

Ιωάννης Χλιαουτάκης

**ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ
ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΟΥΣ
ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ
ΑΝΟΣΟ-ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**

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 περιοχής της Δ. Αττικής —ηλικίας 16-49 ετών¹— απέναντι στο ΣΕΑΑ» (έρευνα στους δήμους Αγ. Αναργύρων - Αγ. Βαρβάρας - Αιγάλεω - Καματερού - Ν. Λιοσίων - Ν. Χαλκηδόνος - Περιστερίου - Πετροπόλεως και Χαϊδαρίου).²

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

Ευχαριστούμε θερμά τον αγαπητό φίλο Δημήτρη Πελεκανάκη, διευθυντή στην Ε.Σ.Υ.Ε. του Τμήματος Έρευνας για το Εισόδημα, ο οποίος μας συμβούλευσε 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 αντιμετώπισαμε το ζήτημα των ηλικιών που θα ερευνούσαμε. Το θέμα μας αφορά χωρίς αντίρρηση και ηλικίες πέραν των ερευνηθεισών. Όμως, αποφασίσαμε τελικά με εντελώς υποκειμενικά κριτήρια να ξεκινήσουμε από την ηλικία των 16 ετών θεωρώντας ότι θα περιλαμβάναμε έτσι και τους εφηβους και να περιοριστούμε στα 49, αφού υποθέσαμε ότι κάπου εδώ τελειώνει η έντονη σεξουαλική περίοδος των ατόμων.

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

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

– συστηματική κλήρωση (*tirage systematique*), από την έκταση που καλύπτουν οι δήμοι και από το μέγεθος του πληθυσμού τους. Με διαδοχικές κληρώσεις πήραμε ένα δείγμα 54 Μονάδων Επιφάνειας (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-γονέα (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 κατανεμημένοι 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:

- περιοχή Αθηνών 379 άτομα (46,4%), Πρωτεύουσα Νομού 114 άτομα (14%),
- επαρχιακή πόλη 93 άτομα (11,4%), χωριό 205 άτομα (25,1%) και
- εξωτερικό 25 άτομα (3,1%)

Τά επαγγέλματα κατανέμονται με την εξής σειρά:

- νοικοκυρές 224 άτομα (27,5%), εργάτες 214 (26,2%),
- μαθητές-φοιτητές 116 (13,6%), υπάλληλοι γραφείου 85 (10,4%),
- έμποροι, εμποροϋπάλληλοι 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:

- Αγράμματοι 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 δυαδικών 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 αφήναμε 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 εργαστήριο του μαθήματος από τον υπογράφοντα το παρόν άρθρο, επιστημονικό υπεύθυνο της έρευνας.

Άμεσος στόχος της έρευνας είναι ο κοινωνικός ρατσισμός, οι ενδεχόμενες, δηλαδή, νέες στάσεις και κρίσεις του πληθυσμού ως προς ορισμένους κοινωνικούς χώρους και σύνολα, ο οποίος ρατσισμός συνδέεται με το φόβο για το ΣΕΑΑ και γενικά για κάθε λοιμώδης νόσημα που βρίσκεται σε έξαρση.

Έμμεσος 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 σημαίνει υποχρεωτικά και φόβο απέναντι στους προσβεβλημένους, γιατί συνήθως φοβάται ο πληθυσμός τις ομάδες που με διάφορους τρόπους συνδέει με το ΣΕΑΑ. Στάσεις ευνοϊκές για κοινωνικό ρατσισμό 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 ρατσισμού 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 σύνδεση που το κοινό κάνει ανάμεσα σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες με τους προσβεβλημένους, και συνεπώς, το φόβο του απέναντι σε αυτές τις ομάδες—, για να κατανοήσει καλύτερα ο αναγνώστης τις σκέψεις μας.

