



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας»

Διπλωματική Εργασία:

«Στάσεις και απόψεις για τη γνώση και τη χρήση της εξέτασης κατά Παπανικολάου (Τεστ Παπ) : Η περίπτωση του γυναικείου πληθυσμού του Δήμου Σκιλλούντος, Νομού Ηλείας»

Επιβλέπων Καθηγητής:	Μάνος Σπυριδάκης
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:	Καλουδοπούλου Παναγιώτα Α.Μ. 03200802

ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2010

Τριμελής Επιτροπή

Μάνος Σπυριδάκης

Χαράλαμπος Οικονόμου

Δημήτρης Ηλιόπουλος

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες, στον επιβλέποντα μου, Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, κ. Μάνο Σπυριδάκη, για την αδιάκοπη καθοδήγηση του καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της μεταπτυχιακής διατριβής μου.

Η αμέριστη ηθική συμπαράστασή του, η επιστημονική του αρτιότητα καθώς και η διδασκαλική του δεξιοτεχνία, αποκάλυψαν σε μένα έναν θησαυρό νέων γνώσεων και με οδήγησαν σε καινοτόμα και μέχρι πρότινος, ανεξερεύνητα μονοπάτια σκέψης.

Επιπροσθέτως, η ενδυνάμωση, η κατανόηση αλλά και η συγγραφική του δεινότητα, αποτέλεσαν παράδειγμα προς μίμηση για μένα και με ενθάρρυναν για την ολοκλήρωση της εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές και συμφοιτητές μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας», του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για όλα όσα πολύτιμα έμαθα κατά την διάρκεια των σπουδών μου και για την ευκαιρία ζωής που μου χάρισαν.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τέλος, όλη την οικογένεια μου για την έμπρακτη συμπαράσταση τους σε κάθε μου βήμα.

Τον *Ανδρέα*, σύντροφο μου και συνοδοιπόρο, βαθιά τον ευχαριστώ.

Ό έρωτας,

ὄνομα οὐσιαστικόν,

πολὺ οὐσιαστικόν,

ένικοῦ ἀριθμοῦ,

γένους οὔτε θηλυκοῦ, οὔτε ἀρσενικοῦ, γένους ἀνυπεράσπιστου....

Κική Δημουλά, «Ο πληθυντικός αριθμός» (από τα Ποιήματα, Ἴκαρος 1998)

ΦΙΛΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ν. ΔΟΥΦΑΣ

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	13
Εισαγωγή.....	15

Θεωρητικό Πλαίσιο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1.1.Ιστορικές διαστάσεις της πρόσληψης της αντίληψης για την υγεία-Τα μοντέλα υγείας.....	24
1.1.1 Πεποιθήσεις και αντιλήψεις για την υγεία στην προϊστορία και στην αρχαιότητα - μια διαπολιτισμική διαδρομή.....	25
1.1.2. Οι αντιλήψεις για την υγεία στα σκοτεινά χρόνια του Μεσαίωνα.....	31
1.1.3. Η νέα διάσταση των αντιλήψεων αναδύεται στην Αναγέννηση.....	33
1.1.4. Οι σύγχρονες αντιλήψεις και τα μοντέλα υγείας.....	34
1.1.5. Η μετάβαση από την ιατροκεντρική άποψη στην κοινωνιολογία της υγείας και της αρρώστιας.....	37
1.2.Η κοινωνιολογία της υγείας και της αρρώστιας - Η κοινωνιολογία του σώματος ή της σωματοποίησης.....	39
1.2.1. Η κριτική στο βιοϊατρικό μοντέλο.....	40
1.2.2. Αναφορική προσέγγιση στις βασικές θεωρίες ανάπτυξης της κοινωνιολογίας.....	42
1.2.3. Ιστορική και θεωρητική αναδρομή στην κοινωνιολογία του σώματος.....	52
1.2.3.1. Ιστορική αναδρομή στις αντιλήψεις για το (γυναικείο) σώμα.....	54
1.2.3.2. Οι νατουραλιστικές απόψεις και το φυσιοκρατικό μοντέλο.....	56
1.2.3.3. Το σώμα στην μετανεωτερικότητα.....	60
1.2.3.4. Η θεωρία του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού.....	62
1.2.3.5. Οι σχέσεις εξουσίας και η θεωρία του Foucault.....	63
1.2.3.6. Οι φεμινιστικές θεωρήσεις.....	65
1.2.3.7. Η κοινωνιολογία της M.Douglas.....	67
1.2.3.8. Η θεωρία της φαινομενολογίας.....	68
1.2.3.9. Το σώμα ως σύμβολο.....	70
1.2.3.10. Το σώμα στην «κοινωνία σε κίνδυνο».....	73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

2.1. Ο ρόλος του Π.Ο.Υ. στις σύγχρονες διαστάσεις στην υγεία και στην πρόληψη.....	82
2.1.1. Π.Ο.Υ. - Διακηρύξεις και οδηγίες	83
2.2. Από την προαγωγή στην πρόληψη.....	87
2.3. Η έννοια της πρόληψης.....	88
2.4. Κοινωνικογνωστικά μοντέλα υγείας.....	93
2.4.1. Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία.....	94
2.5. Η κοινωνιολογική άποψη για την προαγωγή υγείας και τις πεποιθήσεις για την υγεία.....	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

3.1. Ανατομικά χαρακτηριστικά του τραχήλου της μήτρας.....	105
3.2. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (ΚΤΜ).....	107
3.2.1. Επιπολασμός του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	108
3.2.2. Αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης του ΚΤΜ.....	115
3.2.3. Συμπτώματα του ΚΤΜ.....	118
3.2.4. Η ταξινόμηση της σταδιοποίησης και η θεραπευτική αντιμετώπιση του ΚΤΜ κατά Π.Ο.Υ.	119
3.2.4.1. Προ-καρκινωμάτωσης αλλοιώσεις του τραχήλου.....	122
3.2.4.2. Διθητικό καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου.....	122
3.2.4.3. Αδενοκαρκίνωμα του ενδοτραχήλου.....	124
3.2.5. Σταδιοποίηση του διθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά FIGO.....	126
3.2.5.1. Ταξινόμηση σταδίων και θεραπευτική αντιμετώπιση.....	127
3.2.5.2. Αποτελέσματα χειρουργικής θεραπείας.....	129
3.3. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και καρκινογένεση.....	129
3.3.1. Ταξινόμηση του ιού HPV-επιδημιολογία.....	130
3.3.2. Ο κύκλος ζωής του ιού HPV-μηχανισμός καρκινογένεσης.....	134

3.3.3. Ανοσολογική απάντηση στην λοίμωξη από HPV.....	139
3.4. Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	141
3.4.1. Η ιστορία του Τεστ κατά Παπανικολάου (Τεστ Παπ).....	142
3.4.2. Το Τεστ κατά Παπανικολάου.....	144
3.4.3. Μεθοδολογία της εξέτασης και ταξινόμηση αποτελεσμάτων.....	145
3.4.4. Κυτταρολογία υγρής φάσης- συγκριτική αξιολόγηση.....	150
3.4.5. Συχνότητα προληπτικού ελέγχου.....	152
3.5. Νεότερα δεδομένα για την πρόληψη: εμβολιαστική πολιτική και μοριακός έλεγχος.....	155
3.5.1. Εμβόλια κατά των ιών HPV.....	155
3.5.2. Η σύγχρονη προσέγγιση της εμβολιαστικής πολιτικής.....	159
3.5.3. Μοριακός έλεγχος- HPV DNA Test.....	162
3.5.4. Τεχνικές ανίχνευσης HPV.....	163
3.5.5. Σημασία ελέγχου με HPV DNA Test για την αντιμετώπιση και παρακολούθηση των κυτταρολογικών αλλοιώσεων ASCUS.....	165
3.5.6. Μαζικός κυτταρολογικός έλεγχος για τον καρκίνο τραχήλου και έλεγχος για τον ιό HPV.....	167

Ερευνητικό πλαίσιο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

4.1. Παρουσίαση της έρευνας- μεθοδολογία.....	177
4.1.1. Ο σχεδιασμός της έρευνας.....	177
4.1.2. Τόπος διεξαγωγής της έρευνας-προσδιοριστικοί παράγοντες.....	181
4.1.3. Πεδίο έρευνας και τρόπος προσέγγισης.....	185
4.1.4. Θεματολογία της έρευνας.....	187
4.2. Αποτελέσματα της έρευνας.....	189
4.3. Πρώτη ενότητα: Γνώσεις και αντιλήψεις για το Τεστ κατά Παπανικολάου.....	191
4.3.1. Γνώσεις περί του διαγνωστικού περιεχομένου του Τεστ Παπ.....	192
4.3.2. Γνώσεις και αντιλήψεις για τα προς εξέταση ανατομικά όργανα.....	193
4.3.3. Απόψεις για το ηλικιακό φάσμα των προς εξέταση γυναικών.....	195
4.3.4. Αντιλήψεις για την διαγνωστική σκοπιμότητα της εξέτασης.....	197

4.3.5. Απόψεις για την αξιοπιστία του Τεστ κατά Παπανικολάου και τον φορέα διενέργειας της εξέτασης.....	200
4.3.6. Αντιλήψεις για την προσλαμβάνουσα διαδικασία της εξέτασης.....	203
4.3.7. Απόψεις για την ειδικότητα του επαγγελματία υγείας που διενεργεί την λήψη της εξέτασης.....	206
4.4. Δεύτερη ενότητα: Η χρήση του Τεστ κατά Παπανικολάου-Άλλες πρακτικές πρόληψης.....	208
4.4.1. Η προσωπική χρήση του Τεστ κατά Παπανικολάου.....	209
4.4.2. Άλλες πρακτικές πρόληψης και διατήρησης καλής υγείας.....	211
4.5. Τρίτη ενότητα: Αντιλήψεις για τον γυναικολογικό καρκίνο και την σεξουαλικότητα.....	215
4.5.1. Αντιλήψεις για τον καρκίνο.....	216
4.5.2. Απόψεις για τους παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση του γυναικολογικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	220
4.5.3. Γνώσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ).....	227
4.5.4. Προσλαμβάνουσες αντιλήψεις των ΣΜΝ και του καρκίνου-μια συγκριτική αξιολόγηση.....	229
4.5.5. Αντιλήψεις για την σεξουαλικότητα.....	233
4.5.6. Αντιλήψεις για τις πρακτικές υγιεινής.....	236
4.6. Τέταρτη ενότητα: Εσωτερική διεργασία διαμόρφωσης αντιλήψεων- Προσωπικά βιώματα.....	238
4.6.1. Προσωπικές εκτιμήσεις για τους αιτιολογικούς παράγοντες αποχής από τον τακτικό έλεγχο με το Τεστ Παπ.....	239
4.6.2. Ο ρόλος της παρότρυνσης και της ενημέρωσης.....	245
4.6.3. Οι προσλαμβάνουσες αντιλήψεις για τους γιατρούς μέσα από προσωπικά βιώματα.....	248
4.7. Πέμπτη ενότητα: Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες διαμόρφωσης	

αντιλήψεων.....	261
4.7.1. Ο οικονομικός παράγοντας στην υγεία και στην πρόληψη.....	263
4.7.2. Η επίδραση της περιβαλλοντικής επιβάρυνσης από τις φωτιές ως προσλαμβανόμενος παράγοντας στην υγεία.....	267
4.7.3. Αντιλήψεις για τις έμφυλες σχέσεις και την θέση της γυναίκας στην οικογένεια.....	271
4.8. Έκτη ενότητα: Απόψεις και θέσεις για την πρόληψη και την υγεία.....	278
4.8.1. Ο διαδραστικός ρόλος των πληροφορητριών στην παρότρυνση για την πρόληψη μέσα στην οικογένεια.....	280
4.8.2. Αντιλήψεις για την εμβολιαστική πολιτική και τα εμβόλια κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων(HPV).....	281
4.8.3. Η εμπιστοσύνη στον θεσμό του δημόσιου νοσοκομείου.....	284
4.9. Συμπεράσματα- Προτάσεις.....	288
Γενικά Συμπεράσματα.....	297
Παράρτημα.....	301
Βιβλιογραφία.....	305

Πρόλογος

Παρά την τομή που σημειώθηκε με την εφαρμογή της κυτταρολογικής εξέτασης κατά Παπανικολάου (Τεστ Παπ) πριν από 50 περίπου χρόνια, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εξακολουθεί και παραμένει ο δεύτερος σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνος στις γυναίκες και από τους πρώτους καρκίνους που οδηγούν σε θάνατο στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), είναι υπεύθυνη για το περίπου 90% των περιπτώσεων του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και για το 80% των προ-καρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σήμερα, μπορεί να προληφθεί διαμέσου της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Η εμβολιαστική πολιτική και η επαναλαμβανόμενη χρήση του Τεστ κατά Παπανικολάου, δύνανται να συμβάλουν ουσιαστικά στην δραστική μείωση του επιπολασμού και της θνησιμότητας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Η δευτερογενής πρόληψη με το Τεστ Παπ, αποτελεί τη μέθοδο αναφοράς που χρησιμοποιείται ευρέως για την έγκαιρη διάγνωση των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας. Συνίσταται στην κυτταρολογική εξέταση κολπικού, τραχηλικού και ενδοτραχηλικού επιχρίσματος μιας γυναίκας.

Η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σημαντικά. Στις Η.Π.Α., η εισαγωγή του Τεστ κατά Παπανικολάου είναι υπεύθυνη για την δραστική μείωση έως και 70% της θνησιμότητας από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρούνται και σε άλλες χώρες όπου εφαρμόζεται επαρκώς ο προσυμπτωματικός έλεγχος. Σε διεθνείς μελέτες για την εμφάνιση και τον επιπολασμό του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, έχει παρατηρηθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που εμφάνισαν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, δεν συμμετείχαν σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου. Ενδεικτικά, έχει αποδειχθεί ότι στην Αυστραλία, όπου οι θάνατοι από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχουν μειωθεί μετά την εισαγωγή του Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου το 1991 με ρυθμό 2.8% ετησίως, οι μισές γυναίκες που

πέθαναν από την συγκεκριμένη αιτιολογία δεν είχαν κάνει ποτέ Τεστ κατά Παπανικολάου (Wong, Wong, Low, Khoo & Shuib 2009).

Στην Ευρώπη περισσότερες από 50.000 γυναίκες αναπτύσσουν καρκίνο τραχήλου μήτρας κάθε χρόνο και 25.000 περίπου πεθαίνουν από τη νόσο. Στην Ελλάδα δυστυχώς, δεν υπάρχει εθνικό σύστημα πληθυσμιακού ελέγχου και η εκτέλεση του Τεστ Παπανικολάου είναι «ευκαιριακή». Υπολογίζεται ότι το ποσοστό γυναικών στη χώρα μας που υποβάλλονται στην εξέταση αυτή δεν ξεπερνά το 20% και δεν αφορά συνήθως ομάδες γυναικών υψηλού κινδύνου. Παράλληλα, το 50% των γυναικών που εμφανίζουν καρκίνο τραχήλου μήτρας δεν είχαν κάνει ποτέ Τεστ Παπανικολάου, ενώ το 5% δεν υπεβλήθη σε αυτή τη δοκιμασία τα 5 χρόνια που προηγήθηκαν της νόσου (Διακομανώλης 2009).

Λίγα είναι γνωστά για τους παράγοντες που συμμετέχουν στη σχηματοποίηση και υιοθέτηση πρακτικών πρόληψης στην Ελλάδα. Ως εκ τούτου, η κατανόηση των παραγόντων που συνδέονται με την ελλειμματική γνώση και χρήση του Τεστ κατά Παπανικολάου είναι ουσιαστικής σημασίας.

Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη, η οποία ενέχει τη μορφή διπλωματικής εργασίας, στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού προγράμματος Σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» φιλοδοξεί να διερευνήσει και να πραγματοποιήσει μια πρωτογενή προσέγγιση στο θέμα της σχηματοποίησης των πεποιθήσεων για την υγεία και την πρόληψη, διαμέσου της διερεύνησης των στάσεων, των απόψεων και των προσλήψεων για την εξέταση του Τεστ κατά Παπανικολάου (Τεστ Παπ). Πρόκειται για μια μελέτη διερεύνησης των εμπλεκόμενων παραμέτρων στη διαμόρφωση των αντιλήψεων και των πρακτικών για τον γυναικολογικό καρκίνο και το Τεστ Παπ σε πρώτο επίπεδο και για την πρόληψη και την υγεία σε δεύτερο επίπεδο.

Το αντικείμενο της διερεύνησης εστιάζει στη δυναμική των παραγόντων που ενέχονται στη διαμόρφωση των προσλήψεων, με την ανάλυση των αναπαραστάσεων των γυναικών σε σχέση με το εν λόγω ζήτημα. Η προσέγγιση του θέματος πραγματοποιήθηκε με τη χρήση μεθόδου ποιοτικής έρευνας, για να φωτιστεί η διαδικασία σχηματοποίησης των αντιλήψεων. Ως τόπος μελέτης επιλέχθηκε η τοπική υγειονομική δομή του Γ.Ν.-Κ.Υ. Κρεστένων, όπου διενεργείται το καθιερωμένο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου μιας ευρείας περιοχής στην περιφέρεια της Ελλάδας.

Κατά την εξελικτική πορεία της διαδικασίας των ποιοτικών συνεντεύξεων και της ανάλυσης του ερευνητικού υλικού σε δεύτερο χρόνο, προέκυψαν κεντρικά ερωτήματα από τις αφηγήσεις των υποκειμένων της έρευνας :

- Ποιοι είναι οι εξωτερικοί παράμετροι σχηματοποίησης των στάσεων και των απόψεων αναφορικά με τα προσκείμενα ζητήματα;
- Ποιοι είναι οι ενδογενείς παράγοντες που οδηγούν στην υιοθέτηση θετικών προτύπων υγείας και πρόληψης; Ποια είναι η δυναμική της πραγματικότητας που βιώνουν;
- Πώς ενσωματώνονται οι βιογραφικές αναπαραστάσεις και μεταφέρονται στην πρόσληψη της έννοιας της υγείας και της πρόληψης;

Η μελέτη αποτελεί το αποτέλεσμα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης της κοινωνιολογίας και της ιατρικής που έχει εκδοθεί αναφορικά με το θέμα διαπραγμάτευσης, και των λόγων των υποκειμένων που παρουσιάζουν ορισμένες στάσεις για τον προληπτικό έλεγχο του Τεστ κατά Παπανικολάου.

Η δομή της διάρθρωσης της διπλωματικής εργασίας περιλαμβάνει δύο κύρια μέρη : το θεωρητικό πλαίσιο και την εμπειρική διερεύνηση. Το θεωρητικό μέρος διαρθρώνεται σε τρία κεφάλαια, όπου το καθένα διαιρείται σε υποκεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο, πραγματοποιείται μια σκιαγράφηση της διαπολιτισμικής και διαχρονικής διαπραγμάτευσης της έννοιας της υγείας και της ασθένειας. Η πορεία κάθε πολιτισμού στο πέρασμα του χρόνου συνοδεύεται από αντίστοιχες προσλήψεις και πεποιθήσεις για αυτές τις έννοιες. Τα μοντέλα υγείας που σχηματοποιήθηκαν, συγκροτούν συστήματα αναφοράς με διαφορετικό ειδικό βάρος το καθένα. Γίνεται μια προσέγγιση των βασικών μοντέλων υγείας και αναφορά στην ψυχολογική προσέγγιση της υγείας, την βιοϊατρική και την κοινωνιολογική άποψη. Η κοινωνιολογική άποψη για την υγεία και την αρρώστια, τα νεότερα χρόνια προσέδωσε μια νέα κριτική διάσταση στις υπάρχουσες αντιλήψεις, οδηγώντας σε αναθεώρηση του εγκαθιδρυμένου βιοϊατρικού μοντέλου. Η κοινωνιολογία του σώματος που αναπτύχθηκε εκ του παραλλήλου, αποκαλύπτει την έννοια της σωματοποίησης και του ρόλου του σώματος ως φορέα κοινωνικών διεργασιών στην σύγχρονη κοινωνιολογική σκέψη.

Στο δεύτερο κεφάλαιο πραγματοποιείται μια ανίχνευση της υφιστάμενης προσέγγισης της υγείας, έτσι όπως διαμορφώνεται με την επενέργεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο οποίος επαναφέρει την ολιστική διάσταση στην υγεία. Οι πεποιθήσεις και η διαμόρφωσή τους σε σχέση με την πρόσληψη της έννοιας της υγείας και της πρόληψης, πλέον αποτελούν αντικείμενο ουσιαστικής επιστημονικής διερεύνησης. Ο ρόλος τους αναδεικνύεται εξαιρετικής σημασίας στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή κάθε πολιτικής υγείας και προληπτικής παρέμβασης, κυρίως προς την κατεύθυνση της εξάλειψης των σύγχρονων ασθενειών, όπως ο καρκίνος.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται εκτενής αναφορά για τον γυναικολογικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τη σύγχρονη συσχέτιση του με τη λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Ως εκ τούτου το ιατρικό ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στην αντιμετώπισή του, σε πρώτο βαθμό. Η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι μια σύγχρονη πραγματικότητα. Τα εμβόλια κατά των καρκινογόνων τύπων του ιού του HPV, αποβλέπουν στον περιορισμό του επιπολασμού της λοίμωξης στις νεαρές ηλικίες πριν ή αμέσως μετά την έναρξη της σεξουαλικής ζωής, καθώς είναι γεγονός ότι η λοίμωξη παρουσιάζει υψηλά ποσοστά μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών γυναικών. Η

δευτερογενής πρόληψη που προσφέρεται εδώ και πενήντα χρόνια έχει στόχο την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου, με την ανίχνευση των προκαρκινικών αλλοιώσεων. Το Τεστ Παπ αποτελεί το ουσιαστικό εργαλείο στην παρακολούθηση των γυναικών όλων των ηλικιών, δεδομένου ότι είναι η πιο διαδεδομένη εξέταση, με διαχρονική αξία και με χαμηλό κόστος. Οι νέοι μέθοδοι μοριακού ελέγχου και ανίχνευσης του ιού HPV, ήρθαν να προσθέσουν ακόμη ένα όπλο στην φαρέτρα για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου.

Το τέταρτο κεφάλαιο αφορά στην εμπειρική διερεύνηση της υποκείμενης μελέτης. Αρχικά παρουσιάζεται η διαδικασία της έρευνας και τα κριτήρια επιλογής του εν λόγω πεδίου. Το αποτελέσματα της έρευνας έτσι όπως προκύπτουν από τη διαδραστική διαδικασία της ποιοτικής μεθόδου έρευνας με χρήση ημιδομημένης συνέντευξης, συνοψίζονται σε έξι θεματικές ενότητες.

Στην πρώτη θεματική ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις γνώσεις και αντιλήψεις για την εξέταση του Τεστ Παπ. Αφορά στην καταγραφή των προσλαμβανουσών για τη διαδικασία της εξέτασης, το ηλιακό φάσμα των εξεταζόμενων γυναικών και τη σκοπιμότητα της εξέτασης.

Στην δεύτερη θεματική ενότητα παρατίθενται οι τακτικές που οι ίδιες ακολουθούν σε σχέση με το Τεστ Παπ και άλλους προληπτικούς ελέγχους.

Η τρίτη ενότητα αφορά στις αφηγήσεις των υποκειμένων για τις αντιλήψεις που φέρουν για τον γυναικολογικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και για τους παράγοντες, που θεωρούν ότι συμβάλουν στην εμφάνισή του. Παράλληλα καταγράφονται οι απόψεις τους για τη γυναικεία σεξουαλικότητα, τις πρακτικές υγιεινής, που εφαρμόζουν καθώς και οι γνώσεις τους για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Στην τέταρτη ενότητα διερευνώνται τα προσωπικά τους βιώματα, με αναφορικό σημείο τις εμπειρίες από το ιατρικό σύστημα. Καταγράφονται οι αντιλήψεις τους για το θεσμό του γιατρού. Επιπλέον, παρουσιάζονται οι απόψεις τους για τους παράγοντες που συμμετέχουν στην αποχή από την εξέταση και τους προληπτικούς ελέγχους.

Στην πέμπτη ενότητα γίνεται αναφορά στα αποτελέσματα που αφορούν στους εξωτερικούς παράγοντες, που διαμορφώνουν τις αντικειμενικές συνθήκες πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών πρόληψης και της υγείας, έτσι όπως καταγράφονται από τις αφηγήσεις των γυναικών. Παρουσιάζονται οι θέσεις για την επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και των συνθηκών διαβίωσης αλλά και του

προσλαμβανόμενου ρόλου της καταστροφής του περιβάλλοντος. Ταυτόχρονα εξετάζεται και το ζήτημα των έμφυλων σχέσεων και της θέσης της γυναίκας στην οικογένεια.

Η έκτη ενότητα αφορά στις αντιλήψεις για την εμβολιαστική πολιτική, που προτείνεται γενικά και ειδικά για τα εμβόλια κατά του ιού του HPV. Διερευνάται η στάση, που υιοθετούν οι ίδιες σαν φορείς παρότρυνσης και ενθάρρυνσης υιοθέτησης θετικών συμπεριφορών υγείας μέσα στην οικογένειά τους. Και τέλος παρουσιάζονται οι απόψεις για τον βαθμό εμπιστοσύνης που φέρουν για το σύστημα υγείας, εν γένει.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τον απολογισμό και την παράθεση των συμπερασμάτων και των προτάσεων για μια ενιαία πολιτική υγείας και πρόληψης.

Θεωρητικό πλαίσιο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
- ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ
- Η ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
- Η ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η σχηματοποίηση των πεποιθήσεων σε θέματα υγείας και πρόληψης διαμορφώνεται διαχρονικά: για να γίνει κατανοητή η πορεία της, αφητηρία δίδεται από την ιστορική και διαπολιτισμική αναδρομή στις αντιλήψεις για την υγεία, η οποία ακολουθείται από την περιγραφή των βασικών θεωρητικών πλαισίων της κοινωνιολογικής προσέγγισης του ζητήματος της υγείας.

Στο παρόν κεφάλαιο, σκιαγραφείται η ιστορία του σχηματισμού των αντιλήψεων για την υγεία και την αρρώστια μέσα από την ιστορική διαδρομή ανά τους αιώνες, με στόχο να αναδειχθεί η βασική πορεία τους. Η ιστορία των πολιτισμικών δομών ακολουθείται από την ανάλογη προσέγγιση του ζητήματος της υγείας. Αποτελεί σύστημα αναφοράς στην πολιτισμική και πολιτική διάσταση των κοινωνιών.

Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας, που αναπτύχθηκε στα πλαίσια της ορθολογικής διαχείρισης της υγείας και της αρρώστιας, σήμερα βρίσκεται υπό αμφισβήτηση, χωρίς ωστόσο να πάψει να εξελίσσεται και να υποστηρίζεται από μια σημαντική μερίδα του ιατρικού, κυρίως, κόσμου. Η κοινωνιολογία της υγείας και της αρρώστιας προσδιορίζει τις νέες διαστάσεις στην αντίληψη για την υγεία, μέσα από κριτικές θεωρήσεις. Η προβληματική του δυισμού, βρίσκει απαντήσεις στην κοινωνιολογία του σώματος και στις σύγχρονες προσεγγίσεις του. Η σύγχρονη αντίληψη για την υγεία, έτσι όπως εκφράζεται από υπερεθνικούς οργανισμούς όπως ο Π.Ο.Υ., φέρεται να επαναπροσδιορίζεται μέσα από το ενδιαφέρον για την ολιστική αντίληψη της υγείας.

Η καταγραφή των κυριοτέρων στοχαστικών ρευμάτων για την υγεία και την αρρώστια που επηρέασαν τη σύγχρονη αντίληψη για την υγεία, έγινε πρωτίστως με σκοπό την παράθεση των θεωριών που φέρονται να έχουν επίδραση στην επιστημονική σκέψη. Κατά δεύτερον, αναδεικνύεται ο ρόλος της θεωρητικής προσέγγισης στην έμπρακτη εφαρμογή παρεμβάσεων για την υγεία. Τρίτον, η κοινωνιολογική άποψη, στην οποία εστιάζει η παρούσα μελέτη έχει σημαντική επίδραση στην σχηματοποίηση των σύγχρονων αντιλήψεων για την υγεία καθώς διερευνά τους κοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην έννοια της υγείας και της αρρώστιας. Η αντίληψη των κοινωνικών διαστάσεων στην πρόσληψη της υγείας φέρεται να ενυπάρχει στις αφηγήσεις των υποκειμένων της παρούσας έρευνας. Ταυτόχρονα, οι διάφορες επιστημονικές θεωρήσεις που έχουν καταγραφεί κατά καιρούς, σχηματοποιούν αυτές τις αντιλήψεις. Πρόκειται, δηλαδή για μια συνεχή διαδραστική σχέση μεταξύ της θεωρητικής επιστημονικής παρατήρησης και της

εμπειρικής ενσωμάτωσης και κατασκευής της πραγματικότητας και των αναπαραστάσεων των υποκειμένων σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια.

Τέταρτον, ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι αντιλήψεις που καταγράφονται για το γυναικείο σώμα και πώς η συγκεκριμένη εξέταση του Τεστ Παπ προσλαμβάνεται με βάση αυτές τις αντιλήψεις. Τοιουτοτρόπως η αναφορική προσέγγιση στις κοινωνιολογικές θεωρήσεις του σώματος ή της σωματοποίησης, εξυπηρετεί την θεωρητική παράθεση των προσκειμένων θεωρητικών βάσεων σε σχέση με την εμπειρική διερεύνηση των στάσεων και των θέσεων των υποκειμένων της έρευνας, που παρουσιάζεται σε τούτη την εργασία.

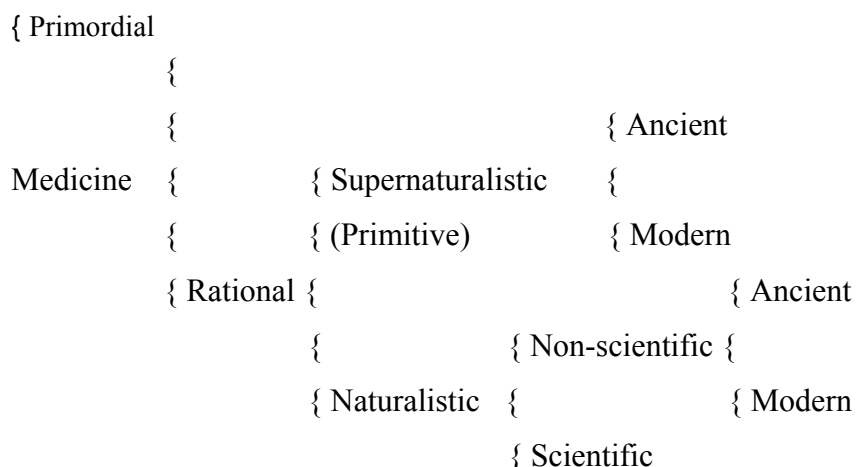
1.1. Ιστορικές διαστάσεις της πρόσληψης της αντίληψης για την υγεία - Τα μοντέλα υγείας

Ο προβληματισμός για την υγεία και την αρρώστια, συμπορεύεται της ιστορίας του ανθρώπου. Στην ουσία αυτό που αναζητά ο άνθρωπος είναι να κατανοήσει και να ελέγξει το περιβάλλον του, φυσικό και κοινωνικό. Να ανακαλύψει τα μυστικά της μακροζωίας και να αποφύγει τον θάνατο. Η καλή φυσική κατάσταση, η ευημερία και η υγεία αποτελούν διαχρονικά βασικά ζητούμενα. Ο μηχανισμός που αναπτύχθηκε στα πλαίσια αυτής της αναζήτησης ορίστηκε μέσα από την ιατρική, σαν αναφορικό σύστημα.

Ο A.Kleinman, ορίζει τρεις σφαίρες ιατρικών συστημάτων οι οποίες εμπλέκονται και αλληλεπιδρούν: α) την λαϊκή ιατρική, τα γιατροσόφια, τις γνώσεις και τις πρακτικές του ευρύτερου μη-εξειδικευμένου πληθυσμού, β) την παραδοσιακή ιατρική των ιθαγενών (την οποία ασκούν οι σαμάνοι, οι curanderos, οι «μάγοι-θεραπευτές», οι χαρισματικοί θεραπευτές), γ) την βιοϊατρική, την ιατρική που παράγεται στον δυτικό κόσμο (Τράκα 2009 : 6-9).

Ιστορικά, η διαδρομή της σχηματοποίησης των αντιλήψεων για την υγεία και την αρρώστια, συνάδει με τον πορεία εξέλιξης της ιατρικής. Ο ιστορικός διαχωρισμός της ιατρικής αντιστοιχεί σε πέντε περιόδους: τη μεταφυσική-μαγική περίοδο, τη μεταφυσική-θρησκευτική, τη πρόιμη-νατουραλιστική, τη μηχανιστική-θετικιστική και την σύγχρονη-ολιστική περίοδο (Τούντας 2000 : 16).

Διαχωρισμός των χρονικών περιόδων της ιατρικής



Πηγή: Prioreschi Plinio, 1999, *A history of Medicine, Vol. 1 Primitive and Ancient Medicine*, pp 5.

Παρακάτω, παρατίθεται ένας συμβολικός διαχωρισμός της ιστορίας. Είναι γνωστό ότι η Ευρώπη γνωρίζει τρεις φάσεις στην ιστορία του πολιτισμού της: την Αρχαιότητα, το Μεσαίωνα και τη Νεωτερικότητα. Η πρώτη χρονολογείται από τον 5ο π.Χ. μέχρι τον 5ο μ.Χ. αιώνα, η δεύτερη από τον 5ο μέχρι το 15ο αιώνα, και η τρίτη φάση τοποθετείται από την Αναγέννηση του 15ου αιώνα μέχρι σήμερα.

1.1.1. Πεποιθήσεις και αντιλήψεις για την υγεία στην προϊστορία και στην αρχαιότητα- μια διαπολιτισμική διαδρομή

Η μεταφυσική αντίληψη αποτελεί τον κανόνα στις πρωτόγονες κοινωνίες. Στις πρωτόγονες κοινωνίες τα στοιχεία της φύσης, οι ψυχές των νεκρών, τα άψυχα αντικείμενα θεωρούνταν πηγές υγείας και αιτίες πρόκλησης ασθένειας. Δαίμονες, θεοί, πνεύματα και μαγικές δυνάμεις κυριαρχούν στην ζωή των ανθρώπων. Η παρατήρηση της περιοδικότητας των φυσικών φαινομένων και η κατάκτηση συναφών γνώσεων, καθιέρωσε την εξουσία των μάγων στην άσκηση της θεραπευτικής τέχνης σε αυτές τις κοινωνίες (Prioreschi 1999 : 9). Η μεταγενέστερη επεξήγηση των φυσικών φαινομένων και η επικράτηση των λογικών θεωρήσεων, έθεσε τις βάσεις για την φυσιοκρατική αντίληψη που οδήγησε στο σύγχρονο

επιστημονικό ιατρικό λόγο. Όμως, συχνά παρατηρείται η ιστορική συνύπαρξη της με αυτήν των μεταφυσικών αντιλήψεων.

Οι αρχαίοι Έλληνες μέσα από τον ορισμό που προσέδωσαν στο πολιτισμό για τον προσδιορισμό της κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής οργάνωσης, έδωσαν το στίγμα του εννοιολογικού πλαισίου. Κάθε πολιτισμός προσδιορίζει και προσδιορίζεται από θεωρητικά συστήματα αναφοράς, με ανάλογες θεωρήσεις για την υγεία. Οι μεγαλύτεροι γνωστοί πολιτισμοί αναπτύσσονται στις κοιλάδες που περιβάλλουν τα μεγάλα ποτάμια του τότε γνωστού κόσμου, Τίγρη και Ευφράτη στη Μεσοποταμία, Νείλο στην Αίγυπτο, Ινδό ποταμό στην Ινδία και Κίτρινο ποταμό στην Κίνα, μεταξύ 3500-1500 π.Χ. (Magner 1992 : 17-25).

Στη Μεσοποταμία, τα αρχαιολογικά ευρήματα μας παραπέμπουν σε μια σύνθετη μεταφυσική θεώρηση της ασθένειας και της θεραπείας της. Συνυπάρχουν οι ιατροί (physicians) και οι θεραπευτές (healers), ως ξεχωριστές οντότητες. Οι θεραπευτές κατείχαν τον απαραίτητο εξοπλισμό για την εξάσκηση ιατρικών πράξεων. Ενώ οι ιατροί ανακάλυπταν τα συμπτώματα της αρρώστιας ακούγοντας μόνο τον ασθενή, χωρίς την φυσική εξέταση του. Σε αντίθεση, ο θεραπευτής ιερέας (priest-healer) εξέταζε, παρατηρούσε τα συμπτώματα και τους οιωνούς, και αποφαινόταν για την κατάληξη της νόσου. Η δαιμονοποίηση της ασθένειας επέβαλλε την πνευματική και σωματική κάθαρση και την καταφυγή σε θεραπευτές μάγους για αναζήτηση θεραπείας.

Αρχαίοι Έλληνες συγγραφείς, όπως ο Όμηρος και ο Ηρόδοτος, εξυμνούσαν τους Αιγύπτιους ιατρούς για τη σοφία και τις ικανότητες τους. Παράλληλα δε αναγνώριζαν την Αίγυπτο ως «την μητέρα των ασθενειών». Τα αρχαία αιγυπτιακά ευρήματα, όπως οι σκελετοί, τα κείμενα και πάνω από όλα οι αιγυπτιακές μούμιες, αποτελούν ντοκουμέντα για τις ασθένειες στον αρχαίο κόσμο.

Οι Αιγύπτιοι πίστευαν στην μεταθανάτια ζωή. Η επιτυχής μετάβαση στην μεταθανάτια ζωή βρισκόταν σε συνάφεια με την καλή διατήρηση του σώματος. Με αυτό τον τρόπο τελειοποίησαν την μουμιοποίηση. Η ταυτόχρονη ανάπτυξη των εξειδικευμένων γνώσεων της ιατρικής τέχνης και η παρουσία ειδικευμένων ιατρών θεραπευτών -για κάθε όργανο του ανθρωπίνου σώματος- συνυπάρχει με την προστασία από κάποια θεότητα. Σύμφωνα με την θεώρηση των Αιγυπτίων οι άνθρωποι γεννιούνταν υγείς, και εξ αιτίας κάποιας έμφυτης προδιάθεσης μπορούσαν να οδηγηθούν σε διαταραχές από εντερική σήψη, από ορατές και μη, μυστηριώδεις εξωτερικές οντότητες καθώς και από έντονα συναισθήματα, όπως η

λύπη και η νοσταλγία. Το σώμα επίσης ήταν ευάλωτο σε «αέρηδες» που συνδεόταν με τις καιρικές συνθήκες και με δηλητηριώδεις ανάσες, ανακατεμένες με μαγεία. Η θεραπεία απαιτούσε την έξοδο από το σώμα των νοσηρών παραγόντων με κάθαρση ή εξορκισμό (Magner 1992 : 25-36).

Η εκστρατεία του Μεγάλου Αλεξάνδρου (356-323 π.Χ) στις Ινδίες, (παρέμεινε εκεί μόνο για δύο χρόνια) επέφερε πολιτισμικές ανταλλαγές μεταξύ του ελληνόφωνου κόσμου και του πληθυσμού των Ινδιών. Επί της βασιλείας του Asoka (273- 232 π.Χ.), εγκαθιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία για τους φτωχούς, όπου παρέχονται τροφή, φιλοξενία και νοσηλεία. Παρά το γεγονός ότι ο Βουδισμός και η ινδική ιατρική είχαν μεγάλη απήχηση και στις γείτονες χώρες, η Αγιουβέρδα (Ayurveda) είναι αυτή που σχετίζεται περισσότερο με την ινδουιστική θρησκεία. Η τελευταία τονίζει ότι το ανθρώπινο σώμα βρίσκεται σε έναν αέναο κύκλο επανενσάρκωσης, σε υψηλότερη ή χαμηλότερη βαθμίδα στο πολύπλοκο σύστημα της κάστας. Όπως αναλύουν οι Βραχμάνοι ιερείς το σύστημα των καστών στην Ινδία αντανακλά την τάξη στη φύση, όπως μεταφέρεται από τον ύμνο της δημιουργίας, το Rigveda. Η Αγιουβέρδα αποτελεί ένα σύστημα παραδοσιακής ινδικής ιατρικής ευρέως διαδεδομένης (έως και σήμερα) γνωστής ως «η επιστήμη της ζωής». Ο πρωταρχικός στόχος της είναι η διατήρηση της υγείας παρά η θεραπεία της ασθένειας (Magner 1992 : 36- 40). Η Βραχμανική ιατρική βασίζεται στη θεωρία των χυμών, αναγνωρίζοντας την ύπαρξη πέντε βασικών αρχών (γη, νερό, φωτιά, αέρας, ουρανός) δύο ποιότητων (θερμό, ψυχρό), τριών υγρών (χολής, φλέγματος, «αέρος»), έξι σωματικών στοιχείων (χυλός, αίμα, σάρκα, οστά, μεδούλι, σπέρμα) καθώς και την επονομαζόμενη ζωτική δύναμη. Η ισορροπία των υγρών που επηρεάζεται από άλλους παράγοντες, αποτελεί την πεμπτουσία της υγείας (Τούντας 2000 : 18).

Η αρχαία κινέζικη ιατρική απέχει και αυτή από την δυτική θεώρηση της ανατομίας και της φυσιολογίας του σώματος και εν γένει της αντίληψης για την υγεία. Οι δυτικοί ανατόμοι μελετούν το σώμα σαν να έχουν να κάνουν με τμήματα και κομμάτια, που ανήκουν σε μηχανή. Η αντίληψη της ανατομίας από τους Κινέζους, αναφέρεται κυρίως στην λειτουργία (function) παρά στην κατασκευή (structure) και σε «λειτουργικά συστήματα» παρά σε όργανα (Magner 1992 : 40-45). Ο άνθρωπος αποτελεί μικρογραφία του σύμπαντος και υπόκειται στους νόμους του Τάο -που σημαίνει τρόπος, οδός- και που προκύπτει από την αλληλεπίδραση δύο ενεργειακών αρχών, του γιν (θηλυκό-αρνητικό) και του γιανγκ (αρσενικό-θετικό) (Τούντας 2000 : 18). Η θεωρία του γιν και το γιανγκ (yin yang), ο παραλληλισμός

μακρόκοσμου - μικρόκοσμου και οι πέντε φάσεις (γη, φωτιά , ξύλο, μέταλλο, νερό) (wu xing) συνδέονται στενά με τα πέντε βασικά όργανα (καρδιά, ήπαρ, σπλήνα, πνεύμονες, νεφρά) και τα πέντε κοίλα όργανα (hollow organs) (ουροδόχος κύστη, στομάχι, χοληδόχος κύστη, παχύ έντερο, λεπτό έντερο) (Kleinman 2004 : 17). Τοποθετημένα βαθιά μέσα στο σώμα, τα βασικά όργανα ταξινομούνται ως γιν και λειτουργούν ως δεξαμενές, αποθήκες. Τα κοίλα όργανα, τοποθετημένα προς το εξωτερικό του σώματος ταξινομούνται ως γιανγκ και λειτουργικά συνδέονται με την εξάλειψη και την αποβολή (Magner 1992 : 46-53). Οι ασθενείς ανησυχούσαν περισσότερο για τους δαίμονες και τα πνεύματα. Για τον λόγο αυτό, άνθισαν παράλληλα η παραδοσιακή λαϊκή ιατρική με την κλασική επιστήμη. Ταυτόχρονα άνθισαν και οι τεχνικές που συνδύαζαν και τα δύο, όπως ο βελονισμός, η χρήση της βοτανολογίας, μοχα και άλλες πρακτικές για ευεξία.

Στον αρχαίο ελληνικό πολιτισμό, οι πρώτες καταγραφές προσεγγίζουν την υγεία ολιστικά. Η έννοια του ολισμού, όπως αναφέρει ο Lipowski, προέρχεται από τη ελληνική λέξη «όλο» ή «σύνολο» (Lipowski 1985 : 133-135). Τίθενται τα θεμέλια της δυτικής αντίληψης για την υγεία και την ασθένεια. Ορίζεται η πολυπαραγοντική διάσταση της υγείας. Ο προσδιορισμός της σωματικής και ψυχικής διάστασης της ανθρώπινης ύπαρξης, αποτελεί φιλοσοφικό προβληματισμό.

Η έμφαση στην αγωγή και προαγωγή της υγείας αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα από τους Πυθαγόρειους, ακόμη. Οριοθετείται η ύπαρξη αρμονίας και ισορροπίας ως σκοπός της ζωής και πεμπτουσία της υγείας. Συναφής ανθρωπιστική προσέγγιση απαντάται και στην Σωκρατική θεώρηση (466-399 π.Χ.), κατά την οποία η ψυχή περιγράφηκε σαν αβοήθητη, φυλακισμένη και αλυσοδεμένη με χέρια και με πόδια στο σώμα.

Ο Πλάτωνας (427-348 π.Χ.), ακολουθώντας τη σκέψη του Σωκράτη, θεωρεί το σώμα σαν το τάφο της ψυχής, μια σκοτεινή σπηλιά και πιστεύει πως όχι μόνο σώμα και ψυχή είναι διαχωρισμένα αλλά αντίθετα και άνισα (Αρώνη 2008 : 11).

Ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.), αν και μαθητής του Πλάτωνα, αρνήθηκε εν μέρει το δυϊσμό ψυχής και σώματος του δασκάλου του. Για τον Αριστοτέλη η σχέση του σώματος με τη ψυχή είναι η ίδια με τη σχέση της ύλης με τη μορφή. Η ψυχή και το σώμα γεννιούνται και αναπτύσσονται μαζί. Η ψυχή δεν μπορεί να ζήσει και να ενεργήσει χωρίς το σώμα. Το ίδιο ισχύει και για το σώμα (Αρώνη 2008 : 13) (Εικόνα 1).



Εικόνα 1 : Ο Αριστοτέλης στα Πολιτικά, διακρίνει δύο διαστάσεις στην ανθρώπινη υπόσταση, τη ζωή και το βίο, έννοιες που, μαζί με την πόλη, καθιστούν φανερή και την πολιτική διάσταση της νόσου. Εδώ πιθανόν ο Αριστοτέλης, ως δάσκαλος, κατά τη διάρκεια μαθήματος ανατομίας. Τοιχογραφία του 4ου αι., Κατακόμβη Λατίνης οδού. Πηγή: Αν. Καρακασίδου, 2007, *Αρχαιολογία και τέχνες* τχ.105, σελ. 56.

Κατά την Μετά-αριστοτελική περίοδο της ελληνικής φιλοσοφίας ο Επίκουρος (341-270 π.Χ), ιδρυτής της σχολής του Επικουρισμού, είχε εύγλωττα θέσει ότι θεωρούμε την απόλαυση το άλφα και το ωμέγα μιας ευλογημένης ζωής, τονίζοντας ότι οι πνευματικές απολαύσεις είναι ανώτερες από τις σωματικές. Συνδύασε μια υλιστική αντίληψη, που ήταν εμπνευσμένη από το Δημόκριτο και την ατομική φυσική και μια ηδονιστική ηθική με άξονα την αναζήτηση των φυσικών και αναγκαίων ηδονών με τελικό στόχο την αταραξία της ψυχής. Με τον όρο ηδονή οι Επικούριοι εννοούσαν αυτή που συνοδεύει την απουσία πόθου, πόνου, την σωματική υγεία και την ψυχική ηρεμία.

Ο Στωϊκισμός, με ιδρυτή το Ζήνωνα (335-263 π.Χ), διακήρυττε πως η ευδαιμονία βρίσκεται στην προσπάθεια να φτάσει κανείς στην αρετή. Κατά τους Στωϊκούς, η αρετή συνίσταται στο να ζει κανείς «σύμφωνα με τη φύση», δηλαδή σύμφωνα με τη λογική και να απέχει από τα πάθη (Αρώνη 2008 : 14).

Η λέξη *υγεία* σημαίνει την κατάσταση πληρότητας και υγιές είναι το ισορροπημένο, το σύμφωνο με την γενική τάξη. Η αρχαία ελληνική λέξη *υγεία* < ελνστ. ύγεια, αρχ. ύγεια> αναφερόταν στη φυσιολογική κατάσταση του ανθρώπινου (ή γενικά του ζώντος) οργανισμού και γίνεται αναφορά σε κείμενα ήδη τον 6ο π.Χ. στον Ηράκλειτο (Μπαμπινιώτης 2009 : 1822). Στην κλασική αρχαιότητα η υγεία είχε μεγάλη αξία και αποτελούσε αρετή για τους αριστοκράτες - για αυτό η αρρώστια

θεωρούνταν κακό και η αναπηρία στιγματιζόταν. Η υγεία συνίστατο από την αρμονία της «κράσης» των στοιχείων που συνθέτουν το σώμα, και με την αντίληψη αυτή συνδέονται οι όροι «ιδιοσυγκρασία» και το «νους υγιής εν σώματι υγιεί» (Δημητρίου 2001: 307).

Η αφετηρία της επιστημονικής παράδοσης της δυτικής ιατρικής αντίληψης, αποτυπώνεται κυρίως στο έργο του Ιπποκράτη (460-370 π.Χ.). Τα κλασσικά έργα του «Περί αέρων, τόπων, και υδάτων», «Περί ιερής νόσου», «Προγνωστικόν», και «Επιδημίες I και II», που γράφτηκαν στα τέλη του 5ου αιώνα π.Χ., αντιπροσωπεύουν τις αντιλήψεις της εποχής του για την υγεία και την νόσο. Το περιεχόμενο του έργου του υπήρξε ουμανιστικό, φιλοσοφικό, ιατρικό και βιολογικό (Υφαντόπουλος 2006 : 34). Η υγεία καθορίζεται αφενός με βάση την ισορροπία ανάμεσα στις δυνάμεις του περιβάλλοντος, αέρας, θερμοκρασία, νερό, έδαφος, τροφή και αφετέρου με την ατομική συμπεριφορά όπως διατροφικές συνήθειες, ποτό, σεξουαλικές δραστηριότητες αλλά και εργασία και ψυχαγωγία και φυσική άσκηση (Τζίβας 2010 : 100-102). Από την «εξωτερική» ισορροπία ανάμεσα στον άνθρωπο και στο περιβάλλον εξαρτάται η «εσωτερική» ισορροπία των τεσσάρων «χυμών» του ανθρώπινου σώματος: του αίματος, του φλέγματος, της μαύρης χολής και της κίτρινης χολής. Το σώμα εν ολίγοις, αποτελεί ένα σύστημα εισαγωγής και εξαγωγής, το οποίο ενώνεται με το φυσικό περιβάλλον και το οποίο βρίσκεται σε μία συνεχή ρευστότητα και προσαρμογή. Στην διαμόρφωση της αρμονίας, καθοριστικό ρόλο παίζουν οι κοινωνικές συνθήκες. Ο Ιπποκράτης αναφέρεται συχνά και στην υγεία της «πόλεως». Οι αναφορές αυτές δηλώνουν το σαφή κοινωνικό και περιβαλλοντικό προβληματισμό της ιπποκράτειας σκέψης (Τούντας 2000 : 17). Η συμβολή του έγκειται στο γεγονός ότι έδωσε επιστημονική χροιά στη μέχρι τότε διαμορφωμένη ιατρική, απέρριψε τις υπερφυσικές αιτιολογήσεις και αποδέσμευσε την ιατρική από το χώρο της θρησκείας. Επίσης, καθιέρωσε τη συστηματοποίηση και την ταξινόμηση των στοιχείων περί ασθενειών και οδήγησε στην επιστημονική μεθοδολογία (Αλεξιάς 2000 : 51). Τόνισε, ταυτόχρονα τη διάσταση της προαγωγής της υγείας αλλά και την ιατρική ως συνείδηση της κοινωνίας.

Στη Ρωμαϊκή εποχή, σημαντική καταγραφή παρέχεται από την βιταλιστική θεώρηση του Γαληνού(130-201 π.Χ.), που άφησε το περιθώριο για μια ενιαία ψυχική και σωματική αντιμετώπιση των ασθενειών. Είναι γνωστές οι πραγματείες του «Περί φυσικών δυνάμεων» και «Περί χροιάς μορίων» στις οποίες περιγράφει ένα θεωρητικό σύστημα φυσιολογίας. Η ανάλυση επικεντρώνεται στην κυκλοφορία του

αίματος. Οι θεραπευτικές ουσίες μεταφέρονται από το έντερο στο ήπαρ, όπου τα «πνεύματα» τις μετατρέπουν σε αίμα. Η θεώρηση τούτη παρέμεινε κυρίαρχη έως τον 17ο αιώνα. Επηρεασμένος βαθιά από την ιπποκράτεια αντίληψη σε συνδυασμό με την αναλυτική του μεθοδολογία, οδηγήθηκε στη δημιουργία του επονομαζόμενου, αρχικά γαληνικού ιπποκρατισμού και εν συνεχεία του νεο-ιπποκρατισμού. Επίσης εισήγαγε τα βότανα ως μίγματα και για αυτό θεωρείται και ο πρώτος πολύ-φαρμακοποιός (Αλεξιάς 2000 : 54). Η επικράτηση του γαληνισμού συνεχίστηκε στο έργο διασήμων Βυζαντινών ιατρών, όπως καταμαρτυρούν τα κείμενα του Μεγάλου Βασιλείου τον 4ο αιώνα, κ.ά. Ωστόσο ο δογματισμός της χριστιανικής Εκκλησίας και η θεοκρατία στάθηκαν εμπόδιο στην περαιτέρω εξέλιξη της γαληνικής ιατρικής. Παρ' όλα αυτά τον 9ο αιώνα το έργο του Γαληνού μεταφράστηκε στα αραβικά και διαδόθηκε στον Ισλαμικό και Ινδουιστικό κόσμο (Τούντας 2000 : 19) (Εικόνα 2) .



Εικόνα 2: Οι γεννήτορες της ιατρικής και της φαρμακολογίας : Ασκληπιός, Ιπποκράτης, Αβικέννας, Ραζής, Αριστοτέλης, Γαληνός, Μάσερ, Αλβέρτος ο Μέγας, Διοσκουρίδης, Μεσουέ, Σεραπίων. Χειρόγραφο του Γιοχάνε Καντεμόστο, 15ος αι. Πηγή: Ν.Ντάκα, 2007, *Αρχαιολογία και τέχνες τχ.105*, σελ. 6.

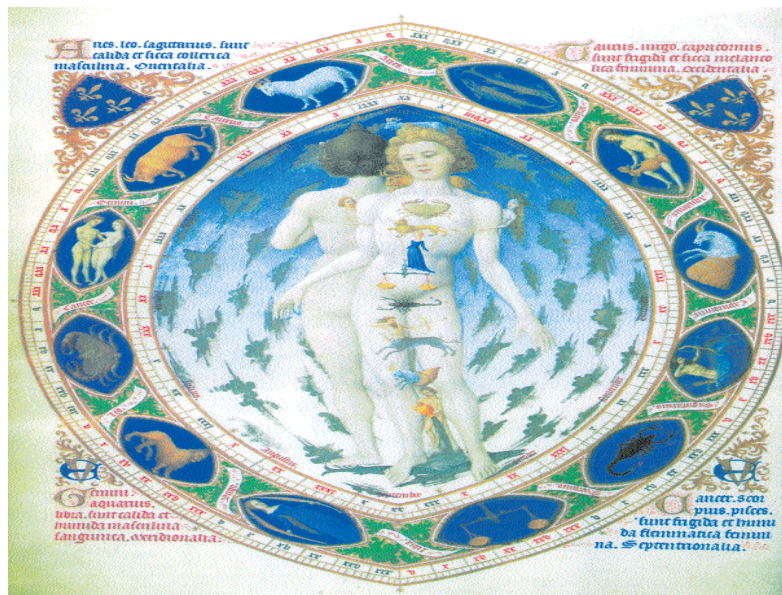
1.1.2. Οι αντιλήψεις για την υγεία στα σκοτεινά χρόνια του

Μεσαίωνα

Στο σκοτεινό Μεσαίωνα της Δύσης τα ψυχικά και τα σωματικά φαινόμενα έμειναν αδιαχώριστα μέσα στον αποκρυφισμό και την αλχημεία, ακόμη και από τους πρωτοπόρους της εποχής, που μέσα από την αστρολογία αναζητούσαν την ενότητα

του ανθρώπου με το σύμπαν (Εικόνα 3). Η επικράτηση του Χριστιανισμού και της Θεοκρατίας, σηματοδοτούν γενικευμένη αλλαγή αντιλήψεων.

Η Εκκλησία το Μεσαίωνα στράφηκε κατά των επιστημονικών κατακτήσεων της Κλασικής περιόδου. Η υγεία του σώματος πλέον αποτελεί επιστέγασμα του ενάρετου βίου και του ασκητισμού. Η θεραπεία είναι αποτέλεσμα θαύματος και ο θάνατος οδηγεί στην λύτρωση. Ουσιαστικά η ιατρική περνά στα χέρια της εκκλησίας και το δίπτυχο αρρώστια-ασθένεια αντικαθίσταται από το δίπτυχο αμαρτία-μετάνοια (Αλεξιάς 2000 : 57). Ο χριστιανισμός θεωρεί ότι ο κόσμος είναι γεμάτος αμαρτίες, άρα γεμάτος αρρώστιας, για αυτό απευθύνεται στους πάσχοντες αντί των υγιών. Η αρρώστια δεν είναι στίγμα, αλλά κάθαρση και χάρη. Το «πάσχειν» γίνεται ηδονή και η φροντίδα του αρρώστου γίνεται χρέος της Εκκλησίας, η οποία πρώτη θεσπίζει την πρόνοια και τα νοσηλευτήρια (Δημητρίου 2001 : 307). Τότε ακόμη η φροντίδα (ιατρική και μη) αποτελούσε κλάδο της εκκλησιαστικής αγαθοεργίας. Η κατάσταση αυτή διατηρήθηκε και μετά τον Μεσαίωνα. Τα νοσοκομειακά ιδρύματα, άσυλα προορίζονταν για την στοιχειώδη ανακούφιση των φτωχών, αναπήρων, τρελών, γερόντων και άλλων ευπαθών ομάδων. Με την εγκαθίδρυση των αστικών κρατών, το κράτος έγινε φορέας ευθύνης της ιατρικής φροντίδας.



Εικόνα 3: Απεικόνιση του ανθρώπου, με τα σύμβολα των πλανητών να αντιστοιχούν στα ανατομικά του όργανα. Τέτοιου είδους παραστάσεις, συνηθισμένες κυρίως μέχρι τον 13ο αιώνα, αντανακλούσαν την πεποίθηση ότι ο άνθρωπος και ο μικρόκοσμός του αποτελούν μέρος του σύμπαντος, ενώ μέχρι και πριν από τον 20ό αιώνα το ανθρώπινο σώμα θεωρούνταν ως ένα σύστημα εισαγωγής και εξαγωγής, που ενώνεται με το περιβάλλον του μέσω μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης. Μικρογραφία από χειρόγραφο του 15ου αι. Chantilly, Μουσείο Cond. Πηγή: Αν. Καρακασίδου, 2007, *Αρχαιολογία και τέχνες* τχ.105, σελ. 55.

1.1.3. Μια νέα διάσταση των αντιλήψεων αναδύεται στην

Αναγέννηση

Στην πρώιμη επιστημονική περίοδο, μετά τον τέλος του Μεσαίωνα, η απελευθέρωση της ιατρικής σκέψης και πρακτικής βρίσκει τα σύγχρονα θεμέλια της. Σημαντική αλλαγή παρατηρείται καθώς προωθείται η μελέτη της ανατομίας του ανθρώπινου σώματος απελευθερωμένη από τις δεισιδαιμονίες, το μυστικισμό και τη θεοκρατική αντίληψη. Ισάξιο, κατά πολλούς μελετητές, του έργου του Ιπποκράτη αποτελεί το έργο του βέλγου ανατόμου Andreas Vesalius (1514-1564) « *De Humanis Corporis Fabrica* », 1543. Η έμφαση στην δομή του ανθρώπινου σώματος, το καθιστά αντικείμενο εκλογικευμένου πραγματισμού με μηχανιστικούς όρους. Το ανθρώπινο σώμα κατοχυρώθηκε ως «μηχανή». Η υγεία ταυτίστηκε με την απουσία της αρρώστιας και η ιατρική θεωρήθηκε ο θεματοφύλακάς της (Τούντας 2000 : 23). Ταυτόχρονα εγκαθιδρύεται η επαγγελματοποίηση της ιατρικής επιστήμης.

Ο Γαλιλαίος (1564-1642) αρχικά και ακολούθως ο Καρτέσιος (1596-1650) ανέπτυξαν την μηχανιστική αντίληψη του ανθρώπινου οργανισμού. Σε αυτό συνέβαλε η ανακάλυψη, τον 17ο αιώνα από τον Άγγλο William Harvey (1578-1657), της κυκλοφορίας του αίματος στο σώμα, ο οποίος παρομοίασε την καρδιά με αντλία, αλλά και άλλων ανακαλύψεων, όπως του Marcello Malpighi (1628-1694), «πατέρα» της ιστολογίας (Τούντας 2000 : 21).

Το σώμα, όπως και κάθε μηχανή θα μπορούσε να διαλυθεί σε επιμέρους κομμάτια και να ξανασυναρμολογηθεί, εφόσον γινόταν κατανοητή η δομή και η λειτουργία του. Η καρτεσιανή αντίληψη του «*cogito ergo sum*» (σκέφτομαι, άρα υπάρχω) οδήγησε στο σκεπτικισμό και στο διαχωρισμό της έννοιας του σώματος και πνεύματος. Το καρτεσιανό περιγραφικό μοντέλο παράλληλα εμπεριέχει και μια έντονα κανονιστική ορθολογιστική διάσταση. Αποτελεί ταυτόχρονα οδηγό για τον τρόπο μελέτης και προσέγγισης της κοσμικής θεώρησης του φυσικού κόσμου. Επιπροσθέτως, παγίωσε στην ιατρική επιστήμη τη νέα άποψη, που αναιρούσε την ολιστική αντίληψη της ανθρώπινης ύπαρξης. Η εμποροκρατία του 17ου και ο Διαφωτισμός του 18ου αιώνα ενίσχυσαν τη μηχανιστική πρόσληψη του ανθρώπινου σώματος, κυρίως στις δυτικές κοινωνίες (Τούντας 2000 : 22).

Στη συνέχεια, μέσω των ιστορικών ζυμώσεων που ακολούθησαν, -η αστικοποίηση, η εκβιομηχάνιση, η Γαλλική Επανάσταση (1789) και η Αμερικανική Επανάσταση (1776) επέφεραν σημαντικές αλλαγές γκρεμίζοντας τα «αρχαία

καθεστῶτα»-, το ενδιαφέρον μετατοπίστηκε στη δημόσια υγεία. Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, κυρίως της εξαθλιωμένης εργατικής τάξης, απέβλεπε στη γενικότερη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με οικονομικούς όρους παραγωγικότητας. Ταυτόχρονη πρόκληση η αντιμετώπιση των επιδημιών. Οι επιδημίες ερμηνεύτηκαν σε κάθε εποχή με διαφορετικό τρόπο και σύμφωνα με το πολιτικό κλίμα της εποχής. Ωστόσο, η μεγάλη τομή είχε γίνει περίπου ενάμισο αιώνα πριν. Η Βιομηχανική Επανάσταση και η πίστη στην επιστήμη ευνόησαν την καταγραφή μιας πολύ σημαντικής παρατήρησης: ότι οι επιδημίες έβρισκαν γόνιμο έδαφος εξάπλωσης στις υποβαθμισμένες συνοικίες των αστικών κέντρων. Αναγνωρίστηκε ότι η φτώχεια και η ανισότητα, ήταν παράγοντες που επιδρούσαν στην υγεία του γενικού πληθυσμού. Ουσιαστικά πάνω σ' αυτό το κλίμα χτίστηκε η έννοια της δημόσιας υγείας.

1.1.4. Οι σύγχρονες αντιλήψεις και τα μοντέλα υγείας

Η σημερινή αντίληψη της υγείας, ενυπάρχει στη γέννηση της σύγχρονης ιατρικής, η οποία αναπτύχθηκε προς τα τέλη του 18ου, αρχές 19ου αιώνα. Βασίζεται στις μεγάλες κατακτήσεις της βιοϊατρικής και ειδικότερα της μικροβιολογίας με κορύφωση γύρω στα 1880, με την ανακάλυψη των βακτηρίων από του Pasteur (1822-1895) και Koch (1843-1910) και αργότερα με την ανακάλυψη φαρμάκων, όπως η πενικιλίνη. Τα γεγονότα αυτά οδήγησαν στην αποδοχή μιας μονοδιάστατης ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας, με βάση κυρίως τα ευρήματα της εργαστηριακής και κλινικής ιατρικής παρατήρησης με ταυτόχρονη θεσμοποίηση της. Η επικράτηση της ιατροκεντρικής αυτής αντίληψης διαμόρφωσε το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο της υγείας (Τούντας 2000 : 23).

Η βιοϊατρική διέτρεξε δύο μεγάλα στάδια: Ξεκίνησε τον 19ο αιώνα από την επιδημιολογία, που εξέταζε τις σχέσεις με το περιβάλλον και διερευνούσε τις συνθήκες διαβίωσης οι οποίες παρουσίαζαν αιτιολογική συσχέτιση με την υγεία: φτώχεια, ηλιασμός. Μετά τις επιτυχίες της βακτηριολογίας, αντικείμενο της γίνεται το μεμονωμένο άτομο, στο οποίο εσωτερικεύονται οι εξωτερικές επιδράσεις με τη μορφή λοιμώξεων, δυσλειτουργιών κτλ. (Δημητρίου 2001 : 308).

Το μοντέλο της βιοϊατρικής στηρίζεται σε πέντε βασικά δεδομένα:

α) Οτι το πνεύμα και το σώμα μπορεί να αντιμετωπιστούν ως ξεχωριστές οντότητες, αρχή γνωστή ως ο καρτεσιανός δυϊσμός της ιατρικής.

β) Το σώμα μπορεί να επισκευαστεί, εν είδει μηχανής.

γ) Η υπερεκτίμηση των ιατρικών τεχνολογικών πρακτικών οδηγεί στην αυξημένη αναγκαιότητα χρήσης τεχνολογικών μέσων.

δ) Η βιοϊατρική είναι αναγωγική (reductionist). Το ενδιαφέρον της επικεντρώνεται στην βιολογική προέλευση των ασθενειών αποκλείοντας τους κοινωνικούς, ψυχολογικούς νοσογόνους παράγοντες.

ε) Η «θεωρία των μικροοργανισμών» κατά τον 19ο αιώνα, όρισε ότι κάθε νόσος προκαλείται από κάποιο συγκεκριμένο και παρατηρήσιμο παθογόνο μικροοργανισμό. Η προσέγγιση αυτή είναι γνωστή ως δόγμα συγκεκριμένης αιτιολογίας (Nettleton 2002 : 23-24).

Ο 20ος αιώνας βίωσε μια μαζική αύξηση ενδιαφέροντος για την ανάπτυξη μιας συνδυαστικής ολιστικής προσέγγισης για την υγεία και την ασθένεια, εξαιτίας της προόδου της σύγχρονης ψυχιατρικής και της ψυχολογίας. Το πεδίο αυτής της σύνδεσης υπήρξε η ψυχοσωματική ιατρική, που έχει επίσης δεχθεί σημαντικές αλλαγές τα τελευταία χρόνια. Η τοποθέτηση της ψυχοσωματικής ιατρικής αναγνωρίζει τους κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες ως εμπλεκόμενους στην αιτιολογία, στην ανάπτυξη και στη διατήρηση αρκετών ασθενειών, όπως επίσης και στη θεραπεία τους. Ο μηχανισμός εκδήλωσης μιας νόσου προσδιορίζεται στην μεταβίβαση της ψυχολογικής έντασης από τον εγκέφαλο στο σώμα, μέσω του νευρικού και ορμονικού συστήματος. Προσδιορίστηκε με αυτό τον τρόπο η επίδραση του άγχους στο σώμα και η ψυχοσωματική εκδήλωση των διαταραχών (Δημητρίου 2001 : 310). Προήλθε από το ψυχαναλυτικό ρεύμα και από το έργο του Sigmund Freud (1856-1939), ο οποίος περιέγραψε σε λεπτομερείς μελέτες, σωματικά συμπτώματα τα οποία φαινομενικά προκλήθηκαν από ψυχολογικούς παράγοντες (όπως στις κλασικές μελέτες του στην υστερία μετατροπής). Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική του θεωρία, όταν κοινωνικά μη αποδεκτές και απαγορευμένες ενορμήσεις δεν μπορούν να εκφραστούν, απωθούνται και ψάχνουν να βρουν εναλλακτικές διόδους για τη διοχέτευσή τους (Λύκουρας 2009).

Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο, από φιλοσοφική άποψη, είναι ο τρόπος κατανόησης εμφάνισης μιας νόσου. Η εκδήλωση της οποίας προσλαμβάνεται ότι σχηματοποιείται από το κοινωνικό έως το μοριακό επίπεδο. Στο πρακτικό μέρος,

είναι τρόπος κατανόησης της υποκειμενικής εμπειρίας του ασθενούς ως ουσιαστικά παράγοντα, που συμβάλλει στην ακριβή διάγνωση, στην έκβαση και στην ανθρωπιστική φροντίδα. Το ψυχοβιολογικό πρότυπο του Adolf Meyer (1866-1950), όπως το περιέγραψε, δίνει έμφαση στο βιογραφικό και κοινωνικό πλαίσιο για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του ασθενούς. Κατά την διαδικασία της διάγνωσης ο γιατρός άπαξ και επικεντρωθεί σε μια τυποποιημένη διάγνωση, του δημιουργείται μια ψευδαίσθηση και παύει να ακούει τον ασθενή. Πίστευε ότι η ψυχική νόσος αποτελεί την άθροιση «νοσογόνων» αντιδράσεων του ασθενούς στο περιβάλλον του. Εστίασε σε εκείνες τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους που μπορούσε πρακτικά να επηρεάσει, προκειμένου να βελτιώσει την πρόγνωση του ασθενούς. Θεωρούσε τις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις ως «αντιδράσεις» (Borrell-Carrió, Suchman, Epstein 2004 : 576-582).

Ο ψυχίατρος G.Engel (1977) πρότεινε ένα βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο βασισμένο στη θεωρία των συστημάτων και στην ιεραρχική οργάνωση των οργανισμών. Ο Engel ισχυριζόταν ότι ο άνθρωπος είναι ταυτόχρονα βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό ον, που συμπεριφέρεται με δεδομένους τρόπους που προάγουν ή βλάπτουν την υγεία του. Οι παράγοντες που επιδρούν και συμβάλουν στην υγεία και τη νόσο είναι πολυάριθμοι, από κυτταρικούς έως κοινωνικούς. Μια διαταραχή σε οποιαδήποτε πτυχή της ανθρώπινης δραστηριότητας επηρεάζει όλες τις άλλες. Πίστευε πως, αν οι ιατροί κατανοήσουν τη φύση αυτών των αλληλεπιδράσεων, τότε θα παρέμβουν και με την εφαρμογή γνωσιακών, συμπεριφορικών και συναισθηματικών στρατηγικών. Κατ' αυτόν τον τρόπο, θα προάγουν τη θεραπεία του πάσχοντος, σε αντίθεση με τις περιοριστικές προσπάθειες αντιμετώπισης των νόσων (Λύκουρας 2009).

Παράλληλα με την ψυχοσωματική προσέγγιση εμφανίστηκαν και άλλες θεωρίες. Τέτοια είναι η ομοιοπαθητική, που εξετάζει τη χημική προδιάθεση του αρρώστου και την «ζωτική» δύναμη η οποία μεσολαβεί ανάμεσα στο σώμα και στη σκέψη. Εντούτοις, παραβλέπει τον κοινωνικό παράγοντα και υπάρχουν ενδείξεις ότι λειτουργεί σε αναλογία με το placebo (εικονικό φάρμακο), όπως αναφέρει ο Δημητρίου (Δημητρίου 2001 : 311).

Συνοπτικά, και με βάση τις θεωρητικές τοποθετήσεις, η προσέγγιση της υγείας και της αρρώστιας διαχρονικά, πραγματοποιείται μέσα από τρεις κατευθύνσεις:

- Τη βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Οι άνθρωποι είναι υγιείς μέχρι να παρουσιάσουν τα συμπτώματα.

- Την ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους, που του αναλογούν ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής και πως η συναισθηματική αντίληψη επιδρά στο σώμα.

- Την κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός, η κουλτούρα το οικονομικό επίπεδο, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η οικογένεια και το περιβάλλον, οι κοινωνικοί παράμετροι εξετάζονται ως βασικοί συντελεστές επίδρασης, στην κατάσταση της υγείας και της αρρώστιας.

1.1.5. Η μετάβαση από την ιατροκεντρική άποψη στην κοινωνιολογία της υγείας και της αρρώστιας

Η ιδιαιτερότητα του κάθε πολιτισμικού υποβάθρου και η διασύνδεση με την πρόσληψη της υγείας, είναι ξεχωριστή. Στις απαρχές, οι εξηγήσεις που δίνονταν από τη θρησκεία ή τη μαγεία, ήταν αρκετές για να πείσουν. Στη συνέχεια όμως, για να απαντήσει η ανθρωπότητα στις νέες προκλήσεις και αργότερα στις επιδημίες αναζητούσε πιο πραγματιστικές λύσεις και εξηγήσεις. Η ανθρωπότητα είχε περάσει σε άλλο επίπεδο της εξελικτικής της πορείας, όπου έπρεπε να αντιμετωπίσει νέα κοινωνικοπολιτικά διλήμματα. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε πρώτο επίπεδο, από την εξέλιξη της ιατρικής σκέψης. Η αυστηρότητα της διαχείρισης του συστήματος από την εγκαθίδρυση της ιατρικής αυθεντίας, οδήγησε στην απαξίωση της ανθρώπινης μονάδας προς την αναζήτηση του γενικού καλού. Όσο μεγαλώνει η ολοκληρωτική συλλογικότητα στη σκέψη για την υγεία τόσο εμβαθύνεται η εσωστρεφής προσέγγιση στον άνθρωπο και στο σώμα του. Ο άνθρωπος αποκομμένος από τον κοινωνικό του περίγυρο προσλαμβάνεται ως μονάδα σώματος, που αποτελείται από ξεχωριστά μέρη που μπορούν να διορθωθούν, να επισκευαστούν και να (ανα)κατασκευασθούν.

Το μοντέλο της βιοϊατρικής δεν παρέμεινε χωρίς σχολιασμό και κριτική. Σε αυτό συνέβαλε και η επιστημονικότητα της ψυχιατρικής, (που έθεσε ακόμη ένα

προβληματισμό, αυτόν της ψυχικής υγείας) και η αδυναμία επεξήγησης άλλων καταστάσεων ασθένειας, που δεν μπορούσε το βιοϊατρικό μοντέλο να ερμηνεύσει αλλά και η εξέλιξη της κοινωνιολογίας της υγείας σε αυτόνομο επιστημονικό πεδίο.

Η ανάπτυξη της κοινωνιολογίας της υγείας, ιδιαίτερα μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ως ανεξάρτητου επιστημονικού κλάδου είχε σημαντική επίδραση. Σε αυτό συνέβαλαν κοινωνικοοικονομικοί μετασχηματισμοί, επιδημιολογικοί παράγοντες και η ανάπτυξη, οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, στα πλαίσια κρατικής κοινωνικής πολιτικής με μειωμένους, ωστόσο, πόρους. Ταυτόχρονα οι δημογραφικές και επιδημιολογικές μεταβολές, παρουσίασαν ισχυρή μεταβολή στις πειστικές τάσεις λόγω της αυξανόμενης γήρανσης του πληθυσμού με ταυτόχρονη μείωση της γεννητικότητας, ως αποτέλεσμα του οικογενειακού προγραμματισμού και της εισόδου των γυναικών στην παραγωγική διαδικασία. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής επιστέγασε τα αποτελέσματα της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και των επιστημονικών ιατρικών ανακαλύψεων των εμβολίων και των αντιβιοτικών. Παράλληλα παρατηρήθηκε μεταβολή στο φάσμα των νοσημάτων, με επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων και των ψυχικών παθήσεων, που συνδέονται με την μεταστροφή στα συμπεριφορικά μοντέλα διαβίωσης και υγείας, από τους προγενέστερους χρόνους. Το κάπνισμα, η κατάχρηση του αλκοόλ, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, κ.ά. σχετίζονται επιδημιολογικά με την ραγδαία αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και την εμφάνιση του καρκίνου. Η παράλληλη οργάνωση των συστημάτων υγείας στα πλαίσια του κρατικού παρεμβατισμού με ταυτόχρονη είσοδο του τομέα υγείας στην ελεύθερη οικονομική αγορά ανάδειξε τον ρόλο των αντικρουόμενων συχνά συμφερόντων και ενδυνάμωσε παράλληλα τις κοινωνικές ανισότητες με άμεσες και έμμεσες επιδράσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και του ατόμου ειδικότερα σε μικρο-κλίμακα (Οικονόμου 2005 : 20-24).

Η ανάδυση της κοινωνιολογίας ως επιστήμης από τους στοχαστές του 19ου αιώνα σε μια προσπάθεια να δοθούν απαντήσεις σε επουσιώδη ερωτήματα για τη φύση του ανθρώπου, για την κοινωνία, τον κόσμο μέσα στον οποίο ζούμε, οδήγησε στην μελέτη της κοινωνικής αναπαραγωγής και των κοινωνικών μετασχηματισμών (Giddens 2009 : 56). Ειδικότερα, η κοινωνιολογία της υγείας και του σώματος επαναπροσδιόρισαν τον κοινωνικό χαρακτήρα στις έννοιες της υγείας και της αρρώστιας και επανέφεραν στο πεδίο του προβληματισμού για την υγεία και τον άνθρωπο σαν ολότητα.

1.2. Η κοινωνιολογία της υγείας και της αρρώστιας-

Η κοινωνιολογία του σώματος ή της σωματοποίησης

Η κοινωνιολογία της υγείας και της αρρώστιας αποτελεί μια νέα σχετικά, επιστημονική προσέγγιση. Αν και έχει κατηγορηθεί στο παρελθόν για έλλειψη ενός σαφούς θεωρητικού πλαισίου, εντούτοις η επίδραση της είναι ουσιαστική. Σταθμό στην πορεία της κοινωνιολογίας της υγείας και της αρρώστιας, αποτελεί η έκδοση το 1951 του βιβλίου του T.Parson, με τίτλο «*The social system*», που αποτέλεσε έναυσμα για τις πρώτες ουσιαστικές προσπάθειες θεωρητικού προσανατολισμού του νέου επιστημονικού πεδίου (Οικονόμου 2005 : 19). Παρά το γεγονός ότι η προσέγγιση του Parsons για τον ορισμό της ασθένειας με την εμπλοκή της ορθολογικής επιλογής μέσα σε ένα σύστημα κοινωνικής δράσης, ήταν μια ριζική απομάκρυνση από το ιατρικό μοντέλο στην δεκαετία του 1950, τώρα είναι κοινός τόπος η αναγνώριση ότι οι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες είναι κρίσιμοι στην παραγοντική αιτιολογία της αρρώστιας (Turner & Samson 1995 : 2).

Όπως αναφέρει ο Shilling (2003), για την εισαγωγή της έννοιας του σώματος στην κοινωνιολογία της υγείας κατά την δεκαετία του 1970, οι κοινωνικοπολιτικοί παράγοντες που συνέβαλαν πρωταρχικά, αφορούν στην αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων στη δυτική κοινωνία με τις ανάλογες οικονομικές επιπτώσεις και την αυξανόμενη δημογραφική τάση. Ως εκ τούτου, η προβληματική του σώματος τοποθετήθηκε εξ αντικειμένου, στο επίκεντρο. Επιπροσθέτως, οι τάσεις αυτές ακολουθούνται από μια σχετική ωρίμανση της κοινωνιολογίας, ως ανεξάρτητου επιστημονικού πεδίου. Παράλληλα, η μεταστροφή στο καπιταλιστικό σύστημα παραγωγής αποδεδειγμένα ενθαρρύνει το μοντέρνο άτομο να εργάζεται τόσο σκληρά στο να παράγει αγαθά και υπηρεσίες, όσο και στο να καταναλώνει. Το σώμα στην κοινωνία της κατανάλωσης έγινε κεντρικό ζήτημα. Ο τέταρτος παράγοντας, για την αύξηση του ενδιαφέροντος για το σώμα ασχολείται με την τάση που αναφέρεται στην αύξηση του δυναμικού στον έλεγχο των οργανισμών και του σώματος, που συνοδεύεται από μια κρίση της έννοιας τους. Όπως τονίζει ο Shilling (2003), ο Turner έχει παρατηρήσει επιπλέον ότι η διατροφή παίζει κεντρικό ρόλο στον εξορθολογισμό και στον έλεγχο του σώματος (Shilling 2003 : 31-32). Η S.Nettleton (2002) και ο Αγραφιώτης (2003), συνοψίζουν τη σειρά των παγκοσμίων κοινωνικο-

πολιτιστικών αλλαγών που συντελέσαν στην επικέντρωση του ενδιαφέροντος στην μελέτη του σώματος :

α) οι φεμινιστικές προσεγγίσεις και οι αναλύσεις στο πλαίσιο της έμφυλης κοινωνικής διαμάχης,

β) τα επιστημονικά και τεχνολογικά επιτεύγματα, που έχουν τοποθετήσει την ανθρώπινη αναπαραγωγή στο ιατρικό μικροσκόπιο, φωτίζοντας τα όρια μεταξύ του φυσικού και κοινωνικού σώματος,

γ) οι δημογραφικές αλλαγές και η εμφάνιση της τρίτης ηλικίας ή και της τέταρτης ηλικίας,

δ) το νεαρό γυμνό, θηλυκό, γυμνασμένο σώμα που χρησιμοποιείται από τα ΜΜΕ, δημιουργώντας εικόνες και πρότυπα στα πλαίσια της καταναλωτικής κοινωνίας,

ε) η επιδημία του AIDS, η οποία ανέδειξε τα όρια της ιατρικής προόδου μέσα από την δυσχερή διαπίστωση των θανάτων νεαρών ανθρώπων,

στ) η ανάδειξη ηθικών διλημμάτων και της βιοηθικής σε σύγχρονα ζητήματα που σχετίζονται με την γενετική και ευρύτερους προβληματισμούς για τη ζωή και το θάνατο ή την ευθανασία, μιας και η ιατρική παρέμβαση πλέον ανοίγει νέες προβληματικές για παρόμοια ζητήματα (Nettleton 2002 : 149-151, Αγραφιώτης 2003 : 66).

1.2.1. Η κριτική στο βιοϊατρικό μοντέλο υγείας

Η κοινωνιολογική προσέγγιση σηματοδοτεί την αρχή της αμφισβήτησης της κυριαρχίας της ιατρικής πρακτικής και άσκησης.

Η κριτική που ασκείται στο βιοϊατρικό μοντέλο εστιάζει στο γεγονός ότι παρουσιάζεται αναποτελεσματικό και ελλιπές, με την εξής έννοια : αφενός, εστιάζει στη θεραπεία παραβλέποντας την πρόληψη, με αποτέλεσμα να αυξάνει τις δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Αφετέρου, συμβάλλει στην διατήρηση της ασθένειας. Ο Cochrane αμφισβήτησε την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα πολλών κλινικών παρεμβάσεων και κατ' επέκταση την ιατρική αυθεντία. Για αυτόν ακριβώς το λόγο επισημαίνει ότι πριν την εισαγωγή οποιασδήποτε θεραπείας είναι αναγκαίο να αποδειχθεί ότι αυτή κάνει περισσότερο καλό παρά κακό στους ασθενείς (Οικονόμου 2005 : 37). Εισάγει το θέμα της

αποδοτικότητας και της καλύτερης οικονομικής διαχείρισης των περιορισμένων πόρων στην υγεία. Ο Illich τονίζει ότι η βιοϊατρική έχει κοστίσει περισσότερο από όσο έχει προσφέρει. Αναφέρει ότι η άσκηση της ιατρικής στις καπιταλιστικές χώρες έχει λάβει τις διαστάσεις μιας επιδημίας, την οποία αποκαλεί «ιατρογένεση» (Illich 1986 : 13-19, Υφαντόπουλος 2006 : 58). Οι άνθρωποι έχουν «παραιτηθεί» και βασίζονται εξ ολοκλήρου στους καλούμενους «ειδικούς» της ιατρικής. Καθιστά την φροντίδα από το οικογενειακό περιβάλλον -γεγονός που ειδικότερα υφίσταται διαχρονικά στην ελληνική κοινωνία- υποδεέστερη αυτής που παρέχεται από το εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Το βιοϊατρικό μοντέλο απαξιού να τοποθετήσει το ανθρώπινο σώμα στο γενικό κοινωνικο-περιβαλλοντικό του πλαίσιο, σε αντίθεση με το «κοινωνικο-περιβαλλοντικό» ιατρικό μοντέλο (Nettleton 2002 : 26). Επικεντρωμένο στις βιολογικές διαδικασίες, αποκόπτει τη θεώρηση για την υγεία και την αρρώστια από την διαδικασία κοινωνικής διαμόρφωσης, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να επεξηγήσει τον ρόλο των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Η κριτική εστιάζει και στο γεγονός ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως παθητικά αντικείμενα ιατρικής μελέτης, και όχι ως ολοκληρωμένες οντότητες. Ωστόσο, οι άνθρωποι επενδύουν με προσωπικές ερμηνείες τα βιώματά τους και τις εμπειρίες τους, σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία.

Οι διαφορετικές θεωρητικές αφετηρίες μεταξύ της βιοϊατρικής και της κοινωνιολογικής θεώρησης αντανακλώνται στον εννοιολογικό προσδιορισμό των όρων «νόσος», «αρρώστια» και «ασθένεια». Η έννοια της νόσου (disease) εντάσσεται στα πλαίσια αναφοράς του βιοϊατρικού μοντέλου, εννοώντας την οργανική δυσλειτουργία την οποία ο γιατρός μπορεί να διαγνώσει και να θεραπεύσει. Αντίθετα, η αρρώστια (illness) γίνεται κατανοητή στην κοινωνική κατασκευή και αναφέρεται στην υποκειμενική εμπειρία της νόσου και στον τρόπο που τη βιώνει το άτομο (Nettleton 2002 : 39). Τέλος, η ασθένεια (sickness) προσδιορίζεται ως η κοινωνική κατάσταση η οποία αποδίδεται στα άτομα, που θεωρούνται από τους υπόλοιπους ότι είναι άρρωστα ή νοσούν και με αυτή την έννοια αναφέρεται σε συγκεκριμένο ρόλο ή θέση στην κοινωνία (Οικονόμου 2005 : 52-53, Τούντας 2000 : 42-47).

1.2.2. Αναφορική προσέγγιση στις βασικές θεωρίες ανάπτυξης της κοινωνιολογίας της υγείας και της αρρώστιας

Μια μερίδα θεωρητικών ορίζουν ως απαρχή της σύγχρονης κοινωνικής θεωρίας, οι οποίοι την εξισώνουν με την κοινωνιολογική θεωρία, τη θεώρηση του August Comte στα 1830 (Turner 2000b : 23). Παρά ταύτα, το θεωρητικό υπόβαθρο της κοινωνιολογίας της ιατρικής, όπως αποκαλούνταν κατά τις δεκαετίες 1950 και 1960, και αργότερα κοινωνιολογίας της υγείας και της αρρώστιας, βρίσκει την σύγχρονη προσέγγισή της στα έργα των δυο κλασσικών θεωρητικών της κοινωνιολογίας του Durkheim και του Weber (Turner 2000b :1, Οικονόμου 2005 : 71).

Οι δομολειτουργικές θεωρήσεις του Durkheim και του Parsons, ήταν οι κυρίαρχες στην κοινωνιολογία (Cockerham 2007 : 27). Επιπροσθέτως, η επίδραση της κοινωνιολογικής θεωρίας της δράσης του Max Weber είχε άμεση συνάφεια και οδήγησε στον σχηματισμό της θεωρίας του ορθολογισμού. Η θεωρία του Georg Simmel των πολιτισμικών πρακτικών, συνεχίζει να έχει σημαντική θέση στην εμφάνιση της μεταμοντέρνας ανάλυσης (Turner 2000b : 1). Αρχικά, η κοινωνιολογία της ιατρικής δρούσε υποστηρικτικά στην ιατρική πρακτική σε εφαρμοσμένο, κυρίως, επίπεδο. Η μετάβαση στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας μόλις την δεκαετία του 1980, ορίζει την αυτονόμηση της ως επιστημονική κατεύθυνση. Απαγκιστρώνεται από τη βιοϊατρική άποψη, καθώς τονίζει τη σχέση των κοινωνικών παραγόντων και διαδικασιών στη σχηματοποίηση και στον καθορισμό της αρρώστιας της ασθένειας, και της αντιμετώπισης της νόσου (Οικονόμου 2005 : 24-27). Ισχυρίζεται ότι οι κατηγορίες των ασθενειών δεν είναι ακριβείς περιγραφές, αλλά κοινωνικά επινοήματα, αποτέλεσμα κοινωνικής καθορισμένης λογικής. Οι «φυσικές» έννοιες της νόσου και του σώματος είναι προϊόντα κοινωνικής δραστηριότητας (Nettleton 2002 : 39). Τα ιατρικά συστήματα, όπως και κάθε άλλο σύστημα αναφοράς, εξαρτώνται από την κοινωνία που τα παράγει.

Ο Durkheim εστίασε στην σημασία των κοινωνικών διαδικασιών, στο μακροεπίπεδο των δομών, των κανόνων και των αξιών, που συνιστούν εξωτερικές επιδράσεις προς το άτομο (Turner & Samson 1995 : 6). Το αξιακό και κοινωνικό σύστημα επιδρούν στη μορφοποίηση της συμπεριφοράς και της κοινωνικοποίησης

ενός ατόμου. Παράλληλα, όρισε μεθοδολογικούς κανόνες για τη θετικιστική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία τα κοινωνικά γεγονότα -εξωτερικές πραγματικότητες-, θα πρέπει να ερευνώνται αποστασιοποιημένα. Μέσα από την περιπτωσιολογική μελέτη της αυτοκτονίας, αναδεικνύει τους μηχανισμούς με τους οποίους η κοινωνιολογία μπορεί να ερμηνεύσει τις διαφοροποιήσεις, που παρατηρούνται στην εκδήλωση ενός κοινωνικού γεγονότος. Επιπλέον, έδειξε ότι οι κοινωνικοί παράγοντες ασκούν θεμελιώδη επίδραση στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Giddens 2009 : 58). Τοιούτοτρόπως, αποδίδει μια ερμηνεία για την υγεία και την αρρώστια μέσα από την επίδραση του μακροκοινωνιολογικού περιβάλλοντος και των κοινωνικών δομών, όπως παραδείγματος χάριν τη σχέση αλληλεπίδρασης μορφών ασθένειας και κοινωνικής θέσης. Ο Durkheim εντοπίζει πηγή αυτών των αιτιωδών σχέσεων στις διάφορες δυνάμεις ή εξελίξεις που προκύπτουν από τη συλλογική ζωή και την κοινωνική συνοχή. Η θεώρηση του στηρίζεται στη βάση της επίδρασης και των επιπτώσεων της μακροχρόνιας έκθεσης σε αγχωτικό κοινωνικό περιβάλλον και στην ικανότητα αυτοδιαχείρισης. Η υγεία προσεγγίζεται στην ουσία ως ικανότητα, και όχι ως κατάσταση, διαχείρισης των δυσχερειών και των κινδύνων που δύναται να προκύψουν στην πορεία της ζωής, με όρους βιολογικών ψυχολογικών και κοινωνικών επιδράσεων (Οικονόμου 2005 : 71-76).

Οι απόψεις του Durkheim επηρέασαν την επιστημονική σκέψη και έτυχαν μεγάλης αποδοχής. Η προσέγγιση των Marmot & Wilkinson, οι οποίοι ανέδειξαν την συσχέτιση των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας χώρας, με το βαθμό κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης, βασίστηκε στην θεώρηση του. Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού επηρεάζεται περισσότερο από την ισοκατανομή της οικονομικής ευημερίας, παρά από το πραγματικό επίπεδο διαβίωσης. Η υγεία εξαρτάται από την κοινωνική διαβάθμιση, τη θέση των ατόμων και τη δυνατότητα καλύτερης ένταξής τους σε ένα δίκτυο κοινωνικών σχέσεων (Οικονόμου 2005 : 77). Η ουσιαστική προσέγγιση της σκέψης του Durkheim για την υγεία, οδήγησε στην διερεύνηση των κοινωνικών παραγόντων που προσδιορίζουν το επίπεδο ενός πληθυσμού και είχε ως αποτέλεσμα την αμφισβήτηση της μονοδιάστατης πρόσληψης της επίδρασης των βιολογικών παραμέτρων, χωρίς όμως να απορρίπτει τον βιοϊατρικό ορισμό της έννοιας της νόσου.

Ο Weber, ανέπτυξε την θεωρία του θέτοντας ως σημεία αναφοράς την ορθολογικότητα και την γραφειοκρατική οργάνωση, τον τρόπο ζωής και την έννοια του επαγγέλματος στο σύστημα του καπιταλισμού (Giddens 2009 : 61). Ειδικότερα, μέσα από την μελέτη του για τον ασκητικό προτεσταντισμό, ανέδειξε την επίδραση του, στη γέννηση του συγχρόνου ορθολογισμού στο δυτικό κόσμο. Η αυτοπειθαρχία, βασική προϋπόθεση του συγκεκριμένου δόγματος προσέδωσε υπολογιστικό και μεθοδικό τρόπο διαβίωσης. Ο Weber παραλλήλισε αυτό τον τρόπο ζωής με την διάρθρωση του καπιταλισμού και τη βιομηχανική οργάνωση (Οικονόμου 2005 : 80).

Στην κοινωνιολογία της υγείας, το βεμπεριανό μοντέλο προσεγγίζεται κάτω από τη διττή υπόσταση του: της ορθολογικότητας στην επιστημονική ιατρική γνώση (μακριά από κάθε μαγικό ή θρησκευτικό σκεπτικό) και της ορθολογικότητας και της γραφειοκρατικής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, ως ο πιο αποτελεσματικός, στοχοθετημένος, ιεραρχικός τρόπος διαχείρισης πολύπλοκων οργανισμών (Giddens 2009 : 394). Ο τρόπος ζωής, κατά τη θεώρηση του Weber, επιδρά στην υγεία. Η κοινωνική θέση προσδιορίζει τις ευκαιρίες και επιλογές για κοινωνική καταξίωση και για πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών και αγαθών. Παρά το γεγονός ότι ο ίδιος ο Weber δεν εστίασε άμεσα στην συσχέτιση των διαστάσεων της υγείας με τον τρόπο ζωής, ωστόσο έθεσε τον προβληματισμό της προσέγγισης τους ως συλλογικό παρά σαν ατομικό φαινόμενο. Όσον αφορά το ιατρικό επάγγελμα και τη θέση ισχύος και της κοινωνικής καταξίωσης του, σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα στο χώρο της υγείας, κατά τη θεώρηση του αποδίδεται στη θεσμοποίηση της ιδιότητας του θεραπευτή και του εξουσιαστικού λόγου (Οικονόμου 2005 : 81-84). Ο Weber δεν μπορεί να χαρακτηριστεί απλώς ως κοινωνιολόγος καθώς οι θεωρήσεις του εκτείνονται σε πολλούς τομείς (Giddens 2009 : 60), ωστόσο η θεωρία του έτυχε μεγάλης αναγνώρισης στην επιστημονική σκέψη για θέματα υγείας.

Ο T. Parsons κυριάρχησε στην κοινωνική θεωρία με τη δημιουργία ενός πολυσύνθετου, καθολικού, θεωρητικού συστήματος κοινωνικής δράσης, μέσα από την δομολειτουργική προσέγγιση (Graib 2009 : 69). Σύμφωνα με αυτή, η κοινωνική πραγματικότητα αποτελεί ένα αρθρωμένο σύνολο στοιχείων, που επιτελούν συγκεκριμένες λειτουργίες, με βάση ισχύοντες κανόνες και αξίες και με άωτερο σκοπό την διατήρηση της κοινωνικής σταθερότητας. Τα άτομα αναλαμβάνουν ρόλους από τους οποίους απορρέουν υποχρεώσεις, δικαιώματα, με στόχο τη μέγιστη ικανοποίηση. Συγκροτούν, δηλαδή ένα κοινωνικό σύστημα με δομή και λειτουργίες στο οποίο οι θεσμοί συνιστούν το συνεκτικό ιστό. Στο βιβλίο του για το κοινωνικό

σύστημα, ο T.Parsons επιχειρεί να επεξηγήσει την αναλυτική οπτική που υιοθετεί, χρησιμοποιώντας το παράδειγμα της σχέσης γιατρού-ασθενή. Ο ρόλος του γιατρού και του ασθενή, αποτελούν αναπόσπαστα στοιχεία του κοινωνικού συστήματος της ιατρικής. Η έννοια της υγείας, εμπερικλείεται στις λειτουργικές ανάγκες των μελών της κοινωνίας και είναι αναγκαία για την εκπλήρωση των κοινωνικών ρόλων, ως «λειτουργικό προαπαιτούμενο». Ένα πάρα πολύ χαμηλό επίπεδο υγείας με υψηλή νοσηρότητα, καθιστά δυσλειτουργικό το αντίστοιχο κοινωνικό σύστημα στο οποίο εμφανίζεται. Η ασθένεια λοιπόν, προσλαμβάνεται ως κατάσταση με άμεσες κοινωνικές επιπτώσεις, και όχι ως βιολογικό φαινόμενο. Με αυτή την έννοια ο Parsons σηματοδοτεί την πρώτη ολοκληρωμένη θεωρητική προσέγγιση για την υγεία και την αρρώστια. Στο έργο του, ανιχνεύονται δυο μοντέλα αναφοράς για την ασθένεια :

- Το πρώτο, αναφέρεται στο «μοντέλο ικανότητας». Η ασθένεια προσδιορίζεται ως σωματική αδυναμία εκπλήρωσης των κοινωνικών υποχρεώσεων. Ο χαρακτηρισμός κάποιου ατόμου ως ασθενή, επισύρει μια οπτική κοινωνικής προστασίας που απαλλάσσει το άτομο από τυχόν ευθύνες, ενώ παράλληλα του επιτρέπει να αναρρώσει.

- Σε αντιδιαστολή το δεύτερο μοντέλο, αντιμετωπίζει την ασθένεια ως μια «κοινωνική παρέκκλιση». Θεωρείται ότι αποσκοπεί στην αποφυγή ανάληψης κοινωνικών ευθυνών και είναι αποτέλεσμα της ανθρώπινης συμπεριφοράς που πηγάζει από ψυχολογικά στοιχεία σε απάντηση των κοινωνικών πιέσεων. Ο ρόλος του ασθενή από αυτή την άποψη, λειτουργεί ως μέσο άσκησης κοινωνικού ελέγχου (Οικονόμου 2005 : 90).

Περιλαμβάνει επίσης, για καθέναν από τους δύο πόλους της σχέσης γιατρού και αρρώστου, μια δομή δράσης, που αποτελείται από δυο δικαιώματα και δυο υποχρεώσεις :

- για τον άρρωστο, ο ρόλος του ασθενή συνδέεται με το δικαίωμα να απαλλαγεί από την εκπλήρωση των καθημερινών του καθηκόντων (εργασία, οικογενειακές υποχρεώσεις) και να μην θεωρείται υπεύθυνο για την έλευση της αρρώστιας, αλλά να ενισχύεται οικονομικά και να δύναται της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Τα δικαιώματα αυτά απορρέουν από το βαθμό ικανοποίησης των υποχρεώσεων του. Δηλαδή, της έμπρακτης απόδειξης της επιθυμίας του για επιστροφή στην πρότερη φυσιολογική κατάσταση, χωρίς

κατάχρηση ή εσκεμμένη παράταση του χρόνου ίασης. Η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και η συμμόρφωση με τις οδηγίες του γιατρού, είναι ουσιαστικές προϋποθέσεις.

•Ο γιατρός από την μεριά του πρέπει να ενεργεί προς το όφελος του αρρώστου και να παρέχει επαρκείς υπηρεσίες. Σε αντάλλαγμα, ο γιατρός απολαμβάνει κοινωνική αναγνώριση, ως επαγγελματία με εξειδικευμένη γνώση και του επιτρέπεται η πλήρη πρόσβαση σε απαγορευμένες περιοχές, όπως το σώμα του ασθενή (Οικονόμου 2005 : 91).

Η αλληλεπίδραση λοιπόν, του γιατρού με τον ασθενή καθίσταται λειτουργική από τη στιγμή που χαρακτηρίζεται από καθολικότητα, συγκινησιακή ουδετερότητα, επιδίωξη του συλλογικού συμφέροντος, ιδιαιτερότητα και επίδοση.

Ο T.Parsons, προσέφερε μια εναλλακτική πρόταση στην βιολογική προσέγγιση της αρρώστιας, δίνοντας έμφαση στην κοινωνική εμπειρία, στη συμπεριφορά του αρρώστου και στην παράμετρο του κοινωνικού ελέγχου. Στη θεωρία του ασκήθηκε κριτική, διότι αφενός δεν βρίσκουν θέση τα χρόνια περιστατικά, ο ρόλος του ασθενή θεωρείται παροδικός και αφετέρου, δεν οδηγούν όλες οι μορφές αρρώστιας στην υιοθέτηση του ρόλου του ασθενή. Δίνεται μεγάλη έμφαση στον ρόλο της θεραπείας και της θέσης των γιατρών για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Επίσης, η αντίληψη του T.Parsons για την ιατρική ως επάγγελμα δέχθηκε σχολιασμό, καθώς η καθολικότητα και τα αντικειμενικά κριτήρια που θέτει δεν ανταποκρίνονται απαραίτητα στην πραγματικότητα (όπως οι επιδιώξεις των γιατρών για το συλλογικό συμφέρον). Στις θεωρήσεις του T.Parsons, εντοπίζονται οι απαρχές της συστημικής θεωρίας, που επικεντρώνεται στη δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας. Ένα ανάλογο της παρσονικής θεωρίας παράδειγμα, είναι η ολοκληρωμένη προσπάθεια του Π.Ο.Υ., στην παρακολούθηση και την συγκριτική εκτίμηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. (Οικονόμου 2005 : 96).

Σήμερα, υπάρχει πλειάδα θεωρητικών προσεγγίσεων και διαφορετικών απόψεων στην κοινωνιολογία της υγείας, βασισμένες ή μη στις παραπάνω θεωρίες. Η πιο εκτεταμένη προσπάθεια για τη δόμηση του περιεχομένου της κοινωνιολογίας της υγείας, σύμφωνα με την Nettleton (2002) πραγματοποιήθηκε από την Gerhardt (1989), η οποία ταξινομεί σε τέσσερις κατευθύνσεις τις θεωρητικές προσεγγίσεις: τον δομικό λειτουργισμό, τις συμβολικές αλληλοδράσεις, την φαινομενολογία και

την θεωρία των συγκρούσεων (Nettleton 2002 : 31). Ο μαρξισμός είχε σημαντική επιρροή στην κοινωνιολογική θεώρηση.

Η ιδέα του λειτουργισμού, προέρχεται αρχικά από τον Durkheim, ο οποίος έθεσε σαν βάση την λειτουργική ανάλυση στην κοινωνιολογία. Ο λειτουργισμός επανέκαμψε μέσα από τα έργα του T.Parsons, και του R.Merton, ο οποίος κάνει την διάκριση μεταξύ των εκδήλων και λανθανουσών λειτουργιών (Giddens 2009 : 715-6). Σημαντική είναι η τροποποίηση και η διεύρυνση της οπτικής του δομολειτουργισμού από τον J.Alexander, στον πρώτο τόμο του έργου του «*Η θεωρητική λογική στην κοινωνιολογία*» (1984), ο οποίος υποστηρίζει ότι η κοινωνική θεωρία ορίζεται από τρία ζεύγη αντιθέτων : θεωρία-γεγονός (μεταφυσική-εμπειρική διάσταση της κοινωνιολογίας), ατομική θέληση-συλλογική κυριαρχία, και κανονιστική-εργαλειακή δράση (Graib 2009 : 106).

Μια διαφορετική κοινωνιολογική προσέγγιση, πραγματοποιείται στη θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης. Αναπτύχθηκε από τη Σχολή του Σικάγου, με κύριους εκφραστές της τον G.Mead και τον H.Blumer - ενώ ανακάλυψε και τον M.Bakhtin σύμφωνα με τον Δημητρίου (2001)- ως απάντηση στην δομολειτουργική θεώρηση. Επηρέασε τη δημιουργία δύο αντίθετων ρευμάτων : της ερμηνευτικής και της φαινομενολογίας (Δημητρίου 2001 : 208). Ο G.Mead υποστηρίζει ότι η γλώσσα, σαν «σημαίνον σύμβολο» (Graib 2009 : 161), μας επιτρέπει να γίνουμε όντα με αυτοσυνειδησία (Giddens 2009 : 720). Η συγκεκριμένη προσέγγιση, τοποθετεί τη διαντίδραση μεταξύ ατόμων στην ανταλλαγή συμβολισμών (Giddens 2009 : 721) και αναζητά τους προσδιοριστικούς παράγοντες δράσης στο μικροκοινωνιολογικό επίπεδο και στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα ερμηνεύουν τα πράγματα και αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους κατά την διάρκεια των σχέσεων που αναπτύσσονται στις καθημερινές επαφές. Σύμφωνα με τον Baert, η έννοια της «αλληλεπίδρασης», αναφέρεται στην ικανότητα των ατόμων να υιοθετούν την στάση των άλλων, ενώ η έννοια «συμβολική», αφορά τον κοινωνικό εαυτό και το βαθμό στον οποίο αυτός εξαρτάται από την κοινή αποδοχή τόσο μη λεκτικών, αλλά κυρίως λεκτικών συμβόλων (Οικονόμου 2005 : 97). Η θεωρητική παράδοση της συμβολικής διαντίδρασης έγκειται σε αυτό που ο P.Rock (1979) αποκαλεί «περιστασιακή ορθολογικότητα» της ανθρώπινης δράσης (Graib 2009: 169).

Η συμβολική αλληλεπίδραση άσκησε σημαντική επιρροή στην κοινωνιολογία της υγείας και της αρρώστιας, μέσα και από το έργο του Erving Goffman. Κατά τον Goffman το άτομο παρουσιάζεται υποταγμένο στις κοινωνικές κατηγορίες και στη

θεωρία των παιγνίων (Δημητρίου 2001 : 208). Ο Goffman, στο έργο του «*Στίγμα. Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*» (2001), αναφέρεται στη μελέτη της κανονικότητας και του κανονικού, έτσι όπως προβάλλεται από τη διαχείριση της ταυτότητας και της παρέκκλισης του στιγματισμένου εαυτού και του σώματος (Goffman 2001 : 9-10). Χρησιμοποιεί τον όρο «στίγμα» προκειμένου να περιγράψει ένα απαξιωτικό χαρακτηριστικό, είτε πρόκειται για σωματικές αναπηρίες, ή για κοινωνικές συλλογικότητες όπως η φυλή, θρησκευτικές ομάδες. Το στίγμα συνιστά μια ιδιαίτερη σχέση μεταξύ γνωρίσματος και στερεοτύπου, στην οποία αποδίδεται αρνητική έννοια και αλλοιώνει την κοινωνική ταυτότητα του ατόμου, οδηγώντας το στην κοινωνική απομάκρυνση και απόρριψη. Το στίγμα δεν αποτελεί ιδιόβουλο χαρακτηριστικό συμπεριφοράς, αλλά είναι αποτέλεσμα κοινωνικής κατασκευής, αντηχώντας τις θέσεις της θεωρίας της «κοινωνικής ετικέτας» ή του «χαρακτηρισμού» (labeling theory) (Οικονόμου 2005 : 99- 100, Nettleton 2002 : 111). Ο H.Becker, ανέπτυξε τη βασική ιδέα, σύμφωνα με την οποία εμφανίζεται μια «πρωτογενής παρέκκλιση», με την εκδήλωση συμπεριφοράς, η οποία έχει χαρακτηριστεί ως παρεκκλίνουσα, που προκαλεί «κοινωνική αντίδραση». Αυτή εκφράζεται με την κριτική αποτίμηση αυτής της συμπεριφοράς από τους ειδικούς και το κοινό και η οποία οδηγεί στην απόκριση του αποκλίνοντος ατόμου με «δευτερογενή παρέκκλιση», εγκλωβίζοντας το σε ένα μόνιμα παρεκκλίνοντα ρόλο. Η θεώρηση του Goffman, βρήκε εφαρμογή στην εμπειρία της ψυχικής και σωματικής αρρώστιας. Η συμβολική διαντίδραση είναι η μακροβιότερη κοινωνιολογική παράδοση που ασχολείται εκτενώς με την καθημερινότητα και θα μπορούσε να ενσωματωθεί σε μια μακρο-κοινωνιολογία κοινωνικής δράσης (Graib 2009: 185).

Θεμελιωτής της φαινομενολογικής φιλοσοφίας είναι ο E.Husserl (1859-1938), ο οποίος πίστευε στη σύνδεση της επιστημονικής γνώσης και της καθημερινής εμπειρίας. Υποστήριζε ότι ο κόσμος που ζούμε δημιουργείται στη συνείδηση και στο νου των ανθρώπων. Ο μαθητής του A.Schutz εξέλιξε τη θεώρηση του στη φαινομενολογική κοινωνιολογία. Υποστήριζε ότι η αντίληψη που έχουμε για τον κόσμο παράγεται από μια δεξαμενή εμπειριών, η οποία μετασχηματίζεται σε τυποποιημένη γνώση και οργανώνεται σε κόσμους νοημάτων, για τον ίδιο τον κόσμο (Graib 2009 : 186-190). Οι Berger και Luckmann στο έργο τους «*Η κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας*» (1967), υιοθετώντας την φαινομενολογική προσέγγιση, προσπάθησαν να την επεκτείνουν σε ολοκληρωμένη θεωρία κοινωνίας (Graib 2009: 192). Η βασική προσέγγισή τους εκκινά από την απόφαση ότι η

πραγματικότητα αποτελεί κοινωνική κατασκευή και όχι φυσική κατάσταση, και ότι τα άτομα και η κοινωνία βρίσκονται σε μια συνεχή αλληλεπίδραση, με την έννοια ότι οι πραγματικότητες ή τα «δεδομένα» δεν είναι σταθερά (Nettleton 2002 : 44-45). Η κοινωνία αποτελείται από άτομα, αλλά η ατομική συμπεριφορά καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό πλαίσιο, το οποίο μορφοποιεί με ένα συγκεκριμένο κάθε φορά και ιστορικά προσδιορισμένο τρόπο, καθώς επιβάλλει έναν ενιαίο κοινωνικό χαρακτήρα σε κάθε ατομική επιθυμία ή ιδιαιτερότητα. Το κοινωνικό και το ευρύτερο πολιτισμικό περιβάλλον είναι αυτό που θέτει τους βασικούς άξονες πάνω στους οποίους μπορεί να κινηθεί και να εκφραστεί η ατομική συμπεριφορά. Ο άνθρωπος ως είδος εξαρτάται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα υπόλοιπα ζώα από το είδος του, προσπαθώντας να προσαρμοστεί σε ένα εχθρικό περιβάλλον. Προκειμένου να επιβιώσουν οι ανθρώπινες κοινωνίες κατασκευάζουν κοινωνικούς θεσμούς και οργανώσεις, που εξασφαλίζουν την ασφάλεια και την προστασία απέναντι στην εξωτερική εχθρική φύση.

«Ο άνθρωπος έχει μια φύση, είναι πιο σημαντικό να πούμε ότι ο άνθρωπος κατασκευάζει ο ίδιος την φύση του, ή -πιο απλά- ο άνθρωπος δημιουργεί τον εαυτό του....Η αυτό-δημιουργία είναι πάντοτε -και αναγκαστικά- ένα κοινωνικό εγχείρημα » (Berger & Luckmann 2003 : 99-103). Η ίδια η πραγματικότητα μέσα στην οποία ζούμε και λειτουργούμε ως κοινωνικά όντα, αποτελεί κοινωνικό δημιούργημα. Σε ένα επόμενο επίπεδο η διαδικασία αυτής της πραγματικότητας μορφοποιεί και την ίδια την ανθρώπινη συμπεριφορά, η οποία οφείλει να ακολουθεί συγκεκριμένους κανόνες και πρότυπα συμπεριφοράς. Με τον τρόπο αυτό η ατομική δράση γίνεται κοινωνική, δηλαδή βρίσκεται σε συμφωνία με τα ισχύοντα κοινωνικά πρότυπα. Για να συντελεστεί η διαδικασία κοινωνικής κατασκευής της πραγματικότητας, απαιτούνται τρία στάδια:

α) η εξωτερίκευση, δημιουργείται ο κοινωνικός κόσμος, τον οποίο μορφοποιούν τα άτομα εξωτερικεύοντας την επιθυμία τους να διαμορφώσουν ένα κοινωνικό πλαίσιο, μια κοινωνική πραγματικότητα,

β) η αντικειμενικότητα, η κατασκευή που δημιουργήθηκε στο πρώτο στάδιο, μορφοποιεί και κατευθύνει, και

γ) η εσωτερίκευση, η κοινωνικά κατασκευασμένη πραγματικότητα έχει γίνει δεκτή από τα άτομα σε τέτοιο βαθμό, ώστε να αποκαλείται αντικειμενική κοινωνική δομή (Berger & Luckmann 2003 : 121-122).

«Η κοινωνία είναι ανθρώπινο προϊόν. Η κοινωνία είναι αντικειμενική πραγματικότητα. Ο άνθρωπος είναι κοινωνικό προϊόν» (Berger & Luckmann 2003 : 122).

Στην κοινωνιολογία της υγείας προσέδωσε τη διάσταση ότι η ιατρική γνώση για το σώμα και την παθολογία του, αλλά και η οργάνωση των συστημάτων περίθαλψης θα πρέπει να εκλαμβάνονται ως κοινωνικοπολιτισμικά προϊόντα. Ο Atkinson (1988), αποκαλύπτει το πώς η βιοϊατρική γνώση «επιτελείται κοινωνικά» και το πώς επιτυγχάνεται μέσω των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των καθηγητών, φοιτητών ιατρικής και ασθενών (Nettleton 2002 : 49). Η θεώρηση του εν λόγω ρεύματος, επικεντρώνεται σε τρία σημεία :

α) αναδεικνύει την προβληματική του βιοϊατρικού μοντέλου, καθώς αυτό που ορίζεται ως αρρώστια είναι αποτέλεσμα κοινωνικών διαδράσεων,

β) η ιατρική γνώση διαμεσολαβεί στη σχέση γιατρού-ασθενή με όρους άσκησης κοινωνικού ελέγχου, και

γ) η τεχνογνωσία του ιατρικού λόγου και πρακτικής, καθορίζεται κοινωνικά και στη βάση του προνομίου της διαχείρισης της τεχνολογίας και της θεραπείας (Οικονόμου 2005 : 51-52).

