



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»  
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

**Οι αντιλήψεις γυναικών μεταναστριών για την υγεία,  
την ασθένεια και τον πόνο**

**Σπουδάστρια:**

Παναγοπούλου Μαρία, Ψυχολόγος (Α.Μ. 137)

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια:**

Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Αθήνας

**Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:**

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο  
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Ιωάννινα, 2011**

## *Ευχαριστίες*

Η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία αποτέλεσε για εμένα ένα επιπλέον ερέθισμα επαναπροσδιορισμού της διαφορετικότητας σε ένα κόσμο που συνεχώς αλλάζει. Η συμβίωση με ανθρώπους που προέρχονται από αλλού, που διέσχισαν λίμνες και ποτάμια, που αναμετρήθηκαν με οργισμένα κύματα σε θάλασσες που «βράζουν», που μάζεψαν τις ελπίδες σε μια βαλίτσα και ήρθαν σε ένα τόπο ξένο για να ζήσουν, να αγαπήσουν, να αρρωστήσουν, είναι μια εξαιρετική εμπειρία για όποιον θέλει να γίνει πλούσιος σε συναισθήματα, σε εμπειρίες και, σε ιδωμένες, από άλλη ματιά, οπτικές.

Ευχαριστώ, ιδιαίτερα, όλες εκείνες τις γυναίκες που με δέχτηκαν ως συνομιλήτρια και ακροάτρια των φωνών τους, που δέχτηκαν πρόθυμα να συμμετέχουν στις συνεντεύξεις και να μου μιλήσουν όχι μόνο για δυσκολίες αλλά για πράγματα ανθρώπινα, για την υγεία, την ασθένεια και τον πόνο.

Πλάι σ' αυτές οφείλω ειλικρινά να ευχαριστήσω την ελληνίδα συμμετέχουσα που με την δυναμικότητα της και τους αγώνες της «φωτίζει», όχι μόνο πτυχές αυτής της εργασίας, αλλά την προοπτική για έναν καλύτερο κόσμο, απαλλαγμένο από διακρίσεις.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην επόπτρια, εμπυχώτρια και κυρίως δασκάλα μου κ. Μαίρη Γκούβα που με βοήθησε, από την πρώτη στιγμή, να οργανώσω την σκέψη μου, να βάλω προτεραιότητες στα ερωτήματα μου και, κυρίως, με έμαθε μέσα από ένα κασετοφωνάκι να αποκρυπτογραφώ τις αλήθειες.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Πέτρο και την Γιώτα για την συμπαράσταση και την κατανόηση τους όλο αυτό το διάστημα, καθώς και για τις πολύτιμες κουβέντες μας, που έκαναν τη συγγραφή της εργασίας μια δημιουργική διαδικασία διαρκούς επαναδιαπραγμάτευσης και αναστοχασμού. Ολοκληρώνοντας, ευχαριστώ όλους τους φίλους και τις φίλες που -ο καθένας με τον δικό του ξεχωριστό τρόπο- με τροφοδότησαν με ενέργεια και κουράγιο και έκαναν την εμπειρία της συγγραφής μοναδική.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη .....	7
Εισαγωγή.....	9
1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ .....	13
1.1: Η Θεώρηση της Υγείας και της Ασθένειας .....	13
1.2: Θεωρητικά Μοντέλα Κατανόησης της Υγείας και της Ασθένειας .....	15
1.3: Η Ανθρώπινη Συμπεριφορά σε Σχέση με την Υγεία και την Ασθένεια .....	18
1.3.1 Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία .....	19
1.3.2 Η Θεωρία της Κινητοποίησης για την Προστασία της Υγείας .....	21
1.3.3 Η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης .....	22
1.3.4 Η Θεωρία της Έλλογης Δράσης .....	22
1.3.5 Η Θεωρία της Σύγκρουσης.....	23
1.3.6 Το Μοντέλο των Γνωστικών Σταδίων .....	24
1.4: Το Κοινωνικό Πλαίσιο της Υγείας και της Ασθένειας.....	24
1.4.1 Το Ζήτημα του Ορισμού .....	24
1.4.2 Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής .....	25
1.4.3 Προσδιοριστικοί Παράγοντες του Επιπέδου Υγείας .....	26
1.4.4 Η Επίδραση των Κοινωνικών Παραγόντων στην Υγεία και την Ασθένεια.....	29
1.5: Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία .....	37
1.5.1 Ερμηνευτικά Μοντέλα.....	38
1.5.2 Κοινωνικές Ανισότητες και Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας .....	40
1.6: Πολιτισμός και Υγεία .....	41
1.6.1 Οι Πολιτισμικές Ερμηνείες της Ασθένειας και του Πόνου .....	42
1.7: Οι Κοινωνικές Αναπαραστάσεις της Υγείας και της Ασθένειας.....	46
1.8: Μετανάστευση και Υγεία .....	49
1.8.1 Μετανάστευση: Ενωσιολογική Αποσαφήνιση - Ποσοτική Εκτίμηση.....	49

1.8.2 Η Μετανάστευση στην Ελλάδα .....	49
1.8.3 Η Επίδραση της Μεταναστευτικής Εμπειρίας στην Υγεία .....	51
1.8.4 Επιπολιτισμός και Υγεία .....	51
1.8.5 Φύλο, Μετανάστευση και Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία.....	55
2. ΜΕΘΟΔΟΣ .....	60
2.1: Μεθοδολογικές Επιλογές .....	60
2.1.1 Η Επιλογή του Ερευνητικού Ερωτήματος.....	60
2.1.2 Η Μεθοδολογική Προσέγγιση του Ερευνητικού Ερωτήματος .....	62
2.1.3 Η Διεξαγωγή των Συνεντεύξεων .....	65
2.1.4 Η Συμμετοχική Παρατήρηση.....	68
2.1.5 Το Ερευνητικό Ημερολόγιο.....	69
2.2: Κατηγορίες Ανάλυσης .....	71
2.3: Τα υποκείμενα της έρευνας .....	72
3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΕΜΠΕΙΡΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ .....	75
3.1: Το Προφίλ των Μεταναστριών .....	75
3.1.1 Χώρα Υπηκοότητας των Γυναικών .....	75
3.1.2 Λόγοι Μετανάστευσης .....	76
3.1.3 Χρόνια Εγκατάστασης στην Ελλάδα .....	77
3.1.4 Ηλικία και Οικογενειακή Κατάσταση .....	78
3.1.5 Επίπεδο Εκπαίδευσης.....	79
3.1.6 Γνώση της Ελληνικής Γλώσσας.....	80
3.1.7 Εργασιακή Κατάσταση.....	81
3.1.8 Νομιμοποιητικά Έγγραφα και Κοινωνική Ασφάλιση .....	82
3.1.9 Σχέδια για το Μέλλον .....	82
3.2: Η Ιστορία της Μετανάστευσης .....	85
3.2.1 Μεταναστευτικές Πορείες.....	85

3.2.2 Οι Πρώτες Εμπειρίες από την Κοινωνία Υποδοχής.....	88
3.2.3 Αντιλήψεις για τη Θέση της Γυναίκας .....	91
3.3: Η Υγεία.....	96
3.3.1 Αλλαγές στην Κατάσταση της Υγείας Μετά τη Μετανάστευση.....	96
3.3.2 Αλλαγές σε Επίπεδο Στάσεων για την Υγεία Μετά την Μετανάστευση .....	99
3.3.3 Αντιλήψεις για το Σύστημα Υγείας στη Χώρα Υποδοχής.....	102
3.3.4 Διαπολιτισμική Ικανότητα των Επαγγελματιών Υγείας.....	105
3.3.5 Εμπόδια στην Παροχή Φροντίδας.....	107
3.3.6 Νοηματοδότηση της Υγείας.....	110
3.4: Η Ασθένεια.....	114
3.4.1 Η Νοηματοδότηση της Ασθένειας .....	114
3.4.2 Αναπαραστάσεις της Ασθένειας.....	117
3.4.3 Πεποιθήσεις για την Προέλευση των Ασθενειών .....	118
3.4.4 Σχέση Άγχους- Ασθένειας.....	121
3.4.5 Η Ασθένεια στην Οικογένεια .....	123
3.5: Ο Πόνος .....	126
3.5.1 Η Νοηματοδότηση του Πόνου .....	126
3.5.2 Αναπαραστάσεις του Πόνου.....	127
3.5.3 Ο Πόνος Μέσα από το Προσωπικό Βίωμα .....	129
3.5.4 Πολιτισμικές Πρακτικές Συνδεόμενες με τον Πόνο .....	131
3.5.5 Πόνος και Γυναικείο Σώμα.....	133
3.5.6 Πόνος και Σεξουαλικότητα .....	135
3.5.7 Πόνος και Τοκετός.....	136
3.6: Προφίλ της Φεμινίστριας Συμμετέχουσας.....	138
3.6.1 Αντιλήψεις για τη Σύγχρονη Μορφή της Γυναικείας Μετανάστευσης.....	139
3.6.2 Η Θέση της Γυναίκας Μετανάστριας στην Κοινωνία Υποδοχής .....	140

3.6.3 Η Αντιμετώπιση των Μεταναστριών από τις Υπηρεσίες Υγείας .....	142
3.6.4 Αντιλήψεις για την Έμφυλη Υγεία .....	144
3.6.5 Το Γυναικείο Σώμα ως Πεδίο Συμβολισμού .....	146
3.6.6 Η Επίδραση των Πολιτισμικών Παραγόντων σε Θέματα Υγείας, Ασθένειας και Πόνου .....	147
3.6.7 Αναπαραστάσεις για την Υγεία, την Ασθένεια και τον Πόνο .....	149
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	151
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	159
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	165

## Περίληψη

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων γυναικών μεταναστριών για θέματα υγείας, ασθένειας και πόνου, όπως έχουν διαμορφωθεί μέσα από τις πρότερες εμπειρίες τους, απ' την μεταναστευτική τους διαδρομή και από τις εμπειρίες σε ένα νέο κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπ' όψιν τις διαφορετικές πολιτισμικές τους αναφορές.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η έρευνα βασίστηκε σε προσωπικές ερμηνείες πέντε γυναικών μεταναστριών, καθώς και στην άποψη μιας ελληνίδας γυναίκας που δραστηριοποιείται σε φεμινιστική οργάνωση. Μεθοδολογικά επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα. Για τη συλλογή του υλικού, ως μεθοδολογικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν η ημιδομημένη - πρόσωπο με πρόσωπο- συνέντευξη, η συμμετοχική παρατήρηση και το ερευνητικό ημερολόγιο. Τέλος, ως μέθοδος ανάλυσης του εμπειρικού υλικού χρησιμοποιήθηκε η θεματική ανάλυση περιεχομένου.

**Αποτελέσματα:** Η μεταναστευτική εμπειρία βιώθηκε από όλες τις συμμετέχουσες ως μια εξαιρετικά στρεσογόνα περίοδος της ζωής τους που σηματοδότησε αλλαγές στην κατάσταση της υγείας τους (σε ένα φάσμα που εκτείνεται από σωματικές ενοχλήσεις μέχρι την εκδήλωση κατάθλιψης). Η ζωή στην Ελλάδα περιγράφεται από τις περισσότερες γυναίκες ως δύσκολη, εξαιτίας ποικίλων προβλημάτων (απώλεια συγγενικού-φιλικού κοινωνικού δικτύου, ελλιπής γνώση της γλώσσας, απομόνωση, ρατσιστικές διακρίσεις, ανεργία, χαμηλό εισόδημα κλπ). Ωστόσο, η οργάνωση του δημόσιου συστήματος -παρα τις όποιες αδυναμίες του- που εξασφαλίζει την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, συνέβαλε θετικά στην αλλαγή των στάσεων των γυναικών πάνω στα υπό διαπραγμάτευση θέματα. Οι νοηματοδοτήσεις των γυναικών για την υγεία προωθούν ολοκληρωτικές συλλήψεις (ενότητα ψυχής- σώματος, ο άνθρωπος ως ολότητα: βιολογική, κοινωνική, ψυχολογική) και η υγεία προσεγγίζεται με όρους δυναμικής αλληλεπίδρασης ατόμου-περιβάλλοντος. Αντίστοιχα, οι νοηματοδοτήσεις των γυναικών για την ασθένεια καθορίζονται τόσο από τις προσωπικές τους εμπειρίες όσο και από τα πολιτισμικά ερμηνευτικά πλαίσια που χρησιμοποιούν προκειμένου να ερμηνεύσουν και να κατανοήσουν την φύση της. Τέλος, η αναφορά σε ψυχο-τραυματικές καταστάσεις, σε

μεταβατικές φάσεις της ζωής καθώς και σε ερεθίσματα από τη δύσκολη καθημερινότητα, τροφοδοτούν τις νοηματοδοτήσεις των γυναικών για τον πόνο.

