



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**UNIVERSITY OF CRETE**



Πανεπιστήμιο Κρήτης  
**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

## **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

### **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

«Συσχέτιση του Κοινωνικού Κεφαλαίου  
και της Γυναικείας Υγείας,  
σε ένα Αγροτικό Δήμο της Κρήτης»

**Μαρία Μ. Μουδάτσου**

Ηράκλειο 2015

«Συσχέτιση του Κοινωνικού Κεφαλαίου και της Γυναικείας  
Υγείας, σε ένα Αγροτικό Δήμο της Κρήτης»

Η διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε από την κα Μουδάτσου Μαρία στο Τμήμα  
Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης

### **Συνεπιβλέποντες:**

Φιλαλήθης Αναστάσιος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Κρήτης

Κούση Μαρία, Καθηγήτρια Κοινωνιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης

Χλουβεράκης Γρηγόρης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

### **7 μελής Επιτροπή**

1. Φιλαλήθης Αναστάσιος Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής και Προγραμματισμού της Υγείας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.
2. Κούση Μαρία Καθηγήτρια Κοινωνιολογίας της Ανάπτυξης και του Περιβάλλοντος του Τμήματος Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης.
3. Χλουβεράκης Γρηγόρης Αναπληρωτής Καθηγητής Βιοστατιστικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.
4. Κονδυλάκη Αγάπη Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.
5. Χατζή Λήδα Επίκουρος Καθηγήτρια Επιδημιολογίας Διατροφής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.
6. Κουκούλη Σοφία Επίκουρη Καθηγήτρια στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Κρήτης.
7. Κριτωτάκης Γεώργιος Επίκουρος Καθηγητής στο Τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Κρήτης.

*Στους γονείς μου: Μενέλαο και Καλλιόπη Μουδάτσου*

*και*

*Στους δασκάλους μου: Τον καθηγητή κύριο Φιλαλήθη Αναστάσιο και το  
διδάκτορα Κοινωνικής Ιατρικής κύριο Αντώνη Κούτη*

## **Κατάλογος Δημοσιεύσεων**

Κατά την περίοδο εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής έχουν δημοσιευθεί οι εξής εργασίες:

1. Moudatsou MM, Kritsotakis G, Alegakis AK, Koutis A, Philalithis AE (2014). Social capital and adherence to cervical and breast cancer screening guidelines: a cross-sectional study in rural Crete. *Health and Social Care in the Community*. 22(4), 395-404.
2. Μουδάτσου Μ, Κούτης Α, Φιλαλήθης Α.(2010). Η μεθοδολογία της κοινοτικής αποτίμησης, ως εργαλείο εκτίμησης των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού. *Κοινωνική Εργασία* 98, 71- 84.

## **Υποβληθείσες εργασίες – σε διαδικασία κρίσης**

- Moudatsou M, Kritsotakis G, Alegakis A, Koutis A, Panagouloupoulou E, Philalithis A. (2015). The ecology of self reported health in rural Crete. *Hipokratia* (σε κρίση).
- Moudatsou M, Kritsotakis G, Koutis A, Alegakis A, Panagouloupoulou E, Philalithis A. (2015). Self-reported cancer screening adherence is related to the researcher's profession: comparison between social workers and General Practitioners.
- Μουδάτσου Μ, Κούτης Α, Φιλαλήθης Α. (2015). Βιβλιογραφική ανασκόπηση των ατομικών και κοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* (έχει υποβληθεί).
- Μουδάτσου Μ, Κούτης Α, Φιλαλήθης Α. (2015). Η πρόκληση της χρήσης της ποιοτικής έρευνας στην υγεία: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ψυχολογία* (σε κρίση).
- Μουδάτσου Μ, Κούτης Α, Φιλαλήθης Α.(2015).Ποιοι είναι οι κοινωνικοί παράγοντες που προσδιορίζουν τη γυναικεία υγεία; Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση τους. *Κοινωνική Εργασία* (σε κρίση).
- Moudatsou M, Tzanidaki M, Kritsotakis G, Alegakis A, Koutis A, Panagouloupoulou E, Philalithis A. (2015). Women's health needs in a rural municipality of Crete: Views from Key informants in health and social services.

## Ευχαριστίες

Τώρα, που η διδακτορική μου διατριβή ολοκληρώθηκε αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους όσους με στήριξαν σε αυτό το εγχείρημα. Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Τάσο Φιλαλήθη. Έναν πολύ σπουδαίο άνθρωπο και έναν μεγάλο δάσκαλο, που με τις γνώσεις, το ήθος, την ευγένεια και την συνεχή επιστημονική και ανθρώπινη καθοδήγησή του, έκαναν ευκολότερο το ταξίδι μου. Ένα εξίσου μεγάλο ευχαριστώ οφείλω σε έναν υπέροχο άνθρωπο και σημαντικό δάσκαλο, τον διδάκτορα Κοινωνικής Ιατρικής κύριο Αντώνη Κούτη για την πολύτιμη βοήθεια του σε προσωπικό, εκπαιδευτικό και επαγγελματικό επίπεδο.

Επίσης, νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους τους συνεργάτες μας. Τον καλό φίλο Dr Θανάση Αλεγκάκη, αφενός για την πολύτιμη βοήθειά του στο στατιστικό μέρος της διατριβής, αφετέρου για την σημαντική υποστήριξή του, καθόλη την διάρκειά της. Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ το οφείλω στον, επίσης, καλό φίλο, τον Dr Γιώργο Κριτσωτάκη. Τα επιστημονικά σχόλιά του και η συνεργασία του είχαν καταλυτική σημασία για την ολοκλήρωση της προσπάθειάς μου. Η βοήθεια της Dr Μαρίας Τζανιδάκη στην ανάλυση και επεξεργασία του ποιοτικού μέρους της διατριβής ήταν πολύ σημαντική. Παράλληλα, θέλω να ευχαριστήσω την εκλεκτή φίλη και συνάδελφο Dr Ευαγγελία Παναγουλοπούλου, για την σημαντική βοήθειά της, κυρίως στο ερευνητικό μέρος της διατριβής. Τώρα, ολοκληρώνεται το ταξίδι που ξεκινήσαμε μαζί ερευνητικά στον πρώην δήμο Γοργολαΐνη.

Νιώθω απεριόριστη ευγνωμοσύνη σε όλες τις γυναίκες και τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνά μου. Η βοήθεια των φορέων, των υπαλλήλων και του δημάρχου, κυρίου Ματθαΐακη Γιώργου, στον πρώην Δήμο Γοργολαΐνη, ήταν καταλυτικής σημασίας για την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής. Επίσης, ευχαριστώ την υπηρεσία μου, το Κ.Ψ.Υ. Ηρακλείου και την διοίκησή της, στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, για την υποστήριξη τους, με τη χορήγηση εκπαιδευτικής άδειας για την ολοκλήρωση της διατριβής μου.

Ευχαριστώ όλους τους καλούς μου φίλους και, ειδικά, την πολύ καλή φίλη μου Ελένη Πετειναράκη, τους πολύ δικούς μου ανθρώπους και τα αδέρφια μου Γεωργία Μουδάτσου και Γιάννη Παπαδάκη, που στάθηκαν δίπλα μου και με την αγάπη, το ενδιαφέρον και την κατανόησή τους απάλυναν την κούραση από τις ατελείωτες ώρες διαβάσματος. Επίσης, ευχαριστώ το θείο μου Λεωνίδα Κατερίνη για την αγάπη του και

την συνεχή ηθική και υλική υποστήριξή του στις εκπαιδευτικές μου αναζητήσεις. Τέλος, ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ το οφείλω στους γονείς μου Μενέλαο και Καλλιόπη Μουδάτσου για την συνεχή αγάπη και την ηθική, υλική και συναισθηματική τους υποστήριξη, σε όλη μου την ζωή. Πάνω από όλα, όμως, τους ευχαριστώ, γιατί μου έμαθαν να μπορώ να ονειρεύομαι και να διεκδικώ το χώρο για την υλοποίηση των ονείρων και των επιθυμιών μου. Τους ευχαριστώ πολύ.

## **Συντομογραφίες (Abbreviations)**

<b>W.H.O. (Π.Ο.Υ.):</b>	World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)
<b>ΕΛΣΤΑΤ:</b>	Ελληνική Στατιστική Αρχή
<b>ACS:</b>	American Cancer Society
<b>ASRs</b>	European Age – Standardised Incidence and Mortality Rates (Ευρωπαϊκό Πρότυπο) Ηλικία – Τυποποιημένη Επίπτωση και Τιμές Θνησιμότητας
<b>SCQ</b>	Social Capital Questionnaire (Ερωτηματολόγιο Κοινωνικού Κεφαλαίου)
<b>SCQ-G</b>	Social Capital Questionnaire –Greek (Ερωτηματολόγιο Κοινωνικού Κεφαλαίου) Ελληνική έκδοση
<b>Π.Β.Σ.</b>	Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι
<b>ΚΔΑΠ</b>	Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών
<b>E- Risk</b>	Environmental Risk (Περιβαλλοντολογικός κίνδυνος)



## Περιεχόμενα

Κατάλογος Δημοσιεύσεων.....	5
Υποβληθείσες εργασίες – σε διαδικασία κρίσης .....	5
Συντομογραφίες (Abbreviations).....	8
Περιεχόμενα.....	9
Περίληψη της Διδακτορικής Διατριβής.....	11
Dissertation Summary.....	15
Κεφάλαιο 1 Κοινωνικό Κεφάλαιο .....	19
1.2. Μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου: .....	22
1.3. Σύνδεση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία: .....	25
1.4 Θετική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία: .....	27
1.5 Αρνητική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία: .....	30
Κεφάλαιο 2 Υγεία των γυναικών.....	33
2.1 Ανάγκες υγείας: .....	33
2.2. Κοινωνικό μοντέλο της υγείας: Εξωτερικοί κοινωνικοί υποστηρικτές της υγείας των γυναικών: .....	34
Κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και εκπαίδευση.....	34
2.3. Κοινωνικό μοντέλο της υγείας: Εσωτερικοί κοινωνικοί υποστηρικτές της υγείας των γυναικών: .....	35
2.4. Η κοινωνική θέση της γυναίκας, ως παράγοντας προσδιορισμού της υγείας της: .....	37
2.5 Υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής και υγεία των γυναικών:.....	38
2.6. Γυναικείος καρκίνος: Ανασκόπηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του: .....	40
2.7. Δυσκολίες στην ακολουθία των εξετάσεων πρόληψης: .....	42
2.8 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες στην πρόληψη : .....	44
2.9 Η αυτο-αναφορά ως μέθοδος μέτρησης των εξετάσεων πρόληψης και η επίδρασή της: .....	47
Κεφάλαιο 3 Μέθοδοι αξιολόγησης της υγείας των γυναικών .....	50
3.1. Η αυτο-αναφορά ως εργαλείο μέτρησης της υγείας των γυναικών:.....	50
3.2 Ποιοτική έρευνα στην υγεία: .....	54
3.3 Χρησιμότητα ποιοτικής έρευνας στην υγεία : .....	56
3.4 Κριτική στην ποιοτική έρευνα: .....	58
3.5. Εργαλεία ποιοτικής έρευνας: .....	59
Κεφάλαιο 4 Μεθοδολογία της διδακτορικής διατριβής .....	62
4.1. Σκοπός της μελέτης και επιμέρους στόχοι : .....	62
4.2. Μεθοδολογία.....	62
4.2.1. Πληθυσμός και δείγμα της μελέτης:.....	62
4.2.2. Δείγμα κοινών μελετών: .....	64
4.2.3. Κοινές ερωτήσεις ερευνών για τις γυναικολογικές εξετάσεις: .....	65
4.2.4. Κριτήρια Επιλογής.....	65
4.2.5. Άδειες και Ενημέρωση: .....	66
4.2.6. Περιγραφή Ερωτηματολογίου:.....	66
4.2.7. Στατιστικές μέθοδοι: .....	67

4.3. Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας - Εκτίμηση αναγκών υγείας των γυναικών.	68
4.3.1. Χαρακτηριστικά της έρευνας:.....	68
4.3.2. Συμμετέχοντες: .....	68
4.3.3. Ερωτηματολόγια:.....	70
4.3.4. Ανάλυση αποτελεσμάτων: .....	70
Κεφάλαιο 5 Αποτελέσματα έρευνας ερωτηματολογίων .....	72
5.1. Σύνδεση κοινωνικού κεφαλαίου με τη διενέργεια και τη γνώση γυναικολογικών εξετάσεων: .....	72
5.2. Διαφοροποίηση απαντήσεων, ανάλογα με την επαγγελματική ταυτότητα του ερευνητή:.....	80
5.3 Οικολογία της αυτο-αναφερόμενης υγείας:.....	82
5.4.Αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας - Εκτίμηση αναγκών υγείας των γυναικών: .....	88
A) Υγεία των γυναικών σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας	88
B) Ανισότητες στην υγεία.....	91
Γ) Παροχές για την κάλυψη αναγκών υγείας των γυναικών .....	93
Δ) Οι προτάσεις για το μέλλον της υγείας των γυναικών.....	95
Κεφάλαιο 7 Συζήτηση .....	97
7.1. Σύνδεση κοινωνικού κεφαλαίου με τη διενέργεια και τη γνώση γυναικολογικών εξετάσεων: .....	97
7.2. Διαφοροποίηση απαντήσεων, ανάλογα με την επαγγελματική ταυτότητα του ερευνητή:.....	101
7.3. Οικολογία της αυτο-αναφερόμενης υγείας:.....	104
7.4. Αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας: Εκτίμηση αναγκών υγείας των γυναικών: .....	107
Γενικά Συμπεράσματα .....	112
Βιβλιογραφία: .....	114
Παραρτήματα.....	136

## **Περίληψη της Διδακτορικής Διατριβής**

Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μια ιδιαίτερα σημαντική έννοια, καθώς συνοψίζει κατά τη γνώμη μου τις περισσότερες παράμετρους, που συνθέτουν τον κοινωνικό ιστό μιας κοινωνίας. Αλλά και η υγεία, όμως, ιδιαίτερα με το κοινωνικό μοντέλο προσδιορισμού της, είναι μια εξίσου πολυσύνθετη έννοια. Η πιθανή συσχέτιση των δύο εννοιών και η περαιτέρω ανάπτυξή τους αποτέλεσε το έναυσμα της παρούσας διατριβής.

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η διερεύνηση της επίδρασης του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Επιμέρους στόχοι είναι η μελέτη των αναγκών υγείας των γυναικών, η μέτρηση της αυτο-αναφερόμενης γυναικολογικής υγείας, σε σχέση με την εκπαίδευση του ερευνητή και η οικολογία της αυτο-αναφερόμενης υγείας.

### **Κοινωνικό Κεφάλαιο και Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού και του Τραχήλου της Μήτρας**

Ο καρκίνος του μαστού και του τραχήλου της μήτρας συγκαταλέγεται ανάμεσα στις κυριότερες αιτίες θανάτου για τις γυναίκες. Οι λόγοι που ωθούν τις γυναίκες να ακολουθούν τις εξετάσεις πρόληψης δεν σχετίζονται μόνο με ατομικά ή ιατρικά χαρακτηριστικά, αλλά και με το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον που ζουν. Η παρούσα μελέτη εξετάζει ποσοτικά το κοινωνικό κεφάλαιο σε ατομικό επίπεδο, -συνολικό και επιμέρους- σε σχέση με την επίδραση που έχει στη γνώση αλλά και στη διενέργεια των εξετάσεων πρόληψης του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Συνολικά, μελετήθηκαν, μέσα από προσωπικές συνεντεύξεις, 125 γυναίκες ηλικίας 35- 75 ετών, από ένα πληθυσμό 592 γυναικών, σύμφωνα με τις εγγραφές στους τελευταίους εκλογικούς καταλόγους, κατά τα έτη 2007- 2008, στον πρώην δήμο Γοργολαΐνη.

Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων, διαπιστώθηκε ότι η γνώση των οδηγιών πρόληψης του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας μειώνεται με την ηλικία (OR: 0,41, 95%CI: 0,18–0,95) και αυξάνεται ανά μονάδα αύξησης (βαθμολογία) του κοινωνικού κεφαλαίου (OR 1,08, 95%CI: 1,00-1,17). Οι ίδιοι παράγοντες επηρεάζουν θετικά τη διενέργεια του test PAP και της μαστογραφίας (ηλικία: OR: 0,54, 95%CI: 0,36-0,81; κοινωνικό κεφάλαιο: OR: 1,08, 95%CI 1,02-1,15).

Σύμφωνα με την έρευνά μας, η γνώση και η διενέργεια των προληπτικών γυναικολογικών εξετάσεων σχετίζεται θετικά με τις υψηλές τιμές του συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου καθώς και των συνιστωσών του όπως η ανταποδοτικότητα, η συμμετοχή, η ασφάλεια και η οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη.

### **Αυτο-αναφορά της Πρόληψης του Γυναικείου Καρκίνου, σε Σχέση με την Επαγγελματική Ταυτότητα του Ερευνητή:**

Η αυτο-αναφερόμενη υγεία είναι ένας εύκολος τρόπος, για να διαπιστωθεί η συνέπεια απέναντι στις εξετάσεις πρόληψης του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Εντούτοις, η αξιοπιστία της μεθόδου είναι σε αμφισβήτηση. Ο τρόπος που οι γυναίκες απαντούν σε ερωτήσεις για θέματα πρόληψης επηρεάζεται από κοινωνικούς, δημογραφικούς, γνωστικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Παράλληλα, και η επαγγελματική ταυτότητα του ερευνητή είναι σημαντική.

Η παρούσα εργασία μελετά το βαθμό συμφωνίας των απαντήσεων, σχετικά με την αυτο-αναφερόμενη γυναικολογική υγεία (χρήση των εξετάσεων πρόληψης του γυναικείου καρκίνου), σε δύο έρευνες που διεξήχθησαν την ίδια χρονική περίοδο (2006- 2007), από δύο διαφορετικούς ερευνητές (κοινωνική λειτουργό και γενική γιατρό). Συνολικά, μελετήθηκε ένα κοινό δείγμα, 114 γυναικών, ηλικίας 35- 75 ετών.

Με τη χρήση του συντελεστή Kappa διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μικρή συμφωνία (Kappa= 0,189,  $p < 0,001$ ), μεταξύ των γυναικών, στη γενική ερώτηση για το αν έχουν κάνει γυναικολογικές εξετάσεις. Στις επιμέρους ερωτήσεις, για το αν έχουν κάνει μαστογραφίες και test pap, ο βαθμός συμφωνίας των απαντήσεων ήταν υψηλότερος αλλά και πάλι χαμηλός (Kappa= 0,386 και 0,235). Αντίστοιχα οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά δήλωσης στο ζήτημα της διενέργειας μαστογραφίας (64,4%) στη γενική γιατρό, ενώ όταν ο ερευνητής ήταν κοινωνική λειτουργός δήλωναν χαμηλότερα ποσοστά (35,6%). Το ίδιο ισχύει και για τη γενική γιατρό στη δήλωση για τη διενέργεια του test pap. Το ποσοστό, όταν ήταν στ γιατρό ήταν 52,6%, ενώ στην κοινωνική λειτουργό ήταν 47,3%.

Δεν υπάρχει διαφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών που έδωσαν κοινές απαντήσεις και στις δύο έρευνες, σε σχέση με εκείνες που έδωσαν διαφορετικές απαντήσεις (ηλικία  $p=0,255$ , οικογενειακή κατάσταση  $p=0,522$ , αριθμός παιδιών  $p=0,436$ ). Το ίδιο ισχύει και για παραμέτρους, όπως η εκπαίδευση ( $p=0,140$ ), το εισόδημα ( $p=0,806$ ) και η εργασιακή κατάσταση ( $p=0,759$ ).

Συμπερασματικά, καταλήγουμε ότι ο ρόλος του ερευνητή είναι κομβικός στην μέτρηση της αυτο-αναφερόμενης γυναικολογικής υγείας. Η σχέση ενσυναίσθησης που

αναπτύσσει με τις γυναίκες βελτιώνει τη μεταξύ τους επικοινωνία και καλλιεργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης, ενθαρρύνοντάς τις να δώσουν απαντήσεις αντικειμενικές και όχι εκείνες που στοχεύουν να κερδίσουν την εύνοιά του. Η διαφορετική επιστημονική προσέγγιση και επαγγελματική εκπαίδευση των ερευνητών, της γενικού γιατρού και της κοινωνικής λειτουργού, δημιουργούν διαφοροποίηση στις απαντήσεις που δίνονται για θέματα διενέργειας των εξετάσεων πρόληψης του γυναικείου καρκίνου.

### **Οικολογία της Αυτο-αναφερόμενης Υγείας**

Ο προσδιορισμός της αυτο-αναφερόμενης υγείας επηρεάζεται από ατομικές, κοινωνικό-οικονομικές, δημογραφικές και πολιτισμικές παραμέτρους. Η εγκυρότητά της εξαρτάται από τον τρόπο που οι άνθρωποι αξιολογούν και ερμηνεύουν την κατάσταση της υγείας τους.

Η παρούσα μελέτη εξετάζει την οικολογία της αυτο-αναφερόμενης υγείας, σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο και τις συνιστώσες του καθώς και τη γνώση και τη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες για τις εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου. Εξετάζει ένα κοινό δείγμα 114 γυναικών, από δύο συγχρονικές έρευνες, που έγιναν στον πρώην ορεινό δήμο Γοργοαΐνη, τη χρονική περίοδο από 2007 έως 2008.

Διαπιστώθηκε ότι η καλή υποκειμενική υγεία σχετίζεται θετικά με το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο (OR: 1,05, 95%CI: 1,00-1,11) και την αξία ζωής (OR: 1,12 95%CI: 1,02-1,23), τα συναισθήματα ασφάλειας (OR: 1,63, 95%CI: 1,08-2,47) και τις φιλικές οικογενειακές σχέσεις. (OR: 1,72, 95%CI: 1,14-2,61). Το ίδιο ακριβώς ισχύει και με την κακή υποκειμενική υγεία. Επίσης, οι γυναίκες που ακολουθούν τις εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου έχουν περισσότερες πιθανότητες καλής αυτο-αναφερόμενης υγείας.

Η οικολογία της αυτο-αναφερόμενης υγείας, σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, είναι δομημένη κοινωνικά, μέσω του κοινωνικού κεφαλαίου, το οποίο μπορεί να επηρεάσει συμπεριφορές υγείας, όπως την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, και να βελτιώσει, έτσι, την αίσθηση της υποκειμενικής υγείας των γυναικών.

### **Εκτίμηση των αναγκών Υγείας των Γυναικών:**

Το γεωγραφικό πολιτισμικό και κοινωνικό περιβάλλον που ζουν οι γυναίκες επηρεάζει την υγεία τους. Η υγεία τους και συνεπώς η εκτίμηση των αναγκών υγείας τους είναι ένα πολυπαραγοντικό θέμα, το οποίο περιλαμβάνει τόσο εξωτερικούς

υποστηρικτές της υγείας (σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, εκπαίδευση, εισόδημα, εργασία, φύλο) όσο και εσωτερικούς προσδιοριστές της (μηχανισμοί αντιμετώπισης του άγχους).

Η παρούσα μελέτη έγινε, με την μέθοδο της ποιοτικής έρευνας, από τον Ιανουάριο έως τον Μάρτιο 2007 και χρησιμοποιήθηκε η τεχνική των ημιδομημένων συνεντεύξεων. Συνολικά επιλέχθηκαν δεκατέσσερα άτομα για συνέντευξη από ένα ευρύ φάσμα, 30 ατόμων, αρμοδίων για γυναικεία θέματα (υπάλληλοι σε κοινωνικές υπηρεσίες, σε υπηρεσίες υγείας, διοικητικοί και πολιτικοί προϊστάμενοι). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με την μέθοδο της ανάλυσης πλαισίου «Framework analysis».

Τα κυριότερα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας συνοψίζονται στα εξής: Το υπάρχον Ελληνικό σύστημα πρόνοιας επηρεάζει την υγεία των γυναικών. Δεν παρέχει διευκολύνσεις σε σχέση με το ρόλο των γυναικών στην κοινωνία και την οικογένεια και έτσι τις ωθεί να αναλάβουν τον παραδοσιακό ρόλο του φροντιστή. Παράλληλα, το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον που ζουν οι γυναίκες συνεχίζει να τους βάζει εμπόδια μέσα από τις υπάρχουσες κοινωνικές νόρμες για τον ρόλο τους. Έτσι δεν έχουν τις προϋποθέσεις για την πλήρη σωματική και ψυχική ευεξία τους, σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο της υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι γυναίκες δε μπορούν να ικανοποιήσουν πλήρως τις ανάγκες υγείας τους. Οι υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας δεν επαρκούν. Η μελέτη μας κάνει προτάσεις για αναμόρφωση της τοπικής κοινωνικής πολιτικής για τις γυναίκες.

## **Dissertation Summary**

Social capital is a valuable concept that is consisted of a great variety of social parameters. Health, according to social model of health, is a very complicated social issue. Exploration of their possible association is the leading causes of this doctorate thesis.

The aim of this doctorate thesis is to determine the association between individual social capital with breast and cervical cancer screening guidelines. Additionally, it assesses women's health needs and explored women's health issues such as self reported cancer screening adherence and researcher's profession and the ecology of self reported health.

### **Social Capital and Adherence to Breast and Cervical Screening Guidelines:**

Breast and cervical cancer are among the leading causes of female mortality. The reasons that make women adhere, or not, to screening guidelines are not only related to their individual and health characteristics but are also placed in a wider social and cultural context.

This cross-sectional study explores the association of individual-level social capital with breast and cervical cancer screening and the knowledge of relevant screening tests (Pap test and mammography). A random sample of 120, of the 592 women of the 2001 electoral registers, in the municipality of Gorgolaini, a rural area in Crete, Greece, was participated in the study. Women were eligible to participate if they were aged 35-75.

Our results suggest that knowledge of breast and cervical cancer screening guidelines was negatively associated with age (OR 0.41, 95% CI 0.18 – 0.95) and is positively associated with total social capital score (OR 1.08, 95% CI 1.00 – 1.17). Same variables had a positive association with the adherence of test pap and mammography (age: OR 0.54, 95% CI 0.36-0.81, social capital: OR 1.08, 95% CI 1.02- 1.15).

Our results suggest that knowledge and adherence to breast and cervical cancer screening guidelines are positively associated with total social capital and its confounders such as tolerance of diversity, participation in the community, feelings of safety, and family and friends connections.

### **Self Reported Cancer Screening Adherence and Researcher Profession:**

Self reporting health is an easy method to determine the breast and cervical screening adherence. However, its validity is questioned. Many individual, demographic, social and cultural factors and the researcher profession account for assessing subjectivity health. Also researcher's profession has a key role.

Study's objective was to determine whether individuals report in the same way their test-pap and mammography screening behaviors, when the interviews are conducted by researchers of different professions, in this case a social worker and a general practitioner. Two studies assessing adherence to cervical and breast cancer screening guidelines were conducted during late 2006 - early 2007 in the same sample of 114 women.

Kappa coefficient was used to measure the agreement of participants' answers to the same questions between the two interviewers. There is a slight agreement ( $\kappa=0.189$ ,  $p<0.001$ ) between the answers given in the question "Have you ever had gynecological exams?" in both interviewers. Agreement was also weak ( $\kappa=0.386$  and  $0.235$ ) for self-reported mammography and Pap smear tests, respectively.

Women overestimated their self-reported adherence to mammography when the interviewer was a doctor (64.4%) once their responses were matched to those given to a social worker (35.6%). The same was for test pap. The percentage for doctor was (52.6%) and for social worker (47.34%).

There were no significant differences in major demographic characteristics between women who provided, or not, the same answers in both interviewers (age  $p=0.255$ , marital status  $p=0.522$ , number of children  $p=0.436$ , education  $p=0.140$ , income  $p=0.806$  and working status  $p=0.759$ ).

Our results suggest that the researcher role is core in self reporting screening health. Empathy – driven attitude might influence the interaction between interviewers and women and enable the women to minimize respondents' bias and to give responses that reflect more correctly their real screening behaviors

### **Ecology of Self Reported Health:**

Self –reported health is influenced by socioeconomic, cultural, and demographic variables. So, the validity of health information depends on the way of interpreting it.

On the present study, selected variables were used, from two cross- sectional studies carried out in 2007- 2008, in the municipality of Gorgolaini, a rural area in Crete, Greece. The ecology of self –reported health throughout the social capital and its



subscales and the knowledge and adherence to breast and cervical screening rules were explored. A common sample of 114 women, participated in these two studies is used.

Our results suggest that good subjectivity health is positively associated with total social capital (OR: 1.05, 95%CI: 1.00-1.11) and its parameters value of life (OR: 1.12 95%CI: 1.02-1.23), feelings of safety (OR: 1.63, 95%CI: 1.08-2.47) and family and friends (OR: 1.72, 95%CI: 1.14-2.61). An almost similar pattern is observed for bad subjectivity health and total social capital and its subscales. Additionally women who adhere in screening rules have more possibilities to self rate good health.

According to this study, the ecology of self reported health is socially constructed through social capitals and its variables and the pathways that influence health outcomes such as breast and cancer screening adherence. So, adherence of screening behavior might enable good self- rated health.

### **Women's Health Needs Assessment:**

Women's health is constructed according to their social, geographic and cultural environment. It is influenced by external social determinants of health (such as welfare state, education, income, work and gender) and by internal (like ways of coping with anxiety). So an assessment of women's health needs should be in a holistic way and take into consideration every aspect of the factors that contribute to their health.

This was a qualitative research that took place during the period (January-December 2007) and used semi structured interviews. Fourteen Key informants were drawn by a broad sample of 30 people, from those working for women in the local community (social and health professionals, administrators and local politician who are responsible for the setting of women's social policy agenda). Data were analysed by framework analysis.

Our findings suggest that women's position on Greek welfare system play an active role on their health. It put barriers on women's rights and does not enable them to strength their role in their households and their society. Lack of social services, forces women to confirm their traditional role as caregivers. Additionally, social and cultural context put burdens on women to follow social norms about their social role. So, women have not all the resources to fulfil their needs, according to social model of health.

Our study indicates that women have many unmet health needs. Existing public social and health services do not enable them to overcome their difficulties. Our findings making suggestions for improving women's health through reforming the local policy agenda for women.

# Κεφάλαιο 1 Κοινωνικό Κεφάλαιο

## 1.1. Ορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου:

Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μια έννοια ιδιαίτερα δημοφιλής τα τελευταία είκοσι περίπου χρόνια τόσο από τους κοινωνικούς επιστήμονες όσο και από τους ειδικούς στο σχεδιασμό κοινωνικής πολιτικής. Σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο ορισμού της υγείας (W.H.O. 2011), το κοινωνικό κεφάλαιο έχει σημαντικό ρόλο στην υγεία, καθώς συνοψίζει ένα πλήθος από οικολογικούς παράγοντες (κοινωνική συνοχή, εμπιστοσύνη, συμμετοχή, ανταποδοτικότητα και αλληλεγγύη) που μπορεί να διαμορφώνουν και να επηρεάζουν τους δείκτες υγειονομικής, οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης (Kritsotakis και συν. 2009).

Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μια περίπλοκη έννοια και υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί του (Putnam, 2000). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο κάθε συγγραφέας το εξετάζει κάτω από διαφορετικές συνθήκες και σύμφωνα με διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις. Κάποιες από τις παραμέτρους που το προσδιορίζουν είναι η εμπιστοσύνη, οι κανόνες και οι κοινωνικές νόρμες που καθορίζουν κάθε κοινωνική πράξη, η κοινωνική αλληλεπίδραση, τα κοινωνικά δίκτυα και όλα τα χαρακτηριστικά των δικτύων αυτών (Hean και συν. 2002).

Συνεπώς, το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τις κοινωνικές δομές και τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής οργάνωσης (π.χ. δίκτυα, νόρμες και εμπιστοσύνη) που διευκολύνουν τη συνεργασία και τη συλλογική δράση αποβλέποντας στο ατομικό ή συλλογικό όφελος (Κριτσωτάκης και συν. 2010, Kritsotakis και συν. 2009, Kritsotakis & Gamarnikow, 2004). Για τα παραπάνω όταν προσπαθεί κάποιος να σηματοδοτήσει το κοινωνικό κεφάλαιο, θα πρέπει να έχει υπόψιν του να συνδέσει όλες τις πλευρές και τις συνιστώσες του. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι θα πρέπει να αναπτυχθεί μια πλατφόρμα που θα βάλει τις βάσεις για την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου με ένα τρόπο έγκυρο, αξιόπιστο και αντικειμενικό (Hean και συν. 2002).

Το κοινωνικό κεφάλαιο διαθέτει δύο επίπεδα: το κοινοτικό (Putnam, 2000) και το ατομικό (Portes 1998). Περιλαμβάνει τόσο σχέσεις με φίλους, τα προσωπικά κοινωνικά

δίκτυα και επαφές όσο και τη συμμετοχή σε επίσημες οργανώσεις και δημόσιες δραστηριότητες. Για παράδειγμα το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο βοηθά τους ανθρώπους να βελτιώσουν την καριέρα τους, καθώς έχουν περισσότερες ευκαιρίες λόγω των συχνών κοινωνικών επαφών που αναπτύσσουν. Σε κοινοτικό επίπεδο όταν αναπτύσσονται σχέσεις εμπιστοσύνης με την γειτονιά, αυτό αποτελεί ασπίδα προστασίας εναντίον του εγκλήματος στο συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο (Caiazza & Putnam, 2002).

Όπως προαναφέρθηκε, το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ταυτόχρονα και ατομικό και συλλογικό χαρακτηριστικό. Η υγεία των ανθρώπων είναι απόρροια ατομικών χαρακτηριστικών τους σε αλληλεπίδραση πάντα με το ιδιαίτερο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό περιβάλλον που ζουν. Ο τρόπος που το περιβάλλον επηρεάζει το κάθε άτομο εξαρτάται από την προσωπικότητα του. Έτσι, το κοινωνικό κεφάλαιο δεν επηρεάζει το ίδιο όλους τους ανθρώπους που ζουν σε μια περιοχή (McInko & Starfield, 2001). Επιπλέον, το πολιτισμικό και εθνικό επίπεδο που αναπτύσσεται το κοινωνικό κεφάλαιο θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψιν, προκειμένου να εξεταστεί η χρησιμότητα του (Kritsotakis και συν. 2011).

Σε ατομικό επίπεδο, το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει συνιστώσες όπως οι ανθρώπινες σχέσεις, η συμμετοχή στα κοινά, η ύπαρξη υποστηρικτικών δικτύων στην κοινότητα, η εμπιστοσύνη και η ανταποδοτικότητα (Kritsotakis και συν. 2009). Με άλλα λόγια είναι το σύνολο των πόρων που αυξάνουν κατά την αξιολόγηση ενός βιώσιμου δικτύου σχέσεων, της αμοιβαίας αναγνώρισης και γνωριμίας των ανθρώπων (White 2002). Το κοινωνικό κεφάλαιο ως ατομικό χαρακτηριστικό (Portes 1998, Loury 1992, Coleman 1990) αλλά και ως κοινοτικό (Putnam, 1993a, Putnam 2000, Bourdieu & Wacquant, 1992) έχει εξεταστεί από αρκετούς ερευνητές. Ένας ορισμός του είναι ως η ικανότητα των ανθρώπων να αντλούν παροχές και προνόμια από την συμμετοχή τους σε κοινωνικά δίκτυα και πλαίσια (Portes, 1998). Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι είναι το σύνολο των κοινωνικών σχέσεων, που αναπτύσσουν οι άνθρωποι, οι οποίες προωθούν την ανάπτυξη ατομικών ικανοτήτων (Loury, 1992). Θεωρείται ότι δεν είναι ένα απλό χαρακτηριστικό, αλλά ένα σύνολο από χαρακτηριστικά που συνίστανται σε κάποια πτυχή της κοινωνικής ζωής και διευκολύνουν ορισμένες ενέργειες των ατόμων που βρίσκονται εντός της δομής. Χωρίς την παρουσία του δεν θα ήταν δυνατή η εξέλιξη σε πολλούς τομείς της κοινωνίας (Coleman, 1990).

Όσον αφορά την κοινοτική του διάσταση, είναι το σύνολο των παροχών πραγματικών ή εικονικών που προκύπτουν σε μια ομάδα με την ύπαρξη ενός δικτύου θεσμοθετημένων σχέσεων αμοιβαίας γνωριμίας και αναγνώρισης (Bourdieu & Wacquant, 1992). Επιπλέον, έχει θεωρηθεί ως συλλογικό αγαθό και αναφέρεται σε χαρακτηριστικά της κοινωνικής οργάνωσης όπως η εμπιστοσύνη, οι στάσεις και τα κοινωνικά δίκτυα τα οποία βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα της κοινωνίας και διευκολύνουν τις κοινωνικές της δράσεις (Putnam, 1993). Το κοινοτικό κοινωνικό κεφάλαιο υπάρχει στα πλαίσια των ομάδων και συνδέεται με την έννοια της κοινωνικής συνοχής (White, 2002).

Ένας άλλος διαχωρισμός του κοινωνικού κεφαλαίου συνίσταται στο γνωσιακό (cognitive social capital) και στο δομικό (structural social capital). Το γνωσιακό κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στο τι νιώθουν και αισθάνονται οι άνθρωποι (εμπιστοσύνη, ασφάλεια κ.τ.λ.) ενώ το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο περιγράφει το τι πραγματικά κάνουν, π.χ. συμμετοχή σε δίκτυα, ομάδες και δραστηριότητες, και στις κοινότητες στις οποίες ανήκουν (Kritsotakis και συν. 2011, Kritsotakis και συν. 2013).

Το κοινωνικό κεφάλαιο επίσης διακρίνεται σε δεσμευτικό (bonding), ενωτικό (bridging) και συνδετικό (linking). Το δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο αναπτύσσεται ανάμεσα σε ομοιογενείς ομάδες πληθυσμού με κοινά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας ή στενούς φίλους υπάρχει το δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο χαρακτηρίζεται από στενές σχέσεις (Harper, 2001). Το δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο παρέχει σημαντική συναισθηματική και υλική υποστήριξη και φροντίδα στα μέλη του μέσα από τις στενές σχέσεις. Τα άτομα της ίδιας ομάδας έχουν αυτή τη σχέση μεταξύ τους, καθώς μοιράζονται κοινά ενδιαφέροντα, έχουν κοινή ταυτότητα και ίδιο μέρος διαμονής. Τα άτομα, στις περισσότερες περιπτώσεις, αποκλείουν από την εμπιστοσύνη και την ηθική και συναισθηματική υποστήριξή τους όσους δεν ανήκουν στη κοινή ομάδα (National Economic and Social Forum, 2003).

Το ενωτικό κοινωνικό κεφάλαιο συνδέει ανθρώπους από διαφορετικές κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές ομάδες και μπορεί να έχει θετική συνεισφορά για τους ανθρώπους που ενδιαφέρονται να έχουν ανάμειξη με άλλες πληθυσμιακές ανάγκες πλην της δικής τους. Προσδοκούν οφέλη από την επαφή τους στα πλαίσια της κοινωνικής κινητικότητας (National Economic and Social Forum, 2003).

Το συνδεδετικό κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται σε σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα σε άτομα και ομάδες από διαφορετικά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα. Αυτού του είδους οι σχέσεις επιτρέπουν την εισροή μεγάλης ποικιλίας ιδεών και πληροφοριών (Harper, 2001). Το συνδεδετικό κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στις σχέσεις που μπορούν να αναπτυχθούν με άτομα από άλλα κοινωνικά, οικονομικά και πολιτισμικά πλαίσια, κυρίως πιο ευνοημένα από τα ήδη υπάρχοντα (National Economic and Social Forum, 2003).

Υπερβολικό δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο και πολύ λίγο ενωτικό μπορεί να περιορίσει τα ερεθίσματα που μπορεί να έχουν οι άνθρωποι. Το αντίθετο, δηλαδή υπερβολικό ενωτικό και ελάχιστο δεσμευτικό, μπορεί να καταστήσει τα άτομα προσωπικά ευάλωτα. Επίσης ανεπαρκή συνδεδετικό κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να περιορίσει τους ανθρώπους από την επαφή με κέντρα εξουσίας, δύναμης και επιρροής που θα τους επιτρέψουν να ενδυναμωθούν και να κάνουν ορθή χρήση των δικαιωμάτων τους. Η έλλειψη ενωτικού και συνδεδετικού κοινωνικού κεφαλαίου μπορεί να ωθήσει μειονότητες σε αποδυνάμωση και περιθωριοποίηση. Η σύνθεση και η αρμονική συνύπαρξη και των τριών διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου θα πρέπει να αποτελεί το ζητούμενο (National Economic and Social Forum, 2003).

## **1.2. Μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου:**

Μια μεγάλη δυσκολία του κοινωνικού κεφαλαίου είναι και ο τρόπος μέτρησής του εξαιτίας της ποικιλομορφίας που υπάρχει στον ορισμό του (Harper, 2001, Caiazza & Putnam, 2002).

Υπάρχουν πολλές και διαφορετικές μετρήσεις του κοινωνικού κεφαλαίου (Harper, 2001). Η μέτρηση του Coleman (1988) αναπτύσσει συνιστώσες του κοινωνικού κεφαλαίου όπως ατομικές, οικογενειακές και κοινοτικές που μπορεί να επηρεάσουν την παρακολούθηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας στα παιδιά. Στη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου που κάνει ο Hall (1999) δίνει έμφαση στη κοινωνικότητα που παρέχουν τα δίκτυα καθώς και στις νόρμες της κοινωνικής ζωής που συνδέονται με αυτά τα δίκτυα. Θεωρεί ότι αν και υπάρχουν αρκετά προβλήματα στη μέτρηση των δικτύων, θα πρέπει να αξιολογούνται πάντα σε σχέση με τις εθελοντικές οργανώσεις και κάθε είδους συμμετοχή σε δράσεις επίσημες και ανεπίσημες με γείτονες και φίλους (Harper, 2001).

Ο Putnam (2000) μέτρησε τη συμμετοχή των ανθρώπων στη δημόσια ζωή μέσα από ερωτήσεις που κάλυπταν θεματικές ενότητες όπως η πρόθεση ψήφου, η μελέτη εφημερίδων, ο αριθμός διασυνδέσεων με εθελοντικές δραστηριότητες, πολιτισμικές και αθλητικές εκδηλώσεις. Στο έργο του «Bowling Alone» η μέτρηση της συμμετοχής στη δημόσια ζωή στηρίζεται σε ένα σύνθετο δείκτη ερωτήσεων που περιλαμβάνουν συνολικά δεκατέσσερις παραμέτρους επίσημων και ανεπίσημων κοινοτικών δικτύων και δημόσιας εμπιστοσύνης (Harper, 2001).

Οι πιο συχνές μετρήσεις του κοινωνικού κεφαλαίου αφορούν την κοινοτική του διάσταση και εξετάζουν την έννοια της συμμετοχής σε φορείς, θρησκευτικές οργανώσεις ή πολιτικά κόμματα. Υπάρχει η άποψη ότι η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου πρέπει να είναι όσο πιο ολοκληρωμένη γίνεται και να περιλαμβάνει όλες τις καίριες θεματικές του ενότητες (αξίες, στάσεις ζωής και δίκτυα). Τέτοιου είδους μετρήσεις θα πρέπει να ανταποκρίνονται στο ιδιαίτερο πολιτισμικό πλαίσιο που αναπτύσσεται το κοινωνικό κεφάλαιο (Harper, 2001).

Η έννοια της κοινωνικής εμπιστοσύνης, δηλαδή της στενής σχέσης αποδοχής και σεβασμού που απορρέει από τη συμμετοχή σε κοινά δίκτυα ανθρώπινων σχέσεων, είναι ένα θέμα που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν στις μετρήσεις του κοινωνικού κεφαλαίου. Ένα από τα θέματα που ανακύπτουν είναι ο διαφορετικός τρόπος που η έννοια της εμπιστοσύνης νοηματοδοτείται. Δεν υπάρχει καθολική συμφωνία στον ορισμό της (Baron και συν. 2000). Ένα άλλο μεθοδολογικό θέμα που προκύπτει είναι ότι το κοινοτικό κοινωνικό κεφάλαιο συνήθως θεωρείται κοινωνικό χαρακτηριστικό, αλλά η μέτρηση του γίνεται μέσα από έρευνες που διεξάγονται στα άτομα.

Εντούτοις, η μέτρηση της κοινοτικής του διάστασης σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να θεωρείται ως το σύνολο του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου. Θα πρέπει να ανταποκρίνεται στα διαφορετικά επίπεδα και παραμέτρους που το διαμορφώνουν καθώς και να γίνεται γνωστό το πλαίσιο που το περιβάλλει. Για παράδειγμα το σύνολο των ανθρώπων που ανήκουν σε ένα οργανισμό δεν μπορούν να αποτυπώσουν την δύναμη του κοινωνικού κεφαλαίου, αν δε συνοδεύονται και από πληροφορίες σχετικά με τον ρόλο αυτών των ανθρώπων ως μέλη αυτού του οργανισμού. (Harper, 2001).

Μια άλλη πρόκληση στη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου είναι η συνθετική του διάσταση, όταν μετριέται σε ατομικό επίπεδο. Ερευνώντας το κοινωνικό κεφάλαιο θα πρέπει να διαχωρίζεται η συλλογική του διάσταση, που σχετίζεται με θέματα της

γειτονιάς, από την ατομική του. Έτσι για παράδειγμα, αν ένας ερευνητής επιθυμεί να μετρήσει την έννοια της εμπιστοσύνης, θα την αξιολογήσει σε σχέση με την ηλικία και το φύλο, αν επιθυμεί να την μετρήσει ατομικά. Ενώ αν την εξετάσει συλλογικά, θα πρέπει να λάβει υπόψιν του τις παραμέτρους του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος της γειτονιάς και της περιοχής μέσα στην οποία διαμορφώνεται το πλαίσιο ανάπτυξης της εμπιστοσύνης (Green και συν. 2000).