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

φόβος απέναντι στον κίνδυνο μόλυνσης δημιουργεί στάσεις αποστασιοποίησης απέναντι στις φανταστικές ή υπαρκτές εστίες του. Η έρευνα μας έδειξε ότι ο πληθυσμός, του οποίου τις κρίσεις και στάσεις μελετάμε, συνδέει το ΣΕΑΑ³ (και συνεπώς αισθάνεται ότι απειλείται):

- με τους έφηβους και τους νέους (ομάδες ηλικίας), (81% και 95% αντίστοιχα)
- με τους ομοφυλόφιλους, τους τοξικομανείς και τους τουρίστες (κοινωνικο-δημογραφικές ομάδες), (90%, 72% και 77% αντίστοιχα) (6)
- με τους οδοντογιατρούς (επαγγελματική ομάδα), (37%).

Διακρίναμε επομένως με πολύ συγκεκριμένο τρόπο μια αντίληψη η οποία θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι σχετίζεται με το είδος της κυρίαρχης πληροφόρησης η οποία καθιερώθηκε συνδέοντας το ΣΕΑΑ με τις παραπάνω ομάδες. Με εξαίρεση τους οδοντογιατρούς, οι υπόλοιπες ομάδες παραπέμπουν όλες με διάφορους τρόπους και σε διαφορετικό βαθμό στο σεξ 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 άτομα δεν συναντούν στην καθημερινότητά τους (ή τουλάχιστον δεν μπορούν να γνωρίζουν αν συναντούν).

Από τη μελέτη των παραπάνω στοιχείων μόνο έμμεσα προέκυπτε η αποστασιοποίηση και ο κοινωνικός ρατσισμός, αφού αναφερόμασταν σε ομάδες που φέρονται να σχετίζονται με το ΣΕΑΑ (φανταστικές εστίες κινδύνου) και όχι στους ίδιους τους προσβεβλημένους (που κατά κάποιο τρόπο ας μας επιτραπεί να τους χαρακτηρίσουμε ως πραγματικές εστίες κινδύνου). Στο άρθρο αυτό εξετάζουμε τη στάση που ευθέως θα υιοθετούσε ο πληθυσμός μας απέναντι σ' αυτούς τους τελευταίους.

Η ασθένεια του ΣΕΑΑ αποτελεί μια καθαρά ιδιωτική υπόθεση για τους προσβεβλημένους και συνεπώς δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε παρέμβαση που θα έθετε σε αμφισβήτηση αυτή την ιδιωτικότητα. Αναβιώνουν όμως αντιλήψεις και αναπτύσσονται στάσεις ανοχής, αν όχι αποδοχής της απομόνωσης, της δίωξης των σχετιζομένων με αυτή την αρρώστια. Το κοινωνικό σύνολο παρουσιάζεται απειλούμενο και εν όψει αυτής της απειλής επιτρέπει την παρέμβαση στην ιδιωτική υπόθεση των προσβεβλημένων.

Όμως, σε ποιες περιπτώσεις και από ποιους επιτρέπει το κοινό την παρέμβαση στην ιδιωτική ζωή των προσβεβλημένων;

Οι ερωτήσεις που ευθέως θέσαμε αφορούν τρεις περιπτώσεις:

3. Θέσαμε μια σειρά από ερωτήσεις για να γνωρίσουμε τις κρίσεις του ερευνώμενου πληθυσμού απέναντι σε διάφορες κοινωνικο-δημογραφικές και επαγγελματικές ομάδες ως προς το ΣΕΑΑ.

α. Οι επιστήμονες-ειδικοί και τα νοσοκομεία θα πρέπει να επιλαμβάνονται του θέματος και μόλις αντιληφθούν ένα άτομο με ΣΕΑΑ να ενημερώνουν τα Κ.Λ.Ν.; Θα οφείλουν όμως να αναζητούν τους ερωτικούς συντρόφους του πάσχοντος τους οποίους θα ενημερώνουν και θα υποβάλουν σε τεστ και θεραπείες; Είναι αναγκαία η επαναλειτούργια κέντρων θεραπείας όπως η «Σπιναλόγκα» για να φιλοξενήσουν τέτοια άτομα επικίνδυνα για την δημόσια υγεία;⁴ (Εξετάζεται δηλαδή εδώ η συγκαταβατικότητα του κοινού στους ειδικούς —γιατρούς, νοσοκομεία, κέντρα θεραπείας— να παρεμβαίνουν στη ζωή των ασθενών και βεβαίως 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 καταρτίζει ονομαστικούς καταλόγους των πασχόντων για την προστασία του κοινού μέσω της ενημέρωσής του; (Αγγίζουμε εδώ το θέμα της αποδεκτικότητας του κράτους από το κοινό να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες που αφορούν στην ιδιωτική 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 εργοδότες⁵ και οι ιδιοκτήτες κατοικιών θα πρέπει να διώκουν τους προσβεβλημένους; (Χωρίς περιστροφές θέσαμε το ζήτημα του διωγμού και της απομόνωσης των φορέων και ασθενών από τον εγγύς τους κοινωνικό περίγυρο, προκειμένου να γνωρίσουμε τη στάση του κοινού απέναντι σ' αυτό το πολυσυζητημένο θέμα).

ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται σύμφωνα με τις τρεις περιπτώσεις ερωτήσεων που θέσαμε, και για τις οποίες έγινε λόγος στην εισαγωγή αυτού του κεφαλαίου. Περιοριζόμαστε στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων κατά φύλο και ομάδα ηλικίας, επειδή μέσα από τις μεταβλητές αυτές ο αναγνώστης δεν θα χαθεί 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 απομόνωση 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 εργασίας μας (εμπειρική έρευνα) αφενός και το είδος των αποτελεσμάτων που παραθέτουν οι παραπάνω συγγραφείς αφετέρου, δεν επιτρέπουν περαιτέρω συγκρίσεις.

1. Η συγκαταβατικότητα του κοινού στους ειδικούς να παρεμβαίνουν στην ιδιωτική υπόθεση των πασχόντων ή η αποδεκτικότητα της δίωξης και απομόνωσής τους από πλευράς ειδικών

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

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ενημέρωση Κέντρων Λοιμωδών Νοσημάτων για τους πάσχοντες από ΣΕΑΑ (κατά ομάδες ηλικίας και φύλο) (%)

Ομάδες ηλικίας Τοποθέτηση	Άνδρες					Γυναίκες*		
	16-25	26-35	36-49	Σύ- νολο	Σύ- νολο	36-49	26-35	16-25
Διαφωνώ	6	3	1	n = 13 3	n = 9 2	1	3	2
Αδιαφορώ	3	4	1	n = 10 3	n = 8 2	1	2	3
Συμφωνώ	91	93	98	n = 374 94	n = 401 96	98	95	95
Σύνολο	n = 136 34,3	n = 121 30,5	n = 140 35,2	n = 397 100	n = 418 100	n = 149 36	n = 118 28	n = 151 36

* Στην ερώτηση αυτή δεν απάντησε μία γυναίκα.

Ως προς το φύλο, με πολύ μικρή διαφορά (2% περισσότερες γυναίκες), υποθετείται μια στάση ευνοϊκή για την ενημέρωση των Κ.Λ.Ν. από τη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού.

Ως 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.Λ.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 ενδεδυμένοι με το μανδύα της επιστήμης διώκτες των προσβεβλημένων

Αφού ξεκαθαρίσαμε ότι με την ανακάλυψη πασχόντων θα πρέπει να υπάρχει η αντίστοιχη ενημέρωση των Κ.Λ.Ν., επεκτεινόμαστε να δούμε 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 υποβάλουν στα ανάλογα τεστ και στις αντίστοιχες θεραπείες».

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

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

	Άνδρες				Γυναίκες			
	16-25	26-35	36-49	Σύνολο	Σύνολο	36-49	26-35	16-25
Διαφωνώ	7	4	3	n = 19 5	n = 14 3	1	1	8
Αδιαφορώ	7	3	1	n = 14 4	n = 15 4	5	2	3
Συμφωνώ	86	93	96	n = 364 92	n = 390 93	94	97	89
Σύνολο	n = 136 34,3	n = 121 30,5	n = 140 35,2	n = 397 100	n = 419 100	n = 150 36	n = 118 28	n = 151 36

Συγκρίνοντας 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, διαπιστώσαμε 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 αντίστοιχα), επιτρέπουν την αναζήτηση των ερωτικών συντρό-

φων. 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 υιοθετούν μια στάση θετική στο ενδεχόμενο αναζήτησης των ερωτικών συντρόφων των αρρώστων με ΣΕΑΑ για υποβολή σε τεστ και θεραπεία.

