστοιχεί σε 3.403.000 άτομα (EU27: %). Ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού είναι υψηλότερος για τα άτομα ηλικίας 18-64 ετών (31,6%), ενώ εκτιμάται ότι είναι 29,7% για τους υπηκόους και το 58,3% για τους αλλοδαπούς (Matsaganis & Leventi, 2011).

Επιπλέον, τα άτομα που ζουν σε νοικοκυριά με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας (καμία δεν εργάζεται ή εργάζονται λιγότερο από 3 μήνες συνολικά ετησίως) ανήλθαν σε 837.300 άτομα, ενώ κατά το προηγούμενο έτος (2010) ήταν 544.800 άτομα, δηλαδή αύξηση 53,7% έως το προηγούμενο έτος. Τα άτομα που ζουν σε νοικοκυριά με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας, ηλικίας 18-59 ετών, υπολογίζονται σε 13,2% για τον συνολικό πληθυσμό, 11,9% για τους άνδρες και 14,5% για τις γυναίκες. Τέλος, η εξέταση των δεικτών των συνθηκών διαβίωσης στην Ελλάδα δείχνει ότι η υλική στέρηση (δυσκολίες στην κάλυψη των βασικών αναγκών, κακές συνθήκες στέγασης, κόστος στέγασης, αδυναμία εξόφλησης δανείων ή δόσεις για αγορές, δυσκολία πληρωμής λογαριασμών, η ποιότητα ζωής) αφορά όχι μόνο τους φτωχούς, αλλά και σημαντικό μέρος του μη φτωχού πληθυσμού. Για παράδειγμα, το ποσοστό του πληθυσμού που ζει σε ένα σπίτι με περιορισμένο χώρο ανέρχεται σε 25,9% συνολικά, 23,2% για τους μη φτωχούς πληθυσμούς και 35,8% για τον φτωχό πληθυσμό

(Matsaganis, 2012). Ομοίως, το 24,9% του πληθυσμού που δεν είναι φτωχός αντιμετωπίζει δυσκολίες στη χρηματοδότηση έκτακτων αλλά αναγκαίων δαπανών περίπου 600 ευρώ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τον φτωχό πληθυσμό εκτιμάται σε 69,5%. Επιπλέον, το 18,7% του συνολικού πληθυσμού δηλώνει την αδυναμία να διατηρήσει το σπίτι του αρκετά ζεστό, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό του φτωχού πληθυσμού εκτιμάται σε 38,9% και το ποσοστό του μη φτωχού πληθυσμού εκτιμάται στο 13,7% (Matsaganis, 2012).

## **2.2 Ελλάδα οικονομική ύφεση και ανισότητες**

Από τα τέλη του 2009, η Ελλάδα αντιμετωπίζει τις επιπτώσεις μιας χρηματοπιστωτικής κρίσης και της επακόλουθης ύφεσης (Kentikelenis, 2017). Προκειμένου να παραμείνει στην Ευρωζώνη και να εκπληρώσει τις δημοσιονομικές του ευθύνες, το ελληνικό κράτος αποδέχθηκε από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα τρία διαδοχικά προγράμματα διαρθρωτικής προσαρμογής / διάσωσης - το 2010, το 2012 και το 2015. Τα προγράμματα αυτά καθοδηγούνταν από τις νεοφιλελεύθερες αρχές της απελευθέρωσης, σταθεροποίησης και ιδιωτικοποίησης (Kentikelenis, 2017), με βασική προϋπόθεση τη μείωση των δημοσίων δαπανών μέσω μιας δημοσιονομικής πολιτικής που βασίζεται στη λιτότητα. Αυτό οδήγησε στην ανατροφοδότηση των δαπανών για την υγεία και την κοινωνική προστασία και την «ανάπτυξη του νεοφιλελευθερισμού (Labonté και Stuckler, 2016)

Από το 2010 έως το 2016, σύμφωνα με τις απαιτήσεις της Τρόικας, η ελληνική κυβέρνηση θέσπισε 12 γύρους μέτρων σχετικά με αυξήσεις φόρων, περικοπές δαπανών και μεταρρυθμίσεων (OECD, 2016). Όλα αυτά τα προγράμματα οδήγησαν σε λιτότητες και απαιτούσαν βαθιές διαρθρωτικές αλλαγές, αυξάνοντας τις κοινωνικές ανισότητες (De Vogli, 2014).

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές είχαν αρνητικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις: το πραγματικό ΑΕΠ μειώθηκε κατά 26%, η γενική ανεργία ήταν 23% και το ποσοστό ανεργίας των νέων έφτασε το 44,2%. Επίσης, η ακραία φτώχεια αυξήθηκε από 8,9% το 2011 στο 15% του συνολικού πληθυσμού το 2015, ενώ η σχετική φτώχεια αυξήθηκε από 21,9% σε 23,2% κατά την ίδια περίοδο (Eurostat, 2016, Matsaganis, et al., 2016, OECD, 2016).

Σε μια προσπάθεια να μειωθούν οι δημόσιες δαπάνες και να αυξηθούν τα έσοδα, εγκρίθηκαν αρκετές πολιτικές, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης συμμετοχής των ασθενών σε συνδρομές για φαρμακευτικά προϊόντα και αυξημένες αμοιβές για πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Economou et al., 2014a; Karanikolos & Kentikelenis, 2016; Karanikolos κ.ά., 2013). Εξαιτίας της χρηματοπιστωτικής κρίσης και της αυξανόμενης αδυναμίας τους να πληρώσουν για ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη, περισσότεροι πολίτες έχουν στραφεί στον δημόσιο τομέα.

Σε μια πρόσφατη ανοιχτή επιστολή προς τον πρωθυπουργό της Ελλάδας, η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (2017) περιέγραψε τον αντίκτυπο των πολιτικών λιτότητας στα άτομα με αναπηρία, είτε έμμεσα, μέσω ευρύτερων μεταρρυθμίσεων είτε μέσω πολιτικών που απευθύνονται άμεσα σε αυτούς. Η συνδρομή για φάρμακα ισχύει για όλους, αλλά μπορεί να επηρεάσει δυσανάλογα τους ανθρώπους με αναπηρίες, οι οποίοι ενδέχεται να μην έχουν δικαίωμα έκπτωσης για τα φάρμακα που χρειάζονται τακτικά (ΕΟΡΡΥ, 2017). Ο νόμος 4387/2016, άρθρο 7, από την άλλη πλευρά, απευθύνεται άμεσα στα άτομα με αναπηρίες που προβλέπουν αναλογική μείωση της εθνικής τους σύνταξης, σε σχέση με τη σοβαρότητα της απομείωσης τους.

Ο αντίκτυπος της χρηματοπιστωτικής κρίσης στα άτομα με αναπηρία έχει λάβει μικρή προσοχή, παρά την ευάλωτη κατάσταση αυτού του πληθυσμού λόγω του συνδυασμού των αυξημένων αναγκών υγείας και της γενικά χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Iezzoni, 2011).

Ως άτομα με αναπηρίες νοούνται τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με διάφορες χρόνιες παθήσεις όπως καρκίνο, σκλήρυνση κατά πλάκας, άτομα με προβλήματα ακοής και όρασης, άτομα με ψυχικές διαταραχές ή τραυματισμούς όπως άτομα με παραπληγία και τετραπληγία (Υπουργικό Διάταγμα, 104747). Η παρούσα έρευνα έχει σαν στόχο να διερευνήσει τα εμπόδια και τις ανεκπλήρωτες ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες όσον αφορά στην υγειονομική τους περίθαλψη και να αναδείξει τις ανισότητες στον τομέα της υγείας.

Οι Economou και συν. (2014b) στη μελέτη τους συμπέραναν ότι λόγω της οικονομικής κρίσης, το 60% των χρόνιων ασθενών στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρούς οικονομικούς περιορισμούς ή εκτεταμένες αναμονές στην προσπάθειά τους

να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η χαμηλή επίσης κοινωνικοοικονομική κατάσταση (ΚΟΕ) έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερα εμπόδια στην πρόσβαση και τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για το γενικό πληθυσμό (Fiscella & Williams, 2004, Geitona et al., 2007), και ιδιαίτερα για τα άτομα με αναπηρίες (Rotarou & Sakellariou, 2017). Οι χρηματοπιστωτικές κρίσεις μπορούν να επηρεάσουν την ισότητα στην υγεία μέσω άμεσων (για παράδειγμα, αυξημένου κόστους υγείας φροντίδα) και έμμεσων μηχανισμών (για παράδειγμα, μεταρρυθμίσεις στην αγορά εργασίας ή περικοπές στα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας) (Ruckert & Labonté, 2012).

Ο Kentikelenis (2017) προσδιόρισε τρεις κύριες οδούς μέσω των οποίων τα προγράμματα διαρθρωτικής προσαρμογής μπορούν να επηρεάσουν την υγεία: άμεσες επιπτώσεις (για παράδειγμα, περικοπές στην υγειονομική περίθαλψη), οι έμμεσες επιπτώσεις (για παράδειγμα, η αποδυνάμωση του δημόσιου τομέα) και οι επιπτώσεις στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες (για παράδειγμα, στην άτυπη εργασία). Αυτές οι επιπτώσεις μπορεί να έχουν αναλογικό αντίκτυπο στα πιο ευάλωτα μέρη του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με αναπηρίες, τα οποία έχουν τη λιγότερη προστασία από τους κινδύνους για την υγεία και τους χρηματοοικονομικούς κινδύνους.

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και οι επακόλουθες ανεκπλήρωτες ανάγκες των ατόμων με αναπηρία επηρεάζονται από ευρύτερες μεταρρυθμίσεις που επηρεάζουν τον γενικό πληθυσμό. Ο συνδυασμός των αυξημένων αναγκών υγείας λόγω της παρουσίας αναπηρίας, των επιπτώσεων των πολιτικών λιτότητας και ενός νεοφιλελεύθερου λόγου ευθύνης, όπου η πρόσβαση στην υγεία γίνεται ιδιωτική υπόθεση, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένους φραγμούς στην πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση στην υγειονομική περίθαλψη (Rotarou & Sakellariou, 2017). Αυτά τα άτομα πλήττονται επίσης από μεταρρυθμίσεις που τους απευθύνονται ειδικά, αν και δεν έχουν άμεση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Ένα παράδειγμα αυτού είναι ο νόμος 4387 (2016), ο οποίος προβλέπει μείωση της εθνικής σύνταξης ανάλογα με τη βαρύτητα της απομείωσης.

Ωστόσο, η πλειονότητα των ατόμων με αναπηρίες πρέπει να πληρώνουν 25% συνεισφορά στην τιμή αγοράς όλων των φαρμάκων που μπορεί να χρειαστούν, όπως και ο υπόλοιπος πληθυσμός (EOPPY, 2017). Οι άνθρωποι που emπίπτουν σε ορισμένες διαγνωστικές κατηγορίες, συμπεριλαμβανομένης της νόσου του



Πάρκινσον, της μυασθένειας και της νόσου του Αλτσχάιμερ, πληρώνουν μειωμένη συνεισφορά 10%, ενώ ορισμένες άλλες κατηγορίες διαγνωστικών δίνουν δικαίωμα σε μια μηδενική συμβολή. Αυτές οι διαγνώσεις περιλαμβάνουν σκλήρυνση κατά πλάκας, ψύχωση, όλους τους τύπους καρκίνου, παραπληγία και τετραπληγία (Υπουργικό Διάταγμα, 104747). Δεν είναι σαφές πώς αποφασίστηκε ο διαχωρισμός σε αυτές τις δύο χωριστές κατηγορίες μειωμένης και μηδενικής συνεισφοράς. Ανεξάρτητα από την κατηγορία, η μειωμένη ή μηδενική συνεισφορά ισχύει μόνο για τα φάρμακα που προβλέπονται ειδικά για τη διάγνωση που οδηγεί στη μείωση. Ένα άτομο με σκλήρυνση κατά πλάκας, για παράδειγμα, δεν θα καταβάλει καμία συνεισφορά για τα φάρμακα που έχουν συνταγογραφηθεί ειδικά για την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας, αλλά η πλήρης συμβολή του 25% θα απαιτηθεί για όλα τα άλλα φάρμακα (Kentikelenis, 2017).

Τα άτομα αυτής της ομάδας με χαμηλότερα εισοδήματα είναι πιο πιθανό να έχουν ανάγκες κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης από ότι , τα άτομα με αναπηρίες με υψηλότερα εισοδήματα (Kondilis et al., 2013). Το χαμηλό εισόδημα συνδέεται επίσης θετικά με την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα, η οποία όμως αντιμετωπίζει ελλείψεις υλικών και ανθρώπινων πόρων στην Ελλάδα, οδηγώντας έτσι σε μεγάλους χρόνους αναμονής (Kondilis et al., 2013). Οι εύποροι πολίτες είναι γενικά σε θέση να ξεπεράσουν τα εμπόδια στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένου ότι μπορούν να πληρώσουν για καλύτερη ασφάλιση υγείας (συχνά ιδιωτικά) ή να κάνουν πληρωμές εκτός τσέπης για πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

### **2.3 Ομάδες υψηλού κινδύνου φτώχειας και αλλαγές στη σύνθεση του φτωχού πληθυσμού**

Στην Ελλάδα, οι ομάδες υψηλού κινδύνου φτώχειας, σύμφωνα με τα στοιχεία του EUSILC 2011, περιλαμβάνουν κυρίως τους ανέργους (44,0%), ιδιαίτερα άνεργους άνδρες (48,4% (43,2% σε σύγκριση με 33,4%), τα νοικοκυριά με έναν ενήλικα άνω των 65 ετών (29,7% από 30,1% %), τα οικονομικά ανενεργά άτομα εκτός των συνταξιούχων (30,0% έναντι 27,4%), τα νοικοκυριά με 3 ή περισσότερους ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά (24,7% από 29,3%) και τα νοικοκυριά που κατοικούν σε νοικιασμένα καταλύματα (25,9% 17 ετών (23,7%) (Matsaganis, 2012).

Η φτώχεια στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια φαίνεται να έχει απομακρυνθεί από τους ηλικιωμένους προς τα νεότερα ζευγάρια με παιδιά και νέους εργαζόμενους. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των παιδιών ηλικίας κάτω των 15 ετών που ζουν σε νοικοκυριά κάτω του σχετικού ορίου φτώχειας αυξήθηκε σε 23,3% το 2011 (EE-27: 20,3%), από 19,3% το 2005, δηλαδή περίπου 2 ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό για ολόκληρο τον πληθυσμό. Αντίθετα, το ποσοστό φτώχειας μεταξύ ηλικιωμένων (ηλικίας 65 ετών και άνω) μειώθηκε αισθητά, σε 23,6% το 2011 (EE-27: 16,0%) από 27,9% το 2005. Επιπλέον, το χαμηλό και φθίνον ποσοστό φτώχειας στην περίπτωση προσωρινής απασχόλησης (2011: 8,9%), καθώς και στην περίπτωση μερικής απασχόλησης (21,4% για το 2011), σημαίνει ότι οι πρόσφατες ευέλικτες μορφές απασχόλησης μειώνουν τη φτώχεια. Μια παρόμοια μετατόπιση της φτώχειας πραγματοποιήθηκε από αγροτικές σε αστικές περιοχές και από λιγότερο μορφωμένους (π.χ. άτομα που δεν έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό σχολείο) σε άτομα με μέση και ανώτερη εκπαίδευση (π.χ. το πρώιμο ιδιαίτερα υψηλό μερίδιο των αγροτών στη συνολική φτώχεια μειώνεται σημαντικά τα τελευταία χρόνια λόγω της συρρίκνωσης του γεωργικού τομέα, της γήρανσης του πληθυσμού και της καταβολής των συντάξεων που βασίζονται σε συνεισφορές στους νέους συνταξιούχους αγρότες). Η μετατόπιση της φτώχειας από τα λιγότερο μορφωμένα σε υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης αντικατοπτρίζει κυρίως τη βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης του πληθυσμού («εκπαιδευτική ωριμότητα») και όχι μια χαμηλότερη πιθανότητα να βρεθούν οι άνθρωποι χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης κάτω από το όριο της φτώχειας (Matsaganis, 2012).

Ωστόσο, η έρευνα για την Ελλάδα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πιθανότητα φτώχειας μειώνεται δραματικά καθώς το εκπαιδευτικό επίπεδο του νοικοκυριού αυξάνεται, ενώ οι πολιτικές που αποσκοπούν στη μείωση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων θα περιορίσουν μακροπρόθεσμα τις οικονομικές ανισότητες και τη φτώχεια. Η πιθανότητα φτώχειας για τα νοικοκυριά των οποίων ο επικεφαλής δεν έχει ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι 3,4 φορές μεγαλύτερος από ό,τι για ολόκληρο τον πληθυσμό.

