

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Εκτίμηση αναγκών υγείας των ανδρών σε ένα Δήμο της
Κρήτης: Μια ποιοτική προσέγγιση**

Των φοιτητών:

Δημοτάκη Αναστασία

Μιχάλα Ανθούλα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Μαρία Μουδάτσου

Ηράκλειο, 2021

Copyright@ 2021 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥ, ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/των συγγραφέα/ων, της επιβλέπουσας καθηγήτριας και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Δήλωση Τήρησης Ακαδημαϊκής Δεοντολογίας

Οι κάτωθι υπογράφουσες φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, της Σχολής Επιστημών Υγείας, του ΕΛΜΕΠΑ, Δημοτάκη Αναστασία και Μιχάλα Ανθούλα, δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

Εκτίμηση αναγκών υγείας των ανδρών σε ένα Δήμο της Κρήτης: Μια ποιοτική προσέγγιση

είναι προϊόν δικής μας δουλειάς και όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται πλήρως.

Επίσης, δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε άλλο ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος ή το σύνολο αυτής.

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

Δημοτάκη Αναστασία

Μιχάλα Ανθούλα

Περίληψη

Οι επαγγελματίες, σήμερα, χρησιμοποιούν τους κοινωνικούς προσδιοριστές για να αναδείξουν τις ανάγκες υγείας των ανδρών, βάσει του κοινωνικού μοντέλου (Μαλάμου, 2015). Οι κοινωνικοί προσδιοριστές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τους εξωτερικούς (εισόδημα, επάγγελμα, ελεύθερος χρόνος) (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος & Τρομπούκης, 2020) και τους εσωτερικούς (αυτοεκτίμηση, σχέσεις, διαχείριση άγχους, ψυχολογική στήριξη) (Μουδάτσου, 2015), ενώ, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν το φύλο και η κοινωνική θέση των ανδρών (Eurostat, 2015).

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η ποιοτική διερεύνηση των αναγκών υγείας των ανδρών, σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές, την κοινωνική θέση και το φύλο, ενώ, μελετάται η υφιστάμενη κοινωνική πολιτική και η κάλυψη των αναγκών των ανδρών, οι οποίοι διαβιούν στο Δ. Χερσονήσου της Π.Ε. Ηρακλείου Κρήτης. Δείγμα της έρευνας υπήρξαν 10 άνθρωποι-κλειδιά (αιρετοί και επαγγελματίες υγείας), οι οποίοι συναντούν και συνομιλούν με άνδρες μέσω των υπηρεσιών υγείας. Εργαλείο συλλογής των δεδομένων ήταν η ημι-δομημένη συνέντευξη.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε πως η ηλικία και η αντίληψη των ανδρών για την κατάσταση της υγείας τους επιδρά στην αυτοεκτίμηση τους, ενώ, ο τόπος διαμονής επιδρά στην ψυχοσυναισθηματική τους ιδιοσυγκρασία. Επιπλέον, το υψηλό επίπεδο μόρφωσης βοηθά στην αναγνώριση της αξίας της πρόληψης, αλλά περιορίζει τις επισκέψεις στο γιατρό, σε αντίθεση, με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο που φαίνεται πως αυξάνει την επισκεψιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αντίστοιχα, η υψηλή κοινωνική θέση δίδει την αίσθηση ότι δεν υπάρχουν ανάγκες (αυτό-διάγνωση), ενώ, τα χαμηλά στρώματα, λαμβάνουν τη γνώμη των άλλων.

Ταυτόχρονα, βρέθηκε πως οι άνδρες του δήμου είναι προσηλωμένοι στο επάγγελμα τους, με τους έχοντες υψηλά/μεσαία εισοδήματα να ασχολούνται με της υγείας τους, ενώ, οι έχοντες χαμηλά να θέτουν την υγεία σε δεύτερη μοίρα. Η κατάσταση αυτή βρέθηκε πως επιδρά στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νόσων και αλλαγών στο ρυθμό ζωής και τον ελεύθερο χρόνο των ανδρών του δήμου. Έτσι, διαπιστώθηκαν ανάγκες για σωματική υγεία και ξεκούραση που πηγάζουν από τους

ρόλους του φύλου τους. Τέλος, οι υπηρεσίες του δήμου είναι ανεπαρκείς ως προς την κάλυψη των αναγκών των ανδρών για τους επαγγελματίες υγείας και επαρκείς για τους αιρετούς, ενώ, σημειώθηκαν προτάσεις για τη βελτίωση τους.

Λέξεις-Κλειδιά: κοινωνικοί προσδιοριστές, φύλο, κοινωνική θέση, ανάγκες, άνδρες.

Abstract

Health professionals nowadays use social determinants to highlight the health needs of men, according to the social model (Malamou, 2015). Social determinants are separated in two categories. External (income, profession, free time) (Filalithis, Fotopoulos & Trampoukis, 2020) and internal (self-esteem, relationships, stress management, psychological support) (Moudatsou, 2015), while also the gender and social status of men having an important role (Eurostat, 2015).

The purpose of this study is to qualitatively investigate the health needs of men, according to social determinants, social status and gender, while studying the existing social policy and meeting the needs of men who are residents of the Municipality of Hersonissos, Regional Unit of Heraklion, Crete. The sample of the research was 10 key people (elected and health professionals), who meet and talk to men through health services. The data collection tool used was the semi-structured interview.

The results of the research found that the age and perception of men about their health condition affects their self-esteem, while the place of residence also affects their psycho-emotional temperament. In addition, while a higher level of education helps to recognize the value of prevention, it seems to reduce the number of visits to health services. In contrast, the lower level of educated seem to have a higher frequency of visits to health services. Correspondingly, the higher social status gives the feeling that there are no needs (self-diagnosis), while the lower strata are more receiving of the opinion of others.

Additionally, it was found that the men of the municipality are committed to their profession, with those with high/middle incomes taking better care of their health, while those with low income seem to put health second. This condition was found to affect the occurrence of cardiovascular disease and changes in the rhythm of life and free time of men in the municipality. Thus, the needs for physical health and rest arising from their gender roles were identified. At last, it was found that the services of the municipality are found insufficient to meet the needs of men by health

professionals while being found sufficient by the elected. Furthermore, proposals were made on how to improve them.

Keywords: social determinants, gender, social status, needs, men.

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Abstract	6
Περιεχόμενα.....	8
Εισαγωγή	10
Κεφάλαιο 1: Η υγεία των ανδρών.....	11
1.1 Οι ανάγκες υγείας των ανδρών	11
1.2 Το κοινωνικό μοντέλο της υγείας.....	13
1.2.1 Ανάγκες υγείας των ανδρών σύμφωνα με τους εξωτερικούς παράγοντες υγείας	17
1.2.2 Ανάγκες υγείας των ανδρών σύμφωνα με τους εσωτερικούς παράγοντες υγείας	20
Κεφάλαιο 2: Η κοινωνική θέση και το φύλο ως παράγοντες προσδιορισμού της υγείας των ανδρών	24
Κεφάλαιο 3: Υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής και υγεία των ανδρών.....	27
3.1 Ανασκόπηση υπηρεσιών κοινωνικής πολιτικής σε Ελλάδα και εξωτερικό	28
3.2 Διαθέσιμες υπηρεσίες πρόληψης και αντιμετώπισης για την κάλυψη των αναγκών των ανδρών	30
Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία έρευνας.....	36
4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	36
4.2 Δείγμα - Κριτήρια επιλογής πληθυσμού.....	37
4.3 Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	40
4.4 Άδειες και ενημέρωση	40
4.5 Ανάλυση δημογραφικών και ποιοτικών δεδομένων.....	41

Κεφάλαιο 5: Παρουσίαση αποτελεσμάτων	42
5.1 Αποτελέσματα.....	42
5.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων	59
Κεφάλαιο 6: Περιορισμοί και προτάσεις της έρευνας.....	63
6.1 Περιορισμοί της έρευνας	63
6.2 Προτάσεις για πολιτικές υγείας	63
Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα	65
Βιβλιογραφία	67
Παράρτημα Ι.....	76
Παράρτημα ΙΙ.....	80
Παράρτημα ΙΙΙ.....	83

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, οι ανάγκες υγείας αποτελούν μια σύνθετη έννοια, βάσει του κοινωνικού μοντέλου, όπου η ασθένεια προσδιορίζεται από παράγοντες όπως το περιβάλλον, το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι καθημερινές συνήθειες (διατροφή, κάπνισμα, άσκηση) και η κληρονομικότητα (Μουδάτσου & συν., 2010). Έτσι, οι περισσότεροι επαγγελματίες χρησιμοποιούν τους κοινωνικούς προσδιοριστές (social determinants) για τον προσδιορισμό της υγείας των ανθρώπων (Μαλάμου, 2015).

Η διεθνής βιβλιογραφία, σήμερα, έχει χωρίσει τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, δηλαδή τους παράγοντες εκείνους που επιδρούν στην υγεία των ανθρώπων, σε δύο κατηγορίες: (α) τους εξωτερικούς και τους (β) εσωτερικούς. Ως εξωτερικοί προσδιοριστές υγείας νοούνται οι παράγοντες που προέρχονται από το περιβάλλον του ατόμου και επιδρούν στα επίπεδα υγείας του. Σε αυτούς συγκαταλέγονται το εισόδημα, το επάγγελμα, ο ελεύθερος χρόνος και η ξεκούραση (Φιλαλήτης, Φωτόπουλος & Τρομπούκης, 2020).

Μαζί με τους εξωτερικούς παράγοντες, το φύλο και η κοινωνική θέση φαίνεται να επιδρά ιδιαίτερα στην υγεία των ανδρών, αφού υποκινούν συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου όπως η χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών (Eurostat, 2015), ταξινομούν, ενώ ταυτόχρονα ιεραρχούν, περιορίζουν και καταπιέζουν τους ανθρώπους (Delphy, 2008).

Από την άλλη, οι εσωτερικοί κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας αποτελούν τα εργαλεία ή μέσα, που βοηθούν το άτομο να ασκεί έλεγχο στο περιβάλλον του και να διαχειρίζεται τις καταστάσεις έντονου στρες. Σε αυτούς συγκαταλέγονται η αυτοεκτίμηση, η διαχείριση του άγχους, οι κοινωνικές σχέσεις και η ψυχολογική στήριξη (Μουδάτσου, 2015).

Στα κεφάλαια που ακολουθούν παρουσιάζονται αναλυτικά: (α) οι ανάγκες υγείας των ανδρών βάσει των κοινωνικών προσδιοριστών (εσωτερικών και εξωτερικών), του φύλου και της κοινωνικής τους θέσης, (β) το κοινωνικό μοντέλο της υγείας και (γ) οι υπάρχουσες πολιτικές και υπηρεσίες που αφορούν τους άνδρες του δήμου Χερσονήσου.

Κεφάλαιο 1: Η υγεία των ανδρών

Η υγεία ως βασικό αγαθό της ανθρώπινης ύπαρξης μπορεί να ορισθεί ως μια κατάσταση ολικής, δηλαδή σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας ενός ατόμου (Καραγκούνης, 2018). Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι επαγγελματίες υγείας τείνουν να ερμηνεύουν τις ανάγκες υγείας των ανθρώπων με κοινωνικούς προσδιοριστές (social determinants), βασιζόμενοι στο κοινωνικό μοντέλο της υγείας (Μαλάμου, 2015). Η διεθνής βιβλιογραφία, σήμερα, έχει χωρίσει τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, δηλαδή τους παράγοντες εκείνους που επιδρούν στην υγεία των ανθρώπων, σε δύο κατηγορίες: (α) τους εξωτερικούς και τους (β) εσωτερικούς. Ως εξωτερικοί προσδιοριστές νοούνται οι παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος όπως το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνική διαστρωμάτωση (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος & Τρομπούκης, 2020) και η εργασία (Nettleton, 2002) ή η ανεργία (Eurostat, 2011) αντίστοιχα, ενώ, οι εσωτερικοί αφορούν τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου όπως πχ η αυτοεκτίμηση, οι σχέσεις και οι δεξιότητες διαχείρισης κρίσεων (WHO, 2012. Καδδά, 2009).

1.1 Οι ανάγκες υγείας των ανδρών

Η ανάγκη αποτελεί διαχρονικά μια διαρκώς μεταβαλλόμενη και δυναμική έννοια, η οποία διαφέρει μεταξύ των επαγγελματιών υγείας όπως οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Η έννοια της ανάγκης προσδιορίστηκε για πρώτη φορά από κοινωνιολογική σκοπιά, στη δεκαετία του 1960, ενώ, τη δεκαετία του 1970 διαμορφώθηκε ως διοικητική έννοια εσωκλείοντας το λογικό προγραμματισμό και την κατανομή των πόρων. Η είσοδος της στον τομέα της υγείας έγινε για πρώτη φορά το 1990, με τη μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μ. Βρετανίας, όπου εκεί τέθηκε στο επίκεντρο ο ασθενής και οι απαιτήσεις του για την υγειονομική περίθαλψη που θα λάβει (Κοτσαγιώργη & Λυμπέρη, 2011).

Όμως, η έννοια της ανάγκης δε φαίνεται να ακολουθεί τις επιταγές των καιρών. Μολονότι, οι σύγχρονες κοινωνίες τείνουν να επιθυμούν την αλλαγή των

αρχέτυπων στάσεων και στερεοτύπων για το τι είναι άνδρας, οι βαθιά ριζωμένες πατριαρχικές νόρμες αποτελούν τροχοπέδη στην αλλαγή των άλλοτε στάσεων και απόψεων. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, ο ρόλος που αποδίδεται από την κοινωνία σε έναν άνδρα διακατέχεται από σταθερές και αμετάβλητες πτυχές της προσωπικότητας και της σωματικής του διάπλασης. Μερικές από τις πτυχές αυτές περιλαμβάνουν τη δύναμη, τη ρώμη, την εργατικότητα (παραγωγή αγαθών), τη βιολογική και οικονομική ανάπτυξη του τόπου καθώς και την προβολή όλων αυτών (Ζιούβας & Κατάκη, 2019).

Βάσει των παραπάνω βαθιά ριζωμένων αντιλήψεων, οι άνδρες παρουσιάζουν αντικειμενικές δυσκολίες ως προς την έκφραση των συναισθημάτων τους, κυρίως ως προς το αίσθημα του σωματικού πόνου, οι οποίες καταλήγουν να επιδρούν στον ψυχισμό τους. Άλλωστε, η ίδια η κοινωνία χαρακτηρίζει συχνά το ανδρικό φύλο ως εσωστρεφή, κάτι που φαίνεται να περιορίζει την ψυχολογική αποφόρτιση των ανδρών από τα ζητήματα που τους απασχολούν και να ενισχύει τη μείωση των κοινωνικών τους δικτύων. Έτσι, πολλοί είναι εκείνοι που αποφεύγουν να ζητήσουν βοήθεια ή να προβούν σε εξετάσεις πρόληψης για διάφορα νοσήματα, από φόβο μήπως εκτεθούν στα πλαίσια της κοινωνίας (Νιτσόπουλος, 2018).

Επιπλέον, οι άνδρες σήμερα, τείνουν να έχουν καθημερινές συνήθειες, οι οποίες επιδρούν αρνητικά στην υγεία τους. Συγκεκριμένα, οι άνδρες τείνουν να υποφέρουν από αϋπνίες, οι οποίες τους καθιστούν συχνά κουρασμένους, ενώ, η διατροφικές τους συνήθειες περιλαμβάνουν μεγάλες ποσότητες ζάχαρης και κόκκινου κρέατος αντί φρούτων και λαχανικών. Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ (ιδίως στην Κρήτη) και τη μειωμένη σωματική άσκηση, αυξάνουν συχνά το σωματικό βάρος των ανδρών, μαζί με τις πιθανότητες εμφάνισης ασθενειών όπως η χοληστερίνη και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Όμως, οι περισσότεροι άνδρες τείνουν να μην αντιλαμβάνονται τους παραπάνω κινδύνους, αφού, οι αλλαγές στη λειτουργία του σώματος τους δεν είναι εύκολα αντιληπτές, με αποτέλεσμα πολύ συχνά να τις προσπερνούν (Νιτσόπουλος, 2018).

Σήμερα, η είσοδος του κοινωνικού μοντέλου στον τομέα της υγείας, έχει αναδείξει ένα νέο ορισμό για τις ανάγκες εξετάζοντας τα διάφορα ζητήματα υγείας υπό το πρίσμα άλλων παραγόντων όπως ο κοινωνικός και ο οικονομικός. Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες είναι το περιβάλλον, το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι

καθημερινές συνήθειες (διατροφή, κάπνισμα, άσκηση) και η κληρονομικότητα. Παρ' όλα αυτά, οι ανάγκες υγείας αποτελούν μια σύνθετη έννοια, την οποία οι ειδικοί σχετίζουν με τη θεραπεία μιας ασθένειας, ενώ, το κοινωνικό μοντέλο λαμβάνει υπόψη του και ζητήματα που επιδρούν με το ευρύτερο περιβάλλον του ατόμου(Μουδάτσου & συν., 2010).

1.2 Το κοινωνικό μοντέλο της υγείας

Είναι γεγονός πως δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός, για την περιγραφή της έννοιας υγείας, ενώ, η υγεία και η ασθένεια δεν είναι δυο έννοιες οι οποίες δεν υφίστανται στο κενό. Αντίθετα, προσδιορίζονται με βάση τις γνωσιολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και πολιτικές ιδιαιτερότητες και εκφάνσεις, που εμφανίζονται σε κάθε χώρα, διαχρονικά. Ωστόσο, αν κάτι έχει διαφανεί, από τις προσεγγίσεις οι οποίες έχουν διατυπωθεί, αναφορικά με τον ορισμό της υγείας, είναι ότι έχουν επικρατήσει δύο, οι οποίες αποτελούν και τις βασικές κατευθύνσεις προβληματισμού. Πρόκειται για την «βιοϊατρική προσέγγιση» και την «κοινωνική προσέγγιση», ή αλλιώς, το «βιοϊατρικό μοντέλο υγείας» και το «κοινωνικό μοντέλο υγείας»(Οικονόμου, 2018).

Το «**βιοϊατρικό μοντέλο υγείας**» συνήθως επιλέγεται από τη «δυτική ιατρική», ως η κυρίαρχη οπτική, αναφορικά με την αντιμετώπιση της υγείας και της ασθένειας, υποστηρίζοντας ότι συγκεκριμένες ασθένειες, συνδέονται με συγκεκριμένα αίτια. Το βασικό πλαίσιο στηρίζεται στη γενικευμένη αντίληψη, περί «κανονικότητας», όπου υπάρχει ένα κυρίαρχο πρότυπο οργανικής δομής και λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος και σύμφωνα με το οποίο υπάρχει διασύνδεση των ασθενειών, με τα ζωτικά όργανα, του ανθρώπινου σώματος. Είναι δε εμφανής η σύνδεση αυτής της προσέγγισης, με την καρτεσιανή θεώρηση, σύμφωνα με την οποία, το ανθρώπινο σώμα νοείται ως μια «μηχανή», η οποία χρήζει «επιδιόρθωσης», όταν κάποιο «εξάρτημα» παρουσιάσει «βλάβη». Επομένως, υπό αυτό το πρίσμα, η υγεία προσδιορίζεται με βάση την ύπαρξη ή την απουσία ασθένειας (νόσου) ή αναπηρίας. Δηλαδή, ενυπάρχει ο κανόνας του «φυσιολογικού», του «κανονικού» κι εφόσον οι άνθρωποι δεν «παρεκκλίνουν», από τον κανόνα αυτόν και άρα δεν εμφανίζουν ασθένειες, αναπηρία, ή και άλλες παθολογικές καταστάσεις. Στην

αντίθετη περίπτωση, όταν το σώμα εμφανίσει μια οποιαδήποτε δυσλειτουργία, αυτό μεταφράζεται ως νόσημα, το οποίο αναλαμβάνει ο/η γιατρός και προχωράει σε διάγνωση και τελικά σε θεραπεία της νόσου. Η νόσος και η υγεία δηλαδή, υπό το πρίσμα της «θετικιστικής υπόθεσης», εμφανίζονται ως αντικειμενικά, παρατηρήσιμα και μετρήσιμα φαινόμενα (Οικονόμου, 2018).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι δυο βασικές συνέπειες, οι οποίες ενισχύονται από την προσέγγιση, η οποία αναφέρθηκε στα προηγούμενα. Καταρχάς, στην κορυφή αυτής της «πυραμίδας» βρίσκεται ο/η γιατρός, ο/η οποίος/-α, ως «αυθεντία» καταλαμβάνει και διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο και θεωρείται ως το μόνο πρόσωπο, που είναι σε θέση να διαχειριστεί και να θεραπεύσει την ασθένεια, στον μοναδικό συμβατό χώρο, το νοσοκομείο. Είναι εμφανές πως έμφαση δίδεται στην θεραπεία και την εκ των υστέρων παρέμβαση και όχι στην πρόληψη.

Με γνώμονα ότι το ανθρώπινο σώμα έχει προσβληθεί από το νόσημα, εμφανίζεται η δεύτερη συνέπεια, όπου οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση έχει ως επίκεντρο το άτομο. Έτσι, προκειμένου να επιτευχθεί η ίαση και η θεραπεία, το άτομο, απομακρύνεται από το περιβάλλον δράσης του (οικογενειακό, εργασιακό, φιλικό ή ευρύτερο κοινωνικό). Ουσιαστικά, δηλαδή, πρόκειται για «ατομοκεντρική» προσέγγιση, στην οποία δεν συνυπολογίζονται άλλοι παράγοντες επιρροής στην υγεία του ατόμου (Οικονόμου, 2018).

Το «βιοϊατρικό μοντέλο υγείας» έχει βρεθεί στο επίκεντρο της κριτικής, κυρίως επειδή αντιμετωπίζει την ασθένεια αποκομμένη από την επίδραση του ευρύτερου περιβάλλοντος του ατόμου, δηλαδή του κοινωνικοοικονομικού και πολιτισμικού πλαισίου και διερευνά αποκλειστικά τα βιολογικά αίτια των ασθενειών και πώς αυτές αντιμετωπίζονται ιατροβιοτεχνολογικά (Παπαδάτου & Μπελλάλη, 2008). Όμως, αξίζει να σημειωθεί πως επιδημιολογικές μελέτες και έρευνες καταδεικνύουν ότι για έναν πολύ σημαντικό αριθμό μεταδοτικών νοσημάτων, η θνησιμότητα του πληθυσμού παρουσίασε σημαντική μείωση, πριν την ανακάλυψη κι εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων παρέμβασης, οι οποίες ανακαλύφθηκαν από το «βιοϊατρικό μοντέλο υγείας». Αντίθετα, οι έρευνες απέδειξαν πως η βελτίωση των συνθηκών υγείας, ήταν το αποτέλεσμα άλλων παραγόντων, όπως η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, των υδάτινων υποδομών (ύδρευση και αποχέτευση) και βέβαια, η λήψη μέτρων της δημόσιας υγείας, σε επίπεδο πρόληψης (Οικονόμου, 2018).

Έτσι, καθίσταται σαφές, από τα παραπάνω, ότι το «βιοϊατρικό μοντέλο υγείας» δίδοντας έμφαση στην ασθένεια, αποκόπτοντας το ανθρώπινο σώμα, από το ευρύτερο κοινωνικό, οικονομικό πολιτισμικό περιβάλλον του, συνδέοντας παράλληλα την ασθένεια με συγκεκριμένα αίτια, παραβλέποντας τον ιδιαίτερο ρόλο επιρροής, τον οποίο διαδραματίζουν οι ευρύτεροι προσδιοριστές της υγείας (Οικονόμου, 2018).