1.3 Επαναλειτουργία κέντρων θεραπείας όπως τα σανατόρια και η Σπιναλόγκα ή η αποδοχή εγκλεισμού των προσβεβλημένων

Κρίναμε 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 αντίρρηση εδώ, αφορά το γεγονός ότι το ΣΕΑΑ είναι μεν ένα λοιμώδες νόσημα, μεταδίδεται όμως με πολύ συγκεκριμένους τρόπους από τους οποίους το κάθε ενημερωμένο άτομο μπορεί να προφυλαχθεί. Έτσι δεν υπάρχει λόγος να γίνεται συζήτηση για την με οποιονδήποτε τρόπο απομόνωση των πασχόντων.

Στην ερώτηση που υποβάλαμε θελήσαμε να δούμε το μέτρο αντίστασης 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 επικίνδυνα για τη δημόσια υγεία, συγκεκριμένα:

«Είναι αναγκαία η επαναλειτουργία κέντρων θεραπείας τέτοιων όπως τα σανατόρια και οι “Σπιναλόγκες” (νησιά λεπρών), για να φιλοξενήσουν άτομα επικίνδυνα για τη δημόσια υγεία όπως οι άρρωστοι του ΣΕΑΑ;» Ο αναγνώστης βλέπει ότι δεν παραλείψαμε να υπενθυμίσουμε στον ερωτώμενο πως τα κέντρα αυτά θεραπείας κάποτε λειτουργούσαν για τους λεπρούς.

Τα 4/10 περίπου του πληθυσμού αποδέχονται την επαναλειτουργία κέντρων θεραπείας όπως η Σπιναλόγκα, τα οποία θα δέχονται αποκλειστικά άτομα με ΣΕΑΑ. Από αυτούς, περιέργως 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), μέσω της επαναλειτουργίας κέντρων θεραπείας για τους πάσχοντες από ΣΕΑΑ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Επαναλειτουργία κέντρων θεραπείας όπως τα σανατόρια και η Σπιναλόγκα (κατά ομάδες ηλικίας και φύλο) (%)

Ομάδες ηλικίας Τοποθέτηση	Άνδρες				Γυναίκες			
	16-25	26-35	36-49	Σύνολο	Σύνολο	36-49	26-35	16-25
Συμφωνώ	29	31	51	n = 149 37	n = 165 39	53	42	23
Αδιαφορώ	5	4	2	n = 13 4	n = 22 5	5	3	8
Διαφωνώ	66	65	47	n = 235 59	n = 232 56	42	55	69
Σύνολο	n = 136 34,3	n = 121 30,5	n = 140 35,2	n = 397 100	n = 419 100	n = 150 36	n = 118 28	n = 151 36

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

Σε μια εποχή που συγκεκριμενοποιείται ο προβληματισμός για το ρόλο του σύγχρονου κράτους και φαίνεται η άποψη για το κράτος πρόνοιας να αντιπαρτιθέται 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 διαπόμπευση της ιδιωτικότητας των προσβεβλημένων

Παραθέτουμε την ερώτηση: «Στην περίπτωση που για διάφορους λόγους οι προσβεβλημένοι με ΣΕΑΑ αποκρύπτουν 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	Σύ- νολο	Σύ- νολο	36-49	26-35	16-25
Συμφωνώ	78	72	85	n = 312 79	n = 325 77	87	76	69
Αδιαφορώ	8	7	7	n = 30 7	n = 28 7	5	6	9
Διαφωνώ	14	21	8	n = 55 14	n = 66 16	8	18	22
Σύνολο	n = 136 34,3	n = 121 30,5	n = 140 35,2	n = 397 100	n = 419 100	n = 150 36	n = 118 28	n = 151 36

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

Ως προς το φύλο, σε ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά (2%), οι άνδρες υιοθετούν 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 Κατάρτιση ονομαστικών καταλόγων των προσβεβλημένων για την προστασία του κοινού μέσω της ενημέρωσης ή η διαπόμπευση των προσβεβλημένων πολιτών