**Συμπεράσματα:** Από τα αποτελέσματα της έρευνας αναδείχθηκε ότι η υγεία και η ασθένεια δεν είναι απλώς βιολογικά καθορισμένα φαινόμενα αλλά κοινωνικά προσδιορισμένες καταστάσεις, δεδομένου ότι δεν σχετίζονται μόνο με αλλαγές στη φυσιολογία του ατόμου αλλά επηρεάζονται από το ευρύτερο κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο ζει. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο δομούνται οι έννοιες της υγείας, της ασθένειας και του πόνου παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την παροχή φροντίδας σε ανθρώπους που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια.



## Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια το θέμα της μετανάστευσης έχει αποτελέσει αντικείμενο πληθώρας ερευνών. Οι διεθνείς οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές εξελίξεις καθιστούν σήμερα την μελέτη του φαινομένου της μετανάστευσης περισσότερο επίκαιρο από ποτέ.

Όπως έχει καταδειχθεί από τα αποτελέσματα ποικίλων ερευνών η μετανάστευση είναι μια εξαιρετικά στρεσογόνος περίοδος για τη ζωή των ανθρώπων που μετακινούνται. Από τις ιδιαίτερες δυσκολίες που καλούνται οι μετανάστες να διαχειριστούν το περισσότερο σύνθετο είναι το θέμα της πολιτισμικής αλλαγής. Υπό αυτό το πρίσμα, οι άνθρωποι που μεταναστεύουν καλούνται να διαχειριστούν το θέμα της ταυτόχρονης έκθεσης τους σε δυο πολιτισμικά πλαίσια: σε αυτό της χώρας προέλευσης, το οποίο εκφράζεται στον οικιακό χώρο και στο οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου καθώς και σ' αυτό της χώρας υποδοχής, όπως αυτό εκφράζεται σε κάθε πτυχή της κοινωνικής συνδιαλλαγής. Όσο μεγαλύτερη είναι η «απόσταση» μεταξύ των δυο πολιτισμικών πλαισίων τόσο μεγαλύτερες συγκρούσεις βιώνουν τα άτομα, με αποτέλεσμα την βίωση έντονου επιπολιτισμικού άγχους, το οποίο έχει συσχετισθεί θετικά, από την βιβλιογραφία, με την επιβάρυνση της υγείας και της ποιότητας ζωής τους.

Ο επιπολιτισμός σε σχέση με όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των μεταναστών είναι το κατεξοχήν πολυσυζητημένο θέμα. Ειδικότερα, ο επιπολιτισμός έχει οριστεί ως η πολιτισμική αλλαγή που είναι αποτέλεσμα συνεχούς και άμεσης επαφής μεταξύ δυο διαφορετικών ομάδων (Berry ο.π. στο Κατερή, 2009). Οι τακτικές επιπολιτισμού (αφομοίωση, εναρμόνιση, διαχωρισμός και περιθωριοποίηση) που θα επιλέξουν ή θα αναγκαστούν να υιοθετήσουν οι μετανάστες κατά την επαφή τους με το νέο κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και την περαιτέρω προσαρμογή τους στη χώρα υποδοχής.

Οι λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι μεταναστεύουν είναι ποικίλοι (οικονομικοί, πολιτικοί, οικογενειακή επανένωση κλπ) όμως, ανεξάρτητα από την αιτία μετακίνησης, στις περισσότερες περιπτώσεις, οι μετανάστες κατά την εγκατάσταση στη νέα χώρα έρχονται αντιμέτωποι με πολλά προβλήματα (απώλεια του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος, απομόνωση, απώλεια του κοινωνικού status, αδυναμία επικοινωνίας λόγω

γλώσσας ,υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής κλπ). Από αυτά, η υποβάθμιση της θέσης των μεταναστών στην κοινωνική ιεραρχία της χώρας υποδοχής συνδέεται και με την υποβάθμιση -εν γένει- όλης τους της ζωής. Η χαμηλή κοινωνική θέση συνήθως συνεπάγεται χαμηλά εισοδήματα, φτώχεια, χαμηλές στεγαστικές συνθήκες, έκθεση σε πρόσφορες εργασιακές συνθήκες και επισφαλείς όρους εργασίας, αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας κ.α., που όπως αναφέρεται στην βιβλιογραφία, έχει συνδεθεί με την επιβάρυνση της υγείας τους.

Τα δεδομένα είναι ακόμη πιο περίπλοκα για τη μετανάστρια γυναίκα, μια οντότητα που δεν αναφέρεται απλά σε μια νόμιμη ή όχι κατάσταση αλλά περικλείει μια περίπλοκη πραγματικότητα και εμπειρία, με την κατηγορία «φύλο» να παρέχει το πλαίσιο μέσα στο οποίο κάποιος εξετάζεται και μέσα από το οποίο βλέπει τον εαυτό του και το ρόλο του. Μέσα στην κοινωνική δομή, η μετανάστρια είναι εκείνη με το διαφορετικό χρώμα, που δεν γνωρίζει καλά την γλώσσα και που κατέχει την χαμηλότερη κοινωνική θέση. (Κούτρα, 2010).

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας το θέμα της διαπραγμάτευσης μας αφορά τις νοσηματοδοτήσεις γυναικών μεταναστριών για την υγεία, την ασθένεια και τον πόνο. Έτσι, η παρούσα μελέτη λαμβάνοντας υπόψη τις εμπειρίες της μεταναστευτικής πορείας, την επίδραση των κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων αλλά και των πολιτισμικών αναφορών θα προσπαθήσει να αποτυπώσει μέσα από τον λόγο τους των γυναικών όλους εκείνους τους παράγοντες που επεμβαίνουν στη διαμόρφωση των αντιλήψεων τους.

Ειδικότερα, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των γυναικών μεταναστριών για θέματα υγείας, ασθένειας και πόνου όπως έχουν διαμορφωθεί μέσα από τις πρότερες εμπειρίες τους, απ' την μεταναστευτική τους διαδρομή και από τις εμπειρίες σε ένα νέο κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπ' όψιν τις διαφορετικές πολιτισμικές τους αναφορές.

Για τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα. Τα μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στα πλαίσια της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας είναι οι ημιδομημένες συνεντεύξεις, η συμμετοχική παρατήρηση και το ερευνητικό ημερολόγιο. Η ανάλυση του εμπειρικού υλικού της έρευνας βασίστηκε στις προσωπικές ερμηνείες πέντε γυναικών μεταναστριών καθώς και στην άποψη μιας

γυναίκας ελληνίδας που δραστηριοποιείται σε φεμινιστική ομάδα. Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να επισημανθεί ότι η επιλογή της ελληνίδας συμμετέχουσας συνάδει με την επιλογή μας να δοθεί έμφαση στη διάσταση του φύλου από την σκοπιά μιας “κοινωνικά ευαισθητοποιημένης φωνής”.

Η εργασία που ακολουθεί διαρθρώνεται σε τέσσερα βασικά μέρη:

Ειδικότερα, το πρώτο μέρος αποτελεί την θεωρητική προσέγγιση της έρευνας. Στην αρχή αυτού του κεφαλαίου θα παρουσιαστούν, εξελικτικά στο χρόνο, οι κυρίαρχες αντιλήψεις που οργάνωσαν και οργανώνουν θεωρητικά μοντέλα, τα οποία καθορίζουν την άσκηση της ιατρικής πράξης. Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά στο ρόλο που διαδραματίζει η ανθρώπινη συμπεριφορά τόσο στην προαγωγή και προάσπιση της υγείας όσο και στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Έπειτα, στις ενότητες που ακολουθούν θα γίνει αναφορά στην επίδραση των κοινωνικών αλλά και των πολιτισμικών παραγόντων στην προσέγγιση της υγείας, της ασθένειας και του πόνου. Τέλος, στις επόμενες ενότητες θα παρουσιαστούν δεδομένα που αφορούν την επίδραση της μετανάστευσης ως διαδικασίας αλλά ως βιώματος στην υγεία και την ασθένεια, μέσα από το πρίσμα του φύλου.

Το δεύτερο μέρος της έρευνας αναφέρεται στη μεθοδολογική προσέγγιση. Η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος, η αναφορά στα μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιήσαμε καθώς και η παρουσίαση των υποκειμένων της έρευνας διαρθρώνονται σε αντίστοιχες ενότητες.

Ακόλουθα, στο τρίτο μέρος της εργασίας παρατίθεται η ανάλυση και η ερμηνεία του εμπειρικού υλικού. Τα ερευνητικά δεδομένα, που αφορούν τον λόγο των υποκειμένων παρουσιάζονται με την μορφή των αυτούσιων αποσπασμάτων, βάσει της μεθόδου «line by line analysis». Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων θα αποσαφηνιστούν οι έννοιες και οι μεταξύ τους σχέσεις και θα εξαχθούν συμπεράσματα, τα οποία θα βοηθήσουν στον σχηματισμό ερμηνευτικών σχημάτων .

Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με τη σύνοψη των συμπερασμάτων που προέκυψαν από την ανάλυση του εμπειρικού υλικού ενώ, παράλληλα, διατυπώνονται σύντομες προτάσεις για θέματα που θα είχε ενδιαφέρον να εξεταστούν από μελλοντικές έρευνες.



# 1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

## 1.1: Η Θεώρηση της Υγείας και της Ασθένειας

### *Η ιστορική εξέλιξη του ερμηνευτικού πλαισίου*

Είναι πλέον κοινά αποδεκτό ότι η υγεία και η ασθένεια δεν συνιστούν απλώς βιολογικά καθορισμένα φαινόμενα αλλά κοινωνικά προσδιορισμένες καταστάσεις που δεν σχετίζονται με αλλαγές μόνο σε επίπεδο της φυσιολογίας αλλά επηρεάζονται από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον με το οποίο αλληλεπιδρά το άτομο. Υπό αυτό το πρίσμα, ο ορισμός της υγείας εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον.

Σύμφωνα με τους Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλο (1999) η ενασχόληση με τα θέματα της υγείας και της ασθένειας δεν είναι πρόσφατη αλλά έχει τις ρίζες της στις αντιπαραθέσεις των φυσιολόγων και των φιλοσόφων της αρχαιότητας αναφορικά με τη σχέση ψυχής και σώματος. Συγκεκριμένα, ο Ιπποκράτης υπήρξε απ' τους πρώτους που ανέδειξαν τη στενή σχέση ψυχής και σώματος στη θεωρία του περί «χυμών του σώματος». Σύμφωνα, με την ιπποκράτεια φιλοσοφία η διατήρηση της υγείας απαιτεί μια κατάσταση ισορροπίας ανάμεσα στο σώμα, το νου και το περιβάλλον, υποστηρίζοντας ότι κάθε άνθρωπος διαθέτει αυτοθεραπευτικές ικανότητες που συμβάλλουν στην αποκατάσταση της υγείας του, όταν αυτή διαταράσσεται. Εκείνο που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι ο Ιπποκράτης υιοθέτησε μια εξατομικευμένη προσέγγιση της αρρώστιας ισχυριζόμενος ότι ο κάθε οργανισμός αντιδρά διαφορετικά απέναντι στην νόσο και επηρεάζεται σημαντικά απ' τον τρόπο ζωής του ατόμου.