Στον αντίποδα του «βιοϊατρικού μοντέλου υγείας», βρίσκεται το «κοινωνικό μοντέλο υγείας», το οποίο ξεφεύγοντας από τα στερεοτυπική αντιμετώπιση της υγείας, στην οποία επικρατεί το «δίπολο» ασθένεια-αιτία, με μόνο αντικείμενο διερεύνησης το ανθρώπινο σώμα, έρχεται για να αντιμετωπίσει τα «κακώς κείμενα» και τις αδυναμίες του «βιοϊατρικού μοντέλου» (Οικονόμου, 2018).

Εξάλλου οι διαφορές ανάμεσα στο «κοινωνικό μοντέλο υγείας» και το «βιοϊατρικό μοντέλο υγείας» είναι δομικές και ξεκινούν από τη βασική θεώρησή τους, στον τρόπο με τον οποίο εννοιολογικά αντιμετωπίζουν τους όρους νόσος, αρρώστια και ασθένεια. Από την σκοπιά του «βιοϊατρικού μοντέλου» η ασθένεια συνεπάγεται κατάρρευση του σώματος, την οποία μόνο η ιατρική επιστήμη είναι σε θέση να διαγνώσει και να θεραπεύσει. Αντίθετα, η σκοπιά του «κοινωνικού μοντέλου» αντιμετωπίζει την ασθένεια ως μια συνολική εμπειρία, ως προς τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει την εμπειρία αυτή, ενώ παράλληλα δίνει ερμηνεία στην εμφάνιση των παθολογικών συμπτωμάτων (Οικονόμου, 2018).

Όμως, η ασθένεια δεν είναι μόνο η παθολογική εκδήλωση της νόσου. Ή τουλάχιστον, δεν είναι μόνο αυτό. Επί της ουσίας χαρακτηρίζεται (η ασθένεια) ως η κοινωνική κατάσταση, στην οποία βρίσκονται τα νοσούντα άτομα, η οπτική με την οποία τα αντιμετωπίζει το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο και τα θεωρεί άρρωστα. Επομένως, πρόκειται για έναν συγκεκριμένο ρόλο, ή για μια συγκεκριμένη θέση στην κοινωνία, την οποία θεωρητικά, καταλαμβάνουν τα νοσούντα άτομα. Υπό αυτήν την θεώρηση, οτιδήποτε αφορά στο ανθρώπινο σώμα, αναφορικά με την παθολογία αυτού και την ιατρική γνώση, γύρω από αυτό, η δομή των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, αντιμετωπίζονται ως «κοινωνικοπολιτισμικά προϊόντα», ως αποτέλεσμα της ανθρώπινης δράσης και υπόστασης και ενσωματώνονται σε αυτά, κοινωνικά και ιστορικά προσδιορισμένες αναπαραστάσεις και συμβολικά νοήματα (Οικονόμου, 2018).

Επομένως, το «κοινωνικό μοντέλο της υγείας» συνδέει την ασθένεια και τη νόσο με υποκειμενικά αισθήματα και αντιλήψεις και όχι μόνο ως αποτέλεσμα ανίχνευσης κλινικών εξετάσεων και βιοχημικών δεικτών. Αυτή η θεώρηση συμβαδίζει με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1948), που ισχύει ακόμα, σύμφωνα με τον οποίο *«η υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας»*.

Η ολιστική αυτή θεώρηση του «κοινωνικού μοντέλου της υγείας» έχει ως απόρροια δυο συνέπειες. Η πρώτη του συνέπεια έγκειται στο γεγονός πως ξεπερνάει τον «σκόπελο» της παραδοσιακής, αρνητικής, ιατρικής οπτικής, την οποία εκφράζει το «βιοϊατρικό μοντέλο». Αντίστοιχα, η δεύτερη συνέπεια είναι πως εκλαμβάνει την υγεία ως μια θετική κατάσταση ευεξίας, στην οποία δεν είναι το επίκεντρο το σώμα, αλλά συνυπολογίζονται οι ψυχολογικές, κοινωνικές και πολιτισμικές προεκτάσεις, οι οποίες συμβάλλουν καθοριστικά στη διαμόρφωση της υποκειμενικής αντίληψης και του βιώματος της υγείας. Επιπρόσθετα, το «κοινωνικό μοντέλο της υγείας» δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα αυτής και άρα το ενδιαφέρον στρέφεται στην περαιτέρω μελέτη του κοινωνικοπολιτικού και οικονομικού περιβάλλοντος, το οποίο έχει υψηλή επίδραση στο επίπεδο υγείας και με τον τρόπο αυτόν, προσδιορίζει τη διάχυσή της στο κοινωνικό σύνολο (Οικονόμου, 2018).

Μέσα από αυτές τις διεργασίες διαφαίνεται η ιδιαίτερη σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, όπως είναι το εισόδημα, η εκπαίδευση, το επάγγελμα, ο βαθμός κοινωνικής αλληλεγγύης, το πολιτικό περιβάλλον, οι επιπτώσεις μακροοικονομικών πολιτικών και των πολιτικών απασχόλησης. Όλοι οι παραπάνω είναι παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν τον βαθμό πρόσβασης, σε ένα καλύτερο επίπεδο υγείας, ως ευκαιρία για τις επιμέρους κοινωνικές ομάδες (Οικονόμου, 2018).

1.2.1 Ανάγκες υγείας των ανδρών σύμφωνα με τους εξωτερικούς παράγοντες υγείας

Οι εξωτερικοί προσδιοριστές υγείας αφορούν τους παράγοντες εκείνους που προέρχονται από το περιβάλλον του ατόμου και καθορίζουν τα επίπεδα υγείας του. Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται το εισόδημα, το επάγγελμα, ο ελεύθερος χρόνος και η ξεκούραση. Μαζί με τους παράγοντες αυτούς προστέθηκαν το φύλο και η κοινωνική θέση των ανδρών, οι οποίοι όπως δείχνει πλήθος εθνικών και διεθνών ερευνών επιδρούν επικουρικά μαζί με τους άλλους εξωτερικούς προσδιοριστές στην υγεία των ανδρών (Μουδάτσου, 2015).

Εισόδημα και επάγγελμα

Η εργασία μπορεί να οριστεί ως μία ανθρώπινη δραστηριότητα με σκοπό τη δημιουργία ενός χρήσιμου αποτελέσματος για το άτομο και την κοινωνία. Στα οφέλη που λαμβάνει το άτομο από την εργασία του συγκαταλέγονται οι δύο μεγάλες πτυχές των ανθρώπινων αναγκών: οι υλικές-οικονομικές και οι κοινωνικές-ψυχολογικές. Οι υλικές-οικονομικές ανάγκες του ατόμου καλύπτονται μέσω των αμοιβών, οι οποίες προέρχονται από την εργασία και βιοπορίζουν το ίδιο το άτομο ή/και την οικογένειά του, ενώ, οι κοινωνικές-ψυχολογικές ανάγκες σχετίζονται με την αποδοχή του ατόμου από την κοινωνία καθώς και τη διαφοροποίηση του από αυτήν. Με τον τρόπο αυτό, αναδύονται ατομικά χαρακτηριστικά, με τα οποία το άτομο ακολουθεί μια διαδικασία προσωπικής αξιολόγησης για να φτάσει στην αλλαγή (Λιάντας, 2000. Μουδάτσου, 2015).

Μολονότι οι ευεργετικές ιδιότητες της εργασίας στο άτομο είναι πολλές, η έλλειψη της δύναται να αυξήσει τις ψυχολογικές δυσλειτουργίες του ατόμου. Μηχανισμοί όπως η ανεργία, το άγχος, η ανασφάλεια και η φτώχεια φαίνεται να έχουν αρνητική επίδραση στην υγεία του ατόμου (Μαλάμου, 2015). Στην Ελλάδα, έρευνες για την κατάσταση υγείας των ανθρώπων έδειξαν ότι ευάλωτες ομάδες πληθυσμού όπως άνεργοι και άτομα με χαμηλά εισοδήματα τείνουν να αξιολογούν την υγεία τους ως «κακή» (Zavrasetal., 2013· Vandorosetal., 2013), ενώ, στις ίδιες

ομάδες φαίνεται ότι υπήρξε αύξηση του επιπολασμού των μείζονων καταθλιπτικών διαταραχών σε 8,2% (από 3,3%) (Antonakakis & Collins, 2014. Economou et al., 2013a) και του αυτοκτονικού ιδεασμού (Madianos et al., 2014. Christodoulou & Christodoulou, 2013. Economou et al., 2013b).

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019) οι άνδρες με χαμηλά εισοδήματα φαίνεται να είναι επιρρεπείς σε επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές όπως το κάπνισμα (32%), το αλκοόλ και η παχυσαρκία. Αντίστοιχα, οι δυσμενείς επιδράσεις της διατροφής 2011-2012 φαίνεται να αύξησαν το δείκτη αυτοκτονιών στους άνδρες, με τις ηλικίες των 20-59 και άνω των 60 ετών, να αγγίζουν το 7,43% ανά 100.000 πληθυσμού, κάτι που οι Rachiotiset al. (2015) το αποδίδουν στην αύξηση της ανεργίας, αφού διαπίστωσαν πως η αύξηση της ανεργίας κατά μια ποσοστιαία μονάδα ισοδυναμεί με αύξηση των αυτοκτονιών στον ανδρικό πληθυσμό κατά 0,19%. Έτσι, φαίνεται να υπάρχει άρρηκτη σχέση ανάμεσα σε εργασία και υγεία (ψυχική και σωματική), η οποία αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη διασφάλιση της ποιότητας ζωής του ατόμου (Μακράκης, 2021).

Ελεύθερος χρόνος και ξεκούραση

Ο ελεύθερος χρόνος και η ξεκούραση, σύμφωνα με τον Parker(1976), αφορά το χρόνο ενός ατόμου ο οποίος δε δεσμεύεται από υποχρεώσεις, ύπνο ή εργασιακό χρόνο. Συνήθως, ο χρόνος αυτός καλύπτεται από δραστηριότητες που σχετίζονται με διάφορες πτυχές της ζωής, το αίσθημα της ελευθερίας, τη στάση και την ψυχολογία (αίσθημα ευχαρίστησης/ απόλαυσης) του κάθε ανθρώπου. Έτσι, διαπιστώνει κανείς ότι η έννοια της αυτοπραγμάτωσης ενυπάρχει στον ορισμό του ελεύθερου χρόνου (Τοσουνίδης, 2020).

Στις δραστηριότητες αυτές συγκαταλέγονται η κοινωνική ζωή, η σωματική άσκηση, οι τέχνες και ο εθελοντισμός (Τοσουνίδης, 2020), οι οποίες αποτελούν κριτήρια για την ευημερία και την υγεία του ατόμου. Η πραγματοποίηση μέρους ή του συνόλου των παραπάνω δραστηριοτήτων, σύμφωνα πάντα με τη διάθεση και τις προτιμήσεις κάθε ανθρώπου, φαίνεται πως επιδρά θετικά στα επίπεδα ευχαρίστησης

και τη συνολική ικανοποίηση του από τη ζωή. Η επίδραση αυτή διαφαίνεται από τα πρώτα κιόλας στάδια, της λήψης απόφασης και της προετοιμασίας (Τοσουνίδης, 2020).

Όμως, η δημοσιονομική κρίση στην Ελλάδα επέφερε ανισότητες στο σύνολο του πληθυσμού, με την κοινωνική ζωή των ανθρώπων να πλήττεται σημαντικά από την αυξημένη φορολογία αγαθών και υπηρεσιών, τις αυξημένες απαιτήσεις από την εργασία(επιπλέον ωράριο)και τη μείωση των απολαβών. Τα παραπάνω είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση του ελεύθερου χρόνου των εργαζόμενων, την αύξηση του δείκτη ανεργίας της χώρας και τη μείωση της αγοραστικής δύναμη του πληθυσμού, με μεγάλο μέρος του να ζει στα όρια της φτώχειας (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).Η αύξηση αυτή της ανεργίας φαίνεται να σχετίζεται με την αύξηση της θνησιμότητας από ζητήματα υγείας όπως η ισχαιμική καρδιοπάθεια, σύμφωνα με τους Economou et al (2007), ενώ, οι Schraad-Tischler και Kroll (2014) καταγράφουν σημαντική μείωση στο προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού της Ελλάδας από 66,5 έτη σε 64,8.

Εκπαίδευση και κατάρτιση

Η εκπαίδευση και η κατάρτιση αποτελεί μια ακόμα ανάγκη της σύγχρονης κοινωνίας, η οποία, όπως παρουσιάστηκε παραπάνω, μπορεί να προσδιορίσει τα επίπεδα υγείας των ανθρώπων. Η εκπαίδευση δύναται να αποτελέσει το εισιτήριο για την αγορά εργασίας, το οποίο διασφαλίζει πως το άτομο έχει τις απαραίτητες γνώσεις για να ανταπεξέλθει στον επαγγελματικό στίβο (Mc Kee et al., 2006).

Τυχόν έλλειψη των γνώσεων και δεξιοτήτων αυτών δύναται να έχει δυσάρεστες επιδράσεις στην ψυχική και σωματική υγεία όπως κατάθλιψη και άγχος (Mc Kee et al., 2006). Έρευνα σχετικά με την εκτίμηση της γενικής υγείας των ηλικιωμένων ανδρών στη Λάρισα, σε δείγμα 100 ατόμων, έδειξε ότι τα άτομα που δεν έχουν λάβει κάποιου είδους εκπαίδευση ή έχουν ολοκληρώσει μόνο μερικές τάξεις είχαν αύξηση στα ερωτήματα που αφορούν τη σοβαρή κατάθλιψη (Κυριόπουλος, 2017).

Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση ωθεί τους ανθρώπους να ακολουθήσουν ένα υγιή τρόπο ζωής και να δείχνουν ενδιαφέρον για την υγεία τους σε όλα τα επίπεδα (πρόληψη και θεραπεία). Έρευνες, έχουν δείξει πως ένας άνθρωπος που συμμετείχε σε εκπαιδευτικές παρεμβάσεις από μικρή ηλικία, αργότερα, ως ενήλικας ανέπτυξε ικανότητες και δεξιότητες που σχετίζονται με τον έλεγχο της ζωής και της υγείας του, όπως η διατροφή (Kontodimopoulos, 2020).

1.2.2 Ανάγκες υγείας των ανδρών σύμφωνα με τους εσωτερικούς παράγοντες υγείας

Οι εσωτερικοί κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας αποτελούν τα εργαλεία ή μέσα, με τα οποία το άτομο είναι σε θέση να ασκεί έλεγχο στο περιβάλλον του και να διαχειρίζεται τις στρεσογόνες καταστάσεις που το επηρεάζουν. Στους εσωτερικούς κοινωνικούς προσδιοριστές συγκαταλέγονται: η αυτοεκτίμηση, η διαχείριση του άγχους, οι κοινωνικές σχέσεις και η ψυχολογική στήριξη (Thoits, 2010. Μουδάτσου & συν., 2010. Μουδάτσου, 2015).

A. Αυτοεκτίμηση

Με τον όρο αυτοεκτίμηση, ο Rosenberg(1965) περιγράφει τη στάση που έχει ένα άτομο (θετική ή αρνητική) για ίδιο τον εαυτό του, όπως αυτή διαμορφώνεται από τις ατομικές εμπειρίες ζωής του κάθε ατόμου. Αντίστοιχα, ο William James (1963) αναφέρεται στην αυτοεκτίμηση ως την απόσταση ανάμεσα στον ιδανικό και τον αντιληπτό εαυτό ενός ατόμου, δηλαδή, την αναλογία ανάμεσα σε προσωπικά επιτεύγματα και φιλοδοξίες.

Νεότερες μελέτες δηλώνουν πως η αυτοεκτίμηση αποτελεί ένα προσωπικό παράγοντα-δεξιότητα, η οποία καθιστά ικανό το άτομο να διαχειρίζεται τις καθημερινές προκλήσεις της ζωής και να αισθάνεται άξιο (Σίμου & Παπάνης, 2007). Έτσι, γίνεται φανερό πως η υψηλή αυτοεκτίμηση επιδρά θετικά στην ανάπτυξη ισχυρών μηχανισμών όπως οι κοινωνικές συγκρίσεις, η ταύτιση και η αυτό-αντίληψη,

οι οποίες επιδρούν θετικά στην αντιμετώπιση του άγχους, αφού βοηθούν τα άτομα να διαχειρίζονται ορθώς τα συναισθήματα τους (Παπάνης, 2011).

Τα τελευταία χρόνια, έρευνες έχουν δείξει πως η εξωτερική εμφάνιση επιδρά στην αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αναλυτικότερα, οι Bohne et al. (2002) κατέληξαν πως τα άτομα που πιστεύουν πως έχουν αρνητική εικόνα σώματος τείνουν να έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, ενώ, η Χαλούλη (2009) αναφέρει πως οι νεαροί άνδρες φαίνεται να ανησυχούν το ίδιο με τις νεαρές γυναίκες για την εξωτερική τους εμφάνιση και επενδύουν σε αυτή. Όμως, όταν η αυτοεκτίμηση είναι σε υψηλά επίπεδα, υψηλός τείνει να είναι και ο δείκτης αυτοεκτίμησης της υγείας. Συγκεκριμένα, έρευνες έδειξαν πως η αυτοεκτίμηση έχει πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της αντίληψης του ατόμου και της καθημερινότητας του, ως προς την υγεία του (σωματική και ψυχική). Συγκεκριμένα, η έρευνα των Στεφανάκη και συν. (2019) σε ηλικιωμένους έδειξε ότι το 37,3% των συμμετεχόντων θεωρούσε πως είχε καλό επίπεδο υγείας, με τους άνδρες να το πιστεύουν αυτό σε μεγαλύτερο βαθμό από τις γυναίκες.

Διαχείριση άγχους

Στις σύγχρονες κοινωνίες όπου οι απαιτήσεις αυξάνονται με ταχείς ρυθμούς, οι άνθρωποι μπορεί να αισθάνονται αυξημένη ένταση και άγχος. Όταν ένας άνθρωπος νιώθει αδυναμία ή απειλή απέναντι σε μία κατάσταση, είναι πιθανό να αισθάνεται είτε ανεπαρκής ή πως θα χάσει τον έλεγχο της διαχείρισης της (Zhou et al., 2010). Το άγχος αποτελεί μια από τις πιο συχνές μορφές υψηλής συναισθηματικής έντασης, το οποίο δύναται να επιφέρει αρνητικές συνέπειες σε ψυχικό επίπεδο (Mailey & McAuley, 2014). Έρευνες έχουν δείξει πως οι άνθρωποι με υψηλά επίπεδα άγχους δύναται να εμφανίσουν διαταραχές της διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές, τα ανεπιθύμητα συμπτώματα των οποίων μπορούν να μειώσουν η υψηλή αυτοεκτίμηση και η στήριξη από τα κοινωνικά δίκτυα (Γραφιαδέλλης, 2020).

Οι Zhou et al. (2010) αναφέρθηκαν στη διαχείριση του άγχους και άλλων ζητημάτων ψυχικής υγείας, μέσω της φαρμακευτικής αγωγής η οποία υλοποιείται από τις ηλεκτρονικές συνταγογραφήσεις, οι οποίες παρουσιάζουν πολλές αδυναμίες όπως

η έλλειψη επαρκούς ιστορικού που να περιγράφει το σκεπτικό της συνταγής (Bobo et al., 2019). Από την άλλη, η μη ορθή διαχείριση του άγχους από το άτομο και η έκθεση του σε στρεσογόνες καταστάσεις, δύναται να προκαλέσει προβλήματα και ασθένειες που αφορούν τη σωματική υγεία όπως καρδιαγγειακά προβλήματα και λειτουργικές δυσκολίες (Thoits, 2010).

Αντίστοιχα, έρευνες προτείνουν τη διαχείριση του άγχους μέσα από ολιστικές προσεγγίσεις που συνδυάζουν τις κοινωνικές υπηρεσίες, την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Αυτός ο συνδυασμός υπηρεσιών επιτρέπει την καταγραφή του πλήρους ιστορικού υγείας, των μεταβάσεων από και προς την κρίση αλλά και διάφορων άλλων παραγόντων που επιδρούν δυνητικά στην ψυχική υγεία (Davies et al., 2010).

Κοινωνικές σχέσεις & Ψυχολογική υποστήριξη

Η ψυχολογική υποστήριξη βασίζεται στη στήριξη των κοινωνικών δεσμών που έχει αναπτύξει το άτομο με άλλους ανθρώπους (Cohen & Wills, 1985), ενώ, η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να έχει σημαντική επίδραση στην υγεία του ατόμου (Marmot & Wilkinson, 2001) και τη μείωση της θνησιμότητας του (Kritsotakis & Gamarnikow, 2004). Οι κοινωνικές σχέσεις αφορούν το αίσθημα του ανήκειν σε μία ομάδα, δηλαδή, ότι είναι κάποιος αγαπητός, εκτιμάται, υπολογίζεται και έχει ίσα δικαιώματα/ευκαιρίες με τους άλλους. Αντίθετα, η έλλειψη ισχυρών δεσμών οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση, η οποία αυξάνει την πιθανότητα καρδιοπάθειας (Μαλάμου, 2015).

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με πολλούς και ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς τείνουν να έχουν υψηλότερο μέσο όρο ζωής, μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν παθήσεις όπως το μυοκάρδιο (Thoits, 2010) και καλύτερη αυτοαξιολόγηση της υγείας τους (Matud, 2017). Όμως, σύμφωνα με έρευνα σε 2.155 κατοίκους της Οκαγιάμα, από 20 έως 80 ετών, φαίνεται πως οι άνδρες έχουν λιγότερα οφέλη από τις κοινωνικές τους σχέσεις, αλλά ωφελούνται περισσότερο σε ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία τους. Αντίστοιχη μελέτη σε Ιάπωνες, ηλικίας 65 ετών και άνω, έδειξε ότι οι άνδρες που είχαν ισχυρές κοινωνικές σχέσεις είχαν χειρότερη

αυτοαξιολογούμενη υγεία. Έτσι, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να συνδέεται με τους ρόλους και την κουλτούρα της κάθε κοινωνίας (Hyde, 2005).

Κεφάλαιο 2: Η κοινωνική θέση και το φύλο ως παράγοντες προσδιορισμού της υγείας των ανδρών

Η ανθρώπινη φύση και συμπεριφορά, ακόμα και σε ζητήματα όπως η υγεία, διαμορφώνεται από πολλούς παράγοντες. Ανάμεσα σε αυτούς συγκαταλέγονται η κοινωνική θέση και το φύλο. Η κοινωνική θέση, ως παράγοντας προσδιορισμού της υγείας των ανδρών, φαίνεται να υποκινεί συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου όπως η χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι άνδρες μολονότι έχουν υψηλότερους δείκτες σοβαρών χρόνιων νοσημάτων, τείνουν να ζητούν λιγότερο συχνά βοήθεια σε θέματα υγείας και να χρησιμοποιούν καθυστερημένα τις ιατρικές υπηρεσίες (Eurostat, 2015).

