

- U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census, U.S. Government Printing Office, Ουάσινγκτον, τ. 2, σ. 429-461.
- Strock H. (1959), «The Comparison of Occupational Mortality Rates», *Population Studies*, 13 (2): 183-192.
- Spiegelman M. (1976), *Introduction to Demography*, Cambridge, Μασαχουσέτη, Harvard University Press, σ. 137-139.
- Spiegelman M., Maats H.H. (1966), «Empirical Testing of Standards for the Age-Adjustment of Death Rates by the Direct Method», *Human Biology*, 38 (3): 280-292.
- UN (1968), *Methods of Analyzing Census Data on Economic Activities of the Population*, ST/SDA/SER.A/43, Sales op.: σ. 69, XIII. 2, σ. 19-34.
- , (1982a), *Model Life Tables for Developing Countries*, ST/ESA/SER.A/77, Sales op.: E. 81.7, Νέα Υόρκη.
- , (1982b), *Levels and Trends of Mortality since 1950*, ST/SER.A/74, Sales op.: E. 81, XIII. 3, Νέα Υόρκη.
- Waters H.R., Wilkie A.D. (1987), «A Short Note on the Construction of Life Tables and Multiple Decrement Tables», *Journal of the Institute of Actuaries*, 114 (3): 569-580.
- Willekens F. (1987), «The Marital Status Life Table», στο J. Bongarts, T.K. Burch και K.W. Wachter (επιμ.), *Family Demography: Methods and their Application*, *International Studies in Demography*, Oxford University Press, 125-149.
- Willekens F., Dreese P. (1984), «A Multiregional Model for Regional Demographic Projections», στο H. ter Heide και F.J. Willekens (επιμ.), *Demographic Research and Spatial Policy*, *The Dutch Experience*, Academic Press, σ. 309-332.
- Wunsch G.J., Termote M.G. (1978), *Introduction to Demographic Analysis*, Principles and Methods, Plenum Press, Νέα Υόρκη και Λονδίνο, σ. 100-102.
- Zeng Y. (1985), *Marriage and Marriage Dissolution in China: a Marital Status Life Table Analysis*, Working Papers of the NIDI, αρ. 57, Netherlands Interuniversity Demographic Institute, Voorburg, Netherlands.

Ε. Ν.Ι.Ο. Καί.ν. Εφεσών  
ΕΥΚΕ 2. 7. 1970

Ιωάννης Χλιαουράκης

ΚΟΙΝΩΝΙΟΔΟΤΙΚΗ ΠΡΟΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ  
ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΠΡΟΣΒΕΒΑΗΜΕΝΟΥΣ  
ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ  
ΑΝΟΣΟ-ΑΝΕΠΙΔΡΚΕΙΑΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ερευνητική Ομάδα του τμήματος Επισκεπτών-Επισκεπτριών Υγείας του ΤΕΙ Αθηνών ολοκλήρωσε τις εργασίες της κοινωνιολογικής έρευνας ευρείας έκτασης που διεξήγαγε σε πρώτη φάση στη Δ. Αττική με θέμα: «Κρίσεις και στάσεις των κατοίκων της περιφέρειας της Δ. Αττικής — ηλικίας 16-49 ετών»<sup>1</sup> — απέναντι στο ΣΕΔΑ\* (έρευνα στους δήμους Αγ. Αναργύρων - Αγ. Βαρβάρας - Αιγάλεω - Καματερού - Ν. Αισκίων - Ν. Χαλκιδέως - Πεπταρίων - Πετρούλεως και Χαϊδαρίου.<sup>2</sup>

Ο κ. Ιωάννης Χλιαουράκης ανήκει στο Τμήμα Επισκεπτών-Επισκεπτριών Υγείας ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Αθηνών.

Ευχαριστούμε θερμά τον υπεύθυνο φίλο Δημήτρη Παλεσκάνη, διευθυντή στην Ε.Σ.Υ.Ε. του Τμήματος Έρευνας για το Εισόδημα, ο οποίος μας συμβούλεψε και μας επέτρεψε τη χρήση των καταλόγων και των χαρτών του τμήματός του για την κατασκευή του δείγματος της δικής μας έρευνας.

1. Από την πρώτη στιγμή αντιμετωπίσαμε το ζήτημα των ηλικιών που θα ερευνηθούμε. Το θέμα μας αφορά χωρική αντιγραφή και ηλικίες μέγαν των ερευνηθέντων. Όμως, αποφεύχουμε τελικά με ευελαστό υποκειμενικά κριτήρια να ξεκινήσουμε από την ηλικία των 16 ετών θεωρώντας ότι θα περιλαμβάνουμε έτσι και τους έφηβους και να περιοριστούμε στα 49, αφού υποθέσαμε ότι κίνου εδώ रहलάντα η έντονη σεξουαλική ρεχλός των ατόμων.

2. Το γεγονός ότι το ΤΕΙ-Αθηνών βρίσκεται στην Δ. Αττική αποτελεί το κύριο φυσικό και συννοσηματικό κίνητρο που μας ώθησε να ξεκινήσουμε την έρευνα στην περιοχή. Ένας επιπρόθετος λόγος αφορά τις αλληλεπιδράσεις προσκελίσεις που κατά καιρό έχουμε έγκυρι από τις τοπικές αρχές της περιοχής για εκπόνηση μελετών στους δήμους των.

Η διαδικασία επιλογής του δείγματος έγινε με αυστηρά κριτήρια και επιστημονικές μεθόδους σε δύο φάσεις:

— *αποτηματική κλήρωση (tirage systematique)*, από την έκταση που καλύπτουν οι δήμοι και από το μέγεθος του πληθυσμού τους. Με διαδικασίες κλήρωσης πήραμε ένα δείγμα 54 Μονάδων Επαφάνειας (κάθε Μ.Ε. περιλαμβάνει ένα ή και περισσότερα οικοδομικά τετράγωνα). Ως προς τη διαδικασία αυτής της φάσης χρησιμοποιήσαμε τα στοιχεία (καταλόγους και χάρτες) που μας διέθεσε η ΕΣΥΕ

— *αντιπροσωπευτική δειγματοληψία (echantillon representatif)*, ή αναλογικός καταμερισμός (1), ως προς το μέγεθος του πληθυσμού, τις ομάδες ηλικίας (που συγκροτήσαμε) και το φύλο σε κάθε δήμο. Καταγράψαμε τον πληθυσμό-γούρα (περίπου 7.500 άτομα), στις 54 Μ.Ε. και βρήκαμε σ' αυτές περίπου 3.500 άτομα ηλικίας 16-49 ετών, από τα οποία πήραμε αναλογικά το τελικό μας δείγμα των 816 ατόμων (397 άνδρες και 419 γυναίκες καταμετρημένοι σε τρεις ομάδες ηλικίας: 16-25 ετών με 136 άνδρες και 151 γυναίκες, 26-35 ετών με 121 άνδρες και 118 γυναίκες, και 36-49 ετών με 140 άνδρες και 150 γυναίκες).

Ο τόπος γέννησης του πληθυσμού του δείγματος κατανέμεται ως ακολούθως:

— *περσινή Αθηνών* 379 άτομα (46,4%), Προτερούσα Νομού 114 άτομα (14%),

— *επαρχιακή πόλη* 93 άτομα (11,4%), χωριό 205 άτομα (25,1%) και

— *έξωπαιρικό* 25 άτομα (3,1%)

Τά επάγγελα κατανέμονται με την εξής σειρά:

— *νοικοκυρές* 224 άτομα (27,5%), *εργάτες* 214 (26,2%),

— *μαθητές φοιτητές* 116 (13,6%), *υπάλληλοι γραφείου* 85 (10,4%),

— *έμπιστοι, εμπροσπώληλοι* 65 (8%), *επιστήμονες, ελεύθεροι επαγγελματίες* 61 (7,5%), *άνεργοι* 29 (3,6%), *απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών* 27 (3,3%).

Το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων του δείγματος παρουσιάζει την εξής κατανομή:

— *Αγρήμιτοι* 7 (0,9%), *λίγες τάξεις Δημοτικού* 35 (4,3%),

— *Απολυτήριο Δημοτικού* 357 (43,8%), *απολυτήριο Γυμνασίου* 344 (42,2%), (42,2%),

— *Πτυχιούχοι Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής* 73 (8,9%).

Η συλλογή στοιχείων έγινε με ερωτηματολόγιο (το οποίο περιείχε κλίμακες Μέτρησης Στάσεων διωδικών επιλογών, πολλαπλών επιλογών, αυτοβαθμολόγησης (2), και ερωτήσεις κλειστού και ημι-ανοικτού τύπου), από τους σπουδαστές του Στ. Εξαμήνου του τμήματος Επισκεπτών-Επισκεπτριών Υγείας στα πλαίσια του εργαστηριακού μέρους του μαθήματος «Μεθοδολο-

για Έρευνας - Έρευνα σε θέματα Υγείας και Πρόνοιας, σε διάστημα 26 ημερών τους μήνες Νοέμβριο και Δεκέμβριο 1987. Με το πέρας της συνέντευξης αφήσαμε ένα ενημερωτικό φυλλάδιο για το ΣΕΑΑ με την παράκληση να μελετηθεί προσεκτικά.