Η θεωρία των συγκρούσεων στην κοινωνιολογία παρουσιάζει ως κύριους εκφραστές τους R.Dahrendorf, J.Rex και D. Lockwood. Πρόκειται για τη θεωρία που αναδύθηκε στην παρακμή του συναινετικού δομολειτουργισμού, και παρουσιάζει διαμετρικά αντίθετες αλλά κατά μια έννοια σύστοιχες θεωρητικές προτάσεις για την ανάλυση του κοινωνικού κόσμου. Οι κρίσιμοι όροι για τη θεωρία των συγκρούσεων είναι το «συμφέρον» και η «εξουσία». Ο R.Dahrendorf τονίζει ότι κάθε συστατικό της κοινωνίας έχει μια λειτουργία και μια δυσλειτουργία. Η εικόνα της κοινωνίας κατά αυτή την έννοια μοιάζει με πεδίο μάχης, που προάγει την αντίθεση, τον αποκλεισμό και την εχθρότητα (Graib 2009: 107-110). Για το συγκρουσιακό μοντέλο της σχέσης του γιατρού-ασθενή, τοποθετήθηκε ο Freidson, ο οποίος αρχικά αμφισβήτησε την αντικειμενικότητα του ιατρικού μοντέλου. Η ιατρική γνώση και η πρακτική βασίζεται σε κοινωνική κατασκευή. Η αρρώστια συνιστά κοινωνική κατάσταση, η οποία κατασκευάζεται από την εξουσία που έχουν οι γιατροί να θέτουν ετικέτες και να αποδίδουν νόημα στις εμπειρίες του κοινού (Οικονόμου 2005 : 47). Έτσι, το ιατρικό επάγγελμα όχι μόνο θεσμοποιεί το τι θεωρείται ως πάσχειν, ως αρρώστια αλλά είναι σε θέση να δημιουργήσει τις καθεαυτό προϋποθέσεις της ασθένειας (Nettleton 2002 : 45). Το συγκρουσιακό

μοντέλο τονίζει την ύπαρξη διαφορών μεταξύ γιατρού και ασθενή στη βάση της εκπλήρωσης διαφορετικών -και συχνά αντικρουόμενων- συμφερόντων. Ο Freidson τόνισε τη διαφορά αυτών των δύο κόσμων, κατά την οποία από τη μια βρίσκονται οι ασθενείς που επιζητούν περισσότερη πληροφόρηση, φροντίδα και κατανόηση από το γιατρό, ο οποίος από την άλλη, δεν είναι διατεθειμένος να την παρέχει στα πλαίσια της συμβατικής αντιμετώπισης της νόσου και των τυπικών κανόνων (Οικονόμου 2005 : 120).

Ο μαρξισμός μέσα από τη θεωρία για την παραγωγή και το καπιταλιστικό σύστημα, ανάδειξε μια άλλη διάσταση για την υγεία. Η παραγωγική διαδικασία ανάγεται σε βάση στην οποία στηρίζεται το οικοδόμημα της κοινωνικής ζωής, καθώς παρέχει τις υλικές συνθήκες διαβίωσης. Ο καπιταλιστικός τρόπος παραγωγής διέπεται από την κυριαρχία της αστικής τάξης, η οποία κατέχει τα μέσα παραγωγής, με αποτέλεσμα να ενδυναμώνεται η κοινωνική και ταξική ανισότητα. Το κράτος πρόνοιας ως σύστημα διαστρωμάτωσης αναπαράγει την υπάρχουσα ταξική κοινωνία (Esping-Andersen 2003 : 124). Με αυτόν τον τρόπο καλείται να επιτελέσει δυο βασικές λειτουργίες αντικρουόμενες μεταξύ τους, τη διατήρηση των συνθηκών κερδοφορίας του μονοπωλιακού καπιταλισμού και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, ως προϋπόθεση για την οικονομική ευημερία. Η υγεία ορίζεται με όρους παραγωγικότητας, που αποβλέπουν στην ικανότητα διαχείρισης και οικονομικού ελέγχου με αποτέλεσμα ένα ικανοποιητικό επίπεδο διαβίωσης. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι η υγεία και η αρρώστια εντάσσονται στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον που προδιαγράφουν ο ανταγωνισμός των οικονομικών συμφερόντων και η ταξική σύγκρουση (Οικονόμου 2005 : 108).

Η μαρξιστική θεωρία και έτσι όπως εκφράστηκε μέσα από το έργο του V. Navarro, υποστηρίζει ότι η οικονομική οργάνωση καθορίζει και συντηρεί την ταξική δομή τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό του υγειονομικού τομέα. Επικεντρώθηκε στους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία με ειδική αναφορά στην τάξη, στο γένος, στην εθνικότητα και την (μειονεκτική) περιοχή διαβίωσης (Υφαντόπουλος 2006 : 60). Στα πλαίσια του καπιταλιστικού συστήματος η κρατική παρέμβαση στον τομέα της υγείας έχει τρεις συνέπειες:

- α) την αναπαραγωγή της ταξικής δομής και της κοινωνικής στρωμάτωσης,
- β) την αναπαραγωγή της αστικής ιδεολογίας, συνδέοντας την αντίληψη ότι η κακή υγεία οφείλεται σε ατομικές συμπεριφορές και

γ) την αναπαραγωγή της αλλοτριώσης, παραλληλίζοντας την απουσία ελέγχου του προϊόντος και της φύσης της εργασίας από την εργατική τάξη, με την έλλειψη ελέγχου της φύσης και του ορισμού της υγείας (Οικονόμου 2005 : 113-4).

Η κρίση που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας με το αυξημένο κόστος και την περιορισμένη αποτελεσματικότητα οφείλεται και αντανακλά στην ουσία, την κρίση του καπιταλιστικού συστήματος στη σύγχρονη εποχή, κατά την μαρξιστική θεωρία.

1.2.3. Ιστορική και θεωρητική αναδρομή στην κοινωνιολογία του σώματος

Ήδη από την δεκαετία του 1970, η κοινωνιολογία της υγείας και της αρρώστιας, έθεσε τις βάσεις για την ανάπτυξη της κοινωνιολογικής μελέτης του σώματος. Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία διαδραμάτισαν μια σειρά από γεγονότα. Η ανάπτυξη των φεμινιστικών κινημάτων και η προβληματοποίηση της βιολογικής διάστασης του σώματος (μέσω της προβολής της διάστασης μεταξύ γένους και φύλου, πολιτισμικού και φυσικού), η ανάπτυξη του μεταμοντερνισμού και η αποδόμηση των «μεγάλων» ιστορικών παγκοσμίων αφηγήσεων (Αλεξιάς 2006 : 18- 19).

Η αντικειμενική αντιμετώπιση του σώματος ως ξεχωριστό πεδίο μελέτης και προβληματισμού οδήγησε στην ανάδειξη του θεωρητικού πλαισίου της κοινωνιολογίας του σώματος ή της σωματοποίησης. Η κοινωνιολογική προσέγγιση της υγείας και του σώματος, αντιπαραβάλλει τους κοινωνικούς παράγοντες διαμόρφωσης της γενικής θεώρησης της υγείας και της αρρώστιας και αναδεικνύει πώς αυτοί εγγράφονται στο σώμα, πώς σωματοποιούνται και εκφράζονται μέσα στο εκάστοτε κοινωνικο-ιστορικό πλαίσιο. Το σώμα παρουσιάζεται όχι ως ένα στατικό και διαχρονικό φαινόμενο, αλλά ως μια ιστορική και κοινωνική κατασκευή. Σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια, διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο τόσο για την πρόσληψη τους ως φαινόμενα καθαυτά (βιολογικά ή κοινωνικά), όσο και για την κατανόηση των συμπεριφορών και των στάσεων των ατόμων απέναντι σε μια σειρά ζητήματα, όπως η ασθένεια, ο θάνατος, ο πόνος, η εμφάνιση και η παρουσίαση του εαυτού στην κοινωνία, η κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και προϊόντων (Αλεξιάς 2006 : 19).

Εν προκειμένω, εξ ορισμού της θεματολογίας της παρούσας εργασίας το γυναικείο σώμα και η υγεία του προσελκύουν το ενδιαφέρον στην υπόθεση μελέτης για τον γυναικολογικό καρκίνο του τραχήλου και το Τεστ Παπ. Το γυναικείο σώμα γίνεται το αντικείμενο και το υποκείμενο της ιατρικής προβληματικής. Κατά πρώτον, το βιολογικό σώμα εκλαμβάνεται ως ο δυνητικός φορέας κινδύνου. Ο γυναικολογικός καρκίνος έτσι όπως προβάλλεται και επικοινωνείται, είναι μια μόνιμη απειλή. Μπορεί να υφίσταται και να εκδηλωθεί ανά πάσα στιγμή καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας. Η εξέταση του Τεστ Παπ ορίζει τα όρια της υγείας του γυναικείου σώματος. Είναι σημείο αναφοράς για την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία. Επιπροσθέτως, η σεξουαλικότητα της γυναίκας διαφαίνεται να απειλείται καθώς η εμφάνιση του τείνει να αποδοθεί σε αμελή σεξουαλική πρακτική. Ο γυναικολογικός καρκίνος τείνει να αναχθεί σε σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, από την σύγχρονη ιατρική, με την αιτιολογική συσχέτισή του με τον ιό HPV. Τοιουτοτρόπως το σώμα είναι το αντικείμενο της σύγχρονης κοινωνίας κινδύνου, που θέτει στην ουσία το υγιές σώμα υπό παρακολούθηση. Το γυναικείο σώμα τίθεται στο μικροσκόπιο της ιατρικής παρατήρησης και εξέτασης. Κατά δεύτερον, το σώμα ως κοινωνική κατασκευή αναπαράγει τα δεδομένα της πραγματικότητάς του. Στο σώμα εγγράφονται οι αναπαραστάσεις του ιατρικού θεσμού, των κοινωνικοοικονομικών επιδράσεων, των πολιτισμικών μεταβλητών και των πολιτικών δράσεων. Ενσωματώνονται στη μνήμη και σωματοποιούνται στο κοινωνικό-βιολογικό σώμα. Το σώμα αυτοματοποιημένα αντιδρά στην πρώτη ανάμνηση της ιατρικής εξέτασης, πρακτικής και λόγου. Το σώμα είναι φορέας σωρευμένων κοινωνικών μνημών, που αναπαράγονται και σχηματοποιούν αντιλήψεις και απόψεις τόσο για την ταυτότητα, για τον εαυτό, για την ατομικότητα, τα όρια του κοινωνικού εαυτού, την εικόνα του, όσο και για τους άλλους, τους έξω από το δικό του περιβάλλον. Τοιουτοτρόπως, καθορίζει την αμφίδρομη διαλεκτική σχέση του με την υγεία, την πρόληψη και την ιατρική επιστήμη και εξουσία. Άλλωστε όπως τόνισε ο Foucault, το σώμα, η νόσος και ο σύγχρονος ιατρικός λόγος, είναι αδιαίρετα μεταξύ τους (Nettleton 2002 : 51).

1.2.3.1. Ιστορική αναδρομή στις αντιλήψεις για το (γυναικείο) σώμα

Η αντιδιαστολή ανάμεσα στο σώμα και το νου, στην ύλη και το πνεύμα, στο πάθος και την εγκράτεια και τον έλεγχο χαρακτηρίζει παλιές αλλά και τρέχουσες αντιλήψεις για το σώμα. Ένα ευρύ φάσμα επιστημονικών φιλοσοφικών και θρησκευτικών λόγων και πρακτικών παρεμβαίνουν. Από τις αντιλήψεις που διαπνέουν κείμενα της αρχαίας ελληνικής γραμματείας, της χριστιανικής θεολογίας έως τις θέσεις του Καρτέσιου στην ύστερη νεωτερικότητα για τον κίνδυνο μετάδοσης επιδημιών, το σώμα εμφανίζεται απειλούμενο αλλά και απειλητικό και επικίνδυνο (Μακρυγιώτη 2004 : 12).

Οι Αρχαίοι Έλληνες λάτρεψαν και εξύμνησαν το ανθρώπινο σώμα αποτυπώνοντας το στο μάρμαρο, στο χαλκό, στην πέτρα, στον πηλό. Άλλωστε ήταν αυτοί που πρώτοι ανέπτυξαν θεωρίες για την ομορφιά. Το ωραίο ήταν συνυφασμένο με το υγιές. Οι Ολυμπιακοί Αγώνες εξήραν και γιόρτασαν τη δύναμη και την ευρωστία του ανδρικού σώματος, το οποίο αγωνιζόταν γυμνό (Αρώνη 2008 : 11).

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, ο θρησκευτικός λόγος ήταν αυτός που ουσιαστικά προσδιόρισε το έκπτωτο σώμα, εκλαμβάνοντας το αποκλειστικά σαν βιολογική οντότητα μειωμένου κύρους, εφόσον η υλικότητά του θεωρούνταν παροδική (δόγμα της μεταθανάτιας ζωής). Το σώμα, όπως άλλωστε και κάθε έκφανση της ανθρώπινης ύπαρξης, βρισκόταν κάτω από την απόλυτη εξουσία της θρησκείας, η οποία το αντιμετώπιζε ως επικίνδυνο, διότι σαν τμήμα του εμπειρικού κόσμου δεν μπορούσε να αποτελέσει απόλυτο αντικείμενο ορθολογικού ελέγχου (Αρώνη 2008 : 15, Μακρυγιώτη 2004 : 12).

Η Αναγέννηση, ξεκινώντας από την Ιταλία τον 14ο αιώνα, ανακάλυψε ξανά το σώμα και μετασχημάτισε τις κοινωνικές προς αυτό πεποιθήσεις και στάσεις. Κατά την περίοδο της Αναγέννησης το σώμα άρχισε να αποκτά μία ατομική, ιδιωτική φύση που ήταν κλειστή προς τον κόσμο και ολοκληρωμένη στην υπόστασή της.

Ο Bakhtin (1984), αναφέρεται σε αυτό σαν τον «κλασικό κανόνα» σε αντίθεση με το γκροτέσκο σώμα του μεσαίωνα, με τα μέρη εκείνα και τις πλευρές του που υπήρξαν δημόσια αποδεχτά στην καρναβαλική κουλτούρα, να μετατρέπονται τώρα σε ιδιωτικά και σε πηγές ντροπής. Η άποψη του Bakhtin για το μετασχηματισμό του σώματος κατά την Αναγέννηση, συμπληρώνεται από τον Elias, όταν μιλάει για τη σταδιακή εκλέπτυνση και κοινωνικό έλεγχο τέτοιων σωματικών

λειτουργιών, όπως το φαγητό, το ποτό, το φτύσιμο, το φύσημα της μύτης (Αρώνη 2008 : 18-19).

Ο Elias (1982), γράφει πως, καθώς προχωρούσε ο βαθμός του εκπολιτισμού των τρόπων, όλο και περισσότεροι τομείς ενστικτώδους και φυσικής συμπεριφοράς κρίνονταν χυδαίοι και ανάγωγοι. Νέες αντιλήψεις για την ευγένεια (civility) άρχισαν να εξατομικεύουν το σώμα (Αλεξιάς 2006 : 167). Ενώ στα Μεσαιωνικά χρόνια οι παρορμήσεις εκδηλώνονται ακαριαία και άμεσα στη συνείδηση και τις πράξεις του ατόμου, τα «εκπολιτισμένα» σώματα της Αναγέννησης κατέχουν αυτοέλεγχο και ορθολογισμό. Αυτή η διεργασία του εκπολιτισμού, η οποία επιταχύνθηκε τον 16ο αιώνα, περιλαμβάνει τις διαδικασίες της κοινωνικοποίησης, του εξορθολογισμού (ή εκλογίκευσης) και της εξατομίκευσης (Nettleton 2002 : 167).

Ο ευρωπαϊκός Διαφωτισμός, χαρακτηρίζεται από το ορθολογικό διπολικό καρτεσιανό μοντέλο. Η Καρτεσιανή δυτική φιλοσοφική παράδοση και η διάκριση σώμα/ πνεύμα— η οποία οδηγεί στη συνέχεια σε μια σειρά δυϊσμών όπως βιολογικό/ κοινωνικό, φυσικό/πολιτισμικό -αποτέλεσαν τη βάση προσδιορισμού του σώματος, ως αντικείμενο διαχείρισης των θετικών επιστημών, ιδιαίτερα της ιατρικής και της βιολογίας. Για τον Καρτέσιο, οι αισθήσεις είναι απατηλές και το σώμα φθαρτό, ενώ *«το πνεύμα το οποίο χρησιμοποιώντας την ελευθερία του, μπορεί να αμφιβάλλει για όλα τα πράγματα... υπάρχει καθεαυτό»* (Δημητρίου 2001 : 212). Οι ρίζες του Καρτεσιανού δυϊσμού όμως βρίσκονται σε ευρύτερες κοινωνικές αλλαγές, οι οποίες τέμνουν το άτομο και τις σχέσεις του με τους άλλους και τον κόσμο. Αλλαγές στις οποίες πολλοί θεωρητικοί βρίσκουν την εμφάνιση του μοντέρνου σώματος.

Κατά τον Foucault (1982), στις σύγχρονες Δυτικές κοινωνίες η νόρμα που τα άτομα εφαρμόζουν στα πλαίσια των κοινωνικών σχέσεων έχει γίνει το μέσο, δια του οποίου ρυθμίζεται η συμπεριφορά αντικαθιστώντας το δικαστικό νόμο, ο οποίος κατείχε το αναμφισβήτητο. Η ρύθμιση της συμπεριφοράς και ο έλεγχος του ατόμου τόσο προς τους άλλους όσο και προς τον ίδιο του τον εαυτό, δημιούργησε μια μεγάλη συναισθηματική απόσταση ανάμεσα στους ανθρώπους και την αίσθηση πως ο εαυτός του βρίσκεται έγκλειστος μέσα στη σωματική πανοπλία του. Το σώμα βιώνεται σαν ένα κλειστό όριο, που μας χωρίζει από τους άλλους. Με κεντρικό άξονα το πειθαρχημένο κλειστό σώμα, αποκλειόμενο από τους άλλους και την «εξωτερική» φύση, αναδύονται οι δυϊσμοί του νεωτερικού κόσμου: ο διαχωρισμός μεταξύ σώματος και πνεύματος, του εγώ και των άλλων, υποκειμένου και αντικειμένου (Αρώνη 2008 : 23).

Η κοινωνική ανθρωπολογία, έχει συνδέσει την εμφάνιση του μοντέρνου ατόμου με το Διαφωτισμό (18ος αιώνας) και την ανάπτυξη του βιομηχανικού καπιταλισμού. Χαρακτηριστικό που παρουσιάστηκε το 18ο αιώνα αποτελεί και η θεώρηση του σώματος ως αποκλειστικά βιολογικής οντότητας.

1.2.3.2. Οι νατουραλιστικές απόψεις και το φυσιοκρατικό μοντέλο

Οι νατουραλιστικές απόψεις που αναπτύχθηκαν, δεν είναι όλες πανομοιότυπες, αλλά εξετάζονται σαν μία κοινή προσέγγιση με συνοχή, αφού όλες μοιράζονται μια ανάλυση του σώματος που το θεωρεί σαν την προ-κοινωνική, βιολογική, έμφυλη βάση πάνω στην οποία χτίστηκαν τα εποικοδομήματα του εαυτού και της κοινωνίας (Shilling 2003 : 40). Δέχεται το σώμα σαν μια βιολογική οντότητα που υπάρχει ως καθολικό φαινόμενο, ανεξάρτητα από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εδρεύει (Αρώνη 2008 : 23).

Οι νατουραλιστικές απόψεις πρεσβεύουν ότι οι ικανότητες και οι περιορισμοί των ανθρώπινων σωμάτων ορίζουν την ατομικότητα και παράγουν τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές σχέσεις. Οι ανισότητες στον υλικό πλούτο, τα νομικά δικαιώματα και η πολιτική δύναμη δεν είναι κοινωνικά κατασκευασμένες, αλλά δεδομένες ή τουλάχιστον δικαιολογημένες, από την καθοριστική δύναμη του βιολογικού σώματος. Η βιολογική διάσταση του σώματος έχει χρησιμοποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα για να ερμηνευτούν και να δικαιολογηθούν οι ανισότητες μεταξύ αντρών και γυναικών. Υποστηρίζεται, στο πλαίσιο της νατουραλιστικής προσέγγισης, ότι επειδή οι άντρες και οι γυναίκες είναι τόσο διαφορετικοί σωματικά, είναι «φυσικό» να ζουν με διαφορετικό τρόπο και να είναι ικανοί για διαφορετικά είδη δραστηριοτήτων (Nettleton 2002 : 154). Ο Thomas Laquer (1987, 1990), όπως καταγράφει ο Shilling, ισχυρίστηκε ότι το ανθρώπινο σώμα μέχρι τον 18ο αιώνα προσλαμβάνονταν σαν άφυλο, και με γενική έννοια, σώμα (Shilling 2003: 38).

Οι απόψεις αυτές αποκρυσταλλώθηκαν τον 18ο αιώνα, σε ένα μοντέλο που υπεράσπιζε ότι ο τρόπος ζωής και η κοινωνική θέση είναι στενά συνδεδεμένα με τις ατομικές σωματικές ικανότητες. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα γυναικεία σώματα καθιστούσαν τις γυναίκες ικανές μόνο για την αναπαραγωγή, τη φροντίδα των παιδιών και τη δημιουργία μιας καλής οικογενειακής ζωής, ενώ η αντίστοιχη

θεώρηση για τα σώματα των ανδρών, επέτρεψε στο μυαλό τους μεγαλύτερο βαθμό ελευθερίας (Shilling 2003 : 38-40).

Ο βιολόγος του 19ου αιώνα Patrick Geddes, περιέγραψε στην εργασία του δύο αντίθετες διαδικασίες να λαμβάνουν χώρα στα αντρικά και τα γυναικεία σώματα, τις «δομικές, δημιουργικές, συνθετικές», τις οποίες τις ονόμασε αναβολισμό και τις «αποδιοργανωτικές, διαλυτικές χημικές αλλαγές», που τις ονόμασε καταβολισμό. Οι γυναίκες, σύμφωνα με τον Geddes, ήταν κυρίως καταβολικές ενώ οι άντρες αναβολικοί. Η Martin (1989), γράφει πως είναι γενικά παραδεκτό ότι οι άντρες είναι πιο δραστήριοι, ενεργητικοί, ενθουσιώδεις, παθιασμένοι και ευμετάβλητοι ενώ οι γυναίκες, πιο παθητικές, συντηρητικές, νωθρές, και σταθερές. Οι πιο ενεργητικοί άντρες, με κατά συνέπεια περισσότερες εμπειρίες, μπορεί να έχουν μεγαλύτερους εγκεφάλους και περισσότερη ευφυΐα, αλλά οι γυναίκες, ιδιαίτερα ως μητέρες, έχουν αναμφίβολα μεγαλύτερη αναλογία αλτρουιστικών συναισθημάτων (Nettleton 2002 : 154).

Παιδαγωγοί του 19ου αιώνα, προήγαγαν την αντίληψη πως η παρατεταμένη πνευματική εργασία δημιουργούσε γυναικολογικά προβλήματα και χειροτέρευση της γενικής υγείας της γυναίκας. Καθώς η φυσική θέση της γυναίκας ήταν στο σπίτι να φροντίζει τα παιδιά, η ενασχόληση με τα ακαδημαϊκά όφειλε να παραμείνει αντρικό προνόμιο (Shilling 2003: 41). Χαρακτηριστικά τον 19ο αιώνα, η άποψη ότι οι γυναίκες είναι ακατάλληλες για την εκπαίδευση στηρίχθηκε σε ιατρικά δεδομένα (Αρώνη 2008 : 25). Αυτό έγινε, για να δικαιολογήσουν την άρνηση της συμμετοχής των γυναικών σε οποιαδήποτε μορφή κοινωνικής και εκπαιδευτικής δραστηριότητας.

Έντονη αμφισβήτηση υπέστη και η ιατρικοποίηση της τεκνοποίησης, στην πάροδο των χρόνων, που αποδεικνύει περίτρανα πώς ένα φυσιολογικό γεγονός μετατράπηκε σε παθογένεια. Έτσι, μια κατ' εξοχήν φυσιολογική γυναικεία εμπειρία μεταφέρθηκε από το ιδιωτικό περιβάλλον του σπιτιού στο δημόσιο περιβάλλον του νοσοκομείου, όπου ο έλεγχος ασκείται από μια ανδροκρατούμενη ιατρική ειδικότητα, την γυναικολογία. Ο ιατρικός λόγος συνέβαλε στο να θεωρείται το γυναικείο σώμα εύθραυστο, ένα παθητικό περίβλημα το οποίο χρήζει περιοδικής παρακολούθησης και παρέμβασης. Οι ερμηνείες των ίδιων των γυναικών για την εμπειρία του σώματός τους πολύ συχνά απορρίπτονται από τους γιατρούς ως υποκειμενικές και ανάξιες προσοχής (Nettleton 2002 : 56). Το γυναικείο σώμα καθίσταται έρμαιο της ιατρικής εξουσίας, χωρίς λόγο και υπόσταση. Οι αντιλήψεις αυτές για την γυναικεία

διαφορετικότητα και κατωτερότητα συνεχίστηκαν και τον 20ο αιώνα και ενισχύθηκαν από νέες θεωρίες, που συλλογικά ονομάστηκαν κοινωνιοβιολογία.

Η κοινωνιοβιολογία, που ήρθε στο προσκήνιο στα μέσα της δεκαετίας του 1970, προκειμένου να αντικρούσει τις απόψεις του δεύτερου φεμινιστικού κινήματος, ισχυρίστηκε πως όλες οι ανθρώπινες συμπεριφορές και κοινωνικές σχέσεις είναι βιολογικά, γενετικά και εξελικτικά καθορισμένες. Η ανθρώπινη δραστηριότητα και οι κοινωνικές διαφορές ερμηνεύονται βάσει των βιολογικών τους προκαθορισμένων (Nettleton 2002 : 153). Ο τρόπος που παρουσιάζεται το ανδρικό και το γυναικείο σώμα στα ιατρικά κείμενα ενισχύει και αναπαράγει την εξουσιαστική θέση των ανδρών απέναντι στις γυναίκες. Εντούτοις, ο Laquer (1990) τεκμηριώνει λεπτομερώς ότι αυτή η ιδέα της διαφορετικότητας και η επικράτηση του φυσιοκρατικού μοντέλου αναδείχθηκε μόνο μετά 1800. Πρότερα, θεωρείτο ότι οι άνδρες και οι γυναίκες ανήκαν στο ίδιο φύλο (sex) αλλά σε διαφορετικά γένη (genders). Τα γυναικεία αναπαραγωγικά όργανα γίνονταν αντιληπτά ως όμοια, είχαν τα ίδια ονόματα: οι ωοθήκες ήταν οι γυναικείοι όρχεις, η μήτρα το όσχεο και ο κόλπος το πέος (Shilling 2003 : 38, Nettleton 2002 : 154). Το αποτέλεσμα ήταν το ανδρικό σώμα να θεωρείται ως κανονική ανθρώπινη μορφή σώματος, ενώ το γυναικείο αποτελούσε μια πιο ασθενή του έκδοση (Αλεξιάς 2006 : 69-70, Μακρυγιάννη 2004 : 59). Με τον τρόπο αυτό η εξουσία των ανδρών πάνω στις γυναίκες, νομιμοποιείται ως προϊόν μιας αναπόφευκτης βιολογικής κατασκευής.

Αντίστοιχα, οι ανισότητες ως προς την φυλή ερμηνεύονται με βάση «σωματικά δεδομένα», σύμφωνα με τα οποία τεκμηριώνεται η κατωτερότητα των ασιατικών και των αφρικανικών λαών, ταυτόχρονα με άλλες κοινωνικές ομάδες. Σ' αυτή την περίπτωση, οι βιολογικές θεωρήσεις του σώματος στηρίζουν επιχειρήματα για την αιτιολόγηση και ιδεολογική νομιμοποίηση της δουλείας, της αποικιοκρατίας και του ρατσισμού (Shilling 2003 : 52-53).

Ταυτόχρονα, με τους υπέρμαχους της νατουραλιστικής θεώρησης του σώματος τον 19ο αιώνα, σημαντική υπήρξε η τροφοδότηση στη συζήτηση για το σώμα από το Μαρξ, τον Δαρβίνο, το Νίτσε, με διαφορετική πορεία προσέγγισης ο καθένας.

Ο Μαρξ (1818-1883) ερεύνησε την καταστροφή, τη μηχανοποίηση και την κατάσταση των σωμάτων των εργατών. Πρόβαλε την έννοια της καταπίεσης (Δημητρίου 2001 : 240). Η ανθρώπινη και ζωική εργασία είναι όχι μόνο ανταλλάξιμη αλλά ο εργάτης μετατρέπεται σε εξάρτημα της μηχανής (Marx 1963). Από τη στιγμή

που ο εργάτης έχει πέσει στο επίπεδο της μηχανής, έρχεται αντιμέτωπος με αυτή σαν ανταγωνιστής της, με αναπόφευκτο αποτέλεσμα την υπερκόπωση και τον πρόωρο θάνατο. Τα σώματα γίνονται αναλώσιμα αγαθά. Γι' αυτόν, απαραίτητη προϋπόθεση της ανθρώπινης ύπαρξης είναι η επιβίωση της. Ο άνθρωπος για να φτιάξει ιστορία πρέπει πρώτα να είναι σε θέση να τραφεί και να ντυθεί. Η πρώτη ιστορική πράξη λοιπόν, είναι η παραγωγή της υλικής ζωής. Το άτομο είναι «κοινωνικό όν» επιμένει ο Μαρξ (Αρώνη 2008 : 27).

Ο Νίτσε (1844-1900), γράφοντας για την αντίθεση ανάμεσα στον Απόλλωνα και στο Διόνυσο, αντιπαρατίθεται στην ανθρωπολογική άποψη του Καρτέσιου υποστηρίζοντας ότι το ανθρώπινο όν βρίσκεται σε ένα αέναο αγώνα μεταξύ των αρχών του λειτουργικού ορθολογισμού και της αναγκαιότητας να ικανοποιήσει τις αισθήσεις του. Κατά το Νίτσε, η γλώσσα και η γνώση προέρχονται από την κοινωνική ανάγκη για επικοινωνία στον αγώνα της συνέχειας του ανθρώπινου είδους. Είναι κατά συνέπεια το κοινωνικό όν που καθορίζει τη συνείδηση, ενώ στο σύγχρονο δομισμό είναι ο λόγος (discourse) που καθορίζει το όν. Επιπλέον, όπως αναφέρει ο Turner (2001), η σύγχρονη κριτική του μοντερνισμού αντλεί έμπνευση από το έργο του Νίτσε, επειδή στη φιλοσοφία του παρατηρείται ότι το σώμα είναι κρίσιμο στην κατανόηση των διλλημάτων (Turner 2001 : 12).

Ο Δαρβίνος (1809-1882), ασχολήθηκε με την ιδέα του ανθρώπου σαν ζώο αλλά από τη βιολογική κι όχι από την κοινωνική προοπτική. Σύμφωνα με το Δαρβινισμό, η εξέλιξη των βιολογικών ειδών προκύπτει από φυσική επιλογή των κληρονομικών παραλλαγών που ευνοούν την επιβίωση των ατόμων στον αγώνα τους για εξασφάλιση τροφής και αναπαραγωγή. Η εφαρμογή της θεωρίας του στη μελέτη των ανθρώπινων κοινωνιών δημιούργησε τον Κοινωνικό Δαρβινισμό, στηρίζοντας θεωρητικά επιχειρηματολογίες υπέρ των φυλετικών και έμφυλων διακρίσεων. Οι κοινωνιοβιολόγοι, υιοθετώντας τη θεωρία του Δαρβίνου για φυσική επιλογή, υποστήριξαν πως τα γονίδια είναι εκείνα που δημιουργούν τα ατομικά χαρακτηριστικά και τις κοινωνικές δομές, τις πιο κατάλληλες για επιβίωση, οι οποίες μεταβιβάζονται στις επόμενες γενεές. Έμφυτοι γενετικοί παράγοντες εξηγούν, γιατί σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες οι άνδρες τείνουν να κατέχουν εξουσιαστικές θέσεις περισσότερο από τις γυναίκες. Οι κοινωνιολόγοι προσπάθησαν να διαφωτίσουν τις σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων με την ιδέα της «αναπαραγωγικής στρατηγικής», σύμφωνα με την οποία ευνοούνται οι πιθανότητες επιβίωσης των απογόνων με βάση την εξελικτική επιλογή και τη συμπεριφορά. Το γυναικείο σώμα

έχει κάνει επενδύσεις σε αναπαραγωγικά κύτταρα και για να διαφυλάξει αυτή την επένδυση προωθείται στην αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων με πολλούς άνδρες. Η γυναίκα έχει την τάση να επικεντρώνει τη φροντίδα και το ενδιαφέρον της στην ανατροφή των τέκνων της. Ενώ οι άνδρες εμφανίζουν τάσεις προς ελευθερομιξία. Η επιθυμία τους για συνεύρεση με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους αποτελεί την ορθή αναπαραγωγική στρατηγική από πλευράς του είδους (Giddens 2009 : 69-71).

1.2.3.3. Το σώμα στην μετανεωτερικότητα

Το άτομο είναι διαφορετικό στη μετανεωτερικότητα σε σχέση με την περίοδο και τις αντιλήψεις της νεωτερικότητας. Το σώμα, σύμφωνα με τη Μακρυνιώτη (2004), στις συνθήκες της ύστερης νεωτερικότητας τροφοδοτεί μια πληθώρα επιστημονικών λόγων, και πρακτικών που στοχεύουν σε μεγαλύτερη άντληση γνώσης για τα μεμονωμένα μέρη, τις λειτουργίες και δυσλειτουργίες του (Μακρυνιώτη 2004 : 25). Βασικό ρόλο παίζει η αλληλεξάρτηση και η ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών της ιατρικής και της βιολογίας που τροποποιούν ριζικά την υπόσταση του (πλαστική-προσθετική, νανοτεχνολογία, μεταμοσχεύσεις, τεχνητές μορφές ύπαρξης-cyborgs-, ηλεκτρονικές μορφές αναπαράστασης της ανθρώπινης ύπαρξης – avatars-, κ.ά.) και καθορίζουν εκ νέου την πρόσληψη και απεικόνιση του μεταμοντέρνου, ιατρικοποιημένου σώματος (Αλεξιάς 2006 : 16).

Καθιστούν το σώμα όλο και πιο διαχειρίσιμο, με το καρτεσιανό σώμα-μηχανή να βρίσκεται πάλι στο προσκήνιο: το σώμα προσλαμβάνεται ως περίπλοκη μηχανή που έχει τη δυνατότητα να επισκευαστεί και να επαναπρογραμματιστεί με τη βοήθεια τεχνολογικών, χημικών, μηχανικών δυνάμεων. Στο πλαίσιο των σύγχρονων τεχνολογικών και επιστημονικών πρακτικών, τόσο τα εξωτερικά μέρη του σώματος όσο και τα εσωτερικά του όργανα, μπορούν να τροποποιηθούν και να επισκευαστούν (Shine 2004 : 137-148).

Κάτω από αυτό το πρίσμα, η ιατρική γνώση και παρέμβαση, συμβάλλει στην αποσταθεροποίηση της πρόσληψης του σώματος σαν ολότητα (Μακρυνιώτη 2004 : 26). Η επέμβαση αυτή δεν πραγματοποιείται μόνο από την ιατρική αλλά και από τη βιομηχανία της ομορφιάς- μέσω προϊόντων, υπηρεσιών και ειδικών επαγγελματιών- που κυριαρχεί στη σύγχρονη καταναλωτική κοινωνία. Σημαντικός είναι ο ρόλος της

πλαστικής- κοσμητικής χειρουργικής, που βρίσκεται στο σταυροδρόμι της ιατρικής και της ομορφιάς. Οι πρακτικές της κοσμητικής χειρουργικής, αναπαράγοντας κι ενισχύοντας τα ευρύτερα κοινωνικο-πολιτισμικά πρότυπα της εμφάνισης, διαμελίζουν την εξωτερική επιφάνεια του σώματος σε απομονωμένα μέρη -μάτια, μύτη, ζυγωματικά, στήθος, κοιλιά- τα επανορίζουν στη συνέχεια με τις τεχνολογίες της απεικόνισης, σύμφωνα με το κοινωνικό ιδεώδες της ομορφιάς, για να επέμβουν στο τέλος να χειριστούν και ξανασμιλέψουν τα «ελαττωματικά» μέρη (Balsamo 2004 : 214-215).

Το σώμα υπό την έννοια αυτή δεν είναι απλώς αντικείμενο, αλλά ορίζεται και υποκείμενο αυτών των διαδικασιών, τις οποίες καλείται να χρησιμοποιήσει για τη διατήρηση της καλής εμφάνισης, φυσικής κατάστασης και απόδοσης του. Ο όρος «διατήρηση» υποδεικνύει τη δημοτικότητα της μεταφορικής χρήσης του σώματος σαν μηχανή (Turner 2001 : 183). Το σώμα πλέον ελέγχεται τόσο από τον κάτοχό του όσο και από τις νέες, περισσότερο επεξεργασμένες και λανθάνουσες κοινωνικές μορφές ελέγχου, ρύθμισης και παρέμβασης, που συνιστούν μια καινούργια μορφή βιοπολιτικής. Στο πλαίσιο αυτής, το σώμα μετατρέπεται σε αντικείμενο χειραγώγησης μιας βιοπολιτικής οικονομίας, όπου οι νέες πρακτικές όπως οι δίαιτες και η άσκηση, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παραγωγή πειθαρχημένων και υπάκουων σωμάτων. Γενικά, το σώμα αντανακλά την εικόνα του κόσμου ή της κοινωνίας, όπου η σχέση των μερών του καθρεφτίζει την κοινωνική ιεραρχία και ο έλεγχος συμβολίζει τον κοινωνικό έλεγχο (Δημητρίου 2001 : 243).

Ταυτόχρονα, στη μετανεωτερικότητα, το σώμα αναδεικνύεται σε βασικό συστατικό της ταυτότητας και του εαυτού. Καθώς η ταχύτητα και το εύρος των κοινωνικών αλλαγών ακυρώνουν την αντίληψη του ενοποιημένου και σταθερού υποκειμένου και η αίσθηση της ταυτότητας του εαυτού γίνεται ρευστή, ασταθής, αποσπασματική και ατελής, το σώμα γίνεται η πρώτη ύλη προς επεξεργασία και την ίδια στιγμή το μέσο και ο άμεσος αποδέκτης αυτής της επεξεργασίας (Falk 1994 : 10).

Το σώμα έτσι όπως εκφράζεται από τον Shilling (1993), γίνεται σχέδιο υλοποίησης ή προτάγματος (body as a project), με τον κάτοχό του να το αναστοχάζεται και αναλόγως να παρεμβαίνει. Δηλαδή το σώμα «*νοείται ως μια οντότητα που βρίσκεται στη διαδικασία του γίνεσθαι, ενός έργου το οποίο πρέπει να φτιαχτεί και να ολοκληρωθεί ως μέρος της ατομικής ταυτότητας κάποιου*» (Shilling 2003 : 4). Αν και μία εκδοχή του σώματος σαν σχέδιο εργασίας συναντάται τόσο στις

θηρσκευτικές πρακτικές όσο και στην ψυχαναλυτική διαδικασία, το καινούργιο στοιχείο στη μετανεωτερικότητα είναι ότι οι πρακτικές τροποποίησης που έχουν κατακλύσει την ελεύθερη αγορά, παίρνουν τη μορφή αγαθών προς κατανάλωση μετατρέποντας τις επιθυμίες και τις ανάγκες του σώματος σε εμπόρευμα (Μακρυνιώτη 2004 : 28, Nettleton 2002 : 158).

1.2.3.4. Η θεωρία του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού

Στις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα οι θεωρίες του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού, η φαινομενολογία οι φεμινιστικές θεωρίες επιβεβαίωσαν την αποσταθεροποίηση της καρτεσιανής θεώρησης. «*Η Κοινωνική Κατασκευή της Πραγματικότητας*» των Berger & Luckmann (2003), τονίζει ότι η κοινωνία διερευνάται τόσο ως αντικειμενική όσο και ως υποκειμενική πραγματικότητα.

Ο κοινωνικός κονστρουκτιβισμός, προϋποθέτει την κοινωνική κατασκευή του σώματος. Επικεντρώνεται στις διαδικασίες και πρακτικές μέσω των οποίων το σώμα διαμορφώνεται θεσμικά, απορρίπτοντας την άποψη ότι η βιολογία μπορεί να προσφέρει ικανοποιητικές ερμηνείες για την εμφάνιση και καθιέρωση κοινωνικών σχέσεων κυριαρχίας και υποτέλειας.

Το σώμα στο μοντέλο της κοινωνικής κατασκευής, θεωρείται ότι αποτελεί ένα κοινωνικό κατασκεύασμα που αναπαράγει και μεταφέρει τον κυρίαρχο τρόπο σκέψης και λειτουργίας της εκάστοτε κοινωνίας. Οι σχέσεις εξουσίας παράγουν ένα ιδιόμορφο κάθε φορά τύπο σώματος, ο οποίος νομιμοποιεί την κοσμοθεωρία αναφοράς, το ιστορικό σύστημα παραγωγής γνώσης και τις συνακόλουθες σχέσεις εξουσίας που το συντηρούν και το εκφράζουν. Το σώμα δεν είναι απλώς προβιολογικό, αλλά ούτε και αποτέλεσμα των κοινωνικών συνθηκών και δυναμικών. Το σώμα αποτέλεσε τη βάση εγκαθίδρυσης κοινωνικών σχέσεων, οι οποίες στη συνέχεια προσέφεραν στην περαιτέρω ανάπτυξή του. Προτείνεται ότι το σώμα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη δημιουργία κατασκευής του κοινωνικού πλαισίου. Ο άνθρωπος ως είδος εξαρτάται, σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι τα υπόλοιπα ζώα, από το είδος του, προσπαθώντας να προσαρμοστεί σε ένα εχθρικό περιβάλλον. Ο άνθρωπος εξαρτάται απόλυτα από το κοινωνικό του περιβάλλον για την επιβίωσή του. Η βιολογική κατασκευή του δημιουργεί την ανάγκη διαμόρφωσης ενός κοινωνικού πλαισίου κανόνων και θεσμών (Αλεξιάς 2006 : 204- 207).

Η ανάλυση της κοινωνικής κατασκευής είναι βασικής σημασίας καθώς αναδεικνύει :

- α) ότι τα σώματα επηρεάζονται από εξουσιαστικές σχέσεις,
- β) το σώμα εμπλέκεται στον κοινωνικό προσδιορισμό του εαυτού,
- γ) το σώμα λειτουργεί σαν κοινωνικό σύμβολο, και
- δ) το σώμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να νομιμοποιήσει τις κοινωνικές ανισότητες (Shilling 2003 : 99-100, Αλεξιάς 2006 : 206).

Ωστόσο, η θεωρία παρά το γεγονός ότι είναι σημαντική, καθώς αμφισβήτησε την μοναδικότητα του ιατρικού επαγγελματικού λόγου, έχει επικριθεί κυρίως διότι δεν εστιάζει στο τί είναι το σώμα, παρά μόνο στην κοινωνική κατασκευή του. Παρουσιάζει αδυναμία στην περαιτέρω ανάλυση του τρόπου με τον οποίο συμμετέχει και βιώνει τις κοινωνικές σχέσεις σαν ένα σωματοποιημένο υποκείμενο. *«Η κοινωνική κατασκευή μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο σώμα, αλλά δεν είναι τόσο εφαρμόσιμη στην ανάλυση της σωματοποίησης»* (Turner & Wainwright 2003 : 278-279), και για αυτό προτείνεται η σύνθεση της ανάλυσης με την φαινομενολογική προσέγγιση της κατασκευής του σώματος ως πολιτισμικού αντικειμένου. Δηλαδή, τον τρόπο με τον οποίο βιώνει το κοινωνικά σωματοποιημένο υποκείμενο και συμμετέχει στις καθημερινές σχέσεις και επαφές και επιπλέον πώς αντιλαμβάνεται το ασθενικό σώμα και πώς επιδρά αυτό στην εικόνα του και στην ταυτότητα του (Αλεξιάς 2006 : 209-210).

Καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του μοντέλου της κοινωνικής κατασκευής, έχουν διαδραματίσει το έργο του Michele Foucault, οι φεμινιστικές θεωρίες (κυρίως από το 1960 και μετά), η κοινωνική ανθρωπολογία της M.Douglas και μέρος από το έργο του E.Goffman.

1.2.3.5. Οι σχέσεις εξουσίας και η θεωρία του Foucault

Στο έργο του Foucault, διερευνώνται οι ιστορικά μεταβαλλόμενες σχέσεις ανάμεσα στην εξουσία τη γνώση και το σώμα. Οροθέτησε την περίοδο όπου το σώμα από όργανο ασκητισμού για την σωτηρία της ψυχής μετατράπηκε σε εμπορεύσιμο και διερεύνησε το πώς υποστασιοποιείται ως μέσο άσκησης της εξουσίας κατά τους Μέσους και Νέους Χρόνους (Δημητρίου 2001 : 240). Ο Foucault υποστηρίζει πως η μετάβαση από την προνεωτερικότητα προς τη νεωτερικότητα

περιέλαβε την αντικατάσταση της ηγεμονικής εξουσίας (sovereign power) από την βιο-εξουσία (bio-power) (Nettleton 2002 : 162). Στην πρώτη, η εξουσία του ηγεμόνα υπήρχε στο σώμα, ο οποίος είχε και την εξουσία του θανάτου που θεμελιωνόταν στο δικαίωμα του να αμύνεται ή να απαιτεί να τον υπερασπίζονται. Η δεύτερη, αναπτύχθηκε από τον 17ο αιώνα κάτω από δύο κύριες μορφές: η πρώτη μορφή βιο-εξουσίας, είχε κεντροθετηθεί στο ατομικό σώμα σαν μηχανή. Μεμονωμένα σώματα εκπαιδεύονται, παρατηρούνται και εντάσσονται σε αποτελεσματικά και οικονομικά συστήματα ελέγχου. Όλα αυτά τα εξασφαλίζουν διαδικασίες εξουσίας που χαρακτηρίζουν τους επιστημονικούς κλάδους: την ανατομικο-πολιτική του ανθρώπινου σώματος. Ο δεύτερος πόλος που σχηματίστηκε λίγο αργότερα, προς τα μέσα του 18ου αιώνα, έχει σαν επίκεντρο το σώμα, που διαποτίζεται από τη μηχανική της ζωής και χρησιμεύει σαν βάση των βιολογικών διαδικασιών (γεννήσεις και θνησιμότητα, επίπεδο υγείας, διάρκεια ζωής). Η επιτήρησή τους επιτυγχάνεται από μια ολόκληρη σειρά από επεμβάσεις και ρυθμιστικούς ελέγχους: μια βιο-πολιτική του πληθυσμού (Αρώνη 2008 : 38). Όσο τα άτομα ορίζονται υπεύθυνα για τον έλεγχο και την συντήρηση των σωμάτων τους, τόσο συμβάλλουν στη διαμόρφωση νέων πεδίων γνώσης. Οι έννοιες της συντήρησης και της ιδιοκτησίας του σώματος αποκτούν ξεχωριστό ενδιαφέρον, καθώς τα υποκείμενα στη μετανεωτερικότητα ρυθμίζουν τις σωματικές πρακτικές τους (άσκηση, διατροφή, υγιεινή) με όλο και μεγαλύτερη πειθαρχία. Η εγκαθίδρυση αυτής της πειθαρχικής τεχνολογίας υγιεινής προετοιμάζει τα άτομα για την υποδοχή της βιο-πολιτικής στη μετανεωτερικότητα (Μακρυγιάννη 2004 : 27).

Το σώμα ορίζεται ως προϊόν εξουσιαστικών σχέσεων. Ως αντικείμενο της εξουσίας παράγεται για να ελεγχθεί, να προσδιοριστεί και να αναπαραχθεί. Οι σχέσεις αυτές καταγράφονται σε αυτό που ο Foucault ορίζει σαν τα τρία βασικά εργαλεία της πειθαρχικής ισχύος (Nettleton 2002 : 163). Το πρώτο από αυτά είναι η ιεραρχική παρατήρηση, όπου στο διάσημο παραστατικό παράδειγμα του, μιας φυλακής σε «Πανοπτικόν» σχήμα οι δεσμοφύλακες είχαν, αν το ήθελαν, πλήρη επιτήρηση όλων των εγκληματιών. Για το λόγο αυτό οι φυλακισμένοι παρακινούνταν να φρουρούν οι ίδιοι τους εαυτούς τους. Απαιτείται ουσιαστικά μόνο ένα βλέμμα επιθεώρησης, αυτοελέγχου που καθιστά τον καθένα επιτηρητή του εαυτού του. Το κάθε άτομο ασκεί αυτήν την επιτήρηση στον εαυτό του και εναντίον του (Foucault 1989 : 272). Σ' αυτήν την κανονικοποιούσα κρίση (δεύτερο εργαλείο), που αναφέρεται στο γεγονός ότι οι πράξεις ή οι ιδιότητες κάθε ατόμου συγκρίνονται με

αυτές των άλλων, τα άτομα σταθμίζονται και μετρώνται, πράγμα που επιτρέπει την εγκαθίδρυση ενός κανόνα, μιας νόρμας με βάση την οποία οικοδομούνται τόσο τα φυσιολογικά όσο και τα παρεκκλίνοντα σώματα. Οι κριτές της κανονικότητας βρίσκονται σε διάφορους θεσμούς (ιατρική, εκπαίδευση, στρατός, κ.ά.). Το τρίτο εργαλείο της πειθαρχικής ισχύος συνδυάζει την κανονικοποιούσα κρίση με την ιεραρχική παρατήρηση και είναι η εξέταση. Εδώ το κάθε υποκείμενο μπορεί, όχι μόνο να σταθμιστεί και μετρηθεί αλλά και να σωφρονιστεί (Nettleton 2002 : 164).

Τα έργα του «*Η γέννηση της Κλινικής*» (1973), «*Επιτήρηση και Τιμωρία*» (1976) και «*Η Ιστορία της Σεξουαλικότητας*» (1978, 1989) αναφέρονται στους τρόπους με τους οποίους ασκείται ο έλεγχος του σώματος σε άμεσο εμπειρικό επίπεδο. Σημαντικό για τον Foucault, όπως περιγράφει ο Αλεξιάς (2006) είναι το ότι το σώμα παράγεται από την επιστήμη και γίνεται το βασικό αντικείμενο πειθάρχησης του. Η ένταξη για παράδειγμα των ασθενών στα νοσοκομεία παρήγαγε τη γνώση για την ανατομία, διαμορφώνοντας τη σχέση γνώσης - εξουσίας. Η ανατομία είναι το ιατρικό βλέμμα, η εικόνα που σχηματίζεται, προβάλλεται στη συνέχεια ως αντικειμενική. Το «μάθημα της ανατομίας» είναι το αποτέλεσμα του επιστημονικού ιατρικού λόγου που κατασκευάζει μια συγκεκριμένη εικόνα του σώματος (Αλεξιάς 2006 : 211-213).

1.2.3.6. Οι φεμινιστικές θεωρήσεις

Οι φεμινιστικές θεωρίες, τοποθέτησαν το σώμα μέσα στις υπάρχουσες κοινωνικές σχέσεις εξουσίας με επίκεντρο τις πατριαρχικές σχέσεις και προσέφεραν τις βάσεις για να μελετηθούν οι κοινωνικές πρακτικές, που συμβάλλουν στη διαφοροποίηση και κατηγοριοποίηση των σωμάτων. Μια ενδεικτική κατηγοριοποίηση των φεμινιστικών προσεγγίσεων παραθέτει η Δήμητρα Μακρυνιώτη (2004) στην εισαγωγή του βιβλίου «*Τα όρια του σώματος. Διεπιστημονικές προσεγγίσεις*». Σύμφωνα με αυτήν, οι φεμινιστικές προσεγγίσεις:

α) Έχουν διατυπώσει θεωρίες επηρεασμένες από το μεταδομισμό και το μεταμοντερνισμό, που κριτικάρει το δεδομένο του ασφαλούς φυσικού σώματος. Οι θεωρήσεις τους αποδομούν στην ουσία και αναδεικνύουν τη ρευστότητα των σωμάτων των περιθωριοποιημένων κυρίως γυναικών, τονίζοντας την ενδεχομενικότητά τους. Η L.Birke τονίζει ότι ο φεμινιστικός λόγος πρέπει να

συνεχίσει να υποστηρίζει την αβεβαιότητα του σώματος, εντός ορίων, παρά το γεγονός ότι κατά την ανάλυση συχνά προσλαμβάνεται σαν σταθερό κατά την μηχανιστική αντίληψη, χωρίς να ασχολείται αρκετά με το εσωτερικό του σώματος με εξαίρεση τα έργα της E.Martin και της D.Haraway. Η φεμινιστική άποψη που προτάσσουν είναι ότι ο οργανισμός θα πρέπει να προσλαμβάνεται σαν συνεχής διαδικασία, η οποία αναδιοργανώνει τα έμφυλα σώματα και η οποία ενέχει βιολογικές και κοινωνικές, βιωμένες εμπειρίες. Με αυτό τον τρόπο το σώμα εκλαμβάνεται ως προβληματικό κείμενο, ως σαρκικός λόγος μέσα από τον οποίο μπορούν να εξηγηθούν και να διατηρηθούν οι σχέσεις εξουσίας (Μακρυγιώτη 2004 : 20-21).

β) Επικεντρώνονται στο έμφυλο σώμα και την υλικότητα του καθώς και στις τεχνολογίες του κοινωνικού φύλου και την έμφυλη σεξουαλικότητα. Σε ό,τι αφορά τον Foucault η θεωρία του γίνεται εφελτήριο, για την ανάλυση των σχέσεων στο καθημερινό βιωμένο σώμα και το σύστημα των ρυθμιστικών, πειθαρχικών πρακτικών που διαμορφώνουν τη μορφή και τη συμπεριφορά του (δίαιτα, σωματική άσκηση, κ.ά.). Η Butler ασχολείται με την έννοια του φουκωϊκού πειθαρχημένου σώματος και εισάγει τον όρο «επιτελεστικότητα», για να αναδείξει ότι η διαδικασία επανάληψης και η παραγωγή ταυτότητας μέσα από το λόγο σηματοδοτεί την ανάπτυξη του σώματος μέσα από κινήσεις, χειρονομίες σε σχέση με την έμφυλη σεξουαλικότητα. Το σώμα διαλύεται ως εκ τούτου υπέρ μιας ρευστής σωματοποίησης. Με βάση την έμφαση στον βιοϊατρικό λόγο από τον Foucault, επαναπροσδιορίζονται παραδοσιακές πρακτικές της ιατρικής. Το μητρικό σώμα αναδεικνύεται κεντρικό. Οι τεχνολογίες της αναπαραγωγής, το φάσμα των εξετάσεων και απαγορεύσεων, η γενετική μηχανή, καθιστούν το μητρικό σώμα εύλωτο στον κατακερματισμό των βιοϊατρικών παρεμβάσεων και κλονίζουν τις βεβαιότητες του βιολογισμού (Μακρυγιώτη 2004 : 23).

γ) Έχουν κρίνει τις παραδόσεις του ουμανισμού και του Διαφωτισμού που θέλουν το σώμα δεδομένο από τη φύση, αποτελώντας κατά συνέπεια ένα αντικειμενικό, βιολογικό κριτήριο για την αξιολόγηση του εαυτού, του ενσώματου υποκειμένου. Μέσω των επιστημών της ανατομίας και της βιολογίας, η φύση και τα φυσικά δεδομένα, ανάγονται σε καθοριστικό παράγοντα για τον εντοπισμό, την ερμηνεία και την κοινωνική διαχείριση της διαφοράς. Αμφισβητούν τη σωματική επικράτεια της παρέκκλισης μέσω του εισαγόμενου όρου «σωματοποιημένης παρέκκλισης». Το φύλο, η εθνότητα και η φυλή συνθέτουν τους κύριους πόλους γύρω από τους οποίους

κατασκευάζεται το διαφορετικό ή το παρεκκλίνον από τα κυρίαρχα δεδομένα, σώμα. Παράλληλα, συμβαδίζει και η αντίληψη πως η κοινωνική παρέκκλιση συνδέεται με τη σωματική διαφορετικότητα, και αναδεικνύουν τη σημαντικότητα της ανάλυσης για τον εντοπισμό και την περιχαράκωση του διαφορετικού στο πλαίσιο πολιτισμικών και πολιτικών δεδομένων των ασύμμετρων σχέσεων εξουσίας.

δ) Εκκινώντας από την πολιτισμική φαινομενολογία του Merleau-Ponty, έχουν χρησιμοποιήσει την έννοια της σωματοποίησης και της σωματοποιημένης εμπειρίας για να συζητήσουν και να κατανοήσουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν οι γυναίκες το σώμα τους, πώς το σημασιοδοτούν και πώς οι συνθήκες του εξωτερικού κόσμου εγγράφονται σε αυτό. Μελέτησαν το γυναικείο σώμα ως υποκείμενο, σε αλλαγές που αφορούν ολόκληρη την περίοδο της ζωής όπως η εμμηνόρροια, η εγκυμοσύνη, ο θηλασμός, η εμμηνόπαυση. Η κατεύθυνση αυτή των φεμινιστικών θεωριών όμως, δεν επικεντρώθηκε αποκλειστικά στις διαφορετικές εμπειρίες λόγω του φύλου όπως η παραπάνω, αλλά και σε διαφορές προερχόμενες από κοινωνικούς παράγοντες όπως είναι η κοινωνική τάξη, η φυλή, η σωματική μειονεξία (Μακρυνιώτη 2004 : 24-25).

1.2.3.7. Η κοινωνική ανθρωπολογία της M. Douglas

Με την κοινωνική ανθρωπολογία της M. Douglas, και κυρίως τα έργα της «*Purity and Danger*» (1966) και «*Natural Symbols*» (1970), το σώμα έρχεται στο προσκήνιο ως σύστημα σημείων, δηλαδή ως φορέας και εκφραστής κοινωνικών σημασιών και συμβολισμών, ως «κείμενο» το οποίο αντανάκλα και εκφράζει τις πολιτισμικές αξίες, τις πεποιθήσεις και τις αμφισβητήσεις ενός πολιτισμού.

Το σώμα, και ιδιαιτέρως οι προσεγγίσεις της Douglas για τη βρωμιά και τη μόλυνση, εστιάζοντας στις τελετουργίες κάθαρσης και μιαιρότητας, συνθέτουν τη βάση για τη συγκρότηση μεταφορών σχετικά με την οργάνωση και την αποδιοργάνωση μιας κοινωνίας, την κατάσταση της ύπαρξης και της ανυπαρξίας, τη ζωή και το θάνατο (Douglas 2006 : 31-37). Για την Douglas, το σώμα σε κάθε πολιτισμό δεν υπόκειται μόνο σε κανόνες καθαρότητας και ρυπαρότητας, αλλά και το ίδιο θεωρείται πηγή ρυπαρότητας και εστία μόλυνσης. Ακολουθώντας την παράδοση του Durkheim (και του Mauss), υποστηρίζει ότι όλες οι κοινωνίες έχουν στοιχεία τόσο ιερά όσο και κοσμικά και ο διαχωρισμός των δύο είναι θεμελιώδης για την λειτουργία των κοινωνικών συστημάτων. Έτσι, οι κοινωνίες απαντούν στην αταξία,

αναπτύσσοντας συστήματα ταξινόμησης που μπορούν να προσδιορίσουν ορισμένα φαινόμενα, ως «ύλη εκτός τόπου» («matter out of place»). Όπου υπάρχει μιάσμα υπάρχει και σύστημα. Η ακαθαρσία στην ουσία προσβάλλει την τάξη (Douglas 2006 :30). Οτιδήποτε διαπερνά τα κοινωνικά ή τα σωματικά όρια θα θεωρηθεί, ως μόλυνση. Κατά συνέπεια, οι ιδέες για την σωματική υγιεινή μας λένε τόσα για τις πολιτιστικές παραδοχές όσα και το «πραγματικό» σώμα για τις ιατρικές μας γνώσεις γι' αυτό. Με άλλα λόγια το σώμα αντανακλά την κοινωνία και η αποφυγή της μιαιρότητας και των «ανωμαλιών», «της μίξης κατηγοριών» αποτελεί ένα τρόπο περιφρούρησης της κοινωνικής και πολιτισμικής τάξης. Το φυσικό σώμα γίνεται σύμβολο της κοινωνικής ταυτότητας (Douglas 2006 : 15).

Το γενικό θέμα του έργου της Douglas, είναι πως υπάρχουν δύο σώματα, το βιολογικό και το κοινωνικό, με το κοινωνικό σώμα να περιορίζει και να προσδιορίζει το πώς αντιλαμβανόμαστε και βιώνουμε το βιολογικό σώμα. Κατά την Douglas, η πρόσληψη του φυσικού σώματος διαμεσολαβείται από το κοινωνικό σώμα. Η βιολογική εμπειρία του σώματος τροποποιείται από τις κοινωνικές κατηγορίες και συντηρεί μια ορισμένη οπτική της κοινωνίας. Το σώμα, κατά την Douglas, νοείται ως πολιτισμικό κείμενο, απεικονίζοντας με συγκεκριμένους τρόπους έναν ορισμένο πολιτισμό και καταλήγει να θεωρείται τόπος που σημασιοδοτούνται οι πρακτικές μιας κοινωνίας (Οικονόμου 2005 : 169).

1.2.3.8. Η θεωρία της φαινομενολογίας

Η φαινομενολογική προσέγγιση βρίσκει το θεωρητικό της υπόβαθρο στα δύο βασικά έργα του Merleau-Ponty «*The Phenomenology of Perception*» (1962) και «*The Visible and the Invisible*» (1968). Η αντίληψη του Merleau-Ponty είναι η βασική σωματική εμπειρία. Η ικανότητα και ο συνδυασμός της επίκτητης συνήθειας που ορίζεται ως πρακτική γνώση, αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του σώματος-υποκειμένου. Το σώμα-υποκείμενο, όπως το εννοεί ο Merleau-Ponty είναι το σώμα-έξη (habit body). Η εξωτερική των βιωμένων εμπειριών προς το εξωτερικό περιβάλλον προϋποθέτει συντονισμό των μελών του σώματος και συγκρότηση μιας ενιαίας οντότητας. Αυτή η αίσθηση της σωματικής ενότητας καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη τριών στοιχείων : του σωματικού σχήματος (body schema), της

κινητικότητας (mobility) και των αισθητηρίων μέσων (sensory media) (Οικονόμου 2005 : 182-183). Η αντίληψη έτσι όπως παράγεται είναι ένα σημαντικό προϊόν των αισθήσεων. Αποτελείται από διαμορφώσεις των αισθήσεων. Και αυτές οι αισθήσεις ανήκουν στο σώμα σαν αισθανόμενο και αντιλαμβανόμενο όν. Το σώμα σε αυτό το πλαίσιο έχει δύο πλευρές, είναι ταυτόχρονα αισθανόμενο και αισθητό (sentient and sensible) (Αρώνη 2008 : 43-44).

Σύμφωνα με τη φαινομενολογία της αντίληψης του Merleau-Ponty, το σώμα δεν είναι αντικείμενο αλλά συνθήκη και πλαίσιο μέσω του οποίου βιώνουμε, συλλέγουμε εμπειρίες και γνώσεις, αντιλαμβανόμαστε και δεχόμαστε πληροφορίες από τον έξω κόσμο και τους προσδίδουμε σημασίες. Μέσα από το σώμα τοποθετούμαστε στον κόσμο. Η σωματοποίηση της φαινομενολογίας, ιδιαίτερα στην πολιτισμική της διάσταση, έτσι όπως προτείνεται από τον Csordas, αποτελεί μια μεθολογική πρόταση για την ανάλυση του πολιτισμού και του εαυτού από την σκοπιά του σώματος και ευνοεί τη θεωρητική μελέτη αρκετών συγχρόνων εξελίξεων στο χώρο της τεχνολογίας της πληροφορικής και της βιοϊατρικής. Οι A.Strathern και M.Lambeck συνοψίζοντας τις θέσεις του Csordas, υποστηρίζουν ότι η σωματοποίηση υπογραμμίζει :

α) την διεύδυση του βιολογικού και του πολιτικού στο πεδίο των βιωμένων εμπειριών,

β) την εγγραφή και την κωδικοποίηση της μνήμης σε σωματικές και σωματοποιημένες μορφές, όπως τις αναλύει ο Bordieu,

γ) τη διαδικασία με την οποία το σώμα υποδέχεται τον πολιτισμό και την εργασία, που επιτελεί για να οικοδομήσει πολιτισμικές μορφές,

δ) μια προσέγγιση για την γένεση του συμβολισμού και της κατηγοριοποίησης, και

ε) ένα δρών υποκείμενο που πραγματοποιεί εσκεμμένες σωματικές δράσεις, δεν είναι ένα παθητικό υποκείμενο (Μακρυνιώτη 2004 : 18-19).

Η φαινομενολογία αναδεικνύοντας την έννοια της σωματοποίησης, ορίζει τη σημασία του σώματος ως ενεργητικού στοιχείου και όχι σαν παθητική βιολογική ύπαρξη στη συγκρότηση της κοινωνίας και στην έκφραση της κοινωνικής δράσης.

Τοιουτοτρόπως, όπως τονίζει και ο B.Turner, προκειμένου να συντελεστεί η μεθοδολογική μετατόπιση από τις έννοιες της αναπαράστασης, της κατασκευής και της έκφρασης, η κοινωνιολογική άποψη πρέπει να συμπληρωθεί με τη φαινομενολογία του σώματος, δηλαδή με τον τρόπο με τον οποίο το σώμα μέσω των

καθημερινών επαφών συμβάλλει στη διαμόρφωση του ατομικού υποκειμένου και της κοινωνικής δράσης. «*Η φαινομενολογική παράδοση έχει επιχειρήσει να προμηθεύσει μια περισσότερο επαρκή εννοιολόγηση της σχέσης μεταξύ αντικειμενικού-εργαλειακού και υποκειμενικού-ζωντανού σώματος, η οποία προσλαμβάνεται στη διάκριση στα Γερμανικά μεταξύ *Korper* και *Leib**» (Turner & Samson 1995: 235-236).

Η φαινομενολογική προσέγγιση μελετά την βιωματική διάσταση του σώματος, η οποία οδηγεί στην πρόσληψη του ως τριπλό αντικείμενο:

α) έχω ένα σώμα (having a body), όταν σε καταστάσεις αρρώστιας αντιλαμβανόμαστε το σώμα μας ως ένα αντικειμενικό εξωτερικό περιβάλλον απέναντι σε εμάς ή ως ένα αντικείμενο το οποίο μπορούμε να το διαχειριστούμε ως αντικείμενο,

β) κάνω ένα σώμα (doing a body), όταν το σώμα προσδιορίζεται ως ένα σύνολο τεχνικών και πρακτικών εμφάνισης και διαχείρισης στο χώρο και στο χρόνο, και

γ) είμαι ένα σώμα (being a body), όταν η καθημερινή σχέση με το σώμα διαμορφώνει μια κατάσταση, στην οποία δεν αντιλαμβανόμαστε ότι έχουμε ένα σώμα το οποίο το χρησιμοποιούμε για να καθίσουμε, να περπατήσουμε κτλ. (Turner 2000a : 40-41). Αναδεικνύεται η έννοια της σωματοποίησης, «... *Ενώ κάποιος μπορεί να αναφέρεται στο αντικειμενικό σώμα, ως κοινωνιολόγοι θα πρέπει να εστιάσουμε στη... σωματοποίηση ως μορφής βίωσης του σώματος. Το σώμα θα πρέπει να προσδιοριστεί ως αισθητήριο όσο και ως σαρκική ύπαρξη*» (Turner & Samson 1995: 236).

Μια μερίδα επιστημόνων στηριζόμενοι στις θέσεις του Merleau-Ponty διατύπωσαν την πρόταση για την «σαρκική κοινωνιολογία» (carnal sociology) στα μέσα της δεκαετίας του '90 (Οικονόμου 2005 : 180).

1.2.3.9. Το σώμα ως σύμβολο

Η θεώρηση του σώματος ως συμβόλου, είναι κεντρική. Το είδος της θεωρητικής ενασχόλησης με το σώμα που προάγει τόσο η νατουραλιστική όσο και η κονστρουκτιβιστική προσέγγιση, τροφοδότησε κριτικές οι οποίες υπογραμμίζουν ότι και οι δύο προσεγγίσεις διακατέχονται από τις πρωταρχικές διχοτομίες της κοινωνικής θεωρίας ανάμεσα στην υλικότητα του σώματος και το νου, στο σώμα και

την ψυχή, στη λογική και το πάθος, στη φύση και την κοινωνία, στον εαυτό και την κοινωνία. Ανάμεσα στα έργα που αναγνωρίζουν τις εν λόγω διχοτομίες και προσπαθούν να προάγουν μια πιο σύνθετη αντίληψη, απελευθερωμένη από αυτές, σημαντική θέση καταλαμβάνουν εκείνα των M.Mauss (1979), N.Elias (1978,1984) και P.Bourdieu (1984,1986). Επιπροσθέτως, γίνεται αναφορά στο έργο του E.Goffman.

Ο M.Mauss υποστήριξε ότι, ενώ ο άνθρωπος γεννιέται ως βιολογική ύπαρξη, το σώμα του στη συνέχεια διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό (το μέγεθός του, οι τρόποι συμπεριφοράς, κ.ά.) από την συγκεκριμένη κοινωνία στην οποία ζει. Ο Mauss προσδιόρισε τις κινήσεις, ως «τεχνικές του σώματος» (body techniques), οι οποίες ενώ έχουν κοινή καταβολή για όλους τους ανθρώπους οργανική- βιολογική βάση, και αποτελούν τελικά το αποτέλεσμα των κοινωνικών και ατομικών επιτευγμάτων. Διερευνά τους τρόπους, με τους οποίους οι άνθρωποι, ανάλογα με την εποχή και την κοινωνία, μαθαίνουν μέσα από μια μακρόχρονη διαδικασία εκπαίδευσης να χρησιμοποιούν το σώμα τους σύμφωνα με τις ισχύουσες κοινωνικές επιταγές. (Μακρυνιώτη 2004 : 31). Ο Mauss, όπως αναφέρει ο Δημητρίου (2001), υποστηρίζει την ενότητα σωματικού, ψυχικού, και κοινωνικού και τονίζει ότι το πρώτο αντικείμενο και όργανο της τεχνικής του εξωγλωσσικού συμβολισμού είναι το σώμα μας. Θεωρεί ότι το σώμα προσδιορίζεται κοινωνικά με βάση το γόητρο και το ταξινομεί με πολιτισμικά κριτήρια : α) κατά φύλο και ηλικία, β) στάσεις (ύπνος, κάθισμα), γ) κινήσεις (πλύσιμο, πιάσιμο), δ) χειρονομίες (φλερτ) (Δημητρίου 2001 : 241).

Στην θεώρηση του Elias, το σώμα προσεγγίζεται ως ατελής βιολογική οντότητα, η οποία οφείλει να υποβληθεί σε μια μακρόχρονη διαδικασία εκπαίδευσης πριν γίνει πλήρως αποδεκτή από την κοινωνία. Ο σταδιακός «εκπολιτισμός» του ανθρωπίνου σώματος, μέσω των διαδικασιών της κοινωνικοποίησης, της εκλογίκευσης, και της εξατομίκευσης είναι μια πορεία σταδιακού ελέγχου των φυσικών λειτουργιών του σώματος, καθώς και του ελέγχου των συναισθημάτων, σύμφωνα με τις κοινωνικές και πολιτισμικές επιταγές (Μακρυνιώτη 2004 : 32). Η κοινωνικοποίηση αφορά στον τρόπο με τον οποίο οι φυσιολογικές σωματικές λειτουργίες των ατόμων ρυθμίζονται και οργανώνονται πλέον κοινωνικά. Τέλος η εξατομίκευση, προβάλλει την τάση των ατόμων να συλλαμβάνουν τους εαυτούς τους σαν ξεχωριστές οντότητες από τους άλλους, με το σώμα τους να δρα σαν

«περικλείον» τον εαυτό τους. Υπάρχει η αίσθηση της απομόνωσης και ο αναστοχασμός πάνω στο σώμα και τον εαυτό (Αρώνη 2008 : 20).

Ο P.Bourdieu υιοθετώντας τη θεωρία της δομοποίησης όπως διατυπώθηκε από τον Giddens, εξετάζει την προβληματική του επιστημονικού δυϊσμού μεταξύ υποκειμενισμού και αντικειμενισμού, και απορρίπτει τη μέθοδο θεώρησης που ανάγει την εμπειρία σε αποκλειστικά δομικούς όρους αλλά και τη φαινομενολογική προβολή του εαυτού στον άλλον. Αντίθετα συνδυάζει τις εμπειρίες των ατόμων με τις κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες αναδύθηκαν (Οικονόμου 2005 : 188-190). Ο P.Bourdieu ασχολήθηκε με το σώμα ως μορφή χαρτογράφησης, προβολής και αναπαραγωγής των οικονομικο-κοινωνικών ανισοτήτων. Θεωρεί ότι οι κοινωνικές ανισότητες δημιουργούνται από τέσσερις διαφορετικές μορφές κεφαλαίου: το οικονομικό κεφάλαιο (η οικονομική δύναμη), το πολιτισμικό κεφάλαιο (το μορφωτικό επίπεδο - επίπεδο γνώσεων), το συμβολικό κεφάλαιο (ο τρόπος παρουσίασης του εαυτού σε σχέση με τους άλλους), το φυσικό κεφάλαιο (το σώμα-βιολογικά χαρακτηριστικά). Για την ανάλυση αυτή, χρησιμοποίησε τις κατηγορίες του πολιτισμικού (cultural capital) και του κοινωνικού κεφαλαίου (social capital), που εδράζουν στο φυσικό κεφάλαιο και εμπεριέχουν και το σώμα. Για να κάνει κατανοητές τις έννοιες του πολιτισμικού και κοινωνικού κεφαλαίου ο P.Bourdieu έκανε ιδιαίτερη αναφορά στις έννοιες της συνήθειας (habitus) και της πρακτικής (practice) (Αλεξιάς 2006 : 162-163). Σύμφωνα με την θεωρία του, « η σωματική γνώση είναι αυτή που ωθεί τους κυριαρχούμενους να συμβάλουν στην κυριαρχία που υφίστανται...» (Δημητρίου 2001 : 304).

Σημαντικό επίσης είναι το έργο του ο E.Goffman (1959), ο οποίος θεώρησε ότι οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών μιας ομάδας ή μιας κοινωνίας βασίζονται σε συμβολικές τελετουργικές δραστηριότητες. Θεωρεί το σώμα ως μορφή καταγραφής και αναπαραγωγής κοινωνικών συμπεριφορών και στάσεων, επομένως είναι ενεργό στοιχείο στη συγκρότηση των κοινωνικών σχέσεων. Προτείνει όπως αναφέρει ο Shilling, τη διαμόρφωση μιας διπλής ταυτότητας που αποτελείται από την:

α) δυνητική (virtual) κοινωνική ταυτότητα, το πώς βλέπει το άτομο την ταυτότητα του και τον εαυτό του και

β) την πραγματική (actual) κοινωνική ταυτότητα, το πώς τον βλέπουν οι άλλοι (Αλεξιάς 2006 : 159-160). Ο Goffman ενδιαφέρεται για το πώς το σώμα παρεμβαίνει και επηρεάζει το είδος και την έκβαση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης στο πλαίσιο

της καθημερινότητας. Αν και βασική κοινωνική μεταβλητή, τα ενσώματα υποκείμενα δεν είναι αυτόνομα αλλά υπόκεινται σε κοινωνικούς περιορισμούς. Η προσέγγιση του Goffman χαρακτηρίζεται από τρεις κεντρικές θέσεις: Πρώτον, το σώμα θεωρείται ως υλική ιδιοκτησία του ατόμου. Δεύτερον, ενώ το σώμα δεν παράγεται στην πραγματικότητα από κοινωνικές δυνάμεις, όπως στο έργο του Foucault, οι σημασίες που αποδίδονται σε αυτό είναι καθορισμένες από τους «ιδιωματισμούς του σώματος» (body idioms), τους οποίους τα άτομα ναι μεν έχουν από κοινού, αλλά δεν βρίσκονται κάτω από τον άμεσο έλεγχο τους. Ο όρος «ιδιωματισμός του σώματος», είναι ένα συμβατικό σχήμα μη-λεκτικής επικοινωνίας, η οποία είναι κατά πολύ το πιο σημαντικό συστατικό της δημόσιας συμπεριφοράς. Τρίτον, το σώμα διαμεσολαβεί αποφασιστικά στη σχέση ανάμεσα στην ταυτότητα του εαυτού και την κοινωνική ταυτότητα του ατόμου (Αρώνη 2008 : 40-41).

1.2.3.10. Το σώμα στην «κοινωνία σε κίνδυνο»

Ωθηση στην κοινωνιολογική ανάλυση του σώματος προσέφερε και η μελέτη των αυξημένων περιβαλλοντικών προβλημάτων, τα οποία προσλαμβάνονται ότι φθείρουν το σώμα και έχει πλέον αποδειχθεί ότι μετέχουν στο επίπεδο υγείας ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού. Χαρακτηριστική είναι η συμβολή του U.Beck (1999) στην ανάδειξη του σώματος ως αντικείμενο ανάλυσης στο πλαίσιο της εγκαθίδρυσης της «κοινωνίας σε κίνδυνο» (Αλεξιάς 2006 : 134). Ενώ στις προ-βιομηχανικές κοινωνίες οι ατυχίες και οι αρρώστιες αποδίδονταν στη μοίρα ή στην θεϊκή παρέμβαση, οι σύγχρονοι κίνδυνοι σχετίζονται περισσότερο με τις πραγματιστικές συνθήκες διαβίωσης της εκβιομηχανισμένης κοινωνίας (Nettleton 2002 : 93). Η έννοια της επικινδυνότητας, η οποία επικρατεί στη σύγχρονη εποχή είναι αποτέλεσμα της ορθολογικοποίησης της κοινωνικής δραστηριότητας των δυτικών πολιτισμών. Η επικινδυνότητα είναι αποτέλεσμα εξάρτησης από θεσμούς όπως το κράτος, τα νοσοκομεία κ.ά. στις σύγχρονες οργανωτικές μορφές. Η διαφορά της επικινδυνότητας με τον κίνδυνο στις πρότερες ιστορικές περιόδους, είναι ότι η επικινδυνότητα δεν ταυτίζεται με ένα συγκεκριμένο ορατό κίνδυνο ή υποκείμενο, και επιπλέον παρουσιάζει μια ευρεία κατανομή χωρίς διακρίσεις ταξικές ή άλλες. Επιπροσθέτως, ο φόβος ένα συναίσθημα το οποίο κάποτε αποτελούσε απάντηση σε συγκεκριμένα γεγονότα, τώρα φέρεται να συνυπάρχει στην καθημερινή πρακτική. Ο

φόβος σήμερα διοχετεύεται σαν κοινωνική επιρροή και μετατρέπεται από ατομικό συναίσθημα σε συμπεριφορά. Ο A.Tudor (2003), αναφέρεται σε Κουλτούρες και όχι σε Κουλτούρα του φόβου, διότι ο συνδυασμός συλλογικών-δομής (περιβάλλον, κουλτούρα, κοινωνικές δομές) και ατομικών-δράσης (το σώμα, η προσωπικότητα και η κοινωνική υπόσταση του ατόμου) στοιχείων για την τελική έκφραση του φόβου ποικίλλει ακόμα και στο εσωτερικό μιας κοινωνίας λόγω της συνύπαρξης διαφορετικών κουλτούρων (Αλεξιάς 2006 : 137).

Όπως αναφέρει ο Giddens (2009), οι νέοι κίνδυνοι προέρχονται από τις επιπτώσεις της τεχνολογίας και από ακτινοβολίες και άλλες μορφές τοξικής μόλυνσης, παράγωγα της ανθρώπινης εξέλιξης (Giddens 2009 : 690). Παράλληλα με τους περιβαλλοντικούς κινδύνους, ενυπάρχει πάντα και ο κίνδυνος νέων ασθενειών και η ταυτόχρονη ορθολογικοποιημένη διαχείριση και επιτήρηση από την ιατρική επιστήμη. Ο υπολογισμός αυτών των υποθετικών και στατιστικά προσδιορισμένων κινδύνων οδηγεί στην πρόληψη και στη γενικευμένη επιτήρηση. Σκοπός της δεν είναι η καταπολέμηση ή η θεραπεία ή η προστασία από ένα επικίνδυνο άτομο αλλά η πρόβλεψη όλων των ενδεχόμενων μελλοντικών κινδύνων. Σε αυτό το πλαίσιο επικινδυνότητας το σώμα προσδιορίζεται ως το στοιχείο εκείνο μέσω του οποίου εκφράζεται και υλοποιείται ο κίνδυνος. Σύμφωνα με τον J.Ogden (1995), στα πρώτα στάδια της επιστημονικής ιατρικής ο κίνδυνος για την υγεία του ατόμου προερχόταν από εξωτερικούς παράγοντες, όπως τα μικρόβια και οι ιοί οι οποίοι διαπερνούσαν το σώμα και εισήγαγαν την ασθένεια.

«Πλέον ο κίνδυνος δεν είναι εξωτερικός από το άτομο, από τον εαυτό, με τη μορφή των μικροβίων και της μόλυνσης, όπως το βιοϊατρικό μοντέλο, ούτε προϊόν της αλληλόδρασης μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντός τους, όπως το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Ο κίνδυνος στην υγεία εννοιολογείται ως ο εσωτερικός και εύχρηστος εαυτός. Ο κίνδυνος για την υγεία πηγάζει από την ύπαρξη ή την ανυπαρξία αυτοελέγχου, ο οποίος διαχειρίζεται και ελέγχει τις μεταβλητές επιθυμίες που εκθέτουν το σώμα στις απειλές. Ο ιός του AIDS δεν είναι πλέον επικίνδυνος για την υγεία, επικίνδυνη είναι η ικανότητα να ελέγξει τη σεξουαλική του συμπεριφορά... Στο τέλος του εικοστού αιώνα το άτομο είναι σε κίνδυνο εξαιτίας του εαυτού του (risky self)» (Ogden 1995 : 412-413, Αλεξιάς 2006 : 139).

Στο πλαίσιο της επέκτασης, λοιπόν, της κουλτούρας του κινδύνου η σύγχρονη ιατρική του εικοστού αιώνα έχει εκλάβει μια νέα μορφή που στηρίζεται στη γενικευμένη επιτήρηση του πληθυσμού των υγιών ατόμων. Παράγεται με τον τρόπο

αυτό ένας καινούργιος προσδιορισμός της ασθένειας, της υγείας και της ιατρικής δράσης. Η φυσιολογική κατάσταση προβληματοποιείται και μετασχηματίζεται η κλασσική σχέση μεταξύ συμπτώματος της ασθένειας (symptom), σημαδιού μέσω του οποίου την αναγνωρίζει κλινικά ο γιατρός (sign), και της ασθένειας ως οντότητας (illness) (Αλεξιάς 2006 : 145). Στον εικοστό αιώνα έχουμε δηλαδή αυτό που ονομάζει ο D.Armstrong (1995) «προβληματοποίηση του φυσιολογικού» (problematisation of the normal). Η υγεία και η ασθένεια δεν αποτελούν πλέον διακριτές κατηγορίες, εφόσον το παθολογικό μπορεί να υπάρχει μέσα στο σημερινά φυσιολογικό και να εκδηλωθεί στο μέλλον. Το σώμα με αυτήν την έννοια βρίσκεται πάντα σε κίνδυνο να ασθενήσει. Η πολιτική της διαρκούς προστασίας και διατήρησης της υγείας, εκφράζεται με τους περιοδικούς ιατρικούς ελέγχους, τη δίαιτα, και την άσκηση. Η επεκτεινόμενη και διαρκής επιτήρηση στηρίζεται εννοιολογικά σε έναν καινούργιο προσδιορισμό της ασθένειας, στη λογική της πιθανότητας εμφάνισης, βάσει προσδιορισμένων συνθηκών που συνδέονται με τον τρόπο ζωής. Στην παραδοσιακή σχέση μεταξύ συμπτώματος, σημαδιού και ασθένειας επεμβαίνει πλέον ως κατηγορία ο «παράγοντας» (factor), ο οποίος νοηματοδοτείται από την έννοια του κινδύνου (risk). Ο Armstrong τέλος, υποστηρίζει ότι η διαρκής επιτήρηση του πληθυσμού, η οποία ελέγχει για την πιθανή εμφάνιση κινδύνων που περιέχουν την πιθανότητα εκδήλωσης της παθολογίας, κατασκευάζει εντέλει την καινούργια ταυτότητα του ατόμου, η οποία δομείται πάνω στην έννοια του κινδύνου (risk identity) (Αλεξιάς 2006 : 146).

Συμπεράσματα

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, έγινε μια συνοπτική παρουσίαση κατά πρώτον, της ιστορικής διάστασης των αντιλήψεων για την υγεία και την αρρώστια και πώς προσεγγίστηκε η έννοιά της διαπολιτισμικά. Κάθε εποχή και πολιτισμός προβάλλει τα ίδια συστήματα αναφοράς για τις έννοιες αυτές.

Κατά δεύτερον, στη σύγχρονη εποχή, στην ουσία γίνεται επαναπροσέγγιση της αρχαϊκής ολιστικής αντίληψης για την υγεία και την πρόληψη, με ανάλογη προσαρμογή στα σύγχρονα δεδομένα της ιατρικής και της τεχνολογίας. Ταυτοχρόνως υιοθετείται από την ιατρική η μηχανιστική αντίληψη για το σώμα. Ως εκ τούτου, σήμερα οι κυρίαρχες αντιλήψεις της ιατρικής για την υγεία και το σώμα βρίσκουν τις ρίζες τους βαθιά πίσω στον χρόνο και στις θεωρίες που αναπτύχθηκαν στο παρελθόν, με μια σύγχρονη οπτική.

Κατά τρίτον, καταγράφονται οι κοινωνιολογικές απόψεις για το δίπολο υγείας-αρρώστιας, το σώμα και τη διαδικασία της σωματοποίησης, για να γίνει ακριβώς κατανοητό πώς διαπλέκονται τα θεωρητικά πεδία στη σύγχρονη αντίληψη. Κάθε γνώση γύρω από το σώμα και την κατάσταση της υγείας και της αρρώστιας είναι ιστορικά τοποθετημένη και φορτισμένη με πολιτικό νόημα. Η εμπειρία για την υγεία και την αρρώστια έτσι όπως βιώνεται από κάθε άτομο είναι αποτέλεσμα κοινωνικών, πολιτισμικών και πολιτικών πραγματικοτήτων. Η αντίληψη για το σώμα είναι το απαύγασμα των βιωματικών λόγων του ατόμου μέσα από τη διαδρομή της κοινωνικής κατασκευής. Τοιουτοτρόπως, η ελλειμματική προοπτική αντίληψη της βιοϊατρικής παρουσιάζει ουσιαστικούς περιορισμούς, εγκλωβίζοντας τον άνθρωπο στην σωματική του διάσταση και αποκόποντας τον από τη σωματοποιημένη βιολογική και κοινωνική του οντότητα. Η εμπλοκή της κοινωνιολογίας και η διάδραση με την ιατρική επιστήμη, πέρα από τους επιστημονικούς προβληματισμούς και τις αντιθέσεις, οδήγησαν και στη σφαιρικότερη αντίληψη για την υγεία και το σώμα ως κοινωνικά συστήματα.

Η πρόκληση για την ιατρική και την επιδημιολογία, ακόμη περισσότερο για την κοινωνιολογία είναι οι σύγχρονες μορφές των ασθενειών και η τοποθέτηση του ανθρώπου σε ένα στείο και ελεγχόμενο περιβάλλον απόρριψης της έννοιας της αρρώστιας. Ο «νέος» άνθρωπος, του 21ου αιώνα πρέπει να διατηρείται υγιής και να κρατάει την νεότητα του για περισσότερα χρόνια. Ο «νέος» άνθρωπος, είναι υποχρεωμένος να ζει μέσα σε ένα επικίνδυνο περιβάλλον και να βιώνει έναν

επικίνδυνο εαυτό. Πάνω σε αυτή τη βάση, η ιατρική και η επιδημιολογία στη σύγχρονη εποχή μεταλλάσσονται. Από θεραπευτικές και με σημασία στον άρρωστο γίνονται όλο και περισσότερο προφυλακτικού χαρακτήρα. Ο στόχος των υπηρεσιών υγείας δεν είναι ο άρρωστος, αλλά ο υγιής. Η αναζήτηση της ασφάλειας μέσα από ένα ρευστό, ανασφαλές και συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, κυριαρχεί πλέον και στον τομέα της υγείας. Υπηρεσίες και οργανισμοί αναπτύσσουν πολιτικές υγείας για να διασφαλίζουν τον γενικό πληθυσμό και τον καθένα ατομικά. Η πρόληψη θεωρείται περίπου πανάκεια και η λύση στις μεγάλες προκλήσεις για την υγεία, στην σύγχρονη εποχή. Η επικρατούσα σύγχρονη προσέγγιση για την υγεία και την πρόληψη προσδιορίζεται από την επικράτηση του Π.Ο.Υ. και την εφαρμογή καθολικών πολιτικών υγείας μέσα από έναν μηχανισμό επιτήρησης και ελέγχου της παγκόσμιας υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:
Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

- Π.Ο.Υ. - ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
- ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
- Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ
- ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο, γίνεται μια προσέγγιση του ορισμού της υγείας και της θέσης της προαγωγής και της πρόληψης, τα τελευταία χρόνια. Στη σύγχρονη εποχή, αναδύθηκαν υπερεθνικοί οργανισμοί παγκόσμιας δράσης, σύμπτωμα και αποτέλεσμα της διαδικασίας της παγκοσμιοποίησης που συντελείται στις μέρες μας. Αναγνωρίζεται ότι η υγεία δεν αποτελεί πεδίο δράσης μόνο των εθνικών κρατών αλλά διακρατικής, διεθνικής και διεπιστημονικής συνεργασίας. Οι κοινωνικές πολιτικές που αναπτύχθηκαν στον τομέα της υγείας υπό την επίδραση διεθνών οργανισμών, όπως ο Π.Ο.Υ., στόχο έχουν την αδιαμφισβήτητη καθιέρωση του δικαιώματος στην υγεία του κάθε ατόμου ξεχωριστά, ταυτοχρόνως με την εξομάλυνση των ανισοτήτων στην πρόσβαση, στη χρήση και στα μέσα παροχής υπηρεσιών υγείας. Αφετέρου, αναφέρονται στην ευρύτητα της καθιέρωσης του ρόλου του κοινωνικού κράτους, κάτι που φαντάζει ουτοπικό στις μέρες μας (Σακελλαρόπουλος 2001 : 13 -14).

Η σημαντικότερη δράση του Π.Ο.Υ. είναι η επαναφορά του ολιστικού μοντέλου υγείας. Η ανάδειξη του ρόλου της προαγωγής υγείας και της πρόληψης, μέσα από τις παραινέσεις του Π.Ο.Υ., ως σημαντικών υποστηρικτικών εργαλείων για την διατήρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, αποτελεί ταυτόχρονα το στόχο της ιατρικής προσέγγισης. Η διαμόρφωση θετικών συμπεριφορών για την υγεία του γενικού πληθυσμού, συμπορεύεται. Τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα για την υγεία, προσλαμβάνουν τους εμπλεκόμενους παράγοντες σχηματοποίησης των πεποιθήσεων για την υγεία και σηματοδοτούν ένα σημαντικό εργαλείο στην φαρέτρα της προαγωγής της υγείας, κατά την βιοϊατρική άποψη. Η κοινωνιολογία της προαγωγής της υγείας ωστόσο, παρουσιάζει μια περισσότερο ανθρωποκεντρική προσέγγιση του ζητήματος της προαγωγής και της πρόληψης της υγείας.

2.1. Ο ρόλος του Π.Ο.Υ. στις σύγχρονες διαστάσεις στην υγεία και στην πρόληψη

Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και τις σημαντικές αλλαγές που επέφερε στον ευρύτερο κοινωνικο-οικονομικό και πολιτισμικό επίπεδο, αλλά και με την εδραίωση της έννοιας της παγκοσμιότητας, ιδρύθηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Ορίστηκε ως σημείο αναφοράς για την παγκόσμια δράση στον τομέα της υγείας. Ο ρόλος του προσδιορίζεται στην οριοθέτηση και εναρμόνιση του συνόλου των δραστηριοτήτων που έχουν πρωταρχικό τους σκοπό τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας των ανθρώπων, κάτω από ένα καθολικό θεσμικό πλαίσιο. Ο Π.Ο.Υ. συντονίζει, παρακολουθεί, παρεμβαίνει και καθοδηγεί τις εξελίξεις για την υγεία. Σύμφωνα, με το καταστατικό του οργανισμού οι βασικές αρχές οι οποίες προσδιορίζουν το πλαίσιο των δραστηριοτήτων είναι οι εξής:

α) Η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή ανικανότητας.

β) Η διασφάλιση της καλής υγείας όλων των πολιτών αποτελεί προϋπόθεση της παγκόσμιας ειρήνης και ασφάλειας.

γ) Τα επιτεύγματα κάθε κράτους στον τομέα της υγείας, έχουν αξία για όλους τους λαούς.

δ) Οι ανισότητες στην προαγωγή υγείας και στον έλεγχο των μεταδοτικών νοσημάτων αποτελούν κίνδυνο για όλα τα κράτη.

ε) Η ανάπτυξη της υγείας του παιδικού πληθυσμού είναι πρωταρχικός στόχος.

στ) Η διάχυση των ευεργετικών αποτελεσμάτων της ιατρικής και των σχετικών επιστημονικών πεδίων συμβάλλει στην επίτευξη του ανώτερου επιπέδου υγείας.

ζ) Η πληροφόρηση του κοινού και η ενεργός συμμετοχή είναι ουσιαστικής σημασίας για τη βελτίωση της υγείας.

η) Οι κυβερνήσεις έχουν την ευθύνη για την υγεία του γενικού πληθυσμού τους, η οποία μπορεί να εκπληρωθεί μόνο με την παροχή υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων (Constitution Of the World Health Organization¹ Σακελλαρόπουλος 2001 : 99-100).

Με άλλα λόγια πέρα από τις δράσεις, παράγει και θεσμοθετεί μια ολόκληρη ιδεολογία γύρω από την έννοια και την αντίληψη για την υγεία. Ενσωματώνει αντίστοιχες επίκαιρες θεωρητικές προσεγγίσεις, ακολουθώντας τις τάσεις προς απάντηση στους κινδύνους και στις προκλήσεις για την παγκόσμια υγεία. Η

διάδραση με τα διάφορα επιστημονικά πεδία όπως, την ιατρική, τη βιοϊατρική, την τεχνολογία της υγείας, τα οικονομικά της υγείας, την κοινωνιολογία της υγείας, τη διοικητική επιστήμη, την ψυχολογία κ.ά., ανακλώνται και αποτυπώνονται στις διακηρύξεις που προκύπτουν.

Θα ήταν θεμιτό να τονιστεί ότι ο Π.Ο.Υ., δεν έχει την νομική δυνατότητα άμεσης εξουσιαστικής και εκτελεστικής δύναμης, παρά μόνο κινείται στα πλαίσια της διεθνούς διπλωματίας, ενθαρρύνοντας τα μέλη του οργανισμού να διαμορφώνουν από μόνα τους την κατάλληλη νομοθεσία για να αναπτύξουν την πολιτική υγείας που αρμόζει στις ανάγκες τους (Σακελλαρόπουλος 2001:101). Στη συνέχεια, παρατίθενται οι πιο σημαντικές διακηρύξεις και οδηγίες, με απώτερο σκοπό να γίνει κατανοητή και ευδιάκριτη, η επίδραση του ρόλου του ΠΟΥ σε ιδεολογικό και πρακτικό επίπεδο.

2.1.1. Π.Ο.Υ. - Διακηρύξεις και οδηγίες

Η ίδρυση του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας τον Απρίλιο του 1948, η οποία προκύπτει από τη συνεδρίαση των Ηνωμένων Εθνών (United Nations) το 1945, και η δημοσίευση της συνταγματικής διακήρυξης για την υγεία, αποτελούν ορόσημο. Το 1946 υπεγράφη στη Νέα Υόρκη από το Διεθνές Συνέδριο για την Υγεία και εισήχθη σε ισχύ το 1948¹, ο θετικός ορισμός για την υγεία ως « *πλήρη σωματική, ψυχική, και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας*», ο οποίος εκ πρώτης πάρα το ότι αντιμετωπίστηκε με κάποιο σχετικό σκεπτικισμό, εδραίωσε μια ολιστική προσέγγιση για την υγεία.

Αργότερα, η συνδιάσκεψη του Π.Ο.Υ. (WHO) το 1978 στην Άλμα Άτα² διακήρυξε ότι «*η υγεία αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα*» και ότι « *η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου της για κάθε άτομο είναι ο σημαντικότερος παγκόσμιος κοινωνικός στόχος*». Στη συνδιάσκεψη αυτή, καθορίστηκε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως περιλαμβάνουσα τόσο υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας όσο και υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης.

¹ Constitution Of the World Health Organization .The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (*Off. Rec. Wld Hlth Org.*, 2,100), and entered into force on 7 April 1948.

² Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, WHO.

Στο σύνολο τους οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υποστηρίχθηκε ότι οφείλουν να διασφαλίσουν υπέρ του πολίτη την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση καθώς και την αντιμετώπιση της ασθένειας του σε πρώτο βαθμό, χωρίς δηλαδή την ανάγκη να καταφύγει ο ασθενής σε νοσοκομειακή περίθαλψη (Κοντιάδης & Σουλιώτης 2005 : 103).

Η 34^η γενική συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) που πραγματοποιήθηκε το 1981, έθεσε σαν στρατηγική επιδίωξη το θέμα: «Υγεία για όλους το έτος 2000» (Health For All by the Year 2000 - HFA 2000). Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), θεωρήθηκε μοχλός αυτής της προσπάθειας, για αυτό και ένας από τους βασικούς στόχους που τέθηκε ήταν ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας.

Για την επίτευξη αυτών των στόχων, ο Π.Ο.Υ. θεσμοθέτησε το 1986 με την Διακήρυξη της Οττάβας³, την πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion), η οποία αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία και στη διαμόρφωση θετικών στάσεων και συμπεριφορών. Στη Διακήρυξη της Οττάβα το 1986, η υγεία ορίστηκε εκ νέου ως *«η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον»*. Η υγεία σ' αυτόν τον ορισμό γίνεται αντιληπτή ως μία δυναμική διαδικασία, που ορίζει ως βασικές προϋποθέσεις και ουσιαστικούς πόρους για την υγεία, τα ακόλουθα: *« ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεούμενες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα»* (Εικόνα 4).

Η Προαγωγή Υγείας σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. *«είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν»*³. Συνακόλουθα, η υγεία θα πρέπει να θεωρείται συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι αυτοσκοπός. Είναι, δηλαδή, μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στις κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες και ικανότητες του ατόμου. Με αυτή την έννοια, η προσανατολισμένη στην κοινότητα και στις ανάγκες του κάθε

³Ottawa Chapter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, WHO/HPR/HEP/95.1.

τοπικού πληθυσμού και διαποτισμένη από μια ουμανιστική αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια κοινωνικά προσανατολισμένη Προαγωγή Υγείας, έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια με την αύξηση του ειδικού βάρους της σύγχρονης νοσοκομειακής - θεραπευτικής ιατρικής (Τούντας 2003).

Εικόνα 4: Παράγοντες που επιδρούν στην υγεία



Πηγή: (Πρωτογενές : Dahlgren G., Whitehead M., 1992, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen- Μετάφραση Γείτονα Μ., Υ.Υ.Κ.Α.) Σουλιώτης Κ., 2007, *Οικονομικές ανισότητες και πολιτική υγείας*, σελ.31.

Επιπροσθέτως, το 1988, οι Συστάσεις που συμφωνήθηκαν στην Αδελαΐδα⁴ για την Υγιή Δημόσια Πολιτική (ή Δημόσια Υγεία), έδωσαν έμφαση στην ανάγκη για μεγαλύτερη συμμετοχή των ανθρώπων και την συνεργασία ανάμεσα στους διάφορους τομείς της πολιτικής και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Χαρακτηρίζεται από ένα σαφές ενδιαφέρον για την υγεία και την ισοτιμία σε όλες τις πολιτικές. Η ανάληψη της ευθύνης από την πολιτεία για τις επιπτώσεις στην υγεία, είναι επιβεβλημένη.

Το 1991, η Δήλωση στο Σούντσβααλ⁵ για το Υποστηρικτικό Περιβάλλον καθόρισε ότι το φυσικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον πρέπει να

γίνει υποστηρικτικό για την υγεία, και όχι καταστροφικό, όπως παρατηρείται ανά την υφήλιο. Ως καθοριστικά σημεία για την ανάπτυξη δράσεων υποστηρικτικού για την υγεία περιβάλλοντος, καθορίζονται τα εξής:

Κοινωνική διάσταση: ο κοινωνικός περίγυρος και οι κοινωνικές σχέσεις. Θετική συμπεριφορά και αξίες είναι καθοριστικές για την υγεία και την ευεξία του ατόμου.

Πολιτική διάσταση: διασφάλιση της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων. Δέσμευση για τα ανθρώπινα δικαιώματα, την ειρήνη και τη μείωση της χρηματοδότησης των εξοπλισμών.

Οικονομική διάσταση: ανακατανομή των πόρων με στόχο την επίτευξη της υγείας για όλους και την βιώσιμη ανάπτυξη.

Δεξιότητες γυναικών: αναγνώριση των δεξιοτήτων των γυναικών σε όλους τους τομείς (περιλαμβανομένων της οικονομίας και της διαμόρφωσης πολιτικής), και συμμετοχή των γυναικείων οργανώσεων στη διαμόρφωση πολιτικής και δομών προαγωγής υγείας.

Το 1997, η Διακήρυξη της Τζακάρτα⁶ για την Προαγωγή της Υγείας τον 21ο Αιώνα κάνει λόγο για τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία. Στόχος είναι η βελτίωση της υγείας, η συνεισφορά στη μείωση των ανισοτήτων υγείας, και η ενδυνάμωση, η ενίσχυση των ανθρώπινων δικαιωμάτων και του κοινωνικού κεφαλαίου. Τελικός στόχος είναι η αύξηση του προσδόκιμου υγιών και ποιοτικών χρόνων ζωής (QALYs) και ο περιορισμός των διαφορών και ανισοτήτων ανάμεσα σε χώρες και σε πληθυσμιακές ομάδες. Το όλο σκεπτικό βασίζεται σε τρεις άξονες:

- α) η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα,
- β) η ισότητα στην υγεία και η αλληλεγγύη μεταξύ και εντός των κρατών και των πολιτών τους,
- γ) η συμμετοχή και ευθύνη όλων των ατόμων, των ομάδων και των φορέων για τη συνεχή ανάπτυξη της υγείας (Σακελλαρόπουλος 2001 : 103).

⁴Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988.

⁵Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991.

⁶Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century, meeting in Jakarta from 21 to 25 July 1997.

Έτσι όπως κλιμακώνεται η πολιτική του Π.Ο.Υ. στην πάροδο των ετών, τελικός στόχος για τον 21ο αιώνα είναι η αντιμετώπιση των αρνητικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία. Ως μεγαλύτερη απειλή για την υγεία αναγνωρίζεται η φτώχεια. Οι δημογραφικές τάσεις, όπως η αστικοποίηση, η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και της συχνότητας εμφάνισης των χρόνιων νοσημάτων, η καθιστική ζωή και η απομάκρυνση γενικότερα από τα παλαιότερα πρότυπα διαβίωσης και διατροφής, η αντοχή στα αντιβιοτικά, η κατάχρηση ουσιών και η πολιτική και ενδοοικογενειακή βία, οι επανεμφανιζόμενες λοιμώδεις νόσοι και νέου τύπου ασθένειες, αλλά και τα προβλήματα ψυχικής υγείας απειλούν την ευεξία εκατομμυρίων ανθρώπων. Ταυτόχρονα διεθνείς εξωγενείς παράγοντες, φαίνεται ότι έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Η κρίση της παγκόσμιας οικονομίας, των οικονομικών αγορών και του εμπορίου, η ανισότητα στην πρόσβαση στα μέσα και στην τεχνολογία, καθώς και η περιβαλλοντική υποβάθμιση λόγω αλόγιστης χρήσης των πόρων, θέτουν νέους προσδιοριστικούς παράγοντες για την αντιμετώπιση των ασθενειών. Η ανάγκη για άμεση και αποτελεσματική ανάπτυξη πολιτικών για την υγεία, εστιάζεται γύρω από τον περιορισμό της εμφάνισης νοσημάτων που δύνανται να προληφθούν με απώτερο σκοπό την βελτίωση του επιπέδου υγείας των πληθυσμών αλλά και την μείωση των δαπανών στην υγεία.

2.2. Από την προαγωγή στην πρόληψη

Κατά το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα παρατηρείται μια μεταβολή στην φύση των ασθενειών που σηματοδότησε την ανάλογη ανάγκη ανταπόκρισης της κοινωνίας. Η ιατρική έχει να αντιμετωπίσει ασθένειες που δεν είναι πλέον οξείες και καταληκτικές. Το βάρος μετατοπίζεται στην αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων, νοσημάτων του σύγχρονου κόσμου όπως τα καρδιαγγειακά, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι διάφορες μορφές καρκίνου. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η συνεπαγόμενη αυξημένη φροντίδα για παρακολούθηση και όχι μόνο για θεραπεία (εξ ορισμού οι χρόνιες παθήσεις δεν επιδέχονται πάντα επιτυχείς θεραπείες) καθορίζουν και αποτελούν προτεραιότητες. Τα αίτια των ασθενειών προσδιορίζονται πλέον, στο σύγχρονο τρόπο ζωής και για αυτό θεωρείται ότι μπορεί να αποφευχθούν μέσω της πρόληψης και της προαγωγής υγείας. Όπως παρατηρεί η Nettleton (2002) από τα μέσα της δεκαετίας του 1970, τα κείμενα πολιτικών υγείας δίνουν έμφαση στην προαγωγή της υγείας για τους εξής τέσσερις λόγους:

α) Η πίεση για αποτελεσματικότητα οδήγησε στην εξέλιξη και στην ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας με αποτέλεσμα την προκλητή ζήτηση και την αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας.

β) Η φύση των νοσημάτων άλλαξε με την επικράτηση των χρόνιων που συνεπάγονται αυξημένες δαπάνες φροντίδας.

γ) Η αύξηση του πληθυσμού και των ατόμων τρίτης ηλικίας, οδήγησε σε μεταστροφή των τύπων των υπηρεσιών με μεγαλύτερες οικονομικές δαπάνες.

δ) Η χρηματοδότηση ενός συστήματος υγείας καλείται να αντιμετωπίσει την απεριόριστη ζήτηση, σε μια εποχή περικοπών και περιορισμού των κονδυλίων για την υγεία (Nettleton 2002 : 306).

Η προαγωγή υγείας αποτελεί μια ευρύτερη και γενικότερη έννοια από την πρόληψη με αναφορικό σημείο την απόκτηση ελέγχου από το άτομο ή την κοινωνική ομάδα, σε θέματα υγείας. Για πολλά χρόνια, οι επαγγελματίες του τομέα υγείας θεωρούσαν ότι ο ιδανικός τρόπος για τη βελτίωση της υγείας ενός πληθυσμού, πραγματοποιείται μέσω της εκπαίδευσης (Naidoo & Wills 1999 : preface).

Σήμερα, η προαγωγή της υγείας εξακολουθεί να βασίζεται στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας (αγωγή υγείας), αλλά ταυτόχρονα αναγνωρίζεται ότι υπάρχουν αποτελεσματικότεροι τρόποι διαμόρφωσης στάσεων απέναντι στην υγεία. Η αλλαγή των ατομικών επιλογών που οδηγεί στην ενσωμάτωση θετικών συμπεριφορών, ταυτόχρονα με το κοινωνικό περιβάλλον (η οικογένεια, οι φίλοι, η κοινότητα), τον πολιτισμό, την οικονομική κατάσταση και τις πολιτικές δυνάμεις αποτελούν τα σύγχρονα πεδία δράσης της προαγωγής της υγείας.

Σημαντική διαπίστωση αποτελεί το γεγονός ότι η προαγωγή υγείας ξεκινά από την παραδοχή ότι η υγεία σχετίζεται με τον τρόπο ζωής και ότι ορισμένοι τρόποι ζωής θεωρούνται πιο «επικίνδυνοι» από άλλους (Nettleton 2002 : 316).

2.3. Η έννοια της πρόληψης

Η έννοια της πρόληψης περιλαμβάνει *«δράσεις που αποσκοπούν στην εξάλειψη ή ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της ασθένειας και της αναπηρίας ή εάν κανένα από αυτά δεν είναι εφικτό τότε να καθυστερούν την πρόοδο της ασθένειας ή της αναπηρίας»^{3,7}*. Οι προληπτικές δράσεις προσανατολίζονται, προς την αποτροπή της εμφάνισης συγκεκριμένων ασθενειών και τον περιορισμό των κρουσμάτων τους.

Ο λόγος της πρόληψης προσδιορίζεται με βάση τη σύγχρονη επιδημιολογική λογική της ιατρικής γνώσης. Στόχος της είναι να ελέγχει τη μετάδοση των μολυσματικών ασθενειών. Αποβλέπει στη μείωση του κίνδυνου εμφάνισης των εκφυλιστικών ασθενειών ή άλλων ειδικών παθήσεων και των συνεπειών τους για το άτομο, την κοινωνία και το περιβάλλον, μέσω προγραμμάτων προαγωγής της υγείας. Η πρόληψη, όπως αναφέρουν οι Gullota & Bloom (2003) είναι μια δυναμική διαδικασία που περιλαμβάνει τρία στάδια:

α) πρωτογενής πρόληψη : περιλαμβάνει τα μέτρα που αποσκοπούν στη μείωση της επίπτωσης μιας νόσου στον πληθυσμό, δηλ. τον περιορισμό της εμφάνισης νέων περιπτώσεων, με ατομικά ή συλλογικά μέσα. Η πρωτογενής πρόληψη συνίσταται σε δράσεις και μέτρα που εμποδίζουν την εμφάνιση των παραγόντων κινδύνου, και συντελούν στην αλλαγή συμπεριφοράς και πολιτιστικών προτύπων διαβίωσης. Για παράδειγμα, πολλά προβλήματα υγείας των ενηλίκων (όπως παχυσαρκία, υπέρταση), έχουν την προέλευσή τους νωρίς στην παιδική ηλικία, διότι ο τρόπος ζωής διαμορφώνεται σε εκείνη τη χρονική περίοδο (όπως διατροφικές συνήθειες, φυσική άσκηση). Σημαντικά δείγματα πρωτογενούς πρόληψης αποτελούν η χλωρίωση και φθορίωση του νερού, η διαχείριση των λυμάτων και οι μαζικοί εμβολιασμοί. Έτσι, η πρωτογενής πρόληψη μπορεί να οριστεί ως η ενέργεια πριν από την εκδήλωση της νόσου, ώστε η ασθένεια να μην εκδηλωθεί ποτέ. Περιλαμβάνει την έννοια της θετικής υγείας. Ενθαρρύνει την επίτευξη και διατήρηση του ενός αποδεκτού επίπεδου προστασίας της υγείας, που θα επιτρέπει σε κάθε άτομο να οδηγηθεί σε μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή (Gullota & Bloom 2003 : 28-29).

Ο Π.Ο.Υ. προτείνει τις ακόλουθες προσεγγίσεις για την πρωτογενή πρόληψη των χρόνιων ασθενειών:

α) Στρατηγική για όλο τον πληθυσμό. Η Στρατηγική για τον πληθυσμό στρέφεται στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως των επιμέρους ομάδων υψηλού κινδύνου.

β) Στρατηγική για ομάδες υψηλού κινδύνου. Η πληθυσμιακή προληπτική δράση εστιάζει:

⁷ Health Promotion Glossary, 1998, World Health Organization WHO/HPR/HEP/98.1.

i) στην παρέμβαση στο επίπεδο κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, καθώς οδηγεί στην ανισότητα χρήσης και πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες, και

ii) στις παρεμβάσεις, που αποσκοπούν στην αλλαγή στάσεων, συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής. Η στρατηγική αντιμετώπισης ομάδων υψηλού κινδύνου έχει σκοπό να ασκήσει προληπτική δράση σε άτομα που διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο με βάση τη δημογραφία, το οικογενειακό ιστορικό, κ.ά. (Salama 2009).

β) δευτερογενής πρόληψη: αποσκοπεί στη μείωση του επιπολασμού μιας αρρώστιας σε ένα πληθυσμό, δηλ. προσβλέπει στην πρώιμη διάγνωση και θεραπεία. Η έγκαιρη διάγνωση, με τη διενέργεια ειδικών διαγνωστικών εξετάσεων για τον εντοπισμό της νόσου πριν εμφανιστούν κλινικά συμπτώματα, παρέχει τη δυνατότητα για άμεση και αποτελεσματική θεραπεία ορισμένων συχνών μορφών καρκίνου, όπως του τραχήλου της μήτρας και του μαστού στις γυναίκες, του προστάτη στους άνδρες, του παχέος εντέρου και στα δύο φύλα. Η δευτερογενής πρόληψη ορίζεται ως η δράση που ανιχνεύει την πρώιμη εξέλιξη της ασθένειας (σε αρχόμενη φάση) και αποτρέπει επιπλοκές με συγκεκριμένες παρεμβάσεις, όπως η έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία. Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να συλλάβει τη διαδικασία της νόσου, την αποκατάσταση της υγείας με την αναζήτηση ασθένειας που δεν έχει αναγνωριστεί ακόμη και τη θεραπεία της νόσου πριν αμετάκλητες παθολογικές μεταβολές λάβουν χώρα, καθώς και να αντιστρέψει την μεταδοτικότητα των λοιμωδών νόσων (Gullota & Bloom 2003 : 28-29). Επιτροπή εμπειρογνομόνων του Π.Ο.Υ. το 1973, όρισε την έγκαιρη ανίχνευση των διαταραχών της υγείας ως *«την ανίχνευση των διαταραχών της ομοιοστασίας και αντισταθμιστικών μηχανισμών ενώ οι βιοχημικές, μορφολογικές και λειτουργικές αλλαγές είναι ακόμα αναστρέψιμες»* (Salama 2009). Είναι ευρέως γνωστό ότι όσο νωρίτερα η νόσος διαγνωστεί τόσο καλύτερη η πρόγνωση και θεραπεία της ασθένειας.

γ) τριτογενής πρόληψη: στοχεύει στη μείωση του επιπολασμού της χρόνιας ανικανότητας ή των υποτροπών της στον πληθυσμό, προσφέροντας προγράμματα αποκατάστασης, επαγγελματικής και κοινωνικής επανένταξης. Παράδειγμα η επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων και το πρόγραμμα συστηματικών μεταγγίσεων των πασχόντων από θαλασσαιμία. Η τριτογενής πρόληψη χρησιμοποιείται όταν η διαδικασία της νόσου έχει προχωρήσει πέρα από τα πρώτα στάδια της. Η εφαρμογή της καθορίζεται από την χρήση *«όλων των διαθέσιμων μέτρων για να μειώσουν ή να περιορίσουν μειονεξίες και αναπηρίες, και να προωθήσει την προσαρμογή των*

ασθενών στις συνθήκες». Η ουσιαστική παρέμβαση στο στάδιο της τριτογενούς πρόληψης είναι ο περιορισμός της αναπηρίας και της αποκατάστασης, η οποία νοείται ως «η συνδυασμένη και συντονισμένη χρήση των ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών, καθώς και άλλων μέτρων για την επαγγελματική κατάρτιση και την επανεκπαίδευση του ατόμου στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο της λειτουργικής του ικανότητας» (Salama 2009).

Εν συνόψει, στο τρίπτυχο αιτιώδες μοντέλο (tripartite causal model) από τους Leavell και Clark (1976), οι οποίοι ανέπτυξαν το φυσικό ιστοριογραφικό μοντέλο της αρρώστιας (natural history model of disease), τα επίπεδα πρόληψης έχουν ταξινομηθεί ως ακολούθως. Το μοντέλο αυτό υιοθετήθηκε από τον Π.Ο.Υ. και καθιερώθηκε στην ιατρική πρακτική και στην εφαρμοσμένη προαγωγή της υγείας. Στο μοντέλο αυτό διαχωρίζουν την προληπτική δράση, σε δύο φάσεις:

α) στο προ-παθογόνο (pre-pathogenic) στάδιο, όπου προβλέπεται η προαγωγή υγείας και συγκεκριμένη προστασία. Κατά το στάδιο αυτό ο ξενιστής, ο παθογόνος παράγοντας και το περιβάλλον βρίσκονται σε ισορροπία.