Από την άλλη, το φύλο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το ανθρώπινο είδος, αφού επιδρά άμεσα και έμμεσα στην πορεία της ζωής του από τη γέννηση ως το θάνατο. Υπάρχουν δύο είδη φύλων: το βιολογικό (sex) και το κοινωνικό (gender). Η διαφορά μεταξύ τους έγκειται στη σημασία των όρων, με το βιολογικό φύλο να εστιάζει σε διαφορετικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν το άτομο, σε σχέση με το κοινωνικό. Αναλυτικότερα, το βιολογικό φύλο αναφέρεται στις ανατομικές διαφορές του σώματος και τα χρωμοσώματα, ενώ, το κοινωνικό φύλο αφορά τις ψυχολογικές, κοινωνικές και πολιτιστικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Με άλλα λόγια, το κοινωνικό φύλο αποτελεί μια κοινωνική κατασκευή, αφού η κοινωνία ταξινομεί και χωρίζει τα άτομα σε διάφορες κατηγορίες όπως άνδρες, γυναίκες κ.ο.κ.(Μαλούτα, 2014).

Το φύλο αποτελεί παράγοντα κοινωνικής ιεράρχησης, αφού η κοινωνία μας ταξινομεί με βάση αυτό τα άτομα σε γυναίκες και άνδρες, με αποτέλεσμα να αποτελεί περιοριστικό και συνάμα καταπιεστικό παράγοντα για τους ανθρώπους (Delphy, 2008). Έτσι, πολλοί άνδρες ασκούν επαγγέλματα με μεγάλο βαθμό επικινδυνότητας, στα οποία προκαλούνται συχνά εργατικά ατυχήματα, σοβαρά προβλήματα υγείας (αναπνευστικά, καρδιαγγειακά κ.α.) ή έντονες καταστάσεις κρίσεων άγχους και στρες. Παράλληλα, λόγω των κοινωνικών προτύπων, οι άνδρες τείνουν να υιοθετούν συμπεριφορές όπως η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η οδήγηση με μεγάλες ταχύτητες και το κάπνισμα που συμβάλλουν σημαντικά στην εξέλιξη της υγείας τους (Πελέκης & Σκορδιλιάκης, 2012).

Στη χώρα μας, λειτουργεί μέχρι σήμερα το μεσογειακό πρότυπο του άνδρα κουβαλητή, ο οποίος ως αρχηγός της οικογένειας κατέχει τη δύναμη και την εξουσία στα υπόλοιπα μέλη (γυναίκα και παιδιά). Έτσι, η κοινωνία προσδοκά από τον άνδρα να είναι πάντα εργαζόμενος, με απολαβές που καλύπτουν τα έξοδα της οικογένειας του και να διαχειρίζεται να συναισθήματα του, ώστε να φαίνεται δυνατός για να ασκεί εξουσία στους άλλους (Philips, 2005). Στον αντίποδα αυτού, η γυναίκα τείνει να επιβαρύνεται με την ευθύνη για όλες τις οικιακές εργασίες, στις οποίες φυσικά ο άνδρας του σπιτιού οφείλει να είναι αμέτοχος (Κουλουρή, 2014).

Όμως, η μη ικανοποίηση των παραπάνω προσδοκιών της κοινωνίας φαίνεται πως δημιουργεί έντονο άγχος στους άνδρες, οι οποίοι τείνουν να υιοθετούν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου ή να θέτουν τον εαυτό τους σε κινδύνους για την υγεία. Έρευνες έχουν δείξει ότι ο θυμός, ως συναίσθημα, συνδέεται με τους άνδρες οι οποίοι τείνουν να ξεσπούν έπειτα από συσσώρευση καταστάσεων στις οποίες είτε αισθάνθηκαν αδικία ή σιώπασαν, για να σταθούν «στο ύψος των περιστάσεων» (Σιακαβάρα, 2019). Αντίστοιχα, άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι οι άντρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι ριψοκίνδυνοι οδηγοί και να ευθύνονται για ατυχήματα (συνήθως θανατηφόρα), από ότι οι γυναίκες. Απόψεις τύπου οι άντρες «αντέχουν» ή/και «όποιος δεν σηκώνει το ποτό δεν είναι άντρας», αυξάνουν αισθητά τη χρήση αλκοόλ (Πελέκης & Σκορδιλάκης, 2012).

Οι Μπελεγρίνος και συν. (2014) συγκέντρωσαν τα πιο συχνά κίνητρα και τις αφορμές που οδηγούν τους ανθρώπους στην αυτοκτονία όπως πχ «ο φόβος της αποτυχίας στο επάγγελμα, στον έρωτα ή το γάμο». Ο φόβος αυτός προέρχεται από ένα συνδυασμό προτύπων που σχετίζονται με το φύλο, όπου η θέση του άνδρα τον θέλει επιτυχημένο σε όλους τους τομείς, σύμφωνα πάντοτε με τα πρότυπα που ορίζει η κοινωνία (Παλληκαρώνα, 2014). Έτσι, δεν είναι τυχαίο, ότι ο αριθμός των ανδρών που αυτοκτονούν είναι τετραπλάσιος από των γυναικών.

Παράλληλα, τα στερεότυπα φαίνεται πως επιδρούν στις προσδοκίες και τις απαιτήσεις που έχει το άτομο για την υγεία του, η οποία προσδιορίζεται από την ταυτότητα, την κουλτούρα, τα πολιτιστικά στοιχεία, τις ειδικές γνώσεις και την οικονομική κατάσταση του (Μπούντα, 2018). Το φύλο φαίνεται να έχει πολιτισμικό περιεχόμενο, με την κουλτούρα να καθορίζει το πως προσδιορίζονται οι άνθρωποι, με

τις βιολογικές διαφορές να μην έχουν καμία κοινωνική σημασία. Αντίστοιχα, σε σχέση με την οικονομική κατάσταση ενός άνδρα, έρευνα έδειξε πως η κοινωνική αυτοπεποίθηση ενός ατόμου συνδέεται στενά με την εργασία του και επιδρά στον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρά με τους άλλους, αφού η απώλεια της μπορεί να επιφέρει μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση. Έτσι, συχνά οι άνθρωποι τείνουν να παραμελούν την υγεία τους για διάφορους λόγους όπως η ψυχολογική παραίτηση και το χαμηλό εισόδημα (Κουλουρή, 2014).

Όλα τα παραπάνω, φαίνεται πως επιδρούν αρνητικά στην υγεία των ανδρών αυξάνοντας τις πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα υγείας όπως καρδιοπάθειες και ο καρκίνος. Σε συμπεριφορικό επίπεδο φαίνεται πως η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η οδήγηση σε υψηλές ταχύτητες αποτελούν μερικές από συνήθειες υψηλού κινδύνου που βοηθούν το άτομο να διαχειριστεί βραχυπρόθεσμα το άγχος του, ενώ, επιδρούν αρνητικά στην υγεία του (Κουλουρή, 2014).

Κεφάλαιο 3: Υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής και υγεία των ανδρών

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας θεσπίστηκε για πρώτη φορά το 1983 και χαρακτηρίστηκε ως μεικτό λόγω της προέλευσης της χρηματοδότησης του, από ασφαλιστικές εισφορές και τη φορολογία των πολιτών. Έτσι, η νέα στρατηγική για την υγεία διάρθρωσε τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια κλίμακα. Αναλυτικότερα, η πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία περιλαμβάνει υπηρεσίες, οι οποίες αφορούν την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη του ατόμου, ενώ, οι άλλες δύο αφορούν καθαρά υπηρεσίες που παρέχονται μέσα στα νοσοκομεία (Πετμεζίδου και συν., 2015).

Οι πολιτικές υγείας για την κάλυψη των αναγκών των ανδρών φαίνεται πως καλύπτονται από διάφορες δομές που δραστηριοποιούνται σε όλα τα επίπεδα, ανά τον κόσμο. Στην Ελλάδα οι πρώτες μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της αποδοτικότητας του εθνικού συστήματος υγείας ξεκίνησαν το 2010 με τις αλλαγές να ξεκινούν από την πρωτοβάθμια φροντίδα. Έτσι, σήμερα, παρέχονται υπηρεσίες από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (πρόληψη και διάγνωση), τα νοσοκομεία (νοσηλεία), τα ιδιωτικά ιατρεία, τα ανοικτού και κλειστού τύπου ιδρύματα στις μεγάλες πόλεις και τις γενικές υπηρεσίες στα ιατρικά κέντρα των αγροτικών περιοχών (Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2019).

Όμως, την περίοδο της οικονομικής κρίσης, το Εθνικό Σύστημα Υγείας δέχθηκε σημαντικές αλλαγές, με τις πολιτικές και τις υπηρεσίες να δέχονται συνεχείς μειώσεις από την αναπροσαρμογή και τη δημοσιονομική λιτότητα των μνημονίων (Πετμεζίδου και συν., 2015). Έτσι, οι νόμοι 3918/2011 και 4238/2014 άλλαξαν τη μέχρι τότε ασφάλιση της υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα της ανατέθηκε στο ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας), με την Ελλάδα να κατακτά μια από τις τελευταίες θέσεις ανάμεσα στις 35 χώρες του ΟΟΣΑ για τις δαπάνες υγείας (Πετμεζίδου και συν., 2015. Κυριόπουλος, 2017).

Λίγα χρόνια μετά, με τον Ν.3852/2010 με τίτλο «Πρόγραμμα Καλλικράτης – Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης» τα όρια των Δήμων επανακαθορίστηκαν (ΦΕΚ 87/Α/07-06-2010). Αργότερα, η διάρθρωση αυτή άλλαξε και πάλι με το Ν. 4555/2018 «Μεταρρύθμιση του θεσμικού πλαισίου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης – Εμβάθυνση της Δημοκρατίας – Ενίσχυση της

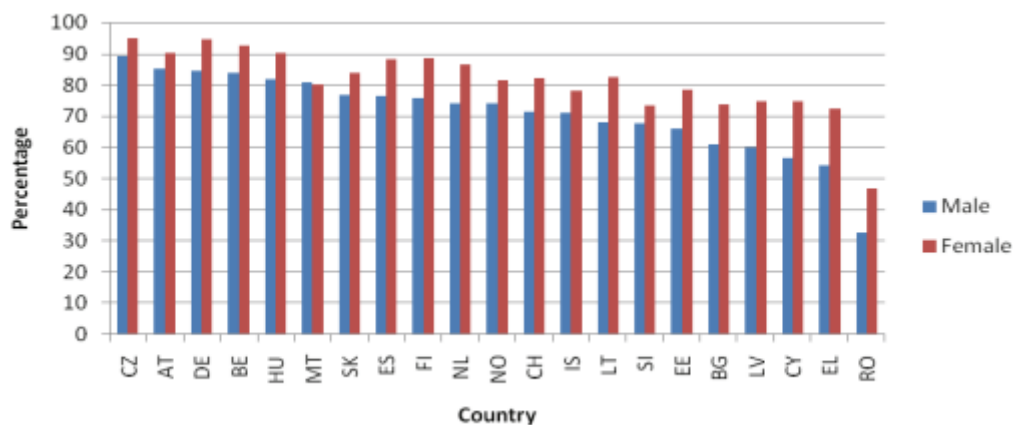
Συμμετοχής – Βελτίωση της οικονομικής και αναπτυξιακής λειτουργίας των ΟΤΑ (Πρόγραμμα Κλεισθένης Ι)», όπου τροποποιήθηκε ο προηγούμενος νόμος, με ιδιαίτερα σημαντικές διατάξεις που αφορούν στον καθορισμό της αποτελεσματικότερης, ταχύτερης και ενιαίας άσκησης αρμοδιοτήτων και την εύρυθμη λειτουργία της τοπικής αυτοδιοίκησης (ΦΕΚ 133/Α/19-07-2018).

3.1 Ανασκόπηση υπηρεσιών κοινωνικής πολιτικής σε Ελλάδα και εξωτερικό

Σύμφωνα με τον Baker (2008) για τη βελτίωση της υγείας των ανδρών, ως καθολικό δικαίωμα των ίσων ευκαιριών στις σύγχρονες κοινωνίες, απαιτείται η δημιουργία πολιτικών υγείας σε εθνικό επίπεδο. Χαρακτηριστικά παραδείγματα των πολιτικών αυτών αποτελούν η Ιρλανδία, η Βραζιλία και η Αυστραλία. Οι χώρες αυτές τείνουν να υιοθετούν πολιτικές ισότητας στην υγεία με παροχές και δράσεις που απευθύνονται ταυτόχρονα και στα δύο φύλα. Έτσι, φροντίζουν να διασφαλίζουν την υγεία του πληθυσμού τους γενικότερα και όχι μόνο των ανδρών ή γυναικών αντίστοιχα.

Συγκεκριμένα, η βελτίωση της υγείας των ανδρών πρόκειται να μειώνει το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας (σε γυναίκες και παιδιά) και τη βία σε τρίτους. Ο ΠΟΥ (2006) αναφέρει πως οι θύτες στις ΗΠΑ (55%), τη Ν. Αφρική (65%), την Αγγλία και την Ουαλία (32%) κατανάλωναν αλκοόλ πριν επιτεθούν στο θύμα, ενώ, στην Αυστραλία (36%), οι θύτες των ανθρωποκτονιών βρίσκονταν υπό την επήρεια αλκοόλ (Baker, 2008).

Παρ' όλα αυτά, στην Ελλάδα παρατηρείται συνεχώς το αντίθετο φαινόμενο. Δηλαδή, οι δράσεις και οι πολιτικές υγείας αυξάνονται ολοένα και περισσότερο για τον γυναικείο πληθυσμό, ενώ, ο ανδρικός πληθυσμός παρουσιάζεται αποστασιοποιημένος από καθετί συμμετοχικό. Η μειωμένη αυτή συμμετοχή βάσει του φύλου αποτυπώνεται στο παρακάτω διάγραμμα, όπου ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ, η Ελλάδα κατέχει χαμηλή θέση (White et al., 2011).



Διάγραμμα 1. Επισκεψιμότητα σε ιατρούς της ΠΦΥ, βάσει φύλου, ανά χώρα της ΕΕ (White et al., 2011).

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τις υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόληψη και τις υπηρεσίες που αφορούν την αντιμετώπιση τυχόν ασθενειών. Δυστυχώς, οι πρώτες τείνουν να είναι λιγότερο διαδεδομένες σε σχέση με τις άλλες, αφού πέραν της έλλειψης χρόνου κυριαρχεί η αντίληψη πως οι εξετάσεις γίνονται αφού νοσήσει κάποιος (White et al., 2011). Ενδεικτικά, για κάθε μία από τις παραπάνω κατηγορίες προσφέρονται διάφορα είδη εξετάσεων και ιατρικών υπηρεσιών όπως γενικές εξετάσεις αίματος, ούρων, χοληστερίνης, τρίπλεξ καρδιάς, τεστ κοπώσεως, κολonosκόπηση και οστεοπόρωση. Οι εξετάσεις αυτές παρέχονται από τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία, ενώ, η έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή τυχόν ασθενών (συνταγογράφηση ή/και πρόταση για επίσκεψη σε γιατρό) γίνεται από τις ΤΟ.Μ.Υ., τα ΚΗΦΗ και τις ΜΦΗ στο πλαίσιο της νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας από ειδικούς (www.metropolitan-hospital.gr, 2021. www.hersonisos.gr, 2021). Αντίστοιχα, σε επίπεδο ψυχικής υγείας παρέχονται υπηρεσίες από τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα οποία έχουν ενεργό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών για τη διαχείριση του άγχους και τη δημιουργία ομάδων εκμάθησης τεχνικών για τη διαχείριση του (Μουδάτσου, 2015).

Η έλλειψη των υπηρεσιών αυτών τείνει να ενισχύει τα στερεότυπα και τις συμπεριφορές που υπάρχουν στην κοινωνία σχετικά με το ρόλο των ανδρών, αυξάνοντας το άγχος τους. Έτσι, οι άνδρες εσωτερικεύουν τα στερεότυπα του φύλου τους και ως «κουβαλητές» τείνουν να σταματούν την εκπαίδευση πρόωρα για να

βγουν στην αγορά εργασίας και να γίνουν οικονομικά ανεξάρτητοι (Bryant, 2002). Σε αυτό συμβάλλει το γεγονός πως οι οικογενειακές παροχές από το κράτος είναι περιορισμένες. Μολονότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει βελτίωση σχετικά με τη νομοθεσία και πάλι το ζήτημα της υγείας όλης της οικογένειας παραμένει - οικονομικά- στα χέρια των ανδρών (Symeonidou, 2009).

3.2 Διαθέσιμες υπηρεσίες πρόληψης και αντιμετώπισης για την κάλυψη των αναγκών των ανδρών

Οι υπηρεσίες του Δήμου Χερσονήσου αναγράφονται λεπτομερώς στον Οργανισμό Εσωτερικής Υπηρεσίας (Ο.Ε.Υ.) όπου απεικονίζεται πλήρως η οργανωτική τους διάρθρωση. Ο Ο.Ε.Υ. του Δήμου Χερσονήσου έχει δημοσιευτεί στο ΦΕΚ 3113/Β/09-12-2013 με τίτλο «Τροποποίηση του Οργανισμού Εσωτερικής Υπηρεσίας του Δήμου Χερσονήσου». Στο άρθρο 12, του συγκεκριμένου νόμου, «Αρμοδιότητες Διεύθυνσης Διοικητικών Υπηρεσιών» αναγράφονται τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες του τμήματος που ασχολείται με τις ανάγκες των κατοίκων της περιοχής, γυναικών και ανδρών.

Στα κυριότερα καθήκοντα του Τμήματος Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας και Πολιτισμού, παρ. δ του αρ.12, περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων από το Γραφείο Κοινωνικής Πολιτικής και Πολιτικών Ισότητας των Φύλων:

(1) Υπηρεσίες σχεδιασμού, συντονισμού και παρακολούθησης κοινωνικών πολιτικών. Συγκεκριμένα, το γραφείο αυτό (ΦΕΚ 3113/Β/09-12-2013, παρ. δ του αρ.12):

- *«διεξάγει κοινωνικές έρευνες, σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών ή συμμετέχει σε δράσεις που αποσκοπούν στην υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας και της τρίτης ηλικίας, με την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων, ιδρυμάτων και επιχειρήσεων (παιδικοί και βρεφονηπιακοί σταθμοί, βρεφοκομεία, ορφανοτροφεία, κέντρα ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, γηροκομείων κ.λπ.).*

- *σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων ή συμμετέχει σε προγράμματα και δράσεις για την ένταξη αθίγγανων, παλιννοστούντων ομογενών, μεταναστών, και προσφύγων στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ζωή της τοπικής κοινωνίας.*
- *διεξάγει κοινωνικές έρευνες, σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών που αφορούν την κοινωνική φροντίδα της οικογένειας, του παιδιού, των εφήβων, των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία καθώς και ευπαθών κοινωνικών ομάδων.*
- *σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών ή συμμετέχει σε δράσεις που στοχεύουν στην υποστήριξη και φροντίδα της υγείας των δημοτών με την ίδρυση και λειτουργία εγκαταστάσεων για την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή της ψυχικής υγείας (με τη δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, κέντρων υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρων ψυχικής υγείας, κέντρων συμβουλευτικής στήριξης των θυμάτων της ενδοοικογενειακής βίας και βίας κατά συνοικούντων προσώπων και κέντρων πρόληψης κατά εξαρτησιογόνων ουσιών.*
- *σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων και πρωτοβουλιών που στοχεύουν στην πρόληψη της παραβατικότητας στην περιοχή του Δήμου, με τη δημιουργία Τοπικών Συμβουλίων Πρόληψης Παραβατικότητας.*
- *μεριμνά για την προώθηση και ανάπτυξη του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης με τη δημιουργία τοπικών δικτύων κοινωνικής αλληλεγγύης, εθελοντικών οργανώσεων και ομάδων εθελοντών.*
- *συντονίζει, παρακολουθεί και αξιολογεί την άσκηση Κοινωνικής Πολιτικής σε τοπικό επίπεδο (π.χ. μέσω της εκπόνησης και περιοδικής αναπροσαρμογής ενός «Τοπικού Συμφώνου Κοινωνικής Πολιτικής»).*
- *οργανώνει, παρακολουθεί και αξιολογεί τη δικτύωση τοπικών φορέων Κοινωνικής Φροντίδας, όπως οι κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου, οι κοινωνικές υπηρεσίες των νομικών προσώπων του Δήμου, οι Μ.Κ.Ο, οι υπηρεσίες και δομές Κοινωνικής προστασίας της Περιφέρειας και του Κράτους και τα αντιπροσωπευτικά σώματα των ομάδων-χρηστών».*

(2) Υπηρεσίες εποπτείας και ελέγχου, όπου (ΦΕΚ 3113/Β/09-12-2013, παρ. δ του αρ.12):

- *«χορηγεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας δημοτικών και ιδιωτικών παιδικών ή βρεφονηπιακών σταθμών.*
- *ασκεί έλεγχο και εποπτεία στα ιδρύματα παιδικής προστασίας ιδιωτικού δικαίου (ιδιωτικοί παιδικοί σταθμοί) και ευθύνεται για τη λειτουργία των παιδικών εξοχών.*
- *χορηγεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ιδρυμάτων παιδικής πρόνοιας σε ιδιώτες, καθώς και σε συλλόγους ή σωματεία που επιδιώκουν φιλανθρωπικούς σκοπούς.*
- *ασκεί εποπτεία επί των φιλανθρωπικών σωματείων και ιδρυμάτων, εγκρίνει τον προϋπολογισμό τους και παρακολουθεί και ελέγχει τις επιχορηγήσεις, που δίδονται σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με κοινωφελείς σκοπούς.*
- *μεριμνά για τον διορισμό των μελών διοικητικών συμβουλίων και εποπτεύει και ρυθμίζει θέματα λειτουργίας ιδρυμάτων προστασίας και αγωγής οικογένειας του παιδιού, (όπως Κέντρων Παιδικής Μέριμνας, Παιδικών Σταθμών, Παιδικών Εξοχών, παραρτημάτων ΠΙΚΠΑ και ΚΕΠΕΠ).*
- *χορηγεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων ή ατόμων, που πάσχουν ανίατα από κινητική αναπηρία.*
- *μεριμνά για τον ορισμό μελών του Διοικητικού Συμβουλίου των Ταμείων Πρόνοιας και Προστασίας Πολυτέκνων, όταν η έδρα των Ταμείων είναι στο Δήμο».*

(3) Υπηρεσίες εφαρμογής κοινωνικών πολιτικών, όπου υλοποιούνται δράσεις και προγράμματα κοινωνικής πολιτικής σε συνεργασία με τα νομικά πρόσωπα του Δήμου. Έτσι, ενδεικτικά (ΦΕΚ 3113/Β/09-12-2013, παρ. δ του αρ.12):

- *«διενεργεί κοινωνικές έρευνες για τη χορήγηση των επιδομάτων πρόνοιας,*
- *ασκεί κοινωνική εργασία με άτομα, οικογένειες και κοινωνικές ομάδες.*
- *λειτουργεί μονάδες συμβουλευτικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης.*
- *συνεργάζεται με τα σχολεία της περιοχής για ενημέρωση σε κοινωνικά θέματα (AIDS, ναρκωτικά κ.λπ.) και σε συνεργασία με τους συλλόγους γονέων διοργανώνει Σχολές Γονέων.*

- υλοποιεί προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων (προσφύγων, μεταναστών, παλιννοστούντων, φυλακισμένων, υπερηλίκων κ.λπ.).
- υλοποιεί δράσεις προστασίας περιθαλπομένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.
- υλοποιεί δράσεις προστασίας μονογονεϊκών οικογενειών».