Η ιπποκράτεια αντίληψη ότι «η υγεία είναι η αρμονία της ψυχής και του σώματος με το περιβάλλον» φαίνεται να καλλιεργήθηκε περαιτέρω από τον κινέζικο πολιτισμό. Συγκεκριμένα στην αρχαία κινέζικη ιατρική υπήρχε η άποψη ότι οι ασθένειες εκδηλώνονταν όταν η ισορροπία του ανθρώπινου οργανισμού διαταράσσεται λόγω εποχιακών μεταβολών, του κακού διαιτολογίου, της έλλειψης άσκησης καθώς και εξαιτίας συναισθηματικών διαταραχών και δυσαρμονικών σχέσεων ανάμεσα στην οικογένεια και την κοινότητα. Με άλλα λόγια η αρχαία κινέζικη ιατρική εισήγαγε την προβληματική της πολυπαραγοντικής φύσης των ασθενειών θεωρώντας ότι ο ανθρώπινος οργανισμός έχει την έμφυτη τάση να επανέρχεται σε μια δυναμική κατάσταση ισορροπίας.

Εξάλλου, η άσκηση της κινέζικης ιατρικής δεν απέβλεπε στην απόλειψη των συμπτωμάτων αλλά στην καταγραφή της συνολικής κατάστασης νου και σώματος, η οποία θεωρούνταν άρρηκτα συνδεδεμένη με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου. Κοινός τόπος τόσο της ιπποκράτειας όσο και της αρχαίας κινέζικης φιλοσοφίας ήταν η εμπλοκή του περιβάλλοντος του ατόμου με την κατάσταση της υγείας του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Κατά την ιατρική πρακτική του Μεσαίωνα, υπό την ισχυρή επικράτηση της εκκλησίας, η ασθένεια δαιμονοποιήθηκε. Ωστόσο, η εκρηκτική πρόοδος των επιστημών και των νέων δυνατοτήτων που ανακάλυπτε ο άνθρωπος κατά την Αναγέννηση, συνέβαλε στην αλλαγή αντιλήψεων για την υγεία και την ασθένεια. Εξελικτική συνέχεια της περιόδου θεωρείται η επικράτηση κατά τον 17<sup>ο</sup> αιώνα των ιδεών του Καρτέσιου, ο οποίος διακήρυξε ότι το σώμα και η ψυχή είναι χωριστές οντότητες (δυϊσμός). Η θεωρία του κλασικού δυϊσμού του Καρτέσιου αντιμετωπίζει το ανθρώπινο σώμα ως «μηχανή» η λειτουργία της οποίας μπορεί να καταστεί κατανοητή αν αναλυθούν τα επιμέρους τμήματα που την αποτελούν.

Η μηχανιστική λογική για το ανθρώπινο σώμα που εισήγαγε ο καρτεσιανός δυϊσμός επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τον προσανατολισμό της ιατρικής στην μελέτη των οργάνων και λειτουργιών του σώματος υπό το πρίσμα της κυτταρικής και μοριακής βιολογίας. Αυτό αναπόφευκτα ώθησε στο να σημειωθούν κατά την διάρκεια του 19<sup>ου</sup> και 20<sup>ου</sup> αιώνα σημαντικά άλματα στους κλάδους των θετικών επιστημών. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσονται οι εργασίες του Louis Pasteur για την «μικροβιακή θεωρία» των ασθενειών, η οποία ήταν απόλυτα ευθυγραμμισμένη με την καρτεσιανή λογική εισάγοντας μια ντετερμινιστική αντίληψη για την ανάπτυξη των ασθενειών. Ωστόσο η άποψη ότι κάθε ασθένεια οφείλεται στην δράση κάποιων μικροοργανισμών δεν στάθηκε επαρκής στο να εξηγήσει λόγους όπως γιατί οι οργανισμοί που εκτίθενται στις ίδιες «νοσογόνες συνθήκες» αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο και απ' αυτούς άλλοι νοσούν και άλλοι όχι. (στο ίδιο).

Η επικράτηση του θετικισμού κατά το δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα εντοπίζεται ευκρινώς στο έργο του «πατέρα» της σύγχρονης Φυσιολογίας Claude Bernard, ο οποίος την πλαισίωσε με Πειραματικό Εργαστήριο, καθιστώντας ουσιαστικά την Φυσιολογία Πειραματική Επιστήμη. Προσπαθώντας, να εξηγήσει τους λόγους ανάπτυξης των ασθενειών ο Bernard διατύπωσε την θεωρία για το «εσωτερικό περιβάλλον» του

αρρώστου (milieu) θεωρώντας ότι στην εκδήλωση των ασθενειών καθοριστικό ρόλο παίζει ο ανθρώπινος οργανισμός που επιτρέπει στα μικρόβια να αναπτυχθούν.

Απ' την άλλη πλευρά, την ίδια περίπου χρονική περίοδο, η συμβολή του Γερμανού γιατρού Rudolph Virchow υπήρξε πολύ σημαντική στην ανάδειξη των κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων που εμπλέκονται στην εκδήλωση της αρρώστιας. Σύμφωνα με τον Βαρθολομαίο (2002,) ο Virchow ενστερνίστηκε την κοινωνική πλευρά της ιατρικής. Μάλιστα, όταν κλήθηκε να διερευνήσει μια επιδημία τύφου στην Άνω Σιλεσία, στην οποία διέμενε μια καταπιεσμένη πολωνική μειονότητα, διέγινωσε ότι η ουσιαστική βάση της επιδημίας είναι κοινωνική και συνταγογράφησε «δημοκρατία, εκπαίδευση, ελευθερία και οικονομική ενίσχυση». Ο Virchow μαζί με Γάλλους και Γερμανούς συναδέλφους, δημιούργησε το κίνημα της «κοινωνικής ιατρικής» που άρχισε να ερευνά την συμβολή των αντίξωων κοινωνικών συνθηκών στην ανάπτυξη της αρρώστιας και γενικότερα στην νοσηρότητα και θνησιμότητα ενός πληθυσμού (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 1999) Εν τούτοις, το κίνημα αυτό αποδυναμώθηκε γρήγορα από την επικράτηση των ντετερμινιστικών βεβαιοτήτων για το είδος και την φύση της παθογένειας που πριμοδοτούσε την βιολογική βάση και παραγνώριζε τον ρόλο των ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που διαμεσολαβούν στην ανάπτυξη της αρρώστιας.

## **1.2: Θεωρητικά Μοντέλα Κατανόησης της Υγείας και της Ασθένειας**

*Από το γραμμικό/βιοϊατρικό στο ολιστικό/βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.*

Οι κατακτήσεις της βιοϊατρικής και της μικροβιολογίας και η αποδυνάμωση του κινήματος της κοινωνικής ιατρικής κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα οδήγησαν στην υιοθέτηση μιας μονοδιάστατης ερμηνείας για την υγεία και την ασθένεια βασιζόμενη κατά κύριο λόγο στις εργαστηριακές και κλινικές παρατηρήσεις. Αυτό αναπόφευκτα οδήγησε την ιατρική να στραφεί πρωτίστως στην αναζήτηση θεραπείας και να ταυτίσει την υγεία με την απουσία ασθένειας. Οι αρνητικοί ορισμοί για την υγεία αποτέλεσαν την αφετηρία του βιοϊατρικού μοντέλου υγείας, το οποίο κυριάρχησε κατά το μεγαλύτερο μέρος του 20<sup>ου</sup> αιώνα.

Οι επιστημολογικές παραδοχές του θετικισμού που οργάνωσαν το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας επικέντρωσαν το ενδιαφέρον της ιατρικής στον εντοπισμό της παθολογίας και της παθογένειας μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό, στην φυσιολογία του και στα ανατομικά του μέρη. Σύμφωνα, με το βιοϊατρικό μοντέλο, υγεία θεωρείται η έκφραση της

φυσιολογικής λειτουργίας που χαρακτηρίζει τον ανθρώπινο οργανισμό. Η φυσιολογική αυτή λειτουργία καθορίζεται κυρίως σύμφωνα με τους επιδημιολογικούς δείκτες και τις βιοστατικές μετρήσεις, οι οποίες ανιχνεύουν παθολογικές παρεκτροπές από το «φυσιολογικό» (Πράπα & Φακή, 2008). Το «φυσιολογικό» από την άλλη πλευρά ορίζεται είτε σε αντιδιαστολή με τη νόσο είτε με βάση τις αποκλίσεις από την μέση τιμή διαφόρων βιολογικών παραμέτρων.

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο ερμηνευτικό πλαίσιο, η υγεία ταυτίζεται με την ομαλή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού ενώ η ασθένεια αντιμετωπίζεται ως βλάβη, η οποία πρέπει να επιδιορθωθεί. Συνεπώς, όταν η «ανθρώπινη μηχανή» δυσλειτουργεί τότε ο άνθρωπος νοσεί και οι ιατρικές πράξεις θα πρέπει να στοχεύουν στην αποκατάσταση της βλάβης. Σύμφωνα, δηλαδή, με το γραμμικό τρόπο σκέψης που διακρίνει το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας «κάθε αποτέλεσμα έχει μια συγκεκριμένη αιτία». Αυτό που πρέπει να γίνει είναι να βρεθεί η αιτία για να εξηγηθεί το οποιοδήποτε οργανικό φαινόμενο. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Χωρίς, βέβαια, να παραγνωρίζεται η συμβολή του βιοϊατρικού μοντέλου στην πρόοδο της ιατρικής (αντιμετώπιση πολλών μικροβιακών και βακτηριδιακών ασθενειών, ανάπτυξη της φαρμακοθεραπείας, ανάπτυξη εξειδικευμένων κλάδων της ιατρικής κλπ) η ενασχόληση του με τη σωματική διάσταση της υγείας αγνοώντας την ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης συνέβαλε στην αποένταξη του ασθενή από το φυσικό και το κοινωνικό του περιβάλλον.

Η αδυναμία του βιοϊατρικού μοντέλου να εξηγήσει φαινόμενα όπως είναι οι ψυχοσωματικές ασθένειες ή οι ατομικές διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ ασθενών στην διαχείριση καταστάσεων ασθένειας και πόνου οδήγησαν κατά την διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα στην υιοθέτηση μιας πιο ολοκληρωτικής σύλληψης για την υγεία. Έτσι, η ιατρική πράξη άρχισε να απομακρύνεται από τις εντοπιστικές ενέργειες του βιοϊατρικού δόγματος και να αντιλαμβάνεται την ασθένεια ως διατάραξη της αρμονίας ή της ισορροπίας του ανθρώπου με το περιβάλλον. (Τούντας, 2001). Η παραπάνω προσέγγιση οδήγησε στη διαμόρφωση μιας νέας θεώρησης της υγείας και της αρρώστιας που υποστηρίζεται από το σύγχρονο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.



Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, η υγεία είναι μια πολυδιάστατη έννοια και εκτός από βιολογικό είναι και κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο ενσωματώνει την ποιότητα των σχέσεων που διατηρούν οι άνθρωποι αφενός μεταξύ τους και αφετέρου με το περιβάλλον τους. Ο ορισμός λοιπόν της υγείας με βάση αυτό το ερμηνευτικό σχήμα λαμβάνει υπ' όψη της εκτός από τα φαινόμενα που σχετίζονται αμιγώς με την αρρώστια και αυτά που αντανακλούν τη θετική υγεία (φυσική και κοινωνική ευεξία) τα οποία διαπλέκονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου συστήματος. Σύμφωνα, με τον Τούντα (2007) το σύστημα αυτό περιλαμβάνει επιμέρους στοιχεία, τα οποία αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους παράγουν από κοινού το χαρακτηριστικό προϊόν του συστήματος: την υγεία είτε πρόκειται για την ατομική υγεία είτε την υγεία ενός πληθυσμού. Οι αντιλήψεις αυτές που απορρέουν από τη Γενική Θεωρία των Συστημάτων διαπνέουν τη φιλοσοφία του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου. Η ολιστική αντίληψη για την υγεία που εισήγαγε το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αποκαθιστά την ενότητα σώματος- ψυχής, παρέχει εξηγήσεις για την φύση των ψυχοσωματικών ασθενειών και θέτει στο επίκεντρο του ορισμού της υγείας την έννοια της δυναμικής ισορροπίας.

Η ισορροπία των βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών κοινωνικών και συμπεριφορολογικών παραγόντων κατά τον Τούντα (2007) αποτελεί το περιεχόμενο της υγείας. Η ύπαρξη της δυναμικής ισορροπίας με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον σε ένα συγκεκριμένο οικολογικό πλαίσιο επιτρέπει στο άτομο να ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές προκλήσεις και να προσαρμόζεται στις περιβαλλοντικές αλλαγές, διασφαλίζοντας έτσι την αρμονική σχέση με το περιβάλλον του. Η διατάραξη αυτής ακριβώς της αρμονικής σχέσης αποτελεί, τη βασική αιτία πρόκλησης της αρρώστιας, που μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα (κυτταρικό, οργανικό, συμπεριφορικό, κοινωνικό). Η αρρώστια, έτσι, γίνεται αντιληπτή σαν μήνυμα του οργανισμού ή ως «σήμα κινδύνου» που δηλώνει την ύπαρξη ανισορροπίας ή δυσαρμονίας στα διάφορα επίπεδα της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου. Αυτή η ανισορροπία δεν οφείλεται σε μία και μόνο αιτία, αλλά σε ένα σύνολο οργανικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το άτομο. Σύμφωνα λοιπόν με το θεωρητικό πλαίσιο της υγείας και της ασθένειας που υιοθετήθηκε από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, οποιαδήποτε διαφοροποίηση σε ένα ορισμένο επίπεδο μιας ολότητας θα έχει επιδράσει σε όλα τα άλλα επίπεδα.

### **1.3: Η Ανθρώπινη Συμπεριφορά σε Σχέση με την Υγεία και την Ασθένεια**

Η επικράτηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στην υγεία, αναπόφευκτα, οδήγησε το επιστημονικό ενδιαφέρον να στραφεί προς την μελέτη των ψυχοβιολογικών διαστάσεων της ασθένειας. Η συμβολή των Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών προς αυτή την κατεύθυνση ήταν μεγάλη. Θέματα όπως η επίδραση του στρες, η αιτιολογία της φύσης των ψυχοσωματικών ασθενειών και η μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια αποτέλεσαν τα κυριότερα αντικείμενα μελέτης.

Είναι πλέον γνωστή η σημασία της ανθρώπινης συμπεριφοράς στην προάσπιση και προαγωγή της υγείας, όπως, επίσης, είναι γνωστή η συμβολή διαφόρων τύπων συμπεριφοράς στην ανάπτυξη της σύγχρονης νοσηρότητας. Η αναγνώριση της επίδρασης των διάφορων συνηθειών στην υγεία, σε συνδυασμό με την «κρίση» του βιοϊατρικού μοντέλου υγείας και την ανάπτυξη της πρόληψης αναβίωσαν το ενδιαφέρον για την μελέτη των συμπεριφορικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία. Σύμφωνα με τον Τούντα (2007) εκτός από την αυτόνομη επίδραση που ασκούν οι συμπεριφορικοί παράγοντες στην υγεία, η σημασία της ανθρώπινης συμπεριφοράς προκύπτει και από την επίδραση που αυτή ασκεί στη διαμόρφωση των περιβαλλοντικών συνθηκών, μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις, συμπεριφορά και περιβάλλον συνεργούν στην πρόκληση της νόσου.

Αξίζει να αναφερθεί πως η μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε θέματα υγείας και ασθένειας προέκυψε αφενός από την αναγνώριση πως ένα μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας στις ανεπτυγμένες βιομηχανικά κοινωνίες οφείλεται σε συγκεκριμένα πρότυπα συμπεριφοράς και αφετέρου στη δυνατότητα τροποποίησης των συμπεριφορών αυτών με συγκεκριμένες μεθόδους και τεχνικές που ανέπτυξε ο κλάδος της ψυχολογίας.

Ο ορισμός της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια δόθηκε από τους Kasl και Cobb (ο.π. στο Κουλιεράκης, 2009) και περιλαμβάνει την *«κάθε δραστηριότητα που ασκείται από ένα άτομο, το οποίο πιστεύει ότι είναι υγιές, με στόχο την πρόληψη μιας νόσου (disease) ή την αντίχρεση της σε ασυμπτωματικό στάδιο»*. Αναλύοντας παραπάνω τον ορισμό παρατηρούμε πως αναφέρεται σε συμπεριφορές που υιοθετεί το

άτομο για να διατηρήσει μια καλή κατάσταση υγείας καθώς και σε συμπεριφορές που προσανατολίζονται στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μιας νόσου.

Η προάσπιση της υγείας απαιτεί πολλές φορές την τροποποίηση κάποιων συμπεριφορών και την αλλαγή στάσεων. Για να κατανοηθεί η αλλαγή αυτή απαραίτητη προϋπόθεση είναι η κατανόηση του ρόλου που παίζουν οι ψυχολογικοί, οι κοινωνικοί και οι πολιτισμικοί παράγοντες καθώς και η επίδραση που ασκούν πάνω στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Ο Leventhal (ο.π. στο Κουλιεράκης, 2009) ταξινομώντας τους παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν την συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία τους διακρίνει σε:

- Δημογραφικούς (φύλο, ηλικία, κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο)
- Κοινωνικούς (μάθηση, ενίσχυση, γονεϊκά πρότυπα, πολιτισμικές αξίες)
- Συναισθηματικούς( αυτό-εκτίμηση, άγχος, η ένταση και ο φόβος)
- Η αίσθηση για τα συμπτώματα (πόνος, κούραση)
- Γνωστικούς (γνώση, προσωπική αίσθηση ευθύνης)
- Γενετικούς

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου και την υπευθυνότητα απέναντι στον εαυτό του και στο κοινωνικό σύνολο. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο η ανάπτυξη θεωρητικών σχημάτων που προσπαθούν να προβλέψουν την ανθρώπινη συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια οδήγησε στην διατύπωση των κοινωνιογνωστικών μοντέλων. Τα κοινωνιογνωστικά μοντέλα προσπαθούν να εξηγήσουν πως οι γνωστικοί παράγοντες οδηγούν στην υιοθέτηση διαφόρων «κοινωνικών συμπεριφορών». Στην επόμενη ενότητα θα παρουσιαστούν συνοπτικά τα επικρατέστερα κοινωνιογνωστικά μοντέλα που επιδιώκουν να εξηγήσουν τις πεποιθήσεις, προθέσεις, στάσεις και συμπεριφορές που υιοθετεί το άτομο σε θέματα υγείας.

### **1.3.1 Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία**

Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1950 διάφοροι Κοινωνικοί Ψυχολόγοι και ερευνητές της Αμερικανικής Υπηρεσίας της Δημόσιας Υγείας προσπαθώντας να κατανοήσουν τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι δεν υιοθετούν προληπτικές συμπεριφορές, έθεσαν την βάση για τη δημιουργία του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία. Η επίδραση

διαφόρων κοινωνικό-οικονομικών μεταβλητών (φύλο, εθνικότητα, ηλικία) στην υγεία είχε ήδη διαπιστωθεί. Εντούτοις, η αδυναμία τροποποίησης των μεταβλητών αυτών στην αγωγή υγείας οδήγησε στην αναζήτηση ενδιάμεσων μεταβλητών ανάμεσα στους δημογραφικούς παράγοντες και την συμπεριφορά. Έτσι, η μελέτη των πεποιθήσεων, έπαιξε αυτό τον ενδιάμεσο ρόλο. Σύμφωνα με τους Sheeran και Abraham (ο.π. στο Αναγωστόπουλος, Παπαδάτου,1999) οι πεποιθήσεις αποτελούν «σταθερά ατομικά χαρακτηριστικά, τα οποία διαμορφώνουν τη συμπεριφορά και αποκτώνται μέσω της πρώιμης κοινωνικοποίησης. Όμως δεν είναι αυστηρά καθορισμένες και μπορούν να διαφοροποιούνται και σε άτομα της ίδιας κοινωνικής ομάδας. Στην πραγματικότητα συνιστούν μια αρχέτυπη κοινωνική γνωστική κατασκευή.»

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία ουσιαστικά στηρίζεται σε δυο άξονες των αναπαραστάσεων του ατόμου για την υγεία του και την συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία. Ειδικότερα, οι αναπαραστάσεις αυτές αφορούν:

α) την πρόσληψη της απειλής, η οποία εξαρτάται από παράγοντες όπως η υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας απέναντι σε μια ασθένεια καθώς η υποκειμενική αίσθηση σοβαρότητας μιας αρρώστιας δηλαδή η αντίληψη για το πόσο σοβαρή είναι μια ασθένεια.

β) την αξιολόγηση της συμπεριφοράς, η οποία εξαρτάται αφενός από την υποκειμενική αίσθηση για τα οφέλη κατά την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς που στοχεύει στην προστασία της υγείας και αφετέρου από την υποκειμενική αίσθηση για τα εμπόδια από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς (αξιολόγηση αρνητικών συνεπειών, παρενεργειών κλπ).

Η αίσθηση της τρωτότητας και της σοβαρότητας κινητοποιούν το άτομο, το οποίο συνεκτιμώντας τα δυνητικά οφέλη και τα εμπόδια από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς τελικά επιλέγει ένα συγκεκριμένο τρόπο δράσης. Ωστόσο, για την ενεργοποίηση του ατόμου σημαντικό ρόλο παίζουν και άλλοι παράγοντες όπως:

α) οι «ενδείξεις για δράση», οι οποίες μπορεί να είναι είτε εσωτερικές (χ συμπτώματα) είτε εξωτερικές (χ κοινωνική επιρροή),

β) «το κίνητρο για την υγεία» (Becker,1977) που ουσιαστικά αποτελεί την ετοιμότητα του ατόμου να ενδιαφερθεί για την υγεία του.

Συνεχίζοντας, τρεις κατηγορίες μεταβλητών που καθορίζουν έμμεσα την απόφαση του ατόμου στην υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς είναι:

γ) Οι δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, εθνικότητα κλπ)

δ) Οι κοινωνικοψυχολογικές μεταβλητές (κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, προσωπικότητα κλπ)

ε) Οι δομικές μεταβλητές (γνώση μιας νόσου, η προηγούμενη εμπειρία από τέτοιες καταστάσεις κλπ).

Τέλος, σύμφωνα με το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς, που στοχεύει στην προστασία της υγείας, εξαρτάται από την ταυτόχρονη συνύπαρξη των εξής παραγόντων:

- 1) την επαρκή κινητοποίηση του ατόμου, που θα αναδειξεί ως κυρίαρχο ένα πρόβλημα υγείας.
- 2) την πεποίθηση ότι το άτομο είναι τρωτό απέναντι σε μια ασθένεια καθώς και στις συνέπειες της
- 3) την πεποίθηση ότι θα προκύψουν οφέλη από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς (μείωση ή και εξάλειψη της απειλής της ασθένειας).