Το μέγεθος τέλος της παιδικής φτώχειας είναι θέμα ανησυχίας. Τα τελευταία χρόνια, οι περισσότερες χώρες αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο την ύπαρξη του προβλήματος της παιδικής φτώχειας (Matsaganis & Leventi, 2011).

Η φτώχεια έχει άμεσο αντίκτυπο στην υγεία καθώς τα άτομα και κυρίως τα παιδιά που ζουν στο όριο ή κάτω από το όριο της φτώχειας δεν έχουν και την

πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, δεδομένου ότι όταν τα άτομα είναι ανασφάλιστα δεν μπορούν να τους καλύψουν τα δημόσια νοσοκομεία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - Κοινωνικές ανισότητες σε άτομα με χρόνιες παθήσεις και αναπηρία**

### **3.1 Καρκίνος και ανισότητες στην υγεία**

Η σχέση μεταξύ οικονομικής κατάστασης και καρκίνου είναι σύνθετη και πολύπλευρη. Ορισμένοι τύποι καρκίνου - όπως στον πνεύμονα, στο στόμα και στον οισοφάγο - είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν στις χαμηλές οικονομικά τάξεις. Για άλλους τύπους καρκίνου - όπως ο μαστός και ο προστάτης - τα ποσοστά θνησιμότητας είναι υψηλότερα μεταξύ των πιο χαμηλών οικονομικά τάξεων, παρά το γεγονός ότι τα ποσοστά επίπτωσης είναι χαμηλότερα (Stewart & Wild, 2017).

Τα ποσοστά θνησιμότητας από τον καρκίνο είναι υψηλότερα για τις χαμηλές οικονομικά τάξεις. Οι ανειδίκευτοι εργαζόμενοι έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν από τον καρκίνο από ότι οι επαγγελματίες και ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό, τείνουν να είναι τα υψηλότερα σε περιοχές με σημαντικά επίπεδα οικονομικής αποστέρησης. Πολλές από αυτές τις ανισότητες σχετίζονται με την αύξηση του επιπολασμού του καπνίσματος, πράγμα που οδηγεί σε μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου (Bailey et al., 2015).

Οι Jarvis και Wardle (1999) εκτιμούν ότι το κάπνισμα αντιπροσωπεύει περισσότερο από το ήμισυ της διαφοράς του κινδύνου να πεθάνει κάποιος νωρίς μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Πριν οι κίνδυνοι του καπνίσματος ήταν ευρέως γνωστοί, ο επιπολασμός του καπνίσματος διέφερε ελάχιστα από την κοινωνικοοικονομική ομάδα. Σήμερα υπάρχουν σαφείς διαφορές με τη διαφοροποιημένη μείωση του καπνίσματος ανά κοινωνική τάξη. Μέχρι το 2005, το 29% των ενηλίκων σε χειροκίνητα επαγγέλματα κάπνιζαν σε σύγκριση με το 19% αυτών που εργάζονταν σε μη χειρωνακτικά επαγγέλματα. Άτομα από χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες ήταν κατά 50% πιο πιθανό να καπνίζουν σε σύγκριση με άτομα από υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Το αποτέλεσμα είναι ότι ο πρόωρος θάνατος, από τον καρκίνο του πνεύμονα, μεταξύ των ανειδίκευτων εργαζομένων είναι συχνά υψηλότερος σε σχέση με τους επαγγελματίες. Παράλληλα υψηλότερα ποσοστά για άλλους καρκίνους που σχετίζονται με το κάπνισμα εντοπίζονται επίσης σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Jarvis & Wardle, 1999).

Περίπου το 90% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα προκαλείται από το κάπνισμα. Τα ποσοστά θνησιμότητας του καρκίνου του πνεύμονα συνδέονται με την κοινωνικοοικονομική αποστέρηση. Οι διαφορές στην επιβίωση μεταξύ του μεγαλύτερου και του ελάχιστου πληθυσμού, αν και είναι μόνο το ένα τοις εκατό, είναι σημαντικές όταν λαμβάνεται υπόψη ο αριθμός των ασθενών που εμπλέκονται. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, τα ποσοστά εμφάνισης ήταν περίπου 2,5 φορές υψηλότερα στις πιο μειονεκτούσες ανδρικές ομάδες σε σύγκριση με τις λιγότερο μειονεκτούσες - η διαφορά για τις γυναίκες ήταν ακόμη μεγαλύτερη (τρεις φορές)-. Ωστόσο, στοιχεία από το West Midlands καταγράφουν ότι μεταξύ των ετών 1981-2004 τα ποσοστά καρκίνου του πνεύμονα για τους πιο πλούσιους άνδρες παρέμειναν σταθερά, ενώ στους πιο άπορους, μειώθηκαν κατά 56% (WHO, 2017).

Η Cancer Research UK εκτιμά ότι περίπου οι μισοί από τους καρκίνους θα μπορούσαν να αποφευχθούν με αλλαγές στον τρόπο ζωής. Τα διαφορεικά επίπεδα έκθεσης ή δέσμευσης σε επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας είναι η πιο σημαντική αιτία ανισοτήτων όσον αφορά την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου (Coleman et al., 2004). Με συνέπεια οι συμπεριφορές υγείας να είναι ένας σημαντικός παράγοντας καθορισμού των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

### **3.2 Άτομα με προβλήματα ακοής και όρασης και ανισότητες στην υγεία**

Τα άτομα με κώφωση αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα τεκμηριωμένες ανισότητες (Ubido et al., 2002). Διάφοροι λόγοι για αυτές τις ανισότητες έχουν εντοπιστεί, όπως η κακή υγειονομική παιδεία και οι διαφορές της βιολογικής υγείας (που σχετίζονται με την κώφωση), αλλά ένας σημαντικός παράγοντας είναι επίσης τα εμπόδια επικοινωνίας. Οι κωφοί που βασίζονται στην αμερικανική νοηματική γλώσσα (ASL) ως πρωταρχική γλώσσα επικοινωνίας αντιμετωπίζουν την έλλειψη πολιτιστικής ικανότητας μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (Wax, 2016). Επισημαίνοντας τον επείγοντα χαρακτήρα του θέματος αυτού, οι Εθνικές Ακαδημίες Επιστημών, Μηχανικών και Ιατρικής δημοσίευσαν μια έκθεση, Ακρόαση για την Υγεία των Ενηλίκων: Προτεραιότητες για τη βελτίωση της πρόσβασης και της προσιτότητας, η οποία συνιστά να αναγνωριστεί η απώλεια ακοής ως πρόβλημα δημόσιας υγείας....”

Υπάρχουν επίσης σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τα άτομα που είναι τυφλά (Ramke et al., 2015). Τα άτομα με προβλήματα όρασης συχνά στερούνται ασφαλιστικής κάλυψης ή έχουν ανεπαρκή κάλυψη (Ramke et al., 2015). Η ανεπαρκής κάλυψη συχνά συνοδεύεται από περιορισμένους οικονομικούς και συμπληρωματικούς πόρους, που μπορούν να περιορίσουν την πρόσβαση στην απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη και θέτουν σε κίνδυνο τα άτομα με προβλήματα όρασης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της American Community Survey, εκτιμάται ότι 22,5% των ατόμων στην κοινότητα Carolinians με σημαντική απώλεια όρασης ηλικίας 16 ετών και άνω ήταν ανασφάλιστοι. Κατά την ίδια περίοδο και στην ίδια δημογραφική ομάδα, εκτιμάται ότι το 34,6% ζει κάτω από το επίπεδο φτώχειας (Disability Statistics, 2016).

Η έλλειψη ευαισθησίας σχετικά με τις ανάγκες και τις ικανότητες των ατόμων που είναι τυφλά, αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Η Asco αναφέρει έξι ιατρικές αρχές της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης: α) ασφάλεια, β) αποτελεσματικότητα, γ) ασθενής στο επίκεντρο, δ) επικαιρότητα, ε) αποδοτικότητα και στ) ίδια κεφάλαια.

Τα άτομα με προβλήματα όρασης έχουν δικαίωμα συμμετοχής σε όλες τις πτυχές της κοινωνίας. Ως εκ τούτου οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να παρέχουν εύλογα καταλύματα για όλα τα άτομα με αναπηρίες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που με απώλεια όρασης. Τα άτομα που έχουν σημαντική απώλεια όρασης έχουν προκλήσεις όσον αφορά τη μεταφορά τους σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Οι τεχνικές και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την πλοήγηση περιλαμβάνουν τα παπούτσια κινητικότητας, τους οδηγούς ορατότητας, τους οδηγούς σκύλων και τις συσκευές ηλεκτρονικής κινητικότητας. Οι πάροχοι και οι εγκαταστάσεις θα πρέπει να γνωρίζουν τα διάφορα μέσα και μεθόδους βοήθειας που απαιτούνται για να βοηθήσουν ένα άτομο με σημαντική απώλεια όρασης να ταξιδέψει με ασφάλεια και ανεξαρτησία (Ramke et al., 2015).

Οι κανονισμοί απαιτούν επίσης δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, συμπεριλαμβανομένων των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και τους φορείς παροχής υπηρεσιών, για την παροχή κατάλληλων βοηθητικών μέσων και υπηρεσιών, όπου είναι απαραίτητο για να διασφαλιστεί ότι τα άτομα με προβλήματα ομιλίας, ακοής και όρασης μπορούν να επικοινωνούν αποτελεσματικά. Κάθε άτομο

παρουσιάζει διαφορετικές, μοναδικές ανάγκες, οπότε ο ασθενής είναι η καλύτερη πηγή για τον εντοπισμό των αποτελεσματικότερων βοηθημάτων και υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας. Ορισμένα κοινά βοηθήματα επικοινωνίας και υπηρεσίες που χρησιμοποιούνται σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης για άτομα με προβλήματα όρασης είναι οι αναγνωρισμένοι αναγνώστες, ηχογραφήσεις, υλικά braille, βίντεο συστήματα, προσβάσιμες ηλεκτρονικές πληροφορίες, βοηθήματα ακρόασης κ.α.

### **3.3 Άτομα με ψυχικές διαταραχές και ανισότητες στην υγεία**

Οι ανισότητες στην ψυχική υγεία υπάρχουν, είναι διαδεδομένες και συχνά αγνοούνται, όπως καταδεικνύεται από την παραμέληση της εστίασης της ψυχικής υγείας στους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας (Ηνωμένα Έθνη, 2000). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι ανισότητες στον τομέα της υγείας μπορούν να οριστούν ως «διαφορές στην κατάσταση της υγείας ή στην κατανομή των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων μεταξύ των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων» (WHO, 2007).

Οι ανισότητες στην ψυχική υγειονομική περίθαλψη σε όλο τον κόσμο είναι σημαντικά ζητήματα υγείας και, μαζί, παρουσιάζουν τεράστιες ηθικές προκλήσεις (Allen et al., 2014). Οι ψυχικές διαταραχές αντιπροσωπεύουν ένα τεράστιο παγκόσμιο όγκο ασθενειών που σε μεγάλο βαθμό υποτιμάται. Σε ένα δεδομένο έτος, περίπου το 30% του πληθυσμού παγκοσμίως επηρεάζεται από μια διανοητική διαταραχή και πάνω από τα δύο τρίτα των ασθενών δεν λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται (Chisholm et al., 2007, Kessler et al., 2005, Wittchen, Jonsson, & Olesen, 2005). Περίπου το 14% του συνολικού όγκου της νόσου αποδίδεται σε νευροψυχιατρικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ και ψυχώσεις (Murray & Lopez, 1996, Prince et al., 2007). Στις ΗΠΑ, περίπου 57,7 εκατομμύρια ενήλικες εμφανίζουν μια ψυχική διαταραχή ετησίως και 1 στους 17 ανθρώπους εμφανίζει σοβαρή διαταραχή ψυχικής υγείας (Kessler, Chiu, Demler, & E.E., 2005a). Αυτά τα στοιχεία μεταφράζονται σε εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές παγκοσμίως, όπως η κατάθλιψη (154 εκατομμύρια), η σχιζοφρένεια (25 εκατομμύρια) και οι διαταραχές της χρήσης

οινοπνεύματος (91 εκατομμύρια) (WHO / WONCA 2008). Οι αυτοκτονίες αντιπροσωπεύουν περίπου 1 εκατομμύριο θανάτους ετησίως (WHO, 2002).

Οι ανισότητες της ψυχικής υγείας συνδέονται στενά και ενσωματώνονται στο ευρύτερο κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο. Έχει τεκμηριωθεί μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και των ψυχικών διαταραχών (Dalgard, 2008). Σε σχεδόν όλα τα έθνη, οι φτωχοί διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών σε σύγκριση με τους μη φτωχούς. Η φτώχεια είναι ένας «καθοριστικός παράγοντας και συνέπεια της κακής ψυχικής υγείας» (Murali & Oyebode, 2004, σελ. 217). Οι ψυχικές διαταραχές αυξάνουν την πιθανότητα διαβίωσης στη φτώχεια, ίσως λόγω της επιρροής τους στη λειτουργικότητα και την ικανότητα να αποκτήσουν ή να διατηρήσουν την απασχόληση. Αντίθετα, η φτώχεια αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Bostock, 2004; Murali & Oyebode, 2004; Das et al., 2007).

Οι συνέπειες των ανισοτήτων στην ψυχική υγεία περιλαμβάνουν τη συνεχιζόμενη περιττή ταλαιπωρία και τους πρόωρους θανάτους, το αυξημένο στίγμα και την περιθωριοποίηση, την έλλειψη επενδύσεων στο εργατικό δυναμικό και την υποδομή ψυχικής υγείας και την περιορισμένη ή έλλειψη θεραπείας για τους ανθρώπους που πάσχουν από αυτές τις διαταραχές. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες με πολιτικές ψυχικής υγείας, οι περιορισμένοι πόροι και υποδομές, η αναποτελεσματική υπεράσπιση και η έλλειψη πολιτικής βούλησης περιορίζουν τις αποτελεσματικές νομοθεσίες και παρεμβάσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας (WHO, 2005). Οι οικογένειες των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας συχνά περιθωριοποιούνται και έχουν περιορισμένη ικανότητα να υπερασπίζονται τα ζητήματα ψυχικής υγείας λόγω του στίγματος που συνδέεται με αυτές τις διαταραχές. Ορισμένες πρόοδοι όμως αποκαθιστούν τις προκλήσεις που προκαλούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας (Eaton, 2009), αλλά αυτές οι προσπάθειες είναι λίγες και πρέπει να κλιμακωθούν για την ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών της ψυχικής υγείας.

Οι ανισότητες της ψυχικής υγείας συμβάλλουν στο θάνατο παγκοσμίως, κυρίως επειδή οι άνθρωποι δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στη θεραπεία που χρειάζονται. Οι εκτιμήσεις για σοβαρές ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν θεραπευθεί στις αναπτυσσόμενες χώρες κυμαίνονται από 75% έως 85% (WHO, 2004). Πάνω από το 80% των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές (π.χ.



επιληψία, σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, νοητική υστέρηση, διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ και εκείνων που αυτοκτονούν), ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες (Bertolote et al., 2004). Στην Κένυα, για παράδειγμα, ο αριθμός των μη αναγνωρισμένων περιπτώσεων ψυχικής νόσου που παρακολουθούνταν σε ένα Εθνικό Νοσοκομείο ήταν 40% (Makanyengo, Othieno, & Okech, 2005) με αδιευκρίνιστες περιπτώσεις κατάθλιψης μεταξύ 53% και 66,2% στα νομαρχιακά και περιφερειακά νοσοκομεία, αντίστοιχα. Σχεδόν το ένα τέταρτο των ασθενών που παρακολουθούν γενικές εγκαταστάσεις υγείας στην Κένυα έχουν διαγνωσμένα προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ (Ndetei et al., 2009). Οι αγροτικές περιοχές των αναπτυσσόμενων χωρών, (Roberts, 2007), επηρεάζονται ιδιαίτερα από διαφορές ψυχικής υγείας.

Το προβλεπόμενο βάρος των διαταραχών της ψυχικής υγείας παγκοσμίως αναμένεται να φτάσει το 15% μέχρι το 2020, όπου οι κοινές ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, άγχος και διαταραχές που σχετίζονται με την ουσία, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ) θα απενεργοποιήσουν περισσότερους ανθρώπους από τις επιπλοκές που προκαλούνται από το AIDS, και πολέμους συνδυασμένα. Σχεδόν το ένα τρίτο (28%) των ετών ζωής που είχαν προσαρμοστεί στην αναπηρία το 2005 αποδόθηκαν σε νευροψυχιατρικές διαταραχές (π.χ., μονοπολική συναισθηματική διαταραχή (10%) (Murray & Lopez, 1996).