(4) Υπηρεσίες εφαρμογής προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας, όπου ασχολείται με την εφαρμογή των προγραμμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας για τη στήριξη αστέγων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών. Έτσι, ενδεικτικά (ΦΕΚ 3113/Β/09-12-2013, παρ. δ του αρ.12):

- «μεριμνά για την παροχή οικονομικής ενίσχυσης των αυτοστεγαζομένων, για τη σχετική μίσθωση ακινήτων, τη ρύθμιση διαφόρων θεμάτων κοινωνικής κατοικίας και την επιβολή κυρώσεων για παραβάσεις της οικείας νομοθεσίας.
- εκδίδει πιστοποιητικά οικονομικής αδυναμίας.
- μεριμνά για την καταβολή επιδομάτων σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες όπως τυφλοί, κωφάλαλοι, ανασφάλιστοι παραπληγικοί, τετραπληγικοί και ακρωτηριασμένοι, διανοητικά καθυστερημένοι, ανίκανοι προς εργασία, υποφέροντες απόεγκεφαλική παράλυση (σπαστικούς), απροστάτευτοι ανήλικοι, υποφέροντες από αιμολυτική αναιμία καιβαριά ανάπηροι, καθώς και σε λοιπά άτομα δικαιούμενα παροχής κοινωνικής προστασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις της σχετικής νομοθεσίας, καθώς και των οικείων κανονιστικών ρυθμίσεων.
- εισηγείται την δωρεάν παραχώρηση της χρήσης οικημάτων ένεκα απορίας ή για άλλους σοβαρούς λόγους.
- προβαίνει στην αναγνώριση δικαιούχων στεγαστικής συνδρομής.
- εισηγείται την έκδοση αποφάσεων παροχής κοινωνικής προστασίας.
- εισηγείται την χορήγηση αδειών διενέργειας λαχειοφόρων αγορών, εράνων και φιλανθρωπικών αγορών.
- χορηγεί κάρτες αναπηρίας έπειτα από γνωμάτευση της Επιτροπής Πιστοποίησης Αναπηρίας.
- επιμελείται των θεμάτων που αφορούν ασφαλισμένους του ΟΓΑ δημότες και εκδίδει βιβλιάρια και βεβαιώσεις σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία που διέπει τους ασφαλισμένους αυτούς».

(5) Υπηρεσίες πολιτικών ισότητας των φύλων, όπου σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή των προγραμμάτων και των μέτρων που στοχεύουν σε τέτοια ζητήματα σε όλους τους τομείς. Έτσι μεριμνά για (ΦΕΚ 3113/Β/09-12-2013, παρ. δ του αρ.12):

- *«τη λήψη μέτρων για την πρόληψη και καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών και των παιδιών,*
- *την ανάπτυξη δράσεων για την καταπολέμηση των κοινωνικών στερεότυπων με βάση το φύλο,*
- *την ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων για ευπαθείς ομάδες γυναικών,*
- *την ανάπτυξη δράσεων για την αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στην απασχόληση,*
- *τη λήψη μέτρων για την εναρμόνιση επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων,*
- *την ανάπτυξη δράσεων για την κοινωνική και πολιτική συμμετοχή των γυναικών και την προώθησή τους στα κέντρα λήψης αποφάσεων».*

(6) Υπηρεσίες προστασίας και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας, όπου: (α) σχεδιάζει, προγραμματίζει και μεριμνά για την εφαρμογή μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας, δηλαδή (ΦΕΚ 3113/Β/09-12-2013, παρ. δ του αρ.12):

- *«μεριμνά για τον υγειονομικό έλεγχο των δημοτικών δεξαμενών νερού,*
- *μεριμνά για τον υγειονομικό έλεγχο των καταστημάτων και επιχειρήσεων,*
- *μεριμνά για τον έλεγχο της ηχορύπανσης, της κοινής ησυχίας και της εκπομπής ρύπων, θορύβων και άλλων επιβαρύνσεων του περιβάλλοντος από τροχοφόρα,*
- *χορηγεί βιβλιάρια υγείας στους εκδοροσφαγείς.*
- *παρέχει συνδρομή στο έργο του Ε.Φ.Ε.Τ. και διενεργεί ελέγχους ή άλλες πράξεις, που ζητούν τα εντεταλμένα όργανα του Ε.Φ.Ε.Τ. και σύμφωνα με τις οδηγίες τους (συνεργασία με τον τομέα ζωικής παραγωγής της υπηρεσίας αγροτικής παραγωγής, όταν απαιτείται).*
- *μεριμνά για την τήρηση των κανόνων υγιεινής στα δημόσια και ιδιωτικά σχολεία της περιοχής».*

(β) σχεδιάζει, προγραμματίζει μια μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων μέτρων για την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Έτσι, εφαρμόζει τις κείμενες διατάξεις και (ΦΕΚ 3113/Β/09-12-2013, παρ. δ του αρ.12):

- *«μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών.*
- *μεριμνά για την υλοποίηση i) προγραμμάτων δημόσιας υγιεινής που οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή από άλλα Υπουργεία, το κόστος των οποίων βαρύνει απευθείας τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου Υπουργείου, ii) εκτάκτων προγραμμάτων δημόσιας υγείας, τα οποία εκτελούνται με έκτακτη χρηματοδότηση, iii) προγραμμάτων δημόσιας υγείας που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.*
- *εκδίδει τοπικές υγειονομικές διατάξεις και λαμβάνει μέτρα σε θέματα δημόσιας υγιεινής.*
- *μεριμνά για την πληροφόρηση των δημοτών για θέματα δημόσιας υγείας.*
- *οργανώνει αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες περιφερειακές υπηρεσίες ειδικά προγράμματα για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητας του Δήμου, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις».*

(γ) ρυθμίζει διάφορα διοικητικά ζητήματα για τη δημόσια υγεία του Δήμου, όπου βάσει των διατάξεων (ΦΕΚ 3113/Β/09-12-2013, παρ. δ του αρ.12):

- *«εισηγείται τον ορισμό ιατρών προς εξέταση επαγγελματιών και εργαζομένων σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος για τη χορήγηση σε αυτούς βιβλιαρίων υγείας.*
- *εισηγείται την επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς, οι οποίοι πωλούν φάρμακα χωρίς άδεια, καθώς και σεβάρους ιατρών και φαρμακοποιών για κατοχή ή πώληση δειγμάτων φαρμάκων.*
- *εισηγείται τον ορισμό ελεγκτή γιατρού ΟΓΑ για τανομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου της περιοχής του Δήμου».*

Όπως φαίνεται καθαρά από τον ΟΕΥ του Δήμου Χερσονήσου, δεν υπάρχουν υπηρεσίες ειδικά σχεδιασμένες για άνδρες, παρά εξυπηρετούνται από τις γενικές υπηρεσίες πχ τα νοσοκομεία.

Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία έρευνας

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε με ποιοτική έρευνα. Βασικός της στόχος είναι η εκτίμηση των αναγκών υγείας που έχουν οι άνδρες του Δήμου Χερσονήσου βάσει των κοινωνικών προσδιοριστών, της θέσης και του φύλου τους, καθώς και της ισχύουσας κοινωνικής πολιτικής για την κάλυψη των αναγκών αυτών.

Εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων αποτέλεσε η συνέντευξη, σε ημι-δομημένη μορφή. Η ημι-δομημένη συνέντευξη επιλέχθηκε διότι είναι ευέλικτη. Εκεί, ο συνεντευκτής χρησιμοποιεί μόνο έναν οδηγό συνέντευξης, τα ερευνητικά δεδομένα του οποίου εστιάζουν στα ζητούμενα της έρευνας του (Robson, 2010. Bryman, 2017). Παράλληλα, μπορεί να χρησιμοποιεί επιπλέον ερωτήσεις για να εμβαθύνει στο θέμα του, να αναδιατυπώνει ή να αλλάζει τη σειρά των ερωτήσεων και να επιμηκύνει το χρόνο περάτωσης, όπου το κριθεί απαραίτητο (Καλλινικάκη, 2011. Bryman, 2017). Έτσι, ο συνεντευκτής έχει τη δυνατότητα για βαθύτερη ερμηνεία και ανάλυση των στάσεων, των απόψεων και των εμπειριών των συνεντευξιζόμενων, χωρίς να επιδιώκει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων (Κυριαζή, 2011. Bryman, 2017). Έτσι, δίδεται μεγάλη ελευθερία ως προς τη διάρκεια της συνέντευξης, τη σειρά και τη διατύπωση των ερωτήσεων (Robson, 2010. Bryman, 2017).

4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η εκτίμηση των αναγκών υγείας των ανδρών, που διαβιούν στο Δ. Χερσονήσου της Περιφερειακής Ενότητας Ηρακλείου Κρήτης. Συγκεκριμένα, μέσα από μια ποιοτική προσέγγιση, θα διερευνηθούν οι ανάγκες υγείας των ανδρών, σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές, την κοινωνική τους θέση και το φύλο, ενώ, παράλληλα θα μελετηθεί η υπάρχουσα κοινωνική πολιτική για την κάλυψη των αναγκών αυτών. Έτσι, τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

- 1) Ποιες είναι οι ανάγκες υγείας των ανδρών του Δ. Χερσονήσου σύμφωνα με τους εσωτερικούς κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας τους;
- 2) Ποιες είναι οι ανάγκες υγείας των ανδρών του Δ. Χερσονήσου σύμφωνα με τους εξωτερικούς κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας τους;
- 3) Ποιες είναι οι ανάγκες υγείας των ανδρών του Δ. Χερσονήσου σύμφωνα με την κοινωνική τους θέση και το φύλο τους;
- 4) Ποια είναι η υπάρχουσα κοινωνική πολιτική για την κάλυψη των αναγκών υγείας των ανδρών του Δ. Χερσονήσου;
- 5) Ποιες είναι οι προτάσεις για το μέλλον;

4.2 Δείγμα - Κριτήρια επιλογής πληθυσμού

Ο πληθυσμός της μελέτης προήλθε από ανθρώπους-κλειδιά που εργάζονται ή άρχονται σε δομές υγείας του Δήμου Χερσονήσου. Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία δέκα άνθρωποι-κλειδιά, οι οποίοι συναντούν και συνομιλούν με άνδρες μέσω των υπηρεσιών υγείας που άρχονται ή παρέχουν. Βασικό κριτήριο για την επιλογή του δείγματος ήταν η ενασχόληση των συνεντευξιζόμενων στην κοινότητα με θέματα που άπτονται της υγείας των ανδρών, καθώς και ο χρόνος προϋπηρεσίας και ενασχόλησης τους με αυτά τα ζητήματα.

Ειδικότερα, η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε από εργαζόμενους και άρχοντες σε υπηρεσίες του δημοσίου τομέα όπως τα Κέντρα Υγείας, ΤΟ.Μ.Υ. και τις Δημοτικές Υπηρεσίες που αφορούν τους άνδρες. Τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα (βλ. πίνακας 1).

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία δείγματος

Κοινωνικοδημογραφικά ερωτήματα	Πλήθος (N) = 10 Αποτελέσματα εκφρασμένα σε N (%)		
	Φύλο	Άνδρας	Γυναίκα
	5 (50%)	5 (50%)	
Ηλικία	<30	30-50	>50
	1 (10%)	5 (50%)	4 (40%)

Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/-η	Άγαμος/-η	
	6 (60%)	4 (40%)	
Έχετε παιδιά;	Ναι	Όχι	
	6 (60%)	4 (40%)	
Αν, ναι: Πόσα;	Δύο		
	6 (60%)		
Τόπος διαμονής	Αστικός	Ημιαστικός	
	5 (50%)	5 (50%)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δ/βάθμια εκπαίδευση (Λύκειο)	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό Διδακτορικό
	3 (30%)	5 (50%)	2 (20%)
Εργάζομαι ως	Δημόσιος Υπάλληλος	Δημόσιος Υπάλληλος (Ο.Χ.)	Αιρετός
	6 (60%)	1 (10%)	3 (30%)
Σε ποια υπηρεσία/φορέα εργάζεστε;	Κοινωφελής επιχείρηση Δ. Χερσονήσου	Τ.Ο.Μ.Υ. Χερσονήσου	Κ.Υ. Καστελίου
	2 (20%)	2 (20%)	2 (20%)
	Αντιδημαρχία Πολιτισμού, Δια βίου μάθησης, Νέας γενιάς & Εθελοντισμού ΚΑΙ Διοικητικών θεμάτων, Κοινωνικής πολιτικής & πολιτισμού Δ. Χερσονήσου	Τμήμα Κοινωνικής προστασίας, παιδείας & πολιτισμού Δ. Χερσονήσου	Κ.Α.Π.Η. Δ. Χερσονήσου
	2 (20%)	1 (10%)	1 (10%)
Ποια είναι η ιδιότητα σας; Επαγγελματίες Υγείας	Ιατροί	Ψυχολόγοι	Κοινωνικοί λειτουργοί
	3 (30%)	1 (10%)	3 (30%)
Ποια είναι η ιδιότητα σας; Αιρετοί	Πρόεδροι	Αντιδήμαρχοι	
	1 (10%)	2 (20%)	
Ατομικό/ Οικογενειακό εισόδημα	< 5.000 €	5.000 – 12.000 €	>12.000 €
	2 (20%)	1 (10%)	7 (70%)
Πόσο καιρό κατέχετε την ιδιότητα αυτή;	0-3 έτη	4-10 έτη	>10 έτη
	5 (50%)	1 (10%)	4 (40%)

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 1, οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ήταν συνολικά δέκα (πέντε γυναίκες και πέντε άνδρες). Ένας εξ' αυτών ήταν κάτω των 30 ετών, πέντε από αυτούς ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα από 30-50 ετών, ενώ, τέσσερις από αυτούς ήταν άνω των 50 ετών. Η οικογενειακή κατάσταση των έξι από αυτούς είναι έγγαμοι, με το σύνολο αυτών να έχουν από δύο παιδιά έκαστος, ενώ, οι υπόλοιποι τέσσερις είναι άγαμοι, χωρίς παιδιά. Το ατομικό/ οικογενειακό εισόδημα επτά συμμετεχόντων είναι μεγαλύτερο από 12.000,00€, των δύο εξ' αυτών μικρότερο από 5.000,00€ και ενός κυμαίνεται από 5.000,00€ - 12.000,00€. Μισοί εξ' αυτών διαμένουν σε αστικές περιοχές, ενώ, οι υπόλοιποι σε ημιαστικές περιοχές.

Επιπλέον, επτά από αυτούς ήταν επαγγελματίες υγείας (τρεις γιατροί, ένας ψυχολόγος και τρεις κοινωνικοί λειτουργοί) και τρεις αιρετοί άρχοντες (ένας πρόεδρος και δύο αντιδήμαρχοι). Το εκπαιδευτικό επίπεδο τριών από αυτούς είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (λύκειο) και επτά είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (δύο εξ' αυτών είναι κάτοχοι διδακτορικού). Έξι εξ' αυτών εργάζονται ως δημόσιοι υπάλληλοι (μόνιμοι), ένας ως δημόσιος υπάλληλος ορισμένου χρόνου και τρεις ως αιρετοί άρχοντες, ενώ, πέντε από αυτούς έχουν προϋπηρεσία έως 3 χρόνια, τέσσερις πάνω από 10 έτη και ένας από 4-10 έτη. Αντίστοιχα, δύο από αυτούς εργάζονται στην Κοινωφελή επιχείρηση του Δ. Χερσονήσου, δύο στο Τ.ΟΜ.Υ. Χερσονήσου, δύο στο Κέντρο Υγείας Καστελίου, δύο στις Αντιδημαρχίες Πολιτισμού, Διά βίου μάθησης, Νέας Γενιάς και Εθελοντισμού & Διοικητικών Θεμάτων, Κοινωνικής Πολιτικής και Πολιτισμού Δ. Χερσονήσου, ενώ, ένας εργάζεται στο Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας και Πολιτισμού Δ. Χερσονήσου και ένα άτομο στο Κ.Α.Π.Η. του Δ. Χερσονήσου.

Η πρόσβαση στους ερευνώμενους εξασφαλίστηκε μέσα από έγγραφες άδειες που στάλθηκαν σε ΥΠΕ και Δήμο Χερσονήσου, για τη διασφάλιση της έγκρισής τους για συμμετοχή των εργαζομένων τους. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως από την αρχή για τον σκοπό και τους επιμέρους στόχους της έρευνας και την αμοιβαία συμφωνία για τα δικαιώματά τους (π.χ. δικαίωμα στην προσβασιμότητα των δεδομένων). Το βήμα αυτό εξασφαλίζει τη δεοντολογική αρχή της πληροφορημένης συγκατάθεσης (Hopf, 2004). Παράλληλα, οι συμμετέχοντες ενημερώνονται για τη

διασφάλιση της ανωνυμίας τους κατά την ανάλυση των ευρημάτων, τη δημοσίευσή τους και την αξιοποίησή τους γενικότερα (Traianou, 2014).

4.3 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελείται από δύο μέρη: τη συλλογή κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχουσών και τους θεματικούς άξονες της συνέντευξης. Οι άξονες αυτοί περιλάμβαναν θέματα όπως: α) η υγεία των ανδρών σύμφωνα με εσωτερικούς και τους εξωτερικούς προσδιοριστές της υγείας, β) η επίδραση της κοινωνικής θέσης και του φύλου στην υγεία των ανδρών, γ) η υφιστάμενη κατάσταση των πολιτικών υγείας (δυναμική της περιοχής) καθώς και δ) οι προτάσεις για το μέλλον. Ο οδηγός συνέντευξης παρουσιάζεται στο Παράρτημα Ι, στο τέλος.

Το σύνολο των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε από τον Αύγουστο έως τον Οκτώβριο του 2021. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν δια ζώσης, τηρώντας όλα τα μέτρα για την αποφυγή της μετάδοσης του Covid-19, αλλά και μέσω Skype για όσους το επιθυμούσαν. Κάθε συνέντευξη διήρκησε περίπου μία ώρα, ενώ, με τη σύμφωνη γνώμη των συμμετεχόντων μαγνητοφωνήθηκαν όλες οι συνεντεύξεις.

4.4 Άδειες και ενημέρωση

Η παρούσα εργασία πληροί τις προϋποθέσεις της ερευνητικής δεοντολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Οι συμμετέχοντες έλαβαν πλήρη προφορική ενημέρωση για τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας, ενώ, αντίστοιχη γραπτή επιστολή στάλθηκε στις δημόσιες δομές, όπου απασχολούνται οι επαγγελματίες του δείγματος της έρευνας. Αντίγραφο των αδειών πρόσβασης υπάρχει στο Παράρτημα ΙΙ, στο τέλος.

4.5 Ανάλυση δημογραφικών και ποιοτικών δεδομένων

Τα δημογραφικά στοιχεία για το σύνολο των συμμετεχόντων παρουσιάστηκαν με τη μορφή ποσοστών (%) και συχνοτήτων, με το SPSS, ενώ, οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν βάσει της ερευνητικής δεοντολογίας. Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μεθοδολογία της ανάλυση πλαισίου (framework analysis) (Gale και συν. 2013. Ritchie & Spencer, 1994). Δηλαδή, οι ερευνήτριες ξεκίνησαν να μελετούν προσεκτικά τις συνεντεύξεις (μια προς μία) και αφού εξοικειώθηκαν με τα αποτελέσματα της έρευνας, κατένειμαν τα δεδομένα τους σε ενότητες, βάσει των αποτελεσμάτων και του οδηγού συνέντευξης.

Οι ενότητες που προέκυψαν ήταν: οι ανάγκες των ανδρών σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές (εσωτερικοί και εξωτερικοί), οι ανάγκες υγείας των ανδρών βάσει φύλου και κοινωνικής θέσης, η ισχύουσα κοινωνική πολιτική για τις ανάγκες των ανδρών και οι προτάσεις για το μέλλον. Μετά από συνεχείς συγκρίσεις των δεδομένων κάθε συνέντευξης, εξετάστηκε η συνοχή τους και προέκυψαν οι θεματικές ενότητες, στις οποίες αντιστοιχήθηκαν οι πληροφορίες τους, βάσει των εμπειριών και αντιλήψεων κάθε συμμετέχοντα. Κάθε ενότητα περιλαμβάνει μικρότερες θεματικές, βάσει των δεδομένων που περιλαμβάνει. Η δημιουργία των υπο-ενοτήτων βασίστηκε στο πλήθος και τη συχνότητα απόψεων, σκέψεων και ιδεών. Οι υπο-ενότητες που προέκυψαν είναι: ανάγκες σύμφωνα με τους εσωτερικούς προσδιοριστές, ανάγκες σύμφωνα με τους εξωτερικούς προσδιοριστές, ανάγκες σύμφωνα με το φύλο και την κοινωνική θέση, υπάρχουσες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής, διαχείριση των αναγκών των ανδρών και προτάσεις για το μέλλον.

Για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων, ακολούθησαν επιπλέον συγκρίσεις ανά ομάδα ατόμων-κλειδιών, όπου ήταν εφικτό (πχ αιρετοί άρχοντες και επαγγελματίες υγείας), προκειμένου να διασφαλιστεί η απόδοση ενός κοινού κώδικα για την ίδια εμπειρία ή άποψη. Τα αποτελέσματα του συνόλου της ανάλυσης των δεδομένων συζητήθηκαν και παρουσιάζονται αναλυτικά στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

Κεφάλαιο 5: Παρουσίαση αποτελεσμάτων

5.1 Αποτελέσματα

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε τους βασικούς άξονες των αποτελεσμάτων της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Οι ενότητες αυτές είναι: (α) οι ανάγκες των ανδρών σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές (ανάγκες σύμφωνα με τους εσωτερικούς και ανάγκες σύμφωνα με τους εξωτερικούς προσδιοριστές), (β) οι ανάγκες υγείας των ανδρών βάσει φύλου και κοινωνικής θέσης (ανάγκες σύμφωνα με το φύλο και ανάγκες σύμφωνα με την κοινωνική θέση), (γ) η ισχύουσα κοινωνική πολιτική για τις ανάγκες των ανδρών (υπάρχουσες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής και διαχείριση των αναγκών των ανδρών) και (δ) προτάσεις για το μέλλον.

A) Ανάγκες των ανδρών σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές

A.1) Ανάγκες σύμφωνα με τους εσωτερικούς προσδιοριστές

Οι επαγγελματίες υγείας και οι αιρετοί άρχοντες του Δ. Χερσονήσου, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα, αναφέρθηκαν στις ανάγκες των ανδρών σύμφωνα με τους εσωτερικούς προσδιοριστές της υγείας. Βάσει των απαντήσεων τους καταγράφηκαν ανάγκες που σχετίζονται με την αυτοεκτίμηση, τη διαχείριση της συναισθηματικής τους ιδιοσυγκρασίας, τη διεύρυνση των κοινωνικών τους σχέσεων και την ψυχολογική τους στήριξη.