β) και στο παθογόνο (pathogenic) στάδιο, όπου προβλέπεται η διάγνωση και πρόωπη θεραπεία, περιορισμός της βλάβης και επανένταξη, όταν ακόμη η αρρώστια βρίσκεται στα πρώτα στάδια (Figueira, Ferreira e Ferreira, Schall & Modena 2009).

Τα τρία επίπεδα της πρόληψης κατά Leavell & Clark⁸

Πρωτογενής Πρόληψη

Προαγωγή της υγείας και Ειδική προστασία.

Λανθάνουσα ασθένεια.

Δευτερογενής πρόληψη

Προ-συμπτωματική πρόληψη.

Διάγνωση και θεραπεία.

Συμπτώματα της νόσου.

Τριτογενής πρόληψη

Περιορισμός της αναπηρίας με έγκαιρη διάγνωση συμπτωμάτων.

Αποκατάσταση των τελικών συμπτωμάτων και αποτελεσμάτων της νόσου (Πίνακας 1).

Το τρίπτυχο μοντέλο για την πρόληψη στη δημόσια υγεία αμφισβητήθηκε διότι δεν ανταποκρίνεται στις περιπτώσεις νοσημάτων που δεν φέρουν την τυποποιημένη

ταξινόμηση του προ-σταδίου και σταδίου εκδήλωσης, όπως τα ψυχικά νοσήματα, στις νοητικές δυσλειτουργίες, κ.ά. Επίσης, η οπτική στην οποία βασίστηκε αναγνωρίζει τρεις κύκλους τεμνόμενων και επικαλυπτόμενων παραγόντων επίδρασης : τον ξενιστή, τον παθογόνο παράγοντα και το περιβάλλον ανάπτυξης της νόσου. Στην πραγματικότητα δεν επιτρέπει την ανίχνευση και κατανόηση της διαδικασίας της διάδρασης μεταξύ των τριών αναφερόμενων κύκλων (Silverman 2003 : 34). Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επίδρασης στην εξέλιξη των νοσημάτων εκλείπουν. Ωστόσο, παραμένει το κυρίαρχο μοντέλο ταξινόμησης της προληπτικής ιδεολογίας και πρακτικής. Ένα άλλο μοντέλο ολιστικής οπτικής, προτείνεται από τους Jekel, Katz & Elmore (2001), στο οποίο οι καθοριστικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση νοσημάτων στους οποίους δύναται να πραγματοποιηθεί προληπτική παρέμβαση σχηματίζουν το αρκτικόλεξο BEINGS (Όντα):

Το μοντέλο BEINGS⁹

Biological Behavioural Factors -Βιολογικοί Συμπεριφορικοί παράγοντες.

Environmental factors - Περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Immunologic factor -Ανοσολογικοί παράγοντες.

Nutritional factors - Διατροφικοί παράγοντες.

Genetic factors - Γενετικοί παράγοντες.

Services, Social factors, and Spiritual factors -Υπηρεσίες, Κοινωνικοί παράγοντες, και Ψυχοπνευματικοί παράγοντες.

Όσον αφορά την επιτυχία της εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης, αυτή εξαρτάται από: α) την γνώση της αιτιώδους συνάφειας (ασθένειας-αιτίων), β) την δυναμική της μετάδοσης (μετάδοσης της νόσου-μετάδοσης της πρόληψης), γ) τον προσδιορισμό των παραγόντων κινδύνου και των ομάδων υψηλού κινδύνου, δ) τη διαθεσιμότητα των προφυλακτικών ή για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μέτρων και μέσων, ε) την οργάνωση για την εφαρμογή αυτών των μέτρων σε κατάλληλα πρόσωπα ή ομάδες, και στ) την συνεχή αξιολόγηση και την ανάπτυξη των διαδικασιών που εφαρμόζονται (Salama 2009).

⁸ Leavell H.R., Clark E.G., 1965, *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach*, 3rd ed, New York: McGraw-Hill Book Company.

⁹Jekel J.F., Katz D.L., Elmore J.G., 2001, *Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine*, Philadelphia: Harcourt Health Sciences, pp 6-7.

Πίνακας 1: Στάδια πρόληψης κατά Leavell & Clark

Health education	Use of specific immunizations	Case-finding measures	Adequate treatment to arrest the disease process and to prevent further complications and sequelae	Provision of hospital and community facilities for retraining and education for maximum use of remaining capacities
Good standard of nutrition	Protection from accidents	Screening surveys		
Attention to personality development	Use of environmental sanitation	Selective examinations	Provision of facilities to limit disability and to prevent death	Education of the public and industry to utilize the rehabilitated
Provision of adequate housing, recreation and agreeable working conditions	Use of specific nutrients			As full employment as possible
Marriage and genetic counselling and sex education	Protection against occupational and environmental hazards			Selective placement
				Work therapy in hospitals
HEALTH PROMOTION	SPECIFIC PROTECTION	EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT	DISABILITY LIMITATION	REHABILITATION
PRIMARY PREVENTION		SECONDARY PREVENTION		TERTIARY PREVENTION

Figure 1. Activities and levels of preventive measures (adapted from Leavell and Clark (1965)).

Πηγή : 39th World Health Assembly, 1986, WHO.

2.4. Κοινωνικογνωστικά μοντέλα Υγείας

Συχνά για την προαγωγή της υγείας απαιτείται η τροποποίηση ενός ήδη εγκαθιδρυμένου μοντέλου συμπεριφοράς και η υιοθέτηση νέου, καθώς και η διαμόρφωση νέων στάσεων απέναντι στην υγεία και την ασθένεια. Για την πραγματοποίησή τους κρίνεται απαραίτητη η κατανόηση και ο προσδιορισμός της διάδρασης των ψυχολογικών, των κοινωνικών και των πολιτισμικών παραγόντων και του περιβαλλοντικού παράγοντα στη συμπεριφορά των ατόμων. Όπως αναφέρει η Nettleton (2002), οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για την ερμηνεία των συμπεριφορών των ανθρώπων σε σχέση με την υγεία, οδήγησε στις έννοιες : της συμπεριφοράς ασθένειας (illness behavior), δηλαδή στην συμπεριφορά που υιοθετούν τα άτομα μετά την εκδήλωση συμπτωμάτων, και της συμπεριφοράς υγείας (health behavior), η οποία αφορά στις δραστηριότητες που αναπτύσσονται για την διατήρηση της υγείας (Nettleton 2002 : 72). Επιπροσθέτως, οι συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία (health risk behavior), έτσι όπως έχουν διαμορφωθεί με τις επιδημιολογικές μελέτες, έχουν αναδείξει παράγοντες αύξησης του κινδύνου είτε για

τη γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου είτε για την εμφάνιση συγκεκριμένων ασθενειών ή τραυματισμών. Οι συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία επηρεάζουν τις γνωστικές λειτουργίες γύρω από την υγεία και την ασθένεια. Συγκεκριμένα, οι γνωστικές λειτουργίες περιλαμβάνουν τις πεποιθήσεις (beliefs), τις αντιλήψεις (perceptions) και τα παραγωγικά αίτια (attributions) που έχουν οι άνθρωποι σχετικά με την υγεία και την ασθένεια και σε μεγάλο βαθμό καθορίζουν τη συμπεριφορά τους (Χαραλάμπους & Τσίτση 2010). Δυο θεωρήσεις για τα συμπεριφορικά μοντέλα για την υγεία φαίνεται να έχουν μεγάλη επιρροή : το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (health belief model), και το μοντέλο του κέντρου ελέγχου για την υγεία (health as a locus of control). Τα άτομα, τείνουν να πιστεύουν ότι έχουν κάποιο βαθμό ελέγχου πάνω στη ζωή τους ή το αντίστροφο, σύμφωνα με το μοντέλο του κέντρου για τον έλεγχο της υγείας. Οι άνθρωποι που υιοθετούν μια μοιρολατρική αντίληψη ονομάζονται «εξωτερικοί» (externals), ενώ όσοι θεωρούν ότι η συμπεριφορά τους επηρεάζει την υγεία τους καλούνται «εσωτερικοί» (internals) (Nettleton 2002: 73).

2.4.1. Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία και την πρόληψη

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (MΠΥ) αποτελεί θεωρία λήψης αποφάσεων που στηρίζεται στη «θεωρία πεδίου» του Γερμανού ψυχολόγου Kurt Lewin (1890–1947) και στην κοινωνικογνωστική θεωρία του Albert Bandura (Χαραλάμπους & Τσίτση 2010). Ο Lewin, ανέπτυξε το μοντέλο αξίας- προσδοκίας (value-expectancy model), σύμφωνα με το οποίο, η συμπεριφορά ενός ατόμου περιστρέφεται γύρω από δυο άξονες :

α) την αξία που αποδίδει το άτομο σε ένα στόχο και β) την αξιολόγηση από το άτομο, των πιθανοτήτων ότι η συγκεκριμένη δράση θα έχει επίδραση στην επιθυμητή έκβαση εκπλήρωσης του στόχου. Ειδικά για την υγεία, η υιοθέτηση από ένα άτομο συμπεριφορών πρόληψης εξαρτάται από:

- α) την προσδοκία να μην αρρωστήσει ή εάν είναι ήδη άρρωστο να θεραπευτεί,
- β) την πεποίθηση ότι μια προληπτική παρέμβαση θα έχει αποτέλεσμα.

Έτσι λοιπόν, το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία, βασίζεται στους δυο άξονες των αναπαραστάσεων του ατόμου για την υγεία του και την αντίστοιχη συμπεριφορά του με στόχο την υγεία:

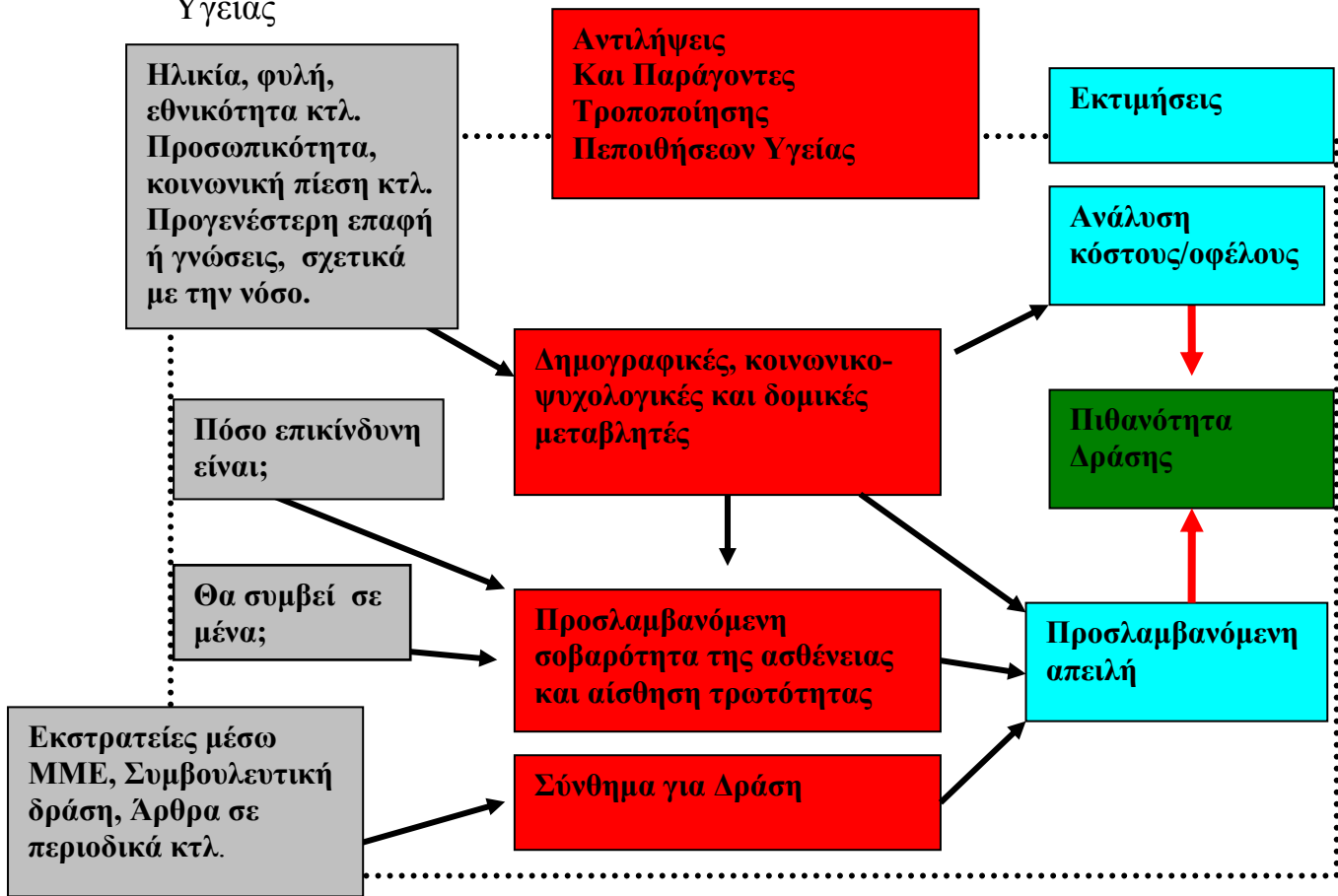
- α) την πρόσληψη της απειλής (threat perception), η οποία εξαρτάται από :
- i) την υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας (perceived susceptibility) σε κάποιο νόσημα, δηλαδή, την αντίληψη που έχει ένα άτομο για την πιθανότητα να προσβληθεί, και
 - ii) την υποκειμενική αίσθηση σοβαρότητας (perceived severity) μιας αρρώστιας ή ενός νοσήματος. Η πρόσληψη της σοβαρότητας της αρρώστιας, κατά πόσο υπάρχει ο κίνδυνος του θανάτου, της ανικανότητας, τον βαθμό που επιδρά στην προσωπική-κοινωνική ζωή κ.ά.
- β) την αξιολόγηση της συμπεριφοράς (behavioural evaluation), η οποία αποτελείται και αυτή από δυο παραμέτρους :
- i) την υποκειμενική αίσθηση για οφέλη (perceived benefits), από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς με στόχο την υγεία, δηλαδή τις πεποιθήσεις για την αποτελεσματικότητα και το εφικτό κάποιων ενεργειών με στόχο την πρόληψη ή την μείωση του κινδύνου, και
 - ii) την υποκειμενική αίσθηση για τα εμπόδια (perceived barriers) από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς, δηλαδή την αξιολόγηση των πιθανών αρνητικών συνεπειών, όπως οι παρενέργειες (Κουλιεράκης 2009).

Τα στοιχεία της τρωτότητας και της σοβαρότητας μαζί, προωθούν το άτομο στην δράση και η συνεκτίμηση των οφελών και των εμποδίων από την συμπεριφορά το υποβοηθά στην επιλογή του τρόπου δράσης. Ωστόσο για να κινητοποιηθεί το άτομο θα πρέπει να υπάρξουν οι «ενδείξεις για δράση», οι οποίες μπορεί να είναι εσωτερικές (π.χ. συμπτώματα) ή εξωτερικές (π.χ. κοινωνική επιρροή, μηνύματα από ΜΜΕ). Το 1977 ο Becker, πρόσθεσε μια άλλη διάσταση στο μοντέλο πεποιθήσεων, το κίνητρο για την υγεία (health motivation), που περιγράφει την ετοιμότητα του ατόμου και ενδιαφέρον για ζητήματα υγείας. Επιπλέον, τρεις ομάδες μεταβλητών ασκούν έμμεση επίδραση στην υιοθέτηση συμπεριφορών πρόληψης: α) οι δημογραφικές (φύλο, εθνότητα, ηλικία), β) κοινωνικο-ψυχολογικές (κοινωνικό επίπεδο, προσωπικότητα), γ) δομικές (γνώσεις για μια αρρώστια, εμπειρίες αρρώστιας) (Σχήμα 1). Η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς με στόχο την υγεία εξαρτάται από την ταυτόχρονη ύπαρξη τριών παραγόντων, όπως περιγράφει ο Κουλιεράκης (2009):

- α) Την επαρκή κινητοποίηση, που θα αναδείξει ως κυρίαρχο ένα ζήτημα υγείας.
- β) Την πεποίθηση ότι κάποιος είναι τρωτός σε κάποια αρρώστια.

γ) Την πεποίθηση ότι ακολουθώντας μια συγκεκριμένη συμπεριφορά με στόχο την υγεία θα υπάρξουν οφέλη. Σε μια προσπάθεια βελτίωσης της προβλεπτικής ικανότητας, οι ερευνητές επέκτειναν το ΜΠΥ ώστε να περιλαμβάνει και την έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας. Η αυτό-αποτελεσματικότητα είναι η πεποίθηση ενός προσώπου στο κατά πόσο είναι ικανό να υιοθετήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Χαραλάμπους & Τσίτση 2010).

Σχήμα 1: Παράγοντες και διαδικασία τροποποίησης Πεποιθήσεων Υγείας



Πηγή : Banyard, P., 2002, *Psychology in Practice: Health*, Hodder & Stoughton, Figure 7.2, pp137, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο:<http://en.wikipedia.org/wiki/File:Healthbeliefmodel.png>. Μετάφραση : Ιδίας 2010.

2.5. Η κοινωνιολογική άποψη για την προαγωγή υγείας και τις πεποιθήσεις για την υγεία

Όσον αφορά την κοινωνιολογική άποψη για την προαγωγή υγείας, ο Thorogood, όπως καταγράφει η Nettleton (2002) τόνισε ότι η κοινωνιολογία

συμβάλλει στο έργο της, με τρεις τρόπους: μελετά και κριτικάρει ταυτόχρονα της σχέσεις εξουσίας που αναπτύσσονται, επεξεργάζεται την κοινωνική διαστρωμάτωση και εντοπίζει τις παθογένειες της και τις ανισότητες, και τέλος μελετά και καταγράφει τις πεποιθήσεις του πληθυσμού σχετικά με την υγεία (Nettleton 2002 : 314).

Η κοινωνιολογία της προαγωγής υγείας κριτικάρει στην ουσία την λογική που φαίνεται να υιοθετείται για την δημόσια υγεία, η οποία προέκυψε σε μια εποχή που κυριαρχεί η έννοια του ατομικισμού. Η πολιτική της προαγωγής υγείας επικεντρώνεται στην ατομική συμπεριφορά και στους παράγοντες που αφορούν τον τρόπο ζωής, καθιστώντας με τον τρόπο αυτό τα άτομα υπεύθυνα για την αποφυγή των τριών κυρίαρχων παραγόντων επικινδυνότητας, το κάπνισμα την διατροφή και την άσκηση, συνθέτοντας έτσι την ταυτότητα του «επικινδύνου εαυτού». Η κριτική της κοινωνιολογίας της προαγωγής υγείας εντοπίζει τις υφιστάμενες ιδεολογίες που διαμορφώνονται από την ιατρική και τον εξουσιαστικό ορθολογικό λόγο. Στην βάση αυτή, η προαγωγή υγείας ενισχύει τις αρνητικές ιδεοληψίες και ενδυναμώνει τον κοινωνικό ρατσισμό, ιδιαίτερα σε θέματα που άπτονται την πρόληψη των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επιτείνουν τις σεξιστικές αντιλήψεις μέσα από προγράμματα υγείας που ορίζουν τις γυναίκες, ειδικότερα τις μητέρες, υπεύθυνες για την δική τους υγεία αλλά και των άλλων. Ηθικολογούν προβάλλοντας υγιή πρότυπα που σχετίζονται με την μονογαμία και την απόρριψη της ομοφυλοφιλίας, των χρηστών εξαρτισιογόνων ουσιών, όπως συνέβη στα προγράμματα για την πρόληψη του AIDS (Nettleton 2002 : 317-322, Gullota & Bloom 2003 : 23). Επιπλέον οι έρευνες που διενεργήθηκαν, κατέδειξαν ότι οι πεποιθήσεις των ανθρώπων για την υγεία, δεν συνάδουν με τις υποδείξεις του ιατρικού λόγου, καθώς προσλαμβάνονται ότι διαμορφώνονται από το ευρύτερο πολιτικό πλαίσιο. Όπως για παράδειγμα, αποκαλύφθηκε σε έρευνα ότι τα άτομα τείνουν να τοποθετήσουν συμπεριφορές κινδύνου όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ, με τις συνθήκες διαβίωσης και το γενικό κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο και συχνά δεν διαβλέπουν προοπτική αλλαγής συμπεριφοράς (Οικονόμου 2005 : 63-64). Τα υποκείμενα μοντέλα υγείας στην ουσία δεν μπορούν να προβλέψουν αλλαγές συμπεριφοράς (Nettleton 2002 : 73).

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που πραγματεύεται η κριτική της κοινωνιολογίας, είναι αυτό που η Nettleton (2002) αποκαλεί «πλάνη της ενδυνάμωσης». Είναι γενικά αποδεκτό ότι τα άτομα ή οι ομάδες που παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα υγείας,

είναι εκείνα με την λιγότερη εξουσία στην κοινωνική διαστρωμάτωση. Τοιούτοτρόπως, η προαγωγή υγείας μέσα από τα προγράμματα κοινωνικής δράσης για την υγεία στην προσπάθεια της για ενδυνάμωση συμπεριφορών, παράγει κοινωνικό έλεγχο και ανισότητες. Τα άτομα ενθαρρύνονται να ελέγχουν και να βελτιώνουν την ζωή τους, μετατρέποντας τα με τον τρόπο αυτό σε καταναλωτές υγείας. Επιπλέον όλες οι διαστάσεις της ζωής των ατόμων μπαίνουν στο μικροσκόπιο σε μια προσπάθεια αλλαγής ατομικών συμπεριφορών. Με την έννοια αυτή υπόκεινται σε διαρκή ιατρικό και κοινωνικό έλεγχο, τους οποίους το άτομο για να έχει καλή υγεία παρακινείται να τους εσωτερικεύσει (Nettleton 2002 : 317-322).

Τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα συμπεριφοράς υγείας στην πράξη έχουν αμφισβητηθεί καθώς δεν συμπεριλαμβάνουν το κοινωνικο-δομικό υπόβαθρο στο οποίο στηρίζεται η κοινωνική δράση, με δεδομένο ότι η γνώση για την υγεία και την αρρώστια είναι κοινωνικά κατασκευασμένη. Στον αντίποδα βρίσκεται η σύγχρονη κοινωνική έρευνα, η οποία επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στην έννοια της υγείας και της αρρώστιας, βασισμένη στην ερμηνευτική κοινωνιολογική παράδοση. Ιδιαίτερα στηρίζεται στην φαινομενολογία η οποία μελετά την καθημερινή ζωή των ανθρώπων, με σκοπό να αποκαλύψει την νοηματοδότηση των εννοιών αυτών, ερμηνεύοντας τις μέσα από το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζουν τα άτομα, και με έμφαση στην κατανόηση των πράξεων των κοινών ανθρώπων (Nettleton 2002 : 74). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, πρώτον, να συμβάλει στην κατανόηση των σχέσεων αλληλεπίδρασης στο πεδίο της υγείας. Δεύτερον, να παρέχει πληροφορίες ουσιαστικές για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών υγείας και πρόληψης. Τρίτον, μιλώντας για την αρρώστια ουσιαστικά περιγράφουμε την κοινωνία και τις σχέσεις διάδρασης μέσα σε αυτήν. Οι πεποιθήσεις για την υγεία εν ολίγοις ανακλούν το κοινωνικό γίνεσθαι και η διερεύνηση των πεποιθήσεων ενέχει τον ρόλο της κατανόησης και της ερμηνείας της κοινωνικής οργάνωσης.

Οι κοινωνιολογικές έρευνες που διεξήχθησαν κατά καιρούς ανέδειξαν την διαδικασία σχηματοποίησης των πεποιθήσεων, οι οποίες συνιστούν γνωστικά σχήματα ολότητας ενός ατόμου, στα οποία εμπεριέχονται αναπαραστάσεις που σχετίζονται με προσωπικές, οικογενειακές, επαγγελματικές, επιστημονικές, πολιτισμικές, ιδεολογικές απόψεις της εποχής και του προσκείμενου κοινωνικού συστήματος (Οικονόμου 2005 : 57-59). Επομένως η κριτική της κοινωνιολογίας και για την προαγωγή της υγείας και τα συμπεριφορικά μοντέλα, κρίνεται σημαντική και

ουσιαστικής σημασίας στην πολιτική και πρακτική που ακολουθείται στην προαγωγή υγείας.

Συμπεράσματα

Ο Π.Ο.Υ. αναδεικνύεται ο μηχανισμός στρατηγικού και θεωρητικού σχεδιασμού και ελέγχου της παγκόσμιας υγείας. Ο ολιστικός ορισμός για την υγεία και οι κατευθυντήριες γραμμές που προτάσσει ενσωματώνουν και σχηματοποιούν την πρόσληψη της έννοιας της υγείας, σε πανανθρώπινο επίπεδο. Συμβάλλει στη δημιουργία του σύγχρονου αξιακού συστήματος αναφοράς για την υγεία. Η υγεία και η προαγωγή της δεν γνωρίζει σύνορα, όπως και οι σύγχρονοι κίνδυνοι. Η υγεία, αν και αυτονόητο και δεδομένο για την ανθρώπινη αξία, γίνεται κατοχυρωμένο δικαίωμα. Η διαφύλαξη της ο υπέρτατος αυτοσκοπός και στόχος των θεσμοποιημένων μηχανισμών.

Η προαγωγή υγείας ανακηρύσσεται ουσιαστικός διαμεσολαβητής μετατόπισης της προοπτικής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για την μείωση του κόστους και για την αντιμετώπιση των νέων προκλήσεων στην υγεία. Όμως, το ουσιαστικό θέμα είναι κατά πόσο η προαγωγή υγείας και η πρόληψη των διαφόρων νοσημάτων που προτείνονται προς όφελος της προ-νοσοκομειακής φροντίδας, υιοθετούνται και εφαρμόζονται. Η μελέτη των μοντέλων πεποιθήσεων για την υγεία βοήθησε σε αυτήν την συλλογιστική. Η διαδικασία δημιουργίας των πεποιθήσεων για την υγεία και την πρόληψη, εμπεριέχει αποτελέσματα ατομικής και συλλογικής συνειδητότητας. Οι πεποιθήσεις είναι συνήθως κατασκευασμένες από το υλικό της σκέψης, ενώ οι ανθρώπινες συμπεριφορές αποτελούν γνωστικές ενέργειες βιωματικών εμπειριών.

Η πρόληψη νοσημάτων, όπως ο καρκίνος αποτελεί πρωταρχικό στόχο κάθε πολιτικής υγείας. Αναγκαία κρίνεται η αντιμετώπιση του καθώς εμφανίζει υψηλή ατομική επίπτωση (νοσηρότητα, θνητότητα) και δυσθεώρητο κοινωνικό-οικονομικό αντίκτυπο (απώλεια παραγωγικής ικανότητας, αυξημένη ανάγκη φροντίδας κ.ά.). Η αντιμετώπιση του καρκίνου μεταφέρεται στο στάδιο πριν την εκδήλωσή του. Η ιατρική ισχυροποιείται με την άσκηση της φροντίδας του ογκολογικού ασθενή αλλά και την προσυμπτωματική επιτήρηση του υγιούς πληθυσμού.

Ωστόσο όλες οι ενέργειες που θεσμοθετήθηκαν εκκινούν από δυο σημαντικές επιστημάνσεις : ότι ο καρκίνος είναι θεραπεύσιμος όταν διαγνωσθεί σε πρώιμο στάδιο, και ότι το άτομο θεωρείται υπεύθυνο αφενός για την αναγνώριση των πρώτων συμπτωμάτων-ενδείξεων ύπαρξης καρκίνου και αφετέρου ότι η προσωπική του συμπεριφορά δυνητικά υποβοηθά την ανάπτυξή του.

Το άτομο καθίσταται υπεύθυνο για την αναγνώριση και την αυτό-διάγνωση των πρωταρχικών συμπτωμάτων, καθώς έχει εκπαιδευτεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα του καρκίνου μέσα από τα προγράμματα ενημέρωσης και πειθάρχησης στις ιατρικές υποδείξεις για έγκαιρη κινητοποίηση. Το άτομο με αυτό τον τρόπο υπολογίζεται ως υπεύθυνο για τυχόν αποτυχίες στην διαχείριση της υγείας του. Στην ουσία, το άτομο γίνεται επιτηρητής του σώματός του και της υγείας του.

Ιδιαίτερα όσον αφορά τους τύπους του καρκίνου που αφορούν στις γυναίκες, ενέχεται και ο χειραγωγικός ιατρικός λόγος από ένα άκρως ανδροκρατούμενο επάγγελμα, που ανέδειξε τον ρόλο του προληπτικού ελέγχου, εκκινώντας από την προαναφερόμενη άποψη για την θεραπευσιμότητα του καρκίνου. Ο γυναικείος πληθυσμός επιπλέον στοχοθετήθηκε σαν κοινό-στόχος από την ιατρική εκπαίδευση για τα θέματα του γυναικολογικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του καρκίνου του μαστού, καθώς αυτοί προσδιορίστηκαν ως ιδιαίτερα πρόσφοροι για την έγκαιρη διάγνωση και την συνήθη χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση σε δεύτερο χρόνο, μέσα από θεσμοποιημένους οργανισμούς όπως η ASCC, ASMF WFA, κ.ά στην αμερικανική ήπειρο, που μετεξελίχθηκαν και ανάχθηκαν σε οργανισμούς με παγκόσμια δράση στις αρχές του εικοστού αιώνα (Gardner 2006 : 44-45). Κατά το πρώτο μισό του αιώνα, η εκπαιδευτική καμπάνια στην οποία επικεντρώθηκε το ενδιαφέρον για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου προσέδωσε μια νότα αισιοδοξίας, συχνά λανθασμένη, ότι η πρώιμη διάγνωση οδηγεί στην επιτυχή χειρουργική αντιμετώπιση και στην αποφυγή του θανάτου χωρίς να αναφέρεται η πιθανότητα αποτυχημένης αντιμετώπισης σε επιθετικούς καρκίνους ή η ψυχολογική επιβάρυνση από τις θεραπείες και τον ενδεχόμενο ακρωτηριασμό του στήθους ή των γεννητικών οργάνων. Κατά το δεύτερο μισό του εικοστού αιώνα παρατηρείται μια μεταστροφή του ενδιαφέροντος στην μετά την διάγνωση πορεία. Ο καρκίνος προσφέρει μια περίπλοκη φιλοσοφική συζήτηση γύρω από την ασθένεια, μια διαλεκτική μεταξύ της ιατρικής και του ευρύτερου κοινού (Gardner 2006 : 85-89).

Τί είναι όμως ο καρκίνος και γιατί αποτελεί τόσο σημαντική παράμετρο η πρόληψη του; Σύμφωνα με ιατρικούς όρους, ο επικρατέστερος ορισμός της νεοπλασίας, έχει δοθεί από τον γνωστό ογκολόγο Willis σύμφωνα με τον οποίο, « το νεόπλασμα είναι μια μάζα ιστού, η αύξηση της οποίας είναι ασυντόνιστη, υπερβαίνει κατά πολύ αυτήν των φυσιολογικών κυττάρων και συνεχίζει να υφίσταται με τον ίδιο υπερβολικό τρόπο ακόμη και μετά την διακοπή του ερεθίσματος που την προκάλεσε» (Willis 1960 : 1), για να προσθέσουν οι Robbins & Cotran « η αύξηση αυτή είναι χωρίς σκοπό, κατατρώγει τον ξενιστή και είναι ουσιαστικά αυτόνομη» (Mitchell, Kumar, Abbas & Fausto 2006 : 149). Είναι δηλαδή μια πολυσυστημική νόσος, που αναπτύσσεται αργά και αθόρυβα στα πρώτα στάδια, ενώ όταν κάνει την εκδήλωσή της συνήθως βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο με εκτεταμένες βλάβες και είναι προβληματική- έως και ανέφικτη μερικές φορές- η αντιμετώπισή της. Η σύγχρονη βιοϊατρική στην πραγματικότητα δεν προσφέρει πραγματική ίαση από τον καρκίνο. Συχνά απαντάται περιστασιακή και μεμονωμένη επίλυση του προβλήματος. Μπορεί μονάχα να βοηθήσει στην επιμήκυνση της ζωής του πάσχοντα και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης. Η αποτυχία προσφοράς ολοκληρωτικών απαντήσεων από την ιατρική ίσως να προσδίδει ακόμη έναν λόγο για να τονιστεί η σημαντικότητα της πρόληψης.

Στο επόμενο κεφάλαιο παρατίθενται συνοπτικά τα σύγχρονα ιατρικά δεδομένα που σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, μια νόσο που παρουσιάζει όπως θα δούμε μικρά ποσοστά εμφάνισης στην χώρα μας αλλά σε παγκόσμιο επίπεδο εξακολουθεί να βρίσκεται στις πρώτες αιτίες θανάτου νέων γυναικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:
ΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

- Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ
- Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ HPV ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ
- Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ
- ΤΟ ΤΕΣΤ ΚΑΤΑ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ
- Η ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΙΟΥ HPV

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ιατρικά δεδομένα για την παθολογία και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (ΚΤΜ). Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην δευτερογενή πρόληψη του ΚΤΜ, καθώς στοιχειοθετεί και το ερευνητικό ζήτημα της εργασίας.

Γίνεται μια εκτενής αναφορά στην διαδικασία της καρκινογένεσης και στη συσχέτιση της εμφάνισης του ΚΤΜ με την λοίμωξη από τον ιό HPV. Ο καρκίνος αποτελεί μια πολυπαραγοντική νόσο, ωστόσο το ενδιαφέρον της ιατρικής στέφεται στην πρωτογενή πρόληψη και στην εξουδετέρωση του πρωτεύοντα συνεργικού παράγοντα του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV. Ο ιός του HPV, παρουσιάζει ισχυρά στοιχεία επιπολασμού και επιδημιολογίας, καθώς υπολογίζεται ότι αφορά στην πλειονότητα του ενεργού σεξουαλικά γυναικείου πληθυσμού.

3.1. Ανατομικά χαρακτηριστικά του τραχήλου της μήτρας

Ο τράχηλος είναι το λεπτότερο και κάτω τμήμα της μήτρας που προβάλλει μέσα στο θόλο του κόλπου. Είναι ένα ινομυώδες όργανο που καλύπτεται από μία μεμβράνη βλέννης, έχει 3 εκ. μήκος και 2.5 εκ. διάμετρο. Στην ενήλικη γυναίκα έχει θέση με πρόσθια έγκληση. Έχει κυλινδρικό σχήμα, που όμως αλλάζει στην εγκυμοσύνη και μετά την εμμηνόπαυση. Το στρώμα του τραχήλου αποτελείται κυρίως από ινώδη συνδετικό ιστό μαζί με ελαστικές και διάσπαρτες λείες μυϊκές ίνες. Το επιθήλιο στην περιοχή του ενδοτραχήλου είναι κυλινδρικό ενώ στον εξωτράχηλο είναι πολύστοιβο πλακώδες. Ο ενδοτράχηλος (μη ορατό τμήμα του τραχήλου) καλύπτεται από μονόστοιβο κυλινδρικό επιθήλιο, και εκκρίνει βλέννη. Το επιθήλιο έχει σύνθετες αναδιπλώσεις που μοιάζουν με αδένες ή σχισμές. Ο εξωτράχηλος (ορατό τμήμα του τραχήλου) καλύπτεται από μη-κερατινοποιημένο πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο που είναι είτε γνήσιο (original) είτε μεταπλαστικό (Σωτηροπούλου 2009 : 36-38) (Εικόνα 5).

Το επιθήλιο αποτελείται από τρεις στοιβάδες την βασική, μέση και επιφανειακή στοιβάδα.:

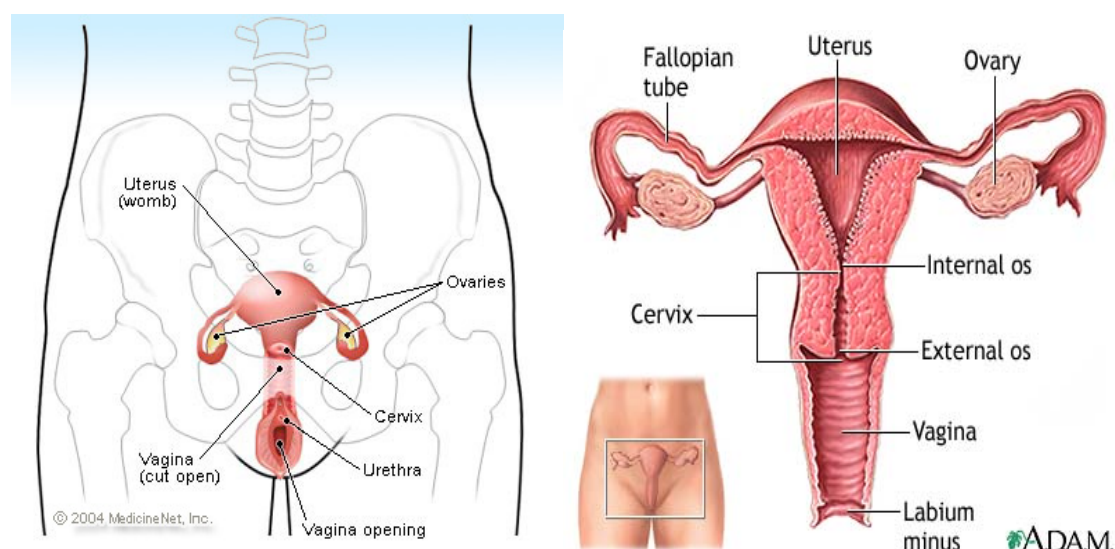
α) την βασική στοιβάδα, που αποτελείται από ένα στρώμα ανώριμων κυττάρων με μεγάλο πυρήνα και μικρή περίμετρο από κυτταρόπλασμα,

β) την παραβασική στοιβάδα, που περιλαμβάνει 2-4 στρώματα ανώριμων κυττάρων που έχουν φυσιολογικές μιτωτικές εικόνες και εφοδιάζουν με κύτταρα αντικατάστασης τις υπερκείμενες επιθηλιακές στοιβάδες,

γ) την ενδιάμεση στοιβάδα, που περιλαμβάνει 4-5 στρώματα κυττάρων με πλατύτερο κυτταρόπλασμα, πολυεδρικού σχήματος, που διαχωρίζονται από ενδοκυτταρικά διαστήματα,

δ) την επιπολής στοιβάδα (δηλ. την επιφανειακή στοιβάδα) που περιλαμβάνει 5-8 στρώματα μεγαλύτερων επιπέδων κυττάρων, με ομοιόμορφους μικρούς πυκνωτικούς πυρήνες. Τα κύτταρα αυτά αποτελούν την βάση για το Τεστ Παπ.

Εικόνα 5: Ανατομία γυναικείων γεννητικών οργάνων



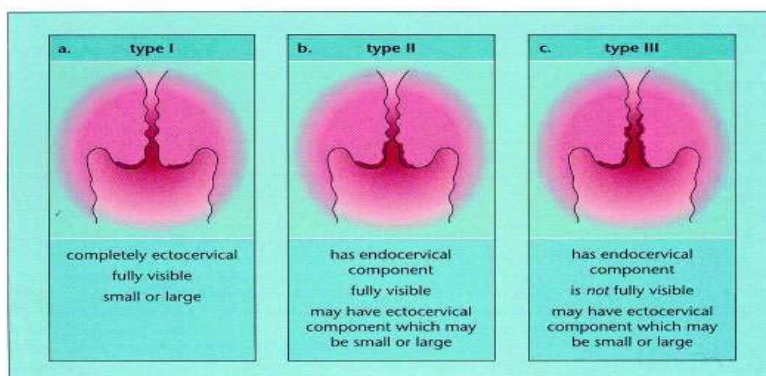
(1) Πηγή: MedicineNet.com-www.medterms.com.

(2) Πηγή: Allrefer.comHealth-http://health.allrefer.com/health/cervix-pictures-images.html.

Η συμβολή πολύστοιβου πλακώδους με κυλινδρικό επιθήλιο (scuamo-columnar junction-SCJ) καθορίζει το όριο μεταξύ των δύο επιθηλίων. Σε προεμμηνορρυσιακές γυναίκες η σύνδεση μεταξύ του ενδοτραχηλικού και του εξωτραχηλικού επιθηλίου εντοπίζεται συχνά προς το τραχηλικό κανάλι, που αντιστοιχεί με το έξω στόμιο του τραχήλου. Κατά τη διάρκεια των αναπαραγωγικών χρόνων, ειδικά μετά την πρώτη κύηση η γνήσια σύνδεση μεταξύ του ενδοτραχηλικού και του εξωτραχηλικού επιθηλίου (scuamo-columnar junction-SCJ) μετακινείται προς τα έξω και εντοπίζεται στον εξωτράχηλο. Μετά την εμμηναρχή με μια διαδικασία που καλείται πλακώδης μεταπλασία το κυλινδρικό επιθήλιο

αντικαθίσταται από πολύστοιβο πλακώδες και η SCJ μετακινείται προς τον ενδοτραχήλο (νέα SCJ) (Bertelsen, Kugarajh, Skar & Laerum 2006 : 141-147). Σαν μεταβατική ζώνη (T- ZONE) ορίζεται η περιοχή μεταξύ της γνήσιας SCJ και της νέας SCJ. Χαρακτηρίζεται από πρόσμιξη μεταπλαστικού πλακώδους και βλεννοεκκριτικού κυλινδρικού επιθηλίου (Εικόνα 6).

Εικόνα 6: Οι τρεις τύποι ζώνης μετάπτωσης



Πηγή : Jordan J., Arbyn M., Martin -Hirsch P., Schenck U., Baldauf J.J., Da Silva D., Anttila A., Nieminen P., Prendiville W, 2008, «European guidelines for quality assurance in cervical screening : recommendations for clinical management of abnormal cytology», Part 1, *European Commission Journal compilation, Cytopathology, 2008a, 19*, pp 346.

Το πλακώδες επιθήλιο της ζώνης μετασχηματισμού είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο σε κακοήθεις αλλαγές. Η εξήγηση για αυτό είναι ασαφής. Χαρακτηριστικό γνώρισμα της περιοχής σύνδεσης των δύο επιθηλίων είναι η τάση της να φλεγμαίνει και να μολύνεται, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή των χαρακτηριστικών αύξησης της. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η συμβολή ενδοτραχηλικού κυλινδρικού επιθηλίου και πολύστοιβου πλακώδους (SCJ) στις μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες βρίσκεται αρκετά ψηλά μέσα στον ενδοτραχήλο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η κακοήθεια του τραχήλου να εντοπίζεται συνήθως στην εξωτραχηλική περιοχή στις νεότερες γυναίκες και κυρίως στην ενδοτραχηλική περιοχή στις ηλικιωμένες γυναίκες (Kalof & Cooper 2007).

3.2. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (KTM)

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (KTM), παρά το γεγονός ότι παρουσιάζει χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας, αφορά σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας, με ραγδαία εξέλιξη σε περίπτωση που δεν διαγνωσθεί εγκαίρως. Πρόκειται

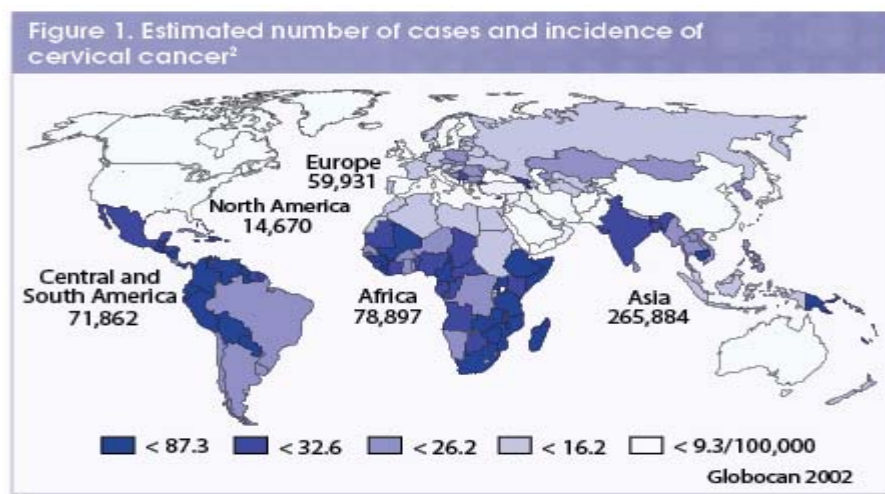
για μια πολυπαραγοντική νόσο που παρουσιάζει πολυσταδιακή εξέλιξη, σε μια χρονική περίοδο 10 με 25 ετών.

3.2.1. Επιπολασμός του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καταγράφεται ως ιδιαίτερα επιβαρυντική, καθώς αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες, παγκοσμίως, μετά τον καρκίνο του μαστού. Η νοσηρότητα και θνησιμότητα της νόσου αποτελούν τους αδιαμφισβητήτους δείκτες, καθοριστικούς για τον σχεδιασμό μέτρων για τη δημόσια υγεία. Τα δεδομένα των προσφάτων επιδημιολογικών μελετών, δείχνουν ότι υπάρχουν σχεδόν 500.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και περίπου 274.000 θάνατοι, ετησίως¹⁰. Η παγκόσμια κατανομή αναδεικνύει ότι το μέγεθος της επίπτωσης ποικίλλει από χώρα σε χώρα, ενώ το ογδόντα τοις εκατό (80%) των περιπτώσεων συμβαίνει στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, όπου ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας φαίνεται να αποτελεί το 15% των περιπτώσεων καρκίνων στις γυναίκες, με κίνδυνο εμφάνισης πριν από την ηλικία των 65, της τάξης του 1.5%. Στις ανεπτυγμένες χώρες, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας υπολογίζεται περίπου στο 3,6% των νέων περιπτώσεων καρκίνων, με ένα σχετικό κίνδυνο (στο ηλικιακό φάσμα, από 0 έως 64 ετών) στο 0.8%. Τα ποσοστά εμφάνισης και θνησιμότητας παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις ανάλογα με τη γεωγραφική θέση. Στην πλειοψηφία των αναπτυσσόμενων χωρών ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παραμένει η πρώτη αιτία θανάτου καθώς πλήττονται περισσότερο οι γυναίκες με χαμηλό εισόδημα (Bradley, Barone, Mahe', Lewis & Luciani 2005). Η υπο-Σαχάρια Αφρική, η Μελανησία, η Αφρική, η Κεντρική Αμερική, η Νότια Αμερική και η Καραϊβική έχουν την μεγαλύτερη επίπτωση. Χαμηλότεροι δείκτες επίπτωσης παρουσιάζονται στην Φινλανδία, στις Ηνωμένες Πολιτείες, στον Καναδά, στην Αυστραλία, στην Μεγάλη Βρετανία, και στην Ολλανδία. Ο συστηματικός προληπτικός έλεγχος των γυναικών, που βρίσκονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου, έχει αποδειχτεί ότι συμβάλλει στην χαμηλή επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε αυτές τις χώρες (Boyes, Morrison, Knox, Draper & Miller 1982 : 1-29, Nieminen, Kallio, Anttila & Hakama 1999 : 55-58).

¹⁰Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin D.M., 2001, *GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, IARC Cancer Base No. 5, Version 1.0. Lyon: IARC Press.

Εικόνα 7: Παγκόσμια κατανομή των περιπτώσεων και της επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας



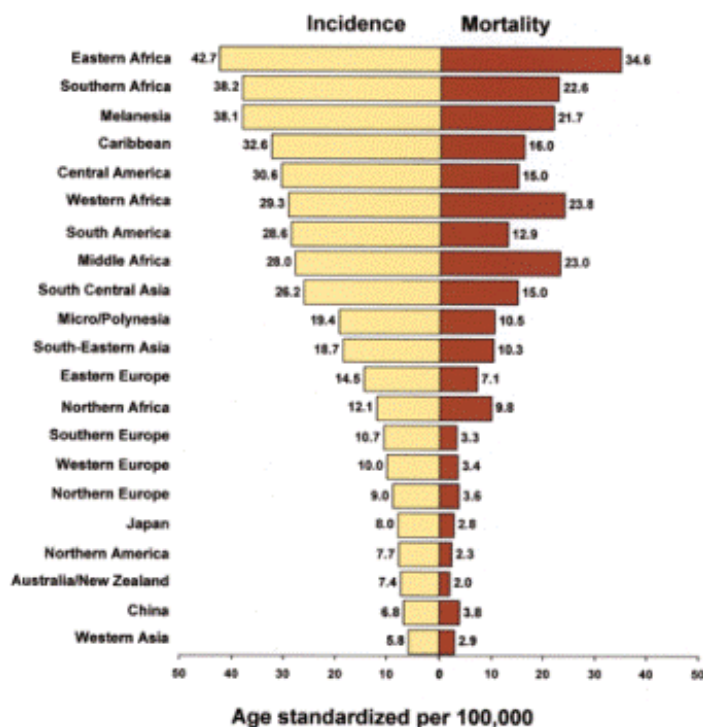
Πηγή: Ferlay J., F. Bray, P. Pisani and D.M. Parkin, 2004, *Human Papillomavirus And Related Cancers GLOBOCAN 2002, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, IARC Cancer Base No. 5, version 2.0, Lyon: IARC Press.

Τα ποσοστά εμφάνισης είναι σχετικά χαμηλά στις ανεπτυγμένες χώρες με διακυμάνσεις βάσει ηλικίας λιγότερο από 14.5 περιστατικά ανά 100.000 (Εικόνα 7, Σχήμα 3). Σύμφωνα με την μελέτη των D.M.Parkin, F.Bray, J.Ferlay και P.Pisani¹¹, τα θετικά αποτελέσματα της εφαρμογής των Προγραμμάτων Προσυμπτωματικού Ελέγχου στην δεκαετία του 1960 και 1970, είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτικά για τα επιδημιολογικά δεδομένα των τελευταίων δεκαετιών. Πριν από την εφαρμογή των προγραμμάτων τα ποσοστά επιπολασμού και θνησιμότητας στην Ευρώπη, Βόρεια Αμερική και Αυστραλία-Νέα Ζηλανδία ήταν παρόμοια με τα ποσοστά των αναπτυσσόμενων χωρών, σήμερα. Προγενέστερα, τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου, ήταν 38.0 ανά 100.000, όπως παρουσιάστηκαν στην Δεύτερη Έκθεση για τον Καρκίνο στις ΗΠΑ. Σήμερα, χαμηλά ποσοστά παρατηρούνται στην Κίνα (6.8/100.000) και Δυτική Ασία (5.8/100.000), ενώ το χαμηλότερο ποσοστό έχει καταγραφεί στο Ιράν 0.4 ανά 100.000.

Η θνησιμότητα στις ΗΠΑ έχει μειωθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε δεκαετιών πάνω από 70%, και η μείωση αυτή κατά ένα μεγάλο μέρος έχει αποδοθεί στην εφαρμογή του Τεστ Παπ από τη δεκαετία του '40. Στη Βόρεια Αμερική, η μέση ηλικία διάγνωσης καρκίνου του τραχήλου είναι τα 47 έτη, και σχεδόν οι μισές από τις περιπτώσεις εντοπίζονται πριν από την ηλικία των 35. Εντούτοις, γυναίκες πάνω

από 55 ετών συμβάλλουν δυσανάλογα στη θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου, πρώτιστα λόγω της προχωρημένης ασθένειας κατά τη διάγνωση¹¹ (Σχήμα 2).

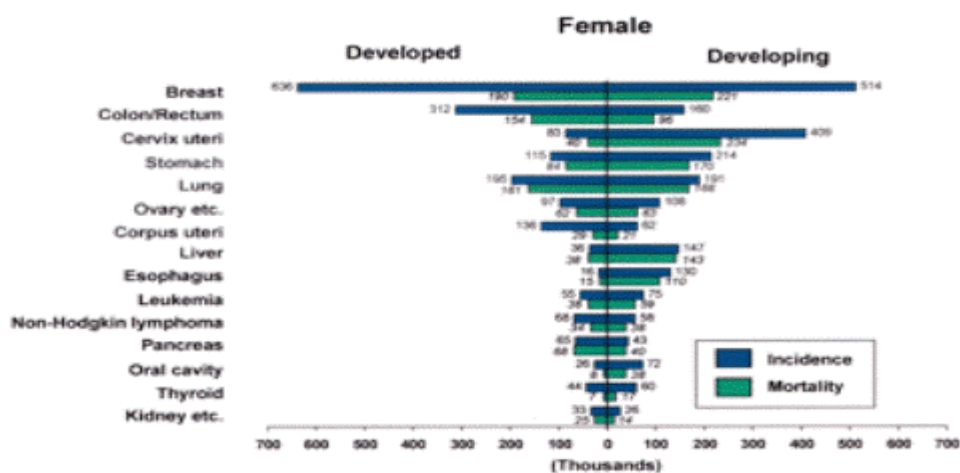
Σχήμα 2: Παγκόσμια κατανομή εμφάνισης περιστατικών και θνησιμότητας



Πηγή: Parkin D.M., Bray F., Ferlay J. and Pisani P., 2005, Global Cancer Statistics 2002, American Cancer Society, *C.A. Cancer J. Clin.* 2005; 55, fig. 11, pp 74-108.

Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι σημαντικά χαμηλότερα από τα ποσοστά εμφάνισης νέων περιστατικών καρκίνου του τραχήλου και η αναλογία μεταξύ τους φτάνει στο 55%. Στον ευρωπαϊκό χώρο, τα στατιστικά στοιχεία από το πρόγραμμα Clobocan 2002 και 2008, που πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με την IARC (International Agency for Research on Cancer) αλλά και τα στοιχεία του ACCP (Alliance for Cervical Cancer Prevention), βασίζονται σε δεδομένα που συλλέγονται από τα πιστοποιητικά θανάτου, όπου δεν προσδιορίζεται επακριβώς η αιτία θανάτου, παρά αναφέρονται και ταξινομούνται όλες οι περιπτώσεις ως θάνατοι από καρκίνο της μήτρας. Το γεγονός αυτό, επισημαίνεται στις περισσότερες έρευνες και αποτελεί σημαντική δυσκολία στην καταγραφή των πραγματικών περιστατικών θανάτου από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Σχήμα 3 : Συγκριτική κατανομή των διαφόρων μορφών καρκίνου μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών



Πηγή: Parkin D.M., Bray F., Ferlay J. and Pisani P., 2005, Global Cancer Statistics 2002, American Cancer Society, *C.A. Cancer J. Clin.* 2005; 55, fig. 2, pp 74-108.

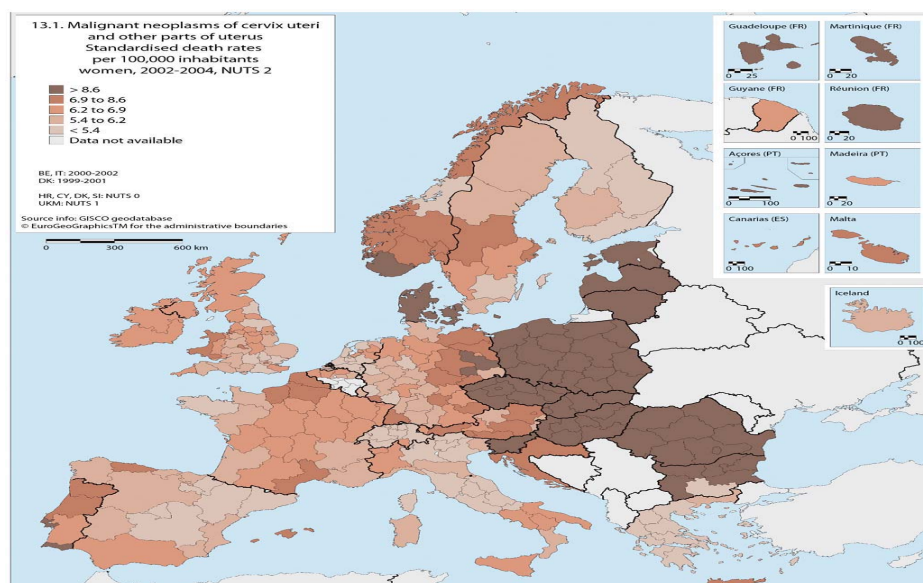
Στην Ευρώπη, τα στατιστικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι στη Μεγάλη Βρετανία, παρατηρήθηκε σχετικός περιορισμός των νέων περιστατικών κατά τα έτη 1960-1970, ακολούθησε μια σχετική αύξηση κατά τα έτη μεταξύ 1970-1985 και ακολούθως σημαντική πτώση τα επόμενα έτη (Levi, Lucchini, Franceschi & La Vecchia 2000 : 2266-2271). Κατά τα έτη 1995-2005 στην Ευρώπη των 27 κρατών-μελών (ΕΕ-27), παρουσιάστηκε σημαντική μείωση των περιστατικών εμφάνισης καρκίνου, σύμφωνα με την Έκθεση Data and Information on Women's Health in European Union, του 2009¹². Τα ποσοστά εμφάνισης ωστόσο παραμένουν υψηλά στην Ανατολική Ευρώπη σε χώρες όπως η Εσθονία, Λιθουανία, Λετονία, Βουλγαρία και Ρουμανία. Το 2004, τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίστηκαν στην Λιθουανία (31.1/100.000), Ρουμανία (29.9/100.000), Βουλγαρία (26.98/100.000), ενώ τα χαμηλότερα παρουσιάζουν στην Μάλτα, Κύπρο και Φινλανδία (1.98 έως 6.07/100.000) (Εικόνα 8).

¹¹ Parkin D.M., Bray F., Ferlay J. and Pisani P., 2005, Global Cancer Statistics 2002, American Cancer Society, *C.A. Cancer J. Clin.* 2005; 55, pp 74-108.

¹² Data and Information on Women's Health in the European Union, 2009, European Communities, Directorate-General for Health & Consumers, pp 36-37.

Στην πρόσφατη Έκθεση της Eurostat, Atlas on mortality του 2009¹³ για να πιστοποιηθεί ο αριθμός θανάτων από ΚΤΜ, η διάκριση γίνεται μέσω του ηλικιακού φάσματος των περιπτώσεων των θανάτων, που έχουν καταγραφεί ότι οφείλονται στον καρκίνο της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι πιο συχνός σε μικρότερες ηλικίες και σπανιότερος πάνω από την μέση ηλικία, ενώ ο καρκίνος της μήτρας παρουσιάζει ακριβώς την αντίθετη ηλικιακή κατανομή. Με τον τρόπο αυτό, πραγματοποιείται η καταγραφή της θνησιμότητας που οφείλεται στον καρκίνο του τραχήλου και θεωρείται ότι κυριαρχεί στην πλειοψηφία των καταγεγραμμένων περιστατικών, χωρίς να παραβλεφθεί η επιθετικότητα και των δύο τύπων του καρκίνου που αφορά το γεννητικό σύστημα της γυναίκας.

Εικόνα 8 : Ευρωπαϊκή κατανομή εμφάνισης κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (και νεοπλασιών άλλων τμημάτων της μήτρας) (2002-2004)

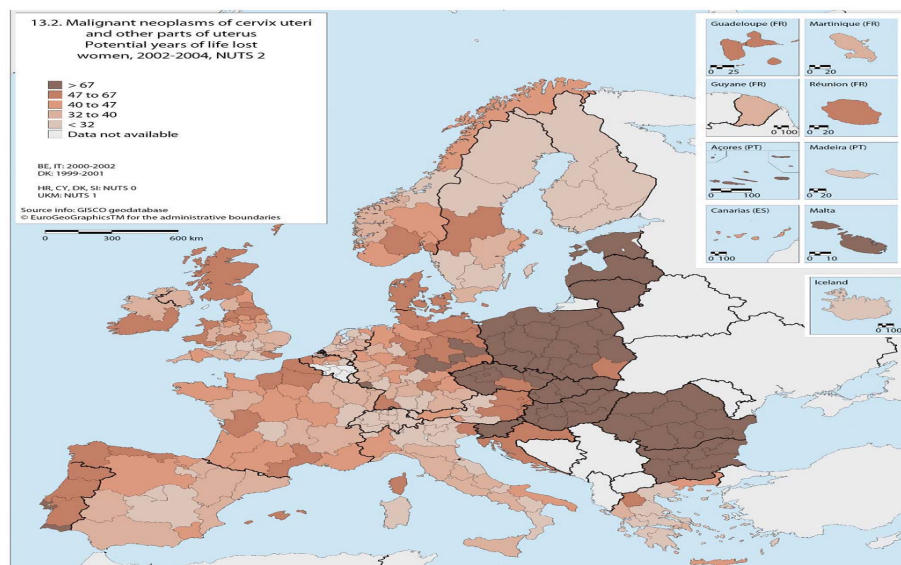


Πηγή: Atlas on mortality, 2009, Map of Malignant neoplasms of cervix uteri and other parts of uterus (women) Eurostat Statistical Books 2009, pp 98.

Στην συνέχεια παρουσιάζεται ο χάρτης που σχετίζεται με τον δείκτη PYLL (Potential years of life lost- PYLL) που αντιπροσωπεύει τα πιθανά χαμένα χρόνια ζωής για τα έτη 2002-2004, από καρκίνο του τραχήλου (Εικόνα 9). Τα αποτελέσματα ανέδειξαν τη σχετικά νεαρή ηλικία που πεθαίνουν οι γυναίκες από καρκίνο του τραχήλου και τα πολλά χαμένα χρόνια παραγωγικής ζωής. Υπολογίζεται ότι στην ΕΕ-27, στις 100.000 έχασαν 64 PYLL. Η κατάσταση στην Κεντρική και στην

Ανατολική Ευρώπη (κράτη-μέλη) είναι σημαντικά χειρότερη από τον μέσο όρο, όπως στην Ρουμανία (230), Λιθουανία (170), Βουλγαρία (170), Ουγγαρία (140), Πολωνία (110), Σλοβακία (130), Εσθονία (98), Τσεχία (88) και Σλοβενία (83). Όλες αυτές οι χώρες παρουσιάζουν υψηλότερο δείκτη PYLL (20% και πάνω από τον μέσο όρο). Μεταξύ των παλαιών κρατών μελών ΕΕ-15, ανά 100.000 έχασαν 42 PYLL. Η Δανία (66) και η Πορτογαλία (64) έχουν υψηλότερο δείκτη από τον μέσο όρο. Χώρες με χαμηλότερο του μέσου όρου δείκτη θνησιμότητας στην Ευρώπη των 15 κρατών-μελών είναι η Ελλάδα (30), το Λουξεμβούργο (24), η Φινλανδία (19) και η Ελβετία (18). Ο χάρτης λοιπόν, αποδεικνύει ότι χώρες με καλά οργανωμένο εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου παρουσιάζουν χαμηλότερη θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου¹³.

Εικόνα 9: Πιθανά χαμένα χρόνια ζωής από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (και νεοπλασιών άλλων τμημάτων της μήτρας)



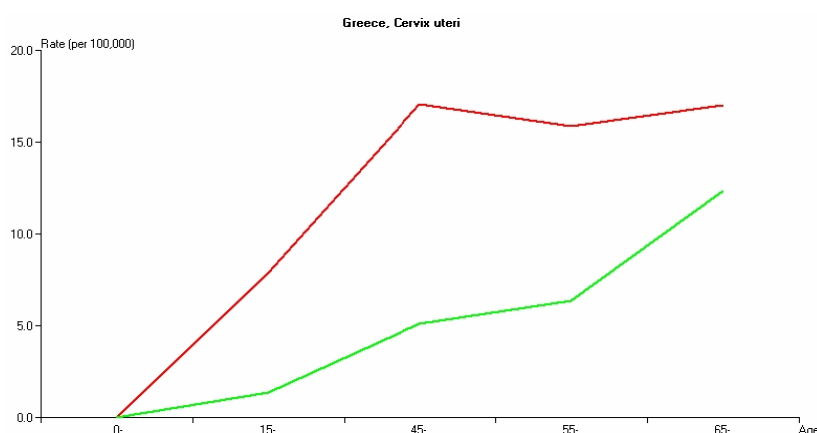
Πηγή: Atlas on mortality, 2009, Map of Malignant neoplasms of cervix uteri and other parts of uterus (women) and PYLL, Eurostat Statistical Books 2009, pp 99.

¹³Health statistics – Atlas on mortality in the European Union. Eurostat Statistical Books 2009 Theme: Population and social conditions. Collection: Statistical books European Communities. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, Chapter 13, pp 97-98.

¹⁴Ferlay J. , F. Bray, P. Pisani and D.M. Parkin. ,2004, *Human Papillomavirus And Related Cancers GLOBOCAN 2002, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, IARC Cancer Base No. 5, version 2.0, Lyon: IARC Press.

Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα εκτιμάται ότι η επίπτωση και η θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το 1998 ήταν αντίστοιχα 6,24/100.000 και 2.27/100.000. Ενώ, τα τελευταία στοιχεία από το Globocan 2002¹⁴ αναφέρουν ότι η επίπτωση στη χώρα μας ανέρχεται σε 7,7/100.000 και η θνησιμότητα σε 2,4/100.000. Στην Ελλάδα, κάθε χρόνο 600 περίπου γυναίκες διαγιγνώσκονται με καρκίνο στον τράχηλο της μήτρας, ενώ υπολογίζεται ότι ετησίως 240 περίπου Ελληνίδες χάνουν τη μάχη με το θάνατο εξαιτίας αυτής της νόσου. Αν και στη χώρα μας η εξέταση κατά Παπανικολάου εφαρμόστηκε από το 1955, δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα πρόληψης εκτός από κάποια πιλοτικά προγράμματα στην περιφέρεια της Χαλκιδικής, Μεσσηνίας και Ηλείας (εκτός Αττικής και Θεσ/κης), που καλύπτουν ένα μικρό ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού της χώρας (Riza, Kyriakogianni-Psaropoulou, Koumantakis, Symiakaki, Garas & Linos 2000) (Σχήμα 4).

Σχήμα 4: Επίπτωση και θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ανά ηλικία στην Ελλάδα



Πηγή: Ferlay J. , F. Bray, P. Pisani and D.M. Parkin. ,2004, *Human Papillomavirus And Related Cancers GLOBOCAN 2002, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, IARC Cancer Base No. 5, version 2.0, Lyon: IARC Press.¹⁵

¹⁵ Για την Ελλάδα ίσως τα στοιχεία να μην ακριβή, με μια μικρή επιφύλαξη, μια και δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα παρακολούθησης και πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου, παρόλα αυτά όλες οι διεθνής μελέτες κατατάσσουν την Ελλάδα στις χώρες με μικρή συχνότητα επιπολασμού και θνησιμότητας από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

3.2.2. Αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Οι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση του ΚΤΜ, σύμφωνα με τα νέα επιδημιολογικά δεδομένα συμπεριλαμβάνουν τη λοίμωξη από HPV, τη σεξουαλική συμπεριφορά, τη χρήση αντισυλληπτικών, το κάπνισμα, και την κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος, την φτωχή διατροφή και τον αριθμό των γεννήσεων.

- *Ιός του ανθρώπινου θηλώματος*: η μοριακή ανάλυση των θηλωμάτων του ανώτερου γεννητικού συστήματος, σε τραχηλικό ιστό με CIN και τραχηλικό ιστό με καρκίνο, έχουν δείξει ότι δύο ομάδες HPV μπορούν να αναγνωριστούν στο γυναικείο γεννητικό σύστημα. Η μία ομάδα HPV (τύποι 6,11) βρίσκεται σχεδόν πάντα σε χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις του τραχήλου (CIN) και σε εξωφυτικά κονδυλώματα του ανώτερου γεννητικού συστήματος, τα οποία έχουν χαμηλή πιθανότητα εξέλιξης σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Μία δεύτερη ομάδα HPV (τύποι 16, 18) βρίσκεται πιο συχνά σε CIN2 και CIN3 αλλοιώσεις οι οποίες έχουν υψηλή πιθανότητα εξέλιξης σε διηθητικό καρκίνο¹⁶. Είναι ευρέως παραδεκτό ότι μόνο η λοίμωξη με HPV υψηλού κινδύνου ή ακόμη και ενσωμάτωση του HPV16 μέσα στον πυρήνα του κυττάρου ξενιστή, δεν είναι επαρκής για πλήρη κακοήθη εξαλλαγή του τραχηλικού επιθηλίου. Άλλοι παράγοντες όπως η απώλεια γονιδίων καταστολής καρκινογένεσης (tumor suppressor genes) και η δράση ογκογονιδίων μπορεί επίσης να παίζουν ρόλο. Μεταλλάξεις στα *ras*, *fos* και άλλα ογκογονίδια έχουν ανιχνευτεί στα καρκινικά κύτταρα αλλά ο ρόλος τους *in vivo* δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί με ακρίβεια (Σπαντίδος, Χατζηπαναγιώτου & Ζουμπουρλής 2004). Παρά τις διχογνωμίες, ο ιός του θηλώματος παρέχει μοναδική ενόραση στους μηχανισμούς της καρκινογένεσης και έχει οδηγήσει σε πρόοδο της ιατρικής γνώσης περί παθογένεσης του τραχηλικού καρκίνου. Αποτελεί σημείο αιχμής στην ιατρική και ιδιαίτερα όσον αφορά στην πρόληψη του ΚΤΜ. Φαίνεται να έχει μελλοντική επίδραση στην πρόληψη (μέσω εμβολιασμού), στην έγκαιρη διάγνωση (μέσω HPV DNA screening)

¹⁶Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας: επιδημιολογία, αιτιολογία, παθογένεση και κύριοι ιστολογικοί τύποι, (n.d), Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : www.cytology.eu/static/eurocytology/gre/cervical/LP1ContentCcontE.

και στην θεραπεία (μέσω φαρμάκων) αυτής της νόσου.

- *Σεξουαλική δραστηριότητα:* Η σχέση μεταξύ σεξουαλικής δραστηριότητας και τραχηλικού καρκίνου είναι γνωστή για περισσότερο από έναν αιώνα. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής κάτω των 17 ετών και ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων, που συσχετίζεται με την μόλυνση από πολλούς τύπους του ιού των θηλωμάτων που δρουν αθροιστικά, υπάρχει. Το μεγαλύτερο ιϊκό φορτίο με αυτήν την έννοια, αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη CIN και καρκίνου (Harris, Brinton, Cowdell, Skegg, Smith, Vessey & Doll 1980). Η πρόωμη έναρξη σεξ.δραστηριότητας σε νεαρή ηλικία διπλασιάζει τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σύμφωνα με μια νέα επιστημονική έρευνα από τον οργανισμό IARC, όπου διαπιστώθηκε ότι το πρόβλημα είναι συχνότερο στις φτωχότερες γυναίκες, επειδή αυτές ακριβώς τείνουν να έχουν τις πρώτες σεξουαλικές επαφές πολύ νωρίτερα (κατά μέσο όρο τέσσερα χρόνια) σε σχέση με τις κοπέλες από εύπορες οικογένειες¹⁷.

- *Χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων:* Μία πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη από την Διεθνή Υπηρεσία Έρευνας για τον Καρκίνο IARC (2002), ανέδειξε ότι η παρατεταμένη χρήση αντισυλληπτικών αυξάνει τον κίνδυνο του τραχηλικού καρκίνου στις γυναίκες που είχαν ήδη μολυνθεί από έναν από τους HPV ιούς υψηλού κινδύνου (HPV 16 ή 18). Οι γυναίκες που είχαν χρησιμοποιήσει το χάπι για 5-9 χρόνια είχαν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα (από τις γυναίκες που δεν το χρησιμοποιούσαν) να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι γυναίκες που είχαν χρησιμοποιήσει το χάπι περισσότερο από 10 χρόνια είχαν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν την νόσο. Μια μελέτη σε 889 γυναικών που απεβίωσαν από την νόσο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα ορμονικά σκευάσματα που λαμβάνονται από το στόμα αυξάνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ παράλληλα ελαττώνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών (Vessey & Painter 2006).

- *Κάπνισμα:* Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι το κάπνισμα είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη CIN και διηθητικού καρκίνου, όπως είναι και για

¹⁷Hope, G., «Girls who have sex in their teens are at greater risk of developing cervical cancer», (22/12/2009), Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1237530/Girls-sex-teens-greater-risk-developing-cervical-cancer.html#ixzz0xcjKZDh9>.

άλλου τύπου επιθηλιακούς καρκίνους. Υφίσταται η υπόθεση ότι ακόμα και το παθητικό κάπνισμα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο (Haverkos, Soon, Steckley & Pickworth 2003). Τα παράγωγα της νικοτίνης έχουν ανιχνευθεί στην τραχηλική βλέννη, όπου μπορούν να δρουν ως επιπρόσθετος καρκινογόνος παράγοντας. Οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες στον καπνό του τσιγάρου σχηματίζουν επιβλαβείς προσμίξεις στο DNA των τραχηλικών επιθηλιακών κυττάρων τα οποία μπορεί να παρουσιάσουν μετάλλαξη και νεοπλασματική εξαλλαγή (Simons, van Herckenrode, Rodriguez, Maitland, Anderson, Phillips & Coleman 1995 : 246-249). Υπάρχουν κάποιες αποδείξεις ότι ο καπνός του τσιγάρου μπορεί να αντιδρά με το DNA του ιού του ανθρώπινου θηλώματος και να προκαλεί κακοήθη εξαλλαγή των επιθηλιακών κυττάρων.

- *Ανοσοποιητικό σύστημα:* Η θεωρία ότι η ανοσοποιητική επίβλεψη μπορεί να είναι από τους πιο σημαντικούς φυσικούς τρόπους ελέγχου της ανάπτυξης καρκίνου στηρίζεται στο γεγονός ότι η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN) κυριαρχεί σε δέκτες μοσχευμάτων, σε καρκινοπαθείς και οροθετικές γυναίκες. Αυτές οι ομάδες γυναικών έχουν μειωμένη ανοσολογική αντίδραση των T-λεμφοκυττάρων, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα τους να παρουσιάσουν μία επαρκή ανοσολογική απάντηση εναντίων των ξένων αντιγόνων των καρκινικών κυττάρων και έτσι δεν είναι ικανές να τα περιορίσουν ή να τα καταστρέψουν (Kojic, Rana, Boardman, Schechter & Cu-Uvin 2010).

- *Μικροβιακοί παράγοντες:* Ένα σύνολο από μικροοργανισμούς έχουν ενοχοποιηθεί στο παρελθόν ότι εμπλέκονται στη διαδικασία της καρκινογένεσης. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται η τριχομονάδα του κόλπου, ο έρπης των γεννητικών οργάνων, τα χλαμύδια, η λοίμωξη από μεγαλοκυτταριό (CMV) κ.ά. Ο Herpes simplex virus τύπου 2 (HSV-2) θεωρήθηκε εξ αρχής πιθανός υποψήφιος ιογενής παράγοντας για τον καρκίνο, όμως η απουσία του HSV-2 DNA στους περισσότερους τραχηλικούς όγκους, επιβεβαίωσε τη μη άμεση εμπλοκή του (Clinton 1995 : 549-556).

- *Φτωχή διατροφή:* Τα στοιχεία για την επίδραση της διατροφής στον κίνδυνο τραχηλικού καρκίνου δείχνουν ότι μια υψηλή πρόσληψη τροφίμων που περιέχουν Β καροτίνη και βιταμίνη C, E και, σε μικρότερο βαθμό βιταμίνη A, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο τραχηλικού καρκίνου. Τα καροτινοειδή, η τοκοφερόλη και το ασκορβικό οξύ είναι ισχυρά αντιοξειδωτικά τα οποία μπορούν να σταματήσουν τις αντιδράσεις

των ενδοκυττάρων χημικών ελεύθερων ριζών, προστατεύοντας ενδεχομένως τη βλάβη του DNA (Jastreboff & Cymet 2002: 225-228).

• *Ο αριθμός των γεννήσεων*: Ο αριθμός των γεννήσεων και η πολυτοκία συγκεκριμένα είναι παράγοντες κινδύνου για μόλυνση από τον ιό HPV και την εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου. Υπάρχει μια γραμμική τάση στη σχέση μεταξύ του αριθμού των γεννήσεων και του κινδύνου, όπως φαίνεται σε μελέτες στη Βόρεια Αμερική και την Κεντρική και Νότια Αμερική. Είναι δυνατό οι πολλές εγκυμοσύνες να έχουν έναν αθροιστικό τραυματικό ή ανοσοκατασταλτικό αποτέλεσμα στον τράχηλο, διευκολύνοντας με αυτόν τον τρόπο την απόκτηση της HPV μόλυνσης. Ένας άλλος μηχανισμός είναι η επαγόμενη λόγω εγκυμοσύνης ορμονική επίδραση στον τράχηλο, η οποία μπορεί να έχει επιπτώσεις στα γονιδιακά στοιχεία του HPV που ανταποκρίνονται στην προγεστερόνη (Franco, Franco & Ferenczy 2001 : 1017-1025).

Σε μερικές μελέτες αναφέρονται και άλλοι παράγοντες όπως ο ανδρικός παράγοντας, (εάν έχει υποστεί περιτομή ή όχι σε σχέση με την επιμόλυνση από μικροβιακές και ιϊκές λοιμώξεις), οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, (με την έννοια της έλλειψης πρόληψης, λόγω απουσίας πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας) και η χρήση του *DES (diethylstilbestrol)* σε έγκυες γυναίκες για την πρόληψη αποβολών (που χρησιμοποιήθηκε για την περίοδο 1940-1970, στις ΗΠΑ. Υπάρχει οδηγία για γυναίκες που οι μητέρες τους έκαναν χρήση αυτής της φαρμακευτικής αγωγής να έχουν συχνή παρακολούθηση)¹⁸.

3.2.3. Συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η υφιστάμενη νόσος κάνει εμφανή την εκδήλωση της με κύριο σύμπτωμα την κολπική αιμόρροια μετά από σεξουαλική επαφή. Αιμόρροια όμως μπορεί να εκδηλωθεί σε ακαθόριστα μεσοδιαστήματα, όπως επίσης και σαν κύριο σύμπτωμα μετά την εμμηνόπαυση. Ασθενείς με προχωρημένη νόσο μπορεί να παρουσιάζουν δύσοσμη κολπική υπερέκκριση, απώλεια βάρους και απόφραξη των ουροφόρων οδών. Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την ψηλάφηση των υπερκλειδίων και

¹⁸ *DES Research Update 1999: Current Knowledge, Future Directions*, National Cancer Institute USA, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : <http://whealthdev.nci.nih.gov/planning/previous/DES/chapter1.html>.

¹⁹ *Integrating Health Care for Sexual and Reproductive Health and Chronic Diseases. Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice*, 2006, Switzerland : WHO.

βουβονικών λεμφαδένων για τον αποκλεισμό μεταστατικής νόσου. Η κολπική εξέταση περιλαμβάνει προσεκτική και λεπτομερή επισκόπηση του τραχήλου και ολόκληρου του κόλπου για να καθοριστεί με ακρίβεια η έκταση της νόσου. Η γυναικολογική δακτυλική επισκόπηση συνήθως δίδει την αίσθηση «σκληρίας» και διόγκωσης του τραχήλου ενώ η εξέταση από το ορθό θεωρείται σπουδαία στον καθορισμό του μεγέθους του τραχήλου και της επέκτασης της νόσου στα παραμήτρια (Ροδολάκης 2009). Είναι ευρέως αποδεκτό ότι στα περισσότερα από τα διηθητικά πλακώδη καρκινώματα του τραχήλου της μήτρας έχει προηγηθεί ένα ασυμπτωματικό προδιηθητικό στάδιο της νόσου, στο οποίο τα προκαρκινικά κύτταρα περιορίζονται στο επιθήλιο του τραχήλου. Σε αυτό το στάδιο, τα φυσιολογικά πλακώδη κύτταρα του τραχήλου αντικαθίστανται από μη φυσιολογικό επιθήλιο που αποτελείται από νεοπλασματικά κύτταρα.

3.2.4. Η ταξινόμηση της σταδιοποίησης και η θεραπευτική αντιμετώπιση του ΚΤΜ κατά Π.Ο.Υ.

Υπάρχουν πολλά συστήματα ταξινόμησης και ορολογίας για τις προκαρκινικές αλλοιώσεις, βασισμένες στην κυτταρολογία και στην ιστολογία. Το 1975, ο Π.Ο.Υ. πρότεινε να χρησιμοποιούνται οι όροι: «καρκίνωμα in situ» και «δυσπλασία». Ο πρώτος προτάθηκε να χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις τραχηλικές αλλοιώσεις στις οποίες όλο το πάχος του τραχηλικού επιθηλίου έχει αντικατασταθεί από αδιαφοροποίητα νεοπλασματικά κύτταρα, ενώ ο δεύτερος για τις νεοπλασματικές αλλοιώσεις του τραχήλου στις οποίες μόνο μέρος του πάχους του επιθηλίου έχει υποστεί αυτή τη διαδικασία. Μέχρι τότε ήταν αποδεκτό ότι η δυσπλασία ήταν μια παθολογική κατάσταση που ήταν κλινικά διακριτή από το καρκίνωμα in situ, και δεν είχε δυνατότητα εξέλιξης σε κακοήθεια. Επιπλέον οι δυσπλασίες δεν χρειάζονταν θεραπεία. Αυτή η υπόθεση αμφισβητήθηκε το 1968 από τον Richart, σε μια προσπάθεια για ενιαία ταξινόμηση της δυσπλασίας βασισμένο στην ιστολογία των πρόδρομων αλλοιώσεων του τραχηλικού επιθηλίου (Αρβανίτης 2005 : 9). Οι αλλοιώσεις αυτές ονομάστηκαν ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του τραχήλου της μήτρας (cervical intraepithelial neoplasia, CIN) και

διακρίθηκαν σε ήπια, η μέτρια και η σοβαρή δυσπλασία. Τρεις βαθμοί CIN αναγνωρίζονται πλέον:

- α) CIN1 ανταποκρίνεται στην ήπια δυσπλασία,
- β) CIN2 ανταποκρίνεται στη μέτρια δυσπλασία,
- γ) CIN3 ανταποκρίνεται στη σοβαρή δυσπλασία και στο καρκίνωμα *in situ*.

Η ορολογία του Π.Ο.Υ. για την ταξινόμηση CIN χρησιμοποιείται σήμερα από τους παθολογοανατόμους. Κλινικά καταγράφονται τρία κυρίως στάδια του καρκίνου του τραχήλου : προ-διηθητικός, μικροδιηθητικός και διηθητικός καρκίνος του τραχήλου (Αρβανίτης 2005 : 13). Ο Π.Ο.Υ. διακρίνει τρεις κύριους ιστολογικούς τύπους καρκίνου:

- Πλακώδες καρκίνωμα ή καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου (το οποίο αποτελεί περίπου το 85% όλων των περιπτώσεων)
- Αδενοκαρκίνωμα (το οποίο αποτελεί περίπου το 10-12% όλων των περιπτώσεων)
- Άλλοι τύποι καρκινώματος π.χ. αδενοπλακώδες καρκίνωμα, αδενοκυστικό καρκίνωμα, μεταστατικό καρκίνωμα αποτελούν το υπόλοιπο 3-5% (Cheach & Looi 1999 : 1-15) (Σχήμα 5).

Το ταξινομητικό σύστημα Bethesda (TBS), που προτάθηκε το 1988 από το National Cancer Institute of Bethesda (USA), έκανε αναφορά στις κυτταρολογικές εξετάσεις και είναι βασισμένο στην θεραπευτική απόκριση. Αυτό το σύστημα έχει σαν αναφορικό όρο την «πλακώδη ενδοεπιθηλιακή βλάβη», την οποία διακρίνει σε δύο βαθμούς υψηλού και χαμηλού βαθμού και που αντιστοιχούν στους όρους HSIL και LSIL για να περιγράψει τις CIN αλλοιώσεις¹⁹. Το 2001, η ταξινόμηση κατά Bethesda, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στις αναφορές των αποτελεσμάτων των κυτταρολογικών εξετάσεων (Τεστ Παπ), προχώρησε μια ακόμη διάκριση στα άτυπα κύτταρα, σε ASC-US (atypical squamous cells of undetermined significance) και στα ASC-H (atypical squamous cells : cannot exclude a high-grade squamous epithelial lesion)¹⁹ (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Προκαρκινικές αλλοιώσεις : οι διαφορετικές ορολογίες που χρησιμοποιούνται στις κυτταρολογικές και ιστολογικές αναφορές

Table 2.1 Cervical precancer: different terminologies used for cytological and histological reporting

Cytological classification (used for screening)		Histological classification (used for diagnosis)	
Pap	Bethesda system	CIN	WHO descriptive classifications
Class I	Normal	Normal	Normal
Class II	ASC-US ASC-H	Atypia	Atypia
Class III	LSIL	CIN 1 including flat condyloma	Koilocytosis
Class III	HSIL	CIN 2	Moderate dysplasia
Class III	HSIL	CIN 3	Severe dysplasia
Class IV	HSIL	CIN 3	Carcinoma in situ
Class V	Invasive carcinoma	Invasive carcinoma	Invasive carcinoma

CIN: cervical intraepithelial neoplasia; LSIL: low-grade squamous intraepithelial lesion; HSIL: high-grade squamous intraepithelial lesion; ASC-US: atypical squamous cells of undetermined significance; ASC-H atypical squamous cells: cannot exclude a high-grade squamous epithelial lesion.

Πηγή: *Integrating Health Care for Sexual and Reproductive Health and Chronic Diseases. Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice*, 2006, Switzerland : WHO, pp39.

Σχήμα 5: Ταξινόμηση κατά Π.Ο.Υ. του ΚΤΜ

Ταξινόμηση κατά (WHO) Π.Ο.Υ.

Histological types of carcinoma found in cervix (WHO classification)

- Squamous cell carcinoma (epidermoid carcinoma)
- keratinising (well differentiated and moderately differentiated)
- non keratinising (large and small cell types)
- special types eg verrucous ,spindle cell carcinoma
- Adenocarcinoma endocervical type
- Variant : adenoma malignum (minimal deviation carcinoma)
- Variant : villoglandular papillary adenocarcinoma
- Endometrioid adenocarcinoma
- Clear cell adenocarcinoma
- Serous adenocarcinoma
- Mesonephric adenocarcinoma
- Intestinal type (signet ring) adenocarcinoma
- Other epithelial tumours
- Adenosquamous carcinoma
- Adenoid cystic carcinoma
- Small cell carcinoma
- Undifferentiated carcinoma

Πηγή:<http://www.eurocytology.eu/>

3.2.4.1. Προ-καρκινωμάτωσης αλλοιώσεις του τραχήλου

- Πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις του τραχήλου

Το καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας (Cervical squamous cell carcinoma-CSCC) εκκινά από ενδοεπιθηλιακές πρόδρομες αλλοιώσεις, όπως η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (cervical intraepithelial neoplasia- CIN). Τα μικροσκοπικά και κυτταρολογικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζει είναι η διαταραγμένη κυτταρική αρχιτεκτονική και μορφολογία των κυττάρων του πλακώδους επιθηλίου που εντοπίζεται αρχικά στην βασική περιοχή του επιθηλιακού ιστού. Τα νεοπλασματικά κύτταρα χαρακτηρίζονται από μεγάλους, υπερχρωματικούς πυρήνες με ανώμαλες μιτώσεις. Η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία-CIN είναι μια επίπεδη αλλοίωση που εντοπίζεται στην ζώνη μετάπτωσης-TZ, μπορεί να είναι εστιακή ή εκτεταμένη και η οποία συνήθως δεν είναι ορατή με γυμνό μάτι. Μπορεί να επεκταθεί στις ενδοτραχηλικές κρύπτες αλλά εξ ορισμού δεν υπάρχει διήθηση του στρώματος του επιθηλίου. Η κολποσκόπηση ίσως αποκαλύψει περιοχές με ανώμαλο επιθήλιο (Bertelsen, Jakobsen, Herrstedt, Petersen, Hølund, Hansen, Andersen, Knudsen & Thomsen 2006 : 600, Cannistra & Niloff 1996 : 1030-1038).

3.2.4.2. Διηθητικό καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου

- Μικρο-διηθητικό καρκίνωμα

Πρόκειται για το πρώιμο στάδιο του καρκίνου του τραχήλου. Η διάγνωση γίνεται μόνο με μικροσκοπική εξέταση. Το βάθος της διήθησης του στρώματος είναι 5mm ή λιγότερο. Αντιστοιχεί στο στάδιο IA στην κατάταξη κατά FIGO, η οποία ορίζει ότι το στάδιο αυτό αφορά σε αλλοίωση με ένα μέγιστο βάθος διήθησης 5 mm και οριζόντιας επέκτασης 7mm. Σχεδόν πάντα προέρχεται από SIL και εντοπίζεται συνήθως στο πρόσθιο χείλος του τραχήλου. Μικροσκοπικά παρατηρούνται ανώμαλου σχήματος προσεκβολές νεοπλασματικού επιθηλίου να διηθούν επιφανειακά το υποκείμενο τραχηλικό στρώμα. Χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση κυτταρικού πολυμορφισμού, η παρουσία ευδιάκριτων πυρηνίσκων και η κερατινοποίηση μεμονωμένων κυττάρων. Ένα άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα που αυξάνει την υποψία της έναρξης της διήθησης στο στρώμα είναι η παρουσία

ινοβλαστικού στρώματος (desmoplastic stroma) (Simon, Gore, Shingleton, Soong, Orr & Hatch 1986: 19-24). Έρευνες έχουν αποδείξει ότι ο γενικός κίνδυνος για τη μετάσταση σε λεμφαδένες στο μικροδιηθητικό καρκίνωμα είναι περίπου 1%, όταν το βάθος της διήθησης δεν υπερβαίνει τα 5mm (Reich, Pickel, Tamussino & Winter 2000: 890-892, Das, Gopalkkrihna, Hedau & Katiyar 2000 : 52-63).

- **Διηθητικό καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου (SCC)**

Ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης του SCC είναι τα 51 έτη, ενώ είναι ασυνήθιστος πριν την ηλικία των 30 ετών. Ωστόσο τα περισσότερα περιστατικά παρουσιάζονται στο ηλικιακό φάσμα μεταξύ των ηλικιών 45-55. Συνήθως προκύπτει από μεταπλαστικό πλακώδες επιθήλιο στην περιοχή της TZ (transformation zone). Τα ευρήματα της κολποσκόπησης, παραπέμπουν σε πρώιμες αλλοιώσεις, λείες που καλύπτονται από βλεννογόνο και εμφανίζουν αυξημένη αγγείωση. Οι πιο προχωρημένοι όγκοι παρουσιάζονται σαν εξωφυτική πολυποειδική μάζα που επεκτείνεται ως το άνω μέρος του κόλπου ή σαν εξελκωμένη αλλοίωση του τραχήλου. Περιστασιακά, εμφανίζεται σαν μάζα που μπορεί να ψηλαφηθεί αλλά δεν είναι ορατή με κολποσκόπηση (Detmar & Hirakawa 2002 : 713-718). Μερικές περιπτώσεις SCC συνοδεύονται από ακανθόλυση και κεντρική νέκρωση που μπορεί να οδηγήσουν σε ψευδοαδενική εικόνα (pseudoglandular). Περιστασιακά το SCC έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με έντονη διήθηση από ώριμα ηωσινόφιλα κύτταρα, με ή χωρίς τη συνοδεία ηωσινοφιλίας του περιφερικού αίματος (peripheral blood eosinophil). Σπάνια ευρήματα είναι η παρουσία κυττάρων με μορφολογία δίκην σφραγιστήρος δακτυλιδίου (signet ring cells) (Das, Gopalkkrihna, Hedau & Katiyar 2000 : 52-63). Η ταξινόμηση του έχει ως εξής :

Καλά διαφοροποιημένο (Grade I): Υπάρχουν κυρίως ώριμα πλακώδη κύτταρα με πολλές σφαίρες κερατίνης, ελάχιστη κυτταρική πλειομορφία και μικρός αριθμός μιτώσεων.

Μέτρια διαφοροποιημένο(Grade II): λιγότερο ευδιάκριτα όρια κυττάρων. Εμφανίζουν λίγες σφαίρες κερατίνης, περισσότερη πυρηνική πολυμορφία και περισσότερη μιτωτική δραστηριότητα.

Χαμηλής διαφοροποίησης (Grade III): αδιαφοροποίητα κύτταρα με έντονη μιτωτική δραστηριότητα και πυρηνική ατυπία, χωρίς στοιχεία κερατινοποίησης.

3.2.4.3. Αδενοκαρκίνωμα του ενδοτραχήλου

Τα πρωτογενή αδενοκαρκινώματα αποτελούν το 5% με 15% όλων των καρκινωμάτων του τραχήλου. Τα αδενοκαρκινώματα παρουσιάζουν μεγαλύτερη ποσόστωση εμφάνισης σε γυναίκες εβραϊκής καταγωγής και σε νεαρές γυναίκες κάτω των 35 ετών. Υπάρχει μια ένδειξη για τη συσχέτιση της μακρόχρονης χρήσης αντισυλληπτικών χαπιών και της ανάπτυξης ενδοτραχηλικής νεοπλασίας σε νεαρές γυναίκες. Ωστόσο η επικρατούσα άποψη υποστηρίζει ότι τα περισσότερα αδενοκαρκινώματα του ενδοτραχήλου συσχετίζονται με τον ιό HPV, ιδιαίτερα με τους τύπους 16 και 18. Μικρό ποσοστό αρνητικών όγκων τείνουν να είναι μη-βλεννώδεις και εμφανίζονται στις ηλικιωμένες γυναίκες (Waggoner 2003 : 2217-25). Παρόμοια ταξινόμηση με το εκ πλακώδους επιθηλίου καρκίνωμα παρουσιάζει και το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου που διακρίνεται σε προ-διηθητικές και διηθητικές παραλλαγές. Όπως στις πλακώδεις αλλοιώσεις, έτσι και οι αδενικές δυσπλασίες και το αδενοκαρκίνωμα in-situ, κατηγοριοποιούνται μαζί σαν αδενική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου- cervical glandular intraepithelial neoplasia (CGIN). Το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου αναπτύσσεται στην περιοχή της ζώνης μετάπτωσης του πλακώδους προς το αδενικό κυλινδρικό επιθήλιο. Είναι αξιοσημείωτο ότι σχεδόν το 50% του διηθητικού αδενοκαρκινώματος και το 75% των in-situ καρκινωμάτων σχετίζονται με την παρουσία CIN γεγονός που υποδηλώνει ότι υπάρχουν κοινοί αιτιολογικοί παράγοντες στην παθογένεση αυτών των όγκων .

- **Διηθητικό αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου**

Η πλειοψηφία των τραχηλικών αδενοκαρκινωμάτων εμφανίζεται στην περιοχή της ζώνης μετάπτωσης. Αυτοί οι όγκοι μπορεί να είναι εξωφυτικοί σαν πολύποδες με μίσχο ή σαν θηλώδεις μάζες με ευρύτερη βάση, που μπορεί να είναι εξελκωμένες ή νεκρωμένες στην επιφάνεια. Μικροσκοπικά, μπορεί να παρουσιάσουν τρεις κυρίως μορφολογικούς τύπους: βλεννώδη, ενδομητριοειδή και διαυγή κυτταρικό τύπο (Cheach & Looi 1999 : 1-15).

- Η πρόγνωση του τραχηλικού καρκινώματος συσχετίζεται με τις ακόλουθες παραμέτρους:
 - Κλινικό στάδιο, όπως στις περισσότερες άλλες ανθρώπινες κακοήθειες, αυτό είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας.
 - Κατάσταση των λεμφαδένων, αυτό είναι ένας άλλος κρίσιμος προβλέψιμος παράγοντας, ο οποίος ενσωματώνεται στο σχέδιο σταδιοποίησης.
 - Ενδομήτρια επέκταση, η παρουσία αυτού του χαρακτηριστικού γνώρισματος μειώνει το ποσοστό επιβίωσης κατά 10% με 20% .
 - Μέγεθος του αρχικού όγκου.
 - Βάθος της διήθησης.
 - Παραμήτρια συμμετοχή, όπως ανιχνεύεται μικροσκοπικά.
 - Διήθηση λεμφαγγείων.
 - Μικροσκοπικός βαθμός.
 - Μικροσκοπικός τύπος.
 - Tumor-associated tissue eosinophilia (TATE). Η παρουσία πολυάριθμων ηωσινόφιλων κυττάρων στην φλεγμονώδη εξεργασία του τραχηλικού καρκινώματος αναφέρεται ότι έχει συνδεθεί με βελτιωμένη επιβίωση σε μια μελέτη και με χειρότερη επιβίωση σε άλλη. Γενικά, όμως είναι αποδεκτό ότι αυτό το χαρακτηριστικό γνώρισμα θεωρείται ως καλό προγνωστικό γνώρισμα.
 - Cell proliferation index. Υψηλά ποσοστά S-φάσης στα τραχηλικά κύτταρα όπως καθορίζονται με κυτταρομετρία ροής, σχετίζονται και με μια κακώς διαφοροποιημένη ιστολογική εμφάνιση και με μειωμένη βραχυπρόθεσμη επιβίωση.
 - Αγγειογένεση. Η αυξημένη αγγειογένεση σχετίζεται με την αύξηση των όγκων (Σωτηροπούλου 2009 : 55).

3.2.5. Σταδιοποίηση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά FIGO

Στο Παγκόσμιο Συνέδριο της International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) στο Montreal του Καναδά το 1994, αναγνωρίστηκε η σπουδαιότητα του προσδιορισμού του όγκου της βλάβης ως προγνωστικού παράγοντα. Έχουν περιγραφεί πέντε κλινικά στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτικής και Γυναικολογίας (FIGO)^{20,21}. Οι επικαιροποιημένες οδηγίες περιλαμβάνουν την υποσταδιοποίηση του σταδίου IB σε δύο διαφορετικές κατηγορίες, το στάδιο IB1 και το στάδιο IB2 (Πίνακας 3).

- Το στάδιο 0 και το στάδιο 1 αποτελούν τα προκλινικά στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε αυτά τα στάδια ο προληπτικός έλεγχος (screening) του κολποτραχηλικού επιχρίσματος και η κολποσκόπηση παίζουν σημαντικό ρόλο στην διάγνωση δεδομένου ότι οι γυναίκες με καρκίνο σταδίου 0 και 1 είναι ασυμπτωματικές και ο καρκίνος δεν μπορεί να εντοπιστεί με γυμνό μάτι.

- Τα στάδια 2, 3, και 4 σχετίζονται συνήθως με συμπτώματα, όπως μετεμηνοπαυσιακή αιμορραγία και αποτελούν την διηθητική φάση της νόσου. Το σύστημα σταδιοποίησης της FIGO χρησιμοποιείται ευρέως από τους κλινικούς γιατρούς για σχεδιασμό θεραπείας.

Θα ήταν θεμιτό να αναφερθεί ότι υπάρχει ακόμη ένα ταξινομητικό σύστημα, ένα ιστολογικό σύστημα σταδιοποίησης, το σύστημα TNM. Το σύστημα αυτό προτιμάται από τους παθολογοανατόμους (TNM σταδιοποίηση κακοήθων νεοπλασμάτων- American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging Manual 2002).

²⁰. *Global Guidance For Cervical Cancer Prevention and Control*, October 2009, FIGO.

²¹. FIGO COMMITTEE ON GYNECOLOGIC ONCOLOGY, Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium, 2009, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 105 (2009), pp 103–104.

Πίνακας 3 : Σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά FIGO.

Carcinoma of the cervix uteri.

Stage I The carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the corpus would be disregarded)

IA Invasive carcinoma which can be diagnosed only by microscopy, with deepest invasion ≤ 5 mm and largest extension ≥ 7 mm

IA1 Measured stromal invasion of ≤ 3.0 mm in depth and extension of ≤ 7.0 mm

IA2 Measured stromal invasion of ≥ 3.0 mm and not ≥ 5.0 mm with an extension of not ≥ 7.0 mm

IB Clinically visible lesions limited to the cervix uteri or pre-clinical cancers greater than stage IA

IB1 Clinically visible lesion ≤ 4.0 cm in greatest dimension

IB2 Clinically visible lesion ≥ 4.0 cm in greatest dimension

Stage II Cervical carcinoma invades beyond the uterus, but not to the pelvic wall or to the lower third of the vagina

IIA Without parametrial invasion

IIA1 Clinically visible lesion ≤ 4.0 cm in greatest dimension

IIA2 Clinically visible lesion ≥ 4 cm in greatest dimension

IIB With obvious parametrial invasion

Stage III The tumor extends to the pelvic wall and/or involves lower third of the vagina and/or causes hydronephrosis or non-functioning kidney

IIIA Tumor involves lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall

IIIB Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or non-functioning kidney

Stage IV The carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy proven) the mucosa of the bladder or rectum. A bullous edema, as such, does not permit a case to be allotted to Stage IV

IVA Spread of the growth to adjacent organs

IVB Spread to distant organs

Πηγή: FIGO COMMITTEE ON GYNECOLOGIC ONCOLOGY, Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium, 2009, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 105 (2009), pp 103–104.

3.2.5.1. Ταξινόμηση σταδίων και θεραπευτική αντιμετώπιση

Η κλινική σταδιοποίηση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι σημαντική καθώς καθορίζει την θεραπευτική αγωγή της ασθενούς. Καρκίνος που έχει εντοπιστεί στο στάδιο 0 (προδιηθητικό στάδιο), απαιτεί μόνο τοπική εξαίρεση του καρκινικού επιθηλίου με διαθερμία ή λέιζερ και τεχνική εξάχνωσης.

Οι καρκίνοι σταδίου 1 συνήθως θεραπεύονται με ριζική υστερεκτομή με ή χωρίς διατήρηση των ωοθηκών, απόφαση η οποία εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς. Σε γυναίκες στην αναπαραγωγική ηλικία και με πρώιμο στάδιο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η τραχηλεκτομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία διατήρησης της γονιμότητας. Η ριζική τραχηλεκτομή αποτελεί μία χειρουργική επέμβαση κατά την οποία ο τράχηλος, το ανώτερο τμήμα του κόλπου, ο παραμητρικός ιστός (ιστός γύρω από το χαμηλότερο τμήμα της μήτρας), και οι

πυελικοί λεμφαδένες εξαιρούνται. Το σώμα της μήτρας και οι ωοθήκες δεν εξαιρούνται σε αυτή την περίπτωση. Συχνά γίνεται διακολπικά σε συνδυασμό με λαπαροσκοπική ενδοσκοπική χειρουργική.

Η καθιερωμένη θεραπεία για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας προχωρημένου σταδίου, είναι η ριζική υστερεκτομή και, ή πυελική ακτινοθεραπεία. Εκτεταμένος καρκίνος ενδεχομένως να απαιτεί ακτινοθεραπεία και, ή χημειοθεραπεία. Το κλινικό στάδιο την στιγμή της διάγνωσης επηρεάζει την πρόγνωση (προσδόκιμο επιβίωσης) του ασθενούς.

Η πρόγνωση είναι πολύ καλή για τις γυναίκες με καρκίνο που έχει διαγνωστεί σε πρώιμο στάδιο (Στάδιο 0 ή Στάδιο 1) με πολύ μικρό κίνδυνο (< 1%) υποτροπής, αλλά είναι φτωχή για γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο. Η σταδιοποίηση κατά FIGO και η θεραπευτική αντιμετώπιση, εκτενέστερα περιλαμβάνει :

Στάδιο IA1: Μέγιστο βάθος διήθησης 3.0mm και οριζόντια έκταση 7.0mm. Όταν το βάθος διήθησης είναι μεταξύ 1 και 3mm τότε η πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων είναι μικρότερη από 1%. Όταν όμως υπάρχουν καρκινικά έμβολα σε αγγεία ή λεμφαγγεία τότε ο κίνδυνος λεμφαδενικών μεταστάσεων ή κεντρικής πυελικής υποτροπής της νόσου είναι αυξημένος μολονότι η αντίληψη αυτή είναι ακόμη αμφισβητούμενη. Η κωνοειδής εκτομή θεωρείται θεραπεία εκλογής στην ομάδα γυναικών με μικροδιηθητικό καρκίνο τραχήλου μήτρας, ιδιαίτερα όταν αυτές οι γυναίκες είναι νέες και ευρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία.

Στάδιο IIA/ IB1: Χειρουργική αντιμετώπιση των σταδίων IB1 και IIA προϋποθέτει ριζική υστερεκτομή, πυελική λεμφαδενεκτομή και εκτίμηση των παρααορτικών λεμφαδένων. Το στάδιο IB2 λόγω του μεγάλου όγκου της βλάβης αποτελεί ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο για την ασθενή σε σχέση με το στάδιο IB1 και αντιμετωπίζεται με συνδυασμένη χημειο-ακτινοθεραπεία.

Είναι φανερό ότι η αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας προϋποθέτει λεπτομερή γνώση της ανάπτυξης και επέκτασης της νόσου.

Στάδιο IIB / IV: Σε στάδια όπου υπάρχει εμφανής διήθηση των παραμητρίων ή εκτενέστερη επέκταση της νόσου, τότε η ασθενής αντιμετωπίζεται συνήθως με ολική ακτινική θεραπεία η οποία περιλαμβάνει εξωτερική ακτινοβολία και ενδοκοιλιακή βραχυθεραπεία (Ροδολάκης 2009).

3.2.5.2. Αποτελέσματα χειρουργικής θεραπείας

Η επιβίωση ασθενών μετά ριζική υστερεκτομή και πυελική λεμφαδενεκτομή εξαρτάται από:

- Την κατάσταση των λεμφαδένων.
- Το μέγεθος του όγκου.
- Τη διήθηση του παραμητρικού ιστού.
- Το βάθος της διήθησης.
- Την παρουσία ή απουσία εμβόλων σε αγγεία και λεμφαγγεία.

Ανάλογα με το στάδιο της νόσου η χειρουργική εξαίρεση μπορεί να είναι συντηρητική ή να γίνει ριζικότερη, ακολουθώντας τις οδούς επέκτασης της νόσου στην πύελο και την άνω κοιλία (Ροδολάκης 2009). Ενδεικτικά αναφέρονται τα ποσοστά επιβίωσης στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 6).

Σχήμα 6 : Ποσοστά πενταετούς επιβίωσης μετά από την εμφάνιση ΚΤΜ

Stage I	85%
Stage II	55-60%
Stage III	25-30%
Stage IV	5-10%

Πηγή: Approximate Five Year Survival by Stages Cervix Cancer, 2008, BC Cancer Agency, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.bccancer.bc.ca/HPI/CancerManagementGuidelines/Gynecology/UterineCervix1of2/default.htm>.

3.3. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και καρκινογένεση

Η κατανόηση της αιτιολογικής πορείας μιας νόσου είναι θεμελιώδης, τόσο για τον έλεγχο και περιορισμό της εξάπλωσης της όσο και για την ανάπτυξη πολιτικών υγείας για την αντιμετώπιση της. Η καρκινογένεση είναι γενικά μια πολυδιάστατη και περίπλοκη διαδικασία στην οποία ενέχονται γενετικοί, κληρονομικοί, περιβαλλοντικοί επιβαρυντικοί παράγοντες όπως ιϊκές μολύνσεις, μεταλλάξεις που οφείλονται σε κληρονομούμενους παράγοντες ή εξαιτίας βλαβών του DNA από χημικούς, βιολογικούς και άλλους παράγοντες όπως η ακτινοβολία.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια ξεχωριστή περίπτωση καρκίνου διότι, όπως τονίζει ο καθηγητής Αγοραστός Θεόδωρος (2010)²² :

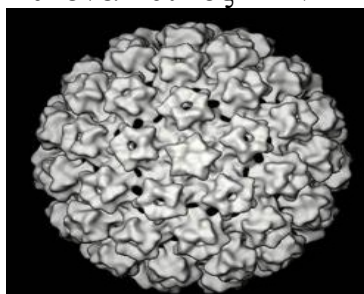
«Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας ιδιαίτερος καρκίνος, πρώτον γιατί ξέρουμε τα αίτιά του, δεύτερον γιατί αφορά νέες γυναίκες με ότι αυτό σημαίνει για τη γονιμότητά τους, τρίτον είναι ο μόνος καρκίνος για τον οποίο υπάρχει εμβόλιο το οποίο προφυλάσσει και τέταρτον ο καρκίνος αυτός είναι από τους λίγους που μπορούν να προληφθούν με το Παρ, το τεστ HPV καθώς και με τον εμβολιασμό...».

Η αναγνώριση της εμπλοκής των ιών HPV στην καρκινογένεση έδωσε νέα προοπτική αντίληψης του καρκίνου του τραχήλου. Σημαντική θέση κατέχει η πρόληψη, τόσο με την ευρεία εφαρμογή κυτταρολογικών– μοριακών τεχνικών ανίχνευσης πρώιμων βλαβών (screening test) όσο και με την ανάπτυξη εμβολίων.

3.3.1. Ταξινόμηση του ιού HPV-επιδημιολογία

Στην προκειμένη περίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η αιτιολογική συσχέτιση της εκδήλωσης της νόσου με την επιμόλυνση από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus-HPV) είναι πλέον, παραπάνω από τεκμηριωμένη. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, με την πρόοδο των τεχνικών της μοριακής βιολογίας και τη διατύπωση της υπόθεσης από τον Harald zur Hausen (Nobel Ιατρικής 2008), πως ο ιός HPV εμπλεκόταν στην εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου, αναρίθμητα πειράματα πραγματοποιήθηκαν με υβριδοποίηση νουκλεϊκών οξέων και πιο πρόσφατα με την αλυσιδωτή αντίδραση με πολυμεράση (PCR),

Εικόνα 10: Ιός HPV



Πηγή: http://en.wikipedia.org/wiki/Human_papillomavirus.

²². Αγοραστός Θ.,2010,« Νέο εργαλείο κατά του καρκίνου. Γενετικό τεστ για τον ιό HPV αναμένεται να αντικαταστήσει το τεστ Παπ», Διαθέσιμο στο δίκτυο : [http://www.tovima.gr/default.asp?pid=41&nid=1097245#ixzz0rTMkb5a0\(22/3/2010\)](http://www.tovima.gr/default.asp?pid=41&nid=1097245#ixzz0rTMkb5a0(22/3/2010)).

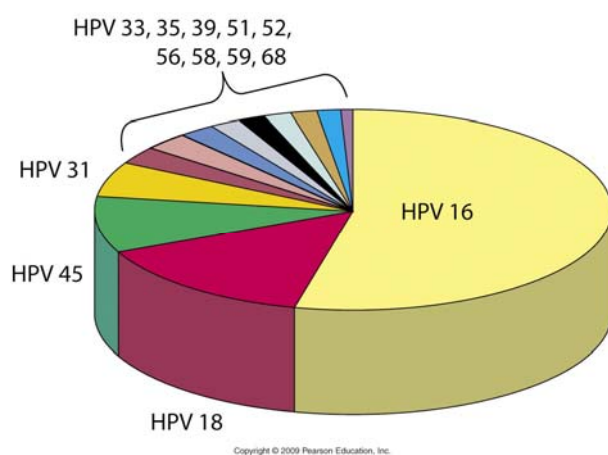
προκειμένου να πιστοποιηθεί η αλληλουχία του DNA HPV τόσο σε ανθρώπινους όγκους, όσο και σε πρόδρομες καταστάσεις. Η αναγνώριση της ογκογόνου δράσης των θηλωμάτων του ανθρώπου αποκάλυψε τον μηχανισμό δημιουργίας του καρκίνου του τραχήλου (zur Hausen, O'Neill, Freese & Hecker 1978, zur Hausen 1996, zur Hausen 2000). Μέχρι σήμερα περισσότεροι από 100 (σε μερικές μελέτες αναφέρονται μέχρι και 150) ορότυποι HPV, έχουν ταυτοποιηθεί και από αυτούς ανιχνεύονται περίπου 40 στο γεννητικό σύστημα, ανδρών και γυναικών. Οι διάφοροι τύποι του ιού του HPV διακρίνονται σε δερματικούς και βλεννογόνιους. Η μετάδοση του ιού HPV γίνεται μέσω βλαβών στο δέρμα ή στους βλεννογόνους, ενώ φαίνεται ότι διευκολύνεται από την παρουσία εκδορών ή υγρασίας. Οι λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος μεταδίδονται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή, αν και σπάνια έχουν αναφερθεί και σε νέες γυναίκες χωρίς σεξουαλικούς συντρόφους (Rylander, Ruusuvaara, Almstromer, Evander & Wadell 1994, Bauer, Hildesheim, Schiffman, Glass, Rush, Scott, et al. 1993). Η συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων και της επίπτωσης λοίμωξης με τον ιό HPV, έχει τεκμηριωθεί εκτενώς. Οι γεννητικές HPV λοιμώξεις μεταδίδονται δυνητικά με ενοφθαλμισμό μεταξύ των διαφόρων επιθηλίων (Euvrard, Chardonnet, Ruteil-Noble, Kanitakis, Chignol, Thivolet et al. 1993). Σημαντική είναι η κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο νεογνό κατά τον φυσιολογικό τοκετό (για το λόγο αυτό προτείνεται η καισαρική τομή σε ανάλογες περιπτώσεις) (Tseng, Lin, Wang, Chen, Chang, Hsieh, et al. 1992). Η επαφή του στοματικού βλεννογόνου με τον γεννητικό βλεννογόνο μπορεί να οδηγήσει σε λοίμωξη HPV της στοματικής κοιλότητας. Ακολούθως, ο ιός είναι δυνατό να μεταφερθεί σε κατώτερες ανατομικές περιοχές (φάρυγγας, οισοφάγος) με την κατάποση, προκαλώντας λοίμωξη. Έχει καταγραφεί επίσης ιατρογενής επιμόλυνση μέσω ιατρικών οργάνων ή άλλων αντικειμένων (Garden, O'Banion, Shelnitz, Pinski, Bakus, Reichmann, et al. 1998). Οι δερματικές λοιμώξεις προκαλούνται από στενή σωματική επαφή, τραυματισμό από μολυσματικά υλικά (Κρικέλης 2009 : 46).

Η ταξινόμηση των ιών των θηλωμάτων σε τύπους, υπότυπους και παραλλαγές (variants) βασίζεται στην αλληλουχία των L1 γονιδίων (De Villiers, Fauquet, Broker, Bernard & zur Hausen 2004 : 17-27). Με βάση την εξελικτική θεώρηση, οι ιοί HPV διακρίνονται σε δεκαέξι γένη, τα οποία ονομάζονται με βάση το ελληνικό αλφάβητο από α (Alpha) έως π (Pi). Τα κυριότερα γένη είναι τα Alpha, Beta, τα οποία

αποτελούν το 90% των ιών των θηλωμάτων, ενώ έχουν καταγραφεί και τα Gamma, Μι και Νι, τα οποία προκαλούν τα θηλώματα και τις ακροχονδρίες που δεν παρουσιάζουν κακοήθη εξαλλαγή. Οι περισσότεροι ιοί HPV ανήκουν στο γένος Αlpha όπως για παράδειγμα οι τύποι που σχετίζονται με γεννητικές λοιμώξεις. Στο γένος Βeta ανήκουν ιοί HPV που προκαλούν λοιμώξεις οι οποίες δεν είναι κλινικά εμφανείς (μερικοί σχετίζονται με ανάπτυξη μη μελανωματικού καρκίνου δέρματος) (Κρικέλης 2009 : 44-45). Οι υπότυποι του HPV διακρίνονται, με βάση την κακοήθη δυνητική δράση τους, σε: α) υψηλού κινδύνου ή ογκογόνοι (ΥΚ HPV), β) χαμηλού κινδύνου (ΧΚ HPV) και γ) ενδιάμεσου κινδύνου.