### **1.3.2 Η Θεωρία της Κινητοποίησης για την Προστασία της Υγείας**

Η θεωρία κινητοποίησης για την υγεία διατυπώθηκε αρχικά από τον Rogers (1975) ως ένα θεωρητικό πλαίσιο για την κατανόηση της επίδρασης των μηνυμάτων που προκαλούν φόβο (fear appeals) για κάποιο πρόβλημα υγείας. Σύμφωνα με τον Αναγνωστόπουλο (1999) η πρόκληση άγχους, νευρικότητας δυσφορίας και τρόμου που προκαλεί ένα φοβικό μήνυμα μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε μια διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης, η οποία αφορά: α) το επιζήμιο ή την σοβαρότητα του επαπειλούμενου γεγονότος β) την πιθανότητα να επέλθει το γεγονός και γ) την αποτελεσματικότητα της προτεινόμενης συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση της απειλής. Η πειστικότητα της φοβικής επικοινωνίας κινητοποιεί το άτομο να προστατεύσει την υγεία του από τον κίνδυνο ή την απειλή.

Στην μεταγενέστερη τροποποίηση της θεωρίας κινητοποίησης για την προστασία της υγείας οι Maddux & Rogers, (ο.π. στο Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999) συμπεριέλαβαν μια τέταρτη συνιστώσα που αξιολογείται κατά την γνωστική επεξεργασία ενός φοβικού μηνύματος, τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας. Αυτές σχετίζονται με το κατά πόσο το άτομο πιστεύει ή προσδοκά ότι μια δεδομένη συμπεριφορά θα οδηγήσει σε ένα δεδομένο αποτέλεσμα και είναι σε θέση ή νιώθει ικανό το άτομο να υιοθετήσει την συμπεριφορά αυτή.

Σύμφωνα με την θεωρία κινητοποίησης για την προστασία της υγείας όταν το άτομο έρθει αντιμέτωπο με ένα φοβικό μήνυμα οι στρατηγικές λήψης αποφάσεων που ακολουθεί είναι η στρατηγική της προφύλαξης και η στρατηγική της υπεράμυνας.

### **1.3.3 Η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης**

Με βάση την θεωρία της κοινωνικής μάθησης η διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς στηρίζεται, κατά ένα μεγάλο μέρος, στην παρατήρηση και μίμηση της συμπεριφοράς των άλλων. Η επιδοκιμασία ή αποδοκιμασία της συμπεριφοράς από τους άλλους ενθαρρύνει ή αποτρέπει την επανάληψη της συγκεκριμένης συμπεριφοράς στο μέλλον (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999). Ένα άτομο είναι πιο πιθανό να υιοθετήσει μια προληπτική συμπεριφορά για την υγεία του όταν:

- Προσδοκά ότι η προληπτική συμπεριφορά θα επιφέρει ένα βελτιωμένο επίπεδο υγείας. Οι προσδοκίες αυτές είναι συνάρτηση τόσο των προηγούμενων εμπειριών σε παρόμοιες περιστάσεις όσο και των γενικότερων προσδοκιών του ατόμου για τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς του.
- Θέτει ως προτεραιότητα τη διατήρηση της υγείας του και την αίσθηση της ευεξίας
- Απορρίπτει τη μοιρολατρική αντίληψη ζωής και υποστηρίζει την άποψη ότι το ίδιο το άτομο ευθύνεται για τη διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας του.

### **1.3.4 Η Θεωρία της Έλλογης Δράσης**

Σύμφωνα με την θεωρία της έλλογης δράσης η πρόβλεψη μιας συμπεριφοράς βρίσκεται σε συνάρτηση με την πρόθεση του ατόμου να υιοθετήσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Από την άλλη πλευρά, η πρόθεση εξαρτάται από τη στάση του ατόμου απέναντι στην ενδεχόμενη συμπεριφορά και τους υποκειμενικούς κανόνες που σχετίζονται με τη συμπεριφορά αυτή.

Η στάση του ατόμου απέναντι σε μια συμπεριφορά εξαρτάται από την υποκειμενική εκτίμηση των συνεπειών της ενδεχόμενης συμπεριφοράς και από την πιθανότητα η υιοθέτησή της να προκαλέσει αυτές τις συνέπειες. Έτσι, όταν μια συμπεριφορά έχει δυσάρεστα αποτελέσματα τότε ενδέχεται να αναπτύξει το άτομο μια αρνητική στάση και να βιώσει αρνητικά συναισθήματα κατά την εκδήλωση της συμπεριφοράς.

Τέλος, οι υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς αντανακλούν την επιρροή και τις απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος και εξαρτώνται: α) από τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τις προσδοκίες των άλλων ανθρώπων και β) από τα κίνητρα και την επιθυμία του ατόμου να συμμορφωθεί στις προσδοκίες των άλλων (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

### **1.3.5 Η Θεωρία της Σύγκρουσης**

Σύμφωνα με την θεωρία της σύγκρουσης οι άνθρωποι όταν πρόκειται να πάρουν σημαντικές αποφάσεις περνούν από συγκεκριμένα στάδια, στα οποία καθοριστικό παίζει η έννοια του στρες. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων ξεκινά όταν ένα γεγονός θέτει υπό αμφισβήτηση τον τρόπο ζωής του ατόμου. Έτσι, η λήψη μιας απόφασης από το άτομο αναφορικά με τα θέματα υγείας καθορίζεται από τα ακόλουθα πέντε στάδια:

- 1) την αξιολόγηση της κατάστασης,
- 2) τη διερεύνηση των εναλλακτικών λύσεων,
- 3) τη στάθμισή των εναλλακτικών λύσεων,
- 4) την επισταμένη μελέτη και δέσμευση για την τελική επιλογή
- 5) την εμμονή στην εφαρμογή της καλύτερης εναλλακτικής λύσης.

Η παραπάνω διαδικασία προκαλεί στρες στο άτομο καθώς βρίσκεται σε σύγκρουση για το τι θα πράξει. Αυτό ενδεχομένως οδηγεί στην ελλιπή εφαρμογή ή ακόμη και στην αθέτηση της απόφασής του. Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπίσει τη σύγκρουση εξαρτάται από τις πεποιθήσεις του για τους κινδύνους στους οποίους εκτίθεται, τις ελπίδες που έχει για την αντιμετώπισή τους και τα χρονικά περιθώρια που διαθέτει.

### **1.3.6 Το Μοντέλο των Γνωστικών Σταδίων**

Το μοντέλο των γνωστικών σταδίων, όπως διατυπώθηκε από τον Weinstein (1988) εξετάζει τη διαδικασία που ωθεί τα άτομα να υιοθετήσουν νέες προληπτικές συμπεριφορές για θέματα υγείας. (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999). Με βάση το θεωρητικό πλαίσιο του συγκεκριμένου μοντέλου τα πέντε γνωστικά στάδια της προληπτικής συμπεριφοράς είναι τα ακόλουθα:

Στο **πρώτο στάδιο** το άτομο πρέπει να συνειδητοποιήσει αόριστα ότι υφίσταται κίνδυνος.

Στο **δεύτερο στάδιο** το άτομο πιστεύει ότι υπάρχει σημαντική πιθανότητα να εμφανίσουν οι άλλοι ένα πρόβλημα υγείας, άποψη που οφείλεται σε επιπρόσθετα μηνύματα για τον κίνδυνο (M.M.E., γνωστοί).

Στο **τρίτο**, το άτομο αναγνωρίζει ότι είναι προσωπικά δεκτικό στον κίνδυνο.

Στο **τέταρτο**, το άτομο αποφασίζει να πάρει μέτρα προφύλαξης.

Στο **τελευταίο στάδιο**, το άτομο λαμβάνει προφυλακτικά μέτρα.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί πως η λήψη αποφάσεων για την υιοθέτηση συμπεριφορών που προστατεύουν την υγεία δεν ακολουθεί πάντα ορθολογική πορεία, αλλά επεμβαίνουν παράγοντες, όπως οι απαιτήσεις της καθημερινής ζωής και η υπενθύμιση από κάποιο τρίτο για την ανάγκη λήψης προφυλακτικών μέτρων.

## **1.4: Το Κοινωνικό Πλαίσιο της Υγείας και της Ασθένειας**

### **1.4.1 Το Ζήτημα του Ορισμού**

Είναι γεγονός ότι κάθε σημαντικό, για την ανθρώπινη ύπαρξη, φαινόμενο απαιτεί ερμηνεία ούτως ώστε να κατανοηθεί πληρέστερα η φύση του. Απ' αυτήν την απαίτηση φυσικά δεν εξαιρούνται η υγεία και η ασθένεια. Σύμφωνα με τον Τούντα (2002), ένα από τα πιο πολύπλοκα και αντιφατικά ζητήματα στην μελέτη της υγείας είναι το θέμα του ορισμού της. Παρά την ύπαρξη πολλαπλών ερμηνευτικών σχημάτων από διάφορους επιστημονικούς κλάδους, εντούτοις δεν έχουμε οδηγηθεί ακόμα στην υιοθέτηση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού.

Η πρώτη, επίσημη, απόπειρα ορισμού της υγείας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος περιέγραφε την υγεία ως « μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας και της αναπηρίας» (WHO,



1958 ο.π. στο Αντωνάκη και συν., 2009, σελ. 8). Παρά την ύπαρξη όμως της επιστημονικής αυτής εκδοχής, ο ιατρικός κόσμος εξακολουθούσε να ταυτίζει την υγεία μόνο με την απουσία της αρρώστιας, ενώ οι κοινωνικοί επιστήμονες, έδιναν, με διαφορετικές συχνά προσεγγίσεις, ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της ευεξίας (Τούντας, 2002).

Η παραπάνω διαπίστωση οδήγησε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1974 να υιοθετήσει μια πιο κοινωνικοποιημένη αντίληψη περί υγείας σύμφωνα με την οποία: *«Υγεία είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο ή μία ομάδα μπορεί αφενός να πραγματοποιήσει τις φιλοδοξίες και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του και αφετέρου να αλλάξει ή να αντιμετωπίσει με επιτυχία το περιβάλλον του. Η υγεία συνεπώς θεωρείται ως μέσον για την καθημερινή ζωή και όχι ως σκοπός της ζωής. Πρόκειται για μια θετική αντίληψη που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους και τις ικανότητες»*. (WHO,1974 ο.π. στο Αντωνάκη και συν., 2009, σελ. 8).

Από την ανάλυση του συγκεκριμένου ορισμού διαφαίνεται ότι η υγεία είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που επηρεάζεται από παράγοντες που συνδέονται τόσο με την βιολογία και την συμπεριφορά όσο και με φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου. Συνοψίζοντας, όπως υποστηρίζει ο Καραδήμας (2005), η υγεία εξαρτάται από βιολογικούς παράγοντες, από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, από την ανθρώπινη συμπεριφορά αλλά και από ευρύτερους παράγοντες όπως η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, οι οικονομικές συνθήκες και οι πολιτισμικές πρακτικές.

#### **1.4.2 Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής**

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος που έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από πολλούς επιστημονικούς κλάδους. Ως όρος έχει δεχτεί πολλές σημασιολογικές προσεγγίσεις κυρίως όμως περικλείει τις παραμέτρους της καλής ψυχικής και σωματικής κατάστασης του ατόμου, εστιάζοντας στην υποκειμενική του εκτίμηση. (Θεοφίλου 2010).

Πρόσφατες εννοιολογήσεις περιγράφουν την ποιότητα ζωής ως τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου σε συνάρτηση με την ικανότητα του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές του ανάγκες. Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ποιότητα ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη

ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας που ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τα πρότυπα, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες τους. (WHO,1995).