Αυτοεκτίμηση

Όπως παρουσιάζονται στα δεδομένα της έρευνας, ορισμένοι επαγγελματίες υγείας αναφέρθηκαν σε μειωμένα επίπεδα αυτοεκτίμησης των ανδρών, ενώ, φαίνεται από τις απαντήσεις τους πως συνδέουν την αυτοεκτίμηση των ανδρών με τις κοινωνικές σχέσεις και την ψυχολογική υποστήριξη. Συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι ανέφεραν:

«Οπωσδήποτε υπάρχουν αυξημένες ανάγκες στην υγεία των ανδρών ως προς τους εσωτερικούς προσδιοριστές όπως η αυτοεκτίμηση και η διαχείριση της συναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας. Αναφορικά με την ανάγκη τους για διεύρυνση των κοινωνικών σχέσεων και για ψυχολογική υποστήριξη, θεωρώ πως οι ανάγκες αυτές έχουν να κάνουν με την εικόνα και τις προσδοκίες που μπορεί να έχουμε ως κοινωνία για τους ίδιους. Δηλαδή, ένας άνδρας θα πρέπει να έχει αυτοπεποίθηση για να μπορεί να διαχειρίζεται δύσκολες καταστάσεις, να μπορεί να ελέγχει δυσάρεστα συναισθήματα και να στηρίζει την οικογένεια του» (Επαγγελματίας 1).

«Βασικά νομίζω πως είναι όλα σχετικά. Εδώ ο πληθυσμός μας είναι μεικτός, δηλαδή, μπορεί να χαρακτηριστεί ως τουριστικός, όταν διαμένει στα παράλια, ή ορεινός, όταν προέρχεται από ορεινές περιοχές. Στη δεύτερη κατηγορία κατατάσσονται συνήθως τα ηλικιωμένα άτομα. Ελλείμματα σε ζητήματα αυτοεκτίμησης συναντά κανείς και στις δύο περιπτώσεις, τις οποίες καλούμαστε να εντοπίσουμε και να αντιμετωπίσουμε εμείς. Άλλωστε δεν είναι λίγες φορές που καλούμαστε να ανταποκριθούμε σε ανάγκες τους» (Επαγγελματίας 4).

Παράλληλα, οι αιρετοί άρχοντες φαίνεται να στηρίζουν την άποψη πως η αυτοεκτίμηση των ανδρών και η αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους δέχεται επιρροές από την ηλικία τους. Αναλυτικότερα, αναφέρουν ότι:

«Έχουμε παρατηρήσει πως οι άνδρες ηλικίας άνω των 38 ετών τείνουν να φοβούνται πιο πολύ για την υγεία τους και αρχίζουν να πραγματοποιούν ελέγχους για αυτή. Αντιθέτως, σε μικρότερες ηλικίες, όπου η αυτοεκτίμηση ενός άντρα είναι αυξημένη, ο ίδιος αισθάνεται δυνατός, χωρίς να νιώθει ή αρνείται να νιώσει ότι έχει κάποιο ζήτημα υγείας» (Αιρετός 1).

Αντίθετα, ορισμένοι αιρετοί άρχοντες και επαγγελματίες υγείας αναφέρθηκαν σε μέτρια ή/και υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης των ανδρών, που επιδρούν στην παραδοχή ή/και συνειδητοποίηση της κατάστασης της υγείας τους. Πιο αναλυτικά, οι επαγγελματίες ανέφεραν:

«Ειδικά σήμερα, με την έξαρση της πανδημίας του Covid-19, οι άνδρες της περιοχής αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα, με τα επίπεδα της αυτοεκτίμησης τους να είναι σε μέτρια επίπεδα» (Αιρετός 3).

«Οι περισσότεροι ασθενείς εδώ στην περιοχή έχουν μεν καλή αυτοεκτίμηση αλλά σε υπερβάλλοντα βαθμό για τα θέματα της υγείας τους. Συνήθως δεν παραδέχονται ή δεν συνειδητοποιούν τα συμπτώματα που παρουσιάζουν, παρά μαθαίνουν και συνηθίζουν να ζουν με αυτά. Στις περιπτώσεις όπου γίνεται έγκαιρη διάγνωση, αυτή πραγματοποιείται μετά από παρακίνηση συντρόφου ή στα πλαίσια ενός άλλου επείγοντος περιστατικού, αφού δε προσέρχονται από μόνοι τους για προληπτικό check. Έτσι, απαιτείται μια ιδιαίτερη προσέγγιση για να τους βάλει κανείς σε μία σειρά προληπτικού διαγνωστικού ελέγχου, με την έννοια της συντήρησης, ενώ, οι κοινωνικές σχέσεις βοηθούν στη σωστή παρακολούθηση» (Επαγγελματίας 6).

Διαχείριση ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης

Τα δεδομένα των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην έρευνα, δείχνουν πως η διαχείριση της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης των ανδρών διαφέρει ανάλογα με τον τόπο διαμονής τους. Αναλυτικότερα, όσοι άνδρες διαμένουν στις ορεινές περιοχές του δήμου φαίνεται να αδυνατούν να διαχειριστούν ορθώς την ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση (αυξημένα περιστατικά βίας, καυγάδες). Αντιθέτως, όσοι άνδρες διαμένουν στην πόλη φαίνεται πως διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους, αν και η επαγγελματική νοοτροπία της περιοχής φαίνεται να επιδρά σε αυτό. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν:

«Θεωρώ πως οι άνδρες που διαμένουν στις παραλιακές περιοχές του δήμου μας, διαχειρίζονται, σε γενικές γραμμές, την ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση. Αυτό σημαίνει πως έχουμε πιο ήπια περιστατικά καυγάδων, βίας κ.ο.κ., με τους άνδρες ηλικίας ως 35 ετών να είναι πιο ήρεμοι και να αναζητούν τη βοήθεια των ειδικών όταν το κρίνουν απαραίτητο. Αντιθέτως, όσοι διαμένουν σε ορεινά μέρη συχνά δε διαχειρίζονται τα νεύρα τους ή δεν μπορούν να κρατηθούν μακριά από φασαρίες ή καβγάδες. Άρα, όσο ανεβαίνει το υψόμετρο οι τρόποι και η συμπεριφορά είναι πιο ελεύθερη και απελευθερωμένη, με αποτέλεσμα πολλοί να μην έχουν τον έλεγχο ή το αίσθημα του φόβου της έννομης τάξης» (Αιρετός 1).

«Με την πανδημία τα πράγματα έχουν πάει πολύ πίσω σε όλους τους τομείς, όπως η διαχείριση των ψυχοσυναισθηματικών αναγκών των ανδρών, λόγω των περιορισμών

και του φόβου. Συχνά, λοιπόν, οι άνδρες νιώθουν αισθήματα ματαιώσης, διότι δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους ή τις ανάγκες της οικογένειάς τους, με αποτέλεσμα να αδυνατούν να ελέγξουν την επιθετικότητά τους. Έτσι, είτε εκτονώνουν το θυμό τους με την άσκηση έμφυλης βίας, ή τον εσωτερικεύουν και αποκτούν συμπτώματα ψυχικών νόσων» (Επαγγελματίας 1).

«Όσο απομακρυνόμαστε από την ενδοχώρα, η διαχείριση της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης των ανδρών φαίνεται να είναι δυσκολότερη. Οι άνθρωποι εκεί δεν ξέρουν πως να διαχειριστούν τη συμπεριφορά τους και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, με αποτέλεσμα όταν το προσπαθούν να κάνουν τα πράγματα χειρότερα. Αντίθετα στην ενδοχώρα τα πράγματα έχουν βελτιωθεί με τα χρόνια, αν και ακόμα υπάρχουν ανάγκες ως προς τη διαχείριση της ψυχοσυναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας των ανδρών, λόγω της επαγγελματικής νοοτροπίας που υπάρχει -6 μήνες full-time εργασία με αυξημένο άγχος και 6 μήνες χωρίς σκοπό-» (Αιρετός 2).

Κοινωνικές σχέσεις και ψυχολογική υποστήριξη

Αναφορικά με τις κοινωνικές σχέσεις και την ψυχολογική στήριξη των ανδρών του δήμου, επαγγελματίες και αιρετοί ανέφεραν πως είναι αρκετά διευρυμένες. Πιο αναλυτικά, οι άνδρες που διαμένουν στα ορεινά σημεία του δήμου φαίνεται να έχουν αναπτύξει φιλικές σχέσεις με άλλους σε χώρους αναψυχής, όπως τα καφενεία. Συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι είπαν:

«Οι κοινωνικές σχέσεις είναι πιο διευρυμένες στις ορεινές περιοχές του δήμου, όπου οι κοινωνίες είναι πιο κλειστές, ενώ, στην πόλη οι σχέσεις είναι περιορισμένες. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι όσοι άνδρες διαμένουν στην ύπαιθρο έχουν διευρυμένα δίκτυα που τους στηρίζουν σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, ενώ, όσοι διαμένουν στην πόλη έχουν την ανάγκη αυτή» (Επαγγελματίας 4).

Αντίστοιχα, όσοι άνδρες διαμένουν στην πόλη αναπτύσσουν σχέσεις κυρίως λόγω της ιδιότητας τους ως επιχειρηματίες. Συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι είπαν:

«Θεωρώ πως οι άντρες του δήμου επιδιώκουν να έχουν κοινωνικές σχέσεις, λόγω της επαγγελματικής τους ιδιότητας. Οι άνδρες είναι συχνά ομιλητικοί, βγαίνουν και

γνωρίζουν κόσμο, κάτι που λόγω κορωνοϊού έχει μειωθεί αισθητά. Αυτή η νέα πραγματικότητα σίγουρα έχει καταβάλει ψυχολογικά τους άνδρες, όπως έδειξαν τα αποτελέσματα της μιας και μοναδικής δράσης για την ψυχολογική στήριξη τους, η οποία κατέδειξε και κάλυψε ορισμένες από τις ανάγκες τους» (Αιρετός 1).

Επιπλέον, οι απαντήσεις των ερωτώμενων έδειξαν πως οι άνδρες του δήμου επισκέπτονται μαζί με τη γυναίκα τους τις υπηρεσίες υγείας, η οποία έχει ρόλο φροντιστή, ενώ, οι καταστάσεις κρίσης όπως η πανδημία φαίνεται να επιδρούν στις κοινωνικές σχέσεις και την ψυχολογία τους. Συγκεκριμένα, ο Επαγγελματίας 5 αναφέρει:

«Παρότι οι άνδρες παρουσιάζονται κοινωνικά ενεργοί, διατηρώντας φιλικές σχέσεις σε καφενεία, έρχονται συχνά αντιμέτωποι με το άγχος λόγω των συνθηκών της κρίσης, της πανδημίας, των σεισμών και της μετέπειτα κατάστασης αυτών. Αναφορικά με την υγεία τους, η σχέση που έχει μεγαλύτερη σημασία είναι εκείνη με τη σύζυγο τους. Οι άνδρες που προσέρχονται για τον τακτικό έλεγχο της υγείας τους δε φαίνεται να είναι συνειδητοποιημένοι, αφού είτε αμελούν ή καθυστερούν να κάνουν τις εξετάσεις αυτές. Ιδιαίτερα οι μεγαλύτερες ηλικίες, θεωρούν απαραίτητο να προσέρχονται μαζί με τη σύζυγο τους, η οποία έχει γνώση των φαρμάκων, των συμπτωμάτων και θα επιμεληθεί το πλάνο θεραπείας τους. Για παράδειγμα, η χοληστερίνη τους βασίζεται στη διατροφή τους που καθορίζεται από το τι θα μαγειρέψει η σύζυγος τους» (Επαγγελματίας 5).

A.2) Ανάγκες σύμφωνα με τους εξωτερικούς προσδιοριστές

Οι επαγγελματίες υγείας και οι αιρετοί άρχοντες του Δ. Χερσονήσου, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα, αναφέρθηκαν στις ανάγκες των ανδρών σύμφωνα με τους εξωτερικούς προσδιοριστές της υγείας. Από τις απαντήσεις τους έγιναν αντιληπτές οι ανάγκες των ανδρών του Δήμου που αφορούν την εκπαίδευση, το εισόδημα, το επάγγελμα και τον ελεύθερο χρόνο.

Εισόδημα

Επαγγελματίες υγείας και αιρετοί που συμμετείχαν στην έρευνα, αναφέρουν πως το εισόδημα έχει πολύ σημαντικό ρόλο ως προς τις ανάγκες υγείας των ανδρών. Συγκεκριμένα, ανέφεραν πως οι άνδρες με υψηλά ή μεσαία εισοδήματα ενδιαφέρονται περισσότερο με ζητήματα που αφορούν την υγεία τους, ενώ, οι άνδρες με χαμηλά εισοδήματα θέτουν την υγεία τους σε δεύτερη μοίρα, κοιτάζοντας πως θα καλύψουν τις βιολογικές ανάγκες αυτών και των οικογενειών τους. Ενδεικτικά, ορισμένες από τις απαντήσεις τους είναι:

«Οι ανάγκες υγείας των ανδρών βάσει των εξωτερικών κοινωνικών προσδιοριστών φαίνεται πως επηρεάζονται από τη στάση της κοινωνίας, που θέλει ο μέσος άνδρας να εργάζεται για να έχει ικανά εισοδήματα, τα οποία μπορούν να καλύψουν τον ίδιο και την οικογένειά του. Όμως για να τα έχει όλα αυτά πρέπει ο ίδιος να έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση, την ανάλογη κοινωνική θέση και φυσικά χρόνο για να ξεκουραστεί ή να ασχοληθεί με οτιδήποτε τον ευχαριστεί» (Επαγγελματίας 1).

«Για την υγεία τους θα ενδιαφερθούν κυρίως οι άντρες με υψηλό εισόδημα. Ίσως και αυτοί με μεσαία εισοδήματα. Οι άλλοι, θα στηριχτούν στο οικογενειακό τους περιβάλλον θα δουν πως θα τα βγάλουν πέρα. Η υγεία είναι πολυτέλεια για εκείνους, δυστυχώς» (Αιρετός 1).

«Προσωπικά θεωρώ πως η εκπαίδευση, το επάγγελμα ή ο ελεύθερος χρόνος δεν έχουν ιδιαίτερη σημασία για την υγεία των ανδρών. Αυτό που έχει σήμερα μεγαλύτερη σημασία, λόγω των συνθηκών που επικρατούν, είναι το εισόδημα. Παλιά λέγαμε να έχουμε την υγεία μας, ενώ τώρα, λεφτά να έχουμε για να μπορούμε να πάμε στο γιατρό αν χρειαστεί. Έτσι, αν κάποιος έχει οικονομικά θέματα στο σπίτι του έχει αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσει και ζητήματα υγείας» (Επαγγελματίας 2).

«Όσο χαμηλότερα είναι τα εισοδήματα, τόσο περισσότερες οι ανάγκες υγείας που έχουν οι άνδρες. Έτσι, αν προκύψει ένα ζήτημα υγείας, κάποιιο ίσως να αντιληφθούν και να λάβουν άμεσα μέτρα, ενώ, άλλοι μπορεί να συνομιλήσουν πρώτα με το οικογενειακό τους περιβάλλον και να ζητήσουν τη γνώμη του για τη διαχείριση της κατάστασης τους» (Επαγγελματίας 4).

Επάγγελμα

Όπως αναφέρθηκε από τους ερωτώμενους, οι άνδρες του δήμου φαίνεται να είναι προσηλωμένοι στο επάγγελμα τους, το οποίο μπορεί να καθορίσει την εμφάνιση καρδιαγγειακών νόσων, το ρυθμό ζωής (καθιστική ή μη) και τον ελεύθερο χρόνο τους, μολονότι απασχολούνται κυρίως σε τουριστικές ή/και επισιτιστικές επιχειρήσεις. Συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι ανέφεραν τα κάτωθι:

«Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες, απασχολούνται στον τομέα του τουρισμού και τον επισιτιστικό τομέα του δήμου μας, αφού είμαστε κατ' εξοχήν ένας τουριστικός δήμος» (Αιρετός 2).

«Είναι λίγοι εκείνοι που λόγω χαμηλού εισοδήματος δεν ακολουθούν τη θεραπεία τους. Το εισόδημα δεν έχει τόση σημασία, όση το επάγγελμα. Το επάγγελμα μπορεί να παρέμβει στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, αφού ορίζει την καθιστική ή μη ζωή, καθώς και στον ελεύθερο χρόνο δυσχεραίνοντας την επικοινωνία με τους γιατρούς» (Επαγγελματίας 5).

«Το επάγγελμα είναι πολύ σημαντικό. Οι άνδρες αφιερώνονται αποκλειστικά σε αυτό, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους άλλα σημαντικά ζητήματα όπως η υγεία τους» (Επαγγελματίας 6).

Ελεύθερος χρόνος

Όπως φαίνεται από τις απαντήσεις των ερωτώμενων, ο ελεύθερος χρόνος αποτελεί μια πολυτέλεια που έχει συνδεθεί με την τρίτη ηλικία. Σε αυτό συμβάλλει το γεγονός της εργασίας των ανδρών σε τουριστικές επιχειρήσεις, όπου 6 μήνες το χρόνο εργάζονται υπό πίεση. Η έλλειψη αυτή του ελεύθερου χρόνου, όπως αναφέρουν, φαίνεται πως επιδρά αρνητικά στο ζήτημα της υγείας τους, με κρίσεις όπως η πανδημία του Covid-19, να εμφανίζουν διάφορα προβλήματα. Συγκεκριμένα, οι απαντήσεις επαγγελματιών και αιρετών αναφέρουν τα εξής:

«Όταν δεν υπάρχει ελεύθερος χρόνος η υγεία τους τίθεται σε δεύτερη μοίρα. Η έλλειψη αυτή βοηθά στην απουσία της διερεύνησης ζητημάτων υγείας, γι' αυτό κατά τη διάρκεια της πανδημίας βγήκαν αρκετά προβλήματα στην επιφάνεια» (Αιρετός 1).

«Ο ελεύθερος χρόνος αφορά κυρίως τους συνταξιούχους, οι οποίοι αξιολογούν την καθημερινότητα, την υγεία και την ποιότητα ζωής τους. Οι νέοι δεν έχουν χρόνο για τέτοια. Ιδιαίτερα εδώ στην περιοχή, οι άνδρες εργάζονται έξι μήνες το χρόνο με υπερεργασία, ενώ, τους υπόλοιπους έξι μπορεί να μην ασχοληθούν με κάτι» (Επαγγελματίας 6).

Εκπαίδευση

Επαγγελματίες και αιρετοί απάντησαν πως το μορφωτικό επίπεδο των ανδρών σχετίζεται με τις ανάγκες υγείας τους. Συγκεκριμένα, ο Αιρετός 1 αναφέρει πως το υψηλό μορφωτικό επίπεδο κρατά τους άνδρες μακριά από την ενασχόληση με την υγεία του, θεωρώντας πως ξέρει τον εαυτό του, ενώ, αναφέρει πως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με την άγνοια και την συχνότερη επίσκεψη στον γιατρό. Αναλυτικότερα, οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν:

«Όσοι έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ασχολούνται περισσότερο με την υγεία τους, ενώ, όσοι έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο ασχολούνται λιγότερο. Προσωπικά, θεωρώ ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο βοηθά στην μετάβαση στον ιατρό, επειδή ακριβώς ο άνδρας δε γνωρίζει κάτι. Αντίστοιχα, ένας άνθρωπος μορφωμένος γνωρίζοντας το κάτι παραπάνω πιστεύει ότι δεν είχε τίποτα, κρίνοντας ο ίδιος την κατάσταση της υγείας του» (Αιρετός 1).

Αντίθετα, άλλοι επαγγελματίες αναφέρουν πως τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο δεν μεταβαίνουν στο γιατρό για λόγους απόστασης, οικονομικών ζητημάτων ή έλλειψης εμπιστοσύνης ως προς το δημόσιο σύστημα υγείας. Αντίστοιχα, αναφέρουν πως τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο γνωρίζουν την αξία της πρόληψης και χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας γι' αυτό το λόγο. Ενδεικτικά, αναφέρονται τα εξής:

«Προσωπικά θα αναφερθώ στην κατάσταση που υπάρχει μέχρι σήμερα. Τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνήθως προσπαθούν να μειώσουν τα συμπτώματα της

υγείας τους με -ματζούνια ή άλλα γιατροσόφια- είτε από αδυναμία μεταφοράς προς το γιατρό ή από αδυναμία κάλυψης εξετάσεων και φαρμάκων είτε από έλλειψη εμπιστοσύνης ως προς το σύστημα υγείας» (Επαγγελματίας 2).

«Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται συνήθως με το κομμάτι της πρόληψης. Έτσι, τα άτομα που έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο επισκέπτονται συχνά για προληπτικούς λόγους τον γιατρό τους, ενώ, οι άνθρωποι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο μένουν σπίτι κάνοντας μόνοι τους προσπάθειες» (Επαγγελματίας 7).

B) Ανάγκες υγείας των ανδρών βάσει φύλου και κοινωνικής θέσης

B.1) Ανάγκες σύμφωνα με το φύλο

Επαγγελματίες και αιρετοί αναφέρουν ορισμένες ανάγκες των ανδρών που βασίζονται στο φύλο τους. Αναλυτικότερα, στις ανάγκες αυτές συγκαταλέγονται η ανάγκη για σωματική υγεία (προστάτης, ουρολοιμώξεις, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα) και ξεκούραση.

«Ως προς το φύλο οι ανάγκες υγείας εξειδικεύονται σε θέματα προστάτη και άλλα θέματα τα οποία αφορούν τους άνδρες. Τα πρότυπα και οι απαιτήσεις της κοινωνίας για τον άνδρα, ως στυλοβάτη της οικογένειας του, αφού μπορεί να διαχειρίζεται οτιδήποτε μπορεί να προκύψει και να ελέγχει τις διάφορες δύσκολες καταστάσεις της καθημερινότητας. Έτσι, αισθάνονται την ανάγκη να φέρουν σε πέρας τις απαιτήσεις που πηγάζουν από όλους αυτούς τους ρόλους» (Επαγγελματίας 1).

«Δύσκολο ερώτημα. Οι ανάγκες θεωρώ ότι είναι ένα τεράστιο κεφάλαιο. Το βασικό ζήτημα με την υγεία στους άνδρες είναι πως δεν υπάρχει πρόληψη, ενώ, το αντίθετο συμβαίνει συνήθως με τις γυναίκες. Οι άντρες, κυρίως οι παντρεμένοι, ωθούνται από τις γυναίκες τους στη διεξαγωγή προληπτικών ελέγχων, ενώ, ελάχιστοι είναι οι εργένηδες ή παντρεμένοι που επιλέγουν να έλθουν μόνοι τους. Μάλιστα, πολλές φορές οι ασθενείς μας αναφέρουν καβγάδες τύπου -Εγώ φέρνω τα λεφτά στο σπίτι. Τι άλλο να κάνω πια;- . Αυτές οι καταβολές είναι από το σπίτι. Μετά το 2000, τείνει να αλλάξει κάτι σε σχέση με τις αντιλήψεις και τα στερεότυπα αυτά αλλά και πάλι η αλλαγή αυτή είναι μικρή. Μάλλον, κυριαρχεί η λογική -και να πεθάνω τι έγινε;- . Έτσι, αντί να

έρθουν στο γιατρό, πάνε στο φαρμακείο ή συμβουλευόνται το διαδίκτυο και αγοράζουν κάθε λογής σκευάσματα» (Επαγγελματίας 3).