Στην μόλυνση από τους τύπους 6,11,42,43 και 44, αποδίδεται η εμφάνιση των καλοηθών εξωφυτικών αλλοιώσεων ή αλλιώς, οξυτενών κονδυλωμάτων. Οι υποτύποι του ιού ΥΚ HPV όπως οι 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45,51, 52, 56, 58, 59, και 68 (μερικές μελέτες αναφέρουν και τους 1 και 13) (Franco, Franco & Ferenczy 2001: 1017-1025) είναι ογκογόνοι και μπορούν να προκαλέσουν ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία τραχήλου (CIN), ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του αιδοίου (VIN), ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του πέους (PIN) και ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του πρωκτού (AIN), αλλά και καρκίνο του στόματος. Εν προκειμένω, προκαλούν καρκινώματα και χαμηλού και υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις πλακώδους επιθηλίου (low-grade squamous intraepithelial lesion, L-SIL, high-grade squamous intraepithelial lesion, H-SIL) (Matouama, Villanueva & Maruo 2004: 9-14) (Σχήμα 7). Σύμφωνα, με πρόσφατες μελέτες ανιχνεύεται DNA ΥΚ HPV, στο 84%-

Σχήμα 7: Ταξινόμηση HPV



Πηγή:<http://www.mun.ca/biology/desmid/brian/BIOL2060/BIOL2060-24/CB24.html>.

99% των καρκινωμάτων τραχήλου μήτρας. Οι υπότυποι 16 και 18 ανιχνεύονται στα τρία τέταρτα όλων των τύπων καρκίνων και προκαρκινικών αλλοιώσεων (Garcia, Nuno & Mitchell 2008 : 425-427). Επίσης, άλλοι τρεις τύποι χαρακτηρίζονται ως πιθανώς υψηλού κινδύνου 26, 53 και 66, και δώδεκα ως χαμηλού κινδύνου 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, και CP6108, (αλλά ακόμα και αυτοί είναι δυνητικά ογκογόνοι). Οι υπότυποι 6 και 11 (ιοί που προκαλούν τα κονδυλώματα) και οι 42,43,44,54,61,70,72 και 81 δεν συναντώνται συχνά σε προχωρημένες τραχηλικές αλλοιώσεις (Muñoz, Bosch, de Sanjose, Herrero, Castellsague, Shah, Snijders & Meijer 2003 : 518-27, Franco 1996 : 597-623). Όμως τα πράγματα είναι πιο περίπλοκα στην πράξη καθώς πολλές φορές διαπιστώνεται συνύπαρξη πολλών τύπων του ιού στον ίδιο ασθενή σε ποσοστό 10%-15% και επιπλέον, δεν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση για την ογκογόνο δράση πολλών άλλων τύπων (Αλεβιζόπουλος & Βασιλαματζής 2008). Γενικά γνωρίζουμε πολύ λίγα για την υποκλινική μόλυνση και για την ίαση από τον ιό. Οι HPV λοιμώξεις είναι συνήθως παροδικές, ασυμπτωματικές, κλινικά ασήμαντες να προσδιοριστούν. Ο χρόνος επώασης είναι 3 εβδομάδες με 8-9 μήνες σε νεαρές γυναίκες (Ho, Bierman, Beradsley, Chang & Burk 1998) και γίνονται μη ανιχνεύσιμες μέσα σε δυο περίπου χρόνια από την πρώτο-μόλυνση (Burke, Kelly & Feldman 1996 : 333-342). Η επίμονη παρουσία του ιού μετά το διάστημα αυτό υποδηλώνει πιθανά προκαρκινική ή καρκινική κατάσταση (Brentjens, Yeung-Yue, Lee & Tyring 2002).

Μόνο το 1% των γυναικών που έχουν προσβληθεί από το HPV θα αναπτύξει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Franco, Villa, Sobrinho, et al. 1999 : 1415-1418). Όμως, πρέπει να επισημανθεί ότι ακόμα και μετά από μόλυνση από ΥΚ HPV, μπορεί να επακολουθήσει αυτόματη υποστροφή των βλαβών χωρίς μακροπρόθεσμες παρενέργειες (Villa, Ronaldo, Carlos, Rosires, Kevin, Giuliano, Cosette, Koutsky, et al. 2005). Οι υποκλινικές και οι λανθάνουσες βλάβες μπορεί να είναι το ίδιο μολυσματικές και ογκογόνες, όπως οι κλινικές. Οι κλινικές, υποκλινικές και λανθάνουσες λοιμώξεις από HPV θεωρούνται σήμερα ως το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Λανθάνουσες λοιμώξεις διαπιστώνονται χαρακτηριστικά στο 5-40% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας.

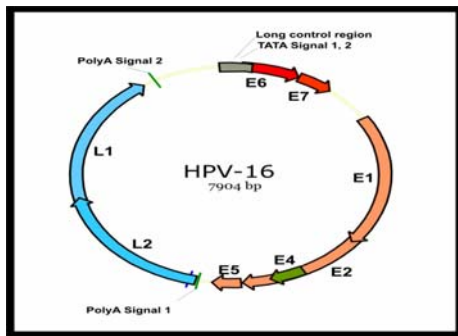
Έχει υπολογισθεί ότι παγκοσμίως μολύνονται περί τα 100 εκατομμύρια άτομα ετησίως αλλά από αυτά μόνο τα 5 εκατ. παρουσιάζουν εκδηλώσεις. Στις Η.Π.Α., εμφανίζονται περίπου 500.000 νέα περιστατικά μέτριας και βαριάς τραχηλικής

ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN II-III) και περίπου το 50-60% αυτών οφείλονται σε λοίμωξη από τον HPV 16 και HPV 18 και αντίστοιχος αριθμός πρωκτογεννητικών κονδυλωμάτων, με το 90% αυτών να οφείλεται σε λοίμωξη από τον HPV 6 ή HPV 11. Αντίθετα, η CIN I προκαλείται από μία ποικιλία οροτύπων HPV (25% από HPV 16 ή HPV 18 και 5% από HPV 6 ή HPV 11). Υπολογίζεται ότι το 10% των ανδρών και γυναικών θα παρουσιάσουν κονδυλώματα, σε κάποια στιγμή της ζωής τους (Ρούσσος & Βοσνάκης 2008). Το κόστος για την πρόληψη και την θεραπεία των κονδυλωμάτων και των τραχηλικών νοσημάτων από HPV στις ΗΠΑ, φτάνει τα 4 δις δολάρια και παραπάνω κάθε χρόνο. Από αυτά 200 εκατ. δολάρια απορροφώνται στην διαχείριση των γεννητικών κονδυλωμάτων, 300–400 εκατ. δολάρια στην διαχείριση του διηθητικού καρκίνου και στο πρόγραμμα επανενθύμισης για την διενέργεια του Τεστ Παπ και των εξετάσεων μετά από παθολογικά Τεστ Παπ. Αυτό το κόστος αναμένεται να μειωθεί με τις νέες στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης των HPV λοιμώξεων (Markowitz, Dunne, Saraiya, Lawson, Chesson & Unger 2007 : 1-24).

3.3.2. Ο κύκλος ζωής του ιού HPV- μηχανισμός καρκινογένεσης

Οι τύποι του ιού του HPV, είναι μικρού μεγέθους περίπου 55 nm ιοί, δεν διαθέτουν ιϊκό φάκελο και περιέχουν δίκλωνο κυκλικό μόριο DNA. Το γονιδίωμα τους περιέχει μια ρυθμιστική περιοχή (URR) και οκτώ ανοικτά πλαίσια ανάγνωσης, που αντιστοιχούν σε έξι γονίδια που εκφράζονται άμεσα μετά την είσοδο τους στο κύτταρο (E1,E2,E4,E5,E6,E7) και σε δύο γονίδια που εκφράζονται έπειτα από κάποιο χρονικό διάστημα (Κρικέλης 2009 : 43). Περιβάλλονται από πρωτεϊνική κάψα σφαιρικού σχήματος και δεν έχουν εξωτερικό λιποπρωτεϊνικό περίβλημα. Έτσι είναι πιο σταθεροί, μολυσματικοί για χρόνια και ανθεκτικοί στις θεραπείες. Ο ιός έχει την δυνατότητα να εμποδίζει τους αμυντικούς φραγμούς του οργανισμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις μολύνσεων με HPV τα τραύματα και η λύση των επιθηλιακών κυττάρων που προκαλούν, υποχωρούν σε ένα χρόνο περίπου, διότι καταφέρνει το ανοσοποιητικό να τα καταστείλει και συχνά αποπίπτουν από το τραχηλικό επιθήλιο.

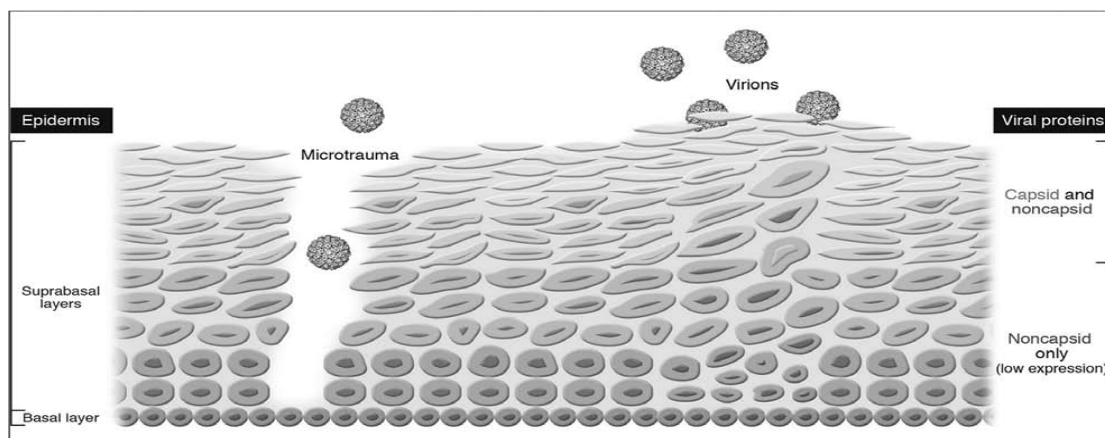
Εικόνα 11: HPV 16 Γονιδίωμα



Γονιδίωμα των ανθρώπινων θηλωμάτων τύπου 16, ένας από τους γνωστούς υποτύπους που μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του τραχήλου (E1-E7 πρώιμα γονίδια, L1-L2 όψιμα γονίδια). Πηγή: http://en.wikipedia.org/wiki/Human_papillomavirus.

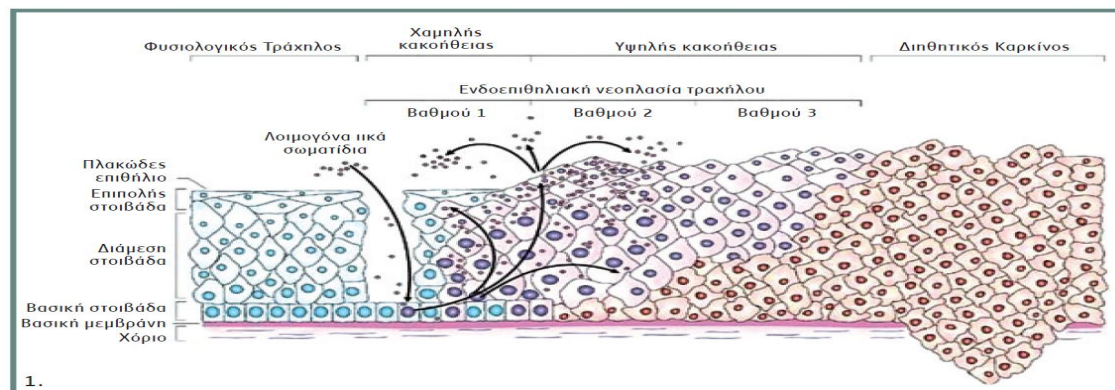
Ο κύκλος ζωής των ιών HPV συνδέεται στενά με το πρόγραμμα διαφοροποίησης των ανθρώπινων κερατινοκυττάρων. Η λοίμωξη με τον ιό HPV φαίνεται ότι απαιτεί τη διαθεσιμότητα ενός κυττάρου που βρίσκεται ακόμη σε φάση πολλαπλασιασμού. Αυτό συχνότερα φαίνεται να συμβαίνει σε μικροσκοπικές επιθηλιακές βλάβες. Οι περιοχές όπου συναντώνται διαφορετικά επιθήλια είναι επίσης, ευάλωτες στη λοίμωξη με τον ιό HPV. Στον ενδοτράχηλο απαντάται η ζώνη μετάπτωσης του μονόστοιβου κυλινδρικού επιθηλίου του ενδομητρίου στο πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο του κόλπου. Στη ζώνη αυτή, ειδικά σε νεαρές γυναίκες, τα πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα αγγίζουν την επιθηλιακή επιφάνεια, καθιστώντας την περιοχή αυτή το συχνότερο σημείο προσβολής από τον ιό HPV (Κρικέλης 2009 : 46-47). Ο ιός εισέρχεται στο δέρμα ή στον βλεννογόνο μετά από λύση της συνέχειάς του, και εγκαθίσταται στο κύτταρα της βασικής στοιβάδας σαν απλό DNA και από εκεί μεταφέρεται σταδιακά προς τα επάνω και όταν φτάσει κάτω από την κοκκώδη στοιβάδα, πολλαπλασιάζεται στον πυρήνα των προσβεβλημένων ακανθωτών κυττάρων (Σχήμα 8,9). Ιστολογικά παρατηρείται ελαφριά πάχυνση της κεράτινης στιβάδας λόγω παρακεράτωσης. Το πιο χαρακτηριστικό εύρημα, σημαντικό για τη διάγνωση, είναι η εμφάνιση περιοχών στις οποίες τα επιθηλιακά κύτταρα παρουσιάζουν περιπυρηνική κενοτοπιώδη εκφύλιση (κοιλοκύτταρα). Ωστόσο, ένα μέρος των μολυσμένων κυττάρων μπορεί να διαφύγουν και έτσι να παραμείνει η μόλυνση σε λανθάνουσα μορφή, για χρόνια ή ακόμα και για δεκαετίες (Σχήμα 10).

Σχήμα 8 : Κύκλος ζωής και διαδικασία μόλυνσης από HPV



Μικροτραυματισμός – λύση συνέχειας της υπερκείμενης επιδερμίδας επιτρέπει στον ιό να εισέλθει στα κύτταρα της βασικής στοιβάδας. Το ιικό γονιδίωμα παραμένει στα βασικά κύτταρα όπου πραγματοποιείται η έκφραση. Η αντιγραφή του ιού συμβαίνει στην υπερκείμενη της βασικής στοιβάδας και ενσωματώνεται στη διαδικασία διαφοροποίησης των κυττάρων της επιδερμίδας. Η παρουσία του HPV προκαλεί μορφολογικές ανωμαλίες στο επιθήλιο, όπως παρακεράτωση και κοιλοκυττάρωση. Οι νέοι ιοί απελευθερώνονται στα κύτταρα που αποφολιδώνονται.
 Πηγή : Αλεβιζόπουλος Ν.Δ. & Βασλαματζής Μ.Μ., 2008, Η χρήση των εμβολίων στο καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, *Νοσοκομειακά Χρονικά*, 70, Συμπλήρωμα, σελ. 127.

Σχήμα 9: HPV λοίμωξη και εξέλιξη καρκινογένεσης



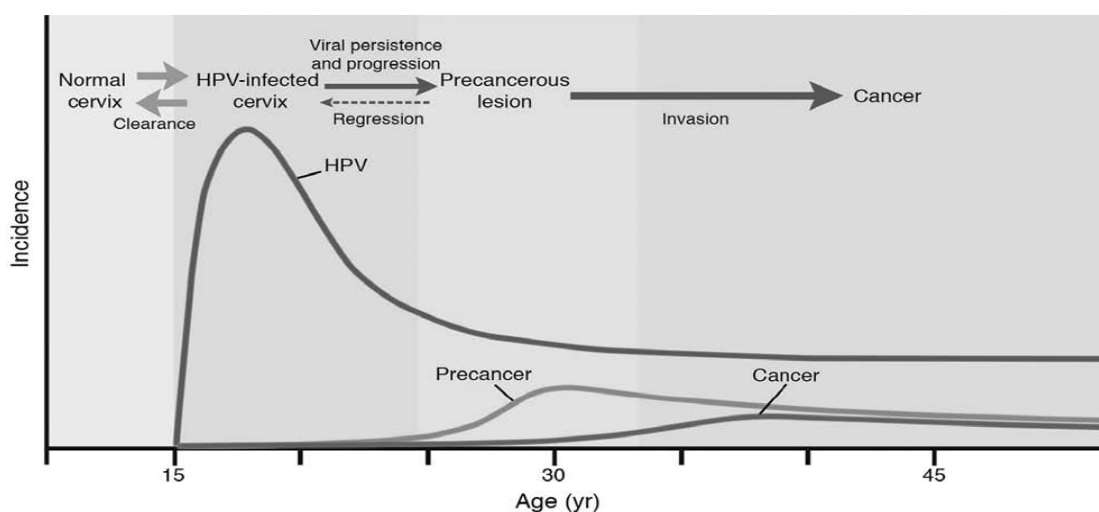
Πηγή: <http://www.mun.ca/biology/desmid/brian/BIOL2060/BIOL2060-24/CB24.html>
www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=441.

Συνεπώς, καθίσταται σαφές ότι η HPV μόλυνση θεωρείται αναγκαία συνθήκη για την ογκογένεση του καρκίνου του τραχήλου, δεν είναι όμως ικανή από μόνη της να μετατρέψει τα φυσιολογικά επιθηλιακά κύτταρα σε αθανατοποιημένα ή καρκινικά κύτταρα (zur Hausen 2000 : 690-698). Οι πρωτεΐνες E6 και E7 των υποτύπων υψηλού κινδύνου του ιού προκαλούν υποέκφραση γονιδίων στα οποία αποκρίνεται η ιντερφερόνη, η οποία με τη σειρά της παίζει σημαντικό ρόλο στην ενεργοποίηση του

ανοσοποιητικού συστήματος. Με αυτό τον τρόπο, τα μολυσμένα κύτταρα δεν καταστρέφονται και η χρόνια μόλυνση που ακολουθεί αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη κακοήθειας (Garcia, Nuno & Mitchell 2008 : 425-427).

Η μεταγραφή των γονιδίων των πρωτεϊνών E6 και E7 ρυθμίζεται αυστηρά από τον παράγοντα μεταγραφής E2 και συνεπώς, η έκφρασή τους σε πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα είναι δύσκολα ανιχνεύσιμη. Το ίδιο συμβαίνει και σε CIN χαμηλής διαφοροποίησης, σε αντίθεση με CIN υψηλής διαφοροποίησης και σε καρκινικά κύτταρα, όπου παρατηρούνται υψηλά επίπεδα έκφρασης των δύο πρωτεϊνών. Σε αυτή την περίπτωση το DNA του ιού πολύ συχνά ενσωματώνεται στο γονιδίωμα του κυττάρου-ξενιστή. Ο μοριακός μηχανισμός της ενσωμάτωσης έχει μελετηθεί σε πολύ μικρό βαθμό, όμως μία πιθανή θέση ενσωμάτωσης είναι το χρωμόσωμα 8p24 κοντά στον γενετικό τόπο του γονιδίου του c-myc. Η ενσωμάτωση αυτή οδηγεί στην απενεργοποίηση του παράγοντα E2. Η απενεργοποίηση του παράγοντα E2 πριν την καταστροφή των μολυσμένων κυττάρων από το ανοσοποιητικό σύστημα, έχει σαν αποτέλεσμα την υπερέκφραση των E6 και E7 και κατά συνέπεια τον καρκινικό

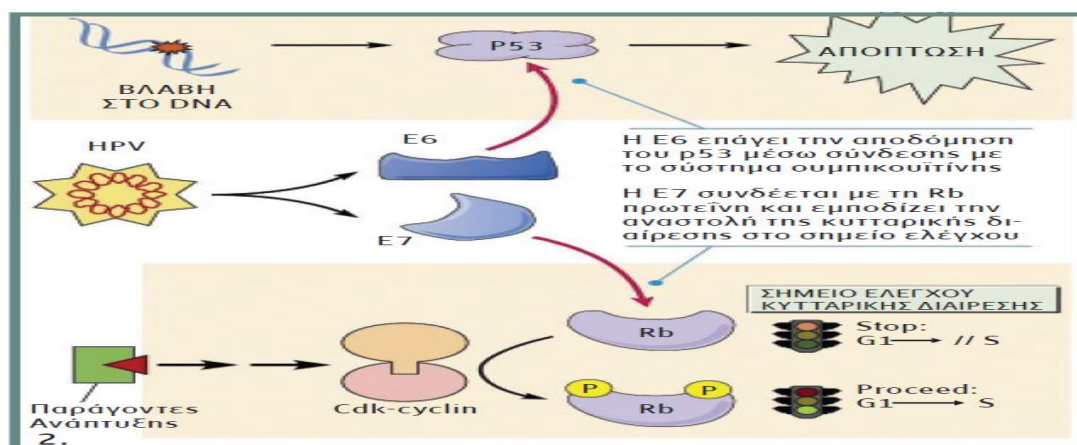
Σχήμα 10: Επίπτωση HPV λοιμώξεως του τραχήλου, προκαρκινικών καταστάσεων και εμφάνισης ΚΤΜ



Η καμπύλη HPV δείχνει την υψηλή επίπτωση της λοιμώξεως στην έναρξη της σεξουαλικής ζωής και την μείωσή της, στα επόμενα χρόνια, απότοκη του αυτοπεριοριζόμενου των λοιμώξεων. Η καμπύλη επίπτωσης των προκαρκινικών βλαβών ακολουθεί αρκετά χρόνια μετά την HPV λοίμωξη, διότι απαιτείται ένα χρονικό διάστημα από την πρώτο-λοίμωξη μέχρι την ανάπτυξη προκαρκινικών βλαβών. Η καμπύλη του ΚΤΜ ακολουθεί περισσότερα χρόνια μετά, δεδομένου του μεσοδιαστήματος που απαιτείται για εξέλιξη των προκαρκινικών βλαβών σε διηθητικό καρκίνωμα. Όσο η ηλικία των γυναικών πλησιάζει τα 40,η επίπτωση του ΚΤΜ φαίνεται να πλησιάζει την επίπτωση των προκαρκινικών βλαβών. Πηγή : Αλεβιζόπουλος Ν.Δ. & Βασιλαματζής Μ.Μ.,2008, Η χρήση των εμβολίων στο καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, *Νοσοκομειακά Χρονικά*, 70, Συμπλήρωμα, σελ.125.

μετασχηματισμό τους, πορεία που αναστρέφεται με επανέκφραση του E2. Η υπερέκφραση των E6 και E7 θεωρείται το καθοριστικό στάδιο στην πολυσταδιακή πορεία της καρκινογένεσης (Choo, Pan, Liu, et al. 1987 : 101, Denk, Butz, Schneider, Durst & Hoppe-Seyler 2001 : 283-288). Οι πρωτεΐνες E6 και E7 ευνοούν τον καρκινικό μετασχηματισμό επιτελώντας διάφορες λειτουργίες όπως η ενεργοποίηση της καταλυτικής υπομονάδας της τελομεράσης (hTERT), η οποία συνδέεται άμεσα με κυτταρική αθανασία, η απενεργοποίηση του ογκοκατασταλτικού γονιδίου p53 και η επακόλουθη υποέκφραση του Notch1, η αλληλεπίδραση με την πρωτεΐνη p60 και η αλληλεπίδραση με πρωτεΐνες, που διαθέτουν κάποιο μοτίβο PDZ. Επίσης, υπάρχουν και άλλες λειτουργίες τους με τις οποίες συμβάλλουν στην καρκινογένεση, στις οποίες εμπλέκονται οιστρογόνα και γονίδια που αποκρίνονται σε οιστρογόνα, #

Σχήμα 11 : Μοριακός μηχανισμός και έκφραση E6-E7



Πηγή: <http://www.mun.ca/biology/desmid/brian/BIOL2060/BIOL2060-24/CB24.html>
www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=44.

όπως είναι το ογκοκατασταλτικό γονίδιο BRCA1 (Δημητρακόπουλος 2008 : 10) (Σχήμα 11).

Την τελευταία δεκαετία αναγνωρίστηκε ο ρόλος της ογκοπρωτεΐνης HPV16 E6 στην προαγωγή της έκφρασης της TERT σε ανθρώπινα κερατινοκύτταρα επιδερμίδας, ενώ φαίνεται ότι στην αθανатоποίηση των κυττάρων συμμετέχει και η αδρανοποίηση του pRb/p16^{INK4a} από την πρωτεΐνη E6 (Κρικέλης 2009 : 30). Οι μελέτες που αφορούσαν ένα συνθετικό γονίδιο για την πρωτεΐνη E7, οδήγησε τους ερευνητές στην ανάπτυξη του προληπτικού εμβολίου (Δημητρακόπουλος 2008 : 11).

Προκαρκινικές αλλοιώσεις και το καρκίνωμα του τραχήλου απαιτούν για να επισυμβούν, διείσδυση ιϊκού χρωμοσωμικού DNA, στο γονιδίωμα του ξενιστή, που θα οδηγήσει στην κυτταρική μετάλλαξη (Choo, Pan, Liu, et al., 1987 : 101). Όπως λοιπόν, τα κύτταρα της βασικής επιθηλιακής στιβάδας ωριμάζουν, προωθούνται στην επιφάνεια του τραχηλικού επιθηλίου, όπου η αντικατάσταση από το ιϊκό γονιδίωμα λαμβάνει χώρα. Τελικά, τα αντίγραφα του ιϊκού DNA, αποθηκεύονται στην πρωτεϊνική κάψα. Αυτά τα τμήματα του ιού απελευθερώνονται μέσα από την φυσιολογική διαδικασία της επιθηλιακής απόπτωσης και του κυτταρικού θανάτου, και αυτή η διαδικασία μπορεί να συμβάλει στην μετάδοση (Garcia, Nuno & Mitchell 2008 : 425-427).

3.3.3. Ανοσολογική απάντηση στην λοίμωξη από HPV

Ο μηχανισμός εξέλιξης της λοίμωξης από HPV σε καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας έχει περιγραφεί, αλλά αποτελεί ένα εξελισσόμενο πεδίο γνώσεων και πολλά ακόμη έχουν να διερευνηθούν. Ο κίνδυνος εξέλιξης σε διηθητικό καρκίνο μετά από HPV λοίμωξη εξαρτάται :

α) από τον τύπο HPV (16, 18, 31,33,35,45), οι τύποι υψηλού κινδύνου εμφανίζουν αξιοσημείωτη τάση να ενσωματώνονται στο γονιδίωμα του ξενιστή,

β) το μέγεθος του ιϊκού φορτίου, γ) την ταυτόχρονη μόλυνση με πολλούς τύπους HPV- Αυξημένος κίνδυνος HG CIN, δ) η παρουσία επίμονης λοίμωξης, ε) δευτερογενείς περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το κάπνισμα, η πρόσληψη αντισυλληπτικών φαρμάκων, ορμονικών υποκατάστατων, σεξουαλική συμπεριφορά (μικρή ηλικία έναρξης, η μη χρήση προφυλακτικού, η συχνή αλλαγή συντρόφων κ.ά.) και στ) ανοσολογική αντίσταση του οργανισμού (Bjørge, Dillner, Anttila, Engeland, Hakulinen, Jellum, Lehtinen, et al. 1997 : 646-649).

Οι παράγοντες που μειώνουν την αποτελεσματικότητα της ανοσιακής απάντησης του οργανισμού στην ιογενή προσβολή, είναι η συγγενής ή επίκτητη ανοσοανεπάρκεια όπως η λοίμωξη από HIV, σοβαρές αυτοάνοσες νόσοι όπως ο ερυθρεματώδης λύκος, η λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, το κάπνισμα, η

πλημμελής διατροφή, κ.ά. ενώ παράλληλα διάφοροι κληρονομούμενοι γενετικοί παράγοντες, όπως ιδιαίτεροι HLA-γενότυποι και ορισμένοι πολυμορφισμοί σε καθοριστικά γονίδια (p53, MTHFR, GST, CYP, TNF κ.ά.) διερευνώνται ως προς την αυξημένη εμφάνισή τους σε άτομα που εμφανίζουν νεοπλασματικές αλλοιώσεις στον τράχηλο της μήτρας (Agorastos, Dinas, Lioveras, de Sanjose, Kornegay, Bonti, Bosch, Constantinidis, Bontis 2005).

Το ενδιαφέρον εστιάζεται και στη συνύπαρξη και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, που μπορεί να πυροδοτούν την παθογόνο δράση του HPV όπως τα χλαμύδια, ο ιός του έρπη, κ.ά. (De Sanjose, Bosch, Munoz, Gili, Izarzugaza, Izquierdo, Navarro, Vergara, Munoz, Ascunce & Shah 1996 : 1532-1538).

Η απομάκρυνση του HPV από τον κυτταρικό κύκλο απαιτεί ενεργή κυτταρική ανοσολογική απάντηση. Η κυτταρική ανοσολογική απάντηση χαρακτηρίζεται από την αλληλεπίδραση των αντιγονικών κυττάρων (antigen presenting cells, APCs) και των T-λεμφοκυττάρων (T-helpers, βοηθητικά T-κύτταρα, cytotoxic T cells, κυτταροτοξικά T-κύτταρα). Η ενεργοποίηση, των Natural Killers κυττάρων (NK) παίζει επίσης ρόλο. Η διαδικασία κυτταρικής απάντησης και ελέγχου των όγκων έχει μελετηθεί σε γυναίκες με CIN και ανοσοανεπάρκεια, σε HIV-θετικές γυναίκες. Η παρατήρηση ότι αλλοιώσεις κατηγορίας CIN, παρουσιάζονται με δυσανάλογα μεγάλη συχνότητα σε γυναίκες με ανοσοκαταστολή (AIDS, μεταμόσχευση οργάνων, κ.ά.), οδήγησε στην υπόθεση ότι τα CD4 λεμφοκύτταρα (T-helper cells) ενέχονται στην πρόληψη ή στον περιορισμό των αλλοιώσεων από HPV (Maiman 1998 : 43-49). Σημαντικά αυξημένα ποσοστά T-λεμφοκυττάρων και μακροφάγων έχουν ανευρεθεί στο κυτταρικό στρώμα και στο επιθήλιο αλλοιώσεων από HPV (Coleman, Birley, Renton, Hanna, Ryait, Byrne, Taylor-Robinson & Stanley 1994). Η κυτταροτοξική απάντηση απέναντι στο HPV, διαμεσολαβείται από τα T-λεμφοκύτταρα (CD4 κύτταρα) και από αντιγονικά κύτταρα όπως τα κύτταρα Langerhans (LCs), των οποίων η αλληλεπίδραση ενεργοποιούν τα κυτταροτοξικά T-κύτταρα (CD8 κύτταρα). Η ανοσολογική απάντηση γενικεύεται και παραμένει διαμέσου των κυτοκινών και ενδοκυττάρων σημάτων. Οι κυτοκίνες εκκρίνονται από τα CD4 κύτταρα και διακρίνονται σε τύπου 1 κυτοκίνες, όπως η ιντερλευκίνη 2(IL-2), ιντερφερόνη γάμμα (IFN) και τύπου 2 κυτοκίνες, που περιλαμβάνουν τις IL-4, IL-6 και IL10. Οι τύπου 1 κυτοκίνες, διεγείρουν το ανοσοποιητικό σύστημα για την

κυτταρική απάντηση, προάγουν την απάντηση των CD8 κυττάρων, ενεργοποιούν τις λειτουργίες των NK κυττάρων και έχει αποδειχθεί ότι είναι ικανές να περιορίσουν την ανάπτυξη του όγκου (Garcia, Nuno & Mitchell 2008 : 429). Η ιντερλευκίνη 12 (IL-12), εκκρίνεται από δενδριτικά κύτταρα, και έχει καταγραφεί ότι επάγουν την διαφοροποίηση των πρωταρχικών T-λεμφοκυττάρων, την αύξηση IFN γάμμα ιντερφερόνης στα T-κύτταρα και στα NK κύτταρα, που τελικά οδηγούν στην αντιογκογονική δράση (Nastala, Edighton, McKinney, Tahara, et al. 1994 : 1697-1706, Giannini, Al-Saleh, Piron, Jacobs, Doyen, Boniver & Delvenne 1998 : 183-189).

Η έκφραση της κυτοκίνης στο τραχηλικό ιστό έχει συσχετιστεί ποικιλοτρόπως με την ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου. Ερευνητές έχουν βρει σημαντική αύξηση της πυκνότητας, σε θετικά για IL4 κύτταρα, στις χαμηλού βαθμού και υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις (LSILs και HLILs) συγκρινόμενα με ιστολογικά φυσιολογικούς ιστούς (Al-Saleh, Delvenne, et al. 1995 : 41-48). Επίσης, άλλες έρευνες έχουν δείξει την αύξηση των IL2 σε CIN3, καθώς και αύξηση των κυτοκινών τύπου 2, IL4 και IL10 σε γυναίκες με προχωρημένη HPV λοίμωξη (Clerici, Shearer & Clerici 1998 : 261-263).

3.4. Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Όταν το 1957 προτάθηκε η καθιέρωση του προσυμπτωματικού ελέγχου, από τον Αμερικανικό Οργανισμό Υγείας για τον καρκίνο του τραχήλου, ήταν μια πραγματική καινοτομία, που γρήγορα ενσωματώθηκε στην γενικευμένη έννοια των πρακτικών για την πρόληψη διάγνωση του καρκίνου στις γυναίκες. Εισήχθη το «πλάνο των δέκα βημάτων», στο οποίο εμπεριέχονταν η προσπάθεια για την κινητοποίηση του κοινού, η ιατρική εκπαίδευση και εξειδίκευση και η τεχνολογική ετοιμότητα. Όπως αναφέρει η Gardner, ειδικά η ASC (American Cancer Society) υποστήριξε ότι η κινητοποίηση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έπρεπε να περιλαμβάνει : προγραμματισμό, την συμπαράσταση από ιατρικές ομάδες κυρίως από τους παθολόγους, την ενσωμάτωση από επαγγελματικές κοινότητες, τη στρατολόγηση και την εκπαίδευση κυτταροτεχνικών, τη διασφάλιση ικανοποιητικών εργαστηριακών εγκαταστάσεων, την ενημέρωση των γιατρών για το πρόγραμμα, την καμπάνια για ενημέρωση του κοινού, την καθιέρωση της συνέχειας της εξέτασης, τη διασφάλιση και τη διατήρηση της σχέσης γιατρού-ασθενούς, και το

επιστέγασμα το πρόγραμμα να υποστηρίζεται από τον καθένα ξεχωριστά. Το πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου του ΚΤΜ απαιτεί την συμμετοχή των επαγγελματιών και την εξειδικευμένη ιατρική εκπαίδευση αλλά και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό (Gardner 2006 : 156). Ενώ στην αρχή της εφαρμογής του προγράμματος, αμφισβητήθηκε και επιπλέον υπήρξαν διχογνωμίες για την συχνότητα του ελέγχου, ωστόσο τα θεαματικά αποτελέσματα στην μείωση των κρουσμάτων του καρκίνου του τραχήλου (Chakhtoura 2009 : 43), με οικονομικούς παραγωγικούς και κοινωνικούς όρους, οδήγησε στην ευρεία εφαρμογή του. Επιπλέον έτυχε αποδοχής από τις γυναικείες οργανώσεις και σημαντικής μερίδας της επιστημονικής κοινότητας αλλά και ευρείας προβολής από τα μέσα ενημέρωσης που βοήθησαν τις γυναίκες να υιοθετήσουν την εξέταση, σαν εξέταση ρουτίνας.

Σήμερα, μισό αιώνα μετά η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι δυνατόν να επιτευχθεί, μέσω της πρωτογενούς και της δευτερογενούς πρόληψης. Η ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας και της μοριακής βιολογίας οδήγησε στην πρωτογενή πρόληψη, η οποία είναι πλέον εφικτή με την ανάπτυξη των εμβολίων κατά του ιού HPV και την προτεινόμενη εμβολιαστική πολιτική σε νεαρές γυναίκες και έφηβες. Η δευτερογενής πρόληψη αφορά στον ευρύτερο πληθυσμιακό έλεγχο που εξακολουθεί να πραγματοποιείται με τον προσυμτωματικό έλεγχο του Τεστ Παπ, που φαίνεται να διατηρεί την διαχρονική του αξία και αξιοπιστία.

3.4.1. Η ιστορία του Τεστ κατά Παπανικολάου (Τεστ Παπ)

Στις αρχές του αιώνα και μετά από μακροχρόνιες έρευνες επί της εκφυλιστικής κληρονομικής επίδρασης του οινοπνεύματος σε ινδικά χοιρίδια, ο Δρ. Γεώργιος Παπανικολάου επιφανής επιστήμων, στράφηκε στην έρευνα για προβλήματα αναπαραγωγής σχετιζόμενα με τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων, τον καθορισμό του φύλου, τη λειτουργία των ενδοκρινών αδένων και των φυλετικών ορμονών. Το 1917, ο Δρ. Γεώργιος Παπανικολάου μετά από πολύχρονες μελέτες σε κολπικά επιχρίσματα και ευρισκόμενος πλέον στην Αμερική, στο Πανεπιστήμιο του Cornell, δημοσιεύει τα αποτελέσματα των μελετών του, με τον τίτλο «*Η ύπαρξη ενός*

τυπικού καταμήνιου κύκλου στα ινδικά χοιρίδια με μελέτη των ιστολογικών και φυσιολογικών αλλαγών που τον συνοδεύουν». Την στιγμή εκείνη γεννήθηκε η αποφολιδωτική κυτταρολογία (Gardner 2006 : 121-122).

Η εργασία αυτή υπήρξε σταθμός και για την μελέτη και κατανόηση της φυσιολογίας του φύλου. Το 1920, ο Δρ. Γεώργιος Παπανικολάου άρχισε την μελέτη κολπικών επιχρισμάτων σε γυναίκες. Σε πρώτη φάση έπαιρνε δείγματα από την ίδια του την γυναίκα.

Το 1928, ο Dr Pap, όπως είναι ευρέως γνωστός πλέον δημοσιεύει την εργασία του με τα πρωτοποριακά ευρήματα του με τίτλο «*Νέα μέθοδος διάγνωσης του καρκίνου*». Βρίσκεται αντιμέτωπος όμως με τη δυσπιστία των επιστημόνων της εποχής για την πρακτική αξία της μεθόδου του, καθόσον η κρατούσα τότε γνώμη για τέτοιου είδους έρευνα και εφαρμογή επί αποφολιδουμένων κυττάρων ήταν πρακτικά αδύνατη.

Το 1933, δημοσίευσε την μονογραφία «*Ο καταμήνιος κύκλος στις γυναίκες όπως αναδεικνύεται από την μελέτη του κολπικού επιχρίσματος*». Η εργασία αυτή αποτέλεσε πυλώνα για την εδραίωση της ενδοκρινολογίας –οι Γερμανοί επιστήμονες τον ονόμασαν «Πατέρα της νεότερης ενδοκρινολογίας». Αρχίζει πλέον το έργο του να γίνεται αποδεκτό. Ακολουθούν και άλλες δημοσιεύσεις, όπως «*Η διαγνωστική αξία των κολπικών επιχρισμάτων στον καρκίνο της μήτρας*», το 1941.

Οι έρευνες το Παπανικολάου επεκτάθηκαν στη συνέχεια στις κυτταρολογικές αλλοιώσεις στο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του ενδομητρίου των οποίων τα πορίσματα δημοσίευσε το 1943 από κοινού με τον καθηγητή γυναικολογίας Έρμπερτ Τράουστ σε ειδική μονογραφία υπό τον τίτλο «*Διάγνωση του καρκίνου της μήτρας μέσω των κολπικών επιχρισμάτων*» (Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear). Η δημοσίευση της εργασίας αυτής ήταν επόμενο να κεντρίσει το παγκόσμιο ιατρικό ενδιαφέρον και να προκαλέσει την άμεση δοκιμαστική χρησιμοποίηση της μεθόδου σε διάφορα νοσοκομεία. Το 1944 έγινε η πρώτη εφαρμογή επί του ουροποιητικού συστήματος και στη συνέχεια επί του πεπτικού και άλλων συστημάτων του οργανισμού. Παρ' όλα αυτά, συνεχίζει το έργο του θέτοντας την βάση για την κυτταρολογική μελέτη μεταξύ άλλων βρογχικών εκκρίσεων, ούρων, εκκριμάτων από τον μαστό.

Τέλος το 1954, ολοκλήρωσε την συγγραφή του μνημειώδους έργου του «*Άτλας αποφολιδωτικής κυτταρολογίας*» (Atlas of Exfoliative Cytology), εδραιώνοντας και επίσημα πια τη νέα ιατρική πρακτική και ειδικότητα που ουσιαστικά ανέπτυξε από το

μηδέν. Η δοκιμή του Τεστ Παπ, είναι μέχρι τούδε, η μοναδική σε αποτελεσματικότητα μέθοδος που χρησιμοποιείται ευρέως για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας καθώς και για την ανίχνευση μολύνσεων και ανωμαλιών του τραχήλου -ενδοτραχήλου και δυνητικά και του ενδομητρίου (Μπούρας 2009 : 151-159, Κούτσης 2009 : 15-30).

3.4.2. Το Τεστ κατά Παπανικολάου

Το Τεστ Παπ χρησιμοποιείται παγκοσμίως ως εξέταση μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου για την ανίχνευση του προδιηθητικού και του μικροδιηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Αν και η πιο σημαντική χρήση του Τεστ Παπ είναι ο προληπτικός έλεγχος του πληθυσμού, ώστε να εντοπίζει τις γυναίκες που παρουσιάζουν αυξημένες ή μη πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστική εξέταση του καρκίνου του τραχήλου (Garcia, Nuno & Mitchell 2008 : 429).

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιβεβαιώσει την παρουσία διηθητικού καρκίνου σε γυναίκες με συμπτώματα και, ή ενδεικτικά στοιχεία της νόσου. Εντούτοις, όταν χρησιμοποιείται κατ' αυτόν τον τρόπο, τα ευρήματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Το Τεστ Παπ χρησιμοποιείται συχνά για παρακολούθηση γυναικών οι οποίες έχουν θεραπευτεί για CIN ή διηθητικό καρκίνο. Είναι μία ευαίσθητη μέθοδος ανίχνευσης υποτροπής της νόσου σε τέτοιες περιπτώσεις.

Μια ποικιλία παθογόνων μικροοργανισμών μπορούν να διαγνωσθούν στο κολποτραχηλικό επίχρισμα. Εντούτοις, το Τεστ Παπ δεν είναι ευαίσθητη μέθοδος ανίχνευσης λοίμωξης ιϊκής ή μικροβιακής προέλευσης και δεν είναι αυτή η πρωταρχική χρήση του Τεστ²³.

²³Το Τεστ Παπανικολάου: αρχές συλλογής και προετοιμασίας του υλικού. Οργάνωση εργαστηρίου, προληπτικός έλεγχος (screening) και έκδοση αποτελεσμάτων για τα κολποτραχηλικά επίχρισματα, (n.d.), Διαθέσιμο στο διαδίκτυο <http://www.eurocytology.eu/static/eurocytology/gre/cervical/LP1Content Dcont. Html>.

3.4.3. Μεθοδολογία της εξέτασης και ταξινόμηση αποτελεσμάτων

Η κλασική τεχνική λήψης του Τεστ Παπ, στηρίζεται στην λήψη κολπικού, τραχηλικού και ενδοτραχηλικού επιχρίσματος αφού πρώτα ο εξεταστής τοποθετήσει έναν κολποδιαστολέα μιας χρήσεως κατά προτίμηση (υπάρχουν και οι μεταλλικοί ανοξείδωτοι κολποδιαστολείς οι οποίοι αποστειρώνονται αλλά μερικοί θεωρούν την χρήση τους επισφαλής). Απαραίτητες προϋποθέσεις για την εξέταση είναι η αποφυγή σεξουαλικής επαφής τα προηγούμενα δυο εικοσιτετράωρα από την λήψη του Τεστ Παπ, η αποφυγή χρήσης ταμπόν, κολπικών αλοιφών και άλλων τοπικών σκευασμάτων και κολπικών πλύσεων. Η λήψη του Τεστ Παπ σε γυναίκες στην αναπαραγωγική ηλικία, συνηθέστερα γίνεται μετά την πρώτη εβδομάδα της τελευταίας εμμήνου ρύσεως και κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ ένατης και δέκατης ένατης ημέρας του κύκλου. Τα δείγματα συλλέγονται με την χρήση ενός βαμβακοφόρου στυλεού για την λήψη κολπικού επιχρίσματος, σπάτουλας Aylesbury για την λήψη από τον εξωτράχηλο και μιας βούρτσας (ψήκτρα) για τη λήψη ενδοτραχηλικού δείγματος. Ένα κάτοπτρο πρέπει να εισέλθει μέσα στον κόλπο, ώστε ο τράχηλος να γίνει καθαρά ορατός και το τραχηλικό στόμιο ευδιάκριτο.

Η συσκευή δειγματοληψίας επιλέγεται σύμφωνα με το σχήμα και το μέγεθος του τραχήλου και με την εντόπιση του ορίου μετάπτωσης. Μια Ayre σπάτουλα είναι κατάλληλη για δειγματοληψία τραχήλου ενήλικης γυναίκας που έχει τεκνοποιήσει. Η σπάτουλα και η ψήκτρα είναι χρήσιμες σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, στις οποίες το όριο μετάπτωσης βρίσκεται μέσα στον ενδοτραχηλικό σωλήνα. Το μυτερό άκρο της σπάτουλας εισέρχεται μέσα στο στόμιο του τραχήλου σε άτοκες γυναίκες, και το στρογγυλοποιημένο άκρο της σπάτουλας θα πρέπει να χρησιμοποιείται στις γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει. Η συσκευή θα πρέπει να στραφεί 360 μοίρες, ώστε να απομακρύνει τα κύτταρα από την περιοχή της ζώνης μετάπλασης, από το όριο μετάπτωσης και από τον ενδοτράχηλο. Το υλικό από την σπάτουλα, στυλεό και από την ψήκτρα μεταφέρεται αμέσως στην γυάλινη αντικειμενοφόρο πλάκα (slide) στην οποία έχει προηγουμένως γραφτεί το όνομα της ασθενούς και η ημερομηνία λήψης ή άλλα στοιχεία που επιβεβαιώνουν την ταυτότητα του δείγματος²³ (Εικόνα 12).

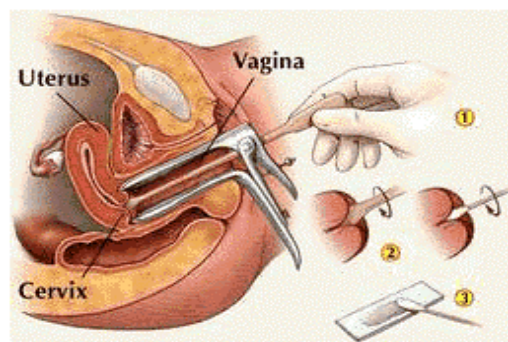
Στην αντικειμενοφόρο πλάκα αμέσως τοποθετείται κατάλληλο μονιμοποιητικό υλικό (95%αλκοόλ). Εναλλακτικά η μονιμοποίηση μπορεί να γίνει με ειδικό

μονιμοποιητικό σπρέι. Το μονιμοποιητικό σπρέι έχει ως βάση το αλκοόλ και παρέχει μια λεπτή προστατευτική επίστρωση στο πλακίδιο.

Εικόνα 12 : Υλικά και Τεχνική λήψης Τεστ Παπ



Πηγή: www.myhealth.gov.my/.../adult/papSmear.jpg



Πηγή: www.mayoclinic.com/health/pap-smear/MY00090.

Η διαδικασία της μονιμοποίησης αποτελεί σημαντικό στάδιο στην εξέλιξη της εξέτασης. Το μονιμοποιητικό υλικό πρέπει να διεισδύσει στο κύτταρο γρήγορα, ώστε οι λεπτομέρειες της κυτταρικής μορφολογίας να διατηρούνται. Η κυτταρική συρρίκνωση και η επίστρωση πρέπει να είναι ελάχιστη και ομοιόμορφη ώστε να μη διαστρεβλώνεται η μορφολογία. Με αυτόν τον τρόπο επιτρέπεται η διείσδυση των χρωστικών κατά μήκος των κυττάρων.

Τα πλακίδια μεταφέρονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο για επεξεργασία και κυτταρολογικό έλεγχο, συνοδεία του ιστορικού που έχει ληφθεί από την εξεταζόμενη. Μετά από πολλά χρόνια πειραματισμών, ο Δρ Παπανικολάου ανέπτυξε την τρίχρωμη χρώση η οποία διατηρήθηκε με μικρή τροποποίηση ως τις μέρες μας, και είναι η χρώση επιλογής για κυτταρολογικό υλικό (Παπανικολάου 1942). Η χρώση κατά Παπανικολάου είναι μια μέθοδος, η οποία αποτελείται από μία πυρηνική χρώση (αιματοξυλίνη) και δύο εξουδετερωτικές χρώσεις (Orange G και EA)²³.

Η κυτταρολογική έκθεση του αποτελέσματος πρέπει να είναι ακριβής και συνοπτική, ώστε το περιεχόμενό της να είναι εύκολα κατανοητό από το προσωπικό αλλά και από την εξεταζόμενη. Στην έκθεση του αποτελέσματος είναι απαραίτητο να καταγράφονται τα εξής:

Ο τύπος του δείγματος εάν είναι από τραχηλική απόξεση, ενδοτραχηλική ψήκτρα, ή δείγμα LBC (κυτταρολογία υγρής φάσης) είναι απαραίτητο να αναφέρεται, όπως επίσης και η επάρκεια του δείγματος, σε αντίθετη περίπτωση προτείνεται η επανάληψη. Η έκθεση περιγράφει με συντομία τα κυτταρολογικά ευρήματα με όρους που χρησιμοποιούνται διεθνώς και είναι κατανοητοί. Στις περιπτώσεις που τα κυτταρολογικά ευρήματα είναι άτυπα, οι πιθανές παθολογικές αλλοιώσεις του τραχήλου ανιχνεύονται με περαιτέρω έλεγχο. Ο κυτταρολόγος λαμβάνει υπ' όψη του όλα τα σχετικά κλινικά δεδομένα που αφορούν την ασθενή, πριν ετοιμάσει την έκθεση αναφοράς της κυτταρολογικής εξέτασης, βάσει και του συνοδευτικού ιστορικού. Τα παθολογικά αποτελέσματα πρέπει να αξιολογούνται έτσι ώστε να δίδονται οι κατάλληλες οδηγίες, από κυτταρολόγο ή γυναικολόγο. Η ταξινόμηση των αποτελεσμάτων γίνεται πλέον κατά το σύστημα Bethesda, όπως παρουσιάζεται παρακάτω:

The 2001 Bethesda System (Abridged)

SPECIMEN ADEQUACY

Satisfactory for evaluation (*note presence/absence of endocervical/transformation zone component*)

Unsatisfactory for evaluation . . . (*specify reason*)

Specimen rejected/not processed (*specify reason*)

Specimen processed and examined, but unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of (*specify reason*)

GENERAL CATEGORIZATION (Optional)

Negative for intraepithelial lesion or malignancy

Epithelial cell abnormality

Other

INTERPRETATION/RESULT

Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy

Organisms

Trichomonas vaginalis

Fungal organisms morphologically consistent with *Candida* species

Shift in flora suggestive of bacterial vaginosis

Bacteria morphologically consistent with *Actinomyces* species

Cellular changes consistent with herpes simplex virus

Other non-neoplastic findings (*Optional to report; list not comprehensive*)

Reactive cellular changes associated with

inflammation (includes typical repair)

radiation

intrauterine contraceptive device

Glandular cells status posthysterectomy

Atrophy

Epithelial Cell Abnormalities

Squamous cell
Atypical squamous cells (ASC)
of undetermined significance (ASC-US)
cannot exclude HSIL (ASC-H)
Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)
encompassing: human papillomavirus/mild dysplasia/cervical intraepithelial neoplasia (CIN) 1
High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)
encompassing: moderate and severe dysplasia, carcinoma in situ; CIN 2 and CIN 3
Squamous cell carcinoma
Glandular cell
Atypical glandular cells (AGC) (*specify endocervical, endometrial, or not otherwise specified*)
Atypical glandular cells, favor neoplastic (*specify endocervical or not otherwise specified*)
Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS)
Adenocarcinoma

Other (*List not comprehensive*)

Endometrial cells in a woman ≥ 40 years of age

Πηγή: Solomon D., Davey D., Kurman R., et al., 2002, «The 2001 Bethesda System: Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology», *JAMA*.2002;287(16), pp 2114-2119.

Τέλος, πέρα από την περιγραφή των ευρημάτων που αφορούν την παθολογία ή μη των κυττάρων, αναφέρεται και ο δείκτης ωρίμανσης ($\Delta\Omega$). Είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος δείκτης για αξιολόγηση της ορμονικής κατάστασης. Γίνεται επιλογή πέντε τυχαίων πεδίων ($\times 10$ μεγέθυνση) και μέτρηση 100 επιθηλιακών κυττάρων σε κάθε πεδίο, προσδιορίζοντας το ποσοστό των επιπολής, διάμεσων και παραβασικών κυττάρων σε κάθε περιοχή. Το αποτέλεσμα εκφράζεται ως $\Delta\Omega = \% \text{ παραβασικά κύτταρα} : \% \text{ διάμεσα (σκαφοειδή κύτταρα)} : \% \text{ επιπολής κύτταρα}$. Ένας $\Delta\Omega$ με αποτέλεσμα 0:100:0 υποδεικνύει την επικράτηση των διάμεσων κυττάρων, όπως για παράδειγμα στην εγκυμοσύνη. Ένας $\Delta\Omega$ με αποτέλεσμα 0:60:40 συχνά βρίσκεται σε γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια. Τα επιπολής κύτταρα επικρατούν στην μέση του κύκλου, ενώ ένας $\Delta\Omega$ με αποτέλεσμα 90:10:0 αναμένεται σε μια μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα. Ένας $\Delta\Omega$ με αποτέλεσμα 0:0:100 σε μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα πρέπει να εξεταστεί επειγόντως καθώς μπορεί να αντανakλά την παρουσία ενός κοκκιοκυτταρικού όγκου που εκκρίνει οιστρογόνα (Mc Endree 1999 : 55-56).

Το κλασικό Τεστ Παπ έχει περίπου 80% ακρίβεια στην ανεύρεση παθολογικών κυττάρων. Το δείγμα που συλλέγεται παραμένει σε ένα ποσοστό του στη συσκευή λήψης (βούρτσα, σπάτουλα) και μόνο το 20% επιστρώνεται στο γυάλινο πλακάκι που εξετάζουμε στο μικροσκόπιο. Επομένως, είναι πιθανό να μην βρεθούν προκαρκινικά ή καρκινικά κύτταρα εάν αυτά υπάρχουν μόνο στο δείγμα που παρέμεινε στη συσκευή λήψης. Επιπλέον κατά την λήψη του δείγματος από τον τράχηλο, συλλέγονται και αλλά υλικά όπως αίμα και βλέννη. Τα στοιχεία αυτά

καλύπτουν τα προς εξέταση κύτταρα, δυσκολεύουν την αξιολόγηση στο μικροσκόπιο και μπορεί να οδηγήσουν σε μη αξιόπιστη διάγνωση. Η εξασφάλιση ποιοτικού ελέγχου είναι σημαντική για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος λάθους στην κυτταρολογία του τραχήλου της μήτρας.

Υπάρχουν κυρίως τρεις τύποι λάθους:

- Λάθος κατά την λήψη του επιχρίσματος.
- Λάθος κατά την προετοιμασία και επεξεργασία του επιχρίσματος στο εργαστήριο.
- Λάθος ερμηνείας κατά την εξέταση του επιχρίσματος.

Μέχρι 10% των επιχρισμάτων από γυναίκες με προδιηθητικές αλλοιώσεις και μικροδιηθητικό καρκίνο του τραχήλου μπορεί να μην περιέχουν άτυπα κύτταρα και μπορεί να δοθούν ψευδώς αρνητικά και ψευδώς θετικά κυτταρολογικά αποτελέσματα:

Οι ψευδώς αρνητικές εκθέσεις παρουσιάζονται όταν ο κυτταρολόγος αποτυγχάνει να ανιχνεύσει τα άτυπα κύτταρα που είναι παρόντα στο επίχρισμα.

Οι ψευδώς θετικές εκθέσεις παρουσιάζονται όταν αρνητικά επιχρίσματα αναφέρεται να περιέχουν άτυπα κύτταρα. Οι ψευδώς αρνητικές εκθέσεις είναι ιδιαίτερα επιβλαβείς για τον ασθενή επειδή οδηγούν στην αποτυχία να διαγνωσθεί και να θεραπευθεί ο καρκίνος του ασθενή²³.

Μέχρι 45% των επιχρισμάτων από γυναίκες με προχωρημένο διηθητικό καρκίνο μπορεί να μην περιέχουν άτυπα κύτταρα. Αυτό συμβαίνει επειδή οι αλλοιώσεις είναι συχνά νεκρωτικές και εξελκωμένες και το επίχρισμα αποτελείται εξ ολοκλήρου από αίμα, πολυμορφοπύρηνια και τα νεκρωτικά κυτταρικά υπολείμματα. Οι κυτταροτεχνολόγοι μπορούν να ελαχιστοποιήσουν αυτό το πρόβλημα με συστηματική αξιολόγηση των επιχρισμάτων για την επάρκειά τους, αλλά και να ακολουθούν τις οδηγίες έτσι όπως έχουν καθοριστεί στην έκθεση *Quality Standards for Cervical screening*²⁴.

²⁴NHSCSP(National Health Service Cervical Screening Programme), 1996, *Quality Assurance Guidelines for the Cervical Screening Programme*, Sheffield: NHSCSP Publications.

²⁵Cervical Screening Wales Liquid Based Cytology- Pilot Project, Project Report, 2003, NHS CYMRU WALES.

3.4.4.Κυτταρολογία Υγρής Φάσης - Συγκριτική αξιολόγηση

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται μια καινούργια μέθοδος για τον έλεγχο των κυττάρων που λαμβάνονται από τον τράχηλο. Η μέθοδος αυτή ονομάζεται Κυτταρολογία Υγρής Φάσης (Liquid based cytology, LBC) και εκτός από το κυτταρολογικό έλεγχο του δείγματος, χρησιμοποιείται πλέον και σε άλλες εξετάσεις. Τα δείγματα που λαμβάνονται για κυτταρολογία υγρής φάσης, επεξεργάζονται με αυστηρότητα σύμφωνα με τις οδηγίες του παρασκευαστή. Αφού ληφθεί το δείγμα από τον τράχηλο, η άκρη της δειγματοληπτικής συσκευής αποσπάται και τοποθετείται μέσα στο υγρό μέσο συντήρησης στο δοχείο, και ακολούθως μεταφέρεται στο κυτταρολογικό εργαστήριο για επεξεργασία. Το δείγμα λαμβάνεται με τον ίδιο τρόπο με το συμβατικό Τεστ. Η διαφορά είναι στην διαδικασία επεξεργασίας του προς εξέταση υλικού. Στο συμβατικό Τεστ επιστρώνεται σε υάλινα πλακίδια ενώ στο υγρής φάσης το βουρτσάκι λήψης τοποθετείται μέσα στο δοχείο με το συντηρητικό, όπου ξεπλένεται καλά. Κατά τον τρόπο αυτό αφενός όλα τα κύτταρα που συλλέχθηκαν μεταφέρονται στο υγρό, αφετέρου εξασφαλίζεται η σωστή συντήρησή τους. Το υλικό που έχει παρασκευαστεί, φυγοκεντρείται και επεξεργάζεται. Με τον τρόπο αυτό, μεταφέρονται προς επεξεργασία μόνο τα κύτταρα του δείγματος, τα οποία διαχωρίζονται από το αίμα και τη βλέννη.

Υπολογίζεται πως η ακρίβεια στη διάγνωση μπορεί να αυξήσει μέχρι 25% την διαγνωστική αξία του Τεστ Παπ. Αυτό μας δίνει συνολική ακρίβεια της εξέτασης περίπου 90%²⁵. Το ποσοστό αυτό είναι εξαιρετικά υψηλό και παίζει πολύ σημαντικό ρόλο ειδικά σε περιπτώσεις παρακολούθησης προηγούμενων βλαβών του τραχήλου ή σε ασθενείς με ύποπτα ευρήματα ή ανακριβείς διαγνώσεις ή ανεπαρκή δείγματα (Bhatla & Lu 2009 : 40).

Στο υλικό που λαμβάνεται από τον τράχηλο της μήτρας και που προορίζεται για εξετάσεις με κυτταρολογία υγρής φάσης, μπορεί ταυτόχρονα να πραγματοποιηθεί ανίχνευση και τυποποίηση των στελεχών του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV και εδώ στηρίζεται η ευρεία χρήση του), εξέταση για χλαμύδια, και άλλους λοιμογόνους παράγοντες όπως μυκόπλασμα, ουρεόπλασμα, κ.ά. Ενώ η εξέλιξη της επιστήμης της κυτταρολογίας προσέθεσε ακόμη μια διαγνωστική μέθοδο στον πόλεμο για τον καρκίνο, οι τελευταίες μελέτες υποστηρίζουν και αποδεικνύουν την

αξεπέραστη διαγνωστική αξία του συμβατικού Τεστ Παπ με βάση την ευαισθησία της εξέτασης και την ειδικότητα ανίχνευσης του καρκίνου.

Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες, η συμβατική μέθοδος ελέγχου παρουσιάζει ευαισθησία που κυμαίνεται στο 72% και ειδικότητα 94%, κατά άλλες μελέτες η ευαισθησία κυμαίνεται από 47-62% και η ειδικότητα από 60-95% (όπου ως ευαισθησία της εξέτασης ορίζεται η αναλογία των γυναικών με νόσο, των οποίων τα κολποτραχηλικά επιχρίσματα αναγνωρίστηκαν σωστά ως θετικά, προς όλες τις γυναίκες που εξετάστηκαν και έχουν την νόσο. Ειδικότητα της εξέτασης ορίζεται η αναλογία των γυναικών χωρίς νόσο, των οποίων τα κολποτραχηλικά επιχρίσματα αναγνωρίστηκαν σωστά ως αρνητικά, προς όλες τις γυναίκες που εξετάστηκαν και είναι ελεύθερες νόσου) (Bhatla & Lu 2009 : 40). Ενώ, με τη μέθοδο υγρής φάσης τα ποσοστά κυμαίνονται: ευαισθησία 61-66% ειδικότητα 82% (Kavatkar, Nagwanshi & Dabak 2008: 190-194). Σύμφωνα με τις οδηγίες για τους ιατρούς το Αμερικανικό Υπουργείο Υγείας (2007), υποστηρίζεται ότι η ευαισθησία του συμβατικού Τεστ Παπ κυμαίνεται από 30% έως 87% και η ειδικότητα από 86% έως 100%, και η κυτταρολογία υγρής φάσης παρουσιάζει ευαισθησία από 61% έως 95% και ειδικότητα από 78% έως 82%²⁶.

Βέβαια, παρά το γεγονός ότι δημιούργησε μεγάλες προσδοκίες η κυτταρολογία υγρής φάσης, δεν έτυχε ευρείας εφαρμογής στην Ελλάδα ίσως και λόγω του μεγαλύτερου οικονομικού κόστους σε σχέση με το συμβατικό. Στις Η.Π.Α., η συχνότητα καρκίνου του τραχήλου μειώθηκε κατά 75% και η θνητότητα κατά 74%, στα 50 χρόνια εφαρμογής της τραχηλικής κυτταρολογίας ως μέσο πληθυσμιακού ελέγχου. Η επιτυχία αυτών των προγραμμάτων, που βασίζονται στην κυτταρολογία, οφείλεται στο γεγονός ότι:

α) το Τεστ κατά Παπανικολάου είναι σχετικά απλό και επαναλαμβάνεται εύκολα, β) το Τεστ κατά Παπανικολάου έχει τη δυνατότητα να αναγνωρίζει κυτταρολογικές ανωμαλίες πριν από την εμφάνιση διηθητικής νόσου, γ) η μετάβαση από προκαρκινικές βλάβες σε διηθητική νόσο είναι σχετικά αργή, δ) οι προκαρκινικές βλάβες μπορούν να αντιμετωπιστούν με ελάχιστα επεμβατικές μεθόδους.

²⁶ *Human Papillomavirus: HPV Information for Clinicians, Transmission, Detection, Clinical Management. Centers for Disease Control and Prevention, April 2007, CS110004. From the Publication: Human Papillomavirus: HPV Information for Clinicians, November 2006, Common Infection Common Reality, USA: Department of Health and Human Services.*

Από την άλλη πλευρά όμως, το Τεστ κατά Παπανικολάου από μόνο του, έχει χαμηλή ευαισθησία, περιορισμένη ικανότητα επαναληψιμότητας και πολλά αμφίβολα αποτελέσματα, κατά μια μερίδα επιστημόνων. Πρέπει να τονίσουμε ότι το Τεστ Παπ όταν συνδυάζεται και με την τακτική γυναικολογική εξέταση και τον υπερηχογραφικό έλεγχο αυξάνει μέγιστα την αποτελεσματικότητά του.

Από το 1995, τρεις νέες τεχνικές βελτίωσης του Τεστ Παπ έχουν εγκριθεί από τον Οργανισμό Φαρμάκων και Τροφίμων στις ΗΠΑ (FDA). Μια από αυτές, το Papnet, χρησιμοποιεί computer για τον επανέλεγχο συμβατικά αρνητικών επιχρισμάτων και προσδιορίζει κυτταρικά πεδία που πιθανώς παρερμηνεύτηκαν. Η τεχνική Autorap ταξινομεί τις τομές σε δύο ομάδες. Στη μία ομάδα γίνεται περαιτέρω έρευνα και στην άλλη όχι. Το Autorap Τεστ πρόσφατα πήρε από το FDA την έγκριση για να χρησιμοποιείται ως η πρωταρχική κυτταρολογική τεχνική παρακολούθησης ασθενών. Η τρίτη τεχνική είναι η μέθοδος υγρής κυτταρολογίας (Ταμπακούδης 2002).

3.4.5. Συχνότητα προληπτικού ελέγχου

Στην Ελλάδα δυστυχώς μόνο ένα μικρό ποσοστό γυναικών της τάξεως του 15-20% αναφέρει ότι εξετάζεται τακτικά. Οι οδηγίες για την ηλικία έναρξης της εξέτασης, εξαρτάται από την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής που όπως φαίνεται από τελευταίες μελέτες έχει κατέβει στην ηλικία των 12-13 ετών.

Η πρόταση του Ελληνικού Υπουργείου Υγείας σύμφωνα με τις οδηγίες του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο και του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία 2008-2012²⁷, είναι :

Όλες οι γυναίκες μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής και το αργότερο μέχρι το 25^ο έτος της ηλικίας τους θα πρέπει να επισκέπτονται μια φορά τον χρόνο τον γυναικολόγο τους, για να υποβάλλονται σε πλήρη γυναικολογικό έλεγχο και ειδικά στο Τεστ κατά Παπανικολάου (Τεστ Παπ). Η προτροπή για ετήσιο έλεγχο αφορά όλες τις ηλικιακές ομάδες ελέγχου, και αυτό γίνεται διότι οι Ελληνίδες για διάφορους λόγους δεν είναι τόσο συνεπείς με το ραντεβού με τον γυναικολόγο τους, για να το θέσουμε όμως ορθότερα δεν είναι συνεπείς με τον εαυτό τους και την φροντίδα του. Σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης του καρκίνου του

τραχήλου της μήτρας της Αγγλίας (Cancer screening Programmes –NHS), έχει καθιερωθεί τα τελευταία χρόνια και εφαρμόζεται νέο πρωτόκολλο για τον έλεγχο του γυναικείου πληθυσμού. Συγκεκριμένα οι γυναίκες που ανήκουν στον πληθυσμό στόχο-ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες από 25-65+ - καλούνται μέσω του συστήματος υγείας για έλεγχο (από τον γενικό ιατρό της περιοχής στην οποία είναι εγγεγραμμένες) με ειδοποίηση μέσω ταχυδρομείου ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, με επανέκκληση σε περίπτωση που δεν ανταποκριθεί στο κάλεσμα (Sasieni, Adams & Cuzick 2003).

Το Πρωτόκολλο, ως προς την συχνότητα της εξέτασης, που ακολουθείται είναι:

Ηλικία	Συχνότητα
25	Πρώτη πρόσκληση
25-49	Κάθε 3 χρόνια
50-64	Κάθε 5 χρόνια
65+	Έλεγχος μόνο σε εκείνες τις γυναίκες οι οποίες στα τρία τελευταία Test παρουσίασαν ένα παθολογικό αποτέλεσμα.

Η διαγνωστική μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι η Κυτταρολογία Υγρής Φάσης Liquid based cytology (LBC), για την μείωση ακατάλληλων δειγμάτων και κατ' επέκταση του άγχους του αποτελέσματος. Σε εμφάνιση παθολογικού αποτελέσματος ακολουθείται διαφορετικό εξατομικευμένο πρωτόκολλο με παραπομπή για κολποσκόπηση και θεραπεία ανάλογη του αποτελέσματος. Η ίδια και παρόμοια εθνική πολιτική ακολουθείται και στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες όπως η Αυστραλία ,Βέλγιο, Γαλλία ,Φιλανδία, κ.ά. Στις ΗΠΑ το Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού ελέγχου με την χρήση του Τεστ Παπ, διανύει την 4^η δεκαετία. Στην Αυστραλία έχει δημιουργηθεί Μητρώο Εξεταζόμενων όπως και στη Μεγάλη Βρετανία.

²⁷ Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία 2008-2012, Συντονιστική Ομάδα: Ζόρμπας Αλ., Σίμου Ε., 2008, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σελ. 36.

Τα κυριότερα σημεία των νέων οδηγιών είναι:

Το πρώτο τεστ για την ανίχνευση του καρκίνου τραχήλου μήτρας πρέπει να γίνεται περίπου 3 χρόνια μετά από την έναρξη των σεξουαλικών επαφών μιας γυναίκας και όχι αργότερα από την ηλικία των 21 ετών.

Οι ειδικοί συστήνουν να υπάρχει μια περίοδος αναμονής 3 ετών μετά από την έναρξη σεξουαλικών επαφών διότι υπάρχουν συχνά παροδικές μολύνσεις με τον ιό HPV με κυτταρικές αλλαγές οι οποίες δεν είναι σημαντικές και δεν παραμένουν. Επιπρόσθετα ο καρκίνος του τραχήλου μήτρας σε γυναίκες κάτω των 25 ετών είναι εξαιρετικά σπάνιος.

Οι γυναίκες πρέπει να κάνουν Τεστ κατά Παπανικολάου τουλάχιστο μια φορά κάθε 3 χρόνια.

Γυναίκες ηλικίας από 65 έως 70 ετών που είχαν τουλάχιστον 3 συνεχόμενα φυσιολογικά Τεστ και οι οποίες κατά τα 10 χρόνια που πέρασαν δεν είχαν Τεστ με ανωμαλίες, μπορούν να αποφασίσουν, μετά από συζήτηση με το γιατρό τους, να σταματήσουν να κάνουν το Τεστ.

Γυναίκες που υπεβλήθησαν σε ολική υστερεκτομή δεν χρειάζονται να κάνουν Τεστ, παρά μόνο εάν η υστερεκτομή έγινε σαν θεραπεία λόγω καρκίνου ή προκαρκινικής κατάστασης του τραχήλου.

Οι γυναίκες πρέπει να ζητήσουν τη γνώμη από ειδικό για το πότε θα πρέπει να αρχίσουν να κάνουν το Τεστ κατά Παπανικολάου, για το πόσο συχνά πρέπει να το κάνουν και για το πότε μπορούν να σταματήσουν. Οι ιδιαιτερότητες της κάθε γυναίκας, το ιστορικό της και ο κίνδυνος προσβολής της από σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους, θα καθορίσουν τον τρόπο παρακολούθησής της.

Πηγή: US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE,(USPSTF), 2003, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/cervcan/cervcanrr.htm#clinical>.

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι τα περισσότερα κράτη αναγνωρίζοντας πολύ νωρίς την αναγκαιότητα της εξέτασης, ανέλαβαν δράση. Τα περισσότερα προγράμματα μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου (Cervical mass screening) έχουν ξεκινήσει από την δεκαετία του 1980, στο NHS (Εθνικό Σύστημα Υγείας-Μεγάλη Βρετανία) από 1991 με σύστημα υπενθύμισης, Βέλγιο 1994, Κύπρος 1998, Φιλανδία και Σουηδία 1960.

Σε αρκετές χώρες οι εξεταζόμενες καλούνται από το σύστημα Υγείας (όπως το NHS) να πραγματοποιήσουν το έλεγχο του Τεστ Παπ στα πλαίσια της ανάληψης της ολοκληρωτικής κρατικής ευθύνης για τους πολίτες του κράτους. Όπου εφαρμόζεται συστηματικά σε εθνικό ή σε τοπικό επίπεδο ανάλογα με την πολιτειακή διάρθρωση και το σύστημα υγείας, η θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις περισσότερες χώρες παρουσιάζει μείωση που κυμαίνεται από 30%-40% και ακόμη σε μερικές περιπτώσεις από 50% έως και 70% (Η.Π.Α.).

Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει ακόμη ενιαίος κρατικός σχεδιασμός για την εφαρμογή προσυμπτωματικού προληπτικού ελέγχου (screening test) του γενικού γυναικείου πληθυσμού. Η εξέταση του Τεστ Παπ γίνεται τυχαίοποιημένα. Πρόσφατα είχε τεθεί στόχος από το Υπουργείο Υγείας και

Κοινωνικής Αλληλεγγύης να ξεκινήσει Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού ελέγχου στα πλαίσια του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία και του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο 2008-2012, ωστόσο η προσπάθεια παρέμεινε στην εξαγγελία.

3.5. Νεότερα δεδομένα για την πρόληψη: εμβολιαστική πολιτική και Μοριακός έλεγχος

Η εξέλιξη της φαρμακολογίας, της ιατρικής έρευνας και του ιατροτεχνολογικού κλάδου αναδεικνύεται με την καταλυτική συμβολή τους στη δημιουργία των εμβολίων κατά του ιού HPV. Θα ήταν θεμιτό να αναφερθεί ότι ο ιός του HPV δεν δύναται να καλλιεργηθεί σε εργαστηριακό περιβάλλον. Για το λόγο αυτό στην παρασκευή των εμβολίων γίνεται χρήση φαρμακευτικών ουσιών που προσομοιάζουν στη δράση και στην προκλυόμενη απάντηση από την ανάλογη ιϊκή λοίμωξη. Σήμερα ο μοριακός έλεγχος της λοίμωξης από HPV είναι εφικτός.

3.5.1. Εμβόλια κατά των ιών HPV

Με βάση τα προαναφερόμενα μοριακά δεδομένα της καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας με την επίδραση του ιού HPV, τα τελευταία χρόνια, αναθεωρήθηκε η στοχοθέτηση για αποτελεσματική προληπτική ιατρική. Η πιο καθοριστική δυνατότητα εφαρμογής της σχετικής γνώσης, που αφορά την πρωτογενή πρόληψη του «ιογενούς αιτιολογίας» καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι το εμβόλιο κατά του HPV.

Πρόκειται για προφυλακτικό εμβόλιο κατά της μόλυνσης από τον ιό, ενώ σε εξέλιξη βρίσκονται και οι μελέτες που αφορούν την αξιολόγηση ενός θεραπευτικού εμβολίου, εναντίον των ήδη υπαρχουσών κυτταρικών αλλοιώσεων από την ιϊκή δράση. Το προφυλακτικό εμβόλιο, βασίζεται στην αντιγονική δράση των επονομαζόμενων «ιόμορφων σωματιδίων» (Virus Like Particles-VLPs), τα οποία συντίθενται από 20 καψομερίδια της ιϊκής καψιδιακής πρωτεΐνης LI ως εικοσιεδρικά

καψίδια/ιωσωμάτια, παρόμοια με αυτά του ιού, χωρίς όμως να εμπεριέχουν ιϊκό DNA. Ο εμβολιασμός του ατόμου με αυτά τα μη επικίνδυνα VLPs (εξαιτίας της απουσίας ιϊκού DNA) έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ειδικών αδρανοποιητικών IgG αντισωμάτων εναντίον της καψιδιακής πρωτεΐνης LI του ιού. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα μέχρι στιγμής υπάρχοντα εμβόλια εναντίον του HPV δεν προφυλάσσουν απ' όλους τους υποτύπους του ιού, αλλά μόνον από τους πλέον νοσογόνους και επικίνδυνους, δηλαδή τους υποτύπους 16 και 18 (οι οποίοι όμως είναι υπεύθυνοι για περίπου 70% των περιπτώσεων τραχηλικού καρκίνου παγκοσμίως) (Garcia, Nuno & Mitchell 2008 : 435).

Το εμβόλιο, το οποίο έλαβε την άδεια κυκλοφορίας από τον υπεύθυνο φορέα (FDA) των Η.Π.Α. στις 8 Ιουνίου 2006 και της Ευρώπης (EMEA) στις 20 Σεπτεμβρίου 2006, είναι τετραδύναμο, δηλαδή δρα κατά των ογκογόνων υποτύπων 16 και 18, αλλά ταυτόχρονα και κατά των μη ογκογόνων υποτύπων 6 και 11, υπεύθυνων για την εμφάνιση περίπου του 90% των κονδυλωματώδων αλλοιώσεων, κυρίως της πρωκτογεννητικής περιοχής, οι οποίες αποτελούν μια από τις πλέον συχνές σεξουαλικά μεταδιδόμενες παθήσεις. Το εμβόλιο αυτό, όπως απέδειξαν οι σχετικές μελέτες σε μεγάλο αριθμό γυναικών και χρόνο παρακολούθησης περίπου 4-5 έτη, προφυλάσσει με αποτελεσματικότητα 98-100% από τις προκαρκινικές και καρκινικές αλλοιώσεις, κυρίως του τραχήλου, αλλά και του κόλπου, αιδοίου, πέους και πρωκτού, παράλληλα δε και από τα κονδυλώματα τόσο της γεννητικής περιοχής όσο και της μη γεννητικής περιοχής, όπου αυτά εκδηλώνονται (π.χ. στοματοφαρυγγική κοιλότητα) (Agorastos, Chatzigeorgiou, Brotherton & Garland 2009 : 7270-7281). Το διδύναμο εμβόλιο, το οποίο καλύπτει από την μόλυνση με τα στελέχη του ιού 16 και 18 και περιέχει τον ανοσοενισχυτικό παράγοντα ASO4, όπως δημοσιεύθηκε σε πρόσφατη έρευνα, σε δείγμα πάνω από 18.000 γυναίκες, διαπιστώθηκε ότι παρέχει διασταυρούμενη αποτελεσματικότητα και για τους HPV-31, -33, -45. Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα του έναντι CIN2+ φτάνει το 70,2% και για CIN3+ το 87%, ανεξάρτητα από τον τύπο του HPV (Paavonen, Naud, Salmerson, Wheeler, Chow, Kitchener, Castellsague, Teixeira, Skinner et al. 2009 : 301-304).

Και τα δύο εμβόλια διδύναμο και τετραδύναμο, χορηγούνται σε τρεις δόσεις και η αντιγονική δράση των οποίων, (δεκαπλάσια σε σχέση με φυσική λοίμωξη) εμφανίζεται μετά την τρίτη δόση και φτάνει σε επίπεδα μέσα 24 μήνες. Σύμφωνα

και με τις ενδείξεις και τις οδηγίες, η ηλικία κατά την οποία θα πρέπει να χορηγείται το εμβόλιο, στα νέα κορίτσια και αγόρια κατά συνθήκη, αυτή ορίστηκε ως η ηλικία από 9, 10 έως 13 ετών, πριν από την έναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας (αν και σε αναφορές για τις απαραίτητες συστάσεις από τον WHO δεν εμπεριέχονται τα αγόρια, απόρροια της εμβολιαστικής κάλυψης των κοριτσιών) (Jacob 2009 : 15-17). Η ένδειξη χορήγησης του εμβολίου υφίσταται και για κάθε γυναίκα μεγαλύτερης ηλικίας που δεν έχει σεξουαλικές επαφές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα νεότερων μελετών, το εμβόλιο μπορεί να χορηγηθεί σε όλες τις νέες γυναίκες μέχρι 26 ετών, ανεξάρτητα αν αυτές έχουν ήδη σεξουαλικές επαφές, δηλαδή ανεξάρτητα αν αυτές οι γυναίκες είναι ή όχι φορείς του ιού, αρκεί βέβαια να μην εμφανίζουν ήδη νεοπλασματικές αλλοιώσεις στον τράχηλο της μήτρας. Αυτό δικαιολογείται για τους εξής λόγους:

α) αν δεν είναι φορείς των 4 HPV-τύπων, από τους οποίους καλύπτουν τα εμβόλια, αυτό θα τις προστατεύσει από τη μόλυνση από αυτούς τους συγκεκριμένους τύπους, β) αν πρόσφατα έχουν γίνει φορείς ενός από τους 4 HPV-τύπους τα εμβόλια θα ενισχύσουν την ανοσιακή απάντηση του οργανισμού τους σε αυτούς και γ) η πιθανότητα να είναι φορείς και των 4 HPV-τύπων είναι πολύ μικρή, άρα ο εμβολιασμός θα έχει θετικό αποτέλεσμα. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, αν μια γυναίκα με υπάρχουσα σεξουαλική δραστηριότητα είναι ήδη φορέας ενός (ή περισσότερων) από τους HPV-τύπους 6, 11, 16 και 18, που εμπεριέχονται στο υπάρχον τετραδύναμο εμβόλιο, το να εμβολιαστεί με αυτό δεν την προστατεύει από μια πιθανόν εν εξελίξει ευρισκόμενη αλλοίωση στον τράχηλο, οφειλόμενη στον ή στους τύπους αυτούς (Agorastos, Chatzigeorgiou, Brotherton & Garland 2009 : 7270-7281).

Όσον αφορά την ασφάλεια των εμβολίων και τα δύο παρουσιάζουν καλά στατιστικά δεδομένα με καταγεγραμμένα περιστατικά που συνδέονται με τοπική μόνο αντίδραση, ερύθημα, πόνο και μικρής έκτασης οίδημα²⁸. Οι συστημικές αντιδράσεις περιλαμβάνουν πυρετό, ναυτία και ζάλη, ενώ έχουν καταγραφεί λιποθυμικές κρίσεις κατά τον εμβολιασμό, σε νεαρής ηλικίας άτομα. Οι αναφερόμενες αναφυλακτικές αντιδράσεις φτάνουν στις 2.6/100.000 δόσεις και είναι παρόμοιες με άλλου τύπου εμβόλια. Τα σοβαρά περιστατικά που χρειάστηκαν διακομιδή και φροντίδα σε νοσοκομείο έχουν υπολογιστεί να είναι τρία περιστατικά ανά 100.000 άτομα που εμβολιάστηκαν. Δεν έχει καταγραφεί σύνδεση του

εμβολιασμού κατά του HPV και της εμφάνισης αυτοάνοσων νοσημάτων, όπως του συνδρόμου Guillain-Barre ή πρόκλησης θανάτου. Ο πλήρης κατάλογος των ανεπιθύμητων ενεργειών που αναφέρθηκαν με τη χρήση των εμβολίων HPV έως το 2006, στο σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων παρενεργειών των εμβολίων, VAERS, του Αμερικάνικου Οργανισμού Φαρμάκων και Τροφίμων (FDA) είναι: λιποθυμία (55%), ζάλη (41%), πυρετός (41%), εξάνθημα (33%), παραισθησία (32%), κνησμός (31%), πονοκέφαλος (19%), εμετός (1%), μυαλγία (13%), λεμφαδενοπάθεια (10%), αρθραλγία (7%) σύνδρομο Guillain-Barre(1%) (Slade, Leidel, Vellozzi, Woo, Wei et al. 2009: 750-757). Το τετραδύναμο εμβόλιο που χορηγείται ευρέως στην αμερικανική ήπειρο, επειδή είναι γενετικό προϊόν, έχει δεχθεί σωρεία επικρίσεων για πρόκληση τερατογενέσεων και γονιδιακών βλαβών. Ο κίνδυνος αυτός δεν έχει εκτιμηθεί πλήρως και δεν έχει διασαφηνιστεί εκ των εταιρειών. Οι προτεινόμενες προφυλάξεις για τον εμβολιασμό κατά των ιών HPV, περιλαμβάνουν τα εξής:

α) δεν πρέπει να χορηγούνται σε άτομα που μπορεί να είναι υπερευαίσθητα (αλλεργικά) στη δραστική ουσία του εμβολίου ή σε οποιοδήποτε άλλο από τα συστατικά του, β) εάν ένα άτομο εμφανίσει σημάδια αλλεργίας έπειτα από μία δόση εμβολίου, δεν πρέπει να λάβει τις υπόλοιπες δόσεις, γ) ο εμβολιασμός πρέπει να αναβάλλεται σε άτομα με υψηλό πυρετό. Ο εμβολιασμός δεν συνιστάται σε έγκυες, ενώ γυναίκες που θηλάζουν μπορούν να εμβολιαστούν. Επίσης υπάρχουν λίγα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου σε ανοσοκατασταλμένα άτομα (HIV θετικά, κ.ά) (Bosch, Lorincz, Munoz, Meijer & Shah 2002 : 244-65).

Η επαγόμενη ανοσία για τον ιό χρειάζεται να διαρκεί στην ουσία, τουλάχιστον 10 χρόνια μετά τον εμβολιασμό έτσι ώστε να προστατεύει από εμμένουσα λοίμωξη, η οποία αρχικά συμβαίνει στις ηλικίες 18-28 και οδηγεί στην ανάπτυξη CIN 2/3. Τα δωδεκάχρονα κορίτσια έχει αποδειχθεί ότι εμφανίζουν καλύτερη ορολογική ανταπόκριση στο εμβόλιο συγκριτικά με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, πράγμα το οποίο μπορεί θεωρητικά να οδηγήσει σε μακροχρόνια ανοσία. Για τις γυναίκες άνω των 25 ετών, ο βαθμός οφέλους σε βάθος χρόνου διερευνάται ως προς την ανάγκη χορήγησης αναμνηστικής δόσης. Είναι πιθανό μια επαναλοίμωξη να μπορεί να αποτελέσει το μέσο διατήρησης του επίπεδου της φυσικής ανοσίας, ελλείψει

²⁸ *Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines- Key points for policy-makers and health professionals*, 2007, WHO/RHR/08.14, Switzerland : WHO Publications.

αναμνηστικής ανοσοποίησης. Η συνεχής παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας του εμβολιασμού είναι επιβεβλημένη, έτσι ώστε να καθοριστεί η αναγκαιότητα επαναληπτικών δόσεων.

3.5.2. Η σύγχρονη προσέγγιση της εμβολιαστικής πολιτικής

Παράλληλα, με την ενεργοποίηση των επιστημόνων και των φορέων υγείας, απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή ενός Νέου Προγράμματος Πρόληψης του Τραχηλικού Καρκίνου αποτελεί η ευρεία και πλήρης ενημέρωση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού. Κυρίως, σε ότι αφορά τη σημασία της μόλυνσης από τον ιό, τις αληθινές διαστάσεις του κινδύνου, τη σημασία της πρόληψης, τις πραγματικές δυνατότητες του εμβολίου, τη διαδικασία καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας και στα ανδρικά γεννητικά όργανα. Έτσι μπορούμε να ελπίζουμε ότι και μετά την ευρεία διαθεσιμότητα του εμβολίου κατά του HPV, κάθε γυναίκα θα γνωρίζει πώς και πότε πρέπει να ελέγχεται, με στόχο την πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου.

Η πρωτογενής πρόληψη γίνεται μέσω της εκπαίδευσης, της ενημέρωσης και με την ανάπτυξη των προφυλακτικών εμβολίων. Η εκπαίδευση και η ενημέρωση αποτελούν μια ακίνδυνη και χαμηλού κόστους παρέμβαση. Όλοι οι γιατροί θα πρέπει να εκπαιδεύονται κατάλληλα και να ενημερώνουν για πρακτικές ασφαλούς σεξ και για έλεγχο των συμπαραγόντων που ευνοούν τη μετάδοση των λοιμώξεων HPV και την ανάπτυξη νεοπλασμάτων του τραχήλου της μήτρας. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η επίπτωση της νόσου είναι μεγαλύτερη, τα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου δεν μπορούν να εγγραφούν την καθολική συμμετοχή και συμμόρφωση του πληθυσμού. Τα εμβόλια ανακύπτουν ως ο αποτελεσματικότερος τρόπος. Ο μαζικός HPV εμβολιασμός θα μπορούσε να εγγυάται μια αποτελεσματικότερη μέθοδο πρόληψης του ΚΤΜ.

Παράλληλα, προτείνεται να εισαχθεί πρόγραμμα προφυλακτικού εμβολιασμού των νέων κοριτσιών, είτε στο σχολείο -στο πλαίσιο των ήδη υπαρχόντων προγραμμάτων εμβολιασμού για άλλα ιογενή νοσήματα- είτε μέσω των παιδιάτρων και γυναικολόγων. Η αποδοχή των γονέων σε ότι αφορά τον εμβολιασμό των εφήβων για τον ιό HPV είναι άγνωστη. Ενώ η λογική του εμβολιασμού στην

εφηβεία είναι παραδεκτή, για κάποιους εγείρει ανησυχία ότι μπορεί να οδηγήσει στην εσφαλμένη άποψη των εφήβων για ανέμελη ή πρόωμη σεξουαλική ζωή. Αυτό μπορεί να ισχύει σε κοινότητες γονέων οι οποίοι θεωρούν ότι τα παιδιά τους έχουν χαμηλό κίνδυνο λοίμωξης από τον HPV, ειδικά σε ορισμένες θρησκευτικές ή εθνικές μειονοτικές ομάδες. Οι τρέχουσες πληροφορίες σχετικά με την αποδοχή του εμβολιασμού η οποία αγγίζει το 80% , βασίζεται σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί στις Η.Π.Α. με τη χρήση ερωτηματολογίων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι με τις ανάλογες ενημερωτικές παρεμβάσεις θα βελτιωθεί το επίπεδο αποδοχής του εμβολιασμού από τους αναποφάσιστους γονείς (Zimet, Liddon, Rosenthal, Lazcano-Ponce & Allen 2006 : 201-209).

Η μοναδική μελέτη η οποία έχει πραγματοποιηθεί στην Αγγλία, στο Μάντσεστερ κατέδειξε ότι το 81% των γονιών μάλλον ή σίγουρα θα συμφωνούσε να εμβολιαστεί το παιδί του, το δε 84% συμφωνεί μάλιστα στον εμβολιασμό πριν από την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής (Brabin, Roberts, Farzaneh, et al. 2006 : 3087-3094). Η ενεργητική παρουσία ενός επαγγελματία υγείας μπορεί να αντιμετωπίσει τις ανησυχίες γονέων και εφήβων σχετικά με τον προφυλακτικό εμβολιασμό για τον ιό HPV. Ελάττωση του βαθμού αποδοχής του προφυλακτικού εμβολιασμού σε ποσοστά μικρότερα του 80% του πληθυσμού των εφήβων, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της συνολικής επίδρασης του εμβολιασμού στην επίπτωση CIN 2/3 και ΚΤΜ (με αντίστοιχες επιπτώσεις 53,1% και 63,9%).

Τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης αυτή τη στιγμή στη χώρα μας κινούνται σε πολύ χαμηλά επίπεδα, σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Δεν ξεπερνούν το 14%, ενώ σύμφωνα με άλλες μελέτες το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης δεν ξεπερνά το 9% παρόλο που ο εμβολιασμός του έναντι του HPV έχει ενταχθεί στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και χορηγείται δωρεάν από τα ασφαλιστικά ταμεία σε κορίτσια και γυναίκες 12-26 ετών.

Στην Ελλάδα κυκλοφορούν δύο εμβόλια: το ανοσοενισχυμένο με AS04 εμβόλιο, το οποίο προστατεύει από τους ογκογόνους τύπους HPV-16 και HPV-18, και το τετραδύναμο έναντι τεσσάρων HPV τύπων, των ογκογόνων τύπων 16 και 18 και επιπλέον των 6 και 11. Και τα δύο εμβόλια, προσφέρουν αποδεδειγμένη προστασία από τους ογκογόνους τύπους HPV-16 και HPV-18 του ιού.

Διάφορα στατιστικές μελέτες με την χρήση μαθηματικών μοντέλων, υποστηρίζουν το υψηλό ποσοστό οφέλους για την δημόσια υγεία και την πρόληψη της κακοήθειας που προκαλείται από την ιική λοίμωξη από HPV, ανά τον κόσμο. Έρευνες που έγιναν στις ΗΠΑ υποστηρίζουν ότι εάν εισαχθεί μαζικός εμβολιασμός στην ηλικία των 12 ετών, ο κίνδυνος να εμφανίσουν οι γυναίκες ΚΤΜ στην διάρκεια της ζωής τους μειώνεται από 20% έως 40% (Bosch, Lorincz, Munoz, Meijer & Shah 2002 : 244-65). Η επιπρόσθετη αξία του ανδρικού εμβολιασμού στην προσπάθεια βελτίωσης της πληθυσμιακής ανοσιακής απάντησης και κατά συνέπεια στην περαιτέρω μείωση της κακοήθειας από τον HPV, είναι ακόμη άγνωστη.

Στην Αγγλία, ο Kohli και συνεργάτες διεξήγαγαν μια προοπτική ανάλυση για την εκτίμηση της επίδρασης του προφυλακτικού εμβολιασμού για τους HPV16/18 στην επίπτωση του ΚΤΜ, βάσει διαφορετικού σεναρίου (Kohli, Ferko, Martin, Franco et al. 2007 : 143-150). Έτσι υπολόγισαν ότι σε μια ομάδα δωδεκάχρονων κοριτσιών η οποία θα καλύπτονταν με εμβολιασμό στο 100% για τους HPV 16/18, θα παρατηρείτο κατά τη διάρκεια της ζωής τους μια ελάττωση κατά 66% της επίπτωσης των υψηλού βαθμού δυσπλασιών του τραχήλου και κατά 76% των θανάτων από ΚΤΜ. Αν, σύμφωνα με την ίδια μελέτη, ο εμβολιασμός δεν γινόταν ως την ηλικία των 18 ετών, η προληπτική επίδραση του εμβολιασμού στον πληθυσμό αυτό, θα μειωνόταν. Επιπρόσθετα φαίνεται ότι ο αριθμός παθολογικών κυτταρολογικών εξετάσεων, διαγνωστικών εξετάσεων, βιοψιών και κολποσκοπήσεων θα μειωνόταν κατά το ήμισυ μετά τον εμβολιασμό. Έτσι ο εμβολιασμός κατά του HPV μπορεί να οδηγήσει σε αξιοσημείωτη ελάττωση της νοσηρότητας και της ανησυχίας των γυναικών οι οποίες πρέπει να υποβάλλονται στον περιοδικό προληπτικό έλεγχο (Saslow, Runowicz, Solomon et al. 2002 : 342-62).

Ο εμβολιασμός έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι από τις σημαντικότερες παρεμβάσεις για την υγεία των γυναικών. Ακόμη και αν ο προφυλακτικός εμβολιασμός καθιερωθεί παγκοσμίως, θα χρειαστούν δεκαετίες για να φανούν τα αποτελέσματα στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η δημιουργία θεραπευτικών εμβολίων στις ήδη εγκατεστημένες HPV λοιμώξεις, αλλά και στις βλάβες του κατώτερου γεννητικού συστήματος που σχετίζονται με αυτές, θα μπορούσε να προσφέρει προστασία στο χρονικό αυτό διάστημα.

Αντίθετα με τα προφυλακτικά εμβόλια, τα θεραπευτικά θα πρέπει να περιλαμβάνουν αντιγόνα που προέρχονται από τις «πρώιμες» (early) πρωτεΐνες (π.χ. E2, E6 και E7) και όχι από τις «όψιμες» (Late) (Mahdavi & Monk 2005 : 528-538). Το γεγονός αυτό φαίνεται να δημιουργεί περισσότερα προβλήματα από άποψη βιοδιαθεσιμότητας και απάντησης στον εμβολιασμό. Η κυτταρική ανοσία αποτελεί το βασικό στόχο των θεραπευτικών εμβολίων, καθώς αυτή είναι κυρίως υπεύθυνη για την εξουδετέρωση της εμμένουσας λοίμωξης από τον ιό. Για τις μελέτες των θεραπευτικών εμβολίων χρησιμοποιήθηκε ο ιός rhesus papillomavirus. Πρόσφατα αρκετά θεραπευτικά εμβόλια διανύουν τη φάση I και II κλινικών δοκιμών στους ανθρώπους με αντικρουόμενα όμως αποτελέσματα. Για την παρασκευή θεραπευτικών εμβολίων έχουν χρησιμοποιηθεί ως φορείς ιοί, βακτήρια, πεπτίδια, πρωτεΐνες, ιικό DNA και δενδριτικά κύτταρα. Οι πρώτες κλινικές δοκιμές θεραπευτικών εμβολίων με ενθαρρυντικά αποτελέσματα αφορούν στη χρήση ανασυνδυασμένων εμβολίων που περιέχουν, είτε ογκοπρωτεΐνες (E6, E8) των HPV-16 και 18 στελεχών με φορέα ιούς, είτε πλασμιδιακό DNA του HPV-16 μέσα σε καψίδιο. Για τα θεραπευτικά εμβόλια το πεδίο έρευνας είναι ανοιχτό, καθώς υπάρχουν σημαντικά προβλήματα, όπως η ανοσοκαταστολή των ασθενών με καρκίνο και οι ιδιαιτερότητες διέγερσης του ανοσοποιητικού τους συστήματος. Υπενθυμίζεται, όμως, ότι τα προφυλακτικά εμβόλια που θα χρησιμοποιηθούν στο άμεσο μέλλον δεν ήταν παρά ένας μακρινός στόχος δύο δεκαετίες πριν (Θεοδωρίδου & Ατσάλη 2007 : 141-152).

3.5.3. Μοριακός έλεγχος-HPV DNA Test

Παράλληλα με τον εμβολιασμό, όλες οι γυναίκες θα πρέπει να ελέγχονται με μοριακό έλεγχο, δηλαδή με HPV DNA Test και με Τεστ Παπ, ή αν υπάρχει η δυνατότητα με τα δύο, σε τακτά χρονικά διαστήματα ανά 3-5 χρόνια με εθνικό σύστημα μαζικού προληπτικού πληθυσμιακού ελέγχου. Αντίστοιχα, οι προσβεβλημένες από τον ιό γυναίκες θα πρέπει να ελέγχονται περαιτέρω με κολποσκόπηση, βιοψία και να ακολουθούν ανάλογη θεραπεία.

Ο προληπτικός έλεγχος των γυναικών με το Τεστ Παπ είχε τεράστια επίδραση στην επίπτωση του ΚΤΜ και στη θνησιμότητα από τη νόσο. Μετά τον προφυλακτικό

εμβολιασμό για τον ιό HPV είναι αναγκαία η συνέχιση της προληπτικής κυτταρολογικής εξέτασης επιχρίσματος τραχήλου, για την επιτήρηση των γυναικών οι οποίες είχαν έλθει σε επαφή με τον ιό προ του εμβολιασμού αλλά και για την αναγνώριση του 25-30% των λοιμώξεων που δεν καλύφθηκαν από τα εμβόλια για τον HPV 16/18.

Ο προληπτικός εμβολιασμός συνδυαζόμενος με την προληπτική κυτταρολογική εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος μπορεί να μειώσει κατά 50-60% τις δυσπλαστικές αλλοιώσεις του τραχήλου μπορεί, παραδόξως, να λειτουργήσει αρνητικά για τον προληπτικό έλεγχο με κυτταρολογική εξέταση επιχρίσματος τραχήλου της μήτρας. Κατά κύριο λόγο, θεωρείται ότι μπορεί να επηρεάσει το βαθμό προληπτικής εξέτασης του πληθυσμού, αφού δημιουργείται η εσφαλμένη εντύπωση, ιδιαίτερα στις νέες γυναίκες, ότι δεν υπάρχει ανάγκη εξετάσεων μετά τον προφυλακτικό εμβολιασμό. Επομένως, οποιοδήποτε πρόγραμμα εμβολιασμού, πρέπει να συνοδεύεται από προγράμματα ενημέρωσης ώστε να ενδυναμώνεται η αξία του διαρκούς προληπτικού ελέγχου (Saslow, Runowicz, Solomon et al. 2002 : 342-62).

Σύμφωνα με τις επιστημονικές μελέτες, λόγω της μεγαλύτερης προστασίας, που προσφέρει ένα αρνητικό HPV DNA Test (6 έτη), σε σύγκριση με ένα αρνητικό Τεστ κατά Παπανικολάου (3 έτη), ο πληθυσμιακός έλεγχος όλων των γυναικών με εφαρμογή του HPV DNA Test υπολογίζεται να έχει χαμηλότερο συνολικό κόστος, απ' ό,τι σήμερα με την εφαρμογή του Τεστ Παπ. Η αυτό-λήψη (self-sampling) του κολπικού επιχρίσματος για HPV DNA Test είναι μια ενδιαφέρουσα προοπτική για χώρες με χαμηλή κάλυψη του πληθυσμού όσον αφορά τον προληπτικό έλεγχο, όπως και η εξέταση VIA με την χρήση οξικού οξέος (ξυδιού) για την ανίχνευση παθολογικών αλλοιώσεων στον τράχηλο, όπου δεν υπάρχει επάρκεια άλλων μέσων κολποσκόπησης (Bhatla & Lu 2009 : 34).

3.5.4. Τεχνικές ανίχνευσης HPV

Οι HPV ταυτοποιούνται με μοριακή ανίχνευση του γενετικού τους υλικού. Οι σπουδαιότερες τεχνικές ανίχνευσης των HPV στην κλινική πρακτική είναι η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και η τεχνική του *in situ* υβριδισμού. Η τεχνική PCR μπορεί εύκολα να εφαρμοσθεί σε κύτταρα τα οποία λαμβάνονται με ειδικό βουρτσάκι από την περιοχή της μεταβατικής ζώνης του τραχήλου. Τα πλακώδη κύτταρα της επιφανείας του τραχήλου που λαμβάνονται περιέχουν μεγάλο

αριθμό ιών γεγονός που καθιστά εύκολη την ανίχνευση του ιού με την ενισχυτική ικανότητα της PCR3 (Καπράνος 2009).

- Αλυσιδωτή αντίδραση της πολυμεράσης (PCR)

Η τεχνική PCR είναι η πλέον ευαίσθητη μέθοδος ανίχνευσης των HPV, δεδομένου ότι βασίζεται στην ενίσχυση του αριθμού των αντιγράφων του υπάρχοντος ιϊκού DNA με εκκινητές (primers) κατά χιλιάδες φορές, με αποτέλεσμα την εύκολη ανίχνευση του. Η τεχνική PCR εφαρμόζεται άριστα σε κύτταρα που λαμβάνονται από την περιοχή πρωτίστως πέριξ της μεταβατικής ζώνης και ευρύτερα από τον εξωτράχηλο και ενδοτράχηλο, καθώς και σε τραχηλικές βιοψίες φρέσκου ιστού ή μονιμοποιημένου σε παραφίνη. Για αρχικό έλεγχο (screening) εφαρμόζονται μείγματα εκκινητών έναντι του γονιδίου L1 που καλύπτουν 42 τύπους, ενώ για το διαχωρισμό σε ομάδες χαμηλού και υψηλού κινδύνου εφαρμόζεται μείγμα εκκινητών έναντι των πρώιμων γονιδίων E2-E7.

- In situ υβριδισμός

Ο in situ υβριδισμός εφαρμόζεται σε βιοψίες και κωνοειδείς εκτομές καθώς και σε επιχρίσματα κυττάρων τραχήλου. Η τεχνική του in situ υβριδισμού είναι η μόνη η οποία εντοπίζει τον ιό μέσα στο κύτταρο στο οποίο βρίσκεται και για το λόγο αυτό παρέχει σημαντικές μορφολογικές πληροφορίες, όπως ποια και πόσα κύτταρα εμφανίζουν λοίμωξη από τον ιό, σε ποιο υποκυτταρικό διαμέρισμα (πυρήνα ή κυτταρόπλασμα) ευρίσκεται ο ιός και τι είδους ανωμαλίες συνοδεύουν την παρουσία του ιού (υπερπλασία, δυσπλασία κ.λπ.). Τέλος ο in situ υβριδισμός είναι η μοναδική τεχνική που μπορεί να μας πληροφορήσει αξιόπιστα σε ποια κατάσταση βρίσκεται το ιϊκό DNA, δηλαδή αν βρίσκεται σε επισωματική (εξωχρωμοσωμική) μορφή και επομένως πολλαπλασιάζεται ανεξάρτητα του κυτταρικού DNA ή αν βρίσκεται σε ενσωματωμένη μορφή στο DNA του κυττάρου ξενιστού οπότε δεν έχει πλέον δυνατότητα ανεξάρτητου πολλαπλασιασμού και πολλαπλασιάζεται παθητικά μαζί με το κυτταρικό DNA. Η παρουσία ενσωματωμένου ιού έχει ως συνέπεια υψηλό κίνδυνο εξέλιξης της δυσπλασίας σε διηθητικό καρκίνωμα και για το λόγο αυτό απαιτείται άμεση θεραπευτική παρέμβαση.

- Σύλληψη του υβριδίου (hybrid capture II)

Η τεχνική σύλληψης του υβριδίου, εφαρμόζεται σε εναιώρημα τραχηλικών κυττάρων ή σε δείγματα βιοψίας φρέσκου ιστού και μπορεί να ανιχνεύσει 13 τύπους υψηλού κινδύνου και 5 τύπους χαμηλού κινδύνου. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιεί μείγματα RNA probes για τους παραπάνω τύπους υψηλού και χαμηλού κινδύνου τα οποία είναι προσκολλημένα σε σταθερό υπόστρωμα (microwell format). Η ανίχνευση του υβριδίου γίνεται με αντισώματα έναντι του υβριδίου RNA: DNA συνδεδεμένα με αλκαλική φωσφατάση και ακολούθως με χημειοφωταύγεια η οποία ποσοτικοποιείται. Η μέθοδος έχει σημαντική ευαισθησία αλλά είναι δύσκολη η διάκριση μεταξύ ασθενώς θετικών και αρνητικών δειγμάτων με αποτέλεσμα να καταγράφονται ψευδώς θετικά δείγματα (Καπράνος 2009).

3.5.5. Σημασία ελέγχου με HPV DNA Test για την αντιμετώπιση

και παρακολούθηση των κυτταρολογικών αλλοιώσεων ASCUS

Σύμφωνα με σχετικά πρόσφατες μελέτες, ο έλεγχος του HPV DNA Test είναι χρήσιμος για τη σωστή αξιολόγηση και διαχείριση των διαφορούμενων κυτταρολογικών διαγνώσεων. Μια από τις μεγαλύτερες μελέτες είναι αυτή που διεξήχθη από το Εθνικό Καρκινικό Ινστιτούτο των ΗΠΑ (NCI) γνωστή ως ASCUS low grade triage study (ALTS) (Adams, Eltoun, Roberson, Chen, Conolly & Chhieng 2006 : 413-8). Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής αφορούσαν κυρίως στην κυτταρολογική ομάδα ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance), με δεδομένο ότι για την αντιμετώπιση των διαγνώσεων LSIL, η ανίχνευση HPV δεν είχε καμία σημασία. Η παρουσία των υψηλού κινδύνου HPV ήταν πολύ υψηλή (70-80%) και δεν μπορούσε να χρησιμεύσει πρακτικά ως κριτήριο παραπομπής σε κολποσκόπηση. Η ομάδα ASCUS είναι μια ετερογενής ομάδα, η οποία σε ποσοστό 5-17% αντιστοιχεί σε CIN2/3 και κατά 1% σε διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα τραχήλου. Ο έλεγχος του HPV DNA Test για παρουσία ογκογόνων ιών στην ομάδα ASCUS οδήγησε το 56% των γυναικών σε κολποσκόπηση και είχε ως αποτέλεσμα την ανίχνευση 96% των περιπτώσεων με σοβαρού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση. Η κολποσκόπηση είχε ευαισθησία

53,6% και η κυτταρολογική εξέταση 54,6% στην ανίχνευση των περιπτώσεων με σοβαρού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν σαφώς ότι το HPV DNA Test για ιούς υψηλού κινδύνου αποτελεί την πλέον αποτελεσματική μέθοδο για την ορθή αξιολόγηση και περαιτέρω αντιμετώπιση των γυναικών με κυτταρολογική διάγνωση ASCUS. Η εξέταση του HPV DNA Test μπορεί να γίνει στο ίδιο δείγμα που έγινε η αρχική κυτταρολογική εξέταση και να αποφευχθεί έτσι μια άσκοπη επαναληπτική λήψη δείγματος. Σε περίπτωση που η κολποσκόπηση αποβεί αρνητική τότε συνιστάται επανάληψη του HPV DNA Test μετά από ένα έτος αντί του ελέγχου με Τεστ Παπ ανά 6 μήνες. Σε περιπτώσεις LSIL με κολποσκόπηση αρνητική για σοβαρού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση, ο έλεγχος του HPV θα συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση και ασφαλέστερη παρακολούθηση της περίπτωσης. Εκτός από τις παραπάνω εφαρμογές, ο έλεγχος του HPV DNA Test είναι χρήσιμος για την παρακολούθηση γυναικών μετά από θεραπεία υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης, ώστε να ελεγχθεί η παρουσία υπολειμματικής HPV λοίμωξης, η οποία σχετίζεται με τη πιθανότητα υποτροπής της νόσου. Τέλος, το HPV DNA Test θα συμβάλει στην καλύτερη αντιμετώπιση περιπτώσεων με διαφορές ευρημάτων μεταξύ κυτταρολογικής εξέτασης, κολποσκόπησης και βιοψίας. Οι εφαρμογές του ελέγχου με HPV DNA Test αναφέρονται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα :

Εφαρμογές του ελέγχου με HPV DNA Test :
1.Ως βασική μέθοδος μαζικού ελέγχου (screening) σε γυναίκες άνω των 30 ετών ανά 3ετία σε συνδυασμό με το Τεστ Παπ ή σε γυναίκες άνω των 35 τουλάχιστον μια φορά.
2.Σε περιπτώσεις με ASCUS στην κυτταρολογική εξέταση.
3. Σε περιπτώσεις LSIL με αρνητική κολποσκόπηση.
4.Παρακολούθηση ασθενών μετά από θεραπεία υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης πλακώδους επιθηλίου τραχήλου.
5.Σε κάθε περίπτωση ασυμφωνίας μεταξύ κυτταρολογικής εξέτασης, κολποσκόπησης και ιστολογικής εξέτασης.

Πηγή : Malloy C., Sherris J., Herdman C., 2000, «*HPV DNA Testing : Technical and Programmatic Issues for Cervical Cancer Prevention in Low-Resource Settings*», PATH, pp 18.

3.5.6. Μαζικός κυτταρολογικός έλεγχος για τον καρκίνο τραχήλου και έλεγχος για τον ιό HPV

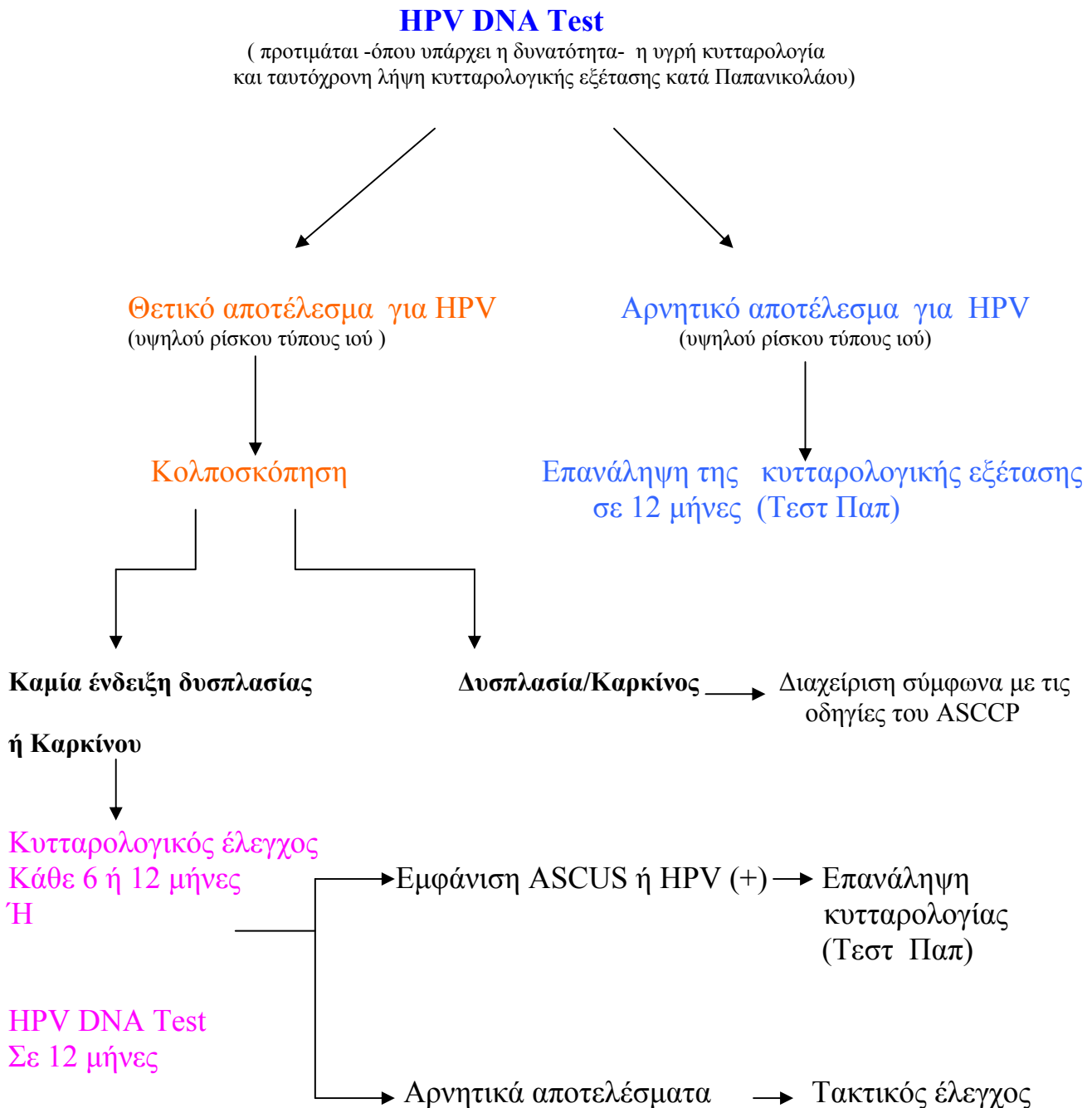
Η κυτταρολογική εξέταση με τη μορφή του Τεστ κατά Παπανικολάου συνέβαλε αποφασιστικά στη μείωση των κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου. Η Επιτροπή Φαρμάκων και Τροφίμων των ΗΠΑ (FDA) το Μάρτιο του 2003, λαμβάνοντας υπόψη τις πρόσφατες μελέτες μαζικού ελέγχου πρότεινε την καθιέρωση του ελέγχου του HPV DNA Test ως κύριου εργαλείου μαζικού ελέγχου σε γυναίκες ηλικίας άνω των 30 ετών, σε συνδυασμό βεβαίως με το Τεστ Παπ. Αντίθετα ο έλεγχος του HPV DNA Test δεν συνιστάται ως πρωταρχικό εργαλείο μαζικού ελέγχου σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 30 ετών λόγω του υψηλού ποσοστού και της παροδικής φύσης των HPV λοιμώξεων σε αυτή την ομάδα πληθυσμού (Wright, Schiffman, Solomon et al. 2004 : 304-309, Sherris, Castro, Levin, Dzuba & Atrossi 2004).