Η εισαγωγή και η επεξεργασία των στοιχείων καθώς και η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες (SPSS) (3), στο εργατήριο του μαθήματος από τον υπογράφωντα το παρόν άρθρο, επιστημονικό υπεύθυνο της έρευνας.

*Άμεσος στόχος* της έρευνας είναι ο κοινωνικός πατισμός, οι ενδεχόμενες, δηλαδή, νέες στάσεις και κρίσεις του πληθυσμού ως προς ορισμένους κοινωνικούς χώρους και σύνολα, ο οποίος πατισμός συνδέεται με το φόβο για το ΣΕΑΑ και γενικά για κάθε λοιμώδες νόσημα που βρίσκεται σε έξαρση. *Έμφυτος στόχος* της έρευνας είναι η πληροφόρηση του πληθυσμού για το ΣΕΑΑ, αφού θεωρούμε το φόβο και τη διαφοροποίηση της στάσης στενά συνδεδεμένα με αυτήν.

*Υπόθεση εργασίας:* Ο φόβος για το ΣΕΑΑ δεν σηματοδοτεί υποχρεωτικά και φόβο απέναντι στους προσβεβλημένους, γιατί συνήθως φοβάται ο πληθυσμός τις ομάδες που με διαφόρους τρόπους συνδέει με το ΣΕΑΑ. Στάσεις ευνοϊκές για κοινωνικό πατισμό δημιουργούνται όταν ο πληθυσμός δεν έχει δυνατότητα ταύτισης με τους προσβεβλημένους.

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο άρθρο αυτό ασχολούμεθα με το δεύτερο μέρος της υπόθεσης εργασίας μας, που αφορά τη σχέση ανάμεσα στην εμφάνιση του κοινωνικού πατισμού και στη δυνατότητα ταύτισης του πληθυσμού με τους προσβεβλημένους. Με το πρώτο μέρος που αφορά το φόβο, έχουμε ήδη ασχοληθεί σε άλλη μελέτη μας (4).

Εισαγωγικά, παραθέτουμε ορισμένα στοιχεία σχετικά με το πρώτο μέρος της υπόθεσης εργασίας —τη συνδεση που το κοινό κάνει ανάμεσα σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες με τους προσβεβλημένους, και συνεπώς, το φόβο του απέναντι σε αυτές τις ομάδες—, για να κατανοηθεί καλύτερα ο αναγνώστης τις σκέψεις μας.

Μελετάμε, επομένως, το πολυδυσχετημένο θέμα της εμφάνισης του κοινωνικού πατισμού ως άμεση συνέπεια του ΣΕΑΑ, αφού αποδεχόμεθα ότι οι επιπτώσεις αυτής της «εξουδικά μεταδομένης νόσου», δεν είναι μόνο βιολογικής αλλά και κοινωνικής σημασίας, από τη στιγμή που, όπως μεταδοτική ασθένεια χωρίς θεραπεία, παρουσιάζει έναν πραγματικό και δυναμικό κίνδυνο για τις ανθρώπινες σχέσεις και το κοινωνικό σώμα (5). Συνεπώς, ο

φόρος απέναντι στον κίνδυνο μόλυνσης δημιουργεί στάσεις αποστασιοποιη-  
της απέναντι στις φανταστικές ή υπαρκτές εστιές του. Η έρευνα μας έδειξε ό-  
τι ο πληθυσμός, του οποίου τις κρίσεις και στάσεις μελετάμε, συνδέει το  
ΣΕΑΑ<sup>1</sup> (και συνεπώς αισθάνεται ότι απειλείται):

— με τους έφηβους και τους νέους (ομάδες ηλικίας), (81% και 95% αντίστοι-  
χα)

— με τους ομοφυλόφιλους, τους τοξικομανείς και τους τουρίστες (κοι-  
νωτικο-δημογραφικές ομάδες), (90%, 72% και 77% αντίστοιχα) (6)

— με τους οδοντογναθούς (επαγγελματική ομάδα), (37%).

Διακρίνουμε επομένως με πολύ συγκεκριμένο τρόπο μια αντίληψη η  
οποία θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι σχετίζεται με το είδος της κυρίαρ-  
χης πληροφορητής η οποία καθιερώθηκε συνδέοντας το ΣΕΑΑ με τις παρα-  
πάνω ομάδες. Με εξείρεση τους οδοντογναθούς, οι υπόλοιπες ομάδες παρα-  
πέμπουν όλες με διάφορους τρόπους και σε διαφορετικό βαθμό στο σέξ και  
μέσα απ' αυτό στο ΣΕΑΑ. Φαίνεται λοιπόν πως αυτό που σε τελική ανάλυση  
φοβίζει, είναι η διαμορφωμένη εικόνα για τις παραπάνω ομάδες, παρά αυτοί  
καθ' εαυτούς οι προσβεβλημένοι, τους οποίους στο κάτω της γραφής τα άτο-  
μα δεν συναντούν στην καθημερινότητά τους (ή τουλάχιστον δεν μπορούν  
να γνωρίζουν αν συναντούν).

Από τη μέλξη των παραπάνω στοιχείων μόνο έμμεσα προέκυψε η  
αποστασιοποίηση και ο κοινωνικός πασιγμός, αφού αναφερόμαστε σε ομά-  
δες που φέρονται να σχετίζονται με το ΣΕΑΑ (φανταστικές εστιές κινδύνου)  
και όχι στους ίδιους τους προσβεβλημένους (που κατά κάποιο τρόπο ως μας  
επιτραπέι να τους χαρακτηρίσουμε ως πραγματικές εστιές κινδύνου). Στο άρ-  
θρο αυτό εξετάζουμε τη στάση που ευθέως θα υποθετούσε ο πληθυσμός μας  
απέναντι σ' αυτούς τους τελειοταούς.

Η ασθένεια του ΣΕΑΑ αποτελεί μια καθιέρω ιδιωματική υπόθεση για τους  
προσβεβλημένους και συνεπώς δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε παρέμβαση που  
θα έβριε σε αμφισβήτηση αυτή την ιδιωματικότητα. Αναβιώνουν όμως αντιλή-  
ψεις και αναπτύσσονται στάσεις ανοχής, αν όχι αποδοχής της απομόνωσης,  
της διώξης των σχετιζομένων με αυτή την αρρώστια. Το κοινωνικό σύνολο  
παρουσιάζεται απειλούμενο και εν όψει αυτής της απειλής επιτρέπεται την πα-  
ρέμβαση στην ιδιωματική υπόθεση των προσβεβλημένων.

Όπως, σε ποτες περιπτώσεις και από ποιους επιτρέπεται το κοινό την πα-  
ρέμβαση στην ιδιωματική ζωή των προσβεβλημένων:

Οι ερωτήσεις που ευθέως θέσαμε αφορούν τρεις περιπτώσεις:

3. Γρήγορα μια στιγμή από ερωτήσεις για να γνωρίσουμε τις κρίσεις του προσβεβλημένου/πλη-  
θυσμού απέναντι σε διάφορες κοινωνικο-δημογραφικές και επαγγελματικές ομάδες ως προς το  
ΣΕΑΑ.

α. Οι επιστήμονες-ειδίκοι και τα νοσοκομεία θα πρέπει να επιλαμβάνον-  
ται του θέματος και μόλις αντιληφθούν ένα άτομο με ΣΕΑΑ να ενημερώνουν  
τα Κ.Α.Ν.; Θα οφείλουν όμως να αναζητούν τους ερωτικούς συντρόφους του  
πιάσγοντος τους οποίους θα ενημερώνουν και θα υποβάλλουν σε τεστ και θε-  
ραπείες; Είναι αναγκαία η επανυπαλογογία κέντρων θεραπείας όπως η «Σπι-  
ναλόγκα» για να φιλοξενήσουν τέτοια άτομα ειδικά για την δημόσια  
υγεία;<sup>4</sup> (Εξετάζεται δηλαδή εδώ η συγκεκριμενοποίηση του κοινού στους ειδι-  
κούς —γιατρούς, νοσοκομεία, κέντρα θεραπείας— να παρεμβαίνουν στη ζωή  
των ασθενών και βελτίωσης η στάση του απέναντι στον εγκλεισμό τους).

β. Το κράτος και οι υπηρεσίες του θα πρέπει να ενημερώνονται από  
τους συγγενείς των προσβεβλημένων σε περίπτωση απόκρυψης της πάθησής  
τους; Θα οφείλει ομοίως να καταρτίσει ονομαστικούς καταλόγους των  
πασχόντων για την προστασία του κοινού μέσα της ενημέρωσής του; (Αγρί-  
ζουμε εδώ το θέμα της αποδεκτότητας του κράτους από το κοινό να ανα-  
λαμβάνει πρωτοβουλίες που αφορούν στην ιδιωματική ζωή του πολίτη, καθώς  
επίσης και την αμοιβαία επικοινωνία κράτους-πολίτη στη βάση ανταλλαγής  
και μετάδοσης πληροφοριών που σχετίζονται με ιδιωτικές υποθέσεις τρίτων).