«Οι διακρίσεις που βασίζονται στο φύλο δυστυχώς συνεχίζουν και σήμερα. Στα στερεότυπα που διέπουν το φύλο, εντάσσεται και το ζήτημα των εξετάσεων. Για παράδειγμα υπάρχει ζήτημα ως προς την εξέταση κολονοσκόπησης και προστάτη, με αποτέλεσμα να φτάνουν σε προχωρημένα στάδια σοβαρών νόσων και να αρνούνται να υποβληθούν σε ιατρικές εξετάσεις μήπως και αλλοιωθεί ο -ανδρισμός- τους» (Επαγγελματίας 5).

«Οι άντρες εδώ προσέχουν τις ουρολοιμώξεις, τη χρήση ουσιών, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τον προστάτη και τα ψυχολογικά ζητήματα» (Αιρετός 2).

Αναφορικά με την ψυχική του υγεία, όπως φαίνεται από τις απαντήσεις τους, οι άνδρες πιέζονται από τα στερεότυπα που θέλουν τον άντρα να αντέχει σε οτιδήποτε συμβεί και τους διάφορους ρόλους που τον θέλει η κοινωνία να έχει (κουβαλητή, στυλοβάτη). Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται στα αποσπάσματα των συνεντεύξεων που ακολουθούν.

«Λόγω εργασίας αυξάνεται το αίσθημα της κόπωσης, σπάνε τα νεύρα λόγω της εξάντλησης και εμφανίζονται οι ψυχικές ανάγκες. Αντίστοιχα, στον απόηχο των οικονομικών δυσκολιών οι άντρες τείνουν να μειώνουν ότι αφορά τις ανάγκες τους προκειμένου να δώσουν έμφαση στην αύξηση των απολαβών τους» (Αιρετός 1).

«Η κοινωνία τοποθετεί χωριστά τους άνδρες από τις γυναίκες. Πιστεύει γενικά πως άντρας λόγω του φύλου του αντέχει. Αντέχει τις κακοτοπιές, σωματικά και ψυχικά, χωρίς να έχει την ανάγκη να ελέγξει την υγεία του. Σαν να έχει από μόνος του μια φυσική δύναμη που αντικρούει τα πάντα στα ζητήματα υγείας. Βέβαια, όλα είναι θέμα ανθρώπου και περιβάλλοντος. Αν το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον δίνει τα απαραίτητα ερεθίσματα στο άτομο, εκείνο μαθαίνει από νωρίς να αγαπά τον εαυτό του, να ελέγχει την κατάσταση της υγείας του και να ζητά βοήθεια από ειδικούς όταν το απαιτεί η περίπτωση» (Επαγγελματίας 4).

«Οι άνδρες με υψηλό εισόδημα θεωρώ ότι δεν έχουν πρόβλημα ως προς τη μετάβαση τους σε δομές υγείας, εν αντιθέσει με εκείνους που το εισόδημα τους δε φτάνει για την κάλυψη βασικών αναγκών πχ αγρότες. Ο δήμος μας δεν παρουσιάζει ζητήματα υγείας που αφορούν το σώμα, όπως ο προστάτης, αλλά πιστεύω πως υπάρχουν ψυχολογικά

ζητήματα, τα οποία διαχειρίζονται άψογα οι διαθέσιμες υπηρεσίες μας. Έτσι, θεωρώ πως υπάρχει επάρκεια υπηρεσιών για τις ανάγκες υγείας ανδρών και γυναικών και όχι κάτι συγκεκριμένο ή ξεχωριστό. Άλλωστε αυτή είναι η αρχή της ισότητας, να υπάρχουν υπηρεσίες που μπορούν να χρησιμοποιήσουν και τα δύο φύλα» (Αιρετός 3).

«Τα κοινωνικά στερεότυπα αυξάνουν συνήθως την πεποίθηση των ανδρών πως δεν έχουν ζητήματα ως προς τις ανάγκες υγείας τους. Συγκεκριμένα, ακούμε συχνά -οι άντρες δεν κλαίνε, τι προβλήματα υγείας να έχει; είναι ο στυλοβάτης της οικογένειας του-. Οι καταβολές της οικογένειας έχουν διαιωνίσει αυτή την άποψη, αν και σήμερα η κατάσταση αυτή πάει να αλλάξει. Έτσι, τα στερεότυπα μαζί με το background και το μορφωτικό επίπεδο ενός ανθρώπου λειτουργούν κατασταλτικά ως προς την έκφραση των αναγκών τους» (Επαγγελματίας 6).

«Οι άντρες λόγω στερεοτύπων θεωρούν ότι πρέπει να προσφέρουν περισσότερα για να ισοβαθμίσουν τον κόπο που κάνει η γυναίκα τους. Οπότε οι άντρες πιστεύω πως είναι αυτοί που βάζουν τα προβλήματα κάτω από το χαλί και αυξάνουν τις απαιτήσεις που σχετίζονται με τον εαυτό τους. Έτσι, αυξάνεται το άγχος, το στρες και η πίεση που αισθάνονται οι ίδιοι από το περιβάλλον τους, θυμώνουν και συγκρούονται με τους άλλους» (Επαγγελματίας 7).

B.2) Ανάγκες σύμφωνα με την κοινωνική θέση

Η κοινωνική θέση των ανδρών φαίνεται να επιδρά στις ανάγκες των ανδρών του δήμου Χερσονήσου, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τους ερωτώμενους, όσοι άνδρες έχουν υψηλή κοινωνική θέση πιστεύουν πως έχουν λιγότερες ανάγκες και εργάζονται σε θέσεις ευθύνης.

«Όσο πιο υψηλή η κοινωνική θέση τόσο λιγότερες οι ανάγκες που προκύπτουν όσο πιο χαμηλή τόσο περισσότερες. Έτσι, οι μεν απέχουν από το να αναζητήσουν βοήθεια, ενώ οι δε απευθύνονται ακόμα και για απλά πράγματα» (Αιρετός 3).

Επιπλέον, οι ίδιοι έχουν διασυνδέσεις με πρόσωπα και μπορεί υποβάλλονται σε εξετάσεις ως ρουτίνα, αν και δεν συνεργάζονται εύκολα στις υποδείξεις του γιατρού, προχωρώντας σε «αυτό-διάγνωση» μέσω του διαδικτύου.

«Η υψηλή κοινωνική θέση μπορεί να επιφέρει μειωμένη συνεργασία με τον γιατρό. Οι άνθρωποι σήμερα αναζητούν μέσω του διαδικτύου πληροφορίες, χωρίς να φιλτράρουν αν είναι ορθές. Η μέθοδος της αυτοδιάγνωσης είναι ιδιαίτερα παρακινδυνευμένη, με πολλούς να καταλήγουν με ελάχιστα συμπτώματα να έχουν καρκίνο, ενώ, όσοι εμπιστεύονται το γιατρό να ακολουθούν κατά γράμμα τις οδηγίες του» (Επαγγελματίας 3).

Αντίστοιχα, οι άνδρες που προέρχονται από χαμηλά κοινωνικά στρώματα φαίνεται να συμβουλευούνται το περιβάλλον τους πριν την επίσκεψη στο γιατρό.

«Οι άνδρες ανάλογα με την κοινωνική τους θέση έχουν και τις αντίστοιχες σχέσεις και διασυνδέσεις. Τα άτομα με υψηλή κοινωνική θέση μπορεί να έλθουν για να πραγματοποιήσουν προληπτικές εξετάσεις ως ρουτίνα. Για παράδειγμα είναι μερικοί άνθρωποι που προγραμματίζουν κάθε χρόνο εξετάσεις για τον προληπτικό έλεγχο της υγείας τους. Αντίθετα, τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα μπορεί να προσέλθουν μετά από συζήτηση με το οικογενειακό ή το κοινωνικό περιβάλλον, δηλαδή φαίνεται πως επηρεάζονται από τρίτους. Για παράδειγμα, ένας άνδρας που ακούει στο καφενείο ή στην παρέα πως κάποιος άλλος έκανε προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του προστάτη, ενδέχεται να κάνει και εκείνος» (Επαγγελματίας 6).

«Η κοινωνική θέση βοηθάει τους άνδρες, διότι βάσει της κοινωνικότητας τους δημιουργούν συνδέσεις που τους παρακινούν να προλάβουν δυσάρεστες καταστάσεις υγείας. Έτσι δεν είναι λίγες οι φορές που το κοινωνικό περιβάλλον πείθει τους άνδρες να έρθουν για προληπτικούς ελέγχους ή/και να ακολουθήσουν πιστά ένα θεραπευτικό πλάνο» (Επαγγελματίας 5).

Παρ' όλα αυτά, φαίνεται πως υπάρχουν σωματικές (διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα, τραυματισμοί, τσιμπήματα) και ψυχικές ανάγκες (μοναξιά, άγχος, φόβος), οι οποίες πηγάζουν από την κοινωνική θέση και δύσκολες συνθήκες όπως η πανδημία. Συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι ανέφεραν τα εξής:

«Οι άντρες είμαστε από τη φύση μας κυνηγοί, αφού η μυϊκή δύναμη μας είναι μεγαλύτερη από την εγκεφαλική, γι' αυτό αισθανόμαστε άτρωτοι και δεν επισκεπτόμαστε συχνά το γιατρό. Η θέση του κυνηγού μας δίδεται από την κοινωνία και σε συνδυασμό με την προσωπικότητα-χαρακτήρα καθενός συναντάμε άνδρες, κυρίως πιτσιρικάδες που τρέχουν με το παραμικρό στο γιατρό ή επιλέγουν να μην πάνε καθόλου. Η μοναχικότητα της θέσης αυτής φαίνεται να αυξάνει τις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες υγείας. Για παράδειγμα, οι άνδρες μόλις περάσουν μια ηλικία

μπορούν και πρέπει να κάνουν μικροβιολογικές ή άλλες εξειδικευμένες εξετάσεις και τακτικούς ελέγχους για την ψυχική κατάσταση τους. Στο δεύτερο κομμάτι η συνεργασία μας με το ΠΑ.Γ.Ν.Η. και την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας φαίνεται πως έχει αποτέλεσμα. Ιδιαίτερα σε καταστάσεις κρίσεων όπως ο Covid-19 που ο φόβος έχει ριζώσει στους ανθρώπους» (Επαγγελματίας 2).

«Οι άνδρες καταλαμβάνουν ακόμα υψηλές θέσεις ευθύνης με πολλές απαιτήσεις στην εργασία, οι οποίες αυξάνουν τα επίπεδα άγχους. Έτσι, η υψηλή κοινωνική θέση αυξάνει τον κίνδυνο της εμφάνισης νόσων όπως ο διαβήτης και τα καρδιαγγειακά. Αντίθετα, σε αγροτικές περιοχές οι ανάγκες υγείας των ανδρών διαφέρουν, αφού στην ύπαιθρο αυξάνεται ο κίνδυνο για εξωτερικούς-σωματικούς τραυματισμούς ή τσιμπήματα κατά τη διάρκεια της εργασίας» (Επαγγελματίας 4).

«Δε νομίζω ότι υπάρχει κάποια αλλαγή όσον αφορά την παροχή των υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με την κοινωνική θέση. Σίγουρα υπήρξαν αλλαγές που αφορούν την κρίση στην οικονομία και την πανδημία. Συγκεκριμένα, εξ' αιτίας της πανδημίας, μειώθηκε η επισκεψιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα την έλλειψη πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας διάφορων ασθενειών» (Επαγγελματίας 7).

Γ) Ισχύουσα κοινωνική πολιτική για τις ανάγκες των ανδρών

Γ.1) Υπάρχουσες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής

Σε σχέση με τις υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής τα πράγματα αλλάζουν. Επαγγελματίες και αιρετοί μιλούν για υπηρεσίες όπως οι Τ.Ομ.Υ., το Κέντρο Υγείας, το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι και το ιδιωτικό ιατρικό κέντρο. Όμως, υπάρχει διαφορά ως προς την επάρκεια των υπηρεσιών για τις ανάγκες που έχουν οι άνδρες. Οι αιρετοί που συμμετείχαν στην έρευνα μας, όπως δείχνουν οι απαντήσεις τους, φαίνεται πως αναγνωρίζουν την έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών για τους άνδρες, αλλά θεωρούν επαρκείς τις ήδη υπάρχουσες για την κάλυψη των αναγκών τους. Συγκεκριμένα, οι αιρετοί ανέφεραν:

«Δεν έχουμε κάποια δομή που θα μπορεί να εξυπηρετήσει τους άντρες στο μέγιστο. Παρ' όλα αυτά οι ανάγκες τους καλύπτονται από το δημόσιο και ιδιωτικό σύστημα υγείας του δήμου, αν και ορισμένοι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να στραφούν

ιδιωτικά, ενώ, ακόμα πιο δύσκολα θα πάει κανείς στο Ηράκλειο για μια εξέταση» (Αιρετός 1).

«Υπάρχουν δημόσιες και ιδιωτικές δομές όπως η κοινωνική υπηρεσία του δήμου, το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι, το κέντρο υγείας και το ιατρικό, που καθένας μπορεί να πάει. Όλοι πηγαίνουν, αφού δε γίνεται αλλιώς. Οι δομές αυτές έχουν το κατάλληλο ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτές και ψυχολόγους που φροντίζουν για τις ανάγκες των κατοίκων της περιοχής, αν και ο εξοπλισμός τους δεν είναι ο πλέον κατάλληλος» (Αιρετός 2).

«Οι δομές που υπάρχουν στο δήμο χερσονήσου είναι το Τ.Ομ.Υ., τα αγροτικά ιατρεία και οι ιδιώτες ιατροί της περιοχής. Δεν νομίζω ότι υπάρχει καμία υπηρεσία του δήμου, που να μπορεί να απευθύνεται αποκλειστικά στους άνδρες, αφού μιλάμε για ισότητα. Παρά ταύτα, πιστεύω ότι οι άνδρες στο δήμο μας ίσως να χρησιμοποιήσουν κάποια στιγμή τις υπηρεσίες του ψυχολόγου» (Αιρετός 3).

Αντίθετα, οι επαγγελματίες του δήμου, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα, αναφέρουν ότι δεν υπάρχουν εξειδικευμένες δομές και υπηρεσίες για τους άνδρες, με αποτέλεσμα οι ανάγκες τους να μένουν ακάλυπτες. Συγκεκριμένα, αναφέρουν τα εξής:

«Δεν υπάρχουν εξειδικευμένες δομές ή υπηρεσίες στο δήμο χερσονήσου για τους άνδρες παρά καθολικές υπηρεσίες που απευθύνεται κάθε πολίτης, ανεξαρτήτως φύλου. Θέλω όμως να πιστεύω ότι δεν υπάρχουν στους περισσότερους δήμους. Άλλωστε δεν υπάρχει ούτε ο ανάλογος κεντρικός σχεδιασμός. Σε σχέση με το συγκεκριμένο θέμα θεωρώ ότι δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα και μάλιστα θέλω να τονίσω ότι πραγματικά αξίζει ένα μπράβο σε εσάς που πραγματοποιείται αυτή την έρευνα διότι με την έρευνά σας αυτή δίνετε την δυνατότητα και την ευκαιρία να αναδειχθούν αυτές οι ανάγκες. Μιλάμε συχνά για ισότητα των φύλων. Στην ουσία οι πολιτικές ισότητας αφορούν αποκλειστικά τις γυναίκες και δεν δύναται να εξειδικεύονται. Θα έπρεπε να υπάρχουν ανάλογες πολιτικές και δράσεις για τους άνδρες αλλά έως τώρα κάτι τέτοιο δεν υπάρχει» (Επαγγελματίας 1).

«Η κοινωνία γενικά θέλει οι άνδρες να έρχονται και να μην αμελούν την υγεία τους. Γι' αυτό δημιουργούνται διάφορες δομές όπως τα Τ.ΟΜ.Υ. για να στηριχθούν ολόπλευρα τα δύο φύλα, ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση» (Επαγγελματίας 2).

«Οι υπηρεσίες που χρησιμοποιούν περισσότερο οι άνδρες του δήμου σχετίζονται με το ιατρείο, που συστεγάζεται με τις Τ.ΟΜ.Υ.» (Επαγγελματίας 4).

«Στη Χερσόνησο υπάρχουν καταξιωμένα ιατρικά κέντρα όπως ιδιωτικό κέντρο υγείας του κ. Λάτση, το οποίο το γνωρίζουν όλοι, σε αντίθεση με το αγροτικό ιατρείο που δε φαίνεται να έχει την ίδια αναγνωρισιμότητα στην κοινότητα. Αυτό έγκειται στη συνεργασία με ιδιώτες, επιχειρήσεις και λοιπούς φορείς, η οποία φαίνεται να αποδίδει περισσότερο ως προς τους ηλικιωμένους και όχι τόσο τους νέους» (Επαγγελματίας 5).

«Στο δήμο μας, οι άνδρες απευθύνονται για θέματα υγείας στα περιφερειακά ιατρεία, στις Τ.Ομ.Υ., στο Κέντρο Υγείας και το Βοήθεια στο Σπίτι. Δυστυχώς όμως λόγω υποστελέχωσης και αύξησης των αναγκών, αδυνατούμε να ανταποκριθούμε ως δημόσια υπηρεσία, με αποτέλεσμα οι άνδρες να στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα» (Επαγγελματίας 6).

«Υπάρχει το περιφερειακό ιατρείο με γενικούς γιατρούς, ως πρώτο βήμα φροντίδας, το οποίο παραπέμπει τους ασθενείς στο νοσοκομείο. Επίσης, υπάρχουν υπηρεσίες κατ' οίκον από ιδιώτες ιατρούς, το βοήθεια στο σπίτι και οι κινητές μονάδες υγείας της ΥΠΕ» (Επαγγελματίας 7).

Γ.2) Διαχείριση των αναγκών των ανδρών

Από τις απαντήσεις των ερωτώμενων φαίνεται πως οι άνδρες του δήμου δεν εκφράζουν σε μεγάλο βαθμό τις ανάγκες υγείας τους, με την επίσκεψη σε αντίστοιχες υπηρεσίες να γίνεται σε έκτακτη ανάγκη. Παρ' όλα αυτά, όσες φορές εκφράζονται, το κάνουν στην κοινωνική υπηρεσία, μολονότι γνωρίζουν και οι ίδιοι πως για εξετάσεις ή νοσοκομειακή φροντίδα θα πρέπει να απευθυνθούν στο Ηράκλειο, ως το κοντινότερο αστικό κέντρο. Πιο αναλυτικά, οι ερωτώμενοι έδωσαν τις κάτωθι απαντήσεις:

«Οι πιο πολλοί εδώ απευθύνονται στην κοινωνική υπηρεσία του δήμου που διαθέτει ψυχολόγο/κοινωνική λειτουργό» (Αιρετός 1).

«Οι άνδρες εκφράζουν κανονικά τις ανάγκες τους και εμείς προσπαθούμε σε συνεννόηση με ιδιώτες γιατρούς ή το αγροτικό ιατρείο να βρούμε λύση σε όσους δεν έχουν ασφαλιστεί, ώστε να εξυπηρετούνται. Τώρα αν κάποιος δεν εκφραστεί, αυτό μπορεί να είναι θέμα bullying και στιγματισμού. Υπάρχουν πολλές τέτοιες περιπτώσεις» (Αιρετός 2).

«Οι άνδρες χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας μόνο όταν υπάρχει σοβαρός λόγος. Εκεί, κάποιος πρέπει να ενδιαφερθεί για την ασφαλή μετάβαση του σε μια δημόσια δομή, τη διεξαγωγή των απαραίτητων εξετάσεων, ακόμα και αν δεν είναι ασφαλισμένος. Όσες ανάγκες δεν μπορούν να καλυφθούν στο δήμο μας, καλύπτονται από τα νοσοκομεία του Ηρακλείου» (Αιρετός 3).

«Δυστυχώς, υπάρχουν ακόμα άτομα που δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν από τις υπηρεσίες του δήμου μας. Υπάρχουν μεν οι δωρεάν υπηρεσίες που προσφέρονται για όλους και οι πιο εξειδικευμένες που καλύπτουν βαριά περιστατικά. Παρ' όλα αυτά, δεν έχουμε καμία δημόσια δομή που να μπορεί να κάνει κάποιος εξετάσεις διότι παρά πρέπει να μεταβούμε στο Ηράκλειο» (Επαγγελματίας 1).

«Συχνά οι άνδρες δεν εκφράζουν τις ανάγκες τους, αλλά παρακινούνται από τη σύντροφο, το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον, αφού αισθάνονται σαν να παραπονιούνται για την υγεία τους. Έτσι, πριν έρθουν σε κίνδυνο πχ υπνηλία κατά την οδήγηση δεν έρχονται για να αναζητήσουν βοήθεια» (Επαγγελματίας 2).

«Λόγω της έλλειψης νοσοκομειακής φροντίδας, τα άτομα που χρήζουν αυτών των υπηρεσιών στο δήμο μας μεταφέρονται στα δημόσια νοσοκομεία της πρωτεύουσας της Κρήτης, το Ηράκλειο» (Επαγγελματίας 4).

«Δυστυχώς οι ντόπιοι ενεργοί πολίτες δε φαίνεται να βοηθούν ή να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας της περιοχής. Αυτό μπορεί να αφορά την καχυποψία που έχουν ως προς την εχεμύθεια που διέπει την κατάσταση της υγείας τους. Οι νέοι αντίστοιχα έλκονται από το διαδίκτυο και να αναζητούν τα θέματα υγείας τους εκεί, ενώ, κάπως αυξημένη είναι η επισκεψιμότητα των ηλικιωμένων. Αντίθετα με αυτούς, οι ξένοι πχ Αλβανοί και Ρουμάνοι φαίνεται να χρησιμοποιούν πολύ περισσότερο τις υπηρεσίες αυτές» (Επαγγελματίας 7).

Δ) Προτάσεις για το μέλλον

Οι επαγγελματίες και οι αιρετοί που συμμετείχαν στην έρευνα έθεσαν ορισμένες προτάσεις για τη βελτίωση των υπηρεσιών και την κάλυψη των αναγκών των ανδρών στο δήμο. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στις απαντήσεις τους παρακάτω, προτάθηκε η δημιουργία δράσεων ευαισθητοποίησης σε σχέση με την πρόληψη και την υγεία.

«Πιστεύω πως θα βοηθούσαν αρκετά οι δράσεις ενημέρωσης με ομιλίες ειδικών, φυλλάδια και εκπομπές στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι οποίες θα ενημερώνουν τον κόσμο για την αξία της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης» (Επαγγελματίας 3).

«Θα βοηθούσαν πολύ να υλοποιούνταν δράσεις ευαισθητοποίησης, σε τακτική βάση. Κατά καιρούς γίνονται μερικές δράσεις αλλά αφορούν όλο τον πληθυσμό και όχι μόνο τους άνδρες. Έτσι, θα αντιληφθούν ότι κάθε άνθρωπος έχει τα δικά του προβλήματα και ο γιατρός δεν είναι κριτής αλλά βοηθός τους» (Επαγγελματίας 4).

«Η αύξηση των προσφερόμενων υπηρεσιών στους διαθέσιμους φορείς του δήμου, πιστεύω ότι θα βοηθούσε αρκετά. Παράλληλα, οι δράσεις ευαισθητοποίησης μπορούν να βοηθήσουν αισθητά. Για παράδειγμα υπήρχε γυναίκα, η οποία μετά από δράση μαστογραφίας ξεκίνησε να αντιλαμβάνεται τη σημαντικότητα της πρόληψης στον τομέα αυτό» (Επαγγελματίας 5).