Ο έλεγχος του HPV DNA προτείνεται να επαναλαμβάνεται κάθε τρία έτη. Η λογική της πρότασης έγκειται στο γεγονός ότι η HPV λοίμωξη σε γυναίκες αυτής της ηλικίας αποτελεί χρονίως παραμένουσα κατάσταση, η οποία αποτελεί το κύριο υπόβαθρο στην ανάπτυξη επιθηλιακής νεοπλασίας τραχήλου. Ο έλεγχος του HPV DNA σε συνδυασμό με το Τεστ Παπ προσφέρει ευαισθησία 100% και σχεδόν 100% αρνητική προβλεπτική αξία στην ανίχνευση προκαρκινικών αλλοιώσεων και καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Το Τεστ Παπ θεωρείται ιδανικό για την ομάδα γυναικών κάτω των 30 ετών δεδομένου ότι θα εντοπίσει τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες έχει δημιουργηθεί βλάβη και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης με κολποσκόπηση και βιοψία. Η μονήρης κυτταρολογική εξέταση βεβαίως δεν είναι επαρκής για την ανίχνευση των σοβαρών προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου. Αποτελεσματική παρακολούθηση και πρόληψη επιτυγχάνεται σήμερα μόνο με την κυκλική εφαρμογή ολοκληρωμένου συστήματος που περιλαμβάνει το Τεστ Παπ σε συνδυασμό με τον έλεγχο του HPV DNA, την κολποσκόπηση και ιστολογική εξέταση της βιοψίας και τη θεραπεία της προκαρκινικής αλλοίωσης (Σχήμα 12, 13).

Σχήμα 12: Διαχείριση και συχνότητα διενέργειας προληπτικών εξετάσεων σε γυναίκες με κύτταρα ASCUS

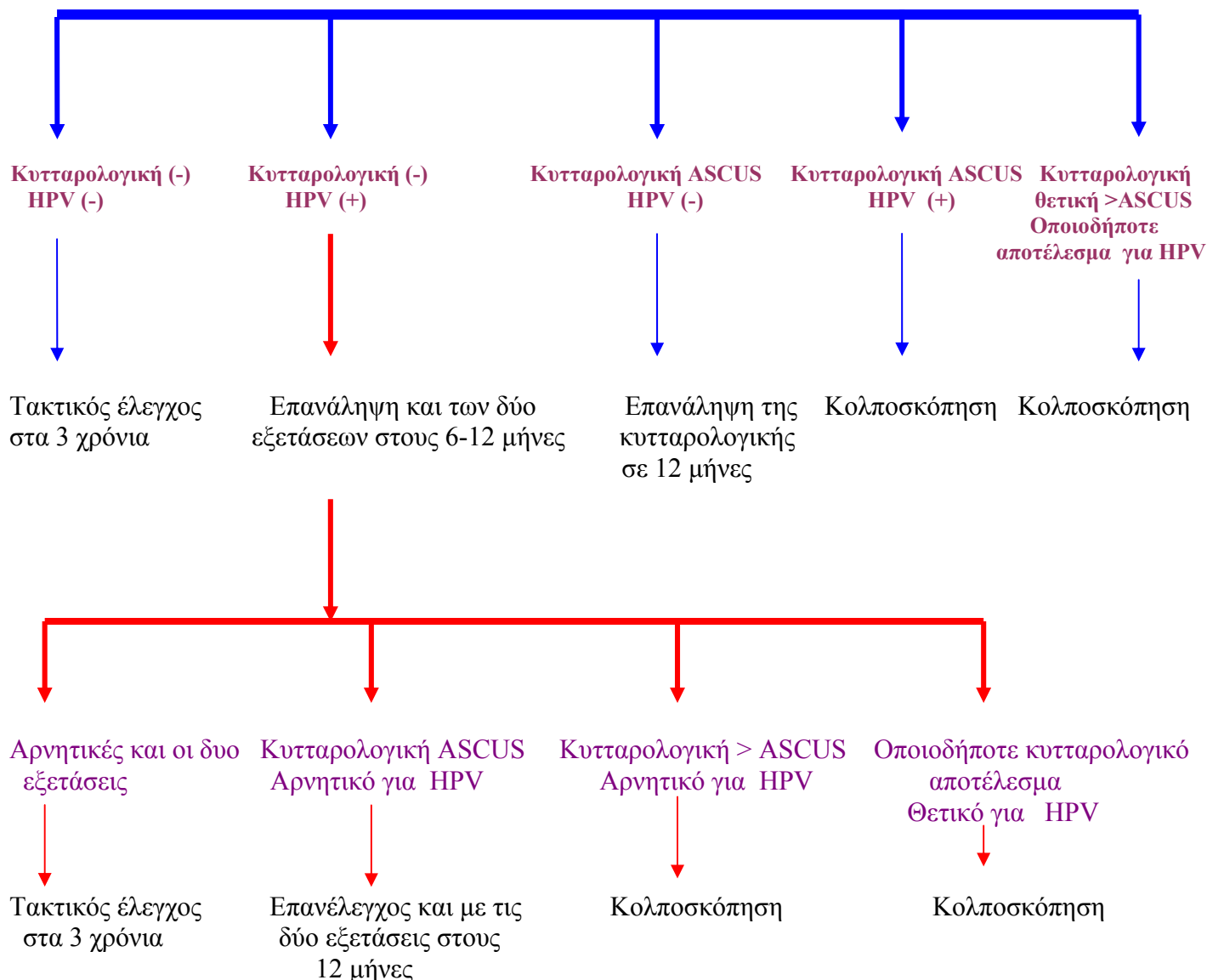
Διαχείριση Γυναικών με Τεστ Παπ θετικό για κύτταρα ASCUS (άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιορίστου σημασίας)



Πηγή : *Human Papillomavirus : HPV Information for Clinicians*, 2007, Center for Disease Control and Prevention, pp 2, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.cdc.gov/std/HPV/common-Clinicians/ClinicianBro-br.pdf>. (Reprinted from *The Journal of Lower Genital Tract Disease Vol.6 Issue 2* with the permission of ASCCP,2002) - Μετάφραση ίδιας 2010.

Σχήμα 13: Διαχείριση και συχνότητα διενέργειας των προληπτικών διαγνωστικών μεθόδων

Διαχείριση των γυναικών ηλικίας 30 ετών και πάνω, βασισμένη στα αποτελέσματα της κυτταρολογικής εξέτασης και HPV DNA Test



Πηγή : *Human Papillomavirus : HPV Information for Clinicians*, 2007, Center for Disease Control and Prevention, pp 2, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.cdc.gov/std/HPV/common-Clinicians/ClinicianBro-br.pdf>. (Reprinted from Wright T.C., Schiffman M., Solomon D., et al., 2004, Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology screening, *Obstetrics and Gynecology* 2004;103(2), fig.1, pp 304-309). Μετάφραση ίδιας 2010.

Συμπεράσματα

Τα τελευταία χρόνια έχει πραγματοποιηθεί μια πραγματική τομή στην ιατρική επιστήμη, σε σχέση με τον γυναικολογικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, με την ταυτοποίηση της ιογενούς προέλευσης και της πυροδότησης της εμφάνισής του. Αναγνωρίζεται ότι στην εκδήλωση του ΚΤΜ συμβάλουν πολλαπλοί παράγοντες, μια και πρόκειται για πολυπαραγοντική νόσο, αλλά η συμμετοχή της λοίμωξης από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV αποτελεί το κλειδί για την ενεργοποίηση του μηχανισμού εκδήλωσης και εξέλιξης της νόσου.

Συμπερασματικά, εν προκειμένω, αυτό που προτείνεται από την ιατρική για τον αποτελεσματικότερο προληπτικό έλεγχο για την νεοπλασία του τραχήλου μήτρας στις νεαρές γυναίκες, είναι ο εμβολιασμός κατά των στελεχών υψηλού κινδύνου HPV. Ο αποτελεσματικότερος μαζικός έλεγχος, σε γυναίκες ηλικίας άνω των 30 ετών προτείνεται να βασίζεται κυρίως στο HPV DNA Test, ενώ σε γυναίκες κάτω των 30 ετών κυρίως στο Τεστ Παπ, το οποίο διατηρεί την διαχρονική του αξία και την σημαντική διαγνωστική υπόσταση του. Ο έλεγχος του HPV DNA με PCR μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην καλύτερη αντιμετώπιση και παρακολούθηση της κυτταρολογικής ομάδας με θετικό για κύτταρα ASCUS Τεστ Παπ, σε περιπτώσεις ασυμφωνιών μεταξύ κυτταρολογικής εξέτασης, κολποσκόπησης και βιοψίας και στην εκτίμηση της πιθανότητας υποτροπής. Ο in situ υβριδισμός είναι η μοριακή τεχνική επιλογής που μπορεί να δώσει ουσιαστικές μορφολογικές πληροφορίες, αναφορικά με τη βαρύτητα και την κατανομή της HPV λοίμωξης καθώς και την ενσωμάτωση του HPV στο DNA του ανθρώπινου κυττάρου.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων και της λοίμωξης που προκαλεί, δεν αποτελεί καινοτομία και πρόκληση της σημερινής εποχής. Ο Κέλσιος (1ος αιώνας μ.Χ.), περιέγραψε με ακρίβεια κονδυλώματα πέους, σχετίζοντας απόλυτα την πάθηση με την συνουσία. Συγγραφικές αναφορές σε κονδυλώματα υπάρχουν τουλάχιστον εδώ και 2000 χρόνια. Η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και η μετατόπιση του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος στην εμφάνιση του καρκίνου, έστρεψε την προσοχή προς την συγκεκριμένη κατεύθυνση, με αποτέλεσμα να (ξανά)ανακαλύπτουμε μια παλαιά νόσο και την «νέα» συσχέτιση της με τον καρκίνο.

Με τον τρόπο αυτό, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αναγάγεται σε σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, με ότι αυτό επακολουθεί. Θεωρητικά, θα μπορούσαμε να επισημάνουμε, ένα πέρασμα από την εποχή του AIDS στην εποχή του HPV και την παρελκόμενη φιλολογία γύρω απ' αυτό. Είναι το νέο εφαλτήριο για μεγαλύτερη επιτήρηση της σεξουαλικότητας και γενετήσιας ορμής; Ή πρόκειται για μια ακόμη ευκαιρία της ιατρικής επιστήμης να επιβάλει την τακτική της και να επιβεβαιώσει την κυριαρχία της;

Γεγονός είναι, ότι η ιατρική δύσκολα πείθει στην επιβολή νέων συμπεριφορών και προτύπων υγείας. Τελευταίο παράδειγμα, αποτελεί η παγκόσμια εκστρατεία για τον εμβολιασμό κατά της νέας γρίπης το 2009, που οδήγησε στις αποθήκες των ελληνικών νοσοκομείων χιλιάδες εκατοντάδες δόσεις εμβολίων, που δεν χρησιμοποιήθηκαν. Με απώτερη επίπτωση την απώλεια σημαντικού οικονομικού πακέτου για τον τομέα της υγείας, στη δυννητική εμφάνιση μιας νέας θανατηφόρου επιδημίας, ενώ ετήσια η ανθρωπότητα αντιμετωπίζει το παροδικό φαινόμενο της εποχιακής γρίπης με τις ανάλογες απώλειες ανθρωπίνων ζωών. Το οξύμωρο που παρατηρήθηκε, ήταν ότι η εφαρμογή της εμβολιαστικής πολιτικής που προτάθηκε από τον Π.Ο.Υ., έγινε χωρίς τις απαραίτητες μακροχρόνιες επιδημιολογικές μελέτες και ακόμη περισσότερο χωρίς τις δοκιμαστικές προδιαγραφές χρήσης των νέων εμβολίων, λόγω του προτασόμενου του επείγοντος της κατάστασης. Το γεγονός αυτό, διόγκωσε ακόμη περισσότερο την αμφισβήτηση για την αποτελεσματικότητα της ιατρικής και των λύσεων που προτείνει.

Πόσο εφικτή είναι λοιπόν η νέα πρόταση για την εμβολιαστική κάλυψη για τον ιό του HPV, μέσα σε αυτό το συγκυριακό κλίμα; Ίσως, σε αυτή την περίπτωση να έχει την ευκαιρία η ιατρική επιστήμη να πείσει με μια σχετικά μεγαλύτερη ευκολία μια και η λοίμωξη έχει συνδεθεί με τον καρκίνο. Η στερεοτυπική προσλαμβάνουσα αντίληψη για τον καρκίνο συγκεντρώνει την μεγαλύτερη φοβική αντίδραση, μια και θεωρείται από τις νόσους που καταλύουν την ανθρώπινη ύπαρξη και καταρρακώνουν τον άνθρωπο ιδιαίτερα βασανιστικά και επίπονα. Ακόμη περισσότερο, ο γυναικολογικός καρκίνος που εμπεριέχει και το στιγματισμό του εκλύτου βίου και της αχαλίνωτης σεξουαλικότητας, έτσι όπως προβάλλεται και επικοινωνείται. Άλλωστε η εμβολιαστική κάλυψη που προτείνεται ακόμη και αν τύχει ευρείας εφαρμογής, θα αποδώσει αποτελέσματα στις επόμενες γενεές, γεγονός που προκαλεί από μόνο του επιπλέον ανασφάλεια. Όσον αφορά τα πιθανά σενάρια για τις επιπτώσεις των παρενεργειών, δεδομένου ότι η έρευνα για τα εμβόλια

βρίσκεται ακόμη σε αρχικό στάδιο και αυτά αντιμετωπίζονται με κάποιο σκεπτικισμό. Ο εμβολιασμός, προσλαμβάνεται ακόμη σαν μια παρεμβατική διαδικασία που συνδυάζεται με τον φόβο για τις ενέσεις και την ιατρική μπλούζα, δηλαδή ενέχει φοβικά σύνδρομα παιδικής, ακόμη, ηλικίας. Όλα αυτά αποτελούν προβληματισμούς και επιφυλάξεις που θα υπερκεραστούν με μια σχετική δυσκολία.

Επίσης, ας μην ξεχνάμε ότι η ιατρική και ιδιαίτερα η επιδημιολογία βασίζεται σε υποθέσεις εργασίας και προβάλλει τις πιθανότητες για την μετάδοση μιας λοίμωξης ή την εμφάνιση μιας νόσου, μέσα από την χρήση μαθηματικών μοντέλων. Αυτό σημαίνει ότι δεν είναι μονόδρομος η ακολουθία της πορείας μιας νόσου που προβάλλεται. Πάντα υπάρχει ο προσωπικός ανθρώπινος παράγοντας απάντησης σε μια λοίμωξη, σε μία νόσο, που για άλλους είναι απλά ένα στατιστικό στοιχείο που εκπίπτει της προτεινόμενης κλίμακας- καμπύλης και για άλλους απλά είναι το θαύμα.

Γι' αυτό, η εξατομικευμένη προσέγγιση του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, από τον κάθε επαγγελματία υγείας, είναι το επιβεβλημένο και το θεμιτό. Το δικαίωμα στην απόφαση της στρατηγικής σχεδιασμού και αντιμετώπισης της υγείας του κάθε ανθρώπου ανήκει σε αυτόν, αποκλειστικά. Ο επαγγελματίας υγείας επιβάλλεται να είναι ενημερωμένος για τις εξελίξεις όλων των εμπλεκόμενων επιστημονικών πεδίων που άπτονται του κλάδου της υγείας. Χρέος του είναι η μετάδοση της γνώσης που προσλαμβάνει, με κριτική σκέψη πάντα, διότι ότι προβάλλεται μέσα από την επιστημονική τεχνογνωσία δεν αποτελεί τον απαραίτητο κανόνα αλλά συχνά αποδεικνύεται ότι υπάρχουν και εξαιρέσεις. Το δικαίωμα επιλογής προσωπικής τακτικής για θέματα υγείας, αφορά αποκλειστικά τον ενδιαφερόμενο άνθρωπο. Η πλήρης και επαρκής πληροφόρηση του, είναι το πρώτο στάδιο προς την κατεύθυνση αυτή. Ο λειτουργός υγείας λοιπόν, έχει υποχρέωση να προβάλλει τις εναλλακτικές επιλογές και λύσεις που υπάρχουν έτσι ώστε, η/ο ενδιαφερόμενος να έχει το δικαίωμα επιλογής.

Ερευνητικό πλαίσιο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 :

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

-ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Παρουσίαση της έρευνας- μεθοδολογία

Στην συνέχεια γίνεται αναφορά στο σχεδιασμό και τον προγραμματισμό της έρευνας καθώς στους ιδιαίτερους προσδιοριστικούς παράγοντες που συμμετείχαν στην οργάνωση της ερευνητικής προσέγγισης. Ακολουθεί η παράθεση των αποτελεσμάτων της ερευνητικής διαδικασίας και των προτεινόμενων εισηγήσεων.

4.1.1. Ο σχεδιασμός της έρευνας

Η συγκεκριμένη μελέτη που διενεργήθηκε στα πλαίσια εκπόνησης διατριβής για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών με κατεύθυνση «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, έχει στόχο τη σκιαγράφηση των στάσεων και των απόψεων ενός γυναικείου πληθυσμού αναφοράς αγροτικής περιοχής, απέναντι στον προληπτικό έλεγχο του γυναικολογικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, και την εξέταση κατά Παπανικολάου (Τεστ Παπ).

Το ερευνητικό ζητούμενο λοιπόν, εστιάζεται στη διερεύνηση προσωπικών εμπειριών, αντιλήψεων, ιδεών και συμπεριφορών σε σχέση με τη χρήση και γνώση του Τεστ Παπ. Σε δεύτερο επίπεδο, αναδεικνύονται οι παράγοντες που συμμετέχουν στην αποχή από την εξέταση και την πρόληψη.

Όσον αφορά τη μεθοδολογία της ερευνητικής προσέγγισης, στο αρχικό στάδιο της υπήρξε μια τάση προς την ποσοτική έρευνα καθώς η μέθοδος αυτή είναι σχετικά προσηνής στην ερευνήτρια. Η πρώτη επαφή με το ερευνητικό αντικείμενο έγινε στη διεξαγωγή εργασίας στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος, κατά την οποία έγινε χρήση ποσοτικών μεθόδων έρευνας, με τη χρήση ερωτηματολογίου που συντάχθηκε από την ερευνήτρια. Στα πλαίσια της εξερεύνησης της μεθόδου ερευνητικής προσέγγισης έγιναν κάποιες αποσαφηνιστικές δοκιμές, έτσι ώστε να συγκεκριμενοποιηθεί το ζητούμενο και ο τρόπος προσέγγισης. Στη συνέχεια, έγινε μια προσπάθεια συμβουλευτικής επικοινωνίας, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, με την Dr. Silvia de Sanjosé, Unit of Infections and Cancer (UNIC) Cancer Epidemiology Research Programme Institut Català d' Oncologia, IDIBELL, CIBERESP, (Spain), η οποία μετέχει στον οργανισμό του IARC και σε διεθνείς οργανισμούς σχεδιασμού πολιτικής για την καταπολέμηση του καρκίνου του τραχήλου. Οι διευκρινήσεις που παρείχε η Dr. de Sanjosé από την απάντηση της

μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στις 29/12/2009, αφορούσαν την διάσταση της διερεύνησης των γνώσεων των γυναικών για το Τεστ Παπ και αν είναι σε θέση να διακρίνουν τη συγκεκριμένη εξέταση από τη συνήθη γυναικολογική εξέταση. Πρότεινε, επίσης, την καταγραφή των προσωπικών τους επιλογών εξέτασης, μέσα από μια σειρά διευκρινιστικών ερωτήσεων.

Ακολούθως, και με τη διαπίστωση ότι, εάν ανατρέξει κανείς στη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία, ανευρίσκονται πλείστες έρευνες οι οποίες εστιάζουν στη συγκέντρωση ποσοτικών δεδομένων για τη χρήση και γνώση της εν λόγω εξέτασης, αλλά και της διαπίστωσης ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό των Ελληνίδων μετέχει στην πρόληψη για τον καρκίνο του τραχήλου, αποφασίστηκε ο θεματικός προσανατολισμός της έρευνας να επικεντρωθεί στις γνωσιακές προσλαμβάνουσες και στους αιτιολογικούς παράγοντες σχηματισμού αντιλήψεων για την πρόληψη. Έτσι, καθορίστηκε το κεντρικό θέμα της έρευνας που στόχο έχει την ανάδειξη των προσωπικών αντιλήψεων και αναπαραστάσεων γύρω από την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου αλλά και εν γένει γύρω από την πρόληψη, ως δευτερεύουσα παράμετρο. Διερευνάται η βιωματική πορεία δόμησης μιας υποκειμενικής κουλτούρας για τη συγκρότηση μιας δεδομένης στάσης ζωής, απέναντι στην υγεία και στην πρόληψη. Το αντικείμενο λοιπόν της έρευνας θα μπορούσε να προσεγγιστεί μόνο με την εργαλειακή υποστήριξη των ποιοτικών μεθόδων έρευνας.

Η ποιοτική μεθολογική προσέγγιση κρίθηκε αναγκαία για την καταγραφή των υποκειμενικών προσλήψεων, αναπαραστάσεων και των απόψεων των ατόμων προς διερεύνηση. Όπως τονίζει ο Ιωσηφίδης, η ποιοτική κοινωνική έρευνα προσεγγίζει τα αντικείμενα της με στόχο κυρίως τη διερεύνηση ποιοτικών χαρακτηριστικών, μη μετρήσιμων διαστάσεων της κοινωνικής συμπεριφοράς, κοινωνικών φαινομένων, διαδικασιών τάσεων και νοημάτων (Ιωσηφίδης 2006 : 22). Η ποιοτική έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση του σχηματισμού και στην κατανόηση των κοινωνικών φαινομένων, εξερευνώντας την διαδικασία που ακολουθείται, μέσα από τα βασικά ερωτήματα πώς και γιατί συμβαίνει το συγκεκριμένο γεγονός ή φαινόμενο (Ιωσηφίδης 2003 : 1).

Ο σχεδιασμός της ερευνητικής διαδικασίας που ακολουθήθηκε ενέχει μια πολυμεθοδολογική διάσταση, κατά πρώτον της ίδιας της διαδικασίας της

συνέντευξης, η οποία αποφασίστηκε να έχει τον χαρακτήρα της ημιδομημένης, σε βάθος και πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξης. Επελέγη η ημιδομημένη συνέντευξη σε βάθος, διότι αυτός ο τύπος συνέντευξης ως εργαλειακή προσέγγιση προσδίδει μεγαλύτερη ευελιξία και προσαρμογή στις ανάγκες της διαδικασίας και της ροής του διαλόγου (Ιωσηφίδης 2008 : 112). Η ημιδομημένη συνέντευξη επιτρέπει στους ερωτηθέντες την ευκαιρία να έχουν τον ρόλο των εμπειρογνομόνων και να ενημερώνουν την ερευνητική διαδικασία (Leech 2002). Επιπλέον με τον τρόπο αυτό καθίσταται δυνατή η ανάδειξη των ποιοτήτων, των προσωπικών βιωματικών διαδικασιών και των αναπαραστάσεων των ερευνητικών υποκειμένων, εν προκειμένω για την πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου. Η συνέντευξη μορφοποιήθηκε βάσει ανοικτών ερωτήσεων, με στόχο την πρόκληση συζήτησης και την ανάδειξη των εμπειριών, των απόψεων και των στάσεων, μέσα σε κλίμα εμπιστοσύνης αποβλέποντας στην συλλογή και κατανόηση των προσωπικών δεδομένων σχηματοποίησης της συγκεκριμένης θεώρησης τους για την πρόληψη και το Τεστ Παπ. Η συνέντευξη έγινε πρόσωπο με πρόσωπο. Η πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη, παρουσιάζεται να δίνει την δυνατότητα για μια ειδική διορατική ματιά στην υποκειμενικότητα, στην φωνή και στην βιωματική εμπειρία (Atkinson & Silverman 1997). Σε δυο πληροφορήτριες έγινε επαναληπτική συνέντευξη για τη συλλογή συμπληρωματικών πληροφοριών και εκτενέστερη διερεύνηση των απόψεων των υποκειμένων.

Ως τόπος διεξαγωγής της δειγματοληπτικής έρευνας ορίστηκε ο χώρος εργασίας της ερευνήτριας. Με αυτήν την έννοια, κατά δεύτερον, η ενεργητική διάδραση με το πεδίο έρευνας ενέχει την έννοια και της επιτόπιας έρευνας και της συνακόλουθης συμμετοχικής παρατήρησης, με δεδομένο ότι διενεργείται σε ένα πεδίο, χωροταξικά προκαθορισμένο και επιφορτισμένο με κοινωνικές, πολιτισμικές και πολιτικές νοηματοδοτήσεις. Κατά την πορεία της έρευνας αναδείχθηκαν στοιχεία που επιβεβαιώνουν την προβληματική του τοπικισμού, και των ιδιαίτερων οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών που δημιουργήθηκαν μετά τις φωτιές του 2007. Επιπροσθέτως, αναδεικνύεται αυτό που εύστοχα θέτει ο Σπυριδάκης (2006), ότι : *«... η διατύπωση των απόψεων ως τοπο-θέτηση μέσα σε μια γεωγραφία νοημάτων, ο τοπικισμός ως η συνισταμένη του κοινού τόπου, η μνημονική εμπειρία της επικοινωνίας και των βιωμάτων μας που συγκροτεί τον άτλαντα της καθημερινότητας*

μας, όλα αυτά δείχνουν ότι σκεφτόμαστε και συμβολίζουμε την κοινωνική μας δράση με όρους απόστασης και εγγύτητας, δηλαδή χωρικά» (Σπυριδάκης 2006 : 182).

Η συμμετοχική παρατήρηση στην παρούσα έρευνα ενέχει δύο διερευνητικές διαστάσεις : Τα υποκείμενα εξετάζονται στον πραγματικό, φυσικό χώρο που προσέρχονται για την διενέργεια της εξέτασης. Επιπλέον, ο τοπικός χώρος όπου εξελίχθηκε η έρευνα, αφορά σε μια μικρή παραδοσιακή κοινωνία, στην οποία κανείς έχει πρόσβαση στη δυνατότητα να αναγνωρίζει και να καταγράφει την κοινωνική συμπεριφορά του κάθε ατόμου. Η σχεδόν καθημερινή επαφή με τις εξεταζόμενες, προσέδωσε μιαν άλλη διάσταση στην έρευνα καθώς ήταν δυνατή η παρατήρηση αφενός, της συνολικής καθημερινής συμπεριφοράς των υποκειμένων της έρευνας, αφετέρου δε της γενικευμένης στάσης και αντίληψη τους για την υγεία και εξειδικευμένα για τις προληπτικές πρακτικές που οι ίδιες ακολουθούν. Όπως αναφέρει η Κυριαζή (1999), η παρατήρηση με μια ευρύτερη έννοια, προσφέρει τη δυνατότητα μελέτης των κινήτρων που ωθούν τους ανθρώπους σε κάποιες συγκεκριμένες ενέργειες και συμπεριφορές, και της ερμηνευτικής απόδοσης της πραγματικότητας που βιώνουν (Κυριαζή 1999 : 246). Ως εξέχον πλεονέκτημα της παρατήρησης, παρουσιάζεται η δυνατότητα άμεσης καταγραφής της αυθόρμητης ανθρώπινης συμπεριφοράς και της ανεύρεσης σημαντικών ιδιοτήτων του προς διερεύνηση φαινομένου, που διαφορετικά δεν θα ήταν εφικτή (Ψαρρού & Ζαφειρόπουλος 2004 : 123).

Αφού καθορίστηκε η μεθοδολογία της έρευνας, το χρονοδιάγραμμα της έρευνας σχηματοποιήθηκε από την προσπάθεια δημιουργίας του οδηγού συνέντευξης και τη διενέργεια των συνεντεύξεων. Πραγματοποιήθηκαν σε πρωταρχικό στάδιο, δύο δοκιμαστικές συνεντεύξεις, έτσι ώστε να εντοπιστούν οι αδυναμίες και οι ανάγκες βελτίωσης του οδηγού. Στη συγκεκριμένη έρευνα υπήρχε το πλεονέκτημα του χρόνου και των καλών επικοινωνιακών σχέσεων με τα υποκείμενα της έρευνας. Χρονικά, η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο 2010 έως τον Μάιο 2010.

Πρέπει να επισημανθεί ότι λόγω των πολιτικών εξελίξεων αυτής της περιόδου και του γεγονότος ότι από τον Φεβρουάριο του 2010 μέχρι και το πέρας της έρευνας, το νοσοκομείο λειτούργησε απουσία διοικητικής αρχής, δεν ήταν εφικτή η έγγραφη συγκατάθεση στην διεξαγωγή της έρευνας. Παρά ταύτα, ενημερώθηκε η προσωρινή διοικούσα αρχή, στην οποία επεξηγήθηκε ο σκοπός και ο στόχος της έρευνας και η

οποία συναίνεσε, με τον όρο ότι δεν θα γίνει χρήση επίσημων εγγράφων και αποφάσεων του νοσοκομείου.

4.1.2. Τόπος διεξαγωγής της έρευνας-προσδιοριστικοί παράγοντες

Ως τόπος διεξαγωγής της έρευνας, επελέγη το Γυναικολογικό Ιατρείο του Γ.Ν.- Κ.Υ. Κρεστένων, εργασιακός χώρος της ερευνήτριας αλλά και χώρος διενέργειας του Προγράμματος Προληπτικού Γυναικολογικού Ελέγχου (Τεστ Παπ), της περιοχής του Δήμου Σκιλλούντος, και ενός ευρύτερου άξονα που εκτείνεται από τα όρια του Δήμου Πύργου έως τον Δήμο Ζαχάρωσ και την Φιγαλεία. Ο λόγος της εκτεταμένης γεωγραφικής κάλυψης είναι ότι αφενός αποτελεί την κύρια υγειονομική δομή νοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας φροντίδας στην ορεινή Ηλεία και αφετέρου αποτελεί την μοναδική δημόσια υπηρεσία στην οποία πραγματοποιείται ο συγκεκριμένος έλεγχος, καθώς στο Γ.Ν. Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου» δεν υπάρχει εγκατεστημένο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού και δεν διενεργείται πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Στο Γ.Ν.- Κ.Υ. Κρεστένων, η ερευνήτρια μετατάχθηκε από τον Αύγουστο του 2008, μετά από εννεαετή υπηρεσία στο Γ.Ν. Πύργου. Στο Γ.Ν.-Κ.Υ. Κρεστένων ήδη διενεργείτο πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου. Η κυτταρολογική εξέταση των δειγμάτων πραγματοποιείται στο Ελληνικό Ίδρυμα Ογκολογίας, ένα κοινωφελές ίδρυμα. Ως εκ τούτου, το λειτουργικό κόστος του προγράμματος για το νοσοκομείο, περιορίζεται στα έξοδα μεταφοράς και προμήθειας υλικού (αντικειμενοφόρες πλάκες, βουρτσάκια λήψης, ψήκτρες, μονιμοποιητικά σπρέι), καθώς δεν υφίσταται οικονομική επιβάρυνση για τον κυτταρολογικό έλεγχο των δειγμάτων.

Με την υποστήριξη της διοίκησης του Γ.Ν.-Κ.Υ. Κρεστένων και την δημοσιοποίηση στα τοπικά ΜΜΕ της δωρεάν παροχής υπηρεσιών προληπτικού ελέγχου, εδόθη ώθηση στο πρόγραμμα. Επιπλέον κίνητρο εδόθη στο γυναικείο πληθυσμό με την ελεύθερη πρόσβαση χωρίς προαπαιτούμενη συνεννόηση και χωρίς επιπλέον επιβάρυνση. Αυτά τα κίνητρα κοινωνικού χαρακτήρα, βοήθησαν γυναίκες που δεν είχαν ασφαλιστική κάλυψη και οικονομική δυνατότητα, να εξεταστούν. Ωστόσο, οι γυναίκες της ευρύτερης περιοχής απευθύνονται και στον ιδιωτικό τομέα για την κάλυψη των αναγκών τους, για προσυμπτωματικό έλεγχο. Στην περιοχή του Πύργου, υπάρχουν δύο (2) σε αριθμό ιδιωτικά κυτταρολογικά

κέντρα και πάνω από έξι (6) ιδιωτικά γυναικολογικά ιατρεία. Ένας σημαντικός αριθμός γυναικών καλύπτεται επίσης από τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ, τονίζοντας ακόμη περισσότερο τον πολυκερματισμό ειδικά στον τομέα της παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα προηγούμενα χρόνια ο μέσος όρος των εξετάσεων κατά Παπανικολάου, που διενεργούνται στο εν λόγω γυναικολογικό ιατρείο, δεν υπερέβαινε τα 100. Με την προσπάθεια που πραγματοποιήθηκε, ο αριθμός των Τεστ κατά Παπανικολάου για το 2009 έφτασε σε αριθμό τα 394, με αυξητική τάση, και παράλληλη αύξηση της επισκεψιμότητας. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων, δίδονται μετά από την παρέλευση ενός χρονικού διαστήματος που κυμαίνεται από τρεις έως τέσσερις εβδομάδες. Από τον Φεβρουάριο του 2009, το ιατρείο λειτουργεί χωρίς την παρουσία γυναικολόγου καθώς ο υπεύθυνος γιατρός συνταξιοδοτήθηκε και εκκρεμεί η πρόσληψη γυναικολόγου. Για τον λόγο αυτό, οι εξεταζόμενες καθοδηγούνται για αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από ειδικευμένο γιατρό και περαιτέρω έλεγχο.

Όσον αφορά τον προγραμματικό σχεδιασμό για το επόμενο χρονικό διάστημα, αυτός περιλαμβάνει την δημιουργία βάσης δεδομένων παρακολούθησης του τοπικού γυναικείου πληθυσμού, πρόγραμμα που βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη. Επίσης, προγραμματίστηκε η δημιουργία κάρτας παρακολούθησης προληπτικού ελέγχου για τις εξεταζόμενες γυναίκες. Στα πλαίσια της διενέργειας αυτού του προγράμματος σε τοπικό επίπεδο, η επενέργεια της προσωπικής προσπάθειας βρήκε αντίκρουσμα στην ανάπτυξη συμβουλευτικής και προληπτικής μονάδας και ικανοποιητικών σχέσεων με τον τοπικό γυναικείο πληθυσμό.

Θα πρέπει να επισημανθεί ακόμη ότι η περιοχή διεξαγωγής της έρευνας παρουσιάζει μια ιδιαιτερότητα καθώς επλήγη από τις καταστροφικές φωτιές τον Αύγουστο του 2007. Το γεγονός αυτό προσέδωσε στην κοινωνική ζωή του τόπου ιδιαίτερα χαρακτηριστικά καθώς αποτέλεσε σημαντικό βιωματικό προσδιοριστικό παράγοντα στις εκφάνσεις της κοινωνικής ζωής και της ατομικής συμπεριφοράς.

Ο γεωγραφικός αποκλεισμός της εν λόγω περιοχής από την πρωτεύουσα του Νομού είναι γεγονός, ιδιαίτερα κατά τους χειμερινούς μήνες καθώς παρατηρούνται συχνά κατολισθήσεις με αποτέλεσμα την ανεπάρκεια του τοπικού οδικού δικτύου και την δυσχέρεια στις μετακινήσεις. Το φαινόμενο επιτάθηκε μετά τις πυρκαγιές του 2007 στην περιοχή.

Η καταστροφή του φυσικού περιβάλλοντος, είχε σαν αποτέλεσμα εκτεταμένες επιπτώσεις στην τοπική παραγωγικότητα, αφού η οικονομία της περιοχής στηρίζεται στην πλειονότητα της στην αγροτική παραγωγή. Επιπροσθέτως, η μαζική καταστροφή των κατοικιών και των περιουσιών, οδήγησε στην ανάπτυξη των ψυχολογικών επιβαρύνσεων μέσα από το βίωμα του τραυματικού και μετά-τραυματικού στρες. Ακόμη περισσότερο στιγμάτισε η απώλεια εξήντα ανθρωπίνων ζωών, συγγενών και φίλων. Το καταστροφικό φαινόμενο των πυρκαγιών συνεχίζει να επιδρά στην τοπική διάρθρωση της κοινότητας, όπως επισημαίνει η Κα Μαρία που κατείχε κομβική θέση στον δήμο : *«ο δήμος τείνει να γίνει κοινωνία γερόντων, αφού οι νέοι δεν βρίσκουν δουλειές. Δεν υπάρχει και ικανοποιητική αγροτική παραγωγή. Όλα κάηκαν και θέλουν χρόνο για να ξαναζωντανέψουν. Εγκαταλείπουν την περιοχή για ένα καλύτερο αύριο. Μένουν οι γέροντες που δεν μπορούν ή δεν θέλουν να αφήσουν την πατρογονική τους γη»*.

Το γεγονός, αυτό καθαυτό αποτελεί σημαντική παράμετρο στην αντίληψη και στη στάση των ντόπιων απέναντι σε οποιαδήποτε κοινωνική δράση και δραστηριότητα. Αυτή, λοιπόν, η παράμετρος της εκτεταμένης πυρκαγιάς και των επιπτώσεων της στη συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή του χώρου-πεδίου έρευνας, παρά την προσπάθεια της ερευνήτριας να αποφευχθεί κάθε συναισθηματική εμπλοκή, ενέχεται και αποδίδεται βιωματικά από τους ίδιους τους φορείς πληροφοριών της έρευνας και προσδιορίζεται έστω και ασυνείδητα ως επιδρών παράγοντας σχηματοποίησης συγκεκριμένων αντιλήψεων. Αυτό από μόνο του αποτέλεσε πρόκληση για την έρευνα.

Στην τοπική υγειονομική δομή προστρέχει μια ομάδα χρηστών, ένας ιδιαίτερα κοινωνικά ευάλωτος πληθυσμός, όσον αφορά το εισόδημα, την εκπαίδευση, την εργασία, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, τις υποδομές, την κοινωνική ασφάλιση και με αμφιλεγόμενη ασφάλεια και ποιότητα τροφίμων και νερού, γεγονός που επισημαίνεται από τους ίδιους τους κατοίκους της περιοχής. Συχνά, αναφέρεται η χαμηλή εκτίμηση τους όσον αφορά το επίπεδο της ποιότητας της ζωής τους, που αφενός επηρεάστηκε σημαντικά από την υποβάθμιση του φυσικού περιβάλλοντος μετά τις φωτιές, με όρους οικονομικούς, παραγωγικούς και αισθητικής του περιβάλλοντος χώρου. Αφετέρου, γίνεται αναφορά στην υποβάθμιση της περιοχής με την απομάκρυνση δημοσίων υπηρεσιών και λειτουργικών υποδομών, οι οποίες περιορίζουν την ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων στήριξης της τοπικής

παραγωγικότητας και περαιτέρω ενίσχυση της δραστηριοποίησης της τοπικής κοινωνίας.

Ένας ακόμη προσδιοριστικός παράγοντας που έχει διαδραματίσει σημαίνοντα ρόλο στη γενική εκτίμηση για την τοπική δομή υπηρεσιών υγείας, είναι το γεγονός ότι κατά τα έτη 2006-2007 επιχειρήθηκε η διακοπή της λειτουργίας του Γ.Ν.-Κ.Υ. Κρεστένων. Αποτελεί πράγματι πρωτοτυπία η λειτουργία τριών νοσοκομείων στον Νομό Ηλείας, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι αποτελεί λύση η διακοπή της λειτουργίας του συγκεκριμένου νοσοκομείου που δημιουργήθηκε από τη συνεισφορά των εν Αμερική κατοικούντων Κρεστένων, στο όνομα της εύρυθμης οικονομικής διαχείρισης στον τομέα της υγείας. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι στο παρελθόν το νοσοκομείο παρουσίαζε άριστη λειτουργία με ανάπτυξη όλων των κλινικών και ιδιαίτερη αναφορά θα ήταν θεμιτό να γίνει στη λειτουργία του χειρουργικού τομέα. Μετά από συντονισμένες προσπάθειες των εργαζομένων και της τοπικής κοινωνίας, επετεύχθη η παράταση της λειτουργίας του με την οδυνηρή διαπίστωση της αναγκαιότητας της ύπαρξής του κατά την περίοδο της μεγάλης πυρκαγιάς τον Αύγουστο του 2007, όπου το νοσοκομείο λειτούργησε ως πυρήνας προστασίας της τοπικής κοινότητας πέρα από το εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό έργο που παρείχε. Όλα αυτά τα γεγονότα που προηγήθηκαν υποβοήθησαν στη διόγκωση της ανασφάλειας και της αβεβαιότητας για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και τη σταδιακή απομάκρυνση των χρηστών, κάτι που όμως έχει αναστραφεί τα τελευταία έτη, αφού η επισκεψιμότητα επανέκαμψε στα αναμενόμενα αναλογικά με τον τοπικό πληθυσμό, ποσοστά.

Ταυτοχρόνως, επανέκαμψε και το ζήτημα της ενοποίησης ή αδελφοποίησης, όπως προτείνεται, των νοσοκομείων στο νομό στα πλαίσια της γενικότερης αναδιάρθρωσης στον τομέα της υγείας, για τη μείωση των δαπανών και την καλύτερη αξιοποίηση των περιορισμένων πόρων, σε πανελλαδικό επίπεδο με την επενέργεια της δομικής περιφερειακής αλλαγής με το Πρόγραμμα «Καλλικράτης», στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και με στόχο την Αναβάθμιση του ΕΣΥ.

Οι παραπάνω αναφορές γίνονται με σκοπό την πρώτη ενδεικτική προσέγγιση για την κατανόηση του κοινωνικού πλαισίου δράσης της έρευνας και τους ιδιαίτερους προσδιοριστικούς παράγοντες που ενέχονται στην καθημερινή βιωματική πραγματικότητα των υποκειμένων της έρευνας. Είναι γεγονός ότι η κοινωνική έρευνα, στηρίζεται στη θεώρηση ότι *«...η κοινωνική πραγματικότητα κατασκευάζεται και ανακατασκευάζεται μέσα από την κοινωνική δυναμική και από την*

πάλη διαφορετικών κοινωνικών δυνάμεων μεταξύ τους...» (Ιωσηφίδης 2006 : 25), με τον τρόπο που η συγκεκριμένη διαδικασία ενέχεται στη διαμόρφωση υποκειμενικών συμπεριφορών και θέσεων στην κοινωνική δραστηριότητα.

4.1.3. Πεδίο έρευνας και τρόπος προσέγγισης

Εξ ορισμού της θεματολογίας της συγκεκριμένης έρευνας, προσδιορίζεται η επικεντρωμένη δειγματοληψία, δεδομένου ότι η έρευνα απευθύνεται σε γυναίκες αποκλειστικά. Δηλαδή, το φύλο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα του προς διερεύνηση πληθυσμού. Μια ακόμη σημαντική διαπίστωση έγκειται στο γεγονός ότι ο ρόλος των γυναικών στα θέματα υγείας και πρόληψης στον οικογενειακό ιστό καταγράφεται ουσιαστικός, καθώς οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη υπευθυνότητα και αποφασιστικότητα μέσα στην δομή της οικογένειας (Figueira, Ferreira e Ferreira, Schal, Modena 2009).

Ομάδα στόχο αποτέλεσαν οι γυναίκες που προσήλθαν στο ιατρείο για τη διενέργεια Τεστ Παπ, οι χρήστριες της συγκεκριμένης υγειονομικής δομής. Αυτομάτως τέθηκε το δεύτερο ουσιαστικό κριτήριο, να έχουν πραγματοποιήσει έστω και ένα Τεστ Παπ, έτσι ώστε να έχουν πραγματική αντίληψη της διαστάσεως της εξέτασης, μακριά από ιδεοληψίες.

Άλλο ένα πραγματιστικό κριτήριο που ετέθη, ήταν η εντοπιότητα και η ενηλικότητα. Εκ των πραγμάτων και σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του ιατρείου, το ηλικιακό φάσμα που απευθύνεται στην τοπική δομή υγείας, είναι στην πλειονότητα τους γυναίκες της μέσης και άνω ηλικίας. Το ποσοστό των νεαρών γυναικών δεν υπερβαίνει το 10%. Επομένως, το ηλικιακό φάσμα των πληροφορητριών εκ προοιμίου, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ήταν προκαθορισμένο.

Η πρώτη προσέγγιση των πληροφορητριών, έγινε στην αίθουσα αναμονής, όπου ερωτήθηκαν εάν θα ήθελαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, αφού έγινε αναφορά στον σκοπό, στόχο και στον λόγο διενέργειας της έρευνας. Δόθηκαν στις πληροφορήτριες, τα απαραίτητα εχέγγυα για την τήρηση της ανωνυμίας και του απορρήτου των δεδομένων της συνέντευξης, καθώς και οι απαραίτητες διευκρινήσεις για τον ερευνητικό σκοπό και στόχο και των μέσων διενέργειας της συνέντευξης.

Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας της εξέτασης, με απώτερο σκοπό την εξοικείωση με το περιβάλλον του ιατρείου και την ερευνήτρια. Η

διενέργεια της συνέντευξης μετά την εξέταση, απέβλεπε στον περιορισμό επιπρόσθετου άγχους για την εξέταση, ώστε να επιτευχθεί η αμέριστη, απερίσπαστη συμμετοχή και ολοκλήρωση της συνέντευξης.

Μια παράμετρος που απασχόλησε, ήταν η χρονική διάρκεια της συνέντευξης. Αρχικά, θεωρήθηκε ότι θα μπορούσε να υπάρχει χρονική ελαστικότητα, έτσι ώστε η πορεία της συνέντευξης να καθόριζε τη χρονική διάρκεια, αλλά λόγω αντικειμενικών δυσκολιών, όπως του φόρτου εργασίας στο ιατρείο, είτε ελλείψεως ελεύθερου χρόνου από τις πληροφορήτριες, ο χρόνος των συνεντεύξεων καθορίστηκε ανάλογα με τις συνθήκες. Η διάρκεια των συνεντεύξεων κυμάνθηκε από τριάντα λεπτά έως μια ώρα, με μέσο όρο τα σαράντα δύο λεπτά.

Όπως προαναφέρθηκε, η κύρια ερευνητική μέθοδος ήταν οι ημιδομημένες συνεντεύξεις. Η χρήση του μαγνητοφώνου, που επελέγη ως μέθοδος συλλογής των δεδομένων, στην αρχή αντιμετωπίστηκε με κάποιο σκεπτικισμό από τις πληροφορήτριες. Έγινε εξ αρχής γνωστό, ότι η μέθοδος συλλογής των δεδομένων γινόταν με μαγνητόφωνο, δημοσιογραφικού τύπου (digital voice recorder). Η καταγραφή των αφηγήσεων τους, τους έφερε σε κάποια αμηχανία και στην αρχή διαφαινόταν η προσπάθεια που κατέβαλλαν να είναι προσεκτικές, περιεκτικές στις απαντήσεις τους έτσι ώστε να αποφύγουν λεκτικά λάθη, εις βάρος της ουσίας των λεγομένων. Γινόταν δηλαδή μια προσπάθεια να χρησιμοποιήσουν λέξεις που ήταν μάλλον μακριά από την καθημερινή πρακτική τους. Στην πορεία της συνέντευξης και αφού παρασχέθηκε η ενθάρρυνση και πρόκληση συνάμα, να καταγραφούν οι σκέψεις τους αυτούσιες και με οποιοδήποτε εκφραστικό σχηματισμό εκείνες επιθυμούσαν, παρατηρήθηκε σταδιακά η υπέρβαση της διστακτικότητας της καταγραφής της συνομιλίας.

Το δίλημμα που προέρχεται από την μέθοδο της καταγραφής της συνομιλίας με μαγνητόφωνο, είναι αμφιλεγόμενο βιβλιογραφικά. Προσθέτει αξιοπιστία από τη μια πλευρά, αλλά συχνά μειώνει το κύρος της, από την άλλη. Η καταγραφή συνεισφέρει στο να υπάρχουν αποδείξεις για το τι ακριβώς είπε ο πληροφορητής. Οι Werner και Schoepfle, για παράδειγμα, επιμένουν ότι *«οι συνεντεύξεις θα πρέπει πάντοτε να καταγράφονται αυτολεξεί με ένα κασετόφωνο και κασέτα»* (Werner & Schoepfle 1987 : 381). Ο Fetterman, από την άλλη πλευρά, προειδοποίησε ότι *«οι*

ερευνητές πρέπει να χρησιμοποιούν την καταγραφή με recorder με σύνεση και συναίνεση» (Fetterman 1989 : 81).

Ταυτόχρονα, από την ερευνήτρια έγινε μια προσπάθεια παρακολούθησης της πορείας της συνέντευξης με σημειώσεις, έτσι ώστε να τονιστούν ορισμένα εκφραστικά σημεία, όπου φαινόταν ότι υπήρχε κάποια ιδιαίτερη συναισθηματική σημειολογία για τις πληροφορήτριες. Η απομαγνητοφώνηση και η καταγραφή των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε με άμεσο τρόπο και σε εύλογο χρονικό διάστημα, ώστε να μην χαθεί η πραγματική εικόνα και η επαφή με το αντικείμενο και το ύφος της κάθε συνέντευξης.

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την τεχνική της ανάλυσης του περιεχομένου (Bardin 1977 Figueira et al. 2009). Αρχικά έγινε μια ανάγνωση για την κατανόηση των κειμένων και τη διάκριση σε ενότητες με κοινά χαρακτηριστικά ή ότι παρουσίαζε μια συσχέτιση, για ομαδοποίηση, για την αποτελεσματική διαχείριση των δεδομένων (Ιωσηφίδης 2008 : 172). Τελικά, τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν και έγινε προσπάθεια αποκωδικοποίησης για το τι λεγόταν και τι κρυβόταν πίσω από τις αναφορές. Η διαδικασία της ανάλυσης στηρίχθηκε στην επαναλαμβανόμενη μελέτη των συνεντεύξεων (Σπυριδάκης 2006 : 76) και ολοκληρώθηκε με την καταγραφή των ομαδοποιημένων σε θεματικές ενότητες, δεδομένων των συνεντεύξεων.

4.1.4. Θεματολογία της έρευνας

Ο λεπτομερής σχεδιασμός της έρευνας οδήγησε στη δημιουργία ενός λειτουργικού οδηγού συνέντευξης, με θεματικές περιοχές που εστιάζουν στα επιμέρους ερευνητικά ζητήματα, και έχει ως εξής :

- Γενικός στόχος της έρευνας ορίστηκε, η διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των γυναικών για τη χρήση και γνώση του Τεστ Παπ και την πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα, όπως διαμορφώθηκαν και μέσα από την διαδραστικότητα της έρευνας, επικεντρώθηκαν στα εξής ζητήματα:

- Γνώσεις και απόψεις για το Τεστ κατά Παπανικολάου.
- Η χρήση του Τεστ κατά Παπανικολάου και άλλων πρακτικών πρόληψης.
- Αντιλήψεις για τον γυναικολογικό καρκίνο και την σεξουαλικότητα.
- Εσωτερική διεργασία διαμόρφωσης αντιλήψεων-προσωπικά βιώματα.
- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες διαμόρφωσης αντιλήψεων.
- Απόψεις και θέσεις για την πρόληψη και την υγεία.

Στην πρώτη ενότητα συμπεριλαμβάνονται, πρωτίστως, η καταγραφή βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών των πληροφορητριών. Ακολούθως, γίνεται καταγραφή των προσωπικών εκτιμήσεων, του επίπεδου γνώσεων και αντιλήψεων για το Τεστ Παπ. Διερευνάται σε πρώτο επίπεδο τι πιστεύουν ότι είναι το Τεστ Παπ και σε τι εξυπηρετεί η συγκεκριμένη εξέταση.

Η δεύτερη ενότητα αφορά τις προσωπικές πρακτικές πρόληψης που υιοθετούν και ειδικότερα η χρήση του Τεστ Παπ. Εξετάζεται η συχνότητα και η πρακτική προληπτικών εξετάσεων που οι ίδιες εφαρμόζουν. Καταγράφονται οι αντιλήψεις για την εφαρμογή άλλων πρακτικών διατήρησης καλής υγείας που ακολουθούν.

Η τρίτη ενότητα, αναφέρεται στην διερεύνηση των γνώσεων γύρω από τον καρκίνο του τραχήλου. Εξετάζεται η υποκειμενική νοσηματοδότηση που αποδίδεται στον γυναικολογικό καρκίνο. Ακολούθως διερευνάται το επίπεδο γνώσεων για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ο ρόλος της σεξουαλικότητας, πως προσλαμβάνεται σε σχέση με την εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων. Διερευνώνται οι απόψεις για θέματα υγιεινής σε συσχέτισμό με την σεξουαλικότητα και ποια είναι η προσλαμβανόμενη έννοια της καθαριότητας.

Στην τέταρτη ενότητα γίνεται λόγος για τα προσωπικά βιώματα και τις προσλαμβάνουσες αναπαραστάσεις με αναφορικό σημείο την ιατρική γυναικολογική εξέταση. Μέσα από την διαδικασία, αναζητούνται οι παράγοντες που συμβάλλουν ενεργά στην πρόληψη. Εξετάζονται οι θετικά συνεργικοί παράγοντες στην προληπτική παρακολούθηση και αυτοί που συμβάλλουν στην αποτροπή. Διερευνάται ο ρόλος του γιατρού και η συμμετοχή του στην πρόσληψη της έννοιας της υγείας, της πρόληψης και του συστήματος υγείας.

Η πέμπτη ενότητα αφορά κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που επιδρούν στην αντίληψη και την πρόσληψη της υγείας, εν γένει. Πώς επιδρούν οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες στην επιλογή πρακτικών πρόληψης. Ποιοι παράγοντες συντελούν στην κοινωνική πραγματικότητα που βιώνουν. Εξετάζεται η επίδραση των βιωμάτων από τις καταστροφικές φωτιές του 2007, στην αντίληψη για την υγεία.

Στην έκτη ενότητα πραγματοποιείται καταγραφή των απόψεων και των στάσεων για τους θεσμούς υγείας. Ανιχνεύεται η σχηματοποίηση της αντίληψης για το δημόσιο νοσοκομείο και τους ιδιωτικούς φορείς υγείας. Ποια είναι η κλίμακα εμπιστοσύνης των υποκειμένων προς τις υπηρεσίες υγείας.

Όλα τα παραπάνω αποτελέσαν τα καίρια σημεία της διερευνητικής διαπραγμάτευσης στην παρούσα εργασία, πάντα υπό την στενή συσχέτιση με το θέμα της πρόληψης και της υγείας.

4.2. Αποτελέσματα της έρευνας

Τα δημογραφικά στοιχεία των πληροφορητριών, συμπεριλαμβάνουν οκτώ γυναίκες των οποίων οι ηλικίες κυμαίνονται από είκοσι πέντε έως πενήντα τεσσάρων ετών, με μέσο όρο τα σαράντα πέντε έτη και έξι μήνες.

Το επίπεδο μόρφωσης των πληροφορητριών εκτείνεται από τη δημοτική εκπαίδευση έως την πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Μια πληροφορήτρια δηλώνει μεταλυκειακή δευτεροβάθμια εξειδίκευση σε ιδιωτική σχολή. Μια πληροφορήτρια αναφέρει πανεπιστημιακή εκπαίδευση (η νεότερη στην ηλικία). Το επίπεδο εκπαίδευσης των υπολοίπων έξι πληροφορητριών δεν υπερβαίνει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συνεντευξιζόμενων, οι επτά στις οκτώ δήλωσαν έγγαμες, μία εκ των οποίων δήλωσε σε δεύτερο γάμο. Μία δηλώνει σε διάσταση. Όλες οι έγγαμες, εκτός από μια πληροφορήτρια έχουν παιδιά, ο αριθμός των οποίων κυμαίνεται από ένα έως τέσσερα παιδιά, με μέσο όρο 1.7 παιδιά. Μία πληροφορήτρια δηλώνει άγαμη και άτοκη.

Τέσσερις από τις πληροφορήτριες εργάζονται. Τρεις απασχολούνται σε δημοσίου φορείς, εκ των οποίων δυο με σύμβαση και μια με σχέση μόνιμης

εργασίας. Δύο αυτοαπασχολούνται σε οικογενειακή επιχείρηση, η μια άτυπα. Τέσσερις δεν εργάζονται, δηλώνουν οικιακά, η μια εκ των οποίων δηλώνει άνεργη. Οι επτά από τις οκτώ πληροφορήτριες, δηλώνουν ότι ασχολούνται με αγροτικές εργασίες, παράλληλα για συμπληρωματική κάλυψη εισοδήματος.

Τα οικογενειακά εισοδήματα που δηλώνουν, δεν ξεπερνούν το μέσο ετήσιο εισόδημα των Ελλήνων. Οι περισσότερες αναφέρουν ότι τα εισοδήματα που εισπράττουν τους παρέχουν ένα στοιχειωδώς ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο. Επτά στις οκτώ έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Μια πληροφορήτρια που δηλώνει οικιακά, αναφέρει ότι δεν έχει κάλυψη ασφαλιστικού φορέα, αδυνατώντας να καταβάλει το ποσό των ασφαλιστρών.

Όλες έχουν κάνει χρήση της εξέτασης του Τεστ Παπ. Ο αριθμός των Τεστ Παπ που έχουν πραγματοποιήσει κυμαίνεται από δύο έως δέκα, σε όλη την διάρκεια του βίου τους. Ειδικά για την ομάδα των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα και βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα άνω των σαράντα πέντε, οι οποίες αποτελούν την πλειοψηφία, χρονικά ο αριθμός των Τεστ Παπ, αναφέρεται σε εικοσαετία κατά μέσο, εάν συνυπολογίσουμε τις ηλικίες των πληροφορητριών. Η πληροφορήτρια με την μικρότερη ηλικία, σε χρονικό διάστημα αντίστοιχο των πέντε ετών έχει πραγματοποιήσει τέσσερα σε αριθμό Τεστ Παπ. Ο μέσος όρος του αριθμού των Τεστ Παπ για όλες τις πληροφορήτριες αντιστοιχεί σε περίπου οκτώ Τεστ Παπ.

Οι έξι στις οκτώ πληροφορήτριες, έχουν μέχρι τώρα αρνητικά Τεστ Παπ στο ιστορικό τους. Δύο πληροφορήτριες παρουσίασαν άτυπα κύτταρα και θετικό Τεστ Παπ στο παρελθόν. Η μια παρουσίασε κύτταρα ASCUS και επιβεβαίωσε λοίμωξη από HPV τύπου 6, με ταυτοποίηση HPV DNA Test. Η δεύτερη είχε θετικό Τεστ Παπ, εμφάνισε κύτταρα ASCUS και επιβεβαίωσε λοίμωξη HPV, χωρίς περαιτέρω έλεγχο για ταυτοποίηση του τύπου του ιού.

Οι πληροφορήτριες παρουσιάζουν ποικίλο γυναικολογικό ιστορικό. Οι περισσότερες αναφέρουν φλεγμονώδεις εξεργασίες τραχηλίτιδες, κολπίτιδες κ.ά. Μερικές έχουν προβεί σε επεμβάσεις, όπως καυτηριασμοί και κρυοπηξίες τραχήλου. Μια πληροφορήτρια αναφέρει ολική υστερεκτομή και μια ιστορικό με εξωσωματικές προσπάθειες. Μια συνεντευξιαζόμενη, χωρίς επίγνωση, περιγράφει πρόκληση ωορρηξίας και ιατρική παρέμβαση στην προσπάθεια της για τεκνοποίηση.

Οι πληροφορήτριες, στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, για λόγους ευχρηστίας και διαφύλαξης προσωπικών δεδομένων και απόψεων, αναφέρονται με μικρά ονόματα, που έχουν επιλεγεί τυχαία. Οι αναφορές σε

επαγγελματίες υγείας, γιατρούς και άλλα τρίτα πρόσωπα, επιλέχθηκε να γίνει κωδικοποιημένα για ευνόητους λόγους.

4.3. Πρώτη ενότητα : Γνώσεις και αντιλήψεις για το Τεστ κατά Παπανικολάου

Στην πρώτη ενότητα πραγματοποιείται η διερεύνηση του επιπέδου γνώσης και επίγνωσης της εξέτασης του Τεστ Παπ. Εξετάζονται οι προσλαμβάνουσες απόψεις για το τι είναι το Τεστ και πως αντιλαμβάνονται την εξέταση οι ίδιες.

Οι πληροφορήτριες, παρουσιάζουν περιορισμένες γνώσεις για την εξέταση του Τεστ κατά Παπανικολάου, και ελλιπή επίγνωση για τη διαγνωστική σκοπιμότητα του συγκεκριμένης εξέτασης. Ως βασική σκοπιμότητα της εξέτασης περιγράφεται η πρόληψη του καρκίνου. Ωστόσο, υπάρχουν αναφορές που παραπέμπουν σε στρεβλή αντίληψη για την εξέταση καθώς αναγνωρίζεται ότι προλαμβάνει και διαγιγνώσκει και άλλες γυναικολογικές παθήσεις. Το Τεστ Παπ συγχέεται με τη χρήση της μικροβιολογικής εξέτασης του κολπικού και τραχηλικού εκκρίματος.

Σε ποσοστό υπερδιπλάσιο, οι πληροφορήτριες αναγνωρίζουν ότι ο έλεγχος του Τεστ Παπ ανατομικά αφορά σε όλο το γυναικείο γεννητικό σύστημα.

Η μεγάλη πλειοψηφία δηλώνει ότι το Τεστ Παπ πρέπει να γίνεται από όλες τις γυναίκες, παρά ταύτα καταγράφονται περιοριστικές απόψεις για τις γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση ή έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή. Οι τελευταίες θεωρούνται ότι δεν χρήζουν ανάγκης γυναικολογικών ή προληπτικών εξετάσεων από μια μερίδα γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Το Τεστ Παπ θεωρείται ότι είναι μια αρκετά αξιόπιστη εξέταση, ενώ μερικές πληροφορήτριες αντιλαμβάνονται ότι η αξιοπιστία του Τεστ Παπ συσχετίζεται με τον φορέα διενέργειας του ελέγχου.

Οι πεποιθήσεις για τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στην δειγματοληψία του ελέγχου αναδεικνύουν μια σχετική σύγχυση. Ωστόσο, η πλειοψηφία δηλώνει ότι επιβάλλεται η λήψη να πραγματοποιείται από γυναικολόγο.

4.3.1. Γνώσεις περί του διαγνωστικού περιεχομένου του Τεστ κατά Παπανικολάου

Η εξέταση του Τεστ κατά Παπανικολάου, ως διαγνωστικός δειγματοληπτικός έλεγχος, αφορά στην αποφολιδωτική κυτταρολογία. Ο εξεταστής κατά την διαδικασία της δειγματοληψίας πραγματοποιεί μηχανική απομάκρυνση κυττάρων από την επιφάνεια του τραχήλου, με ήπια απόξεση. Το γεγονός αυτό φαίνεται να αποτελεί εξειδικευμένη γνώση για μια μερίδα γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Είναι θεμιτό να υπενθυμίσουμε ότι η εξέταση του Τεστ Παπ έχει τύχει ευρείας και μακροχρόνιας προβολής. Έχει τονιστεί πολλάκις ότι πρόκειται για τον κυτταρολογικό έλεγχο του τραχήλου. Ωστόσο, η επιστημονική πληροφόρηση διαφαίνεται να παρουσιάζει περιορισμένη αποτελεσματικότητα.

Οι μισές τουλάχιστον πληροφορήτριες, αναγνωρίζουν λανθασμένα ότι στην εξέταση γίνεται λήψη υγρού. Θεωρούν ότι η εξέταση αφορά εκείνη τη διαγνωστική διαδικασία κατά την οποία γίνεται λήψη υγρού, κοιλιακού ή τραχηλικού με την έννοια που οι ίδιες προσλαμβάνουν. Ακόμη και όταν γίνεται αναφορά από την ερευνήτρια στον κυτταρολογικό έλεγχο του Τεστ κατά Παπανικολάου, δεν φαίνονται να υποσιάζονται. Αναδεικνύεται η έλλειψη ενημέρωσης και η σαφής σύγχυση της εξέτασης με τον μικροβιολογικό έλεγχο του κοιλιακού και τραχηλικού εκκρίματος για την ανίχνευση μικροβιακών μολύνσεων. Δεν φαίνεται να υπάρχει διάκριση των δύο αυτών εξετάσεων. Με αυτό τον τρόπο συγχέεται ο διαγνωστικός τους στόχος και σκοπός τη εξέτασης του Τεστ Παπ. Παράλληλα οδηγεί στην λανθασμένη χρήση του.

Η τακτική των απαντήσεων δείχνει μια τυχειότητα και όχι ενσυνείδητη γνώση. Χαρακτηρίζονται από διστακτικότητα και ανασφάλεια για αυτά τα λίγα που φέρονται να γνωρίζουν.

Η Κωνσταντίνα, αναφέρει :

«...Πιστεύω ότι παίρνετε υγρό, όχι κύτταρα...».

Το ίδιο τονίζει και η Ελένη και ακολούθως ερωτά για να επιβεβαιώσει την απάντησή της :

«...Πιστεύω λήψη υγρού όχι κυττάρων. Παίρνετε υγρό έ; ... ».

Η Παναγιώτα, δηλώνει:

«...Λήψη υγρού, εγώ έτσι νομίζω. Δεν ξέρω δηλαδή...».

Η Ηλιάννα πιστεύει και εκείνη ότι πραγματοποιείται λήψη υγρού στην εξέταση.

«...Ε, απλά σκέφτομαι ότι.. Είναι δειγματοληπτικός έλεγχος με βάση το υγρό...».

Ενώ η Χριστίνα, υποστηρίζει μετά από πολύ σκέψη και με ευδιάκριτη αμφιβολία για την απάντηση της και με προσπάθεια να δώσει την σωστή απάντηση ότι πρόκειται για κυτταρολογικό έλεγχο.

«... Ε, πως είναι....είναι λήψη κυττάρων».

Τρεις από τις πληροφορήτριες, απαντούν κατηγορηματικά ότι πρόκειται για λήψη κυττάρων. Η Ειρήνη, νοσηλεύτρια παρουσιάζει επάρκεια γνώσεων σε ότι αφορά η εξέταση.

«...Λήψη κυττάρων σίγουρα...».

Η Κατερίνα έμαθε για την εξέταση μέσα από την βιωματική διαδικασία της αντιμετώπισης της λοίμωξης από τον ιό του HPV. Θεωρεί ότι γίνεται κυτταρολογική λήψη. Η Τούλα, με παρόμοιο ιστορικό συμφωνεί.

«...Κύτταρα είναι!... ».

4.3.2. Γνώσεις και αντιλήψεις για τα προς εξέταση ανατομικά όργανα

Η αντίληψη του γυναικείου γεννητικού συστήματος προσλαμβάνει την έννοια της ενότητας από μια σημαντική μερίδα πληροφορητριών. Δεν διαχωρίζονται εννοιολογικά τα γεννητικά όργανα. Ο τράχηλος δεν αναγνωρίζεται ότι αποτελεί το κατώτατο τμήμα της μήτρας, αλλά είναι η ίδια η μήτρα. Η μήτρα πάλι προσλαμβάνεται με τα εξαρτήματα τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες, σαν όλο.

Οι μισές συνεντευξιαζόμενες θεωρούν ότι με την εξέταση του Τεστ κατά Παπανικολάου, διενεργείται έλεγχος σε όλο το γεννητικό σύστημα και αυτό μάλλον εκδράμει από την συγκεκριμένη αντίληψη που έχουν για το γυναικείο σύστημα και την ελλειμματική γνώση της ανατομίας του. Το γεγονός αυτό προσδίδει μια ιδιαίτερα προβληματική διάσταση στην εξέταση, καθώς συχνά θεωρούν με βάση την παραπάνω αντίληψη, ότι το Τεστ Παπ καλύπτει τον πλήρη προληπτικό έλεγχο που θα πρέπει να διενεργείται. Επιπλέον η θέση που προβάλουν μερικές πληροφορήτριες για την πρόσληψη της ολικής υστερεκτομής όπου αφαιρούνται η μήτρα, οι σάλπιγγες και η μία ή και οι δυο ωοθήκες κατά περίπτωση, προσδίδει και

ενδυναμώνει την εντύπωση του ενιαίου, αδιαχώριστου σχήματος του γυναικολογικού συστήματος.

Η Κωνσταντίνα θεωρεί ότι με η εξέταση του Τεστ Παπ αφορά σε όλο το γεννητικό σύστημα .

«... Όλο το σύστημα (εξετάζουμε)...

-Ο τράχηλος είναι το κάτω μέρος της μήτρας.

-Το κάτω; ...Έχω ένα βιβλίο, τα έχω δει και σε φωτογραφίες

...Αλλά όταν κάνεις ας πούμε ολική αφαίρεση, δεν τα βγάζεις όλα; Άρα είναι όλα μαζί...».

Η Ελένη με ιστορικό ολικής υστερεκτομής από την ηλικία των 31 ετών, εκτιμά ότι με την εξέταση ελέγχεται όλο το γεννητικό σύστημα. Πιστεύει ότι έχει εξειδικευθεί και έχει αρκετές γνώσεις για το ζήτημα. Τονίζει :

«... Την μήτρα, όλα! Με τόσα που έχω περάσει έχω εξειδικευθεί! Ναι, εγώ πιστεύω όλα μαζί. Μήτρα, ωοθήκες, όλα.... ».

Φαίνεται ότι η επάρκεια γνώσεων ανατομίας πέρα από ότι παρουσιάζεται ελλιπής, προσδίδεται στους ειδικευμένους επιστήμονες και αποτελεί προνόμιο των ειδικών επιστημόνων, των γιατρών. Όπως παρατηρεί ο Illich, οι άνθρωποι παραιτούνται και βασιζονται στους άλλους που κατέχουν το μονοπώλιο της γνώσης (Illich 1986 : 61). Οι γιατροί, κυρίαρχοι της επιστημονικής γνώσης, έχουν το αποκλειστικό δικαίωμα στις αποφάσεις για θέματα υγείας. Το εγκαθιδρυμένο βιοϊατρικό μοντέλο ασκεί εξουσιαστικό λόγο και πρακτική.

Η θέση της Παναγιώτας στον διάλογο που ακολουθεί, αποτελεί χαρακτηριστικό δείγμα της βιοϊατρικής επικυριαρχίας και της ιατρικοποίησης:

« ... Ε, είναι ο τράχηλος, η μήτρα όλα, πως τα λένε....

-Ωοθήκες;

-Ναι, και τα άλλα σαν σωλήνες;

-Σάλπιγγες;

- Ναι, δεν ξέρω πως τα λένε, αν τα ήξερα θα ήμουν γιατρός και δεν θα δούλευα, στα αλουμίνια και στα σίδερα... ».

Στη συνέχεια για να ενδυναμώσει την τεκμηρίωση της περιγράφει την προσωπική της εμπειρία. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η πληροφορήτρια περιγράφει μια κρίση ουρολοίμωξης. Εκ των πραγμάτων, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι βρίσκεται σε σύγχυση και όσον αφορά την εξέταση την ίδια, αλλά και την αντίληψη της ανατομίας της περιοχής. Συγχέει το ουροποιητικό σύστημα με το γεννητικό και

τα προσλαμβάνει, ως ένα. Επιπροσθέτως και ουσιωδώς η εξέταση από γυναικολόγο, αναγάγει την πρόσληψη του προβλήματος σύμφωνα με την ειδικότητα του εξεταστή γιατρού. Η ειδικότητα του ιατρού καθορίζει την αναφορά στο πρόβλημα και το πρόβλημα προσδιορίζεται από την ειδικότητα, κατά την αντίληψη της.

«... Όπως τότε που μου πήρε ο γιατρός το υγρό (αναφέρεται σε Τεστ Παπ). Όταν είχα μικρόβιο, κατούραγα και ήταν τα ούρα σαν κόκα κόλα...».

Όταν έγινε νύξη ότι αναφέρεται σε ουρολοίμωξη η απάντηση ήταν :

«... - Ναι; Τότε γιατί με στείλανε να με δει ο γυναικολόγος;...».

Οι υπόλοιπες μισές πληροφορήτριες, κατηγορηματικά τονίζουν ότι η εξέταση αφορά τον τράχηλο της μήτρας.

Η Ειρήνη, η Κατερίνα και η Τούλα, τονίζουν :

«...Τον τράχηλο της μήτρας...».

Η Ηλιάννα, θεωρεί ότι ο τράχηλος αποτελεί διακριτό ανατομικό στοιχείο.

«...Με το Τεστ Παπ εξετάζουμε τον τράχηλο. Ο τράχηλος είναι ξεχωριστός. Δεν είναι ένα με μήτρα, ωοθήκες κτλ. Όχι...».

4.3.3. Απόψεις για το ηλικιακό φάσμα των προς εξέταση γυναικών

Στις μαρτυρίες που καταγράφονται προσδιορίζεται ότι η εξέταση του Τεστ κατά Παπανικολάου αφορά τις γυναίκες όλων των ηλικιών. Ωστόσο, υπάρχουν απόψεις που διαφοροποιούνται από το σύνολο. Γίνεται αναφορά σε ειδικές περιπτώσεις γυναικών που εξαιρούνται, κατά την αντίληψη μερικών πληροφορητριών. Είναι οι γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση και εκείνες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή.

Η εξέταση διαφαίνεται ότι συνδυάζεται με την σεξουαλικότητα και την σεξουαλική δράση. Το θέμα της σεξουαλικής δραστηριότητας και της πρόληψης, προσεγγίζεται ορθά για τις νεαρές ηλικίες και λανθασμένα για τις γυναίκες που μπαίνουν στην τρίτη ηλικία. Θεωρείται ότι κυρίως στις γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές, είναι απαραίτητη η εξέταση.

Σημαντική διαπίστωση αποτυπώνεται για την ηλικία έναρξης της διενέργειας του ελέγχου, καθώς οι περισσότερες αποδέχονται ότι οι έφηβοι πλέον ξεκινούν την σεξουαλική τους ζωή, πολύ νωρίς. Το «ντεμπούτο» τους στο σεξ οι Έλληνες έφηβοι

φέρονται να το κάνουν στην ηλικία των 14 ετών κατά μέσο όρο, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, ενώ ένα επιπλέον ποσοστό της τάξεως του 20% των παιδιών ανέφερε ότι είχε έστω και κάποιου άλλου είδους σεξουαλική εμπειρία, στην ηλικία των 12 ετών. Μόλις το 32% κάνει σωστή χρήση του προφυλακτικού (δηλαδή σε κάθε επαφή και καθ' όλη τη διάρκεια της επαφής) (Καφετζής & Τσιτσικά 2010). Με τα δεδομένα αυτά και την επιφορτισμένη με επικινδυνότητα εφηβεία, οι περισσότερες πληροφορήτριες αντιλαμβάνονται ότι και η πρόληψη πρέπει να ξεκινά νωρίτερα, σε σχέση με τις επικρατούσες αντιλήψεις και τις τακτικές που ακολούθησαν οι ίδιες σε παρελθόντα χρόνο.

Ταυτοχρόνως, οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση προσλαμβάνονται στερεοτυπικά ως σεξουαλικά ανενεργές ή υποτονικές τουλάχιστον, που δεν χρήζουν ανάλογων γυναικολογικών εξετάσεων και ειδικότερα οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή. Η εμμηνόπαυση καθώς και η υστερεκτομή, κατά την άποψή τους προσδιορίζουν μια σημαντική αλλαγή. Σηματοδοτούν μια μετάβαση στην μη γόνιμη περίοδο της ζωής, που οδηγεί στην αναίρεση και την σταδιακή απαξίωση μιας γυναίκας. Η μήτρα προσλαμβάνεται, ως ο προσδιοριστικός παράγοντας για την γυναικεία υπόσταση. Η μήτρα και η αναπαραγωγική ικανότητα χαρακτηρίζει μια γυναίκα. Όταν παρακμάζουν λόγω γήρατος αυτά τα δύο -μια φυσιολογική διαδικασία- ή αφαιρείται η μήτρα, η γυναίκα χάνει την ιδιότητα της, τα ιδιαίτερα γυναικεία όργανα του σώματος που προσδίδουν τα χαρακτηριστικά της. Κατά επέκταση δεν χρειάζεται και τους γυναικολογικούς ελέγχους. Της αφαιρούνται στην ουσία τα *προνόμια* που συνάδουν με την φύση της εύρωστης σεξουαλικά ενεργής, αναπαραγωγικής γυναίκας.

Όπως αναφέρει η Balsamo, για την μεταμοντέρνα σωματοποίηση και τον τεχνολογικό κατακερματισμό του σώματος, ο οποίος προσομοιάζει με τον ιατρικό κατακερματισμό, τα σωματικά μέρη αντικειμενοποιούνται και επιφορτίζονται πολιτισμικά. Στην μετανεωτερικότητα, το γυναικείο σώμα κωδικοποιείται κατ' εξακολούθηση, ως φυσικό, σεξουαλικό και αναπαραγωγικό με αποτέλεσμα η μήτρα να αποτελεί το σημείο αναφοράς για το γυναικείο κοινωνικό φύλο, που καθορίζει και ενισχύει μια ουσιοκρατική ταυτότητα για το γυναικείο σώμα, ως το μητρικό σώμα (Balsamo 2004: 218). Από την άλλη, το μη αναπαραγωγικό γυναικείο σώμα φέρεται να απορρίπτεται και να στιγματίζεται κατά αυτόν τον τρόπο, αφού απομακρύνεται από την ορισμένη κανονικότητα. Φαίνεται να φέρει το στίγμα του έσω σώματος

(inner body) (Goffman 2001 : 40) και να αποτελεί σημείο ετεροκαθορισμού από μερικές πληροφορήτριες, εν προκειμένω.

Η εμμηνόπαυση και η αφαίρεση της μήτρας φαίνεται να δίνει άλλη διάσταση στο ηλικιακό φάσμα εξέτασης. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση της Κωνσταντίνας:

«... Νομίζω ότι η γυναίκα που έκανε ολική υστερεκτομή.. Ε, δεν ξέρω, νομίζω ότι χάνει την γυναικεία της υπόσταση. Ναι, έτσι νομίζω. Και όταν μπαίνεις και στην εμμηνόπαυση νομίζω ότι δεν έχεις διάθεση (για σεξ). Και από το μυαλό μου τα βγάζω τώρα, λέω αποκλείεται (να χρειάζεται εξέταση) αφού βγαίνει όλο το σύστημα....».

Παρόμοια άποψη φέρει η Τούλα.

«...Όλες οι γυναίκες πρέπει να ελέγχονται, εννοώ όλες οι ηλικίες. Ειδικά τα νεαρά κορίτσια. Για τις μεγάλες γυναίκες δεν θεωρώ ότι είναι τόσο απαραίτητη η εξέταση, αλλά που και που να την κάνουν... ».

Η Ελένη τονίζει ότι ο έλεγχος πρέπει να ξεκινά σε νεαρή ηλικία.

«...Και τα κοριτσάκια πρέπει να κάνουν...από τα 18. Τώρα ξεκινάνε και νωρίς (την σεξουαλική τους ζωή)».

Η Ειρήνη τονίζει ότι όλες οι γυναίκες πρέπει να ελέγχονται με το Τεστ Παπ.

«... Δεν υπάρχουν εξαιρέσεις. Πρέπει όλες οι γυναίκες να κάνουν Τεστ Παπ...».

Η Κατερίνα υπερθεματίζει.

«... Ναι, είναι απαραίτητη η εξέταση και πρέπει να γίνεται από όλες τις γυναίκες...».

4.3.4. Αντιλήψεις για την διαγνωστική σκοπιμότητα της εξέτασης

Είναι καθολική η αναγνώριση, στις μαρτυρίες ότι το Τεστ Παπ είναι ένα σημαντικό εργαλείο στην πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου. Η ορθή διάσταση του διαγνωστικού σκοπού του όμως, είναι η ανεύρεση των προκαρκινικών αλλοιώσεων επί της ουσίας, γεγονός που δεν φέρεται να αναγνωρίζεται από καμία πληροφορήτρια.

Γίνεται κατανοητό από τις περισσότερες πληροφορήτριες, ότι η εξέταση αυτή προσφέρει πρόληψη. Πλην όμως, δε φαίνεται να έχει αποσαφηνιστεί η έννοια της πρόληψης και σε τι ακριβώς αφορά. Η πρόληψη για τον καρκίνο, αναφέρεται με κάποια γενικότητα. Δεν συγκεκριμενοποιείται στις αφηγήσεις τους, παρά ελάχιστων εξαιρέσεων, ότι το Τεστ Παπ προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

(KTM), αν και αυτό υπονοείται. Όταν δηλαδή αναφέρονται στον καρκίνο, φαίνεται να προσλαμβάνεται με την ιδιότητα του γυναικολογικού καρκίνου. Γεγονός που καταγράφεται και στην έρευνα που έχει συνταχθεί από την ομάδα Wong L.P., Wong Y.L., Low W.Y., Khoo E.M., Shuib R. με τίτλο «Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a Pap smear: a qualitative study», (2009).

Ο καρκίνος φέρεται να είναι μια ασθένεια με μία ταυτότητα, σαν ξεχωριστή οντότητα. Ο καρκίνος, όπως υπόρρητα δηλώνει η πλειοψηφία, είναι μια νόσος που οδηγεί στην μοιραία κατάληξη του θανάτου. Αντιμετωπίζεται σαν τερματική νόσος, όταν εκδηλωθεί, διαφαίνεται ωστόσο η αντίληψη των γυναικών ότι δύναται να προληφθεί η εμφάνιση του. Αυτό που θα μπορούσε να παρατηρηθεί είναι η συστράτευση όλων εναντίον μιας νόσου, του καρκίνου, επαγγελματιών γιατρών και κοινωνίας, που πολύ εύστοχα θέτει η Sontag παίρνει την μορφή πολέμου, κάνοντας χρήση της στρατιωτικής μεταφοράς (Sontag 1993 : 104-105). Παράλληλα πρέπει να τονιστεί η αγωνία που προκαλεί, ο φόβος με τον οποίο έχει επενδυθεί και η ιδιαίτερη σημασιολογία του καρκίνου για τις πληροφορήτριες.

Η Κατερίνα θεωρεί ότι το Τεστ Παπ πέρα από την πρόληψη της παρέχει και προστασία :

«... (Προσφέρει) πρόληψη, από την στιγμή που θα σου δώσει κάποια στοιχεία το Τεστ σε οδηγεί να κάνεις και κάποια πράγματα παραπάνω...»

Η Ελένη αναφέρει στην περιγραφή της τον προβληματισμό της για την ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων, της παλιαρρώστιας όπως χαρακτηρίζει τον καρκίνο στην σύγχρονη εποχή. Τονίζει, ότι είναι ο μοναδικός λόγος επίσκεψης σε γιατρό, εκφράζοντας την ιδιαίτερη πρόσληψη εκ μέρους της, της εκτεταμένης εξάπλωσης του. Όπως, καταθέτει :

« ...Έχει εξαπλωθεί η παλιαρρώστια. Για αυτό πάμε στον γιατρό...Για τι άλλο να πάμε; Μόνο για αυτό... Εδώ η αρρώστια γεννιέται και στα μικρά παιδάκια. Επιδημία, η παλιαρρώστια! Εγώ την κάνω (την εξέταση) για τον καρκίνο, πάντως... ».

Η Παναγιώτα φέρει την εντύπωση ότι είμαστε σε έναν διαρκή αγώνα δρόμου να προφτάσουμε τον καρκίνο. Τέτοιες μεταφορές για την περιγραφή αποδιδόμενων χαρακτηριστικών για τον καρκίνο, χρησιμοποιούνται συχνά. Όπως εδώ το τρέξιμο ή ο καλπασμός των ζώων στην αναφορά για την «καλπάζουσα μορφή καρκίνου», όπως αναφέρεται σε παλαιότερα επιστημονικά κείμενα.

«...(Το Τεστ γίνεται) για να προφτάσουμε τον καρκίνο. Όλα για αυτόν, δεν γίνονται;...».

Η Τούλα αντιλαμβάνεται το ρόλο της ιατρικής εκτίμησης του αποτελέσματος του Τεστ Παπ. Συχνά παρατηρείται στην πράξη το φαινόμενο κατά το οποίο οι γυναίκες όταν παραλαμβάνουν ένα αρνητικό συνήθως αποτέλεσμα δεν προστρέχουν σε γυναικολόγο, για την εκτίμησή του. Πολλές φορές το ίδιο συμβαίνει με αποτελέσματα με ελαφρές μικροβιολογικές μολύνσεις. Αναλαμβάνουν οι ίδιες την αξιολόγηση του αποτελέσματος μιας ιατρικής εξέτασης.

«...Η χρήση είναι για τη διάγνωση. Μετά σε στέλνουν αν είναι σε γυναικολόγο ή άλλο γιατρό. Το γράφει ότι δεν αρκεί (μόνο το Τεστ Παπ). Στην αρχή, νόμιζα ότι πιάνει τα πάντα και τις γυναικολογικές μολύνσεις, αλλά τώρα ξέρω ότι γίνεται για την διάγνωση του καρκίνου. Γιατί παλιά δεν μας τα εξηγούσανε και καταλαβαίνεις ότι ξέραμε ήταν λίγο... Τώρα το γράφει από κάτω, το διαβάζεις αν έχει και άλλα στοιχεία...».

Φαίνεται ότι συγχέεται ο ρόλος και ο σκοπός της εξέτασης, από μερικές πληροφορήτριες, καθώς αναγνωρίζεται ότι γίνεται για την πρόληψη του (γυναικολογικού, που όμως προσλαμβάνεται υπόρρητα) καρκίνου αλλά ταυτοχρόνως, χρησιμοποιείται για την διάγνωση μικροβιακών μολύνσεων. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε εσφαλμένη χρήση του Τεστ Παπ, με την έννοια ότι θεωρείται ότι αντικαθιστά την διαγνωστική χρήση της καλλιέργειας κολπικού και τραχηλικού εκκρίματος και του μικροβιολογικού ελέγχου. Η εμπειρία καταδεικνύει ότι συχνά ελέγχονται με Τεστ Παπ μέσα σε χρονικό διάστημα δύο ή έξι μηνών για την διαπίστωση της αποθεραπείας από κάποια απλή βακτηριακή ή μικροβιακή μόλυνση.

Η Χριστίνα τονίζει χαρακτηριστικά :

«... Είναι για τον καρκίνο, για την αρρώστια. Ε, ξέρεις.. κολπίτιδες, τραχηλίτιδες, αυτό που έχω εγώ...».

Η Ηλιάνα λέει ότι κατά την άποψη της προλαμβάνει και τις γυναικολογικές μολύνσεις :

«...Βέβαια, προλαμβάνει μικροβιολογικές μολύνσεις. Μύκητες, κονδυλώματα, τριχομονάδες, τέτοια πράγματα... Ε, και τον καρκίνο...».

Η Ελένη αναφέρει ότι κατά την άποψή της το Τεστ Παπ και η μικροβιολογική εξέταση του κολπικού εκκρίματος είναι το ίδιο και το αυτό.

«... Έχω κάνει κάμποσα Τεστ... Εδώ έχω κάνει και ένα έξω στο μικροβιολόγο στην Σ.

- Μήπως σου πήρε καλλιέργεια κολπικού η κυρία Σ.;

-Ε, ναι, κολπικό υγρό δεν είναι και αυτό; (το Τεστ Παπ)... ».

Η πλειονότητα λοιπόν, των πληροφορητριών τρέφει την αντίληψη, ότι η εξέταση γίνεται για την πρόληψη του καρκίνου -με γενικευμένη αναφορά στον γυναικολογικό καρκίνο, όπως προσλαμβάνεται- αλλά καταγράφονται και απόψεις κατά τις οποίες θεωρείται ότι το Τεστ Παπ καλύπτει τον έλεγχο όλων των γυναικολογικών παθήσεων. Το γεγονός αυτό συνδέεται απόλυτα με στρεβλή χρήση του Τεστ Παπ αλλά και εσφαλμένη γνώση για την ανατομία της περιοχής.

4.3.5. Απόψεις για την αξιοπιστία του Τεστ κατά Παπανικολάου και το φορέα διενέργειας της εξέτασης

Η εξέταση του Τεστ Παπ προσλαμβάνεται σαν μια αρκετά αξιόπιστη εξέταση από την πλειοψηφία των πληροφορητριών. Η εξέταση φαίνεται να διατηρεί την διαχρονική αξία της στην αντίληψη των γυναικών. Παράλληλα από μερικές πληροφορήτριες τονίζεται το γεγονός ότι ενέχεται ο παράγοντας του φορέα εξέτασης και της ασφάλειας που αισθάνονται οι ίδιες. Προκύπτει το θέμα της εμπιστοσύνης στον φορέα διεξαγωγής του προσυμπτωματικού ελέγχου. Από την άλλη, διαφαίνεται ένας προβληματισμός για την ιατρική γνώση και την αποτελεσματικότητα. Έμμεσα καταγράφεται και η προτίμηση της πλειοψηφίας προς το θεσμό του δημοσίου νοσοκομείου. Θεωρούν ότι η εξέταση σε δημόσιο φορέα τους προσφέρει μεγαλύτερη ασφάλεια για αξιόπιστα αποτελέσματα.

Η Ηλιάννα αναφέρει ρητά ότι πιστεύει στην αξιοπιστία του Τεστ Παπ.

«...Και να τονίσω ότι εγώ θεωρώ ότι είναι το Τεστ Παπ αξιόπιστο. Πολύ αξιόπιστο, παρότι μετράει κάποια χρόνια σαν εξέταση. Γιατί είναι πολλοί που το αποδοκιμάζουν σαν "αρχαίο" Τεστ. Δεν συμφωνώ, πιστεύω ότι είναι πολύ αξιόπιστη εξέταση! ...».

Οι έμπειροι επιστήμονες, όπως παραθέτει στην άποψή της η Ειρήνη δεν προσφέρουν μέσα από την εξέταση την απόλυτη κάλυψη και προστασία από τον

καρκίνο, για αυτό απαραίτητη κρίνεται η προσωπική αφύπνιση και εγρήγορση. Η πείρα και η τεχνογνωσία των γιατρών πρέπει να συνδυάζεται με προσωπική αντίληψη και δράση. Η ιατρική δεν έχει όλες τις λύσεις σε όλα τα θέματα γι' αυτήν, και είναι αξιοσημείωτη αυτή η τοποθέτηση, γιατί προέρχεται από μια εργαζόμενη στο σύστημα υγείας και φανερώνει την κριτική στάση προς την ιατρική εξουσία. Στο επίκεντρο της κριτικής της βιοϊατρικής βρίσκεται το ζήτημα της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, και όπως επισημαίνει η Nettleton, μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, συχνά αναγνωρίζεται μια έλλειψη εμπιστοσύνης στα πλαίσια της θεώρησης της κοινωνικής μορφοποίησης (Nettleton 2002 : 63).

«... Το Τεστ είναι αξιόπιστο ως εξέταση, αλλά έχει αποδειχθεί στην ιατρική ότι ποτέ ένα και ένα δεν κάνουν δύο. Στην ιατρική επιβάλλεται (να γίνεται) η εξέταση. Δεν είμαι γνώστης της εξέτασης, δηλαδή δεν κατέχω όλη την γνώση γιατί δεν είχα ενημερωθεί. Οι κυτταρολόγοι όμως λένε ότι καλύπτει ένα 80%. Επομένως, από τους έμπειρους επιστήμονες δεν έχουμε το 100%. Αλλά, δεν πρέπει να γίνει ψυχοιδεασμός! Δεν είναι ντε και καλά ότι θα μας βρει ο καρκίνος.. Πρέπει να είμαστε σε αφύπνιση...».

Όταν ερωτάται που έκανε το Τεστ μέχρι τώρα, αναφέρει στην απάντησή της ότι μέχρι πρότινος θεωρούσε τον ιδιωτικό τομέα πιο αξιόπιστο. Δηλώνει ότι έχει αναθεωρήσει αφού για τα δύο τελευταία Τεστ, εξετάστηκε σε δημόσιο φορέα.

«...Για να είμαι ειλικρινής την υγεία σου, τον εαυτό σου, πρέπει να τον εμπιστεύεσαι σε επιστήμονες. Εγώ το έκανα έξω. Η ζωή μας είναι μεγάλη. Έτσι δίνεται το έναυσμα και μέσα από τον κρατικό μηχανισμό. Πρέπει να υπάρχει εμπιστοσύνη (στο δημόσιο) ... ».

Η Κατερίνα καταθέτει την δική της εμπειρία. Προβαίνει σε διαδικασία διασταύρωσης των αποτελεσμάτων για να διαπιστώσει το ορθό αποτέλεσμα (πιθανώς το αρνητικό αποτέλεσμα). Ελέγχει παράλληλα και τον δημόσιο και τον ιδιωτικό φορέα υπηρεσιών υγείας. Η παράλληλη εξέταση και στο ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα της προσφέρει μεγαλύτερη εγγύηση για αξιόπιστα αποτελέσματα.

«... Η εξέταση είναι αξιόπιστη, ναι. Από το Φλεβάρη του 2009, έχω κάνει τέσσερα Τεστ. Τα δύο είδες (που τα πήραμε εδώ) και τα στέλνετε στην Ελληνική Ογκολογική στο Αντικαρκινικό, και τα δύο έξω. Το ένα στην κυτταρολόγο Α.(ιδ.κυτταρολόγος) το Γενάρη του 2009, που ήταν αρνητικό και το τελευταίο στην κυτταρολόγο Χ. (ιδ.κυτταρολόγος), τον Οκτώβρη του 2009. Τώρα είναι να κάνω τον Απρίλιο και θα κάνω και εδώ και στην Χ., για να διασταυρώσω τα αποτελέσματα... ».

Οι υπόλοιπες πληροφορήτριες αξιολογούν θετικά την αξιοπιστία του Τεστ Παπ, μόνο όταν διενεργείται ο έλεγχος σε δημόσιο φορέα.

Η Παναγιώτα θεωρεί ότι σημαντικός παράγοντας είναι η ασφάλεια που αισθάνεται η ίδια για τον φορέα διενέργειας της εξέτασης. Τονίζει:

«... Το Τεστ είναι αξιόπιστο, αλλά δεν πάω όπου να είναι. Δεν έχω εμπιστοσύνη. Να! Εδώ έρχομαι (στο νοσοκομείο) ...».

Η Ελένη κάνει χρήση όλων των τύπων υπηρεσιών υγείας που της παρέχονται από δημόσιους ή σε συνεργασία με δημόσιους φορείς.

«... Εδώ έχω κάνει και στο Αλ.(δημόσιο νοσοκομείο στην Αθήνα) ...Και δύο με την μονάδα που γυρίζει στα χωριά. Είναι αξιόπιστη εξέταση... ».

Η Κωνσταντίνα αντιθέτως τονίζει ότι δεν θα έκανε ποτέ Τεστ Παπ σε κινητή μονάδα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Οι κινητές μονάδες αποτελούν μια λύση ειδικά για τις απομακρυσμένες περιοχές της επαρχίας, που δεν έχουν άμεση πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες και σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου. Ειδικά η περιοχή αναφοράς της έρευνας του δήμου Σκιλλούντος, έχει δεχθεί επισκέψεις από τις κινητές μονάδες της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας στο παρελθόν, με την πραγματοποίηση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον γυναικολογικό καρκίνο και τον καρκίνο του μαστού. Παρά το σημαντικό έργο που προσφέρουν οι κινητές μονάδες φαίνεται ότι δεν έχουν πείσει όλες τις γυναίκες για την αξιοπιστία και την αποτελεσματικότητά τους. Θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι ένας λόγος για αυτό είναι ότι οι γυναίκες δεν έχουν άμεση επαφή με τους ανθρώπους που εργάζονται σε αυτές τις μονάδες, έτσι δεν μπορούν να παρακολουθήσουν το έργο τους. Επίσης, προβληματίζει και με αυτή την έννοια δημιουργείται μια σχετική ανασφάλεια, το γεγονός ότι μεσολαβεί μεγάλο χρονικό διάστημα για την λήψη αποτελεσμάτων.

Η ίδια τονίζει :

«...Ανάλογα που γίνεται! Στο δημόσιο, ναι (είναι αξιόπιστο) δηλαδή αυτοί που έρχονται στα χωριά δεν νομίζω ότι κάνουν καλή δουλειά.

-Τις κινητές μονάδες εννοείς;

- Ναι , εκεί δεν θα πήγαινα ποτέ να κάνω...».

Εν κατακλείδι, η εξέταση του Τεστ Παπ προσλαμβάνεται σαν μια αρκετά αξιόπιστη εξέταση, παράλληλα με την διαπίστωση ότι ο τόπος εξέτασης και ο φορέας ελέγχου προσλαμβάνονται ως προσδιοριστικοί παράγοντες αξιοπιστίας του προληπτικού ελέγχου.

4.3.6. Αντιλήψεις για την προσλαμβάνουσα διαδικασία της εξέτασης

Η εξέταση του Τεστ Παπ γίνεται αποδεκτή ως μη επώδυνη και απλή από την πλειοψηφία. Η απλότητα της διαδικασίας ή ο οποιοσδήποτε βαθμός δυσκολίας δεν προσλαμβάνεται από όλες τις γυναίκες το ίδιο, καθώς ενέχονται προσωπικά βιώματα και αντικειμενικές διαπιστώσεις.

Οι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με την σχηματοποίηση της αξιολόγησης μιας εξέτασης, από την πλευρά της εξεταζόμενης, είναι : η χρονική της διάρκεια, το αίσθημα του πόνου που μπορεί να προκαλέσει η διαδικασία της εξέτασης, ο βαθμός παρεμβατισμού στο ανθρώπινο σώμα και η συνήθεια που απορρέει από την χρήση της εξέτασης. Η εύκολη πρόσβαση και διενέργεια της εξέτασης αλλά και το ενδεχόμενο κόστος συμμετέχουν εξίσου στη μορφοποίηση της εκτίμησης της.

Φαίνεται ότι η πολυπλοκότητα μιας διαδικασίας προληπτικού ελέγχου αξιολογείται από το εάν ενέχεται πόνος, πρωτίστως. Η εμπειρία καταδεικνύει ότι όλες οι γυναίκες κατά την εξέταση του Τεστ Παπ αισθάνονται κάποιου βαθμού ενόχληση, μικρότερη ή μεγαλύτερη. Εδώ, ενέχεται ο βαθμός ανεκτικότητας στο αίσθημα του πόνου, της αποδοχής της διαδικασίας της εξέτασης καθευατής, και της συνειδητοποίησης της αναγκαιότητας της.

Κατά δεύτερον, αξιολογείται αν μια εξέταση είναι απλή και χρονοβόρος. Ο παράγοντας του χρόνου συχνά προσδιορίζει τις εύκολες εξετάσεις κατά την κοινή αντίληψη, με την έννοια ότι όποια εξέταση χαρακτηρίζεται από μικρή χρονική διάρκεια διεξαγωγής είναι και εύκολη. Ενώ, μια μακροχρόνια διαδικασία παρατείνει το αίσθημα της αγωνίας, της ανησυχίας, της ενόχλησης και για αυτό προσλαμβάνεται να παρουσιάζει μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας. Στη συγκεκριμένη εξέταση η χρονική διάρκεια που απαιτείται προσδιορίζεται περίπου στα δέκα λεπτά με την συμπλήρωση του ιστορικού.

Η διαδικασία μιας εξέτασης είναι απλή όταν τη συνηθίσει κανείς. Η συνήθεια απομυθοποιεί την προσλαμβάνουσα αντίληψη για το Τεστ Παπ ως μιας εξέτασης ιδιαίτερης και με υψηλό βαθμό δυσκολίας. Η συνήθεια εξωραΐζει το φόβο για την εξέταση στην ουσία και εξοικειώνει με την διαδικασία. Μιας εξέτασης που στερεοτυπικά προκαλεί άγχος και δισταγμό.

Καταγράφεται η αντίληψη ότι η εξέταση διατηρεί την δική της ιδιαιτερότητα. Δεν φαίνεται να είναι απλή σαν μια μέτρηση σακχάρου αίματος. Η συγκεκριμένη αντίληψη για την εξέταση οφείλεται στον μεγαλύτερο βαθμό παρέμβασης στο ανθρώπινο σώμα. Η αιμοληψία παραδείγματος χάριν, δυνητικά μπορεί να είναι επώδυνη αλλά κατά την συνήθη τακτική πραγματοποιείται σε εμφανές σημείο του σώματος, στο χέρι. Η εξέταση του Τεστ Παπ, σαν διαγνωστική διαδικασία, ενέχει μεγαλύτερης έντασης παρεμβατική τεχνική, ενώ παράλληλα προϋποθέτει την εξέταση των γεννητικών οργάνων και την έκθεση του σώματος. Πέρα δηλαδή από τους υπόλοιπους προσδιοριστικούς λόγους χαρακτηρισμού μιας εξέτασης ως απλής, αυτό που εννοείται υπορρήτως είναι πόσο παρεμβατική είναι μια εξέταση και πως γίνεται αντιληπτή αυτή την εξέταση στο σώμα τους.

Συνοπτικά στην πρόσληψη και την αξιολόγηση της εξέτασης του Τεστ Παπ, μετέχουν προσδιοριστικοί παράγοντες υποκειμενικοί, όπως η αντίληψη του αισθήματος του πόνου, άνεση με την εικόνα του σώματος, αποδοχή της έκθεσης του σώματος, η εξοικείωση με τον χώρο της υγείας και τα θέματα πρόληψης αλλά και αντικειμενικοί παράγοντες όπως η εύκολη πρόσβαση στο χώρο εξέτασης, η ύπαρξη οργανωμένου χώρου εξέτασης και εξειδικευμένων επαγγελματιών, η οικονομική δυνατότητα κάλυψης του κόστους της εξέτασης, και γενικά παράγοντες που διευκολύνουν και δεν δυσχεραίνουν, την διαδικασία της εξέτασης.

Στην καταγραφή των αφηγήσεων παρατηρείται ότι όσες αναφέρουν ότι θεωρούν την εξέταση απλή, κάνουν χρήση πλάγιου, περιφραστικού λόγου. Έτσι, όταν λένε ότι *είναι απλή και δεν είναι επώδυνη*, αναφέρονται στο ότι αποδέχονται την παρέμβαση για την εξέταση σαν να μην παράγει όχληση στο σώμα τους, στις ίδιες και στην προσωπικότητα τους. Η απλότητα μιας εξέτασης λοιπόν ανάγεται στο βαθμό ενόχλησης που προκαλεί. Μια πληροφορήτρια ωστόσο καταθέτει ότι θεωρεί την εξέταση επώδυνη και ενοχλητική.

Η Κατερίνα, δεδομένου του ιστορικού της με την λοίμωξη HPV έχει εξοικειωθεί με την εξέταση.

«...Είναι απλή εξέταση, άσχετα με την σημασία της, για ποιο λόγο την κάνουμε.. Δεν είναι όπως ένα απλό σάκχαρο (αίματος) αλλά η διαδικασία είναι απλή. Ναι, είναι απλή! ...».

Η Ελένη, αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι δύσκολη εξέταση αφού, όπως ομολογεί *«η ίδια το πάθημα έγινε μάθημα»*, μια και δεν είχε απολύτως καμία επαφή

με γυναικολόγο ή άλλο επαγγελματία υγείας, μέχρι την εμφάνιση του προβλήματος. «...Το κάνω, δεν είναι επώδυνη (η εξέταση) δεν το σκέφτομαι. Δεν διστάζω τώρα να το κάνω (πριν από το χειρουργείο δίσταζε). Τώρα κάθε χρόνο πάω. Ο γιατρός μου είπε ότι πρέπει να το κάνω...».

Σε έρευνες που έχουν γίνει για την καταγραφή των ποσοστών συμμετοχής των νοσηλευτριών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας στα προγράμματα προληπτικού ελέγχου, έχουν διαπιστωθεί χαμηλά ποσοστά και σε αυτή την ομάδα των γυναικών. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, το ποσοστό συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας που εξετάζονται τακτικά κάθε χρόνο, τα τελευταία 5 χρόνια κυμαίνεται από 52% έως 68% ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα. Το ένα τρίτο και παραπάνω, δηλαδή δεν εξετάζονται συστηματικά (Γκεσούλη-Βολτυράκη, Καναβού, Υφαντής, Ντελή και συν. 2010). Η Ειρήνη, νοσηλεύτρια παρά το γεγονός ότι η ίδια δεν ακολουθεί απόλυτα πιστά τις ιατρικές οδηγίες για ετήσιο έλεγχο, αναφέρει:

«...Είναι εξέταση ρουτίνας και δεν αισθάνομαι και πόνο, είναι καλή εξέταση...».

Η Χριστίνα τονίζει τον παράγοντα της συνήθειας :

«...Ναι, είναι εύκολη.. τώρα που την συνήθισα...».

Η Παναγιώτα περιγράφει ότι οι δισταγμοί της σχετίζονται με τον φόβο της γενικά για τους γιατρούς. Φαίνεται ότι ο φόβος της υπερισχύει της συνήθειας και της εξοικείωσης με την εξέταση.

«...Το σκέφτομαι πολύ να πάω... Τους φοβάμαι τους γιατρούς πάρα πολύ... ».

Μόνο η Τούλα αναφέρει κατηγορηματικά ότι θεωρεί την εξέταση επώδυνη και δεν γίνεται εύκολα ανεκτή από την ίδια. Ο πόνος που αισθάνεται μια γυναίκα στην εξέταση σχετίζεται και με την ύπαρξη παθολογικών καταστάσεων όπως, φλεγμονωδών εξεργασιών που τον επιδεινώνει.

«...Ο πόνος είναι σχετικός πάντα. Εγώ λέω ότι με ενοχλεί η εξέταση. Δηλαδή, σε σημείο να μην το ανέχομαι ειδικά όταν παίρνει από μέσα από τον τράχηλο. Όχι απλώς το καταλαβαίνω, πονάω! Δεν το ανέχομαι. Ενώ ξέρω και ελέγχω το σώμα μου να το χαλαρώσω και με τις αναπνοές. Στην κολποσκόπηση δεν πονάω αλλά στο Τεστ, ναι ».

Θα ήταν θεμιτό να αναφερθεί ότι μέσα από την εμπειρική διαδικασία της καθημερινής επαφής με τις προς εξέταση γυναίκες, στα πλαίσια της λειτουργίας του γυναικολογικού ιατρείου της συγκεκριμένης δομής, υπάρχουν και άλλα θέματα που προβληματίζουν σε σχέση πάντα με την διαγνωστική διαδικασία. Η θέση του σώματος κατά την εξέταση προσλαμβάνεται ως ιδιαίτερα άβολη και ενοχλητική.

Η Κωνσταντίνα προσδιορίζει αυτόν τον προβληματισμό στην αφήγηση της.

«...Δεν αισθάνομαι άσχημα με το σώμα μου, αλλά όταν σου λένε: " Άντε κάνε πιο πάνω", "Όχι έτσι, έτσι!" "Ε, ακόμα δεν τα έβγαλες".... Στην καρέκλα, "Όχι, δεν έκατσεε καλά" και κοιτάζουνε!... ».

Το αίσθημα αυτό ενδυναμώνεται και από το γεγονός ότι δεν έχουν άμεση οπτική επαφή με το προς εξέταση πεδίο. Δεν δύνανται να παρακολουθήσουν τη διαδικασία της εξέτασης, και αυτό δημιουργεί μια σχετική ανασφάλεια και προβληματισμό, σε ποιες ενέργειες προβαίνει ο γιατρός ή ο εξεταστής κατά τη στιγμή της εξέτασης. Αισθάνονται αποκομμένες και αμέτοχες. Απλά τοποθετούν στην απαιτούμενη θέση το σώμα τους και περιμένουν την ολοκλήρωση της εξέτασης. Επιπλέον, θα πρέπει να αποβάλουν όλη την ένταση από το σώμα τους, να είναι χαλαρές και συνεργάσιμες με τον εκάστοτε εξεταστή. Πολλές γυναίκες, φέρουν την αντίληψη ότι οι γιατροί χρησιμοποιούν βίαιους χειρισμούς στην εξέταση. Ενώ, άλλες αναφέρουν ότι τους προβληματίζει ο επιβεβλημένος χρονικός προγραμματισμός για την διενέργεια της εξέτασης. Όσες βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία καταθέτουν ότι συχνά ενοχλούνται από τον προγραμματισμό και τις απαιτούμενες προϋποθέσεις για την εξέταση, καθώς ο έλεγχος θα πρέπει να διενεργείται ορισμένες μέρες του καταμήνιου κύκλου και είναι απαραίτητη η αποχή από την σεξουαλική δραστηριότητα για δύο μέρες. Με τον τρόπο αυτό θα πρέπει να προγραμματίσουν και να προσδιορίσουν εκ των προτέρων, τον χρόνο εξέτασης παρακάμπτοντας τις καθημερινές τους συνήθειες και δραστηριότητες.

4.3.7. Απόψεις για την ειδικότητα του επαγγελματία υγείας που διενεργεί την λήψη της εξέτασης

Στο θέμα που ετέθη, σε ποιον επαγγελματία υγείας απευθύνονται για να κάνει την λήψη του Τεστ Παπ και επιπλέον στην διευκρίνιση ποιος πρέπει να κάνει την λήψη κατά την άποψη τους, μερικές αναφορές φανερώνουν την αντίληψη ότι αυτές δεν είναι υπεύθυνες για να κρίνουν ποια είναι η αρμόδια ειδικότητα για τον έλεγχο. Προσεγγίζουν το συγκεκριμένο θέμα της πρόληψης με έλλειψη προσωπικής άποψης, μεταβιβάζοντας το στην κρίση του γιατρού, στην ιατρική αυθεντία. Η εγκαθιδρυμένη και κοινωνικά μορφοποιημένη ιατρικοποίηση ως λόγος και πρακτική, λειτουργεί σαν θεσμός κοινωνικού ελέγχου (Nettleton 2002 : 55), εν προκειμένω στις σχέσεις που

αναπτύσσονται με τις εξεταζόμενες με την έννοια ότι οι γιατροί καθορίζουν το φάσμα των εξετάσεων. Η ιατρική ιδιαίτερα στην ιστορία της μαιευτικής και κατά επέκταση στις παρεμβάσεις στην υγεία της γυναίκας, κατάφερε μέσα από τον έλεγχο της τεχνολογίας και πρακτικών να επιβάλει την παρουσία της, προβληματοποιώντας το φυσιολογικό και ορίζοντας με ελιτίστικη δεξιοτεχνία νόρμες για το κοινό (Nettleton 2002 : 56).

Η πλειονότητα παρά ταύτα απευθύνεται σε γυναικολόγους για τη διενέργεια της εξέτασης. Η Ελένη παραθέτει την άποψη ότι οποιοσδήποτε είναι γιατρός, μαιευτήρας ή ουρολόγος, μπορεί να κάνει την εξέταση. Πέρα από την πασιφανή σύγχυση των ιατρικών ειδικοτήτων, διαφαίνεται μια άλλη προβληματική διάσταση. Επαφίεται στο γεγονός ότι όποιος την πείσει ότι είναι καλός, σωστός με την έννοια του να είναι προσηνής και φιλικός και να κατέχει την ιατρική ιδιότητα, μπορεί να προβεί στην λήψη της εξέτασης παραβλέποντας το γεγονός ότι απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις και τεχνικές.

Η άκριτη εμπιστοσύνη προς τον προσωπικό γιατρό, αποτελεί από μόνη της μια άλλη προσδιοριστική παράμετρο στην εξέταση. Ο γιατρός κρίνει και προσδιορίζει το φάσμα των εξετάσεων στις οποίες πρέπει να υποβληθεί μια γυναίκα. Από την άλλη καταγράφεται το γεγονός ότι ορισμένοι γιατροί υπερβαίνοντας τα καθήκοντα τους και στα πλαίσια της φιλικής εξυπηρέτησης, προβαίνουν σε πράξεις που δεν συνάδουν με την ειδικότητα που κατέχουν. Οι γιατροί δεν είναι άμοιροι ευθυνών στην διαιώνιση της συγκεκριμένης αντίληψης των γυναικών, που καταγράφεται. Η αντίληψη του ιατροκεντρικού συστήματος υγείας είναι έκδηλη.

«... (Την λήψη του Τεστ Παπ μπορεί να την κάνει) όποιος να είναι, αρκεί να είναι σωστός. Να μπορεί να το κάνει. Και ας είναι και ουρολόγος.... Θα μου πει ότι είναι μαιευτήρας. Όλα μαζί, ουρολόγος, μαιευτήρας. Ο ουρολόγος Α. που μου έκανε το δυναμικό (το ουροδυναμικό έλεγχο για ένα πρόβλημα του ουροποιητικού που αντιμετώπιζε) μου πήρε και Τεστ. Εκεί, έχω εμπιστοσύνη είναι καλός....».

Μια παρόμοια προσέγγιση αναφέρει η Ηλιάννα. Για την ίδια ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η άνεση κατά την διάρκεια της εξέτασης, και όχι η επιστημονικότητα ή η ιδιότητα του επαγγελματία υγείας που επιβάλλεται να ασχολείται με το συγκεκριμένο αντικείμενο.

«...Όποιος με κάνει να αισθανθώ άνετα! Ξέρω ότι ρωτάς για το ποιος επαγγελματίας υγείας πρέπει να κάνει την λήψη. Αλλά την γνώμη μου, δεν ρωτάς; Ε, εγώ σου λέω αυτό. Γιατί οι γυναίκες είμαστε συναισθηματικές. Λειτουργούμε με το

συναίσθημα! Έχω κάνει σε γυναίκα γυναικολόγο Τεστ Παπ, αλλά το πόσο άνετα αισθάνθηκα εδώ! Πρώτη φορά μου συμβαίνει αυτό!... ».

Η Ειρήνη τονίζει ότι κατά την δική της αντίληψη, *ειδήμονας* στη λήψη είναι ο κυτταρολόγος. Ο κυτταρολόγος και οι λοιποί κυτταροτεχνικοί, είναι υπεύθυνοι κυρίως για την τεχνική επεξεργασία των δειγμάτων, αν και στην πράξη επωμίζονται και τον ρόλο της δειγματοληψίας. Η λήψη των δειγμάτων κατά την συνήθη πρακτική γίνεται από γυναικολόγους, κυτταρολόγους και μαίες αλλά και γενικούς γιατρούς. Οι πολλές ειδικότητες που ενέχονται στην διενέργεια της εξέτασης μπερδεύουν και περιπλέκουν ακόμη περισσότερο. Είναι η μόνη αναφορά που γίνεται στην ειδικότητα της μαίας, ως υπεύθυνης για την δειγματοληψία. Είναι γεγονός ότι ο ρόλος της μαίας, έχει καταστρατηγηθεί στην σαρωτική πορεία της ιατρικοποίησης.

«...(Την λήψη του Τεστ πρέπει να την κάνουν) οι γυναικολόγοι, όχι, όχι οι κυτταρολόγοι πρέπει να το παίρνουν. Πρέπει να είναι ειδήμονας σε αυτό το υλικό. Μετά οι γυναικολόγοι και μετά οι συμπληρωματικές τους, οι μαίες...».

Οι περισσότερες γυναίκες αντιλαμβάνονται ότι η λήψη του Τεστ Παπ πρέπει να γίνεται από τους γυναικολόγους. Η Παναγιώτα, η Χριστίνα συμφωνούν με την δεδομένη άποψη.

Ο γιατρός, προσλαμβάνεται με την ιδιότητα του γυναικολόγου. Η Τούλα, αναφέρει :

«...Ο γιατρός και ο κυτταρολόγος.

-Όταν λες γιατρό ποια ειδικότητα εννοείς;

- Ο γυναικολόγος!... ».

Η Κωνσταντίνα παραθέτει παρόμοια αντίληψη : *«...Ο γιατρός, ο γυναικολόγος...».*

4.4. Δεύτερη ενότητα: Η χρήση του Τεστ κατά Παπανικολάου- Άλλες πρακτικές πρόληψης

Οι πληροφορήτριες όλες έχουν προβεί σε εξέταση με Τεστ Παπ έστω και μια φορά. Το γεγονός αυτό αποτελεί πλεονέκτημα για την διερεύνηση των στάσεων, καθώς έχουν ίδια άποψη για την εξέταση. Εξετάζεται η προσωπική εφαρμογή του

προληπτικού ελέγχου, ενώ ταυτόχρονα καταγράφονται άλλες τακτικές πρόληψης που ακολουθούν.

Η συγκεκριμένη ομάδα που συμμετέχουν στην έρευνα, θα πρέπει να τονιστεί ότι φέρουν θετική στάση απέναντι στον προληπτικό έλεγχο με το Τεστ Παπ, αν και η συχνότητα με την οποία προβαίνουν σε εξετάσεις δεν συνάδει απολύτως με τις ιατρικές υποδείξεις.