Όσον αφορά το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο, η μέτρησή του περιλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο των Onyx & Bullen, (2000), του οποίου η ελληνική εκδοχή έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από τους Kritsotakis και συν. 2008. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις οι οποίες εντάσσονται σε έξι θεματικές ενότητες: α) συμμετοχή στην κοινότητα, β) αίσθημα ασφάλειας, γ) οικογενειακές και φιλικές σχέσεις, δ) αξίες ζωής και κοινωνική ανταποδοτικότητα, ε) ανοχή στο διαφορετικό και εργασιακές σχέσεις. Υψηλές τιμές βαθμολογίας στην κλίμακα Likert καταχωρούνται ως υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο (Kritsotakis και συν. 2008, Kritsotakis και συν. 2012).

Ειδικότερα, στην Ελλάδα η κλίμακα ποσοτικής εκτίμησης του κοινωνικού κεφαλαίου (ερωτηματολόγιο SCQ-G) έχει αξιολογηθεί ψυχομετρικά σε δείγμα 521 ατόμων σε τρεις αστικές περιοχές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αποτελεί ένα πρακτικό, έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την καταγραφή του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο σε αστικό πληθυσμό (Kritsotakis και συν. 2008).

Στην Ελλάδα, η ομάδα υποστήριξης και παρακολούθησης του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΟΣ –Β φάση» για την αξιοποίηση του κοινωνικού κεφαλαίου, στα πλαίσια εκτίμησης των ψυχικών αναγκών μιας κοινότητας, πρότεινε ένα ερωτηματολόγιο εκτίμησης του κοινωνικού κεφαλαίου βασισμένο στις εξής οικολογικούς παραμέτρους. Ποσοστό: 1) μακροχρόνιων άνεργων στο σύνολο του εργατικού πληθυσμού μιας κοινότητας, 2) μονογονεϊκών έναντι διγονεϊκών οικογενειών, 3) ατόμων τρίτης ηλικίας που ζουν μοναχικά ή αστέγων και 4) ατόμων με χαμηλά εισοδήματα (Kritsotakis και συν. 2008).

Ένα από τα κυριότερα μεθοδολογικά θέματα που προκύπτουν σχετικά με το κοινωνικό κεφάλαιο είναι η χρήση πολλών και διαφορετικών δεικτών και εργαλείων μέτρησής του. Η ανεπάρκεια αυτή αυξάνεται λόγω της ορολογίας που χρησιμοποιείται στις σχετικές έρευνες. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι λέξεις και φράσεις που χρησιμοποιούνται όπως για παράδειγμα κουλτούρα, γειτονιά, κοινωνία, ενεργός



συμμετοχή και εμπιστοσύνη, ποικίλουν εννοιολογικά, είναι σύνθετες με πολλές διαστάσεις και οι άνθρωποι τις νοηματοδοτούν διαφορετικά. Η ποικιλομορφία αυτή δημιουργεί εμπόδια στην ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, στη διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων και στη σύγκριση μετρήσεων από διαφορετικές περιοχές. (Κριτσωτάκης και συν. 2010). Για το λόγο αυτό, έχει τονιστεί η αναγκαιότητα το κοινωνικό κεφάλαιο να σταθμίζεται γνωσιακά και πολιτισμικά σε συνάρτηση με τον τόπο που χρησιμοποιείται (Blaxter, 2004).

### **1.3. Σύνδεση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία:**

Πριν το 1995 υπήρχε μόνο μια αναφορά στη βάση δεδομένων Medline σχετικά με την έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου. Η βιβλιογραφία η σχετική με το κοινωνικό κεφάλαιο ξεκίνησε με τους Loury, Bourdieu, Coleman, Portes και Putnam. Από το 1990, άρχισε η μελέτη για τη σύνδεση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία με τους Wilkinson το 1996 και τον Woolcock το 1998. (Lynch και συν. 2000).

Το κοινωνικό κεφάλαιο έχει σημαντική θέση στην επιστημονική βιβλιογραφία στους τομείς των κοινωνικών επιστημών και των προσδιοριστών της υγείας. Η θετική του σύνδεση με την υγεία είναι εμφανής στα καρδιαγγειακά νοσήματα, στους δείκτες θνησιμότητας, στο επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή και στο εκτιμώμενο επίπεδο υγείας (Κριτσωτάκης και συν. 2010). Οι γνωστικές και δομικές του διαστάσεις συνδέονται με ιατρικά αποτελέσματα μέσω της μετάδοσης της πληροφορίας, της αίσθησης της ηθικής υποχρέωσης και της υλικής και συναισθηματικής υποστήριξης (Moss, 2002, Segerstrom & Miller 2004, Poder και συν. 2010).

Άλλοι μηχανισμοί που το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να επηρεάσει την υγεία, είναι η σχέση που έχει με την κοινωνική απομόνωση των ανθρώπων. Η κοινωνική απομόνωση έχει συνδεθεί με την κακή υγεία, ειδικά, όταν τα άτομα ζουν σε περιοχές με χαμηλό ποσοστό κοινωνικού κεφαλαίου. (Holtgrave & Crosby, 2004). Τα άτομα που εμπιστεύονται τους συνανθρώπους τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να συμμετέχουν στα τοπικά δρώμενα και σε κοινωνικά δίκτυα και να αναφέρουν καλή υγεία. Αντίθετα, όταν ζουν σε περιοχές που το κοινωνικό κεφάλαιο είναι χαμηλό, η κοινωνική συμμετοχή τους είναι περιορισμένη και η υγεία τους δεν είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα (Poortinga, 2006).

Παράλληλα, το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να επηρεάσει συμπεριφορές υγείας, με την υιοθέτηση κοινωνικών νορμών, οι οποίες δύνανται να διευκολύνουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Επίσης, δίνουν τη δυνατότητα να προωθηθούν πράξεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού, ωθώντας έτσι τους ανθρώπους να αναλάβουν δράσεις αλληλοϋποστήριξης. Ακόμα μπορεί να ωθήσουν στη δημιουργία ισότιμης πολιτικής συμμετοχής που θα συμβάλλει στην πρόοδο όλων των πολιτών (Holtgrave & Crosby, 2004).

Η ενδυνάμωση είναι ένας ακόμα τρόπος μέσω του οποίου το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να ωθήσει οργανισμούς και κοινότητες να αποκτήσουν έλεγχο και δύναμη στα θέματα που τους αφορούν. Η έννοια της πολιτικής ενδυνάμωσης μπορεί να έχει εφαρμογή τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο (Sundquist και συν. 2003). Επίσης, το κοινωνικό κεφάλαιο, που αναπτύσσεται σε επίπεδο γειτονιάς, μπορεί να επηρεάσει την υγεία των ανθρώπων, προσφέροντας υποστήριξη και δημιουργώντας μια καλή προσωπική εικόνα και αμοιβαία εκτίμηση. Όσον αφορά τις συμπεριφορές υγείας, όπως το κάπνισμα, τη φυσική άσκηση και τη διατροφή, το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να τις επηρεάσει θετικά (Sundquist και συν. 2003).

Οι άνθρωποι, μέσω της αλληλεπίδρασής τους και της συμμετοχής τους σε διάφορες ομάδες και δίκτυα, αποκτούν ταυτότητα, καθορίζουν τις στάσεις τους και τις αξίες ζωής τους, τα πιστεύω τους και τις προτεραιότητές τους. Το κοινωνικό κεφάλαιο προσφέρει τις πηγές εκείνες που οι άνθρωποι χρειάζονται για να αισθανθούν κοινωνική αναγνώριση και συναισθηματική ενδυνάμωση, που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη και την ψυχοσυναισθηματική τους ολοκλήρωση (Mohan και συν. 2005).

Κάνοντας ανασκόπηση στη βιβλιογραφία, υπάρχουν έρευνες που δείχνουν τη θετική ή αρνητική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία των ανθρώπων. Οι κοινωνικές σχέσεις που απορρέουν και διαμορφώνονται από το κοινωνικό κεφάλαιο προσφέρουν ηθική και υλική υποστήριξη (Moss και συν. 2002, Poder και συν. 2010, Gatrell και συν. 2000). Η ηθική οπτική του κοινωνικού κεφαλαίου μπορεί να λειτουργήσει σε προληπτικό επίπεδο ως ένας μηχανισμός μείωσης της κοινωνικής απομόνωσης (Segerstrom & Miller, 2004, Woolcock & Narayan, 2000). Η υλική υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει σε πρακτικά θέματα τα οποία σχετίζονται με θέματα πρόληψης ή θεραπείας ασθενειών (Aye και συν. 2002, Hampton and Ruys, 2007).

Το κοινωνικό κεφάλαιο μέσα από την εμπιστοσύνη μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα και να βελτιώσει την αυτο-αναφερόμενη υγεία (Subramanian και συν. 2001). Παράμετροι της οικογενειακής ζωής, όπως η ασφάλεια και οι κοινωνικές επαφές, επηρεάζουν θετικά τη σωματική και ψυχική υγεία (Zierch και συν. 2004). Υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν τη θετική συσχέτιση της συμμετοχής στις κοινωνικές εκδηλώσεις, σε εθελοντικές οργανώσεις, σε ομάδες και σε κοινωνικά δίκτυα με την υγεία (Baum και συν. 2000, Lindström και συν. 2001, Gatrell και συν. 2000, Hyypää & Mäki, 2001, Joshi και συν. 2000 Veenstra, 2000, Gustafsson-Larsson & Hammarstrom, 2000, Sundquist και συν. 2003).

#### **1.4 Θετική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία:**

Αναλυτικότερα, σε σχέση με την προηγούμενη ενότητα και την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία υπάρχουν αρκετές έρευνες που δείχνουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο εννοιών.

Το κοινωνικό κεφάλαιο, σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στην Ρωσία, έχει θετική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι τόσο το ανθρώπινο κεφάλαιο (μετρημένο σε σχέση με την ηλικία, εκπαίδευση, εισόδημα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση) όσο και το κοινωνικό κεφάλαιο (το οποίο περιλαμβάνει τις έννοιες της εμπιστοσύνης, της συμμετοχής στα κοινωνικά δίκτυα, της κοινωνικής υποστήριξης και της κοινωνικής ένταξης) έχουν θετική συσχέτιση με την αυτο-αναφερόμενη σωματική και ψυχική υγεία (Rose, 2000).

Στην Ολλανδία εξετάστηκε η σύνδεση του κοινωνικού περιβάλλοντος, σε επίπεδο γειτονιάς, με τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τα παιδιά. Ο ακριβής σκοπός της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί η επίδραση της κοινωνικής και οικονομικής αποστέρησης σε επίπεδο γειτονιάς και των συνιστωσών του κοινωνικού κεφαλαίου (ανεπίσημος κοινωνικός έλεγχος, κοινωνική συνοχή και εμπιστοσύνη) στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τα παιδιά, ανεξάρτητα από προσωπικές μεταβλητές. Τα δεδομένα έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση με το κοινωνικό κεφάλαιο και ιδιαίτερα με τις συνιστώσες κοινωνική συνοχή και εμπιστοσύνη (Linden και συν. 2003).

Σε έρευνα στη Μεγάλη Βρετανία, η οποία αποτελεί μέρος της Environmental Risk (E-Risk) Longitudinal Twin study, διαπιστώθηκε ότι οι νεαρές μητέρες, που

ζούσαν σε χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, είχαν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας και λιγότερο κοινωνικό κεφάλαιο. Η συγκεκριμένη έρευνα περιέγραφε τις συνθήκες ζωής νεαρών μητέρων και των παιδιών τους και συνέκρινε τις συνθήκες ζωής τους με εκείνες των γυναικών που καθυστερούσαν να τεκνοποιήσουν (Moffitt και συν. 2002).

Σε μελέτη στη Φιλανδία, εξετάστηκε η συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου των εργαζομένων σε συνάρτηση με την υγεία τους. Οι συνιστώσες του κοινωνικού κεφαλαίου που εξετάστηκαν, ήταν η εμπιστοσύνη στην αγορά εργασίας και στους συναδέλφους, σε σχέση με την αυτο-αναφερόμενη υγεία και την ψυχολογική πίεση που ένιωθαν οι άνθρωποι. Τα αποτελέσματα έδειξαν μερική σύνδεση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία των εργαζομένων. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό κλιμάκων του κοινωνικού κεφαλαίου συνδέεται με την κακή υγεία των γυναικών, σε συνάρτηση με την ηλικία τους (Liukkonen και συν. 2004).

Παράλληλα, στη Σουηδία έγινε διερεύνηση της κοινωνικής, θρησκευτικής, πολιτικής και πολιτισμικής συμμετοχής 6.861 ανδρών και γυναικών, με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου (νοσηρότητα και θνησιμότητα). Σκοπός ήταν να εξεταστεί η σύνδεση του βαθμού κοινωνικής συμμετοχής με την εμφάνιση νόσου σε συνάρτηση με δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και τη χρήση τσιγάρου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα χαμηλά ποσοστά κοινωνικής και πολιτικής συμμετοχής συνδέονται με την στεφανιαία νόσο (Sundguist και συν. 2003). Το κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζει την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου μέσα από την γρήγορη και έγκαιρη μεταφορά της πληροφορίας, την υιοθέτηση υγιών προτύπων συμπεριφοράς και την ύπαρξη ελέγχου σε αποκλίνουσες συμπεριφορές υγείας (Sundguist και συν. 2003).

Μελέτη που ερευνά την επίδραση των συνιστωσών του κοινωνικού κεφαλαίου, της συμμετοχής και της εμπιστοσύνης στην υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας, όπως το κάπνισμα, διαπίστωσε ότι το χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο είναι συσχετισμένο με την αύξηση του καπνίσματος (Lindström και συν. 2001).

Επίσης, σε άλλη μελέτη στις Η.Π.Α., που εξέτασε τη σχέση μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου, φτώχειας και εισοδήματος με την φυματίωση, διαπιστώθηκε η συσχέτισή τους με το κοινωνικό κεφάλαιο. Ειδικότερα, το συμπέρασμα ήταν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί την κυριότερη μεταβλητή πρόβλεψης της εμφάνισης της ασθένειας (Holtgrave & Crosby, 2004). Επιπλέον, σε έρευνα στις Η.Π.Α. διαπιστώθηκε ότι όντως

το κοινωνικό κεφάλαιο είναι δείκτης ευεξίας για τις γυναίκες, αλλά δεν έγιναν γνωστές οι συνθήκες κάτω από τις οποίες το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί απευθείας να επηρεάσει την υγεία τους (Caiazza & Putnam, 2002).

Επίσης στις Η.Π.Α. εξετάστηκε η συσχέτιση μεταξύ κοινοτικού κοινωνικού κεφαλαίου, φτώχειας και χαμηλού εισοδήματος, με την ευαλωτότητα των νεαρών ενηλίκων σε σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και προληπτικών μορφών συμπεριφοράς. Τα δεδομένα έδειξαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένας προσδιοριστής της υγείας, όσον αφορά την σεξουαλική αγωγή των νέων ανθρώπων (Crosby και συν. 2003).

Στα πλαίσια ετήσιας έρευνας (British Household Panel study) σε νοικοκυριά στη Μεγάλη Βρετανία, εξετάστηκε η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου και της οργάνωσης της γειτονιάς στην υγεία των ανθρώπων. Τα αποτελέσματα εμφάνισαν ότι τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζονται θετικά με την προδιάθεση εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών και τα μικρά ποσοστά κοινωνικής οργάνωσης στη γειτονιά, με την εμφάνιση προβλημάτων υγείας (McCulloch, 2000).

Στη νότιο Αφρική διερευνήθηκε η σύνδεση της σεξουαλικής υγείας με το κοινωνικό κεφάλαιο σε ένα δείγμα πληθυσμού 1211 ατόμων. Διαπιστώθηκε ότι ο ρόλος του κοινωνικού κεφαλαίου δεν είναι σαφής ως προς την επίδρασή του στην υγεία. Αναλυτικότερα, το κοινωνικό κεφάλαιο ορίζεται ως η συμμετοχή των πολιτών σε εθελοντικές κοινοτικές οργανώσεις (εκκλησίες, κέντρα νεότητας). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες που έχουν στενή σχέση με την εκκλησία, έχουν περισσότερες πιθανότητες να φροντίσουν την σεξουαλική τους υγεία. Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες που συμμετέχουν σε κλαμπ νεότητας. Αντίθετα, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες που συμμετέχουν σε μια ομάδα νέων το «stokrels» έχουν περιορισμένο ενδιαφέρον για τη σεξουαλική τους αγωγή (Campell και συν. 2002).

Σε μελέτη που περιγράφει τη σχέση που έχει το κοινωνικό κεφάλαιο σε επίπεδο γειτονιάς με τη συχνότητα θεραπείας της σχιζοφρένειας, τα αποτελέσματα δεν ήταν σαφή ως προς τη θετική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου. Συγκεκριμένα, οι άνθρωποι που ζουν σε γειτονιές που έχουν υψηλό αίσθημα κοινωνικού ελέγχου, ενδιαφέρονται περισσότερο για την επίλυση των ψυχιατρικών τους διαταραχών, οπότε κάνουν και συχνότερη χρήση των αντίστοιχων υπηρεσιών. Όμως, το κοινωνικό

κεφάλαιο σε επίπεδο γειτονιάς δεν επηρεάζει άμεσα την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (Drukker και συν. 2006).

### **1.5 Αρνητική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία:**

Το κοινωνικό κεφάλαιο έχει δεχτεί πολλή κριτική. Χαρακτηρίζεται ως εθνοκεντρικό χαρακτηριστικό που αναπτύσσεται στα πλαίσια μιας εθνικής ομάδας με αποτέλεσμα να αποκλείει όλες τις υπόλοιπες. Γενικά πιστεύεται ότι υπάρχει αμοραλισμός για άτομα που δεν εξυπηρετούν τα συμφέροντα κάποιου λόμπι και περιορίζει τις ατομικές ελευθερίες στα πλαίσια οργανισμών όπως η μαφία. Επιβάλλει με τρόπο μονομερή και αδιαπραγμάτευτο, συγκεκριμένο κώδικα ηθικής στα άτομα (Kritsotakis και συν. 2008).

Εντούτοις όμως, υπάρχουν και έρευνες που δείχνουν την αρνητική ή την ουδέτερη σύνδεση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία των ανθρώπων, επισημαίνοντας ότι η χρησιμότητα του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία των ανθρώπων, επηρεάζεται από το είδος του κοινωνικού περιβάλλοντος όπου διαμορφώνεται (Kenelly και συν. 2003). Αν και η ζωή στη γειτονιά, η ασφάλεια, η εμπιστοσύνη, έχουν συνήθως θετική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία των ανθρώπων (Ziersch και συν. 2005), η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του εκάστοτε περιβάλλοντος. Για παράδειγμα, σε ένα χαμηλό κοινωνικό περιβάλλον που δεν δίνει κίνητρα για εξέλιξη, είναι προτιμότερο οι άνθρωποι να αναπτύσσουν προσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, μακριά από αυτό το στερημένο κοινωνικό πλαίσιο (Moudatsou και συν. 2014).

Το κοινωνικό κεφάλαιο δείχνει να επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία (Osborn και συν. 2008). Οι ισχυρές κοινωνικές σχέσεις, εκτός της παροχής υποστήριξης, μπορεί να γίνουν αιτία πίεσης στους ανθρώπους και να δημιουργήσουν εμπόδια στην ανάπτυξή τους (Lynch και συν. 2000). Η επίδραση των παραγόντων της γειτονιάς έχει συσχετιστεί αρνητικά με την ψυχική υγεία των παιδιών (Caughy και συν. 2003). Υψηλό ποσοστό κοινωνικού κεφαλαίου σε εγκληματικές ή εξτρεμιστικές οργανώσεις μπορεί να αποβεί επιζήμιο για την κοινωνία (Bryant & Norris, 2002, Martin και συν. 2004).

Στις Η.Π.Α. μελετήθηκε η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου (μετρημένο ως εμπιστοσύνη, ανταποδοτικότητα και συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα) με την ασφάλεια

της παροχής φαγητού σε 330 νοικοκυριά. Διαπιστώθηκε η θετική τους συσχέτιση χωρίς όμως να μπορεί να διαπιστωθεί η ακριβής επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου. Η ύπαρξη κοινωνικών δικτύων στην κοινότητα μπορεί να θεωρηθεί ως συνιστώσα του κοινωνικού κεφαλαίου που ευνόησε την μείωση της πείνας. Γιατί φτώχεια δεν είναι μόνο η έλλειψη χρημάτων αλλά κυρίως η έλλειψη κοινωνικών δικτύων και υποστήριξης, έννοιες που μπορούν να συσχετιστούν με το κοινωνικό κεφάλαιο (Martin και συν. 2004).

Σε έρευνα στην Αμερική, εξετάστηκε η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου σε άτομα χωρίς στέγη, αλλά δεν διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση (Rosenheck και συν. 2001). Σε συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση της αντίστοιχης βιβλιογραφίας για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και ψυχικής υγείας διαπιστώθηκαν τα εξής: Όσον αφορά τις έρευνες που μελετούν την ατομική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου, υπάρχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με τις ψυχικές διαταραχές. Ενώ, όταν μελετάται η κοινοτική του διάσταση, δεν μπορεί να υπάρξει σύνδεση με την ψυχική υγεία των ανθρώπων (Kritsotakis και συν. 2008).

Σε μελέτη, στα πλαίσια του προγράμματος φροντίδας μητέρας και παιδιού (πρόγραμμα Rhea) στο Ηράκλειο Κρήτης, σε 610 γυναίκες, εξετάστηκε το κοινωνικό κεφάλαιο σε έγκυες σε σχέση με την επίδρασή του στις μελλοντικές γεννήσεις. Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια αυτο-προσδιορισμού του κοινωνικού κεφαλαίου, κατά την εικοστή τέταρτη εβδομάδα της κυοφορίας των γυναικών. Το ερωτηματολόγιο του κοινωνικού κεφαλαίου περιείχε ερωτήσεις από τις τέσσερις συνιστώσες του κοινωνικού κεφαλαίου (από το SQC) όπως: συμμετοχή στην κοινότητα, αισθήματα ασφάλειας, αξίες ζωής και ανοχή απέναντι στην διαφορετικότητα. (Kritsotakis και συν. 2011).

Τα αποτελέσματα της ανωτέρω έρευνας έδειξαν ότι υπάρχει υψηλό ποσοστό εμφάνισης πρόωρων γεννήσεων στις έγκυες που παρουσίασαν υψηλό ποσοστό συμμετοχής. Οι γυναίκες που συμμετέχουν περισσότερο σε δράσεις της κοινότητας, έχουν περισσότερες ευκαιρίες να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες και παροχές για θέματα της εγκυμοσύνης τους. Όμως, η κοινωνική συμμετοχή των εγκύων αυξάνει και τις πιθανότητες της έκθεσής τους σε στρεσογόνο και επιβλαβές περιβάλλον. Η μελλοντική διερεύνηση του διαχωρισμού των διαφορετικών συνιστωσών του κοινωνικού κεφαλαίου είναι επιβεβλημένη, για να γίνει σαφής η επίδρασή της στα αποτελέσματα των γεννήσεων (Kritsotakis και συν. 2011).

Επιπλέον, υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ουδέτερη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία (Kennelly και συν. 2003, Veenstra και συν. 2002). Δεν υπάρχουν όμως ερευνητικά δεδομένα που να συνδέουν απόλυτα το κοινωνικό κεφάλαιο, είτε ως ατομικό είτε ως συλλογικό αγαθό, με την υγεία (Short, 2004, Blakely και συν. 2006). Υπάρχουν αρκετές δυσκολίες στην πλήρη συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία (Pearce & Smith, 2003, Kritsotakis και συν. 2010). Οι δυσκολίες αυτές δημιουργούν τις προϋποθέσεις για διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας σε σχέση με το ρόλο του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία (Kritsotakis G. & Gamarnikow, 2004). Το κοινωνικό κεφάλαιο όταν μετριέται σε ατομικό επίπεδο, έχει διαφορετικά αποτελέσματα στην υγεία των πολιτών σε σχέση με το πλαίσιο που ζουν σε επίπεδο γειτονιάς, κοινότητας και έθνους (Kritsotakis και συν. 2011).

Οι πρώτες εξηγήσεις για τα αντιφατικά αποτελέσματα του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία αποδίδονται στη μεθοδολογία των πρώτων κυρίως ερευνών, οι οποίες εκτός της θεωρητικής ασάφειας ήταν και απλουστευτικές. Χρησιμοποιούσαν δεδομένα από άλλες έρευνες και κυρίως την παγκόσμια έρευνα αξιών ή την Ευρωπαϊκή κοινωνική έρευνα. Το κυριότερο πρόβλημα δημιουργήθηκε, γιατί τα αποτελέσματα βασίζονταν σε ελάχιστες ερωτήσεις, που δεν αποτύπωναν την σύνθετη έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου, δεν διαφοροποιούσαν ομάδες στο γενικό πληθυσμό και δεν μετρούσαν όλα τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού κεφαλαίου (Kritsotakis και συν. 2008).



## Κεφάλαιο 2 Υγεία των γυναικών

### 2.1 Ανάγκες υγείας:

Η έννοια των αναγκών υγείας είναι προσωπική, υποκειμενική και ποικιλόμορφη. Οι επαγγελματίες υγείας προσδιορίζουν την έννοια της ανάγκης για παροχή υπηρεσιών υγείας, με κριτήρια τις υπηρεσίες που μπορούν οι ίδιοι να προσφέρουν, ενώ οι ασθενείς (εξυπηρετούμενοι) προσδιορίζουν την έννοια της ανάγκης σε σχέση με υποκειμενικά τους κριτήρια (Cowley και συν. 2000).

Η ανάγκη υγείας διακρίνεται σε δυο διαφορετικές κατηγορίες: Σε εκείνη που αναφέρουν οι ειδικοί, οι επαγγελματίες, οι γιατροί και οι πολιτικοί και σε εκείνη που νιώθουν οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι την οποία μπορεί να την εκφράζουν και να ζητούν ικανοποίησή της ή να τη νιώθουν, αλλά να παραμένει ανέκφραστη. Η έννοια της ανάγκης έχει διάσταση οικονομική, πολιτική και φιλοσοφική. Είναι δηλαδή πολυσύνθετη έννοια, οπότε για την εκτίμησή της απαραίτητο είναι να προσδιοριστεί το είδος και η διάστασή της (Bradshaw, 2002).

Όσον αφορά την υγεία, υπάρχουν δύο μοντέλα που προσδιορίζουν την έννοια της και συνεπώς και την ανάγκη υγείας. Σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο, υγεία είναι η έλλειψη ασθένειας, άρα και η ανάγκη υγείας έχει να κάνει με τη θεραπεία της ασθένειας σε ατομικό επίπεδο και όχι με την πρόληψη και την προαγωγή του ευρύτερου κοινωνικού και οικονομικού περιβάλλοντος όπου διαμορφώνεται η υγεία των ανθρώπων (Μουδάτσου και συν. 2010). Όσον αφορά το κοινωνικό μοντέλο της υγείας σύμφωνα με τον W.H.O (2011), υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου. Άρα η ανάγκη υγείας σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, γίνεται πιο ευρεία, καθώς δεν αναφέρεται μόνο στην θεραπεία μιας ασθένειας αλλά σχετίζεται με θέματα που επηρεάζουν το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον που ζει κάποιος. Προσδιορίζονται δηλαδή από ένα ευρύ φάσμα από κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς προσδιοριστές της υγείας, όπως το περιβάλλον, η εκπαίδευση, η διατροφή, το κάπνισμα, η άσκηση και η κληρονομικότητα.

Το γεωπολιτικό, πολιτιστικό και κοινωνικό περιβάλλον που ζει μια γυναίκα επηρεάζει την υγεία της. Αυτό συμβαίνει, γιατί οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας,

μέσω των εξωτερικών υποστηρικτών της, όπως οι παράγοντες του κοινωνικού, φυσικού ή χημικού περιβάλλοντος, (το εισόδημα, η εκπαίδευση, η εθνικότητα και το επάγγελμα) μπορούν να την βελτιώσουν ή να την επιβαρύνουν (W.H.O. 2008). Επιπλέον, οι εσωτερικοί υποστηρικτές της υγείας, οι οποίοι περιλαμβάνουν παράγοντες, όπως την ικανότητα των γυναικών να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα θέματα που τις απασχολούν και την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, επιδρούν καταλυτικά στην γυναικεία υγεία (Krieger και συν. 2002).

Παράλληλα, η φροντίδα υγείας, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια, οι κοινωνικές σχέσεις, η πρόληψη του γυναικείου καρκίνου και η συμμετοχή σε άτυπα ή θεσμικά δίκτυα φροντίδας μπορούν να επηρεάσουν θετικά την υγεία των ανθρώπων (Moudatsou και συν. 2014, Μουδάτσου και συν. 2010, Κριτσωτάκης και συν. 2009, Lugemwa και συν. 2007, Lock και συν. 2000). Αντίθετα, εάν δεν γίνει σωστή διαχείρισή τους, οι κοινωνικοί, οικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάζουν αρνητικά την ανθρώπινη υγεία.

## **2.2. Κοινωνικό μοντέλο της υγείας: Εξωτερικοί κοινωνικοί υποστηρικτές της υγείας των γυναικών:**

### **Κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και εκπαίδευση**

Η εργασία, εκτός των οικονομικών απολαβών, είναι παράγοντας που μπορεί να προσφέρει στους ανθρώπους: αυτοεκτίμηση, αναγνώριση, φυσική και ψυχική δραστηριότητα, χρήση ικανοτήτων, σταθερές επαφές, κοινωνική θέση, ελευθερία αποφάσεων και ασφάλεια (Marmot & Wilkinson, 2001). Η έλλειψή της έχει σημαντική επίπτωση στην ζωή των ανθρώπων. Οι δυσκολίες στη δουλειά, ή ο φόβος ότι κάποιος χάνει ή θα χάσει την δουλειά του, αυξάνουν τις ψυχολογικές δυσλειτουργίες του ανθρώπου. Οι μηχανισμοί που η ανεργία μπορεί να επηρεάσει την υγεία είναι η φτώχεια, το άγχος, η ανασφάλεια, και οι συμπεριφορές υγείας. (Marmot & Wilkinson, 2001).

Η φτώχεια επηρεάζει άμεσα την υγεία των γυναικών. Διακρίνεται στην απόλυτη φτώχεια, η οποία σχετίζεται με την έλλειψη στοιχειωδών για την ανθρώπινη διατροφή όπως φαγητό ή νερό και στην σχετική φτώχεια όπου το άτομο αδυνατεί να συμμετέχει πλήρως στα αγαθά, στις υπηρεσίες και στις δραστηριότητες της κοινωνίας όπου ζει

(Loggie & Wien, 2009). Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, υπάρχει αύξηση των ασθενειών, καθώς οι άνθρωποι δεν έχουν χρήματα να ξοδεύουν για προληπτικές εξετάσεις ή και τη διαβίωσή τους σε αρκετές περιπτώσεις. Έτσι, αναγκάζονται να πηγαίνουν πλέον στο γιατρό με την εμφάνιση των συμπτωμάτων της ασθένειάς τους. Παράλληλα, χρησιμοποιούν συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα ή το αλκοόλ, για να αντιμετωπίσουν το συνεχές άγχος από τις κακές συνθήκες διαβίωσης τους (Marmot & Wilkinson, 2001).

Επιπλέον, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η φτώχεια μπορούν να οδηγήσουν σε κακή σωματική ή και ψυχική υγεία μέσω διαφόρων ψυχοκοινωνικών μηχανισμών. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται: α) ο κοινωνικός αποκλεισμός, β) το μακροχρόνιο στρες, γ) η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου, δ) η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ε) η κακή διατροφή, ζ) οι επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας και στ) οι δυσκολίες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. (Marmot & Wilkinson, 2001).

Η εκπαίδευση μπορεί να επηρεάσει τους ανθρώπους, καθώς τους ωθεί να ενδιαφερθούν για την υγεία τους και να αναπτύξουν στρατηγικές και πρόσβαση σε ψυχοκοινωνικές δράσεις είτε σε επίπεδο πρόληψης είτε σε επίπεδο θεραπείας (W.H.O., 2008). Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες γίνονται στην παιδική ηλικία, μπορούν να επιδράσουν προληπτικά και αναπτυξιακά στα άτομα ως ενήλικες προκειμένου να αναπτύξουν δεξιότητες και να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους (Marmot & Wilkinson, 2001).

Παράλληλα, η εκπαίδευση σε θέματα προαγωγής της καθημερινότητας, όπως η σωστή διατροφή, η ανάπτυξη ικανοτήτων και η ενίσχυση της προσαρμοστικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ανθρώπους. Με τον τρόπο αυτό δημιουργούνται οι βάσεις για απόκτηση εμπιστοσύνης και βελτίωση της αυτοεκτίμησής τους, παράγοντες που θα τους επιτρέψουν ως ενήλικες να αποκτήσουν τον έλεγχο της ζωής και της υγεία τους (Marmot & Wilkinson, 2001).

### **2.3. Κοινωνικό μοντέλο της υγείας: Εσωτερικοί κοινωνικοί υποστηρικτές της υγείας των γυναικών:**

Οι προσωπικές και ατομικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ανταποκρίνονται στο κοινωνικό περιβάλλον είναι αποτέλεσμα πολλών παραμέτρων. Οι

απαιτήσεις και οι δυσκολίες που συναντούν οι άνθρωποι καθημερινά δεν προκαλούν πρόβλημα στη σωματική ή ψυχική υγεία τους. Αντίθετα, σχετίζονται με τον τρόπο που ο κάθε άνθρωπος έχει καταφέρει να τις διαχειρίζεται και να ασκεί έλεγχο πάνω στο περιβάλλον του και στις συνθήκες που του προκαλούν άγχος (Thoits, 2010).

Το άγχος δημιουργείται, όταν το άτομο νιώθει αδύναμο, απειλημένο και έχει την αίσθηση ότι έχει χάσει τον έλεγχο απέναντι στις απαιτήσεις και στα δύσκολα γεγονότα της ζωής του (Hansen και συν. 2010). Η γνώμη και η άποψη που έχουν οι γυναίκες για τη λειτουργική τους ικανότητα να ανταποκρίνονται στις αντιξοότητες, δείχνουν την όποια προδιάθεσή τους απέναντι στο άγχος και όχι οι πολλαπλές υποχρεώσεις που τυχόν αντιμετωπίζουν (Mailey & McAuley, 2014). Όταν τα άτομα νιώθουν ότι είναι συναισθηματικά πιεσμένα λόγω των πολλών οικογενειακών και άλλων υποχρεώσεών τους, έχουν πιο πολλές πιθανότητες να διαβιώνουν σε καθεστώς αυξημένης έντασης και άγχους. Αντίθετα, αν έχουν κατάλληλη υποστήριξη, κυρίως από τον σύζυγό τους, μπορούν να μειώσουν το άγχος τους και τις επιδράσεις του στην υγεία τους (Mailey & McAuley, 2014).

Όσον αφορά την επίδραση του άγχους στην υγεία έχει βρεθεί ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους στον οργανισμό έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ανθρώπων. Ειδικότερα, οι γυναίκες που αναφέρουν πολύ άγχος αντιμετωπίζουν κυρίως διαταραχές της διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές (Mirowsky & Ross, 2003b). Αντίθετα, έχει διαπιστωθεί ότι οι άνθρωποι που νιώθουν ότι μπορούν να τα καταφέρουν (self –efficacy) έχουν βρει τον τρόπο να ενισχύσουν την ψυχολογική τους ισορροπία και να βελτιώσουν την λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής τους (Mailey & McAuley, 2014).

Οι άνθρωποι που έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική υποστήριξη και καλή διαχείριση των συναισθημάτων και των γεγονότων ζωής τους, μπορούν να αναπτύξουν ισχυρούς μηχανισμούς αντιμετώπισης τους άγχους τους ( Thoits, 2010).

Διαφορετικά, οικονομικές δυσκολίες, παρατεταμένο άγχος, ανασφάλεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση και έλλειψη ελέγχου στη δουλειά μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα στη σωματική και ψυχική υγεία τους (Marmot & Wilkinson, 2001).

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι ανύπανδροι, οι διαζευγμένοι, οι χήροι και γενικά οι μοναχικοί αντιμετωπίζουν υψηλότερα ποσοστά σε ασθένειες,

λόγω υπερβολικού άγχους (Hughes & Waite, 2009). Η έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις οδηγεί και σε σωματικά προβλήματα υγείας και σε ασθένειες, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα και λειτουργικές δυσκολίες ( Thoits, 2010). Η κοινωνική υποστήριξη είναι η αίσθηση του να νιώθει κανείς ότι είναι αγαπητός, ότι εκτιμάται και υπολογίζεται, ότι ανήκει σε ένα δίκτυο επικοινωνίας και ισότιμης μεταχείρισης. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση που επιδρά άμεσα στην υγεία των ανθρώπων. Για παράδειγμα τα άτομα που είναι κοινωνικά απομονωμένα έχουν αυξημένα καρδιακά επεισόδια (Marmot & Wilkinson, 2001).

Από έρευνες έχει βρεθεί ότι το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου που έχει ένα άτομο μπορεί να μειώσει την θνησιμότητα του (Kritsotakis & Gamarnikow, 2004). Η κοινωνική υποστήριξη βοηθά τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις, ενώ τους δίνει πρότυπα υγιούς κοινωνικής συμπεριφοράς (Marmot & Wilkinson, 2001). Η κοινωνική συνοχή και η αίσθηση της αλληλεγγύης λειτουργούν σαν ασπίδες για την προαγωγή της υγείας. Αντίθετα, η κοινωνικά καθορισμένη στέρηση επηρεάζει την υγεία. Οι άνθρωποι που ζουν σε συνθήκες φτώχειας είναι κοινωνικά απομονωμένοι, χωρίς κοινωνική υποστήριξη και φίλους είναι πιο πιθανόν να μην είναι υγιείς. (Bradshaw, 2002).

#### **2.4. Η κοινωνική θέση της γυναίκας, ως παράγοντας προσδιορισμού της υγείας της:**

Το φύλο ενός ανθρώπου έχει κοινωνική διάσταση και προσδιορίζεται από τους ρόλους, τους κανόνες και τις αξίες που ισχύουν σε μια δεδομένη κοινωνία (Philips, 2005). Στην Ελλάδα, ο ρόλος και η θέση των γυναικών διαμορφώνονται σύμφωνα με το παραδοσιακό σύστημα αξιών για τα δύο φύλα. Η γυναίκα «εξαναγκάζεται» σε ένα υποχρεωτικό αλτρουισμό παροχής φροντίδας για τα μέλη της οικογένειάς της, καθώς οι εναλλακτικές λύσεις φροντίδας, από τους υπάρχοντες φορείς κοινωνικής πολιτικής σε κεντρικό και σε τοπικό επίπεδο, είτε απουσιάζουν είτε είναι ανεπαρκείς (Αθανασιάδου, 2002). Ο ρόλος του φροντιστή έχει καίρια θέση στην ζωή της.

Οι γυναίκες ξοδεύουν πολύ περισσότερο χρόνο στις οικιακές τους δραστηριότητες και στα παιδιά τους από ότι αντίστοιχα οι σύζυγοί τους. Αυτό περιορίζει συστηματικά τον χρόνο τους, γιατί αυξάνονται οι υποχρεώσεις τους, γεγονός που τους προκαλεί αυξημένο άγχος (Doyal, 2000). Έχει διαπιστωθεί ότι τα υψηλά

ποσοστά άγχους προκαλούν σωματικές ασθένειες όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, γαστρεντερολογικά προβλήματα και επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική υγεία των ανθρώπων (Mailey & McAuley, 2014).

Ο ρόλος της γυναίκας είναι υποδεέστερος και περιορίζεται στην αναπαραγωγή παιδιών και στα καθήκοντα του φροντιστή (Moreno, 2002). Οι κοινωνικές νόρμες, σχετικά με τη θέση της γυναίκας στην κοινωνία, αγνοούν τις φωνές των γυναικών. Αντίθετα, τους ασκούν αυστηρό έλεγχο σε πολλές πτυχές της ζωής τους, γεγονός που τις κάνει να φοβούνται πολύ (Jejeebhoy & Sathar, 2001). Επίσης, στο νοικοκυριό, η φωνή των γυναικών είναι πιο αδύναμη, καθώς έχουν ελάχιστα ή και καθόλου εισοδήματα, γεγονός που τις κάνει να νιώθουν αδύναμες και να αφήνουν στους άνδρες τη λήψη των αποφάσεων (Pascall, 2008).

Για τους άνδρες, ισχύει το μεσογειακό πρότυπο του άνδρα κουβαλητή (Mediterranean male breadwinner model), που στο οικογενειακό σύστημα αξιών του παρέχεται πλήρης εξουσία και δύναμη, ως ο απόλυτος αρχηγός (paterfamilial) της οικογένειας (Philips, 2005). Στην Ελλάδα, και ιδιαίτερα στις πιο παραδοσιακές της κοινωνίες, η βοήθεια από τους άνδρες στις οικιακές δραστηριότητες είναι πολύ περιορισμένη (Αθανασιάδου, 2002). Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, οι γυναίκες είναι πιο πιθανόν να νιώσουν εξασθενημένες και εξαντλημένες λόγω του υπερβολικού φόρτου εργασίας στο νοικοκυριό και στη φροντίδα των μελών της οικογένειάς τους.

Έτσι, συχνά χρησιμοποιούν συμπεριφορές υγείας όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα, για να μειώσουν το χρόνιο άγχος που προκύπτει από τις πολλές υποχρεώσεις τους (Lazenbatt & Murray, 2004). Η έλλειψη ελπίδας για αλλαγή της κατάστασης που ζουν τις καθιστά αδύναμες να σταματήσουν τέτοιου είδους συμπεριφορές (Wuest και συν, 2002).

## **2.5 Υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής και υγεία των γυναικών:**

Η πρόσβαση που έχουν οι γυναίκες σε οικονομικούς και ψυχοκοινωνικούς πόρους και η δυνατότητά τους να ορίζουν τις ζωές τους σύμφωνα με τις επιθυμίες τους, είναι γέφυρες που μεταφέρουν τα αποτελέσματα των κοινωνικών και πολιτισμικών συνθηκών στην υγεία τους (Philips, 2005). Η θέση τους, στο εκάστοτε σύστημα πρόνοιας, δείχνει την πραγματική δύναμη που έχουν στην ζωή τους (Pascall, 2008).

Αυτό συμβαίνει, καθώς το κράτος πρόνοιας μέσω του ρόλου του, ως νομοθέτης και ως φορέας υλοποίησης της οικογενειακής πολιτικής, μπορεί να ενδυναμώσει ή να δημιουργήσει εμπόδια σχετικά με τα δικαιώματα και τις ευκαιρίες που παρέχει στις γυναίκες. Να τις βοηθήσει να ενισχύουν την οικονομική ανεξαρτησία τους και τους ρόλους τους στην οικογένεια και την κοινωνία (Madel & Semyonow, 2006, Pascall, 2008, Moss, 2002, Kasper, 2002, Luddy, 2007).

Οι προνοιακές δομές επηρεάζουν την υγεία των γυναικών, καθώς μέσω των πολιτικών που ασκούν, μπορούν να τις υποστηρίξουν να υιοθετήσουν συμπεριφορές, όπως είναι η ορθή χρήση των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, να τις ωθήσει να αναπτύξουν κοινωνικούς δεσμούς, ενισχύοντας έτσι το ρόλο τους μέσα στην εργασία, στην οικογένεια και την κοινωνία ευρύτερα (Moss, 2002).

Στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, η θέση των γυναικών στο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας δεν έχει παρουσιάσει σημαντική πρόοδο (Bambra και συν. 2002). Η συντριπτική πλειοψηφία τους βιώνει ακόμα τις παραδοσιακές αντιλήψεις για το ρόλο της γυναίκας στην κοινωνία (Bambra και συν. 2002, Litwin, 2010, Kalmijn & Saraceno, 2008). Οι Wuest και συν. (2002), δείχνουν ότι ο παραδοσιακός ρόλος των γυναικών ως φροντιστές των παιδιών και των ηλικιωμένων είναι βασικές αιτίες για την κακή κατάσταση της υγείας τους, διότι περιορίζει τις ευκαιρίες τους για εκπαίδευση, εργασία και πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και αναψυχής. Οι γυναίκες, λόγω του ρόλου τους ως φροντιστές, είναι πιο πιθανό να διακόψουν την απασχόληση και την εκπαίδευσή τους, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητές τους να είναι οικονομικά ανεξάρτητες (Bryant, 2002). Η δυσκολία τους να αποκτήσουν μόρφωση μειώνει τις πιθανότητές τους να έχουν αμειβόμενη εργασία. Η εργασία είναι ένας τρόπος οι άνθρωποι να αποκτήσουν δύναμη (Moss, 2002).

Το Ελληνικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας είναι ένα παράδειγμα του μοντέλου πρόνοιας της νότιας Ευρώπης, και χαρακτηρίζεται από τον υποστηρικτικό ρόλο των γυναικών για τα νεαρά και τα μεγαλύτερα μέλη της οικογένειας (Symeonidou, 2009). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι οικογενειακές παροχές στην Ελλάδα είναι πολύ λίγες. Υπάρχει ένας περιορισμένος αριθμός υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους τα παιδιά και τα άτομα με αναπηρίες.

Παρόλο που υπάρχει μια βελτίωση σε σχέση με τη νομοθεσία για την απασχόληση και την κοινωνική ασφάλιση, η οικογενειακή πολιτική στην Ελλάδα

εξακολουθεί να έχει αφιεθεί στα χέρια των γυναικών. Οι Ελληνίδες έχουν εσωτερικεύσει τον ρόλο τους ως φροντιστές, σαν μια μορφή αλτρουισμού, και θεωρούν ότι έτσι μπορούν να κρατήσουν την οικογένειά τους ενωμένη. (Symeonidou, 2009).

Το βάρος της άμισθης εργασίας των γυναικών, ως φροντιστές, είναι κοινό σε αρκετές μελέτες (Lazenbatt & Murray, 2004, Kasper, 2002, Bryant, 2002, Davidson και συν. 2008). Λόγω του βαρύ καθημερινού τους προγράμματος, οι γυναίκες δεν έχουν τον ελεύθερο χρόνο να φροντίσουν τον εαυτό τους και την υγεία τους.