Το βάρος των ανεκπλήρωτων ψυχικών αναγκών είναι ιδιαίτερα υψηλό μεταξύ των παιδιών και των νέων (Flisher et al., 1997, Kataoka, Zhang, & Wells, 2002, Ngui & Flores, 2007). Περίπου 10% έως 20% όλων των παιδιών επηρεάζονται από ένα ή περισσότερα ψυχικά ή συμπεριφορικά προβλήματα (Murthy et al., 2001). Στις ΗΠΑ, το 1 στα 5 παιδιά πάσχουν από ψυχική ή συναισθηματική διαταραχή. Μόνο το 15% έως 30% αυτών των παιδιών, ωστόσο, λαμβάνουν τη θεραπεία που χρειάζονται (WHO / WONCA, 2008). Η Kataoka διαπίστωσε ότι το 79% των παιδιών ηλικίας 6 έως 7 ετών με ψυχικές διαταραχές δεν λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται (Kataoka et al., 2002). Τα στοιχεία από τα αναπτυσσόμενα έθνη είναι λιγότερο αξιόπιστα, αλλά εκτιμάται ότι το 17% των παιδιών και των εφήβων πάσχουν από ψυχικές διαταραχές (Kleintjes et al., 2006), ενώ σε περιοχές όπως το Ιράκ το 35% των παιδιών και των νέων πάσχουν από ψυχικές διαταραχές (Al-Jawadi & Abdul-Rhman, 2007). Ο λόγος που τα άτομα αυτά δε λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα οφείλεται κυρίως σε οικονομικούς λόγους αλλά και σε θέματα προκαταλήψεων για τις ψυχικές

διαταραχές (Kataoka et al., 2002; Kleintjes et al., 2006; Al-Jawadi & Abdul-Rhman, 2007).

Υπό το φως αυτών των στοιχείων, οι ηθικές ανησυχίες που συνδέονται με τις διεθνείς διαφορές ψυχικής υγείας είναι βαθιές. Τα πλαίσια για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την κοινωνική δικαιοσύνη είναι αναμφισβήτητα κεντρικές ηθικές αρχές της δημόσιας υγείας (Beauchamp, 1999). Σύμφωνα με το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, «όλοι έχουν δικαίωμα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας» (Earle, 2006). Ως εκ τούτου, η αντιμετώπιση των παγκόσμιων ανισοτήτων στον τομέα της ψυχικής υγείας και των βασικών καθοριστικών παραγόντων των ψυχικών διαταραχών προάγει τα ανθρώπινα δικαιώματα και την κοινωνική δικαιοσύνη σε κάθε κοινωνία. Αυτά τα πλαίσια απαιτούν την ηθική φροντίδα των ανθρώπων που ζουν με ψυχικές ασθένειες και την παγκόσμια υπεράσπιση της ευεργεσίας, της αυτονομίας, του σεβασμού προς τα άτομα, της μη κακοποίησης και της ενδυνάμωσης όλων των ανθρώπων και ιδιαίτερα αυτών που περιθωριοποιούνται, στιγματίζονται και υφίστανται διακρίσεις (Roberts & Dyer, 2004, Sheppard, 2002). Ο Paul Farmer παρατηρεί ότι οι ανάγκες των φτωχών στον κόσμο συχνά δεν αναγνωρίζονται και οι διαρθρωτικές ανισότητες που συνεισφέρουν σε αυτές τις συνθήκες συχνά αγνοούνται ή αγνοούνται από τις διεθνείς κοινότητες δημόσιας υγείας και εξωτερικής πολιτικής (Farmer, 2003). Ζητά την ενσωμάτωση της ατζέντας για τα ανθρώπινα δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένης της ισότητας των πόρων και της κοινωνικής δικαιοσύνης στη διπλωματία στον τομέα της υγείας και στη διεθνή υγειονομική βοήθεια (Mann, 1996).

Πολλά αναπτυσσόμενα έθνη δεν έχουν πολιτικές για να αντιμετωπίσουν τις βασικές ανάγκες και τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, γεγονός που συμβάλλει στην περιορισμένη ιεράρχηση της ψυχικής υγείας στον υγειονομικό σχεδιασμό, στην κατανομή των πόρων και στην ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού, αυξάνοντας περαιτέρω τις ανάγκες ψυχικής υγείας. Οι έρευνες δείχνουν ότι σε αναπτυσσόμενες χώρες οι ασθενείς συχνά εγκαταλείπουν τα νοσοκομεία χωρίς να γνωρίζουν τη διάγνωσή τους ή ποια φάρμακα παίρνουν και δεν έχουν επαρκή συναισθηματική υποστήριξη (Ndetei et al., 2007).

Επιπλέον, η αυξημένη διεθνής μετανάστευση των επαγγελματιών υγείας από τις αναπτυσσόμενες προς τις ανεπτυγμένες χώρες (Connell et al, 2007; Kirigia et al, 2006; Stilwell et al., 2004) και η εσωτερική μετανάστευση από τις αγροτικές

φτωχότερες κοινότητες σε περισσότερες πλουσιότερες αστικές κοινότητες στις αναπτυσσόμενες χώρες έχει επιδεινώσει περαιτέρω την έλλειψη εργαζόμενων στην ψυχική υγεία (Mwaniki & Dulo, 2008; Ndeti et al. 2008; Ndeti et al., 2007b). Ως αποτέλεσμα, η πλειοψηφία των ατόμων με ψυχικές ασθένειες σε αναπτυσσόμενα έθνη δεν θεραπεύονται παρά τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικής θεραπείας. Αυτά τα μεγάλα κενά θεραπείας δεν προκαλούν έκπληξη, δεδομένου ότι σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες δεν υπάρχει προϋπολογισμός για υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι πρωτοβουλίες και οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση της υγείας πρέπει να ενσωματώνουν συστηματικά την ψυχική υγεία ως βασικό στοιχείο της συνολικής υγείας. Η εφαρμογή των πλαισίων για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την κοινωνική δικαιοσύνη στην ψυχική υγεία απαιτεί συντονισμένη προσπάθεια και δέσμευση για την αντιμετώπιση των βασικών καθοριστικών παραγόντων των προβλημάτων ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της δίκαιης και ηθικής κατανομής της διανομής πόρων (π.χ. θεραπεία) και την ενίσχυση της νομικής προστασίας και της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για τα άτομα που ζουν με ψυχικές διαταραχές και τις οικογένειές τους.

Σε πολλά αναπτυσσόμενα κράτη, τα πρότυπα για δεοντολογική συμπεριφορά έρευνας και θεραπείας είναι ανεπαρκή ή ελλιπή. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων και των ανεκπλήρωτων αναγκών της ψυχικής υγείας, ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες, θα απαιτήσει την καθιέρωση και την ενίσχυση των δεοντολογικών προτύπων στην έρευνα και τη θεραπεία ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Ο Goodman (2008) παρατηρεί ότι «η ηθική είναι απαραίτητη για την οικοδόμηση εμπιστοσύνης στον αναπτυσσόμενο κόσμο ... η ηθική και η εμπιστοσύνη απαιτούνται για ένα επιτυχημένο ερευνητικό πρόγραμμα ... η υγεία των κοινοτήτων εξαρτάται από περισσότερη και καλύτερη έρευνα και η έρευνα αυτή είναι αναγκαία για τη μείωση των ανισοτήτων »(Goodman, 2008, σελ. 89). Πράγματι, οι επαναλαμβανόμενες επιδείξεις ακεραιότητας από τις χώρες που έχουν οικοδομηθεί σε όλες τις χώρες που πλήττονται από ψυχικές ασθένειες και το βάρος τους σε όλο τον κόσμο αποτελούν προϋπόθεση για ηθικά υγιή και ανθρώπινη υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, η εντατική και πιο κατάλληλη εκπαίδευση δεοντολογίας είναι εξαιρετικά σημαντική στην κατανόηση και αντιμετώπιση των ανισοτήτων της ψυχικής υγείας και στην προετοιμασία των κλινικών που φροντίζουν τους ανθρώπους που ζουν με ψυχικές

ασθένειες (Chipp et al., 2011 ; Hoop et al., 2008; Jain et al., 2011; Lehrmann et al., 2009; Roberts et al., 2008).

### 3.3.1 Στίγμα και διακρίσεις

Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών στις αναπτυσσόμενες χώρες γίνεται από τις υψηλές τιμές του στιγματισμού και των διακρίσεων, τα οποία είναι σημαντικά εμπόδια στην παροχή και χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Horwitz et al, 2008; Okasha, 2002; Onyut et al, 2009; Ssebunnya et al, 2009). Το στίγμα, οι μύθοι και οι παρερμηνείες σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στις διακρίσεις και στις παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές (Ndeti et al., 2007a).

Το στίγμα που σχετίζεται με τις ψυχικές διαταραχές μπορεί επίσης να επηρεάσει τις επιλογές σταδιοδρομίας με αποτέλεσμα λιγότεροι άνθρωποι να επιλέξουν να εργαστούν στον τομέα της ψυχικής υγείας. Μελέτες που αφορούν φοιτητές ιατρικής στην Κολομβία (n = 375) (Pailhez et al., 2010), τη Σαουδική Αραβία (n = 54) (El-Gilany et al., 2010) την Ισπανία (n = 207 ) (Pailhez et al., 2010), και την Ρουμανία (n = 112) (Voinescu et al., 2010), συμπέραναν αρνητικές στάσεις στην ειδικότητα της ψυχιατρικής. Για παράδειγμα, το 82% των φοιτητών της Σαουδικής Αραβίας και το 52% των Ρουμάνων φοιτητών σε αυτά τα ερευνητικά προγράμματα επικύρωσαν τη δήλωση ότι «αν ένας σπουδαστής εκφράσει ενδιαφέρον για την ψυχιατρική, κινδυνεύει να ... θεωρείται από άλλους ως περίεργος, ιδιόμορφος ή νευρικός. Επίσης μεγάλο ποσοστό των φοιτητών είχαν αποθαρρυνθεί ενεργά από τους καθηγητές τους στην ιατρική σχολή, τα μέλη της οικογένειας, τους φίλους και τους συμφοιτητές τους να ειδικευθούν στην ψυχιατρική (Gilany et al., 2010; Voinescu et al., 2010).

Η περιορισμένη γνώση των αιτιών, των συμπτωμάτων και των θεραπειών των ψυχικών ασθενειών οδηγεί συχνά σε κοινές αλλά λανθασμένες πεποιθήσεις ότι αυτές οι καταστάσεις προκαλούνται από τα ίδια τα άτομα ή από υπερφυσικές δυνάμεις, όπως κατοχή από τα κακά πνεύματα, κατάρα ή τιμωρία (Mohit, 2001). Είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι οι γιατροί σε ορισμένες αναπτυσσόμενες ή οικονομικά ασθενείς χώρες έχουν αυτές τις πεποιθήσεις, ακόμη και μετά την ψυχιατρική τους κατάρτιση (Roberts, 2010). Για παράδειγμα, το 23-40% των Νιγηριανών φοιτητών

ιατρικής σε μια μελέτη υποστήριξαν ως αιτίες της ψυχικής ασθένειας, υπερφυσικές δυνάμεις όπως κακά πνεύματα και μαγεία (Aghukwa, 2010). Αυτές οι πεποιθήσεις αυξάνουν το στίγμα, τις διακρίσεις και την κοινωνική απομόνωση των ατόμων που ζουν με ψυχικές ασθένειες και περιορίζουν τους πόρους για τη φροντίδα τους. Χωρίς αποτελεσματικές επιλογές διάγνωσης και θεραπείας, οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται ακατάλληλες, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να υποεκτιμώνται και να αντιλαμβάνονται ότι δεν μπορούν να συμβάλουν στην κοινωνία. Στην ανάπτυξη των εθνών και σε ορισμένες κοινότητες των ανεπτυγμένων εθνών, η περιορισμένη διαθεσιμότητα των σύγχρονων υπηρεσιών και παρόχων ψυχικής υγείας αντισταθμίζεται από την εξάρτηση από τους παραδοσιακούς θεραπευτές (Beals et al., 2005; Ngoma et al., 2003; Sorsdahl et al., 2009). Αν και αυτοί οι εναλλακτικοί θεραπευτές διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο, συχνά δεν διαθέτουν την απαιτούμενη κατάρτιση και τις δεξιότητες για να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα σε άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4- Μεθοδολογία**

### **4.1 Σκοπός έρευνας**

Η παρούσα έρευνα έχει στόχο να διερευνήσει τα εμπόδια και τις ανεκπλήρωτες ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες όσον αφορά στην υγειονομική τους περίθαλψη και να αναδείξει τις ανισότητες στον τομέα της υγείας.

### **4.2 Είδος έρευνας – Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας**

Η παρούσα μελέτη είναι μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η οποία στοχεύει στον εντοπισμό, την επιλογή και την αξιολόγηση κατάλληλων ερευνητικών μελετών αλλά και την καταγραφή και την ανάλυση δεδομένων μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Συγκεκριμένα η μελέτη στηρίχθηκε σε έρευνες που έχουν διεξάγει άλλοι μελετητές. Με την ανασκόπηση ερευνητικής βιβλιογραφίας συνοψίζεται η γνώση η οποία υπάρχει ήδη, αποσαφηνίζεται το θέμα και ο ερευνητής εμβαθύνει σε αυτό, επιβεβαιώνεται η σπουδαιότητα του θέματος, εντοπίζονται κενά στη βιβλιογραφία και αναζητούνται νέες ερευνητικές κατευθύνσεις. Μετά την αξιολόγηση της ποιότητας των ερευνών επιλέγονται οι κατάλληλες και γίνεται η κριτική ανάλυση των ευρημάτων τους (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

### **4.3 Πηγές Αναζήτησης**

Οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση των πρωτογενών πηγών ήταν το Google Scholar το Pubmed και το Sciencedirect.. Οι λέξεις – κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: " καρκίνος και ανισότητες στην υγεία ", «προβλήματα ακοής και όρασης και ανισότητες στην υγεία", " άτομα με ψυχικές ασθένειες και ανισότητες στην υγεία " και η μετάφρασή τους στα αγγλικά: " Cancer and inequalities and Health ", " multiple sclerosis and health inequalities ", «people with hearing and vision problems and health inequalities ", " people with mental disorders and health inequalities " και "people with paraplegia and quadriplegia and health inequalities"