Όσον αφορά τις πρακτικές που ακολουθούν για την διατήρηση καλής υγείας, οι περισσότερες τονίζουν τον ρόλο της διατροφής και τον έλεγχο βάρους. Επίσης, οι περισσότερες δηλώνουν μη καπνίστριες. Στις εξετάσεις που προβαίνουν τακτικά αφορούν (πέρα από το Τεστ Παπ) στον έλεγχο του στήθους με μαστογραφία και των βιοχημικών δεικτών κυρίως, για χοληστερίνη και τριγλυκερίδια. Διαφαίνεται ότι η πλειοψηφία των πληροφορητριών, προσέρχονται με μεγαλύτερη ευκολία για αιματολογικό έλεγχο και ακολούθως για τους απαραίτητους ελέγχους με το Τεστ Παπ και την μαστογραφία.

4.4.1. Η προσωπική χρήση του Τεστ κατά Παπανικολάου

Οι μαρτυρίες που αφορούν την ηλικία έναρξης της διενέργειας της εξέτασης, συνάδουν με το πρώιμο ξεκίνημα της σεξουαλικής ζωής σε νεαρή ηλικία. Παρόλα αυτά, η πλειοψηφία των πληροφορητριών που ανήκουν στην μέση ηλικία και άνω, στην πράξη τοποθετούν την έναρξη της χρήσης του Τεστ Παπ μετά την τεκνοποίηση ή στην προσπάθεια τους για τεκνοποίηση. Το σημείο αναφοράς είναι η γέννα και η απόκτηση παιδιών.

Η μετάβαση από την εφηβική στην ενήλικη ζωή στις συγκεκριμένες γυναίκες της έρευνας, σηματοδοτείται από την είσοδο στον έγγαμο βίο και την γέννηση των παιδιών. Πρότερα τούτου φαίνεται να μην έχουν σχεδόν καμία επαφή με τους γυναικολόγους και δεν φέρονται να συμμετέχουν σε προσυμπτωματικούς ελέγχους. Αρκετές δηλώνουν ότι δεν επισκέπτονται γυναικολόγο και μετά τον τοκετό τους.

Διαφαίνεται ότι έρχονται σε πρώτη επαφή με την ιατρική πραγματικότητα κατά την διαδικασία της γέννας, καθώς ο τοκετός έχει ιατροκοποηθεί στο πέρασμα των χρόνων. Η πρώτη γνωριμία με το ιατρικό σύστημα γίνεται στον τοκετό και ακολουθεί η ιατρική παρακολούθηση, αυτής και του παιδιού της. Η ψηφιακή

τεχνολογία που έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια, επιτρέπει την ιατρική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και μεταβάλλει το γυναικείο σώμα και την συνειδητότητα του. Ο έλεγχος των γεννήσεων ας μην ξεχνάμε ότι ενέχει και πολιτική διάσταση, η οποία εκφέρεται ιδεολογικά από την ορθολογικότητα της μοναδικής αλήθειας της επιστήμης και κοινωνικά με την ενσωμάτωση της αυτοπειθαρχίας μέσα από κρατικούς μηχανισμούς, που μεταφράζεται σε επιδημιολογικά στοιχεία, γεννήσεων, αμβλώσεων κ.ά. (Δημητρίου 2001 : 325). Πλέον ως νέες μητέρες υιοθετούν μια θετική συμπεριφορά πρόληψης, γίνονται οι ίδιες φορείς των μεταβλητών της ιατρικής ιεραρχικής παρατήρησης, κατά την άποψη του Foucault (Nettleton 2002 : 163). Αντιλαμβάνονται ότι έχουν την ευθύνη για την διατήρηση μιας ικανοποιητικής κατάστασης υγείας, ακολουθώντας τα ιατρικά πρότυπα. Η τεκνοποίηση αποτελεί ένα ουσιαστικό κίνητρο για αλλαγή πεποιθήσεων για την υγεία και την πρόληψη. Αποτελούν οι ίδιες τα νέα πειθαρχημένα στην ιατρική γνώση, πρότυπα στην οικογένεια.

Οι περισσότερες προσδιορίζουν την ηλικία έναρξης του ελέγχου γύρω από τα τριάντα έτη, με κορύφωση τα τριάντα πέντε και άνω. Ο τακτικός ετήσιος έλεγχος, τοποθετείται κοντά στην ηλικία των σαράντα ετών. Ο αριθμός των Τεστ που αναφέρεται στις μαρτυρίες, για τις γυναίκες που ηλικιακά βρίσκονται άνω των σαράντα, χαρακτηρίζεται μέτριος (οι αναφορές επισημαίνουν την διενέργεια από δυο έως δέκα Τεστ Παπ). Θα έπρεπε να αντιστοιχεί σε αριθμό είκοσι Τεστ Παπ και άνω.

Η Κατερίνα τονίζει ότι άρχισε τον έλεγχο μετά την τεκνοποίηση.

«...Άρχισα αργά μετά τις γέννες, είμαι και λίγο παλιά ...Δεν πήγαινα συχνά σε γυναικολόγο πριν τις εγκυμοσύνες. Μάλλον πριν από τις εγκυμοσύνες, δεν είχα πάει ποτέ σε γυναικολόγο. Ε, εντάξει! 23 χρονών γέννησα το πρώτο παιδί, όμως μέχρι τότε δεν είχα πάει σε γυναικολόγο. 28 γέννησα το τελευταίο παιδί και από τα 29 ξεκίνησα να κάνω Τεστ...».

Η Ειρήνη παραθέτει την ίδια άποψη.

«...Ξεκίνησα σε ηλικία 24 ετών, μετά τις γέννες. Έχω κάνει συνολικά περίπου δέκα Τεστ ...».

Η Κωνσταντίνα αναφέρει ότι όσο μεγαλώνει φροντίζει περισσότερο για τη υγεία της.

«...Ξεκίνησα από 35 ετών. Έχω ξεκινήσει σχετικά μεγάλη.... Ίσως έκανα και πιο παλιά αλλά δεν ήμουν πολύ τακτική.. Μετά τις γέννες πήγα και μου πήρε και Τεστ..

Έπειτα ήμουν τακτική δηλαδή αν έκανα πριν ανά δύο χρόνια (Τεστ), τώρα κάνω κάθε χρόνο. Μετά τα σαράντα, κάθε χρόνο... »

Και για την Παναγιώτα το σημείο αναφοράς είναι η προσπάθεια για τεκνοποίηση. Η προσωπική αντίληψη κάποιου γυναικολογικού προβλήματος προσδιορίζει την ανάγκη ελέγχου, στην συνέχεια.

« ... Ναι, πήγα (στον γυναικολόγο) να σου πω, όταν ήθελα να κάνω παιδί... Έχω κάνει δύο Τεστ μόνο. Το ένα το πήρες εσύ και το άλλο ο γιατρός, όταν είχα το πρόβλημα...».

Την ίδια στάση περιγράφει και η Ελένη, με ιστορικό ολικής υστερεκτομής στην ηλικία των 31 ετών. Αναφέρει ότι ξεκίνησε τον έλεγχο όταν είχε να αντιμετωπίσει ένα γυναικολογικό πρόβλημα.

«... Πρώτη φορά έκανα Τεστ στα τριάντα όταν είχα το πρόβλημα και μετά, αφού γέννησα....Τώρα κάνω, κάθε χρόνο...».

Η Τούλα τονίζει ότι κατά την δική της πεποίθηση δεν αντιμετώπιζε πρόβλημα υγείας. Η προσωπική αντίληψη για την γενική κατάσταση της υγείας αποτελεί ουσιαστικό κίνητρο για την διενέργεια της εξέτασης του Τεστ Παπ.

«...Σύνολο πρέπει να είναι κάτω από δέκα. Είχα κάνει Τεστ και πριν από το παιδί, καμιά 2 ή 3. Ήξερα ότι ήταν όλα αρνητικά...».

Το ενθαρρυντικό είναι ότι οι περισσότερες νεαρές γυναίκες αντιλαμβάνονται διαφορετικά την αναγκαιότητα της πρόληψης με την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών, όπως τονίζει η Ηλιάννα μέσα από την δική της εμπειρία *«...Είμαι 25 χρονών και έχω κάνει 3 Τεστ μέχρι τώρα και σήμερα είναι το τέταρτο!».*

4.4.2. Άλλες πρακτικές πρόληψης και διατήρησης καλής υγείας

Στα πλαίσια της εφαρμογής άλλων πρακτικών διατήρησης καλής υγείας, από την πλειοψηφία τους αναφέρεται η διατροφή και ο έλεγχος βάρους, ο έλεγχος του στήθους με μαστογραφία και των βιοχημικών δεικτών κυρίως για χοληστερίνη τριγλυκερίδια. Επίσης, οι περισσότερες δηλώνουν μη καπνίστριες. Μια πληροφορήτρια αναφέρει τον θηλασμό, σαν μέτρο πρόληψης και προώθησης της υγείας, για την ίδια και τα παιδιά της.

Πρώτη προτεραιότητα για την Κωνσταντίνα είναι η επιβεβλημένη για αυτήν προσοχή που πρέπει να δίδεται στην επιλογή του ερωτικού συντρόφου για την

πρόληψη του καρκίνου. Η υγιεινή διατροφή ακολούθως, βοηθά στη διατήρηση καλής υγείας αλλά και ενός καλού σώματος.

«...Πιστεύω για την πρόληψη πρέπει να προσέχουμε την υγιεινή διατροφή μας! Βασικός παράγον και αυτός, μετά δηλαδή από το ότι πρέπει να προσέχουμε την επαφή μας...».

Φαίνεται και από τις υπόλοιπες μαρτυρίες των πληροφορητριών ότι η διατήρηση του βάρους αποτελεί σημαντικό παράγοντα, καθώς αντιληπτικά η παχυσαρκία συνδέεται με κακή κατάσταση υγείας. Θα έπρεπε να επισημανθεί ότι όταν αναφέρονται στην διατροφή, εννοούν το μεσογειακό διατροφικό μοντέλο.

Τα καταναλωτικά πρότυπα που προβάλλονται μέσα από τα ΜΜΕ, για το τέλειο γυναικείο σώμα γεμάτο ενεργητικότητα και υγεία, έχει διεισδύσει στην νοοτροπία τους. Η καθιέρωση αυτού του κοινωνικού προτύπου ομορφιάς που διαμεσολαβείται από την εμπορευματοποίηση της φροντίδας του σώματος, απορρέει όχι μόνο από την επιρροή των ΜΜΕ αλλά και με την διαμόρφωση των κοινωνικών σχέσεων και με τον ιατρικό κόσμο (Αλεξιάς 2006 : 147). Το ωραίο, το όμορφο είναι και υγιές. Η ματαιοδοξία για την εικόνα του σώματος, ο σωματικός εαυτός, μεταφέρεται και να προσλαμβάνεται, σαν συνιστώσα υγείας. Το σώμα στη μετανεωτερικότητα παρουσιάζεται σαν το υπάκουο σώμα στα πλαίσια της βιοπολιτικής οικονομίας που προτάσσει την άσκηση και την δίαιτα. Οι πρακτικές όπως η δίαιτα, η σωματική άσκηση συμβάλουν στον εξορθολογισμό του σώματος, με στόχο την μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της πειθάρχησης και της επιτήρησης (Μακρυνιώτη 2004 : 27). Στην καταναλωτική κοινωνία, το εσωτερικό σώμα (inner body) και το εξωτερικό σώμα (outer body) καθίστανται συνδεδεμένα : πρωταρχικός σκοπός της συντήρησης του εσωτερικού σώματος, γίνεται η βελτίωση της εμφάνισης του εξωτερικού σώματος (Featherstone 2001: 171).

Η Παναγιώτα, αναφέρει ότι αισθάνεται ότι είναι μια χαρά. Είναι η γενική προσωπική εκτίμηση για την υγεία που διαδραματίζει βασικό ρόλο στην πρόσληψη της πρόληψης. Η αντίληψη της, συνάδει με αυτό που έχει καταγραφεί σε διάφορες έρευνες και καταδεικνύει ότι οι περισσότεροι Έλληνες θεωρούν ότι έχουν καλή υγεία ή αλλιώς αυτό που κατά παράδοση λέγεται *είμαι μια χαρά, όλα καλά*, στην καθημερινή πρακτική. Ή αλλιώς *Looking good, feeling great*, το να φαίνεσαι καλά σημαίνει ότι αισθάνεσαι καλά (Nettleton 2002 : 85). Το γεγονός αυτό, αποτελεί από μόνο του πηγή ικανοποίησης ή ηδονισμού όπως αναφέρει ο Featherstone (Featherstone 2001: 171). Η φетиχοποίηση του σώματος, στην οποία συνηγορούν

και οι φαντασιώσεις γύρω από την υγεία, καταστούν το σώμα και αντικείμενο αισθητικών επεξεργασιών (Αλεξίου 1999 : 260). Όπως τονίζει ο Shilling, το σώμα ως σχέδιο προτάγματος τροποποιείται κατά βούληση και με την βοήθεια της ιατρικής, των πρακτικών υγιεινής διατροφής και δίαιτας, ένδυσης και άσκησης και συμβάλει στην παρουσίαση ενός σώματος που ακολουθεί τα νέα κοινωνικά πρότυπα εμφάνισης (Shilling 2003 : 192).

Η Παναγιώτα, τονίζει την επιμέλεια της σε θέματα υγείας, ελέγχει το στήθος της με μαστογραφία και προσέχει το βάρος της. Στη συνήθη πρακτική καταγράφεται ο έλεγχος της χοληστερίνης και των τριγλυκεριδίων, ως ο συνηθέστερος αιματολογικός έλεγχος.

«...Εγώ όμως είμαι μια χαρά! Και το στήθος μου κοιτάζω και το βάρος μου. Τώρα πήρα πέντε κιλά. Γυναικολογικά έχω να ψαχτώ και τίποτα άλλο. Να κάνω και τη μαστογραφία που μου λες. Και χοληστερίνες και τριγλυκερίδια, όλα τα κάνω...».

Η Χριστίνα εκτός από το Τεστ Παπ ελέγχεται με μαστογραφία τακτικά. Αντιπροσωπεύει μια μερίδα γυναικών με καλή τακτική προληπτικών ελέγχων που περιλαμβάνει το τακτικό ετήσιο τσεκ απ, Τεστ Παπ και μαστογραφία κάποια συγκεκριμένη χρονική περίοδο υιοθετώντας τις ιατρικές υποδείξεις.

«...Αμέ, και τώρα μάλιστα θα πάω στον Χ. (ιδιωτικό ακτινοδιαγνωστικό, για την μαστογραφία) και σήμερα ήρθα για άλλες εξετάσεις αίματος (τσεκ απ)...».

Η Κατερίνα αναφέρει τον ρόλο της εκγύμνασης, σαν πρακτική διατήρησης καλής φυσικής κατάστασης και υγείας. Όλες οι συνεντευξιαζόμενες παρουσιάζουν ποικίλο βαθμό σωματικής άσκησης καθώς ασχολούνται και με αγροτικές εργασίες. Πολλές γυναίκες αναφέρουν επίσης τον καθημερινό απογευματινό περίπατο, σαν άσκηση. Η διατροφή και για την Κατερίνα αποτελεί σημαντικό παράγοντα μια και δηλώνει ότι ακολουθεί αυστηρά υγιεινά πρότυπα διαβίωσης. Τονίζει ότι οι παράγοντες που θεωρεί εκείνη ότι αποτρέπουν την εμφάνιση του καρκίνου είναι ο θηλασμός, η διατροφή, ο τρόπος ζωής. Αντιλαμβάνεται ότι ο θηλασμός προσφέρει μέγιστα ευεργετικά αποτελέσματα για την ίδια και για τα παιδιά της.

«... Εγώ γυμνάζομαι, τελευταία όχι τόσο τακτικά τώρα αλλά ένα διάστημα στην ζωή μου γυμναζόμουν εντατικά. Δεν καπνίζω, δεν πίνω, δεν ζεφυχτάω. Τρώω υγιεινά, και αποφεύγω πολύ τα λιπαρά...Έχω θηλάσει πολύ τα παιδιά μου, οπότε και αυτό παίζει ρόλο και για το στήθος και για τα κάτω (γυναικολογικά). Ο θηλασμός πιστεύω παίζει σε πολλά ρόλο! Ακόμα και στην εξυπνάδα των παιδιών, γιατί τα παιδιά μου είναι πανέξυπνα! Θήλασα πολλούς μήνες, την μικρή μου την θήλασα 22 μήνες. Βέβαια,

έπαιρνε και συμπλήρωμα ταυτόχρονα αλλά 22 μήνες την θήλαζα. Ερχόταν περπατώντας και μου ζηταγε στήθος...».

Αξίζει να σημειωθεί μόνο οι δύο από τις οκτώ πληροφορήτριες είναι καπνίστριες. Η στερεοτυπική προσκόλληση στις παραδοσιακές αντιλήψεις για τη γυναίκα στην ελληνική επαρχία, ίσως να έχει συμβάλει αποτρεπτικά από την συνήθεια του καπνίσματος.

Η Ηλιάννα αντιλαμβάνεται ότι η υγεία είναι μια κατάσταση που πρέπει να φροντίζεις διαρκώς, για να την έχεις. Η ίδια φροντίζει για την υγεία της απέχοντας από το κάπνισμα. Η διενέργεια προληπτικών ελέγχων που περιλαμβάνουν το Τεστ Παπ και αιματολογικούς ελέγχους ανα τακτά χρονικά διαστήματα, αποτελεί αναγκαία συνήθεια. Η εσωτερική κατάσταση του οργανισμού προσλαμβάνεται από την ίδια με ιδιαιτερότητα, καθώς φροντίζει γι'αυτήν όπως φροντίζει την εξωτερική της εμφάνιση.

«...Εγώ τι πιστεύω. Φροντίζεις για να έχεις! Αυτό που είσαι πρέπει να το φροντίζεις! Όπως φροντίζεις την εξωτερική σου εμφάνιση, πρέπει να φροντίζεις και την εσωτερική και ας μην την βλέπεις, και ας μην φαίνεται.... Όποιος δεν αγαπάει τον εαυτό του, το σώμα του την ψυχή του αυτό φαίνεται στα μάτια του! Και εμείς ..Στην ηλικία που είμαι εγώ δηλαδή, βλέπεις όλα τα κορίτσια ασχολούνται με την εξωτερική τους εμφάνιση και δεν ασχολούνται με το σώμα τους (με την υγεία του). Ασχολούνται μόνο με την βιτρίνα! Δεν ασχολούνται με το σώμα και αυτό είναι μια αλυσιδωτή αντίδραση...».

Ο έλεγχος με μαστογραφία αναφέρεται από την πλειοψηφία, αλλά καμία από τις πληροφορήτριες δεν αναφέρει την αυτοεξέταση του μαστού και την ψηλάφηση. Οι τεχνικές απεικόνισης φαίνεται ότι κερδίζουν το ιατρικό ενδιαφέρον και την προσοχή των γυναικών. Η κατακερματισμένη προσομοίωση του ανθρωπίνου σώματος με την χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας επιτρέπει στο άνθρωπο να γνωρίζει εκ των προτέρων τι θα συμβεί στο σώμα του, μετασχηματίζοντας το σώμα σε οπτικό μέσο (Μακρυνιώτη 2004 : 27). Ο έλεγχος των βιοχημικών δεικτών στις μεγαλύτερες ηλικίες αποτελεί μια πραγματικότητα, αφού είναι διαδεδομένα τα μεταβολικά νοσήματα σε αυτό το ηλικιακό φάσμα.

Τα ευρήματα για τις άλλες πρακτικές προληπτικού ελέγχου και διατήρησης καλής υγείας, συνάδουν με τα αποτελέσματα της έρευνας που διενεργήθηκε από την ομάδα Figueira T.R., Ferreira e Ferreira E., Schall V., Modena C.M. με τίτλο

«Women's perceptions and practices regarding prevention and health promotion in primary healthcare», (2009).

4.5. Τρίτη ενότητα : Αντιλήψεις για τον γυναικολογικό καρκίνο και την σεξουαλικότητα

Στην τρίτη ενότητα διερευνώνται οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των πληροφορητριών για τον γυναικολογικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι περισσότερες πληροφορήτριες αντιλαμβάνονται, γενικά για τον καρκίνο, ότι πρόκειται για μια νόσο που οδηγεί στο θάνατο, όταν εκδηλωθεί. Δηλώνουν ότι πιστεύουν ότι μπορεί να προληφθεί ενώ ταυτόχρονα διατηρούν μια μοιρολατρική στάση, καθώς πιστεύουν ότι είναι και θέμα τύχης ή μάλλον ατυχίας. Ο καρκίνος προσλαμβάνεται από τις περισσότερες πληροφορήτριες, σαν ένα νόσημα που δεν είναι μεταδοτικό.

Οι παράγοντες που φέρεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση του γυναικολογικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι : ο κληρονομικός παράγοντας, η επιπόλαια σεξουαλική συμπεριφορά, η συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων. Η σεξουαλική συνεύρεση με μετανάστες προσδίδει μια άλλη διάσταση στην προβληματική. Το κάπνισμα, η κακή διατροφή και η καθαριότητα, η μη τήρηση κανόνων υγιεινής συμβάλλουν και αυτοί στην εμφάνιση του ΚΤΜ. Ο ψυχολογικός παράγοντας που αναφέρεται ότι δρα συνεργικά, παραπέμπει στην ψυχοσωματική αντίληψη για την υγεία. Στην ουσία, η αντίληψη των καταγεγραμμένων παραγόντων επίδρασης στην εμφάνιση του ΚΤΜ, λίγα κοινά φέρει με την ιατρική άποψη που συνδέει την λοίμωξη από τον ιό του HPV με τον ΚΤΜ.

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), φέρουν τον κοινωνικό στιγματισμό καθώς συνδυάζονται με τον έκλυτο ερωτικό βίο. Από την πληθώρα των αφροδισίων νοσημάτων, φέρεται να αναγνωρίζεται και να αναφέρεται ένας μικρός αριθμός από αυτά, όπως το AIDS, το HPV, τα κονδυλώματα, η σύφιλη και η βλεννόρροια. Ταυτόχρονα, υπάρχουν αναφορές από πληροφορήτριες που δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν τίποτα για αυτά. Τα ΣΜΝ προσλαμβάνονται ότι μεταδίδονται με την ερωτική επαφή. Ωστόσο, η κοινή χρήση της τουαλέτας, αντιμετωπίζεται με φόβο και δισταγμό καθώς προσλαμβάνεται σαν μολυσματικός χώρος που δυνητικά δρα στην αναμετάδοση των νοσημάτων αυτών.

Η σεξουαλική ζωή φέρει σημαντική υπόσταση για την ψυχική υγεία και την οικογενειακή αρμονία. Μερικές πληροφορήτριες αντιλαμβάνονται τη σεξουαλική δραστηριότητα, σαν ολοκλήρωση και ευχαρίστηση. Άλλες, περιγράφουν ότι το σώμα τους απορρίπτει την ερωτική επιθυμία και εκλαμβάνουν την σεξουαλική πράξη σαν αγγαρεία. Όλες τονίζουν την ανάγκη για καθαριότητα μετά την σεξουαλική επαφή, καθώς τα σωματικά υγρά, κυρίως του άλλου, του άνδρα, προσλαμβάνονται ως μισρά.

4.5.1. Αντιλήψεις για τον καρκίνο

Ο καρκίνος προσλαμβάνεται με ξεχωριστό τρόπο από μια σημαντική μερίδα των πληροφορητριών. Είναι η ασθένεια που οδηγεί στο μοιραίο. Απασχολεί η διάσταση της νόσου καθευατής που προσδιορίζει τον άμεσο κίνδυνο για την ανθρώπινη ζωή και μια μάχη με αβέβαιο αποτέλεσμα, αλλά και η διαχείρισή της μέσα στο υποκείμενο σύστημα υγείας.

Δυο από τις πληροφορήτριες αναφέρονται σε ένα περιστατικό κάποιας γυναίκας της περιοχής με καρκίνο του μαστού, που τις έχει θορυβήσει και τους προσέδωσε άλλη προοπτική αντίληψης για τον προληπτικό έλεγχο. Διακρίνεται η ιδιαιτερότητα της ελληνικής επαρχίας στην ταχεία διάχυση τέτοιων πληροφοριών που πέρα από τον χαρακτήρα του κοινωνικού σχολίου, ενέχει και εκπαιδευτική υπόσταση. Ταυτοχρόνως, αναδεικνύεται μέσα από τις αφηγήσεις μια άλλη διάσταση του προβλήματος στην υγεία στην ελληνική πραγματικότητα. Είναι ο συγκεντρωτισμός στα μεγάλα αστικά κέντρα των εξειδικευμένων αντικαρκινικών νοσοκομείων, της τριτοβάθμιας περίθαλψης και η αδυναμία χρήσης και πρόσβασης από τους καρκινοπαθείς. Με αυτή την έννοια καθίσταται κατανοητός ο γεωγραφικός αποκλεισμός και η άνιση κατανομή των υπηρεσιών υγείας στην περιφέρεια.

Η Χριστίνα αδελφή της παθούσας περιγράφει την εμπειρία της. Δεν τολμά να εκφέρει καν την λέξη *καρκίνος*, και επιπλέον η *ανακάλυψη* του προβλήματος έγινε από το *μωρό*, όπως τονίζει. Το τυχαίο συμβάν αποτέλεσε το έναυσμα για τον αναγκαίο ιατρικό έλεγχο. :

«...Θέλω να σου για την αδελφή μου. Το έμαθες ότι έχει ... ξέρεις του μαστού.

- Καρκίνο;

- *Ναι, και το ανακάλυψε με τον μωρό. Η ανιψιά μου μετά από 9 εξωσωματικές έκανε το μωράκι μας! Ναι, ...αλλά δόξα τον Θεό έχουμε το μωρό μας! Και το ανακάλυψε το μωρό! Μια μέρα κρατούσε το μωρό (η αδελφή μου) και την χτύπησε στο στήθος και πόνεσε και άρχισε τον έλεγχο.. Το βρήκε (ότι έπασχε από καρκίνο) και έχει και (μεταστάσεις στους) λεμφαδένες. Τώρα είναι 55 χρονών. Έκανε το χειρουργείο και πως τις λένε;*

-Χημειοθεραπείες; -Ναι.

-Αφαίρεσε και λεμφαδένες. Στο Μ. (δημόσιο νοσοκομείο στην Αθήνα). Πάει 2 φορές τον μήνα. Δεν της βρίσκανε φλέβα και της έχουν βάλει ένα μηχανήμα και αυτό χάλασε τώρα και πρέπει να ξαναπάει...».

Στη συνέχεια τονίζει ότι ψηλαφούσε κάτι αλλά φοβόταν να επισκεφτεί γιατρό για εξετάσεις. Ο οικονομικός παράγοντας και η εμπλοκή στην παραγωγική διαδικασία, τονίζεται ιδιαίτερα ως διαδραστικός συντελεστής στην τακτική για την υγεία. Η διαχείριση της υγείας σε αυτή την περίπτωση ανακλά αυτό που περιγράφει η μαρξιστική θεωρία, ότι πρωτεύει η ανάγκη για επιβίωση και η παραγωγή υλικής ζωής (Αρώνη 2008 : 27). Η απορρόφηση από την καθημερινότητα, υπό την έννοια και της προσδιοριστικής διάστασης του χρόνου και περισπασμού της προσοχής και του ενδιαφέροντος από την φροντίδα της υγείας, αναφέρεται συχνά.

«...Βρήκε ένα ρεμάλι και παντρεύτηκε, που τη χρέωσε σε όλες τις τράπεζες! Δεν πήγαινε για εξετάσεις. Όλο δούλευε για να ξεχρεώσει ...Δεν είχε χρόνο καθόλου, ούτε που κοίταζε τον εαυτό της... ».

Η Παναγιώτα αναφέρεται και αυτή στο περιστατικό και στη σημασία της πρόληψης μέσα από αυτό. Η ερυθρότητα των μαστών και ο πόνος, αποτελούν για την ίδια, ενδείξεις και συμπτώματα του καρκίνου του μαστού. Επιπλέον ο γεωγραφικός αποκλεισμός και η απόσταση από τα εξειδικευμένα ογκολογικά κέντρα τονίζεται και από αυτή την πληροφορήτρια.

«...Μια γυναίκα στο Καλλίκωμο η αδελφή της Χριστίνας είδες (τι έπαθε); Πήγε να σηκώσει το εγγονάκι της και την πάτησε (στο σημείο του όγκου). Πετάχτηκε από τον πόνο... κοκκίνισαν τα βυζιά της και τώρα είναι στο τρέξιμο! Όλο στα νοσοκομεία, πάει- έρχεται στην Αθήνα ...».

Ο προβληματισμός της διάστασης της αντίληψης για τον καρκίνο ξεκινά με βάση την αναζήτηση εάν πράγματι ο καρκίνος προλαμβάνεται και δύναται να θεραπευτεί. Οι απαντήσεις των πληροφορητριών μάλλον αποφαίνονται απαισιόδοξες και πεσιμιστικές. Πιστεύουν κατά κάποιο τρόπο στην πρόληψη του, (εκφέρεται

συχνά χωρίς να εννοείται), αλλά η διάγνωση του και η θεραπεία του ειδικά φαντάζει δύσκολη έως και ακατόρθωτη. Στην ουσία καταγράφονται μοιρολατρικές στάσεις και απόψεις, γιατί θεωρούν ότι ακόμη και αν ακολουθούν το ιδανικό μοντέλο διαβίωσης και διενεργούν τις σωστές προληπτικές εξετάσεις, να είναι υπόδειγμα δηλαδή, πάντα παίζει ρόλο ο παράγοντας τύχη στην εμφάνιση αυτής της ασθένειας.

«...Είναι η μεγαλύτερη ατυχία να σου συμβεί κάτι τέτοιο...», όπως καταθέτει η Κωνσταντίνα.

Οι αντικειμενικές δυσκολίες που φαίνεται να προβληματίζουν στην πιθανή εκδήλωση του καρκίνου, είναι η απομάκρυνση από το οικείο περιβάλλον, η διαβίωση στο αφιλόξενο χώρο του νοσοκομείου, οι νοσηλείες, οι θεραπείες που απαιτούνται, οι εξετάσεις, οι συνεχείς παρεμβάσεις στο σώμα, η αναμονή για τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Η ταλαιπωρία ψυχική και σωματική, η κόπωση και η απώλεια της ενεργητικότητας από την ίδια την ασθένεια, η απώλεια οικογενειακής αρμονίας και συνοχής, η εξάντληση οικονομικών πόρων, η απώλεια κοινωνικότητας, η αποξένωση από τους άλλους και η αυτοσυγκέντρωση για την ανασύνταξη δυνάμεων στην υπέρτατη μάχη, μα πάνω από όλα η αβεβαιότητα και αμφιβολία για το αν ο αγώνας θα έχει την αναμενόμενη δικαίωση. Όλα τα παραπάνω προσδίδουν έναν πολυδιάστατο ρόλο στον καρκίνο, σαν ασθένεια. Η έννοια της αντιμετώπιση του καρκίνου αποδίδεται στην λέξη *μάχη* ή *πάλη*, μια μάχη με ένα απροσδιόριστο αόρατο εχθρό που διεκδικεί και καταστρέφει το σώμα εκ των έσω.

Στη συνέχεια καταγράφεται η αντίληψη που φέρουν μερικές πληροφορητρίες για την συσχέτιση ενός πιθανού θετικού αποτελέσματος Τεστ Παπ και της διάγνωσης του γυναικολογικού καρκίνου. Το θετικό Τεστ Παπ για τις περισσότερες σηματοδοτεί την διάγνωση καρκίνου. Ενώ, στην πράξη υπάρχει μια διαβάθμιση του θετικού αποτελέσματος που κυμαίνεται από την εμφάνιση άτυπων κυττάρων μέχρι την διάγνωση πιο σοβαρών κυτταρικών ανωμαλιών ή προκαρκινικών αλλοιώσεων. Είναι αλήθεια ότι ο καρκίνος διέρχεται στάδια. Αυτό αποτελεί την βασική αρχή της διάγνωσης και της ταξινόμησης του. Η Sontag (1993), τονίζει ότι ο καρκίνος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται για αυτό ακριβώς που είναι, μια νόσος και τίποτα παραπάνω (Sontag 1993 : 108), ωστόσο ο επενδεδυμένος με φοβικά σύνδρομα καρκίνος οδηγεί σε μεγαλύτερη ενσωμάτωση και πειθαρχία προς τις ιατρικές υποδείξεις.

Η Κατερίνα αντιλαμβάνεται την λοίμωξη του HPV και τη σχέση με τον καρκίνο του τραχήλου με συγκεκριμένο τρόπο, καθώς έχει αποκτήσει αρκετές γνώσεις μέσα από την βιωματική εμπειρία. Είναι η μόνη αναφορά κατά την οποία αναγνωρίζεται ο ρόλος του ιού HPV στην εμφάνιση του γυναικολογικού καρκίνου.

«...Ξέρω έχει σχέση (με τον καρκίνο του τραχήλου), όχι όλοι οι τύποι όμως. Ο τύπος 6 που έχω εγώ όμως δεν έχει καμία σχέση με τον καρκίνο, δεν πρόκειται δηλαδή να προκαλέσει προκαρκινικές αλλοιώσεις. Δεν νομίζω ότι τόσο εύκολα μπορεί να βγει κάτι νέο (κάποια νέα έρευνα που να τον συνδέει με την εμφάνιση καρκίνου) και να ανατραπεί τόσο εύκολα. Ε, εντάξει αν βγει, τι να κάνουμε θα το υποθέσουμε, θα το παλέψουμε...».

Η Κωνσταντίνα, περιγράφει ότι έχει σκεφτεί το ενδεχόμενο ενός θετικού αποτελέσματος Τεστ Παπ και πώς θα το αντιμετωπίσει. Το θετικό αποτέλεσμα συνδέεται με την εκδήλωση γυναικολογικού καρκίνου.

«...Ο μη γένοιτο, θα αγχωθώ πάρα πολύ σαν πρώτη αντίδραση (εάν έπαιρνε ένα θετικό Τεστ Παπ). Ναι, ναι το έχω σκεφτεί! Σαν αρχή θα αγχωθώ, πάντα αγχώνομαι αλλά μετά από δυο τρεις μέρες το ξεπερνάω (οποιοδήποτε πρόβλημα αντιμετωπίζω)! Λέω, εντάξει, πρέπει να το παλέψουμε. Βέβαια, το λέμε και απέξω αυτό τώρα ,έτσι; ...».

Η Ειρήνη τονίζει ότι θεωρεί ότι υπάρχει ίαση και σωτηρία. Η ψυχική δύναμη του ανθρώπου ξεπερνά όλα τα εμπόδια. Καταπολεμά και τον καρκίνο. Η ψυχοσωματική προσέγγιση της αρρώστιας, είναι έκδηλη.

«...Εγώ πιστεύω ότι προλαμβάνεται ο καρκίνος και θεραπεύεται. Άλλωστε καλό μου κορίτσι για να πεις ότι κατοικώ με τον καρκινοπαθή ... Να κατοικείς, δηλαδή στον ναό της θλίψης, αν δεν το νοιώσεις δεν μπορείς να βγάλεις συμπέρασμα. Όλα πρέπει να αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και σθεναρά, όχι με μεμψιμοιρία ή τι μου έτυχε και τέτοια... Γιατί πόσοι άνθρωποι έχουν φτάσει στο τέλος είδαν τον θάνατο και είναι καλά τώρα; Προσφέροντας στον άνθρωπο την ψυχική δύναμη γίνεται το θαύμα! Είναι το οξυγόνο, ο άρτος, ανθίζει η ζωή πάλι...».

4.5.2. Απόψεις για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του γυναικολογικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Κατά τα σύγχρονα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης, για την εμφάνιση του καρκίνου της μήτρας ο κύριος συνεργικός παράγοντας είναι η λοίμωξη από το ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων τον HPV. Στην εμφάνιση του ΚΤΜ συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες, όπως η συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων που συνδέεται άμεσα με την μετάδοση του HPV αλλά και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων που ευνοούν τις συνθήκες. Επίσης, συμβάλλουν : η πολυτοκία, η μακροχρόνια λήψη αντισυλληπτικών, η φτωχή διατροφή, το κάπνισμα, κ.ά. Οι αντιλήψεις που καταγράφονται για τους παράγοντες μέσα από τις απαντήσεις των γυναικών, απέχουν στην πλειονότητα τους από τις ιατρικές προτάσεις και οδηγίες. Αναγνωρίζεται ότι ενέχεται η σεξουαλική πράξη την διαδικασία της μετάδοσης κάποιων νοσημάτων και της εκδήλωσης του ΚΤΜ.

Συνειρμικά και αυθόρμητα οι πληροφορήτριες αναφέρονται στους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση όλων των τύπων καρκίνου. Σε αυτό το πλαίσιο, οι προσλαμβανόμενοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του ΚΤΜ, είναι οι εξής : Πιο συχνά αναγνωρίζεται ο κληρονομικός παράγοντας, η συχνή εναλλαγή συντρόφων ή η εν γένει επιπόλαια σεξουαλική συμπεριφορά. Ο κληρονομικός παράγοντας, προσλαμβάνεται να είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του γυναικολογικού καρκίνου του τραχήλου. Βιβλιογραφικά, έχει αποδειχθεί ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι από τους λίγους τύπους καρκίνου που δεν παρουσιάζει κληρονομική προδιάθεση και συσχέτιση.

Η πολιτισμική διάσταση της κοινωνικά κατασκευασμένης σεξουαλικότητας, που καθορίζει τις νόρμες και επιβάλλει πρότυπα, ορίζοντας παράλληλα το άτομο υπεύθυνο για το σώμα του, σε μια κοινωνία κινδύνου, ιχνηλατείται στις αφηγήσεις των υποκειμένων της έρευνας. Η σεξουαλικότητα στιγματίζεται και ενοχοποιείται αφού έχει συνδεθεί με την εμφάνιση νοσημάτων όπως το AIDS, του καρκίνου, κ.ά., προκαλώντας έντονη ηθικολογία, και κοινωνικές επιπτώσεις όπως τον διαχωρισμό ομάδων υψηλού κινδύνου και γενικού πληθυσμού (Nettleton 2002 : 98-101). Σε δύο περιπτώσεις πληροφορητριών, ο προβληματισμός τους επικεντρώνεται στην

σεξουαλική επαφή με τους μετανάστες. Προσλαμβάνονται σαν να πρόκειται για άμεσο κίνδυνο για την δημόσια υγεία. Οι πολιτικές και πολιτισμικές επιρροές της εποχής, αντανακλώνται σε αυτές της αφηγήσεις. Η ξενοφοβία και η απόρριψη του μετανάστη, του ξένου, του αλλόθρησκου φέρεται να βρίσκει πεδίο δράσης και στην αντίληψη της υγείας, αναδεικνύοντας μια κουλτούρα που δρα σε όλα τα επίπεδα.

Η υγιεινή, η καθαριότητα και ο κίνδυνος μόλυνσης, τονίζονται ιδιαίτερα. Γίνεται μια αναφορά στην χρήση των φυτοφαρμάκων και της επιμόλυνσης με την μη τήρηση των κανόνων υγιεινής. Όπως παραθέτει η Douglas, «η αντίληψη μας για την υγιεινή συνδυάζει δύο πράγματα : την φροντίδα για την υγιεινή και την τήρηση των συμβάσεων» (Douglas 2006 : 39). Είναι πέρα λοιπόν από κάθε πολιτισμικό και πολιτικό στοιχείο. Αποτελεί δομικό συστατικό της κοινωνικής ευταξίας και της άσκησης εξουσιαστικών δυνάμεων με την μορφή ηθικών κωδίκων. Οι σεξουαλικοί κίνδυνοι μεταξύ των δύο φύλων αντανακλούν τις ιεραρχικές σχέσεις στην κοινωνική δομή, παρά τους κινδύνους που απορρέουν από τις πραγματικές σχέσεις (Douglas 2006 : 32-33). Για την Douglas, η κοινωνία της επικινδυνότητας έτσι όπως διαμορφώνεται και ηθικά, η μόλυνση και τα σημεία επαφής συνεπάγονται και την παραβίαση των ορίων του σώματος, τα οποία αναγάγει σε κοινωνικά όρια. Συνεπώς, εάν το σώμα απειλείται από έναν επικίνδυνο άλλον, απειλείται και η κοινωνία (Nettleton 2002 : 98).

Οι πληροφορήτριες αναγνωρίζουν ότι στην εμφάνιση του καρκίνου συντελούν : το κάπνισμα, η κακή διατροφή, ο ψυχολογικός παράγοντας και το στρες. Συνοπτικά, αυτό που θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε είναι ότι όλες οι αναφορές στους εμπλεκόμενους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου, αφορούν κυρίως στην ατομική συμπεριφορά και σε σταθμισμένους παράγοντες, σύμφωνα με τα επιδημιολογικά μοντέλα. Ταυτόχρονα καταγράφονται αντιλήψεις για παράγοντες στην υγεία που δεν μπορούν να ελεγχθούν από το άτομο και είναι, όπως αναφέρει η Nettleton η εμφανής ατομική διαφορά του κληρονομικού παράγοντα και το φυσικό περιβάλλον (Nettleton 2002 : 92-93).

Η Κατερίνα παρά το γεγονός ότι η περιπέτεια της με την λοίμωξη HPV την έφερε κοντά στο αντικείμενο και στη γνώση που αφορά τη μετάδοσή του και τη συσχέτισή του HPV με την εμφάνιση του ΚΤΜ, μέσα από την αφήγησή της φαίνεται ότι δεν έχει πειστεί και φέρεται να αμφισβητεί αυτό που προστάσει ο ιατρικός λόγος για την αιτιολογική συσχέτιση του HPV και του καρκίνου του

τραχήλου της μήτρας. Αφετέρου για να τεκμηριώσει την άποψή της για την κληρονομικότητα που αναφέρει, συνδέει το γεγονός με την λήψη του ιστορικού. Είναι αυτό που συχνά στερεοτυπικά, λέγεται «για να ρωτάει ο γιατρός, αυτός ξέρει». Έτσι ο πρώτος παράγοντας εμφάνισης του γυναικολογικού καρκίνου γι' αυτήν είναι η κληρονομικότητα έτσι όπως προσλαμβάνεται μέσα από την λήψη ιατρικού ιστορικού και την πρόσληψη της ιατρικής αυθεντίας.

«...Εγώ τι πιστεύω; Πιστεύω στην κληρονομικότητα, πιστεύω ότι αν είχα κάποια άλλη μορφή του ιού... Παίζει ρόλο η κληρονομικότητα. Αν δεν έπαιζε ρόλο γιατί το πρώτο πράγμα που ρωτάνε οι γιατροί είναι το ιστορικό με το καλημέρα; Είτε είναι για τον καρκίνο του μαστού είτε είναι για τον καρκίνο της μήτρας για οποιοδήποτε καρκίνο, παίζει ρόλο η κληρονομικότητα το οικογενειακό ιστορικό η προδιάθεση που λέμε ότι έχει ο κάθε άνθρωπος. Για μένα δεν είναι τυχαίο!

- Ανέφερες τον καρκίνο της μήτρας.

- Ναι, άλλο η μήτρα, άλλο ο τράχηλος, το ίδιο είναι; Αλλά οι παράγοντες λίγο πολύ είναι περίπου οι ίδιοι. Η κληρονομικότητα πιστεύω εγώ παίζει ρόλο σε όλες τις ασθένειες, όχι τώρα για τον καρκίνο. Βλέπεις ότι το πρώτο πράγμα που σε ρωτάει ο γιατρός είναι αυτό, αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ... Ας πούμε, ότι δεν είναι τυχαίο ότι η μαμά μου είναι 65 χρονών και δεν έχει τίποτα! Η θεία μου 67 η γιαγιά μου 89 που πέθανε, παρόλο που είχαν μεγάλο στήθος και ήταν γεματούλες δεν είχαν πρόβλημα. Ποτέ δεν πήγαν σε γιατρό, ούτε Τεστ Παπ και δεν έχουν πάθει τίποτα. Η μια μου η γιαγιά πέθανε 89, η άλλη πάλι 89 χωρίς ποτέ να έχουν κάτι. Ούτε οι αδελφές τους, ούτε από την οικογένεια του μπαμπά μου, ούτε από της μητέρας μου δεν υπάρχει κάτι. Δεν υπάρχει καρκίνος στο οικογενειακό ιστορικό...».

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας για την Ειρήνη, αναγνωρίζεται ότι προκαλείται από την συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων και από τα κονδυλώματα, όπως αναφέρει. Γνωρίζει ότι δεν υπεισέρχονται κληρονομικοί παράγοντες αλλά εν τη ρύμη του λόγου, πρώτα αναφέρει το κάπνισμα και την κακή διατροφή.

«...Το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η συχνή εναλλαγή των συντρόφων πάνω από όλα αυτό, χωρίς προφύλαξη. Δεν υπάρχει κληρονομικότητα, είναι από σεξ. μεταδιδόμενα από τα κονδυλώματα.».

Την Ελένη την απασχολεί η επιμόλυνση, όπως την αντιλαμβάνεται εκείνη, που πραγματοποιείται με την μεταφορά των φυτοφαρμάκων και την απορρόφηση

τους από το σώμα. Όπως προβάλλει η ίδια, η επιμόλυνση με τα φυτοφάρμακα γίνεται από τους άνδρες που ασχολούνται με τις διάφορες αγροτικές εργασίες. Θέτει το θέμα της καθαριότητας μετά από οποιαδήποτε εργασία, αγροτική εδώ, που βοηθά στην εκδήλωση ασθενειών κατά την άποψή της. Οι άνδρες, οι ακάθαρτοι που δεν πλένονται είναι η αιτία και οι φορείς της μόλυνσης. Οι σεξουαλικές επαφές αποτελούν τον δεύτερο καθοριστικό παράγοντα για εκείνη. Ειδικά οι γυναίκες που συνευρίσκονται ερωτικά με πολλούς άνδρες, που ζουν έκλυτο βίο. Έμμεσα προσδιορίζει τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα σαν αιτιολογικό παράγοντα. Αναφέρει και τον κληρονομικό παράγοντα.

«...Τα φάρμακα, οι διάφορες σεξουαλικές επαφές με πολλούς άνδρες και το κληρονομικό ..και αυτό!

- Ποια φάρμακα εννοείς;

- Ε, να στους αγρότες (τα φυτοφάρμακα, που πηγαίνουν μετά) στις γυναίκες... Τα φάρμακα, όπως δουλεύουν κατουράνε και δεν πλένονται μένουν με τις βρωμιές! Δεν αλλάζουν, δεν σκουπίζονται και παθαίνουν μόλυνση. Μου έλεγε ένας γιατρός ότι και από τους άνδρες, και αυτοί δεν πλένονται και από κει έχεις μεγάλη μόλυνση... και οι πολλοί άνδρες...».

Μερικές πληροφορήτριες εντοπίζουν το πρόβλημα της εμφάνισης του καρκίνου και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, στους μετανάστες. Όσον αφορά το θέμα με τους μετανάστες η Ελένη θεωρεί ότι η στενή σωματική επαφή, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην υγεία. Είναι τουλάχιστον αξιοσημείωτο το γεγονός ότι εκλαμβάνονται σαν ξεχωριστή κατηγορία συντελεστών επιβάρυνσης της δημόσιας υγείας ευνοώντας την μετάδοση ασθενειών. Θεωρούνται ότι εκπροσωπούν μια άλλη κατηγορία ανθρώπων, τους άλλους, οι οποίοι απαξιώνονται και στιγματίζονται ως μιαινοί, με την έννοια που φέρει η πολιτισμική διάσταση της καθαριότητας. Επιπλέον, θεωρούνται φορείς ασθενειών και δεινών. Ο προβληματισμός και φόβος για τον άγνωστο, τον ξένο και η διάσταση της εγγύτητας της σωματικής επαφής, τίθεται από την πληροφορήτρια. Όσο είναι μακριά κάποιος, δεν κολλάει. Η Ελένη εκφράζει μια στερεοτυπική ξενοφοβική αντίληψη μιας μερίδας Ελλήνων για τους μετανάστες.

«...Και αυτοί (οι μετανάστες). Αν είναι μακριά, δεν παθαίνεις τίποτα. Δεν τους φοβάμαι (προσωπικά), τους πλησιάζω. Αν πίνεις (όμως) το ίδιο νερό.. Η καθαριότητα,

η επαφή με το στόμα, αν σε πιάσει... και είναι μολυσμένος ...Ε, τότε εντάξει! Θα κολλήσεις! ...».

Παράλληλα, η Χριστίνα αντιλαμβάνεται τη μετάδοση νοσημάτων μέσα από τη συνεύρεση του άνδρα, κατά κύριο λόγο με ξένες.

«...Τι να πω...Η σεξουαλική επαφή. Να μην έχει πάει ο άνδρας αλλού, με ξένες ... Ε, ναι! Όλα παίζουν ρόλο και η κληρονομικότητα, η διατροφή .. ».

Η Κωνσταντίνα στην περιγραφή της προσδιορίζει τους μετανάστες σαν φορείς όλων των δεινών που συμβαίνουν. Τονίζει, ότι η μητέρα της είναι συνυπεύθυνη για τα φοβικά σύνδρομα που την διακατέχουν σε σχέση με τους άνδρες, καθώς την απέτρεπε από την ερωτική συνεύρεση. Ο εκφοβισμός των νεαρών κοριτσιών από τις μανάδες και τις γιαγιάδες, με στόχο την διατήρηση της αγνότητας, της παρθενιάς, της τιμής της οικογένειας και την αποφυγή της ατίμωσης μέσω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, αποτελούσε πάγια πολιτική τα προγενέστερα χρόνια.

«...Έφυγα 11 χρονών (από το χωριό). Πήγα στην Αθήνα. Ζούσα εκεί με τα αδέρφια μου. Αλλά με είχε φοβίσει η μάνα μου πάρα πολύ! Μην πας με κανέναν άντρα μην σε τρυπήσει, να μην κάνεις και ράνεις!... Τα παιδιά τα γεννάμε από τα πόδια (εννοεί το πέλμα, όπως διευκρινίζει)! Ίσως, μπορεί (να βοήθησε αυτή η αντίληψη στην δημιουργία της φοβίας της για τους άνδρες). Αλλά όχι, όχι! Ξεκίνησε δηλαδή μετά με τα βιώματα που έζησα με τον άντρα μου...».

Η Κωνσταντίνα τονίζει την σεξουαλικότητα αλλά στην προκειμένη περίπτωση η προβληματική της εμφάνισης του καρκίνου μεταβιβάζεται αποκλειστικά στο θέμα της κοινής διαβίωσης σε έναν τόπο με μετανάστες. Η σεξουαλική επαφή και η μόλυνση που προκύπτει από αυτή την συνεύρεση, είναι η διαδικασία που υποβοηθά την εμφάνιση του καρκίνου, κατά την άποψη της. Η Κωνσταντίνα εκφράζει έντονα την άποψη μιας μερίδας πολιτών της τοπικής κοινωνίας, η οποία υιοθετεί μια ακραία στάση που απορρίπτει τους μετανάστες με όρους εθνικιστικής πίστης και ιδεολογίας. Στην αρχή καταφέρεται εναντίον των γυναικών που συνάπτουν σεξουαλικές σχέσεις με τους ξένους. Καταφέρεται εναντίον συγκεκριμένων εθνικοτήτων των μεταναστών και αναφέρει τους έγχρωμους και τους βουλγαρικής καταγωγής (οι δεύτεροι πράγματι αποτελούν μια σχετικά πολυπληθή ομάδα που εργάζονται σε αγροτικές εργασίες, αλλά οι πρώτοι δεν παρουσιάζουν μεγάλο αριθμό στην περιφέρεια του νομού). Παρουσιάζει τη στερεοτυπική εικόνα

του Έλληνα και της Ελληνίδας που θεωρεί ότι για όλα τα δεινά της χώρας του, ακόμα αυτών που συμβαίνουν στην προσωπική και οικογενειακή ζωή τους, ευθύνονται οι ξένοι, οι βάρβαροι, οι αλλόθρησκοι. Περιγράφει την εκτίμηση της για την αλλοίωση της τοπικής κοινωνίας με τους μικτούς γάμους των ντόπιων με μετανάστριες. Θίγει το θέμα της απιστίας των ντόπιων ανδρών με τις αλλοδαπές σαν το κλειδί στην μετάδοση, αφού οι ξένες όλο και κάτι έχουν (σίγουρα είναι φορείς ασθενειών). Απαξιώνει τους μετανάστες, αλλά από την άλλη απαξιώνει και τους ντόπιους άνδρες, τους οποίους θεωρεί ανάξιους, τεμπέληδες και ψυχρούς σεξουαλικά. Η Κωνσταντίνα παραθέτει την άποψή της, για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του γυναικολογικού καρκίνου :

«...Η σεξουαλική επαφή, από μολύνσεις Με πολλούς συντρόφους με αράπηδες, με παλιοβουλγάρους! Ε, χίλια δυο! Τους έχω άχτι! Δεν τους συμπαθώ, είμαι κατά!.. Παντρεύονται τώρα και παίρνουν Αλβανίδες, οι ντόπιοι εδώ πέρα! Είναι όλοι βαρεμένοι! Μα δεν τους παίρνει καμία! Μόνο οι Αλβανίδες θα τους πάρουνε (τους παντρεύονται). (Οι ντόπιοι) πάνω από όλα είναι τεμπέληδες, δεύτερον είναι ψυχροί...»

- Άλλοι παράγοντες θεωρείς ότι παίζουν ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας; -Όχι, όχι!

- Θεωρείς δηλαδή ότι φταίει η επαφή ειδικά με τους μετανάστες;

- Ναι, ναι! Με αυτούς τους φοβερούς που μας ήρθανε! Πάνε με τις μετανάστριες και μετά έρχονται με εμάς. Εγώ σε γενικές γραμμές μισώ και τους άνδρες...».

Η Παναγιώτα έχει την άποψη ότι οι παράγοντες που συμβάλλουν είναι : το κάπνισμα, το περιβάλλον και η κληρονομικότητα.

«...Ε, το κάπνισμα το περιβάλλον, πες μου εσύ τι άλλο... Και το κληρονομικό σίγουρα! Ο δικός μου πατέρας είχε πρόβλημα με την καρδιά. Πρέπει να κάνω και εγώ έλεγχο. Η άλλη η κοπέλα, η θεία της είχε καρκίνο. Και αυτές (τις ανιψιές) τις έβαλαν (οι γιατροί) να κάνουν έλεγχο... Όλα τα κορίτσια της οικογένειας δηλαδή τους έβαλαν να ελεγχθούν... ».

Καταθέτει έναν άλλο προβληματισμό που σχετίζεται με την ερωτική πράξη. Γίνεται φανερό ότι η ερωτική πράξη είναι φορτωμένη με ιδεοληψίες και προκαταλήψεις, φοβικά σύνδρομα και ενοχές. Η παραπληροφόρηση και η προφορική μεταφορά ανακριβών στοιχείων συχνά οδηγούν σε σύγχυση και συντελούν στην διαδικασία κατασκευής μύθων και δοξασιών. Όπως αναφέρει η

Douglas, η έννοια της μιαιρότητας συχνά συνδέεται με την κοινωνική ζωή. Υπάρχουν δοξασίες, σύμφωνα με τις οποίες το κάθε φύλο κινδυνεύει από το άλλο φύλο κατά την επαφή με τα γενετήσια υγρά (Douglas 2006 :33). Στην συγκεκριμένη αναφορά, ο κίνδυνος προσδιορίζεται στην πρόκληση καρκίνου.

«...Είναι αλήθεια ότι αν δεν φυλάγεσαι.. Αν τελειώνει μέσα (αν εκσπερματώνει ο άνδρας) παθαίνεις καρκίνο; Εγώ έχω ακούσει ότι αν ο άνδρας πάει σε κάποια γυναίκα και τελειώσει μέσα είναι πιο εύκολο να πάθεις (καρκίνο) ..., αν κάνεις ελεύθερα...».

Η Ηλιάννα πιστεύει ότι οι παράγοντες που συμβάλλουν είναι η επιπόλαια ερωτική συμπεριφορά. Τονίζεται, η υγιεινή μετά την επαφή αλλά και η αδυναμία του οργανισμού για τη απάντηση στον καρκίνο που παραπέμπει σε καταπονημένο, μειωμένο ανοσοποιητικό σύστημα. Έτσι εξηγεί και την εμφάνιση του καρκίνου σε παιδιά. Η ψυχοσωματική αντίληψη της υγείας είναι φανερή, αλλά και η προκατάληψη ότι όταν σκέφτεσαι κάτι έντονα το προκαλείς, προκαλείς την μοίρα σου. Επιπροσθέτως πιστεύει ότι και το κάπνισμα συμβάλλει σημαντικά.

«... Άστατη ερωτική ζωή. Η μη σωστή υγιεινή, η καθαριότητα μετά την επαφή αλλά και γενικά. Κληρονομικά αίτια μετά. Και οργανικά, να είναι αδύναμη οργανικά μια γυναίκα ή κάποιος, γιατί ο καρκίνος εκδηλώνεται και σε παιδιά!.. Να είναι πρόσφορο το έδαφος δηλαδή. Και ψυχολογικά. Όταν σκέφτεσαι, ότι : "Εγώ πω, πω! Θα πάθω....". Ε, θα πάθεις κάποια στιγμή κάτι! Και το κάπνισμα από πακέτο και πάνω πιστεύω...».

Η Τούλα συμμερίζεται την ίδια άποψη για την επίδραση του ψυχολογικού παράγοντα στην εμφάνιση του καρκίνου, μετά την αναφορά της στα σεξ.μεταδιδόμενα νοσήματα. Η επίδραση του στρες στην εμφάνιση του καρκίνου είναι άμεση, καθώς δίδει χρονικό προσδιορισμό ενός μηνός.

«...Τα σεξ. μεταδιδόμενα νοσήματα αυτά που λέμε έτσι τώρα.... Ο καρκίνος έτσι και αλλιώς γενικά μιλάμε τώρα εμφανίζεται από πίεση, από στρες δηλαδή. Όλοι αναπτύσσουμε καρκίνο, αλλά το καταπολεμάμε. Εγώ αυτό πιστεύω ότι όσοι εμφανίζουν είχαν πολύ μεγάλη πίεση ένα μήνα πριν ακριβώς. Ψυχολογικό δηλαδή είναι με λίγα λόγια. Και η διατροφή παίζει ρόλο και όλα....».

4.5.3. Γνώσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Οι γνώσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) των πληροφορητριών είναι περιορισμένες. Είναι αξιοσημείωτο, ότι μερικές γυναίκες δεν έχουν ακούσει καθόλου για αυτά τα νοσήματα, όπως καταθέτουν. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από την περιορισμένη ή την έλλειψη ενημέρωσης από οποιοδήποτε επαγγελματία υγείας, από προγράμματα ενημέρωσης φορέων υγείας ή από τα ΜΜΕ. Αφετέρου, οι μεγαλύτερες σε ηλικία πληροφορήτριες, δεν φαίνεται να τις απασχολούν τέτοια ζητήματα, ζώντας προστατευμένες κάτω από την συζυγική εστία και έχοντας ολοκληρώσει έναν κύκλο ζωής που δεν περιλαμβάνει την αναζήτηση νέων ερωτικών συντρόφων.

Η εμπειρία καταδεικνύει ότι όχι μόνο οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας αλλά και οι νεαρές γυναίκες και οι έφηβοι παρουσιάζουν ένα μεγάλο κενό ενημέρωσης σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και υγιεινής. Η συζήτηση για αυτά τα θέματα ίσως ακόμη να είναι ταμπού και να προκαλεί ακόμη και σήμερα αμηχανία, αλλά στην προκειμένη περίπτωση η άγνοια είναι τουλάχιστον επικίνδυνη και επιζήμια. Οι μαρτυρίες μερικών πληροφορητριών καταγράφουν την παντελή άγνοια για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ακόμη, και για το AIDS παρά τον τόσο θόρυβο που προκλήθηκε και την τόσο μεγάλη προβολή από τα ΜΜΕ, φέρονται να μην έχουν ακούσει τίποτε σχετικό.

Η Παναγιώτα δηλώνει άγνοια ακόμη και για το AIDS.

« ...Όχι! Τι είναι αυτά;

- Μήπως έχεις ακούσει για τα κονδυλώματα, για το AIDS ;

- Όχι, τίποτα!».

Η Κωνσταντίνα το ίδιο:

«... Πώς; Μάλλον όχι, τίποτα! ...».

Η Χριστίνα αναφέρει ότι κάτι έχει ακούσει για τα κονδυλώματα, αλλά δεν ξέρει τι ακριβώς είναι. Αναγνωρίζει ότι η οδός μετάδοση είναι μέσω της σεξουαλικής επαφής. «...Ε, δεν ξέρω τι να πω..

-Ξέρεις από τι προκαλούνται;

- Επαφή, όταν έχει ο άλλος, γεμίζεις...».

Η Ελένη τονίζει ότι για την εμφάνιση τους ευθύνονται οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι, ενώ η απομάκρυνση από την σωματική επαφή, εξασφαλίζει την πλήρη διατήρηση της σεξουαλικής υγείας.

«... Όχι, τι είναι αυτό; Α, τα αφροδίσια που λέμε; Είναι από τις σεξουαλικές επαφές από διάφορους άνδρες, αν είναι μακριά σου δεν παθαίνεις τίποτα...».

Η Κατερίνα, καθώς έχει έρθει σε επαφή με εξειδικευμένους επιστήμονες για την αντιμετώπιση του προβλήματος της, γνωρίζει περισσότερα πράγματα για τα ΣΜΝ. Έχει απομυθοποιήσει την έννοια των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων από τα οποία αντιλαμβάνεται ως πιο σοβαρό το AIDS, το οποίο για την ίδια είναι ταμπού. Το ίδιο και η σύφιλη. Αυτά τα νοσήματα κατά την άποψη της επισύρουν κοινωνικό στιγματισμό. Η συζήτηση γύρω από το σεξ επίσης είναι απαγορευμένο ζήτημα.

«... Δεν με πειράζει. Όποιος και να είναι μπροστά, γνωστός κτλ. το συζητάω.

- Δεν το θεωρείς ταμπού;

- Δεν μιλάμε για το HIV (εϊτς αϊ βι, τονίζει τα γράμματα) μιλάμε για HPV (εϊτς πι βι)!

- Αν ήταν κάτι τέτοιο;

- Σίγουρα δεν θαμίλαγα! Γενικώς, όμως οτιδήποτε αφορά το σεξουαλικό ζήτημα δεν έχω κανένα ταμπού, ούτε και για τα σεξ. μεταδιδόμενα νοσήματα. Όσον αφορά δηλαδή να το συζητήσω μπροστά και σε έναν απλό γνωστό. Εντάξει, όχι δηλαδή και πως κάνουμε σεξ. Αλλά δεν νομίζω ότι ούτε τον αφορά εάν πέρασα κονδυλώματα ή HPV ή άλλη σεξ. μεταδιδόμενη ασθένεια. Εντάξει, οπωσδήποτε για κάποια σύφιλη ή κάτι τέτοια βαριά νοσήματα, εάν είχα κάτι τέτοιο σίγουρα δεν θα το έλεγα μπροστά σε όλους. Κοίτα πιστεύω ότι το HPV αφορά το 80% των γυναικών, του γυναικείου σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού έχει HPV. Δεν ξέρουμε τι τύπο ιού έχει και πολλές γυναίκες δεν ξέρουν καν ότι έχουν. Γιατί δεν έχουν κάνει ποτέ ταυτοποίηση για το HPV παρά μόνο εάν δούνε κάτι στο Τεστ Παπ...».

Η Ειρήνη απαντά μονολεκτικά ότι έχει κάποιες γνώσεις για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων : *«..Ναι, είναι τα κονδυλώματα...»*, αλλά παράλληλα αναφέρεται σε άλλο σημείο της αφήγησης της στο AIDS, στην σύφιλη και στην βλεννόρροια.

Όσες πληροφορήτριες δηλώνουν ότι έχουν κάποια σχετική γνώση για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή τα αφροδίσια, κάνουν αναφορά συνολικά στο AIDS, στο HPV, στα κονδυλώματα, στην βλεννόρροια και στη σύφιλη. Ακόμα και

οι πληροφορήτριες που δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν για τα ΣΜΝ, αναγνωρίζουν ότι η κύρια οδός μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή.

4.5.4. Προσλαμβάνουσες αντιλήψεις των ΣΜΝ και του καρκίνου- μια συγκριτική προσέγγιση

Οι αντιλήψεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που καταγράφονται, φαίνεται να διαμορφώνουν μια γενικότερη εικόνα που συνδυάζεται με την επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Στην μετάδοση και την εμφάνιση ΣΜΝ, αναγνωρίζεται ο καθοριστικός ρόλος των πολλαπλών ερωτικών συντρόφων. Η συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων προσλαμβάνεται ότι χαρακτηρίζει μια έκλυτη ζωή, η οποία αποδοκιμάζεται και κατακρίνεται, τοιουτοτρόπως. Καταγράφεται η επικρατούσα αντίληψη ότι τα ΣΜΝ μεταδίδονται και με την κοινή χρήση τουαλέτας.

Τα ΣΜΝ καθορίζουν έναν κοινωνικό στιγματισμό καθώς η πρόσληψη τους συνδέεται με παράτυπες σεξουαλικές συνήθειες. Ο στιγματισμός που πέρασε μέσα από τα ΜΜΕ για τον τρόπο μετάδοσης του AIDS στην δεκαετία του '80 στους ομοφυλόφιλους, καθόρισε στην κοινή συνείδηση και την μπόλιασε με την επικριτική αμφιβολία *ότι κάτι στραβό θα έκανε αυτός για να κολλήσει, κάτι πέρα από τα συνηθισμένα, κάτι περίεργο*. Η σεξουαλική διαστροφή, έτσι όπως προσλαμβάνεται ότι απέχει από την κοινή συνηθισμένη πρακτική άσκησης των σεξουαλικών επιδόσεων των απλών ανθρώπων που η ευρύτητα της αποδοχής καθορίζει και το τι είναι φυσιολογικό και τι όχι, τιμωρείται για άλλους από τον Θεό, και για άλλους από την φύση, με την μετάδοση των νοσημάτων αυτών. Δηλαδή, εκλαμβάνεται σαν μια πραγματική τιμωρία που συμβαίνει, εδώ και τώρα. Τα ΣΜΝ εν ολίγοις, συνδυάζονται στερεοτυπικά με την ανηθικότητα και αυτό αποτελεί το κυρίαρχο στοιχείο στιγματισμού.

Ο γυναικολογικός καρκίνος, αναγνωρίζεται από τις περισσότερες πληροφορήτριες ότι δεν είναι μεταδοτικό νόσημα, αν και προκαλεί κάποιο φόβο και ανησυχία. Προσλαμβάνεται σαν ένα νόσημα που σχετίζεται μερικώς και αυτό με την έκλυτη σεξουαλική ζωή.

Η Κωνσταντίνα, λέει ότι σε περίπτωση που μια φίλη της θα εκδήλωνε καρκίνο του τραχήλου, δεν θα την κατέκρινε παρόλα αυτά θα την σχολίαζε.

«...Όχι, αν ήταν φίλη μου. Όχι, απλά θα της συμπαρασταθώ. Μπορεί να την πείραζα να της έλεγα: "Μωρή, πήρες την Πελοπόννησο όλη! Καλά να πάθεις τώρα!".. Έτσι χαριτολογώντας, αλλά θα με πονέσει».

Δεν θα είχε όμως την ίδια συμπονετική συμπεριφορά εάν της ανακοίνωνε ότι πάσχει από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

Αυτό που διαφαίνεται είναι αφενός, ότι η κοινή χρήση της τουαλέτας, όπου κατά κάποιο τρόπο εκτίθενται τα γεννητικά όργανα σε παθογόνους και μολυσματικούς παράγοντες (η έκθεση τα καθιστά ευάλωτα και ανυπεράσπιστα σε κάθε λογής κινδύνους και στην μιαιρότητα), προσλαμβάνεται σαν παράγοντας και φορέας μετάδοσης ανάλογων νοσημάτων. Αφετέρου, καταγράφεται η εντύπωση ότι τα νοσήματα αυτά μεταδίδονται κατά την κοινή αντίληψη με άλλους τρόπους, από αυτούς που προτάσσει η ιατρική επιστήμη. Συνεχίζει, λέγοντας ότι σε περίπτωση που η φίλη της παρουσίαζε κάποιο ΣΜΝ, δεν θα έκανε κοινή χρήση τουαλέτας. Η όρθια στάση του σώματος τεκμηριώνει την αντίληψη περί εγγύτητας με τον δυνητικά μολυσμένο τόπο.

Ο μιαιρός χώρος της τουαλέτας, ο οποίος σχετίζεται με απόλυτα φυσιολογικές διαδικασίες του οργανισμού αλλά συνδέεται με απολίτιστες συμπεριφορές, με την έννοια του εκπολιτισμού του σώματος -μια ατελή οντότητα σε διαρκή διαδικασία- έτσι όπως καταγράφεται από τον Elias (Shilling 2003 : 132), παρουσιάζεται σαν έχει αυτόνομη δυνητική διάσταση φορέα επιμόλυνσης. Η απολύμανση με την χλωρίνη, το οποίο προσλαμβάνεται ως το απόλυτο χρηστικό υγρό καθαριότητας, ολοκληρώνει την τακτική της εξολόθρευση των μiasμάτων και τον τελετουργικό εξαγνισμό του οικιστικού χώρου.

«...Όχι, φυσικά δεν θα πήγαινα (δεν θα έκανε χρήση της ίδιας τουαλέτας), γιατί πιστεύω ότι είναι κολλητικό. Γενικά αποφεύγω τις τουαλέτες. Δεν πηγαίνω δηλαδή! Προτιμώ να κρατηθώ, ή στα όρθια.... Μια φίλη μου είχε και έμεινε στο σπίτι μου! Και όταν μου είπε ότι είχε κονδυλώματα... Τι χλωρίνη έριξα! Και της δώρισα και τις πετσέτες που χρησιμοποίησε...».

Η Παναγιώτα συμφωνεί :

«...Όχι, βέβαια εγώ με τίποτα, δεν θα πήγαινα στην ίδια τουαλέτα...», εάν, είχε έστω την υπόνοια ότι η φίλη της παρουσίαζε ΣΜΝ. Τονίζει ότι στην περίπτωση που η φίλη της, της έλεγε ότι παρουσίασε καρκίνο :

«...Ε, δεν είναι κολλητικός ο καρκίνος! Θα πήγαινα αλλά με προφύλαξη, κάθομαι έτσι ψηλά ...».

Η Χριστίνα υπερθεματίζει λέγοντας ότι και στις δύο περιπτώσεις θα έπραττε το ίδιο, θα απέφευγε την επαφή με την λεκάνη της τουαλέτας.

«...Όχι, δεν θα πήγαινα ή θα έπαιρνα προφυλάξεις. Δεν θα καθόμουν στην τουαλέτα .. ».

Η Κατερίνα προσδιορίζει τον τρόπο μετάδοσης των ΣΜΝ στην τριβή, στην παρατεταμένη δυναμική της επαφής, στην ανταλλαγή σωματικού υλικού. Γνωρίζει ότι δεν πραγματοποιείται αερογενής μετάδοση των νοσημάτων, παρόλα αυτά εμμένει στην αποφυγή άμεσης επαφής με το κάθισμα της τουαλέτας.

«...Ναι, αλλά δεν θα καθόμουν στο κάθισμα! Αλλά, ξέρω πολύ καλά ότι δεν κολλάς με τον αέρα, κολλάς με την τριβή ...αν έκανα σεξ, μαζί της ας πούμε! Ε, τι να σου πω άλλο !... ».

Η Ηλιάννα συνειρμικά αναφέρεται στον τρόπο μετάδοσης του ιού του AIDS, και τονίζει :

«... Θα σου πω. Ο ιός ξέρω ότι μεταδίδεται από το σάλιο τον ιδρώτα και κάποια πληγή αν έχεις. Και την επαφή. Αν χρησιμοποιούσα την ίδια τουαλέτα... Όχι, δεν νομίζω. Όχι, δεν θα πήγαινα καθόλου! Και θα την αγαπούσα και θα με αγαπούσε, όπως πριν. Αν είχε καρκίνο, ο καρκίνος δεν είναι μεταδοτικός, θα πήγαινα...».

Η Τούλα τονίζει ότι στην περίπτωση που μια φίλη της παρουσίαζε κάποιο σεξ.μεταδιδόμενο νόσημα θα έκανε χρήση της ίδιας τουαλέτας, αλλά δεν θα ακουμπούσε. Φαίνεται ότι θα ακολουθούσε την ίδια τακτική και στην περίπτωση που η φίλη της παρουσίαζε καρκίνο του τραχήλου. Είναι η μόνη αναφορά που γίνεται έμμεσα νύξη για την αντίληψη της μεταδοτικότητας του καρκίνου.

«...Εδώ ισχύει ότι ισχύει αν θα πήγαινες σε δημόσιες τουαλέτες. Δεν θα ακουμπούσα...(Για τον καρκίνο) Στον τράχηλο εννοείς; Όχι, το ίδιο (δεν θα ακουμπούσα). Γιατί με αυτή την έννοια, θα μπορούσε να κολλήσει και η κόρη μου».

Η Ειρήνη περιγράφει στην άποψη της μια άλλη διάσταση του ζητήματος των ΣΜΝ. Καταρχήν, προσδιορίζει την έννοια του αμυντικού συστήματος και την προσλαμβανόμενη αντίληψη της ότι τα αρνητικά συναισθήματα επιδρούν στην βιολογικά οριζόμενη άμυνα του οργανισμού και την υπονομεύουν. Κατά δεύτερον, έτσι όπως τοποθετείται παράγει την θεώρηση ότι η ιατρική αποτελεί σύμμαχο του μαχόμενου, του ευρισκόμενου σε άμυνα από την εξωγενή επίθεση λοιμογόνου παράγοντα, οργανισμού και παρέχει την λύση σε κάθε πρόβλημά του. Τονίζει το

τυφλό σημείο από την μόλυνση στην έκφραση της νόσου, όπου εκεί κάποιος μπορεί εν αγνοία του (καλή τη πίστη) να επιτρέψει την αναμετάδοση. Η άποψη που παρουσιάζει είναι ότι μερικά από αυτά τα νοσήματα γίνονται αντιληπτά δια γυμνού οφθαλμού, ενώ άλλα όπως το AIDS, όχι. Τονίζει :

«...Θα την συμβούλευα να μην χάσει, να μην χαθεί από μέσα της το αμυντικό σύστημά της, ότι η ιατρική μπορεί να έχει λύση. Και να μην γεμίσει τον εαυτό της με αρνητικά συναισθήματα, το μίσος για τον άλλον που την κόλλησε. Γιατί υπάρχουν ασθένειες που κάνουν ένα μήνα να εκδηλωθούν. Να μην είχε σημάδια και να μην το ήξερε. Π.χ. αν έχει AIDS, που να το ξέρει! Ενώ η βλεννόρροια δίνει, η σύφιλη δίνει (συμπτώματα). Να μην δημιουργηθούν αρνητικά συναισθήματα για αυτόν που μας κόλλησε... ».

Για την κοινή χρήση τουαλέτας, τονίζει ότι ο προληπτικός καθαρισμός της λεκάνης, ελαττώνει τον κίνδυνο επιμόλυνσης. Η καθαριότητα προσλαμβάνεται σαν τακτική απομάκρυνσης του κινδύνου. Ενός κινδύνου που υφίσταται συνεχώς.

«...Σήμερα υπάρχουν ισχυρά αντιβακτηριακά και θα έκανα την απολύμανση και θα πήγαινα. Εδώ μέσα που πάμε (στην ίδια τουαλέτα τόσοι άνθρωποι στο χώρο εργασίας), ξέρεις τι έχει ο άλλος; Όχι! (Αλλά) είναι αναγκαίο, είναι αναπόφευκτο (να χρησιμοποιήσεις την τουαλέτα)...».

Οι τοποθετήσεις των πληροφορητριών παρουσιάζουν την παραπληροφόρηση και την λανθάνουσα αντίληψη, τους μύθους στην ουσία, για τον τρόπο μετάδοσης των ΣΜΝ μέσα από την επαφή στην ουσία με χρηστικά αντικείμενα (εδώ, για την εκπλήρωση βιολογικών λειτουργιών), ενώ είναι ευρέως γνωστή η ιατρική άποψη για την άμεση ερωτική επαφή σαν κύρια οδό μετάδοσης. Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι η μετάδοση με την εμπλοκή αντικειμένων εμφανίζεται να έχει τις λιγότερες πιθανότητες, διότι οι παθογόνοι ιοί και τα μικρόβια δεν έχουν την ικανότητα να επιβιώσουν σε ξένο περιβάλλον, μακριά από το ανθρώπινο σώμα, το σώμα του ξενιστή με όρους επιδημιολογίας.

Επιπλέον, ενώ ο καρκίνος προκαλεί αισθήματα φιλανθρωπίας (μερικές φορές οίκτου και την ανάγκη για συμπαράσταση), αντιθέτως η κατάσταση που σχετίζεται με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, προκαλεί αποστροφή και κάθε άλλο παρά αισθήματα συμπόνιας. Η κριτική οφείλεται στην προσλαμβανόμενη διάσταση της προέλευσης αυτών των νοσημάτων. Αυτό που γίνεται αντιληπτό είναι ότι, δεδομένου της ιατρικής άποψης για την σύνδεση του HPV με τον καρκίνο του τραχήλου και την αναπόφευκτη αναγωγή της έννοιας του KTM σε σεξουαλικά

μεταδιδόμενο νόσημα, υπάρχει πιθανότητα να υπάρξει μεταστροφή και στην προσλαμβανόμενη αντίληψη για τον καρκίνο του τραχήλου, στο μέλλον.

4.5.5. Αντιλήψεις για την σεξουαλικότητα

Η σεξουαλικότητα και η σεξουαλική δραστηριότητα, όπως προκύπτει από τις μαρτυρίες, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι για την γυναικεία οντότητα, για την ατομική, ψυχική υγεία και την οικογενειακή αρμονία.

Καταρχάς, η σχέση ανάμεσα στο βιολογικό φύλο, το κοινωνικό φύλο και τη σεξουαλικότητα είναι σύνθετη. Τα άτομα διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στη συγκρότηση των φυλετικών και σεξουαλικών τους ταυτοτήτων, οι οποίες δεν αποτελούν καθορισμένες και αμετακίνητες οντότητες αλλά διαμορφώνονται και συγκροτούνται συνεχώς. Η σεξουαλική συμπεριφορά από την άλλη ενώ παραμένει και είναι κομμάτι της ταυτότητας του ανθρώπου στην ουσία, προκύπτει από τις σχέσεις που υπάρχουν μέσα σε ένα πολιτισμικό και ιστορικό πλαίσιο. Η σεξουαλικότητα είναι κάτι περισσότερο από ένα φυσικό βιολογικό φαινόμενο, είναι κοινωνικά κατασκευασμένη. Η σεξουαλικότητα λειτουργεί ως μέσο κοινωνικού ελέγχου στις ζωές των γυναικών και οι άνισες σχέσεις εξουσίας ανδρών γυναικών, αντανακλώνονται και στο επίπεδο των σεξουαλικών σχέσεων. Η σεξουαλικότητα εμπεριέχει αντιλήψεις και επιθυμίες καθώς και τους τρόπους με τους οποίους αυτές διαπραγματεύονται σε κοινωνικό επίπεδο και δομούνται στο πλαίσιο των σχέσεων εξουσίας. Η σεξουαλικότητα κατά αυτήν την έννοια είναι, δημόσια και ιδιωτική κοινωνικά κατασκευασμένη και ταυτόχρονα προϊόν ατομικής δράσης (Κογκίδου 2005).

Μερικές πληροφορήτριες προσλαμβάνουν το σεξ σαν απόλαυση και σωματική ικανοποίηση. Άλλες εκδηλώνουν μια άρνηση και το εκλαμβάνουν σαν αγγαρεία. Η ψυχική διάθεση πρωταγωνιστεί. Όταν υπάρχει η ψυχική επαφή, το σώμα συλλειτουργεί. Το σώμα χρησιμοποιείται όταν πρέπει να δικαιολογηθεί η απόρριψη για την σεξουαλική διαδικασία. Η Ελένη, με ιστορικό ολικής υστερεκτομής από την ηλικία των 31 ετών διαχωρίζει, όπως παραθέτει, ανατομικά τα όργανα του σώματός της σε αυτά που παράγουν και συμμετέχουν στην ερωτική ικανοποίηση,

και στα άλλα του γεννητικού συστήματος που δεν έχουν ανάλογη λειτουργία. Το σώμα παράγει την ερωτική επιθυμία κατά την άποψη της και η ίδια δεν θεωρεί το σώμα της ιδιαίτερα ερωτικά παραγωγικό. Για την ίδια είναι μια υποχρεωτική διαδικασία η συμμετοχή στην ερωτική πράξη, για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του συζύγου της. Αναγνωρίζει ότι στη διαδικασία εκδήλωσης σεξουαλικής επιθυμίας, εμπλέκεται η ψυχική διάθεση. Τονίζει παράλληλα τα ιδιαίτερα προβλήματα τις καθημερινότητας που έχει να αντιμετωπίσει. Η οικονομική ένδεια και η ανεργία, την απασχολούν περισσότερο από όλα τα άλλα. Η υστερεκτομή, η αφαίρεση της παραγωγικής μήτρας στην οποία υπεβλήθη σε νεαρή ηλικία, ενώ στην αρχή παραθέτει ότι δεν της δημιούργησε προβλήματα, στην συνέχεια αποκαλύπτει ότι συνέβαλε στην εμφάνιση αγχωτικής συνδρομής, την οποία αντιμετωπίζει με αγωγή.

«...Το πήρα ψύχραιμα (για το χειρουργείο). Ήμουν μια ζωή.. και πριν δηλαδή δεν ήμουν πολύ ...για το σεξ λέω. Και που με ρωτάνε οι φίλες μου πως είναι (τόρα μετά το χειρουργείο), το ίδιο τους λέω. Όπως και τότε, έτσι είμαι και τώρα... Και υπάρχουν και οργανισμοί. Άλλο του οργανισμού τα όργανα, και άλλο τα άλλα τα γεννητικά, μέσα (αυτά που έχει αφαιρέσει) ... Ο γιατρός μου τα εξήγησε, άλλο το αυτό και άλλο τα μέσα. Δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα όποιος θέλει το κάνει (το σεξ). Ψυχολογικά είναι όλα. Και να μην μου το έλεγε, είναι τέτοιο το σώμα μου! Αγγαρεία κάνω, γιατί το θέλει ο άλλος πρέπει να το κάνεις....Όχι, (δεν αποζητώ την σωματική επαφή) έχω στενοχώριες. Οι αρρώστιες, η φτώχεια, είχα και τα ψυχολογικά μου. Δεν κοιμόμουνα, είχα άγχος... Όταν παίρνω τα φάρμακα είμαι καλά. Έπαιρνα ένα χάπι ηρεμιστικό. Ε, είναι και τα οικογενειακά προβλήματα. Τώρα δεν έχω δουλειά! Πώς να περάσει η μέρα μου; ».

Η Κωνσταντίνα είναι καταγιστική στην άποψη που παραθέτει, λέγοντας ότι το σεξ είναι αγγαρεία.

«...Με το σεξουαλικό είσαι υποχρεωμένη!(Δεν σκέφτεται ο άλλος) αν είσαι κουρασμένη, αν δεν ζύπνησες καλά, αν, αν.... Εμ, έτσι εμείς τους κάνουμε.. Δεν θέλω, δεν θέλεις (να κάνουμε σεξ), τελείωσε! Με το ζόρι; Αν τους πεις έλα , έλα... (τότε όλα καλά!)... ».

Η απενοχοποίηση της σεξουαλικότητας και η απελευθέρωση αποδίδεται στην παρακολούθηση ταινίας για ενηλίκους, από την Ελένη, που προσλαμβάνεται σαν μια πράξη γενναιότητας και εξέλιξης. Είναι αξιοσημείωτη η προσέγγισή της για την

ερωτική πράξη, την οποία αντιλαμβάνεται σαν τιμωρία για το σώμα. Ταυτόχρονα, είναι και απόλαυση στα πλαίσια της συζυγικής σχέσης. Η πράξη είναι ανήθικη και προβληματική για την ίδια, και δύναται να χρησιμοποιηθεί με το σκεπτικό της εκδίκησης. Το σώμα χειραγωγείται για αλλότριους σκοπούς.

«...Είδα και το βίντεο της Τζούλιας ! Αηδία! Αλλά δεν ντρέπομαι... Το σεξ είναι τιμωρία για το σώμα. Είναι και απόλαυση αν το κάνεις με τον σύζυγο. Εξαρτάται τι ζητάς... Αν πας με άλλονε για τιμωρία για τον άνδρα σου, για εκδίκηση! ...».

Για την Παναγιώτα η σεξουαλική ζωή είναι ουσιαστική. Το σεξ για την ίδια είναι απόλαυση, η ζωογόνος δύναμη. Δεν αποτελεί ταλαιπωρία ή εξαναγκασμό. Ταλαιπωρία είναι η αρρώστια ή κάποιο ατύχημα που μπορεί να σου συμβεί.

«... Είναι απόλαυση το σεξ. Ούτε σαν ταλαιπωρία (το βλέπω). Μπορείς να κόψεις το πόδι σου... Έσπασα την φτέρνα (κάποτε) κατέβηκε όλο κάτω ... Το να πάθεις κάτι τέτοιο είναι ταλαιπωρία! Να χτυπήσεις στο χέρι, στο πόδι (αυτό είναι ταλαιπωρία)...».

Η Ειρήνη τονίζει ότι απαραίτητη προϋπόθεση για την ερωτική συνεύρεση είναι η καλή επικοινωνία και η ψυχική επαφή. Η επιλογή του ερωτικού συντρόφου είναι σημαντική και τα κριτήρια που ορίζει δεν είναι μόνο η ικανοποίηση των ερωτικών ορμών, αλλά η συνένωση δύο ανθρώπων.

«...Όχι, είναι τέρψη, είναι ηδονή. Άκου, στο σεξ πρέπει να υπάρχει συναίσθημα πάρα πολύ. Δεν είναι ότι πάμε με όποιον και όποιον. Η γενετήσια ορμή πρέπει να εκδηλώνεται, δεν λέω αλλά...».

Πιστεύει στην συνένωση ψυχής και σώματος στην ερωτική επαφή, σε ένα εξιδανικευμένο μοντέλο ερωτικής επαφής που προκύπτει μέσα από την αγάπη και το συναίσθημα. Συνεχίζει, καταθέτοντας την εμπειρία της απιστίας από τον σύζυγό της, που βίωσε πολύ έντονα. Το εξέλαβε σαν απόρριψη, ότι την ακύρωσε σαν άνθρωπο. Όπως περιγράφει, οδήγησε το σώμα της, τον οργανισμό της να αποβάλει την ερωτική επιθυμία για τον συγκεκριμένο άνθρωπο. Αυτό που προβάλλει είναι και ο φόβος για να της μεταδοθεί και κάποιο νόσημα. Το σώμα του άλλου εκλαμβάνεται σαν φορέας κινδύνου, και η ερωτική πράξη επικίνδυνη. Το συμμετέχον στην ερωτική πράξη σώμα, δεν προσλαμβάνεται αποκομμένο από την ψυχή για την ίδια. Η ερωτική ηδονή αφορά όλο το «είναι» του ανθρώπου. Αλλά επιστρέφει στον επιστημονικό καταμερισμό, για να αιτιολογήσει την ύπαρξη ερωτικών ζωνών στο σώμα. Η επιστημονική γνώση εμπλέκεται σε όλες τις εκφάνσεις της βιολογικής λειτουργίας του ανθρώπου και καθορίζει στάσεις και απόψεις.

«... Εγώ πίστευα ότι είχα μονογαμική σχέση και από τους δύο έτσι ...Όταν αντιλήφθηκα ότι δεν υπάρχει σταμάτησα το σεξ, γιατί ο φόβος φυλάει τα έρμα. Έρχονται και άλλοι παράγοντες και σε αφυδατώνουν. Η απόρριψη (από τον άλλον). Και (μετά) ο ίδιος ο οργανισμός δεν θέλει αυτή την σχέση, απορρίπτει το σεξ, ο οργανισμός το αποβάλλει... Στο σεξ πρέπει να υπάρχει και συναίσθημα. Δεν φτάνει δυο άνθρωποι να συμμετέχουν στην πράξη. Το σώμα δεν είναι μόνο ο κόλπος, το στήθος.... Είναι η ψυχή και το σώμα! Από το σώμα είναι και οι ερωτογενείς ζώνες. Γιατί το λένε οι επιστήμονες τότε; ...».

4.5.6. Αντιλήψεις για τις πρακτικές υγιεινής

Οι πρακτικές που ακολουθούν μετά την σεξουαλική πράξη είναι, οι συνήθειες στερεοτυπικές πρακτικές υγιεινής φροντίδας του βιολογικού σώματος. Μέσα από τις μαρτυρίες καταγράφονται αντιλήψεις για την καθαρότητα, για την πρόσληψη του σώματος τους και του σώματος του άλλου, του άνδρα.

Στις αναφορές μερικών γυναικών, γίνεται λόγος για τα σωματικά υγρά τα οποία προσλαμβάνονται σαν μιαρά και ακάθαρτα, υγρά που μολύνουν. Οι υπολανθάνουσες αντιλήψεις για το αμαρτωλό σεξ προσδίδουν στα καθ' όλα φυσιολογικά σωματικά υγρά, αποτροπιαστικές και επαίσχυντες ιδιότητες και χαρακτήρα. Ο άνδρας προσλαμβάνεται ότι είναι αυτός που *λερώνει* καθώς γίνονται εμφανείς οι εκκρίσεις του με την εκσπερμάτιση. Η μιαρότητα των σωματικών του εκκρίσεων μπορεί να παραλληλιστεί με την μιαρότητα με την οποία προσλαμβάνεται η γυναικεία εμμηνορρυσία, χωρίς να παρουσιάζει την αντίστοιχη περιοδικότητα.

Το λουτρό μετά την ερωτική επαφή πέρα από την πρακτική του αξία, ειδικά η επαφή με το νερό προσλαμβάνεται σαν τελετουργική διαδικασία καθαρισμού και εξαγνισμού. Το νερό εξαγνίζει διαχρονικά και διαπολιτισμικά με αξιακή σταθερότητα. Η εμβάπτιση του σώματος (που παραπέμπει στη βάπτιση και κάθαρση του προπατορικού αμαρτήματος) στην καθαρότητα του διάφανου, διαυγούς νερού απομακρύνει την βάρος της μιαρότητας και της αμαρτίας. Απελευθερώνει τη συνείδηση από τα απεχθή αισθήματα της ντροπής και της ενοχής. Μια διαδικασία που προλαμβάνει και θεραπεύει την συνειδησιακή απόρριψη του έκπτωτου σώματος. Το σεξ συνδέεται με τα βασικά, ζωώδη ένστικτα του ανθρώπου και έχει ταυτιστεί

με την απολίτιστη εικόνα του. Η θρησκευτικότητα ενισχύει αυτή την ιδεοληψία ορίζοντας το ως απαγορευμένο, και μεγεθύνοντας τα ενοχικά σύνδρομα γύρω από μια φυσιολογική ανθρώπινη σωματική λειτουργία. Όπως αναφέρει ο Vigarello, το λουτρό αναδεικνύει δύο δυναμικές που διατρέχουν την ιστορία της καθαριότητας. Την δυναμική του νερού, το οποίο επιβάλλει ξεχωριστούς χειρισμούς, από τα ντους των φτωχών που κατεργαζόταν τους μύες, λύτρωνε το δέρμα και προσέφερε τόπους κοινωνικότητας, στην αστική καθαριότητα με τις αυξημένες ανάγκες της ελίτ. Η σημερινή καθαρότητα, αφορά στην αόρατη διάσταση του σώματος, βασισμένη σε ενδόμυχες αισθητηριακές προσλήψεις, με ψυχολογικές προεκτάσεις για την εσωτερικευση της φροντίδας του σώματος έτσι όπως προβάλλεται από τα καταναλωτικά πρότυπα και συνδέεται με τις απολαύσεις, (που μάλλον δεν έχουν σχέση με την χρηστικότητα της καθαριότητας) και υψηλού βαθμού επιστημονικό εξορθολογισμό (Vigarello 2000 : 265-267).

Η Παναγιώτα τονίζει :

«... Μετά το σεξ (έχω την συνήθεια) να πλένομαι. Εκείνο (δείχνει κάτω) μυρίζει. Το έχεις πάνω σου (το σπέρμα) ..Εδώ ιδρώνω και πλένομαι! Όχι και το άλλο, να το έχω πάνω μου! ...Εγώ λέω ο άνδρας καλύτερα να σε λερώνει από έξω, όχι μέσα. Και μετά όταν βγαίνει που λες, εγώ σιχαίνομαι τον εαυτό μου ...».

Η Κωνσταντίνα λέει ότι δεν αρκεί δηλαδή το απλό πλύσιμο, χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια για τον εξαγνισμό.

«... Ε, φυσικά πάντα καθαρίζομαι μετά το σεξ! Ξέρεις, καλό πλύσιμο ... ».

Η Ειρήνη, περιγράφει την αντίληψη της και τον φόβο της για πιθανή (ανεπιθύμητη) εγκυμοσύνη. Τα σπερματοζώαρια συνδέονται, όπου και να βρίσκονται ακόμη και έξω από το σώμα, με την αντίληψη ότι μπορεί να οδηγήσουν στην σύλληψη. Στα σπερματοζώαρια αποδίδονται συχνά, σαν να έχουν ξεχωριστή οντότητα, ανθρώπινες ιδιότητες καθώς μπορούν να κινηθούν ιδιόβουλα και ύπουλα. Για να υποστηρίξει την άποψη της παραπέμπει στον επιστημονικό λόγο, στην ιατρική αυθεντία.

«...Βέβαια το πλύσιμο. Όχι μόνο για να φύγουν τα ξένα σώματα, αυτά που βγάζει το σώμα... Αλλά ξέρω, οι επιστήμονες λένε ότι αν μείνουν στην κιλότα τα σπερματοζώαρια τότε μπορεί να γίνει σύλληψη... ».

Όπου εκτίθεται το γυμνό σώμα, ο περιβάλλοντας χώρος επιπλέον πρέπει να διατηρεί την προσλαμβάνουσα τυπική εικόνα της καθαρότητας. Η Κατερίνα αναφέρει :

«...Η καθαριότητα με απασχολεί σε άλλα θέματα, όπως για μετά την πράξη, ας πούμε. Δεν είμαι υστερική με την καθαριότητα αλλά κοιτάω και το ιατρείο που θα εξεταστώ να μην είναι και αχούρι! ... ».

Η Τούλα λέει ότι η καθαριότητα είναι σημαντική για την ίδια ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει την χρήση του προφυλακτικού ακόμη και στον έγγαμο βίο.

«...Πρώτα από όλα πάντα χρησιμοποιώ προφυλακτικό πάντα, ναι, πάντα θέλω να το σταματήσω αυτό που ...(για την λοίμωξη HPV). Τελικά σταματάει, ναι, το φρενάρεις δεν ξέρω πώς να το πω...Πάντα καλό πλύσιμο μετά. Αν δεν καθαρίζεις την τουαλέτα (υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης).. Στο σπίτι μου δεν καθαρίζω τόσο συχνά όσο καθαρίζω τον νεροχύτη και την τουαλέτα! ...».

4.6. Τέταρτη ενότητα : Εσωτερική διεργασία διαμόρφωσης αντιλήψεων -προσωπικά βιώματα

Στην τέταρτη ενότητα διερευνώνται οι προσωπικές προσλαμβάνουσες, πρωταρχικά για την αποχή από τον τακτικό έλεγχο με το Τεστ Παπ. Στις μαρτυρίες, οι κυριότεροι παράγοντες αποχής που προβάλλονται μέσα από τις προσωπικές αντιλήψεις είναι : η αμέλεια, ο φόβος και το άγχος για την εξέταση και το αποτέλεσμα της εξέτασης, ο φόβος για τον εξεταστή γιατρό, η ντροπή για την έκθεση του γυμνού σώματος και η προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας, με την έννοια που προσλαμβάνεται η απουσία συμπτωμάτων.

Ο ρόλος της ενημέρωσης και της παρότρυνσης τονίζεται ως ιδιαίτερα σημαντικός στους αιτιολογικούς παράγοντες αποχής από την πρόληψη. Το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον φέρεται να ασκεί ελλειμματική δράση. Ο ρόλος της μητέρας τους στην παρότρυνση για την πρόληψη, όπως αναφέρουν οι περισσότερες πληροφορήτριες, εκλείπει καθώς φαίνονται να μην ήταν εξοικειωμένες με την έννοια της πρόληψης, τα παλαιότερα χρόνια. Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας και ειδικότερα του γιατρού, στον οποίο επικεντρώνεται το ενδιαφέρον των πληροφορητριών, είναι ουσιαστικός και καταλυτικός στο καθορισμό αντιλήψεων και θετικών πεποιθήσεων για την πρόληψη.

Στη σχέση με τον γιατρό φαίνεται ότι όλες οι γυναίκες αποζητούν στην πράξη, την ανάπτυξη οικειότητας. Είναι άλλωστε ο άνθρωπος που φέρεται να εμπιστεύονται περισσότερο, καθώς του παραδίδουν το σώμα τους. Οι βιωματικές εμπειρίες όμως καταδεικνύουν μια κριτική στάση για τους γιατρούς. Όλες οι πληροφορήτριες έχουν να καταθέσουν κάποια αρνητική εμπειρία που σχετίζεται με το επάγγελμα του γιατρού και την συμπεριφορά του, ως επαγγελματία υγείας. Θεωρούν ότι αρκετές ενέργειες των γιατρών γίνονται με γνώμονα το οικονομικό κέρδος. Επιπλέον, συχνά καταγράφεται η κακή πρακτική άσκησης των καθηκόντων τους και η ελλιπής ενημέρωσή τους για τις ιατρικές πράξεις στις οποίες προβαίνουν. Οι επικρίσεις και οι σχολιασμοί που καταφέρονται επί προσωπικών θεμάτων, ενοχλούν ιδιαίτερα και καταγράφονται στη μνήμη. Η συμπεριφορά του γιατρού, που υπερβαίνει τα όρια του επαγγελματισμού, προσλαμβάνεται αρνητικά και σχηματοποιεί αρνητική εικόνα για όλο το ιατρικό κλάδο και τον χώρο της υγείας. Η επενέργεια ανάλογων συμπεριφορών εκλαμβάνεται ότι αποτρέπουν από τη συνέχιση της συμμετοχής των γυναικών σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου και γενικότερα στις ιατρικές εξετάσεις.

4.6.1. Προσωπικές εκτιμήσεις για τους αιτιολογικούς παράγοντες αποχής από τον τακτικό έλεγχο με το Τεστ κατά Παπανικολάου

Οι σημαντικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες που συμμετέχουν στην αποχή από τον τακτικό έλεγχο, όπως καταθέτουν οι πληροφορήτριες στις αφηγήσεις τους, είναι η αμέλεια, ο φόβος για την εξέταση, ο φόβος για το αποτέλεσμα, οι ενδιαρμοί και ο φόβος για τον εξεταστή γιατρό, η ντροπή που αισθάνονται για την αναγκαία έκθεση του σώματος και η προσωπική εκτίμηση για την κατάσταση της υγείας, που καθορίζεται από την παρουσία συμπτωμάτων.

Η στερεοτυπική αντίληψη που καταθέτει η Κωνσταντίνα, και την συμμερίζονται αρκετοί άνθρωποι είναι ότι όσο είσαι νέος, είσαι και υγιής. Οι άνθρωποι στην νεαρή ηλικία βιώνουν το αίσθημα του άτρωτου και του αθάνατου. Το αίσθημα του κινδύνου απουσιάζει. Βλέπουν ότι έχουν όλη τους ζωή μπροστά και την φαντάζονται χωρίς προβλήματα. Η υγεία δεν απασχολεί ακόμη καθώς το αίσθημα

της ευεξίας και της δύναμης, της νεανικής ρώμης είναι ιδιαίτερα δυνατό. Η κατασκευασμένη ταυτότητα του νέου και υγιούς κυριαρχεί. Η περιδίνηση στις νεανικές προκλήσεις θέτει άλλες προτεραιότητες. Μόνο όταν αρχίζουν να αντιλαμβάνονται την ταυτότητα τους και τις υποχρεώσεις τους σαν κοινωνικά και πολιτικά όντα, αποκτούν συνείδηση του εαυτού, του σώματος και της φροντίδας του.

«...Μετά τις γέννες πήγα και μου πήρε και Τεστ Μετά που ξαναήρθα εδώ για το Τεστ, είχα μια μικρή κήλη και ένα ινομύωμα κτλ. Ο άλλος ο γιατρός μου λέει να το παρακολουθήσουμε κτλ. Εγώ βεβαίως το αμέλησα, το αμέλησα, το αμέλησα και πρέπει να περάσανε κανένα τριάρι χρόνια και αυτό έγινε σαν πορτοκάλι. Ήρθα πάλι εδώ και κάναμε υπέρηχο και αυτό ήταν πολύ...». Αργότερα υπεβλήθη σε χειρουργείο αφαίρεσης ινομυώματος.

Οι γιατροί ψάχνοντας, ανακαλύπτουν. Αν δεν επισκεφτούν γιατρό, τα προβλήματα δεν υφίστανται για την δική τους πραγματικότητα αφού δεν τα γνωρίζουν. Οι γιατροί προκαλούν το άγχος σε θέματα υγείας, κατά την άποψη της. Είναι η άποψη που την συμερίζονται αρκετές ότι δηλαδή *αν πας σε γιατρό όλο και κάτι (κακό) θα σου βρει*. Επιπλέον, καταγράφεται το αίσθημα του φόβου για την εξέταση και το αποτέλεσμα της εξέτασης που μεταβιβάζεται και προσωποποιείται στον εξεταστή, στην προκειμένη περίπτωση.

«... Πιο μικρές νοιώθουμε καλύτερα πιστεύω και αδιαφορούμε. Δεν έχουμε και κάτι και λέμε, τώρα τι θέλουμε και πάμε αφού είμαστε μια χαρά! Ποιος ο λόγος να πάμε! Γιατί ξέρεις μπορεί να μας βρουν κάτι και να μας βάλουν και σε άγχος. Γιατί τις (γυναίκες τις) φοβίζονται οι γιατροί πολλές φορές ...».

Η Κατερίνα τοποθετείται και τονίζει :

«... Νομίζω ότι πολλές γυναίκες της δικιάς μου ηλικίας θα έλεγαν το ίδιο με εμένα (ότι δεν είναι τακτικές με το Τεστ Παπ) ή και καθόλου! Δηλαδή πιστεύω ότι υπάρχουν γυναίκες που δεν έχουν κάνει ποτέ Τεστ!... ».

Παράλληλα η προσωπική προσλαμβάνουσα κατάσταση της υγείας, οριοθετεί την εκτίμηση ανάγκης επισκέψεως στο γιατρό και του προληπτικού ελέγχου.

«... Έχω κάνει 10 τεστ σύνολο. Από το 2000-2003 έκανα τέσσερα και από το 2003 μέχρι πέρυσι το 2009 δεν είχα κάνει κανένα. Έξι χρόνια πόσα είναι(δεν έκανα Τεστ Παπ); Ε, γιατί; Το αμέλησα ! Έβλεπα ότι δεν το χρειαζόμουν, ήμουν μια χαρά. Μετά μου έκανε κλικ και ξεκίνησα. Και μου βρήκε αυτό που είχα, και σε ένα χρόνο έκανα τέσσερα Παπ. Μέχρι την ηλικία των 38 είχα κάνει μόνο δύο Παπ...».

Η Ελένη τονίζει ότι οι εποχές έχουν αλλάξει. Η αλλαγή των προτύπων υγείας και πρόληψης, η γενική ευαισθητοποίηση υποβοηθά τον σύγχρονο άνθρωπο να είναι ενημερωμένος και καταρτισμένος. Η αντιπαραβολή με την πρότερη κατάσταση, σημειολογικά εύλογα μεταφέρεται στην λέξη *ζύπνημα*, που αναφέρει.

Παλαιότερα, η πληροφόρηση της μεγάλης μάζας των ανθρώπων, ήταν περιορισμένη και επιλεκτική. Τώρα η ιατρική μέσα και από την προβολή της από τα ΜΜΕ έχει έρθει κοντά στο πλατύ κοινό, αυξάνοντας την εξουσία του ιατρικού λόγου. Οι ιατρικές τηλεοπτικές εκπομπές πληθαίνουν συνεχώς και προσδίδουν στην ιατρική μια διάσταση εκλαΐκευσης της επιστημονικής γνώσης, ώστε να γίνεται κατανοητή και προσβάσιμη από όλους. Επιπλέον, το ιατρικό ενδιαφέρον ήταν απομακρυσμένο από το ζήτημα της πρόληψης καθώς δεν ήταν τόσο διαδεδομένη η έννοια της προαγωγής της υγείας. Οι προκλήσεις για την υγεία στο εικοστό αιώνα δημιούργησαν την μετατόπιση του ενδιαφέροντος στο προκλινικό στάδιο της εκδήλωσης των διαφόρων νοσημάτων.

«... Γέννησα και δεν ξαναπήγα στον γιατρό ποτέ. Μετά αρχίσανε οι αιμορραγίες αλλά εγώ νόμιζα ότι ήταν περίοδος....Από αμέλεια δεν πήγα, από μόνη μου δηλαδή. Ε, τώρα ζυπνήσαμε ...».

Στην αναφορά της Παναγιώτας τονίζεται η προσωπική αξιολόγηση ενός θέματος υγείας, μέσα από τις ιδιόβουλες προσλαμβάνουσες αντιλήψεις, που φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα. Με την έννοια του *ότι επισκεπτόμαστε τον γιατρό μόνο όταν έχουμε πρόβλημα*.

«... Αφού δεν βλέπω τίποτα, κάτι ανησυχητικό, γιατί να πάω; Δεν πήγαινα (όταν ήμουν νεότερη). Τώρα που έχω λέω, κάτσε να πάω (μπαίνει στην εμμηνόπαυση και αυτό την προβληματίζει). Αν μου έδειχνε κάτι θα ερχόμουν να κάνω, αλλά δεν μου δείχνει...».

Το ζήτημα της δράσης για την υγεία και αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, προσδιορίζεται από την προσωπική εκτίμηση της διάστασης του προβλήματος που συνοδεύεται από την ανάλογη κινητοποίηση : κατά πόσο επείγει, είναι έντονα τα συμπτώματα, πόσο χρόνο έχω να το διαχειριστώ, τι δουλειές έχω να κάνω, άσε το θα περάσει, κτλ., που μετουσιώνονται με την πρόσληψη των συμπτωμάτων. Χαρακτηριστικά όπως το αίσθημα του πόνου και της ενόχλησης, καθορίζουν την πορεία της δράσης. Η απουσία συμπτωμάτων τις καθιστά ελεύθερες νόσου. Η επαφή με την πρόληψη στην ουσία γίνεται στην αναζήτηση θεραπείας ή ακόμη χειρότερα στο στάδιο της αποθεραπείας και στη περαιτέρω παρακολούθηση. Η Nettleton

(2002) αναφέρει ότι ο ασθενής αντιμετωπίζει ένα διπλό δεσμό (double bind) : από την μια πρέπει να χρησιμοποιήσει την κρίση του προκειμένου να αποφασίσει πότε είναι το σωστό να αναζητήσει βοήθεια και από την άλλη θα πρέπει να υποταχθεί στην ερμηνεία και την κρίση του γιατρού (Nettleton 2002 : 190).

Ένας άλλος καθοριστικός παράγοντας για την αποχή από τον τακτικό έλεγχο με το Τεστ Παπ, εκτός από τον φόβο και την αμέλεια, είναι το έντονο αίσθημα ντροπής που αισθάνονται κατά την εξέταση για την έκθεση του γυμνού σώματος τους. Ενοχικά σύνδρομα για το γυμνό σώμα αποκαλύπτονται από τις περισσότερες πληροφορήτριες. Η πρόσληψη του εμφανίζεται φορτωμένη ιδεοληψίες και προκαταλήψεις. Το γυμνό γυναικείο σώμα και η γυναικολογική ή άλλη συναφής εξέταση, όπως το Τεστ Παπ προσλαμβάνεται σαν ταμπού, από την πλειοψηφία. Όπως αναφέρει ο Giddens, στην έρευνα που διεξήγαγαν οι Henslin και Briggs (1971), μερικές γυναίκες αισθάνονται τόσο ενοχλημένες με το ενδεχόμενο μιας κολπικής εξέτασης ώστε αρνούνται να επισκεφτούν τον γιατρό, άνδρα ή γυναίκα. Οι άνδρες και οι γυναίκες έχουν κοινωνικοποιηθεί, έτσι που να θεωρούν τα γεννητικά τους όργανα ως το πιο προσωπικό μέρος του σώματος τους και το κοίταγμα ή το άγγιγμα έχει συνδεθεί με πολύ προσωπικές στιγμές τους και την σεξουαλικότητα. Οι Henslin και Briggs υιοθετώντας μια δραματουργική μεταφορά, διέκριναν σε φάσεις το τελετουργικό της επίσκεψης σε γιατρό. Η γυναίκα που αποφασίζει να επισκεφτεί τον γιατρό, στην πρώτη φάση, στην αίθουσα αναμονής προσέρχεται προετοιμασμένη να υποδυθεί τον ρόλο της ασθενούς. Όταν καλείται στο ιατρείο, υποδύεται το ρόλο της ασθενούς και παράλληλα ο γιατρός παίρνει ύφος επαγγελματικό, ακούει ευγενικά και με προσήλωσή αυτών που έχει να του πει. Ακολούθως, εάν χρήζει ανάγκης της λέει ότι πρέπει να γίνει η εξέταση και εγκαταλείπει το δωμάτιο. Η πρώτη σκηνή τελειώνει. Στη δεύτερη σκηνή το κεντρικό πρόσωπο είναι η νοσοκόμα, σε ρόλο μυστικοσυμβούλου- που γνωρίζει αρκετά από τα πράγματα που πρέπει να υποστούν οι γυναίκες- και συνεργάτη σε ό,τι ακολουθεί. Ο ρόλος της νοσοκόμας είναι να βοηθήσει την ασθενή να μετατραπεί σε μη-πρόσωπο και να αναλάβει τον ρόλο του προς εξέταση σώματος, που θα υποβληθεί σε έρευνα. Βοηθά την εξεταζόμενη να ξεντυθεί και φροντίζει τα ρούχα της, καθώς πολλές γυναίκες δεν επιθυμούν τα ρούχα τους να βρίσκονται σε κοινή θέα. Καθοδηγεί την εξεταζόμενη στο τραπέζι της εξέτασης και καλύπτει το σώμα της, με ένα σεντόνι. Τότε ανοίγει η κεντρική σκηνή με την είσοδο του γιατρού. Η παρουσία της νοσοκόμας βοηθά στο να καταστεί σαφές ότι η διαντίδραση με τον γιατρό δεν συνοδεύεται από σεξουαλικά

υπονοούμενα και για την προστασία του γιατρού σε περίπτωση που κατηγορηθεί για αντιδεοντολογική συμπεριφορά. Το σεντόνι αποκόπτει την οπτική επαφή της εξεταζόμενης από το υπόλοιπο σώμα και δεν της επιτρέπει να παρακολουθήσει την διαδικασία της εξέτασης. Εκτός από μερικές ιατρικές ερωτήσεις, ο γιατρός την αγνοεί εστιασμένος στην εργασία του. Η ασθενής από την άλλη συνεργάζεται προσωρινά με το να γίνεται ένα μη-πρόσωπο και να περιορίζει στο ελάχιστο τις κινήσεις της. Στο μεσοδιάστημα για την τελική σκηνή, μετά το πέρας της εξέτασης, η νοσοκόμα υποβοηθά την ασθενή να ξαναγίνει ένα πλήρες πρόσωπο, με συζήτηση. Ο γιατρός έρχεται με τα αποτελέσματα και αντιμετωπίζει την ασθενή ξανά σαν πλήρες και υπεύθυνο πρόσωπο. Ο επίλογος παίζεται με την αποχώρηση της ασθενούς από το ιατρείο όπου ανακτά την προσωπικότητα της στον έξω κόσμο (Giddens 2009 : 142-144).

Μια άλλη διάσταση η οποία σκιαγραφείται στις αναφορές είναι ότι το γυναικείο σώμα εκλαμβάνεται σαν άσχημο θέαμα, γεγονός που παραπέμπει στις νατουραλιστικές θεωρίες. Αντανακλώνται έμμεσα, οι αντιλήψεις που σχηματίστηκαν μέσα στο πέρασμα του χρόνου περί ωραιότητας της εικόνας του αρμονικού ανδρικού σώματος και ασχήμιας του γυναικείου, δυσαρμονικού σώματος. Η εικόνα του σώματος, απορρίπτεται σαν ένα θέαμα που δεν γίνεται ευάρεστο. Το σώμα αντιμετωπίζεται σαν να έχει ξεχωριστή οντότητα, είναι ο σωματικός εαυτός που παρακολουθείται από έξω. Το εξεταστικό βλέμμα, το βλέμμα του άλλου, ενοχλεί και ενοχοποιεί. Και αυτό διότι, όπως τονίζει ο Foucault κατά την μετατροπή του σώματος σε αντικείμενο της βιοϊατρικής διαδικασίας, όπως επετεύχθη με την εξέλιξη της ανατομίας και της νέας μορφής παρατήρησης του «κλινικού βλέμματος», η αρρώστια και το σώμα δεν ανάγονται σε αντικειμενικές πραγματικότητες, αλλά ορίζονται από το κλινικό βλέμμα του γιατρού (Οικονόμου 2005 : 50).

Η Παναγιώτα προσδιορίζει ότι κατά την άποψη της, δεν παίζει ρόλο το φύλο του εξεταστή εκκινώντας από την πεποίθηση της ότι δεν θέλει να αντικρίζει το σώμα της γυμνό, ούτε η ίδια.

«... Και με την γυναίκα (εξετάστρια) πάλι ντρέπομαι. Εδώ, δεν θες να το βλέπεις μόνη σου! Α, ναι! Πας στο γυναικολόγο ανοίγεις τα πόδια, πας στον παθολόγο που σου βγάζει τα βυζιά στη φόρα. Δεν μπορώ!... ».

Η Ελένη αναφέρει χαρακτηριστικά για την πρώτη φορά που ήρθε σε επαφή με την λειτουργία των πανεπιστημιακών νοσοκομείων, ότι αισθάνθηκε εξαιρετικά άβολα. Η πληθώρα των φοιτητών που παρακολουθούσαν την εξέταση της από τον

ειδικευμένο γιατρό την έφερε στα πρόθυρα λιποθυμίας. Ταυτόχρονα, στα πλαίσια της διαδικασίας της αναγωγής σε πειθαρχημένο σώμα και της ανάληψης του κατασκευασμένου ρόλου της ασθενούς, υποστηρίζει ότι προχώρησε στην εξέταση, αναγνωρίζοντας την ανάγκη εκπαίδευσης των αυριανών επαγγελματιών γιατρών.

«... Τώρα έμαθα (και δεν αισθάνομαι ντροπή). Την πρώτη φορά που πήγα στην Πάτρα (στο νοσοκομείο) είναι και πανεπιστημιακό.. πως δεν λιποθύμησα! Όταν είδα όλα τα παιδιά (τους φοιτητές ιατρικής).. Καμιά 50 παιδιά! Και τους φώναζε ο γιατρός να δούνε, τους έδειχνε πάνω μου ...Αλλά τι να κάνω.. Δεν είπα τίποτα, ήταν η εκπαίδευση. Κάπου πρέπει να εκπαιδευτούν και αυτά....».

Η Κωνσταντίνα αναφέρει ότι αυτό που την κάνει να αισθάνεται άβολα είναι οι οδηγίες και οι υποδείξεις πως να τοποθετήσει σωστά το σώμα της κατά την εξέταση, αλλά και το εξεταστικό βλέμμα του γιατρού την ενοχλεί. Αισθάνεται ότι αξιολογείται η υγεία της, παράλληλα και η ίδια και η αισθητική εικόνα του σώματός της.