Αυτό συμβαίνει, γιατί τα καθήκοντά τους από την φροντίδα των οικείων τους και του νοικοκυριού τις αναγκάζουν να βάλουν την ευημερία των άλλων πριν από τις δικές τους ανάγκες (Tinker, 2000, Doyal, 2000). Οι Schoenfeld & Juarbe, (2005), συμφώνησαν και αναφέρθηκαν στη μελέτη τους, σε πολλές ιστορίες γυναικών που θυσιάστηκαν για τη φροντίδα της οικογένειάς τους.

## **2.6. Γυναικείος καρκίνος: Ανασκόπηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του:**

Όσον αφορά την υγεία των γυναικών, ο καρκίνος του μαστού και του τραχήλου της μήτρας συγκαταλέγονται στις κυριότερες γνωστές αιτίες θανάτου των γυναικών (Litaker και συν. 2007, Trigoni και συν. 2008, Sokouti και συν. 2011, Fiander, 2011). Ο καρκίνος του στήθους είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου των γυναικών από καρκίνο (1,05 εκατομ.) στον κόσμο (Parkin, 2001). Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, περισσότερες από 30.000 γυναίκες κάθε χρόνο πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ποσοστό που αναδεικνύει την αναγκαιότητα ανάπτυξης και ενίσχυσης όλων των σχετικών προγραμμάτων πρόληψης (W.H.O. 2007).

Στην Ελλάδα το 2006, η ηλικιακά τυποποιημένη συχνότητα και το ποσοστό θνησιμότητας σύμφωνα με το ASRs (European Standardized Rate) για τον καρκίνο του μαστού ανά 100.000 πληθυσμού είναι 81,8 και 21,7 (Trigoni και συν. 2008). Αν και στην Ευρώπη ο θάνατος από γυναικολογικό καρκίνο έχει την τρίτη θέση στην κατάταξη των θανάτων από καρκίνο, έχει παρατηρηθεί μια σχετική μείωσή του, η οποία πιθανώς οφείλεται στην επιτυχία των προγραμμάτων πρόληψης (Mauri και συν. 2009). Σε σχέση με τα στατιστικά στοιχεία θνησιμότητας, ο θάνατος από γυναικείο καρκίνο



παραμένει σε υψηλά ποσοστά στην Ελλάδα. Περίπου 1.500- 1.800 γυναίκες, από τις 4.000 που αναπτύσσουν την νόσο, πεθαίνουν τελικά (Kaltsa και συν. 2012).

Επιπλέον, σύμφωνα με την ίδια συγγραφέα, οι Ελληνίδες αναπτύσσουν τον γυναικείο καρκίνο σε σχετικά πολύ νεαρή ηλικία. Πληροφορίες από ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζουν ότι, από τις 1.067 γυναίκες που έκαναν εγχείρηση του καρκίνου του μαστού την περίοδο μεταξύ 1980 -2003, μόνο 40 ανακάλυψαν τον καρκίνο σε πολύ αρχικό στάδιο κατά τη διάρκεια της καθιερωμένης μαστογραφίας (Keramopoulos και συν. 2005). Σε άλλη έρευνα, διαπιστώθηκε ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό στο σύνολο του γυναικείου πληθυσμού έχει κάνει μαστογραφία τα τελευταία χρόνια, σύμφωνα με τις ιατρικές υποδείξεις (Dimitrakaki και συν. 2009).

Εντούτοις, όσον αφορά τις χώρες της Ευρώπης, μόνο σε έντεκα από αυτές εφαρμόζονται πλήρως οργανωμένα προγράμματα πρόληψης του γυναικείου καρκίνου σύμφωνα με τις επιστημονικές οδηγίες. Σε διεθνές επίπεδο, ακόμα όμως και σε χώρες που έχουν αναπτύξει πολιτικές πρόληψης του γυναικείου καρκίνου, η διενέργεια των αντίστοιχων εξετάσεων βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα (Panagouloroulou και συν. 2010). Η επιτυχία και η συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες για τις εξετάσεις πρόληψης, είναι ένα θέμα πολυπαραγοντικό, που προσδιορίζεται από πληθώρα άλλων ατομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραμέτρων (Moudatsou και συν. 2014).

Σχετικά με την προληπτική πολιτική για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, στην Ελλάδα είναι περιστασιακή, καθώς δεν υπάρχει ένα οργανωμένο πρόγραμμα σε εθνική βάση (Dimitrakaki και συν. 2009, Trigonι και συν. 2008). Η παρουσία ενός ανοργάνωτου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε συνδυασμό με τη δυσκολία να αναπτυχθούν υπηρεσίες πρόληψης του καρκίνου, μπορούν να δώσουν μια εξήγηση, γιατί η Ελλάδα μαζί με την Πορτογαλία ανήκουν στις χώρες με το υψηλότερο ποσοστό γυναικολογικού (-ικών) καρκίνου(-ων) στην Ευρώπη (Dimitrakaki και συν. 2009). Σε όλα τα μεγάλα Ελληνικά νοσοκομεία, σε κάποια κέντρα υγείας και στις ιδιωτικές κλινικές, υπάρχουν προγράμματα πρόληψης. Τα προγράμματα που γίνονται σε δημόσιες υπηρεσίες είναι δωρεάν, ενώ για εκείνα που λαμβάνουν χώρα σε ιδιωτικούς φορείς απαιτούνται εξέταστρα. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει ένα οργανωμένο και ενιαίο σύστημα με το οποίο να γίνεται η πρόσκληση των γυναικών για συμμετοχή τους στις προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις (Simou και συν. 2011).

Η χρήση των προγραμμάτων πρόληψης του γυναικείου καρκίνου, σύμφωνα με επιστημονικά τεκμήρια από αρκετές χώρες, μπορεί να μειώσει την θνησιμότητα από καρκίνο. Τέτοια προγράμματα περιλαμβάνουν έγκαιρη διάγνωση, που οδηγεί σε καλύτερη θεραπεία και οργάνωση επανεξετάσεων σε τακτά χρονικά διαστήματα. (Kaltsa και συν. 2012). Υπάρχουν αρκετές μελέτες που αναδεικνύουν την συνεισφορά τόσο της μαστογραφίας (Griva και συν. 2009, Litaker και συν. 2007, Bastardis και συν. 2010) όσο και του test pap (Panagouloroulou και συν. 2010, Blomberg και συν. 2011).

## **2.7. Δυσκολίες στην ακολουθία των εξετάσεων πρόληψης:**

Οι δυσκολίες να ακολουθηθούν οι προτεινόμενες οδηγίες (guidelines) στις εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου μπορούν να σχετίζονται με:

- α) τις γενικότερες συμπεριφορές υγείας
- β) τα πρακτικά προβλήματα όπως η μεγάλη απόσταση από τα αντίστοιχα ιατρικά κέντρα εξέτασης
- γ) το φόβο τόσο για την διαδικασία των εξετάσεων όσο και για την πιθανότητα διάγνωσης καρκίνου
- δ) την απουσία έγκαιρης και έγκυρης ενημέρωσης και γνώσης για θέματα πρόληψης
- ε) το κοινωνικό, πολιτισμικό και οικογενειακό περιβάλλον που ζουν οι γυναίκες.

Όσον αφορά τις συμπεριφορές υγείας, σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο αντίληψης για την υγεία, οι άνθρωποι τις υιοθετούν, όταν υπάρχει πιθανή επικινδυνότητα από την εκδήλωση μιας ασθένειας ή οφέλη από αντίστοιχες ιατρικές παρεμβάσεις (Lostao και συν. 2001). Στις εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου, έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες, αν και γνωρίζουν τη θετική τους συνεισφορά, δεν συμμορφώνονται στη διενέργειά τους. Μια πιθανή εξήγηση είναι οι ευρύτερες αντιλήψεις και απόψεις που έχουν για θέματα υγείας και όχι οι πραγματικοί κίνδυνοι και η υπάρχουσα κατάσταση της υγείας τους. Οι στάσεις για την ασθένεια και την υγεία ισχυροποιούν και τις συμπεριφορές πρόληψης.

Σε σχέση με τα πρακτικά ζητήματα, η απόσταση από τα ιατρικά κέντρα, τα κέντρα υγείας και τα δημόσια νοσοκομεία που γίνονται οι προληπτικές εξετάσεις στην Ελλάδα, δημιουργούν εμπόδια στη συμμετοχή για προληπτικές εξετάσεις (Trigoni και συν. 2008). Έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες στις απομακρυσμένες περιοχές δεν έχουν

μια σειρά παραγόντων όπως: την παραίνεση από τους επαγγελματίες υγείας, τις απαραίτητες ιατρικές εγκαταστάσεις ή τον εξοπλισμό και τη δυνατότητα, για να έρθουν σε επαφή με κάποια κέντρα πρόληψης (Engelman και συν. 2002).

Από την ίδια έρευνα των Trigoní και συν. (2008), οι γυναίκες που ζουν σε ορεινές περιοχές έχουν περιορισμένη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας για τα θέματα πρόληψης. Υποστηρίζουν πολλές φορές ότι η απόσταση και η αδυναμία ύπαρξης μεταφορικού μέσου είναι ένας λόγος, που απωθεί αυτές τις γυναίκες από τις διαδικασίες της πρόληψης.

Ο φόβος της διάγνωσης, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι προληπτικές εξετάσεις είναι επίπονες και άβολες, σύμφωνα με έρευνες, είναι ένας από τους πιο γνωστούς λόγους, που οι γυναίκες αποφεύγουν την ακολουθία των προληπτικών εξετάσεων (Meissner και συν. 2004). Ο πόνος, σε συνδυασμό με προηγούμενη τραυματική εμπειρία, κάνουν τις γυναίκες διστακτικές στη χρήση της μαστογραφίας (Trigoní και συν. 2008). Σε κάποιες περιπτώσεις, οι επαγγελματίες υγείας δεν δείχνουν στις γυναίκες την απαιτούμενη φροντίδα και υποστήριξη κατά την διάρκεια της γυναικολογικής εξέτασης. Έτσι, εκείνες νιώθουν άβολα και είναι απρόθυμες να ακολουθήσουν τις εξετάσεις στο μέλλον (Ferrat και συν. 2013).

Επίσης, η αγωνία για την ύπαρξη ενδείξεων γυναικείου καρκίνου ή η παντελής βεβαιότητα για ανυπαρξία του ανήκουν στους παράγοντες εκείνους που μειώνουν αισθητά τις πιθανότητες για πρόληψη (Calvocoressi και συν. 2004). Οι γυναίκες που έχουν την αντίληψη ότι ο καρκίνος είναι επικίνδυνη ασθένεια και κινδυνεύουν από αυτόν, αν δεν κάνουν τις προληπτικές εξετάσεις, έχουν πιο πολλές πιθανότητες να συμμετέχουν σ' αυτές. Αντίθετα, οι υποχονδριακές αντιλήψεις καθώς και οι φοβίες για την ασθένεια λειτουργούν ανασταλτικά στην πρόληψη, καθώς οι γυναίκες φοβούνται τα αποτελέσματα των συμπτωμάτων τους (Lostao και συν. 2001).

Επίσης, η απουσία σωστής ενημέρωσης είναι ακόμα ένας λόγος που αποθαρρύνει τις γυναίκες. Η έγκαιρη και έγκυρη παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας με τις γυναίκες αυξάνει την σωστή χρήση των προληπτικών εξετάσεων (Kaltsa και συν. 2012). Το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών και η γνώση των θεμάτων σχετικά με την πρόληψη, είναι μεταξύ των παραγόντων που έχουν σημαντικό ρόλο στη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες για τις εξετάσεις πρόληψης (Dimitrakaki και συν. 2009). Εντούτοις,

υπάρχουν γυναίκες που γνωρίζουν τις οδηγίες της πρόληψης επαρκώς, όμως δεν τις ακολουθούν (Trigoni και συν. 2008).

Το κοινωνικό περιβάλλον των γυναικών τις επηρεάζει να διαμορφώσουν κουλτούρα σχετικά με θέματα της πρόληψης. Έχει παρατηρηθεί πως λανθασμένες απόψεις, σχετικά με τον σκοπό και την σημασία της πρόληψης, δημιουργούν εμπόδια. Για παράδειγμα, σύμφωνα με ποιοτική έρευνα των Ogedegbe και συν. (2005) σε τέσσερα κοινοτικά κέντρα για την υγεία στην Νέα Υόρκη, υπάρχουν απόψεις ότι οι εξετάσεις πρόληψης είναι ανώφελες, καθώς στην ουσία δεν βοηθούν στην έγκαιρη αντιμετώπιση του θανάτου από καρκίνο, αν διαγνωστούν με θετική συμπτωματολογία οι γυναίκες. Στην ίδια έρευνα, πεσιμιστικές αντιλήψεις ότι ο καρκίνος είναι σταλμένος από τον θεό, δεν αφήνουν και πολλά περιθώρια στις γυναίκες να ακολουθήσουν προγράμματα πρόληψής του.

Όμως, αν και πολλές γυναίκες στηρίζονται στο συγγενικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, για να λάβουν πληροφορίες για ιατρικά θέματα, έχει διαπιστωθεί ότι η επιρροή τους δεν είναι πάντα θετική. Τα συμπεράσματα των Ogedegbe και συν. (2005) σε αντίστοιχη έρευνά τους στις Η.Π.Α., αναφέρουν ότι οι απόψεις από το ευρύτερο φιλικό και συγγενικό περιβάλλον δίστανται, όσον αφορά την αποτελεσματικότητά τους. Υπάρχουν παραδείγματα, όπου οι γυναίκες αποθαρρυνθήκαν να ακολουθήσουν τη διαδικασία της πρόληψης. Ενώ άλλες ενθαρρυνθήκαν, καθώς τα παραδείγματα των δικών τους ανθρώπων που αρρώστησαν από γυναικολογικό καρκίνο λειτούργησαν θετικά για τις ίδιες. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι προδιαθεσικός παράγοντας για την συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες για τις εξετάσεις πρόληψης (Meissner και συν. 2004, Tolma και συν. 2006).

## **2.8 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες στην πρόληψη :**

Όσον αφορά τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζουν τις συμπεριφορές πρόληψης (Dimitrakaki και συν. 2009, Panagouloroulou και συν. 2010, Simou και συν. 2010). Σύμφωνα με έρευνα των Panagouloroulou και συν. (2010) στην ορεινή Κρήτη, δεν έχει παρατηρηθεί θετική συσχέτιση της ακολουθίας του test pap με κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση ή η απασχόληση. Μια πιθανή εξήγηση είναι το γεγονός, ότι τουλάχιστον μέχρι την στιγμή που έγινε η συγκεκριμένη έρευνα, υπήρχε ελεύθερη πρόσβαση στην

πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για όλο τον πληθυσμό καθώς και πλήρης ασφαλιστική κάλυψη αυτών των εξετάσεων (Panagoulorouλου και συν. 2010).

Όσον αφορά την προσωπική τους ζωή, οι γυναίκες που είναι παντρεμένες σύμφωνα με έρευνα των Dimitrakaki και συν. (2009), έχουν περισσότερες πιθανότητες να ακολουθούν τις εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου από ότι οι ελεύθερες. Το χαμηλό ποσοστό των ανύπανδρων γυναικών στη συμμετοχή στις μαστογραφίες και στα test pap είναι κοινό σε όλες σχεδόν τις σχετικές έρευνες. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι τελευταίες δεν πηγαίνουν συχνά στον γυναικολόγο για θέματα εγκυμοσύνης τους ή για αναπαραγωγικούς λόγους, οπότε έχουν και λιγότερες ευκαιρίες να δέχονται συμβουλευτική για θέματα πρόληψης (Cabeza και συν. 2007).

Η ηλικία είναι επίσης ένας παράγοντας που επηρεάζει την πρόληψη. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες κάνουν λιγότερη χρήση των εξετάσεων πρόληψης του γυναικείου καρκίνου. Οι λόγοι που τις κάνουν διστακτικές σχετίζονται τόσο με ενδογενείς παράγοντες όπως η προσωπική τους αμέλεια ή η έλλειψη συμπτωμάτων, όσο και με εξωγενείς όπως η αδυναμία των ειδικών να τις προσεγγίσουν και να τις ενημερώσουν ( Oliver – Vazquez και συν. 2002).

Οι νεότερες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να γνωρίζουν τα θέματα της πρόληψης (Moudatsou και συν. 2014). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι στην Κρήτη και πιθανόν στην υπόλοιπη Ελλάδα, οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, έχουν χαμηλότερη εκπαίδευση, γεγονός που τις κάνει να έχουν και ανεπαρκή γνώση για θέματα πρόληψης του γυναικείου καρκίνου (Trigoni και συν. 2008). Επιπλέον, οι νεότερες γυναίκες έχουν ενεργή σεξουαλική ζωή, άρα έχουν και περισσότερες πιθανότητες να έχουν αλληλεπίδραση με επαγγελματίες υγείας (Moudatsou και συν. 2014).

Ο ρόλος των επαγγελματιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπως γιατρών (Trigoni και συν. 2008, Magai και συν. 2007) ή κοινωνικών λειτουργών (Lee και συν. 2010, Alterper και συν. 2005), είναι καθοριστικός στην επιτυχία των προγραμμάτων πρόληψης. Η προσωπική επαφή των γυναικών με τους γιατρούς τους έχει μεγάλη σημασία στην απόφασή τους να ακολουθήσουν προληπτικές εξετάσεις, καθώς τους δίνουν οδηγίες, συμβουλές και συστάσεις για θέματα πρόληψης (Trigoni και συν. 2008). Ο καθοριστικός ρόλος των ειδικών έχει υποστηριχτεί από διάφορες έρευνες (Santoral και συν. 2003, Maxwell και συν. 2001, Tolma και συν. 2006). Οι Hartman και

συν. (2009) αναφέρουν ότι η πρόσκληση μέσω προσωπικής επαφής ή τηλεφωνήματος, από ειδικό, αυξάνει τις πιθανότητες ακολουθίας των προληπτικών εξετάσεων.

Σύμφωνα με έρευνα των Ogedegbe και συν. (2005) στις Η.Π.Α., οι επαγγελματίες υγείας ασκούν τη σημαντικότερη παρότρυνση στις εξετάσεις πρόληψης. Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας και των προγραμμάτων πρόληψης είναι σημαντική, καθώς μπορούν να αυξήσουν τόσο την ποσότητα όσο και την ποιότητα της ιατρικής πληροφορίας (Panagouloroulou και συν. 2010). Σύμφωνα με έρευνα, υποστηρίζεται ότι οι επαγγελματίες υγείας, που είχαν την ευκαιρία να ενημερώσουν επαρκώς τις γυναίκες στην περιοχή ευθύνης τους, αύξησαν πολύ τα ποσοστά των γυναικών που γνώριζαν τη σημασία των προγραμμάτων πρόληψης (Moudatsou και συν. 2014).

Παράλληλα, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι προδιαθεσικός παράγοντας για την ορθή ακολουθία των προληπτικών εξετάσεων (Meissner και συν. 2004, Tolma και συν. 2006). Δημιουργεί τις προϋποθέσεις, ώστε οι γυναίκες να έχουν την δυνατότητα πρόσβασης στη γνώση για την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου. Η γνώση έχει διαπιστωθεί ότι παίζει κομβικό ρόλο στην υιοθέτηση συμπεριφορών πρόληψης (Dimitrakaki και συν. 2009, Islam και συν. 2006). Όμως, αν και υπάρχουν πολλές γυναίκες που γνωρίζουν για την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου, δεν συμμορφώνονται με τις αντίστοιχες ιατρικές οδηγίες (Trigoni και συν. 2007). Η εκπαίδευση και η γνώση για θέματα πρόληψης έχουν καλύτερα αποτελέσματα, όταν συνοδεύονται και από παρεμβάσεις σε συμπεριφορές και απόψεις για θέματα υγείας (Ho και συν. 2005).

Οι λόγοι που κάνουν τις γυναίκες να ακολουθούν τις οδηγίες πρόληψης δεν σχετίζονται μόνο με ατομικά τους χαρακτηριστικά, αλλά επηρεάζονται και από το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον που ζουν και αλληλεπιδρούν (Ogedegbe και συν. 2005). Οι γυναίκες έχουν την πρόθεση να ακολουθήσουν τις οδηγίες πρόληψης, όταν άνθρωποι που είναι σημαντικοί για εκείνους τις επηρεάζουν θετικά (Griva και συν. 2009). Η ιδιαίτερη σχέση μητέρας κόρης ωθεί πολλές φορές τις μητέρες να υιοθετήσουν συμπεριφορές πρόληψης (Pasick και συν. 2009).

Η πρόληψη επηρεάζεται άμεσα από το κοινωνικό περιβάλλον των γυναικών (Pasick και συν. 2009). Στοιχεία της προσωπικότητας των ανθρώπων όπως, η πρόθεση (intention), η ικανότητά τους να φέρουν σε πέρας μια πράξη ολοκληρωμένα (self-

efficacy), η πιθανότητα να συμβεί κάποιο πρόβλημα υγείας σε αυτούς (perceived susceptibility), το αντιληπτό όφελος κάποιων συμπεριφορών υγείας (perceived benefit) και τα υποκειμενικά πρότυπα (subjectivity norms) επηρεάζονται από την κουλτούρα και το κοινωνικό κεφάλαιο.

## **2.9 Η αυτο-αναφορά ως μέθοδος μέτρησης των εξετάσεων πρόληψης και η επίδρασή της:**

Η αυτο-αναφερόμενη υγεία είναι ένας εύκολος και ο πιο διαδεδομένος τρόπος, για να διαπιστωθεί η συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες για τις εξετάσεις πρόληψης από τις γυναίκες. Εντούτοις, η αξιοπιστία της μεθόδου είναι σε αμφισβήτηση. Λόγοι κοινωνικοί, δημογραφικοί, γνωστικοί και πολιτισμικοί, μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο που οι γυναίκες επεξεργάζονται τις ερωτήσεις για θέματα πρόληψης, προκειμένου να απαντήσουν (Rauscher και συν. 2004). Όταν δεν υπάρχουν έγκυρες απαντήσεις, δεν ενημερώνονται σωστά οι υπεύθυνοι της οργάνωσης προγραμμάτων πρόληψης σε τοπικό και σε εθνικό δίκτυο, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται κενά στην παροχή των αντίστοιχων υπηρεσιών.

Υπάρχουν αρκετές έρευνες που αναφέρουν ότι συνήθως οι γυναίκες υπερβάλλουν στην αυτο-αναφορά τους, σχετικά με θέματα πρόληψης του γυναικείου καρκίνου (Fiscella και συν. 2004, Raucher και συν. 2004, Newell και συν. 2000). Είναι συχνό φαινόμενο, οι γυναίκες όταν ερωτώνται για θέματα πρόληψης, να μπερδεύονται και να δίνουν λανθασμένες και μη έγκυρες απαντήσεις, επηρεάζοντας έτσι την έγκυρη ενημέρωση των ερευνητών και των επαγγελματιών υγείας. Συχνά, υπάρχει έλλειψη αντίστοιχων επίσημων ιατρικών αρχείων, και έτσι δεν μπορούν να γίνουν συγκρίσεις με τα αυτο-αναφερόμενα αποτελέσματα, προκειμένου να εξακριβωθεί η αντικειμενικότητά τους (Howard et al. 2009).

Γνωστικά θέματα που σχετίζονται με την διαδικασία των προληπτικών εξετάσεων, πολλές φορές οφείλονται για την τάση των γυναικών να υπερβάλλουν όσον αφορά τη χρήση της μαστογραφίας και του test pap (Newell και συν. 2000). Έχει διαπιστωθεί ότι η γνώση βοηθά στην εγκυρότητα των απαντήσεων. Οι γυναίκες που έχουν γνώση για ιατρικά θέματα, όπως ο γυναικείος καρκίνος, έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι ακριβείς, όταν απαντούν αυτο-αναφορικά, σχετικά με τη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων (Pasick et al. 2009). Συνήθως, τα διαγνωστικά τεστ

μοιάζουν μεταξύ τους, οπότε είναι δύσκολο για τις γυναίκες, αν δεν γνωρίζουν ακριβώς, να μπερδευτούν, να μην μπορούν να κάνουν διαχωρισμό και να μην απαντήσουν με ακρίβεια (Vernon et al. 2004).

Οι κοινωνικές και πολιτισμικές διαφορές μεταξύ ερευνητών και ερευνώμενων μπορεί να επηρεάσουν την ακρίβεια των απαντήσεων των δευτέρων σχετικά με θέματα πρόληψης (Pasick et al. 2004). Όταν οι γυναίκες ερωτώνται για ευαίσθητα θέματα, όπως η πρόληψη των εξετάσεων του γυναικείου καρκίνου, συνηθίζουν να δίνουν κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις, προκειμένου να γίνουν αρεστοί στον ερευνητή (Smith και συν. 2007). Επίσης, οι ερωτώμενοι όταν δεν είναι σίγουροι για την απάντησή τους, τείνουν απλά να συμφωνήσουν με τον ερωτώντα, από φόβο μην φανούν ανόητοι μπροστά του, ζητώντας του εξηγήσεις για τις απορίες τους (Fiscella και συν. 2004). Αν οι ερωτώμενοι δεν αντιλαμβάνονται το νόημα της ερώτησης, τείνουν να συμφωνήσουν με τον ερευνητή, παρά να διακινδυνέψουν να δώσουν λάθος απάντηση (Vernon και συν. 2004). Όταν οι γυναίκες δεν έχουν τη γνώση και δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν το υπό διερεύνηση θέμα, τότε αυξάνεται η πιθανότητα της προκατάληψης στις απαντήσεις τους (Trigoni και συν. 2008). Ο τρόπος που διατυπώνονται οι ερωτήσεις για θέματα πρόληψης, επηρεάζει και τις αντίστοιχες απαντήσεις που δίνονται (Fiscella και συν. 2004).

Είναι συχνό φαινόμενο, όταν οι γυναίκες ερωτώνται αναδρομικά, να μην μπορούν να είναι ακριβείς στις απαντήσεις τους (Walker και συν. 2013). Ο τρόπος που ανασύρουν εικόνες και περιστατικά από την μνήμη τους, σχετίζεται τόσο με την γνώση που έχουν για το εκάστοτε θέμα, όσο και με τον τρόπο που γίνεται η διερεύνηση της πληροφορίας (Vernon και συν. 2004).

Έτσι, ο ρόλος του ερευνητή είναι κομβικός, καθώς πρέπει να αναγνωρίζει, αν οι γυναίκες είναι σε θέση να κατανοήσουν την ερώτηση σχετικά με τα θέματα πρόληψης ή χρειάζονται την βοήθειά του, για να αποσαφηνίσουν τυχόν απορίες (Wampold, 2007). Μέσω της ενσυναίσθησης, ο ερευνητής αποκτά επαγγελματική σχέση εμπιστοσύνης και αποδοχής, που του επιτρέπει να επικοινωνεί λεκτικά και μη λεκτικά με τις ερωτώμενες και να κατανοεί σε βάθος τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις αγωνίες τους (Wickman & Campbell, 2003).

Ο ερευνητής θα πρέπει να είναι ευαίσθητος σε πολιτισμικά, γνωστικά και κοινωνικά θέματα που σχετίζονται με την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου,



προκειμένου να περιορίσει την προκατάληψη των απαντήσεων των ερευνώμενων (Wampold, 2007). Ο κοινωνικός λειτουργός, ως ερευνητής μπορεί, λόγω της επαγγελματικής του εκπαίδευσης στην ενσυναίσθηση, να κάνει τις γυναίκες να αισθανθούν άνετα κατά την διάρκεια της έρευνας για την αυτο-αναφερόμενη γυναικολογική τους υγεία. Έτσι, εκείνες θα αισθανθούν ασφαλείς για να κάνουν ερωτήσεις και να ζητήσουν διευκρινήσεις (Wickman & Campbell, 2003).

## **Κεφάλαιο 3 Μέθοδοι αξιολόγησης της υγείας των γυναικών**

### **3.1. Η αυτο-αναφορά ως εργαλείο μέτρησης της υγείας των γυναικών:**

Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, η αυτο-αναφερόμενη υγεία είναι μια παγκόσμια μέτρηση της ποιότητας ζωής και ένας προγνωστικός παράγοντας της νοσηρότητας και της θνητότητας ενός πληθυσμού (Morgan & Eastwood, 2014). Βασίζεται στην υποκειμενική πεποίθηση του ατόμου για την υγεία του και όχι σε αντικειμενικές μετρήσεις όπως διαγνωσμένες ασθένειες, δείκτες βιωσιμότητας και λειτουργικές ικανότητες (Schnittker & Bacak, 2014). Η μέτρηση της αυτο-αναφερόμενης υγείας βαθμολογείται σε κλίμακα Likert, αποτελούμενη από πέντε ενδείξεις: άριστη, πολύ καλή, καλή, μέτρια και κακή υγεία (Layes και συν. 2012). Θεωρείται ισχυρός προγνωστικός παράγοντας της κλινικής εκτίμησης και της θνησιμότητας ενός ατόμου (Fayers & Sprangers, 2002).

Η διαδικασία μέσω της οποίας οι ερωτώμενοι κρίνουν την υποκειμενική τους υγεία, εξαρτάται από τις διαφορετικές διαστάσεις της υγείας και τον τρόπο που την επηρεάζουν τα ατομικά χαρακτηριστικά τους (Baron – Erel και συν. 2005). Η εγκυρότητα της ιατρικής πληροφορίας εξαρτάται από τον τρόπο που γίνεται η ερμηνεία της. Έτσι, για παράδειγμα, μπορούν να ερμηνευτούν μη ιατρικά θέματα, στο ιατρικό πλαίσιο, εξαιτίας της παρερμηνείας της υπάρχουσας ιατρικής γνώσης (Clarke και συν. 2003).

Η αυτο-αναφερόμενη υγεία, εννοιολογικά αποτελείται από τη λανθάνουσα υγεία (latent health) και την αναφερόμενη συμπεριφορά. Η λανθάνουσα υγεία ενός ανθρώπου, αποτελείται από το επίπεδο λειτουργικότητάς του, τις βλάβες και τις κοινωνικές ευκαιρίες που έχει, τα οποία επηρεάζονται από ασθένειες, επεμβάσεις, θεραπείες και την υφιστάμενη κοινωνική πολιτική και πολιτική υγείας. Ωστόσο, η αναφερόμενη συμπεριφορά μοιάζει με ένα φίλτρο, μέσα από το οποίο περνά η λανθάνουσα υγεία, κάθε φορά που κάποιος πρέπει να μιλήσει για την υγεία του (Layes

και συν. 2012). Μπορεί να επηρεαστεί από κοινωνικοοικονομικούς, πολιτισμικούς και δημογραφικούς παράγοντες (Layes και συν. 2012).

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, και ο αριθμός των παιδιών επηρεάζουν την αυτο-αναφερόμενη υγεία (Morgan & Eastwood, 2014). Η κλίμακα της αυτο-αναφερόμενης υγείας ελαττώνεται με την ηλικία, καθώς οι μεγαλύτεροι άνθρωποι προσαρμόζονται σε ηπιότερες αξιολογήσεις για την υγεία τους (Doorslaer & Gerdtham, 2003). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι ηλικιωμένοι, λόγω της επιβάρυνσης από χρόνια νοσήματα και από αρνητικές συμπεριφορές υγείας, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν κακή υγεία (Wen και συν. 2003).

Η οικονομική δυσπραγία σχετίζεται με την αυτο-αναφερόμενη υγεία, μέσα από την πρόσβαση σε παροχές και δύναμη. Οι οικονομικές δυσκολίες έχουν επίδραση στη θνησιμότητα και ειδικά στις μεγαλύτερες ηλικίες (Wilkinson & Pickett, 2006). Οι οικονομικές δυσκολίες που πηγάζουν από τη διάκριση στις κοινωνικές τάξεις και τη χαμηλή κοινωνική ταξινόμηση, επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων. Αυξάνουν το χρόνιο άγχος και μειώνουν τον έλεγχο που ασκούν οι άνθρωποι στις ζωές τους και στη δουλειά τους (Marmot, 2004). Επιπλέον, η χαμηλή κοινωνική θέση ωθεί τους ανθρώπους να νιώθουν αισθήματα μειονεξίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, κατωτερότητας και απαισιοδοξίας (Wilkinson, 2004).

Η γονεϊκότητα είναι ένας λόγος που μπορεί να χειροτερέψει την υγεία των ανθρώπων. Η διαφορά μεταξύ καλής και κακής αυτο-αναφερόμενης υγείας αυξάνεται, όσο αυξάνει ο αριθμός των παιδιών. Συνήθως, οι άνθρωποι με παιδιά αναφέρουν χειρότερη υγεία σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν. Πιθανοί λόγοι είναι η σωματική εξουθένωση και η ψυχολογική ταλαιπωρία που συνεπάγεται ο ρόλος του γονέα. Επίσης, η φροντίδα των παιδιών απαιτεί χρόνο, ενέργεια, προσήλωση και πολλή προσοχή (Groot, 2000).

Η εκπαίδευση σχετίζεται θετικά με την αυτο-αναφερόμενη υγεία (Snelgrove και συν. 2009). Οι πολίτες, μέσα από την εκπαίδευση, μπορούν να έχουν καλύτερη ενημέρωση για ιατρικά θέματα, και έτσι να αξιολογούν πιο αντικειμενικά την υποκειμενική τους υγεία (Schnittker & Bacak, 2014). Η γνώση αυξάνει το ενδιαφέρον των ανθρώπων για την υγεία τους, την αντίληψη για την υγεία τους και τις προσδοκίες τους για την ιδεατή υγεία (Han και συν. 2012). Οι άνθρωποι που έρχονται σε επαφή με επαγγελματίες υγείας, σημαίνει ότι είναι σε επαφή με το σύστημα υγείας, άρα, έχουν

και περισσότερες πιθανότητες να δίνουν πιο αντικειμενικές απαντήσεις για την κατάσταση της υγείας τους (Cassels, 2012, Idler και συν. 2004, Bailis και συν. 2003).

Η αξιολόγηση των γυναικών για την υγεία τους στηρίζεται σε μια σειρά από συμπεριφορές υγείας (Benyamini και συν. 2000a). Αλλαγές στην αυτο-αναφερόμενη υγεία σχετίζονται με την υιοθέτηση και τη διαχείριση διαφορετικών συμπεριφορών υγείας. Σύμφωνα με την αυθόρμητη αξιολόγηση (spontaneous assessment), όταν οι άνθρωποι αλλάξουν μια καθημερινή συμπεριφορά τους όπως το κάπνισμα ή τη φυσική δραστηριότητα τους, τότε αξιολογούν την υγεία τους λαμβάνοντας υπόψιν τους όχι μόνο την δραστηριότητα που υιοθέτησαν αλλά και τις προθέσεις και τις ερμηνείες που οι ίδιοι της προσδίδουν (Bailis και συν. 2003).

Η υιοθέτηση συμπεριφορών πρόληψης συσχετίζεται θετικά με την υποκειμενική υγεία. Συνήθως, οι νεαρότεροι αντιλαμβάνονται τις συμπεριφορές υγείας και τη φυσική άσκηση σαν μέσο για να αξιολογήσουν θετικά την υγεία τους, ενώ οι άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες και λειτουργικούς περιορισμούς έχουν πιο αυξημένες πιθανότητες να αξιολογήσουν αρνητικά την υγεία τους (Miilunpalo και συν. 2009). Σε μελέτη, που εξετάζει τη σύνδεση ανάμεσα στην αυτο-αναφερόμενη ψυχική υγεία και την χρήση της, στο Κεντάκι των ΗΠΑ, υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες που ανέφεραν κακή ψυχική υγεία δεν έκαναν τις εξετάσεις πρόληψης του καρκίνου του στήθους. Το ίδιο συνέβαινε και για τις γυναίκες που ανέφεραν συμπτώματα κατάθλιψης και αυξημένο άγχος (Masterson και συν. 2010).

Η αυτο-αναφερόμενη υγεία είναι ισχυρός προδιαθεσικός παράγοντας για θνησιμότητα. Είναι σημαντικός στατιστικός παράγοντας του θανάτου, γιατί δείχνει μια ευρύτερη εικόνα της κατάστασης του σώματος και του ανθρώπινου οργανισμού (Miilunpalo και συν. 2009, Meurer και συν. 2001). Επιπλέον, δείχνει τη γενικότερη κατάσταση της υγείας ενός ατόμου, την ποιότητα ζωής του και την ικανοποίησή του από την παροχή ιατρικών υπηρεσιών (Molarius & Janson, 2002). Η φτωχή αυτο-αναφερόμενη υγεία έχει συσχετιστεί με πολλές χρόνιες ασθένειες όπως η κατάθλιψη, οι μυοσκελετικοί πόνοι, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και ο καρκίνος (Sprangers και συν. 2000, Molarius & Janson, 2002).

Το ποσοστό της κακής αυτο-αναφερόμενης υγείας που συνδέεται με τις χρόνιες ασθένειες είναι μεγαλύτερο στους μεσήλικες (Molarius & Janson, 2002). Η υποκειμενική υγεία μπορεί να επηρεάσει τη θνησιμότητα μόνο σε άτομα που έχουν

επίγνωση της διάγνωσης τους (Miilunpalo και συν. 2009). Η συσχέτιση της αυτοαναφερόμενης υγείας και των χρόνιων ασθενειών εξαρτάται από τις μεταβλητές από τις οποίες εξετάζεται (Molarious & Janson, 2002) και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και νοσηρότητα του ατόμου (Meurer και συν. 2001).

Οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν την υποκειμενική υγεία, γιατί μέσα από την εκάστοτε κουλτούρα υγείας, οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται διαφορετικά τις έννοιες υγεία και ασθένεια, και έχουν διαφορετικά στάνταρ αυτοεκτίμησης και αξιολόγησης της υποκειμενικής τους υγείας (Shmueli, 2003).

Η κουλτούρα είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την ερμηνεία της υγείας. Οι αξίες και οι πεποιθήσεις που απορρέουν από τον κοινωνικό περίγυρο των ανθρώπων μπορούν να εξηγήσουν τον τρόπο που οι ίδιοι ερμηνεύουν τα αντικειμενικά δεδομένα της υγείας τους (Baron – Epel και συν. 2005). Γενικά, η αίσθηση της κόπωσης, του πόνου και της δυσκολίας μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που αξιολογείται και παρουσιάζεται η υποκειμενική υγεία και η ασθένεια. Η κόπωση μπορεί να θεωρηθεί και ως ασθένεια στους διάφορους πολιτισμούς (Kaplan & Baron Epel 2003).

Για παράδειγμα, σε μια συντηρητική κοινωνία, δεν είναι αποδεκτό να εκφράζεται ότι κάποιος ασθενεί. Σε αυτές τις περιπτώσεις, μια θετική αξιολόγηση της υγείας μπορεί να γίνεται, για να μην μάθει ο κοινωνικός περίγυρος το υπάρχον πρόβλημα (Baron – Epel και συν. 2005). Επίσης, για τις ηλικιωμένες γυναίκες είναι κοινωνικά αποδεκτό να μπορούν να παραπονεθούν για θέματα κακής υγείας τους, σε αντίθεση με τις νεότερες, που πρέπει να κρατήσουν τη θέση τους στην κοινωνία και να μη θίγουν ιατρικά τους προβλήματα (Benyamini και συν. 2000b) .

Το κοινωνικό κεφάλαιο ευνοεί τη διασπορά της ιατρικής πληροφορίας και έτσι αυξάνει το ποσοστό του πληθυσμού που θα υιοθετήσει συμπεριφορές πρόληψης. Άρα, έτσι αναμένεται ότι θα βελτιωθεί και η αντίληψη του κόσμου για την κατάσταση της υγείας του (Kawachi κ. 2007). Συμπληρωματικά, το κοινωνικό κεφάλαιο μέσω των συνιστωσών του, κοινωνικά δίκτυα και κοινωνική συμμετοχή, συνδέεται θετικά με την υποκειμενική υγεία (Han και συν. 2012). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι τα κοινωνικά δίκτυα μειώνουν τον πόνο και τη μοναξιά των ανθρώπων, βελτιώνοντας έτσι την υγεία τους (Han και συν. 2012). Επίσης, η συμμετοχή σε κοινωνικές οργανώσεις επιτρέπει τη δημιουργία περισσότερου κοινωνικού ελέγχου σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την κακή υγεία, όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ (Habibov & Afandi, 2011).

Καταλήγουμε ότι η αυτο-αναφερόμενη υγεία είναι μια πολύπλοκη έννοια, η οποία σχετίζεται από τον τρόπο που ερμηνεύει το αντικειμενικό επίπεδο της υγείας των ανθρώπων, στο εκάστοτε κοινωνικό πλαίσιο που αυτό διαμορφώνεται. Οι αντικειμενικές μετρήσεις για τη φυσική λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής καθώς και η ακολουθία των εξετάσεων πρόληψης, όπως η μαστογραφία και το test pap, είναι κοινωνικά προσδιοριζόμενα και μετρήσιμα. Οπότε, η υποκειμενική υγεία προσδιορίζεται με διαφορετικό τρόπο σε διαφορετικά κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια.

### **3.2 Ποιοτική έρευνα στην υγεία:**

Η ποιοτική έρευνα είναι μορφή έρευνας που κατά κόρον έχει χρησιμοποιηθεί στις κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες. Την τελευταία δεκαετία έχει υπάρξει ένα ενδιαφέρον για τη χρήση της ποιοτικής έρευνας στην υγεία (Dongive και συν. 2009). Η αναγκαιότητα για συμμετοχικές διαδικασίες στον τομέα της υγείας, τόσο σε θεσμικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη νέων μορφών έρευνας, που θα έρθουν να καλύψουν τις νέες συνθήκες και δεδομένα που διαμορφώνονται (Meyrick, 2006).

Η ποιοτική έρευνα ξεκίνησε από την Μεγάλη Βρετανία σαν ένας τρόπος εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας, σύμφωνα με το Secretary of State of Health (1997), και συνεχίζεται με έντονο ενδιαφέρον για τη συμμετοχή και εμπλοκή του πολίτη στα θέματα υγείας του, ιδίως των πολιτών που ζουν σε συνθήκες περιθωριοποίησης και υποβάθμισης (Department for Communities and Local Government, 2006). Η ανάγκη αυτή, σε συνδυασμό με το κοινωνικό μοντέλο της υγείας που την εξετάζει πλέον κάτω από ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών, οικονομικών και πολιτισμικών προσδιοριστών της, επιβάλλει τη συνεισφορά και άλλων επιστημών όπως της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας και της δημόσιας υγείας καθώς και των ερευνών που αυτές χρησιμοποιούν (Marmott & Wilkinson, 2001).

Οι ερευνητές επιλέγουν μεθοδολογία έρευνας σε συνάρτηση με το ερευνητικό ερώτημα που θέλουν να αποσαφηνίσουν και σε σχέση κάθε φορά με το υπό διερεύνηση αντικείμενο (Creswell, 2007). Στον τομέα της υγείας, κυρίως, χρησιμοποιούνται οι παραδοσιακές επιδημιολογικές μέθοδοι (ποσοτική έρευνα), οι οποίες συνήθως μελετούν τη διασπορά και τους προσδιοριστές των γεγονότων που σχετίζονται με την υγεία και

δίνουν πληροφορίες για τη διασπορά συγκεκριμένων ασθενειών (Μουδάτσου και συν. 2010).

Πολλά προβλήματα στο χώρο της υγείας έχει διαπιστωθεί ότι οφείλονται στο πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο που ζουν οι άνθρωποι. Ο διαφορετικός τρόπος που τα ερμηνεύουν έχει επιπτώσεις στην υγεία τους και στον τρόπο που διαμορφώνονται οι απόψεις τους για τις αποφάσεις υγείας τους (Ulin και συν. 2005).

Οι ποιοτικές έρευνες κυρίως έχουν χρησιμοποιηθεί από κοινωνικούς επιστήμονες σε τομείς όπως η κοινωνιολογία, η εκπαίδευση, η ψυχολογία, η ιστορία, η ανθρωπολογία και οι σπουδές στον πολιτισμό (Pope & Mays, 2000). Η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην κατανόηση των κοινωνικών φαινομένων με έμφαση στην ερμηνεία, τις εμπειρίες και τις γνώμες των ίδιων των άμεσα συμμετεχόντων (Al-Busaidi, 2008). Βοηθά στην κατανόηση της εξελικτικής και διαχρονικής πορείας της ατομικής και κοινωνικής ζωής, σε σχέση με το παρελθόν, παρόν και μέλλον (Καλλινικάκη, 2010). Η ποιοτική έρευνα επικεντρώνεται στον εντοπισμό, στην περιγραφή και στην ερμηνεία των φαινομένων. Οι ποιοτικές μεταβλητές περιγράφονται σε σχέση με το είδος ενός φαινομένου και όχι σε σχέση με την ποσότητά του (Καλλινικάκη, 2010).

Η ποιοτική έρευνα χρησιμοποιεί την επαγωγική λογική (inductive), έναντι της αφαιρετικής (deductive), η οποία επιτρέπει την ανάδυση ιδεών κατά την διάρκεια της ανάλυσης των δεδομένων. Ασχολείται με μικρά δείγματα πληθυσμού, καθώς στοχεύει την εις βάθος λεπτομερή νοηματοδότηση και όχι την γενίκευση. Κυρίως όμως αποτιμά τα κοινωνικά φαινόμενα στο φυσικό τους περιβάλλον με εστίαση στην προσωπική ερμηνεία των ανθρώπων για τις δράσεις τους (Payne & Payne, 2004). Στην ουσία οι ερευνητές με την ποιοτική έρευνα ακούν τι λένε οι άνθρωποι για τις ζωές τους με τα δικά τους λόγια (Ulin και συν. 2005).

Το θεωρητικό πλαίσιο που στηρίζονται οι ποιοτικές έρευνες πηγάζει από την ιδέα ότι ο κόσμος κατασκευάζεται, ερμηνεύεται και βιώνεται σαν εμπειρία διαφορετικά για τον κάθε άνθρωπο και πάντα σε αλληλεπίδραση με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον που ζει κάποιος και διαμορφώνεται. Δεν περιορίζεται στην αντικειμενική πραγματικότητα αλλά και στην υποκειμενική ερμηνεία των ανθρώπων για αυτά (Ulin και συν. 2005). Οι ερευνητές συγκεντρώνουν πληροφορίες για όσα είδαν ή άκουσαν, τις δραστηριότητες και τα γεγονότα που έγιναν στο πεδίο της έρευνας με απώτερο στόχο,

να γνωρίσουν τη συγκεκριμένη κοινότητα και να γενικεύσουν τη γνώση τους για τον κοινωνικό κόσμο (Dongive και συν. 2009).