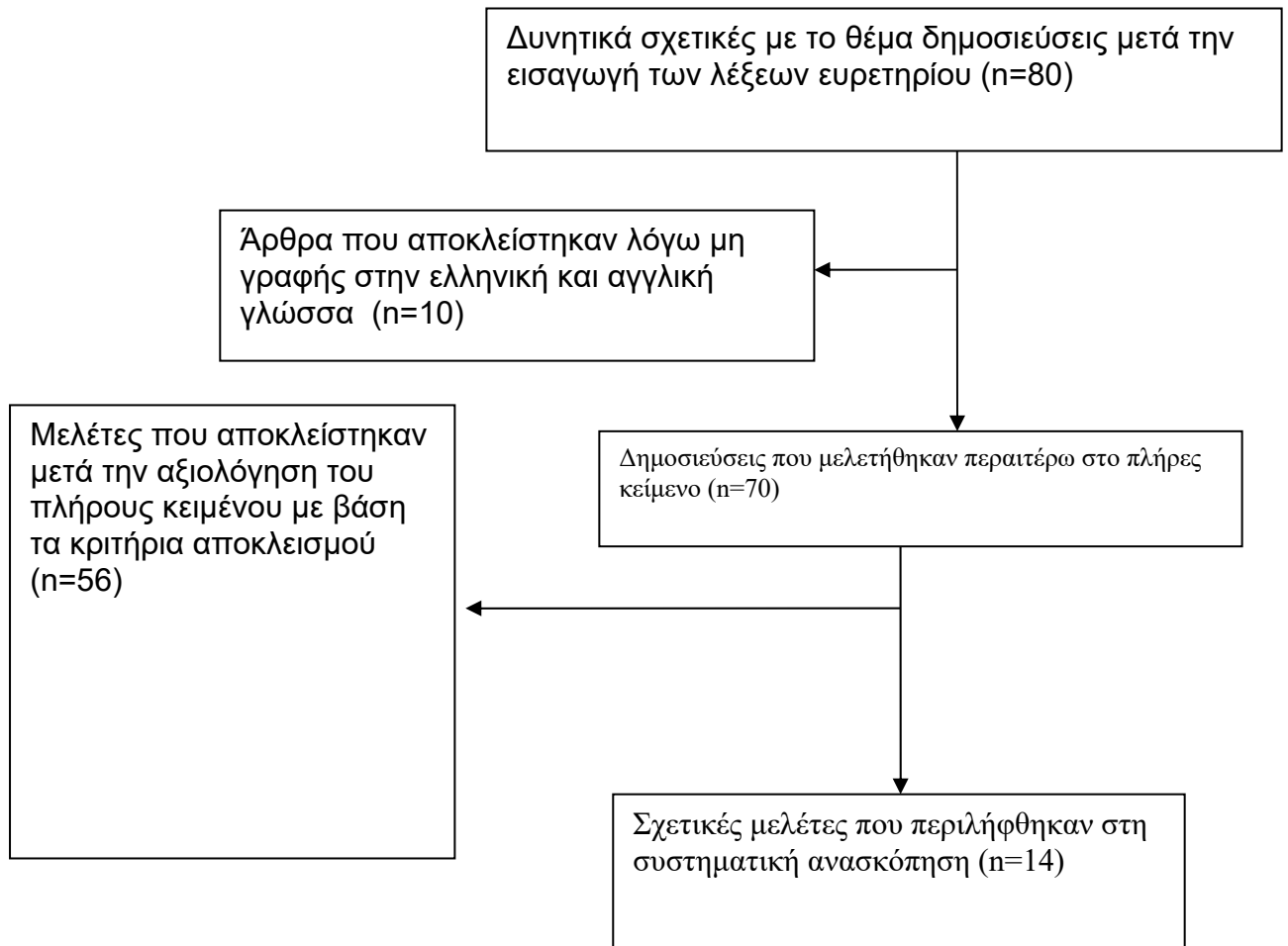
#### **4.4 Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού**

Το κριτήριο εισόδου μελετών αφορούσε μελέτες που ανέλυαν τις κοινωνικές ανισότητες σε άτομα με αναπηρίες. Η μεθοδολογία της έρευνας δεν απασχόλησε την ερευνήτρια: συμπεριλήφθηκαν ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες όπως επίσης και συστηματικές ανασκοπήσεις βιβλιογραφίας. Όλες οι έρευνες ήταν συγχρονικές. Τέλος τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων είχαν τον περιορισμό να είναι συμμετέχοντες με χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες. Για την παρούσα έρευνα ως άτομα με αναπηρίες ορίζονται τα άτομα που πάσχουν από διάφορες ασθένειες όπως καρκίνο, σκλήρυνση κατά πλάκας, άτομα με προβλήματα ακοής και όρασης, άτομα με ψυχικές διαταραχές , άτομα παραπληγία και τετραπληγία (Υπουργικό Διάταγμα, 104747).

Κατά την εξέταση των μελετών αποφασίστηκε εάν οι μελέτες πληρούν τα κριτήρια εισόδου – αποκλεισμού. Κάποιες μελέτες απορρίφθηκαν άμεσα από την ανάγνωση των τίτλων και περιλήψεων, ενώ για κάποιες άλλες μελέτες πρώτα εντοπίστηκε και διαβάστηκε το πλήρες κείμενο ώστε να αποφασισθεί η συμπερίληψη τους (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Στο κάτωθι σχήμα παρουσιάζεται το διάγραμμα ροής επιλογής του δείγματος των μελετών της επισκοπικής μελέτης.

Σχήμα 4-1 Διάγραμμα ροής επιλογής δείγματος άρθρων ανασκοπικής μελέτης





## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5- Ανάλυση αποτελεσμάτων**

### **5.1 Αναπηρίες και ανισότητες στην υγεία**

Από τις 14 μελέτες οι 2 ήταν ποιοτικές, οι 5 συστηματικές ανασκοπήσεις βιβλιογραφίας, οι 4 βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις και 3 ήταν ποσοτικές. Οι ασθενείς και οι αναπηρίες αφορούσαν σε καρκίνο, ακοή και όραση και σε ψυχικές ασθένειες.

#### **5.1.1 Ανισότητες στην ετοιμότητα και την ασφάλιση υγείας**

Σύμφωνα με τους Krahn και συν. (2015) η ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης είναι ένα ζήτημα ασφάλειας ιδιαίτερης ανησυχίας για τον πληθυσμό με αναπηρίες. Όταν λέμε ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης εννοούμε μια κατάσταση στην οποία πρέπει να υπάρξει άμεση αντίδραση. Υπάρχει ανεπαρκής συλλογή δεδομένων σχετικά με τον σχεδιασμό έκτακτης ανάγκης για τα άτομα με αναπηρίες, αλλά αυτό που είναι διαθέσιμο δείχνει ότι αυτό είναι ένας ιδιαίτερα ευάλωτος χρόνος για αυτόν τον πληθυσμό. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια του τυφώνα Κατρίνα, το 38% των ανθρώπων που δεν εκκενώθηκαν στην ασφάλεια είχαν κινητικές αναπηρίες ή ήταν φορείς παροχής φροντίδας για άτομα με αναπηρίες.

Σύμφωνα με τους Krahn και συν. (2015) τα ποσοστά ασφαλιστικής κάλυψης είναι γενικά συγκρίσιμα μεταξύ των πληθυσμών με αναπηρίες αλλά η φύση της κάλυψης διαφέρει. Περίπου το 75% των ατόμων χωρίς αναπηρία έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αλλά λιγότερα από το 50% των ατόμων με σύνθετους περιορισμούς (σοβαρές αναπηρίες) είναι ιδιωτικά ασφαλισμένοι. Επιπλέον, αν και η δημόσια ασφάλιση καλύπτει πολλά άτομα με αναπηρία, δεν καλύπτει όλους τους ανθρώπους, και τα μεγαλύτερα κενά γίνονται αισθητά από άτομα με συναισθηματικές αναπηρίες. Το 28% δεν είναι ασφαλισμένο. Ακόμα και με την ασφάλιση, τα άτομα με αναπηρίες είναι πολύ πιο πιθανό (16% έναντι 5,8%) να χάσουν την αναγκαία φροντίδα λόγω κόστους.

### 5.1.2 Ανισότητες στους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας

Ως καθοριστικοί παράγοντες υγείας ορίζονται το κοινωνικό περιβάλλον, οι ατομικές συμπεριφορές και οι υπηρεσίες υγείας (Krahn et al., 2015). Μια προσέγγιση των κοινωνικών προσδιοριστών στην υγεία αναγνωρίζει ρητά τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος, των ατομικών συμπεριφορών και των υπηρεσιών υγείας εκτός από τη βιολογία και τη γενετική (Krahn et al., 2015). Σε όλα σχεδόν τα μέτρα των κοινωνικών προσδιοριστών, οι ενήλικες με αναπηρίες αποδίδουν ελάχιστα. Η σημερινή εμπειρία της ζωής ατόμων με αναπηρία συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα να μην έχει γυμναστεί ποτέ (13% έναντι 9,5%) και πολύ λιγότερη πιθανότητα να έχει απασχοληθεί επαγγελματικά (21% έναντι 59%). Επίσης το 40% των ατόμων με αναπηρία έχουν λιγότερη πρόσβαση στο Διαδίκτυο (54% έναντι 85%), πολύ περισσότερες πιθανότητες να έχουν ετήσιο εισόδημα κάτω από 15.000 δολάρια (34% έναντι 15%) και ανεπαρκείς μεταφορές (34% έναντι 16%) (Krahn et al., 2015).

Σύμφωνα με τους Krahn και συν. (2015) τα άτομα που έχουν συστηματικά αντιμετωπίσει τα οικονομικά και κοινωνικά μειονεκτήματα της φτώχειας και των διακρίσεων αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα εμπόδια για τη βέλτιστη υγεία. Αυτές οι εμπειρίες από μειονεκτήματα, διακρίσεις και δυσκολίες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και στις υπηρεσίες προαγωγής της υγείας συμβάλλουν σε ανθυγιεινές συμπεριφορές στον τρόπο ζωής και σε φτωχότερη ψυχική υγεία (Krahn et al., 2015).

Σύμφωνα με τους Krahn και συν. (2015) οι γυναίκες με αναπηρίες λαμβάνουν χαμηλότερα ποσοστά κλινικών προληπτικών υπηρεσιών όπως μαστογραφίες και λαμβάνουν διαφορετική θεραπεία ανιχνευόμενων καρκίνων. Αυτές οι διαφορές δεν είναι προφανείς για όλες τις κλινικές προληπτικές υπηρεσίες. Τα άτομα με αναπηρίες σημειώνονται ότι έχουν ισοδύναμα ή υψηλότερα ποσοστά ανοσοποίησης και διαχείριση της υπέρτασης.

### **5.1.3 Συμπερίληψη ατόμων με αναπηρία σε προγράμματα και υπηρεσίες δημόσιας υγείας**

Σύμφωνα με την έρευνα του US Department of Education. National Institute on Disability and Rehabilitation (2012) τα άτομα με αναπηρίες αποκλείονται συχνά από τη συμμετοχή σε προγράμματα και υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Αυτό οφείλεται σε πολλά μειονεκτήματα, μεταξύ των οποίων ο διαχωρισμός και η απομόνωση, ο ρητός αποκλεισμός στην ανάπτυξη της βάσης τεκμηρίωσης για παρεμβάσεις, η δυσφορία του παρόχου όσον αφορά την εργασία με άτομα με αναπηρίες και ο ακούσιος αποκλεισμός από τη μη στρατολόγηση του πληθυσμού αυτού, ή γνωστικούς περιορισμούς (US Department of Education. National Institute on Disability and Rehabilitation, 2012).

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα η ενσωμάτωση σε αποτελεσματικές συνήθειες πρακτικές υγείας είναι ένα ισχυρό εργαλείο για τη βελτίωση της υγείας των ατόμων με αναπηρίες. Ορισμένες ομοσπονδιακές υπηρεσίες, κυρίως το Εθνικό Ινστιτούτο Έρευνας για την Αναπηρία και Αποκατάσταση (στο Τμήμα Εκπαίδευσης), ο Οργανισμός Έρευνας και Ποιότητας στον τομέα της Υγείας και πιο πρόσφατα τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων έχουν ξεκινήσει προσπάθειες που προωθούν τη ρητή ένταξη των ατόμων με αναπηρίες στην έρευνα και τα προγράμματα. Μέχρι στιγμής, δεν υπήρξε συντονισμένη προσπάθεια σε ομοσπονδιακές υπηρεσίες για τη γλώσσα ή την πολιτική για να συμπεριληφθούν ρητά οι πληθυσμοί αναπηρίας στα γενικά προγράμματα και την έρευνα. Τέτοιες προσπάθειες έχουν αναληφθεί για τις ανισότητες φυλής / εθνότητας ως αποτέλεσμα του σχεδίου δράσης για τη μείωση των ανισοτήτων φυλετικής και εθνικής υγείας. Με βάση τις επιτυχίες στην αντιμετώπιση των φυλετικών / εθνοτικών ανισοτήτων, παρόμοιες ενέργειες θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη ρητή ένταξη των ατόμων με αναπηρίες .

### **5.1.4 Προετοιμασία έκτακτης ανάγκης για την προστασία της υγείας και την προστασία της ζωής**

Σύμφωνα με τον White (2009) σε περιόδους έκτακτης ανάγκης ή καταστροφών, τα άτομα με αναπηρίες είναι λιγότερο πιθανό να εκκενωθούν και μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα. Η ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης σημαίνει

σχεδιασμό για τις διάφορες φάσεις πολλών σεναρίων καταστροφών που θα μπορούσαν να είναι φυσικά ή ανθρωπογενή. Περιλαμβάνει την ανταπόκριση σε επίπεδο συστήματος που διασφαλίζει ότι τα άτομα με αναπηρίες και τα συστήματα υποστήριξής τους περιλαμβάνονται σε όλες τις φάσεις ετοιμότητας, εκκένωσης και ανάκαμψης εντός των κοινοτήτων, συμπεριλαμβανομένων προσαρμοστικών στρατηγικών για καταλύματα επιτόπιων και καταφυγίων σε κοινοτική κλίμακα. Απαιτεί επίσης σχεδιασμό και κατάρτιση σε επιμέρους επίπεδο πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από γεγονότα. Οι συντονισμένες προσπάθειες και ο σαφής προγραμματισμός σε όλους τους οργανισμούς θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών των ανθρώπων με διάφορους περιορισμούς.

### **5.1.5 Στίγμα και ανισότητες υγείας**

Οι έρευνες (Link & Phelan, 2001, Berkman, 2009, Hatzenbuehler et al., 2013) υποδεικνύουν ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στο στίγμα ως κοινωνικό καθοριστικό παράγοντα για την υγεία του πληθυσμού και ότι μια τέτοια προσέγγιση είναι πιθανό να οδηγήσει σε καινοφανείς γνώσεις σχετικά με τα τεκμηριωμένα πρότυπα υγείας του πληθυσμού. Το στίγμα ασκεί ισχυρή επίδραση στην υγεία του πληθυσμού. Η έλλειψη αναγνώρισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας μπορεί επίσης να οδηγήσει σε διαφορές στη χρήση της φροντίδας ειδικών. Οι διαφορές στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις έρευνες των Padgett και συν. (1994), Williams και Collins (1995) Alegria και συν. (2002), δεν ήταν σημαντικοί μετά την ελεγχόμενη αντίληψη για την ανάγκη φροντίδας της ψυχικής υγείας. Αυτό το εύρημα δείχνει ότι οι εθνοτικές ή φυλετικές διαφορές στην αντιληπτή ανάγκη περίθαλψης μπορεί να εξηγούν χαμηλότερα ποσοστά φροντίδας.

Σύμφωνα με τους Hatzenbuehler και συν. (2013) οι Λευκοί που ζουν σε κοινότητες στις οποίες οι στάσεις απέναντι τους λευκούς είναι αρνητικές, βιώνουν αυξημένη θνησιμότητα, που υποδηλώνει ότι το στίγμα και η προκατάληψη ασκούν αρνητικές επιδράσεις στην υγεία του πληθυσμού τόσο για την πλειοψηφία όσο και για τις μειονοτικές ομάδες. Αυτό το σύνολο δεδομένων προσφέρει επομένως πολλές συναρπαστικές ευκαιρίες για την τεκμηρίωση των σχέσεων μεταξύ στίγματος και υγείας του πληθυσμού.

Οι ερευνητές μπορούν να χρησιμοποιήσουν το πλαίσιο στίγματος για να αναλύσουν τα καθορισμένα σύνολα δεδομένων. Για παράδειγμα, η ενίσχυση της αποκατάστασης για τους ασθενείς με στεφανιαία καρδιακή νόσο ήταν μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή που διεξήχθη σε 8 κλινικά κέντρα και 80 νοσοκομεία στις Ηνωμένες Πολιτείες (n = 2481 ασθενείς) από τον Berkman (2009). Ο στόχος της παρέμβασης ήταν η βελτίωση της κοινωνικής υποστήριξης και η μείωση της κατάθλιψης σε ασθενείς, οι οποίοι είχαν έμφραγμα του μυοκαρδίου. Τα αποτελέσματα ήταν σε μεγάλο βαθμό απογοητευτικά: Οι λευκοί άντρες επωφελήθηκαν από την παρέμβαση. Άλλες ομάδες (γυναίκες και μαύροι) δεν επωφελήθηκαν. Το πλαίσιο υποδηλώνει ότι οι διαδικασίες στιγματισμού και κατάστασης μπορούν να εξηγήσουν, εν μέρει, γιατί η παρέμβαση δεν ήταν αποτελεσματική για τους μη λευκούς και τις γυναίκες. Μια ιδέα αυτού του πλαισίου είναι ότι το στίγμα διαταράσσει πολλούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής στήριξης. Επειδή οι παράγοντες όπως η κοινωνική απομόνωση τίθενται σε κίνηση από το στίγμα, αλλάζοντας αυτούς τους παράγοντες σε ατομικό επίπεδο, η ενίσχυση της ανάκαμψης, δεν μπορεί να κερδίσει μεγάλη έλξη θεραπευτικά ελλείψει αλλαγών που μειώνουν το στίγμα στο κοινωνικο-δομικό επίπεδο. Αντ' αυτού, είναι πιθανό ότι οι παρεμβατικοί παράγοντες (π.χ. κοινωνική υποστήριξη) θα επανέλθουν σε επιβλαβή επίπεδα όταν αποσυρθεί η παρέμβαση, επειδή το μεγαλύτερο κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο εξακολουθεί να υφίσταται το στίγμα παραμένει αναλλοίωτο.