γ. Οι εργοδότες<sup>5</sup> και οι ιδιοκτήτες κατοικιών θα πρέπει να δώσουν τους  
προσβεβλημένους; (Χωρίς περσιτροφές θέσαμε το ζήτημα του διαγμού και  
της απομόνωσης των φορέων και ασθενών από τον εγγύς τους κοινωνικό πε-  
ρίγγο, προκειμένου να γνωρίσουμε τη στάση του κοινού απέναντι σ' αυτό  
το πολυδυσχετημένο θέμα).

#### ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται σύμφωνα με τις τρεις περιπτώ-  
σεις ερωτήσεων που θέσαμε, και για τις οποίες έγινε λόγος στην εισαγωγή  
αυτού του κεφαλαίου. Περιοριζόμαστε στην παρουσίαση των αποτελεσμά-  
των κατά φύλο και ομάδα ηλικίας, επειδή μέσα από τις μεταβλητές αυτές ο  
αναγνώστης δεν θα χάσει μέσα στους αριθμούς.

4. Οι Singer, Rogers και Corcoran παραθέτουν αποτελέσματα διαφόρων δημοσκοπήσεων  
που έγιναν στην Αμερική, σύμφωνα με τις οποίες οι ερωτηθέντες αποδέχονται την απομόνω-  
ση των προσβεβλημένων σε ποσοστά 28% έως 51% (6).

5. Οι ίδιοι συγγραφείς δείχνουν ότι το 39% των ερωτηθέντων αποδέχεται την απόλυση  
από το χώρο εργασίας των προσβεβλημένων (7). Η φύση της εργοσίας μας (εμπειριστή έρευνα)  
αφενός και το είδος των αποτελεσμάτων που παραθέτουν οι παραπάνω συγγραφείς αφετέρου,  
δεν επιτρέπουν περαιτέρω συγκρίσεις.



1. Η συγκεκριτικότητα του κοινού στους δίκτους να παραβείνουν στην ιδιωτική υποθήκη των πασχόντων ή η ασοδετικότητα της δίωξης και απομόνωσης τους από κλινικές εδίκων

1.1 Ενημέρωση Κ.Α.Ν. από Νοσοκομεία και γιατρούς στην περίπτωση που διαπιστωθεί ότι κάποιος πάσχει από ΣΕΑΑ

Ζήτησαμε από τον πληθυσμό του δείγματος μας να τοποθετηθεί απέναντι στο ενδεχόμενο: «Τα Νοσοκομεία και οι γιατροί μόλις διαπιστώνουν ότι ένα άτομο πάσχει από ΣΕΑΑ θα πρέπει αμέσως να ενημερώνουν τά Κ.Α.Ν.»

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ενημέρωση Κέντρων Δομωδών Νοσημάτων για τους πασχόντες από ΣΕΑΑ (κατά ομάδες ηλικίας και φύλο) (%)

Ομάδες ηλικίας Τοποθέτηση	Άνδρες				Γυναίκες*			
	16-25	26-35	36-49	Σύνολο	16-25	26-35	36-49	Σύνολο
Αυσανών	6	3	1	13	9	2	1	3
Αδισφοροί	3	4	1	10	8	2	1	2
Συμφωνών	91	93	98	374	401	96	98	95
Σύνολο	n = 136	n = 121	n = 140	n = 397	n = 418	n = 149	n = 118	n = 151
	34,3	30,5	35,2	100	100	3,6	2,8	3,6

\* Στην ερώτηση αυτή δεν απάντησε μία γυναίκα.

Ός προς το φύλο, με πολύ μικρή διαφορά (2% περισσότερες γυναίκες), υποβελίται μια στάση εννοική για την ενημέρωση των Κ.Α.Ν. από τη συντριπτική πλειονότητα του πληθυσμού.

Ός προς τις ομάδες ηλικίας, οι μεγαλύτερες ηλικίες (κυρίως 26-49 ετών) αποδέχονται μια τέτοια ενέργεια.

Σε μέσο ποσοστό (95%), οι κάτοικοι Δ. Αττικής επιτρέπουν στους γιατρούς και στα νοσοκομεία να ενημερώνουν τα Κ.Α.Ν. στην περίπτωση που θα εντόπιζαν έναν φορέα ή ασθενή με ΣΕΑΑ.

1.2 Αναζήτηση των ερωτικών συντρόφων των φορέων και των ασθενών για υποβολή τεστ και θεραπείας ή οι ενδεχόμενοι με το μανδύα της επιστήμης διώκτες των προσβεβλημένων

Αφού ξεκαθάρισαμε ότι με την ανακάλυψη πασχόντων θα πρέπει να υπάρχει η ανατοπιχη ενημέρωση των Κ.Α.Ν., επεξεργασαμε να δομεί αν ο πληθυσμός επιτρέπει και «την αναζήτηση, από πλευράς γιατρών και Νοσοκομείων, των ερωτικών συντρόφων των αρρώστων με ΣΕΑΑ, για να τους ενημερώσουν και να τους υποβελούν στα ανάλογα τεστ και στις ανατοπιχες θεραπείες».

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Αναζήτηση των ερωτικών συντρόφων των αρρώστων για ενημέρωση, υποβολή σε τεστ και θεραπείες (κατά ομάδες ηλικίας και φύλο) (%)

Ομάδες ηλικίας Τοποθέτηση	Άνδρες				Γυναίκες			
	16-25	26-35	36-49	Σύνολο	16-25	26-35	36-49	Σύνολο
Διαφωνών	7	4	3	19	14	3	1	8
Αδισφοροί	7	3	1	14	15	4	5	3
Συμφωνών	86	93	96	364	390	93	94	97
Σύνολο	n = 136	n = 121	n = 140	n = 397	n = 419	n = 150	n = 118	n = 151
	34,3	30,5	35,2	100	100	3,6	2,8	3,6

Συνερίνοντας τους Πίνακες 1 και 2 που αναφέρονται στην α' περίπτωση με τις «αθώες» ενέργειες που φαινομενικό σκοπό έχουν τον εντοπισμό των πασχόντων και των συντρόφων τους για την πρόληψη του ΣΕΑΑ, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει μια ελαφρά διαφοροποίηση ως προς τη στάση αποδοχής του ρόλου «ντετέκτιβ» που προσδίδουμε στους γιατρούς και στα Νοσοκομεία. Έτσι:

— ως προς το φύλο, σε όμοιο σχεδόν ποσοστό (92% και 93% για άνδρες και γυναίκες ανατοπιχα), επιτρέπουν την αναζήτηση των ερωτικών συντρό-

φών. Η διαφοροποίηση ως προς την προηγούμενη περίπτωση είναι γύρω στο 3%.

— ως προς τις ομάδες ηλικίας, επιτρέπουν σε μικρότερα ποσοστά μια τέτοια ενέργεια οι νέοι 16-25 ετών. Υπάρχουν και εδώ περισσότεροι νέοι αυτής της ηλικίας που διαφωνούν, παρά στην προηγούμενη περίπτωση.

Σε πολύ υψηλά ποσοστά και τα δύο φύλα όλων των ηλικιών των κατοίκων της Δ. Αττικής υποθετούν μια στάση θετική στο ενδεχόμενο αναζήτησης των ερωτικών συντρόφων των αρρώστων με ΣΕΑΑ για υποβολή σε τεστ και θεραπεία.

### 1.3. Επανεξέταση κέντρων θεραπείας όπως τα πανατόρια και η Σπινάλι-κα ή η αποδοχή εγκλεισμού των προσβεβλημένων

Κρίνουμε σκόπιμο να περιλάβουμε το θέμα αυτό στην έρευνά μας, επειδή έχει συζητηθεί και απασχολήσει όχι μόνο τους ειδικούς αλλά και την κοινή γνώμη. Η όλη αντίληψη εδώ, αφορά το γεγονός ότι το ΣΕΑΑ είναι μεν ένα λοιμώδες νόσημα, μεταδίδεται όμως με πολύ συγκεκριμένους τρόπους από τους οποίους το κάθε ενδιαφερόμενο άτομο μπορεί να προφυλαχθεί. Έτσι δεν υπάρχει λόγος να γίνεται συζήτηση για την με οποιοδήποτε τρόπο απομόνωση των πασχόντων.

Στην ερώτηση που υποβάλαμε θέλησαμε να δούμε το μέτρο αντιμετώπισης των ατόμων στον εγκλεισμό των προσβεβλημένων και για το λόγο αυτό μιλάμε (για να δικαιολογήσουμε μια ενδεχόμενη θετική στάση τους), για κέντρα θεραπείας τα οποία θα φιλοξενήσουν άτομα επικινδύνια για τη δημόσια υγεία, συγκεκριμένα:

• Είναι αναγκαία η επανεξέταση κέντρων θεραπείας τέτοιων όπως τα πανατόρια και οι "Σπινάλι-καες" (νησιά Λεπρών), για να φιλοξενηθούν άτομα επικινδύνια για τη δημόσια υγεία όπως οι άρρωστοι του ΣΕΑΑ;\* Ο απανών στην Βλέπει ότι δεν παραδέχεται να υποβληθεί στον ερωτώμενο πως τα κέντρα αυτά θα μπορούσαν να λειτουργήσουν για τους Λεπρούς.