### **3.3 Χρησιμότητα ποιοτικής έρευνας στην υγεία :**

Στα θετικά της ποιοτικής έρευνας στον τομέα της υγείας, συγκαταλέγεται η αμεσότητα της πληροφορίας, καθώς προσφέρει τις προσωπικές εμπειρίες και περιγραφές των ανθρώπων για τα γεγονότα και τα φαινόμενα. Ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ατομικές περιπτώσεις, συνθήκες και ανάγκες των ανθρώπων, χωρίς να προβαίνει σε γενικεύσεις (Everest, 2014). Οι ποσοτικές έρευνες έρχονται να απαντήσουν σε θέματα που σχετίζονται με τη γενίκευση των φαινομένων και τον έλεγχο συγκεκριμένων μεταβλητών. Οι ποιοτικές προσφέρουν ένα συμπληρωματικό σύνολο από ερευνητικές προσεγγίσεις, που μπορούν να δώσουν φρέσκιες απόψεις για την υγεία και την ασθένεια (Yardley, 2007). Επικεντρώνονται στη διερεύνηση των αλληλένδετων πλευρών των φαινομένων, λαμβάνοντας πάντα υπόψιν τους τις εμπειρίες και τις συνθήκες της ομάδας πληθυσμού που εξετάζεται από τους συμμετέχοντες της έρευνας (Yardley, 2007).

Ένα από τα πλεονεκτήματα της ποιοτικής έρευνας είναι ότι συνεισφέρει στη γνώση για τις πραγματικές ανάγκες των χρηστών όσο και των ατόμων που σχεδιάζουν και παρέχουν υπηρεσίες υγείας, όπως είναι οι εργαζόμενοι και τα στελέχη κοινωνικής πολιτικής και υπηρεσιών υγείας, (Pore και συν. 2002). Η ποιοτική έρευνα είναι χρήσιμη στο να εντοπιστούν οι πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, δίνεται η αντίστοιχη ανατροφοδότηση στα άτομα που σχεδιάζουν υπηρεσίες υγείας, βοηθώντας τα να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Για παράδειγμα, σε έρευνα, με τη χρήση των ομάδων εστίασης στη Μ. Βρετανία, με γυναίκες από εθνικές μειονότητες, διαπιστώθηκαν οι γλωσσικοί και διοικητικοί περιορισμοί που τις εμποδίζουν να κάνουν χρήση των εξετάσεων πρόληψης του γυναικείου καρκίνου (Paremans και συν. 2000).

Επίσης, η ποιοτική έρευνα είναι ένας τρόπος να διαπιστωθούν οι παράγοντες που χρειάζονται βελτίωση ή αλλαγή. Ανακαλύπτοντας τα αίτια που «κρύβονται» πίσω από την κάθε συμπεριφορά, η ποιοτική έρευνα μπορεί να βοηθήσει να διαπιστωθούν τυχόν εμπόδια και να γίνουν οι επιθυμητές αλλαγές σε υπηρεσίες και δομές υγείας.



Αυτό είναι πιο πιθανό να γίνει, όταν χρησιμοποιούνται και τα αντίστοιχα ερευνητικά εργαλεία που μπορούν να ενδυναμώσουν μια τέτοια προοπτική (Pore και συν. 2002).

Η πολυπλοκότητα στην οργάνωση και στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας είναι ένα θέμα που βάζει πολλά ερωτηματικά στην διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχουν. Οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας προσφέρουν στους υπεύθυνους των οργανισμών αυτών την ευκαιρία να εκτιμήσουν και να αξιολογήσουν τις νέες δράσεις που τυχόν δοκιμάζουν ή τις όποιες αλλαγές τολμούν στο υπάρχον σύστημα υγείας (Plek, 2001). Η αξιολόγηση στην υγεία επιτρέπει την εμβάθυνση σε θέματα που σχετίζονται με το σχεδιασμό πολιτικής καθώς και τη διαπίστωση πετυχημένων παρεμβάσεων (Pore και συν. 2002).

Οι γνώμες των χρηστών των δομών υγείας και των ασθενών είναι δύσκολο να εκφραστούν, όταν έχουμε ανθρώπους χωρίς ουσιαστική δύναμη και δυνατότητες έκφρασης (Moudatsou και συν. 2010). Οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας όμως, λόγω της ευελιξίας και της αμεσότητας που χρησιμοποιούν, δίνουν τη δυνατότητα στον ερευνητή, όταν είναι καλά εκπαιδευμένος, να ενδυναμώσει τους ερευνώμενους να ξεπεράσουν τυχόν εμπόδια ή δυσκολίες και να εκφράσουν ελεύθερα τη γνώμη τους (Van Wersch & Eccles, 2001). Η ποιοτική έρευνα έχει χαρακτηριστεί ως ένας εναλλακτικός τρόπος για να παρουσιάζουν οι άνθρωποι τη δική τους οπτική για τη γνώση ενός θέματος. Ο λόγος είναι ότι τους επιτρέπει να εμβαθύνουν και να νοηματοδοτήσουν τις εμπειρίες ζωής τους με ένα τρόπο μοναδικό για τον καθένα (Whitmore και συν. 2001).

Ο ρόλος του ερευνητή είναι κομβικός στην ποιοτική έρευνα, καθώς μέσα από την ενσυναίσθηση (empathy) επικοινωνεί λεκτικά ή μη και μπορεί να κατανοήσει τους ερευνώμενους (Wickman & Campbell, 2003). Η ποιότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ τους μπορεί να επηρεάσει το αποτέλεσμα της έρευνας. Μια συμπεριφορά που βασίζεται στην ενσυναίσθηση περιλαμβάνει γνώση και προσωπική ικανότητα του ερευνητή να επηρεάζει τους ανθρώπους, να νιώθουν άνεση, αποδοχή και σεβασμό, για να μπορούν με τη σειρά τους να ανταποκρίνονται στην ερευνητική διαδικασία (Morrison, 2006).

Ο ερευνητής πρέπει να έχει την ικανότητα να αντιλαμβάνεται, αν έχει γίνει κατανοητός και σαφής και κυρίως να δρα με τρόπο αντικειμενικό και ουδέτερο που δεν επιτρέπει ούτε ενθαρρύνει κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις. Να αναγνωρίζει τις

απόψεις, τις γνώμες και την οπτική των ερωτώμενων στα γεγονότα, στις σχέσεις και στις καταστάσεις που παρουσιάζουν (Coplan και συν. 2003). Να μπορεί να αντιλαμβάνεται τυχόν παρανοήσεις τους και να τους βοηθά να τις διορθώνουν χωρίς να παρεμβαίνει και να επιδιώκει να επηρεάσει τα αποτελέσματα της έρευνας, εξασφαλίζοντας έτσι εγκυρότητα και αμεροληψία στα δεδομένα του (Ames & Kammrath, 2004).

### **3.4 Κριτική στην ποιοτική έρευνα:**

Η ποιοτική έρευνα έχει δεχτεί αρκετή κριτική. Ο τρόπος που γίνεται η συλλογή των δεδομένων δημιουργεί ερωτηματικά για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της (Patton, 2002). Συχνά, ασκείται κριτική για προκατάληψη εκ μέρους του ερευνητή στην επιλογή των συμμετεχόντων στην έρευνα και ως εκ τούτου για έλλειψη αντιπροσωπευτικότητας των ερευνημένων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό που αναφέρεται η έρευνα (Μουδάτσου και συν. 2010).

Παράλληλα, η επεξεργασία και η ανάλυση της πληροφορίας, στην ποιοτική έρευνα, επαφίεται στην προσωπική εκτίμηση, άποψη και κρίση του ερευνητή, γεγονός που εγείρει πολλά ερωτηματικά για την αντικειμενικότητά της (Everest, 2014). Οι ισχυρισμοί σχετικά με τα ηθικά θέματα που προκύπτουν από τη φυσική επαφή και επικοινωνία ανάμεσα σε ερευνητές και ερευνώμενους δημιουργούν ζητήματα αμφισβήτησης (Myers & Barnes, 2005). Ο μεγάλος όγκος πληροφορίας είναι ένα θέμα αρνητικής κριτικής, καθώς δυσκολεύει την ανάλυση των αποτελεσμάτων και δημιουργεί μεγάλη χρονική καθυστέρηση (Everest, 2014).

Εντούτοις, η υποκειμενικότητα στις κρίσεις των ερευνητών είναι ένα πρόβλημα που υπάρχει εξίσου και στην ποσοτική έρευνα, καθώς η επιλογή των τεχνικών που ερμηνεύουν και αναλύουν τα ερευνητικά δεδομένα είναι απόφαση του ερευνητή (Pansiri, 2005). Επιπλέον, η μεγάλη ποσότητα πληροφοριών στην ουσία μπορεί να λειτουργήσει και θετικά. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι μια τέτοιου είδους έρευνα είναι πιο ενημερωτική, πλούσια και προσφέρει μια βαθιά κατανόηση των προβλημάτων, καθώς επιτρέπει να ακουστεί η φωνή των άμεσα εμπλεκόμενων (Shank & Villella, 2004).

Αρκετά είναι όμως και τα διλήμματα που προκύπτουν σε σχέση με τη διασφάλιση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας στις ποιοτικές έρευνες. Συχνά, οι

ερευνητές χρησιμοποιούν κριτήρια ποσοτικής έρευνας, για να ερμηνεύσουν και να υποστηρίξουν τα ερευνητικά τους δεδομένα δίχως να αντιλαμβάνονται ότι αυτό δεν συνάδει με τον σκοπό και τη φιλοσοφία αυτού του είδους της έρευνας (Meyrick, 2006). Ένα άλλο θέμα που προκύπτει στην ποιοτική έρευνα είναι η προκατάληψη εκ μέρους του ερευνητή. Ο ερευνητής χρειάζεται εκπαίδευση και ενσυναίσθηση, έτσι ώστε να μην εμπλέκεται συναισθηματικά στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση της έρευνας καθώς και στην ανάλυση και στην παρουσίαση των δεδομένων του (Wallerstein & Duran, 2006)

Ένας από τους κύριους λόγους που χρησιμοποιείται η ποιοτική έρευνα από τους ερευνητές, είναι η άποψή τους ότι οι γνώσεις μας και οι εμπειρίες για τον κόσμο δεν συνιστούν μια αντικειμενική εκτίμηση μιας εξωτερικής πραγματικότητας, αλλά προφανώς σχηματίζεται από τις πολιτισμικές και υποκειμενικές προοπτικές μας και από τις συζητήσεις και τις δράσεις μας. Έτσι, έννοιες όπως η αλήθεια και η πραγματικότητα δημιουργούνται και κατασκευάζονται από τη διαπραγμάτευση του νοήματος τόσο στην καθημερινότητα όσο και στην ακαδημαϊκή και ερευνητική προσπάθεια. Οπότε, δεν υπάρχουν σταθερά κριτήρια, για να διασφαλίσουν την έννοια της γνώσης και της αλήθειας (Yardley, 2007).

Η ποιοτική έρευνα θα πρέπει να δίνει ακριβείς πληροφορίες για τον τρόπο συλλογής των πληροφοριών της, να περιγράφει το πλαίσιο έρευνας και τις τυχόν αλλαγές που υπάρχουν κατά την διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και την ανάλυση των αποτελεσμάτων και τους τρόπους που οι ερευνώμενοι καταλήγουν στα συμπεράσματά τους. Αυτό δημιουργεί τις προϋποθέσεις που μπορούν να εξασφαλίσουν εγκυρότητα και αξιοπιστία στα δεδομένα τους (Meyrick, 2006).

### **3.5. Εργαλεία ποιοτικής έρευνας:**

Τα εργαλεία που χρησιμοποιεί η ποιοτική έρευνα στη συλλογή των δεδομένων της περιλαμβάνουν τη συνέντευξη, την παρατήρηση, και την ανάλυση ντοκουμέντων καθώς και τις ομάδες εστίασης (Al-Busaidi, 2008). Η πιο διαδεδομένη τεχνική στον τομέα της υγείας θεωρείται η συνέντευξη, η οποία διακρίνεται σε δομημένη, ημιδομημένη και σε ερωτήσεις βάθους. Η δομημένη συνέντευξη περιλαμβάνει ένα άρτια οργανωμένο ερωτηματολόγιο, όπου ο ερευνητής επιδιώκει να πάρει απαντήσεις, μέσα από μια προκαθορισμένη λίστα (Pop & Mays, 2000) .

Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις χρησιμοποιούν ανοιχτές ερωτήσεις και στοχεύουν στη διερεύνηση των εμπειριών και των αντιλήψεων των ανθρώπων για την υγεία. Οι συνεντεύξεις σε βάθος δίνουν την ευκαιρία στον ερευνητή να διερευνήσει τις εμπειρίες, τις απόψεις, τα συναισθήματα και τις σκέψεις για θέματα ιατρικής φροντίδας. Προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι ερευνώμενοι θα μοιραστούν τη δική τους άποψη και όχι την κοινά αποδεκτή, χρειάζονται εξειδικευμένοι και καταρτισμένοι ερευνητές με εμπειρία και γνώση για τη διεξαγωγή της έρευνας (Pope και συν. 2002).

Η οργανωμένη παρατήρηση στον φυσικό χώρο των ερευνώμενων στοχεύει στο να ξεδιπλώσει τη συμπεριφορά που έχουν οι άνθρωποι στην καθημερινή τους αλληλεπίδραση. Στην ιατρική έρευνα, η συνέντευξη είναι ιδιαίτερα χρήσιμη τεχνική για την μελέτη των κέντρων ιατρικής φροντίδας και τη λειτουργίας τους (Allen και συν. 2001). Η συστηματική παρατήρηση ενός οργανωμένου πλαισίου και των αλληλεπιδράσεων και των συμπεριφορών που συμβαίνουν σε αυτό, επιτρέπουν στον ερευνητή να ανακαλύψει σφαιρικά την καθημερινότητα των ανθρώπων, σε αντίθεση με όσα παρέχει το στενό πλαίσιο μιας συνέντευξης. Τέτοιου είδους μέθοδοι μπορεί να είναι χρήσιμες, για να μελετηθούν θέματα που σχετίζονται με την οργάνωση, την διαχείριση και την αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας και των υπηρεσιών υγείας (Murphy, 2001).

Η αφήγηση, επίσης, είναι μια προσέγγιση βασισμένη στην οπτική των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, όπου δίνουν τη δική τους οπτική για τις εμπειρίες που έχουν βιώσει στον ιατρικό χώρο. Έτσι, δημιουργείται το πλαίσιο όπου οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα και τις ενδείξεις ασθενειών και τον τρόπο που οι αποφάσεις για θέματα υγείας καθορίζονται (Pope και συν. 2002). Η αφήγηση είναι ένα είδος μη δομημένης συνέντευξης, στην οποία ο ερωτώμενος καλείται να αφηγηθεί την ιστορία της ζωής του, ανακαλώντας στη μνήμη του προσωπικές εμπειρίες, βιώματα, γεγονότα στα οποία ο ίδιος είχε προσωπική ανάμειξη (Robson, 2007). Ο αφηγητής ανασυνθέτει την σκηνή, τη λογική της δράσης και πολλές φορές τα συναισθήματα του δράντος ή των συμμετεχόντων υποκειμένων. Διαφέρει από την περιγραφή, καθώς στην περίπτωση αυτή τα γεγονότα παρουσιάζονται από μια απόσταση, αποστερημένα από την βιωματική και συναισθηματική τους επένδυση (Καλλινικάκη, 2010).

Επιπλέον, οι ομάδες εστίασης είναι μια τεχνική ποιοτικής έρευνας η οποία περιλαμβάνει συνεντεύξεις σε βάθος μιας ομάδας ανθρώπων (6-8 ατόμων) που έχουν

κοινά χαρακτηριστικά και έχουν κληθεί να μοιραστούν πληροφορίες, εμπειρίες, σκέψεις και συναισθήματα για το ερευνώμενο θέμα (Krueger & Casey, 2000). Οι ομάδες εστίασης έχουν το πλεονέκτημα της αλληλεπίδρασης των ερευνώμενων μέσα από την ομαδική δραστηριότητα, καθώς τους δίνει την δυνατότητα να εκφέρουν και να υποστηρίζουν δημόσια τις απόψεις τους και όχι ιδιωτικά όπως στις συνεντεύξεις (AL Busaidi, 2008). Έτσι εκδηλώνονται ερωτήσεις, διαφωνίες κοινές ή διαφορετικές απόψεις και εμπειρίες.

Οι ομάδες εστίασης είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στην ιατρική έρευνα, καθώς δίνουν πληροφορίες για τις γνώμες και τις ανάγκες των χρηστών και των επαγγελματιών υγείας. Μια χρήση αυτής της τεχνικής είναι η διερεύνηση της ομάδας, «exploratory group», όπου οι επαγγελματίες υγείας, από διαφορετικές δομές και υπηρεσίες, που σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο θέμα υγείας, μέσα από τη χρήση οπτικοαουστικών μέσων, προσπαθούν να δώσουν τη γνώμη τους, τις εμπειρίες και τις ερμηνείες τους (Pope και συν. 2002).

Οι πολλές και διαφορετικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στη συλλογή και στην ανάλυση των δεδομένων στις ποιοτικές έρευνες, δημιουργούν κενά στη διασφάλιση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της, γεγονός που περιορίζει την χρησιμότητά της στην υγεία και αυξάνει την αρνητική κριτική εναντίον της. Η εκπαίδευση των ερευνητών σε ένα ενιαίο τρόπο καταγραφής των ποιοτικών ερευνών, ανεξάρτητα από τις τεχνικές έρευνας που θα χρησιμοποιούνται, θα δημιουργούσε τις προϋποθέσεις για πιο έγκυρα αποτελέσματα.

Απαραίτητη όμως είναι η εκπαίδευση σε τέτοιες διαδικασίες αλλά και η οικονομική και πολιτική υποστήριξη τέτοιων εγχειρημάτων, σε επίπεδο τοπικού και κεντρικού κράτους. Οι συμμετοχικές διαδικασίες, ως μορφή έρευνας, δημιουργούν νέα δεδομένα, καθώς ενσωματώνουν το ρόλο των χρηστών ως κομβικό σε όλα τα στάδια της έρευνας. Η συμμετοχή τους όμως θα πρέπει να συνοδεύεται και με την αντίστοιχη κοινωνική, οικονομική και πολιτική ενδυνάμωσή τους. Η βοήθεια και η υποστήριξη από αντίστοιχα εκπαιδευτικά κέντρα θα πρέπει να είναι επιβεβλημένη για την επιτυχία συμμετοχικών διαδικασιών.

## **Κεφάλαιο 4 Μεθοδολογία της διδακτορικής διατριβής**

### **4.1. Σκοπός της μελέτης και επιμέρους στόχοι :**

Ο κεντρικός σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της γνώσης και της εφαρμογής των γυναικολογικών εξετάσεων από γυναίκες, κατοίκους μιας αγροτικής ορεινής περιοχής της Κρήτης. Οι επιμέρους στόχοι που καταγράφονται στη μελέτη αλλά και στην αρθρογραφία που προέκυψε από την διατριβή, είναι:

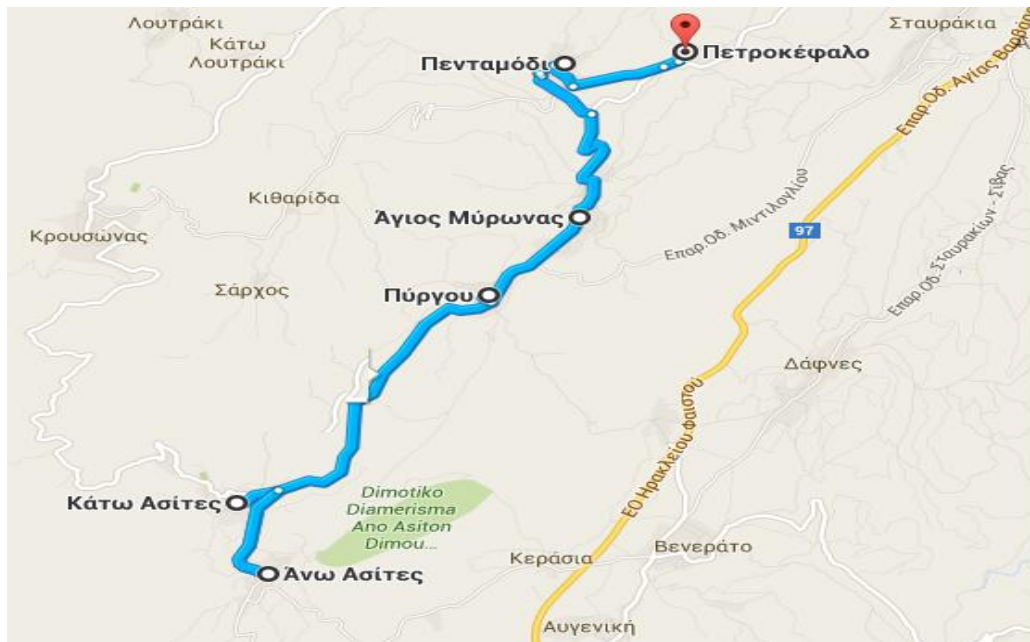
- 1) Η συσχέτιση της χρήσης και της γνώσης των γυναικολογικών εξετάσεων με το κοινωνικό κεφάλαιο και τις επιμέρους συνιστώσες του.
- 2) Η συνεπίδραση δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων μαζί με το κοινωνικό κεφάλαιο στη χρήση και τη γνώση γυναικολογικών εξετάσεων.
- 3) Η επίδραση του ερευνητή στις απαντήσεις των γυναικών που σχετίζονται με τις γυναικολογικές εξετάσεις.
- 4) Η διερεύνηση των κοινωνικών οικονομικών παραγόντων καθώς και του κοινωνικού κεφαλαίου στην αυτο-αναφερόμενη υγείας.

Ξεχωριστό τμήμα που αναπτύσσεται σε επόμενο κεφάλαιο είναι η καταγραφή των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για την κατάσταση της υγείας των γυναικών καθώς και τις αντιλήψεις τους για το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον.

### **4.2. Μεθοδολογία**

#### **4.2.1. Πληθυσμός και δείγμα της μελέτης:**

Ο πληθυσμός της μελέτης προέρχεται από το δημοτικό διαμέρισμα Γοργολαΐνη (πρώην Δήμος Γοργολαΐνη) και η επιλογή έγινε από γυναίκες ηλικίας 35- 65 ετών. Οι οικισμοί του δημοτικού Διαμερίσματος Γοργολαΐνη είναι οι εξής έξι (6): Άγιος Μύρωνας, Άνω Ασίτες, Κάτω Ασίτες, Πενταμόδι, Πετροκέφαλο και Πυργού (Εικόνα 4.1.).



**Εικόνα 4.1.** Χάρτης της περιοχής και των οικισμών συλλογής τους δείγματος που συλλέχθηκε για τη μελέτη

Η μελέτη διεξήχθητε την περίοδο τέλος του 2006 με αρχές του 2007 και η επιλογή των γυναικών έγινε από ένα σύνολο 3000 περίπου γυναικών (2930) όπως φαίνεται από την Εθνική απογραφή του 2011. (<http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-census2011> ανακτήθηκε στις 2/6/2015). Η περιοχή είναι κυρίως αγροτική. Μια πιο αναλυτική περιγραφή του πληθυσμού της μελέτης παρουσιάζεται στην Εικόνα 4.2.

6	18955	710102 ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΓΟΡΓΟΛΑΙΝΗ	2.930
7	18956	71010201 Τοπική Κοινότητα Αγίου Μύρωνος	613
8	18957	7101020101 Άγιος Μύρων,ο	612
8	18958	7101020102 Ξηρολιά,η	1
7	18959	71010202 Τοπική Κοινότητα Άνω Ασιτών	425
8	18960	7101020201 Άνω Ασίται,οι	425
7	18961	71010203 Τοπική Κοινότητα Κάτω Ασιτών	1.083
8	18962	7101020302 Ιερά Μονή Γοργολαΐνη,η	0
8	18963	7101020301 Κάτω Ασίται,οι	1.076
8	18964	7101020303 Νίση,η	7
7	18965	71010204 Τοπική Κοινότητα Πενταμοδίου	300
8	18966	7101020401 Πενταμόδιον,το	300
7	18967	71010205 Τοπική Κοινότητα Πετροκεφάλου	182
8	18968	7101020501 Πετροκέφαλον,το	182
7	18969	71010206 Τοπική Κοινότητα Πυργούς	327
8	18970	7101020601 Πυονού,η	327

**Εικόνα 4.2.** Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2011. Μόνιμος Πληθυσμός (Στοιχεία ΕΛΣΤΑΤ)

Η επιλογή των γυναικών έγινε από τους εκλογικούς καταλόγους του πρώην Δήμου Γοργολαίνη. Το σύνολο των γυναικών στους εκλογικούς καταλόγους ήταν 597 άτομα. Ο τρόπος συλλογής των ερωτηματολογίων έγινε με κατ' οίκον συνεντεύξεις. Για την επιλογή των γυναικών δημιουργήθηκε στο λογιστικό φύλο EXCEL μια λίστα τυχαίων αριθμών με την εσωτερική γεννήτρια του προγράμματος (συνάρτηση RAND).

Το μέγεθος του δείγματος υπολογίστηκε με βάση τον τύπο που αφορά την z-κατανομή ενός ποσοστού για πεπερασμένο δείγμα. Οι παράμετροι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: ποσοστό γυναικών που έχει κάνει γυναικολογικές εξετάσεις 50%, 95% διάστημα εμπιστοσύνης, και ένα περιθώριο σφάλματος (margin of error) 8%. Το δείγμα υπολογίστηκε στα 120 άτομα και ένα 25% επιπλέον δείγμα (30 γυναίκες) προστέθηκε προκειμένου να αντιμετωπισθούν προβλήματα μη απόκρισης (non-response) στην έρευνα.

Το τελικό δείγμα που συμμετείχε στη μελέτη για την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου ήταν 125 γυναίκες.

#### 4.2.2. Δείγμα κοινών μελετών:

Σε ό,τι αφορά τις μελέτες του σχετίζονται με την επίδραση του ερευνητή αλλά και με την οικολογία της αυτό-αναφερόμενης υγείας, το δείγμα τροποποιείται ελαφρώς στα 114 άτομα. Ο προαναφερόμενος αριθμός αποτελείται από τις γυναίκες που έχουν συμμετάσχει στην μελέτη της παρούσας διδακτορικής διατριβής αλλά και σε μια παράλληλη διδακτορική διατριβή στην ίδια περιοχή και χρόνο, από την διδάκτορα Ευαγγελία Παναγουλοπούλου (Panagoulou και συν. 2009).



Εικόνα 4.3. Περιγραφή κοινού δείγματος των δύο διδακτορικών μελετών



Στην Εικόνα 4.3. περιγράφεται αναλυτικά το κοινό δείγμα των δύο μελετών που χρησιμοποιήθηκε στις αναλύσεις

#### 4.2.3. Κοινές ερωτήσεις ερευνών για τις γυναικολογικές εξετάσεις:

Στον παρακάτω Πίνακα παρουσιάζονται γενικά στοιχεία των δύο ερευνών που διεξήχθησαν στο Δήμο Γοργολαΐνη και οι ερωτήσεις που αφορούν τις γυναικολογικές εξετάσεις.

**Πίνακας 4.1.** Χαρακτηριστικά των δύο διδακτορικών διατριβών και οι κοινές ερωτήσεις για τις γυναικολογικές εξετάσεις

	<b>Μελέτη 1</b>	<b>Μελέτη 2</b>
<b>Ερευνητής</b>	Κοινωνική Λειτουργός	Γενική Γιατρός
<b>Όνομα Ερευνητή</b>	Μουδάτσου Μαρία	Παναγουλοπούλου Ευαγγελία
<b>Περίοδος έρευνας</b>	Τέλος 2006-Αρχές 2007	Τέλος 2006-Αρχές 2007
<b>Ερωτήσεις γυναικολογικών εξετάσεων</b>	Γνωρίζετε εάν υπάρχουν διαγνωστικοί έλεγχοι για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου της μήτρας;  Πόσα test pap και πόσες μαστογραφίες έχετε κάνει τα τελευταία 6 χρόνια;  Έχετε κάνει ποτέ test pap ;  Έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία ;	Πόσα test pap έχετε κάνει τα τελευταία 6 χρόνια ;  Πόσες μαστογραφίες έχετε κάνει τα τελευταία 6 χρόνια ;  Έχετε κάνει ποτέ test pap;  Έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία ;

#### 4.2.4. Κριτήρια Επιλογής

Τα κριτήρια επιλογής των γυναικών ήταν τα εξής:

- 1) Η ηλικία των γυναικών θα πρέπει να είναι μεταξύ 35-75 ετών
- 2) Θα πρέπει να διαμένουν στο Δήμο Γοργολαΐνη τα τελευταία 10 έτη
- 3) Να είναι Ελληνικής καταγωγής

#### 4.2.5. Άδειες και Ενημέρωση:

Η έρευνα εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Έγκριση επίσης για τη διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε από τις αρχές του Δήμου Γοργοαΐνη (Παράρτημα Ι). Όλες οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης, με προσωπική επιστολή από τους επιβλέποντες της διατριβής (Παράρτημα ΙΙ) και υπέγραψαν κείμενο συναίνεσης.

#### 4.2.6. Περιγραφή Ερωτηματολογίου:

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο τμήματα. Το πρώτο αφορά τη συλλογή δημογραφικών, οικονομικών και άλλων χαρακτηριστικών των συμμετεχουσών στην έρευνα. Το δεύτερο είναι η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου SCQ (Social Capital Questionnaire) των Onyx & Bullen, 2000. Η ελληνική έκδοση έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί ψυχομετρικά από τον Κριτσωτάκη και συνεργάτες (Kritsotakis και συν.2008) και γνωστικά (Kritsotakis και συν. 2010).

Η Ελληνική έκδοση του SCQ (SCQ-G) αποτελείται από 36 ερωτήσεις, που μπορούν να κατανεμηθούν σε 6 συνιστώσες (παράγοντες), οι οποίες είναι:

- **Συνιστώσα 1. Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα** (8 ερωτήσεις)  
Οι ερωτήσεις διερευνούν τη συμμετοχή σε κάποια τοπική ομάδα ή τοπικό οργανισμό κ.ά.
- **Συνιστώσα 2. Αίσθηση Ασφάλειας** (4 ερωτήσεις)  
Οι ερωτήσεις αφορούν θέματα αισθήματος ασφάλειας.
- **Συνιστώσα 3. Φιλικές και συγγενικές σχέσεις** (9 ερωτήσεις)  
Οι ερωτήσεις αφορούν θέματα όπως με ποιόν και πόσους μιλάτε καθημερινά
- **Κλίμακα 4. Αξία ζωής και κοινωνικοί οργανισμοί.** (7 ερωτήσεις)  
Οι ερωτήσεις αφορούν θέματα προσωπικών αξιών και στάσεων ζωής.
- **Συνιστώσα 5. Ανοχή στη διαφορετικότητα** (3 ερωτήσεις)  
Οι ερωτήσεις αφορούν θέματα συνύπαρξης με ανθρώπους από διαφορετικές ομάδες.
- **Συνιστώσα 6. Εργασιακή Σύνδεση** (5 ερωτήσεις)  
Οι ερωτήσεις αφορούν θέματα που σχετίζονται με τις εργασιακές σχέσεις.

Η τελευταία κλίμακα απαντήθηκε από ελάχιστες γυναίκες λόγω της ιδιομορφίας του δείγματος (μεγάλος αριθμός συνταξιούχων και μεγάλων αριθμός με ενασχόληση τα

οικιακά). Επίσης, μία ερώτηση στην κλίμακα 4, που αφορούσε την εργασία δεν απαντήθηκε για τους προαναφερόμενους λόγους (μη ανταπόκριση στο 90%). Συνεπώς, η συνολική ικανοποίηση υπολογίστηκε για ένα σύνολο 31 ερωτήσεων.

Η κλίμακα βαθμολόγησης είναι τετραβάθμια τύπου Likert, με τιμές από 1 έως 4. Οι βαθμολογήσεις της συνολικής συνιστώσας και των ερωτήσεων που συμπεριελάμβανε υπολογίστηκαν με άθροιση των επιμέρους απαντήσεων για κάθε ερωτώμενη (Kritsotakis και συν. 2008).

#### **4.2.7. Στατιστικές μέθοδοι:**

Οι διακριτές μεταβλητές εκφράστηκαν με την μορφή συχνοτήτων και % συχνοτήτων, ενώ οι συνεχείς μεταβλητές με την μορφή της μέσης τιμής και της τυπικής απόκλισης. Σε αρκετές περιπτώσεις για τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι ελάχιστες και οι μέγιστες τιμές των μεταβλητών. Σχετικά με το λόγο των συμπληρωματικών πιθανοτήτων (odd's ratios) χρησιμοποιήθηκε η μορφή OR (95%CI διάστημα εμπιστοσύνης).

Η απλή λογιστική παλινδρόμηση (simple logistic regression) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της σχέσης μεταξύ των κοινωνικό-δημογραφικών παραμέτρων και των βαθμολογιών (σκορ) του κοινωνικού κεφαλαίου. Η ίδια μεθοδολογία χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της σχέσης του κοινωνικού κεφαλαίου με τη γνώση και τη διενέργεια των γυναικολογικών εξετάσεων.

Μοντέλα πολλαπλών λογιστικών παλινδρομήσεων χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της γνώσης (ναι ή όχι) των γυναικολογικών εξετάσεων αλλά και της διενέργειας των γυναικολογικών εξετάσεων (ναι ή όχι) σε σχέση με: α) το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο και β) τις επιμέρους συνιστώσες του ξεχωριστά. Οι κοινωνικό δημογραφικές μεταβλητές που συμμετείχαν ως συμμεταβλητές στα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης ήταν όσες παρουσίασαν τιμές αποδοχής  $p < 0.200$  από τις απλές λογιστικές παλινδρομήσεις (Hosmer & Lemeshow, 2000).

Σχετικά με τη μελέτη της συμφωνίας των απαντήσεων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Kappa του Cohen, ενώ παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Pearson's  $\chi^2$ .

Απλή λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της θετικής (καλή/πολύ καλή) και της αρνητικής (κακή/πολύ κακή) αυτο-αναφερόμενης υγείας σε

σχέση με τους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες, το κοινωνικό κεφάλαιο και τη χρήση των γυναικολογικών εξετάσεων.

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν το IBM SPSS Statistics 19.0, 20.0 και 21.0, ενώ η τυχαιοποίηση του δείγματος καθώς και η εισαγωγή των δεδομένων έγινε με το EXCEL 2007 για τα Windows. Ως όριο αποδοχής της μηδενικής υπόθεσης τέθηκε το  $\alpha=0,05$ .

Σε ό,τι αφορά τις κωδικοποιήσεις των μεταβλητών, που χρησιμοποιήθηκαν στις στατιστικές αναλύσεις, περιλαμβάνονται: α) η ηλικία σε δεκαετίες β) η οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένη ή όχι) γ) αριθμός παιδιών (0, 1, 2, 3 και άνω των 3) δ) το οικογενειακό εισόδημα (0 για <500€ και 1 για >500€) ε) εργασία (ναι, οικιακά, συνταξιούχος) στ) θετική αυτο-αναφερόμενη υγεία (1 –καλή ή πολύ καλή, 0-άλλο) ζ) αρνητική αυτο-αναφερόμενη υγεία (1-κακή/πολύ κακή, 0-άλλο).

### **4.3. Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας - Εκτίμηση αναγκών υγείας των γυναικών**

#### **4.3.1. Χαρακτηριστικά της έρευνας:**

Είναι μια ποιοτική έρευνα, που γίνεται στα πλαίσια της κοινοτικής αποτίμησης (community appraisal methodology) των αναγκών υγείας του γυναικείου πληθυσμού, από φορείς της υπάρχουσας κοινότητας (Ong & Humphris, 2000). Η μελέτη τηρεί τις προϋποθέσεις ερευνητικής δεοντολογίας του πανεπιστημίου Κρήτης και έχει πάρει και την σχετική έγκριση από τον δήμο Γοργολαΐνη.

#### **4.3.2. Συμμετέχοντες:**

Δεκατέσσερα άτομα επελέγησαν για συνέντευξη, από ένα σύνολο 30 ατόμων που ήταν αρμόδια για γυναικεία θέματα (υπάλληλοι σε κοινωνικές υπηρεσίες, σε υπηρεσίες υγείας, διοικητικοί και πολιτικοί προϊστάμενοι). Η επιλογή έγινε με κριτήριο το βαθμό της επαγγελματικής τους εμπειρίας και ενασχόλησης με γυναικεία θέματα, έτσι ώστε να είναι σε θέση να εμβαθύνουν τις αποψεις τους, για τις ανάγκες υγείας των γυναικών, με ολιστικό τρόπο (Ong & Humphris, 2000).

Ειδικότερα, η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε από τους επαγγελματίες και τους πολιτικούς προϊσταμένους που είχαν την περισσότερη επαγγελματική γνώση για το θέμα της υγείας των γυναικών: οι υπεύθυνοι των κοινωνικών προγραμμάτων (Π.Β.Σ.

ΚΔΑΠ, Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας, Γραφείο Υποστηρικτικών Κοινωνικών Υπηρεσιών), οι γιατροί των περιφερειακών ιατρείων της περιοχής, υπάλληλοι του δήμου που εργάζονταν σε γυναικεία θέματα και οι πολιτικοί προϊστάμενοι που είχαν την ευθύνη κοινωνικών προγραμμάτων για γυναίκες στην περιοχή. (Επισυνάπτεται μία λίστα με όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα, με την ιδιότητα και την επαγγελματική τους ενασχόληση).

Τα κοινωνικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων που παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.1 διακρίνονται ως εξής: Έξι κοινωνικοί επιστήμονες, τέσσερις επαγγελματίες υγείας, δύο υπάλληλοι του δήμου και δύο πολιτικοί προϊστάμενοι. Δώδεκα από αυτούς ήταν γυναίκες και δύο άνδρες. Όλοι οι κοινωνικοί επιστήμονες είχαν προσωρινή απασχόληση στην περιοχή. Οι μισοί από τους συμμετέχοντες είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

**Πίνακας 6.1. Κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερευνώμενων:**

<b>Εργασία:</b>	<b>Κοινωνικοί επιστήμονες</b>	<b>Επαγγελματίες Υγείας</b>	<b>Πολιτικοί</b>	<b>Διοικητικοί</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>N (%)</b>	6 (42.9)	4 (28.6)	2 (14.3)	2 (14.3)	14
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης:</b>	<b>Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση</b>	<b>Πανεπιστήμιο</b>			
<b>N (%)</b>	7 (50.0)	7 (50.0)			14
<b>Ηλικία:</b>	<b>30-40</b>	<b>40-50</b>	<b>50-60</b>		
<b>N (%)</b>	9 (64.3)	4 (28.6)	1 (7.1%)		14
<b>Φύλο:</b>	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>			
<b>N (%)</b>	2 (14.3)	12 (85.7)			14
<b>Μόνιμοι κάτοικοι:</b>	<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>			
<b>N (%)</b>	4 (28.6)	10 (71.4)			14

Η προσβασιμότητα στους ερευνώμενους εξασφαλίστηκε μέσω της βοήθειας που προσέφεραν οι υπάλληλοι και οι πολιτικά υπεύθυνοι του προαναφερθέντος δήμου. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν από την αρχή για το σκοπό της έρευνας και τη διατήρηση του απορρήτου των απαντήσεών τους. Οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν, με την σύμφωνη γνώμη των ερευνώμενων. Η ίδια ερευνήτρια πραγματοποίησε, με

συστηματικό τρόπο, όλες τις συνεντεύξεις οι οποίες έγιναν την χρονική περίοδο από Ιανουάριο έως Δεκέμβριο 2007. Κάθε συνέντευξη διήρκεσε περίπου μιάμιση ώρα και έγιναν στον επαγγελματικό χώρο των συμμετεχόντων.

#### **4.3.3. Ερωτηματολόγια:**

Η παρούσα μελέτη, είναι μια «επαγωγική προσέγγιση» (Kiefer, 2007) η οποία χρησιμοποιεί ημιδομημένες ερωτήσεις για να παρουσιάσει τις ανάγκες υγείας των γυναικών, στην περιοχή του πρώην δήμου Γοργολαΐνη. Είναι οι ανάγκες των γυναικών, όπως τις αντιλαμβάνονται και τις έχουν «βιώσει» οι επαγγελματίες και οι πολιτικοί προϊστάμενοι στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων τους, στον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής στη συγκεκριμένη περιοχή.

Ένας ημιδομημένος οδηγός ερωτήσεων (Σχεδιάγραμμα ερωτήσεων 1), χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διασφαλιστεί η συνοχή κατά την διάρκεια όλων των συνεντεύξεων. Τα κυριότερα θέματα που διερευνήθηκαν είναι τα εξής: Η υγεία των γυναικών σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, οι ανισότητες στην υγεία σε σχέση με τις ευκαιρίες που παρέχονται στις γυναίκες, οι παρούσες παροχές υγείας προς τις γυναίκες και οι προτάσεις που γίνονται για το μέλλον (Patton, 2002). Μια πιλοτική έρευνα (Gilbert, 2008) έγινε, πριν την έρευνα πεδίου, με συναδέλφους από κοινωνικές υπηρεσίες από άλλους δήμους, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι η παρούσα έρευνα θα κάλυπτε όλες τις θεματικές ενότητες του ερευνώμενου θέματος με σαφήνεια. Ο ημιδομημένος οδηγός των ερωτήσεων παρουσιάζεται στο Παράρτημα III

#### **4.3.4. Ανάλυση αποτελεσμάτων:**

Όλες οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν από την ερευνήτρια και η απομαγνητοφώνησή τους έγινε από εταιρία απομαγνητοφωνήσεων, αφού τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ερευνητικής εχεμύθειας και δεοντολογίας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την ανάλυση πλαισίου, «framework analysis» (Gale και συν. 2013, Ritchie & Spencer, 1994). Στην αρχή έγινε «εξοικείωση» με τα αποτελέσματα της έρευνας, με τη μελέτη όλων των συνεντεύξεων. Στην συνέχεια, η πληροφορία άρχισε να κατανέμεται στις κυριότερες ενότητες, οι οποίες προέκυψαν τόσο από την μελέτη και ερμηνεία όλων των συνεντεύξεων όσο και σε σχέση με τον ημιδομημένο οδηγό ερωτήσεων). Σε κάθε συνέντευξη, έγινε ένας πρώτος διαχωρισμός της πληροφορίας, στις εξής ενότητες: υγεία των γυναικών σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας,

ανισότητες στην υγεία σε σχέση με τις ευκαιρίες που παρέχονται στις γυναίκες, παροχές υγείας προς τις γυναίκες και προτάσεις για το μέλλον της υγείας των γυναικών.

Στη συνέχεια, χαρτογραφήθηκαν οι θεματικές ενότητες που προέκυψαν από όλες τις συνεντεύξεις, (αφού έγιναν συνεχείς συγκρίσεις με εκείνες που προέκυψαν από την κάθε μια συνέντευξη) και αντιστοιχήθηκε σε κάθε μία η ανάλογη πληροφορία. Η αντιστοίχιση της πληροφορίας στην κάθε θεματική ενότητα έγινε, μετά την εξέταση του εύρους εμφάνισης των εμπειριών και των αντιλήψεων που προκύπτουν από το σύνολο των συνεντεύξεων, για την κάθε θεματική ενότητα.

Ειδικότερα, η κάθε θεματική ενότητα είναι αποτέλεσμα της σύνθεσης και της ερμηνείας μικρότερων θεματικών υπο-ενότητων, η κωδικοποίηση των οποίων έγινε με την αντιστοίχιση σε κάθε μια από αυτές της σχετικής πληροφορίας. Ο χωρισμός σε θεματικές υπο-ενότητες έγινε, αφού εξετάστηκε η συχνότητα και η ποικιλία εμφάνισης των αντίστοιχων απόψεων, σκέψεων, ιδεών και συναισθημάτων. Οι κυριότερες θεματικές υπο-ενότητες που προέκυψαν είναι οι εξής: εκφρασμένες ανάγκες υγείας, μη εκφρασμένες ανάγκες υγείας, δυσκολία στην έκφραση αναγκών υγείας, διαχείριση των ανέκφραστων αναγκών υγείας, ανεξαρτησία, υποχρεώσεις, διασκέδαση-ελεύθερος χρόνος, ικανοποίηση εκφρασμένων αναγκών υγείας και προτάσεις για νέες υπηρεσίες για γυναίκες.

Σε κάθε συνέντευξη, εξετάστηκε η συνοχή της, κάνοντας συγκρίσεις στα διαφορετικά μέρη της. Μετά έκανα συγκρίσεις ανάμεσα στις συνεντεύξεις της ίδιας επαγγελματικής ομάδας, όπως επαγγελματίες υγείας, εργαζόμενοι στα κοινωνικά προγράμματα, υπάλληλοι του δήμου και πολιτικοί, οι οποίοι μοιράζονταν την ίδια πληροφορία, προκειμένου να διασφαλίσω ότι για την ίδια εμπειρία, άποψη ή συναίσθημα έχει δοθεί ο ίδιος κωδικός. Για να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων μας, ένας δεύτερος ερευνητής πήρε την πληροφορία και έκανε κωδικοποίησή της σε θεματικές ενότητες και στη συνέχεια έγινε αντιπαραβολή με την κωδικοποίηση που έγινε από την ερευνήτρια, προκειμένου να εξεταστεί αν προέκυπταν διαφορές στις δύο κωδικοποιήσεις.

Στο τέλος, τα αποτελέσματα της ανάλυσης συζητήθηκαν και αξιολογήθηκαν απ' όλη την ερευνητική μας ομάδα.