Οι Alegria και συν. (2002) διερεύνησαν αν υπάρχουν ανισότητες στα ποσοστά ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας για τους λατινοαμερικανούς και τους αφρικανούς Αμερικανούς σε σύγκριση με τους λευκούς στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα δεδομένα αναλύθηκαν από την Εθνική Έρευνα Συννοσηρότητας 1990-1992, στην οποία εξετάστηκε δείγμα πιθανότητας 8.098 αγγλόφωνων ερωτηθέντων ηλικίας 15 έως 54 ετών. Οι ερωτηθέντες αυτοαναγνώρισαν τη φυλή ή την εθνικότητά τους, αποδίδοντας δείγμα 695 Λατινοαμερικανών, 987 Αφροαμερικανών και 6,026 λευκών. Τα στοιχεία για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ασφαλιστικό καθεστώς, την ψυχιατρική νοσηρότητα, το αν ο ερωτώμενος έζησε σε αστική ή αγροτική περιοχή, η γεωγραφική θέση, το εισόδημα και η χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθορίστηκαν για κάθε εθνοτική ή φυλετική ομάδα. Οι αναλύσεις λογικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για να εξεταστούν οι συσχετισμοί μεταξύ εθνοτικής ή φυλετικής ομάδας και η χρήση

ειδικών υπηρεσιών, με προσαρμοσμένες συντεταγμένες προσαρμοσμένες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των εθνοτικών ομάδων στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη γεωγραφική θέση, τη ζώνη διαμονής, την ασφάλιση, το εισόδημα, τον πλούτο και τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φτωχοί λατινοαμερικάνοι (οικογενειακό εισόδημα μικρότερο των 15.000 δολαρίων) έχουν χαμηλότερη πρόσβαση στη φροντίδα ειδικών από ό, τι οι φτωχοί λευκοί. Οι Αφροαμερικανοί που δεν ταξινομήθηκαν ως φτωχοί ήταν λιγότερο πιθανό να λάβουν φροντίδα ειδικής φροντίδας από τους λευκούς ομολόγους τους, ακόμη και μετά από προσαρμογή για δημογραφικά χαρακτηριστικά, ασφαλιστικό καθεστώς και ψυχιατρική νοσηρότητα.

Το χαμηλότερο επίπεδο πρόσβασης στη φροντίδα ψυχικής υγείας μεταξύ των φτωχών λατινοαμερικάνων σε σύγκριση με τους φτωχούς λευκούς δεν είναι συνεπές με τα αποτελέσματα άλλων δημοσιευμένων μελετών (Padgett et al., 1994; Williams & Collins, 1995; Shah et al., 1997). Τουλάχιστον πέντε παράγοντες θα μπορούσαν να εξηγήσουν τις διαφορές στη χρήση ειδικών υπηρεσιών μεταξύ φτωχών λατινοαμερικανών και φτωχών λευκών: γλωσσική ευχέρεια, πολιτισμικές διαφορές όπως η αυτοπεποίθηση, πρόσβαση σε υπηρεσίες ειδικότητας, διαφορές στην αναγνώριση προβλημάτων ψυχικής υγείας, και χαμηλότερη ποιότητα της φροντίδας ψυχικής υγείας. Παρόλο που η έρευνα περιοριζόταν σε αγγλόφωνους ερωτηθέντες, πολλοί φτωχοί λευκοί μπορεί να μην είναι αρκετά ευέλικτοι στα αγγλικά για να αισθάνονται άνετα να συζητούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας τους ή να συμμετέχουν στη ψυχοθεραπεία.

Οι Stuart και συν. (1996) έδειξαν ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς με περιορισμένη αγγλική επάρκεια δεν αξιοποίησαν εξειδικευμένες υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών και ότι όσοι έλαβαν τέτοιες υπηρεσίες ήταν λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν στην ψυχοθεραπεία από ό, τι όσοι μιλούσαν άπταιστα αγγλικά. Ένας δεύτερος παράγοντας μπορεί να είναι η αυτοπεποίθηση των φτωχών λατινοαμερικανών. Η αυτοπεποίθηση στην αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας, είναι ένας μηχανισμός αντιμετώπισης που παρατηρείται συχνότερα στους Λατινούς από τους λευκούς μειώνοντας τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ένας τρίτος παράγοντας θα μπορούσε να είναι η πρόσβαση σε υπηρεσίες ειδικής ιατρικής. Όσο περισσότεροι ειδικοί της συμπεριφοράς στην υγεία υπάρχουν σε μια κοινότητα, τόσο πιο πιθανό είναι να χρησιμοποιούνται οι υπηρεσίες αυτές.

## 5.2 Σκλήρυνση κατά πλάκας και ανισότητες στην υγεία

Σύμφωνα με τους Rieckmann et al. (2013) ήδη από το 2011, έχει τονιστεί η αναγκαιότητα για καλύτερη κατανόηση των ανεκπλήρωτων αναγκών των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας και των επαγγελματιών υγείας σε μια προσπάθεια βελτιστοποίησης της διαχείρισης της νόσου και βελτίωσης των αποτελεσμάτων των ασθενών. Μια από τις στρατηγικές που προτάθηκαν για την επίτευξη αυτού του στόχου ήταν να επιδιωχθεί η κατανόηση και να ξεπεραστούν τα εμπόδια της δέσμευσης ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας (Rieckmann et al., 2015).

Αναφορικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες στη διαχείριση ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας οι Rieckmann και συν. (2018) εντόπισαν πέντε κύριους τομείς: διαχείριση συμπτωμάτων, πρόσβαση στη θεραπεία και αποζημίωση, εξατομικευμένη περίθαλψη, εκπαίδευση και επικοινωνία, πόροι και πληροφορίες. Συγκεκριμένα μία ιδιαίτερη μη ικανοποιημένη ανάγκη των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας ήταν η δυσκολία στην επικοινωνία των αόρατων / «κρυφών» συμπτωμάτων της ασθένειας, τα οποία είναι δύσκολο να ανιχνευθούν και να παρακολουθηθούν κατά τη διάρκεια συνήθων νευρολογικών διαβουλεύσεων. Αν και οι επαγγελματίες υγείας αναγνώρισαν την επίδραση αυτών των κρυμμένων συμπτωμάτων, θεωρούν ότι η συμπτωματική θεραπεία και η πρόοδος της νόσου είναι πιο σημαντικά από τα κρυμμένα συμπτώματα. Παράλληλα οι μεταβαλλόμενες πρακτικές ανάγκες των ασθενών όσον αφορά την αναπηρία τους και την ποιότητα ζωής τους, όπως τα ζητήματα κοινωνικής μέριμνας και απασχόλησης, δεν τηρούνται με συνέπεια. Αυτές οι ιδιαίτερες πτυχές της φροντίδας δεν προσδιορίστηκαν από τους επαγγελματίες υγείας ως υψηλή προτεραιότητα.

Οι επαγγελματίες υγείας αναγνώρισαν την ανικανότητα να προσφέρουν συγκεκριμένες θεραπείες λόγω τοπικών πολιτικών θεραπείας και υψηλού κόστους ως ανεπανόρθωτη ανάγκη και αυτό αντικατοπτρίστηκε από την αναγνώριση, από μέρους των ασθενών, μιας «απροθυμίας» από τους επαγγελματίες υγείας να συνταγογραφήσουν συγκεκριμένες θεραπείες. Οι ασθενείς ανέφεραν ανισότητες στις πολιτικές αποζημίωσης σε διάφορες χώρες, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η εξατομικευμένη θεραπεία. Οι χρονικοί περιορισμοί ήταν ένα άλλο ζήτημα που τέθηκε από τους επαγγελματίες υγείας και από τους ασθενείς. Και οι δύο ομάδες ήταν

δυσανεστημένες από τον περιορισμένο χρόνο που διατίθεται για τις κλινικές διαβουλεύσεις και αναγνώρισαν ότι αυτό επηρέασε την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να συζητήσουν την ασθένεια και τις θεραπευτικές επιλογές με τους ασθενείς. Και οι δύο ομάδες αναγνώρισαν την ανάγκη για πρόσθετη έρευνα σχετικά με τον αντίκτυπο των τρεχουσών θεραπειών στα αποτελέσματα της ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και την ανάγκη να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση του κοινού και η κατανόηση των κρατών μελών για τη μείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων.

Όσον αφορά στις αντιλήψεις και στην ιεράρχηση βασικών παραγόντων που επηρεάζουν την επιβάρυνση της θεραπείας στα κράτη μέλη, εντοπίστηκαν τρεις κύριοι τομείς: κίνδυνος έναντι οφέλους από θεραπείες, λήψης αποφάσεων και συμμόρφωση, τήρηση και παρακολούθηση. Από τη σκοπιά των ασθενών φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας επικεντρώνονται στις αρνητικές πτυχές της θεραπείας (κίνδυνος και πιθανές δυσμενείς επιδράσεις) και όχι στις θετικές πτυχές (επίδραση στην πρόοδο της νόσου, επίδραση στα συμπτώματα). Αντίθετα, οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ανησυχία για το επίπεδο κινδύνου που οι ασθενείς ήταν πρόθυμοι να συναινούν σε σχέση με τη θεραπεία τους. Αν και το άγχος σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με την κλιμάκωση της θεραπείας ήταν μια κοινή ανησυχία τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους ασθενείς, αυτό μεταφράστηκε σε δισταγμό από πλευράς των επαγγελματιών υγείας για κλιμάκωση της θεραπείας. Και οι δύο ομάδες αναγνώρισαν ότι η τήρηση της θεραπείας ήταν ένα ζήτημα, αλλά για διάφορους λόγους: για τους ασθενείς, η πολυπλοκότητα της θεραπείας προστίθεται στο βάρος της προσκόλλησης. ενώ για τους επαγγελματίες, τα προβλήματα προσκόλλησης των ασθενών οφείλονταν στις παρενέργειες της θεραπείας. Οι επαγγελματίες εντοπίζουν το ζήτημα στους ασθενείς που δεν εμπλέκεται ή δεν αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη διαχείριση της νόσου. Και οι δύο ομάδες θεώρησαν ότι ήταν απαραίτητη μια αμοιβαία σεβαστή και κοινή προσέγγιση λήψης αποφάσεων ώστε να καταστεί δυνατό τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς να αναλάβουν την ευθύνη για τη διαχείριση των ασθενών.

Η αντίληψη και η ιεράρχηση των βασικών παραγόντων που επηρεάζουν την εμπλοκή των ασθενών στα κράτη μέλη παρουσιάζεται ως κοινή προοπτική που συμφωνήθηκε τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους ασθενείς. Και οι δύο ομάδες πίστευαν ότι η υιοθέτηση από τους επαγγελματίες υγείας μιας ολιστικής



προσέγγισης κατά των διαβουλεύσεων ήταν κρίσιμη για την εμπλοκή των ασθενών και είχε άμεση επίδραση στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς ασχολούνταν με τους επαγγελματίες υγείας τους. Οι τρεις κύριοι παράγοντες που θεωρήθηκαν ότι έχουν τον πιο θετικό αντίκτυπο στην εμπλοκή των ασθενών ήταν: η τεχνολογία (ηλεκτρονική υγειονομική περίθαλψη, ηλεκτρονικά εργαλεία και πόροι), η εκπαίδευση (πληροφοριακοί και υποστηρικτικοί επαγγελματίες, πρόσβαση σε πληροφορίες, πληροφορίες που βασίζονται στον ασθενή) και υποστήριξη και συμμετοχή στην κοινωνία (στήριξη από ομοτίμους και κοινωνικές δραστηριότητες). Για όσους είχαν σημαντικά ζητήματα κινητικότητας που δυσχεραίνουν την εμπλοκή στην κοινωνία, η τεχνολογία και το διαδίκτυο επέτρεψαν τη στήριξη από ομοτίμους, μειώνοντας τα αισθήματα απομόνωσης.

Σύμφωνα με τους Reen και συν. (2017) επαγγελματίες και ασθενείς πίστευαν ότι παράγοντες που επηρέασαν αρνητικά την εμπλοκή του ασθενούς περιελάμβαναν έλλειψη χρόνου, την εικόνα του κοινού για τα κράτη μέλη (συμπεριλαμβανομένων παρερμηνειών σχετικά με τα κράτη μέλη) και την έλλειψη πρόσβασης σε πληροφορίες υψηλής ποιότητας (έλλειψη αξιόπιστων πόρων, ημερομηνίας).

Η αρνητική επίδραση των στερεοτύπων για τη σκλήρυνση κατά πλάκας στην καθημερινή ζωή επισημάνθηκε από τους νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς, για τους οποίους μια συντριπτική ποσότητα ακατάλληλων και ανακριβών πληροφοριών επηρέασε το κίνητρό τους για δέσμευση. Ένα ιδιαίτερο ζήτημα που προέκυψε τους επαγγελματίες και τους ασθενείς ήταν ότι η απασχόληση και η παραμονή στην κοινωνία δεν καλύπτονταν από μια τυπική διαβούλευση. Τόσο οι επαγγελματίες, όσο και οι ασθενείς εξέφρασαν την άποψη ότι η έλλειψη υποστήριξης των ασθενών σε αυτόν τον τομέα είχε τη δυνατότητα να απομονώσει τους ασθενείς. Και οι δύο ομάδες θεώρησαν ότι η έλλειψη συνολικής υποστήριξης - συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής, εργασιακής, οικογενειακής και νομικής υποστήριξης - είχε αρνητικό αντίκτυπο στην εμπλοκή των ασθενών.

### **5.3 Κώφωση και ανισότητες στην υγεία**

Οι Iezzoni και συν. (2004) διεξήγαγαν έρευνα με στόχο να κατανοήσουν τις απόψεις σχετικά με τις εμπειρίες της υγειονομικής περίθαλψης και τις προτάσεις για τη βελτίωση της περίθαλψης των κωφών ή των ατόμων με προβλήματα ακοής. Οι

ανησυχίες συσπειρώθηκαν γύρω από 6 ευρεία θέματα: αντικρουόμενες απόψεις μεταξύ γιατρών και ασθενών σχετικά με την ύπαρξη κωφών ή δυσάρεστων ακροάσεων, διαφορετικές αντιλήψεις για το τι συνιστά αποτελεσματική επικοινωνία (όπως ανάγνωση των χειλιών, γραπτές σημειώσεις και διερμηνέας νοηματικής γλώσσας), την ασφάλεια των φαρμάκων και άλλους κινδύνους που συνεπάγεται η ανεπαρκής επικοινωνία, προβλήματα επικοινωνίας κατά τη διάρκεια φυσικών εξετάσεων και διαδικασιών, δυσκολίες στην αλληλεπίδραση με το προσωπικό του γραφείου, συμπεριλαμβανομένων των χώρων αναμονής και προβλήματα με την τηλεφωνική επικοινωνία, όπως τα μακρά μηνύματα μηνυμάτων. Οι συμμετέχοντες πρότειναν εκτεταμένες προτάσεις για βελτιώσεις, ξεκινώντας από τους ιατρούς να ζητούν από τους ασθενείς την προτιμώμενη επικοινωνιακή τους προσέγγιση. Η επανάληψη των κρίσιμων πληροφοριών υγείας από τους ασθενείς (όπως οι οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή) μπορεί να εντοπίσει δυνητικά επικίνδυνες κακές επικοινωνίες.

Οι ερωτώμενοι θεώρησαν ότι οι περισσότεροι γιατροί, σε μεγάλο βαθμό ασυνείδητα, διατηρούν θεμελιώδεις υποθέσεις σχετικά με την κώφωση που, από την αρχή, υπονομεύουν τις σχέσεις των ασθενών με τους γιατρούς. Ειδικότερα, οι γιατροί δεν εκτιμούν πλήρως το σύνολο των ζών των ασθενών και τις ανησυχίες για την υγεία. Οι κωφοί που έδωσαν συνέντευξη πρότειναν ότι ορισμένοι γιατροί δεν σέβονται επαρκώς την νοημοσύνη, τα κίνητρα και την επιθυμία των ασθενών να κατανοήσουν και να συμμετάσχουν στην υγειονομική τους περίθαλψη

Τόσο οι κωφοί όσο και οι ιατροί που έλαβαν μέρος ανέφεραν ότι οι γιατροί συχνά απαιτούν από αυτούς να χρησιμοποιούν ανεπαρκείς τρόπους επικοινωνίας, όπως η ανάγνωση των χειλιών, η γραφή σημειώσεων ή η μεταφορά των μελών της οικογένειας στην ερμηνεία. Οι γιατροί δεν κατανόησαν την ευθύνη τους να εξασφαλίσουν αποτελεσματική επικοινωνία και μερικές φορές διαμαρτυρήθηκαν για το κόστος ή τα μειονεκτήματα της πρόσληψης διερμηνέων ή της αγοράς ειδικού εξοπλισμού.