Τα 4/10 περίπου του πληθυσμού αποδέχονται την επανεξέταση κέντρων θεραπείας όπως η Σπινάλι-κα, τα οποία θα δέχονται αποκλειστικά άτομα με ΣΕΑΑ. Από αυτούς, περίεργως ίσως, διαφωνούν για μια τέτοια ενέργεια σε ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά (3%) οι άνδρες παρά οι γυναίκες. Σε ό,τι αφορά τις ομάδες ηλικίας παρατηρούμε ότι τα άτομα των νεότερων ηλικιών σε πολύ υψηλότερα ποσοστά αντιτίθενται στον εγκλεισμό των προσβεβλημένων.

Σε υψηλά ποσοστά οι κάτοικοι Δ. Αττικής επιτρέπουν τον εγκλεισμό (την ειδική απομόνωση), μέσα της επανεξέτασης κέντρων θεραπείας για τους πάσχοντες από ΣΕΑΑ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Επανεξέταση κέντρων θεραπείας όπως τα πανατόρια και η Σπινάλι-κα (κατά ομάδες ηλικίας και φύλο) (%)

Ομάδες ηλικίας Τοποθέτηση	Άνδρες				Γυναίκες				
	16-25	26-35	36-49	50- νόλο	50- νόλο	36-49	26-35	16-25	
Συμφωνώ	29	31	51	n = 149	n = 37	39	53	42	23
Αδυσφορώ	5	4	2	n = 13	n = 4	5	5	3	8
Διαφωνώ	66	65	47	n = 235	n = 59	56	42	55	69
Σύνολο	n = 136	n = 121	n = 140	n = 397	n = 100	n = 100	n = 150	n = 118	n = 151
	34,3	30,5	35,2				36	28	36

## 2. Η αποδοτικότητα του κράτους από το κοινό να παρεμβαίνει στην ιδιωτική υπόθεση των πασχόντων ή η αποδοτικότητα συνεργασίας κράτους-πολιτών για ιδιωτικές υποθέσεις τρίτων ατόμων

Σε μια εποχή που συγκεκριμενοποιείται ο προβληματισμός για το ρόλο του σύγχρονου κράτους και φαίνεται η έπιση για το κράτος πρόνοιας να αντιπαρτίβεται στο κράτος αστυνόμευσης, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να γνωρίσουμε πώς ο πληθυσμός που μελετάμε τοποθετείται στο ζήτημα αυτό σε σχέση με τους προσβεβλημένους με ΣΕΑΑ.

### 2.1. Ενημέρωση κρατικών υπηρεσιών για τους προσβεβλημένους με ΣΕΑΑ ή η διαπίκπωση της ιδιωτικότητας των προσβεβλημένων

Παραδέχουμε την ερώτηση: «Στην περίπτωση που για διαφόρους λόγους οι προσβεβλημένοι με ΣΕΑΑ αποκρίνουν την πάθησή τους, οι συγγενείς τους οφείλουν να ενημερώνουν αυτόματα τις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες; Με τον όρο κρατικές, εννοούμε σαφώς και το αστυνομικό τμήμα της γειτονιάς μας, διευκρίνιση την οποία αναπτύσαμε στους ερωτώμενους εφόσον μας το ζητούσαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Ενημέρωση κρατικών υπηρεσιών για τους προσβεβλημένους με ΣΕΑΑ (κατά ομάδες ηλικίας και φύλο) (%)

Ομάδες ηλικίας Τοποθέτηση	Άνδρες				Γυναίκες				
	16-25	26-35	36-49	Σύνολο νόλο	16-25	26-35	36-49	Σύνολο νόλο	
Συμφωνώ	78	72	85	n = 312	n = 325	77	87	76	69
Αδισφορώ	8	7	7	n = 30	n = 28	7	5	6	9
Αισφονώ	14	21	8	n = 55	n = 66	14	16	8	18
Σύνολο	n = 136	n = 121	n = 140	n = 397	n = 419	n = 150	n = 118	n = 151	n = 151
	34,3	30,5	35,2	100	100	36	28	28	36

Σε πολύ υψηλό μέσο ποσοστό (78%), ο πληθυσμός είναι υπέρ της ενημέρωσης.

Ως προς το φύλο, σε ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά (2%), οι άνδρες υποθέτουν μια θετική στάση για την ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών.

Ως προς τις ομάδες ηλικίας, τα άτομα 36-49 ετών σε υψηλότερα ποσοστά παρουσιάζουν μια στάση θετική στην ενημέρωση.

Στη μεγάλη τους πλειοψηφία οι κάτοικοι της Δ. Αττικής θέλουν την ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών από τους συγγενείς των προσβεβλημένων. Σε υψηλότερα ποσοστά την αποδέχονται οι άνδρες και τα δύο φύλα άνω των 36 ετών.

2.2 Κατίτητα νοηματικών καταλόγων των προσβεβλημένων για την προστασία του κοινού μέσω της ενημέρωσης ή η διατύπωση των προσβεβλημένων πολιτών

Τολμήσαμε να ποιήσουμε τους κατοίκους Δ. Αττικής αν: «Το κράτος οφείλει να προστατεύει το κοινωνικό σύνολο φτιάχνοντας νοηματικούς καταλόγους όταν πάσχουν από ΣΕΑΑ και ενημερώνοντας γ' αυτούς το κοινό». Η ερώτηση αυτή, όπως και η προηγούμενη, είναι πολύ συγκεκριμένη, τη χάρη

κτηρίσαμε δε τολμηρή, δεδομένου ότι υποβάλλεται στους κατοίκους περιχών με μια αριστερή παράδοση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Κράτος και ενημέρωση μέσω νοηματικών καταλόγων για τους προσβεβλημένους (κατά ομάδες ηλικίας και φύλο) (%)

Ομάδες ηλικίας Τοποθέτηση	Άνδρες				Γυναίκες				
	16-25	26-35	36-49	Σύνολο νόλο	16-25	26-35	36-49	Σύνολο νόλο	
Συμφωνώ	29	31	51	n = 147	n = 165	39	53	42	23
Αδισφορώ	5	4	2	n = 13	n = 22	4	5	5	8
Αισφονώ	60	63	50	n = 228	n = 239	57	57	45	54
Σύνολο	n = 136	n = 121	n = 140	n = 397	n = 419	n = 150	n = 118	n = 151	n = 151
	34,3	30,5	35,2	100	100	36	28	28	36

Νομίζουμε ότι είναι φυσιολογική η πτώση του ποσοστού του πληθυσμού που αποδέχεται μια τέτοια ενέργεια από πλευράς του κράτους, όμως τα άτομα που συνεχίζουν να έχουν μια θετική στάση απέναντι σ' αυτό το θέμα παραμένουν σε αρκετά υψηλά επίπεδα 38% (μέσο ποσοστό).

Ως προς το φύλο, υπάρχει μια αντιστροφή σε σχέση με την προηγούμενη ερώτηση, αφού 2% περισσότερες γυναίκες αποδέχονται αυτή την ενέργεια.

Ως προς τις ομάδες ηλικίας, οι μεγαλύτερες ηλικίες συνεχίζουν σε υψηλότερα ποσοστά να συμφωνούν.

Σε αρκετά υψηλά ποσοστά 38%, οι κάτοικοι Δ. Αττικής θα αποδέχονταν από το κράτος να καταρτίσει νοηματικούς καταλόγους των προσβεβλημένων για την ενημέρωση του κοινού. Οι μεγαλύτερες ηλικίες και οι άνδρες αποδέχονται σε υψηλότερα ποσοστά μια τέτοια ενέργεια, κοινωνικού στήριγματος, σύμφωνα με την έκφραση του Goffman (8), πρώτα και κύρια από το κράτος και τις υπηρεσίες του.



3. Η συγκαταβατικότητα του κοινού στον εγγύς κοινωνικό περίγυρο των προσβεβλημένων να παραβλεπεί στη ζωή ή η αποθετικότητα της διοίκης τους από τους άμεσα γειτονικούς χώρους τους και η απομόνωσή τους

Η διοίκη και η απομόνωση των πασχόντων εξετάζονται σε αυτή την κατηγορία των ερωτήσεων που αφορά δύο περιπτώσεις:

- την απόλυση από τους χώρους εργασίας και την έξοδη από τους χώρους κατοικίας (το κυνήγι των «μαγισσών» στη σύγχρονη κοινωνία)
- την απομόνωση των πασχόντων, των ασθενών αλλά και των φορέων (ο εξοστρακισμός των «πανουκλασμένων» του 20ού αιώνα), που αποτρέφουν τον κίνδυνο για το «υγιές» κοινωνικό σώμα.

### 3.1 Απόλυση από τους χώρους εργασίας των προσβεβλημένων με ΣΕΑΑ

Δίχως περιστροφές, ενδιαφερόθηκαν να γνωρίσουμε τη στάση που υιοθετεί ο πληθυσμός μας απέναντι στο πολυσυζητημένο θέμα της απόλυσης από τους χώρους δουλειάς και διατυπώσαμε την ερώτηση με τον ακόλουθο τρόπο:

«Οι εργοδότες πρέπει να απολύουν όσους έχουν προσβληθεί με ΣΕΑΑ, αφού τους αποζημιώσουν, για να αποφύγουν το φόβο στο χώρο δουλειάς;»

Εξετάζεται εδώ η στάση των ατόμων, λαμβάνοντας υπόψη και το «κίνητρο» —αποζημίωση— που θέσαμε (για κάθε απόλυση υπάρχει και η αντίστοιχη αποζημίωση), και αποφυγή φόβου (υπάρχει και άλλος τρόπος για να αποφευχθεί ο φόβος: η σωστή ενημέρωση). Έτσι, η κρίση μας θα εκφραστεί με απετηρία αυτές τις δύο παραμέτρους.