## Κεφάλαιο 5 Αποτελέσματα έρευνας ερωτηματολογίων

### 5.1. Σύνδεση κοινωνικού κεφαλαίου με τη διενέργεια και τη γνώση γυναικολογικών εξετάσεων:

Από τις 150 γυναίκες που προσκλήθηκαν στην μελέτη οι 19 εξαιρέθηκαν, λόγω αλλαγής κατοικίας, σε σχέση με τους εκλογικούς καταλόγους, ενώ άλλες 6 αρνήθηκαν να συμμετάσχουν. Το ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα ήταν 97,5% ή διαφορετικά, 125 άτομα.

Σε ό,τι αφορά τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα, αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5.1. Ο μεγαλύτερος αριθμός συμμετεχόντων ήταν από τους Κάτω Ασίτες (44 άτομα, 35,2%). Η κατανομή των γυναικών ήταν αντίστοιχη του μεγέθους του οικισμού. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 58,4 έτη (11,3 έτη). Το μεγαλύτερο ποσοστό (85,6%) ήταν παντρεμένες και το ένα πέμπτο των συμμετεχουσών είχαν από 4 παιδιά και άνω. Η αυτο-αναφερόμενη οικονομική κατάσταση των γυναικών έδειξε ότι το οικογενειακό εισόδημα, στο 40,0% του δείγματος, δεν ξεπερνούσε τα 500€ το μήνα, κάτι μάλλον αναμενόμενο από την επαγγελματική τους κατάσταση. Το μεγαλύτερο μέρος των γυναικών (88,8%) δεν εργάζονταν (οικιακά ή συνταξιούχες). Το επίπεδο εκπαίδευσης ήταν χαμηλό, με 79 γυναίκες (63,7%) και 28 γυναίκες (22,8%) να έχουν εκπαίδευση έως το δημοτικό και με απολυτήριο δημοτικού αντίστοιχα.

**Πίνακας 5.1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των γυναικών της μελέτης

		N	%			N	%
<b>Οικισμός</b>	Αγ Μύρωνας	26	20,8	<b>Αριθμός</b>	0	10	8,0
	Πετροκέφαλο	6	4,8	<b>Παιδιών</b>	1	8	6,4
	Πενταμόδι	10	8,0		2	44	35,2
	Άνω Ασίτες	23	18,4		3	38	30,4
	Κάτω Ασίτες	44	35,2		≥4	25	20,0
	Πυργού	16	12,8	<b>Εργασία</b>	Οικιακά	66	52,8



<b>Ηλικιακές</b>	<= 45	21	16,8		Συνταξιούχος	45	36,0
<b>Κατηγορίες</b>	46 – 55	25	20,0		Εργαζόμενη	14	11,2
	56 – 65	36	28,8	<b>Εισόδημα</b>	<500 Euro	50	40,0
	66+	43	34,4		>500	75	60,0
<b>Οικογενειακή</b>	Άγαμη	3	2,4	<b>Εκπαίδευση</b>	-Δημοτικό	79	63,7
<b>Κατάσταση</b>	Χήρα	15	11,9		Δημοτικό	28	22,8
	Παντρεμένη	107	85,6		Λύκειο	14	11,3
					Πανεπιστήμιο	3	2,4
	<b>Μέση Τιμή</b>	<b>Ελάχιστο-</b>					
	<b>(SD)</b>	<b>Μέγιστο</b>					
<b>Ηλικία (έτη)</b>	58,4 (11,3)	36-75					

Ο Πίνακας 5.2. παρουσιάζει τα βασικά περιγραφικά στατιστικά του συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου και των συνιστωσών του. Η διάμεσος τιμή του συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου ήταν 75 (εύρος 54-93). Η γενική παρατήρηση δείχνει ότι το δείγμα παρουσιάζει αρκετά υψηλές τιμές κοινωνικού κεφαλαίου σε όλες τις συνιστώσες αλλά και στη συνολική βαθμολογία.

Οι συσχετίσεις των δημογραφικών παραγόντων με το κοινωνικό κεφάλαιο (συνολικό και συνιστώσες) και τη γνώση των οδηγιών πρόληψης παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.3. Με χρήση απλής λογιστικής παλινδρόμησης, παρουσιάστηκε ότι η ηλικία και το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο συσχετίζονται με την γνώση των γυναικολογικών εξετάσεων. Η ηλικία σχετίζεται αρνητικά με τη γνώση (OR: 0,91 (95%CI: 0,85–0,98) ενώ το κοινωνικό κεφάλαιο θετικά OR: 1,09 (95%CI: 1,02-1,17). Από τις επιμέρους συνιστώσες του κοινωνικού κεφαλαίου, η «αξία της ζωής» σχετίζεται θετικά με τη γνώση OR: 1,16 (95%CI: 1,01-1,32), το «αίσθημα ασφάλειας OR: 1,68 (1,06-2,67) και η ανοχή της διαφορετικότητας OR: 1,56 (1,04-2,36). Όλες οι υπόλοιπες συνιστώσες δεν παρουσιάζουν κάποια συσχέτιση (διαφορετική OR από τη μονάδα).

**Πίνακας 5.2. Περιγραφικά στατιστικά του συνολικού και των επιμέρους συνιστωσών του κοινωνικού κεφαλαίου, για τις συμμετέχουσες στην έρευνα.**

	<b>Αριθμός Ερωτήσεων</b>	<b>Μέση Τιμή (95%CI)</b>	<b>Ελάχιστο- Μέγιστο</b>	<b>Διάμεσος (1<sup>ο</sup>-3<sup>ο</sup> Τεταρτημόριο)</b>
<b>Συνολική Βαθμολογία</b> (31 ερωτήσεις)	31	75,5 (74,0-77,0)	54,0 – 93,0	75,0 (71,0-81,0)
<b>Συνολική Βαθμολογία</b> (36 ερωτήσεις)	36	76,9 (75,2-78,7)	54,0 – 107,0	76,0 (71,0-83,0)
<b>Αξία της Ζωής</b> (Συνιστώσα 1)	11	35,9 (35,1-36,7)	23,0 – 46,0	36,0 (33,0-39,0)
<b>Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα</b> (Συνιστώσα 2)	12	20,7 (20,0-21,3)	12,0 – 35,0	21,0 (18,0-23,0)
<b>Αίσθημα Ασφάλειας</b> (Συνιστώσα 3)	2	5,9 (5,7-6,1)	2,0 – 8,0	6,0 (6,0 – 6,0)
<b>Οικογενειακές και Φιλικές Σχέσεις</b> (Συνιστώσα 4)	2	4,1 (3,9-4,3)	2,0 -8,0	4,0 (3,0- 5,0)
<b>Ανοχή της Διαφορετικότητας</b> (Συνιστώσα 5)	2	4,7 (4,5-5,0)	2,0 – 8,0	5,0 (4,0 -6,0)
<b>Εργασιακή Σύνδεση</b> (Συνιστώσα 6)	3	13,9 (11,9-15,9)	9,0 – 17,0	15,0 (12,0 – 16,0)

Παρόμοια εικόνα παρατηρήθηκε για τη διενέργεια των γυναικολογικών εξετάσεων (Πίνακας 5.4). Η ηλικία αποτελεί ανασχετικό παράγοντα για τη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες για τις εξετάσεις πρόληψης (OR: 0,93 (0,90-0,97). Ανάλογο ισχύει και για τα χρόνια γάμου OR: 0,94 (0,90–0,98). Όσο αυξάνει το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο, αυξάνει και η διενέργεια των προληπτικών εξετάσεων OR: 1,10 (1,03-1,16). Σχετικά με τις επιμέρους συνιστώσες του κοινωνικού κεφαλαίου, θετική συσχέτιση με την ακολουθία των γυναικολογικών εξετάσεων παρουσιάζουν οι συνιστώσες, αξία της ζωής (OR: 1,18 (1,06–1,30)), συμμετοχή στην τοπική κοινότητα (OR: 1,17 (1,04–1,32)) και σχέσεις με φίλους και συγγενείς (OR: 1,59 (1,05–2,38)).

**Πίνακας 5.3.** Εκτίμηση αδρού δείκτη OR μεταξύ της γνώσης των οδηγιών πρόληψης των γυναικολογικών εξετάσεων και των κοινωνικών και δημογραφικών μεταβλητών καθώς και των συνιστωσών κοινωνικού κεφαλαίου

	Γνώση Εξετάσεων		Γυναικολογικών	
	Όχι (n = 12)	Ναι (n = 113)	OR (95%CI)	P
<b>Συνεχείς Μεταβλητές</b>	<b>Μέση Τιμή (95%CI)</b>	<b>Μέση Τιμή (95%CI)</b>	<b>OR (95%CI)</b>	<b>P</b>
Ηλικία (έτη)	66,4 (61,8-71,0)	57,6 (55,5-59,7)	0,91 (0,85-0,98)	0,016
Έτη Γάμου (έτη)	35,9 (23,5-48,3)	34,4 (32,4-36,5)	0,99 (0,92-1,06)	0,718
Αριθμός Παιδιών	2,7 (1,8-3,5)	2,8 (2,6-3,1)	1,15 (0,61-2,16)	0,666
<b>Διακριτές Μεταβλητές</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (95%CI)</b>	<b>P</b>
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>				
Παντρεμένη	8 (66,7%)	99 (87,6%)	1,0	
Χήρα/Ανύπανδρη	4 (33,3%)	14 (12,4%)	0,28 (0,08-1,06)	0,062
<b>Επαγγελματική Κατάσταση</b>				
Οικιακά	5 (41,7%)	61 (54,0%)	1,0	
Συνταξιούχος	6 (50,0%)	39 (34,5%)	0,53 (0,15-1,87)	0,325
Εργαζόμενη	1 (8,3%)	13 (11,5%)	1,07 (0,11-9,90)	0,955
<b>Εισόδημα</b>				
>500 €	7 (58,3%)	68 (60,2%)	1,08 (0,32-3,61)	0,901
<500 €	5 (41,7%)	45 (39,8%)	1,0	
<b>Κοινωνικό Κεφάλαιο</b>				
Συνολικό	69,7 (63,2-76,1)	76,1 (74,6-77,6)	1,09 (1,02-1,17)	0,015
Αξία της Ζωής	33,2 (30,1-36,2)	36,2 (35,4-37,0)	1,16 (1,01-1,32)	0,034
Συμμετοχή στη Κοινότητα	20,1 (16,5-23,7)	20,7 (20,1-21,4)	1,05 (0,89-1,24)	0,556
Αίσθημα Ασφάλειας	5,2 (4,4-5,9)	6,0 (5,8-6,2)	1,68 (1,06-2,67)	0,028
Σχέσεις με Φίλους/Συγγενείς	3,8 (3,2-4,3)	4,1 (3,9-4,3)	1,51 (0,77-2,95)	0,229
Ανοχή στη Διαφορετικότητα	3,8 (2,7-5,0)	4,8 (4,6-5,1)	1,56 (1,04-2,36)	0,033

**Πίνακας 5.4.** Εκτίμηση αδρού δείκτη OR μεταξύ της διενέργειας των γυναικολογικών εξετάσεων και των κοινωνικών και δημογραφικών μεταβλητών καθώς και των συνιστωσών του κοινωνικού κεφαλαίου

<b>Χρήση Γυναικολογικών εξετάσεων</b>				
	<b>Όχι (n=91)</b>	<b>Ναι (n=34)</b>		
<b>Συνεχείς Μεταβλητές</b>	<b>Μέση Τιμή (95%CI)</b>	<b>Μέση Τιμή (95%CI)</b>	<b>OR (95%CI)</b>	<b>P</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>	60,8 (58,6-63,0)	52,1 (48,3-55,8)	0,93 (0,90-0,97)	<0,001
<b>Έτη Γάμου (έτη)</b>	36,5 (34,1-38,9)	30,0 (26,4-33,7)	0,94 (0,90-0,98)	0,006
<b>Αριθμός Παιδιών</b>	3,0 (2,7-3,2)	2,5 (2,2-2,8)	0,67 (0,45-1,01)	0,054
<b>Διακριτές Μεταβλητές</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>OR (95%CI)</b>	<b>P</b>
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>				
<b>Παντρεμένη</b>	74 (81,3%)	33 (97,1%)		
<b>Χήρα/Ανύπανδρη</b>	17 (18,7%)	1 (2,9%)	0,13 (0,02-1,03)	0,054
<b>Επαγγελματική Κατάσταση</b>				
<b>Οικιακά</b>	46 (50,5%)	20 (58,8%)		
<b>Συνταξιούχος</b>	38 (41,8%)	7 (20,6%)	0,42 (0,16-1,11)	0,080
<b>Εργαζόμενη</b>	7 (7,7%)	7 (20,6%)	2,30 (0,71-7,42)	0,164
<b>Εισόδημα</b>				
<b>&gt;500 €</b>	51 (56,0%)	24 (70,6%)	1,88 (0,81-4,39)	0,143
<b>&lt;500 €</b>	40 (44,0%)	10 (29,4%)		
<b>Κοινωνικό Κεφάλαιο</b>	<b>Μέση Τιμή (95%CI)</b>	<b>Μέση Τιμή (95%CI)</b>	<b>OR (95%CI)</b>	<b>P</b>
<b>Συνολικό</b>	74,0 (72,2-75,8)	79,5 (77,2-81,7)	1,10 (1,03-1,16)	0,002
<b>Αξία της Ζωής</b>	35,1 (34,2-36,0)	38,1 (36,6-39,6)	1,18 (1,06-1,30)	0,002
<b>Συμμετοχή στη Κοινότητα</b>	20,1 (19,4-20,8)	22,1 (20,8-23,5)	1,17 (1,04-1,32)	0,010
<b>Αίσθημα Ασφάλειας</b>	5,9 (5,6-6,2)	5,9 (5,5-6,2)	0,99 (0,70-1,38)	0,936
<b>Σχέσεις με Φίλους/Συγγενείς</b>	4,0 (3,8-4,2)	4,4 (4,1-4,8)	1,59 (1,05-2,38)	0,027
<b>Ανοχή στη Διαφορετικότητα</b>	4,7 (4,4-5,0)	4,9 (4,4-5,4)	1,08 (0,82-1,41)	0,591

Σε ό,τι αφορά τη σχέση της γνώσης και της διενέργειας των γυναικολογικών εξετάσεων με τις κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές και το κοινωνικό κεφάλαιο, εφαρμόστηκαν μοντέλα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα της επίδρασης των δύο βασικών μεταβλητών, ηλικίας και κοινωνικού κεφαλαίου, παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.5. και στις Εικόνες 5.1. και 5.2. Τα μοντέλα 1 έως 6 που παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.5, αφορούν την επίδραση της γνώσης ή της διενέργειας των γυναικολογικών εξετάσεων, σε σχέση με το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο (μοντέλο 1) ή ξεχωριστά με τις επιμέρους συνιστώσες του (μοντέλα 2-6).

**Πίνακας 5.5.** Μοντέλα πολλαπλών λογιστικών παλινδρομήσεων με εξαρτημένες μεταβλητές τη γνώση και την διενέργεια των γυναικολογικών εξετάσεων.

Μοντέλο	Γνώση <sup>a</sup>		Χρήση <sup>b</sup>		
	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P	
<b>1.</b>	<b>Ηλικία</b> (ανά 10 έτη)	0,45 (0,19-0,96)	0,038	0,61 (0,39-0,96)	0,033
	<b>Συνολικό Σκορ</b>	1,08 (1,00-1,17)	0,044	1,08 (1,01-1,15)	0,017
<b>2.</b>	<b>Ηλικία</b> (ανά 10 έτη)	0,47 (0,20-0,97)	0,047	0,62 (0,40-0,96)	0,034
	<b>Αξία της Ζωής</b>	1,12 (0,97-1,30)	0,128	1,12 (1,00-1,25)	0,045
<b>3.</b>	<b>Ηλικία</b> (ανά 10 έτη)	0,40 (0,17-0,94)	0,037	0,60 (0,38-0,94)	0,025
	<b>Συμμετοχή στην κοινότητα</b>	1,05 (0,88-1,24)	0,614	1,20 (1,05-1,36)	0,007
<b>4.</b>	<b>Ηλικία</b> (ανά 10 έτη)	0,45 (0,20-0,96)	0,046	0,59 (0,38-0,90)	0,016
	<b>Αίσθημα Ασφάλειας</b>	1,48 (0,90-2,41)	0,120	0,83 (0,56-1,22)	0,336
<b>5.</b>	<b>Ηλικία</b> (ανά 10 έτη)	0,42 (0,18-0,94)	0,039	0,62 (0,40-0,97)	0,036
	<b>Σχέσεις με συγγενείς/Φίλους</b>	1,29 (0,63-2,63)	0,491	1,22 (0,77-1,93)	0,409
<b>6.</b>	<b>Ηλικία</b> (ανά 10 έτη)	0,38 (0,16-0,91)	0,029	0,59 (0,38-0,91)	0,017
	<b>Ανοχή της διαφορετικότητας</b>	1,64 (1,07-2,51)	0,023	1,06 (0,78-1,44)	0,701

Στα μοντέλα περιλαμβάνονται οι μεταβλητές που έδειξαν συσχέτιση στο επίπεδο <0,200

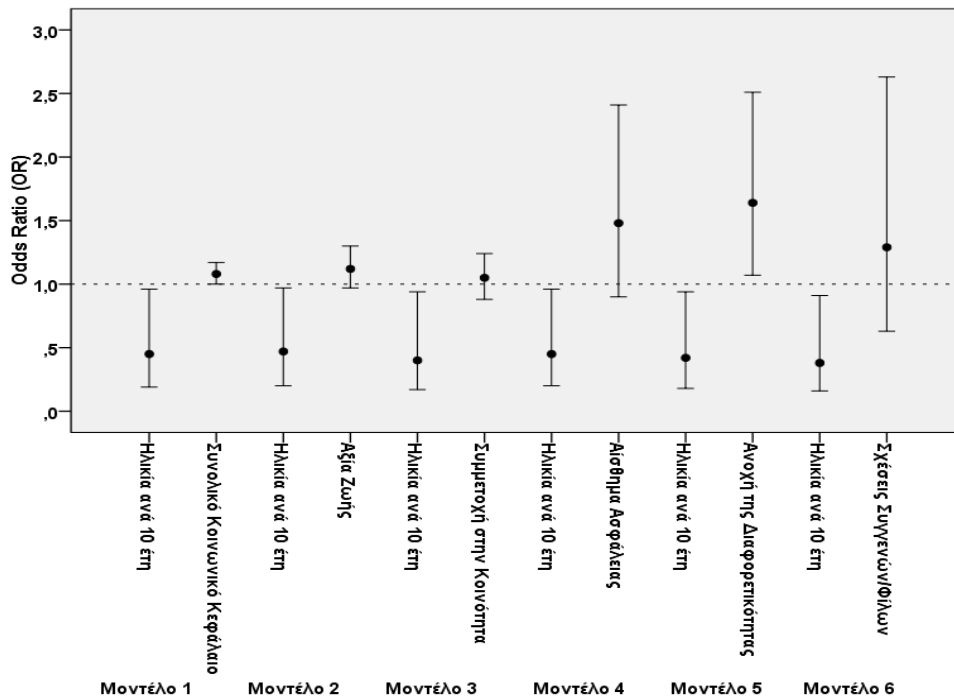
<sup>a</sup> Περιλαμβάνονται οι μεταβλητές ηλικία και οικογενειακή κατάσταση

<sup>b</sup> Περιλαμβάνονται οι μεταβλητές ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, εισόδημα και επαγγελματική κατάσταση

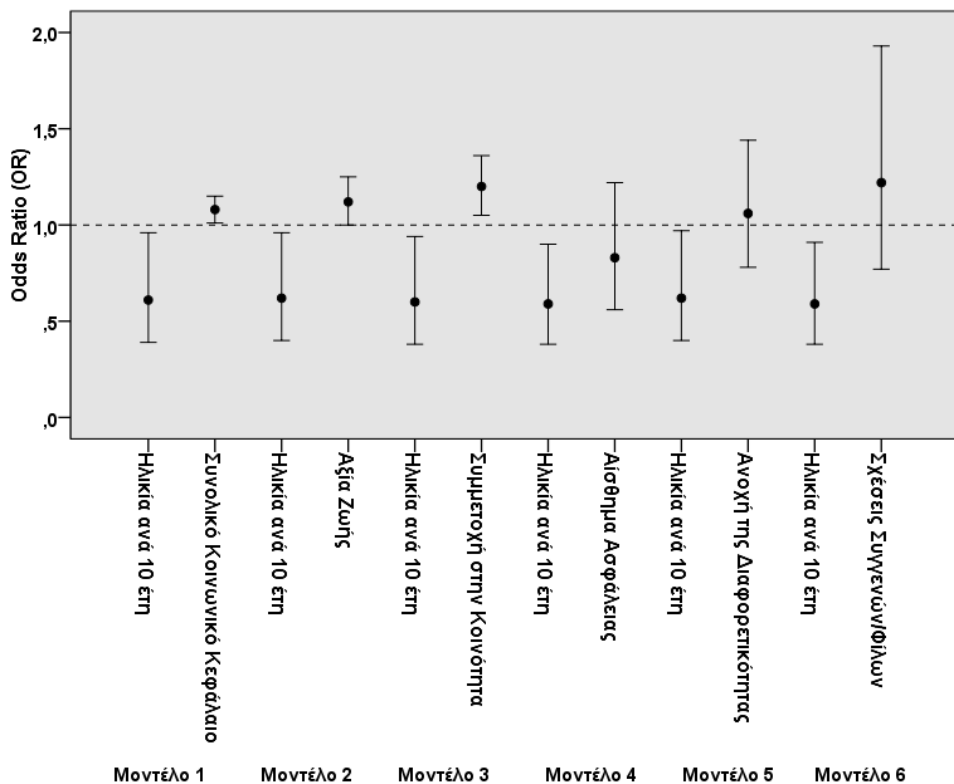
Σε ό,τι αφορά τη γνώση των γυναικολογικών εξετάσεων παρουσιάστηκαν αρνητικές επιδράσεις με την ηλικία. Το αυξημένο κοινωνικό κεφάλαιο δείχνει να επιδρά θετικά στη γνώση των γυναικολογικών εξετάσεων (OR: 1,08 (95%CI: 1,00-1,17)). Από τις υπόλοιπες συνιστώσες του κοινωνικού κεφαλαίου, μόνο η συνιστώσα ανοχή στη διαφορετικότητα παρουσιάζει επίδραση στην γνώση των εξετάσεων (OR: 1,64 (95%CI: 1,07-2,51)),

Η χρήση των γυναικολογικών εξετάσεων (ναι ή όχι) παρουσιάζει σχέση με την ηλικία με ένα OR στην περιοχή του 0,60. Οι υπόλοιπες κοινωνικό δημογραφικές μεταβλητές -δεν παρουσιάζονται για λόγους ευκολίας- δεν δείχνουν επίδραση στη διενέργεια των γυναικολογικών εξετάσεων. Συγκεκριμένα, οι μεταβλητές οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, εισόδημα και επαγγελματική κατάσταση παρουσίασαν διάστημα τιμών OR που περιείχαν την μονάδα (OR:1.0).

Το συνολικό κεφάλαιο, όπως και στην μονοπαραμετρική ανάλυση, δείχνει να επηρεάζει θετικά τη διενέργεια των γυναικολογικών εξετάσεων (OR: 1,08 (1,01-1,15)). Από τις επιμέρους συνιστώσες του κοινωνικού κεφαλαίου, η συνιστώσα αξία της ζωής παρουσιάζει σχέση με τη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες για τις εξετάσεις πρόληψης (1,12 (1,00-1,25)). Το ίδιο ισχύει και με τη συνιστώσα συμμετοχή στην κοινότητα (1,20 (1,05-1,36)).



**Εικόνα 5.1.** Επίδραση στη γνώση των γυναικολογικών εξετάσεων των μεταβλητών ηλικίας (ανά 10 έτη) και κοινωνικού κεφαλαίου. Παρουσίαση τιμών OR και 95%CI.



**Εικόνα 5.2.** Επίδραση στη χρήση των γυναικολογικών εξετάσεων των μεταβλητών ηλικίας (ανά 10 έτη) και κοινωνικού κεφαλαίου. Παρουσίαση τιμών OR και 95%CI.

## 5.2. Διαφοροποίηση απαντήσεων, ανάλογα με την επαγγελματική ταυτότητα του ερευνητή:

Ο συνολικός αριθμός των γυναικών που συμμετείχαν στην κοινή μελέτη είναι 114 άτομα. Σε σχέση με τις μη συμμετέχουσες, δεν παρουσιάστηκε διαφορά στα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία  $55 >$  ή  $< 55$  ετών) (Fishers'  $p=0,413$ ), εισόδημα ( $>$  or  $< 500$  €) (Fisher's  $p=0,062$ ), οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένη ή όχι) (Fishers'  $p=0,070$ ).

Στον Πίνακα 5.6 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις και η συμφωνία με τους ερευνητές σχετικά με τις απαντήσεις τους σε ερωτήσεις που αφορούν τη χρήση γυναικολογικών εξετάσεων. Παρουσιάστηκε μια ασθενής συμφωνία (Kappa=0,189,  $p<0,001$ ) μεταξύ των απαντήσεων που δόθηκαν στην ερώτηση «Έχετε κάνει ποτέ γυναικολογικές εξετάσεις;». Πιο αναλυτικά, 24 από τις 24 γυναίκες (100%) και 32 από τις 90 (35,5%) γυναίκες απάντησαν ότι δεν είχαν κάνει γυναικολογικές ή έκαναν τουλάχιστον μία φορά αντίστοιχα και στις δύο μελέτες. Η τιμή της συμφωνίας (συντελεστής Kappa του Cohen) έδειξε καλύτερη συμφωνία, αλλά όχι ιδιαίτερα ισχυρή, (Kappa=0,386 και 0,235) όταν εξετάστηκαν η διενέργεια των γυναικολογικών εξετάσεων για τη μαστογραφία και το τεστ PAP αντίστοιχα.

**Πίνακας 5.6.** Συμφωνία μεταξύ συμμετεχόντων, σχετικά με την αυτο-αναφερόμενη διενέργεια γυναικολογικών εξετάσεων, όπως απαντήθηκαν σε μία γενική γιατρό και σε μία κοινωνική λειτουργό, μετρημένα με το Kappa του Cohen.

Κοινωνική Λειτουργός		Τεστ ΠΑΠ ή μαστογραφία						
		Γενική Γιατρός		Όχι	$\geq 1$	Σύνολο	Kappa	P
Έχετε	κάνει	ποτέ	Όχι	24	58	82 (64,4%)	0,189	0,001
γυναικολογικές			Ναι	0	32	32 (35,6%)	$\chi^2$	P
εξετάσεις;								
Σύνολο				24 (21,1%)	90 (78,9%)	114	11,863	0,001
		Μαστογραφία						
				Όχι	$\geq 1$	Σύνολο	Kappa	P



Πόσες έχετε τελευταία 6 έτη;	μαστογραφίες Όχι	52	30	82 (52, 6%)	$\chi^2$	P
	κάνει τα Ναι	5	27	32 (47, 3%)		
<b>Σύνολο</b>		57 (50, 0%)	57 (50%)	114	11,863	0,001
<b>Test Pap</b>						
	Όχι	$\geq 1$	<b>Σύνολο</b>	<b>Kappa</b>	<b>P</b>	
Πόσα test pap έχετε κάνει τα τελευταία 6 έτη;	Όχι	29	53	82 (62, 4%)	$\chi^2$	p
	Ναι	0	32	32 (37, 6%)		
<b>Σύνολο</b>		29 (25,4%)	85 (74,6%)	114	15,178	<0,001

Σχετικά με το προφίλ των συμμετεχουσών, δημιουργήθηκαν δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα συμπεριλαμβάνει 56 γυναίκες που έδωσαν ίδιες απαντήσεις και στους δύο ερευνητές στην ερώτηση «Έχετε κάνει ποτέ γυναικολογικές εξετάσεις;». Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει 58 γυναίκες, που δεν είχαν συμφωνία στην ίδια ερώτηση. Τα αποτελέσματα και οι συγκρίσεις των χαρακτηριστικών τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.7. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε ό,τι αφορά τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (ηλικία  $p=0,255$ , οικογενειακή κατάσταση  $p=0,522$ , αριθμός παιδιών  $p=0,436$ , επίπεδο εκπαίδευσης  $p=0,140$ , αυτο-αναφερόμενο εισόδημα  $p=0,806$  και εργασία  $p=0,759$ ). Η μόνη διαφοροποίηση παρουσιάστηκε στις γυναίκες που είχαν δήλωσαν καλή/πολύ καλή αυτο-αναφερόμενη υγεία ( $p=0,032$ ) με τις γυναίκες που συμφωνούσαν στους δύο ερευνητές να παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά (63,9%).

**Πίνακας 5.7.** Χαρακτηριστικά των γυναικών που οι απαντήσεις τους συμφωνούν ή διαφωνούν στην ερώτηση «Έχετε κάνει ποτέ γυναικολογικές εξετάσεις;»

		Έχετε κάνει ποτέ γυναικολογικές εξετάσεις					
		Μη					
		Συμφωνία		Συμφωνία		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	p
<b>Ηλικιακή</b>	<b>&lt;= 45</b>	11	57,9%	8	42,1%	19	0,255
<b>Ομάδα</b>	<b>46 - 55</b>	13	56,5%	10	43,5%	23	

	<b>56 - 65</b>	11	34,4%	21	65,6%	32	
	<b>66+</b>	21	52,5%	19	47,5%	40	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	<b>Παντρεμένη</b>	48	48,0%	52	52,0%	100	0,522
	<b>Άλλο</b>	8	57,1%	6	42,9%	14	
<b>Παιδιά</b>	<b>1 Παιδί</b>	6	75,0%	2	25,0%	8	0,436
	<b>2 Παιδιά</b>	21	52,5%	19	47,5%	40	
	<b>3 Παιδιά</b>	16	44,4%	20	55,6%	36	
	<b>≥4 Παιδιά</b>	10	45,5%	12	54,5%	22	
<b>Οικογενειακό Εισόδημα</b>	<b>&lt;500 €</b>	20	47,6%	22	52,4%	42	0,806
	<b>&gt;500 €</b>	36	50,0%	36	50,0%	72	
<b>Εργασία</b>	<b>Οικιακά</b>	28	45,9%	33	54,1%	61	0,759
	<b>Συνταξιούχος</b>	21	52,5%	19	47,5%	40	
	<b>Ναι</b>	7	53,8%	6	46,2%	13	
<b>Εκπαίδευση</b>	<b>Μέχρι Δημοτικό</b>	30	42,3%	41	57,7%	71	0,140
	<b>Δημοτικό</b>	8	61,5%	5	38,5%	13	
	<b>Έως Λύκειο</b>	14	53,8%	12	46,2%	26	
	<b>Πανεπιστήμιο</b>	3	100,0%	0	0,0%	3	
<b>Αυτο-αναφερόμενη Υγεία</b>	<b>Άλλο</b>	33	42,3%	45	57,7%	78	0,032
	<b>Καλή/Πολύ Καλή</b>	23	63,9%	13	36,1%	36	

### 5.3 Οικολογία της αυτο-αναφερόμενης υγείας:

Σε αυτή την ενότητα συνδέονται οι έννοιες της αυτο-αναφερόμενης υγείας με τους δημογραφικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παραμέτρους αλλά και με την κλίμακα και τις συνιστώσες του κοινωνικού κεφαλαίου. Σε αυτή τη μελέτη, η αυτο-αναφερόμενη υγεία έχει κατηγοριοποιηθεί σε δύο διακριτές (δίτιμες) μεταβλητές. Η πρώτη δίτιμη μεταβλητή περιέχει τις συμμετέχουσες που αυτο-αναφέρουν την υγεία τους ως καλή/πολύ καλή σε σχέση με την αυτο-αναφορά ως ένδειξη άλλο (ούτε καλή-ούτε κακή/κακή/πολύ κακή). Στη δεύτερη δίτιμη μεταβλητή, οι συμμετέχουσες διακρίνονται σε αυτές που δηλώνουν κακή αυτο-αναφερόμενη υγεία (κακή/πολύ κακή) και σε αυτές που δηλώνουν (ούτε καλή-ούτε κακή/καλή/πολύ καλή).

Στον Πίνακα 5.8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της αυτο-αναφερόμενης υγείας σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο και τις συνιστώσες του. Από τα αποτελέσματα της μονοπαραμετρικής ανάλυσης ένα αυξημένο OR (OR: 1,05 (95%CI: 1,00-1,11) παρουσιάστηκε για τις συμμετέχουσες που δηλώνουν καλή/πολύ καλή υγεία, για κάθε μονάδα αύξησης του συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου. Αντίστροφη σχέση παρατηρείται για τις συμμετέχουσες στην έρευνα, όταν δηλώνουν κακή/πολύ κακή υγεία για κάθε μονάδα αύξησης του κοινωνικού κεφαλαίου (OR: 0,89 (95%CI: 0,83-0,95)).

Σε ό,τι αφορά τις συνιστώσες του κοινωνικού κεφαλαίου, παρατηρήθηκε συσχέτιση της συνιστώσας αξία της ζωής με αυξημένο OR (OR: 1,12 (95%CI: 1,02-1,23)) για την ομάδα των γυναικών που δηλώνουν αυτο-αναφερόμενη καλή/πολύ κακή υγεία. Αντίθετα, μειωμένο OR (OR: 0,77 (95%CI: 0,67-0,89)) παρατηρείται για την αυτο-αναφερόμενη υγεία (κακή/πολύ κακή).

Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν από τη σχέση της καλής αυτο-αναφερόμενης υγείας (καλή/πολύ καλή) με την συνιστώσα του κοινωνικού κεφαλαίου αίσθηση ασφάλειας (OR: 1,63 (95%CI: 1,08-2,47), με την αντίστροφη εικόνα να παρατηρείται για την αρνητική αυτο-αναφερόμενη υγεία (OR:0,43 (95%CI: 0,26-0,71). Τέλος, μόνο η θετικά αυτο-αναφερόμενη υγεία συνδέεται με την συνιστώσα σχέσεις συγγενών/φίλων (OR: 1,72 (95%CI: 1,14-2,61)).

**Πίνακας 5.8.** Αδροί λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων (odd's ratios -ORs) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για την αυτο-αναφερόμενη υγεία με το κοινωνικό κεφάλαιο.

	Αυτο-αναφερόμενη Υγεία	OR (95%CI)	
		P	
<b>Κοινωνικό Κεφάλαιο</b> (Συνολικό)	Άλλο(n=78) (n=98)*		1,00
	<b>Καλή/Πολύ Καλή</b> (n=36)	0,047	1,05 (1,00-1,11)
	<b>Κακή/Πολύ Κακή</b> (n=16)	0,001	0,89 (0,83-0,95)
<b>Αξία της Ζωής</b>	Άλλο(n=78) (n=98)*		
	<b>Καλή/Πολύ Καλή</b> (n=36)	0,018	1,12 (1,02-1,23)
	<b>Κακή/Πολύ Κακή</b> (n=16)	<0,001	0,77 (0,67-0,89)
<b>Συμμετοχή στην</b>	Άλλο(n=78) (n=98)*		

<b>Κοινότητα</b>	<b>Καλή/Πολύ Καλή</b> (n=36 )	0,589	1,03 (0,93-1,15)
	<b>Κακή/Πολύ Κακή</b> (n=16)	0,118	0,89 (0,76-1,03)
<b>Αίσθημα Ασφάλειας</b>	<b>Άλλο</b> (n=78) (n=98)*		
	<b>Καλή/Πολύ Καλή</b> (n=36 )	0,020	1,63 (1,08-2,47)
	<b>Κακή/Πολύ Κακή</b> (n=16)	0,001	0,43 (0,26-0,71)
<b>Σχέσεις με Συγγενείς και φίλους</b>	<b>Άλλο</b> (n=78) (n=98)*		
	<b>Καλή/Πολύ Καλή</b> (n=36 )	0,010	1,72 (1,14-2,61)
	<b>Κακή/Πολύ Κακή</b> (n=16)	0,145	0,65 (0,36-1,16)
<b>Ανοχή της Διαφορετικότητας</b>	<b>Άλλο</b> (n=78) (n=98)*		
	<b>Καλή/Πολύ Καλή</b> (n=36 )	0,870	1,02 (0,78-1,33)
	<b>Κακή/Πολύ Κακή</b> (n=16)	0,135	0,76 (0,54-1,09)

\* Οι μετρήσεις μέσα στις πρώτη παρένθεση αναφέρονται στις γυναίκες που δηλώνουν καλή/πολύ καλή αυτο-αναφερόμενη υγεία. Στη δεύτερη παρένθεση αναφέρονται οι γυναίκες με κακή/πολύ κακή υγεία.

Μελετήθηκε επίσης η αυτο-αναφερόμενη υγεία σε σχέση με τη διενέργεια γυναικολογικών εξετάσεων. Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο μέρη ανάλογα με τη μεταβλητή χρήσης. Οι μεταβλητές αυτές ήταν:

- α) οποτεδήποτε έγινε έλεγχος μαστογραφίας (ναι/όχι)
- β) οποτεδήποτε έγινε test pap (ναι/όχι)
- γ) οποτεδήποτε έγινε κάποιου είδους γυναικολογική εξέταση (ναι/όχι)
- δ) Συμμόρφωση των γυναικών κατά τις κατευθυντήριες γραμμές του American Cancer Society (ACS) για τις μαστογραφίες (ναι/όχι)
- ε) Συμμόρφωση των γυναικών κατά τις κατευθυντήριες γραμμές του American Cancer Society (ACS) για το test pap (ναι/όχι)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.9. Μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν πλήρη συμμόρφωση στις οδηγίες για το test pap και αυτές που δηλώνουν θετική αυτο-αναφερόμενη υγεία (καλή/πολύ καλή) μετρήθηκε ένα ποσοστό 42,6% συγκρίσιμο με το ποσοστό 23,9% που δεν συμμορφώθηκαν πλήρως στις οδηγίες. Το εκτιμημένο OR υπολογίστηκε στο 2,36 με 1,05-5,29 (95%CI). Παρόμοιο αποτέλεσμα παρουσιάστηκε και για την πλήρη συμμόρφωση με τη μαστογραφία και τη θετικά αυτο-αναφερόμενη υγεία (OR: 3,05 (1,19-7,81)). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ θετικής ή αρνητικής αυτο-αναφερόμενης υγείας και διενέργειας test pap, μαστογραφίας και γενικά διενέργειας γυναικολογικών εξετάσεων.

**Table 5.9.** Αδρός δείκτης συμπληρωματικών πιθανοτήτων ORs (95%CI) για την αυτο-αναφερόμενη υγεία σε σχέση με τη διενέργεια γυναικολογικών εξετάσεων

	Μαστογραφία		Μαστογραφία		OR (95%CI)	
	Όχι (%)	Ναι (%)	Όχι (%)	Ναι (%)	P	
<b>Αυτο-αναφερόμενη Υγεία</b>						
<b>Άλλο</b>	41 (71,9%)	16 (28,1%)	50 (87,7%)	7 (12,3%)		
<b>Καλή/Πολύ Καλή</b>	37 (64,9%)	20 (35,1%)			0,421	1,39 (0,63-3,06)
<b>Κακή/Πολύ Κακή</b>			48 (84,2%)	9 (15,8%)	0,590	1,34 (0,46-3,88)
	Test Pap		Test Pap			
	Όχι (%)	Ναι (%)	Όχι (%)	Ναι (%)		
<b>Άλλο</b>	16 (55,2%)	62 (72,9%)	26 (89,7%)	72 (84,7%)		
<b>Καλή/Πολύ Καλή</b>	13 (44,8%)	23 (27,1%)			0,075	0,46 (0,19-1,10)
<b>Κακή/Πολύ Κακή</b>			3 (10,3%)	13 (15,3%)	0,508	1,56 (0,41-5,93)
	Test Pap (ACS) *		Test Pap (ACS) *			
	Όχι (%)	Ναι (%)	Όχι (%)	Ναι (%)		
<b>Άλλο</b>	51 (76,1%)	27 (57,4%)	56 (83,6%)	42 (89,4%)		
<b>Καλή/Πολύ Καλή</b>	16 (23,9%)	20 (42,6%)			0,035	2,36 (1,05-5,29)
<b>Κακή/Πολύ Κακή</b>			11 (16,4%)	5 (10,5%)	0,382	0,61 (0,20-1,88)
	Μαστογραφία (ACS)*		Μαστογραφία (ACS)*			
	Όχι (%)	Ναι (%)	Όχι (%)	Ναι (%)		
<b>Άλλο</b>	57 (73,6%)	11 (47,8%)	78 (85,7%)	20 (87,0%)		
<b>Καλή/Πολύ Καλή</b>	24 (26,4%)	12 (52,2%)			0,017	3,05 (1,19-7,81)
<b>Κακή/Πολύ Κακή</b>			13 (14,3%)	3 (13,0%)	0,878	0,90 (0,23-3,47)
	Γυναικολογικές Εξετάσεις		Γυναικολογικές Εξετάσεις			
	Όχι (%)	Ναι (%)	Όχι (%)	Ναι (%)		
<b>Άλλο</b>	59 (72,0%)	19 (59,4%)	70 (85,4%)	20 (87,5%)		
<b>Καλή/Πολύ Καλή</b>	23 (28,0%)	13 (40,6%)			0,194	1,76 (0,75-4,12)
<b>Κακή/Πολύ Κακή</b>			12 (14,6%)	4 (12,5%)	0,768	0,83 (0,25-2,80)

\* Χρήση μαστογραφίας και test Pap βασισμένο στις κατευθυντήριες οδηγίες της American Cancer Society (ACS)

Σε ό,τι αφορά τώρα τους προσδιοριστές της αυτο-αναφερόμενης υγείας, παρατηρήθηκε μια μείωση της επίδρασης στις γυναίκες καθώς αυξάνεται η ηλικία. Συγκεκριμένα, το ποσοστό της αυτο-αναφερόμενης υγείας, με θετικό τρόπο, είναι χαμηλότερο (21,9%) για γυναίκες άνω των 45 σε σχέση με γυναίκες κάτω των 45 (68,4%), ενώ το υπολογιζόμενο OR(95%CI) ήταν OR: 0,13 (0,04-0,47). Για τις ηλικίες άνω των 65 ετών, το ποσοστό της θετικά αυτο-αναφερόμενης υγείας ήταν μόλις 15,0% και το υπολογιζόμενο OR με βάση την ηλικιακή ομάδα κάτω των 45 ήταν OR: 0,08 (95%CI: 0,02-0,30).

Η συνταξιοδότηση δείχνει να σχετίζεται με αρνητική αυτο-αναφερόμενη υγεία OR: 0,33 (95%CI: 0,13-0,84), ενώ τα εισοδήματα άνω των 500 € δείχνουν μια θετική συσχέτιση με τη θετική αυτο-αναφερόμενη υγεία (OR: 2,71 (1,10-6,68)). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στους Πίνακες 5.10α και 5.10β.

**Πίνακας 5.10α.** Προσδιοριστές της θετικά αυτο-αναφερόμενης υγείας

		<b>Θετικά Αυτο- Αναφερόμενη Υγεία</b>				<b>P</b>	<b>OR (95%CI)</b>
		<b>Άλλο</b>		<b>Καλή/ Πολύ Καλή</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
<b>Ηλικιακή Ομάδα</b>	<b>&lt;= 45</b>	6	31,6%	13	68,4%		
	<b>46 - 55</b>	13	56,5%	10	43,5%	0,110	0,36 (0,10-1,27)
	<b>56 - 65</b>	25	78,1%	7	21,9%	0,002	0,13 (0,04-0,47)
	<b>66+</b>	34	85,0%	6	15,0%	<0,001	0,08 (0,02-0,30)
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	<b>Παντρεμένη</b>	68	68,0%	32	32,0%	0,796	0,85 (0,25-2,92)
	<b>Χήρα/Άγαμη</b>	10	71,4%	4	28,6%		
<b>Συνταξιούχος</b>	<b>Όχι</b>	45	60,8%	29	39,2%	0,017	0,33 (0,13-0,84)
	<b>Ναι</b>	33	82,5%	7	17,5%		
<b>Εργασία</b>	<b>Όχι</b>	72	71,3%	29	28,7%	0,067	2,90 (0,90-9,36)
	<b>Ναι</b>	6	46,2%	7	53,8%		
<b>Εισόδημα</b>	<b>&lt;500 €</b>	34	81,0%	8	19,0%	0,028	2,71 (1,10-6,68)
	<b>&gt;500 €</b>	44	61,1%	28	38,9%		

**Πίνακας 5.10β.** Προσδιοριστές της αρνητικά αυτο-αναφερόμενης υγείας

		Αυτο-αναφερόμενη Υγεία				OR (95%CI)		
		Άλλο		Κακή/ Πολύ Κακή				p
		N	%	N	%			
<b>Ηλικία</b> (έτη)	<b>&lt;= 45</b>	16	84,2%	3	15,8%			
	<b>46 - 55</b>	23	100,0%	0	0,0%	0,988	NE	
	<b>56 - 65</b>	29	90,6%	3	9,4%	0,496	0,55 (010-3,06)	
	<b>66+</b>	30	75,0%	10	25,0%	0,429	1,78 (0,43-7,40)	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	<b>Παντρεμένη</b>	86	86,0%	14	14,0%	0,977	1,02 (0,21-5,07)	
	<b>Χήρα/Άγαμη</b>	12	85,7%	2	14,3%			
<b>Συνταξιούχος</b>	<b>Όχι</b>	68	91,9%	6	8,1%	0,013	3,78 (1,26-11,3)	
	<b>Ναι</b>	30	75,0%	10	25,0%			
<b>Εργαζόμενη</b>	<b>Όχι</b>	86	85,1%	15	14,9%	0,484	0,48 (0,06-3,95)	
	<b>Ναι</b>	12	92,3%	1	7,7%			
<b>Εισόδημα</b>	<b>&lt;500 €</b>	31	73,8%	11	26,2%	0,004	0,21 (0,07-0,66)	
	<b>&gt;500 €</b>	67	93,1%	5	6,9%			

#### **5.4.Αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας - Εκτίμηση αναγκών υγείας των γυναικών:**

Οι κυριότερες θεματικές ενότητες, που προέκυψαν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής έρευνας σχετικά με τις ανάγκες υγείας των γυναικών, είναι οι εξής:

- A) Υγεία των γυναικών σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας,
- B) Ανισότητες στην υγεία σε σχέση με τις ευκαιρίες που παρέχονται στις γυναίκες,
- Γ) Παροχές για την κάλυψη των αναγκών υγείας των γυναικών
- Δ) Οι προτάσεις για το μέλλον της υγείας των γυναικών.