Κατά την πρόσληψη διερμηνέων, οι γιατροί συχνά δεν αναζητούν άτομα που εκπαιδεύονται ειδικά στη ιατρική νοηματική γλώσσα. Μερικοί κλινικοί γιατροί διατηρούν ακατάλληλα επαφή με τον διερμηνέα παρά με τον ασθενή. Μερικές φορές οι κωφοί δεν έχουν τρόπο επικοινωνίας. Πολλοί κωφοί περιέγραψαν τμήματα επίσκεψης έκτακτης ανάγκης για οξεία προβλήματα (όπως σοβαρό κοιλιακό άλγος,

τραυματισμό βραχιόνων ή σύνδρομο Guillain-Barre) που τους εμπόδιζε να υπογράψουν.

Χωρίς διερμηνείς, οι ασθενείς δεν γνώριζαν κρίσιμες πληροφορίες, δημιουργώντας τους συναισθήματα από την απογοήτευση έως την τρομοκρατία. Οι κωφοί σημείωσαν δυσκολίες στην κατανόηση των λέξεων κατά την ανάγνωση των χειλιών, ειδικά όταν οι γιατροί μιλούν γρήγορα, ή φορούν μάσκες. Οι ερωτώμενοι ανέφεραν επίσης ότι οι διαφωνίες με τους γιατρούς σχετικά με τη βέλτιστη επικοινωνία συχνά περιστρέφονταν γύρω από το χρόνο. Οι ερωτώμενοι ζήτησαν περισσότερο χρόνο από ό, τι θα μπορούσαν ή θα έδιναν οι κλινικοί γιατροί

Και για τις δύο ομάδες των ερωτηθέντων, η ανεπαρκής επικοινωνία μπορεί να προκαλέσει αρνητικά αποτελέσματα. Οι ερωτηθέντες σημείωσαν ότι κατοικούν σε έναν κόσμο μεταξύ της αντίληψης του λόγου και του πραγματικού περιεχομένου της ομιλίας,

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν προβλήματα επικοινωνίας που θα μπορούσαν να διακυβευσουν διάφορες διαστάσεις της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της ευαισθητοποίησης των ασθενών, της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας, της επικαιρότητας, της αποτελεσματικότητας και της ισότητας. Οι ερωτηθέντες ανέφεραν κινδύνους για σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής και λανθασμένες διαγνώσεις, προβλήματα κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης και αναισθησίας, χαμένων και καθυστερημένων ραντεβού και λιγότερο πλήρεις και ακριβείς πληροφορίες από ό, τι λαμβάνουν άλλοι ασθενείς.

Στον κάτωθι πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μελετών:

**Πίνακας 5-1. Πρωτογενείς μελέτες έρευνας**

<b>α/α</b>	<b>Μελέτη</b>	<b>Ημερομηνία διεξαγωγής της μελέτης</b>	<b>Αποτελέσματα έρευνας</b>
1	Rieckmann, P., Centonze, D., Elovaara, I., Giovannoni, G., Havrdová, E.,	2018	διαχείριση συμπτωμάτων, πρόσβαση στη θεραπεία και αποζημίωση, εξατομικευμένη περίθαλψη, εκπαίδευση και επικοινωνία, πόροι και πληροφορίες

	Kesselring, J. & Schippling, S.		
2	Reen, G. K., Silber, E., & Langdon, D. W.	2017	έλλειψη χρόνου, εικόνα του κοινού για τα κράτη μέλη (συμπεριλαμβανομένων παρερμηνειών σχετικά με τα κράτη μέλη), έλλειψη πρόσβασης σε πληροφορίες υψηλής ποιότητας (έλλειψη αξιόπιστων πόρων, ημερομηνίας).
3	Krahn, G. L., Walker, D. K., & Correa-De-Araujo, R.	2015	Ανισότητες στην ετοιμότητα και την ασφάλιση υγείας Ανισότητες στους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας
4	US Department of Education. National Institute on Disability and Rehabilitation Research	2012	Τα άτομα με αναπηρίες αποκλείονται συχνά από τη συμμετοχή σε προγράμματα και υπηρεσίες δημόσιας υγείας
5	White, G. W.	2009	σε περιόδους έκτακτης ανάγκης ή καταστροφών, τα άτομα με αναπηρίες είναι λιγότερο πιθανό να εκκενωθούν και μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα
6	Iezzoni, L. I., O'Day, B. L., Killeen, M., & Harker, H.	2004	προβλήματα επικοινωνίας που θα μπορούσαν να διακυβεύσουν διάφορες διαστάσεις της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της ευαισθητοποίησης των ασθενών, της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας, της επικαιρότητας, της αποτελεσματικότητας και της ισότητας.
7	Link, B. G., &	2001	Ο στιγματισμός αναπαράγει την ασφάλεια

	Phelan, J. C.		της υγείας
8	Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G.	2013	το στίγμα και η προκατάληψη ασκούν αρνητικές επιδράσεις στην υγεία του πληθυσμού τόσο για την πλειοψηφία όσο και για τις μειονοτικές ομάδες
9	Berkman, L. F.	2009	το στίγμα διαταράσσει πολλούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής στήριξης
10	Alegria, M., Canino, G., Ríos, R., Vera, M., Calderón, J., Rusch, D., & Ortega, A. N..	2002	Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των εθνοτικών ομάδων στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη γεωγραφική θέση, τη ζώνη διαμονής, την ασφάλιση, το εισόδημα, τον πλούτο και τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
11	Padgett, D. K., Patrick, C., Burns, B. J., & Schlesinger, H. J.	1994	Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των εθνοτικών ομάδων στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη γεωγραφική θέση, τη ζώνη διαμονής, την ασφάλιση, το εισόδημα, τον πλούτο και τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
12	Williams, D. R., & Collins, C.	1995	Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των εθνοτικών ομάδων στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη γεωγραφική θέση, τη ζώνη διαμονής, την ασφάλιση, το εισόδημα, τον πλούτο και τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
13	Shah, B.V., Barnwall, B.C. & Bieler, G.S.	1997	Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των εθνοτικών ομάδων στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη γεωγραφική θέση, τη ζώνη διαμονής, την ασφάλιση, το εισόδημα, τον πλούτο και τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

14	Stuart, G. W., Minas, I. H., Klimidis, S., & O'connell, S.	1996	οι ψυχιατρικοί ασθενείς με περιορισμένη αγγλική επάρκεια δεν αξιοποίησαν εξειδικευμένες υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών και ότι όσοι έλαβαν τέτοιες υπηρεσίες ήταν λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν στην ψυχοθεραπεία από ό, τι όσοι μιλούσαν άπταιστα αγγλικά.
----	---	------	---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6- Συζήτηση - Συμπεράσματα

Από το σύνολο της βιβλιογραφικής επισκόπησης προκύπτουν σημαντικά συμπεράσματα που αναδεικνύουν τις ανισότητες στην αντίληψη και την ιεράρχηση των ανεκπλήρωτων αναγκών, της επιβάρυνσης από τη θεραπεία και της εμπλοκής των ασθενών με χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες. Αν και οι διαφορές στα αποτελέσματα της υγείας μεταξύ των ατόμων με και χωρίς αναπηρίες είναι σημαντικές, συχνά απορρίπτονται με το επιχειρήμα ότι δεν αντιπροσωπεύουν πραγματικές ανισότητες. Τα επιχειρήματα συχνά εμπίπτουν σε μία από τις δύο κατηγορίες: (1) αυτές οι διαφορές οφείλονται στην κατάσταση που οδήγησε στην αναπηρία - «είναι ανάπηροι, φυσικά η υγεία τους είναι κακή» - ή (2) ότι η κακή υγεία ήταν παρούσα πρώτα και στη συνέχεια οδήγησε στον λειτουργικό περιορισμό - «πώς ξέρετε τι ήρθε πρώτο;» Οι διαφορές στην υγεία που παρατηρούνται στους πληθυσμούς των ατόμων με αναπηρίες καθορίζονται πιο σύνθετα από ό, τι προκύπτει από αυτά τα επιχειρήματα. Κάποιο τμήμα των παρατηρούμενων διαφορών είναι πιθανόν να αποδοθεί στη συνθήκη (αιτιώδης κυκλικότητα). Η κρίσιμη ανησυχία είναι ότι χρειάζεται μια πιο προσεκτική εξέταση για να εντοπιστούν εκείνες οι διαφορές που μπορούν να αποφευχθούν και να αδικήσουν αυτόν τον πληθυσμό.

Παρόλο που οι πρόοδοι στην ιατρική, την τεχνολογία και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προσφέρουν βελτιωμένες κλινικές εκβάσεις και καλή ποιότητα ζωής, υπάρχει επίσης αυξανόμενη εξάρτηση από τις δεξιότητες και το κίνητρο των ασθενών για τη βελτιστοποίηση όλων των διαθέσιμων αποτελεσμάτων. Οι συνέπειες των ασθενών που δεν ασχολούνται με τη δική τους υγειονομική περίθαλψη, βαραίνουν ιδιαίτερα τους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και περιλαμβάνουν συναισθηματικές, σωματικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Οι ασθενείς έχουν καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία όταν συμμετέχουν στη δική τους υγειονομική περίθαλψη. (Rieckmann et al., 2015). Μια κοινή προσέγγιση λήψης αποφάσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών με χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες είναι απαραίτητη για την περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή.

## Επικοινωνία

Η επικοινωνία των ασθενών με χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες με τους επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνει κατάλληλες πληροφορίες, μαζί με την ειλικρίνεια και το σεβασμό και από τις δύο ομάδες και θεωρείται ζωτικής σημασίας για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων των ασθενών. Υπάρχει μια αυξανόμενη αναγνώριση της αξίας των αποτελεσματικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και διαχείρισης των συγκρούσεων, η οποία επισημαίνεται με την ενσωμάτωση της κατάρτισης στις επικοινωνιακές δεξιότητες στο πλαίσιο της ιατρικής εκπαίδευσης στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ (Iezzoni et al., 2004). Λόγω του περιορισμένου χρόνου και των πόρων, είναι επιτακτική ανάγκη οι συμβουλές και οι αλληλεπιδράσεις υπηρεσιών υγείας να μεγιστοποιηθούν μέσω επικοινωνίας υψηλής ποιότητας. Σε χρόνιες ασθένειες, η βελτιωμένη επικοινωνία με τον ασθενή έχει συσχετιστεί με την καλύτερη προσκόλληση, ικανοποίηση, κατανόηση και διατήρηση της πληροφορίας και με τα γενικά αποτελέσματα της υγείας (Rieckmann et al., 2018, Reen et al., 2017, Iezzoni et al., 2004).

Η επικοινωνία και η εκπαίδευση θεωρούνται απαραίτητες για την ευαισθητοποίηση και την κατανόηση των κρατών μελών για την εξάλειψη παρερμηνειών σχετικά με την ασθένεια. Οι παρερμηνείες σχετικά με τις χρόνιες ασθένειες και τις αναπηρίες μπορούν να εμποδίσουν την αποδοχή της διάγνωσης σε νέους ασθενείς και μπορεί να προκαλέσουν άγχος υγείας σε άλλους, με επακόλουθο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, στην αντίληψη των συμπτωμάτων και αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης (Rieckmann et al., 2018). Αντίθετα, οι θετικές προσωπικές αντιλήψεις, όπως η αντίληψη του ελέγχου της θεραπείας ή η ρεαλιστική προοπτική, συσχετίζονται περισσότερο με την αυτοδιαχείριση των ασθενειών από ό, τι οι αντικειμενικές κλινικές μεταβλητές όπως η σοβαρότητα, ο τύπος και η διάρκεια της ασθένειας (Reen et al., 2017).

Η εκπαίδευση και η αυξημένη ευαισθητοποίηση του κοινού μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αισθάνονται λιγότερο αποκλεισμένοι από την κοινωνία, καθώς και να οδηγήσει ενδεχομένως σε καλύτερη υγειονομική περίθαλψη και, τελικά, να επηρεάσει θετικά τις αποφάσεις αποζημίωσης / χρηματοδότησης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα οι συνεχιζόμενες μειώσεις των προϋπολογισμών για την υγειονομική περίθαλψη αποκλείουν περαιτέρω την παροχή



εξατομικευμένης φροντίδας που είναι κρίσιμη για την αναπηρία (Reen et al., 2017, Krahn et al., 2015).

### **Συνειδητοποίηση των συμπτωμάτων «κρυφών» ασθενειών και αντιμετώπιση**

Η ασθένεια χωρίς συμπτώματα πρέπει να είναι ο τρέχων στόχος της θεραπείας, παρόλο που από τα αποτελέσματα είναι εμφανές ότι απαιτείται μεγαλύτερη εκτίμηση της επίδρασης των άορατων / «κρυφών» συμπτωμάτων προκειμένου να υπάρξει θετική επίδραση στην ποιότητα της ασθένειας. Τα δύσκολα αποτελέσματα ή τα «κρυμμένα» συμπτώματα συνεχίζουν να δίνουν λίγη προσοχή στη διαχείριση ασθενειών και αυτό επιβεβαιώνεται στη βιβλιογραφία (Rieckmann et al., 2018, Reen et al., 2017). Τα κρυμμένα συμπτώματα κόπωσης, κατάθλιψης, γνωστικής λειτουργίας, προβλήματα ύπνου, σεξουαλικών προβλημάτων (Krahn et al. 2015, Link & Phelan, 2001) εξακολουθούν να είναι ανεκπλήρωτες ανάγκες. Η αυξημένη συνειδητοποίηση του αντίκτυπου των κρυμμένων συμπτωμάτων, καθώς και των πτυχών της ψυχικής υγείας, στις χώρες θα μπορούσε να βοηθήσει στην πρόκληση θετικών αλλαγών στην αντιμετώπιση των ανεκπλήρωτων αναγκών των ασθενών με αναπηρίες (Hatzembuehler et al. 2013).

### **Ενημέρωση των πλεονεκτημάτων και των κινδύνων των θεραπειών**

Καθώς το θεραπευτικό τοπίο της αναπηρίας εξελίσσεται, μια διεξοδική αξιολόγηση των πιθανών κινδύνων και ωφελειών των θεραπειών είναι κρίσιμη για τη λήψη αποφάσεων. Ωστόσο, τα τρέχοντα στοιχεία υποδεικνύουν ότι θα πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του φυσικού ιστορικού της ασθένειας που δεν έχει υποβληθεί σε θεραπεία, των δυνατοτήτων παρακολούθησης, των συννοσημοειδών ασθενειών, των συγχορηγούμενων φαρμάκων, των προτιμήσεων των ασθενών, των στάσεων, της ικανότητας προσκόλλησης στα φάρμακα και των προσδοκιών των ασθενών (Rieckmann et al., 2018, Reen et al., 2017).

Το προφίλ όφελος έναντι κινδύνου οποιασδήποτε θεραπευτικής στρατηγικής είναι ένα χρονοβόρο και περίπλοκο έργο και εξαρτάται από τις τάσεις ανάληψης κινδύνου των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας τους. Ένα μικρότερο επίπεδο ανησυχίας για την ασφάλεια σχετικά με τα φάρμακα που τροποποιούν τη νόσο

μεταξύ των ασθενών έχει επισημανθεί. Ένα μεγαλύτερο βάθος πληροφοριών σχετικά με τον κίνδυνο / όφελος της θεραπείας έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την εμπλοκή των ασθενών και την προσκόλλησή τους και να μειώσει την αντιληπτή επιβάρυνση της θεραπείας (Rieckmann et al., 2018). Έχει προταθεί ότι, στην περίπτωση που οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς διαφωνούν σχετικά με τον αποδεκτό κίνδυνο, οι ασθενείς μπορεί να είναι διατεθειμένοι να δεχτούν μεγαλύτερα επίπεδα κινδύνου σε αντάλλαγμα για θεραπευτικό όφελος, π.χ. εάν η θεραπεία τους επιτρέπει να συνεχίσουν να περπατούν, στην περίπτωση των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας (Reen et al., 2017). Η έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τους κινδύνους και τα επιθυμητά αποτελέσματα μπορεί επίσης να αυξήσει το στρες των αποφάσεων θεραπείας για τον ασθενή (Rieckmann et al., 2018).