Ενδεικτική είναι η στρόφη του πληθυσμού στην καινούργια αυτή κατηγορία ερωτήσεων που θέτουν ευθέως το ζήτημα της προστασιοποίησης από τους προσβεβλημένους με ΣΕΑΑ. Πρόκειται για μια αλλαγή στη στάση του πληθυσμού που συγκεκριμενοποιείται ως εξής:

— ως προς το φύλο, σε υψηλότερα ποσοστά οι γυναίκες (4%), διαφωνούν με την απόλυση και

— ως προς τις ομάδες ηλικίας, διαφωνούν σε υψηλότερα ποσοστά τα άτομα των νεότερων ηλικιών 16-35 ετών, ιδιαίτερα οι νέες 16-25 ετών (83%). Χμηλότερο ποσοστό διαφωνίας (και επομένως υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας), παρουσιάζουν οι γυναίκες ηλικίας 36-49 ετών (μπορούμε να υποθέσουμε εδώ ότι σ' αυτή την ομάδα ηλικίας υπάρχουν πολλές νοικοκυρές και συνεπώς δεν είναι αρκετά ευαίσθητοποιημένες στο ζήτημα αυτό).

Το 1/4 περίπου του πληθυσμού Δ. Αττικής επιμένει την απόλυση των προσβεβλημένων ατόμων από τους χώρους εργασίας των. Η στάση αυτή υιοθετείται περισσότερο από τα άτομα ηλικίας 36-49 ετών και λιγότερο από τις γυναίκες ηλικίας 16-25.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Απόλυση από τους χώρους εργασίας των προσβεβλημένων με ΣΕΑΑ (κατά ομάδες ηλικίας και φύλο) (%)

Ομάδες ηλικίας Τομήτηση	Άνδρες*				Γυναίκες			
	16-25	26-35	36-49	Σύνολο	16-25	26-35	36-49	Σύνολο
Διαφωνώ	68	79	66	n = 278	74	63	75	83
Αδιαφορώ	12	3	6	n = 30	19	5	4	5
Συμφωνώ	20	18	28	n = 88	92	21	33	20
Σύνολο	n = 136	n = 120	n = 140	n = 396	n = 419	n = 150	n = 118	n = 151
	34,3	30,3	35,4	100	100	36	28	36

\* Στην ερώτηση αυτή δεν απάντησε ένας άνδρας.

### 3.2 Έξωση προσβεβλημένων από τους χώρους κατοικίας

Ενδιαφερόθηκαν στη συνέχεια για τη στάση του πληθυσμού απέναντι σε ένα άλλο πολύ επίκαιρο θέμα που αφορά την αναγκαστική απομάκρυνση των αρρώστων από τους χώρους κατοικίας των, αυτή τη φορά:

«Οι ιδιοκτήτες κατοικιών πρέπει να κάνουν έξωση στους αρρώστους για να μη φοβούνται οι γείτονες;» Επικαλούμαστε εδώ το φόβο των γειτόνων για να δικαιολογήσουν οι ερωτώμενοι την ενδεχόμενη θετική στάση τους απέναντι στην ενέργεια αυτή. Η κρίση μας συνεπώς θα λάβει σοβαρά υπόψη τις όποιες απαντήσεις.

Το θέμα φαίνεται πως αντιμετωπίζεται πολύ σοβαρά από τους ερωτηθέντες, αφού όσο πιο μεγάλη είναι η αναφορά σε οικεία τους πρόγματα (εργασία, κατοικία) τόσο πιο διαφοροποιημένη είναι η στάση τους απέναντι στους πάσχοντες. Έτσι και ως προς την ερώτηση αυτή παρατηρούμε μια κατακόρυφη πτώση του ποσοστού αποδοχής μιας τέτοιας ενέργειας.

— ως προς το φύλο, οι γυναίκες συνεχίζουν με ελαφρώς μεγαλύτερη διαφορά (2%) να διαφωνούν

— ως προς τις ομάδες ηλικίας, ομοίως και εδώ, υπάρχει μεγαλύτερη άρνηση από τις νεότερες ηλικίες, ιδιαίτερα από τις γυναίκες 16-25 ετών.

Ενώ αρκετά μικρό ποσοστό των κατοίκων Δ. Αττικής υποφέρει μια στήθια βίαιη στην έξωση από τους χώρους κατοικίας των πασχόντων με ΣΕΑΑ. Απ' αυτούς οι νέοι, ηλικίας 16-25 ετών, επιτρέπουν σε μικρότερο ποσοστό την έξωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Έξωση προσβεβλημένων με ΣΕΑΑ από τους τόπους κατοικίας  
(κατά ομάδες ηλικίας και φύλο) (%)

Ομάδες ηλικίας Τοποθέτηση	Ανδρες*				Γυναίκες			
	16-25	26-35	36-49	Σύνολο νόλο	16-25	26-35	36-49	Σύνολο νόλο
Δασογών	87	87	85	n = 341 86	n = 368 88	83	87	93
Αδικοποιή	6	3	4	n = 18 5	n = 19 4	5	6	3
Σημφοσόν	7	10	11	n = 37 9	n = 32 8	13	7	4
Σύνολο	n = 136 34,3	n = 120 30,3	n = 140 35,4	n = 396 100	n = 419 100	n = 150 36	n = 118 28	n = 151 36

\* Στην ερώτηση αυτή δεν απάντησε ένας άνδρας.

### 3.3 Η απομόνωση των φορέων και αρρώστων ΣΕΑΑ

Αν από τις παραπάνω τοποθετήσεις των ερωτοζωμένων συμπεραίνεται ότι ένα σχετικό περιορισμένο ποσοστό ατόμων αποδεχόταν την απόλυση και την έξωση των πασχόντων από τους χώρους εργασίας και κατοικίας τους, στην περίπτωση που ακολουθεί θα παρουσιαστεί μια πολύ μεγάλη διαφοροποίηση της στάσης του πληθυσμού, η οποία βεβαίως θα μπορούσε μέχρι ενός σημείου να αιτιολογηθεί, πράγμα το οποίο εξάλλου και θα επιχειρήσουμε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Απομόνωση των φορέων και αρρώστων ΣΕΑΑ  
(κατά ομάδες ηλικίας και κατά φύλο) (%)

Ομάδες ηλικίας Τοποθέτηση	Ανδρες*				Γυναίκες*			
	16-25	26-35	36-49	Σύνολο νόλο	16-25	26-35	36-49	Σύνολο νόλο
Υποστηρικτής της απομόνωσης των φορέων και αρρώστων ΣΕΑΑ	15	16	18	n = 63 16	n = 55 13	19	17	5
Υποστηρικτής με τη συγκατάθεση των συγγενών	12	6	8	n = 34 9	n = 44 11	8	8	15
Όχι υποστηρικτής ούτε πρόλογος της απομόνωσης	68	72	61	n = 260 67	n = 283 69	63	70	73
Θερμός υποστηρικτής	5	6	13	n = 32 8	n = 31 7	10	5	7
Σύνολο	n = 132 34	n = 119 30,5	n = 138 35,5	n = 389 100	n = 413 100	n = 148 36	n = 116 28	n = 149 36

\* Στην ερώτηση αυτή δεν απάντησαν 8 άνδρες και 6 γυναίκες.

Η ερώτηση που αφορά την απομόνωση ετέθη υπό μορφή κλίμακας στάσης ως εξής:

• Διαβιβάνοντας καθετί υπόψη σας, θεωρείται τον εαυτό σας ως:

— υποστηρικτή της απομόνωσης των φορέων και αρρώστων ΣΕΑΑ

— υποστηρικτή της απομόνωσης των φορέων και αρρώστων ΣΕΑΑ με την παράλληλη συγκατάθεση των συγγενών τους

— ούτε υποστηρικτή ούτε πολέμιος της απομόνωσης των φορέων και αρρώστων ΣΕΑΑ

— θερμό υποστηρικτή της απομόνωσης των φορέων και αρρώστων ΣΕΑΑ\*

Βέβαια η πιο πάνω κλίμακα μέτρησης στάσεων περιλαμβάνει ακόμα την περιττώση εκείνη που δίνει τη δυνατότητα στον ερωτώμενο να εκφράσει ευθέως την αντίθεσή του:



— *Πολύμο* της απομόνωσης των φορέων και αρρώστων ΣΕΑΑ

που μείλι δεν θέλησαν να συμπεριλάβουμε, θέλοντας να δούμε κατά πόσον απέναντι σε ένα τόσο σοβαρό θέμα, όπως η απομόνωση, οι ερωτώμενοι από *μόνοι τους θα αναζητούσαν τη στάση αντίθεσης*, είτε δηλώνοντας απλά «έμια εναντίον της απομόνωσης», είτε αρνούμενοι να επιλέξουν μια απάντηση, αφού δεν είχαμε περιλάβει αυτή που τους εκφοβίζει.