#### **A) Υγεία των γυναικών σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας**

Όσον αφορά την πρώτη θεματική ενότητα, η παρούσα έρευνα υποστηρίζει ότι οι ρόλοι και οι προσδοκίες για την κοινωνική συμπεριφορά των γυναικών κατασκευάζονται από την υπάρχουσα κουλτούρα για τη θέση των δυο φύλων στην κοινωνία. Όπως χαρακτηριστικά λέει ένας από τους ερωτώμενους:

*«Νομίζω ότι στην κουλτούρα μας ο ρόλος των γυναικών είναι ιδιαίτερα υποβαθμισμένος και οι γυναίκες υφίστανται μεγάλη καταπίεση. Οι ανάγκες, τα προβλήματα και τα θέματα των γυναικών είναι στενά συνδεδεμένα με το φύλο, την κοινωνική θέση και τη συμπεριφορά τους. Η ζωή τους επηρεάζεται από τις οικογένειές τους, τη γειτονιά, το χωριό και την ευρύτερη κοινότητα που ζουν. Ο άνδρας έχει τον πρώτο λόγο σε όλα. Είναι ο δικτάτορας που αποφασίζει για όλα και δεν επιτρέπει να γίνει τίποτα χωρίς την έγκρισή του. Οι γυναίκες απλά τον ακολουθούν όπως γινόταν σε παλιότερες εποχές.» (Ερωτώμενος Νο 5).*

Οι γυναίκες συνήθως υιοθετούν την κοινωνική νόρμα «του φροντιστή» και αποκτούν στη ζωή τους πιο παραδοσιακούς ρόλους, όπως το μέγιστο παιδιών και την φροντίδα των ηλικιωμένων ή ατόμων με αναπηρία. Μετά από διερεύνηση των υποχρεώσεων που έχουν οι γυναίκες στην καθημερινότητα τους, όλοι οι ερωτώμενοι συμφώνησαν ότι η



φροντίδα έχει κυρίαρχη θέση στη ζωή των γυναικών και την επηρεάζει αρνητικά. Όπως χαρακτηριστικά λέει ένας ερωτώμενος:

*«Είναι μια συντηρητική και πατριαρχική κοινωνία. Η κουλτούρα που υφίσταται δίνει το προβάδισμα στους άνδρες. Οι άνδρες ως πατέρες, σύζυγοι και αδελφοί είναι οι αρχηγοί στην οικογένεια, στο νοικοκυριό και παντού. Οι γυναίκες έχουν υποχρέωση να φροντίζουν τα παιδιά, τους ηλικιωμένους και γενικά όλη την οικογένεια. Πρέπει να επιτελούν το χρέος τους ως φροντιστές, χωρίς να έχουν ρόλο στην λήψη των αποφάσεων μέσα στην οικογένεια.»*  
(Ερωτώμενος Νο 3).

Όλοι οι ερωτώμενοι παραδέχτηκαν ότι η έννοια της φροντίδας είναι βασική για τις γυναίκες και λειτουργεί ως εμπόδιο στα δικαιώματα και στις ευκαιρίες που τους παρέχονται. Ένας από τους ερευνώμενους είπε:

*«Έχουν ένα πλήθος από υποχρεώσεις οι γυναίκες στην περιοχή μας. Ενώ αυτά που οι ίδιες παίρνουν είναι λίγα. Στην ουσία δεν θεωρώ ότι έχουν πολλά δικαιώματα και αυτό έχει συνέπειες στη ζωή τους.»* (Ερωτώμενος Νο 5).

Η έννοια της δύναμης είναι σημαντική για τις γυναίκες. Η έκφραση των αναγκών υγείας τους έχει άμεση συνάρτηση με θέματα δύναμης. Το πρότυπο του Μεσογειακού κράτους πρόνοιας που υπάρχει, δεν τους επιτρέπει την πρόσβαση σε παροχές που θα τις ενδυναμώσουν και θα τους δώσουν τη δυνατότητα να φροντίσουν την υγεία και το σώμα τους. Μεγάλη πλειοψηφία των ερωτώμενων ανέφερε ότι οι γυναίκες εκφράζουν κυρίως ανάγκες οικονομικές και υλικές ή ανάγκες που σχετίζονται με θέματα της ιατροφαρμακευτικής τους περίθαλψης. Είναι ευκολότερο για εκείνες να αναφέρουν ανάγκες που σχετίζονται με θέματα ρουτίνας και καθημερινότητας. Ένας ερωτώμενος υποστηρίζει:

*«Οι γυναίκες συνήθως εκφράζουν ιατρικές ανάγκες, όπως την ανάγκη να κάνουν προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις οι ίδιες ή να πάρουν φροντίδα και θεραπεία μέλη της οικογένειάς τους.»* (Ερωτώμενος Νο 1).

Ένας άλλος ερωτώμενος συμφωνεί και προσθέτει:

*«Οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες έχουν κυρίως νοσηλευτικές ανάγκες, ανάγκες που σχετίζονται με την φροντίδα των παιδιών τους, οικονομικά*

*προβλήματα ή δυσκολίες με την σύνταξη και την κοινωνική τους ασφάλεια.»*  
(Ερωτώμενος Νο 13).

Η αυστηρή κουλτούρα που υπάρχει σχετικά με το ρόλο των γυναικών στην κοινωνία βάζει αρκετά εμπόδια στη ζωή τους. Είναι ο λόγος που τις καθιστά αδύναμες να εκφράσουν τις βαθύτερες κοινωνικές και ψυχολογικές τους ανάγκες. Ένας ερωτώμενος υποστηρίζει:

*«Είναι ασυνήθιστο για τις γυναίκες να μιλάνε για τη σχέση που έχουν με το σύζυγο, τα παιδιά ή για τα ψυχολογικά προβλήματα της οικογένειάς τους.»*  
(Ερωτώμενος Νο 1).

*Επιπλέον άλλοι ερωτώμενοι προσθέτουν:*

*«Οι γυναίκες φοβούνται να μιλήσουν και να αποκαλύψουν οικογενειακά μυστικά»* (Ερωτώμενος Νο 13).

*«Αισθάνονται ενοχές και ντροπή, επειδή πιστεύουν ότι η έκφραση των αναγκών τους μπορεί να είναι ένας λόγος να τις κατηγορήσει κάποιος ως ανεπαρκείς ή να θεωρηθεί ότι ο σύζυγος τους δεν είναι σε θέση να καλύψει όλες τους τις επιθυμίες.»* (Ερωτώμενος Νο 10).

Η χαμηλή θέση των γυναικών στο οικογενειακό σύστημα είναι ένας λόγος που τις εμποδίζει να εκφράσουν τις ανάγκες τους. Η έρευνά μας αναφέρει ότι οι γυναίκες ζουν κάτω από τον αυστηρό έλεγχο των οικογενειών και των συζύγων τους. Ένας ερευνώμενος υποστηρίζει:

*« Οι μητέρες τους τις εμποδίζουν να μιλάνε για τις δυσκολίες με τους άνδρες τους. Τις συμβουλεύουν να κρατάνε μυστικά όλα τα οικογενειακά τους προβλήματα και τις δυσκολίες τους.»* (Ερευνώμενος Νο 14).

Κάποιες φορές, πολύ σημαντικά θέματα ή δυσκολίες για τις γυναίκες, όπως θέματα κακοποίησης, διατηρούνται ως μυστικά, καθώς δεν μπορούν να αντιληφθούν τη σοβαρότητα της κατάστασης που βρίσκονται. Ένας ερωτώμενος υποστήριξε:

*«Κάποιες φορές η γυναίκα που καυγαδίζει με το σύζυγό της και μπορεί να τη χτυπήσει, δεν το θεωρεί σαν πρόβλημα. Το αποδέχεται σαν μια συμπεριφορά κοινωνικά αποδεκτή.»* (Ερωτώμενος Νο 12).

## **B) Ανισότητες στην υγεία**

Όσον αφορά τις ανισότητες στην υγεία, (σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο ορισμού της), η παρούσα έρευνα αναφέρει ότι η συντηρητική και πατριαρχική κοινωνία είναι εμπόδιο για τις γυναίκες, που δεν τους δίνει τη δυνατότητα να είναι ανεξάρτητες. Ενώ αρκετές από αυτές γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, στην πραγματικότητα δεν έχουν την ευκαιρία να τα διεκδικήσουν. Ένα ερωτώμενος αναφέρει:

*«Οι γυναίκες γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, αλλά αν το οικογενειακό τους περιβάλλον δε το επιτρέπει δεν κάνουν τίποτα. Έχουν την ικανότητα, αλλά ελάχιστες έχουν μάθει να επιμένουν και να διεκδικούν.» (Ερωτώμενος Νο 5).*

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι που εξηγούν την αδυναμία των γυναικών να υποστηρίξουν και να διεκδικούν τα δικαιώματά τους. Οι οικονομικοί λόγοι είναι ανάμεσα σε αυτούς. Ένας ερευνώμενος υποστηρίζει:

*« Αν δεν έχουν οικονομική ανεξαρτησία, δεν έχουν πολλές ευκαιρίες οι γυναίκες για να αντιδράσουν.» (Ερωτώμενος Νο 10).*

Εκτός από τις οικονομικές δυσκολίες, οι γυναίκες δυσκολεύονται να αντιδράσουν εξαιτίας των κοινωνικών στερεοτύπων, για το ρόλο των δύο φύλων στην κοινωνία. Ένα από τα άτομα που ερωτήθηκαν είπε:

*«Οι γυναίκες έχουν μια ζωή καθορισμένη από τις υπάρχουσες απόψεις της κοινωνίας. Ακόμα και όταν έχουν δικά τους χρήματα, αυτά θεωρούν ότι ανήκουν στον οικογενειακό προϋπολογισμό και μόνο ο άντρας μπορεί να τα διαχειρίζεται. Στην ουσία, το οικογενειακό και κοινωνικό σύστημα δεν τους επιτρέπει να έχουν δικαιώματα.» (Ερωτώμενος Νο 5).*

Όλα τα άτομα που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις, υποστήριξαν ότι οι γυναίκες έχουν πολλές ακάλυπτες ανάγκες υγείας, σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο για την υγεία. Ένας ερευνώμενος ανέφερε:

*«Οι γυναίκες νιώθουν πολύ άγχος εξαιτίας των πολλών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν, σε θέματα σχέσεων και επικοινωνίας. Δεν έχουν καταφέρει να εκφράσουν και να καλύψουν όλες τις ανάγκες τους και έτσι νιώθουν πολύ μεγάλη πίεση.» (Ερωτώμενος Νο 12).*

Ένα άλλο άτομο από όσα πήραν μέρος στις συνεντεύξεις είπε:

*«Οι ακάλυπτες ανάγκες των γυναικών τις ωθούν να νιώθουν θυμό για την κοινωνία, την οικογένειά τους και τους συζύγους τους, αλλά δεν μιλάνε σε κανένα σχετικά. Στην πραγματικότητα είναι τόσο πιεσμένες που στρέφουν το θυμό τους και την πίεση που νιώθουν ενάντια στον εαυτό τους.» (Ερωτώμενος Νο 10).*

Οι ψυχοσωματικές ασθένειες είναι πιθανό αποτέλεσμα των ανέκφραστων αναγκών των γυναικών. Ένας ερωτώμενος υποστήριξε:

*«Οι ακάλυπτες ανάγκες χειροτερεύουν την υγεία των γυναικών. Γνωρίζω κάποια κοπέλα στην περιοχή, που έχει φοβερούς πονοκεφάλους από την πίεση που περνά στο οικογενειακό της περιβάλλον. Έχει πάει σε γιατρό αλλά δεν υπάρχει, όπως της είπε οργανικό αίτιο. Της είπε να ηρεμήσει και να μην στενοχωριέται. Να μιλήσει με ειδικό για θέματα ψυχικής υγείας. Εκείνη όμως επιμένει να κρατά το στόμα της κλειστό.» (Ερωτώμενος Νο 14).*

Οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να λειτουργήσουν σαν πηγές ψυχολογικής υποστήριξης και να αποφορτίσουν τις γυναίκες από τις δυσκολίες τους. Ένα από τα άτομα που έλαβε μέρος στην έρευνα αναφέρει:

*«Οι γυναίκες προσπαθούν να περάσουν χρόνο με τις φίλες και τις γειτόνισσές τους, προκειμένου να νιώσουν καλύτερα. Στην ουσία όμως μένουν εγκλωβισμένες στις σκέψεις τους και νιώθουν απίστευτη μοναξιά.» (Ερωτώμενος Νο 10).*

Οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας έχουν πολλές συνέπειες για τη ζωή των γυναικών. Ένα από τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη αναφέρει:

*«Η κατάσταση πολλές φορές έχει φτάσει στα άκρα. Έχω πολλά παραδείγματα από την περιοχή.» (Ερωτώμενος Νο 5).*

Οι περισσότεροι από όσους ρωτήθηκαν παραδέχτηκαν ότι επιβλαβείς συμπεριφορές υγείας είναι το αποτέλεσμα της πίεσης και του άγχους, που οι γυναίκες νιώθουν λόγω των ανικανοποίητων αναγκών τους. Ένας ερωτώμενος αναφέρει:

*«Οι γυναίκες συνήθως διαχειρίζονται το άγχος τους με το να υιοθετούν βλαβερές συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα.» (Ερωτώμενος Νο 3).*

Σαν αποτέλεσμα των πολλών υποχρεώσεών τους, οι γυναίκες δεν έχουν πολύ ελεύθερο χρόνο για χαλάρωση και διασκέδαση. Ένας από τους ανθρώπους που ρωτήθηκαν είπε:

*«Οι περισσότερες δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο εξαιτίας των πολλαπλών τους υποχρεώσεων. Συχνά έρχονται στο γραφείο μου και παραπονιούνται σχετικά.» (Ερωτώμενος Νο 2).*

Παρά το γεγονός ότι κάποιες μπορούν να βρουν ελεύθερο χρόνο, δεν επιτρέπουν στον εαυτό τους να ξεκουραστούν και να διασκεδάσουν. Η κουλτούρα τους δεν αφήνει πολλά περιθώρια για χαλάρωση. Ένας ερευνώμενος υποστήριξε:

*«Είναι συντηρητική κοινωνία. Υπάρχουν πολλοί περιορισμοί για τις γυναίκες. Δεν είναι επιτρεπτό για αυτές να κάνουν εξόδους, αν δε συνοδεύονται από τους συζύγους τους. Δεν έχω δει γυναίκα σε καφετερία στην περιοχή που να μην συνοδεύεται από κάποιον άνδρα της οικογένειας.» (Ερωτώμενος Νο 1).*

### **Γ) Παροχές για την κάλυψη αναγκών υγείας των γυναικών**

Σε σχέση με τις παροχές για την κάλυψη των αναγκών υγείας των γυναικών, όλοι οι γιατροί που ρωτήθηκαν υποστήριξαν ότι οι ιατρικές και νοσηλευτικές ανάγκες των γυναικών της περιοχής καλύφθηκαν. Ένας από αυτούς ανέφερε:

*« Νομίζω ότι οι περισσότερες ιατρικές ανάγκες καλύπτονται. Οι γιατροί προσπαθούν να είναι κοντά στις γυναίκες. Εμείς προσπαθούμε να τις υποστηρίξουμε και να τις συμβουλευόμαστε, αλλά υπάρχουν και θέματα που η υπηρεσία μας δεν μπορεί να καλύψει. Θεωρώ ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες στην περιοχή δεν λειτουργούν σωστά. Εμείς βοηθάμε τις γυναίκες, για να βελτιώσουν τη σχέση με τον άνδρα ή τα παιδιά τους, αλλά αυτά δεν είναι στις άμεσες υποχρεώσεις της υπηρεσίας μας.» (Ερωτώμενος Νο 1).*

Οι κοινωνικές υπηρεσίες που υπάρχουν στην περιοχή καλύπτουν κάποιες από τις ανάγκες των γυναικών. Ένα από τα άτομα που ερωτήθηκαν ανέφερε:

*« Νομίζω ότι οι τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες λειτουργούν σωστά. Οι νοσηλεύτριες και οι κοινωνικοί λειτουργοί καλύπτουν τις ανάγκες υγείας των γυναικών. Τους κάνουν κατοίκον επισκέψεις και τις υποστηρίζουν όσο μπορούν.» (Ερωτώμενος Νο 2).*

Εντούτοις, η ικανοποίηση από τις κοινωνικές υπηρεσίες είναι σε αμφισβήτηση. Παρά τη θετική τους συνεισφορά, κάποιοι θεωρούν ότι έχουν κενά στην ικανοποίηση των αναγκών των γυναικών. Ένας ερωτώμενος υποστήριξε:

*«Υποθέτω ότι πολλά από τα προβλήματα των γυναικών βρίσκουν λύση στις κοινωνικές υπηρεσίες. Ειδικά θέματα, όπως η συμβουλευτική για το ρόλο τους, ως γονείς ή φροντιστές ηλικιωμένων. Όμως θέματα επικοινωνίας ακόμα δεν προσεγγίζονται με επιτυχία.» (Ερωτώμενος Νο 13).*

Το υπάρχον σύστημα κοινωνικής πρόνοιας δείχνει να μην μπορεί να ανταποκριθεί στα αιτήματα των γυναικών. Ένας από τους συμμετέχοντες είπε:

*«Οι γυναίκες δεν μπορούν εύκολα να εκφράσουν τις βαθύτερες κοινωνικές και ψυχολογικές τους ανάγκες. Δεν υπάρχουν κατάλληλες υπηρεσίες που θα τις υποστηρίζουν σχετικά. Υπηρεσίες που να είναι εξειδικευμένες σε γυναικεία θέματα.» (Ερωτώμενος Νο 9).*

Οι υπάρχουσες κοινωνικές υπηρεσίες έχουν ακόμα πολλές δυσκολίες. Ένα από τα άτομα που ερωτήθηκαν λέει:

*«Οι γυναίκες δεν εμπιστεύονται εύκολα τις κοινωνικές υπηρεσίες των τοπικών προγραμμάτων. Φοβούνται πως αν συζητήσουν δικά τους θέματα με τους κοινωνικούς λειτουργούς εκείνοι δε θα το κρατήσουν μυστικό. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες δεν κάνουν αλλαγές στη ζωή τους ακόμα και όταν εκφράσουν τις ανάγκες τους. Δεν βελτιώνουν τις συνθήκες ζωή τους γιατί δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υπηρεσίες να τις υποστηρίζουν.» (Ερωτώμενος Νο 8).*

Οι κοινωνικοί επιστήμονες δεν κάνουν παρεμβάσεις προκειμένου να καταρρίψουν το κοινωνικό στίγμα για θέματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Το στίγμα είναι από τις κυριότερες αιτίες, που εμποδίζουν την έκφραση των κοινωνικών και ψυχολογικών αναγκών των γυναικών. Ένας ερευνώμενος υποστήριξε:

*«Οι γυναίκες φοβούνται το κοινωνικό στίγμα. Κάθε φορά που μιλάνε για κάποιο θέμα που τις απασχολεί, θεωρούν ότι οι σύζυγοί τους, η οικογένειά τους και η κοινωνία μπορεί να τις επικρίνει. Νιώθουν ενοχές. Έρχονται αντιμέτωπες με στερεότυπα και δεν έχουν την κατάλληλη επιστημονική υποστήριξη να τα ξεπεράσουν.» (Ερωτώμενος Νο 10).*

Παράλληλα, δεν υπάρχουν κοινωνικές δομές που θα καλύψουν πλήρως τη φροντίδα παιδιών και ηλικιωμένων. Έτσι, οι γυναίκες δεν έχουν τη δυνατότητα να ασχοληθούν με θέματα δικής τους εργασίας ή άλλου είδους ασχολίες και δραστηριότητες, γιατί πρέπει να αναλάβουν το ρόλο του φροντιστή. Ένας από τους συμμετέχοντες στη μελέτη ανέφερε:

*« Οι γυναίκες επιθυμούν να εργαστούν αλλά δεν μπορούν να το κάνουν , επειδή έχουν αναλάβει τη φροντίδα των παιδιών και των ηλικιωμένων της οικογένειάς τους. Δεν υπάρχουν στην ουσία οι κατάλληλες υπηρεσίες να τις υποστηρίξουν.» (Ερωτώμενος Νο 10).*

#### **Δ) Οι προτάσεις για το μέλλον της υγείας των γυναικών**

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης κάνουν προτάσεις για ανασύσταση του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, μέσω της ανασυγκρότησης των υπαρχόντων κοινωνικών και ιατρικών δομών για γυναίκες. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων πρότεινε τη δημιουργία κοινωνικών υπηρεσιών αποκλειστικά για γυναικεία θέματα. Ένας από τους ερευνώμενους υποστήριξε:

*«Θα φανταζόμουν μια κοινωνική υπηρεσία μόνο για γυναίκες, που θα ασχολούνταν με θέματα της οικογένειας, της ανατροφής των παιδιών και της φροντίδας των ηλικιωμένων, με θέματα σχέσεων και με την κάλυψη κοινωνικών και ψυχολογικών αναγκών.» (Ερωτώμενο Νο 1).*

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η νέα υπηρεσία που θα ήθελαν να δημιουργηθεί θα πρέπει να στελεχωθεί με το κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό.

Ένας ερευνώμενος είπε:

*« Θα ήθελα ένα καφέ για γυναίκες, που θα τους πρόσφερε υπηρεσίες υποστήριξης και συμβουλευτικής από ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό.» (Ερωτώμενος Νο 11).*

Αν και τα περισσότερα από τα άτομα που ερωτήθηκαν, υποστήριξαν την αναγκαιότητα της νέας υπηρεσίας για γυναίκες, θεωρούν πολύ δύσκολο το ενδεχόμενο για πιθανή συμμετοχή των γυναικών στο σχεδιασμό των υπηρεσιών για τις ίδιες. Το υπάρχον κοινωνικό πλαίσιο είναι πολύ αυστηρό. Μια πιθανή αναθεώρησή του θα άφηνε ανοιχτά

τα περιθώρια για συμμετοχή των γυναικών στο σχεδιασμό των υπηρεσιών τους από τις ίδιες. Ένα από τα άτομα της μελέτης υποστήριξε:

*« Κάθε γυναίκα χρειάζεται χρόνο, σκληρή δουλειά και προσωπική ανάπτυξη, για να μπορεί να συμμετέχει στον σχεδιασμό μιας υπηρεσίας για την ίδια. Θέματα δύναμης και κουλτούρας πρέπει να αλλάζουν. Οι σύζυγοί τους, οι οικογένειες και οι γονείς τους καθώς και οι σχετικές νοοτροπίες πρέπει να αλλάζουν.» (Ερωτώμενος Νο 8).*

Αυτή η μελέτη αναδεικνύει την αναγκαιότητα για αλλαγή νοοτροπίας σε σχέση με το ρόλο των γυναικών στη κοινωνία. Ένας ερωτώμενος είπε:

*«Οι γυναίκες πρέπει να αρχίσουν να ξεπερνάνε τις προσωπικές τους δυσκολίες και να αλλάζουν νοοτροπία, προκειμένου να πείσουν τους άνδρες και την κοινωνία ότι έχουν δίκιο.»(Ερωτώμενος Νο 10).*

Οι μέθοδοι κοινοτικής αποτίμησης, ως μέθοδοι εκτίμησης αναγκών υγείας μπορεί να είναι το πρώτο βήμα, που θα μπορούσε να εμπλέξει τις γυναίκες στην διαδικασία σχεδιασμού υπηρεσιών για τις ίδιες. Ένα από τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα ανέφερε:

*« Οι γυναίκες πρέπει να ενθαρρυνθούν να συμμετάσχουν στην εκτίμηση των αναγκών τους και να δρουν συλλογικά για την ικανοποίησή τους. Η συμμετοχή στην εκτίμηση των αναγκών τους είναι το πρώτο βήμα, για να μπουν στη διαδικασία να συμμετέχουν στο σχεδιασμό υπηρεσιών για τις ίδιες.» (Ερωτώμενος Νο 10).*

Όλοι οι ερωτώμενοι κατέληξαν ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι κομβικός, για να εμπλακούν οι γυναίκες στο σχεδιασμό υπηρεσιών για τις ίδιες. Όλοι παραδέχονται ότι οι γυναίκες χρειάζονται υποστήριξη, προκειμένου να τα καταφέρουν. Ένας από τους συμμετέχοντες στη μελέτη υποστήριξε:

*« Χρειάζονται συνέχεια ένα επαγγελματία να τις ενθαρρύνει και να τις υποστηρίξει. Να τις βοηθήσει να εκφράσουν τις ανάγκες τους και έτσι να αρχίσουν να τις ικανοποιούν.» (Ερωτώμενος Νο 13).*



## **Κεφάλαιο 7 Συζήτηση**

Η συζήτηση της παρούσας διατριβής χωρίζεται σε τέσσερα μέρη: 7. 1) Το πρώτο περιλαμβάνει την ποσοτική έρευνα, που μελέτησε την συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου. 7. 2) Το δεύτερο αναφέρεται στην αυτο-αναφερόμενη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες για τις εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου και τη συσχέτισή της με το επάγγελμα του ερευνητή 7.3) Το τρίτο εξετάζει τη συσχέτιση της αυτο-αναφερόμενης υγείας των γυναικών σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο και την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου. 7.4) Το τέταρτο παρουσιάζει τις ανάγκες υγείας των γυναικών, σύμφωνα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας τους (αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας).

### **7.1. Σύνδεση κοινωνικού κεφαλαίου με τη διενέργεια και τη γνώση γυναικολογικών εξετάσεων:**

Τα αποτελέσματα της παρούσης διατριβής δείχνουν τη θετική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με τη γνώση και τη διενέργεια των εξετάσεων πρόληψης του γυναικείου καρκίνου. Διαπιστώθηκε ότι η γνώση των θεμάτων πρόληψης σχετίζεται με το γνωσιακό κοινωνικό κεφάλαιο (cognitive social capital) και ειδικότερα με την παράμετρο ανοχή στην διαφορετικότητα (tolerance of diversity) (Moudatsou και συν. 2014). Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι διαφορετικές παράμετροι του κοινωνικού κεφαλαίου έχουν διαφορετική επίδραση σε ιατρικά αποτελέσματα, καθώς υπάρχουν πολλοί τρόποι, μέσω των οποίων το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει την υγεία των ανθρώπων ( Kritsotakis και συν. 2013).

Το κοινωνικό κεφάλαιο ενθαρρύνει την υιοθέτηση συμπεριφορών πρόληψης με τη δημιουργία της ηθικής υποχρέωσης στις γυναίκες να ενδιαφερθούν για θέματα υγείας τους. Η ηθική διάστασή του, ωθεί τους ανθρώπους στην πρόληψη, καθώς τους υποχρεώνει, σαν ένα είδος κοινωνικής επιταγής, να ακολουθήσουν τις υπάρχουσες κοινωνικές νόρμες πρόληψης (όταν υφίστανται) (Moudatsou και συν. 2014).

Αναλυτικότερα, η κοινωνική αλληλεπίδραση δημιουργεί το αίσθημα της ασφάλειας και του «ανήκειν». Έτσι τα κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα ενθαρρύνουν στρατηγικές πρόληψης, με την υλική, συναισθηματική και ηθική υποστήριξη που

μπορούν να προσφέρουν (Kawachi & Berkman, 2000). Παράλληλα, μπορεί να λειτουργήσει ως μια τεχνική ανακούφισης από στρεσογόνα και πιεστικά γεγονότα (Woolcock & Narayan 2000). Οι δυνατοί κοινωνικοί και οικογενειακοί δεσμοί δίνουν εμπιστοσύνη, υποστήριξη και αισθήματα ανταποδοτικότητας στους ανθρώπους (Bankston & Zhou 2002) και έτσι τους πείθουν να ακολουθήσουν τους κανόνες της πρόληψης.

Οι πιο απομονωμένοι άνθρωποι, σύμφωνα με τα ευρήματα μας, δεν έχουν κοινωνικές επιρροές και κοινωνική υποστήριξη, για να μουν σε διαδικασία πρόληψης (Moudatsou και συν. 2014). Έχει βρεθεί, από έρευνες, ότι η συμμετοχή σε τοπικές δραστηριότητες σχετίζεται θετικά με την καθιέρωση κοινωνικών νορμών (Bankston & Zhou 2002). Αυτές οι νόρμες μπορεί να λειτουργήσουν ως υποκειμενικά πρότυπα και να ωθήσουν τους ανθρώπους στον σχηματισμό συμπεριφορών υγείας, όπως είναι η πρόληψη (Moudatsou και συν. 2014, Tolma και συν. 2006).

Στην έρευνά μας, οι γυναίκες είχαν τη δυνατότητα να αναπτύξουν κοινές κοινωνικές νόρμες και συναισθήματα εμπιστοσύνης και ανταποδοτικότητας, επειδή ακριβώς είναι πληθυσμός που έχει σταθερή κοινωνική κινητικότητα και μοιράζεται τα ίδια κοινά χαρακτηριστικά, όπως γλώσσα, θρησκεία και εθνικότητα, απόψεις και στάσεις ζωής (Moudatsou και συν. 2014).

Η μελέτη μας υποστηρίζει ότι οι στενές οικογενειακές και φιλικές σχέσεις μπορούν να επηρεάσουν θετικά τη χρήση των προληπτικών εξετάσεων (Moudatsou και συν. 2014). Αυτό μπορεί να γίνει μέσα από την υλική υποστήριξη, π.χ. μεταφορά στο πλησιέστερο νοσοκομείο για τη γυναικολογική εξέταση ή και με τη συναισθηματική και ηθική υποστήριξη (Burke και συν. 2009). Άνθρωποι που έχουν στενούς δεσμούς μεταξύ τους μπορούν να επηρεάσουν τους ανθρώπους του στενού οικογενειακού και φιλικού τους περιβάλλοντος. Ιδιαίτερω, έχει διαπιστωθεί ότι η σχέση μάνας και κόρης μπορεί να λειτουργήσει θετικά στην επιλογή συγκεκριμένων συμπεριφορών υγείας (Washington και συν. 2009).

Ειδικότερα, αν οι γυναίκες πιστεύουν ότι μπορούν να νοσήσουν από γυναικείο καρκίνο ή αν θα έχουν πιθανά οφέλη από την διαδικασία της πρόληψης, η γνώμη των δικών τους ανθρώπων μπορεί να δράσει θετικά στην απόφασή τους να εξεταστούν προληπτικά. (Pasick και συν. 2009). Έχει διαπιστωθεί ότι γνώμη των σημαντικών άλλων του κοινωνικού περιβάλλοντος, φίλων και συγγενών, επιδρά θετικά στις διαδικασίες πρόληψης (Tolma και συν. 2006 και Maxwell και συν. 2001).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, μόνο το 10% των συμμετεχόντων της παρούσας έρευνας είχε παντελή άγνοια για την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου. Αυτό σχετίζεται με το υψηλό ποσοστό ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου, το οποίο βοηθά τη μεταφορά και τη μετάδοση της γνώσης, καθώς το κοινωνικό κεφάλαιο δημιουργεί κανάλια επικοινωνίας τα οποία μεταφέρουν την πληροφορία (Beaudoin, 2009). Οι γυναίκες μπορούν να ανταλλάξουν πληροφορίες και γνώση σχετικά με την πρόληψη, όταν γνωρίζουν και εμπιστεύονται η μια την άλλη (O' Keefe, 2002). Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας και τα κατάλληλα οργανωμένα προγράμματα πρόληψης βοηθάνε στην μεταφορά της πληροφορίας, σχετικά με θέματα πρόληψης, ιδίως σε ομάδες πληθυσμού που είναι κοινωνικά απομονωμένοι (Panagouloroulou και συν. 2010).

Στην παρούσα μελέτη, οι νεότερες γυναίκες είναι πιο πιθανό να γνωρίζουν τα θέματα της πρόληψης. Τα αποτελέσματά μας είναι σε συμφωνία με σχετικές έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες και οι λιγότερο μορφωμένες έχουν λιγότερες πιθανότητες να είναι ενήμερες για θέματα πρόληψης του γυναικείου καρκίνου ( Siahpush & Singh, 2002, Trigonι και συν. 2008). Αυτό πιθανόν συμβαίνει, όχι μόνο γιατί οι νεαρότερες έχουν καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης σε σχέση με τις μεγαλύτερες αλλά και επειδή έχουν λάβει την κατάλληλη ενημέρωση και παρότρυνση από τους επαγγελματίες υγείας (Moudatsou και συν. 2014).

Η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών της παρούσας έρευνας (90,4%) γνωρίζουν για τον τρόπο που γίνονται οι εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου και το 27,2% εξ αυτών τις ακολουθούν. Το υψηλό ποσοστό της ορθής γνώσης των εξετάσεων πρόληψης συναντιέται σε μελέτη τόσο σε Έλληνες φοιτητές (94,1%) (Bakogianni και συν. 2012) όσο και σε αντίστοιχη έρευνα στην Τουρκία (43,1%) (Yanikkerem και συν. 2013). Εντούτοις, αν και στις δύο χώρες οι γυναίκες έδειξαν να έχουν το ίδιο περίπου ποσοστό διενέργειας των γυναικολογικών εξετάσεων, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, (27.2% και 24.7%) στην Ελλάδα η γνώση των αντίστοιχων θεμάτων ήταν σε πολύ υψηλότερα ποσοστά.

Στην παρούσα έρευνα, η έλλειψη γνώσης δε δείχνει να είναι το κυριότερο εμπόδιο στη χρήση των εξετάσεων πρόληψης. Είναι όμως σημαντικό να διαπιστωθούν όλα τα εμπόδια και να αντιμετωπιστούν και παράλληλα να αναπτυχθούν προγράμματα πρόληψης του γυναικείου καρκίνου, που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών, σε τοπικό και εθνικό επίπεδο (Moudatsou και συν. 2014).

Η παρούσα μελέτη, αν και παρέχει ενδείξεις για τη θετική συσχέτιση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου με τη γνώση και τη χρήση των εξετάσεων πρόληψης, εντούτοις, υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς. Ο πρώτος περιορισμός σχετίζεται με την κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου με την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου. Δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτα σίγουροι δηλαδή ότι η υιοθέτηση των συμπεριφορών πρόληψης μπορεί να αυξήσει το κοινωνικό κεφάλαιο των ανθρώπων, σαν αποτέλεσμα της γνώσης και της υιοθέτησης των συμπεριφορών υγείας που έχουν στη ζωή τους (Moudatsou και συν. 2014).

Για παράδειγμα, μια γυναίκα που θέλει να εκμαιεύσει πληροφορίες για θέματα πρόληψης, μπορεί να προσεγγίσει μια άλλη γυναίκα που έχει ήδη ακολουθήσει τις αντίστοιχες εξετάσεις. Εντούτοις, στην έρευνά μας η συμμετοχή στις δραστηριότητες της κοινότητας ή σε κοινωνικές ή φιλικές συναντήσεις δεν είναι οι μόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την συμπεριφορά πρόληψης. Η αξία ζωής σχετίζεται επίσης θετικά με την υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών (OR: 1.18, 95% CI: 1.06–1.30), ένδειξη η οποία ισχυροποιεί το ενδεχόμενο ότι η ηθική υποχρέωση και το κοινωνικό κεφάλαιο, είναι περισσότερο πιθανά να επηρεάσουν τις τακτικές πρόληψης αλλά όχι και αντίστροφα (Moudatsou και συν. 2014).

Ένας δεύτερος περιορισμός σχετίζεται με το γεγονός ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μεταβάλλεται σε διαφορετικά κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια (Kritsotakis και συν. 2008, Burke και συν. 2009). Έτσι, τα αποτελέσματά μας δεν μπορούν να είναι συγκρίσιμα σε ανθρώπους που ζουν σε διαφορετικές περιοχές ή χώρες. Εντούτοις, η μελέτη αυτή μπορεί να είναι χρήσιμη στην κατανόηση της συμπεριφοράς πρόληψης, που υιοθετούν οι γυναίκες σε ορεινές περιοχές της Μεσογείου ή σε κοινωνικά ή πολιτισμικά πλαίσια, που οι άνθρωποι έχουν έντονες και μακράς διάρκειας κοινωνικές και φιλικές ή οικογενειακές σχέσεις (Moudatsou και συν. 2014).

Ένας τρίτος περιορισμός είναι ότι η εκτίμηση της γνώσης και της διενέργειας των εξετάσεων πρόληψης ήταν αυτο-αναφορική και δεν ήταν αποτέλεσμα αντικειμενικών εξετάσεων από αντίστοιχα ιατρικά αρχεία. Τέλος, πιθανό περιορισμό αποτελεί ο σχετικά μικρός αριθμός του δείγματος της μελέτης, για το μοντέλο της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκε, κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Κλείνοντας τη συζήτηση για το κοινωνικό κεφάλαιο και την πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου, αναφέρουμε ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παραπέμπουν στην αναγκαιότητα σχεδιασμού και οργάνωσης κοινωνικής πολιτικής για την έγκαιρη πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας,

λαμβάνοντας υπόψιν παραμέτρους όπως το κοινωνικό κεφάλαιο (Burke και συν. 2009, Dang και συν. 2010, Katapodi και συν. 2010). Η συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες για τις εξετάσεις πρόληψης είναι ένα ιδιαίτερα περίπλοκο θέμα, που δέχεται επιρροές από ατομικά, οικογενειακά και κοινοτικά χαρακτηριστικά. Πιθανή μελλοντική έρευνα θα δώσει έμφαση στην αναζήτηση και άλλων παραμέτρων που εμπλέκονται στους λόγους που οι γυναίκες δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τις εξετάσεις πρόληψης. Η συνεισφορά της ποιοτικής έρευνας θα ήταν χρήσιμη στην αναζήτηση των μηχανισμών, μέσω των οποίων τελικά, οι γυναίκες αποφασίζουν να κάνουν προληπτικές εξετάσεις.

## **7.2. Διαφοροποίηση απαντήσεων, ανάλογα με την επαγγελματική ταυτότητα του ερευνητή:**

Η παρούσα διατριβή είναι από τις ελάχιστες που εξέτασαν τη διαφορά στις απαντήσεις που έδωσαν οι γυναίκες στην αυτο-αναφορά τους για θέματα πρόληψης του γυναικείου καρκίνου, σε έρευνες που έγιναν ταυτόχρονα από ερευνητές με διαφορετική επαγγελματική ταυτότητα. Στην περίπτωση του γιατρού ερευνητή, η μελέτη μας έδειξε ότι οι γυναίκες συνηθίζουν να υπερβάλουν όσον αφορά την ακολουθία των εξετάσεων πρόληψης. Η παραπάνω πρόταση είναι συμβατή με την πλειοψηφία της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και αναφέρει ότι οι άνθρωποι συνηθίζουν να υπερβάλουν στις απαντήσεις τους, σε σύγκριση με τα επίσημα ιατρικά αρχεία (Vernon και συν. 2004, Coplan και συν. 2003, Howard και συν. 2009).

Οι γιατροί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχουν μεγάλο μέρος της ευθύνης για την αγωγή υγείας σε θέματα πρόληψης του γυναικείου καρκίνου (Higgins και συν. 2012, Trigoní και συν. 2008). Έτσι, οι γυναίκες συχνά μπορεί να νιώθουν άσχημα και να ντρέπονται να ενημερώσουν τους γιατρούς ότι δεν ακολουθούν τις εξετάσεις πρόληψης και αντ' αυτού προτιμούν να απαντούν θετικά, δίνοντας έτσι κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις. Συνήθως, οι γυναίκες, όταν ερωτώνται από γιατρούς, υπερβάλουν ως προς τη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες για τις εξετάσεις πρόληψης, καθώς θεωρούν ότι αν μιλήσουν με ειλικρίνεια για τα πεπραγμένα τους, οι γιατροί λόγω ειδικότητας θα προσπαθήσουν να τις μεταπείσουν για να ακολουθήσουν τις αντίστοιχες εξετάσεις.

Μια διαφορά στην προσέγγιση μεταξύ γιατρού και κοινωνικού λειτουργού είναι ότι στη συμβουλευτική των γυναικών για θέματα πρόληψης, ο πρώτος θα ζητήσει από

τις γυναίκες να του προσκομίσουν τις αντίστοιχες ιατρικές αποδείξεις για την ακολουθία των εξετάσεων. Ενώ, στην περίπτωση του κοινωνικού λειτουργού, οι γυναίκες δεν νιώθουν την υποχρέωση να προσκομίσουν τα σχετικά τεκμήρια και έτσι νιώθουν ανακουφισμένες από το πιθανό βάρος να αναγκαστούν να ακολουθήσουν τις εξετάσεις, αν πραγματικά δεν το επιθυμούν (Smith και συν.2007). Μια άλλη πιθανή εξήγηση για τις διαφορετικές απαντήσεις που έδωσαν οι γυναίκες στον ερευνητή γιατρό και στον ερευνητή κοινωνικό λειτουργό σχετίζεται με την διαφορετική επιστημονική προσέγγιση και εκπαίδευση των δύο αυτών επαγγελματιών υγείας. Όσο αφορά την κοινωνική εργασία, κομβικό ρόλο στην εφαρμογή της έχει η ικανότητα του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού για ενσυναίσθηση (empathy) και κατανόηση των εμπειριών και των συναισθημάτων των εξυπηρετούμενων τους (Decety & Jackson 2004, Trevithic, 2003, Wickman & Campbell 2009).

Μια επαγγελματική προσέγγιση που βασίζεται στην ενσυναίσθηση περιλαμβάνει ευαισθησία και επικοινωνία με τον εξυπηρετούμενο και μια βαθιά κατανόηση και γνώση των θεμάτων που τον απασχολούν (Gerdes & Segal, 2009). Η ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ κοινωνικού λειτουργού και εξυπηρετούμενου δεν μπορεί να αναπτυχθεί, αν δεν υπάρχει από τον κοινωνικό λειτουργό το ειλικρινές ενδιαφέρον και η ένδειξη για βαθιά κατανόηση του εξυπηρετούμενου (Morrison 2006).

Όσον αφορά τους γιατρούς, έχουν πατερναλιστική συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς τους. Συνήθως τους συμβουλεύουν και δρουν σαν πατρικές φιγούρες, χωρίς να τους αφήνουν πολλά περιθώρια να επιλέξουν ελεύθερα εκείνοι. Σε ένα τέτοιο ιατρικό πλαίσιο, οι άνθρωποι έχουν μάθει να ακούν και να ακολουθούν τις οδηγίες των γιατρών, χωρίς να εκφράζουν ερωτήσεις ή διαφωνίες (Morgan, 2003).

Συμπερασματικά, ερμηνεύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης μας, ο κοινωνικός λειτουργός δείχνει να είναι καλύτερα προετοιμασμένος, για να μπορεί να ανιχνεύσει πιο ειλικρινείς απαντήσεις από τις γυναίκες σχετικά με τη συμπεριφορά πρόληψης που ακολουθούν. Μέσα από την ενσυναίσθηση, μπορεί να ενδυναμώσει, να υποστηρίξει και να ενθαρρύνει τις γυναίκες να μιλήσουν ελεύθερα, χωρίς φόβο και ενοχές, για θέματα πρόληψης του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας.

Επιπλέον, οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι, λόγω της εκπαίδευσής τους, σε θέση να διαπιστώσουν, αν οι ερευνώμενες γυναίκες έχουν κατανοήσει τις ερωτήσεις τους ή χρειάζονται επιπλέον διευκρινήσεις ή άλλη σχετική βοήθεια (Ames & Kammrath, 2004). Αυτό υποστηρίζουν και οι Derrett και Colhoum (2011) και οι Simon (2006), οι

οποίοι αναφέρουν ότι η ποιότητα της αλληλεπίδρασης στη σχέση ερευνητή και ερευνώμενου μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα της έρευνας.

Στην παρούσα μελέτη, οι γυναίκες που αναφέρουν ότι έχουν καλή ή πολύ καλή υγεία, έχουν το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας στις απαντήσεις που δίνουν τόσο στο γιατρό όσο και στον κοινωνικό λειτουργό ερευνητή για την διενέργεια των εξετάσεων πρόληψης. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι γυναίκες, με κακή υποκειμενική υγεία, μπορεί να έχουν πραγματικά προβλήματα υγείας τα οποία δε σχετίζονται με καρκίνο. Στην περίπτωση αυτή, δεν θέλουν να προσθέσουν επιπλέον προβλήματα στην καθημερινή τους ρουτίνα ή επιθυμούν να αποφύγουν άλλη επιπλέον επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και έτσι δεν αποκαλύπτουν την αλήθεια για το αν ακολουθούν τις εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου.

Αν και τα αποτελέσματά μας υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική ταυτότητα του ερευνητή είναι σημαντική για την ακρίβεια των αυτο-αναφερόμενων εξετάσεων πρόληψης του γυναικείου καρκίνου, εντούτοις, η παρούσα έρευνα υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς. Η κυριότερη δυσκολία έγκειται στην επικύρωση της ακρίβειας των δεδομένων μας, με συγκρίσεις από επίσημα ιατρικά αρχεία (gold standard). Επιπλέον, υπάρχει το ενδεχόμενο, η διαφορά στις απαντήσεις που δόθηκαν στους δύο ερευνητές, να είναι απόρροια των διαφορετικών ατομικών χαρακτηριστικών τους και όχι αποτέλεσμα της διαφορετικής επιστημονικής τους εκπαίδευσης.

Παρά τους όποιους περιορισμούς, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες υπερβάλλουν όσον αφορά τη διενέργεια των εξετάσεων πρόληψης στον ερευνητή γιατρό σε σχέση με τον κοινωνικό λειτουργό ερευνητή. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και τα δεδομένα μας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα για το σημαντικό ρόλο του ερευνητή στη μέτρηση των εξετάσεων πρόληψης του γυναικείου καρκίνου, με τη μέθοδο της αυτο-αναφοράς. Οι ερευνητές οφείλουν να είναι ευαισθητοποιημένοι σε πολιτισμικά και γνωστικά θέματα που αφορούν τη διαδικασία της πρόληψης και να είναι σε θέση να περιορίζουν, στο ελάχιστο, τυχόν επιθυμία των ερευνώμενων για κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούν να διερευνήσουν σε βάθος τους τρόπους που οι γυναίκες απαντούν για την ακολουθία των εξετάσεων πρόληψης και σε άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές. Παράλληλα, η μελέτη αυτή θα πρέπει να ενδυναμωθεί και με συγκρίσεις από αντίστοιχα επίσημα ιατρικά αρχεία. Επιπλέον, η εξέταση των ιδιαίτερων ατομικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των γυναικών που έδωσαν διαφορετική απάντηση στους δύο ερευνητές, μπορεί να αποτελέσει

αντικείμενο μελλοντικής έρευνας. Επίσης, η εις βάθος διερεύνηση με τη χρήση της ποιοτικής έρευνας, είτε σε ατομικό επίπεδο είτε μέσα από ομάδες εστίασης, των απόψεων των γυναικών που απάντησαν διαφορετικά στους δύο ερευνητές, είναι ένα άλλο πιθανό θέμα που μπορεί να μελετηθεί.