#### **Ακριβείς, πληροφορίες σε εύκολα προσπελάσιμη μορφή από αξιόπιστες πηγές**

Η φιλοδοξία της Διεύθυνσης Κατευθυντήριων Γραμμών είναι ότι όλοι οι ασθενείς με αναπηρίες και χρόνια νοσήματα θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ακριβείς, ενημερωμένες, αξιόπιστες και κατανοητές πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να ενδυναμωθούν και να τους επιτρέψουν να αισθάνονται καλύτερα για να λαμβάνουν αποφάσεις θεραπείας. Οι εκπαιδευτικοί πόροι θα πρέπει επίσης να είναι συγκεκριμένοι, να διαθέτουν πληροφορίες σχετικά με τη νόσο, να είναι φιλικοί προς το χρήστη και σε προσβάσιμο περιβάλλον για τους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους φροντιστές τους. Οι ακατάλληλες, ανακριβείς ή συντριπτικές πληροφορίες επηρεάζουν αρνητικά τα κίνητρα των ασθενών, αποτρέποντας την πλήρη δέσμευση από τις ασθένειες, τη θεραπεία και τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (Rieckmann et al., 2018, Reen et al., 2017). Οι Rieckmann και συν. (2018) αναφέρουν ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αναφέρουν συχνά δυσκολίες στον εντοπισμό σχετικών πληροφοριών στο διαδίκτυο. Το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο που απαιτείται για την κατανόηση των πληροφοριών για την υγεία επιδεινώνει τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, εμποδίζοντας την πλήρη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (Krahn et al., 2015).

### **Ενθάρρυνση των επαγγελματιών υγείας και των διεπιστημονικών ομάδων να αποκτήσουν και να μοιραστούν νέες γνώσεις και πληροφορίες μεταξύ των ομάδων των ασθενών τους με αναπηρίες**

Η ταχεία πρόοδος στις επιλογές θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν τα τελευταία δεδομένα ή δεν έχουν την ικανότητα να κοινοποιούν τις σχετικές πληροφορίες στους ασθενείς τους. Οι αυξανόμενοι οικονομικοί περιορισμοί στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και η έλλειψη αποζημίωσης σε ορισμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, προσθέτουν επιπλέον βάρος, περιορίζοντας τον διαθέσιμο χρόνο ή τον αριθμό των διαβουλεύσεων ((Rieckmann et al., 2018).

Η έλλειψη πόρων θεωρήθηκε ότι έχει αρνητική επίδραση στη σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας μειώνοντας την ποιότητα της αλληλεπίδρασης. Αυτή η παρατήρηση ευθυγραμμίζεται με παρόμοια ευρήματα άλλων που υπογραμμίζουν τη σημασία του επαρκούς χρόνου διαβούλευσης και της πρόσβασης στη γενική ιατρική ομάδα για την αντιμετώπιση της ασθένειας και της θεραπευτικής επιβάρυνσης (Rieckmann et al., 2018).

### **Ανάπτυξη «κοινών» τοπικών πρωτοβουλιών εκπαίδευσης, επικοινωνίας και δέσμευσης ασθενών**

Παρόλο που υπάρχουν πολλά παραδείγματα εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων και δραστηριοτήτων ευαισθητοποίησης που έχουν σχεδιαστεί και παραδοθεί για και από τους επαγγελματίες υγείας και των ασθενών με αναπηρίες και χρόνια νοσήματα ως ξεχωριστές οντότητες, υπάρχουν λίγες ευκαιρίες για τις ομάδες να αλληλεπιδρούν, να μαθαίνουν και να επικοινωνούν μαζί εκτός του κλινικού πλαισίου. Τέτοιες ευκαιρίες θα πρέπει να ενθαρρυνθούν για την καλύτερη κατανόηση και συνεργασία μεταξύ των ομάδων. Μια συμμαχία των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας επιτρέπει την ευθυγράμμιση των στόχων, αναγνωρίζει το φάσμα των διαφορετικών αναγκών των ασθενών και ζητά μια συνολική άποψη για τον καλύτερο τρόπο επίλυσης αυτών των προβλημάτων. Χωρίς τη συνεργασία, υπάρχει ο κίνδυνος οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς να λειτουργούν σε πολλαπλούς σκοπούς και η

επίλυση των ζητημάτων να καθυστερήσει στην καλύτερη περίπτωση (Krahn et al., 2015).

Η συμμετοχή στην κοινωνία και η δέσμευση με τις κοινοτικές δραστηριότητες θεωρούνται βασικοί παράγοντες για την προώθηση της ένταξης και την παρότρυνση των ασθενών να συνεχίσουν τις ανάγκες τους στην υγειονομική περίθαλψη. Η δέσμευση των ασθενών στη δική τους υγειονομική περίθαλψη έχει περιγραφεί ως το «κυριότερο φάρμακο του αιώνα» (Rieckmann et al., 2018).

Από τα πρώτα στάδια της αναπηρίας, οι ασθενείς θεωρούνται ευάλωτες ομάδες στον κοινωνικό αποκλεισμό. Οι αρνητικές αντιλήψεις για την αναπηρία μπορούν επίσης να επικαλούνται προκαταλήψεις και ανισότητες και να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στις υπηρεσίες υγείας (Link & Phelan, 2001).

### **Ενθάρρυνση των ασθενών να γίνουν υποστηρικτές της αυτοδιαχείρισης στη φροντίδα των κρατών μελών**

Η ευθύνη των ασθενών με αναπηρίες και χρόνιες ασθένειες να εμπλέκονται στη δική τους υγεία έγκειται σε όλους όσους εμπλέκονται στη φροντίδα τους καθώς και στους ίδιους τους ασθενείς. Η αξιοποίηση αυτής της αίσθησης ευθύνης απέναντι στην αυτοδιαχείριση, σε όλα τα επίπεδα, μπορεί να συμβάλει στην κινητοποίηση της εμπλοκής (Rieckmann et al., 2018). Ένα αίσθημα ευθύνης μπορεί επίσης να προωθηθεί από τους ασθενείς ώστε να γίνουν εκπαιδευτές άλλων ασθενών. Αυτό έχει αποδειχθεί ότι είναι μια θεραπευτική εμπειρία, προσφέροντας στους ασθενείς οφέλη όπως η αύξηση της αυτοεκτίμησής τους και η αίσθηση ενδυνάμωσης, η απόκτηση νέων γνώσεων στα δικά τους θέματα, η καλλιέργεια καλύτερης κατανόησης της σχέσης ασθενούς-γιατρού και η βελτίωση της ποιότητας ζωής (Rieckmann et al., 2018).

### **Άρση Προκαταλήψεων**

Ο στιγματισμός των άλλων επιτρέπει στους ανθρώπους να επιτύχουν τα άκρα που επιθυμούν. Τα βασικά άκρα που εξυπηρετούνται από το στίγμα συνοψίζονται από τους Link και Phelan (2001) ως αποφυγή της ασθένειας. Σε κάθε περίπτωση, τα

μέλη της κυρίαρχης ομάδας παίρνουν κάτι που θέλουν, στιγματίζοντας τους άλλους. Στο βαθμό που υπάρχουν μεγάλες διαφορές εξουσίας μεταξύ εκείνων που στιγματίζουν και εκείνων που είναι οι παραλήπτες του στιγματισμού, αναμένεται ότι τα συμφέροντα της ισχυρότερης ομάδας θα εκφράζονται αξιόπιστα στα είδη ανισοτήτων που μπορεί να προκαλέσει το στίγμα.

Όπως και άλλοι βασικοί παράγοντες της υγείας του πληθυσμού, το στίγμα σχετίζεται με τα πολλαπλά αποτελέσματα της ασθένειας μέσω πολλαπλών κοινωνικών και ψυχολογικών μηχανισμών. Όσοι θέλουν να κρατήσουν τους άλλους κάτω, μέσα ή μακριά και που έχουν την εξουσία να το κάνουν δεν περιορίζονται σε ένα σταθερό σύνολο στρατηγικών. Εάν μια σημαντική υπάρχουσα στρατηγική μπλοκάρει ή χάνει την ικανότητά της να επιτύχει τους επιθυμητούς στόχους, μπορούν να ενισχυθούν άλλες στρατηγικές ή να δημιουργηθούν νέες.

Η εξέταση του ρόλου του στιγματισμού στην παραγωγή και τη διατήρηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας απαιτεί μοναδικά σύνολα δεδομένων που μετρούν πολλαπλά στιγματισμένα χαρακτηριστικά και μηχανισμούς που ξεκίνησαν από το στίγμα (π.χ. κοινωνική απομόνωση, κακοί πόροι) καθώς και σύνολα δεδομένων που αλληλοσυμπληρώνουν τη διαδικασία του στίγματος με άλλους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας του πληθυσμού (π.χ. άγχος, κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, πολιτισμός, ταυτότητα, βιολογία) κατά τη διάρκεια της ζωής.

Παρόλο που χρειάζεται περισσότερη έρευνα, τα αναδυόμενα στοιχεία δείχνουν ότι το στίγμα πληροί όλα τα κριτήρια για να θεωρηθεί θεμελιώδης αιτία των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Το στίγμα (1) επηρεάζει πολλά αποτελέσματα σωματικής και ψυχικής υγείας που επηρεάζουν εκατομμύρια ανθρώπους στις Ηνωμένες Πολιτείες μέσω πολλαπλών μηχανισμών, (2) διαταράσσει ή παρεμποδίζει την πρόσβαση σε πολλαπλούς πόρους - διαρθρωτικούς, διαπροσωπικούς και ψυχολογικούς - που διαφορετικά θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την αποφυγή ή ελαχιστοποίησης της κακής υγείας και (3) καθιστά δυνατή τη δημιουργία νέων, εξελισσόμενων μηχανισμών που εξασφαλίζουν την αναπαραγωγή των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας μεταξύ των μελών κοινωνικά μειονεκτούντων πληθυσμών. Η απουσία στίγματος στα θεωρητικά και στατιστικά μοντέλα όχι μόνο οδηγεί σε υποτίμηση των κοινωνικών παραγόντων που προκαλούν κακή υγεία, αλλά μπορεί επίσης να υπονομεύσει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας.

Οι ανισότητες ανάμεσα στις στιγματισμένες και τις μη κλιμακωτές ομάδες δεν είναι σε καμία περίπτωση αναπόφευκτες, αλλά οι διαφορές εξουσίας που είναι εγγενείς στο στίγμα δημιουργούν σημαντικά εμπόδια που δυσχεραίνουν τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Ειδικότερα, η παραγωγή παρεμβατικών μηχανισμών που δαιωνίζουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας μεταξύ των στιγματισμένων συχνά δεν εντοπίζεται. Συνεπώς, ο μηχανισμός παραγωγής ανισότητας συχνά δεν αναγνωρίζεται ή παρερμηνεύεται και απαιτεί πολλαπλά πεδία διερεύνησης για να το εκθέσει, συμπεριλαμβανομένης της διεπιστημονικής έρευνας από διάφορους τομείς όπως η ανθρωπολογία, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η επιδημιολογία και η βιολογία. Αυτό απαιτεί συντονισμένη προσπάθεια εκ μέρους των φορέων χρηματοδότησης, συμπεριλαμβανομένων των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας, να παράσχουν τους απαραίτητους πόρους για να εξασφαλίσουν ότι η έρευνα αυτή διεξάγεται. Η υπέρβαση των φραγμών στην επαρκή χρηματοδότηση είναι απαραίτητη επειδή η παραγωγή γνώσεων - ενός βασικού πόρου για την υγεία - αποδυναμώνεται τακτικά από το στίγμα.

## **6.1 Περιορισμοί έρευνας**

Βασικός περιορισμός της παρούσης έρευνας είναι η εύρεση και η αξιοποίηση σχετικά λίγων πηγών για το ερευνητικό μέρος, μόλις 14, γεγονός που δεν επιτρέπει να εξάγουμε μια ολιστική άποψη για το υπό μελέτη θέμα. Ωστόσο η ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων υγείας στα άτομα με χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες είναι γεγονός. Άλλος περιορισμός αποτελεί το γεγονός ότι πρόκειται για μια βιβλιογραφική ανασκόπηση και όχι συστηματική ανασκόπηση, άρα υπάρχει η πιθανότητα να μην έχουν ανακληθεί όλα τα σχετικά με το θέμα άρθρα.

## **6.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να προβεί στη συστηματική επισκόπηση περισσότερων δευτερογενών πηγών και να εμπλουτίσει την ήδη υπάρχουσα έρευνα. Παράλληλα θα μπορούσε να διεξαχθεί πρωτογενής ποσοτική έρευνα σε άτομα με χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες στην Ελλάδα, ώστε να διαπιστωθεί εάν και τι είδους ανισότητες στην υγεία αντιμετωπίζουν.

Ως παρεμβατικές προτάσεις θα μπορούσαν να αναφερθούν οι κάτωθι:

Ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης απέναντι στις χρόνιες παθήσεις και τις αναπηρίες ώστε να μην υπάρχει προκατάληψη και στιγματισμός των ατόμων αυτών

Επιστημονική εξειδίκευση των ιατρών σε θέματα επικοινωνίας με ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες.

Καλύτερα οργανωμένο δημόσιο σύστημα υγείας.

## Βιβλιογραφία

- Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(7), e13-e13.
- Aghukwa C. Medical students' beliefs and attitudes toward mental illness: Effects of a psychiatric education. *Academic Psychiatry*. 2010;34:67–70.
- Alegría, M., Canino, G., Ríos, R., Vera, M., Calderón, J., Rusch, D., & Ortega, A. N. (2002). Mental health care for Latinos: Inequalities in use of specialty mental health services among Latinos, African Americans, and non-Latino Whites. *Psychiatric Services*, 53(12), 1547-1555.
- Al-Jawadi AA, Abdul-Rhman S. Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2007;7:274.
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407.
- Asco Guidelines for Culturally Competent Eye and Vision Care: An Adaptation of Best Practices from the Schools, Colleges, Organizations, and Associations of the Health Professions. *The Association of Schools and Colleges of Optometry website*. <http://www.opted.org/partnerships-advocacy/diversity/cultural-compet>
- Bailey K, Ryan A, Apostolidou S, Fourkala E, Burnell M, Gentry-Maharaj A, Kalsi J, Parmar M, Jacobs I, Pikhart H, Menon U. Socioeconomic indicators of health inequalities and female mortality: a nested cohort study within the United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *BMC public health*. 2015 Dec;15(1):253.
- Bartley, M. (2016). *Health inequality: an introduction to concepts, theories and methods*. John Wiley & Sons.
- Beals J, Novins DK, Whitesell NR, Spicer P, Mitchell CM, Manson SM. Prevalence of mental disorders and utilization of mental health services in two American Indian reservation populations: Mental health disparities in a national context. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(9):1723–1732.



- Beauchamp DE. Public health as social justice. In: Beauchamp DE, Steinbock B, editors. *New Ethics for the Public's Health*. New York: Oxford University Press; 1999. pp. 105–114.
- Berkman, L. F. (2009). Social epidemiology: social determinants of health in the United States: are we losing ground?. *Annual review of public health*, 30, 27-41.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide*. 2004;25(4):147–155.
- Bostock J. The high price of poverty. Poverty and debt are major risk factors for mental ill health in deprived communities and groups. *Mental Health Today*. 2004 November;:27–29
- Centers for Disease Control and Prevention. CDC health disparities and inequalities report — United States, 2011. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2011;60:49–51.
- Chipp C, Dewane S, Brems C, Johnson ME, Warner TD, Roberts LW. ‘If only someone had told me ...’: Lessons from rural providers. *Journal of Rural Health*; 2011, 7(27)
- Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, et al. Scale up services for mental disorders: A call for action. *Lancet*. 2007;370(9594):1241–1252.
- Coburn, D. (2009). *Inequality and health* (pp. 39-58). The Merlin Press.
- Coleman MP, Rachet B, Woods LM, Mitry E, Riga M, Cooper N, Quinn MJ, Brenner H, Esteve J. Trends and socioeconomic inequalities in cancer survival in England and Wales up to 2001. *British journal of cancer*. 2004 Apr;90(7):1367.
- Connell J, Zurn P, Stilwell B, Awases M, Braichet J-M. Sub-Saharan Africa: Beyond the health worker migration crisis. *Social Science and Medicine*. 2007;64:1876–1891.
- Dalgard OS. Social inequalities in mental health in Norway: possible explanatory factors. *International Journal of Equity in Health*. 2008;7(27) doi: 10.1186/1475–9276-1187-1127.