Επιπλέον, έγινε αναφορά σε καμπάνιες ενημέρωσης του πληθυσμού, προκειμένου να αναλάβουν και οι ίδιοι δράση για την υγεία τους. Έτσι, έγιναν αναφορές σε:

«Μια καμπάνια ενημέρωσης του κόσμου, ώστε να ξέρει που μπορεί να απευθυνθεί στο δήμο μας. Οι άνδρες σήμερα κλείνονται στις εφαρμογές των κινητών και μαθαίνουν πως να βρίσκουν το ένα και πως το άλλο. Έτσι, πιστεύω πως ο δήμος θα πρέπει να προχωρήσει με τη δημιουργία μιας εφαρμογής που να βοηθά δημότες και επισκέπτες σε όλο αυτό» (Αιρετός 1).

«Προσωπικά θεωρώ λάθος να υπάρχει σχεδιασμός για νέες υπηρεσίες χωρίς τη συμβολή των ανδρών. Οι ίδιοι πρέπει να αναγνωρίσουν και να αναφέρουν τις ανάγκες τους, ώστε να διεκδικήσουν μια καλύτερη περίθαλψη για εκείνους» (Επαγγελματίας 2).

Ταυτόχρονα, προτάθηκε η δημιουργία νέων δομών ή/και πολυιατρείων. Συγκεκριμένα, έγιναν οι κάτωθι αναφορές:

«Η δημιουργία μιας πλήρως προσβάσιμης δημόσιας δομής ημερήσιας φροντίδας υγείας, όπου οι ασθενείς θα μπαίνουν το πρωί και φεύγουν το βράδυ, αφού έχουν ολοκληρώσει όλες τις απαραίτητες εξετάσεις που χρειάζονται» (Αιρετός 2).

«Ο δήμος μας έχει κάνει ήδη προσπάθειες για τη δημιουργία ενός πολυιατρείου, το οποίο θα λύσει τα προβλήματα όλης της περιοχής. Οι άντρες αυτό που έχουν να κάνουν είναι να εκφράσουν τις ανάγκες τους για να στελεχωθεί από τις αντίστοιχες ειδικότητες το νέο αυτό ιατρείο, τίποτα περισσότερο, τίποτα λιγότερο» (Αιρετός 3).

Τέλος, έγινε πρόταση για τη δημιουργία ενός διεπιστημονικού προγράμματος για παροχή υπηρεσιών αποκλειστικά σε άνδρες.

«Πιθανόν ένα πρωτοποριακό πρόγραμμα φροντίδας, με διεπιστημονική ομάδα. Γιατροί, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Νοσηλευτές κ.α. επαγγελματίες να βοηθούν τον άνδρα σε κάθε φάση της ζωής του. Έτσι, θα ένιωθαν πως έχουν και οι ίδιοι κάτι αποκλειστικά για εκείνους, κάτι δικό τους, το οποίο θα το έβλεπαν με ευγνωμοσύνη» (Επαγγελματίας 6).

5.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αποτύπωσαν τις ανάγκες υγείας των ανδρών του Δ. Χερσονήσου, από τα άτομα-κλειδιά της περιοχής (επαγγελματίες υγείας και αιρετοί). Έτσι, οι άνδρες του δήμου βρέθηκε να έχουν χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης (εσωτερικός προσδιοριστής), τα οποία διαφέρουν ανάλογα την ηλικία και τη συνειδητοποίηση/ αντίληψη τους για την κατάσταση της υγείας τους. Αυτό συνάδει με το εύρημα του Παπάνη (2011), ο οποίος αναφέρει ότι ο άνθρωπος στην ενήλικη ζωή του φέρει την ευθύνη των πράξεων του και γνωρίζει πότε πρέπει ή όχι να δρα σε ζητήματα που τον αφορούν και αυξάνει τα επίπεδα αυτοεκτίμησης, ενώ, ο Epstein (1984), δίδει τη διάσταση του φύλου αναφέροντας πως η αυτοεκτίμηση συνδέεται με το αίσθημα της επιτυχίας ή της αποτυχίας σε ένα τομέα.

Αντίστοιχα, βρέθηκε πως ο τόπος διαμονής των ανδρών επιφέρει αλλαγές ως προς τη διαχείριση της συναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας τους και τις κοινωνικές τους σχέσεις (εσωτερικοί προσδιοριστές). Έτσι, βρέθηκε πως όσοι διαμένουν στα ορεινά αναπτύσσουν φιλικές σχέσεις σε χώρους αναψυχής (καφενεία), όμως, αδυνατούν να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους, έχοντας συγκρούσεις και βία στις σχέσεις αυτές, σε αντίθεση με όσους διαμένουν στην πόλη, οι οποίοι δημιουργούν σχέσεις από την εργασία τους και διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους, παρά το φόρτο που έχουν. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με εκείνο των Καφέτσιου και Πετράτου (2005) που αναφέρονται στη δυσκολία των ανδρών να εκφράζονται συναισθηματικά κατά τις κοινωνικές τους επαφές. Παράλληλα, βρέθηκε πως η πανδημία επηρέασε τις σχέσεις αυτές, με τους άνδρες να στρέφονται στο οικογενειακό περιβάλλον (σύζυγο) για στήριξη κατά την επίσκεψη τους σε υπηρεσίες υγείας.

Επιπλέον, βρέθηκε πως οι άνδρες με υψηλό επίπεδο μόρφωσης (εξωτερικός προσδιοριστής) αναγνωρίζουν την αξία της πρόληψης, αλλά δεν επισκέπτονται το γιατρό διότι γνωρίζουν τον εαυτό τους, σχετικά με όσους έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και είτε χρησιμοποιήσουν συχνά τις υπηρεσίες υγείας από άγνοια ή μένουν μακριά από αυτές λόγω απόστασης, οικονομικών δυσκολιών και έλλειψης εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας. Η άποψη αυτή φαίνεται να συνάδει με αυτή των Cutler και Lleras-Muney (2006), οι οποίοι αναφέρουν πως το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με την αύξηση της κριτικής ικανότητας του ατόμου και τη λήψη αποφάσεων σε τομείς όπως η υγεία. Παρ' όλα αυτά, οι άνδρες του δήμου βρέθηκαν να είναι προσηλωμένοι στο επάγγελμά τους (εξωτερικός προσδιοριστής), το οποίο επιδρά στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νόσων, το ρυθμό ζωής (καθιστική ή μη) και τον ελεύθερο χρόνο τους. Η επίδραση της εργασίας στην υγεία σχετίζεται κυρίως με τις συνθήκες εργασίας, το άγχος, τις απαιτήσεις και την ικανοποίηση που βιώνει ένας άνδρας από την εργασία του ως κομμάτι της καθημερινής ζωής (Κορκίδη, Κουρέλη & Ντίνα, 2015).

Μολονότι, ο ελεύθερος χρόνος (εξωτερικός προσδιοριστής) βρέθηκε πως θεωρείται πολυτέλεια για τους άνδρες του δήμου, οι οποίοι εργάζονται 6 μήνες το χρόνο υπό πίεση σε τουριστικές επιχειρήσεις, όσοι έχουν υψηλά ή μεσαία εισοδήματα (εξωτερικός προσδιοριστής) τείνουν να ασχολούνται με τα ζητήματα της υγείας τους, ενώ, όσοι έχουν χαμηλά εισοδήματα θέτουν την υγεία σε δεύτερη μοίρα. Αντίστοιχα ευρήματα είχε η έρευνα του Κυριόπουλου (2017), όπου βρέθηκε πως όσοι είχαν

υψηλά μηνιαία εισοδήματα είχαν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ψυχοσωματικά προβλήματα υγείας. Σε κάθε περίπτωση, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου βρέθηκε πως επιδρά αρνητικά στην υγεία, με την πανδημία να φέρνει στο φως διάφορα προβλήματα.

Επιπρόσθετα, οι άνδρες του δήμου βρέθηκε πως έχουν ανάγκη από σωματική υγεία για ασθένειες, όπως ο προστάτης και ξεκούραση ως προς την πίεση που ασκούν τα στερεότυπα που αφορούν το φύλο τους. Έτσι, οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους μεταξύ άλλων και τα στερεότυπα που σχετίζονται με το κάθε φύλο για την εφαρμογή της αρχής της ισότητας (Καλαϊτζή, 2015). Αντίστοιχα, βρέθηκε πως οι άνδρες με υψηλή κοινωνική θέση αν και βιώνουν μοναξιά και άγχος στην εργασία τους, πιστεύουν ότι έχουν λιγότερες ανάγκες και προχωρούν σε «αυτό-διάγνωση» μέσω του διαδικτύου χωρίς συνεργασία με κάποιο γιατρό. Αντιθέτως, βρέθηκε ότι οι άνδρες από τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, παρότι είναι επιρρεπείς σε σωματικές ασθένειες όπως ο διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, διάφοροι τραυματισμοί και τσιμπήματα, υπολογίζουν τη γνώμη του περιβάλλοντος τους. Ο Παπάνης (2011) αναφέρεται στη σχέση μεταξύ κοινωνικής θέσης και υγείας διακρίνοντας παράγοντες όπως οι διασυνδέσεις, που δρουν κατασταλτικά ως κριτήριο για τη μείωση των διακρίσεων.

Ταυτόχρονα, βρέθηκε πως ο Δ. Χερσονήσου διαθέτει ευρεία γκάμα υπηρεσιών υγείας όπως οι Τ.Ομ.Υ., το Κέντρο Υγείας, το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, οι ιδιωτικοί ιατροί και το ιδιωτικό ιατρικό κέντρο. Όμως, παρότι επαγγελματίες υγείας και αιρετοί αναγνωρίζουν την έλλειψη υπηρεσιών για τους άνδρες, οι πρώτοι βρέθηκαν να πιστεύουν πως οι ανάγκες των ανδρών δεν καλύπτονται από τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες, ενώ, οι δεύτεροι αναφέρουν πως οι υπηρεσίες του δήμου επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες των ανδρών. Από την άλλη, οι άνδρες του δήμου βρέθηκαν να μην εκφράζουν συχνά τις ανάγκες υγείας τους ή όταν το αποφασίζουν τις εκφράζουν στην κοινωνική υπηρεσία, ενώ, επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας μόνο σε κρίσιμες καταστάσεις και ενδέχεται να απαιτείται η μετάβαση τους στο Ηράκλειο.

Τέλος, έγιναν αναφορές σε προτάσεις βελτίωσης της κατάστασης του δήμου, από όσους συμμετείχαν στην έρευνα όπως δράσεις ευαισθητοποίησης για την πρόληψη και την υγεία, καμπάνιες ενημέρωσης για τις υφιστάμενες δομές/ υπηρεσίες,

δημιουργία πολυιατρείου ή δομής ημερήσιας φροντίδας και προγράμματος παροχής υπηρεσιών αποκλειστικά σε άνδρες από διεπιστημονική οπτική. Έτσι, φαίνεται πως το υψηλό επίπεδο υγείας αποτελεί έναν κοινά αποδεκτό στόχο (Καλαϊτζή, 2015).

Κεφάλαιο 6: Περιορισμοί και προτάσεις της έρευνας

6.1 Περιορισμοί της έρευνας

Όπως σε όλες τις έρευνες, έτσι και εδώ, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί ως προς τη γενίκευση των συμπερασμάτων. Βασικός περιορισμός της παρούσας έρευνας αποτελεί η γεωγραφική έκταση διεξαγωγής της, αφού, η επιλογή του δείγματος και η συλλογή των δεδομένων της πραγματοποιήθηκε στο Δήμο Χερσονήσου. Με τον τρόπο αυτό, τα αποτελέσματα της αποτυπώνουν την κατάσταση της τοπικής κοινωνίας, μέσα από τα μάτια των ατόμων-κλειδιών της περιοχής, όπως πχ η έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών που αφορούν τους άνδρες, όπου ενδεχομένως διαφέρει σε άλλους δήμους της χώρας. Έτσι, δύναται να προταθεί η διεξαγωγή της έρευνας και σε άλλους δήμους της Κρήτης ή/και της χώρας με στόχο τη σύγκριση της επάρκειας των υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία των ανδρών.

Αντίστοιχα, η χρήση της ποιοτικής μεθοδολογίας δίδει μεν μία πλήρη, βαθιά και αναλυτική παρουσίαση του υπό διερεύνηση ζητήματος, όπως την αντιλαμβάνονται τα άτομα-κλειδιά της περιοχής, εντούτοις, τα δεδομένα δεν είναι μετρήσιμα ή συγκρίσιμα με ποσοτικό τρόπο. Συνεπώς, δύναται να προταθεί η εκ νέου διεξαγωγή της έρευνας με ποσοτική μεθοδολογία, σε επαρκές δείγμα ανδρών της περιοχής ή/και της χώρας ολόκληρης.

6.2 Προτάσεις για πολιτικές υγείας

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όπως αναφέρονται παραπάνω, δύναται να συμβάλλουν στη δημιουργία πολιτικών που σχετίζονται με τις ανάγκες υγείας των ανδρών. Αναλυτικότερα, μια σημαντική πρόταση για νέες υπηρεσίες αποτελεί η δημιουργία κινητών μονάδων πρόληψης για ζητήματα υγείας που πλήττουν τον ανδρικό πληθυσμό όπως πχ καρδιοπάθειες κ.α. Μολονότι σήμερα υπάρχουν οι κατά τόπους κινητές μονάδες, υγείας, δυστυχώς, απευθύνονται κυρίως σε ορισμένες ομάδες πληθυσμού (γυναίκες, ηλικιωμένοι, ψυχικά πάσχοντες).

Παράλληλα, κρίνεται αναγκαία η συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στις διεπιστημονικές ομάδες υγείας, είτε των νέων κινητών μονάδων που προτάθηκαν προηγουμένως, ή στις ήδη υπάρχουσες. Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά στην πλήρη καταγραφή και ιεράρχηση των αναγκών κάθε ανθρώπου, προτείνει την αξιοποίηση των μέσων της υπάρχουσας κοινωνικής πολιτικής και στηρίζει τη λήψη αποφάσεων για θέματα υγείας και φροντίδας του εαυτού, ενώ, ενδυναμώνει το άτομο τονίζοντας του τα δυνατά του σημεία.

Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, οι ανάγκες υγείας των ανδρών του Δ. Χερσονήσου ποικίλουν βάσει των εσωτερικών και εξωτερικών κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας. Πιο αναλυτικά, η ηλικία και η συνειδητοποίηση/ αντίληψη των ανδρών για την κατάσταση της υγείας τους φαίνεται να επιδρά στα επίπεδα της αυτοεκτίμησης τους, ενώ, ο τόπος διαμονής φαίνεται πως επιδρά στην ψυχοσυναισθηματική τους ιδιοσυγκρασία. Έτσι, οι άνδρες που διαμένουν στα ορεινά φαίνεται πως αδυνατούν να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους, ενώ, οι διαμένοντες στην πόλη δύναται να διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους.

Επιπλέον, το υψηλό επίπεδο μόρφωσης φαίνεται να βοηθά στην αναγνώριση της αξίας της πρόληψης, αλλά περιορίζει τις επισκέψεις στο γιατρό, αφού οι άνδρες πιστεύουν ότι γνωρίζουν πολύ καλά τον εαυτό τους. Αντίστοιχα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται πως αυξάνει την επισκεψιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, ενώ, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως η απόσταση, τα οικονομικά και η έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας μπορεί να αποτελέσουν κατασταλτικούς παράγοντες χρήσης τους.

Ταυτόχρονα, οι άνδρες του δήμου βρέθηκε να είναι προσηλωμένοι στο επάγγελμα τους, το οποίο επιδρά στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νόσων, το ρυθμό ζωής (καθιστική ή μη) και τον ελεύθερο χρόνο τους. Ο ελεύθερος χρόνος, από την άλλη, φαντάζει πολυτέλεια για τους άνδρες του δήμου, οι οποίοι εργάζονται 6 μήνες το χρόνο υπό πίεση, με τους έχοντες υψηλά ή μεσαία εισοδήματα να ασχολούνται με της υγείας τους, ενώ, οι έχοντες χαμηλά εισοδήματα να θέτουν την υγεία σε δεύτερη μοίρα.

Επιπρόσθετα, οι άνδρες έχουν ανάγκη από σωματική υγεία, δηλαδή, πρόληψη και αντιμετώπιση ασθενειών όπως ο προστάτης και ξεκούραση από την πίεση των ρόλων που πηγάζουν από το φύλο τους. Η υψηλή κοινωνική θέση, από την άλλη, φαίνεται να δίδει την αίσθηση ότι δεν υπάρχουν ανάγκες (αυτό-διάγνωση), αν και οι άνδρες βιώνουν μοναξιά και άγχος στην εργασία τους, ενώ, τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, παρότι είναι επιρρεπείς σε σωματικές ασθένειες (διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα, τραυματισμοί και τσιμπήματα) φαίνεται να λαμβάνουν υπόψη τη γνώμη του περιβάλλοντος τους.

Οι υπάρχουσες υπηρεσίες του δήμου περιλαμβάνουν τις Τ.Ομ.Υ., το Κέντρο Υγείας, το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, ιδιωτικούς ιατρούς και το ιδιωτικό ιατρικό κέντρο, οι οποίες είναι ανεπαρκείς ως προς την κάλυψη των αναγκών των ανδρών για τους επαγγελματίες υγείας και επαρκείς για τους αιρετούς, αν και δεν απευθύνονται αποκλειστικά στους άνδρες του δήμου, όπως αναγνωρίζουν από κοινού. Παρ' όλα αυτά, αξίζει να σημειωθεί πως οι άνδρες του δήμου αν και δεν εκφράζουν συχνά τις ανάγκες υγείας τους, όταν το αποφασίζουν, δηλαδή σε κρίσιμες καταστάσεις, τις εκφράζουν στην κοινωνική υπηρεσία, γεγονός που ενδέχεται να απαιτεί τη μετάβαση τους στο Ηράκλειο.

Τέλος, προκειμένου οι υπηρεσίες του δήμου να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ανδρών, προτάθηκε η διεξαγωγή δράσεων ευαισθητοποίησης για πρόληψη/ υγεία και ενημερωτικών δελτίων για υφιστάμενες δομές/υπηρεσίες, ενώ, υπήρξαν προτάσεις για τη δημιουργία υπηρεσιών (διεπιστημονικό πρόγραμμα για την παροχή υπηρεσιών σε άνδρες, δομή ημερήσιας φροντίδας, πολυιατρείο).

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Γραφιαδέλλης, Σ. (2020). *Διερεύνηση των επιπέδων άγχους σε ηλικιωμένους*. Αθήνα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, (2019). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ*. ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό: Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.

Ζιούβας, Χ. & Κατάκη, Χ. (2019). *Άνδρας: Η σιωπηρή συμμαχία*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

Καδδά, Α. (2009). *Ο ρόλος των παραγόντων του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία-ασθένεια*. Ιατρικό Βήμα, 118, σελ. 86-89.

Καλαϊτζή, Α. Θ. (2015). *Διακρίσεις με βάση το φύλο στον τομέα της υγείας και βλαπτικές πρακτικές ιατρικού χαρακτήρα*. Διπλωματική εργασία. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Καλλινικάκη, Θ. (2011). *Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας*. Εκδόσεις Τόπος: Αθήνα.

Καραγκούνης, Β. (2018). *Κοινωνική εργασία στην υγεία: Θεωρήσεις, μέθοδοι και πρακτικές στον χώρο του νοσοκομείου και στην κοινότητα*. Εκδόσεις Τόπος: Αθήνα.

Καφέτσιος, Κ., & Πετράτου, Α. (2005). Ικανότητες συναισθηματικής νοημοσύνης, κοινωνική στήριξη και ποιότητα ζωής. *ΕΛΕΥΘΕΡΝΑ*, 2, 129-149.

Κορκίδη, Σ. Α., Κουρελή, Μ. Α., & Ντίνα, Θ. Α. (2015). *Επάγγελμα και υγεία*. Πάτρα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

Κοτσαγιώργη, Ι., & Λυμπέρη, Β. (2015). Η έννοια της ανάγκης ως δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10 (1).

Κουλουρή, Α. (2014). *Ανίχνευση και τηλεμετρική παρακολούθηση ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) στην κοινότητα: Ποιότητα ζωής και πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγείας*. Διδακτορική Διατριβή. Βόλος: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Κυριαζή, Ν. (2011). *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Εκδόσεις Πεδίο: Αθήνα.

Κυριόπουλος, Ι. & Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), 834-840.

Κυριόπουλος, Ι. (2017). *Υγεία και Ιατρική περίθαλψη*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαδόπουλος.

Λιάντας, Μ. (2000). *Ψυχολογία της εργασίας: Εφαρμογές της ψυχολογίας στο χώρο εργασίας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτη.

Μακράκης, Α. (2021). Η επίδραση του COVID-19 στους κοινωνικο-οικονομικούς καθοριστές υγείας και ο ανισοτικός κοινωνικός αντίκτυπος. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 20 (2), 101-114.

Μαλάμου, Θ. (2015). Κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας. *Νοσηλευτική*, 2015, 54(3), σελ. 231–240.

Μαλούτα, Μ. (2014). *Φύλο, Κοινωνία, Πολιτική*. Αθήνα: ΚΕΘΙ.

Μουδάτσου, Μ., Κούτης, Α. & Φιλαλήτης, Α. (2010). Η μεθοδολογία της κοινοτικής αποτίμησης, ως εργαλείο εκτίμησης των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού. *Κοινωνική Εργασία*, 98, 71-84.

Μουδάτσου, Μ. (2015). *Συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου και της γυναικείας υγείας, σε ένα αγροτικό Δήμο της Κρήτης*. (Διδακτορική Διατριβή). Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής.

Μπελεργίνος, Σ., Ζάχαρης, Θ. & Φραδέλος, Ε. (2014). Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο. *Επιστημονικά Χρονικά*, 19(4): 370-379.

Μπούντα, Κ. (2018). *Φτώχεια και υγεία-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*. Πτυχιακή Εργασία. Ιωάννινα: ΤΕΙ Ηπείρου.

Νιτσόπουλος, Μ. (2018). *Τι σημαίνει σήμερα να είσαι άνδρας;*. Αθήνα: Εκδόσεις Ενάλιος.

Οικονόμου, Χ. (2018). *Κοινωνική πολιτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.

Παλληκαρώνα, Γ. (2014). *Μελέτη της χρήσης υπηρεσιών υγείας και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτές σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού*. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Παπάνης, Ε. (2011). *Η αυτοεκτίμηση: Θεωρία και αξιολόγηση*. Αθήνα: Ι. Σιδέρης.

Πελέκης, Ι., & Σκορδιλάκης, Ι. (2012). *Ριψοκίνδυνη και επικίνδυνη οδηγική συμπεριφορά. Διαφορές μεταξύ κοινωνικών ομάδων*. Χίος: Πανεπιστήμιο Αιγαίου.

Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., & Πολυζωίδης, Π. (2015). *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*. Health and Long-Term Care in Greece, Μελέτες.

Σιακαβάρα, Ι. Β. Δ. (2019). *Το παιδικό σχέδιο ως μέσο διερεύνησης έμφυλων στερεοτύπων όσον αφορά τα συναισθήματα*. Διπλωματική Εργασία. Βόλος: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Σίμου, Β., & Παπάνης, Ε. (2007). Αυτοεκτίμηση μαθητών. Διαθέσιμο στο: http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_26.html.