### **7.3. Οικολογία της αυτο-αναφερόμενης υγείας:**

Η παρούσα μελέτη δείχνει τη θετική σύνδεση του υψηλού κοινωνικού κεφαλαίου με τα ποσοστά καλής αυτο-αναφερόμενης υγείας των γυναικών σε ένα ορεινό δήμο της Κρήτης. Η θετική συσχέτιση με την θετική αυτο-αναφερόμενη υγεία ισχύει και για συνιστώσες του κοινωνικού κεφαλαίου όπως τις αξίες ζωής και το αίσθημα της ασφάλειας. Το αντίστροφο ισχύει και για τις γυναίκες που ανέφεραν κακή αυτο-αναφερόμενη υγεία.

Μια πιθανή εξήγηση προέρχεται από το γεγονός ότι οι γυναίκες στην παρούσα μελέτη είναι μια ομοιογενή ομάδα που μοιράζονται κοινές κοινωνικές νόρμες και αξίες ζωής καθώς και κοινωνικά χαρακτηριστικά όπως η θρησκεία, η γλώσσα, η εθνικότητα (Moudatsou και συν. 2014). Έτσι, οι γυναίκες που έχουν υψηλά ποσοστά κοινωνικού κεφαλαίου και των αντίστοιχων συνιστωσών του, όπως οι αξίες ζωής και η ασφάλεια, έχουν μεγάλη πιθανότητα να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες και πηγές που ενδυναμώνουν και βελτιώνουν την υγεία τους (Beaudoin, 2009). Το αντίθετο συμβαίνει για τους ανθρώπους που έχουν χαμηλά ποσοστά κοινωνικού κεφαλαίου.

Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να βελτιώσει την υποκειμενική υγεία των ανθρώπων με τη μεταφορά της πληροφορίας και της γνώσης (Moudatsou και συν. 2014, Beaudoin, 2009). Οι γυναίκες που έχουν καλή γνώση ιατρικών θεμάτων, έχουν περισσότερες πιθανότητες να μπορούν να ξεχωρίσουν τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας και να δίνουν αντικειμενικές απαντήσεις στις αυτο-αναφορές τους. Η εκπαίδευση μπορεί να αυξήσει την ακρίβεια των απαντήσεων στην αυτο-αναφερόμενη υγεία, καθώς δίνει την ιατρική γνώση για την υγεία και την ασθένεια (Dowd & Zajacova 2007, Vaisey, 2006).

Υπάρχουν μελέτες που συνδέουν το κοινωνικό κεφάλαιο και τις συνιστώσες του με την αυτο-αναφερόμενη υγεία, μέσω διαφορετικών συσχετίσεων (Rose, 2000). Σε μια μελέτη, που εξετάζει τη σύνδεση μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου και της αυτο-αναφερόμενης υγείας στη Μεγάλη Βρετανία, βρέθηκε να υπάρχει σύνδεση μεταξύ της



κοινωνικής εμπιστοσύνης και της αυτο-αναφερόμενης υγείας (Snelgrove και συν. 2009).

Αντίθετα, υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ουδέτερη ή και αρνητική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου και της αυτο-αναφερόμενης υγείας ,σε συνάρτηση πάντα με το υπάρχον κοινωνικό πλαίσιο που επιδρά στη διαμόρφωσή τους (Kennelly και συν. 2003). Οι Kim και συν. (2006) σε έρευνά τους στις Η.Π.Α., υποστηρίζουν ότι το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο και η εμπιστοσύνη στην εθνικότητα συνδέονται με κακή αυτο-αναφερόμενη υγεία. Επίσης, σε άλλες έρευνες, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ της συμμετοχής σε δράσεις της κοινότητας και της αυτο-αναφερόμενης υγείας (Wen και συν. 2003, Veenstra, 2000). Μια πιθανή ερμηνεία αυτών των αντιφατικών αποτελεσμάτων είναι οι διαφορετικοί τρόποι που το κοινωνικό κεφάλαιο επιδρά στην υγεία (Kritsotakis και συν. 2013).

Σύμφωνα με την έρευνά μας, τα υψηλά ποσοστά οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων έχουν μια θετική συσχέτιση με την αυτο-αναφερόμενη υγεία. Αυτό συμβαίνει, καθώς ο πληθυσμός της παρούσας έρευνας, έχει σταθερή κοινωνική κινητικότητα που δημιουργεί τις προϋποθέσεις για στενές φιλικές και κοινωνικές σχέσεις (Moudatsou και συν. 2014). Με την άποψη αυτή, συμφωνεί η έρευνα των Hygrrä & Mäki, (2001), η οποία υποστηρίζει τη θετική συσχέτιση μεταξύ της φιλίας και της καλής αυτο-αναφερόμενης υγείας.

Μια πιθανή ερμηνεία αυτών των αποτελεσμάτων είναι ότι οι φιλικές σχέσεις παρέχουν ηθική και συναισθηματική υποστήριξη, που δρα προληπτικά, σαν ένα μέσο που μειώνει τον κοινωνικό αποκλεισμό και την απομόνωση αλλά και σαν ένας τρόπος ανακούφισης από στρεσογόνα γεγονότα (Woolcock & Narayan, 2000, Kawachi & Berkman, 2000, Abbot & Freeth, 2008).

Η συναισθηματική υποστήριξη μειώνει τα συναισθήματα ανασφάλειας και μειονεξίας, τα οποία προκύπτουν από τις καθημερινές δυσκολίες των ανθρώπων. Τα άτομα με καλή συναισθηματική υποστήριξη έχουν πολλές πιθανότητες να διαχειριστούν καλά τα προβλήματα και τις δυσκολίες της καθημερινότητας τους και έτσι μειώνουν αισθητά τις πιθανότητες, κάποια στιγμή να νοσήσουν με κατάθλιψη (Poder και συν. 2010). Έτσι, ενώ οι γυναίκες της έρευνάς μας μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας ή αναπηρίες, είναι πιθανό να αναφέρουν καλή υγεία, εξαιτίας των καλών προσωπικών τους σχέσεων.

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ότι η ακολουθία των εξετάσεων πρόληψης του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας σχετίζονται θετικά με την αυτο-

αναφορά καλής υγείας. Στην αναζήτηση βιβλιογραφίας δε βρέθηκε σχετική μελέτη. Εντούτοις, η υποκειμενική υγεία έχει συσχετιστεί με άλλες συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα, το επίπεδο βάρους και η φυσική δραστηριότητα (Wen, και συν. 2003).

Τα αποτελέσματά μας μπορούν να ερμηνευτούν σύμφωνα με τη θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς ( theory of planned behavior). Έτσι, όταν ένα άτομο υιοθετεί μια νέα συμπεριφορά υγείας όπως τη μαστογραφία ή το test pap , αυτό θα έχει αντίκτυπο στην υποκειμενική του υγεία, γιατί θα θεωρεί ότι η υγεία του βελτιώθηκε, άσχετα από το αντικειμενικό αποτέλεσμα (Bailis και συν. 2003). Έτσι, η επιτυχημένη διενέργεια των εξετάσεων πρόληψης μπορεί να οδηγήσει στην αυτο- αναφορά καλής υγείας.

Επιπλέον οι γυναίκες που ακολουθούν τις εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου, έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι σε επαφή με επαγγελματίες υγείας στην κοινότητα, όπως γιατρούς, μαίες και κοινωνικούς λειτουργούς. Οι επαγγελματίες αυτοί έχουν σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση και τη συμβουλευτική για θέματα πρόληψης (Higgins και συν. 2012, Trigonι και συν. 2008). Έτσι, οι πολίτες που επισκέπτονται αυτούς τους επαγγελματίες έχουν πολλές πιθανότητες να ενημερωθούν όχι μόνο για θέματα πρόληψης αλλά και για άλλα θέματα υγείας, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες να βελτιώσουν αισθητά την υγεία τους.

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η καλή αυτο-αναφερόμενη υγεία μειώνεται με την ηλικία. Άποψη που υποστηρίζεται και από άλλες μελέτες (Doorslaer & Gerdtham, 2003, Wen και συν. 2003, Baron - Epel και συν. 2005). Ο Wen και συν. (2003) υποστηρίζουν ότι οι νεότεροι άνθρωποι έχουν καλύτερη αυτο-αναφερόμενη υγεία σε σχέση με τους μεγαλύτερους. Οι άνθρωποι που είναι μεγαλύτεροι των 60 ετών είναι πιο πιθανόν να αναφέρουν κακή υγεία. Μια πιθανή εξήγηση είναι το γεγονός, ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες έχουν να αντιμετωπίσουν και προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την εμμηνόπαυσή τους (Baron - Epel και συν. 2005). Ενώ, οι νέες γυναίκες είναι πιο πιθανόν να έχουν καλή γνώση για τα θέματα υγείας τους γιατί έχουν καλή εκπαίδευση και καλύτερη ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας (Moudatsou και συν. 2014).

Εντούτοις, υπάρχουν αντιφατικά αποτελέσματα για το ρόλο της ηλικίας. Η σταθερότητα στην αυτο-αναφερόμενη υγεία μπορεί να διαφοροποιηθεί σε σχέση με τις συγκρίσεις που κάνει το άτομο με άλλους συνομηλίκους του (Leinonen και συν. 2001). Είναι συνηθισμένο οι άνθρωποι να κρίνουν την υγεία τους σε συνάρτηση με την υγεία των συνομηλίκων τους. Έτσι, τους είναι πιο εύκολο να αποδεχτούν τα όποια

προβλήματα στη δική τους υγεία (Groot, 2000). Συνήθως, όσο μεγαλώνουν οι άνθρωποι τείνουν να αποδέχονται περισσότερο την κατάσταση της υγείας τους (Leinonen και συν. 2001).

#### **7.4. Αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας: Εκτίμηση αναγκών υγείας των γυναικών:**

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η υγεία και η ζωή των γυναικών διαμορφώνονται σύμφωνα με τη θέση τους στο υπάρχον σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, που ισχύει για τις χώρες της νότιας Ευρώπης. Οι Bambra και συν. (2009) υποστηρίζουν ότι το κοινωνικό σύστημα πρόνοιας είναι σημαντικός παράγοντας προσδιορισμού της υγείας των ανθρώπων, επειδή «μεταφράζει» σε πράξη τα αποτελέσματα της εκάστοτε κοινωνικής και οικονομικής θέσης ενός ανθρώπου στην υγεία του.

Σε σχέση με την έρευνά μας, το υπάρχον σύστημα πρόνοιας βάζει εμπόδια στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων των γυναικών, καθώς δεν έχει θεσπίσει και οργανώσει ένα σύστημα οικογενειακής πολιτικής που θα ενδυναμώνει το ρόλο των γυναικών στην οικογένεια και στην κοινωνία. Σε έρευνα που εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στο φύλο των ανθρώπων και την υγεία τους, σε διαφορετικές χώρες της Ευρώπης, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες στις χώρες της νότιας Ευρώπης έχουν χειρότερη υγεία. Αυτό συμβαίνει, γιατί το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας των χωρών αυτών δεν προσφέρει στις γυναίκες τις κατάλληλες παροχές, που θα υποστηρίξουν τη θέση τους στην κοινωνία (Bambra και συν. 2009).

Οι γυναίκες δεν έχουν ακόμα τη δύναμη να ακολουθήσουν τη ζωή που επιθυμούν. Το φύλο ενός ατόμου είναι άμεσα συσχετισμένο με τη δύναμη που έχει στη ζωή του και επηρεάζει τη θέση που θα έχει στην οικογένειά του και στην κοινωνία. Ο Pascall (2008) αναφέρει ότι οι γυναίκες στην Ευρώπη είναι πιο πιθανό να είναι μητέρες και φροντιστές, ενώ οι άντρες να έχουν κάποια εργασιακή απασχόληση και να κάνουν επαγγελματική καριέρα. Οι Marmot και συν. (2009) και ο Philips (2005) συμφωνούν και υποστήριξαν ότι η έλλειψη δύναμης και η δυσκολία συμμετοχής στον τρόπο που λαμβάνονται οι αποφάσεις είναι μεγάλο εμπόδιο για τις γυναίκες και την υγεία τους.

Οι φωνές των γυναικών είναι αποδυναμωμένες, επειδή έχουν υποστεί έλεγχο σε κάθε πτυχή της ζωής τους (Jejeebhoy & Sathar, 2004). Το υπάρχον σύστημα κοινωνικής πρόνοιας και οι οικογένειές τους, δεν τις έχουν υποστηρίξει και ενδυναμώσει. Η Moss (2002) υποστηρίζει ότι η εργασία είναι για τον άνθρωπο ένδειξη του ελέγχου, της δύναμης και της εξουσίας που έχει στη ζωή του.

Η έρευνά μας ανέφερε ότι η αδυναμία του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας να δημιουργήσει υπηρεσίες κατάλληλες για τις γυναίκες, τα παιδιά και τα άτομα με αναπηρίες, δεν δίνει την ευκαιρία στις γυναίκες να βελτιώσουν τη θέση τους μέσα στην οικογένεια και την κοινωνία. Η Symeonidou (2009) ανέφερε ότι οι οικογενειακές παροχές στην Ελλάδα είναι σε πολύ χαμηλό επίπεδο. Υπάρχει ένας περιορισμένος αριθμός με υπηρεσίες για παιδιά και ηλικιωμένους και έτσι η φροντίδας της οικογένειας έχει αφεθεί στις γυναίκες (Symeonidou, 2009).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, υπάρχει ένας σχετικά μικρός αριθμός υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, για να καλύψουν τις ανάγκες των γυναικών. Οι Lazenbath & Murray (2004) συμφωνούν και προσθέτουν ότι η έλλειψη κατάλληλων υπηρεσιών υγείας για τις γυναίκες δημιουργεί πολλά εμπόδια στη δυνατότητα κάλυψης των γυναικείων αναγκών. Στην πραγματικότητα, όλες αυτές οι ελλείψεις ωθούν τις γυναίκες να επιβεβαιώσουν τον παραδοσιακό τους ρόλο ως φροντιστές. Έτσι όμως αυξάνουν τις υποχρεώσεις και τις ευθύνες τους.

Ο ρόλος του φροντιστή και οι δυσκολίες του είναι κοινός σε πολλές μελέτες (Lazenbath & Murray, 2004, Kasper, 2002, Bryant 2009, Davidson και συν. 2008). Εξαιτίας των πολλών καθημερινών τους υποχρεώσεων, οι γυναίκες δεν έχουν χρόνο να φροντίσουν τον εαυτό τους και την υγεία τους. Ο ρόλος του φροντιστή της οικογένειάς τους αποτελεί καθήκον για αυτές και τις κάνει να παραμελούν τον εαυτό τους, βάζοντας τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους πάνω από τις ίδιες και τις ανάγκες τους (Tinker, 2000, Doyal, 2000). Οι Schoenfeld & Juarbe (2005) συμφωνούν και στην έρευνά τους ανέφεραν πολλά περιστατικά γυναικών που θυσιάστηκαν για την οικογένειά τους.

Στην παρούσα έρευνα, το πρότυπο του Μεσογειακού άνδρα κουβαλητή (Mediterranean breadwinner model) έχει κομβικό ρόλο στην υγεία και τη ζωή των γυναικών. Οι γυναίκες είναι αποδυναμωμένες, επειδή δεν έχουν την κοινωνική, εκπαιδευτική και οικονομική υποστήριξη να νιώσουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και να κάνουν επιλογές στη ζωή τους. Αυτό εξηγεί και τους λόγους που δεν θέλουν να εκφράσουν τις ανάγκες υγείας τους (Davidson και συν. 2008). Ο Tinker (2000) συμφωνεί ότι η έλλειψη εκπαίδευσης οδηγεί τις γυναίκες στο να νιώθουν ότι δεν έχουν τον έλεγχο στις αποφάσεις της ζωής τους και έτσι πιθανόν να αποθαρρύνονται να μιλήσουν για τις ανάγκες υγείας που έχουν και να ζητήσουν βοήθεια.

Σύμφωνα με τα δεδομένα μας, η υπάρχουσα κουλτούρα ενισχύει τις αυστηρές οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις και δεν βοηθά τις γυναίκες να ξεπεράσουν τις

δυσκολίες τους. Τα κοινωνικά δίκτυα στις χώρες της Μεσογείου είναι άμεσα συνδεδεμένα με την υπάρχουσα κουλτούρα και υποστηρίζουν ένα συντηρητικό τρόπο ζωής για τις γυναίκες (Litwin, 2010). Ωθούν τις γυναίκες να ακολουθήσουν την υπάρχουσα κοινωνική νόρμα σχετικά με τη θέση και τον ρόλο τους, αδιαφορώντας για τις ανάγκες τους. Ο Williams (2002) συμφωνεί και υποστηρίζει ότι οι οικογενειακές σχέσεις λειτουργούν ταυτόχρονα και θετικά και αρνητικά, καθώς μπορούν να προσφέρουν όχι μόνο υποστήριξη αλλά και πολύ άγχος. Εξαρτάται από το κοινωνικό πλαίσιο που κάθε φορά διαμορφώνονται.

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι τελικά οι γυναίκες έχουν πολλές ανάγκες ακάλυπτες (κοινωνικές και ψυχολογικές) οι οποίες χειροτερεύουν την υγεία τους. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι ακάλυπτες ανάγκες δημιουργούν πολύ άγχος. Ειδικότερα, οι νεαρότερες γυναίκες διαχειρίζονται το άγχος τους με την χρήση φαρμάκων ή με την υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας όπως το κάπνισμα ή το αλκοόλ. Οι Marmot & Wilkinson (2001), Lazenbatt & Murray (2004), Walter (2004), συμφωνούν κι υποστηρίζουν ότι οι αρνητικές συμπεριφορές υγείας είναι ένας από τους πιο γνωστούς τρόπους διαχείρισης του αυξημένου άγχους.

Η πλειοψηφία των γυναικών της παρούσας μελέτης δεν αντιδρούν στα θέματα που τις στενοχωρούν και τις αγχώνουν, απλά συνεχίζουν να νιώθουν λυπημένες ή κάποιες φορές απογοητευμένες. Σε αυτή την περίπτωση είναι πιθανόν να χρησιμοποιήσουν και επιλογές που να στρέφονται εναντίον του εαυτού τους, επειδή δεν έχουν άλλο τρόπο να αντιδράσουν σε ότι τις ενοχλεί και τις βασανίζει (Moss, 2002).

Η μελέτη αυτή μπορεί να κάνει προτάσεις στο υπάρχον σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, σε τοπικό επίπεδο, για τη βελτίωση της θέσης των γυναικών. Η κοινωνική πολιτική του ερευνώμενου δήμου θα πρέπει να σχεδιάζει και να παρέχει υπηρεσίες που θα εξασφαλίζουν την ισότιμη θέση των γυναικών στην κοινωνία. Οι υποχρεώσεις των γυναικών ως φροντιστές μπορούν να περιοριστούν, μόνο αν προσφερθούν στην κοινωνία οι κατάλληλες υπηρεσίες φροντίδας των αδύνατων μελών της οικογένειας.

Επίσης, σύμφωνα με την έρευνά μας, οι υπηρεσίες θα πρέπει να σχεδιάζονται σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας των γυναικών και να ανταποκρίνονται στις επιθυμίες τους. Η Symeonidou (2009) υποστήριξε ότι θα πρέπει να υπάρξουν οργανωμένες παρεμβάσεις, τόσο με οικονομικές παροχές όσο και σε υπηρεσίες, που θα υποστηρίζουν την οικογένεια και τα μέλη της σε μια κοινωνία. Παράλληλα, ανέπτυξε το ρόλο των εθελοντικών οργανώσεων και των άτυπων δικτύων φροντίδας που θα μπορούν να

προσφέρουν βοήθεια στις ανάγκες φροντίδας που προκύπτουν στα πλαίσια μιας οικογένειας.

Η έρευνά μας προτείνει την ενδυνάμωση των γυναικών (Lazenbatt και συν. (2001), Patton (2002), Moudatsou (2001) μέσα από μια διαδικασία αλλαγής της υπάρχουσας κοινωνικής νόρμας σχετικά με το ρόλο των γυναικών στην κοινωνία. Ο Moreno (2002) συμφωνεί και αναφέρει ότι οι γυναίκες θα πρέπει να υποστηριχτούν, για να μπορέσουν να διεκδικήσουν την ικανοποίηση των αναγκών τους, μέσα από μια διαδικασία ενδυνάμωσης του ρόλου τους στη οικογένεια, στην αγορά εργασίας και στην κοινωνία.

Σε ένα τέτοιο κοινωνικό πλαίσιο, είναι σημαντικό να κατανοήσουν όλοι οι εμπλεκόμενοι ότι τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες θα πρέπει να μπουν σε διαδικασία αλλαγής των απόψεών τους σε σχέση με τη θέση και τους ρόλους των δύο φύλων. Αυτό είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί με τη βοήθεια εκπαιδευτικών προγραμμάτων και με την επαγγελματική καθοδήγηση των αντίστοιχων επαγγελματιών υγείας. Τέτοιου είδους όμως πρωτοβουλίες θα πρέπει να είναι οργανωμένες και να έχουν την αντίστοιχη πολιτική, οικονομική και εκπαιδευτική υποστήριξη (Lugemwa, 2007, Faridi, 2007, Smith και συν. 2005).

Η παρούσα έρευνα όμως υπόκειται και σε κάποιους περιορισμούς. Τα αποτελέσματά της δεν είναι αντιπροσωπευτικά του γενικού πληθυσμού. Η συμμετοχή άλλων ερευνώμενων στη μελέτη πιθανόν να έδινε άλλα ευρήματα στο θέμα των αναγκών υγείας των γυναικών. Επιπλέον, η έλλειψη πληροφοριών από ανάλογες δευτερογενείς ή άλλες σχετικές ποιοτικές έρευνες δεν αφήνει περιθώρια, για να γίνουν συγκρίσεις και να αξιολογηθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των δικών μας αποτελεσμάτων.

Στη παρούσα μελέτη, όλοι οι άνθρωποι που ερευνήθηκαν είναι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες του μελετώμενου δήμου. Επιπλέον, κάποιοι από αυτούς δεν έχουν μόνιμη εργασία, αλλά η εργασιακή τους σχέση στηρίζεται σε συμβάσεις που ανανεώνονται από τη δημοτική αρχή. Κάτω από ένα τέτοιο εργασιακό καθεστώς, δεν είναι απίθανο οι άνθρωποι αυτοί να μην ήταν πλήρως αντικειμενικοί στις απαντήσεις τους και να απέφυγαν να ασκήσουν κριτική για τα κακώς κείμενα των θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία των γυναικών. Οι περισσότεροι από αυτούς που μίλησαν, υποστήριξαν το ρόλο των τοπικών υπηρεσιών και έτσι δεν είμαστε βέβαιοι για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των απαντήσεών τους.

Η παρούσα μελέτη εκτίμησης των αναγκών υγείας των γυναικών μπορεί να συνεισφέρει σε περιοχές της ορεινής λεκάνης της Μεσογείου ή σε παρόμοια κοινωνικά πλαίσια, όπου οι γυναίκες και οι ανάγκες τους δεν καλύπτονται, λόγω της αυστηρής κοινωνικής κουλτούρας που υπάρχει. Σε ένα τέτοιο συντηρητικό κοινωνικό περιβάλλον, οι ανάγκες των γυναικών διαμορφώνονται από τις υπάρχουσες κοινωνικές αντιλήψεις για τη θέση και το ρόλο των γυναικών στην κοινωνία, σε συνάρτηση της επίδρασης του υπάρχοντος συστήματος κοινωνικής πρόνοιας και των παροχών που εξασφαλίζει ή όχι στις γυναίκες. Η εκτίμηση των αναγκών υγείας τους θα πρέπει να γίνεται ολιστικά και να λαμβάνει υπόψιν της όλους τους πιθανούς παραμέτρους που τη διαμορφώνουν.

## Γενικά Συμπεράσματα

- Το κοινωνικό κεφάλαιο διαμορφώνεται σε συνάρτηση με το ατομικό, κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον που ζουν οι γυναίκες. Επομένως, αποτελεί «δείκτη» των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας τους. Αυτό συμβαίνει, γιατί, όταν μετριέται σε ατομικό επίπεδο, τόσο στο σύνολό του όσο και μέσω των συνιστωσών του όπως η εμπιστοσύνη, η ανταποδοτικότητα, η συμμετοχή, η ασφάλεια και η κοινωνική υποστήριξη, επηρεάζει θετικά την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου.
- Η πρόληψη του γυναικείου καρκίνου είναι ένα θέμα πολυπαραγοντικό και θα πρέπει να εξετάζεται σε συνάρτηση με όλες τις συνιστώσες που το επηρεάζουν. Η κοινωνική του διάσταση θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας και τα στελέχη που σχεδιάζουν τις πολιτικές πρόληψης σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.
- Η ενίσχυση του κοινωνικού κεφαλαίου θα πρέπει να βρίσκεται πάντα στον σχεδιασμό των εργαζόμενων σε υπηρεσίας δημόσιας υγείας και πρόνοιας. Η ενθάρρυνση και η υποστήριξη των γυναικών από επαγγελματίες υγείας, για να συμμετέχουν σε κοινωνικά δίκτυα και δραστηριότητες και να βελτιώσουν τις κοινωνικές και οικογενειακές τους σχέσεις μπορεί να λειτουργήσουν θετικά στη ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου τους.
- Τα όποια προγράμματα πρόληψης που επιδιώκουν την ενίσχυση των προληπτικών συμπεριφορών μέσα από τη θετική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου, θα πρέπει να σχεδιάζονται σε τοπικό επίπεδο λόγω της πιθανής διαφοροποίησης του κοινωνικού κεφαλαίου στην κάθε τοπική κοινότητα.
- Η αυτο-αναφερόμενη υγεία των γυναικών έχει κοινωνική διάσταση. Το κοινωνικό κεφάλαιο τόσο στο σύνολό του όσο και μέσω των συνιστωσών του, αξία ζωής, συναισθήματα ασφάλειας και κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις μπορεί να βελτιώσει την αίσθηση που έχουν οι γυναίκες για την υποκειμενική τους υγεία.



- Η γνώση και η ακολουθία των εξετάσεων πρόληψης του γυναικείου καρκίνου επιδρούν θετικά στην καλή αυτο-αναφερόμενη υγεία των γυναικών. Αυτό συμβαίνει, γιατί, όταν ένα άτομο υιοθετεί μια νέα συμπεριφορά υγείας όπως τη μαστογραφία ή το test pap, αποκτά την πεποίθηση ότι η υγεία του βελτιώθηκε, άσχετα από το αντικειμενικό αποτέλεσμα που πιθανόν έχει.
- Η επαγγελματική εκπαίδευση του ερευνητή στην ενσυναίσθηση μειώνει την απόσταση που δημιουργούν οι κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές διαφορές ανάμεσα σε ερευνητή και ερευνώμενο. Έτσι, δημιουργούνται αισθήματα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στο άτομο, ωθώντας το να εκφράσει τυχόν απορίες σε περίπτωση άγνοιας και έτσι να μπορεί να είναι πιο αντικειμενικό στις απαντήσεις του.
- Η υγεία των γυναικών προσδιορίζεται από ένα πλήθος κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων. Η ενίσχυσή τους λειτουργεί ως παράγοντας βελτίωσης της υγείας αλλά και ως μέσο εξοικονόμησης χρημάτων, που θα δαπανηθούν για την θεραπεία της ασθένειας.
- Η κοινωνική διάσταση της υγείας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν από τους υπεύθυνους για τον σχεδιασμό των πολιτικών υγείας τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο.
- Παράλληλα και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να την υιοθετούν στις όποιες παρεμβάσεις κάνουν, είτε σε επίπεδο θεραπείας είτε σε επίπεδο πρόληψης. Η εκπαίδευσή τους θα πρέπει να είναι επικεντρωμένη στο ολιστικό, κοινωνικό μοντέλο της υγείας και όχι στην απλή ίαση της ασθένειας.

## Βιβλιογραφία:

- Αθανασιάδου Χ. (2002). Νέες Γυναίκες με Πανεπιστημιακή Μόρφωση και η Συμφιλίωση της Ιδιωτικής και της Δημόσιας Σφαίρας στο Σχεδιασμό της Ενήλικης Ζωής, Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Ψυχολογίας Φιλοσοφική Σχολή.
- Καλλινικάκη Θ. (2007). Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας. Αθήνα: Τόπος.
- Κριτσωτάκης Γ, Αντωνιάδου Ε, Κούτρα Κ, Κούτης Α, Φιλαλήθης Α. (2010). Γνωσιακή στάθμιση της κλίμακας εκτίμησης του κοινωνικού κεφαλαίου σε Ελληνικό πληθυσμό. Νοσηλευτική 49, 274- 285.
- Μουδάτσου Μ, Κούτης Α, Φιλαλήθης Α. (2010). Η μεθοδολογία της κοινοτικής αποτίμησης, ως εργαλείο εκτίμησης των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού. Κοινωνική Εργασία 98, 71- 84.
- Robson, C. (2010). Η έρευνα του πραγματικού κόσμου: Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές (Κ. Μιχαλοπούλου, επιμ.). Αθήνα: Gutenberg.
- Al- Busaidi A Q. (2008). Qualitative research and its uses in health care. Sultan University Medical Journal 8, 11- 19.
- American Cancer Society (2003). American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer. [Online] Revised 03/05/2008. Available at: <http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer> [Πρόσβαση 5 Ιουνίου 2015]
- Allen P, Black N, Clarke A, Fulop N, Anderson S. (2001). Studying the organization and delivery of health services research methods. Routledge, London.
- Altpeter M, Mitchell J, Pennell J. (2005). Advancing social worker's responsiveness to health disparities: The case of breast cancer screening. Health and Social Work 30, 221- 232.

- Ames DR, Kammrath LK. (2004). Mind –Reading and Metacognition: Narcissism not Actual Competence Predicts Self Estimated Ability. *Journal of Nonverbal Behavior* 28, 187- 209.
- Abbot S, Freeth D. (2008). Social Capital and health: starting to make sense of the role of generalized trust and reciprocity. *Journal of Health Psychology* 13, 874 – 883.
- Aye M, Champagne F, Contandriopoulos AP. (2002). Economic Role of Solidarity and Social Capital in Assessing Modern Health Care Service Modern Health Care Services in the Ivory Coast. *Social Science and Medicine* 55, 1929-1946.
- Bailis DS, Segall A, Chipperfield JG. (2003). Two views of self – rated general health status. *Social Science and Medicine* 56, 203- 217.
- Bakogianni GD, Goutsou SC, Liti MV, Rizopoulou SI, Nikolakopoulos KM, Nikolakopoulou NM. (2012) Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening among Greek students: A short report. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 24, 329 -330.
- Bambra C, Pope D, Swami V, Stranistreet D, Roskam A, Kunst A, Scott- Summel A. (2009). Gender Health Inequalities and Welfare State Regimes: A Cross –National Study of 13 European Countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 38- 44.
- Bankston CL, Zhou M. (2002). Social capital as process: the meanings and problems of a theoretical metaphor, *Sociological Inquiry* 72: 285- 317.
- Baron- Epel O, Kaplan G, Havin –Messika A, Tarabeia J, Green MS, Kaluski DN. (2005). Self – reported health as a cultural health determinant in Arab and Jewish Israelis Mabat – National Health and Nutrition survey 1999- 2001. *Social Science and Medicine* 16, 1256- 1266.
- Baron S, Field J, Schuller T. (2000). *Social capital – critical perspectives*. Oxford University Press, Oxford.
- Bastardis – Zakas K, Iatrakis G, Navrozoglou I, Peitsidis P, Salakos N, Malakassis P, Zervoudis S. (2010). Maximizing the benefits of screening mammography for women 40-49 years old. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynaecology* 37, 278-282.

- Beaudoin CE. (2009). Bonding and bridging neighborliness: An individual level study in the context of health. *Social Science and Medicine* 68, 2129- 2136.
- Baum FE, Bush RA, Modra CC, Murray CJ, Cox EM, Alexander KM, Potter RC. (2000). Epidemiology of Participation: An Australian Community Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54, 414-423.
- Benyamini Y, Idler EL, Leventhal H, Leventhal EA. (2000a). Positive affect and function as influences on selfassessments of health: Expanding our view beyond illness and disability. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 55, 107–116.
- Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. (2000b). Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine* 62, 354–364.
- Blakely T, Atkinson J, Ivory V, Collings S, Wilton J, Howden- Chapman P. (2006). No Association on Neighborhood Volunteerism with Mortality in New Zealand: A National Multilevel Cohort Study. *International Journal of Epidemiology* 35, 981-989.
- Blaxter M. (2004) Questions and their meanings in social capital surveys. In: A Morgan, C Swann (Eds.), *Social capital for health, issues of definition, measurement and links to health*. London: Health Development Agency.
- Blomberg K, Widmark C, Ternstedt B, Tornberg S, Tishelman C. (2011). Between youth and adulthood: focus group discussions with 30- year old women about cervical cancer and its prevention in urban Sweden. *Cancer Nursing* 34, 11-20.
- Bourdieu P, Wacquant L. (1992). *Invitation to reflexive sociology*. University of Chicago Press, Chicago.
- Bradshaw JR. (2002). The conceptualization and measurement of need: A social policy perspective. In J Popay, G Williams (Eds ), *Researching the People's Health*. Canada: Routledge .
- Bryant C, Norris D. (2002). *Measurement of Social Capital: The Canadian Experience*. Statistics Canada, Canada
- Burke NJ, Bird JA, Clark MA, Rakowski W, Guerra C, Barker CJ, Pasick RJ. (2009). Social and cultural meaning of self-efficacy, *Health Education and Behaviour* 36, 111- 128.

- Cabeza E, Estera M, Pujola A, Thomas V, Sanchez – Contador C. (2007). Social disparities in breast and cervical cancer preventive practice. *European Journal of Cancer Prevention* 16, 372- 379.
- Caiazza A, Putnam R. (2000). *The status of women in the states*. Institute for women's policy research, Washington.
- Calvocoressi L, Kasi SV, Lee CH, Stolar M, Claus EB, Jones BA. (2004). A prospective study of perceived susceptibility to breast cancer and non adherence to mammography screening guidelines in African American and white women ages 40 to 79 years. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* 13, 2096- 2105.
- Campbell C, Williams B, Gilgen D. (2002). Is social capital a useful conceptual tool for exploring community level influences on HIV infection? An exploratory case study from South Africa, *AIDS Care* 14, 41- 54.
- Cassels A. (2012). *Seeking sickness: Medical screening and the misguided hunt for disease*. Greystone Books, Vancouver.
- Caughy M, O'Campo P, Muntaner C. (2003). When being alone might be better: Neighborhood overtly, social capital and child health. *Social Science and Medicine*, 57, 227-237.
- Clarke AE, Shim JK, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR. (2003). Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review* 68, 161–194.
- Coleman JS.(1990). *Foundations of social theory*. Harvard University Press, Cambridge.
- Coplan LS, Mandelson MT, Anderson LA. (2003). Validity of self reported mammography: Examining recall and covariates among older women in a health m organization. *American Journal of Epidemiology* 157, 267-272.
- Cowley S, Bergen A, Young K, Kavanagh, A. (2000). Generalizing to theory: the use of a multiple case study design to investigate needs assessment and quality of care in community nursing. *International Journal of Nursing Studies* 37, 219-228.
- CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

- Creswell JW.(2007). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Sage Publications, London.
- Crosby RA, Holtgrave DR, Diclemente RJ, Wingood GM, Gayle JA. (2003). Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behavior: A state – level exploratory study. *Aids and Behavior* 7, 245- 252.
- Dang J, Lee J, Tran JH. (2010). Knowledge, Attitudes and Beliefs Regarding Breast and Cancer Screening among Cambodian, Laotian, Thai and Tongan Women. *Journal of Cancer Education* 25, 595-601.
- Davidson M, Di Giacomo M, Zecchin R, Clarke M, Paul G, Lamb K, Hancock K, et al . (2008). A Cardiac Rehabilitation Program to Improve Psychosocial Outcomes of Women with Heart Disease. *Journal of Women's Health* 17, 123- 134.
- Decety J, Jackson PL. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews* 7, 71-100.
- Department for Communities and Local Government. (2006). *Strong and prosperous communities the local government white paper*. Crown Copyright, Norwich.
- National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2010: With Special Feature on Death and Dying*. Hyattsville, MD. 2011.
- Derrett S, Colhoun S. (2011). Being a quantitative interviewer: Qualitatively exploring interviewers' experience in a longitudinal cohort study. *BMC Medical Research Methodology* 11, 165- 175.
- Dimitrakaki C, Boulamatsis D, Mariolis A , Kontodimopoulos N, Niakas D, Tountas Y. (2009). Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from the nation - wide Hellas health I survey. *European Journal of Cancer Prevention* 18, 248-257.
- Doorslaer EV, Gerdtham UG. (2003). Does inequality in self – assessed health predict inequality in survival by income? Evidence from Swedish data. *Social Science and Medicine* 57, 1621- 1629.
- Dongre AR, Deshmukh PR, Kalaiselvan G, Upadhyaya S. *Application of Qualitative Methods in Health Research: An Overview*. *Online J Health Allied Scs*. 2009;8(4):3.

- Dowd JB, Zajacova A. (2007). Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US. *International Journal of Epidemiology* 36, 1214–1221.
- Doyal L. (2000). Gender equity in Health: Debates and Dilemmas. *Social Science and Medicine* 51, 931-939.
- Drukker M, Krabbendam L, Driessen G, Van Os J. (2006). Social disadvantage and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41, 595- 604.
- Engelman KK, Hawley DB, Gazaway R, Mosier MC, Ahluwalia JS, Ellerbeck EE. (2002). Impact of geographic barriers on the utility of mammograms by older rural women. *Journal American Geriatrics Society* 50, 62- 68.
- Everest T. (2014). Resolving the qualitative – quantitative debate in health care research,. *Academic Journals* 5, 6 -15.
- Faridi Z, Grunbaum JA, Sagor Gray B, Franks A, Simoes E. (2007). Community Based Participatory Research: Necessary Next Steps. *Public Health Research Practice* 4, 70- 76.
- Fayers PM, Sprangers MA. (2002). Understanding self –rated health. *The Lancet* 359, 187- 188.
- Ferrat E, Le Breton S, Djassibel M, Veerabudun K, Brixi Z, Attali C, Renard V. (2013). Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: Women’s perceptions, attitudes and knowledge. *Family Practice* 30, 445- 451.
- Fiander AN. (2011). The prevention of cervical cancer in Africa, *Women’s Health* 7,121-132.
- Fiscella K, Franks P, Meldrum S. (2004). Estimating racial / ethnic disparity in mammography rates: It all depends on how you ask the questions. *Preventive Medicine* 39, 399- 403.
- Floderus B, Hagman M, Aronsson G, Marklund S, Wikman A. (2008). Self –reported health in mothers: the impact of age and socioeconomic condition. *Women and Health* 47, 63-86.

- Gale N, 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: 117. Doi: 10.1186/1471-2288-13-117.
- Gatrell A, Thomas C, Bennett S, Bostock L, Popay J, Williams G, Shahtahmasebi S. (2000). Understanding Health Inequalities: Locating People in Geographical and Social Spaces. In H Graham (Eds.), *Understanding Health Inequalities*. Buckingham: Open University Press.
- Gerdes KE, Segal EA. (2009). A social work model of empathy. *Advances in Social Work* 10, 114-127.
- Gilbert N. (2008). *Researching Social Life*. Sage Publication, Surrey
- Green G, Grimsley M, Suokas A, Prescott M, Jowitt T, Linacre R. (2000). Social capital health and economy in South Yorkshire Coalfield communities. Hallam University, Sheffield.
- Griva F, Anagnostopoulos F, Madoglou S. (2009). Mammography screening and theory of planned behaviour: Suggestions toward an extended model of prediction. *Women and Health* 49, 622-681.
- Groot W. (2000). Adaptation and scale of reference bias in self- assessments of quality of life. *Journal of Health Economics* 19, 403- 420.
- Gustafsson- Larsson S, Hammarsström A. (2000). Can Women's Network Activities lead to improved Health. *Scandinavian Journal of Public Health* 28, 253-259.
- Habibov NN, Afandi EN. (2011). Self- rated health and social capital in transitional countries: multilevel analysis of comparative surveys in Armenia, Azerbaijan and Georgia. *Social Science and Medicine* 72, 1193- 1204.
- Habtom GK, Rays P. (2007). Traditional risk- sharing arrangements and informal social insurance in Eritrea. *Health Policy* 80, 218-235.
- Hall PA. (1999). Social capital in Britain. *British Journal of Political Science* 29, 417-461.
- Han S, Kim H, Lee HS. (2012). A multilevel analysis of social capital and self reported health: Evidence from Seoul, South Korea. *International Journal for Equity in Health* 11: 3.



- Hansen AM, Blangsted AK, Hansen EA, Sogaard K, Sjøgaard G. (2010). Physical activity, job demand-control, perceived stress- energy and salivary cortisol in white – collar workers. *International Archives of Occupational Environmental Health* 83, 143- 153.
- Harper R. (2001). *Social capital: A review of the literature*. Social analysis and reporting division office for National Statistics.University of Essex & Social Research Council, Essex.
- Hartman E, Van Den Muijsenbergh ME, Haneveld RW. (2009). Breast cancer screening participation among Turks and Moroccans in the Netherlands: exploring reasons for nonattendance. *European Journal of Cancer Prevention* 18, 349-353.
- Hean S, Cowley S, Forbes A, Griffiths P, Maben J. (2002). The M-C- M' cycle and social capital. *Social Science and Medicine* 56, 1061- 1072.
- Higgins MJ, Prowell TM, Blackford AL, Byrne C, Khouri N F, Slaters SA, Seter SC. et al. (2012). A short – term biomarker modulation study of simvastatin in women at increased risk of a new breast cancer. *Breast Cancer Treatment* 131, 915- 924.
- Holtgrave DR, Crosby RA. (2004). Social determinants of tuberculosis case rates in the United States. *American Journal of Preventive Medicine* 26, 159- 162.
- Ho Y, Yamal JM, Atkinson EN, Basen – Enpquist K, Tortolero- Luna G, Follen M. (2005).Predictors of breast and cervical screening in Vietnamese women in Harris Counta Huston Texas, *Cancer Nursing* , 28: 119-125.
- Howard M, Agarwal G, Lytwyn A. (2009).Accuracy of self – reports of pap and mammography screening compared to medical record: A Meta Analysis. *Cancer Causes and Control* 20, 1-13.
- Hughes ME, Waite LJ. (2009). Marital biography and health at mid- life. *Journal of Health and Social Behaviour* 50, 344-358.
- Hyypä MT, Mäki J. (2001). Why do Swedish- Speaking Finns have longer Active Life? An Area for Social Capital Research. *Health Promotion International* 16, 55- 64.
- Idler E, Leventhal H, McLaughlin J, Leventhal E. (2004). In sickness but not in health: Self-ratings, identity, and mortality. *Journal of Health and Social Behavior* 45, 336– 356.

- Islam N, Kwon SC, Senie R, Kathuria N. (2006). Breast and Cervical Cancer Screening among South Asian Women in New York City. *Journal of Immigrant and Minority Health* 8, 211-221.
- Jejeebhoy SJ, Sathar ZA. (2004). Women's Autonomy in India and Pakistan: The Influence of Religion and Region. *Population and Development Review* 27, 687-712.
- Joshi H, Wiggins RD, Bartley M, Mitchell R, Gleave S, Lynch K. (2010). Putting Health Inequalities on the Map: Does Where you Live Matter and Why. In H Graham (Eds.), *Understanding Health Inequalities*. Buckingham: Open University Press.
- Kalmijn M, Saraceno CA. (2008). Comparative perspective on intergenerational support—Responsiveness to parental needs in individualistic and familialistic countries. *European Societies* 10, 479–508.
- Kaltsa A, Cox K, Holloway A, Kalokairinou A. (2012). Mammography screening in Greece: An exploratory survey of women's views. *International Journal of Caring Sciences* 5, 147-156.
- Kaplan G, Baron-Epel O. (2003). What lies behind the subjective evaluation of health status. *Social Science and Medicine* 56, 1669–1676.
- Katapodi MC, Pierce PF, Facione NC. (2010). Distrust, predisposition to use health services and breast cancer screening: results from a multicultural community- based survey. *International Journal of Nursing Studies* 47, 975- 983.
- Kawachi KDI. (2007). U.S. state – level social capital and health related quality of life: multilevel evidence of main, mediating and modifying effects. *Annals of Epidemiology* 17, 258-269.
- Kawachi I, Berkman L. (2000). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health* 78, 458- 467.
- Kennelly B, O' Shea E, Garvey E.(2003). Social capital, life, expectancy and mortality: A cross- national examination. *Social Science and Medicine* 56, 2367-2377.
- Keramopoulos A, Louvrou A, Ampella K, Vourli G, Baltas D, Keramopoulos D, Gaki B. et al. (2005). Diagnostic approach to women with breast cancer in Greece. *Archives of Hellenic Medicine* 22, 66-72.