- Das J, Do QT, Friedman J, McKenzie D, Scott K. Mental health and poverty in developing countries: Revisiting the relationship. *Social Science and Medicine*. 2007;65(3):467–480.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Social science & medicine*, 67(2), 330-340.
- Disability Statistics: *Online Resource for U.S. Disability Statistics*. *American Community Survey (ACS)*. Ithaca, NY: Cornell University website. <http://www.disabilitystatistics.org/>
- Dorling, D., & Dorling, D. (2015). *Injustice (revised edition): Why social inequality still persists*. Policy Press.
- Earle S. Promoting public health: Part 1. *Nursing Management*. 2006;13(7):32–35.
- Eaton J. A new movement for global mental health and its possible impact in Nigeria. *Nigerian Journal of Psychiatry*. 2009;7(1):14–15.
- Elgar FJ, Pfortner TK, Moor I, De Clercq B, Stevens GW, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet*. 2015 May 23;385(9982):2088-95.
- Elgar FJ, Pfortner T-K, Moor I, De Clercq B, Stevens GWJM, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff*. 2012;31:1803–13.
- El-Gilany A, Amr M, Iqbal R. Students' attitudes toward psychiatry at Al-Hassa Medical College, Saudi Arabia. *Academic Psychiatry*. 2010;34:71–74.
- Elliott, S. (2010). Parents' constructions of teen sexuality: Sex panics, contradictory discourses, and social inequality. *Symbolic Interaction*, 33(2), 191-212.
- Farmer P. *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley, CA: University of California Press; 2003.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2008). The transmission of social inequality: Examination of the linkages between family socioeconomic status in childhood and educational achievement in young adulthood. *Research in Social Stratification and Mobility*, 26(3), 277-295.
- Flisher AJ, Kramer RA, Grosser RC, Alegria M, Bird HR, Bourdon KH, et al. Correlates of unmet need for mental health services by children and adolescents. *Psychologic Medicine*. 1997;27(5):1145–1154.
- Goldman, N. (2001). Social inequalities in health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 954(1), 118-139.
- Goldthorpe, J. H. (2009). Analysing social inequality: a critique of two recent contributions from economics and epidemiology. *European Sociological Review*, 26(6), 731-744.
- Goodman K. Ethics, evidence and innovation. Global Forum Update on Research for Health. In: Gehner M, Jupp S, Matlin SA, editors. *Fostering innovation for global health*. Vol. 5. Woodbridge: Pro-Brook; 2008. pp. 88–90.
- Gwatkin, D. R. (2000). Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do?. *Bulletin of the world health organization*, 78(1), 3-18.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health*, 103(5), 813-821.
- Hoop J, DiPasquale T, Hernandez J, Roberts LW. Ethics and Culture in mental health care. *Ethics and Behavior*. 2008;18:353–372.
- Horwitz R, Roberts LW, Warner TD. Mexican immigrant women's perceptions of health care access for stigmatizing illnesses: A focus group study in Albuquerque, New Mexico. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2008;19(3):857–873.
- Hurst, C. E., Gibbon, H. M. F., & Nurse, A. M. (2016). *Social inequality: Forms, causes, and consequences*. Routledge.
- Iezzoni, L. I., O'Day, B. L., Killeen, M., & Harker, H. (2004). Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Annals of Internal Medicine*, 140(5), 356-362.

- Jain S, Dunn L, Roberts L. Psychiatric residents' needs for education about informed consent, principles of ethics and professionalism, and caring for vulnerable populations: Results of a multisite survey, 2011, *Academic Psychiatry*
- Jarvis MJ, Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. *Social determinants of health*. 1999;2:224-37.
- Karanikolos, M., & Kentikelenis, A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *International journal for equity in health*, 15(1), 83.
- Kataoka SH, Zhang L, Wells KB. Unmet need for mental health care among US children: variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(9):1548–1555.
- Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:647–52.
- Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1999). Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health services research*, 34(1 Pt 2), 215.
- Kessler R, Chiu W, Demler O, Walters E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication(NCS-R) *Archives of General Psychiatry*. 2005a;62(6):617–627.
- Kessler R, Demler O, Frank R, Olfson M, Pincus H, Walters E, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*. 2005;352(24):2515–2523.
- Kirigia J, Gbary A, Muthuri L, Nyoni J, Seddoh A. The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Services Research*. 2006;6:89.
- Kleintjes S, Flisher A, Fick M, Railoun A, Lund C, Molteno C, et al. The prevalence of mental disorders among children, adolescents and adults in the Western Cape, South Africa. *South African Psychiatry Review*. 2006;9:157–160.
- Kondo, N., Kawachi, I., Subramanian, S. V., Takeda, Y., & Yamagata, Z. (2008). Do social comparisons explain the association between income inequality and health?: Relative deprivation and perceived health among male and female Japanese individuals. *Social science & medicine*, 67(6), 982-987.

- Krahn, G. L., Walker, D. K., & Correa-De-Araujo, R. (2015). Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *American Journal of Public Health, 105*(S2), S198-S206.
- LaVeist TA, Gaskin DJ, Richard P. The economic burden of health inequalities in the United States. 2009. Available from: <http://health-equity.pitt.edu/3797/>
- Lehrmann J, Hoop JG, Hammond K, Roberts L. Medical students' affirmation of ethics education. *Academic Psychiatry. 2009;33:470–477.*
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology, 27*(1), 363-385
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med. 2008;358:2468–81.*
- Mackenbach, J. P. (2002). Income inequality and population health: evidence favouring a negative correlation between income inequality and life expectancy has disappeared. *BMJ: British Medical Journal, 324*(7328), 1.
- Makanyengo MA, Othieno CJ, Okech ML. Consultation liaison psychiatry at Kenyatta National Hospital, Nairobi. *East Africa Medical Journal. 2005;82*(2):79–84.
- Makinen, M., Waters, H., Rauch, M., Almagambetova, N., Bitrán, R., Gilson, L., ... & Ram, S. (2000). Bulletin of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization, 78*, 55-65.
- Mann J. Health and human rights. *British Medical Journal. 1996;312*(7036):924–925.
- Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet. 2012;380:1011–29.*
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet. 2008;372:1661–9.*
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The lancet, 365*(9464), 1099-1104.

- Matsaganis, M. (2012). Social policy in hard times: The case of Greece. *Critical Social Policy*, 32(3), 406-421.
- Matsaganis, M., & Leventi, C. (2011). *The distributional impact of the crisis in Greece* (No. EM3/11). EUROMOD Working Paper.
- Mitrakos, T. M. (2014). Inequality, Poverty and Social Welfare in Greece: Distributional Effects of Austerity. *Hellenic Studies/Etudes Helleniques*, 22(1).
- Mohit A. Mental health and psychiatry in the Middle East: Historical development. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2001;7:336–347.
- Murali V, Oyebode F. Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;10:216–224.
- Murray C, Lopez A, editors. *Global Burden of Disease and Injury Series*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.
- Murray CJL, Gakidou EE, Frenk J. Critical reflection – health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bull World Health Organ*. 1999;77:537–44.
- Murthy R, Bertolote J, Epping-Jordan JA, Funk M, Prentice T, Saraceno B, et al. *The World Health Report Mental Health: New Understanding New Hope*. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Mwaniki D, Dulo C. EQUINET Discussion paper 55. Harare: EQUINET, ECSA HC and IOM; 2008. [accessed 22 January 2010]. Migration of Health Workers in Kenya: The Impact on Health Service Delivery. Available at <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS55HRndetei.pdf>.
- Ndetei D, Khasakhala L, Kingori J, Oginga A, Raja S. Baseline study: The mental health situation in Kangemi informal settlement Nairobi, Kenya. 2007a. [accessed February 7, 2010]. Available at <http://www.basicneeds.org.uk>.
- Ndetei D, Khasakhala L, Kuria M, Mutiso V, Ongecha F, Kokonya D. The prevalence of mental disorders in adults in different level general medical facilities in Kenya: A cross-sectional study. *Annals of General Psychiatry*. 2009. [accessed 22 January

2010]. Available at <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/2018/2011/2011>.

Ndetei D, Khasakhala L, Omolo J. EQUINET Discussion Paper 62. Harare: AMHF, EQUINET, ECSA-HC; 2008. [accessed 22 January 2010]. Incentives for Health Worker Retention in Kenya: An Assessment of Current Practice. Available at <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS62HRndetei.pdf>.

Ndetei D, Mutiso V, Khasakhala L, Kokonya D. The challenges of human resources in mental health in Kenya. *South African Psychiatric Review*. 2007b;10:33–36.

Ngoma MC, Prince M, Mann A. Common mental disorders among those attending primary health clinics and traditional healers in urban Tanzania. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;183(4):349–355.

Ngui EM, Flores G. Unmet needs for specialty, dental, mental, and allied health care among children with special health care needs: Are there racial/ethnic disparities? *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*. 2007;18(4):931–949.

Okamura, J. Y. (2008). *Ethnicity and Inequality in Hawai'i*. Temple University Press.

Okasha A. Mental health in Africa: The role of the WPA. *World Psychiatry*. 2002;1(1):32–35.

Onyut LP, Neuner F, Ertl V, Schauer E, Odenwald M, Elbert T. Trauma, poverty and mental health among Somali and Rwandese refugees living in an African refugee settlement – An epidemiological study. *Conflict Health*. 2009;3(6) doi: 10.1186/1752-1505-1183–1186.

Padgett, D. K., Patrick, C., Burns, B. J., & Schlesinger, H. J. (1994). Ethnicity and the use of outpatient mental health services in a national insured population. *American Journal of Public Health*, 84(2), 222-226.

Pailhez G, Bulbena A, López C, Balon R. Views of psychiatry: A comparison between medical students from Barcelona and Medellín. *Academic Psychiatry*. 2010;34:61–66

Pillay N. Right to health and the Universal Declaration of Human Rights. *Lancet*. 2008;372:2005–6.

- Prata, Ndola; Passano, Paige; Sreenivas, Amita; Gerds, Caitlin Elisabeth (1 March 2010). "Maternal mortality in developing countries: challenges in scaling-up priority interventions". *Women's Health*. **6** (2): 311–327
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859–877
- Ramke, J., Zwi, A. B., Palagyi, A., Blignault, I., & Gilbert, C. E. (2015). Equity and blindness: closing evidence gaps to support universal eye health. *Ophthalmic epidemiology*, *22*(5), 297-307.
- Reen, G. K., Silber, E., & Langdon, D. W. (2017). Interventions to support risk and benefit understanding of disease-modifying drugs in Multiple Sclerosis patients: A systematic review. *Patient education and counseling*, *100*(6), 1031-1048.
- Rieckmann, P., Centonze, D., Elovaara, I., Giovannoni, G., Havrdová, E., Kesselring, J. & Schippling, S. (2018). Unmet needs, burden of treatment, and patient engagement in multiple sclerosis: a combined perspective from the MS in the 21st Century Steering Group. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, *19*, 153-160.
- Roberts L, Warner T, Anderson C, Smithpeter M, Rogers M. Schizophrenia research participants' responses to protocol safeguards: Recruitment, consent, and debriefing. *Schizophrenia Research*. 2004;67:283–291
- Roberts LW, Johnson ME, Brems C, Warner TD. Ethical disparities: Challenges encountered by multi-disciplinary providers in fulfilling ethical standards in the care of rural and minority people. *Journal of Rural Health*. 2007;23:89–97
- Roberts LW, Johnson ME, Brems C, Warner TD. When providers and patients come from different backgrounds: perceived value of additional training on ethical care practices. *Transcultural Psychiatry*. 2008;45:553–565.
- Roberts LW. Stigma, hope, and challenge in psychiatry: Trainee perspectives from five countries on four continents. *Academic Psychiatry*. 2010;34:1–4.
- Ross, N. A., Wolfson, M. C., Dunn, J. R., Berthelot, J. M., Kaplan, G. A., & Lynch, J. W. (2000). Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics. *Bmj*, *320*(7239), 898-902.
- Sen A. Why and how is health a human right? *Lancet*. 2008;372:2010



- Sen A. Why health equity? *Health Econ.* 2002;11:659–66
- Shah, B.V., Barnwall, B.C. & Bieler, G.S. (1997). *SUDAAN User's Manual, release 7.5. Research Triangle Park, NC, Research Triangle Institute*
- Sheppard M. Mental health and social justice: Gender, race and psychological consequences of unfairness. *British Journal of Social Work.* 2002;32(6):779–797.
- Shilling, C. (2017). The body, class and social inequalities. In *Equality, education, and physical education* (pp. 55-73). Routledge.
- Singh GK, Siahpush M. Widening rural–urban disparities in life expectancy, U.S., 1969–2009. *Am J Prev Med.* 2014;46:e19–29
- Sorsdahl K, Stein DJ, Grimsrud A, Seedat S, Flisher AJ, Williams DR, et al. Traditional healers in the treatment of common mental disorders in South Africa. *Journal of Nervous & Mental Disease.* 2009;197(6):434–441.
- Ssebunnya J, Kigozi F, Lund C, Kizza D, Okello E. Stakeholder perceptions of mental health stigma and poverty in Uganda. *BMC International Health and Human Rights.* 2009;9:5.
- Stewart BW, Wild CP. World cancer report 2014. *Health.* 2017 Oct 24.
- Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Orvill A, Dal Poz M. Migration of health-care workers from developing countries: Strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization.* 2004;82(8):595–600.
- Stuart, G. W., Minas, I. H., Klimidis, S., & O'connell, S. (1996). English language ability and mental health service utilisation: a census. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 30(2), 270-277.*
- The United Nations General Assembly. The universal declaration of human rights. 1948. Available from: <http://www.un.org/en/documents/udhr/>
- Ubido, J., Huntington, J., & Warburton, D. (2002). Inequalities in access to healthcare faced by women who are deaf. *Health & Social Care in the Community, 10(4), 247-253.*
- UNAIDS (2010). "Women, Girls, and HIV" UNAIDS Factsheet 10 (Report). Geneva: UNAIDS.

- United Nations General Assembly. The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet. 2014. p. 34. Report No. A/69/700. Available from: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/69/700&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/700&Lang=E)
- United Nations. United Nations Millennium Declaration: Resolution adopted by the general assembly (No. A/RES/55/2 (8th plenary meeting) New York: United Nations General Assembly; 2000.
- US Department of Education. National Institute on Disability and Rehabilitation Research (2012). Notice of proposed long-range-plan for fiscal years 2013–2017. *Fed Regist*, 77(75),23231–23237.
- Voinescu B, Szentagotai A, Coogan A. Attitudes towards psychiatry – A survey of Romanian medical residents. *Academic Psychiatry*. 2010;34:75–78.
- Wax T *Accessibility Concerns in Health Care Settings for Deaf, Hard of Hearing and Deaf-Blind North Carolinians: Draft Report* (unpublished report). Raleigh, NC: Division of Services for the Deaf and the Hard of Hearing; 2016.
- Western, B., & Pettit, B. (2010). Incarceration & social inequality. *Daedalus*, 139(3), 8-19.
- White, G. W. (2009). Nobody Left Behind: Disaster Preparedness and Public Health Response for People with Disabilities (pp. 163–182). In: Drum CE, Krahn GL, Bersani H, (eds). *Disability and Public Health*. Washington, DC: American Public Health Association and American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22:429–45.
- WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*. 2004;291:2581–2590.
- WHO. Atlas: Mental Health Resources in the World. Geneva: World Health Organization; 2005.

- WHO. Health, Economic Growth, and Poverty Reduction: The Report of Working Group 1 of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health; 2002.
- WHO. Ten Statistical highlights in global public health (Part1): World Health Statistics. Geneva: World Health Organization; 2007.
- WHO/WONCA. Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors (WONCA); 2008.
- Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med.* 2006;62:1768–84.
- Williams, D. R. (2008). The health of men: structured inequalities and opportunities. *American journal of public health, 98*(Supplement\_1), S150-S157.
- Williams, D. R., & Collins, C. (1995). US socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations. *Annual review of sociology, 21*(1), 349-386.
- Winker, G., & Degele, N. (2011). Intersectionality as multi-level analysis: Dealing with social inequality. *European Journal of Women's Studies, 18*(1), 51-66.
- Wittchen HU, Jonsson B, Olesen J. Towards a better understanding of the size and burden and cost of brain disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology.* 2005;15(4):355–356.
- World Health Organization (WHO). Environmental health inequalities in Europe. *Health.* 2017 Oct 24.
- Wright, E. R., & Perry, B. L. (2010). Medical sociology and health services research: past accomplishments and future policy challenges. *Journal of health and social behavior, 51*(1\_suppl), S107-S119.
- Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., & Kyriopoulos, J. (2012). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *The European Journal of Public Health, 23*(2), 206-210.