Στεφανάκη, Ι., Λιναρδάκης, Μ., & Λιονής, Χ. (2019). Εκτίμηση αναγκών υγείας των ηλικιωμένων σε αγροτική περιοχή της Κρήτης Συμβολή στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 36(3).

Τοσουνίδης, Α. Π. (2020). *Εισαγωγή στην επιστήμη του ελεύθερου χρόνου με έμφαση στην παιδαγωγική του εξωσχολικού νεανικού αθλητισμού*. Διδακτορική Διατριβή. Ιωάννινα: Τμήμα Φυσικής Αγωγής.

Φιλαλήθης, Α., Φωτόπουλος, Α., & Τρομπούκης, Κ. (2020). Δημόσια Υγεία-Κοινωνική Ιατρική Η ιστορία και η σημειολογία του όρου. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 37(3).

Χαλούλη, Δ. (2009). *Η εικόνα του σωματικού εαυτού και οι σχέσεις της με την αυτοεκτίμηση και το κοινωνικό άγχος σε νεαρούς ενήλικες*. Πτυχιακή εργασία. Βόλος: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Bryman, A. (2017). *Μέθοδοι κοινωνικής έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Robson, C. (2010). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Ξενόγλωσση

Antonakakis N, Collins A (2014). The impact of fiscal austerity on suicide: on the empirics of a modern Greek tragedy. *SocSci Med.* 112:39–50.

Baker, P. (2008). Review of the National Men’s Health Policy and Action Plan 2008-2013. *Final report for the Health Service Executive*; Available at: <http://www.mhfi.org/policyreview2015.pdf>.

Bobo Z, Xin W, Jiang L, Quan W, Liang B, Xiangbing D, Ziqiang W. (2019). Robotic gastrectomy versus laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: meta-analysis and trial sequential analysis of prospective observational studies. *Surg Endosc*, 33(4):1033-1048. DOI: 10.1007/s00464-018-06648-z.

Bohne, A., Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersbach, T., & Jenike, M. A. (2002). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics*, 43(6), 486-490.

Bryant, T. (2002). Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promotion International*, 17(1), 89-98.

Christodoulou NG, Christodoulou GN (2013). Financial crises: impact on mental health and suggested responses. *PsychotherPsychosom.* 82(5):279–84.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.

Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2006). *Education and health: evaluating theories and evidence*. NBER Working paper series.

Davies, P. E., Harris, J. H., Hillman, T. J., & Walker, K. F. (2010). The sustainable rivers audit: assessing river ecosystem health in the Murray–Darling Basin, Australia. *Marine and Freshwater Research*, 61(7), 764-777.

Delphy, Ch. (2008). *Classer, dominer: Qui sont les “autres”?*, Paris: La fabrique.

Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN (2013a). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *JAffectDisord.* 145(3):308– 14.

Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C (2013b). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry.* 12(1):53–9.

Economou, A., Papageorgiou, S. G., Karageorgiou, C., & Vassilopoulos, D. (2007). Nonepisodic memory deficits in amnesic MCI. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 20(2), 99-106.

Epstein, R. A. (1984). In defense of the contract at will. *The University of Chicago Law Review*, 51(4), 947-982.

Eurostat.(2011). *Table unemployment rates by age and gender*.PNG.

Eurostat.(2015). *The State of Men's Health in Europe*.PNG.

Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research.*BMC medical research methodology*, 13(1), 1-8.

Hopf, C. (2004). Qualitative interviews: An overview. *A companion to qualitative research*, 203(8).

Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American psychologist*, 60(6), 581.

James, W., & Weaver, A. (1963). The moral equivalent of war. *Peace Pledge Union*.

Kontodimopoulos, N. (2020). *Socioeconomic determinants of health: A worldwide study*. Patra: Hellenic Open University.

Kritsotakis, G., & Gamarnikow, E. (2004). What is social capital and how does it relate to health?. *International journal of nursing studies*, 41(1), 43-50.

Madianos, M. G., Alexiou, T., Patelakis, A., &Economou, M. (2014). Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 39-49.

Mailey, E. L., & McAuley, E. (2014). Impact of a brief intervention on physical activity and social cognitive determinants among working mothers: a randomized trial. *Journal of behavioral medicine*, 37(2), 343-355.

Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *Bmj*, 322(7296), 1233-1236.

Matud, M. P. (2017). Gender and health. *Gender differences in different contexts*, 4, 57-76.

McKee, M. D., Pedersen, E. M., Jones, C., Stephen, D. J., Kreder, H. J., Schemitsch, E. H. & Potter, J. (2006). Deficits following nonoperative treatment of displaced midshaft clavicular fractures. *JBJS*, 88(1), 35-40.

Nettleton, S. (2002). *Η εμπειρία χρόνιας ασθένειας και ανικανότητας*. Εκδόσεις Τυπωθήτω: Αθήνα.

Parker, S. (1976). *The sociology of Leisure*. Great Britain: Clarke, Doble & Brendon Ltd.

Philips, S. (2005). Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come. *International Journal of Equity of Health*, 4, pp. 11-16.

Rachiotis, G., Stuckler, D., McKee, M., & Hadjichristodoulou, C. (2015). What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ open*, 5(3).

Ritchie, J., Spencer, L., Bryman, A., & Burgess, R. G. (1994). *Analysing qualitative data*.

Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. *Measures package*, 61(52), 18.

Schraad-Tischler, D. & Kroll, C. (2014). *Social Justice in the EU-A Cross-national Comparison. Social Inclusion Monitor Europe (SIM) – Index Report*, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. Available at: http://news.sgi-network.org/uploads/tx_amsgistudies/Social-Justice-in-the-EU-2014.pdf.

Symeonidou, H. (2009). Social protection in contemporary Greece. *South European Society and Politics*, 3, pp. 67- 86.

Thoits, P. A. (2010). Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of health and social behavior*, 51(1_suppl), S41-S53.

Traianou, A. (2014). The centrality of ethics in qualitative research. *The Oxford handbook of qualitative research*, 1, 62-77.

Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T., & Avendano, M. (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *The European Journal of Public Health*, 23(5), 727-731.

White A, McKee M, Richardson N, Visser Rd, Madsen SA, Sousa BC, Hogston R, Zatonski W, Makara P. (2011). Europe's men need their own health strategy. *BMJ*;343:d7397. DOI: 10.1136/bmj.d7397.

W.H.O. (2012). *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in generation-health equity through action and the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.

Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., & Kyriopoulos, J. (2013). 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.

Zhou, Q., Younger, M.K. & Kearney, M.J. (2010). An exploration of the knowledge and attitudes towards breastfeeding among a sample of Chinese mothers in Ireland. *BMC Public Health*, 10:722.

Ιστοσελίδες

www.hersonisos.gr (2021). Ανακτήθηκε στις 10/09/2021.

www.metropolitan-hospital.gr (2021). Ανακτήθηκε στις 10/09/2021.

Νομοθετήματα

- N.3918/2011

- N.4238/2014
- N.3852/2010 (ΦΕΚ 87/Α/07-06-2010)
- N.4555/2018 (ΦΕΚ 133/Α/19-07-2018)
- ΦΕΚ 3113/Β/09-12-2013

Παράρτημα I

Ημι-δομημένη συνέντευξη

ΜΕΡΟΣ I-Δημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία:
3. Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/-η Άγαμος/-η Άλλο
- 3.1 Έχετε παιδιά; Ναι Όχι
- 3.1.1 Αν, ναι: Πόσα;
4. Τόπος διαμονής: Αστικός Ημιαστικός Αγροτικός
5. Επίπεδο εκπαίδευσης: ΑΕΙ/ΤΕΙ Μεταπτυχιακό Διδακτορικό
6. Εργάζομαι ως: Δημόσιος Υπάλληλος Ιδιωτικός Υπάλληλος Ελεύθερος επαγγελματίας Αιρετός
7. Σε ποια υπηρεσία/φορέα εργάζεστε:
8. Ποια είναι η ιδιότητα σας:
9. Ατομικό/Οικογενειακό εισόδημα: < 5.000 € 5.000 – 12.000 € >12.000 €
10. Πόσο καιρό κατέχετε την ιδιότητα αυτή; 0-3 έτη 4-10 έτη >10 έτη

ΜΕΡΟΣ II-Οδηγός Συνέντευξης

I. Ανάγκες υγείας ανδρών σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας.

- 1) Μιλήστε μας για την επαγγελματική σας ενασχόληση στην περιοχή;
- 2) Ποιες είναι οι ανάγκες υγείας των ανδρών, σύμφωνα με τους **εσωτερικούς κοινωνικούς προσδιοριστές** της υγείας, όπως παρατίθενται ακολούθως, σε σχέση με (παρακαλούμε αναφερθείτε με συγκεκριμένα παραδείγματα)...

α) την αυτοεκτίμηση

β) τη διαχείριση ψυχοσυναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας

γ) τις κοινωνικές σχέσεις-ψυχολογική υποστήριξη

3) Ποιες είναι οι ανάγκες υγείας των ανδρών, σύμφωνα με τους *εξωτερικούς κοινωνικούς προσδιοριστές* της υγείας, όπως παρατίθενται ακολούθως, σε σχέση με (παρακαλούμε αναφερθείτε με συγκεκριμένα παραδείγματα)...

- α) το εισόδημα
- β) το επάγγελμα
- γ) τον ελεύθερο χρόνο/ την ξεκούραση
- δ) την εκπαίδευση/ την κατάρτιση
- ε) την κοινωνική θέση-διαστρωμάτωση

II. Ανάγκες υγείας ανδρών σύμφωνα με την κοινωνική θέση και το φύλο(παρακαλούμε σε καθεμιά από τις ερωτήσεις, προσπαθήστε να αναφερθείτε με συγκεκριμένα παραδείγματα).

- 1) Ποιες είναι οι ανάγκες υγείας των ανδρών, σύμφωνα με την κοινωνική θέση τους;
- 2) Ποιες είναι οι ανάγκες υγείας των ανδρών, σύμφωνα με το φύλο τους;
- 3) Ποιες είναι κατά την άποψή σας οι ανάγκες οι οποίες προκύπτουν, εξαιτίας του φύλου τους, για τον πληθυσμό των ανδρών, του Δήμου Χερσονήσου;
- 4) Ποιες είναι κατά την άποψή σας οι απαιτήσεις της κοινωνίας, του Δήμου Χερσονήσου, από τον πληθυσμό των αντρών;
- 5) Λόγω της ευρύτερης κοινωνικοοικονομικής κρίσης και των συνθηκών, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί, εξ' αιτίας του Covid-19, τι γίνεται τελικά;
- 6) Σε ποιες υπηρεσίες/δομές απευθύνονται οι άνδρες στον Δήμο Χερσονήσου, προκειμένου να αναζητήσουν τη βοήθεια των ειδικών;
- 7) Πώς θεωρείτε ότι οι άνδρες του Δήμου Χερσονήσου εκφράζουν τις ανάγκες τους;

Σημείωση: οι ακόλουθες ερωτήσεις θα τεθούν, εάν η απάντηση στην παραπάνω ερώτηση (7) είναι αρνητική.

α) Εάν οι άνδρες του Δήμου Χερσονήσου δεν καταφεύγουν στην αναζήτηση βοήθειας, σε κάποια από τις υπάρχουσες υπηρεσίες/δομές, για ποιους λόγους θεωρείτε πως δεν εκφράζουν τις ανάγκες τους;

β) Τι κατά την άποψή σας, θα τους βοηθούσε να τις εκφράσουν;

8) Κατά την άποψή σας, ποια από τα κοινωνικά στερεότυπα του φύλου τους (με καταβολές από το παρελθόν, έως και σήμερα) ακολουθούν οι άνδρες του Δήμου Χερσονήσου;

9) Κατά την άποψή σας ποιες είναι οι προσδοκίες που έχει/έχουν, από τους άνδρες του Δήμου Χερσονήσου...:

α) η κοινωνία

β) η οικογένεια

γ) οι ίδιοι από τον εαυτό τους

10) Τι, κατά την άποψή σας, συμβαίνει όταν αυτές οι προσδοκίες δεν καλύπτονται;

11) Αναφορικά με τους σύγχρονους άνδρες στον Δήμο Χερσονήσου, κατά την άποψή σας...

α) τι τους απασχολεί;

β) τι ζητάνε/επιδιώκουν;

γ) τι τους προβληματίζει;

12) Οι σύγχρονοι άνδρες στον Δήμο Χερσονήσου...

α) σε ποιους τομείς εργασίας απασχολούνται;

β) πώς επηρεάστηκαν από τις συνθήκες του Covid-19;

γ) πώς επηρεάστηκαν από την κοινωνικοοικονομική κρίση, των τελευταίων ετών;

III. Τρέχουσα κοινωνική πολιτική για την κάλυψη των αναγκών υγείας των ανδρών(παρακαλούμε σε καθεμιά από τις ερωτήσεις, προσπαθήστε να αναφερθείτε με συγκεκριμένα παραδείγματα).

1) Ποιες είναι οι υπηρεσίες του Δήμου Χερσονήσου, οι οποίες να μπορούν να καλύψουν αυτές τις ανάγκες των ανδρών;

Σημείωση: οι ακόλουθες ερωτήσεις θα τεθούν, εάν η απάντηση στην παραπάνω ερώτηση (1) είναι αρνητική.

2) Αν δεν υπάρχουν αντίστοιχες υπηρεσίες, στον Δήμο Χερσονήσου, τι γίνεται με τις ανάγκες αυτές, οι οποίες δεν καλύπτονται;

3) Η μη κάλυψη αυτών των αναγκών ποιες συνέπειες, κατά την άποψή σας, έχει στη ζωή των ανδρών (σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο), του Δήμου Χερσονήσου;

4) Κατά την άποψή σας, οι ακάλυπτες ανάγκες οι οποίες δημιουργούνται στους άνδρες, του Δήμου Χερσονήσου, από τυχόν έλλειψη υπηρεσιών, πώς γίνονται διαχειρίσιμες, από τους ίδιους τους άντρες;

IV. Προτάσεις για το μέλλον.

1. Τι έχετε να προτείνετε για την ολιστική κάλυψη των αναγκών υγείας των ανδρών;

2. Πώς θα σχεδιάζατε εσείς μια υπηρεσία για την κάλυψη των αναγκών υγείας των ανδρών;

3. Πώς θεωρείτε ότι οι άνδρες μπορούν να βοηθήσουν στο σχεδιασμό των υπηρεσιών για τους ίδιους;

4. Ποιοι θα είναι οι ευνοϊκοί παράγοντες τους οποίους θα συναντήσετε;

5. Ποιες δυσκολίες θεωρείτε πως θα συναντήσετε;

Παράρτημα II

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Αγαπητέ Κύριε, Αγαπητή Κυρία,

Με την παρούσα επιστολή καλείστε να λάβετε μέρος σε πιλοτική έρευνα με θέμα «Εκτίμηση αναγκών υγείας των ανδρών σε ένα δήμο της Κρήτης: μια ποιοτική προσέγγιση», στο πλαίσιο εκπόνησης της Πτυχιακής Εργασίας, των φοιτητριών Δημοτάκη Αναστασίας και Μιχάλα Ανθούλας, του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, της Σχολής Επιστημών & Υγείας, του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, υπό την εποπτεία της επιβλέπουσας Καθηγήτριας Δρ. Μουδάτσου Μαρίας.

Η συμμετοχή σας είναι σημαντική, είναι όμως επίσης καθαρά εθελοντική και δεν προκύπτουν κυρώσεις, σε περίπτωση απόρριψης ή απόσυρσής σας, από την πιλοτική έρευνα. Οι πληροφορίες τις οποίες θα παρέχετε είναι αυστηρά απόρρητες, θα τηρηθεί η ανωνυμία σας, εξασφαλίζεται η εχεμύθεια, από πλευράς ερευνήτριας, ενώ θα τηρηθούν οι δεοντολογικές, κατευθυντήριες γραμμές και αρχές, της Διεθνούς Διακήρυξης του Ελσίνκι.

Όλες οι προσωπικές πληροφορίες οι οποίες θα συλλεχθούν, στο πλαίσιο της παρούσας πιλοτικής έρευνας θα αντιμετωπίζονται ως εμπιστευτικές και η πρόσβαση σε αυτές θα υπόκειται σε αυστηρό έλεγχο και θα περιορίζεται στην ερευνήτρια και την εποπτεύουσα καθηγήτρια.

Οποιοσδήποτε πληροφορίες αποκτηθούν σχετικά με την παρούσα έρευνα, οι οποίες θα μπορούσαν να σας ταυτοποιήσουν προσωπικά, θα παραμείνουν απόρρητες και θα αποκαλυφθούν μόνο με την άδειά σας ή όπως προβλέπεται από τον νόμο. Οι πληροφορίες εκείνες που σας ταυτοποιούν προσωπικά, θα διατηρηθούν ξεχωριστά από τα υπόλοιπα δεδομένα που σας αφορούν. Τα δεδομένα θα φυλάσσονται με ευθύνη της ερευνήτριας. Για την ηχογράφηση της συνέντευξης, θα ζητηθεί η συγκατάθεσή σας. Μπορείτε να αρνηθείτε να ηχογραφηθείτε.

Οι ερευνήτριες θα απομαγνητοφωνήσουν τις ηχογραφήσεις και μπορεί να σας προμηθεύσουν με ένα αντίγραφο του απομαγνητοφωνημένου κειμένου κατόπιν αιτήσεώς σας. Έχετε το δικαίωμα να ελέγξετε και να επεξεργαστείτε την απομαγνητοφώνηση. Προτάσεις οι οποίες έχετε ζητήσει από τις ερευνήτριες να παραληφθούν δεν θα χρησιμοποιηθούν και θα σβηστούν από όλα τα αντίστοιχα

αρχεία. Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας. Σε περίπτωση που ακουστικές ηχογραφήσεις σας χρησιμοποιηθούν για εκπαιδευτικούς σκοπούς, η ταυτότητά σας θα προστατεύεται ή θα συγκαλύπτεται.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 στοιχ. ε του Κανονισμού 2016/679 (GDPR), τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα μπορούν να αποθηκεύονται για διάστημα μεγαλύτερο αυτού κατά το οποίο διεξάγεται η ερευνητική διαδικασία, εφόσον εφαρμόζονται τα κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα που απαιτεί ο Κανονισμός 2016/679 (GDPR) για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων και ελευθεριών του υποκειμένου (ή των υποκειμένων) των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί στο πλαίσιο της έρευνας. Σε αυτήν τη βάση, τα δεδομένα της παρούσας έρευνας θα διατηρηθούν για τρία χρόνια μετά το πέρας αυτής.

Επιπρόσθετα, όσον αφορά στην ανάγκη περαιτέρω (δευτερογενούς) επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με το άρθρο 5 στοιχ. β του Κανονισμού 2016/679 (GDPR), για λόγους ερευνητικούς, η δευτερογενής επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων θεωρείται συμβατή με τους αρχικούς σκοπούς της επεξεργασίας χωρίς να γίνεται λόγος περί της ανάγκης λήψης τεχνικών και οργανωτικών μέτρων. Κατά συνέπεια, τα προσωπικά δεδομένα της παρούσας πιλοτικής έρευνας δύνανται να χρησιμοποιηθούν και από άλλες έρευνες που θα εγκριθούν αρμοδίως χωρίς να χρειαστεί να δοθεί εκ νέου η συγκατάθεση των συμμετεχόντων

Τυχόν άρνηση συμμετοχής σας, δεν πρόκειται να σας επηρεάσει με κανέναν τρόπο, ενώ μπορείτε να αποσυρθείτε από την πιλοτική έρευνα σε οποιοδήποτε σημείο, ανεξάρτητα εάν αρχικά είχατε εκφράσει συναίνεση συμμετοχής σε αυτήν.

Από την συμμετοχή σας στην παρούσα πιλοτική έρευνα δεν θα έχετε προσωπικό όφελος, όμως θα συμβάλλετε σημαντικά και ουσιαστικά, στην προσπάθεια συλλογής επιστημονικά τεκμηριωμένων δεδομένων.

Για οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση, παρακαλούμε μην διστάσετε να επικοινωνήσετε με τις ερευνήτριες στο e-mail: natassa.dim@gmail.com, anthoulamichala12@gmail.com ff

Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συγκατάθεση και τον χρόνο τον οποίο θα αφιερώσετε στην παρούσα πιλοτική έρευνα.

Διάβασα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Όνοματεπώνυμο _____

Υπογραφή _____

Ημερομηνία _____

Παράρτημα III

ΠΡΟΣ:

.....

Θέμα: *«Χορήγηση άδειας για έρευνα από ομάδα φοιτητών του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛΜΕΠΑ».*

Αξιότιμες/οι κυρίες/οι

Από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛΜΕΠΑ έχει εγκριθεί, να εκπονηθεί πτυχιακή εργασία με τίτλο: «Εκτίμηση αναγκών υγείας των ανδρών σε ένα Δήμο της Κρήτης: Μια ποιοτική προσέγγιση» από τις σπουδάστριες Δημοτάκη Αναστασία και Μιχαλά Ανθούλα, με επιβλέπουσα καθηγήτρια την Δρ. Μαρία Μουδάτσου.

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας αποτελεί, η εκτίμηση των αναγκών υγείας των ανδρών, που διαβιούν στο Δ. Χερσονήσου του Ν. Ηρακλείου Κρήτης. Συγκεκριμένα, μέσα από μια ποιοτική προσέγγιση, θα διερευνηθούν οι ανάγκες υγείας των ανδρών, σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές, την κοινωνική τους θέση και το φύλο, ενώ, παράλληλα θα μελετηθεί η υπάρχουσα κοινωνική πολιτική για την κάλυψη των αναγκών αυτών.

Παρακαλούμε όπως κάνετε αποδεκτή την αίτηση μας, να πραγματοποιήσουμε την μελέτη μας σε συνεργασία με άτομα-κλειδιά (κοινωνικοί επιστήμονες, επαγγελματίες υγείας, εργαζόμενοι ή/και πολιτικοί προϊστάμενοι) της υπηρεσίας σας, σε ώρα και μέρα που δεν θα εμποδίζει την ομαλή λειτουργία σας, προκειμένου να γίνουν οι συνεντεύξεις της έρευνας μας.

Ειδικότερα έχει εγκριθεί να γίνει ποιοτική έρευνα. Θα γίνουν στους προαναφερθέντες επαγγελματίες ημιδομημένες συνεντεύξεις. Οι θεματικές ενότητες που θα διερευνηθούν είναι οι κάτωθι: α) οι ανάγκες υγείας των ανδρών του Δήμου σύμφωνα με τους εσωτερικούς και τους εξωτερικούς κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας τους, β) οι ανάγκες υγείας των ανδρών του Δήμου σύμφωνα με την κοινωνική

τους θέση και το φύλο τους και γ) η υπάρχουσα κοινωνική πολιτική για την κάλυψη των αναγκών αυτών.

Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα τηρηθεί πλήρης εχεμύθεια και απόλυτη εμπιστευτικότητα στα στοιχεία που θα προκύψουν από τις συνεντεύξεις.

Για πληροφορίες μπορείτε να απευθυνθείτε στα εξής τηλέφωνα:

Δημοτάκη Αναστασία, 6977500565, natassa.dim@gmail.com,

Μιχάλα Ανθούλα, 6937577504, annita201133@yahoo.gr,

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Μαρία Μουδάτσου, 6938980463, moudatsoum@yahoo.gr.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

Είμαστε στη διάθεση σας για συνεργασία.

ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

Δημοτάκη Αναστασία

Μιχάλα Ανθούλα