- Kiefer WC. (2007). *Doing health anthropology research methods for community assessment and change*. Springer, New York.
- Kim D, Subramanian SV, Kawachi I. (2006). Bonding versus bridging social capital and their associations with self rate health: A multilevel analysis of 40 US communities. *Journal of Epidemiological Community Health* 60, 116-122.
- Kasper AS. (2002). *Understanding Women's Health: An Overview*. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 45, 1189- 1197.
- Krieger J, Allen C, Cheadle A, Ciske S, Schier JK, Senturia K, Sullivan M. ( 2002). Using Community – Based Participatory Research to Address Social Determinants of Health: Lessons Learned from Seattle Partners for Healthy Communities. *Health Education and Behavior* 29, 361-382.
- Kritsotakis G, Vassilaki M, Melaki V, Georgiou V, Philalithis A, Bitsios P, Kogevinas M.(2013). Social Capital in pregnancy and postpartum depressive symptoms: a prospective mother- child cohort study (the Rhea study). *International Journal of Nursing* 50, 63-72.
- Kritsotakis G, Koutis A, Alegakis A, Koukouli S, Philalithis A. (2012) Social capital and patient satisfaction with cancer care: A cross – sectional study in Greece. *Archives of Hellenic Medicine* 29, 91-99.
- Kritsotakis G, Vassilaki M, Chatzi L, Georgiou V, Philalithis A, Kogevinas M, Koutis A. (2011). Maternal social capital and birth outcomes in the mother-child cohort in Crete, Greece (Rhea Study). *Social Science and Medicine* 73, 1653-1660.
- Kritsotakis G, Maiovis P, Koutis A, Philalithis A. (2009). Individual and contextual influences of social variables in health: the impact of social capital. *Archives of Hellenic Medicine* 26, 523-535.
- Kritsotakis G, Koutis A, Alegakis T, Philalithis A. (2008). Development of the Social Capital Questionnaire in Greece, *Researching in Nursing and Health* 31, 217-225.
- Kritsotakis G, Gamarnikow E. (2004). What is Social Capital and how does it relate to Health. *International Journal of Nursing Studies* 41, 43-50.
- Krueger R, Casey M. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage Publications, London.

- Layes A, Asada Y, Kephart G. (2012). Whiners and deniers - What does self-rated health measure. *Social Science and Medicine* 75, 1-9.
- Lazenbatt A, Murray M F. (2004). Assessing women's psychosocial health needs in Northern Ireland. *Health Education* 104, 174- 187.
- Lazenbatt A, Lynch U, O'Neil E. (2001). Revealing the hidden 'troubles' in Northern Ireland: The role of participatory rapid appraisal. *Health Education Research* 16, 567-578.
- Lee HY, Ju E, Vang PD, Landquist M. (2010). Breast and cervical cancer screening disparity among Asian American Women: Does race/ethnicity matter. *Journal of Womens Health* 19, 1877-1884
- Leinonen R, Heikkinen E, Jylha M. (2001). Predictors of decline in self- assessments of health among older people -a 5-year longitudinal study. *Social Science and Medicine* 59, 1329- 1341.
- Linden Van Der J, Drukker M, Gunther N, Feron F, Van Os J. (2003). Children's mental health service use, neighbourhood socioeconomic deprivation and social capital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38, 507- 514.
- Lindström M, Hanson BS, Östergen P-O. (2001). Socioeconomic Differences in Leisure – time Physical Activity: The Role of Social Participation and Social Capital in Shaping Health-related Behaviour. *Social Science and Medicine* 52, 441-451.
- Litaker D, Tomolo A. (2007). Association of contextual factors and breast cancer screening: Finding new targets to promote early detection. *Journal of Women's Health* 16, 36-45.
- Litwin H. (2010). Social Networks and Well- Being: A Comparison of Older People in Mediterranean and Non- Mediterranean Countries. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 65, 599-608.
- Liukkonen V, Virtanen P, Kivimaki M, Pentti J, Vahtera J. (2004) Social capital in working life and the health of employees. *Social Science and Medicine* 59, 2447-2458.
- Lock K. (2000). Health impact assessment. *British Medical Journal* 320, 1395- 1398.

- Loggie C, Wien F. (2009). National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal's people's health. University of Victoria, Victoria.
- Lostao L, Joiner TE, Pettit J W, Chorot P, Sanpin B.(2001). Health beliefs and illness attitudes as predictors of cancer screening attendance. *European Journal of Public Health* 11, 274-279.
- Loury GC. (1992). The economics of discrimination: Getting to the core of the problem. *Harvard Journal of African American Public Policy* 1, 91-110.
- Luddy G. (2007). Women, disadvantage and health. *Irish Medical Journal* 8, 71-73.
- Lugemwa EK. (2007). Promoting community partnership and involvement under limited resources: Opportunities/ gains and challenges. VVOB Skills Lab Project, Rwanda.
- Lynch JW, Smith DG, Kaplan CA, House JS. (2000). Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal* 54, 504-508.
- Madel H, Semyonow M. (2006). A Welfare State paradox: State interventions and women's employment opportunities in 22 countries. *American Journal of Sociology* 6, 1910- 1949.
- Mailey EL, McAuley E. (2014). Physical activity intervention effects on perceived stress in working mothers: The role of self – efficacy. *Women and Health* 54, 552-568.
- Magai C, Consedine N, Nedgut AI, Hershman DL. (2007). Common psychosocial factors underlying breast screening and breast cancer treatment adherence: a conceptual review and synthesis. *Journal of Women's Health* 16, 11-23.
- Marmot M. (2004). *Status Syndrome: How your social standing directly affects your health and life expectancy.* Bloomsbury, London.
- Marmot M, Wilkinson RG.(2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: A response to Lynch et al. *British medical journal* 311, 109-112.

- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylon S. (2009). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health, child: care. *Health and Development* 372, 1661-1669.
- Martin KS, Rogers BL, Cook JT, Joseph HM. (2004). Social capital is associated with decreased risk of hunger, *Social Science and Medicine*, 58: 2645- 2654.
- Masterson EA, Hopenhayn C, Christian WJ. (2010) Self – reported mental health status and recent mammography screening, *Journal of Women’s Health*, 19: 1569- 1576.
- Mauri D, Valachis V, Polyzos NP, Cortinovis I, Karampoiki V, Loukidou E, Alevizaki P. et al. (2009). Screening practice and misplaced priorities. *Clinical and Translational Oncology* 11, 228-236.
- Maxwell CJ, Bances CM, Sniders J. (2001). Predictors of mammography use among Canadian women aged 50- 69: Findings from the 1996/1997 National population health survey. *Canadian Medical Association Journal* 169, 329-334.
- McCulloch A. (2000). Social environments and health: Cross sectional national survey. *British Medical Journal*, 51, 1421- 1435.
- McInko J, Starfield B. (2001). The quality of social capital in research on health determinants. *Milbank Quarterly* 79, 387- 427.
- Mirowsky S, Ross CE. (2003b). *Social causes of psychological distress*. Aldine de Gruyter, New York.
- Moffitt TE. (2002). Teen – aged mothers in contemporary Britain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines* 43, 727- 742.
- Meissner HI, Smith RA, Rimer BK, Wilson KM, Rakowski W, Vernon SW, Briss P A. (2004). Promoting cancer screening: Learning from experience. *Cancer* 101, 1107- 1117.
- Meyrick J.(2006).What is good qualitative research? A first step towards a comprehensive approach to judging rigour quality. *Journal of Health Psychology* 11, 799-808.
- Meurer LN, Layde PN, Guse CE. (2001). Self –rated health status: A new vital sign for primary care. *Wisconsin Medical Journal* 100, 35- 40.

- Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. (2009). Self –rated health status as a health measure: The predictive value of self – reported health status on the use of physician services and on mortality in the working age population. *Journal of Clinical Epidemiology* 50, 517- 528.
- Mohan J, Twigg L, Barnard S, Jones K. (2005). Social capital, geography and health: a small – area analysis for England. *Social Science and Medicine* 60, 1267- 1283.
- Molarious A, Janson S. (2002). Self rated health, chronic diseases and symptoms among middle aged and elderly men and women. *Journal of Clinical Epidemiology* 55, 364- 370.
- Morgan KJ, Eastwood JG. (2014). Social determinants of maternal self-rated health in South Western Sydney, Australia. *BMC Research Notes*, 7: 51.
- Morgan M.(2003). *The Doctor- patient relationship*. Elsevier, London.
- Moreno L. (2002). *Mediterranean welfare and superwomen*. Working Papers: Unidad de Políticas Comparadas (CSIC), Madrid.
- Morrison T. (2006). Emotional intelligence emotion and social work: Context characteristics, complications and contribution. *British Journal of Social Work* 37, 245- 263.
- Moudatsou M, Kritsotakis G, Alegakis A, Koutis A, Philalithis A.(2014). Social capital and adherence to cervical and breast cancer screening guidelines: a cross- sectional study in rural Crete. *Health and Social Care in the Community* 22, 395-404.
- Moudatsou M. (2001). *The Challenge of involving disabled people in community care plans at the stage of consultation: Difficulties- enabling factors*. Social Policy Master Dissertation, University of York, UK.
- Moss N. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women’s health. *Social Science and Medicine* 54, 649- 661.
- Murphy E, (2001). Micro level quality research. In N Fulop, P Allen P, A Clarke. et al. (Eds.), *Studying the organization and delivery of health services research methods*. London: Routledge.

- Myers P, Barnes J. (2005). Qualitative research methods in sure start local programme evaluations: An introduction. National evaluation of sure start: Institute for the study of children. Family and Social issues, London.
- National Economic and Social Forum. (2003). The policy implications of social capital. The National Economic and Social Forum, Dublin.
- National Statistics Organisation Census. (2011). Available at: [www.statistics.gr/portal/page//portal/ESYE/BUCKET/General/NWS\\_CENSUS\\_310712\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page//portal/ESYE/BUCKET/General/NWS_CENSUS_310712_GR.pdf) (Πρόσβαση στις 20/5/2015).
- Newell S, Girgis A, Sanson– Fisher R, Ireland M (2000). Accuracy of patients' recall of pap and cholesterol screening. *American Journal of Public Health* 90, 1431-1435.
- Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, Dultamel K, Tobin JN, Sox CH, Dietrich AJ.(2005). Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low- income minority women in community health centers. *Journal of National Medical Association*, 97, 162- 170.
- O' Keefe PJ.(2002). Persuasion: theory and research. Sage Publication, USA.
- Oliver - Vazquez M, Sanchez – Ayendez M, Suarez – Perez E, Velez – Almodovar H, Arroyo – Calderon Y. (2009). Breast cancer health promotion model for older Puerto Rican women: results of a pilot programme. *Health Promotion International* 17, 3-11.
- Onyx J, Bullen P, (2000). Measuring social capital in five communities. *The Journal of Applied Behavioural Science* 36, 23-42.
- Ong BN, Humphris G. (2002). Prioritizing needs with communities, rapid appraisal methodologies in health. In J Popay, G Williams (Eds.), *Researching the people's health*. Canada: Routledge.
- Osborn K, Baum F, Ziersch A. (2008). Negative consequences of community group participation for women's mental health and well- being: Implications for gender aware social capitalbuilding. *Community and Applied Social Psychology* 19, 212-224.
- Panagouloupoulou E, Alegakis A, Mourad TA, Sanidas E, Makrigianakis A, Philalithis A. (2010). The role of general practitioners in promoting cervical cancer screening:



- A field survey in a rural area of Crete, Greece. *European Journal of Cancer Prevention* 19, 160- 166.
- Pansiri J. (2005). Pragmatism: A methodological approach to researching strategic alliances in tourism. *Tourism and Hospitality Planning and Development* 2, 191-206.
- Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. (2001). Cancer burden in the year 2000. The global picture. *European Journal of Cancer* 37, 4-66.
- Paremans L, Hermann I, Avont D, Van Royen P, Denekens J.(2000). Contraceptive knowledge and expectations by adolescents: an explanation by focus groups. *Patient Education and Counseling* 40, 133- 141.
- Pascall G. (2008). *European Welfare State*. Nottingham School of Sociology, Nottingham.
- Pasick R J, Burke N, Barker JC, Joseph G, Bird JA, Otero- Sabogal, R, Tuason, N. (2009). Behavioral theory in a diverse society: Like a compass on mars. *Health Education & Behavior* 36, 11-35.
- Payne G, Payne J. (2004). *Key concepts in social research*. Sage Publications, London.
- Patton MQ. (2002). *Qualitative evaluation methods*. Sage Publications, London.
- Payne G, Payne J. (2004). *Key concepts in social research*. Sage Publications, London.
- Pearce N, Smith GD. (2003). Is social capital the key to inequalities in health?, *American Journal of Public Health* 93, 122-129.
- Philips S. (2005). Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come 4, 11-16.
- Plek P. (2001). Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. In *institute of medicine crossing the quality chasm. A new health system for the 21th century*. National Academy Press, Washington.
- Poder GT, Chus U, Cnrs C. (2010). Social capital and health: What the empirical literature teaches us. *Global Journal of Health Science* 2, 3-7.
- Poortinga W.(2006b). Social capital: individual or collective resources for health. *Social science of medicine* 62, 292- 302.

- Pope C, Mays N. (2000). *Qualitative Research in Health Care*. BMJ Books, Bristol.
- Pope C, Van Rouen P, Baker R. (2002). Qualitative methods in research on health care quality. *Quality and Safety in Health Care* 11, 148- 152.
- Portes A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology, *Annual Review of Sociology* 24, 1- 24.
- Putnam R. (2000). *Bowling alone, the collapse and revival of American community*. Simon and Schuster, New York.
- Putnam R.D (1993). *The prosperous community: Social capital and public life*. The American Prospect, <http://epn.org/prospect/13/13putn.html> (Πρόσβαση στις 06/05/2015).
- Rauscher GH, Earp A, O'Malley M.(2004). Relation between intervention exposures, changes in attitudes, and mammography use in the North Carolina breast cancer screening program. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention* 13, 741-747.
- Ritchie J, Spencer L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In A Bryman, RC Burgess (Eds.), *Analyzing Qualitative Data*. London: Routledge.
- Rose R. (2000). How much does social capital add to individual health. A survey study of Russians. *Social Science and Medicine* 51, 1421- 1435.
- Rosenheck R, Morrissey J, Lam J. (2001). Service delivery and community: Social capital service systems intergration and outcomes among homeless persons with severe mental illness. *Health Service Research* 36, 691-710.
- Santoral L, Mahoney CM, Lawvere S, Englert J, Symons BM, Mirand LA (2003). Breast cancer screening beliefs by practice location. *BMC Public Health*, on line at: 3: 9.
- Schnittker J, Bacak V. (2014). The increasing predictive validity of self- rated health. *Plos One*, 9, doi: 10. 1371/ journal.pone.0084933
- Schoenfeld N, Joarbe T C. (2005). From Sunrise to Sunset: Ethnography of Rural Ecuadorian Women's Perceived Health Needs and Resources. *Health Care for Women International* 26, 957-977.
- Secretary of State for Health. (1997). *The new NHS: modern, dependable*. Cm 3807. The Stationery Office, London.

- Segerstrom S, Miller G. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin* 130, 601-630.
- Shank G, Vellella O. (2004). Building on new foundations: Core principles and new directions for qualitative research. *Journal of Educational Research* 98, 46-55.
- Shmueli A. (2003). Socio-economic and demographic variation in health and its measures: the issue of reporting heterogeneity. *Social Science and Medicine* 57, 125- 134.
- Short SED. (2004). Making sense of social capital, health and policy. *Health Policy* 70, 11-22.
- Siahpush M, Singh GK. (2002) Sociodemographic variations in breast cancer screening behaviour among Australian women: results from the 1995 National Health Survey. *Preventive Medicine* 35, 174- 180.
- Simon TR, Mercy JA, Barker L. (2006). Can we talk? Importance of random-digit-dial surveys for injury prevention research. *Preventive Medicine* 5, 406- 410.
- Simou E, Maniatakis N, Pallis A, Foundoulakis E, Kourlaba G. (2010). Factors associated with use of pap smear testing in Greece, *Journal of Women's Health* 19, 1577-1585.
- Simou E, Tsimitselis D, Tsopanlioti M, Anastasakis I, Papatheodorou D, Kourlaba G, Gerasimos P, et al. (2011). Early evaluation of an organized mammography program in Greece, 2004- 2009, *Cancer Epidemiology* 35, 375- 380.
- Smith MJ, Webb MS, Oikawa M. (2007). Report of Cancer –Related Behaviours. Syracuse University, Syracuse.
- Smith S, Long J, Deady J, O’Keeffe F, Handy D, O’Dowd T. (2005). Adapting developing country epidemiological assessment techniques to improve the quality of health needs assessments in developed countries. *BMJ Health Services Research* 5, 32-36.
- Snelgrove JW, Pikhart H, Stafford M. (2009). A multi level analysis of social capital and self reported health: Evidence from the British household panel survey. *Social Science and Medicine* 11, 1993- 2001.

- Sokouti B, Haghypour S, Zabrizi AD. (2011). A Pilot study on image analysis techniques for extracting early uterine cervix cancer cell features, *Journal of Medical Systems* 36, 1901-1907.
- Sprangers M A, De Regt EB, Andries F, Van Adt HM, Bijl RV, De Boer JB, Foets M, et al. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology* 53, 895- 907.
- Sundquist K, Lindström M, Malmström M, Johansson S, Sundquist J. (2003). Social participation and coronary heart disease: A follow –up study of 6900 women and men in Sweden. *Social Science and Medicine* 58, 615-622.
- Subramanian SV, Kawachi I, Kennedy BP. (2001). Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self- rated health in the US. *Social Science and Medicine* 53(1), 9-19.
- Symeonidou H. (2009). Social protection in contemporary Greece. *South European Society and Politics* 3, 67- 86.
- Thoits PA. (2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51, 41-53.
- Tieko Y, Martinez RN, Carlos A, Pereira C, Manuel dos Santos L, Cinonell RM, Guimaraes MS, et al. (2000). Evaluation of the short- form 36- item questionnaire to measure health related quality of life in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *CHEST*. 117, 1627- 1632.
- Tinker A. (2000). Women's health: The unfinished agenda, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 70, 149-158.
- Tolma EL, Reininger BM, Evans A, Ureda J. (2006). Examining the theory of planned behavior and the construct of self- efficacy to predict mammography intention. *Health Education Behavior* 33, 233-251.
- Trevithick P. (2003). Effective relationship based practice: A theoretical explanation. *Journal of Social Work Practice* 17, 163-176.
- Trigoni M, Griffiths F, Tsiftsis D, Koumantakis E, Green E, Lionis C.(2008). Mammography screening views from women and primary care physicians in Crete. *BMC Women's Health* 8, 20- 32.

- Yanikkerem E, Goker A, Piro N, Dikayak S, Koyuncu FM. (2013). Knowledge about cervical cancer, Pap test and barriers towards cervical screening of women in Turkey. *Journal of Cancer Education* 28, 375- 383.
- Yardley L. (2007). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health* 15, 215- 228.
- Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. (2005). *Qualitative methods in public health: A field guide for applied research*. Willey A Imprint, San Francisco.
- Vaisey S. (2006). Education and its discontents: Over qualification in America, 1972–2002. *Social Forces* 85, 835–864.
- Van Wersch A, Eccles M. (2001). Involvement of consumers in development of evidence based guidelines: practical experiences from the North of England evidence – based guideline development programme. *Qualitative Health Care* 10, 10-16.
- Veenstra G. (2000). Social capital and health, SES and health: An individual- level analysis. *Social Science and Medicine* 63, 619- 629.
- Veenstra G. (2002). Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance). *Social Science and Medicine* 54, 849-868.
- Vernon SW, Briss PA, Tiro JA, Warnecke RB. (2004). Some methodological lessons learned from cancer screening research and practice. *Cancer* 101, 1131-1145.
- Walker MJ, Chiarelli AM, Mirea L, Glendon G, Ritro P, Andrulis IL, Unight JA. (2013). Accuracy of self – eported screening recall among the Ontario site of the breast cancer family registry. *ISRN Oncology* 2013: 1-9.
- Wallerstein NB, Duran B. (2006). Using community – based participatory research to address health disparities, *Health Promotion Practice* 7(3): 312-323.
- Walter V. (2004). The social context of women’s health, *BMC Women’s Health*, 25(s1): 1-6
- Wampold BE. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American psychologist* 68, 857- 873.

- Washington PK, Burke NJ, Joseph G, Guerra C, Pasick RJ. (2009). Adult daughter's influence on mother's health – related decision- making: An expansion of the subjectivity norms construct. *Health Education and Behavior* 36(S1), 129S- 144S.
- Wen LM, Rissel C, Voukelatos A, Sainsbury P. (2003). Community involvement and self- rated health status: Findings from a cross – sectional survey in central Sydney. *New South Public Health Bulletin* 14, 213- 217.
- Wilkinson RG. (2004). Why is violence more common where inequality is greater? *Annals of the New York Academy of Sciences* 1036, 1-12.
- Williams DR. (2002). Racial / ethnic variations in women's health: The social embeddedness of health. *American Journal of Public Health* 92, 588- 597.
- Wilkinson RG, Pickett KE. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science and Medicine* 62, 1768- 1784.
- White L. (2002). Connections matters: exploring the implications of social capital and social networks for social policy. *Systems Research and Behavioural Science* 19, 255- 269.
- Wickman SA, Campbell C. (2003). An analysis of how Carl Rogers enacted client-centered conversation with Gloria. *Journal of Counseling and Development* 81, 178- 189.
- Whitmore R, Chase S, Mandle CL. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research* 11, 522- 537.
- W.H.O. (2007). Meeting of policy – makers and programme managers: strengthening cervical cancer prevention in Europe, report. World Health Organization, Copenhagen, Denmark, p: 1-50
- World conference on social determinants of health: meeting report, Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011.
- Woolcock M, Narayan D. (2000). Social capital: implications of development theory, research and policy. *The World Bank Observer* 15, 225- 249.
- Wuest, J, Merritt- Gray, M, Berman, H, Ford- Gilboe, M, 2002, Illuminating Social Determinants of Women's Health Using Grounded Theory, *Health Care for Women International*, 23: 794- 808

Ziersch AM, Baum E F, MacDougall C, Putland C. (2004). Neighbourhood Life and Social Capital: the Implications for Health, Social Science and Medicine, 60:71-86.

## Παραρτήματα



# Παραρτήματα

## Παράρτημα Ι Έγγραφο -Άδεια εκπόνησης έρευνας από Δήμο Γοργολαΐνη.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ  
ΔΗΜΟΣ ΓΟΡΓΟΛΑΪΝΗ

**ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΡΙΘΜΟΣ: 125/ 2004**  
**(Απόσπασμα από το πρακτικό Αριθ: 10/ 2004)**

Στον Άγιο Μύρωνα στο δημοτικό κατάστημα σήμερα την 29<sup>η</sup> Νοεμβρίου 2004 ημέρα Δευτέρα και ώρα 7:00 μ.μ. συνεδρίασε το Δημοτικό Συμβούλιο του Δήμου Γοργολαΐνη ύστερα από την αριθ. πρωτ. 4301/24-11-2004 έγγραφη πρόσκληση του Προέδρου του Δ.Σ στην οποία περιλαμβάνονται τα θέματα της ημερήσιας διάταξης. Η πρόσκληση δόθηκε στον καθένα σύμβουλο σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρ. 108-109 του ΔΚΚ, Π.Δ 410/95 και αφού διαπιστώθηκε απαρτία γιατί σε σύνολο 15 μελών βρέθηκαν παρόντα 15 μέλη. Πρόσκληση επιδόθηκε και στους δημαρχιακούς παράδρους Πενταμοδίου και Πετροκεφάλου. Στη συνεδρίαση κλήθηκε και ήταν παρών ο δήμαρχος Γ. ΜΑΤΘΑΙΑΚΗΣ.

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΕΙΑΚΑΚΗΣ**  
**ΠΑΡΟΝΤΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ**

ΓΙΑΝΝΑΚΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ, ΓΟΥΡΝΙΑΝΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΔΑΣΚΑΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΚΑΠΕΛΛΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΚΑΜΠΤΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΚΑΡΑΓΩΡΓΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΜΑΣΤΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗ ΜΑΡΙΝΑ, ΜΠΠΓΚΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ., ΠΛΕΡΩΝΑΚΗ ΜΥΡΩΝΙΑ, ΠΠΠΕΡΑΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ, ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΣΤΑΜΑΤΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΤΖΟΥΛΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ..

**ΑΠΟΝΤΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ**  
ΚΑΝΕΙΣ  
**ΠΑΡΟΝΤΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΙ ΠΑΡΕΔΡΟΙ**  
ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ  
**ΑΠΟΝΤΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΙ ΠΑΡΕΔΡΟΙ**  
ΣΤΑΦΥΛΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Στη συνεδρίαση παραβρέθηκε ο υπάλληλος του Δήμου Γεώργιος Χατζάκης που εκτελεί χρέη Γραμματέα, για την τήρηση των πρακτικών συνεδρίασης.

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. Γεώργιος Στειακάκης κήρυξε την έναρξη της συνεδρίασης, αφού διαπίστωσε ότι το Δ.Σ. βρίσκεται σε νόμιμη απαρτία.

**Θέμα 6<sup>ο</sup> : Συνεργασία με τον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.**

Εισηγούμενος ο κ. Δήμαρχος το ανωτέρω θέμα της ημερήσιας διάταξης ανέφερε τα εξής:  
Σύμφωνα με το από 27 Οκτωβρίου 2004 έγγραφο του Πανεπιστημίου Κρήτης- Τμήμα Ιατρικής καλούμεθα να συνεργαστούμε με τον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης και του ΠαΓ.ΝΗ με σκοπό την καταγραφή των αναγκών υγείας των πολιτών και την εκπόνηση προγραμμάτων και δράσεων που αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη.

Στα ανωτέρω πλαίσια ο Δήμος μας μπορεί να κινηθεί στους εξής άξονες

- ✓ Καταγραφή και αξιολόγηση της υγείας των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας.
- ✓ Υγεία των ατόμων τρίτης ηλικίας και αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται σ αυτά.
- ✓ Υγεία, εμβολιασμός και πρόληψη σε παιδιά τρίτης ηλικίας.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι (συνέχεια)

Η θεματολογία των κοινών δράσεων και παρεμβάσεων θα μπορεί να επεκταθεί και σε άλλους τομείς, όπως επίσης θα μπορεί να συμπεριλάβει, σε ένα δίκτυο συνεργαζομένων φορέων, και άλλες δομές όπως είναι τα Περιφερειακά Ιατρεία που λειτουργούν στην περιοχή του Δήμου μας, το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» και τοπικούς πολιτιστικούς ή άλλους συλλόγους. Προτείνω να εγκριθεί η ανωτέρω συνεργασία του Δήμου με τον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης στην οποία από πλευράς Δήμου τον συντονισμό στη δράση για την υγεία των γυναικών, θα έχει η Κοινωνική Λειτουργός κα Μουδάτσου Μαρία. Στη συνέχεια ο κ. πρόεδρος κάλεσε το σώμα να αποφασίσει σχετικά.

### ΤΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Αφού έλαβε υπόψη του:

1. Την εισήγηση του κ. Δημάρχου
2. Τις διατάξεις του άρθρ.106 του Δ.Κ.Κ.
3. το από 27 Οκτωβρίου 2004 έγγραφο του Πανεπιστημίου Κρήτης- Τμήμα Ιατρικής

### ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ

1. Εγκρίνει την συνεργασία του Δήμου Γοργοαίτη με τον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης με σκοπό την καταγραφή των αναγκών υγείας των πολιτών και την εκπόνηση προγραμμάτων και δράσεων που αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη.

Στα ανωτέρω πλαίσια ο Δήμος θα κινηθεί στους εξής άξονες

- ✓ Καταγραφή και αξιολόγηση της υγείας των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας.
- ✓ Υγεία των ατόμων τρίτης ηλικίας και αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται σ αυτά.
- ✓ Υγεία, εμβολιασμός και πρόληψη σε παιδιά τρίτης ηλικίας.

Η θεματολογία των κοινών δράσεων και παρεμβάσεων θα μπορεί να επεκταθεί και σε άλλους τομείς, όπως επίσης θα μπορεί να συμπεριλάβει, σε ένα δίκτυο συνεργαζομένων φορέων, και άλλες δομές όπως είναι τα Περιφερειακά Ιατρεία που λειτουργούν στην περιοχή του Δήμου μας, το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» και τοπικούς, πολιτιστικούς ή άλλους συλλόγους.

2. Από πλευράς Δήμου τον συντονισμό της ανωτέρω συνεργασίας, στη δράση για την υγεία των γυναικών, θα έχει η Κοινωνική Λειτουργός κα Μουδάτσου Μαρία.

Η απόφαση αυτή πήρε αύξων αριθμό 125/ 2004

Συντάχθηκε το παρόν πρακτικό και υπογράφεται:

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ**  
**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΕΙΑΚΑΚΗΣ**

### ΤΑ ΜΕΛΗ

ΓΙΑΝΝΑΚΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ, ΓΟΥΡΝΙΑΝΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΔΑΣΚΑΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΚΑΠΕΛΛΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΚΑΜΠΙΤΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΜΑΣΤΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗ ΜΑΡΙΝΑ, ΜΠΙΓΓΙΚΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΠΛΕΡΩΝΑΚΗ ΜΥΡΩΝΙΑ, ΠΠΕΡΑΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ, ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΣΤΑΜΑΤΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΤΖΟΥΛΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ.



**ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ**  
**Ο ΔΗΜΑΡΧΟΣ**

**ΜΑΤΘΑΙΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

2/

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ Συνοδευτικό ενημερωτικό σημείωμα για τις συμμετέχουσες γυναίκες της έρευνας.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Τ. Θ. 2208, Ηράκλειο 71003, Κρήτη

Τηλέφωνο Τομέα: 2810 39 46 00



Ηράκλειο, 9/2/ 2006

Προς: .....

Αξιότιμε/η Κύριε/ια:

Μέσα στο επόμενο διάστημα θα γίνει στην περιοχή του Δήμου Γοργολαΐνη μία έρευνα σχετικά με την υγεία των γυναικών. Η έρευνα πραγματοποιείται από τον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σε συνεργασία με το Δήμο.

Ειδικότερα, θα διεξαχθούν δύο μελέτες, στα πλαίσια μιας ολιστικής προσέγγισης της υγείας. Η μία μελέτη σχετίζεται με το κατά πόσο οι ανθρώπινες σχέσεις στην κοινότητα μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την υγεία των γυναικών. Η δεύτερη μελέτη αποσκοπεί στο να δούμε σε ποιο βαθμό οι γυναίκες της περιοχής είναι ενημερωμένες για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας.

Η έρευνα απευθύνεται σε γυναίκες ηλικίας 35 – 75 ετών. Οι ερευνήτριες θα επισκεφθούν στο σπίτι τις γυναίκες που τυχαία επιλέχθηκαν, προκειμένου να συμπληρωθούν τα σχετικά Ερωτηματολόγια. Η συμμετοχή των γυναικών είναι εθελοντική. Τα Ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και οι απαντήσεις θα παραμείνουν ασυστηρά εμπιστευτικές.

### Για πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε στα εξής τηλέφωνα:

- 2810- 721373 , 6938980463 - Μαρία Μουδάτσου

Κοινωνικός Λειτουργός Δήμου Γοργολαΐνη

- 2810-323355 , 697-2477300 - Λίλα Παναγουλοπούλου

Ειδικευόμενη Γιατρός Γενικής Ιατρικής Π.Α.Γ.Ν.Η.

- 2810-394600 , 2810-394615 - Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

Με τιμή,

Τάσος Φιλαλήθης (Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής,  
Διευθυντής Εργαστηρίου Προγραμματισμού Υγείας)  
Αντώνης Κούτης (Επιμελητής Α' Κοινωνικής Ιατρικής)  
Μαρία Μουδάτσου  
Λίλα Παναγουλοπούλου

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ Ερωτηματολόγιο της μελέτης και του SQC (Social Capital Questionnaire)**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3. ΕΙΣΤΕ: 1. ΓΥΝΑΙΚΑ  2. ΑΝΔΡΑΣ  4. ΠΟΤΕ ΓΕΝΝΗΘΗΚΑΤΕ; \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ΧΡΟΝΩΝ)

20. ΒΑΡΟΣ: \_\_\_\_\_ kg 21. ΥΨΟΣ: \_\_\_\_\_ m

24. ΣΕ ΠΟΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΕΝΕΤΕ; \_\_\_\_\_

25. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΝΕΤΕ Σ'ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ; \_\_\_\_\_ χρόνια

26. ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- 1. Παντρεμένος/η
- 2. Χήρος/α
- 3. Διαζευγμένος/η
- 4. Σε διάσταση
- 5. Ανύπαντρος/η
- 6. Συζώ
- 7. Άλλο. Παρακαλώ διευκρινήστε:

31. ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ;

\_\_\_\_\_

32. ΑΣΦΑΛ. ΤΑΜΕΙΟ: \_\_\_\_\_

33. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΑΣ;

- 1. Δημοτικό
- 2. Γυμνάσιο-Λύκειο
- 3. ΤΕΙ-Πανεπιστήμιο
- 4. Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό
- 5. Δεν έχω τελειώσει το Δημοτικό

27. ΑΝ ΕΙΣΤΕ ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ;  
\_\_\_\_\_ χρόνια

28. ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΕΤΕ; \_\_\_\_\_

29. ΜΕΝΕΤΕ:

- 1. Μόνος/η
- 2. Με τον/την σύζυγο
- 3. Με τα παιδιά
- 4. Με τον/την σύζυγο και τα παιδιά
- 5. Με τους γονείς
- 6. Με φίλους
- 7. Άλλο. Παρακαλώ διευκρινήστε:

34. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑ;

- 1. Λιγότερα από 500 Ευρώ το μήνα
- 2. 501-1000 Ευρώ το μήνα
- 3. 1001-1500 Ευρώ το μήνα
- 4. 1501-2500 Ευρώ το μήνα
- 5. 2501-3500 Ευρώ το μήνα
- 6. 3501-4501 Ευρώ το μήνα
- 7. Πάνω από 4501 Ευρώ το μήνα

30. ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ:

- 1. Δημ. υπάλληλος
- 2. Ιδιωτ. υπάλληλος
- 3. Ελεύθερος επαγγελματίας
- 4. Αγρότης
- 5. Οικιακά
- 6. Άνεργος/η
- 7. Συνταξιούχος
- 8. Φοιτητής
- 9. Άλλο. Παρακαλώ διευκρινήστε:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



## Ερωτηματολόγιο ποσοτικής εκτίμησης του κοινωνικού κεφαλαίου

### *SOCIAL CAPITAL QUESTIONNAIRE*

Τη σύνταξη του ερωτηματολογίου έκαναν οι:

Jenny Onyx  
Paul Bullen

Την επιμέλεια της ελληνικής μετάφρασης και στάθμισης είχαν οι:

Γιώργος Κρησωτάκης  
Αντώνης Κούτης  
Τάσος Φιλαλήθης

Η άδεια για μετάφραση και προσαρμογή του SOCIAL CAPITAL QUESTIONNAIRE στα ελληνικά δόθηκε στο Εργαστήριο Προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

	1	2	3	4	
A1	Αισθάνεστε καταξωμένος/η στην κοινωνία;	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λίγο</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάρα πολύ</i>
A2	Αν η ζωή σας τελείωνε αύριο, θα είσαταν ευχαριστημένοι με τη ζωή που ζήσατε;	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λίγο</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάρα πολύ</i>
A3	Έχετε μαζέψει ποτέ σκουπιδιάκια άλλων σε κάποιο δημόσιο χώρο;	<input type="checkbox"/> <i>Ποτέ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μερικές φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>Συχνά</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ συχνά</i>
A4	Μερικοί υποστηρίζουν ότι βοηθώντας τους άλλους τελικά βοηθάς τον εαυτό σου. Συμφωνείτε με αυτήν την άποψη;	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λίγο</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάρα πολύ</i>
A5	Προσφέρετε εθελοντική εργασία σε κάποιο τοπικό σύλλογο, ομάδα ή οργάνωση;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, ποτέ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Σπάνια</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 φορά το μήνα</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 φορά την εβδομάδα</i>
A6	Νοιώθετε ασφαλής να περπατάτε στην γειτονιά σας όταν νυχτώσει;	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λίγο</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάρα πολύ</i>
A7	Συμφωνείτε με την άποψη ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης;	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λίγο</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάρα πολύ</i>
A8	Εάν χαλάσει κάποιο αυτοκίνητο έξω από το σπίτι σας, θα προσκαλούσατε τον/την οδηγό μέσα στο σπίτι για να χρησιμοποιήσει το τηλέφωνο;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μάλλον όχι</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μάλλον ναι</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ναι, οπωσδήποτε</i>
A9	Έχετε βοήθεια από τους φίλους σας όταν την χρειάζεστε;	<input type="checkbox"/> <i>Ποτέ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Σχεδόν ποτέ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Σχεδόν πάντα</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάντα</i>
A10	Θεωρείται η περιοχή που μένετε ασφαλής;	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λίγο</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάρα πολύ</i>
A11	Αν προσέχατε κάποιο παιδάκι και χρειαζόταν να βγείτε έξω για λίγο, θα ζητούσατε από κάποιον γείτονα να το κρατήσει;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μάλλον όχι</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μάλλον ναι</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ναι, οπωσδήποτε</i>
A12	Επισκεφτήκατε κάποιον γείτονα την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, ούτε μια φορά</i>	<input type="checkbox"/> <i>1-2 φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>3-4 φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λοιπτό συχνά</i>

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

	1	2	3	4
A13 Έχετε πάει σε κάποια εκδήλωση στην περιοχή που μένετε τους τελευταίους 6 μήνες; (πχ, εκκλησιαστική πανήγυρη, σχολική εορτή, έκθεση χειροτεχνίας κάποιας ομάδας)	<input type="checkbox"/> <i>Ποτέ</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 φορά</i>	<input type="checkbox"/> <i>2 φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>3 φορές</i>
A14 Συμμετέχετε ενεργά σε κάποιο τοπικό σύλλογο; (αθλητικό, κοινωνικό, πολιτικό)	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Σπάνια</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μερικές φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ ενεργά</i>
A15 Νοιώθετε ότι εκεί που ζείτε είναι «σαν το σπίτι σας;»	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λίγο</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάρα πολύ</i>
A16 Πόσες φορές μιλήσατε με φίλους στο τηλέφωνο την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/> <i>Καμμία</i>	<input type="checkbox"/> <i>1-3 φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>4-5 φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάνω από 6 φορές</i>
A17 Με πόσα άτομα μιλήσατε εχθές;	<input type="checkbox"/> <i>Κανένα</i>	<input type="checkbox"/> <i>1-5 άτομα</i>	<input type="checkbox"/> <i>6-10 άτομα</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάνω από 10 άτομα</i>
A18 Συνηθίζετε να τρώτε τα Σαββατοκύριακα με φίλους κάπου εκτός σπιτιού;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, πολύ συχνά</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μερικές φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ συχνά</i>	<input type="checkbox"/> <i>Σχεδόν πάντα</i>
A19 Επισκέπτεστε μέλη της οικογένειάς σας που μένουν σε άλλη περιοχή από αυτή που μένετε εσείς;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, πολύ συχνά</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μερικές φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>Αρκετά συχνά</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ συχνά</i>
A20 Όταν πηγαίνετε για ψώνια στην περιοχή σας συνήθως συναντάτε γνωστούς και φίλους;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, πολύ συχνά</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μερικές φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ συχνά</i>	<input type="checkbox"/> <i>Σχεδόν πάντα</i>
A21 Εάν χρειαστεί να πάρετε μια πολύ σημαντική απόφαση για τη ζωή σας, ξέρετε που να βρείτε τις απαραίτητες πληροφορίες;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, δεν ξέρω</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μάλλον όχι</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μάλλον ναι</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ξέρω σίγουρα</i>
A22 Τους τελευταίους έξι μήνες έτυχε να βοηθήσετε κάποιον γείτονά σας που αρρώστησε;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, ούτε μια φορά</i>	<input type="checkbox"/> <i>1-2 φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>3-4 φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάνω από 5 φορές</i>
A23 Ανήκετε στο διοικητικό συμβούλιο κάποιου συλλόγου, ομάδας ή οργάνωσης της περιοχής σας;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, σε κανέναν</i>	<input type="checkbox"/> <i>Σε ένα (1)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Σε δύο (2)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάνω από τρεις (3)</i>
A24 Τα τελευταία 3 χρόνια, συνεργαστήκατε με άλλα άτομα για να αντιμετωπίσετε μια έκτακτη ανάγκη στην περιοχή σας; (βαρυχειμωνιά, φωτιά, πλημμύρα)	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, ούτε μια φορά</i>	<input type="checkbox"/> <i>1-2 φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>3-4 φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>Τουλάχιστον 5 φορές</i>

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

	1	2	3	4
A25 Τα τελευταία 3 χρόνια πήρατε μέρος σε κάποια δραστηριότητα που γίνεται στην περιοχή σας; (δενδροφύτευση, καθαρισμός παραλιών, προστασία δάσους κλπ)	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, ποτέ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Σπάνια</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μερικές φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ναι, συχνά</i>
A26 Έχετε πάρει κάποια πρωτοβουλία για να οργανώσετε κάποιο καινούριο σύλλογο στην περιοχή σας; (εθελοντικής αιμοδοσίας, κατηχητικό, σύλλογο για ηλικιωμένους κλπ)	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, ποτέ</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 φορά</i>	<input type="checkbox"/> <i>2 φορές</i>	<input type="checkbox"/> <i>Τουλάχιστον 3 φορές</i>
A27 Εάν διαφωνείτε σε κάτι με το οποίο όλοι οι υπόλοιποι έχουν συμφωνήσει, νοιώθετε άνετα να εκφράσετε την διαφωνία σας;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μάλλον όχι</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μάλλον ναι</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ναι, οπωσδήποτε</i>
A28 Αν έχετε διαφορές με τους γείτονές σας (πχ για το όριο των οικοπέδων ή για τα κατοικίδια τους) είστε πρόθυμος/η να προσπαθήσετε να τα βρείτε;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μάλλον όχι</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μάλλον ναι</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ναι, οπωσδήποτε</i>
A29 Πιστεύετε ότι το να ζουν στην περιοχή σας άτομα από διαφορετικά μέρη κάνει την ζωή σας καλύτερη;	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λίγο</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάρα πολύ</i>
A30 Σας αρέσει να ζείτε μεταξύ ατόμων με διαφορετικό τρόπο ζωής από τον δικό σας;	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λίγο</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάρα πολύ</i>
A31 Εάν κάποιοι άγνωστοι, κάποιοι με διαφορετικές συνήθειες, μετακομίσουν στη γειτονιά σας, θα γίνουν αποδεκτοί από τους γείτονες;	<input type="checkbox"/> <i>Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μάλλον όχι</i>	<input type="checkbox"/> <i>Μάλλον ναι</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ναι, οπωσδήποτε</i>

*ΕΑΝ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ, ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ.*

*ΕΑΝ ΔΕΝ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ, ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΑΤΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.*

	1	2	3	4
A32 Νοιώθετε ότι είστε μέλος της κοινότητας στην περιοχή που εργάζεστε;	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λίγο</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάρα πολύ</i>
A33 Είναι οι συνάδελφοί σας φίλοι σας;	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λίγο</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάρα πολύ</i>



**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

	1	2	3	4	
A34	Νοιώθετε ότι είστε μέλος μιας ομάδας στη δουλειά σας;	<input type="checkbox"/> Καθόλου	<input type="checkbox"/> Λίγο	<input type="checkbox"/> Πολύ	<input type="checkbox"/> Πάρα πολύ
A35	Στη δουλειά σας, αναλαμβάνετε την πρωτοβουλία να κάνετε κάτι που χρειάζεται να γίνει ακόμα κι αν δεν σας το έχει ζητήσει κανείς;	<input type="checkbox"/> Ποτέ	<input type="checkbox"/> Σχεδόν ποτέ	<input type="checkbox"/> Αρκετά συχνά	<input type="checkbox"/> Πολύ συχνά
A36	Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, βοηθήσατε κάποιο συνάδελφο στη δουλειά του, ενώ δεν ήταν δική σας ευθύνη ή υποχρέωση;	<input type="checkbox"/> Όχι ποτέ	<input type="checkbox"/> 1-2 φορές	<input type="checkbox"/> 3-4 φορές	<input type="checkbox"/> Τουλάχιστον 5 φορές

A62. Γενικά θα λέγατε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι:

Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή
1	2	3	4	5

Ευχαριστούμε για τη βοήθειά σας.

ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ: \_\_\_\_\_

## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- 1) Έχετε ενημερωθεί για το πώς γίνονται οι εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου όπως το test Παπανικολάου και η μαστογραφία;
  - A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Πολύ
- 2) Εσείς τις κάνατε όπως σας έχει προταθεί;
  - A) ΟΧΙ B) ΝΑΙ
  - 2α) Πόσες μαστογραφίες έχετε κάνει τα τελευταία 6 χρόνια; \_\_\_\_\_
  - 2β) Πόσα test PAP έχετε κάνει τα τελευταία 6 χρόνια; \_\_\_\_\_
- 3) Εάν όχι τι είναι αυτό που σας εμποδίζει να τις κάνετε;
- 4) Τι θα θέλατε να αλλάξει για να κάνετε τις εξετάσεις πρόληψης του καρκίνου;

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV Σχεδιάγραμμα ερωτήσεων ποιοτικής έρευνας επαγγελματιών υγείας**

- 1) Μιλήστε μας για την επαγγελματική σας ενασχόληση στην περιοχή;
- 2) Ποιες πιστεύεται ότι είναι οι κυριότερες ανάγκες υγείας των γυναικών;
- 3) Θεωρείτε ότι οι γυναίκες έχουν ανάγκες υγείας που δεν τις εκφράζουν;
- 4) Πως οι γυναίκες διαχειρίζονται τις ακάλυπτες ανάγκες υγείας τους; Τι επιπτώσεις δημιουργούνται στην υγεία τους;
- 5) Πως θα περιγράφατε τις γυναίκες της περιοχής σας; Τις θεωρείτε ανεξάρτητες; Γνωρίζουν τα δικαιώματά τους;
- 6) Μιλήστε μας για τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις τους
- 7) Υπάρχουν κοινωνικές υπηρεσίες ικανές να καλύψουν τις ανάγκες υγείας των γυναικών;
- 8) Ποιες είναι οι προτάσεις σας για νέες υπηρεσίες, για την ολιστική κάλυψη των αναγκών υγείας των γυναικών;
- 9) Πιστεύεται ότι οι γυναίκες μπορούν να έχουν ρόλο στον σχεδιασμό νέων υπηρεσιών για τις ίδιες; Ποια τα προβλήματα και οι βοηθητικοί παράγοντες;