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι η ποιότητα ζωής έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα και περιλαμβάνει μια αντικειμενική διάσταση που εκφράζεται από τις «ανάγκες» αλλά και μια υποκειμενική που αφορά τις επιθυμίες των ανθρώπων. Οι κλασικοί κοινωνικοοικονομικοί δείκτες της ποιότητας ζωής που εστιάζουν, κυρίως, στην αντικειμενική διάσταση του όρου θεωρούνται ανεπαρκείς για να περιγράψουν τις αντιλήψεις των ανθρώπων για την υγεία τους. Άλλωστε, η αντίληψη των ιδίων των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους και πως αυτή επηρεάζει τη ζωή τους διαφοροποιείται σε μεγάλο βαθμό από τις παρατηρήσεις των γιατρών. Για αυτό το λόγο τα τελευταία χρόνια στο χώρο της υγείας χρησιμοποιούνται όλο και πιο συχνά εργαλεία για την εκτίμηση των υποκειμενικών διαστάσεων της σχετιζόμενης με την υγεία, ποιότητας ζωής (Νάκου, 2001).

#### **1.4.3 Προσδιοριστικοί Παράγοντες του Επιπέδου Υγείας**

Όπως υποστηρίζεται από τη Θεοφίλου (2010) η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται από τις αρχές της καθολικότητας και της εξατομίκευσης, όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του κοινωνικού ατόμου. Η υγεία συνιστά έναν από τους βασικότερους παράγοντες ευημερίας που συμβάλει τόσο στη βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας όσο και στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου. Υπό αυτό το πρίσμα, η υγεία επηρεάζεται από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων (Θεοδώρου, 1997). Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί πως οι σημαντικότεροι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας και της ποιότητας ζωής δεν αφορούν αμιγώς τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ατόμου. Η συσχέτιση και η αλληλεξάρτηση παραγόντων και παραμέτρων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση, συνιστούν μεταβλητές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της προσωπικότητας κάθε ατόμου. (Θεοφίλου, 2010).

Ειδικότερα, η υγεία και η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τους ακόλουθους προσδιοριστικούς παράγοντες (Σαρρής, 1987):

- το εισόδημα (και τον τρόπο διανομής του)
- τις κλιματολογικές συνθήκες
- τη διατροφή
- το εκπαιδευτικό μορφωτικό επίπεδο
- τον τρόπο ζωής
- το επίπεδο κοινωνικό-οικονομικής ανάπτυξης
- τις κοινωνικές σχέσεις
- το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας
- τις συνθήκες εργασίας
- τις συνθήκες κατοικίας
- την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Από τις παραπάνω μεταβλητές το εισόδημα φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο, αφού από αυτό εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό οι υπόλοιποι παράγοντες. Από τα αποτελέσματα ερευνών, στα οποία θα αναφερθούμε εκτενέστερα στη συνέχεια, το χαμηλό εισόδημα συνδέεται με χαμηλό επίπεδο υγείας και κατ' επέκταση με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ακόλουθα, σημαντική θεωρείται και η επίδραση της διατροφής στην υγεία. Συγκεκριμένα, η κακή ποιότητα διατροφής σε συνδυασμό με το σύγχρονο τρόπο ζωής ενοχοποιούνται για την αύξηση των καρδιαγγειακών παθήσεων. Ακόμα, ο τρόπος ζωής και η υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως η κατανάλωση αλκοόλ και καπνού συνδέονται με την αύξηση τόσο των καρδιαγγειακών παθήσεων όσο και του καρκίνου. Επιπρόσθετα, οι «άσχημες» συνθήκες ζωής και εργασίας (αυξημένος κίνδυνος εργατικών ατυχημάτων) καθώς και η διαταραχή της οικολογικής ισορροπίας από τη μόλυνση του περιβάλλοντος συνδέονται αφενός με «χαμηλής στάθμης ποιότητας ζωής» και αφετέρου με χαμηλό επίπεδο υγείας. Τέλος, η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων και η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο από το περιβάλλον του έχει παρατηρηθεί πως σχετίζονται με το βελτιωμένο επίπεδο υγείας και σε κάποιες περιπτώσεις, με την μακροζωία.

Συνοψίζοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού, θα μπορούσαμε να τους κατηγοριοποιήσουμε ως εξής (Σαρρής 2001):

**Κοινωνικό-οικονομική δομή της κοινωνίας:** Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.

**Οικονομικό-πολιτικοί παράγοντες:** Επίπεδο κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης, και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.

**Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες:** Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.

**Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες:** Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, τάσεις και στάσεις απέναντι στην υγεία και την αρρώστια, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.

**Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες (οικολογικοί):** Επίπεδο μόλυνσης του περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.

**Γεωγραφικοί παράγοντες (γεωφυσικοί):** Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.

**Δημογραφικοί παράγοντες:** Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα.

**Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες:** Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

#### 1.4.4 Η Επίδραση των Κοινωνικών Παραγόντων στην Υγεία και την Ασθένεια

Τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αναγνωριστεί η σημασία της επίδρασης των κοινωνικών παραγόντων στην αιτιολογία της ασθένειας και κατ' επέκταση στην ανάπτυξη τόσο των θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισης της όσο και στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης. Αδιαμφισβήτητα, η επικράτηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου που προσεγγίζει το άτομο ως σύνολο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στον πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της υγείας και της ασθένειας, συνέβαλε προς αυτή την κατεύθυνση.

Έχει επίσης διαπιστωθεί πως η βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτεύχθηκε πολύ πριν την καθιέρωση της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας στον χώρο της υγείας όπως, επίσης, είναι γνωστό πως η αύξηση των δαπανών για την υγεία και η συνεχής βελτίωση των ιατρικών θεραπευτικών μεθόδων στις ανεπτυγμένες δυτικές κοινωνίες δεν επέφερε την αναμενόμενη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού του. Με βάση τα παραπάνω, αντιλαμβανόμαστε πως το προσδόκιμο ζωής και επιβίωσης εξαρτάται από παράγοντες που βρίσκονται έξω από τον έλεγχο του συστήματος υγείας.

Όπως έχει αποδειχθεί, η βελτίωση των γενικών συνθηκών διαβίωσης τα τελευταία εκατό χρόνια αποτέλεσε τον κύριο παράγοντα ανόδου του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. Αντίθετα, η θεραπευτική ιατρική από μόνη της φαίνεται να έχει μικρή αποτελεσματικότητα απέναντι στις σύγχρονες αρρώστιες (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, ψυχικές παθήσεις) των προηγμένων κοινωνιών, οι οποίες έχουν χαρακτηριστεί και ως αρρώστιες του πολιτισμού (Θεοδώρου και συν., 2001). Λαμβάνοντας, υπόψη τα προαναφερόμενα αντιλαμβανόμαστε πως η υγεία είναι «το προϊόν της αλληλεπίδρασης των φυσιολογικών – οργανικών και οικολογικών αναγκαιοτήτων και της υπάρχουσας κάθε φορά κοινωνικό-οικονομικής τάξης πραγμάτων» (Σούλης, 1987). Υπό αυτό το πρίσμα, θα εξετάσουμε στη συνέχεια την υγεία και την ασθένεια με αναφορά στο ρόλο των παραγόντων του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου.

## ***Οικογενειακή Κατάσταση και Υγεία-Ασθένεια***

Σύμφωνα με την Καδδά (2009) η οικογένεια, ως θεμελιώδης κοινωνικός θεσμός, επιδρά σημαντικά στην υγεία των μελών της. Έχει παρατηρηθεί πως εκτός από την ασφάλεια, την καθοδήγηση και τη βοήθεια που προσφέρει στα μέλη της επηρεάζει θετικά την υγεία τους και αποτελεί θεμέλιο λίθο για την προστασία και προαγωγή της ψυχοδιανοητικής και σωματικής τους υγείας.

Σχετικές μελέτες που διερευνούν την σχέση ανάμεσα στο επίπεδο της υγείας και την οικογενειακή κατάσταση αναφέρονται σε καλύτερο επίπεδο υγείας των παντρεμένων σε σχέση με τα ανύπαντρα άτομα εξαιτίας της αυξημένης κοινωνικής υποστήριξης που τα πρώτα λαμβάνουν (Umberson, D, 1987). Αντίστοιχα καταδείχθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στο χαμηλό επίπεδο υγείας και στα αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας για τα άγαμα ή διαζευγμένα άτομα σε σχέση με τα έγγαμα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα δεδομένα της ευρωπαϊκής έρευνας SHARE<sup>1</sup> για την υγεία, την γήρανση και την συνταξιοδότηση. Σύμφωνα λοιπόν με τα πορίσματα της έρευνας η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επιδρά στην κατάσταση της υγείας των γυναικών. Ειδικότερα, η επίδραση του αριθμού των παιδιών εμφανίζεται στατιστικά σημαντική μόνο για τις γυναίκες και δείχνει ότι η πιθανότητα να έχει μια ηλικιωμένη κακή υγεία μειώνεται όσο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών. Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι γυναίκες άνω των 70 ετών που είναι σε κατάσταση χηρείας έχουν κατά μέσο όρο σχεδόν έξι ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερη πιθανότητα να είναι σε κακή κατάσταση υγείας σε σχέση με τις έγγαμες γυναίκες.

Αντίστοιχα, πρόσφατη έρευνα έχει καταδείξει πως οι αρνητικές πτυχές ενός γάμου επηρεάζουν αρνητικά την σωματική και πνευματική υγεία των γυναικών. Ειδικότερα, οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα στον γάμο τους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης και έχουν την τάση να εμφανίζουν παράγοντες κινδύνου για παθήσεις της

---

<sup>1</sup> Η έρευνα για την υγεία την γήρανση και τη συνταξιοδότηση διαθέσιμη στην ιστοσελίδα: <http://www.share-project.gr>

καρδιάς, εγκεφαλικό επεισόδιο και σακχαρώδη διαβήτη. Οι άντρες από την άλλη πλευρά, αν και μπορεί να φαίνονται απογοητευμένοι και να εμφανίζουν σημάδια κατάθλιψης, δεν παρουσιάζουν τις ίδιες επιπτώσεις στη σωματική τους υγεία. (Smith et al, 2009).

Επιπρόσθετα, από πορίσματα ερευνών (ο.π. στο Καδδά, 2009) έχει καταδειχθεί ότι τα παιδιά διαζευγμένων γονέων αναπτύσσουν συχνότερα σωματικά και ψυχικά νοσήματα (κολίτιδα, έλκος στομάχου αλλά και ψυχιατρικές και διαταραχές διαγωγής) σε σχέση με τα παιδιά που ζουν και με τους δυο γονείς τους.

Τέλος, από τα αποτελέσματα σχετικής μελέτης (Tucker J, 1996) που διερευνούσε τη σχέση οικογενειακής κατάστασης και μακροζωίας, αναδείχθηκε ότι τα παντρεμένα άτομα ζουν περισσότερο σε σχέση με τους άγαμους και διαζευγμένους ανθρώπους. Μια άλλη ενδιαφέρουσα παράμετρος που προέκυψε από την έρευνα είναι πως τα άτομα που στην παρούσα φάση είναι παντρεμένα έχοντας, όμως βιώσει στο παρελθόν μια εμπειρία διαζυγίου, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με τους «σταθερά» παντρεμένους.

### ***Κοινωνικό-Οικονομικό Επίπεδο και Υγεία***

Στο παρελθόν, η ιατρική έρευνα ήταν κυρίως εστιασμένη στους βιολογικούς δείκτες και καθώς και στις βιοστατικές μετρήσεις των μέσων τιμών διαφόρων μεταβλητών που σχετίζονταν με την υγεία και την ασθένεια. Για πολλές δεκαετίες η μελέτη της επίδρασης των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών στην υγεία, είτε αγνοήθηκε, είτε μελετήθηκε πλημμελώς από την επιστημονική κοινότητα. Εν τούτοις, στις μέρες, η επίδραση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στην υγεία θεωρείται δεδομένη. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αυξάνεται συνεχώς το ενδιαφέρον για τη μελέτη διαφόρων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, όπως η φτώχεια, η ανεργία, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και η χαμηλή κοινωνική θέση στον επιπολασμό των σωματικών αλλά και των ψυχικών ασθενειών.