«...Την πρώτη φορά ένοιωσα πολύ άβολα από τον γιατρό παιδί μου!... Στην καρέκλα, "Όχι, δεν έκατσε καλά" και κοιτάζουνε!... Κοιτάζουνε και τι σκέφτονται τώρα και από μέσα τους τι θα λένε! Σκέφτομαι και πως θα σκέφτεται και ο γιατρός...».

Η Ειρήνη καταθέτει ότι την ίδια την προβληματίζει η έκθεση του γυμνού σώματος σε οποιονδήποτε, ακόμα και στον σύζυγο.

«...Όταν εκθέτεις το σώμα σου για πρώτη φορά αισθάνεσαι άβολα, εδώ το νοιώθουμε με τον άνδρα μας... ».

Η Κατερίνα περιγράφει την δική της άποψη και καταθέτει ότι αισθάνεται άσχημα με την γύμνια και ιδιαίτερα με την έκθεση των γεννητικών οργάνων, σε οποιοδήποτε άλλο άνθρωπο. Θεωρεί ότι αισθητικά είναι απαξιωτικό θέαμα, γεγονός που προσεγγίζει την νατουραλιστική θεώρηση. Ζητά συγχώρεση γι'αυτό που αναγκάζετε να εκθέσει σε κοινή θέα.

«...Πάντα ντρέπομαι όταν ανοίγω τα πόδια μου ακόμα και στον σύντροφό μου αλλά αυτό είναι άλλο θέμα... Σοβαρά, ντρέπομαι δεν μπορώ να το εξηγήσω. Πάω ας πούμε, να κάνω εξέταση για να μου πάρει ο γιατρός κολπικό υγρό και ντρέπομαι! Και κάθε φορά όταν ανοίγω τα πόδια μου στον γυναικολόγο, ζητάω και συγγνώμη! Για το θέαμα, με συγχωρείτε λέω για το θέαμα, αλλά τι να κάνουμε! Ίσως είναι προκατάληψη, ίσως Δεν είναι ανήθικο αλλά από άποψη ομορφιάς δεν είναι... Είναι άσχημο...

- Μα αυτό το σύστημα σου χάρισε την μητρότητα!

- Ναι, αλλά εγώ ντρέπομαι...».

Οι απόψεις που καταγράφονται ειδικότερα για τους λόγους αποχής από την επιβεβλημένη συχνότητα του ελέγχου, αντιστοιχούν και σε θέσεις γυναικών που δεν έχουν πραγματοποιήσει ποτέ την συγκεκριμένη εξέταση. Η αμέλεια, ο φόβος και το αίσθημα ντροπής αποτελούν προβληματισμούς που εκφράζονται από όλες σχεδόν τις γυναίκες είτε συμμετέχουν είτε δε συμμετέχουν σε προληπτικά προγράμματα. Στις γυναίκες που δεν συμμετέχουν σε προσυμπτωματικούς ελέγχους, οι ενδοιασμοί και οι ιδεοληψίες παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό δυναμικής αποτροπής, όπως αναφέρεται στην μελέτη της Kelly Walters Ackerson με τίτλο « African American women's personal influencing factors associated with Pap Smear Testing and cervical cancer », (2008).

Οι αιτιολογικοί παράγοντες για την αποχή από τον τακτικό έλεγχο που παρουσιάζονται από τις καταγραφόμενες μαρτυρίες, απαντώνται σε διεθνείς μελέτες, όπως αυτή που συντάχθηκε από την ομάδα Gamarra C.J., Elisabete Pimenta Araújo Paz, Rosane Harter Griep, με τίτλο «Knowledge, attitudes and practice related to Papanicolaou smear test among Argentina's women», (2005), και την μελέτη από την ομάδα Linda C. Harlarn, Amy B. Bemnstein, and Larry G. Kessler με τίτλο «Cervical Cancer Screening: Who Is Not Screened and Why?», (1991).

4.6.2. Ο ρόλος της παρότρυνσης και της ενημέρωσης

Πρακτικά η έναρξη της διεξαγωγής της εξέτασης, συνδέεται σχεδόν αποκλειστικά με την διαδικασία της αναπαραγωγής και την επαφή με το σύστημα υγείας, και ειδικότερα με τον μαιευτήρα. Φαίνεται λοιπόν ότι καθοριστικός παράγοντας στην προαγωγή υγείας, είναι ο ρόλος του γιατρού. Η πρώτη αναφορά παρότρυνσης για την εξέταση με το Τεστ Παπ έγινε, όπως αναφέρει η πλειοψηφία των γυναικών της έρευνας, από τον γυναικολόγο που τις παρακολουθούσε μετά την εγκυμοσύνη και την λοχεία. Η επενέργεια του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος απουσιάζει ή υπολειπεται, για την πλειοψηφία των πληροφορητριών.

Η Ειρήνη τονίζει ότι την παρότρυνε : « ...*Ο γυναικολόγος*...».

Η Ελένη, με ιστορικό ολικής υστερεκτομής, αναφέρει :

«... Ο γιατρός μου είπε μετά το χειρουργείο να το κάνω κάθε χρόνο. Εγώ μετά το χειρουργείο το '87 ανά δύο χρόνια έκανα τουλάχιστον, έκανα κάμποσα...».

Η Χριστίνα δηλώνει ότι η μητέρα της δεν είχε εμπειρίες για να είναι ικανή να την καθοδηγήσει.

«... Ο γιατρός μου λέει ότι πρέπει να κάνεις την εξέταση... Η μαμά μου, όχι αγράμματος άνθρωπος, τι να λέμε ... ».

Ειδικότερα ο ρόλος της μητέρας παρουσιάζεται αδύναμος, λόγω της έλλειψης παιδείας και της προσκόλλησης σε παλαιές αναχρονιστικές αντιλήψεις. Τα γυναικεία ζητήματα και ο τοκετός είναι ταμπού. *Τα παιδιά γεννιούνται από το πόδι ή κατά άλλες παραδοσιακές στερεοτυπικές αντιλήψεις τα παιδιά τα φέρνει ο πελαργός.* Και εύλογα θα μπορούσε να αναρωτηθεί κανείς αφού δεν υπήρχε η κατάλληλη ζύμωση μέσα στο πρώτο κύτταρο της κοινωνίας που είναι η οικογένεια, πως είναι δυνατόν να κατέχουν έστω και στοιχειώδεις γνώσεις για το σώμα τους και για την υγεία του. Ένας λόγος που παρατηρείται σε αυτές τις ηλικίες, ελλειμματική γνώση και επίγνωση σε θέματα υγείας και πρόληψης, είναι και αυτός.

Επιπλέον αυτές οι γενεές των γυναικών κληθήκαν να υπερκεράσουν την αμορφωσιά, την άγνοια, την έλλειψη πρόσβασης στην μόρφωση, στην ενημέρωση, στην υγεία που χαρακτήριζε αυτές τις κοινωνίες της ελληνικής επαρχίας και να εισέλθουν τάχιστα και απρογραμματίιστα στην εποχή των μεγάλων αλλαγών και προκλήσεων, που φέρονταν σαν πρότυπα από κοινωνίες ξένες προς αυτές. Κλήθηκαν να υιοθετήσουν νέες κουλτούρες. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, που ενισχύεται με αυτή την προοπτική της ανάληψης της ενημερωτικής διαδικασίας, καθίσταται ουσιώδης για να γεφυρωθεί το χάσμα στις κουλτούρες. Η ελλιπής ενημέρωση και παρότρυνση, φέρεται να λειτουργεί ανασταλτικά στη συμμετοχή σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου.

Η Κωνσταντίνα καταθέτει ότι ο ρόλος του προσωπικού της γυναικολόγου ήταν καθοριστικός.

«... Είχα έναν πολύ καλό γιατρό στην Αθήνα τον λέγανε Κ. (που με παρότρυνε). Πήγα μετά από τις γέννες και τα προβλήματα με τις τραχηλίτιδες. Πριν τίποτα, τίποτα. Ήμουν άσχετη. Η μαμά μου όχι, τίποτα ...».

Όπως, επισημαίνεται παλαιότερα προτεραιότητα της ιατρικής ήταν η θεραπευτικής της αποτελεσματικότητα. Η αμφοτερόπλευρη έλλειψη ενδιαφέροντος και διάθεσης από τους επιστήμονες από τη μια, και του γυναικείου πληθυσμού για αναζήτηση έγκυρης ενημέρωσης, από την άλλη έχει τις επιπτώσεις της.

Η Ελένη αναφέρει χαρακτηριστικά :

«...Δεν είχα και κάποιον να μου πει να πάω... ».

Η Κατερίνα ισχυρίζεται ότι :

«...Δεν είχα κατάλληλη ενημέρωση ούτε από την μαμά μου ούτε από τον γιατρό. Εγώ πιστεύω το ότι δεν πήγαινα να κάνω Τεστ συχνά ήταν θέμα ενημέρωσης και από τον γυναικολόγο, παλιά...».

Σε μερικές περιπτώσεις φαίνεται να επηρεάζονται αρνητικά από τα πρότυπα, που δημιουργούνται μέσα στις οικογένειες. Τουλάχιστον δύο πληροφορήτριες το δηλώνουν ξεκάθαρα. Η Κατερίνα συνεχίζει και λέει :

«... Ας πούμε ότι δεν είναι τυχαίο ότι η μαμά μου είναι 65 χρονών και δεν έχει τίποτα, ή η θεία μου που είναι 67 ...Ποτέ δεν πήγαν σε γιατρό, ούτε έκαναν Τεστ Παπ και δεν έχουν πάθει τίποτα...».

Η Ελένη τονίζει με έμφαση :

«... Η μάνα μου να φανταστείς έκανε πρώτη φορά Τεστ στα 65. Δεν ήξερε τι ήταν, κιάλας! Ήταν γερή, δούλευε σκληρά, δεν είχε προβλήματα. Μετά είχε ένα τσούξιμο, μόλυνση να σου πω και το έκανε, αλλά ήταν καθαρό... ».

Η Τούλα αναφέρει την σημασία της αυτομόρφωσης και της ενημέρωσης μέσα από τα ΜΜΕ και τον έντυπο τύπο.

«...Η μαμά μου, αμφιβάλλω αν ήξερε τι είναι το Τεστ. Μια χαρά είναι 85-86 χρονών και προχωράει. Όχι, ούτε από τις φίλες. Διαβάζοντας έμαθα για το Τεστ. Μόνο βιβλία στην αρχή. Και μετά εφημερίδες! Δεν υπήρχε ίντερνετ όταν ήμουν 20 χρόνων. Και τώρα δηλαδή όλη μου η ενημέρωση είναι με τις εφημερίδες, με έχει σώσει αυτό το πράγμα! ...».

Η Ειρήνη καταθέτει στην άποψή της, την ανάγκη για ενημέρωση.

«...Ο κόσμος έχει ανάγκη την πληροφόρηση, να εκφραστεί και πάνω από όλα η σχέση του επιστήμονα με τον ασθενή, να έχει επίκεντρο τον άνθρωπο... », θέτοντας προτεραιότητα την ανθρωποκεντρική και εξατομικευμένη προσέγγιση του επαγγελματία υγείας, που πρέπει να δρα προς όφελος του ασθενή ή του εξεταζόμενου σε απόλυτη συνεργασία μαζί του.

Η ηλικία των πληροφορητριών συνάδει με την πορεία εξέλιξης της ανάπτυξης της προαγωγής υγείας και της πρόληψης και αντανακλά την κουλτούρα για την υγεία που υιοθετήθηκε στην πάροδο του χρόνου με την απαιτούμενη προσαρμογή στις απαιτήσεις της εποχής. Στους αιτιολογικούς παράγοντες για την αποχή από τον προσυμπτωματικό έλεγχο, λοιπόν συμπεριλαμβάνεται η έλλειψη ενημέρωσης και

παρότρυνσης. Ο ρόλος της μητέρας, φαίνεται να μην φέρει την δυναμική της παρότρυνσης καθώς φέρονται να μην είναι εξοικειωμένες με την έννοια της πρόληψης. Ο καταλυτικός ρόλος των επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα του γιατρού, είναι αυτός που καθορίζει την προσλαμβανόμενη αντίληψη και παροτρύνει στην συμμετοχή σε προληπτικά προγράμματα.

4.6.3. Οι προσλαμβανόμενες αντιλήψεις για τους γιατρούς μέσα από προσωπικά βιώματα

Τα προσωπικά βιώματα, όπως καταγράφονται μέσα από τις συνεντεύξεις, παρουσιάζουν έναν διαδραστικό αντίκτυπο στην χρήση της συγκεκριμένης εξέτασης. Οδηγούν στη σχηματοποίηση συγκεκριμένων αντιλήψεων και στάσεων για θέματα πρόληψης και υγείας μέσα από την προσλαμβανόμενη εικόνα των πληροφορητριών, για τους γιατρούς και το ιατρικό σύστημα. Ο Parsons περιέγραψε την σχέση την σχέση γιατρού-ασθενούς, ως αμοιβαία συμπληρωματική, ωστόσο δεν είναι ισότιμη. Για τον Parsons η ασυμμετρία δεν αποτελεί πρόβλημα ενώ στην καθημερινή κλινική πρακτική συχνά ενδυναμώνονται οι ανισορροπίες στην σχεσιακή δυναμική γιατρού-ασθενούς, μέσα από διακριτές διαγνώσεις των γιατρών ανάλογα με την κοινωνική τάξη, φύλο και φυλή του ασθενούς. Επίσης η ποσότητα των πληροφοριών που παρέχουν οι γιατροί ποικίλλει ανάλογα με το εισόδημα, την εκπαίδευση και το φύλο. Ο Freidson, υποστηρίζοντας την ανακολουθία μεταξύ των προσδοκιών των επαγγελματιών και της καθημερινής κλινικής πράξης, περιέγραψε την σχέση ασθενούς-γιατρού ως συγκρουσιακή παρά ως συναινετική (Nettleton 2002 : 188-190).

Η πλειοψηφία των γυναικών της έρευνας αναφέρουν ότι αισθάνονται άβολα κατά την εξέταση και ότι διακατέχονται από άγχος και ντροπή. Η συγκεκριμένη θέση που απαιτεί η εξέταση του Τεστ Παπ, αλλά και γενικότερα η γυναικολογική εξέταση, δημιουργεί στις περισσότερες γυναίκες μια σχετική νευρικότητα. Αισθάνονται ότι παραβιάζεται η ιδιωτικότητα τους. Για τους παραπάνω λόγους, αποζητούν να τις προσεγγίζουν με σεβασμό και ευαισθησία. Περισσότερο όμως έχει εντυπωθεί στη μνήμη τους και καταθέτουν τη συμπεριφορά των εξεταστών, των

επαγγελματιών υγείας, απέναντί τους κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Αρκετές πληροφορήτριες μεταφέρουν βιωματικές εμπειρίες που σχετίζονται με την αναπαραγωγική διαδικασία και την γέννηση των παιδιών τους. Άλλες καταθέτουν τις εμπειρίες που έχουν αποκομίσει από επισκέψεις σε γυναικολόγο.

Οι περισσότερες γυναίκες συχνά προσέρχονται στο χώρο του γυναικολογικού ιατρείου, σε ένα ξένο περιβάλλον για αυτές, με δυσπιστία και καχυποψία. Διαφαίνεται ότι ο ρόλος τους εξεταστή είναι καθοριστικός. Η επικριτική συμπεριφορά από τους γιατρούς, γιγαντώνουν την αμφισβήτηση και την απόρριψη. Η πρόσληψη αρνητικών παραστάσεων οδηγεί στην απόρριψη του συστήματος υγείας και στην περαιτέρω διόγκωση των αρνητικών κρίσεων για όλους τους γιατρούς, με άμεσο αντίκτυπο στην χρήση της εξέτασης. Η συμπεριφορά του ενός ή των δυο, αποτελεί ένδειξη για την συμπεριφορά όλων. Λειτουργούν όλοι με τον ίδιο τρόπο, όπως λέει η Κωνσταντίνα, *συνεννοούνται κατά κάποιο τρόπο.*

«...Αα! Την πρώτη φορά (που μου πήραν Τεστ) ένοιωσα πολύ άβολα από τον γιατρό παιδί μου!... Στην Αθήνα,(μου πήρε το Τεστ, ιδιώτης γυναικολόγο) αισθάνθηκα άσχημα!.... Αχ! λέω τι βάσανο ήταν αυτό! Και μου λέει (ο γιατρός): "Τι βάσανο είναι αυτό; Όταν σας μπαίνει..." Ε, τώρα πώς να το πω ... "όταν σας μπαίνει λέει το ευχαριστιόσαστε, τώρα μόνο δεινοπαθείτε και δεν θέλετε ... " Και το ίδιο μου είπε και ένας γιατρός, όταν πήγα να γεννήσω. Όταν πήγα να γεννήσω την κόρη μου, εγώ φοβόμουν πάρα πολύ τις ενέσεις και... η ίδια αντιμετώπιση. "Δεν το κατάλαβα" μου λέει, "όταν σας μπαίνει είναι καλά; Τώρα μου λέει που ήρθατε να γεννήσετε, φωνάζετε;" Έτσι και αυτός την ίδια κουβέντα, λες και είχε συνεννοηθεί ...».

Και συνεχίζει τονίζοντας ότι αυτή η συμπεριφορά του ιδιώτη γιατρού την επηρέασε. Όπως καταγράφεται, *έκανε χρόνια για να ξαναπάει σε γιατρό.* Κλονίστηκε η εμπιστοσύνη της. Η επενέργεια της συμπεριφοράς του συγκεκριμένου γιατρού που διεξήγαγε το πρώτο της Τεστ Παπ, ήταν καθολικά αρνητική. Η αναζήτηση άλλου γυναικολόγου ήταν επιβεβλημένη.

«... Ε, βέβαια με επηρέασε! Πήγαινα στην ανάγκη πλέον, δηλαδή όταν είχα άμεση ανάγκη για να πάω σε γιατρό. Είχα ανάγκη για γυναικολογικές εξετάσεις και δεν ξαναπήγα βέβαια σε αυτόν τον γιατρό! Μετά πέρασαν πολλά χρόνια για να πάω ξανά (σε γυναικολόγο)! Βέβαια, δεν ξαναπήγα γιατί ήταν όλα μια χαρά και αργότερα πήγαινα μόνο στην ανάγκη όταν πάθαινα κάτι κολπίτιδες... ».

Η ενθάρρυνση και η προτροπή ενός έτερου γιατρού στον οποίο απευθύνθηκε, οδήγησε στην αναθεώρηση των απόψεων της και συνέβαλε

καθοριστικά στην ανάκτηση της εμπιστοσύνης της, προς το σύστημα και τους γιατρούς. Η συμπεριφορά του γιατρού ήταν ικανή, ώστε να συνεχίσει η πληροφορήτρια την διενέργεια του Τεστ Παπ σταθερά στο ίδιο δημόσιο νοσοκομείο, έως και σήμερα. Η ικανότητα για τεκνοποίηση προσλαμβάνεται με την έννοια της εξαιρετικής κατάσταση υγείας.

« ...Εδώ έχω ξεκινήσει από 30 χρονών, από όταν ήρθα από την Αθήνα. Και με είδε ο γιατρός εδώ (στο νοσοκομείο). Και οι εξετάσεις μου όλες καλές ήταν και μου είπε : " Μπορείς να κάνεις και άλλο παιδί ", έτσι μου είπε ο γιατρός. Ο γιατρός ο Σ., ήταν ομιλητικός κτλ. " Μπορείς να κάνεις και άλλα παιδιά, είσαι πολύ καλά! " Μετά ξαναήρθα και δεν τον βρήκα, έμαθα ότι έφυγε... ».

Αισθάνεται ντροπή και αμηχανία με τους άνδρες γιατρούς.

«...Ναι, άμα είναι άντρας ναι, δεν τα πάω καλά με τους άντρες... Εξαρτάται. Είναι μερικοί άνδρες που είναι ευγενικοί και μερικοί που είναι απαίσιοι! Ξέρω εγώ τι να πω, αναίσθητοι. Άσε μερικοί είναι πολύ... αλλά δεν υπάρχει άλλος τρόπος. Θέλω όμως να είναι λίγο πιο ευγενικοί ή να μιλάνε πιο σεμνά ή να κοιτάνε κάτω!... Με πολλές γυναίκες που έχω μιλήσει σκέφτονται πως θα πάνε (για εξέταση), αλλά αυτοί οι άντρες οι γιατροί είναι... Παναγιά μου , Παναγιά μου!... Για αυτό πρέπει να υπάρχουνε άλλες, στην θέση αυτή... ».

Η περιγραφή της ανακλά φεμινιστικές προσεγγίσεις για την συγκρουσιακή σχέση με τους επαγγελματίες υγείας, που δίνουν έμφαση στη σχετιζόμενη με το φύλο ισχύ, στο πλαίσιο των ιατρικών επαφών (Nettleton 2002 : 196). Η πρόσληψη των έμφυλων σχέσεων, επιδρά στην προσλαμβανόμενη εικόνα του άντρα- εξεταστή ή αντίστοιχα στην εικόνα της γυναίκας-εξετάστριας. Ο άνδρας-εξεταστής προσλαμβάνεται, πέρα από την ιδιότητα του επαγγελματία εξεταστή και σαν το ξένο, το άλλο, το διαφορετικό σώμα που μεταφέρει μαζί του όλα τα ιστορικά τοποθετημένα, φυλοκαθορισμένα συγκρουσιακά βιώματα. Η εικόνα της γυναίκας-εξετάστριας προβάλλεται σαν πιο οικεία, έχει το ίδιο σώμα, τα ίδια βιολογικά χαρακτηριστικά. Αντιλαμβάνεται με τον ίδιο τρόπο την διαδικασία της εξέτασης, συμπάσχει. Παίζει ρόλο, για την ίδια το γεγονός ότι στο συγκεκριμένο ιατρείο οι εξετάστριες είναι γυναίκες και δηλώνει ότι θα προτιμούσε να εξετάζεται αποκλειστικά από γυναίκες.

«...Ναι, ναι ξέρεις πως το σκεφτόμουν! Λέω αν θα είναι εδώ αυτή η κοπελίτσα, τι καλά που θα είναι! Και το έχω πει και σε πολλές αν θα πάτε για Τεστ, δηλαδή να έρθουν εδώ. Αν δω γυναίκα πάω σε γυναίκα...».

Η Χριστίνα περιγράφει ένα περιστατικό, που της συνέβη σε επίσκεψη για την εξέταση του Τεστ Παπ. Όπως παραθέτει τα σχόλια του γιατρού την αποθάρρυναν να προσέρχεται για εξέταση, όταν βρισκόταν σε εργασία ο υπόλογος γιατρός. Δηλαδή, έμπαινε στη διαδικασία των συνεχών επισκέψεων στο νοσοκομείο, για να τον αποφύγει, έτσι ώστε να προβεί σε έλεγχο από άλλο γιατρό. Το ατυχές σχόλιο του γιατρού μεταβίβασε το πρόβλημα της λήψης της εξέτασης, στην αντίληψη για την αισθητική του σώματος και στην πρόσληψη της εικόνας του σωματότυπου της πληροφορήτριας, δημιουργώντας ένα κύκλο ενοχών και επικοινωνιακής δυσπραγίας μεταξύ του συστήματος και της επισκέπτριας στο συγκεκριμένο χώρο υγείας. Η συμπεριφορά του δεδομένου επαγγελματία υγείας, λοιπόν φαίνεται ότι λειτουργεί αποθαρρυντικά εν προκειμένω, αφού συμμετέχει και απορρίπτει την εικόνα του σώματός της.

«...Όταν ήταν ο γιατρός, αυτός με το πρόσωπο .. (δείχνει στο πρόσωπο σαν να είχε ουλές) ... Ο γυναικολόγος Σ. Μια φορά, δεν με κοίταζε! Δεν μπορούσε, λέει! Εσύ τώρα γιατί μου παίρνεις και δεν πονάω κιόλας και αυτός δεν μπορούσε; Με άφησε και έφυγε. Με άφησε! Είχα ετοιμαστεί στην καρέκλα και δεν μπορούσε! Νευρίασε και έφυγε! Με παράτησε, μου είπε : " Δεν μπορώ να σε δω! ", και έφυγε από δω, από το ιατρείο. Ναι, σου λέω! Και όποτε έβλεπα, ότι ήταν αυτός έφευγα! Περίμενα όταν ήταν άλλος ο γιατρός, ο διευθυντής (για να κάνω το Τεστ).... ».

Η διαδικασία αυτή βοήθησε στο σχηματισμό αρνητικής εντύπωσης για τους γιατρούς, ταυτόχρονα λειτούργησε ανασταλτικά για την συνέχιση του ελέγχου της με το Τεστ Παπ. Όπως τονίζει η ίδια, ήθελε να αναφέρει την συμπεριφορά του στην διοικητική αρχή, αλλά επειδή ακριβώς φοβόταν τον αποκλεισμό πρόσβασης και χρήσης της δομής, δεν προέβη σε διαμαρτυρία για την συμπεριφορά του γιατρού. Επιπλέον, δεν είχε την οικονομική άνεση να καλύψει το οικονομικό κόστος της εξέτασης στον ιδιωτικό τομέα.

Η απουσία δυνατότητας διαμαρτυρίας, αντιτίθεται στην αρχή των δικαιωμάτων του ασθενούς. Δεν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασθενών και των επισκεπτών σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Όπως αναφέρει η Nettleton (2002) σε μελέτες που έχουν γίνει, έχει παρατηρηθεί το γεγονός ότι ενώ πολλοί άνθρωποι είναι δυσαρεστημένοι κυρίως από τους γιατρούς δεν ξέρουν τον τρόπο να διαμαρτυρηθούν. Ωστόσο, μεταξύ αυτών που διαμαρτύρονται για τους γιατρούς δύο τύποι παραπόνων απαντώνται συχνά : για τους τρόπους των γιατρών και για την δυσκολία να πεισθούν για την σοβαρότητα της

κατάστασης του ασθενούς, τον οποίον καλούνται να εξετάσουν (Nettleton 2002 : 192). Οι απόψεις που καταγράφονται αντικατοπτρίζουν την σχετική δυσαρέσκεια των πολιτών προς τους δημόσιους και ιδιωτικούς λειτουργούς υγείας.

«...Έκανα πολύ καιρό να έρθω. Ο γιατρός Π., (ο διευθυντής Γυναικολογικού τμήματος στο συγκεκριμένο δημόσιο νοσοκομείο), δεν μου έλεγε τίποτα! Αυτός ...Όταν τον έβλεπα, τι να πω ... " Τι θες εσύ χοντρή ", μου έλεγε! Ναι, ήθελα να κάνω δελτίο παραπόνων... Ε, δεν υπάρχουν άλλες χοντρές, μόνο εγώ ήμουν! Και τότε ήμουν και πιο αδύνατη να φανταστείς, αλλά δεν έκανα (Τεστ όταν ήταν ο γιατρός Σ.). Για αυτό, ο τρόπος που σου μιλάει κάποιος παίζει ρόλο... Στην Αθήνα πήγα σε έναν γιατρό με την νύφη μου. Μου έλεγε, πολύ καλός (γιατρός).. Και μόνο που τον είδα εγώ, ο τρόπος που μου μίλησε, λέω εγώ δεν κάθομαι και έφυγα! Θέλω περισσότερο (ευγένεια) ... ».

Η Ηλιάννα τονίζει ότι αισθάνθηκε άβολα όχι με την εξέταση, αλλά από τα σχόλια της γιατρού που την εξέτασε, επικρίνοντας την για επιπόλαια σεξουαλική συμπεριφορά και εκφέροντας άποψη για την προσωπική της σχέση.

«...Α! Την πρώτη φορά που πήγα για να κάνω το Τεστ Παπ ήμουν 20 χρονών. Είχα σχέση δύο χρόνια όχι περιστασιακή, σταθερή. Σπάνια κάποιες φορές έγινε ελεύθερα, κάναμε ελεύθερα. Το αγόρι μου είχε ασφάλεια ΤΣΑΥ και η γιατρός που με εξέτασε ήταν πολύ ...επικριτική. Όχι, για το Τεστ (δεν αισθάνθηκα άβολα), αλλά μου είπε, ότι δεν επιτρέπεται αφού έχω σχέση με συνάδελφο (γιατρό) και γνωρίζει, να κάνουμε ελεύθερα έρωτα. Το θεώρησα πολύ προσβλητικό. Γιατί πολλές φορές θέλεις να εκφραστείς ελεύθερα, το σώμα δηλαδή να αισθανθεί! Η κριτική της για τα προσωπικά μου, λες και είχα περιστασιακή σχέση επιπόλαια δηλαδή, με ενόχλησε πάρα πολύ! Θα το θυμάμαι σε όλη μου την ζωή! Αυτό ήταν σε δημόσιο νοσοκομείο...».

Κατά την εξέταση του Τεστ Παπ και οποιασδήποτε γυναικολογικής εξέτασης ακριβώς επειδή ενέχεται η έννοια της ιδιωτικότητας, παρουσιάζεται σαν να εκχωρείται, το δικαίωμα στο σώμα στον γιατρό. Η ιδιαιτερότητα της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ του γυναικολόγου και της εξεταζόμενης, περιγράφεται ως οικεία. Η γυναίκα που εκθέτει το σώμα της για εξέταση, για ιατρική έρευνα όπως χαρακτηριστικά λέει η Ειρήνη, αποζητά να αντιμετωπίζεται με εντιμότητα και σεβασμό και να αισθάνεται άνετα. Το γυμνό σώμα αποκαλύπτεται μόνο σε έμπιστα άτομα, σε άτομα που είναι άξια για αυτό το δικαίωμα. Παραδίδεται στην ιατρική αυθεντία, στον άνθρωπο που ξέρει να βλέπει, στο ιατρικό βλέμμα. Για αυτό και

όταν απορρίπτεται από τον γιατρό ή αντιλαμβάνεται ότι έπεσε θύμα πλάνης από αυτόν συνήθως, καταφέρεται εναντίον του εαυτού της. Αισθάνεται ότι είναι δική της η ευθύνη της εκχώρηση του δικαιώματος της έκθεσης του σώματος της, σε λάθος άνθρωπο. Δημιουργούνται ενοχικά σύνδρομα και απόρριψη.

«...Όσες φορές έκανα το Τεστ, η επικοινωνία με τον εκάστοτε γιατρό ήταν ενθαρρυντική και όχι απογοητευτική .. Άκου, εξομολόγος είναι ο γυναικολόγος, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα οικειοποιείται η σχέση με τον γυναικολόγο. Όταν εκθέτεις το σώμα σου για πρώτη φορά αισθάνεσαι άβολα, εδώ το νοιώθουμε με τον άνδρα μας. Εδώ όμως είναι η εντιμότητα και η ευθύνη του γιατρού να τα αποβάλεις, γιατί πέρα από εξεταστής είναι και θεράπων ο γιατρός. Οπότε εμπιστεύεσαι ολοκληρωτικά το σώμα σου. Θα σταματούσα την εξέταση, αν δεν μου συμπεριφερόταν κάποιος γιατρός σωστά. Δεν επιτρέπω σε κανέναν να είναι κανίβαλος του σώματος μου της ύπαρξής μου, γενικότερα ή γελωτοποιός. Θα έφευγα και θα άλλαζα γιατρό. Το σώμα μας δεν το εκθέτουμε ως δημόσιο θέαμα, το εκθέτουμε για έρευνα».

Η Παναγιώτα, περιγράφει το περιστατικό που θυμάται ότι την επηρέασε. Στην συγκεκριμένη περίπτωση καταγράφεται η συνειρμική σύνδεση του ότι θα αισθανθεί πόνο όταν θα επισκεφτεί γιατρό, για οποιοδήποτε λόγο και αιτία. Χρησιμοποιεί μια τοπική έκφραση, το ρήμα *βέλαξα* για να τονίσει το ιδιαίτερα έντονο αίσθημα του πόνου (όπως βελάζουν τα ζώα, μεταφορά από τις κτηνοτροφικές εργασίες).

«... Το σκέφτομαι πολύ να πάω (να κάνω Τεστ). Τους φοβάμαι τους γιατρούς, πάρα πολύ!... Από τον οδοντίατρο. Είχα να κάνω ένα δόντι. Ήμουν μικρή και βέλαξα....Από τότε δεν ξαναπάω σε γιατρό εύκολα. Φοβάμαι, δεν θέλω. Πήγα (σε γιατρό) να σου πω, όταν ήθελα να κάνω παιδί... Δεν ξέρω, μετά δεν ξαναπήγα ποτέ (σε γυναικολόγο). Μόνο όταν είχα πρόβλημα, πέθαινα διπλωνόμωνα στα δύο. Ο γιατρός Π. (στο συγκεκριμένο νοσοκομείο) με είχε δει τότε. Ήταν πολύ καλός. Εδώ ήταν και ο γιατρός Σ., αλλά δεν ήταν τόσο καλός, ήταν απότομος! Είχα έρθει και με είδε και αυτός αλλά ντρεπόμουν τόσο πολύ. Ο Π. όμως ήταν η αδυναμία μου, η συμπάθεια μου...».

Και συνεχίζει καταθέτοντας την δυσπιστία με την οποία προσλαμβάνει τους γιατρούς και τα λεγόμενα τους. Οι δικαιολογίες τους δεν την πείθουν. Παραθέτει την γνώμη της για τους άλλους επαγγελματίες υγείας, για τις μαίες συγκεκριμένα, με ένα περιστατικό που περιγράφει :

«...Ε, και οι μαίες δεν είναι γιατροί;

- Όχι.

- Μετά, τότε, από τον γιατρό. Οι μαίες, εγώ ξέρω ότι τα κάνουν όλα και στο μαιευτήριο και παντού. Ο γιατρός έρχεται και τι κάνει; Βγάζει το παιδί, σιγά! Άσε και τι ακούνε από τους γιατρούς. Ο Τσ. (γυναικολόγος/ μαιευτήρας σε δημόσιο νοσοκομείο) δεν ξέχασε την γάζα και είπε ότι έφταιγε η μαία; Αυτός δεν έκανε την καισαρική; Η μαία έφταιγε; Τα ξέρω από την Γ.(στην οποία συνέβη το περιστατικό) και καλά που ήταν η ανιψιά μου και δεν το τράβηξε παρά πέρα. Και εγώ ρώτησα τους κουμπάρους της Γ., την Τ., γιατί τραβιέσαι στην Αθήνα να γεννήσεις; Και μου είπε: " Ε, πώς να μην τραβηχτώ με αυτό που έγινε; Να μου αφήσουν και εμένα γάζα; " Και ο γιατρός τους είπε ότι έφταιγε η μαία, κατάλαβες; ».

Η Ελένη υποστηρίζει ότι παίζει ρόλο η συμπεριφορά των γιατρών και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας στην προσέγγιση της για εξέταση. Η καλή συμπεριφορά του λειτουργού υγείας προς τους εξεταζόμενους με σεβασμό, σύνεση και επαγγελματισμό, είναι το ζητούμενο. Για αυτήν, το ιδανικό είναι η καλή συνεργασία με τον γιατρό. Να έχει την δυνατότητα να εκφράσει την άποψη της, να ακουστεί το αίτημα της και κατόπιν συνεννόησης και συζήτησης να καταλήξουν στην καλύτερη δυνατή λύση, με δημοκρατικές διαδικασίες. Στην έρευνα της Roberts (1985), για την μελέτη των απόψεων για τους γιατρούς και αντίστοιχα των γιατρών για τις γυναίκες, αποκάλυψε ότι τα προσόντα που εκτιμούν περισσότερο οι γυναίκες στους γιατρούς ήταν : η ευγένεια, το να τις ακούν, ο χρόνος που τους αφιερώνουν, η διαρκής φροντίδα και η ευκαιρία να μπορέσουν να τον γνωρίσουν καλύτερα (Nettleton 2002 : 197).

«...Ε, αν μου μιλάει καλά ο γιατρός, οι νοσηλευτές..., Αν δεν μου μιλάει καλά, φεύγω δεν εξετάζομαι! Είναι ένας εδώνα μην πω όνομα, τέλος πάντων! Έφερνα τα παιδιά και μουμίλαγε άσχημα! Όλο φώναζε ο παιδίατρος Σ.! Τι είναι αυτός! Δεν ξαναήρθα...Αρκεί να μου μιλάνε, δεν θέλω ντάντεμα αλλά να κάνουν την δουλειά τους. Και να λέω και εγώ (την άποψη μου) και να με ακούνε. Αν γίνεται, δηλαδή, αυτό που ζητάω. Εμείς είμαστε και αμόρφωτοι και μπορεί να ζητάμε και πολλά ... ».

Στην συνέχεια, περιγράφει την σκηνή του τοκετού και τον πανικό που ένοιωσε, καθώς βρέθηκε απροετοίμαστη μπροστά στην γέννα. Ο πανικός την ώθησε σε συμπεριφορά επιθετική προς τον γιατρό. Χειροδίκησε κατά του γιατρού. Καταγράφεται λοιπόν, η αναγκαιότητα για σωστή και υπεύθυνη συμπεριφορά και από τα δυο μέλη που συμμετέχουν σε κάθε ιατρική πράξη. Το δίπολο γιατρού-εξεταζόμενης/ασθενούς για να λειτουργήσει εύρυθμα και ορθά, απαιτεί την ίδια συνέπεια και συναίνεση, και από τις δυο πλευρές των συμμετεχόντων. Αναγνωρίζει

ότι και εκείνη θα πρέπει να επιδεικνύει μια πρόπουσα συμπεριφορά, σύμφωνα με τις υποχρεώσεις της.

«...Δεν είμαι και αναίσθητη, άνθρωπος είμαι. Κάποτε τρέμανε τα πόδια μου... Ήταν την πρώτη φορά που πήγα στον γιατρό στον τοκετό, με τράβαγε κάτι παπαλιές (χαστούκια) ... Ντρεπόμουν και εγώ έκλεινα τα πόδια και με κρατούσαν τα πόδια δυο νοσοκόμες... Έπαιρνα ανάσες και τράβαγα το παιδί επάνω, άστα ... Άργησα δυο ώρες να γεννήσω! Το κεφάλι του παιδιού βγήκε σαν γλυκοκολόκυθο! Από τα νεύρα του ο γιατρός με βάραγε στα πόδια! Με έπιασε φόβος και ντροπή. Πιο πολύ ντροπή ήτανε! Εγώ δεν τον άφηνα να κάνει την δουλειά του και νευρίασε. "Κακούργα, θα μου σκάσεις το παιδί" μου είπε! Είχα κακιά γέννα! Στο άλλο το κορίτσι, που ήταν εύκολη η γέννα, ήταν ευγενικός. Στο πρώτο, πήγα να τον αρπάξω από τα μαλλιά, έκανα βλακείες Μετά, έβαλε κουτάλες να μου τραβήξει το παιδί. Όταν με ψαλίδισε (όταν έκανε την περινεοτομή) του έριξα μία στο κεφάλι! Πονούσα!!... »

Σε μερικές γυναίκες δημιουργείται το αίσθημα ότι πέφτουν θύματα κακόβουλης ιατρικής μεταχείρισης. Πέρα όμως από αυτό, αναγκάζονται να μπουνε σε μια διαδικασία επίπονης και ψυχοφθόρας αναζήτησης του κατάλληλου επιστήμονα μέσα σε ένα δαιδαλώδες σύστημα υγείας, όπου δεν υπάρχει υπεύθυνη και τεκμηριωμένη καθοδήγηση για το που να απευθυνθούν για την επίλυση του προβλήματος τους. Είναι θέμα τύχης, ποιος θα αναλάβει την παρακολούθηση και την ιατρική φροντίδα. Όπως, στερεοτυπικά λέγετε στην καθημερινότητα, είναι ανάλογα που θα πέσεις. Η Χριστίνα περιγράφει τις δικές της εμπειρίες, στην προσπάθεια της για τεκνοποίηση, η οποία απέβη άκαρπη.

«...Σε τόσους γιατρούς πήγα, πάντα έπεφτα σε λάθος γιατρούς. Παντρεύτηκα και ήμουν 3 χρόνια χωρίς παιδί και πήγα να κοιταχτώ. Έγιναν οι εξετάσεις. Και πήγα στην Αθήνα. Σου μιλάω για μετά το εξωμήτριο τώρα. (Περιγράφει την εμπειρία της κατά την διάρκεια των εξωσωματικών προσπαθειών). Και εγώ πήγα επίσκεψη σου λέω και με νάρκωσε και μου έβαλε ένα σωληνάκι μέσα (στην μήτρα). Και κάθε βράδυ πήγαινα και μας έβλεπε από πίσω (δακτυλική από το ορθό εννοεί) για να βοηθήσει λέει. Κάθε βράδυ 2 - 3 η ώρα το πρωί! Και μας έπαιρνε 3000 δραχ τότε! Ποιο ιατρείο μένει ανοικτό τόσο αργά, ε; Αλλά, που μυαλό! Έχω και έναν άνδρα βόδι που έδινε μόνο λεφτά !Στην άλλη έβαλε μπαλονάκι μέσα της. Ήταν ο Μπ. και μια Χ. Αργότερα έμαθα ότι δεν ήταν καν γιατροί! Έχω περάσει ...Μετά πήγα στο Μ. (ιδιωτικό μαιευτήριο στην Αθήνα). Άλλα λεφτά εκεί...Ήταν κάτι γιατροί με ξένους (είχαν συνεργασία). Τελείωσε η σύμβαση που είχαν και έφυγαν και εγώ έμεινα έτσι. (Είχε ξεκινήσει την αγωγή με τα

φάρμακα της εξωσωματικής αλλά) έφυγαν και έμεινα έτσι! Μετά την άλλη (προσπάθεια) την έκανα με τον Π. (ιδ. γυναικολόγο) στον Πειραιά. Τίποτα και τότε! Ε, και είπα όχι άλλο, δεν μπορούσα. Το '87 έκανα την εξωμήτριο, μετά έκανα τις εξωσωματικές. Στον Πύργο, πήγα στο νοσοκομείο (για την εξωμήτριο κύηση). Ήταν ο Π. παθολόγος τότε (ο ίδιος γιατρός που αναφέρεται πριν με ειδικότητα γυναικολόγου) και ο Φ. γυναικολόγος, πολύ καλός. Πονούσα πολύ. Είδα και λίγο αίμα και νόμιζα ότι είχα σκωληκοειδίτιδα. Είχα και περίοδο κανονική...Και ο άνδρας μου, μου είπε να πάμε στο νοσοκομείο... Ήξερα και γω, τότενες; Με κράτησε μέσα 18 μέρες ο γιατρός. Φοβόταν μην έπαθα ζημιά. Νόμιζε ότι είχα και άλλο αιμάτωμα και άλλο, ξέρεις εξωμήτριο ... Πεθαμένη με επήγανε, ήταν τι να σου λέω».

Η Κατερίνα παραθέτει την εμπειρία της για την περιπέτεια υγείας με την λοίμωξη από HPV.

«... Με την Χ. (ιδ. κυτταρολόγος) που το συζήτησα εάν υπάρχει περίπτωση να το κολλήσεις από οπουδήποτε αλλού μου είπε ότι μόνο με την σεξ. επαφή. Ήταν κάθετη. Αν είχα κάνει όμως κι άλλο Τεστ (Παπ) το 2000 ίσως να το έβρισκα και τότε. Λέγεται και για την χρήση κοινής πετσέτας αλλά και ο Κ. (καθ. Γυναικολογίας σε δημόσιο παν. Νοσοκομείο, μου είπε) μόνο με το σεξ.

Ο Β.(ιδιώτης γυναικολόγος) δεν εφάρμοσε σωστά την αγωγή που έπρεπε να κάνω. Ο Β. μου είχε πει ότι μπορεί να το κόλλησες και στις ξαπλώστρες στην θάλασσα το HPV. Ο Β. μου πήρε για το Παπ, κυτταρολογικό. Μου κάνει μια επέμβαση, χωρίς να μου κάνει κολποσκόπηση γιατί κάτι είδε στο υπέρηχο... Μου αφαίρεσε κάτι μικροπολυποδάκια, καυτηριασμό, για να λεπτύνει το ενδομήτριο. Τι άλλο μου έκανε ο άνθρωπος; Δεν ξέρω και τι άλλο μου έκανε.. Μια επέμβαση, τέλος πάντων, 1500 ευρώ. (Θεωρεί ότι έγινε για οικονομικό όφελος). Μπορούσε να μην γίνει τόσο εσπευσμένα, μπορούσε να μου κάνει μια κολποσκόπηση, πριν να μου κάνει την επέμβαση. Την οποία, κολποσκόπηση μου την έκανε μετά την επέμβαση. Και μετά επίσης βγήκαν τα αποτελέσματα του Παπ, είδε τα ASCUS και τι γυρίζει και μου λέει; "Α! εδώ έχεις και HPV και θα κάνουμε κολποσκόπηση ..." Μου κάνει κολποσκόπηση και μου λέει: " Έχεις φλεγμονή στον τράχηλο και από την στιγμή που υπάρχει και HPV, κάνουμε κωνοειδή εκτομή τραχήλου ". Δεν πήγα ποτέ να την κάνω!

Πάω στον Κ. στην Πάτρα στο νοσοκομείο (και μου λέει): "Τι μου λες κορίτσι μου ! Τώρα όμως, εγώ δεν μπορώ να σου κάνω κολποσκόπηση γιατί έχεις κάνει την επέμβαση". Πήγα στο τρίτο μήνα, μετά την επέμβαση και μου λέει: " Ακόμα δεν μπορώ να σου κάνω αν δεν περάσει ένα εξάμηνο". Πήγα στον Κ., κατακαλόκαιρο, μου κάνει

την πρώτη κολποσκόπηση μου λέει "Εγώ δεν βλέπω τίποτα, δεν βλέπω φλεγμονή στον τράχηλο, αλλά θα την επαναλάβουμε τον Οκτώβριο και θα κάνουμε και την ταυτοποίηση του ιού". Πήγα τον Οκτώβριο μου κάνει νέα κολποσκόπηση και μου λέει: "Δεν έχεις καμία φλεγμονή ο τράχηλος σου είναι υγιής και στο λέω εγώ μου λέει που έχω γράψει τόμους για τον τράχηλο της γυναίκας". Τόμους βιβλία! Τέτοια! " (δείχνει συμβολικά το πάχος). Εγώ δεν βλέπω τίποτα, όμως αυτό που βλέπω εγώ είναι αυτό που βλέπω εγώ".

Αφού κάναμε και την ταυτοποίηση του ιού και δεν είχα... Τι κωνοειδή, μου λέει! Δεν κάνουμε τίποτα. Καταλαβαίνεις; Είναι να τρελαίνεσαι δηλαδή! Για κάποιους, που θα με ακούνε να τα λέω τώρα, θα λέει ότι αυτή είναι τρελή! ».

Η Τούλα τονίζει ότι κατά την άποψή της οι περισσότερες γυναίκες φέρουν τραυματικές μνήμες από τον τοκετό τους.

«...Σε σχέση με το Τεστ δεν έχω κάτι να θυμάμαι αλλά να σου πω για τον τοκετό μου. Εκεί δεν ξέρω τι έγινε και τον έβρισα τον γιατρό και όλες οι νοσοκόμες και όλες οι γυναίκες μου δίνανε συγχαρητήρια. Όλες ερχόντουσαν να με συγχαρούν! Στο Ρ. (δημόσιο νοσοκομείο στην Πάτρα) εκεί γέννησα! Και όλα κει δηλαδή».

Και συνεχίζει καταθέτοντας τις βιωματικές εμπειρίες της και τις απόψεις της για την προσπάθεια των γιατρών για κερδοσκοπία σε βάρος των ασθενών :

«...Για μένα υπάρχουν πάρα πολλοί που είναι έμποροι! Μπορώ να σου πω και ονόματα. Δεν έχω πρόβλημα. Να σου πω το 2004 ή το 2006 πήγα να κάνω το Τεστ. Να σου πω το όνομα. Είχα τότε το ταμείο (ΤΕΒΕ) και δεν είχαν αλλάξει ακόμα οι γιατροί. Στο ταμείο ήταν ο Μπ. (ιδιώτης γυναικολόγος συμβεβλημένος με το ΤΕΒΕ). Κοίταζε κάνω το Τεστ Παπ, του πάω και τα άλλα για να δει ότι εντάξει δεν είμαι εγκαταλελειμμένη. Το προσπαθώ, το ψάχνω. Το Τεστ το στέλνει στην κυτταρολόγο στην Χ.(ιδ.κυτταρολόγος) και μάλιστα ήταν μαζί του τότε και το πήρε η ίδια. Στον άλλο γιατρό που πήγαινα τα έστειλε στην Λ. (ιδ. κυτταρολόγος) μετά τα έστειλε και αυτός στην Χ. Πάω στον Μπ. τέλος πάντων, μου παίρνει το Τεστ ..

Μετά του περιγράφω ότι έχω συχνά αιμορραγία, ότι έχω δηλαδή πολύ αίμα που βγαίνουν σε κομμάτια , σαν βλέννες ένα πράγμα και μου είπε ότι θα κάνουμε ένα πως το λένε, μια κολποσκόπηση.

Κάνει την κολποσκόπηση τακ τακ τακ βγάζει τις φωτογραφίες και μετά μου λέει:" Το βλέπεις αυτό; Αυτό είναι πολύποδας στην μήτρα"(συγγέει την εξέταση με κολπικό υπερηχογράφημα). Λες και κατάλαβα εγώ τώρα που μου το έδειχνε!

Και όπως είναι κοιτάει την ..και βγάζει την ατζέντα του. " Πάμε μου λέει να κάνουμε μια επεμβασούλα ", ανοίγει την ατζέντα του. Του λέω εγώ: " Τι πιθανότητες έχει να είναι κακοήθεια αυτό το πράγμα; " Μου λέει: " στο 2%".

"Κοίταξε να δεις", του λέω, "εγώ μια ζωή είμαι στον μέσο όρο ότι και να γίνεται. Δηλαδή, όπου κάτι πήγαινε στραβά πήγαινε και σε μένα. Όπου πήγαινε στους πολλούς καλά, πήγαινε και σε μένα. Δεν έχω καρκίνο! Άστο του λέω, θα το δείξει η νεκροψία". "Τι είναι αυτά που λες", μου λέει! Και σηκώθηκα και έφυγα! Δεν του άφησα περιθώρια, δεν του άφησα περιθώρια (το τονίζει)!

Δηλαδή, ξέρεις υπάρχει και το ένστικτο που σου λέει, σήκω φύγε! Το ένστικτο ναι, βέβαια! Εντάξει, λέω είναι το ένστικτο που δουλεύει και γλιτώνεις πολλές φορές ». Περιγράφει κάποια άλλα περιστατικά, που θυμάται ότι την ενόχλησαν πολύ. Εστιάζει στην επιδημιολογική φύση της ιατρικής, έτσι όπως την αντιλαμβάνεται.

«... Πήγα στην Φ. (ιδ. γυναικολόγος) είναι καλή επιστήμονας, αλλά δεν ξέρει να μιλάει. Το χειμώνα πήγαινα για να κάνω και το Τεστ και υπέρηχο, μου λέει: " Έχεις και μια κύστη στην ωοθήκη! ". Θεωρητικά θα είχα και αυτό. Εδώ που τα λέμε, οι γιατροί στατιστικά μιλάνε, είναι στατιστικοί οι άνθρωποι! Μου λέει να το ξαναδούμε. Πήγα στους έξι μήνες και μου παίρνει το δείγμα. Ενώ τον χειμώνα μου είπε ότι είναι απαραίτητος και ο υπέρηχος για την κύστη, μετά δεν ξέρω γιατί δεν μου έκανε. Μου λέει δεν είναι σωστό, έκρινε ότι δεν έπρεπε να γίνει. Το λόγο δεν τον ξέρω.

Μου πήρε υγρό για μικροβιολογική εξέταση. Πληρώνω 20 ευρώ και βγαίνω έξω στην κοπέλα στην υποδοχή. Λέω: " Απόδειξη δεν θα μου κόψετε; " Η κοπέλα, λες και την χτύπησε κεραυνός! Μου λέει: " Περιμένετε! " Και ρωτάει την γιατρό που βγαίνει αγριεμένη και της λέει : " Κόψε της μια απόδειξη για 10 ευρώ, εγώ τα πληρώνω τα σωληνάκια ", τους δοκιμαστικούς σωλήνες, δεν ξέρω αν τα λέω και σωστά και " Την άλλη φορά θα σε αφήσω να πας να ανοίξεις τα πόδια σου και στον μικροβιολόγο να σου πάρει για την εξέταση ! " Το είπε μπροστά σε όλους 4 γυναίκες και τον σύζυγο μιας κυρίας που ήταν για εξέταση μέσα! Εκεί δεν απαντάς. Πήγα, πήρα τα αποτελέσματα και δεν ξαναπήγα ποτέ!

Την άλλη φορά, την πρώτη φορά που πήγα σε γυναικολόγο, πήγα στον Π. (ιδ. γυναικολόγος) με το παιδί, βρέφος ακόμη και την μαμά μου. Το παιδί έκλαιγε και άστα... Τέλος πάντων μπαίνω μέσα, και του είπα το ιστορικό ότι γέννησα στο Ρ. με τον γιατρό της βάρδιας και μου έλεγε συγχαρητήρια και κάτι τέτοια.

Μετά άρχισε να με ρωτάει τι ζώδιο είμαι, του είπα ταύρος και του άντρα μου, αιγόκερως και του μωρού ρωτούσε! Αν ήθελα να πάω σε χαρτορίχτρα, θα πήγαινα!

Λέω που έμπλεξα! Δεν ξαναπήγα! Α! Το καλύτερο ήταν που ζάπλωσα να με εξετάσει και βλέπω στο ταβάνι τον ζωδιακό κύκλο! Εκεί λέω εντάζει! Κάτι λάθος έκανα και δεν ήρθα σε επιστήμονα! Και τώρα δεν έχω που να πάω ...

Και μια άλλη φορά, όταν βγήκε θετικό το Τεστ πήγα στο Ρ. και πέτυχα μια γιατρό. Χαζοβιόλα ήταν και όπως ήμασταν στο ασανσέρ, όλοι, δηλαδή μου λέει : " Α! Εσύ έχεις και HPV, δηλαδή είσαστε άπιστοι ! Ο άνδρας σου, μάλλον είναι άπιστος! " και πέφτω από τα σύννεφα! Μετά μου εξήγησε, ότι είχε τα δικά της θέματα. Παντρευόταν και είχε ανασφάλειες. Αλλά και αυτό μπροστά σε όλους!».

Η Τούλα εύστοχα εντοπίζει την προβληματική της σχέσης γυναίκας-γυναικολόγου στην άκριτη και τυφλή εμπιστοσύνη που επιδεικνύουν και στην οικειότητα που θέλουν να καλλιεργήσουν, χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψη ότι απευθύνονται σε επαγγελματία για την προσφορά υπηρεσιών. Η οικειότητα στην σχέση και η υπέρβαση των ορίων της επαγγελματικής σχέσης στην ουσία, είναι η αιτία για την ίδια των δεινών που επακολουθούν.

«...Ξέρεις τι λέω; Εγώ πιστεύω ότι την πατάνε πολύ οι γυναίκες, γιατί εμπιστεύονται πολύ τον γιατρό τους! Τον θεωρούν πιστεύω θεό! Και πιστεύω ότι τον θεωρούνε πιο δικό τους και από τον άντρας τους! Ναι, δεν κάνω πλάκα. Δηλαδή, τις βλέπεις ότι τον εμπιστεύονται πααάρα πολύ ! Όταν μιλάνε για τον γυναικολόγο τους λες ...τον αποκαλούν με το μικρό τους όνομα. Δένονται πάρα πολύ!

Δηλαδή, θυμάμαι ότι η άλλη μου είχε πει ότι όταν έφτασε στην κλιμακτήριο, στην εμμηνόπαυση πήγε και τον αποχαιρέτησε και του λέει: "Γιατρέ, δεν θα σε ξαναχρειαστώ! Ήρθα να σε χαιρετήσω, γιατί δεν θα σε χρειαστώ τώρα που μπαίνω στην κλιμακτήριο και ... τελείωσα σαν γυναίκα, και ήρθα να σε ευχαριστήσω." Πήγε και τον αποχαιρέτησε λες και ήταν γκόμενος! Λες και δεν θα είχε ξανά επαφή μαζί του! Τίποτα, δηλαδή ήταν ...

Εγώ που ακούω αυτές τις ιστορίες, πως μιλάνε για τον γυναικολόγο τους, ξέρω ότι δεν πρέπει να τις εμπιστευτώ, όταν μιλάνε για τον γυναικολόγο τους!... Σίγουρα, οι γυναίκες λειτουργούν με το συναίσθημα σε όλα. Αλλά βλέπω ότι τον εμπιστεύονται πιο πολύ από τον άντρα τους».

Αυτό που σημειώνεται, από μια μεγάλη μερίδα των πληροφορητριών είναι το γεγονός ότι φαίνεται ότι δεν καταλαβαίνουν σε ποιές ιατρικές πράξεις προβαίνει ο γιατρός. Συχνά, όταν γίνονται διευκρινιστικές ερωτήσεις για το ποιες εξετάσεις έχουν κάνει ή ποιες επεμβάσεις, στην λήψη του ιστορικού μέσα από την εμπειρική διαδικασία, πολλές φορές φέρονται να μην γνωρίζουν. Το γεγονός της πλημμελούς

ενημέρωσης, αντίκειται στην ιατρική δεοντολογία και στα κατοχυρωμένα δικαιώματα του χρήστη υπηρεσιών υγείας. Η συναίνεση του ασθενούς είναι βασική ασφαλιστική δικλείδα, που κατοχυρώνει θεσμικά και νομικά και τα δυο μέλη της σχέσης ασθενούς-ιατρού. Είναι καθ' όλα απαραίτητη. Για να υπάρχει όμως συναίνεση εκ μέρους της ασθενούς ή της εξεταζόμενης πρέπει πρώτα να πληρείται η προϋπόθεση της πλήρους ενημέρωσης, κάτι που φαίνεται ότι δεν τηρείται εδώ.

Η Παναγιώτα αναφέρει την εμπειρία της στην προσπάθεια για την απόκτηση παιδιού, στον διάλογο που ακολουθεί :

«...Πήγα να σου πω (σε γυναικολόγο), όταν ήθελα να κάνω παιδί. Δεν είχα καλά... πες τα, πώς τα λένε..

-Τι ωάρια;

-Ναι, και μου έκανε ενέσεις. Μου είπε, ότι δεν μένουν πολύ (τα ωάρια)! Ψοφάνε! Δεν ήταν και πολλά.

-Δηλαδή σου έκανε πρόκληση ωορρηξίας, μήπως μπήκες σε πρόγραμμα εξωσωματικής;

-Όχι με ξένα, δικά μου.

-Δεν κάνουν εξωσωματική μόνο με ξένα ωάρια.

-Α, αυτό δεν το ξέρω, αλλά μου είχε πει και ο Χ. (ιδ. Γυναικολόγος), ότι αν δεν κάνεις τώρα παιδί, δεν θα κάνεις ποτέ! Αυτός ήταν κουράπαλο, είχε γεράσει! Μου έκανε τις ενέσεις, να κάνω τα λίγα (ωάρια) πολλά. Και ο άνδρας μου είχε πρόβλημα και αυτός. Είχε λίγα (σπερματοζωάρια). Αλλά, δόξα σοι ο Θεός! Έχω την κόρη μου. Μετά είχα την αποβολή. Πολύ στενοχωρήθηκα τότε! Ακόμα το θυμάμαι! Και αυτό ήταν δεν έκανα άλλο (παιδί)!».

Τα αισθήματα των γυναικών απέναντι στην ιατρική ειδικότητα φέρονται αρνητικά μέσα από την βιωματική διαδικασία. Οι γυναίκες αντιμετωπίζουν τους γιατρούς με δυσπιστία, αμφισβήτηση για τον επαγγελματισμό και την επιστημονική τους επάρκεια αλλά και τον ανθρωπισμό τους. Αντιλαμβάνονται ότι πολλά από τα κακώς κείμενα γίνονται στον βωμό του χρήματος.

Η Ειρήνη συνοψίζει στην άποψη που καταθέτει, τις ιδιότητες και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά που πρέπει να διακρίνουν έναν ολοκληρωμένο επαγγελματία υγείας, έναν γιατρό.

«...Πέρα από το βιοποριστικό, το οικονομικό κέρδος, χρειάζεται να προστεθεί στην έννοια γιατρός και ένα άλλο γνώρισμα. Η επίγνωση ότι με αυτό που κάνει, με την γνώση, την δεξιότητα, τον μόχθο του τελεσιουργείται ένα έργο κοινωνικής σημασίας.

Πρέπει ο γιατρός να έχει την υπομονή, ως όπλο. Γιατί, μια γυναίκα μπορεί να γίνει κουραστική και φλύαρη. Θες από ανασφάλεια, από απειρία, όταν έχει έλλειψη αυτογνωσίας ή εμπειρίες, πρέπει να είναι οπλισμένος... Όταν δεν έχει μέσα του το χερουβείμ του χρήματος, τότε ασχολείται πραγματικά .. Τότε έχει ποτίσει μέσα του, η αλήθεια του Ιπποκράτη. Γιατί τότε τι κάνει ο γιατρός; Σώζει τον άνθρωπο. Η επιστήμη, αν δεν έχει άξονα τον άνθρωπο, δεν είναι επιστήμη! Έτσι, πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη της γυναίκας, για να μπορεί να πει την αλήθεια της. Γιατί, αν πει την αλήθεια προστατεύει και τον γιατρό. Αν έχει AIDS, ας πούμε και του το κρύψει, τότε θα πάθει και εκείνος ζημιά. Είναι άρρηκτα συνδεδεμένη η σωματική υγεία με την ποιότητα παροχής υπηρεσιών από τον γιατρό. Ακούς; Ο γιατρός, πρέπει να σε κερδίσει με την επιστημονική του κατάρτιση. Να της δώσει να καταλάβει με απλή ορολογία όχι με επιστημονική, για να καταλάβει γιατί μπορεί (η γυναίκα) να είναι και αγράμματη...».

4.7. Πέμπτη ενότητα : Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες διαμόρφωσης αντιλήψεων

Στην πέμπτη ενότητα γίνεται μια καταγραφή των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που συμμετέχουν στην σχηματοποίηση των αντιλήψεων για την πρόσληψη της έννοιας της πρόληψης.

Πρωτίστως, θα ήταν θεμιτό να αναφερθεί ότι τα δημογραφικά στοιχεία των πληροφορητριών, αποκαλύπτουν ότι η ομάδα των ερευνητικών υποκειμένων, στην πλειονότητά τους ανήκει στην μικρομεσαία τάξη μιας αγροτικής περιοχής της επαρχίας. Το επίπεδο μόρφωσης αναφέρεται στην μέση εκπαίδευση. Με εξαίρεση μια πληροφορήτρια που κατέχει τριτοβάθμια πανεπιστημιακή εκπαίδευση, είναι σε μετεφηβική ηλικία και δηλώνει άγαμη και άτεκνη. Η πλειοψηφία των γυναικών, βρίσκονται στην μέση ηλικία και είναι σε έγγαμο βίο. Η πλειονότητα κατέχει κάποιου είδους απασχόληση, ενώ μερικές ασχολούνται με οικιακά, και μία δηλώνει άνεργη. Οι περισσότερες δηλώνουν οικογενειακά εισοδήματα που δεν ξεπερνούν το μέσο ετήσιο εισόδημα των Ελλήνων. Μια πληροφορήτρια δηλώνει ότι δεν έχει κρατική ασφαλιστική κάλυψη, αδυνατώντας να καταβάλει το ποσό των ασφαλιστρών.

Τα δημογραφικά στοιχεία παρατίθενται για να τονιστεί η κοινωνικοοικονομική κατάστασή τους, καθώς είναι διαδεδομένο και κατανοητό ότι η κοινωνική θέση και η οικονομική ευχέρεια μετέχει στον μηχανισμό πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέεται άμεσα με το επίπεδο και την κατάσταση υγείας. Η πλειονότητα των πληροφορητριών τονίζει ότι ο οικονομικός παράγοντας δρα καταλυτικά στην διαχείριση της υγείας. Τους απασχολεί άμεσα, μέσα σε ένα περιβάλλον κινδυνολογίας και οικονομικής ύφεσης. Το ζήτημα της οικονομικής ευχέρειας απασχολεί για την ίδια τους την επιβίωση. Το κόστος της εξέτασης στον ιδιωτικό τομέα υγείας, προβληματίζει και συμμετέχει στην κατεύθυνση των γυναικών προς τον δημόσιο τομέα υγείας. Ο οικονομικός παράγοντας δρα καθοριστικά στην ενδυνάμωση των κοινωνικών ανισοτήτων και στο περιορισμό των επιλογών χρήσης και πρόσβασης σε όλες τις μορφές των υπηρεσιών υγείας.

Οι φωτιές του Αυγούστου του 2007, οδήγησαν στην επιδείνωση της οικονομικής δυσπραγίας και τονίζεται από τις περισσότερες πληροφορήτριες. Αποδυνάμωσε την κοινωνική συνεκτικότητα και την οικονομική παραγωγή του τόπου, δημιουργώντας ιδιαίτερες πολιτισμικές συνθήκες. Το βίωμα της μαζικής καταστροφής του περιβάλλοντος και η αγχωτική συνδρομή που την συνόδευσε, απασχολεί για τις μακροχρόνιες επιπτώσεις του. Ωστόσο, δεν φαίνεται να προκάλεσε σημαντικές αλλαγές στην τακτική για την πρόληψη, καθώς η πλειοψηφία των πληροφορητριών θεωρεί ότι φέρει μια σχετικά καλή πρακτική προληπτικών ελέγχων και θετικής στάσης για την πρόληψη και την υγεία, γενικότερα. Μια μόνο πληροφορήτρια τονίζει την εκτεταμένη επίδραση του συγκλονιστικού αυτού γεγονότος, στην αλλαγή της ευρύτερης στάσης της απέναντι στην ζωή και στην υγεία.

Οι προσλαμβανόμενες έμφυλες σχέσεις καθορίζουν την δομή της οικογένειας, η οποία σαν πρωταρχικό κύτταρο της κοινωνίας, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική συνοχή και στις πολιτισμικές προσλαμβάνουσες. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα προσλαμβάνουν τον εαυτό τους και τον ρόλο τους στην οικογένεια με κάποια ανωτερότητα σε σχέση με την θέση του άνδρα. Θεωρούν ότι φέρουν περισσότερα ποιοτικά χαρακτηριστικά (είναι πολύ καλύτερες, σε όλα) από τους άνδρες. Μερικές πληροφορήτριες υποστηρίζουν ότι ο ρόλος της γυναίκας, μητέρας, συζύγου είναι καθοριστικός για την λειτουργία της οικογένειας. Η πολιτισμική διάσταση του κοινωνικού ρόλου της γυναίκας μέσα από την δράση της

στην οικογένεια, είναι δυνατόν να λειτουργεί σαν ένα επιπλέον κίνητρο για τις ίδιες να φροντίζουν την υγεία τους και να εντρυφήσουν στην πρόληψη, ακόμη περισσότερο. Άλλωστε η επίδραση της γυναίκας στην οικογένεια για θέματα υγείας και πρόληψης, έχει καταγραφεί σε πολλές έρευνες.

4.7.1. Ο οικονομικός παράγοντας στην υγεία και στην πρόληψη

Ο ρόλος του οικονομικού παράγοντα στην υγεία και στην πρόληψη πιο συγκεκριμένα, είναι γενικά αποδεκτό ότι αποτελεί καθοριστικό σημείο επενέργειας στην σχηματοποίηση αντιλήψεων και δράσεων για την υγεία.

Η οικονομική ευχέρεια τονίζεται ιδιαίτερα και από τους χρήστες των συστημάτων υγείας αλλά και από τους σχεδιαστές πολιτικών υγείας. Οι δεύτεροι, μια μεγάλη μερίδα τουλάχιστον εξ αυτών, υποστηρίζουν ότι η υγεία αποτελεί ένα κοινωνικό και ταυτόχρονα ατομικό αγαθό, που θα πρέπει να παρέχεται με όρους ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ισότητας. Ο Π.Ο.Υ., στην Διακήρυξη της Τζακάρτα (1997)⁶ αναγνώρισε την αναγκαιότητα να τεθεί το θέμα της μείωσης των ανισοτήτων και της ενδυνάμωσης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην υγεία και του κοινωνικού κεφαλαίου. Ωστόσο, η πραγματικότητα των οικονομικών της υγείας ορίζει, σύμφωνα με τον Νόμο της Ανεπάρκειας, ότι : κανένα υγειονομικό σύστημα και καμία χώρα δεν έχει αρκετούς πόρους στον τομέα της υγείας για να εξασφαλίσει «πλήρη υγεία» και να ικανοποιήσει όλες τις ανάγκες των πολιτών της (Υφαντόπουλος 2006 : 70). Ιδιαίτερα τώρα, λόγω περιορισμένων πόρων οι πολιτικές υγείας κατευθύνονται στον εξορθολογισμό και στον περιορισμό της ανεξέλεγκτης και άκριτης χρήσης.

Όμως, αυτό έχει ως άμεσο κοινωνικό αντίκτυπο την ανισοκατανομή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τον περιορισμό στην πρόσβαση και χρήση, που ενδυναμώνει τις ανισότητες μεταξύ των χρηστών. Οι χρήστες καθώς βλέπουν τις δυνατότητες τους περιορισμένες, αναζητούν λύσεις που κοστίζουν όμως στην τσέπη τους. Η υγεία, ένα κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται δωρεάν και ισότιμα σε όλους τους πολίτες, κοστίζει. Η ιδιωτική δαπάνη για την φροντίδα της υγείας είναι γεγονός. Ένας στους 4 Έλληνες πολίτες, σε πρόσφατη έρευνα, πληρώνει από την

τσέπη του για υπηρεσίες υγείας ενώ, συνολικά η δαπάνη των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας απορροφά σταθερά τα τελευταία χρόνια, ποσοστό μεγαλύτερο από το 7% των μηνιαίων δαπανών (Σουλιώτης 2009). Αυτή είναι μια πραγματικότητα που μπορούν να την χειριστούν, οι έχοντες. Όσο για τους μη έχοντες ο οικονομικός παράγοντας προσλαμβάνεται σαν ένα εμπόδιο στην καλύτερη διαχείριση της υγείας τους, που οδηγεί σε μεγέθυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και των ανισοτήτων χρήσης και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Όπως καταγράφουν οι Berger & Luckmann, ένα πολύ καλό παράδειγμα των περιορισμών που οριοθετεί η κοινωνία στις βιολογικές δυνατότητες του οργανισμού είναι η μακροζωία, με την έννοια του προσδόκιμου ζωής και της εμφάνισης νοσημάτων. Υπάρχει σημαντική απόκλιση στο προσδόκιμο ζωής των ατόμων μεταξύ της κατώτερης και της ανώτερης τάξης. Επιπροσθέτως, τόσο η συχνότητα εμφάνισης, όσο και η νοσηρότητα των παθολογικών καταστάσεων διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κοινωνικών στρωμάτων. Τα άτομα της κατώτερης τάξης εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα νοσηρότητας. Ωστόσο, τα άτομα της ανώτερης κοινωνικής τάξης παρουσιάζουν διαφορετικό φάσμα νοσημάτων. Η κοινωνία καθορίζει πόσο και με τι τρόπο θα ζήσει ο οργανισμός του ατόμου (Berger & Luckmann 2003 : 331). Επιπλέον το υγειονομικό σύστημα αναπαράγει τις ανισότητες εντός και εκτός, όπως παραθέτει ο V. Navarro (Οικονόμου 2005 : 113).

Ο οικονομικός παράγοντας περιορίζει την πρόσβασή τους στον ιδιωτικό τομέα υπηρεσιών υγείας και προσλαμβάνεται σαν παράγοντας που συμβάλλει στην χρήση των δημοσίων υπηρεσιών. Το κόστος της εξέτασης ενός Τεστ Παπ στον ιδιωτικό τομέα που κυμαίνεται από 50 έως 70 ευρώ, και αποτελεί επιπλέον δαπάνη για τον οικογενειακό προϋπολογισμό, την οποία συχνά δεν έχουν την δυνατότητα να καλύψουν οι πληροφόρητες.

Η Χριστίνα συνάντησε δυσκολίες όσον αφορά την συνεργασία με έναν συγκεκριμένο γιατρό στο νοσοκομείο. Το απαγορευτικό κόστος της εξέτασης όμως, την οδήγησε στην επίμονη χρήση της δημόσιας δομής όπου η εξέταση παρέχεται δωρεάν. Οι περιορισμένοι οικογενειακοί πόροι επιδεινώθηκαν από την καταστροφή των καλλιεργειών από τις φωτιές αλλά και η γενικευμένη οικονομική κρίση επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την οικονομική ανασφάλεια και δυσπραγία. Αυτό που επισημαίνεται είναι η καθολικότητα του φαινομένου της οικονομικής κρίσης.

«... Δεν βλέπεις τι γίνετε; Παίρνουν 10 λεπτά το πορτοκάλι και 2 το λάδι (το κιλό σε ευρώ). Πήγαινα στην X. (ιδ.κυτταρολόγο) και πλήρωνα ...Αλλά ρώτησα και

έρχομαι εδώ (που είναι δωρεάν η εξέταση). Το 50άρι το δίνεις αλλού ...Δεν βλέπεις ο κόσμος τι δύσκολα περνάει...».

Η δαπάνη στην υγεία προβληματίζει. Τα ασφάλιστρα και το ποσό που πρέπει να καταβληθεί στους ασφαλιστικούς φορείς για την κάλυψη της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης θεωρείται δυσβάσταχτο για τον οικογενειακό προϋπολογισμό. Έτσι παρατηρείται το φαινόμενο να μην έχουν την δυνατότητα να πληρώσουν τα ασφάλιστρα και να μένουν χωρίς ιατροφαρμακευτική περίθαλψη δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο καθώς θα πρέπει να καλύπτουν οι ίδιες την δαπάνη για τις εξετάσεις και την αγορά φαρμάκων. Το χαμηλό κόστος της εξέτασης που αντιστοιχεί στην πληρωμή της επίσκεψης, έτσι όπως έχει προσδιοριστεί στα τρία ευρώ στον δημόσιο τομέα, τονίζεται ιδιαίτερα και διευκολύνει την πρόσβαση των οικονομικά αδυνάτων στην υγεία, στην συγκεκριμένη υγειονομική δομή.

Η Χριστίνα, συνεχίζει :

«...Δεν έχω και το βιβλιάριο τώρα... ΟΓΑ έχω. Το πλήρωσα τις άλλες φορές. Τώρα θέλουνε 2000 ευρώ γιατί δεν πλήρωσα καιρό.... (Για αυτό έρχομαι εδώ). Και με την Άννα που συζητήσαμε μου λέει είναι πολύ καλή, τι να σου πω! Και με 3 ευρώ πας και σε βλέπει...».

Η Παναγιώτα προσδιορίζει και εκείνη την δυσχερή οικονομική κατάσταση σε σύγκριση με την τιμή πώλησης της παραγωγής του πορτοκαλιού στους μεσολαβητές. Η τιμή της αγροτικής παραγωγής προσδιορίζει και καθορίζει το οικονομικό κέρδος για την οικογένεια.

«...Τον υπολογίζω (τον οικονομικό παράγοντα) βέβαια! Αν σου παίρνουν το πορτοκάλι 10 λεπτά το κιλό, 12 το παίρνουν αλλά βγάλε και το φόρο μένουν 10. Φέτος τα συντηρήσαμε με δικά μας λεφτά. Θα σφιχτούμε όλοι τώρα...».

Η Ειρήνη, περιγράφει ότι αφού επέλεξε να απευθύνεται στον ιδιωτικό τομέα φρόντισε να μην επιβαρύνει το ταμείο ασφάλισης της (δημόσιο) και να πληρώνει η ίδια την εξέταση.

«...Και για να μην επιβαρύνω το ταμείο μου πλήρωνα ! Είναι και το δαπανηρό της εξέτασης...», που την οδήγησε στο δημόσιο νοσοκομείο μαζί με τους άλλους συνεργικούς παράγοντες.

Η Ελένη αποφάσισε να χειρουργηθεί στο δημόσιο νοσοκομείο επειδή δεν μπορούσε να καλύψει το κόστος της επέμβασης στην ιδιωτική κλινική.

«...Το ένα (χειρουργείο) στον Α. (δημόσιο νοσοκομείο στην Πάτρα) το πρώτο...Και αυτό που μου βάλανε πως το λένε σαν ...

-Πλέγμα. Έκανες κολπορραφία ;

-Ναι, πλέγμα αυτό, στο Αλ. (δημόσιο νοσοκομείο στην Αθήνα) το έκανα. Η κόρη μου τότε δούλευε στο Ι. (ιδιωτικό μαιευτήριο) αλλά ζητούσαν πολλά λεφτά...».

Στην αφήγηση της περιγράφει την δύσκολη οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται και πως επενεργεί το γεγονός αυτό στην ζωή της αλλά και τις περιορισμένες επιλογές για εργασία που έχει καθώς έχει επιβαρυνθεί η υγείας της.

«... Έχω στενοχώριες, οι αρρώστιες, η φτώχεια είχα και τα ψυχολογικά μου... Τώρα δεν έχω δουλειά! ... Αν δεν έχεις λεφτά υπάρχουν στενοχώριες πολλές.. Η κρίση φταίει, εγώ είμαι ασπρροουχού.. Έραβα ασπρόρουχα για όλο τον νομό Ηλείας. Είχα πελάτες από Πάτρα, Θεσ/κη.. Παντού, παντού! Τώρα, τίποτα! Για αγροτική (εργασία) δεν μπορώ να πάω! Δεν μπορώ την κούραση, στον ήλιο, στα χώματα.. Και τότε δύσκολη ήταν η δουλειά αλλά ήμουν στον ίσκιο. Δεν μπορώ τον ήλιο, το βάρος, τα (φυτό-) φάρμακα....».

Η Κατερίνα τονίζει την διάσταση του υπέρμετρου κόστους των γυναικολογικών επεμβάσεων στον ιδιωτικό τομέα, που πολλές φορές οδηγεί στην προκλητή αύξηση μη αναγκαίων ιατρικών πράξεων. Η Κατερίνα καταθέτει την άποψη της, σύμφωνα με την οποία η επέμβαση που υπέστη θεωρεί ότι έγινε άσκοπα.

«Ο Τ. (ιδ.γυναικολόγος),... μου κάνει μια επέμβαση χωρίς να μου κάνει κολποσκόπηση γιατί κάτι είδε στο υπέρηχο ...Μου αφαίρεσε κάτι μικροπολυποδάκια (και μου έκανε) καυτηριασμό, για να λεπτύνει το ενδομήτριο... Τι άλλο μου έκανε ο άνθρωπος; Δεν ξέρω και τι άλλο μου έκανε... Μια επέμβαση, τέλος πάντων, 1500 ευρώ...».

Αυτό που καταγράφεται μέσα από τις απαντήσεις των πληροφορητριών είναι ότι η οικονομική δυσχέρεια μεγεθύνει την κοινωνική ανισότητα περιορίζοντας τις επιλογές. Προσδιορίζει ταυτόχρονα την κατεύθυνση των χρηστών υπηρεσιών υγείας προς τον δημόσιο τομέα. Ο δημόσιος τομέας καθορίζεται ως ο κύριος πάροχος υπηρεσιών υγείας με τον χαμηλότερο κόστος, στην ουσία με μη φανερό, άμεσο κόστος το οποίο καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Προσδιορίζεται σαν λύση ανάγκης εκ πρώτης όψεως, με οικονομικούς όρους.

Μια ξεχωριστή διάσταση, αυτή της αναγκαιότητας της εξέτασης καταγράφεται σε μερικές μαρτυρίες. Η εξέταση του Τεστ Παπ φαίνεται να απασχολεί στο επίπεδο που προσδιορίζεται και υπονοείται από δυο πληροφορήτριες, ως αναγκαία για την αποφυγή κοινωνικο-οικονομικού κόστους.

Η πρόληψη εκφράζεται και προσλαμβάνεται με οικονομικούς όρους επιβάρυνσης του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία, μέσα σε ένα περιβάλλον οικονομικής ύφεσης. Η Ειρήνη, εργαζόμενη στον χώρο της υγείας εκφράζει τον προβληματισμό της για τις οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις από τον καρκίνο. Φαίνεται να την απασχολεί η οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας, σαν άνθρωπο που ζει και παράγει μέσα σε αυτό. Αναφέρεται στο συνολικό κόστος στο σύστημα υγείας που συνεπάγεται η εκδήλωση του καρκίνου, κάτι που μπορεί να αποφευχθεί με τον τακτικό έλεγχο και την επίδειξη συνέπειας, όπως υπονοεί. Το κοινωνικό κόστος την απασχολεί, καθώς αντιλαμβάνεται ότι θα έχει να αντιμετωπίσει τον οίκτο και τον σχολιασμό από τον κοινωνικό περίγυρο.

«... Το Τεστ είναι απαραίτητο, γιατί κατά την άποψη μου με αυτό τον τρόπο υπάρχει μεγάλο κοινωνικό και οικονομικό όφελος. Ειδικά οικονομικό. Γιατί, αν αρρωστήσω εγώ θα επιβαρύνω το κράτος με τις χημειοθεραπείες και όλες τις εξετάσεις που θα χρειάζομαι. Αλλά είναι και το κοινωνικό, το κους κους από την κοινωνία, πως θα δημιουργηθεί ο οίκτος από την κοινωνία και όλα αυτά....».

Η Τούλα αναφέρει την κρατική παρέμβαση στην πρόληψη σαν αναγκαιότητα καθώς αντιλαμβάνεται την σημαντική διάσταση της προληπτικού ελέγχου για την αποφυγή του επιπλέον κοινωνικού, ψυχικού και οικονομικού κόστους αλλά και της επιβάρυνσης της υγείας. Αναφέρει τον προβληματισμό της :

«... Το οικονομικό βέβαια με απασχολεί...Κανονικά δεν θα έπρεπε να είναι δωρεάν παντού, για όλες τις γυναίκες το Τεστ Παπ; Είναι προτιμότερο δηλαδή να πάθεις καρκίνο; Και να γεμίζουν και τα νοσοκομεία;...».

4.7.2. Η επίδραση της περιβαλλοντικής επιβάρυνσης από τις φωτιές ως προσλαμβανόμενος παράγοντας στην υγεία

Η πρόσληψη της περιβαλλοντικής επιβάρυνσης από τις πυρκαγιές του Αυγούστου του 2007 και η συσχέτιση της με το επίπεδο υγείας γενικά αποτελεί από μόνη της μια ξεχωριστή διάσταση που προσεγγίζεται από όλες τις πληροφορήτριες.

Αναγνωρίζεται σε καθολικό επίπεδο η επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία. Η μαζική καταστροφή του φυσικού περιβάλλοντος από την φωτιά και από

πρακτικής πλευράς, είχε άμεση επίδραση στην ποιότητα του ποσίμου νερού, των υπογείων υδάτων, του εδάφους και υπεδάφους και των παραγομένων προϊόντων της γης εισβάλλοντας στην τροφική αλυσίδα. Η έκλυση των διοξινών από την καύση είχε άμεση επίπτωση στην ποιότητα του εισπνεόμενου αέρα ενώ ταυτόχρονα η εκλυόμενη θερμότητα οδήγησε σε κλιματικές αλλαγές με αύξηση της θερμοκρασίας κατά έναν με δύο βαθμούς κατά μέσο όρο, το χρονικό διάστημα που ακολούθησε²⁹. Αφετέρου, οι ψυχολογικές διαστάσεις ενός κατεστραμμένου περιβάλλοντος, που προκαλεί την έκθεση του ανθρώπου σε παρατεταμένο στρες αποτελεί αδιάψευστο γεγονός.

Οι φωτιές σηματοδότησαν την απώλεια 60 ανθρώπων και μια μαζική οικολογική καταστροφή που οδήγησαν στην συντριβή των τοπικών πόρων, στην καταρράκωση του αισθήματος ασφάλειας και στην απορρύθμιση της λειτουργίας της κοινότητας στην εκτεταμένη γεωγραφική περιοχή που επλήγη.

Η βίαιη καταστροφή του φυσικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο έχει μεγαλώσει ένας άνθρωπος, η απώλεια του οικείου χώρου, του σπιτιού του, μέσα στο οποίο έχει επενδύσει όχι μόνο οικονομικά, αλλά πολύ περισσότερο συναισθηματικά, εμποτίζοντας το με την καθημερινότητά του και ταυτίζοντας το πολλές φορές με την ίδια του την ύπαρξη, η απειλή για την ίδια του τη ζωή και η αβεβαιότητα για το αύριο, όλα αυτά τραυματίζουν βαθιά τον άνθρωπο που τα ζει. Και ακόμα περισσότερο, η εγγύτητα με το θάνατο. Με τον αιφνίδιο χαμό, είτε αγαπημένων προσώπων, είτε απλών γνωστών ή ακόμα και ζώων, που πολλές φορές οι άνθρωποι τα νιώθουν σαν μέλη της οικογένειάς τους, η συνειδητοποίηση του εφήμερου της ζωής γίνεται με τρόπο βάνουσο. Η ανθρώπινη ζωή βιώνεται ως ευτελής και αναλώσιμη- και αυτό είναι ίσως η πιο σοβαρή ψυχολογική απώλεια.

Οι άνθρωποι μένουν ψυχικά μετέωροι, ξεριζωμένοι από τα σπίτια και τις κοινωνίες τους, νιώθοντας αβοήθητοι, ανίσχυροι, ανυπεράσπιστοι, σε έναν κόσμο που πια δεν είναι ασφαλής για αυτούς. Βλέποντας την καταστροφή του τόπου τους, όπου έχτισαν μια ολόκληρη ζωή, νιώθουν οργή. Μια οργή που δεν ξέρουν προς τα πού να τη στρέψουν αλλά και φόβο για το αύριο, άγχος, κατάθλιψη, απελπισία, το αίσθημα ενός δυσαναπλήρωτου κενού.

Το βίωμα μιας καταστροφής μεγάλων διαστάσεων, όπως ήταν η συγκεκριμένη είναι μια ισχυρή τραυματική εμπειρία για τον ψυχισμό, πρώτα από όλα γιατί καταλύει το μύθο του άτρωτου του ατόμου που κυριαρχεί στην καθημερινή ζωή. Τα ψυχικά, σωματικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα που εμφανίζουν οι άνθρωποι που

εκτίθενται σε ένα ακραία τρομακτικό συμβάν θεωρούνται μια *φυσιολογική* αντίδραση στην *αφύσικη* (ασυνήθιστη, υπερβολική σε ένταση και δραματική) εμπειρία μιας καταστροφής. Το σύνδρομο *μετατραυματικού στρες (PTSD)* είναι μια αγχώδης διαταραχή που συνδέεται κατεξοχήν με ένα ψυχοπιεστικό γεγονός ή μια κατάσταση εξαιρετικά απειλητικής ή καταστροφικής φύσης. Οι ενδείξεις και τα συμπτώματα του συνδρόμου μετατραυματικού στρες συνήθως εμφανίζονται τρεις έως έξι μήνες μετά το τραυματικό γεγονός, αλλά σε ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων ενδέχεται να εκδηλωθούν ακόμη και χρόνια μετά από αυτό (Παρασχάκης 2004).

Οι ιδιαίτερες συνθήκες που προκάλεσαν οι φωτιές του Αυγούστου του 2007 τονίζονται από όλες τις γυναίκες στις αφηγήσεις τους. Η καθεμία καταγράφει την εμπειρία της και αντιλαμβάνεται σε διαφορετικό βαθμό την επίδραση στην υγεία. Το σοκ που ακολούθησε μετά από εκείνες τις δραματικές ημέρες δεν φαίνεται να έχει καταλαγιάσει. Ζωγραφίζεται ο τρόμος στα μάτια καθώς ανακαλούν θύμησες και αναβιώνουν εκείνα τα έντονα συναισθήματα της απόγνωσης, του τρόμου, της απώλειας ανθρωπίνων ζώων αλλά και της απώλειας του ελέγχου της ζωής τους καθώς αυτό είναι το διακύβευμα για τους επιζήσαντες. Η επίδραση τους φαίνεται ότι προσλαμβάνεται σαν μια μακροχρόνια διαδικασία με ανυπολόγιστες επιπτώσεις.

Όσον αφορά για το εάν αυτό το γεγονός συνέβαλλε στην αλλαγή τακτικής στην πρόληψη και στην μεγαλύτερη φροντίδα για την υγεία, φαίνεται ότι η πλειοψηφία διατήρησε τις ίδιες πρακτικές που ακολουθούσε και πριν από τις φωτιές. Οι περισσότερες δηλώνουν ότι είναι τακτικές στους ελέγχους τους οπότε δεν ένοιωσαν την ανάγκη για εστιάσουν ακόμη περισσότερο στην πρόληψη. Μόνο μια πληροφορήτρια αναφέρει ότι η γενικευμένη αλλαγή φιλοσοφίας, συνέβαλλε και στην αύξηση της φροντίδας της υγείας της.

Η Παναγιώτα θεωρεί ότι *όλα είναι καρκινογόνα τώρα*. Η περιβαλλοντική καταστροφή προσλαμβάνεται ότι δυνητικά μπορεί να προκαλέσει την εκδήλωση καρκίνου. Ο βασικός παράγοντας είναι το νερό, η πηγή ζωής που έχει μολυνθεί. Οι εκλύομενες διοξίνες που παράγονται από τις καμμένες φθαρτές ύλες είναι αυτές που σχετίζονται με την καρκινογένεση στην προκειμένη περίπτωση, που έχουν μολύνει τις υδάτινες δεξαμενές.

²⁹Τεχνική Έκθεση του Πολυτεχνείου Κρήτης προς την Ν.Α. Λακωνίας με αποτελέσματα του Προγράμματος : « Αντιμετώπιση Περιβαλλοντικών Επιπτώσεων από τις Πυρκαγιές στην Λακωνία», 19 Οκτωβρίου 2007, Πολυτεχνείο Κρήτης Τμήμα Μηχανικών Περιβάλλοντος, Χανιά.

Σαν μέτρο προληπτικής δράσης αναφέρει την χρήση εμφιαλωμένου νερού, που επιβαρύνει ωστόσο και τον οικογενειακό προϋπολογισμό.

« ...Ε και βέβαια, όλα είναι καρκινογόνα τώρα! Δεν πίνω νερό ακόμα από την βρύση, αγοράζω. Εμείς μένουμε κάτω από το βουνό, εκεί να δεις! Βγάζει η γη καμμένα ακόμα... Εκείνες τις μέρες όλοι ήμασταν χάλια...».

Η Χριστίνα λέει τονίζοντας την οικονομική αποδυνάμωση που επακολούθησε από την καταστροφή των καλλιεργειών. Δεν είχε άμεση επίδραση στην αντίληψη της για την πρόληψη, όπως περιγράφει, αλλά ενδόμυχα φοβάται ότι την επίδραση του άγχους που ίσως να εκδηλωθεί σε δεύτερο χρόνο :

« ...Εμείς καήκαμε όλοι! Ε, βέβαια με επηρέασε... Βγάσαμε 2 τόνους λάδι και τώρα δεν παίρνουμε τίποτα! Ούτε 40 κιλά δεν βγάζουμε, κάηκαν όλα.. Όχι, δεν άλλαξα, το ίδιο (προσέχω την υγεία μου, με την έννοια ότι είναι το ίδιο τακτική) αλλά από το άγχος, την στενοχώρια που περάσαμε, δεν ξέρω... Ελπίζω να μην βγει κάπου...».

Η Κατερίνα περιγράφει την συγκλονιστική εμπειρία που έζησε σαν εργαζόμενη στον Πυροσβεστικό Σταθμό των Κρεστένων. Συμμετείχε στην πυρόσβεση όλο εκείνο το διάστημα του Αυγούστου του 2007 και διαφαίνεται ότι οι μνήμες και ιδιαίτερα από τους συναδέλφους της που κάηκαν, είναι ακόμη νωπές.

«...Α! Αυτό με τις φωτιές μου άφησε κάτι και αυτό! Νομίζω ότι φιλοπαλαβώσαμε τότε με τις φωτιές! Σε κάτι μας έχει πειράζει όλους, αυτούς που δουλέψανε εννοώ έτσι; Στις φωτιές, εμείς που δουλέψαμε, τα άτομα που ζήσαμε τις φωτιές. Δεν ξεχνιέται αυτό το πράγμα γιατί εμείς το ζήσαμε πολύ έντονα. Εμείς ήμασταν ένα αυτοκίνητο πριν από αυτό που κάηκε στην φωτιά της Αρτέμιδας! Έπαιξε ρόλο αυτό !Το πυροσβεστικό αυτοκίνητο που κάηκε στην Αρτέμιδα.. Τι είναι αυτό που γίνεται στην ζωή μας και δεν επηρεάζει τη ζωή μας... Φαινομενικά μπορεί να μην το καταλάβουμε εκείνη την στιγμή, εκείνες τις μέρες. Και να βγει αργότερα. Ακόμη και ψυχολογικά μιλάμε. Σαφώς επηρεάζει ένα τέτοιο γεγονός! Πολύ, πολύ!... ».

Μια τόσο έντονη εμπειρία που σε φέρνει αντιμέτωπο με τον θάνατο αποτελεί σημείο καμπής στην ζωή. Ο ψυχολογικός παράγοντας προσλαμβάνεται ότι επιδρά στο σώμα. Η ψυχοσωματική προσέγγιση της υγείας γίνεται αντιληπτή και αποδεκτή από τις πληροφορήτριες. Καταγράφεται και μια άλλη προσέγγιση, μοιρολατρική στάση που καθιστά την ματαιότητα των καθημερινών πραγμάτων αντιληπτή, δηλαδή ότι και να κάνεις μπορεί να έρθει ένα τέτοιο γεγονός και να τα καταστρέψει όλα, να χαθείς και εσύ μαζί.

Η Κατερίνα παραδέχεται ότι της άλλαξε την φιλοσοφία για την ζωή και την αντίληψη για την υγεία και τον τρόπο που προσεγγίζει την πρόληψη. Επιπροσθέτως αναφέρεται στην κατάθλιψη που έζησε μετά τα γεγονότα.

«...Πολύ με επηρέασε, προσέχω περισσότερο (για την υγεία της). Ναι, πάρα πολύ! Και σε αυτό που θέλω! Εγώ να το λέω, να το κάνω(να εκφράζω αυτά που θέλω)...Ναι, με άλλαξε! Ναι, έγινε και αυτό νομίζω, μέσα στα άλλα. Εκτός από το πρόβλημα που αντιμετώπισα που είναι παροδικό, όχι αυτό με HPV, αλλά ψυχολογικά που έπεσα ...».

Η Ειρήνη εργαζόταν στο νοσοκομείο όταν ξέσπασαν οι φωτιές. Αναφέρει ότι αυτό το γεγονός θεωρεί ότι θα έχει επιπτώσεις στην υγεία των κατοίκων της περιοχής που επλήγη στο μέλλον.

«... Τι αν σου λέω τώρα, δεν περιγράφονται με λόγια ...Τα λόγια είναι φτωχά για να εκφράσουν αυτά που ζήσαμε, δεν τα χωράνε οι λέξεις ... Απόγνωση, στενοχώρια και θλίψη. Ναι, σίγουρα μας επηρέασαν όλους και στην υγεία...».

Η Ηλιάννα λέει :

«...Ψυχολογικά επηρεάστηκα. Όχι τώρα, αλλά από την φωτιά του '98. Εμείς είχαμε δύο φωτιές, το '98 και τώρα το '07 (στην Νεμούτα). Η φωτιά τότε έφτασε στην αυλή του σπιτιού αλλά εγώ δεν έμεινα, με πήρε ο μπαμπάς μου δηλαδή. Όταν γύρισα στο πατρικό μου τον Σεπτέμβριο, τώρα που φέρνω μνήμες πως ήταν το δάσος και όλα ...Όταν γύρισα, γύρισα σε νεκροταφείο! Και τώρα που γυρίζω στο πατρικό μου, δεν είναι πια τίποτα το ίδιο. Στην υγεία όχι γιατί είχα ένα πρόγραμμα κάθε χρόνο. Παλιά πήγαινα για εξετάσεις αίματος κάθε τρίμηνο, μετά κάθε εξάμηνο και τώρα κάθε χρόνο (λόγω προβλημάτων υγείας). Τώρα είμαι καλά...».

4.7.3. Αντιλήψεις για τις έμφυλες σχέσεις και την θέση της γυναίκας στην οικογένεια

Από την διαδραστική συζήτηση με τις πληροφορήτριες προκύπτουν ενδιαφέρουσες απόψεις για την πρόσληψη της σεξουαλικότητας και τις σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων.

Ο πολυδιάστατος ρόλος της γυναίκας τονίζεται από τις περισσότερες πληροφορήτριες. Η γυναίκα πρέπει να εργάζεται, να είναι μητέρα, σύζυγος και

σύντροφος, να ελέγχει και να επιτηρεί την οικογένεια, να φροντίζει το σπίτι της, να είναι νοικοκυρά. Όλα αυτά φαίνεται ότι προσδίδουν μια ιδιαιτερότητα στον ρόλο της γυναίκας στην τοπική κοινωνία. Εδώ η γυναίκα προσλαμβάνεται στην ουσία ως ο αρχηγός της οικογένειας (μοντέλο μητριαρχικής οικογένειας). Είναι αυτή που έχει την υποχρέωση να δουλεύει για την διατήρηση της συνοχής και της εύρυθμης λειτουργίας της οικογένειας κατά την λεγόμενη στερεοτυπική ρύση *η γυναίκα κρατάει το σπίτι*.

Οι περισσότερες αντιλαμβάνονται ότι είναι ανώτερες από τον άνδρα, που περιορίζεται στους ρόλους του εργαζόμενου του συζύγου, που έχει περισσότερα δικαιώματα παρά υποχρεώσεις. Στην συζυγική σχέση γυναίκας-άνδρα, η γυναίκα υπερτερεί. Ο άνδρας προσλαμβάνεται υποτιμητικά, είναι αυτός που απαξιώνεται (από μόνος του) με τους περιορισμένους ρόλους που αναλαμβάνει να διεκπεραιώσει. Αναγνωρίζεται ότι η εργασία παίζει τον βασικό ρόλο στην ζωή ενός άνδρα. Ενώ η γυναίκα φαίνεται να εργάζεται πλήρες ωράριο καθώς μετά την εργασία της πρέπει να εργαστεί και στο σπίτι της. Η εργασία και η εργασιακή δύναμη (με όρους παραγωγής έργου) καθορίζει την πρόσληψη της ανωτερότητας της γυναίκας μέσα στην οικογένεια. Η ισότητα των δύο φύλων μάλλον αποτελεί ουτοπιστική προσέγγιση για τις περισσότερες πληροφορήτριες. Θα περίμενε κανείς να παρουσιάζεται το μοντέλο της καταπιεσμένης γυναίκας της επαρχίας, φαίνεται όμως ότι λειτουργεί εντελώς διαφορετικά η αντίληψη των γυναικών για την θέση τους στον κοινωνικό ιστό. Παρουσιάζεται η εικόνα της γυναίκας που παλεύει και τα καταφέρνει όλα. Μια δυναμική φιγούρα που διαχειρίζεται καταστάσεις μερικές φορές προς όφελος της και με δόλιους τρόπους. Γνωρίζει τα πάντα. Συχνά υποκαθιστά και τον ρόλο του άνδρα στην δουλειά.

Η Παναγιώτα τονίζει ότι οι υποχρεώσεις και ιδιαίτερα η απουσία βοήθειας και ηθικής και έμπρακτης συμπαράστασης, την κουράζουν.

«...Και με αυτά με το μαγαζί, και με αγροτικά. Το ξέρεις το σπίτι του οδοντίατρου αυτό με τα άσπρα κάγκελα; Όλα πέρασαν από τα χέρια μου ένα, ένα. Το έπαιρνα το σίδερο και έφτιαχνα το σχέδιο γύρω, γύρω, όλα στο χέρι.. Τα βλέπεις τα χέρια μου, κοίτα πως είναι... Αυτή είναι σκληρή δουλειά. Ανδρική δουλειά σου λέω, τι να λέμε τώρα....

... Πήγα να σφάζω το κουνέλι και χτύπησα στο χέρι. Πως έκανα τότε! Δεν μπορώ και να βλέπω αίμα και έτρεχα σαν τρελή! Και όλοι γελούσαν. Άσε που άφησα και το

κουνέλι μισοσφαγμένο.... Και μου λέγανε οι γιατροί " ήρθε το κουνέλι για αλλαγή" και "Δεν το έφερνες να το φάμε στιφάδο" και κάτι τέτοια ... Πόσο τραβιόμουν τότε δεν σου λέω. Έχω και μια πεθερά, 90 χρονών και να κάνω δουλειές και εκεί! Και με το γάντι που φορούσα αυτό ιδρώνε και δεν έκλεινε (το τραύμα). Ο άνδρας μου δεν κοιτάει, δεν βοηθάει σε τίποτα. Φέρε μου το τάδε, φέρε μου το άλλο...Αφού είναι δίπλα σου, δεν μπορείς να το πάρεις μόνο σου; Αλλά και η κόρη μου λέει ότι εγώ φταίω που έγινε έτσι. Ήμουν μικρή και δεν ήξερα, κοίταζα μόνο την γλύκα!... ».

Φαίνεται ότι στην αρχή του έγγαμου βίου δεν την απασχολούσε η καθημερινότητα, πάρα το κύριο μέλημα της ήταν να ευχαριστήσει τον σύζυγό της με κάθε τρόπο. Η στερεοτυπική εικόνα της γυναίκας που προσφέρει τα πάντα στο χέρι του άνδρα της, για να τον ικανοποιήσει και να ενδυναμώσει την εικόνα της καλής συζύγου, της σωστής συντρόφου. Μια συμπεριφορά που αποσκοπεί στο να τον ξεκουράσει μετά την εργασία του για να μπορεί να αποδώσει τα μέγιστα και σεξουαλικά. Μια ιδιότυπη συναλλαγή στα πλαίσια των στερεοτυπικών ρόλων της γυναίκας δούλας και κυράς και του άνδρα αφέντη ή πασά. Τώρα όμως που έχει φύγει το έντονο πάθος και η επιθυμία, το ενδιαφέρον της προσανατολίζεται σε μικρά καθημερινά ατοπήματα του άνδρα της, που όμως τον απομυθοποιούν και ενισχύουν την άποψή της περί ανωτερότητας του γυναικείου ρόλου της:

«Και στον άνδρα μου το λέω! Στιλαγραφίει (λερώνει την τουαλέτα), μου χαλάς το κούφωμα... Έβαλα και ζύλινα να είναι ωραία! Φούσκωσε (το κούφωμα) και τα χάλασε. "Βάλτο μέσα", του λέω! Αυτός, τίποτα! Ε, Παναγία μου, τα κάτουρα! Εμείς οι γυναίκες είμαστε πιο καθαρές, πιο προσεκτικές, πιο σχολαστικές. Είναι ανώτερη η γυναίκα...».

Ο ρόλος των ισορροπιών μέσα στην σχέση αναδεικνύεται εύθραυστος. Αυτό που περιγράφεται θεωρητικά ανάγεται στην αέναη πάλη των δύο φύλων και στις διαφυλικές συγκρούσεις. Φαίνεται να προλαμβάνεται με δυσκολία η έννοια της ισορροπίας και της καλής ισότιμης συνεργασίας στην συζυγική σχέση. Η εξουσία προσλαμβάνεται μονόπλευρα, σαν ένας συνεχής αγώνας να σου δείξω εγώ τι αξίζω.

Η αξία ενός ανθρώπου προσλαμβάνεται από την ικανότητα του για εργασία- που προσιδιάζει με την μαρξιστική θεωρία για την εργασιακή δύναμη-, για την τυπικότητα στην καθημερινότητα του, για το πόσο καθαρός είναι στο σπίτι, πόσο τακτικός και όχι για την προσωπικότητα, την ανθρώπινη υπόσταση του αν παρουσιάζει στην τελική, ενδιαφέρον σαν άνθρωπος. Η εξουσία στην σχέση, ποιος έχει το πάνω χέρι όπως λέγετε, φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό θέμα. Οι

γυναίκες μέσα από την διαδικασία της επίδρασης των φεμινιστικών απόψεων και ρευμάτων που προηγήθηκαν απέκτησαν κάποιο βαθμό ανεξαρτησίας. Μια δύναμη να εκφράζουν την άποψη τους και να απεγκλωβιστούν από την παρωχημένη εικόνα του παρελθόντος, της γυναίκας υπόδουλης στην δικαιοδοσία του πατέρα, του άντρα, του συζύγου που αποφασίζει για όλα τα δρώμενα εντός της συζυγικής σχέσης και της γυναίκας που λειτουργεί απλά σαν εκτελεστικό όργανο. Η εργασία και οικονομική δυνατότητα που της παρασχέθηκε, της προσέδωσε την δύναμη να εκφράζει και παραπέρα να εφαρμόζει τις σκέψεις της και τα θέλω της.

Αυτό που καταγράφεται μέσα από τις συνεντεύξεις, είναι ότι οι γυναίκες ακόμη παλεύουν για τα δικαιώματά τους μέσα στην οικογενειακή εστία και στην κοινωνία. Διεκδικούν αυτά που τους αναλογούν, την αναγνώριση των κόπων τους, της θέσης τους μέσα στην κοινωνική ομάδα. Οι μεταβολές που έχουν συντελεστεί στις σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων, απόρροια της οριακής αλλαγής της γυναικείας συμπεριφοράς, οδήγησε σε σύγχυση τον ρόλο του άνδρα. Η δυναμική των σχέσεων εξουσίας κατά την φουκωϊκή άποψη, μεταβάλλεται σε ένα πλαίσιο κοινωνικών διαδράσεων (Κοκογιάννης 2007: 19-28). Αναγνωρίζεται πλέον και από σημαντικές μετά-φεμινίστριες συγγραφείς πως η επικράτηση του προτύπου της επιθετικής *femme fatale*, της γυναίκας κυνηγού που δρα και ελίσσεται κατά τα ανδρικά πρότυπα, αποτέλεσε ως ένα σημείο των επιτυχιών του φεμινιστικού κινήματος, οδήγησε τις τελευταίες γενιές ανδρών σε αδιέξοδο. Πολλοί από αυτούς αισθάνονται ανίσχυροι, σε μειονεκτική θέση απέναντι στο γυναικείο φύλο, καθώς δεν γνωρίζουν πώς να συμπεριφερθούν. Το αποτέλεσμα είναι ένα συνεχές αγχωτικό σύνδρομο, παρενέργειες του οποίου είναι η απομάκρυνση από τον ερωτικό στίβο, τα σεξουαλικά προβλήματα, οι διαστροφές, ο ανδρικός ευνουχισμός κ.ά. Η διεκδίκηση λοιπόν της θέσης της γυναίκας στην κοινωνία γίνεται καμιά φορά με λανθασμένο τρόπο. Η εκπλήρωση των ρόλων και των κοινωνικών προτύπων, όπως ορίζονται από το κοινωνικό κατεστημένο φαίνεται να έχει μεγαλύτερη σημασία από την προσωπική αυτοπραγμάτωση, την βελτίωση σαν ανθρώπινη οντότητα σαν προσωπικότητα, και ως αντίκειται στα προσωπικά πιστεύω και θέλω.

Η Κωνσταντίνα περιγράφει την εμπειρία της μέσα στον γάμο και την γνώμη της για τους άνδρες.

«... Εγώ παντρεύτηκα στα 20. Μια πηγαίναμε, μια δεν πηγαίναμε καλά. Στα προσωπικά μου (εννοώ). Μέχρι που έφτασα στα 30 και τότε χώρισα! Αλλά τον τωρινό άντρα ξέρω να του φερθώ (γελάει)! Αλλά αυτά τα άσχημα βιώματα που έζησα με τον

(πρώτο) άντρα μου (δεν μπορώ να τα ξεχάσω).. Είμαι καλά, αλλά δεν παύει να τα σκέφτομαι. Αυτόν τον έχω λίγο χμμ... να μην (του) περάσει. Θέλουν λίγο καψόνι να μην παίρνουν αέρα. Πρέπει να είσαι δυναμική να σε φοβούνται, δηλαδή αν σε βλέπουν να είσαι λίγο υπό... Σου λέει με αυτήν δεν τα βγάζουμε πέρα! Καλύτερα άσε. Λέει ένας μύθος ότι οι άνδρες προτιμούν.. Οι ζύπνιοι άνδρες προτιμούν τις δυναμικές γυναίκες. Και οι γυναίκες το ίδιο, αλλά παντρεύονται τους μαλθακούς... Έτσι πρέπει να το κάνουμε εμείς τώρα! Να παίρνουμε τους μαλθακούς! Να τους κάνουμε, ότι θέλουμε! Να μην ισχύει (αυτό) μόνο για τους άνδρες (που κάνουν τις γυναίκες ότι θέλουν). Και να μην είμαστε πρέπει να δείχνουμε ότι είμαστε δυναμικές. Εγώ θα πάω να κάνω εκείνο, εγώ θα πάω να κάνω το άλλο. Εσύ θα πας να κάνεις αυτό και εκείνο (δείχνει).

- Γυναίκα στρατηγός;

- Ναι, την αλήθεια λέω. Απλά έχεις όλα τα πράγματα στο μυαλό σου έχεις όλες τις ευθύνες. Δεν με πειράζει (δεν την κουράζει αυτός ο ρόλος) γιατί έτσι και αλλιώς εμείς έχουμε όλες τις ευθύνες! Γιατί ποιος άντρας πάει να κάνει μια δουλειά και την βγάζει πέρα; Οι άντρες θέλουν να έχουν άλλη αντιμετώπιση μπροστά τους. Το παίζεις και από πίσω λες εσύ ότι θέλεις! Ναι, έτσι θέλουνε. Οι άνδρες, τα γουρουνία!! Αν είναι καλός θα έχει καμιά κουσουρίτσα αυτός. Πάντως τα παρουσιάζεις, όπως τα θέλει αυτός. Παίζεις το παιχνίδι τους! Θέλουν μια γυναίκα να την εξουσιάζουν...».

Η Ελένη, προβάλλει την στερεοτυπική απαξιοτική αντίληψη για την εικόνα του άνδρα. Που αλλάζει και προσλαμβάνει άλλες διαστάσεις όταν μιλά για το παιδί της. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η απαξίωση για την γυναικεία ταυτότητα οδηγεί στην απαξίωση των κοριτσιών της οικογένειας. Η στερεοτυπική αντίληψη του πρωτότοκου υιού, του λατρεμένου απαξιώνει και την ίδια την εικόνα του συζύγου της, του παραχωρεί τη θέση του ανώτερου αρσενικού στο πλαίσιο της τριγωνικής σχέσης μεταξύ πατέρα-μητέρας-παιδιού. Στην ουσία καταργεί την εικόνα του άνδρα που υπάρχει στην ζωή της επειδή ακριβώς της χάρισε την δυνατότητα να γίνει μητέρα και μάλιστα μητέρα άρρενος τέκνου. Μέσα από αυτό βλέπει την συνέχεια της, και την συνέχεια της οικογενειακής παράδοσης. Αντίστοιχα, παραδοσιακά και στερεοτυπικά, ο πατέρας συνήθως προσβλέπει στην συνέχιση του τίτλου του ονόματος και της διαίωνισης και της ύπαρξης στον αιώνα τον άπαντα του επιθέτου του. Από αυτόν, όλα επιτρέπονται και όλα του επιτρέπονται. Ακόμη και η κατά κοινή ομολογία απορριπτέα, άσχημη συμπεριφορά προς την σύζυγό του Η παραγωγός πορεία του οιδιπόδειου συμπλέγματος και των κακώς προσκείμενων συνδρόμων και

προβληματικών συμπεριφορών, έχουν την βάση τους στην νοοτροπία της ελληνίδας μάνας.

«...Και στα παιδιά μου ότι έχει σχέση με την υγεία τους λέω να πηγαίνουνε. Και στην νύφη μου τα λέω. Δεν τα λέω όλα στο παιδί στο αγόρι αλλά στην Τούλα την κόρη μου τα λέω, όλα τα ξέρει. Οι άνδρες είναι... να το πω; Ζώα ! Εγώ το λέω, ο μοναδικός άνδρας στην ζωή μου είναι ο γιος μου. Ότι και να κάνει τον υποστηρίζω και είναι στην ψυχή μου. Το μόνο αρσενικό είναι το παιδί μου. Και τα εγγόνια μου δεν έχω ακόμη αγόρια, αλλά έτσι θα τα έχω. Τώρα έχω μόνο τσούπες. Μπορεί ο γιος μου να είναι σκληρός με την γυναίκα του, αλλά εγώ πάντα θα τον υποστηρίζω...».

Η κοινωνική κατασκευή του φύλου, της φυλετικής ταυτότητας και της απόδοσης ίδιων χαρακτηριστικών φαίνεται ότι είναι μια αντικειμενική πραγματικότητα. Οι ιδεολογίες περί ανδρισμού εξαναγκάζουν τους άνδρες να συμπεριφέρονται σύμφωνα με τα αναμενόμενα και έτσι όπως κατασκευάζονται μέσα από την κοινωνική διάδραση, που οδηγεί συχνά στην απώλεια της ταυτότητας. Ενώ παράλληλα η γυναίκα καλείται να εκπληρώσει τον ρόλο της μέσα από την τεκνοποίηση και την διαιώνιση του είδους και της ύπαρξης της ίδιας της κοινωνίας. Οι άνδρες είναι καλύτερα εκμεταλλεύσιμοι προσανατολίζονται στην παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα αλλά έχει αναγνωριστεί ότι οι γυναίκες διαθέτουν μεγαλύτερη κοινωνική νοημοσύνη και έχουν μεγαλύτερη συναίσθηση του χρέους τους.

Τα κορίτσια πρέπει να επωμίζονται τις υποχρεώσεις του ρόλους τους από μικρές αλλά δεν φαίνεται να συμβαίνει το ίδιο και με τα αγόρια, που απλά καθώς μεγαλώνουν θα πρέπει να μάθουν να είναι άντρες. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος στερεοτυπικών κατασκευασμένων αντιλήψεων για τους ρόλους και την προσλαμβάνουσα εικόνα τους, την ανάληψη και την εκπλήρωση των προσδοκιών που γεννιούνται.

Χαρακτηριστική είναι η λέξη που χρησιμοποιείται για την προσφώνηση των κοριτσιών στην περιοχή. Το *τσούπα* ή *τσούπρα*, που σημαίνει η μικρή κοπέλα, ετυμολογικά προέρχεται από την αλβανική λέξη *tshupë* (Μπαμπινιώτης 2009: 1814). Μεταφέροντας προφορικές μαρτυρίες της περιοχής, προέρχεται από το γεγονός ότι ο πατέρας, ο πατριάρχης της οικογένειας δεν απηύθυνε ποτέ το λόγο άμεσα και ευθέως στα κορίτσια της οικογένειας. Στον διάλογο μεσολαβούσε η μάνα στην

οποία έλεγε πες της, της είπες κατά παράφραση τσι είπες, που εξελίχθηκε με τον καιρό στο εύχο τσούπες, τσούπα.