Το 1/3 περίπου του πληθυσμού αποδέχεται την απομόνωση των φορέων και αρρώστων εκ των οποίων σε χαμηλότερο ποσοστό (2%) οι γυναίκες.

Την απομόνωση αποδέχονται σε χαμηλότερα ποσοστά οι γυναίκες ηλικίας 16-25 ετών και σε υψηλότερα και τα δύο φύλα 36-49 ετών.

Ένα μεγάλο μέρος των κατοίκων Δ. Αττικής υποφέρει μια θετική στάση στην απομόνωση των φορέων και αρρώστων ΣΕΑΑ.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Δύο συνελευστές έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία μιας στάσης *συγκαταβατικότητας* από πλευράς κοινού στους ειδικούς να παρεμβαίνουν στην ιδιωτική υπέρθεση των πασχόντων (βλ. παρ. 1.1 και 1.2, Πιν. 1 και 2):

— Α. Η επιστήμη, η αρμοδιότητα, η ειδικότητα (στην περίπτωση μας εκπροσωπούνται από τα Κ.Α.Ν., τα νοσοκομεία και τους γιατρούς), κατάφεραν να δημιουργήσουν συναισθηματα *ασφάλειας* και εμπιστοσύνης στο κοινό και κατ'επέκταση στάση αποδοχής της παρέμβασης.

— Β. Η προστασία των ατόμων, των παιδιών μας. Μπορούμε λοιπόν στο ενδεχόμενο της προστασίας, οι ερωτώμενοι *επιτρέπουν* σε πολύ υψηλά ποσοστά την ενημέρωση των Κ.Α.Ν. και την αναζήτηση των ερωτικών συντρόφων των προσβεβλημένων από τους ειδικούς. Αυτό όμως δεν σημαίνει υποχρεωτικά και προστασία του κοινού.

Όμως, δεν γίνεται έτσι αυτληπτό ότι «αντιθέτουμε» στους ειδικούς πρόσθετες αρμοδιότητες (αναζήτηση των ερωτικών συντρόφων), δύο πράγματα θα μπορούσαν να συμβούν: η άρση του ιατρικού απορρήτου και η δημιουργία ενός γαιτρού χωροφύλακα δίκστη, κάτι που είναι έξω από την ιατρική δεοντολογία και πρακτική.

Αν αμφιβάλλουμε, βέβαια, πως αν είχαμε προκύψει ένα διάλογο, παράγοντας τις κατάλληλες επισημύσεις για το τι θα μπορούσε μια τέτοια εντύπωση να σημαίνει, ή αν είχαμε θέσει την ερώτηση με άλλο τρόπο, οι απαντήσεις θα ήταν διαφορετικές και κατ'επέκταση διαφορετική και η στάση των ερωτωμένων.

Μπορούμε συνεπώς να συμπεράνουμε ότι το κοινό *επιτρέπεται* στους ειδί-

κούς να παίξουν ένα ρόλο που δεν τους ταυιάζει προκειμένου το κοινωνικό σύνολο να προστατευθεί από τον κίνδυνο του ΣΕΑΑ.

Σε ό,τι αφορά τον εγκλεισμό στα κέντρα θεραπείας (βλ. παρ. 1.3, Πιν. 3), η θετική στάση των ερωτωμένων στην απομόνωση των προσβεβλημένων διαφέρει. Όταν ερωτώνται για τον *εγκλεισμό των πασχόντων σε κέντρα θεραπείας*, τον *επιτρέπουν σε υψηλότερα ποσοστά (6%)*, παρά όταν ερωτώνται γενικά για την *απομόνωση τους* (βλ. παρ. 3.3, Πιν. 8)

Μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι ερωτώμενοι που θέλουν την επανάλειψή τους σε κέντρα κέντρων μπορούν να αντιληφθούν το ρόλο τους κυρίως (αν όχι αποκλειστικά) ως *θεραπευτικό και δευτερευόντως* (αν όχι καθόλου) ως *απομόνωσης* μέσω του εγκλεισμού. Ισχύει δηλαδή και εδώ ό,τι και στις περιπτώσεις με την ενημέρωση των Κ.Α.Ν. και την αναζήτηση των ερωτικών συντρόφων από τα νοσοκομεία και τους γιατρούς. Ο *πληθυσμός* σε αρκετά υψηλά ποσοστά *επιτρέπει τον εγκλεισμό, όταν αυτός σχετίζεται με την επιστήμη, με φορείς ειδικούς στη θεραπεία μιας συγκεκριμένης αρρώστιας, που στο κάτω της γραφής μπορεί να αποβεί και μοιραία για το κοινωνικό σύνολο*. Μπορούμε λοιπόν στους ειδικούς που *θεραπεύουν, το κοινό ξεχνά τι σημαίνει εγκλεισμός και απομόνωση παρά τη θέληση των πασχόντων*.

Σχολιάζοντας τις απαντήσεις των ερωτήσεων που αναφέρονται στις κρατικές υπηρεσίες και στο κράτος (βλ. παρ. 2.1, 2.2, Πιν. 4, 5) μπορούμε να κάνουμε δύο σημαντικές παρατηρήσεις:

Α. Η *αποδοτικότητα της ενημέρωσης των κρατικών υπηρεσιών παραοιείται σε πολύ υψηλά ποσοστά (78%)*, πράγμα που μπορεί να σημαίνει ή ότι με τον όρο ενημέρωση κρατικών υπηρεσιών ένα μέρος του πληθυσμού αντιλαμβάνεται μόνο τις υγειονομικές υπηρεσίες (όπως π.χ. αν τα Κ.Α.Ν. θα πρέπει να ενημερώνονται από τους γιατρούς και τα νοσοκομεία, που είχαμε στην παρ. 1.1), και συνεπώς υποθέτει μια στάση θετική απέναντι σ' αυτό το θέμα, ή ότι θεωρεί τελείως φυσιολογικό ότι το κράτος σαφώς και θα πρέπει να είναι ενήμερο για τέτοια θέματα που αφορούν την υγεία του κοινωνικού συνόλου, ώστε να μπορεί να το προστατεύσει αποτελεσματικά. Όμως και στις δύο περιπτώσεις το πρόβλημα παραμένει με τις δύο όψεις του:

— από τη μία το τεράστιο ζήτημα της κατάδοσης (δεν έχει σημασία αν η κρατική υπηρεσία είναι το αστυνομικό τμήμα της γειτονιάς μας ή το κέντρο υγείας της περιοχής μας), και από την άλλη

— η παραβίαση της προσωπικότητας του άλλου, στην προκειμένη περίπτωση του προσβεβλημένου, ή αυτού που κάποιος μπορεί να θεωρεί ως προσβεβλημένο.

Β. Η *συγκαταβατικότητα στο κράτος από πλευράς του κοινού να διαφέρει δημοσίως και επισήμως* τους προσβεβλημένους παρουσιάζεται σε αρκετά υψηλά ποσοστά (38%). Εδώ, βέβαια, δεν θα μπορούσε να υπάρξει παρανόηση,

αν και πιστεύουμε ότι αν η ερώτηση είχε διατυπωθεί διαφορετικά (π.χ. αντί στη των ονομαστικών καταλόγων στις πλατείες για ενημέρωση του κοινού), θα υπήρχε πτώση του ποσοστού συγκεκριτικότητας σε τέτοια ενέργεια.

Φαίνεται λοιπόν πως, εξαιτίας των ποικίλων και καθημερινών παρεμβάσεων στη ζωή των πολιτών από πλευράς κράτους και υπηρεσιών του, το κοινό, όντας εθιμαίο, όχι μόνο επιτρέπεται, αλλά, θα μπορούσαμε να πούμε, αποζητεί την παρέμβαση του θεωρούμενος προφανώς ότι αυτό του παρήχεται μια συγκεκριμένη προστασία.

Αρα, αξιολογώντας τη συγκεκριτικότητα του κοινού ως προς τον περιγυρό του (σε ποιους δηλαδή επιτρέπεται να παρέμβουν σε σχέση με τους προσβεβλημένους), βλέπουμε ότι μετά τους ειδικούς, τους επιστήμονες, ακολούθησε το κράτος.

Με τα δεδομένα που θέσαμε ως όρους για την απόλυση: αποζημίωση, αποφυγή φόβου στον εργασιακό χώρο, μπορούμε να προβούμε στις ακόλουθες διαπιστώσεις (βλ. παρ. 3.1, Πιν. 6).

— Περαισώτερο φοβόμαστε ο πληθυσμός μας την ανεργία, παρά τα άτομα που πάσχουν από ΣΕΜΑ. Για το λόγο αυτό, σε μια περίοδο αυξανόμενων ρυθμών ανεργίας, πριν σε πρώτη θέση η διατήρηση της εργασία, παρά ο κίνδυνος στο χώρο δουλειάς από κάποιον πάσχοντα απ' αυτή τη νόσο. Δεν είναι τυχαίο που η στάση αυτή υποθετείται περισσότερο από άτομα κάτω των 36 ετών. Έίεται δηλαδή μια ταύτιση με τον πάσχοντα-εργαζόμενο του οποίου τη διατήρηση του κοινωνικοεργαζομένου status υποστηρίζουν, ο δε φόβος για τη μετάδοσή του τον τον περνά σε δεύτερη μοίρα.