Καταρχήν, η *φτώχεια* αν και συνδέεται με τον κοινωνικό αποκλεισμό, ο οποίος σχετίζεται με τη μειωμένη πρόσβαση στα κοινωνικά αγαθά (όπως για παράδειγμα οι υπηρεσίες υγείας) συνιστά μια εντελώς διαφορετική έννοια. Η φτώχεια, αποτελεί μια, μεταξύ πολλών, κατάσταση και έναν από τους βασικούς τομείς κοινωνικής ενσωμάτωσης, ικανή

να προκαλέσει ή να εντείνει μια διαδικασία αποκλεισμού αλλά και να θεωρηθεί το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας. Όπως υποστηρίζει ο Καψάλης (2003), οι έννοιες της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού δεν ταυτίζονται, μιας και ο παράγοντας της φτώχειας δεν είναι από μόνος του αρκετός να οδηγήσει σε κοινωνικό αποκλεισμό. Άλλωστε, είναι πιθανό, κάποιοι άλλοι παράγοντες να διακόψουν αυτή τη διαδικασία (της φτώχειας), όπως για παράδειγμα η οργάνωση του κράτους πρόνοιας, η οργάνωση του δημόσιου συστήματος υγείας που επιτρέπει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Παρ'ολ' αυτά έχει διαπιστωθεί ότι ακόμα και σε χώρες (όπως η Ελλάδα) όπου το κράτος πρόνοιας εξασφαλίζει την ίση δυνατότητα πρόσβασης μέσω του δημόσιου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, οι κοινωνικές ανισότητες σε θέματα υγείας δεν εξέλειψαν. Αυτό συνεπάγεται ότι τα άτομα που τοποθετούνται στη χαμηλότερη βαθμίδα της κοινωνικής κλίμακας εξακολουθούν να έχουν χαμηλό επίπεδο υγείας (Υφαντόπουλος, 2006). Η παραπάνω παρατήρηση θα μπορούσε να αποδοθεί ίσως στην αδυναμία εξάλειψης, ακόμα και στις δυτικές ανεπτυγμένες χώρες, εν γένει των κοινωνικών ανισοτήτων που τροφοδοτούν και τις ανισότητες στην υγεία. Αναφορικά με την ύπαρξη ανισοτήτων στο δημόσιο σύστημα υγείας στη χώρα μας, ο Υφαντόπουλος υποστηρίζει ότι *«η υποτονική ανάπτυξη του δημόσιου τομέα σε συνδυασμό με την κακοδιοίκηση και τη διαφθορά συνέβαλαν στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών και παράλληλα στην αύξηση των ανισοτήτων στην υγεία»*<sup>2</sup>

Παρ'ολ' αυτά από σχετικές μελέτες προκύπτει πως η φτώχεια που οδηγεί σε κοινωνικό αποκλεισμό ατόμων ή ομάδων αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς καθοριστικούς παράγοντες υγείας. Υπό αυτό το πρίσμα, η έλλειψη οικονομικών πόρων σε έναν πληθυσμό ή μια οικογένεια στερεί από τα μέλη της από κατάλληλη στέγη και τροφή μέχρι την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας που είναι αναγκαίες για την προστασία της υγείας τους. Ακόμα, συνδέεται με μια σειρά δυσμενών παραγόντων, που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την υγεία στην παιδική ηλικία αλλά και τις προοπτικές για την ενήλικη ζωή. Σύμφωνα με την Καδδά (2009), οι συνθήκες διαβίωσης και, κυρίως, η στέγαση

---

<sup>2</sup> <http://tvxs.gr/news/%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1/%CE%BF%CE%B9-%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CF%83%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B5%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%BD-%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%AD%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82>



αποτελούν βασική προϋπόθεση για την υγεία, δεδομένου ότι εδώ και έναν αιώνα έχει αναγνωριστεί η σύνδεση μεταξύ φτωχών φυσικών στεγαστικών συνθηκών και κακής υγείας. Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι κοινωνικά μειονεκτούσες περιοχές τείνουν να παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ναρκωτικών, εγκλήματος, κοινωνικών προβλημάτων και ανεργίας. Επιπλέον, χαρακτηρίζονται από αδύναμο σύστημα κοινωνικής υποστήριξης, λιγότερες κοινωνικές υπηρεσίες και ανέσεις για κοινωνικές δραστηριότητες ή έλλειψη των οποίων συνδυάζεται με κατάθλιψη, υπέρταση, καρδιακά νοσήματα.

Ο Τούντας (2000) σημειώνει πως απ' όλους τους κοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στην υγεία, τον πιο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν, η κοινωνική θέση, οι υλικές συνθήκες ύπαρξης και οι κοινωνικές αξίες που καθορίζουν στάσεις και συμπεριφορές ως προς την υγεία και την ασθένεια.

Πράγματι από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει πως η *κοινωνική θέση* αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την υγεία του ατόμου. Η Καδδά (2009) υποστηρίζει πως η διαδικασία ανάμεσα στην υγεία και την κοινωνική στρωματοποίηση καθορίζεται από πολλές διαστάσεις όπως η δύναμη (εξουσία στο σπίτι, έλεγχος στον εργασιακό χώρο), τα κοινωνικά προτερήματα (πρόσβαση στα κοινωνικά δίκτυα) και οι ανθρώπινοι πόροι (ικανότητες και εκπαίδευση).

Ωστόσο, η συσχέτιση της κοινωνικής θέσης με την υγεία, αποτελεί δύσκολο εγχείρημα, δεδομένου ότι ο καθένας αξιολογεί την κοινωνική του θέση με διαφορετικό τρόπο (Αποστολοπούλου και Παπαματθαϊάκη 2009). Για το λόγο αυτό, στην Αμερική, οι μελέτες που ασχολούνται με το συγκεκριμένο θέμα προσεγγίζουν την κοινωνική θέση ως συνάρτηση των μεταβλητών του εισοδήματος, του επαγγέλματος και της εκπαίδευσης. Αντίστοιχα στην Μεγάλη Βρετανία η κοινωνική θέση προσεγγίζεται μέσω της ομαδοποίησης των επαγγελματιών σε πέντε κατηγορίες: α) Επαγγελματίες β) Μεσαία Τάξη γ) Ειδικευμένοι μη χειρώνακτες δ) ειδικευμένοι χειρώνακτες ε) μερικώς ειδικευμένοι/ ανειδίκευτοι χειρώνακτες.

Είναι γεγονός ότι, παρά τις όποιες μεθοδολογικές δυσκολίες και τους διαφορετικούς ορισμούς που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό της κοινωνικής θέσης, από τις

έρευνες αναδεικνύεται σταθερά η συσχέτιση της «χαμηλής» κοινωνικής θέσης με την «κακή» υγεία και τα αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας.

Όπως αναφέρεται από τον Σαρρή (2002), έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Βρετανία τη δεκαετία του '80, ανέδειξαν αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας για τους ανειδίκευτους χειρώνακτες εργάτες (άντρες και γυναίκες). Αντίστοιχα, ορισμένα νοσήματα όπως τα καρδιαγγειακά, οι χρόνιες παθήσεις και ορισμένες μορφές αναπηρίας αλλά και το αυξημένο ποσοστό απουσιών από την εργασία παρατηρούνται συχνότερα σε άτομα που προέρχονται από χαμηλές κοινωνικό-οικονομικές βαθμίδες. Ακόμα, οι επισφαλείς όροι ζωής και εργασίας που αφορούν κυρίως τα άτομα των «υποβαθμισμένων» κοινωνικών τάξεων, αποτελούν επιπρόσθετους επιβαρυντικούς παράγοντες για την υγεία. Ο κίνδυνος εργατικών ατυχημάτων που αφορά τις κοινωνικό-επαγγελματικές κατηγορίες των ανειδίκευτων χειρώνακτων αλλά και βιομηχανικών εργατών (ανδρών και γυναικών) είναι αυξημένος σε σχέση με άτομα άλλων κοινωνικοεπαγγελματικών κατηγοριών. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τη δεκαετία του '90 καταγράφονταν κάθε χρόνο περίπου 120 εκατομμύρια εργατικά ατυχήματα, με αποτέλεσμα να σημειώνονται περίπου 200.000 θάνατοι. Σύμφωνα, με τον Καψάλη (2009), στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε σύνολο περίπου 120 εκατ. εργαζομένων, κάθε χρόνο καταγράφονται σχεδόν 10 εκατ. περιπτώσεις εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών παθήσεων.

Αναφορικά με την άνιση κατανομή (ανάμεσα στις κοινωνικό-επαγγελματικές κατηγορίες) των επιπτώσεων των εργασιακών συνθηκών στην υγεία έχει διαπιστωθεί πως οι χειρώνακτες εργάτες κινδυνεύουν κατά 80% περισσότερο -από τις καταγεγραμμένες 100 πρώτες αιτίες θανάτου- σε σχέση με τους υπαλλήλους γραφείου. Αντίστοιχα, με βάση τα αποτελέσματα μελέτης (Τούντας, 2007) που διερευνούσε την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας των ευρωπαϊών εργαζομένων, παρατηρήθηκε πως μόνο το 1/3 των χαμηλόμισθων υπαλλήλων θεωρούν τον εαυτό τους υγιή, ενώ στους υψηλόμισθους υπάλληλους το αντίστοιχο ποσοστό ξεπερνά το 55%.

Επίσης, το χαμηλό εισόδημα έχει συσχετισθεί με τον επιπολασμό, τη χειρότερη πρόγνωση και τη χρονιότητα των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών. Αντίστοιχα είναι, επίσης, τα αποτελέσματα ερευνών που εξετάζουν την επίδραση της ανεργία στην ψυχική υγεία.

Ειδικότερα, η ανεργία φαίνεται να συνδέεται με αυξημένη συχνότητα των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών ενισχύοντας τη διάρκεια και όχι την έναρξη των επεισοδίων (Πολάκη και συν., 2007).

Ολοκληρώνοντας σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης έρευνας για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία (Κυριόπουλος, 2010), η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία. Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, των αυτοκτονιών και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι οι πιο εμφανείς επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού, οι οποίες κατανέμονται διαφορετικά μεταξύ των κατοίκων μιας χώρας, με τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο.

### ***Η επίδραση του εκπαιδευτικού-μορφωτικού επιπέδου στην υγεία και στην ασθένεια***

Επιπρόσθετα, το *μορφωτικό επίπεδο* φαίνεται να επιδρά στην κατάσταση της υγείας του ατόμου. Ειδικότερα το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, σε κάποιες περιπτώσεις, συμβάλει στην εξεύρεση υψηλά αμειβόμενης εργασίας και σχετίζεται με καλύτερες εργασιακές συνθήκες. Εκτός, όμως, από την επίδραση του στη βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του ατόμου συνδέεται, επιπλέον, αφενός με την πρόσβαση σε πηγές πληροφόρησης που σχετίζονται με την υγεία και αφετέρου με τη διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών που προάγουν την υγεία. Από τα πορίσματα ερευνών προκύπτει πως το προσδόκιμο ζωής ενός παιδιού γεννημένου από γονείς με πανεπιστημιακή εκπαίδευση και ανάλογη κοινωνική θέση είναι πέντε χρόνια μεγαλύτερο από το προσδόκιμο ζωής ενός παιδιού γεννημένου από ανειδίκευτους χειρώνακτες εργάτες. (Σαρρής, 2002).

Επίσης, από τα ευρήματα μιας πρόσφατης μελέτης στην Ελλάδα προκύπτει ότι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο εμφανίζει ισχυρή συσχέτιση με το δείκτη των γνώσεων και των αντιλήψεων για τη διατροφή σε σχέση με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, σύμφωνα με την έρευνα, εμφανίζουν μεγαλύτερο επιπολασμό των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τις καρδιαγγειακές παθήσεις (Γιωτοπούλου, 2010).