Τολμήσαμε να ρωτήσουμε τους κατοίκους Δ. Αττικής αν: «Το κράτος οφείλει να προστατεύει το κοινωνικό σύνολο φτιάχνοντας ονομαστικούς καταλόγους όσων πάσχουν από ΣΕΑΑ και ενημερώνοντας γι' αυτούς το κοινό;» Η ερώτηση αυτή, όπως και η προηγούμενη, είναι πολύ συγκεκριμένη, τη χαρα-

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

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

Ομάδες ηλικίας Τοποθέτηση	Άνδρες				Γυναίκες			
	16-25	26-35	36-49	Σύνολο	Σύνολο	36-49	26-35	16-25
Συμφωνώ	29	31	51	n = 147 37	n = 165 39	53	42	23
Αδιαφορώ	5	4	2	n = 13 4	n = 22 5	5	3	8
Διαφωνώ	60	63	50	n = 228 57	n = 239 57	45	54	72
Σύνολο	n = 136 34,3	n = 121 30,5	n = 140 35,2	n = 397 100	n = 419 100	n = 150 36	n = 118 28	n = 151 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 ονομαστικούς καταλόγους των προσβεβλημένων για την ενημέρωση του κοινού. Οι μεγαλύτερες ηλικίες και οι άνδρες αποδέχονται σε υψηλότερα ποσοστά μια τέτοια ενέργεια, κοινωνικού στιγματισμού, σύμφωνα με την έκφραση του Gofman (8), πρώτα και κύρια από το κράτος και τις υπηρεσίες του.

3. Η συγκαταβατικότητα του κοινού στον εγγύς κοινωνικό περίγυρο των προσβεβλημένων να παρεμβαίνει στη ζωή ή η αποδεκτικότητα της δίωξής τους από τους άμεσα ζωτικούς χώρους τους και η απομόνωσή τους

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

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

3.1 Απόλυση από τους χώρους εργασίας των προσβεβλημένων με ΣΕΑΑ

Δίχως περιστροφές, ενδιαφερθήκαμε 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 αφετηρία αυτές τις δύο παραμέτρους.

Ενδεικτική είναι η στροφή του πληθυσμού στην καινούργια αυτή κατηγορία ερωτήσεων που θέτουν ευθέως το ζήτημα της αποστασιοποίησης 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%). Χαμηλότερο 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 ευαισθητοποιημένες στο ζήτημα αυτό).

Το 1/4 περίπου του πληθυσμού Δ. Αττικής επιτρέπει 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 Τοποθέτηση	Άνδρες*				Γυναίκες			
	16-25	26-35	36-49	Σύνολο	Σύνολο	36-49	26-35	16-25
Διαφωνώ	68	79	66	n = 278 71	n = 308 74	63	75	83
Αδιαφορώ	12	3	6	n = 30 7	n = 19 5	4	5	5
Συμφωνώ	20	18	28	n = 88 22	n = 92 21	33	20	12
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.

3.2 Έξωση προσβεβλημένων από τους χώρους κατοικίας

Ενδιαφερόθηκαμε 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 πράγματα (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.

Ένα αρκετά μικρό ποσοστό των κατοίκων Δ. Αττικής υιοθετεί μια στάση θετική 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	Άνδρες*				Γυναίκες			
	16-25	26-35	36-49	Σύνολο	Σύνολο	36-49	26-35	16-25
Διαφωνώ	87	87	85	n = 341 86	n = 368 88	83	87	93
Αδιαφορώ	6	3	4	n = 18 5	n = 19 4	5	6	3
Συμφωνώ	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 ερωτωμένων συμπεραίνονταν ότι ένα σχετικά 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	Άνδρες*					Γυναίκες*		
	16-25	26-35	36-49	Σύ- νολο	Σύ- νολο	36-49	26-35	16-25
Υποστηρικτής της απομόνωσης των φορέων και αρρώστων ΣΕΑΑ	15	16	18	n = 63 16	n = 55 13	19	17	5
Υποστηρικτής με τη συγκατά- θεση των συγ- γενών	12	6	8	n = 34 9	n = 44 11	8	8	15
Ούτε υποστηρι- κτής ούτε πο- λέμιος της απο- μόνωσης	68	72	61	n = 260 67	n = 283 69	63	70	73
Θερμός υποστη- ρικτής	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 στά-
σεως ως εξής:

«Λαμβάνοντας 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 πολέμιο 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 περίπτωση εκείνη που δίνει τη δυνατότητα στον ερωτώμενο να εκφράσει ευθέως την αντίθεσή του:

— *πολέμιο* της απομόνωσης των φορέων και αρρώστων ΣΕΑΑ που εμείς δεν θελήσαμε 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 απλώς «είμαι εναντίον της απομόνωσης», είτε αρνούμενοι να επιλέξουν μια απάντηση, αφού δεν είχαμε περιλάβει αυτή που τους εκφράζει.

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 υιοθετεί μια θετική στάση στην απομόνωση των φορέων και αρρώστων ΣΕΑΑ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

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

— Β'. Η προστασία των ατόμων, των εαυτών μας. Μπροστά λοιπόν στο ενδεχόμενο της προστασίας, οι ερωτώμενοι *επιτρέπουν* σε πολύ υψηλά ποσοστά την ενημέρωση των Κ.Λ.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 αντιληπτό ότι «αναθέτοντας» στους ειδικούς πρόσθετες αρμοδιότητες (αναζήτηση των ερωτικών συντρόφων), δύο πράγματα θα μπορούσαν να συμβούν: η άρση του ιατρικού απορρήτου και η δημιουργία ενός γιατρού χωροφύλακα-διώκτη, κάτι που είναι έξω από την ιατρική δεοντολογία και πρακτική.

Δεν αμφιβάλουμε, βέβαια, πως αν είχαμε προκαλέσει ένα διάλογο, παρέχοντας τις κατάλληλες επεξηγήσεις για το τι θα μπορούσε μια τέτοια ενέργεια 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 επιτρέπει στους ειδι-*

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

Σε ό,τι αφορά τον εγκλεισμό στα κέντρα θεραπείας (βλ. παρ. 1.3, Πίν. 3), η θετική στάση των ερωτώμενων 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 απομόνωσή τους (βλ. παρ. 3.3, Πίν. 8)

Μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι ερωτώμενοι που θέλουν την επαναλειτουργία τέτοιων 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.Λ.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 και συγκεκριμένης αρρώστιας, που στο κάτω της γραφής μπορεί να αποβεί και μοιραία για το κοινωνικό σύνολο. Μπροστά 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, Πίν. 4, 5) μπορούμε να κάνουμε δύο σημαντικές παρατηρήσεις:

Α. Η αποδεκτικότητα της ενημέρωσης των κρατικών υπηρεσιών παρουσιάζεται σε πολύ υψηλά ποσοστά (78%), πράγμα που μπορεί να σημαίνει ή ότι με τον όρο ενημέρωσή κρατικών υπηρεσιών ένα μέρος του πληθυσμού αντιλαμβάνεται μόνο τις υγειονομικές υπηρεσίες (όπως π.χ. αν τα Κ.Λ.Ν. θα πρέπει να ενημερώνονται από τους γιατρούς και τα νοσοκομεία, που είδαμε στην παρ. 1.1), και συνεπώς υιοθετεί 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 διασύρει 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. ανάρτηση των ονομαστικών καταλόγων στις πλατείες για ενημέρωση του κοινού), θα υπήρχε πτώση του ποσοστού συγκαταβατικότητας 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 εθισμένο, όχι μόνο επιτρέπει, αλλά, θα μπορούσαμε να πούμε, αποζητεί την παρέμβασή του θεωρώντας προφανώς ότι αυτό του παρέχει μια συγκεκριμένη προστασία.

Άρα, αξιολογώντας τη συγκαταβατικότητα του κοινού ως προς τον περίγυρο του (σε ποιους δηλαδή επιτρέπει να παρέμβουν σε σχέση με τους προσβεβλημένους), βλέπουμε ότι μετά τους ειδικούς, τους επιστήμονες, ακολουθεί 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, Πίν. 6).