— Στο ποσοστό απόδοχής της απόλυσης των προσβεβλημένων ανήκουν κυρίως άτομα ηλικίας 36-49 ετών, τα οποία θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ως ήδη δημιουργημένα, που κατ'εξέταση δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα τον κίνδυνο μιας απόλυσης και που συνεπώς παρουσιάζονται εδώ λιγότερο αναστασιοποιημένα, και αυτό ισχύει κυρίως για τις γυναίκες αυτής της ομάδας ηλικίας. Το άλλο άκρο εντοπίζεται στην ομάδα ηλικίας 16-25 ετών των γυναικών με το χαμηλότερο ποσοστό απόδοχής μιας τέτοιας ενέργειας. Αυτές, δηλαδή, οι γυναίκες είναι και το πιο εκμιαστικοποιημένο κομμάτι του πληθυσμού μας ως προς αυτό το θέμα.

— Θεωρούμε αρκετά σημαντικό το γεγονός ότι σε τελική ανάλυση περίπου το 1/4 του πληθυσμού συμφωνεί με το ενδεχόμενο της απόλυσης, υποθετεί δηλαδή μια στάση φόβου και βεβαίως άρνησης των πασχόντων με ΣΕΜΑ, αδυνατώντας για το αναφαίρετο δικαίωμα στην εργασία και για όλες τις αρνητικές επιπτώσεις που μια τέτοια πράξη έχει ως αποτέλεσμα. Η κατηγορία αυτή του πληθυσμού υποφέρει μια κοινωνική στάση ανέτασι απέναντι σ' αυτό το θέμα που ανησυχισθήτετα θα χαρακτηρίζουμε ως παταστική.

Ως προς το θέμα της εξώσεως των προσβεβλημένων (βλ. παρ. 3.1, Πιν.

7): Φαίνεται καθαρά και στο θέμα αυτό ότι οι ερωτηθέντες κρίνουν με ιδιαίτερη σοβαρότητα και αυστηρότητα ζητήματα που αφορούνται να τους απορροούν άμεσα, αφού τους δίνουν ευθέως τη δυνατότητα να ταυτιστούν, τους θυμίζουν τον εαυτό τους. Έτσι, σε μια περίοδο που τα υψηλά ενοίκια και οι εξώσεις πλήττον κυρίως τους χαμηλόμισθους, ρωτώντας τους για μια ενδεχόμενη έξωση (ακόμα κι αν πρόκειται για επικίνδυνους), από ένα χώρο ο οποίος θεωρείται ο οικειότερος που υπάρχει, η αντίδραση τους είναι στη συντριπτική πλειοψηφία αρνητική.

Ανταρτηθείται λοιπόν στο φόβο ένα συνάδημα αλληλεγγύης και σεβασμού της ατομικότητας του άλλου, ακόμα κι αν αυτός είναι φορέας ή ασθενής, μια και φαίνεται καθαρά ότι επιτρέποντας την έξωση από το χώρο κατοικίας, παρβαίλουμε το στοιχειώδες των ανθρώπων δικαιωμάτων.

Δεν μας εκπλήσσει το γεγονός ότι ένα ποσοστό περίπου 9% έχει αντίθετη γνώμη, επιτρέπει δηλαδή την έξωση. Πρόκειται και εδώ για τους φοβισμένους, οι οποίοι προκειμένου να «διαφυλάξουν» την κοινωνία (βέβαια και τον εαυτό τους), θέλουν τους προσβεβλημένους μακριά από το διαμέρισμά τους, ενδεχομένως και από τη γειτονιά τους, δεν παύουν όμως να υποθετούν μια στάση παταστική.

Η πιο σημαντική ίσως παρατήρηση, τόσο ως προς την απόλυση όσο και ως προς την έξωση των προσβεβλημένων, είναι ότι το ποσοστό των ατόμων με θετική στάση κυμαίνεται μεταξύ 9% και 22%, ενώ αντίθετα, σε πολύ υψηλότερα ποσοστά οι ερωτηθέντες φοβούνται για παράδειγμα ότι οι ομοφυλόφιλοι αποτελούν τον μεγαλύτερο κίνδυνο εξάπλωσης του ΣΕΜΑ (90%), ο τουρισμός κινδυνεύει να αυξήσει τα κρούσματα (77%), ότι οι νέοι και οι έφηβοι συνδέονται με το ΣΕΜΑ (πάνω από 90%), και ότι οι οδοντογιατροί μετάδιδουν το ΣΕΜΑ (35%). Δεν θα ήμασταν εκτός πραγματικότητας δηλαδή, αν υποστηρίξαμε ότι οι κάτοικοι Δ. Αττικής φοβούνται περισσότερο συγκεκριμένες ομάδες ατόμων (όπως παρατηρούσαμε και στην εισαγωγή αυτού του κεφαλαίου), παρά τους προσβεβλημένους αυτούς καθ'εαυτούς. Σε τελική ανάλυση, για έναν προσβεβλημένο δεν θα δεχόταν το 90% του πληθυσμού την έξωσή του από το σπίτι του, θα τον δέχονταν δηλαδή και ως γείτονά του, δεν θα κινδύνευσε από τη γειτνίαση, ενώ για παράδειγμα μόνο το 10% του πληθυσμού δεν φοβάται τους ομοφυλόφιλους.

Τέλος ως προς το ζήτημα της απομόνωσης των προσβεβλημένων (παρ. 3.3, Πιν. 8):

Εκ πρώτης όψεως θα μπορούσε να ισχυριστει κανείς ότι ο πληθυσμός απαντά αναφαίρετα, αφού από τη μία δεν αποδέχεται για παράδειγμα την έξωση των φορέων και αρρώστων (σε μέσο ποσοστό 87%), και από την άλλη (σε συνολικό μέσο ποσοστό 32%), υποστηρίζει την απομόνωση τους. Βέβαια επισημαίνοντας με μια ευρεία αντίληψη αυτή του τη στάση θα λέγαμε ότι η απο-



μόνοση ενός ατόμου μπορεί να σημειώνεται και περιορισμό στο χώρο κατοικίας του. Όμως, παρατηρούμε εδώ ότι η νέα αυτή διαφοροποίηση στη στάση του πληθυσμού συνδέεται άμεσα με τη φύση της ερώτησης, με τον τρόπο δηλαδή που αυτή διατυπώθηκε, χωρίς να εισάγει κανένα σημείο τέτοιο που να προκαλεί κάποια συναισθηματική φόρτιση στον ερωτώμενο, όπως έγινε στις προηγούμενες ερωτήσεις με σημεία-κλειδιά: οι γιατροί και τα Νοσοκομεία να αναζητούν (πράγεται πως τελικά θεωρήθηκαν ως οι πλέον ειδικοί που θα μπορούσαν να κάνουν κάτι τέτοιο), απόλυση από εργασία, έξωση από χώρο κατοικίας. Στην παρούσα περίπτωση μας ενδιαφέρει η απομόνωση και ζητούμε από τον ερωτώμενο να λάβει καθενί υπόψη του πριν διαμορφώσει τη στάση του και δεν του δίνουμε μπροστά του δυνατότητα άρνησης. Αποτέλεσμα αυτής της κατασκευασμένης συνέντευξης είναι:

α) η πλειοψηφία των ερωτηθέντων να συγκεντρωθεί γύρω από την ουδέτερη απάντηση (67% και 69% για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα)

β) η μειοψηφία να καταψύχεται στην άρνηση απάντησης, και

γ) οι υπόλοιποι, ελάχιστοι κίτρινου σημείου που θα τους προκαλούσε μια θετική συναισθηματική φόρτιση, παραμένουν δέσμιοι των γενικών και αόριστων ψυθύρων για την απομόνωση, δηλαδή συνεπείς στην ήδη διαμορφωμένη στάση τους, με επιμέρους όμως διαφοροποιήσεις (αν η απομόνωση θα συνοδεύεται και με τη συγκατάθεση των συγγενών κλπ.).

Αξιοσημείωτο παραμένει το γεγονός ότι το ποσοστό διαφοροποίησης της στάσης (η οποία ως συναισθηματική κατάσταση είναι πολύ πιο βαθιά από τη γνώμη), αυξάνει όσο ελαττώνεται η συναισθηματική φόρτιση των ερωτηθέντων υπό των προσβεβλημένων. Παραθέτουμε την εικόνα αυτή:

μέγεθος συναισθηματικής φόρτισης	διαφοροποίηση σε ποσοστά
πάρα πολύ — έξωση προσβεβλημένων από τους χώρους κατοικίας των	μέσο ποσοστό 9%
πολύ — απόλυση προσβεβλημένων από τη δουλειά τους	μέσο ποσοστό 22%
μέτρια — απομόνωση προσβεβλημένων	μέσο ποσοστό 37%

Μπορούμε δηλαδή να συμπεράνουμε ότι η υιοθέτηση μιας ρασιονιστικής στάσης (αποκλεισμός των προσβεβλημένων από τον κοινωνικό μας περίγυρο), είναι σε άμεση συνάρτηση με τη δυνατότητα ταύτισης των ερωτηθέντων με τους προσβεβλημένους.