Η Κατερίνα με ιστορικό λοίμωξης HPV, περιγράφει την δικής της εμπειρία απιστίας και υπαιτιότητας της μόλυνσης της, από τον άντρα της. Η συγκεκριμένη πληροφορήτρια, επειδή ακριβώς γνώριζε για τις εξωσυζυγικές επαφές του συζύγου της, αντιλαμβάνεται ότι η γνώση της έδωσε την δύναμη και το σθένος να συμβιβαστεί με την ιδέα και να το αποδεχθεί σαν ένα τυχαίο και μεμονωμένο περιστατικό. Το άλλο σημαντικό που τονίζει είναι ότι αναγνωρίζει η ίδια όπως και ο σύζυγός της, την ανέμελη και την επιπόλαια σεξουαλική συμπεριφορά του τα χρόνια της νιότης. Το γεγονός ότι δεν του έχει μεταδοθεί το AIDS το καταδεικνύει η διαπίστωση ότι δεν αρρώστησε η ίδια τόσο καιρό, αντί του επιβεβλημένου ελέγχου. Ο μόνιμος ερωτικός σύντροφος προσλαμβάνεται σαν δοκιμαστικός σωλήνας εξέτασης στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

«...Εγώ μην σου πω δηλαδή και ότι ξέρω και πότε πιστεύω ότι το κόλλησα, τέλος πάντων. Το σκέφτηκα και πρόσφατα μάλιστα. Ο καθένας ξέρει τι κάνει στην σεξουαλική του ζωή και τις σχέσεις που έχει ο άντρας του και τις σχέσεις που έχει η γυναίκα. Μπορεί να με κόλλησε ο άνδρας μου! Αυτό πιστεύω. Βασικά δεν του το έχω πει, αλλά με τον γιατρό που το συζήτησα μου είπε ότι δεν υπάρχει περίπτωση μόνο με την σεξουαλική επαφή μεταδίδεται. Και μία φορά να πάει φτάνει. Και η κοπέλα που πήγε λέμε τώρα, μπορεί να είχε.... Ναι (έχω υποψίες αλλά) δεν με συνέφερε όμως καν να του το πω, γιατί ήταν κάτι παροδικό. Όχι, δεν με πείραζε γιατί το ήξερα, όχι. Δεν του έριξα όμως ευθύνες. Δεν βρίσκεις άκρη και ούτε και θα το παραδεχόταν..... Όμως κανείς δεν με εγγυάται ότι μπορεί να με κόλλησε από τότε (από παλαιότερα).. Εγώ ήμουνα 17 χρονών όταν τον γνώρισα. Γιατί και αυτός είχε πολλές συντρόφους! Πολύ περισσότερους από εμένα. Δούλευε σε νησί και πήγαινε και με ξένες τότε. Με πολλές τουρίστριες πήγαινε. Μου λέει ότι δεν αφού κόλλησε κανένα AIDS πάλι καλά! Τότε δεν έπαιρνε προφυλάξεις όχι. Δεν έχει κάνει έλεγχο, αλλά αφού δεν έχω αρρωστήσει εγώ 22 χρόνια».

Η θέση της γυναίκας στην οικογένεια παρουσιάζεται ιδιαίτερα ενδυναμωμένη, κατά την αντίληψη των περισσότερων γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Είναι αυτές που παρουσιάζονται να είναι πιο ικανές, πιο εργατικές, πιο καθαρές από τους άνδρες, οι οποίοι παρουσιάζονται να λειτουργούν υπολειπόμενα μέσα στην οικογένεια. Αυτές αποφασίζουν για τα δρώμενα μέσα στο κύτταρο της οικογένειας.

Είναι γεγονός, και έχει καταγραφεί σε έρευνες ότι αυτές αποφασίζουν και δρουν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα για τα θέματα που άπτονται και της υγείας. Προσλαμβάνονται να είναι η κινητήριος δύναμη στην λειτουργία της οικογένειας και φέρονται να συμμετέχουν ενεργά και να υποστηρίζουν με πάθος την διεκδίκηση της θέσης τους και στον κοινωνικό ιστό.

4.8. Έκτη ενότητα : Απόψεις και θέσεις για την πρόληψη και την υγεία

Στην έκτη ενότητα γίνεται αναφορά, πρωτίστως στις ίδιες τις πληροφορήτριες και την ευαισθητοποίησής τους μέσα από τις βιωματικές τους εμπειρίες. Η θέση που φέρονται να υιοθετούν είναι η θετική αντίληψη για την υγεία και την πρόληψη. Η πρόληψη φαίνεται να κατακτά σημαντική θέση στην ενίσχυση της υγείας. Η στάση τους μεταφράζεται με την ενθαρρυντική παρότρυνση για πρόληψη μέσα στην δική τους οικογένεια. Όσες δηλώνουν μητέρες, διαφαίνεται να λειτουργούν στην προώθηση θετικών πεποιθήσεων για τον προληπτικό έλεγχο με το Τεστ Παπ. Όλες παροτρύνουν τις κόρες τους σε τακτικό έλεγχο, από την αρχή της σεξουαλικής τους ζωής.

Μια άλλη διάσταση που σχετίζεται με την πρόσληψη του Τεστ Παπ και τονίζεται από μια πληροφορήτρια είναι ότι η επίσκεψη σε γυναικολόγο και η διενέργεια της εξέτασης ακόμη διακατέχεται από προκαταλήψεις και ιδεοληψίες, καθώς δεν ανακοινώνεται η χρήση του.

Όσον αφορά την εμβολιαστική πολιτική που προτείνεται από την ιατρική άποψη, συνοδεύεται από καχυποψία και δυσπιστία. Η κρατική καθοδήγηση φαίνεται να μην έχει τουλάχιστον προς το παρόν, τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Είναι σαφής η επίδραση από την προσπάθεια για την προώθηση της εμβολιαστικής πολιτικής που προτάθηκε για την αντιμετώπιση της γρίπης τύπου Α, καθώς δεν φαίνεται να έπεισε μια μεγάλη μερίδα των πολιτών. Η αμφισβήτηση ενδυναμώθηκε και φέρεται να έχει επίδραση και στον εμβολιασμό για τον ιό του HPV.

Καταρχήν, οι περισσότερες πληροφορήτριες δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν για τον ιό, ούτε και για τον εμβόλιο. Μερικές φέρονται να έχουν ακούσει κάτι, αλλά τίποτε το συγκεκριμένο. Δύο από όσες δηλώνουν ότι γνωρίζουν, έστω και τα

βασικά, φαίνονται να παροτρύνουν τις κόρες τους στον εμβολιασμό για τον ιό του HPV. Μια μόνο δηλώνει ότι η κόρη της έχει ξεκινήσει τον εμβολιασμό. Οι περισσότερες όμως δηλώνουν ότι φέρουν την αντίληψη για τα εμβόλια γενικά σαν μια όχι και τόσο καλή πρακτική πρόληψης, δεδομένου ότι τους απασχολούν οι παρενέργειες πρωταρχικά, οι μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία και τα συστατικά ενός εμβολίου. Τα εμβόλια προσλαμβάνονται σαν να έχουν συνεχή δράση και μακροχρόνια αποτελέσματα στην υγεία. Μια πληροφορήτρια αντιλαμβάνεται ότι είναι θέμα τύχης εάν εκδηλώσει κάποιος παρενέργειες από το εμβόλιο, υιοθετώντας μια μοιρολατρική στάση για την πρόληψη και την υγεία. Η νεαρή πληροφορήτρια προβληματίζεται, καθώς αφενός προσλαμβάνει αρνητικά την εμβολιαστική πολιτική που προτείνεται και το ηλικιακό φάσμα που προτάσσεται για εμβολιασμό. Την προωθεί σε αρνητικές σκέψεις το γεγονός ότι θα πρέπει η ίδια να αποφασίσει για κάτι που αφορά την υγεία της. Αφετέρου, οι παρενέργειες και κυρίως οι μακροχρόνιες επιπτώσεις την απασχολούν. Η έλλειψη υπεύθυνης ενημέρωσης για τα ζητήματα πρόληψης και υγείας τονίζεται. Η παραπληροφόρηση από το διαδίκτυο και από μη υπεύθυνες πηγές φέρεται να δρα αποτρεπτικά.

Παρά το γεγονός ότι αντιμετωπίζουν αφενός, με κάποιο σκεπτικισμό την κρατική πολιτική υγείας για την πρόληψη, (συγκεκριμένα για τους εμβολιασμούς με αμφισβήτηση και για την διεξαγωγή προσυμπτωματικών ελέγχων θεωρείται ανεπαρκής η πολιτική που εφαρμόζεται), και αφετέρου τους γιατρούς ως εκπρόσωπους του ιατρικού συστήματος με αρκετή επιφύλαξη, ωστόσο η πλειοψηφία των πληροφορητριών δηλώνει ότι προσφεύγει στο δημόσιο νοσοκομείο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που εμφανίζει και για τους προληπτικούς ελέγχους. Αν και φαίνεται να προβληματίζουν πρακτικά ζητήματα όπως ο χρόνος αναμονής, το σύστημα των ραντεβού που ποτέ δεν πραγματοποιείται στην προκαθορισμένη ώρα, το κόστος των απογευματινών ιατρείων, η απουσία παρακολούθησης από τον προσωπικό γιατρό αλλά όποιον τύχει στην εφημερία, διατηρούν την εμπιστοσύνη στο δημόσιο νοσοκομείο. Στην αντίληψη αυτή φέρονται να συμβάλουν και άλλοι προσδιοριστικοί παράγοντες όπως ο οικονομικός παράγοντας, το κόστος στον ιδιωτικό τομέα, η εγγύτητα σε δομές υγείας και ο γεωγραφικός αποκλεισμός, η ύπαρξη δημοσίων και ιδιωτικών υποδομών, η εύκολη πρόσβαση και η ταχεία εξυπηρέτηση, αλλά και η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας και η αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των ζητημάτων υγείας.

4.8.1. Ο διαδραστικός ρόλος των πληροφορητριών στην παρότρυνση για την πρόληψη μέσα στην οικογένεια

Εκείνο που καταγράφεται και θα πρέπει να σημειωθεί είναι το γεγονός ότι οι μητέρες που έχουν κόρες προσπαθούν να τις ενθαρρύνουν για την χρήση του Τεστ Παπ. Φαίνεται να λειτουργεί αποτρεπτικά, η αρνητική αρχική βιωματική εμπειρία στις περισσότερες, το γεγονός δηλαδή ότι δεν είχαν επαρκή πληροφόρηση και ενθάρρυνση από το δικό τους οικείο περιβάλλον ή από τις μητέρες τους. Προσπαθούν τώρα που είναι μητέρες οι ίδιες να συμπεριφερθούν διαφορετικά, αλλάζοντας τον κύκλο και διαφοροποιώντας τα προγενέστερα πρότυπα κακής επικοινωνίας. Παρόλα αυτά εξακολουθούν να υπάρχουν εμπόδια και δυσλειτουργίες στην σχέση μητέρας-κόρης αλλά και με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας καθώς το θέμα της χρήσης του Τεστ Παπ ακόμη αποτελεί, όπως περιγράφεται στις αφηγήσεις μερικών πληροφορητριών, απαγορευμένο θέμα συζήτησης. Η οργάνωση και η λειτουργία της οικογένειας στην ελληνική επαρχία ίσως να μην επιτρέπει ακόμη την υπέρβαση των πολιτισμικών φραγμών που παρατηρούνται.

Η Κωνσταντίνα θεωρεί ότι παροτρύνει τις κόρες της. Και συνεχίζει τονίζοντας ότι το Τεστ Παπ επειδή σχετίζεται με την σεξουαλικότητα προσλαμβάνεται με ιδιαίτερο τρόπο, δεν ανακοινώνεται η χρήση του. Το Τεστ Παπ και η επίσκεψη σε γυναικολόγο φέρεται να είναι ακόμη ταμπού.

«... (Οι κόρες μου είναι) 24 και 26. Ναι, κάνουν τεστ (το Τεστ Παπ)... αλλά δεν τα λένε και αυτά που κάνουν... Δεν τα λένε! Εδώ το Τεστ Παπ έρχονται να το κάνουν και δεν το λένε, όχι το εμβόλιο! Αες και πάει να κάνει έγκλημα δηλαδή! Όταν μια γυναίκα θα πει ότι πάει σε γυναικολόγο, είναι σαν να κάνει ένα έγκλημα. Τα παιδιά μου τα βάζω να κάνουν Τεστ Παπ κάθε χρόνο πάντως.. ».

Η Ειρήνη παροτρύνει την κόρη της αλλά η ίδια δεν ενημέρωνε τον άντρα της ότι έκανε ή ότι θα πήγαινε να κάνει Τεστ Παπ, λόγω κακής σχέσης.

«... Της το έχω πει και έχει κάνει Τεστ.. Και πριν δεν συζητούσα με τον άνδρα μου για τέτοια θέματα.. Από μόνη μου πάω για την εξέταση. Τώρα έχω χωρίσει, αλλά όχι δεν το θεωρώ ταμπού. Δεν είχα καλή επικοινωνία... ».

Αυτό που διαφαίνεται μέσα από τις αφηγήσεις είναι ότι οι νεότερες γενεές γυναικών εμφανίζονται να είναι πιο επιμελείς με τα θέματα πρόληψης, καθώς η

προληπτική ιατρική έχει αυξήσει την επιρροή της. Ταυτόχρονα η αλλαγή στα ήθη και όσον αφορά την προσέγγιση αυτών των θεμάτων μέσα από την οικογένεια η ανοιχτή συζήτηση με την μητέρα, είναι έκδηλη. Η Παναγιώτα λέει για την κόρη της:

«...Ναι, την ενθαρρύνω. Εκείνη κάνει το Τεστ συνέχεια..».

Η Ελένη τονίζει ότι μιλάει ελεύθερα γύρω από θέματα υγείας και παροτρύνει τα παιδιά της.

«...Δεν υπάρχει κόλυμα... Αλλά δεν ντρέπομαι και στα παιδιά μου ότι έχει σχέση με την υγεία τους, λέω να πηγαίνουνε... Και στην νύφη μου τα λέω, η κόρη μου τα ξέρει ...».

Η Τούλα μέσα από την περιπέτεια της με την λοίμωξη του HPV, προσπαθεί να μεταδώσει την αξία της πρόληψης στην κόρη της.

«...Της έχω πει ότι μόλις ξεκινήσεις, αφού πρώτα από όλα κάνεις έρωτα μετά θα ξεκινήσεις και τις εξετάσεις. Εντάξει δεν καταλαβαίνει ακόμη είναι 14 χρονών (αλλά της το λέω για να) υπάρχει μέσα στο μυαλό της αυτή η εικόνα. Ότι θα εξετάζεται...».

Η Ηλιάννα, παραμένοντας ακόμη στον ρόλο της κόρης τονίζει την ιδιαίτερη σημασία που έχει η παρότρυνση και η ενθάρρυνση από το οικείο περιβάλλον, αν και στην προκειμένη περίπτωση η βιωματική εμπειρία ήρθε να συμπληρώσει την πρόσληψη της έννοιας της πρόληψης.

«...Η μαμά μου με παρότρυνε στην πρόληψη και όσα πέρασε. Η μαμά μου είναι 50 χρονών και ευτυχώς έκανε συχνά τις εξετάσεις της. Σε μια μαστογραφία πριν από 7 χρόνια βρέθηκε κάτι και ήταν καρκίνος. Αλλά ευτυχώς ήταν σε εμβρυικό στάδιο και το πρόλαβε. Έκανε το χειρουργείο και κάποιες χημειοθεραπείες και τώρα είναι απλά στην παρακολούθηση. Ευτυχώς το έχει ξεπεράσει πλέον, αλλά αν δεν ήταν τακτική στις εξετάσεις της και με το Τεστ Παπ και όλα της δεν ξέρω τι θα γινόταν τώρα! ...».

4.8.2. Αντιλήψεις για την εμβολιαστική πολιτική και για τα εμβόλια κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)

Από τις περισσότερες πληροφορήτριες αναφέρεται, ότι δεν γνωρίζουν καθόλου ή γνωρίζουν ελάχιστα για το εμβόλιο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου ή το εμβόλιο για τον καρκίνο της μήτρας, όπως συνηθίζεται να λέγεται και έχει περάσει στρεβλά, στις γυναίκες. Αναγνωρίζεται δηλαδή, στην κοινή αντίληψη

ότι το εμβόλιο καταρχήν έχει εξειδικευμένη δράση και προφυλάσσει από τον καρκίνο (του τραχήλου) της μήτρας κάτι βέβαια που δεν είναι απόλυτα σωστό, μια και το εμβόλιο παρουσιάζει προφυλακτική δράση για ορισμένους τύπους του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων που σχετίζονται με την εμφάνιση του ΚΤΜ.

Από την άλλη καταγράφεται μια γενική επιφυλακτικότητα γενικά για τα εμβόλια, γεγονός στο οποίο συνέβαλε και η εκτεταμένη συζήτηση για τον μαζικό εμβολιασμό για την πανδημία της γρίπης τύπου Α (H1N1), τον προηγούμενο χρόνο. Το κατεπείγον και η γενίκευση των οδηγιών αφενός και αφετέρου η προβολή αντικρουόμενων απόψεων από διάφορους επιστήμονες, δημιούργησαν ένα κλίμα αβεβαιότητας και αμφισβήτησης στην κοινή γνώμη, που στράφηκε και προς τους κρατικούς θεσμούς για την υγεία. Η Παναγιώτα κατά την αφήγηση της αυθόρμητα καταθέτει την κριτική στάση των περισσοτέρων απέναντι στην εμβολιαστική πολιτική που προτάθηκε.

«...Το μικρόβιο της γρίπης το κολλήσατε εδώ μέσα; Εγώ ούτε γκουχ δεν έκανα! Ούτε έκανα το εμβόλιο που λέγανε ... ».

Η πρακτική του εμβολιασμού προκαλεί φόβο και αβεβαιότητα διότι δεν είναι άμεσα ορατά τα αποτελέσματα, αλλά πρόκειται για μια προφυλακτική ενέργεια που έχει μακροπρόθεσμες προοπτικές επίδρασης, θετικές ή αρνητικές. Προσλαμβάνεται σαν μια ιατρική πράξη που θα έχει συνεχή επίδραση στον οργανισμό, για τα επόμενα χρόνια ζωής. Ακόμη προβληματίζει η αντίδραση του οργανισμού και οι παρενέργειες ενός εμβολίου, οι άμεσες οι τωρινές και οι αψότερες σε βάθος χρόνου. Το τι περιέχει ένα εμβόλιο εννοώντας τις δραστικές ουσίες που εμπεριέχονται αποτελεί από μόνο του ξεχωριστό παράγοντα προβληματισμού. Δεν καταγράφεται η ίδια απορία για τα υπόλοιπα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή ζωή, αλλά επειδή στα εμβόλια γίνεται χρήση απενεργοποιημένων, βέβαια, ιικών φορτίων ή μικροβίων, ή ουσιών που προσομοιάζουν στην δράση ιών (όπως το εμβόλιο για το HPV), προκαλούν μεγαλύτερο δισταγμό στην χρήση τους.

Το γεγονός ότι παρέχονται δωρεάν με ασφαλιστική επιχορήγηση, δεν φαίνεται να γίνεται αντιληπτό σαν ικανό κίνητρο να υπερκεράσει την αμφισβήτηση για τις γενικές επιπτώσεις στην υγεία. Επιπλέον, η ανεπαρκής πληροφόρηση και η περιορισμένη συμβολή των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα των γιατρών, φαίνεται ότι ασκούν αρνητική επίδραση στην άσκηση πειθούς στον γενικό πληθυσμό. Διαφαίνεται μια κριτική στάση των πολιτών προς τα θεσμικά όργανα άσκησης πολιτικής υγείας.

Πρωτίστως είναι παρατηρήσιμο ότι μερικές πληροφορήτριες δεν γνωρίζουν για τον ιό του HPV, και κατά συνέπεια δεν γνωρίζουν και για το εμβόλιο. Ενώ φαίνεται ότι κάτι έχουν ακούσει και για τα δύο, αλλά τίποτα συγκεκριμένο. Η διάδοση πληροφοριών μέσω φιλικών ή συγγενικών προσώπων παίζει ουσιαστικό ρόλο.

Η τυχαιότητα και η μοιρολατρική στάση, που περιγράφεται από την Κωνσταντίνα αποτελεί μια διαδεδομένη προσέγγιση στα θέματα υγείας, *ότι είναι να γίνει, θα γίνει*. Επικεντρώνεται στην πρόσληψη των πιθανών παρενεργειών των εμβολίων. Η Κωνσταντίνα καταθέτει με την άποψή της την προβληματική γύρω από τους εμβολιασμούς, καθώς έχει δύο κόρες στην κατάλληλη ηλικία.

«... (Όταν ερωτήθηκε εάν γνωρίζει για το εμβόλιο για το HPV) αλλά τι εμβόλιο είναι αυτό;».

Για τα εμβόλια γενικά, τονίζει :

«...Ε, δεν πάω και εύκολα. (Φοβάμαι) πως θα αντιδράσει ο οργανισμός, τι περιέχετε... Ε, γι αυτό λέω παιδιά είναι και λίγο στην τύχη....

-Είναι δωρεάν τα εμβόλια για την πρόληψη του HPV.

- Ναι, το ξέρω αυτό. Λέω στα παιδιά ότι είναι γραμμένο στην τύχη, ότι είναι να γίνει, θα γίνει. Παιδιά στην Αθήνα (που ζείτε) λέω τι ακούτε; Τίποτα (μου λένε)...».

Η συμβουλευτική και η μεταφορά της γνώσης από τους επαγγελματίες υγείας αναδεικνύεται βασική παράμετρος από την Ειρήνη, η οποία έχει την ευκαιρία μέσα από το χώρο εργασίας του νοσοκομείου να έχει καλύτερη πρόσβαση, καθώς διαπιστώνεται ότι είναι η μόνη που αναφέρει ενημέρωση από επαγγελματία υγείας. Η Ειρήνη, μητέρα μιας κόρης 24 ετών, καταθέτει ότι έχει αρκετές γνώσεις για το εμβόλιο.

«...Έχω συζητήσει με τον κ. Μ. (παιδιάτρος) να κάνει και το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου.

-Ξέρεις τι είναι το HPV δηλαδή.

-Ναι, είναι τα κονδυλώματα. Το καινούργιο εμβόλιο προσφέρει, έμαθα, 70-80% προστασία και για 4-5 ιούς (που σχετίζονται με την καρκινογένεση) ».

Η Τούλα, μητέρα μιας κόρης 14 ετών, έσπευσε να εμβολιάσει την κόρη της γιατί, όπως λέει, την προέτρεψαν όλοι οι γιατροί στους οποίους απευθύνθηκε. Η δική της εμπειρία με την λοίμωξη από το ιό του HPV, ενδυνάμωσε την αντίληψη για την αναγκαιότητα της άμεσης δράσης θεωρώντας ότι το θέμα της πρόληψης με τον εμβολιασμό έχει ωριμάσει.

«...Να σου πω ότι η κόρη μου είναι στην δεύτερη δόση. Πάντα ψάχνοντας και διαβάζοντας, είδα ότι είχε ωριμάσει το πράγμα. Ρωτώντας και γυναικολόγους και παιδίατρος μου είπαν "Κάνε το μην το φοβηθείς πλέον"».

Η Ηλιάννα, καταθέτει μια άποψη νεαρής γυναίκας που αντανακλά μια άλλη διάσταση στην προβληματική του εμβολιασμού. Όπως τονίζει, πρέπει να πάρει την ευθύνη η ίδια για το εάν θα εμβολιαστεί ή όχι, και αυτό την προδιαθέτει αρνητικά. Η έλλειψη επίσημης ενημέρωσης από κρατικούς λειτουργούς υγείας, την απασχολεί. Το ενδιαφέρον της επικεντρώνεται στις μακροχρόνιες επιπτώσεις του εμβολιασμού και όπως αντιλαμβάνεται η ίδια είναι κάτι που δεν μπορεί να της το εγγυηθεί κανείς. Στην αφήγησή της, τονίζεται η παραπληροφόρηση που υπάρχει ιδιαίτερα μέσα από ιστοσελίδες του διαδικτύου, καθώς αναφέρει ότι διάβασε ότι ο εμβολιασμός μπορεί να προκαλέσει στειρότητα.

«...Έχω ακούσει για το HPV τα κονδυλώματα αλλά δεν ήξερα κάτι πριν να μου εξηγήσεις εσύ. Όσον αφορά για το εμβόλιο είμαι πολύ διστακτική έως και αρνητική. Δεν έχω ενημερωθεί και από αξιόπιστη πηγή. Με ενδιαφέρουν οι επιπτώσεις που θα έχει όχι οι τωρινές, αλλά και οι μακροπρόθεσμες, ας πούμε όταν θα είμαι εγώ 45 χρονών τι θα παρουσιάσω... Επίσης, να σου πω ότι μου δημιουργεί και μια πώς να το πω, πονηρία. Γιατί ας πούμε γίνεται σε νεαρές γυναίκες και όχι πριν ή μετά; Κατάλαβες; Εγώ έκανα όλα τα εμβόλια σαν παιδί αλλά έκρινε γι'αυτό ο μπαμπάς μου και η μαμά μου. Ενώ, τώρα πρέπει να κρίνω εγώ για κάτι που δεν είμαι σίγουρη που θα βγάλει. Επίσης που το έψαξα σε blog στο internet, είχα δει συζητήσεις μεταξύ κοριτσιών ότι είχε λεχθεί για την στειρότητα και πανικοβλήθηκα. Σαφώς θα πανικοβληθείς όταν ακούς τέτοιες λέξεις όπως η στειρότητα, λέξεις-κλειδιά! Αυτές οι λέξεις μένουν στον εγκέφαλο και ξέρεις αναπαράγονται. Τις αναπαράγει ο εγκέφαλος από μόνος του!.... ».

4.8.3. Η εμπιστοσύνη στον θεσμό του δημόσιου νοσοκομείου

Όσον αφορά τον θεσμό του νοσοκομείου στην σχηματοποίηση των αντιλήψεων ενέχονται πολλαπλοί προσδιοριστικοί παράγοντες. Ο οικονομικός παράγοντας από την μια πλευρά καθορίζει την κατεύθυνση των πολιτών προς το δημόσιο σύστημα, εν μέσω οικονομικής κρίσης. Η εγγύτητα των δημοσίων

υπηρεσιών η πρόσβαση σε αυτές, η άμεση εξυπηρέτηση, η σχέση παράγοντα χρόνου και κόστους, η τεχνολογία, η κτιριακή υποδομή καθορίζουν την επιλογή ανάμεσα σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Οι ατομικές αντιλήψεις και η σχέση γιατρού-ασθενή φέρουν μεγάλη βαρύτητα στην χρήση συγκεκριμένων δομών υγείας. Ο γιατρός και η σχέση μαζί του επηρεάζει σε μέγιστο βαθμό και τις αντιλήψεις για τον χώρο εργασίας του. Αποτελεί αντιπροσωπευτικό μηχανισμό της δομής υγείας. Στην ουσία αυτό που καταγράφεται είναι ότι ενώ οι πληροφορήτριες διατηρούν μια κριτική στάση απέναντι στους γιατρούς μέσα από την βιωματική διαδικασία, φαίνεται να επιδεικνύουν μια σχετική εμπιστοσύνη στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Η Κωνσταντίνα είναι απόλυτα θετικά προσκείμενη προς το δημόσιο σύστημα υγείας. Αντιλαμβάνεται ότι εκεί της παρέχονται καλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας και έχει απόλυτη εμπιστοσύνη στο θεσμό του νοσοκομείου. Ταυτοχρόνως, ενδυναμώνεται η κριτική στάση της για τον ιδιωτικό τομέα και παρατηρεί ότι οι δυσλειτουργίες και η αναμονή που παρουσιάζονται και στον ιδιωτικό τομέα, την αποτρέπουν από την χρήση του. Παράλληλα έμμεσα τονίζει τις ελλείψεις του δημοσίου τομέα για την έλλειψη ιατρικής τεχνολογίας και εξειδικευμένου προσωπικού. Στην τοπική δομή υγείας δεν παρέχεται η δυνατότητα του κολπικού υπερηχογραφικού ελέγχου, και για τον λόγο αυτό απευθύνεται σε ιδιώτη

«... Ο πρώτος (γιατρός) που πήγα ήταν ιδιώτης. Ναι, και έχω κακή εμπειρία από τον ιδιωτικό. Εδώ (στο νοσοκομείο) μετά μια χαρά.... Επειδή μετά την εγχείρηση πρέπει να κάνω εσωτερικό (κολπικό εννοεί) υπέρηχο, πηγαίνω σε μια στον Πύργο στην Φ. (ιδ. γυναικολόγος) ...Απλά αυτή μου την σπάει επειδή κλείνω ραντεβού στις 10 και με βλέπει αργότερα! Εγώ έχω πρόβλημα, δεν μπορώ να περιμένω. Η μια είναι έγκυος, η άλλη είναι γνωστή, η άλλη θέλει να φύγει ... Μπορεί να έχεις ραντεβού στις 10 και να σε πάρει στις 12! Έχω φύγει δυο φορές έτσι (από το ιδιωτικό ιατρείο χωρίς να κάνω την εξέταση). Και σκεφτόμουν σήμερα να περάσω αλλά αν με κάνει πάλι έτσι εγώ δεν προλαβαίνω να κάνω το πρόγραμμα μου».

Η Ειρήνη στην αρχή απευθυνόταν στον ιδιωτικό τομέα. Μάλιστα εκφράζεται με όρους γεωγραφικού προσδιορισμού που αναφέρεται συχνά από τους εργαζόμενους στο σύστημα υγείας, *πάω έξω* (από το νοσοκομείο). Θεωρούσε ότι στον ιδιωτικό τομέα κατευθύνονται για εργασία οι άξιοι επιστήμονες που πιστεύουν πολύ στις ικανότητές τους. Μια στερεοτυπική αντίληψη που προβάλλεται από μια μερίδα εργαζόμενων στο χώρο της υγείας αλλά και χρηστών. Οι λόγοι

προσδιορίζονται στην ανεπάρκεια του δημοσίου συστήματος για αξιοκρατικές τακτικές κρίσεις των γιατρών και στην έλλειψη προσλήψεων επαγγελματιών με αυξημένα προσόντα στον δημόσιο τομέα. Η Ειρήνη πιστεύει ότι η διάσταση της χρονικής διάρκειας της ζωής από την μία, και της διαχρονικότητας του δημοσίου τομέα από την άλλη, σε αντίθεση με την πιθανή εφήμερη άσκηση ιδιωτικής ιατρικής, αποτελούν παράγοντες για την στροφή της προς τον δημόσιο τομέα υγείας.

«...Για να είμαι ειλικρινής την υγεία σου τον εαυτό σου πρέπει να τον εμπιστεύεσαι σε επιστήμονες. Το έκανα έξω. Η ζωή μας είναι πολύ μεγάλη και έτσι δίνεται το έναυσμα για την εξέταση, μέσα από τον κρατικό μηχανισμό Πρέπει να υπάρχει εμπιστοσύνη (στο δημόσιο)...».

Η Παναγιώτα και αυτή απευθύνεται στο νοσοκομείο για την επίλυση των προβλημάτων υγείας της. Παρόλα αυτά θεωρεί ότι πρόκειται για μια κουραστική χρονοβόρα και δαπανηρή διαδικασία. Η διαδικασία πρόσβασης στον γιατρό με το σύστημα των ραντεβού και η αναμονή για την επίσκεψη αποτελούν προβληματισμούς που αναφέρονται. Επίσης το κόστος των απογευματινών ιατρείων, σχολιάζεται αρνητικά. Το κόστος των απογευματινών ιατρείων παρουσιάζεται ως επί το πλείστον αυξημένο στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, όπου ανάλογα με την βαθμίδα του γιατρού στην ιεραρχία, ο χρήστης πρέπει να καταβάλει το αντίστοιχο αντίτιμο.

Η Παναγιώτα περιγράφει την άποψη της για το σύστημα :

«...Τώρα όπως λες να πάω στο νοσοκομείο, να στηθώ στην ουρά και να φύγω το μεσημέρι.... Να πάω να δώσω και τόσα λεφτά (για τα απογευματινά ιατρεία) ..Εξετάσεις θα μου κάνει, όχι χειρουργείο!».

Η Ελένη από την άλλη, περιγράφει τις συνθήκες που επικρατούσαν παλαιότερα στα νοσοκομεία. Αναφέρεται στην γέννα της κόρης της, 28 χρόνια πριν, που όμως έχει καταγραφεί στην μνήμη της και έχει καθορίσει την αντίληψη της για το δημόσιο νοσοκομείο. Μιλά απαξιωτικά για τις συνθήκες καθαριότητας αλλά και τις προσμίξεις με άλλες ομάδες πληθυσμού, τους τσιγγάνους. Τονίζει ιδιαίτερα ότι παλαιότερα ήταν οικονομικά προσβάσιμος και ο ιδιωτικός τομέας υγείας, γεγονός που έδινε εναλλακτικές επιλογές στους χρήστες υγείας για άμεση πρόσβαση και στους δυο τύπους των συστημάτων υγείας. Επίσης, εκείνο που καταγράφεται είναι ότι πολλές Ελληνίδες απευθύνονται σε ιδιωτικά μαιευτήρια για τον τοκετό τους μια και συνδέουν την κτιριακή και ξενοδοχειακή αρτιότητα με την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

«... Στον Πύργο (γέννησα) σε μια κλινική... ήταν ένας καλός γιατρός. Δεν ήταν και ακριβά τότε, όπως τώρα. Πήγα στο νοσοκομείο στο πρώτο, δεν το πρόλαβες εσύ.. Και πήγα να ξεράσω! Ήμουν και έγκυος και όπως μπήκα, βγήκα! Το γυφταριό... το θυμάμαι ακόμα! Εκείνη η μυρωδιά, βρώμαγε... Έτσι φύγαμε και πήγαμε στην κλινική...».

Η Ηλιάννα, αναφέρει την αντίληψη της για το δημόσιο νοσοκομείο, για τα λάθη και τις παραλείψεις που μπορεί να παρουσιαστούν. Είναι σημαντικό ότι κατά την δική της θεώρηση, οι γιατροί είναι υπεύθυνοι αλλά όχι και καταδικαστέοι.

«... Βέβαια, σε μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο μπορεί να συμβεί να πάρεις εξετάσεις άλλου, στο λέω γιατί μου έχει συμβεί αλλά όχι το Τεστ. Άλλες εξετάσεις μπορεί. Είναι ανθρώπινο και συμβαίνει. Το ότι είναι κάποιος γιατρός δεν σημαίνει ότι είναι και παντοδύναμος. Μπορεί κάποια στιγμή να μπλοκάρει, να κάνει break το μυαλό του ή κάτι τέτοιο!... ».

Η Τούλα μέσα από την εμπειρία της γέννας έχει αποκτήσει απόλυτη εμπιστοσύνη σε ένα συγκεκριμένο δημόσιο νοσοκομείο της περιφέρειας. Έμμεσα αναφέρεται και στο πελατειακό σύστημα που επικρατεί στα νοσοκομεία.

«...Όχι, σε όλα τα νοσοκομεία μόνο στο Ρ.(δημόσιο νοσοκομείο στην Πάτρα). Γιατί έχω ακούσει διάφορα για το εδώ νοσοκομείο. Εγώ γέννησα στο γιατρό της βάρδιας κιόλας. Έτυχα στην αλλαγή της βάρδιας. Και μονάχα η μαία παρέμεινε. Δεν με πείραξε, ούτε είχα συγκεκριμένο γιατρό. Ξέρω εκεί ότι, ότι και να γίνει εκεί είναι ότι καλύτερο υπάρχει. Στο διάστημα ας πούμε που πήγαινα για τους πέντε έξι μήνες είχα δει τι δουλειά κάνουν. Δηλαδή ήξερα που πήγαινα. Δηλαδή, κάποια φορά που πήγα μια είχε παρουσιάσει υψηλή πίεση και μέσα σε δυο λεπτά, είδα...Όχι εγώ, άλλη γυναίκα. Με βάλανε στην άκρη εμένα και είδα την κινητοποίηση. Κατευθείαν μέσα σε δύο λεπτά εμφανιστήκανε μπροστά μου έξι, επτά καθηγητές και συζητάγανε αμέσως για την τύπισσα. Οπότε λέω που αλλού να πάω, εδώ θα έρθω. Ναι, δηλαδή εγώ λέω ότι υπάρχει σιγουριά, τέτοια ταχύτητα και ότι εκεί είναι οι καλύτεροι. Και όποιος και αν είσαι δεν υπάρχει περίπτωση (να μην σε κοιτάζουν). Γιατί και αυτή που ήρθε δεν ήταν πελάτισσα κάποιου, δεν είχε κάποιο γιατρό. Είχε πάει όπως εγώ έβγαλε το εισιτήριο της και είδες πως την αντιμετώπισαν γρήγορα. Κατάλαβες; Σου δημιουργεί ασφάλεια αυτό το πράγμα. Και να ξέρεις ότι, ότι και να γίνει το παιδί θα μείνει μέσα (στο ίδιο νοσοκομείο)».

4.9. Συμπεράσματα- Προτάσεις

Συνοψίζοντας, στην παρούσα εργασία έγινε μια απόπειρα για τη σκιαγράφηση των γνώσεων για την εξέταση του Τεστ κατά Παπανικολάου, σε πρώτο επίπεδο, μιας ομάδας γυναικών χρηστριών της τοπικής δημόσιας υγειονομικής δομής του δήμου Σκιλλούντος, στον νομό Ηλείας. Σε δεύτερο επίπεδο ανιχνεύονται οι παράγοντες που συμμετέχουν στη σχηματοποίηση των αντιλήψεων των γυναικών για την εξέταση του Τεστ Παπ αλλά και γενικότερα της στάσης τους για την πρόληψη και την υγεία. Στην ουσία, με την χρήση ποιοτικών μεθόδων έρευνας, γίνεται μια καταγραφή μέσα από τις αφηγήσεις των γυναικών των προσδιοριστικών παραγόντων που δρουν συνεργικά για την πρόσληψη της έννοιας της πρόληψης και αυτών που συμμετέχουν στην πρόσληψη αρνητικών αναπαραστάσεων.

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζουν μια σχετικά θετική στάση απέναντι στην πρόληψη και στο Τεστ Παπ, δεδομένου ότι έχουν πραγματοποιήσει την εξέταση περισσότερο από μια φορά. Ωστόσο, η συχνότητα της έμπρακτης χρήσης του απέχει από την ιατρικώς ενδεδειγμένη επιμέλεια.

Το επίπεδο γνώσεων και επίγνωσης για την εξέταση του Τεστ Παπ, παρουσιάζεται ελλειμματικό και περιορισμένο. Ακόμη περισσότερο, καταγράφονται λανθασμένες προσλαμβάνουσες για την διαγνωστική σκοπιμότητα του Τεστ Παπ, που οδηγεί στην στρεβλή χρήση του.

Ένα ποσοστό υπερδιπλάσιο, αναγνωρίζει ότι στην εξέταση γίνεται λήψη υγρού κολπικού ή τραχηλικού, έτσι όπως προσλαμβάνεται. Η κυτταρολογική εξέταση του Τεστ Παπ συγχέεται εμφανώς με την μικροβιολογική εξέταση του κολπικού και τραχηλικού εκκρίματος. Η αντίληψη αυτή συνδέεται με την στρεβλή εντύπωση που φέρουν για την διαγνωστική σκοπιμότητα του Τεστ Παπ, καθώς δεν φαίνεται να αναγνωρίζεται ο πραγματικός στόχος του, που είναι η πρόληψη της πρώιμης διάγνωσης των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας. Το Τεστ Παπ θεωρείται ότι διενεργείται και για τον εντοπισμό γυναικολογικών μικροβιακών μολύνσεων.

Η προοπτική της ελλειμματικής γνώσης σχετίζεται με την αντίληψη που καταθέτουν για την ανατομική κατασκευή του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος. Το Τεστ Παπ θεωρείται από μια σημαντική μερίδα των πληροφορητριών ότι ελέγχει όλο το γεννητικό σύστημα, καθώς οι μισές πληροφορήτριες φέρουν την αντίληψη του αναπαραγωγικού συστήματος σαν όλο. Η

μήτρα, ο τράχηλος, οι ωοθήκες και οι σάλπιγγες φέρουν την προσλαμβανόμενη έννοια του συνόλου. Επιπλέον, υπάρχουν αναφορές που συγχέουν και προσλαμβάνουν σαν ένα και το ουροποιητικό σύστημα.

Μια άλλη προβληματική διάσταση, αναδεικνύεται στις αφηγήσεις δεδομένου ότι η εξειδικευμένη γνώση της ανατομίας του γυναικείου σώματος φέρεται να αφορά τους επιστήμονες, τους γιατρούς στους οποίους επαφίενται. Τοιουτοτρόπως, καταγράφονται συγκεκριμένες απόψεις για τον επαγγελματία υγείας που πρέπει να διενεργεί την εξέταση. Οι περισσότερες αναφορές προσδιορίζουν τον γυναικολόγο ως αρμόδιο για την λήψη, αλλά υπάρχουν απόψεις κατά τις οποίες δεν φαίνεται να απασχολεί ουσιαστικά η επιστημοσύνη και η επαγγελματική ιδιότητα, παρά μόνο αξιολογούνται άλλοι παράμετροι όπως η άνεση στην εξέταση και η απλή ικανότητα λήψης, από ένα οποιοδήποτε επαγγελματία γιατρό.

Οι απόψεις για τον ηλικιακό φάσμα των γυναικών που πρέπει να συμμετέχει στον έλεγχο, σχηματοποιούνται ανάλογα. Αναγνωρίζεται ότι η σεξουαλικότητα και η σεξουαλική δραστηριότητα ταυτόχρονα προσδιορίζει τις γυναίκες που χρήζουν εξέτασης. Η έναρξη του ελέγχου τοποθετείται μετά την έναρξη της σεξουαλικής ζωής, σε νεαρή ηλικία. Ωστόσο, οι γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή προσλαμβάνονται ότι δεν χρήζουν γυναικολογικών εξετάσεων ή άλλων προληπτικών τεστ, όπως το Τεστ Παπ.

Όμως, το σημείο αναφοράς για την έναρξη του τακτικού ελέγχου για τις ίδιες τις πληροφορήτριες, προσδιορίζεται στην αναπαραγωγική διαδικασία. Οι πιο πολλές ξεκίνησαν να εξετάζονται μετά την τεκνοποίηση. Η απόκτηση των παιδιών τους αποτελεί, όπως διαφαίνεται ισχυρό κίνητρο για την ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας και πρόληψης. Οι περισσότερες προβαίνουν σε ετήσιο τακτικό έλεγχο με το Τεστ Παπ κοντά στην ηλικία των σαράντα ετών. Η νεαρή πληροφορήτρια φαίνεται ότι έχει υιοθετήσει ένα θετικό μοντέλο υγείας μέσα από την βιωματική διαδικασία.

Η εξέταση του Τεστ Παπ, όπως αναφέρει η καθολική πλειοψηφία, αναγνωρίζεται σαν μια αξιόπιστη εξέταση που συμβάλλει ουσιαστικά στην πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου, έτσι όπως προσλαμβάνεται. Η εξέταση φέρεται να διατηρεί την διαχρονική της αξία. Παράλληλα, θέτουν τον προβληματισμό τους για τον φορέα διεξαγωγής του ελέγχου. Μια μερίδα των συνεντευξιαζόμενων καταθέτουν την άποψη ότι το Τεστ Παπ είναι αξιόπιστο μόνο εάν διενεργείται σε δημόσιο νοσοκομείο. Ταυτόχρονα, καταγράφονται απόψεις που δηλώνουν δυσπιστία

και καχυποψία απέναντι σε ορισμένες μορφές φορέων διεξαγωγής προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου, όπως οι κινητές μονάδες ή ο ιδιωτικός τομέας.

Η πρόσληψη της διαδικασίας της εξέτασης είναι ουσιώδης παράμετρος για την συγκρότηση δεδομένων απόψεων για την εξέταση. Η διαδικασία της εξέτασης προσλαμβάνεται σαν απλή και μη επώδυνη. Μόνο μια πληροφορήτρια δηλώνει ότι θεωρεί την εξέταση επώδυνη και δύσκολη διαδικαστικά. Ο παράγοντας της χρονικής διάρκειας της εξέτασης, το αίσθημα του πόνου ή της ενόχλησης στην εξέταση, και η αντίληψη του παρεμβατισμού αποτελούν τους προσδιοριστικούς παράγοντες για την αξιολόγηση και τον χαρακτηρισμό μιας εξέτασης. Από την άλλη, η συνήθεια και η αναγκαιότητα για έλεγχο, καθιστούν την εξέταση μια συνειδητή πραγματικότητα, η οποία γίνεται αποδεκτή από την πλειοψηφία των πληροφορητριών. Επιπλέον, φαίνεται να προβληματίζει η θέση και η έκθεση του σώματος κατά την εξέταση, οι χειρισμοί του εξεταστή και ο απαιτούμενος χρονικός προγραμματισμός.

Οι παράγοντες που φαίνεται να συμμετέχουν στη σχηματοποίηση των αντιλήψεων για την εξέταση, πέρα από τα προαναφερόμενα που σχετίζονται με την πρόσληψη της εξέτασης καθεωατής, είναι και η άποψη που φέρουν για τον γυναικολογικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και η πιθανότητα να νοσήσουν. Όλες προσλαμβάνουν την σχετική επικινδυνότητα να εμφανίσουν τη νόσο, αν και το απεύχονται.

Οι περισσότερες πληροφορήτριες καταθέτουν την άποψη ότι ο καρκίνος γενικά, αποτελεί μια θανατηφόρο νόσο όταν εκδηλωθεί. Υπόρρητα, υιοθετούν μια μοιρολατρική στάση απέναντι στην εμφάνιση του καρκίνου, καθώς αντιλαμβάνονται ότι μετέχει ο παράγοντας τύχης. Διαφαίνεται η πεποίθηση ότι είναι δυνατή η πρόληψη του καρκίνου, παρόλο που η πρόσληψη της έννοιας της πρόληψης χαρακτηρίζεται από μια γενικευμένη ασάφεια. Οι αναφορές στο καρκίνο παραπέμπουν, στην πρόσληψη του γυναικολογικού καρκίνου.

Οι προσλαμβανόμενοι παράγοντες που μετέχουν στην εκδήλωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι : ο κληρονομικός παράγοντας, η επιπόλαια σεξουαλική συμπεριφορά, η συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων. Η σεξουαλική συνεύρεση με μετανάστες προσδίδει μια άλλη πολιτισμική διάσταση στην προβληματική. Το κάπνισμα, η κακή διατροφή και η καθαριότητα, η μη τήρηση κανόνων υγιεινής συμβάλουν και αυτοί στην εμφάνιση του ΚΤΜ. Ο ψυχολογικός παράγοντας και το στρες αναφέρονται ότι δρουν συνεργικά. Στην ουσία, η αντίληψη των καταγραφόμενων παραγόντων επίδρασης στην εμφάνιση του ΚΤΜ,

απέχει από την ιατρική άποψη που συνδέει την λοίμωξη του HPV με τον ΚΤΜ. Δεν αναφέρεται από καμία πληροφορήτρια ο παράγοντας της λοίμωξης από το ιό του HPV στην συμμετοχή της εκδήλωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Οι αναφορές για τους προσλαμβανόμενους λόγους αποχής από τον τακτικό έλεγχο, συγκεκριμενοποιούνται στα ακόλουθα : η αμέλεια, ο φόβος και το άγχος για την εξέταση και το αποτέλεσμα της εξέτασης, ο φόβος για τον εξεταστή γιατρό, η ντροπή για την έκθεση του γυμνού σώματος και η προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας, με την έννοια που προσλαμβάνεται η απουσία συμπτωμάτων. Η έλλειψη της ενημέρωσης, της παρότρυνσης και της ευαισθητοποίησης, τονίζονται ως ιδιαίτερα σημαντικοί στους αιτιολογικούς παράγοντες αποχής από την πρόληψη.

Η ευαισθητοποίηση που κινητοποίησε τις ίδιες διαφαίνεται να έχει πραγματοποιηθεί μέσα από την παρότρυνση του προσωπικού τους γιατρού γυναικολόγου. Ο ρόλος του υποστηρικτικού οικείου περιβάλλοντος και ιδιαίτερα της μητέρας τους, φέρεται να έχει ελλειμματική επίδραση.

Ο ρόλος του επαγγελματία γιατρού, στην προσλαμβανομένη αντίληψη για την υγεία και την πρόληψη είναι καθοριστικός. Η πλειονότητα των πληροφορητριών τονίζει την αρνητική εικόνα που έχουν σχηματιστεί για τους επαγγελματίες γιατρούς, μέσα από τις βιωματικές εμπειρίες που παραθέτουν. Η αντιδεοντολογική συμπεριφορά του γιατρού, η ιατρική αλαζονεία, η προσλαμβανόμενη κακή πρακτική άσκησης των ιατρικών καθηκόντων, η ελλιπής ενημέρωση για τις ιατρικές πράξεις στις οποίες προβαίνουν και η αντίληψη ότι το οικονομικό κέρδος οδηγεί σε περιττές και επιζήμιες ιατρικές πρακτικές, συμμετέχουν στην αρνητική εικόνα για το ιατρικό κλάδο και τον χώρο των υπηρεσιών υγείας. Συνεργικοί παράγοντες από την πλευρά των γυναικών, όπως η άκριτη εμπιστοσύνη στην ιατρική αυθεντία και η ανάπτυξη σχέσεων οικειότητας που υπερβαίνουν τα όρια της επαγγελματικής σχέσης, μετέχουν ενεργά. Η κακώς εννοούμενη άσκηση της ιατρικής, λειτουργεί αποθαρρυντικά στην πρόληψη και στην αντίληψη της υγείας.

Η αντίληψη για τη δημόσια πολιτική υγείας βρίσκει έδαφος στην εκτίμηση της εμβολιαστικής πολιτικής κατά του ιού του HPV που προτείνεται. Τα εμβόλια γενικά προσλαμβάνονται με σκεπτικισμό, μερικές φορές με αρνητισμό καθώς θεωρούνται ότι έχουν μακροχρόνια επίδραση στον ανθρώπινο οργανισμό. Απασχολούν οι ενδεχόμενες παρενέργειες από το ίδιο το εμβόλιο, η αντίδραση του οργανισμού στον εμβολιασμό και η σύσταση του εμβολίου. Μια πληροφορήτρια τονίζει τον

προβληματισμό της για το προτεινόμενο ηλικιακό φάσμα και για την ευθύνη που πρέπει να αναλάβει ένα άτομο σε νεαρή ηλικία, για σοβαρά θέματα πρόληψης, όπως ο εμβολιασμός. Η διάσταση της ελλιπούς ενημέρωσης από υπεύθυνες πηγές, είναι ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας για την θετική πρόσληψη των εμβολιασμών. Δύο που θεωρούν ότι έχουν ενημερωθεί επαρκώς φέρουν θετική άποψη για το εμβόλιο κατά του ιού HPV. Ενώ άλλες αναφορές αποκαλύπτουν ότι δεν έχουν ακούσει και δεν γνωρίζουν τίποτε σχετικό ούτε για το HPV, ούτε για το εμβόλιο.

Η αντίληψη για τον θεσμό του δημόσιου νοσοκομείου που φέρονται να επιδεικνύουν, παρά τους ανασταλτικά δρώντες παράγοντες για την εμβολιαστική πολιτική, για την περιορισμένη αποτελεσματικότητα του συστήματος της προληπτικής ιατρικής που εφαρμόζεται αλλά και τις αρνητικές, ως επί το πλείστον προσλαμβάνουσες για τον επαγγελματία γιατρό, φέρεται να είναι θετική.

Μερικοί παράμετροι που προβληματίζουν και συμμετέχουν στη σχηματοποίηση μιας αρνητικής αντίληψης για το δημόσιο νοσοκομείο, είναι : η πολύωρη αναμονή για την επίσκεψη σε γιατρό, το σύστημα των ραντεβού, το κόστος των απογευματινών κυρίως ιατρείων και η αντίληψη ότι λαμβάνουν λανθασμένα αποτελέσματα. Στην προώθηση των χρηστών υγείας προς το δημόσιο τομέα, συμβάλλουν προσδιοριστικοί παράγοντες όπως η οικονομική δυσχέρεια που επιδεινώνεται από την παγκόσμια οικονομική ύφεση, η ύπαρξη δημοσίων υγειονομικών δομών, η πρόσβαση και η χρήση τους, η αποτελεσματικότητα των ιατρικών παρεμβάσεων και η παροχή εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών. Παρά ταύτα ανάλογοι προβληματισμοί προβάλλονται και για τον ιδιωτικό τομέα υγείας, όπως η αναμονή, η αντίληψη για τους ιδιώτες γιατρούς και η χωρίς έλεγχο και επίβλεψη από κρατικό μηχανισμό, άσκηση ιατρικής. Το υπέρμετρο κόστος των κάθε λογής ιατρικών πράξεων στο ιδιωτικό τομέα δημιουργεί αρνητικές παραστάσεις.

Η επίδραση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην σχηματοποίηση της αντίληψης για την πρόληψη και την υγεία, είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός. Η αναφορά στον οικονομικό παράγοντα είναι εκτενής και προσδιορίζεται από όλες τις πληροφορήτριες ως ουσιώδης στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στην κατεύθυνση τους μέσα στο σύστημα υγείας. Ο οικονομικός παράγοντας περιορίζει την ευχέρεια της χρήσης του συστήματος υγείας του ιδιωτικού τομέα, ενισχύοντας τις κοινωνικές ανισότητες. Συντελεί στην προώθηση των χρηστών προς τον δημόσιο τομέα υγείας. Δύο πληροφορήτριες καταθέτουν την άποψη για την διάσταση της

αναγκαιότητας της εξέτασης, σε σχέση με το κοινωνικοοικονομικό κόστος που προκύπτει από την εκδήλωση του καρκίνου. Η εκδήλωση ενός σοβαρού νοσήματος όπως ο καρκίνος προβληματίζει για το αυξημένο οικονομικό κόστος στον τομέα της δημόσιας υγείας. Οι κοινωνικές επιπτώσεις και η επιβάρυνση της υγείας, δύνανται να αποφευχθούν ή να περιοριστούν με την πρόληψη.

Ένας σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας στην οικονομική δυσπραγία, πέρα από την επικρατούσα οικονομική ύφεση, είναι η επίδραση της μαζικής καταστροφής της φωτιάς του Αυγούστου του 2007, στην τοπική κοινωνία. Η μαζική καταστροφή της αγροτικής παραγωγής οδήγησε σε οικονομικό αδιέξοδο και σε επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης, συμβάλλοντας στην έκθεση σε παρατεταμένο στρες.

Η μεγάλη περιβαλλοντική καταστροφή που προκλήθηκε δημιούργησε ιδιαίτερες συνθήκες διαβίωσης σε ένα στρεσογόνο περιβάλλον. Η ψυχολογική επιβάρυνση από το ίδιο το βίωμα των πυρκαγιών αλλά και το μετά-τραυματικό σύνδρομο που ακολούθησε, οι κοινωνικές και πολιτισμικές ανακατατάξεις, προσλαμβάνονται ότι επιβαρύνουν την δημόσια υγεία. Οι επιπτώσεις της φωτιάς θεωρούνται ότι δύνανται να έχουν μακροχρόνια επίδραση στην υγεία και προσλαμβάνονται ότι συσχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου. Δεν φαίνεται όμως, να είχε άμεση επίδραση στην αλλαγή προτύπων για την πρόληψη, καθώς όλες τονίζουν ότι θεωρούν ότι είναι τακτικές. Ωστόσο, στα στατιστικά δεδομένα της κίνησης του γυναικολογικού ιατρείου παρατηρείται μια μικρή κάμψη το 2007 της τάξης του 10%, όπου καταγράφεται η μικρότερη επισκεψιμότητα τα τελευταία 7 χρόνια.

Οι προσλαμβανόμενες αντιλήψεις για τη θέση της γυναίκας στη δομή της οικογένειας, φέρονται να αντανάκλουν τον πολυδιάστατο ρόλο της γυναίκας στον οικογενειακό ιστό. Η αντίληψη που υιοθετούν οι περισσότερες πληροφόρητες για τη θέση τους στις έμφυλες σχέσεις είναι ότι η γυναίκα είναι ικανή να ανταπεξέλθει σε όλες τις καταστάσεις. Η γυναίκα είναι ανώτερη από τον άνδρα σε θέματα που αφορούν την διαχείριση της οικογένειας, εργασίας, πρακτικών ζητημάτων καθημερινής φύσεως. Το πρότυπο της δυναμικής γυναίκας κυριαρχεί, ενώ θα περίμενε κανείς να προβάλλεται το στερεοτυπικό μοντέλο της γυναίκας της επαρχίας. Το γυναικείο πρότυπο στην διαχείριση των θεμάτων που άπτονται της υγείας μέσα στην οικογένεια αποτελεί μια πραγματικότητα.

Η θεώρηση για την γυναικεία σεξουαλικότητα και την μετάδοση ασθενειών μέσα από την ερωτική πράξη, σχηματοποιεί ανάλογες πεποιθήσεις σε θέματα

υγιεινής και υγείας. Η γνώση για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα παρουσιάζεται ελλιπής και περιορισμένη. Υπάρχουν αναφορές από πληροφορήτριες που τονίζουν το γεγονός ότι δεν γνωρίζουν τίποτα για τα ΣΜΝ. Οι αναφορές στα ΣΜΝ αποκαλύπτουν ότι από την πληθώρα των νοσημάτων αυτών, γνωρίζουν ελάχιστα ή έχουν ακούσει κάτι σχετικό για το AIDS, το HPV, τα κονδυλώματα, την σύφιλη και την βλεννόρροια. Αναγνωρίζεται ωστόσο, ότι η μετάδοση των νοσημάτων αυτών πραγματοποιείται διαμέσου της σεξουαλικής επαφής. Η κοινή χρήση της τουαλέτας, αντιμετωπίζεται με σκεπτικισμό και προσλαμβάνεται ότι συμμετέχει στην αναμετάδοση των ΣΜΝ. Τα ΣΜΝ αντιληπτικά συνδέονται με την έκλυτη ερωτική ζωή, που προσδιορίζεται από την επιπόλαια ερωτική συμπεριφορά, την συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων και την χωρίς προφύλαξη ερωτική πράξη.

Όσον αφορά τη σεξουαλικότητα, η πλειοψηφία των πληροφορητριών που βρίσκεται σε έγγαμο βίο παραθέτει ότι οδηγεί στην ολοκλήρωση και ότι είναι μια βιολογική λειτουργία που σχετίζεται με την ευχαρίστηση. Μερικές προσλαμβάνουν την σεξουαλική δραστηριότητα σαν επιβεβλημένη πράξη στα πλαίσια της συζυγικής σχέσης. Η ψυχική διάθεση προσλαμβάνεται ως επιδρών παράγοντας στην σωματική ευδαιμονία. Το σώμα χρησιμοποιείται για να δικαιολογηθεί η απόρριψη της πρόσληψης της ερωτικής πράξης, από μερικές πληροφορήτριες.

Η πρακτική της καθαριότητας που συνοδεύει την ερωτική συνεύρεση, πέρα από την πρακτικής της αξία, συνοδεύεται από ιδεοληψίες για την καθαρότητα και την μιαιρότητα του άλλου του ξένου σώματος και των παραγώγων του. Το λουτρό οδηγεί στην καθαρότητα του σώματος και στην κάθαρση από το αμαρτωλό σεξ, έτσι όπως προσλαμβάνεται.

Συμπερασματικά στις πεποιθήσεις για την υγεία και την πρόληψη που καταγράφονται στην συγκεκριμένη έρευνα είναι εμφανείς οι πολιτισμικές κοινωνικο-πολιτικές και οικονομικές επιδράσεις. Το κοινωνικό περιβάλλον κατασκευάζει και ενσωματώνει την βιωμένη πραγματικότητα και για την υγεία.

* * *

Η πολυπαραγοντική διάσταση της σχηματοποίησης και υιοθέτησης συμπεριφορών για την υγεία και την πρόληψη, οδηγεί στην ανάγκη για εκτενέστερη διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων σε μεγαλύτερη κλίμακα. Η ποιοτική έρευνα των πεποιθήσεων για την υγεία και την πρόληψη, πέρα από το ακαδημαϊκό ενδιαφέρον και την ερευνητική πρόκληση που εξιτάρει τα μέγιστα, θα μπορούσε να

βρει και ουσιαστική εφαρμογή στη δόμηση ενός ικανοποιητικού, ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας για την πρόληψη.

Ο προσδιορισμός των παραγόντων που συμμετέχουν στην υιοθέτηση αρνητικών στάσεων για την υγεία είναι επιβεβλημένος, με στόχο να συνταχθεί μια ενιαία δημόσια πολιτική υγείας σε πραγματιστικές βάσεις που να άπτεται των ελληνικών δεδομένων. Ο εντοπισμός και η δραστική αντιμετώπιση των κακώς κείμενων του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, ταυτόχρονα των παραγόντων και δεδομένων που επιδρούν στην αντίληψη για την υγεία και την πρόληψη και η ανατροπή προς ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας, είναι μια επιθυμητή πραγματικότητα.

Η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης σε πρώτο επίπεδο, για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την σεξουαλική υγεία από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας είναι μια πρόταση στην αντιμετώπιση της πρωτογενούς έλλειψης γνώσης για θέματα σεξουαλικής υγείας. Η εφαρμογή προγραμμάτων ενημέρωσης των εφήβων αλλά και η εκπαίδευση των γονέων σε θέματα υγείας, στις ήδη υπάρχουσες σχολές γονέων, θα μπορούσε να ενδυναμώσει την πρακτική άσκησης προληπτικής ιατρικής.

Σε δεύτερο επίπεδο, η υιοθέτηση καλών πρακτικών και αποτελεσματικών δράσεων ξένων υγειονομικών συστημάτων, όπως αυτών του αγγλικού συστήματος υγείας (NHS) με ολοκληρωμένο σύστημα παρακολούθησης του γυναικείου πληθυσμού, θα αποτελούσε ιδανική λύση.

Η σύνταξη του υγειονομικού χάρτη της Ελλάδος δύναται να συμβάλλει ουσιαστικά προς αυτήν την κατεύθυνση. Στα πλαίσια αυτά, αφενός προβλέπεται η απογραφή της υφιστάμενης πληθυσμιακής κατανομής και των υγειονομικών δομών, αφετέρου επιτρέπεται ο σχεδιασμός πολιτικών υγείας σε πραγματικά δεδομένα.

Η ενίσχυση του ρόλου της πρωτοβάθμιας υγείας και η ουσιαστική εγκαθίδρυση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, αλλά και η προβλεπόμενη λειτουργία των ΚΕΠ υγείας για την αποτελεσματικότερη διακίνηση των χρηστών υγείας στο υφιστάμενο σύστημα, κρίνεται αναγκαία. Η πολυδιάσπαση των φορέων υγείας, του ιδιωτικού, του δημοσίου τομέα και των ασφαλιστικών φορέων ξεχωριστά, δυσχεραίνει την πρακτική άσκηση ενιαίας πολιτικής υγείας.

Η ανάληψη της ευθύνης της πρόληψης από το κράτος με μια ενιαία θεσμική αρχή, είναι ουσιώδης. Ένα Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι μια αναγκαιότητα για την εφαρμογή

ουσιαστικής πολιτικής υγείας. Η οργάνωση πληροφοριακών συστημάτων για την έγκυρη και επαρκή τροφοδότηση δημογραφικών και επιδημιολογικών στοιχείων, κρίνεται απόλυτης προτεραιότητας δράση.

Ωστόσο, μια πρόταση θα μπορούσε να αποτελέσει η εγκαθίδρυση Αυτόνομων Κέντρων Πρόληψης για τον γυναικολογικό καρκίνο και τον καρκίνο του μαστού, που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν στα πλαίσια λειτουργίας των νοσοκομείων, σε νομαρχιακό ή περιφερειακό επίπεδο, ενόψει και της αναδιάρθρωσης των γεωγραφικών και διοικητικών διαμερισμάτων της χώρας. Ένα κέντρο αναφοράς σε κάθε νομό ή περιφέρεια, όπου θα πραγματοποιείται ουσιαστικά η παρακολούθηση του γυναικείου πληθυσμού της περιοχής υγειονομικής ευθύνης, υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας, ως ελεγκτικού κέντρου. Η αποκέντρωση και αποφόρτιση του κεντρικού κρατικού μηχανισμού, θα μπορούσε να προωθηθεί με την δημιουργία τέτοιων συντονιστικών περιφερειακών κέντρων για την προώθηση και την διενέργεια αποτελεσματικής προληπτικής παρέμβασης. Με τον τρόπο αυτό θα μπορούσε να διευκολυνθεί η πρόσβαση των χρηστών υγείας και να επιτευχθεί η αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, προς όφελος του συστήματος υγείας και του πολίτη.

Γενικά Συμπεράσματα

Στην παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε μια ερευνητική προσέγγιση των στάσεων και των απόψεων ενός γυναικείου πληθυσμού αγροτικής περιοχής, και της συμμετοχής τους στα προγράμματα προληπτικού ελέγχου με την εξέταση του Τεστ κατά Παπανικολάου.

Ο επιπολασμός του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα, δεν φέρεται να παρουσιάζει υψηλά ποσοστά, συγκριτικά με άλλα ευρωπαϊκά κράτη και την διεθνή κατανομή των ποσοστών επιπολασμού και θνησιμότητας από τον ΚΤΜ.

Στο γεγονός αυτό πιθανώς να συνέβαλε η διαπίστωση ότι οι γυναίκες, ειδικότερα αυτές που διαβιούν σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές, φέρουν διαφορετική σεξουαλική νοοτροπία, ακολουθώντας τις παραδόσεις της ελληνικής κοινωνίας. Η θέση της γυναίκας και τα κοινωνικά πρότυπα των προγενεστέρων χρόνων απέχουν από την σεξουαλική απενοχοποίηση του εξωτερικού. Επιπλέον, η σεξουαλική επανάσταση των φεμινιστικών κινημάτων έφτασε με κάποια καθυστέρηση στα ελληνικά δεδομένα (λόγω πολιτικών και συγκυριακών εξελίξεων). Ο έλεγχος της σεξουαλικής συμπεριφοράς που ορίστηκε στην δεκαετία του '80 με την εμφάνιση του AIDS, οδήγησε σε μεγαλύτερο περιορισμό και κοινωνικό έλεγχο της σεξουαλικής δραστηριότητας. Ταυτόχρονα, εισήγαγε την έννοια της προφύλαξης (σώμα και πνεύμα), στην σεξουαλική συνεύρεση.

Σήμερα, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, αποτελεί μια ξεχωριστή περίπτωση νόσου με δεδομένο ότι υπάρχει ήδη, η ιατρική τεχνογνωσία και η τεχνολογική επάρκεια για την πρόωμη διάγνωσή του σε επίπεδο πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Η πρωτογενής πρόληψη είναι εφικτή με τον έλεγχο της διάδοσης του ιού του HPV, μέσα από την καθιέρωση εμβολιαστικής πολιτικής. Ενώ, η δευτερογενής πρόληψη με τον μαζικό προσυμπτωματικό έλεγχο που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στην Μασαχουσέτη των Η.Π.Α. το 1948, είναι ευρέως διαδεδομένη για την αποτελεσματικότητά της.

Σχεδιάζοντας την οργάνωση ενός προγράμματος πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας πολλοί παράμετροι πρέπει να προσδιοριστούν και να αξιολογηθούν εκ των προτέρων. Οι κυριότεροι παράμετροι που πρέπει να αξιολογηθούν είναι :

- α) ο πληθυσμός στόχος και η περιοχή διαμονής του,

- β) το χρονικό διάστημα επανεξέτασης,
- γ) το υπάρχον καθεστώς ελέγχου (ευκαιριακή πρόληψη),
- δ) η δυνατότητα ενσωμάτωσης του προληπτικού προγράμματος στο σύστημα υγείας και περίθαλψης,
- ε) οι τρόποι προσέγγισης του πληθυσμού στόχου ώστε να επιτευχθεί η μεγαλύτερη δυνατή κάλυψή του,
- στ) η σύσταση και η επάνδρωση των συντονιστικών οργάνων,
- ζ) η εξασφάλιση επαρκούς χρηματοδότησης και ανθρωπίνων πόρων,
- η) η εξασφάλιση μηχανισμού για την συλλογή διακίνηση και επεξεργασία πληροφοριών και
- θ) ο μηχανισμός παρακολούθησης των γυναικών με παθολογικά ευρήματα (Τέρπος 1996).

Μια ακόμη ουσιαστική παράμετρο αποτελεί το ιδιαίτερο κοινωνικο-πολιτισμικό υπόβαθρο του πληθυσμού αναφοράς, πέρα από το πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο δράσης των στρατηγικών και πολιτικών υγείας. Με δεδομένο ότι διαφορετικές αντιλήψεις, προκαταλήψεις και ιδεοληψίες φέρουν οι κατά γεωγραφική περιφέρεια, κοινωνικά ταξινομημένοι και πολιτισμικά προσδιορισμένοι γυναικείοι πληθυσμοί στόχοι, θα ήταν θεμιτή η ανάλογη προσαρμογή των προσπαθειών σχηματοποίησης των πεποιθήσεων και κινητοποίησης των γυναικών.

Η αποτελεσματικότητα οποιουδήποτε προγράμματος προληπτικού ελέγχου εξαρτάται και από την -οικιοθελή- συμμετοχή των εν λόγω πληθυσμιακών ομάδων, πέρα από την ικανότητα για την οργάνωση παρόμοιων προγραμμάτων (γεγονός που βρίσκει εμπόδια λόγω έλλειψης οργανωσιακής κουλτούρας στα ελληνικά πράγματα). Η επιτυχής συμμετοχή των γυναικών σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου είναι ουσιαστικής σημασίας για την μείωση των κρουσμάτων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, που μπορεί να μην είναι ευμεγέθης σε απόλυτους αριθμούς, ωστόσο αφορά σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με τεράστιες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, αλλά και σε ανθρώπινο κόστος.

Στις χώρες που εφαρμόζονται επιτυχώς προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου σε πρώτο στάδιο έχουν συνταχθεί μελέτες για την ανάλυση των στάσεων και των απόψεων των γυναικών ως προς την προληπτική εξέταση του Τεστ Παπ. Μελέτες που έγιναν στη Μ.Βρετανία και στις οποίες εξετάστηκε η ανταπόκριση των γυναικών που κλήθηκαν να συμμετάσχουν σε προληπτικά προγράμματα παρουσίασαν μεγάλη ποικιλία αποτελεσμάτων. Είναι καθοριστικής

σημασίας η μελέτη και η καταγραφή των απόψεων των γυναικών για την επιτυχή έκβαση των προγραμμάτων αυτών.

Γίνεται αντιληπτό ότι στη σχηματοποίηση των πεποιθήσεων των γυναικών για τα προγράμματα προσυμπτωματικών ελέγχων μετέχουν πολλαπλοί προσδιοριστικοί παράγοντες, υποκειμενικοί και αντικειμενικοί. Κυρίως όμως οι κοινωνικά κατασκευασμένοι λόγοι είναι αυτοί που καθορίζουν τις αντιλήψεις και τις στάσεις για την υγεία και την πρόληψη. Στην ουσία, οργανώνουν μια κουλτούρα γύρω από την έννοια της πρόληψης και της προαγωγής υγείας. Αυτό λοιπόν, που ίσως θα έπρεπε να γίνει είναι να ακολουθηθούν τέτοιες προσπάθειες ενσωμάτωσης των αντιλήψεων για τους περιοριστικούς παράγοντες και λόγους αποχής από την εξέταση και να γίνει στόχος η αλλαγή προς μια νέα κουλτούρα για την υγεία.

Μιας κουλτούρας, όχι τόσο νέας, μιας και οι πρώτοι που υπέδειξαν την σημαντικότητα της πρόληψης, ήταν οι αρχαίοι ημών πρόγονοι Ιπποκράτης, Ασκληπιός και τόσο άλλοι χιλιάδες χρόνια πριν (χωρίς αυτή η επισήμανση να φέρει το βάρος της προγονολατρίας και του παρελθοντισμού). Η νοοτροπία αυτή πραγματώθηκε μέσα από την επιστημονική δράση του Δρ. Γεωργίου Παπανικολάου, με την εφαρμογή της εξέτασης που φέρει το όνομά του.

Εν κατακλείδι, η έννοια της ενδυνάμωσης της γνώσης για την πρόληψη και την προαγωγή υγείας, αποτελεί τον πραγματικό στόχο οποιασδήποτε πολιτικής υγείας, σύμφωνα με την Ιπποκράτειο Αρχή...

"το προλαμβάνειν κάλλιον του θεραπεύειν εστί"....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΤΡΙΩΝ

Κωδικός Συνέντευξης	Όνομα	Ηλικία	Τόπος Διαμονής	Οικογενειακή κατάσταση Αριθμός τέκνων	Εργασία	Ασφαλιστικός φορέας	Μορφωτικό επίπεδο	Αριθμός Τεστ Παπ	Ιστορικό Τεστ Παπ
01	Κατερίνα	45	Κρέστενα	Έγγαμη 4 (1 κόρη)	Εποχική Δημοσίου	ΙΚΑ	Απόφ. Λυκείου	10	1 Θετικό για κύτταρα ASCUS- HPV + τ.6
02	Κων/να	47	Καλλιθέα	Έγγαμη(δις) 2 κόρες	Οικιακά	ΙΚΑ	Απόφ. Λυκείου	10	Αρνητικά
03	Χριστίνα	50	Καλυβάκια	Έγγαμη Κανένα	Οικιακά	Ανασφάλιστη	Απόφ. Γυμνασίου	10	Αρνητικά
04	Ειρήνη	47	Ζαχάρω	Σε διάσταση 2 (1 κόρη)	Μόνιμη Δημοσίου	Δημόσιο	Απόφ. Λυκείου	10	Αρνητικά
05	Παναγιώτα	50	Καλυβάκια	Έγγαμη 1 κόρη	Οικιακά/ Οικογ.Επιχείρηση	ΟΓΑ	Απόφ. Δημοτικού	2	Αρνητικά
06	Ελένη	54	Μακρίσια	Έγγαμη 2 (1 κόρη)	Οικιακά/ Άνεργη	ΟΓΑ	Απόφ. Δημοτικού	10	Αρνητικά
07	Τούλα	47	Κρέστενα	Έγγαμη 1 κόρη	Ιδιωτική Επιχείρηση	ΤΕΒΕ	Απόφ. Λυκείου	10	1 Θετικό για κύτταρα ASCUS- HPV +
08	Ηλιάννα	25	Πλατιάνα	Άγαμη	Εποχική Δημοσίου	ΙΚΑ	Πτυχ. Πανεπιστημίου	4	Αρνητικά

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Agorastos T., Dinas K., Lioveras B., Sanjose S., Kornegay J., Bonti H., Bosch F.X., Constantinidis T., Bontis J., 2005, «Human papillomavirus testing for primary screening in women at low risk of developing cervical cancer. The Greek experience», *Gynec.- Oncol.* 967: pp 714-720.
- Agorastos T., Chatzigeorgiou K., Brotherton J., Garland S., 2009, «Safety of Human Papillomavirus (HPV) Vaccines : A Review of the International Experience so far», *The Official Journal of the International Society For Vaccines. Volume 27, No 52*:pp 7270-7281.
- Αγραφιώτης Δ., 2003, *Υγεία, αρρώστια, κοινωνία*, Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Adams A.L., Eltoun I., Roberson J., Chen J., Conolly K., Chhieng D.C., 2006, «Negative Colposcopic Biopsy After Positive HPV DNA Testing: Results», *Am. J. Pathol.*, 2006 Mar;125(3): pp 413-8.
- Αλεβιζόπουλος Ν.Δ., Βασλαματζής Μ.Μ., 2008, « Η χρήση των εμβολίων στο καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας», *Νοσοκομειακά Χρονικά 70, Συμπλήρωμα* : σελ. 124-135.
- Αλεξιάς Γ., 2000, *Λόγος περί ζωής και θανάτου. Η ιατρική πράξη ως μορφή κοινωνικής αλληλόδρασης στις μονάδες εντατικής θεραπείας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αλεξιάς Γ., 2006, *Κοινωνιολογία του σώματος. Από τον «άνθρωπο του Νεότερνταλ» στον «εξολοθρευτή»*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αλεξίου Θ., 1999, *Περιθωριοποίηση και ενσωμάτωση: η κοινωνική πολιτική ως μηχανισμός ελέγχου και κοινωνικής πειθάρχησης*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Al-Saleh, W., P. Delvenne, et al., 1995, « Inverse modulation of intraepithelial Langerhans' cells and stromal macrophage/dendrocyte populations in human papillomavirus-associated squamous intraepithelial lesions of the cervix», *Virchows Arch.* 427(1): pp 41–48.
- Αρβανίτης Δ., 2005, *Μελέτη του ενζύμου της RNA πολυμεράσης III σε δείγματα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που έχουν μολυνθεί από τον ιό του θηλώματος του ανθρώπου (HPV)*, Διδακτορική Διατριβή, Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας Τομέας Εργαστηριακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Κρήτης.

- Αρόνη Α., 2008, *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις, πρακτικές και χρήσεις του Σώματος*, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών Τμήμα Ψυχολογίας.
- Ashford L. and Collymore Y.,2004, *Preventing cervical cancer worldwide Policy*, Population Reference Bureau PRP - ACCP, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : http://screening.iarc.fr/doc/RH_prp-accp_cervical_cancer_worldw.pdf (10/2/2010).
- Atkinson P.A. and Silverman D.,1977, «Kundera's Immortality : the interview and the invention of the self », *Qualitative Inquiry* 3(3): pp 304-325.
- Balsamo A.,2004, Μορφές τεχνολογικής σωματοποίησης : Διαβάζοντας το σώμα στον σύγχρονο πολιτισμό, στο Δ. Μακρυνιώτη (Επιμέλεια, Εισαγωγή), *Τα όρια του σώματος. Διεπιστημονικές προσεγγίσεις*, Αθήνα: Εκδόσεις νήσος-Π. Καπόλα.
- Banyard, P., 2002, «*Psychology in Practice; Health*»,Hodder & Stoughton, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : <http://en.wikipedia.org/wiki/File:Healthbeliefmodel.png>(13/6/2010).
- Bardin L.,1977, *Ανάλυση του περιεχομένου*, Λισσαβόνα, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : <http://www.caleidoscopio.psc.br/ideias/bardin.html>(20/5/2010).
- Bauer H.M., Hildesheim A., Schiffman M.H., Glass A.G., Rush B.B., Scott D.R., et al.,1993, «Determinants of genital human papillomavirus infection in low-risk women in Portland, Oregon», *Sex Transm. Dis.* 1993 Sep;20(5): pp 274-8.
- Bhatla N. and Lu E.,2009, Visual Inspection with Acetic Acid (VIA),in *Global Guidance For Cervical Cancer Prevention and Control*, FIGO.
- Bertelsen B.I., Kugarajh K., Skar R., Laerum O.D.,2006, «HPV subtypes in cervical cancer biopsies between 1930 and 2004: detection using general primer pair PCR and sequencing», *Virchows Arch. Volume 449, Number 2, 449*: pp 141–147.
- Bertelsen K., Jakobsen A., Herrstedt J., Petersen L.K., Hølund B., Hansen E.S., Andersen E.S., Knudsen J.B., Thomsen L.N., 2006, «Treatment of cervix cancer with radical hysterectomy is a task for district departments», *Ugeskr Laege*, 2006 Feb 6;168(6): pp 600, PMID: 16476238.
- Bjørge T., Dillner J., Anttila T., Engeland A., Hakulinen T., Jellum E., Lehtinen M., et al., 1997, «Prospective seroepidemiological study of role of human papillomavirus in non-cervical anogenital cancers», *B.M.J.* 315: pp 646–649.
- Bosch F.X., Lorincz A., Munoz N., Meijer C.J., Shah K.V., 2002,«The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer» , *J. Clin. Pathol.* 2002 Apr;55(4): pp 244-65.

- Borrell-Carrió F., Suchman A. L., and Epstein R.M., 2004, «The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry», *Annals of Family Medicine* 2: pp 576-582.
- Boyle P. & Ferlay J.,2004, «Cancer incidence and mortality in Europe 2004» *Annals of Oncology Advance Access published February 7, 2004, Annals of Oncology* 16: pp 481–488.
- Boyle P. and Smans M.,2008, *Atlas of cancer mortality in the European union and the European Economic Area 1993-1997*, International Agency for Research on Cancer, Lyon : IARC Scientific Publications No. 159, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp159/index.php> (12/3/2010).
- Boyer L.E., Williams M., Gallister L.C., Marshall E.S.,2001, «Hispanic women's perceptions regarding cervical cancer screening», *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, Mar-Apr; 30(2): pp 240-5.
- Boyes D.A., Morrison B., Knox E.G., Draper G.J., Miller A.B.,1982, « A cohort study of cervical cancer screening in British Columbia», *Clin. Invest. Med.* 1982;5(1): pp 1–29.
- Brabin L., Roberts S.A., Farzaneh F., et al., 2006, «Future acceptance of adolescent human papillomavirus vaccination :a survey of parental attitudes», *Vaccine* 2006;24(16): pp 3087–3094.
- Bradley J. Barone M., Mahe´ C. Lewis R. Luciani S.,2005, «Delivering cervical cancer prevention services in low-resource settings», *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89 : pp S21—S29.
- Brentjens M.H., Yeung-Yue K.A., Lee P.C., Tying S.K.,2002, «Human papillomavirus: a review», *Dermatol. Clin.* 2002 Apr;20(2) : pp 315-31.
- Burke R.D., Kelly P., Feldman J., 1996, «Declining prevalence of cervical vaginal human papillomavirus infection with age is independent of other risk factors», *Sex Transm. Dis.* 23: pp 333-342.
- Cannistra S.A, Niloff J.M.,1996, «Cancer of the uterine cervix», *Medical progress* 334(16): pp 1030-1038.
- Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines- Key points for policy-makers and health professionals*,2007, WHO/RHR/08.14, Switzerland: World Health Organization.
- Cheach P.L., Looi L.M., 1999, «Carcinoma of the uterine cervix: a review of its pathology and commentary of the problem in Malaysians», *J. Pathol.* 21: pp 1-15.

-Chakhtoura N., 2009, «Early Diagnosis of Cervical Neoplasia: Pap Test (Cytology)» in *Global Guidance For Cervical Cancer Prevention and Control*, FIGO.

-Choo K.B., Pan C.C., Liu, M.S. et al., 1987, «Presence of episomal and integrated human papillomavirus DNA sequences in cervical carcinoma», *J. Med. Virol.*, 2:pp 101.

#

-Γκεσούλη – Βολτυράκη Ε., Καναβού Β., Υφαντής Α., Ντελή Π., και συν., 2010, «Διερεύνηση των γνώσεων και των πράξεων σχετικά με το Τεστ κατά Παπανικολάου, σε γυναίκες επαγγελματίες», *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Τόμος 9ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος – Μάρτιος 2010*: σελ. 100-114.

-Clerici M., Shearer G.M., Clerici E.,1998, « Cytokine dysregulation in invasive cervical carcinoma and other human neoplasias: time to consider the TH1/TH2 paradigm», *J. Natl. Cancer Inst.* 1998;90(4): pp 261 –3.

-Clinton J., 1995,«Cervical Cancer : Is Herpes Simplex Virus Type II a cofactor?», *Clinical Microbiology Reviews*, Oct 1995: pp 549-556.

-Cockerham W.C., 2007, *Social Causes of Health and Disease*, Cambridge-Malden: Polity Press.

-Coleman N., Birley H. D., Renton A. M., Hanna N. F., Ryait B. K., Byrne M., Taylor-Robinson D. & Stanley M. A.,1994, « Immunological events in regressing genital warts», *American Journal of Clinical Pathology* 10: pp768-774.

-*Comprehensive Cervical Cancer Control A guide to essential practice*, 2006, Switzerland: World Health Organization.

-Coste J., Cochand-Priollet B., de Cremoux P., et al.,2003, «Cross sectional study of conventional cervical smear, monolayer cytology, and human papillomavirus DNA testing for cervical cancer screening», *B.M.J.* 326 (7392): pp 733.

-Daling J.R., Madeleine M.M., McKnight B., Carter J.J., Wipf G.C., Ashley R., et al., 1996, «The relationship of human papillomavirus-related cervical tumors to cigarette smoking, oral contraceptive use, and prior herpes simplex virus type 2 infection», *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 5: pp 541–548.

-Das B.C., Gopalkrishna V., Hedau S., Katiyar S., 2000, « Cancer of the uterine cervix and human papillomavirus infection», *Current science* 78(1): pp 52-63.

-*Data and Information on Women's Health in the European Union, 2009*, European Communities, Directorate-General for Health & Consumers.

-Denk C., Butz K., Schneider A., Durst M., Hoppe-Seyler F., 2001, « p53 mutations are rare events in recurrent cervical cancer», *J. Mol. Med.* 2001 Jun;79(5-6): pp 283-8.

-DES Research Update 1999: Current Knowledge, Future Directions, National Cancer Institute USA, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : <http://whealthdev.nci.nih.gov/planning/previous/DES/chapter1.html> (13/5/2010).

-De Sanjose S., Bosch FX, Munoz N., Gili M., Izarzugaza I., Izquierdo A., Navarro C., Vergara A., Munoz MT., Ascunce N., and Shah K.V., 1996, «Socioeconomic differences in cervical cancer : two case-control studies in Colombia and Spain» , *American Journal of Public Health*, Vol 86, Issue 11: pp 1532-1538.

-Detmar M., Hirakawa S.,2002, «The formation of lymphatic vessels and its importance in the setting of malignancy», *J. Exp. Med.*, 196 (6): pp 713-718.

-De Villiers E.M., Fauquet C., Broker T.R., Bernard H.U., zur H.H.,2004, «Classification of Papillomaviruses», *Virology* 2004 Jun 20;324(1): pp 17-27.

-Dey A., Atcha I.A. and Bagchi S.,1997, «HPV16 E6 oncoprotein stimulates the transforming growth factor-β1 promoter in fibroblasts through a specific GC-rich sequence», *Virol.* 228: pp 190-199.

-Δημητρακόπουλος Λ.,2008, «HPV και καρκίνος: Nobel Ιατρικής 2008», *EEKX-KB Ενημερωτικό Δελτίο Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 2009*, Τεύχος 49: σελ. 9-11.

-Δημητρίου Σ.,2001, *Η εξέλιξη του ανθρώπου Τόμος V Γλώσσα Σώμα*, Αθήνα: Καστανιώτη.

-Διακομανώλης Ε.,2009, «Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας», Διαθέσιμο στο διαδίκτυο:http://www.oekk.gr/index.php?Itemid=204&id=132&option=com_content&task=view (20/6/2010).

-Douglas M., 2006, *Καθαρότητα και Κίνδυνος. Μια ανάλυση των εννοιών της μιαιρότητας και του ταμπού*, Αθήνα: Πολύτροπον.

- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία 2008-2012, Συντονιστική Ομάδα: Ζόρμπας Αλ., Σίμου Ε., 2008, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

-Euvrard S., Chardonnet Y., Pouteil-Noble C., Kanitakis J., Chignol M.C., Thivolet J., et al., 1993, «Association of skin malignancies with various and multiple carcinogenic and noncarcinogenic human papillomaviruses in renal transplant recipients», *Cancer* 1993 Oct 1;72(7): pp 2198-206.

- Esping-Andersen C., 2003, *Οι τρεις κόσμοι του καπιταλισμού και της ευημερίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Falk P., 1994, *The Consuming Body*, London: Sage.
- Featherstone M., 2001, The body in Consumer Culture, in Featherstone M., Hepworth M., Turner. B.S., *The Body, Social Process and Cultural Theory*, London: Sage.
- Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D.M., 2001, «*GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*», Version 1.0., Lyon: IARC Press.
- Ferlay J. , F. Bray, P. Pisani and D.M. Parkin., 2004, *Human Papillomavirus And Related Cancers GLOBOCAN 2002. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, IARC Cancer Base No. 5, version 2.0., Lyon : IARC Press.
- Fetterman D.M., 1989, *Ethnography : step by step*, Newbury Park: Sage.
- Figueira T. R., Ferreira e Ferreira E., Schal V.T., Modena C.M., 2009, «Women's perceptions and practices regarding prevention and health promotion in primary healthcare», *Rev Saïde Piblica* 2009;43(6).
- FIGO COMMITTEE ON GYNECOLOGIC ONCOLOGY, Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium, 2009, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 105 (2009): pp 103–104.
- Franco E.L., 1996, «Epidemiology of anogenital warts and cancer», *Obstet. Gynecol. Clin. NA* 1996;23: pp 597-623.
- Franco E.L., Villa L.L., Sobrinho J.P. et al., 1999, « Epidemiology of acquisition and clearance of cervical human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer», *J. Infect. Dis.* 1999; 180: pp 1415-1418.
- Franco E. L., Franco E.D., Ferenczy A., 2001, «Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection», *C.M.A.J.* 167(7): pp 1017-1025.
- Foucault M., 1989, *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, New York: Vintage.
- Gamarra C.J., Araújo Paz E.P., Harter Griep R., 2005, «Knowledge, attitudes and practice related to Papanicolaou smear test among Argentina's women», *Rev. Saïde Piblica vol.39 no.2 Sao Paulo Apr.* 2005.

- Garcia F., Nuno T., Mitchell A.L., 2008, Cervical Prevention, in Alberts D. S., Hess L. M., 2008, *Fundamentals of Cancer Prevention*, Second Edition, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Garden J.M., O'Banion M.K., Shelnitz L.S., Pinski K.S., Bakus A.D., Reichmann M.E., et al., 1988, «Papillomavirus in the vapor of carbon dioxide laser-treated verrucae», *JAMA* 1988 Feb 26;259(8): pp 1199-202.
- Gardner K. E., 2006, *EARLY DETECTION Women, Cancer, & Awareness Campaigns in the twentieth century United States*, USA: The University of North Carolina Press Chapel Hill.
- Giannini S.L., AL-Saleh W., Piron H., Jacobs N., Doyen J., Boniver J. and P. Delvenne, 1998, «Cytokine expression in squamous intraepithelial lesions of the uterine cervix: implications for the generation of local immuno suppression», *Clin. Exp. Immunol.* 113(2): pp 183-189.
- Giddens A., 2009, *Κοινωνιολογία - Το βοήθημα του φοιτητή*, Αθήνα: Gutenberg.
- Goffman E., 2001, *Στίγμα. Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*, Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.
- Goffman E., 2004, «Η ευγενική έλλειψη προσοχής και οι σχέσεις δημοσίως», στο Δ. Μακρυνιώτη (Επιμέλεια, Εισαγωγή), *Τα όρια του σώματος. Διεπιστημονικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα: Εκδόσεις νήσος-Π. Καπόλα.
- Craib Ian, 2009, *Σύγχρονη Κοινωνική Θεωρία. Από τον Πάρσονς στον Χάμπερμας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Gullota T.P., Bloom M., 2003, *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*, N.Y.: Plenum Publishers.
- Haas M. and Fowler S., 2006, *A synthesis of qualitative research on cervical cancer screening behaviour: women's perceptions of the barriers and motivators to screen and the implications for policy and practice*. CHERE WORKING PAPER 2006/7 Sydney : Centre for Health Economics Research and Evaluation Faculty of Business, University of Technology.
- Harlarn L.C., Bemnstein A.B., Kessler L.G., 1991, «Cervical Cancer Screening: Who Is Not Screened and Why?» *American Journal of Public Health* , July 1991, Vol. 81, No7: pp 885-890.
- Harris R.W., Brinton L.A., Cowdell R.H., Skegg D.C., Smith P.G., Vessey M.P., Doll R., 1980, « Characteristics of women with dysplasia or carcinoma in situ of the cervix uteri», *Br. J. Cancer Sep*;42(3): pp 359-369.

-Haverkos H.W., Soon G., Steckley S.L., Pickworth W., 2003, « Cigarette smoking and cervical cancer: Part I : a meta-analysis», *Biomed. Pharmacother*, 2003 Mar;57(2): pp 67-77.

-*Health statistics – Atlas on mortality in the European Union* . Eurostat Statistical Books 2009 edition, Theme: Population and social conditions. Collection: Statistical books European Communities, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

-Ho G.Y.F., Bierman R., Beradsley L., Chang C.J., Burk R.D., 1998, «Natural History of cervical vaginal papillomavirus infection in young women», *N. Engl. J. Med.* 338: pp 423-428.

-*Human Papillomavirus: HPV Information for Clinicians, Transmission, Detection, Clinical Management*, 2007, Centers for Disease Control and Prevention, April 2007 CS110004 From the Publication: Human Papillomavirus: HPV Information for Clinicians, November 2006, Common Infection Common Reality, USA: Department of Health and Human Services.

-Θεοδωρίδου Μ., Ατσάλη Ε., 2007, «Λοιμώξεις από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus - HPV). Νέες προοπτικές πρόληψης», *Δελτ. Α' Παιδιατρ. Κλιν. Πανεπ. Αθηνών* 54, 2007: σελ. 141-152.

-Illich Ivan, 1986, *Περιορισμοί στην Ιατρική . Ιατρική Νέμεση: Η απαλλοτρίωση της υγείας*, Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Ομάδα.

-*Integrating Health Care for Sexual and Reproductive Health and Chronic Diseases. Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice*, 2006, Switzerland : WHO.

-*Indicator Guidelines*, 2010, Switzerland :WHO/ ICO Information Centre.

-Ιωσηφίδης Θ., 2003, *Εισαγωγή στην ανάλυση δεδομένων ποιοτικής κοινωνικής έρευνας. Σημειώσεις*, Μυτιλήνη: Πανεπιστήμιο Αιγαίου.

-Ιωσηφίδης Θ., 2006, Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα και Κριτικός Ρεαλισμός, στο Ιωσηφίδης Θ., Σπυριδάκης Μ.(επιμ.), *Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα. Μεθοδολογικές Προσεγγίσεις και ανάλυση δεδομένων*, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

-Ιωσηφίδης Θ., 2008, *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, Αθήνα :Εκδόσεις Κριτική.

-Jacob M., 2009, «*HPV Vaccines : Characteristics, Target Population and Safety in Global Guidance For Cervical Cancer Prevention and Control*», FIGO.

- Jastreboff A.M., Cymet T., 2002, « Role of the human papilloma virus in the development of cervical intraepithelial neoplasia and malignancy», *Postgrad. Med. J.* 2002;78: pp 225–228.
- Jekel J.F., Katz D.L., Elmore J.G.,2001, *Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine*, Philadelphia: Harcourt Health Sciences.
- Jordan J., M. Arbyn, P. Martin-Hirsch U. Schenck, J.J. Baldauf , D. Da Silva, et al.,2008, «European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology», Part 1, *European Commission Journal compilation, Cytopathology 2008a,19* : pp 342–354.
- Kalof A.N, Cooper K.,2007,«Our approach to squamous intraepithelial lesions of the uterine cervix», *J. Clin. Pathol.* 60: pp 449-455.
- Καπράνος Ν., 2009, « Μαζικός έλεγχος HPV και καρκίνος του τραχήλου μήτρας», Διαθέσιμο στο διαδίκτυο http://www.iatrikionline.gr/ellia_13/3.pdf (18/7/2010).
- Καρακασίδου Α.,2007, «Η βιο -πολιτική διάσταση του καρκίνου. Εμπειρία, μεταφορικές έννοιες και εξουσία της εξειδικευμένης γνώσης», *Αρχαιολογία & Τέχνες τχ. 105*: σελ. 55-62.
- «Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας: επιδημιολογία, αιτιολογία, παθογένεση και κύριοι ιστολογικοί τύποι», (n.d), Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : [www.cytology.eu/static/eurocytology/gre/cervical/LP1ContentCcontE\(4/5/2010\)](http://www.cytology.eu/static/eurocytology/gre/cervical/LP1ContentCcontE(4/5/2010)).
- Kavatkar A.N., Nagwanshi C.A., Dabak S.M., 2008,«Study of a manual method of liquid-based cervical cytology», *Indian J. Path. & Microbiology* 2008 51(2):pp 190-194.
- Καφετζής Δ., Τσιτσικά Α.,2010, Έρευνα για την πρώιμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής στους νέους της Μονάδας Εφηβικής Υγείας στη Β΄ Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου των Αθηνών, Άρθρο «Στον αστερισμό της απερισκεψίας» *Το Βήμα on-line* <http://www.tovima.gr/default.asp?pid=46&ct=33&artid=304742&dt=06/06/2010> (22/07/2010).
- Kleiman A.,2004, «What is specific to Western Medicine? » in Bynum W.F. & Porter Roy, eds, *Companion Encyclopedia of the History of Medicine Volume*, London: Routledge.
- Κρικέλης Δ.,2009, *Ανίχνευση του ογκογονιδίου HPV 16 σε επιθηλιακά καρκινώματα. Συσχέτιση με την υπερμεθυλίωση στον προαγωγέα p16*, Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή Τομέας Βιολογικών Επιστημών και Προληπτικής Ιατρικής, ΑΠΘ.
- Κογκίδου Δ., 2005, Φύλο, Σεξουαλικότητα και σεξουαλικός προανατολισμός-Ιδιωτική ζωή, δημόσιο νόημα, Εισήγηση στο σεμινάριο «Σεξουαλικός

Προσανατολισμός : Στάσεις-Επιλογές-Προβληματισμοί», Θεσσαλονίκη, 9/5/2005, Επιτροπή Κοινωνικής Πολιτικής-Κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχολογικής υποστήριξης,(ΚΕΣΥΨΥ),ΑΠΘ, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : www.dkogidou.gr/documents/article_5_1.pdf?sid... (25/8/2010).

-Kohli M., Ferko N., Martin A., Franco E.L., et al.,2007,« Estimating the long-term impact of a prophylactic human papillomavirus 16/18 vaccine on the burden of cervical cancer in the UK», *Br. J. Cancer* 2007 January 15; 96(1): pp 143–150.

-Kojic E.M., Rana A., Boardman L., Schechter S., Cu-Uvin S., 2010, «*Anal and cervical cytologic abnormalities among HIV-infected women in the era of HAART - preliminary data*», XVIII International AIDS Conference, July 18-23 2010, Vienna Austria, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://pag.aids2010.org/Abstracts.aspx?AID=14893>(16/8/2010).

-Κοκογιάννης Κ., 2007, Η πρόσληψη των θέσεων του Μ. Foucault από την σύγχρονη (Μεταμοντέρνα) Φεμινιστική Σκέψη, στο Παπαγεωργίου Γ.(επιμ.), *Έμφυλοι Μετασχηματισμοί Gendering Transformations*, Ρέθυμνο: Πρακτικά Συνεδρίου Πανεπιστήμιο Κρήτης.

-Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., 2005, *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας*, Αθήνα: Σάκκουλα.

-Κουλιεράκης Γ., 2009, «*Μοντέλα Πεποιθήσεων για την Υγεία. Ιστορική Αναδρομή*», Τομέας Κοινωνιολογίας, ΕΣΔΥ, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : http://www.nsph.gr/Files/FileManager/Psihologia_ygeias/Notes/1h_imeras/HBM_Greek.pdf (12/4/2010).

-Κούτσης Γ., 2009, Εισαγωγή Βιβλίου στο Ζάχου Κ., *Μεγάλοι Έλληνες Τόμος Ι' Γεώργιος Παπανικολάου*, Αθήνα : Σκάι Βιβλίο.

-Κυριαζή Ν., 1999, *Η κοινωνιολογική Έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

-Leach C.R., Schoenberg N.E.,2007, «The Vicious Cycle of Inadequate Early Detection: A Complementary Study on Barriers to Cervical Cancer Screening Among Middle-Aged and Older Women», *Prev. Chronic. Dis.* 2007;4(4), Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/06_0189 (30/3/2010).

-Leavell H.R., Clark E.G., 1965, *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach*, N.Y.: McGraw-Hill Book Company.

-Leavell H.R., Clark E.G., 1976, *Prevention and Health:Everybody's Business*, London: HMSO.

-Leech B.L., 2002, «Asking Questions : Techniques for Semistructured Interviews», *Political Science and Politics*, Vol.35,No.4: pp 665-668.

- Levi F., Lucchini F., Franceschi S., la Vecchia C.,2000, «Cervical Cancer mortality in young women in Europe : Patterns and Trends», *Eur. J. of Cancer vol.36 (17)*: pp 2266-2271.
- Lipowski Z. J., 1985, *Psychosomatic Medicine and Liaison Psychiatry: Selected papers*, New York/London: Medical Book Co.
- Λύκουρας Λ., 2009, «*Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο* », Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : http://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/8233/3/%CE%92%CE%B9%CE%BF%CF%88%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%80%CF%81%CF%8C%CF%84%CF%85%CF%80%CE%BF_Lykouras.pdf (3/2/2010).
- Magner L.N., 1992, *A history of Medicine*, N.Y.: Marcel Dekker.
- Mahdavi A., Monk B.J., 2005, «Vaccines Against Human Papillomavirus and Cervical Cancer: Promises and Challenges», *The Oncologist, Vol. 10, No. 7*: pp 528-538.
- Μακρυνιώτη Δ. (Επιμέλεια, Εισαγωγή), 2004, *Τα όρια του σώματος. Διεπιστημονικές προσεγγίσεις*, Αθήνα: Εκδόσεις νήσος-Π. Καπόλα.
- Maiman, M.,1998, « Management of cervical neoplasia in human immunodeficiency virus infected women», *J. Natl. Cancer Inst. Monogr. (23)*: pp 43–49.
- Malloy C., Sherris J., Herdman C., 2000, *HPV DNA Testing: Technical and Programmatic Issues for Cervical Cancer Prevention in Low-Resource*, (ed) Bill & Melinda Gates Foundation through the Alliance for Cervical Cancer Prevention, USA: PATH.
- Matouama S., Villanueva S.L., Maruo T.,2004, «The Role of Human Papilloma Virus in the molecular biology of cervical carcinogenesis», *Med Science 2004,1*: pp 9-14.
- Markowitz L.E., Dunne E.F., Saraiya M., Lawson H.W., Chesson H., Unger E.R., 2007, «Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)», *M.M.W.R. Recomm. Rep. 56 (RR-2)*: pp 1-24.
- Marx K.,1963, *Selected Writings in Sociology and Social Philosophy*, T.B. Bottomore, M. Rubel (Eds), Harmondsworth: Penguin Books.
- Mc Endree B., 1999, «Clinical application of the vaginal maturation index», *Nurse Pract. Sep*;24(9): pp 48-56.
- Merleau-Ponty M., 2004, *Το Σώμα ως αντικείμενο και η μηχανιστική φυσιολογία*, στο Δ. Μακρυνιώτη (Επιμέλεια, Εισαγωγή), *Τα όρια του σώματος. Διεπιστημονικές προσεγγίσεις*, Αθήνα: Εκδόσεις νήσος-Π. Καπόλα.

-Mitchell R.N., Kumar V., Abbas A., Fausto N., 2006, *Pocket Companion to Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*, Philadelphia: Saunders Elsevier.

-Μπαμπινιώτης Γ., 2009, *Ετυμολογικό Λεξικό της νέας Ελληνικής Γλώσσας. Ιστορία των λέξεων*, Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας ΕΠΕ.

-Μπέργκερ Π., και Λούκμαν Τ., 2003, *Η κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας. Μια πραγματεία στην κοινωνιολογία της γνώσης*, Αθήνα: Νήσος.

-Μπούρας Ν., 2009, «Χρονικό της σύγχρονης ελληνικής ιατρικής διασποράς», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2009*, 26(2): σελ. 151-159.

-Muñoz N., Bosch F.X., de Sanjose S., Herrero R., Castellsague X., Shah K.V., Snijders P.J., Meijer C.J., 2003, «Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer International Agency for Research on Cancer», *N. Engl. Med.* 2003 6:348(6): pp 518-27.

-Naidoo J., Wills J., 1999, *Practising Health Promotion Dilemmas and Challenges*, Royal College of Nursing, London: Ballière Tindall.

-Nastala C.L., Edighton H.D., McKinney TG, Tahara et al., 1994, «Recombinant IL-12 administration induces tumor regression in association with IFN gamma production», *J. Immunol.*, 153: pp 1697-1706.

-Nettleton S., 2002, *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Αθήνα: Τυπωθήτω.

-Nieminen P., Kallio M., Anttila A., Hakama M., 1999, «Organized versus spontaneous pap-smear screening for cervical cancer, a case control study», *Int. J. Cancer* 83: pp 55-58.

-Ogden J., 1995, «Psychological Theory and The Creation of the Risky Self», *Social Science and Medicine* 40(3):pp 409-415.

-Οικονόμου Χ., 2005, *Κοινωνιολογία της υγείας. Τόμος Α': Βασικές θεωρητικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα: Διόνικος.

-Paavonen J., Naud P., Salmerson J., Wheeler C.M., Chow S.N., Kitchener H., Castellsague X., Teixeira J.C., Skinner S.R., Hedrick J., Jaisamrarn U., Limson G., et al., 2009, «Efficacy of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and pre-cancer caused by oncogenic HPV types : final event-driven analysis in young women (the PATRICIA trial)», *The Lancet* 2009;374(9686): pp 301-4.

-Παπανικολάου Γ., 1942, «Νέα μέθοδος χρώσης κολποτραχηλικών επιχρισμάτων», *Science*, 95: pp 438.

-Papanicolaou G.N., Traut H.F., 1941, «The diagnostic value of vaginal smears in

carcinoma of the uterus», *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1941;42: pp 192–206.

-Παρασχάκης Α.,2004, «Παράγοντες που ευνοούν την προσαρμογή μετά από ψυχοτραυματικό γεγονός», *Εγκέφαλος, Αρχαία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο* : <http://www.encephalos.gr/full/45-3-04g.htm>(25/8/2010).

-Parkin D.M., Whelan S.L., Ferlay J. , et al., 2002, *Cancer Incidence in Five Continents*, Vol. VIII. IARC Scientific Publications No. 155, Lyon: IARC Press.

-Parkin D.M., Bray F., Ferlay J. and Pisani P., 2005, «Global Cancer Statistics 2002», American Cancer Society, C.A. *Cancer J. Clin.* 2005; 55: pp 74-108.

-Pioreschi P., 1991, *A History of Medicine Vol. I. Primitive and Ancient Medicine*, Omaha: Horatius Press.

-*Qualitive Research: Data analysis Chapter 5 Making sense of data in Qualitive Research*, (n.d.), Διαθέσιμο στον διαδίκτυο : <http://www.ssrc.hku.hk/er/qr0205.doc> (8/4/2010).

-*Quality Assurance Guidelines for the Cervical Screening Programme*,1996, Sheffield: NHSCSP Publications.

-Reich O., Pickel H., Tamussino K., Winter R., 2001, «Microinvasive Carcinoma of the Cervix: Site of First Focus of Invasion», *Obstetrics & Gynecology, Volume 97 - Issue 6* : pp 890-892.

-Riza E., Kyriakogianni-Psaropoulou P., Koumantakis E., Symiakaki H., Garas I., Linos A., 2000, «Cervical cancer screening in Greece», *Eur. J. Cancer, Nov; (17)*: pp 2227-32.

-Robbins S.L., Cotran R.S., 1979, *Pathologic Basis of Disease*, Philadelphia: WB Saunders, pp 146-150.

-Ροδολάκης Αλ., 2009, «Καρκίνος τραχήλου μήτρας», Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : www.exe1928.gr/files/seminars/2009/feb/rodolakis.doc (20/4/2010).

-Ρούσσος Δ., Βοσνάκης Χ., 2008, « Νεότερα Δεδομένα στην κλινική αντιμετώπιση της Τραχηλικής Ενδοεπιθηλιακής Νεοπλασίας», *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία 2008, 20(4)*: σελ. 294-299.

-Rylander E., Ruusuvaara L., Almstromer M.W., Evander M., Wadell G.,1994,«The absence of vaginal human papillomavirus 16 DNA in women who have not experienced sexual intercourse», *Obstet. Gynecol.* 1994 May;83: pp 735-7.

-Σακελλαρόπουλος Θ.,2001, *Υπερεθνικές Κοινωνικές Πολιτικές την εποχή της Παγκοσμιοποίησης*, Αθήνα: Κριτική.

- Salama R., 2009, « *Concepts of Prevention and Control*», Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : <http://www.bibalex.org/supercourse/supercourseppt/32011-33001/32311.ppt> (14/1/2010).
- Sasieni P., Adams J. and Cuzick J., 2003, «Benefits of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories», *British Journal of Cancer*, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/about-cervical-screening.html> (6/6/2010).
- Saslow D., Runowicz C.D., Solomon D., et al.,2002, « American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer», *C.A. Cancer J. Clin.* 52: pp 342-62.
- Sherris J., Castro W., Levin C., Dzuba I., Arrossi S.,2004, *The Case for Investing in Cervical Cancer Prevention Cervical Cancer Prevention Issues in Depth #3*, Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP).
- Shilling C., 2003, *The body and social theory*, London: Sage.
- Shine K., 2004, « Technology and Health. Technology and Science. Entering the 21st Century», *Technology in Society Volume 26, Issues 2-3*: pp 137-148.
- Silverman D.,2004, Research and social policy, in Seale C. *Researching Society and Culture*, London: Sage.
- Silverman M.M., 2003, Theories of Primary Prevention and Health Promotion, in Gullota T.P., Bloom M., eds, *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*, N.Y.: Plenum Publishers.
- Simons A.M., van Herckenrode C. M., Rodriguez J. A., Maitland N., Anderson M., Phillips D. H., and D. V. Coleman, 1995, «Demonstration of smoking-related DNA damage in cervical epithelium and correlation with human papillomavirus type 16, using exfoliated cervical cells», *Br. J. Cancer* 1995 February; 71(2): pp 246–249.
- Simon N., Gore H., Shingleton H., Soong S., Orr J., Hatch K., 1986,« Study of Superficially Invasive Carcinoma of the Cervix», *Obstetrics & Gynecology: Volume 68-Issue 1*: pp 19-24.
- Slade B.A., Leidel L., Vellozzi C., Woo E.J., Wei Hua, et al., 2009, «Post licensure Safety Surveillance for Quadrivalent Human Papillomavirus Recombinant Vaccine», *JAMA*. 2009;302(7): pp 750-757.
- Solomon D., D. Davey, R. Kurman et al.,2002, « The 2001 Bethesda System: Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology», *JAMA*. 2002;287(16): pp 2114-2119, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/>

287/16/2114 (30/4/2010).

-Sontag S.,1993, *Η νόσος ως μεταφορά. Το AIDS και οι μεταφορές του*, Αθήνα: Ύψιλον Βιβλία.

-Σουλιώτης Κ., 2007, *Οικονομικές Ανισότητες και Πολιτική Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης.

-Σουλιώτης Κ., 2009, *Δελτίο Τύπου- Ανακοίνωση στο 35ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο*, Μάιος 2009.

-Σπαντίδος Δ.Α, Χατζηπαναγιώτου Μ., Ζουμπουρλής Β.,2004, «*Εφαρμογές των νεότερων εξελίξεων της μοριακής βιολογίας στην ογκολογία*», Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/7343/3/Zoumpourlis_GRCP_04.pdf.(14/6/2010).

-Σπυριδάκης Μ.,2006, *Επιτόπια έρευνα και τοπικός χώρος : χωρικές συνάψεις και αναρωτήσεις*, στο Ιωσηφίδης Θ., Σπυριδάκης Μ.(επιμ.), *Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα. Μεθοδολογικές Προσεγγίσεις και ανάλυση δεδομένων*, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

-Σωτηροπούλου Ν., 2009, *Μελέτη της λεμφαγγειογένεσης σε διηθητικό καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου τραχήλου μήτρας*, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Πανεπιστήμιο Πατρών Τμήμα Ιατρικής.

-Ταμπακούδης Π., 2002,« *Ο ιός των θηλωμάτων στη Μαιευτική - Γυναικολογία*», Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογία, Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://www.iatrikionline.gr/e_m_g_14b/tabak.htm (16/7/2010).

-Τέρπος Α.,1996, *Μελέτη για εφαρμογή Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης του Καρκίνου του τραχήλου της μήτρας*, Διδακτορική Διατριβή, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

-Τζίβας Θ.Γ.,2010, *Η ανατολή της Επιστημονικής Σκέψης. Η απόρριψη των μυθολογικών δοξασιών από τους αρχαίους Έλληνες Φιλοσόφους και η θεμελίωση της επιστημονικής σκέψης*, Πύργος: Έκδοση ιδίου.

-*The world health report 2008 : primary health care now more than ever*.
1.World health – trends. 2.Primary health care – trends. 3.Delivery of health care.
4.Health policy, 2008, Switzerland: World Health Organization.

-Τούντας Γ.,2000, *Κοινωνία και υγεία*, Αθήνα: Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.

-Τούντας Γ.,2003, « Από το Βιοϊατρικό στο Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο Ερμηνείας της Υγείας και της Αρρώστια», Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : <http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=811> (18/3/2010).

-Τράκα Ν.,2007, « Η ιατρική στην Αρχαιότητα. Μια ανθρωπολογική οπτική», *Αρχαιολογία & Τέχνες*, τχ. 105:σελ. 6-9.

-Tseng C.J., Lin C.Y., Wang R.L., Chen L.J., Chang Y.L., Hsieh T.T., et al.,1992, «Possible transplacental transmission of human papillomaviruses», *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1992 Jan;166 : pp 35-40.

-Turner B.S., Samson C.,1995, *Medical Power and Social Knowledge*, London: Sage.

-Turner B.S., 2000a, *Regulating bodies: Essays in Medical Sociology*, London: Routledge.

-Turner B.S., 2000b, *The Blackwell Companion to Social Theory*, Oxford - Malden: Blackwell Publishing.

-Turner B.S., 2001, Recent Developments in the Theory of the body, in Featherstone M., Hepworth M., Turner B.S., eds, *The Body. Social Process and Cultural Theory*, London: Sage.

-Turner B.S., Wainwright S.P., 2003, Corps de Ballet : The Case of the Injured Dancer, *Sociology of Health and Illness* 25: pp 269-88.

-Υφαντόπουλος Γ.Ν., 2006, *Τα οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και πολιτική*, Αθήνα : Τυπωθήτω.

-Vessey M., Painter R., 2006, «Oral contraceptive use and cancer. Findings in a large cohort study, 1968–2004», *British Journal of Cancer* 2006, 95: pp 385–389.

-Vigarello G., 2000, *Το καθαρό και το βρόμικο. Η σωματική υγιεινή από τον μεσαίωνα ως σήμερα*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια.

-Villa L., Ronaldo L. R.C., Carlos A.P., Rosires P. A., Kevin A. A., Giuliano R.A., Cosette M.W., Koutsky L.A.,et al., 2005, «Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6,11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial», *Lancet Oncol.* 2005; 6: pp 271–78.

-Waggoner S.E., 2003, «Cervical Cancer», *The Lancet* 361: pp 2217-25.

-Walters Ackerson K., 2008, *African American women's personal influencing factors associated with Pap Smear Testing and cervical cancer*, Doctor of Philosophy Thesis, The University of Michigan.

-Werner O., Schoepfle G.M., 1987, *Systematic Fieldwork: Ethnographic Analysis and Data Management*, London: Sage Publications.

-Willis R. A., 1960, *Pathology of tumours*, London: Butterworth.

-Wong L. P., Wong Y. L., Low W. Y., Khoo E. M., Shuib R., 2009, «Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a Pap smear: a qualitative study», *Singapore Med. J.* 2009; 50 (1): pp 49.

-Wright T.C., Schiffman M., Solomon D., et al., 2004, «Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology screening», *Obstetrics and Gynecology* 2004;103(2): pp 304-309.

-Χαραλάμπους Α., Τσίτση Θ., 2010, « Η αναγνώριση των παραγόντων που συμβάλλουν στη συστηματική χρήση του προφυλακτικού, για την πρόληψη ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων με βάση το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία», *Αρχ. Ελλ. Ιατρ.*, 27(3), Μάιος-Ιούνιος 2010: σελ. 449-459.

-Ψαρρού Μ.Κ., Ζαφειρόπουλος Κ., 2004, *Επιστημονική Έρευνα. Θεωρία και εφαρμογές στις Κοινωνικές επιστήμες*, Αθήνα: Τυπωθήτω- Γιώργος Δάρδανος.

-Zimet G.D., Liddon N., Rosenthal S.L., Lazcano-Ponce E., Allen B., 2006, «Vaccine acceptability: psychosocial aspects», *Vaccine* 2006; 24(Suppl. 3):pp S201-S209.

-zur Hausen H, O'Neill F.J., Freese UK, Hecker E., 1978, «Persisting oncogenic herpesvirus induced by the tumour promotor TPA», *Nature* Mar 23;272(5651): pp 373–375.

-zur Hausen H., 1996, « Papillomavirus infections--a major cause of human cancers», *Biochim. Biophys. Acta* 1996 Oct 9;1288(2): pp F55-F78.

-zur Hausen H., 2000, « Papillomaviruses causing cancer: evasion from host-cell control in early events in carcinogenesis», *J. Natl. Cancer Inst.* 2000 May 3;92(9): pp 690-8.