— *Περισσότερο φοβάται ο πληθυσμός μας την ανεργία, παρά τα άτομα που πάσχουν από ΣΕΑΑ. Για το λόγο αυτό, σε μια περίοδο αυξανόμενων ρυθμών ανεργίας, περνά σε πρώτη θέση η διατήρηση της εργασίας, παρά ο κίνδυνος στο χώρο δουλειάς από κάποιον πάσχοντα απ' αυτή τη νόσο. Δεν είναι τυχαίο που η στάση αυτή υιοθετείται περισσότερο από άτομα κάτω των 36 ετών. Γίνεται δηλαδή μια ταύτιση με τον πάσχοντα-εργαζόμενο του οποίου τη διατήρηση του κοινωνικοεπαγγελματικού status υποστηρίζουν, ο δε φόβος για τη μετάδοση του ιού περνά σε δεύτερη μοίρα.*

— Στο ποσοστό αποδοχής της απόλυσης των προσβεβλημένων ανήκουν κυρίως άτομα ηλικίας 36-49 ετών, τα οποία θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ως ήδη δημιουργημένα, που κατ' επέκταση δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα τον κίνδυνο μιας απόλυσης και που συνεπώς παρουσιάζονται εδώ λιγότερο ευαισθητοποιημένα, 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 αποδοχής μιας τέτοιας ενέργειας. Αυτές, δηλαδή, οι γυναίκες είναι και το πιο ευαισθητοποιημένο 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, υιοθετεί δηλαδή μια στάση φόβου και βεβαίως άρνησης των πασχόντων με ΣΕΑΑ, αδιαφορώντας για το αναφαίρετο δικαίωμα στην εργασία και για όλες τις αρνητικές επιπτώσεις που μια τέτοια πράξη έχει ως αποτέλεσμα. Η κατηγορία αυτή του πληθυσμού υιοθετεί μια κοινωνική στάση απέναντι σ' αυτό το θέμα που αναμφισβήτητα θα χαρακτηρίζαμε ως ρατσιστική.*

Ως προς το θέμα της έξωσης των προσβεβλημένων (βλ. παρ. 3.1, Πίν.

7): Φαίνεται καθαρά και στο θέμα αυτό ότι οι ερωτηθέντες κρίνουν με ιδιαίτερη σοβαρότητα και αυστηρότητα ζητήματα που αισθάνονται να τους αφορούν 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 πλήττουν 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 αντίδρασή τους είναι στη συντριπτική πλειοψηφία αρνητική.

Αντιπαρατίθεται λοιπόν στο φόβο ένα συναίσθημα 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, παραβιάζουμε το στοιχειωδέστερο των ανθρώπινων 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 υιοθετούν μια στάση ρατσιστική.

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 ομοφυλόφυλοι αποτελούν τον μεγαλύτερο κίνδυνο εξάπλωσης του ΣΕΑΑ (90%), ο τουρισμός κινδυνεύει να αυξήσει τα κρούσματα (77%), ότι οι νέοι και οι έφηβοι συνδέονται με το ΣΕΑΑ (πάνω από 90%), και ότι οι οδοντογιατροί μεταδίδουν το ΣΕΑΑ (35%). Δεν θα ήμασταν εκτός πραγματικότητας δηλαδή, αν υποστηρίζαμε 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 δέχονταν το 90% του πληθυσμού την έξωσή του από το σπίτι του, θα τον δέχονταν δηλαδή και ως γείτονά του, δεν θα κινδύνευε 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, Πίν. 8):

Εκ πρώτης όψεως θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι ο πληθυσμός απαντά αντιφατικά, 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 απομόνωσή τους. Βέβαια ερμηνεύοντας με μια ευρεία αντίληψη αυτή του τη στάση θα λέγαμε ότι η απο-

μόνωση ενός ατόμου μπορεί να σημαίνει 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 (φαίνεται 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 ζητάμε από τον ερωτώμενο να λάβει καθετί υπόψη του πριν διαμορφώσει τη στάση του και δεν του δίνουμε μπροστά του δυνατότητα άρνησης. Αποτέλεσμα αυτής της κατευθυνόμενης συνέντευξης είναι:

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

β) η μειοψηφία να καταφύγει στην άρνηση απάντησης, και

γ) οι υπόλοιποι, ελλείψει κάποιου σημείου που θα τους προκαλούσε μια θετική συναισθηματική φόρτιση, παραμένουν δέσμοι των γενικών και αόριστων ψιθύρων 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 ερωτωμένων υπέρ των προσβεβλημένων. Παραθέτουμε την εικόνα αυτή:

<i>μέγεθος συναισθηματικής φόρτισης</i>	<i>διαφοροποίηση σε ποσοστά</i>
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 32%

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

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

Συγκρίνοντας λοιπόν την τρίτη περίπτωση ερωτήσεων με τις δύο προηγούμενες (βλ. κεφ. 1,2), αντιλαμβανόμαστε ότι το κοινό επιτρέπει την παρέμβαση 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 δώσουμε 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:

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

* Το μέσο ποσοστό ελήφθη (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 περίπτωσή 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.Λ.Ν. Επιτρέπουν δηλαδή τη δίωξη και την απομόνωση των προσβεβλημένων και των ερωτικών συντρόφων τους από πλευράς ειδικών.

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

σιών του από πλευράς κοινού, πάνω σε θέματα προσβεβλημένων, και επιτρέπουν την παρέμβασή του στην ιδιωτική ζωή των πασχόντων, μέσω της κάρτισης καταλόγων και της ενημέρωσης του κοινού γι' αυτούς. Αποδέχονται δηλαδή τη συνεργασία κράτους-πολίτη και επιτρέπουν στο πρώτο να δημοσιοποιεί θέματα αυστηρώς προσωπικά, όπως η υγεία.

— Οι ερωτηθέντες, λόγω των οξυμένων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στα ζητήματα της ανεύρεσης εργασίας και χώρου κατοικίας (υπόθεση), ταυτίζονται συναισθηματικά με τους προσβεβλημένους και σε χαμηλά μόνο ποσοστά επιτρέπουν την απόλυση 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 προσωπικούς, όπως η εργασία και η κατοικία.

Μπορούμε λοιπόν να υποστηρίξουμε ότι το κοινό υιοθετεί μια στάση αποστασιοποίησης, καθαρά ρατσιστική, απέναντι στους προσβεβλημένους με ΣΕΑΑ η οποία είναι συνάρτηση δύο παραγόντων:

α) Της αντίληψής του για το χώρο του (όσο πιο ειδικό αντιλαμβάνεται κάποιον για το θέμα, τόσο περισσότερο του επιτρέπει να παρεμβαίνει. Έτσι, επιτρέπει 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 ταύτισής του με τον πάσχοντα (όσο περισσότερο συναισθηματικά φορτίζεται υπέρ του προσβεβλημένου από την ερώτηση που του υποβάλλουμε, τόσο λιγότερο αποδέχεται την αποπομπή του).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Χλιαουτάκης Ι. (1986), *Μεθοδολογία και τεχνικές στην κοινωνική έρευνα με ερωτηματολόγιο - Τεχνικές δειγματοληψίας*, Διδακτικές Σημειώσεις, Τ.Ε.Ι., Αθήνα, σ. 13-21.
 2. Φύλιας 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. Χλιαουτάκης Ι., Στοϊκίδου Μ. (1989), «Κρίσεις και στάσεις των κατοίκων Δ. Αττικής απέναντι στο AIDS. Συναισθήματα ανησυχίας και φόβου», *Εκλογή* 81/1989, Αθήνα, σ. 94-107.
 5. Πολυάριθμες είναι οι θεωρητικές 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. Παραθέτουμε 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 Societes, Civilisations*, 17, σ. 1062-1092.
- Elias N. (1978), *The Civilizing Process: The History of Manners*, Νέα Υόρκη, Urizen 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 σύνδεση του ΣΕΑΑ με συγκεκριμένες κοινωνικές και δημογραφικές ομάδες και κατ'επέκταση ο φόβος απέναντι σε αυτές, δεν γίνεται μόνο από τα άτομα του δείγματος που ερευνήσαμε, αλλά και από πληθυσμούς δειγμάτων 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 (επιμ.) (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 (επιμ.) (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, Παρίσι.

Siegel K. (επιμ.) (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), *Stigmaté*, εκδ. Minit, Παρίσι.