Επίσης αυτή η δυνατότητα ταύτισης εξαρτάται άμεσα από το μέγεθος που συναισθηματικά η ερώτηση καταφέρει να φορτίσει τα άτομα.

Συγκρίνοντας λοιπόν την τρίτη περίπτωση ερωτήσεων με τις δύο προηγούμενες (βλ. κεφ. 1.2), αντιλαμβάνομαστε ότι το κοινό επιτρέπει την παρέρβαση στη ζωή των προσβεβλημένων, από τον κοινωνικό τους περίγυρο, σε πολύ χαμηλότερα ποσοστά, απ' ό,τι στους ειδικούς-γιατρούς και στο κράτος.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Απαντώντας στα ερωτήματα που θέσαμε στην εισαγωγή αυτού του κεφαλαίου θα δίσουμε και το προφίλ του ερευνηθέντος πληθυσμού.

Σε ποιες περιπτώσεις λοιπόν και από ποιους το κοινό επιτρέπει την παρέμβαση στην ιδιωτική ζωή των προσβεβλημένων; Πόσο μακριά του τους τοποθετεί;

Η μέχρι τώρα ανάλυση των στοιχείων των τριών κατηγοριών ερωτήσεων που θέσαμε (βλ. κεφ. 1.2,3), μας οδηγεί στα κάτωθι συμπεράσματα:

Περιπτωση παρέμβασης	Μέσο ποσοστό απαντήσεων*	Βαθμός συγκεντρωτικότητας
Επιστήμονες (ειδικοί, γιατροί, νοσοκομεία)	73%	πολύ μεγάλος
Κράτος, κρατικές υπηρεσίες	58%	μεγάλος
Εγγύς κοινωνικός περίγυρος (εργασία, κατοικία...)	21%	μικρός

\* Το μέσο ποσοστό διήφη (για κάθε κατηγορία ερωτήσεων) από το σύνολο των ποσοστών απαντήσεων διά του αριθμού των ερωτήσεων.

Συνοψίζουμε λοιπόν με βάση τα στοιχεία που εμφανίζονται στον παραπάνω Πίνακα:

— Οι ερωτηθέντες επειδή (υπόθεση) αποδέχονται ως αρμόδιους τους επιστήμονες (στην περίπτωση μας, το υγειονομικό προσωπικό), τους επιτρέπουν (διαπίστωση), σε πολύ υψηλά ποσοστά, να παρεμβαίνουν στη ζωή των πασχόντων, μέσω της αναζήτησης των ερωτικών τους συντρόφων και της ενημέρωσης των Κ.Α.Ν. Επιτρέπουν δηλαδή τη διαζύγιο και την απομόνωση των προσβεβλημένων και των ερωτικών συντρόφων τους από πλυσυρές ειδικών.

— Οι ερωτηθέντες, σε χαμηλότερα ποσοστά (πάντα όμως σε υψηλά επίπεδα), επειδή έχουν συνηθιστεί τις ποικίλες κρατικές παρεμβάσεις στη ζωή τους (υπόθεση), αποδέχονται την πληροφόρηση του κράτους και των υπηρε-



σιών του από πλευρής κοινού, πάνω σε θέματα προσβεβλημένων, και επιτρέπουν την παρόμβαση του στην ιδιαιτερή ζωή των πασχόντων, μέσω της κάλυψης κατάλογων και της ενημέρωσης του κοινού γι' αυτούς. Αποδέχονται δηλαδή τη συνεργασία κρήτους-πόλιτη και επιτρέπουν στο πρόφο να δημοσιοποιεί θέματα αυστηρής προστασίας, όπως η υγεία.

— Οι ερωτηθέντες, λόγω των εξυμμένων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στα ζητήματα της ανεύρεσης εργασίας και χώρου κατοικίας (υπόθεση), ταυτίζονται συνασθηματικά με τους προσβεβλημένους και σε χαμηλά μόνο ποσοστά επιτρέπουν την απόληση από την εργασία και την έξωση από την κατοικία τους. Εντούτοις, παραμένει σημαντικό το γεγονός ότι περισσότερο από το 1/5 του πληθυσμού αποδέχεται τον αποκλεισμό των πασχόντων από χώρους αυστηρά προστατευόμενους, όπως η εργασία και η κατοικία.

Μπορούμε λοιπόν να υποστηρίξουμε ότι το κοινό υποφέρει μια στήση αποστασιοποίησης, καθώς πάραυτα, απέναντι στους προσβεβλημένους με ΣΕΑΑ η οποία είναι συνήθιση δύο παραγόντων:

α) Της αντίληψης του για το χώρο του (όσο πιο ειδικό αντιλαμβάνεται κάποιον για το θέμα, τόσο περισσότερο του επιτρέπει να παρεμβαίνει. Έτσι, επιτρέπεται πρώτα στους επιστήμονες, κατόπιν στους κρατικούς φορείς και τέλος στους εργοδότες και στους γείτονες να παρεμβαίνουν ο καθένας με τον τρόπο του στη ζωή των προσβεβλημένων).

β) Της δυνατότητας ταύτισης του με τον κάσχοντα (όσο περισσότερο συνασθηματικά φοριέται υπέρ του προσβεβλημένου από την ερώτηση που του υποβάλλουμε, τόσο λιγότερο αποδέχεται την αποροπή του).

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Χλινούτσικης Ι. (1986), *Μεθοδολογία και τεχνικές στην κοινωνική έρευνα με ερωτηματολόγιο - Τεχνικές δομηματολογίας*, Ανθεκτικές Σημειώσεις, Τ.Ε.Ι., Αθήνα, σ. 13-21.
2. Φιλιάς Β. (1977), *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και στις τεχνικές των Κοινωνικών Επιστημών*, Κλίμακες Μέτρησης, Gutenberg, Αθήνα, σ. 84-94.
3. *Statistical Package for the Social Sciences*, version 2, (1988), O.R.C.O., Αθήνα.
4. Χλινούτσικης Ι., Στενίκου Μ. (1989), «Κρίσιμος και στένιος των κατοίκων Δ. Αττικής απέναντι στο AIDS. Συνασθηματικά ανησυχίας και φόβου», *Εκλογή* 81/1989, Αθήνα, σ. 94-107.
5. Προβλεπόμενες είναι οι θεολογικές μελέτες που αναλύουν τις αντιλήψεις και τα ήθη της κοινωνίας απέναντι στους προσβεβλημένους από λοιμώδη νοσήματα, όπως η πανούκλα, η λέπρα, η σύφιλη κ.ά. Περιγράφουμε εδώ τις σημαντικότερες, για τον αναγνώστη που θέλει να εμβαθύνει σ' αυτά τα ζητήματα:
  - Bowsky W.M. (1964), «The Impact of the Black Death», *Speculum*, 39, σ. 1-34.
  - Carpentier E. (1962), «Autour de la Peste Noire...», *Annales Economies Sociales, Civilisations*, 17, σ. 1062-1092.
  - Elias N. (1978), *The Civilizing Process: The History of Manners*, Νέα Υόρκη, Utizen Books.
  - McNeil W. (1976), *Plagues and Peoples*, Νέα Υόρκη, Garden City.

- Richards P. (1977), *The Medieval Leper and his Northern Heirs*, Λονδίνο, D.S. Brewer.
6. Η σύδεση του ΣΕΑΑ με συγκεκριμένες κοινωνικές και δημογραφικές ομάδες και κατ'επίκρουση ο φόβος απέναντι σε αυτές, δεν γίνεται μόνο από τα άτομα του δείγματος που ερωτήσαμε, αλλά και από πληθυσμούς δείγματος σε άλλες χώρες. Εκτός από τα στοιχεία στα οποία αναφερόμαστε ο αναγνώστης μπορεί ακόμα να συμβουλευτεί τις ακόλουθες εργασίες:
- Bayer R., D.M. Fox και D.P. Willis (εμπ.) (1986), «The Public Context of an Epidemic», *The Milbank Quarterly*, 64, supplement 1.
- Bayer Roland και Robert Hummel, AIDS and Public Policy, *Journal* 1.
- Feldman, Douglas A. και M. Johnson (εμπ.) (1986), *The Social Dimensions of AIDS*, Νέα Υόρκη, Praeger.
- Institute of Medicine, National Academy of Sciences (1986), «Confronting AIDS: Directions for Public Health, Health Care and Research», Washington: National Academy Press.
- Pollak M. (1987), «Identite social et gestion d'un risque de sante», *Actes de la Recherche*, 68, Triplot.
- Siegel K. (εμπ.) (1986), «AIDS education: The public health challenge», *Health Education Quarterly*, 13.
7. Singer E., Rogers και Corcoran (1987) στο Poll Report: *AIDS. Public Opinion Quarterly*, τ. 51, σ. 593.
8. Singer E., Rogers και Corcoran (1987), ό.π., σ. 590.
9. Goffman E. (1975), *Stigma*, εκδ. Minuit, Triplot.