## **1.5: Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία**

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει το άτομο. Επειδή, οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, είναι φανερό ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη σοβαρών ανισοτήτων στην υγεία όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία αλλά και μεταξύ των μελών μιας κοινωνίας ανάλογα με την κοινωνική θέση που κατέχουν (Τούντας & Φρισηράς, 1996).

Η σύγχρονη προβληματική για τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία θεμελιώθηκε με την έκθεση Black Report του Βρετανικού Υπουργείου Εργασίας που δημοσιεύτηκε το 1980. Από τα κυριότερα πορίσματα της έκθεσης διαπιστώθηκε πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας μεταξύ των κοινωνικό-επαγγελματικών κατηγοριών σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα. Συγκεκριμένα, βρέθηκε πως οι χαμηλότερες κοινωνικό-επαγγελματικές κατηγορίες έχουν αυξημένους κινδύνους θανάτου και αυξημένους δείκτες νοσηρότητας συγκριτικά με τις υψηλότερες κοινωνικό-επαγγελματικές κατηγορίες. Ακόλουθα, οι ανώτερες κοινωνικό-επαγγελματικές κατηγορίες χρησιμοποιούν συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα τις υπηρεσίες πρόληψης. Τέλος, οι ανισότητες υγείας δεν αφορούν μόνο μια χώρα αλλά συναντώνται στα κοινωνικά συστήματα των περισσότερων χωρών.

Για την κατανόηση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έκθεσης Black χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες ερμηνευτικές θεωρίες: α) η θεωρία της τεχνητής ερμηνείας β) η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής γ) η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας και τέλος δ) η θεωρία της πολιτιστικής ή της συμπεριφορικής ερμηνείας, οι οποίες θα παρουσιαστούν στην συνέχεια (ο.π. στο Σαρής και συν., 2002)

### **1.5.1 Ερμηνευτικά Μοντέλα**

#### ***Η θεωρία της τεχνητής ερμηνείας***

Σύμφωνα με τη θεωρία της τεχνητής ερμηνείας η κοινωνική τάξη και η υγεία αποτελούν τεχνητές συνιστώσες μιας σχέσης, προκειμένου να μετρηθεί ένα κοινωνικό φαινόμενο. Η σχέση αυτή συνιστά μια κατασκευή που σημαίνει ότι στην πραγματικότητα ή δεν υφίσταται ή αν υφίσταται δεν θεμελιώνεται αιτιώδης σχέση μεταξύ των μεταβλητών της κοινωνικής τάξης και της υγείας. Κατά συνέπεια οι κοινωνικές ανισότητες είναι μάλλον τεχνητά κατασκευασμένες και δεν εκφράζουν αντικειμενικές πραγματικότητες.

Η θεωρία της τεχνητής ερμηνείας βασίζεται στο επιχείρημα πως τα στοιχεία και τα δεδομένα που αφορούν την υγεία και την κοινωνική τάξη είναι δύσκολο να προσεγγιστούν με ακρίβεια και αξιοπιστία, ως προς την μεθοδολογική τους εκτίμηση. Ειδικότερα, προβλήματα καταγραφής και τήρησης των στοιχείων που αφορούν: τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, το επάγγελμα, το εισόδημα, την κατάταξη του ατόμου σε μια κοινωνικό-επαγγελματική κατηγορία καθώς και άλλες παραμέτρους που συνθέτουν το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, περιορίζουν σημαντικά την εγκυρότητα των συναγόμενων συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικοοικονομικής θέσης και υγείας. Τέλος, με βάση αυτή τη θεωρία ο προσδιορισμός και η ανάλυση των παραγόντων ενός κοινωνικού φαινομένου δεν είναι εφικτός, εφόσον η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων δεν στηρίζεται σε αξιόπιστη μεθοδολογία.

Το βασικό σημείο κριτικής που έχει διατυπωθεί για τη συγκεκριμένη θεωρία είναι ότι επικεντρώνεται μονομεριστικά στην τεχνική και όχι στην κοινωνική διάσταση της στατιστικής επεξεργασίας, η οποία αναφέρει πως κάθε προϊόν στατιστικής επεξεργασίας συνιστά ένα κοινωνικό προϊόν. Υπό αυτή την έννοια κάθε στατιστική επεξεργασία ενέχει κινδύνους μη αμερόληπτης κρίσης μιας και ως κοινωνικό προϊόν αντανακλά στοιχεία από τους κατασκευαστές της.

#### ***Η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής***

Η θεωρία της φυσικής ή της κοινωνικής επιλογής βασίζεται στο αξίωμα ότι οι άνθρωποι με χαμηλό επίπεδο υγείας απασχολούνται συνήθως σε χαμηλά αμειβόμενες εργασίες και

κατατάσσονται, ως επί το πλείστον, στις χαμηλότερες βαθμίδες της κοινωνικής ιεραρχίας. Με βάση λοιπόν τη θεωρία της κοινωνικής επιλογής η υγεία συνιστά το σημαντικότερο παράγοντα της κοινωνικό-οικονομικής και της επαγγελματικής ιεράρχησης και της κοινωνικής κινητικότητας.

Η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής έχει δεχθεί κριτική αναφορικά με τις δυσκολίες στην κατανόηση και ερμηνεία των ανισοτήτων και των διαφορών στην υγεία μεταξύ των διαφόρων κοινωνικό-επαγγελματικών κατηγοριών. Για παράδειγμα, οι επαγγελματικές παθήσεις που συνδέονται με συγκεκριμένες κοινωνικοεπαγγελματικές ομάδες (π.χ. τα αναπνευστικά προβλήματα των εργατών στα ορυχεία) είναι αποτέλεσμα της έκθεσης των εργαζομένων στους παράγοντες κινδύνου της εργασίας. Έτσι, η κατάταξη των εργαζομένων αυτών στις χαμηλότερες κοινωνικό-επαγγελματικές κατηγορίες δεν οφείλεται στο επίπεδο της υγείας τους, εφόσον το συμβάν αυτό έπεται και δεν προηγείται της συγκεκριμένης εργασίας.

### ***Η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας***

Όπως έχει διαπιστωθεί η βελτίωση των υλικών συνθηκών ζωής (εισόδημα, ποιότητα κατοικίας, διατροφή κλπ) και η λήψη δημόσιων μέτρων υγείας οδήγησαν στην βελτίωση του προσδόκιμου ζωής. Πολύ πριν την ανάπτυξη της θεραπευτικής ιατρικής, η βελτίωση των υλικών συνθηκών συνέβαλε στην εξάλειψη των μολυσματικών ασθενειών που συνδέονταν με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας.

Η υψηλή συσχέτιση, όπως προκύπτει από τα ερευνητικά πορίσματα, ανάμεσα στις υλικές συνθήκες ζωής (εισόδημα, κατοικία, εργασιακές συνθήκες, προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας κλπ) και στους δείκτες υγείας (νοσηρότητα, θνησιμότητα) αποδίδουν στον παράγοντα της φτώχειας το ρόλο του σημαντικότερου προσδιοριστή της υγείας. Έτσι, σύμφωνα με τη θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας οι διαφορές στις υλικές συνθήκες ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις συνιστούν τους προσδιοριστικούς παράγοντες των ανισοτήτων στην υγεία.

### ***Η θεωρία της συμπεριφορικής και της πολιτισμικής ερμηνείας***

Η συμπεριφορική και πολιτισμική ερμηνεία επικεντρώνεται στις διαφορές των αντιλήψεων και πεποιθήσεων για την υγεία και των συνακόλουθων συμπεριφορών υγείας που παρατηρούνται μεταξύ των κοινωνικών τάξεων. Για παράδειγμα τα υψηλά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού που έχει παρατηρείται πιο συχνά στα άτομα των χαμηλών κοινωνικό-οικονομικών τάξεων συνεπάγεται την αναγκαιότητα διερεύνησης, πλην των οικονομικών, και των άλλων διαφορών μεταξύ των κοινωνικών τάξεων όπως είναι οι πολιτισμικές και οι συμπεριφορικές διαφορές.

Με βάση την συγκεκριμένη θεωρία οι διαφορές αυτές προέρχονται από τις διαφορετικές στάσεις, αξίες και τρόπους ζωής, που εκδηλώνονται με διαφορετικό τρόπο στις κοινωνικές τάξεις και ομάδες που συγκροτούν μια κοινωνία. Για παράδειγμα τα άτομα που κατατάσσονται στις χαμηλότερες βαθμίδες της κοινωνικής ιεραρχίας αντιλαμβάνονται την υγεία ως απουσία συμπτωμάτων κάποιας νόσου, την ασθένεια ως το αποτέλεσμα κάποιων εξωτερικών παραγόντων που δεν ελέγχονται από τους ίδιους ενώ οι προσδοκίες τους για καλή υγεία εκφράζονται σε χαμηλά επίπεδα. Αντίστοιχα, τα άτομα που κατατάσσονται στις υψηλότερες βαθμίδες της κοινωνικής ιεραρχίας εκφράζουν μια ευρύτερη αντίληψη για την υγεία (θετικά προσδιορισμένη) και ερμηνεύουν την αρρώστια σε συνάρτηση με προσωπικές επιλογές, ενέργειες και συμπεριφορές και είναι περισσότερο διατεθειμένα να αναλάβουν πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση των ενδεχόμενων κινδύνων καθώς και για την τροποποίηση 'επιβλαβών' συμπεριφορών.

#### **1.5.2 Κοινωνικές Ανισότητες και Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας**

Τα πορίσματα της Βρετανικής Έκθεσης Black Report, επί της ουσίας, έθεσαν τα θεμέλια για τη μελέτη των κοινωνικών ανισοτήτων και την επίπτωση τους στην υγεία των διάφορων κοινωνικό-επαγγελματικών ομάδων. Από τα αποτελέσματα της έκθεσης διαπιστώθηκε ότι οι μεγαλύτερες και οι πιο σαφείς κοινωνικές ανισότητες αφορούν στην πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και προληπτικής ιατρικής. Με βάση την συγκεκριμένη μελέτη, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που ανήκουν στα μεσαία και στα ανώτερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα κάνουν πιο συχνή και πιο ποιοτική (ενεργητική στάση κατά την ιατρική πράξη, καλύτερη συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό) χρήση των



υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα άτομα που κατατάσσονται στις χαμηλότερες βαθμίδες της κοινωνικής ιεραρχίας.

Επιπρόσθετα, από τη μελέτη της βιβλιογραφίας που ασχολείται με την προβληματική των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία προκύπτει πως η οργάνωση του συστήματος υγείας μιας χώρας δημιουργεί ανισότητες στην πρόσβαση του πληθυσμού της στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, όταν το κύριο βάρος στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας μιας χώρας προσδίδεται στη δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη και το μεγαλύτερο μέρος των πόρων για την υγεία προσφέρονται για την αγορά υψηλής ιατρικής τεχνολογίας, αναπόφευκτα, αυτό συνεπάγεται την υποχρηματοδότηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Σαρρής και συν., 2002). Η παραπάνω διαπίστωση επιβεβαιώνεται και για τη χώρα μας από τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης<sup>3</sup>. Ειδικότερα, καταγράφηκε συχνότερη επαφή με επαγγελματίες υγείας για το 80% των ατόμων των ανώτερων εισοδηματικών στρωμάτων ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα κατώτερα στρώματα ήταν 65%. Ανάλογες διαφορές παρατηρούνται και μεταξύ των ασφαλισμένων βασικών ταμείων, όπου παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συχνότητα προληπτικών εξετάσεων στους ασφαλισμένους στο δημόσιο σε σχέση με τους ασφαλισμένους στο Ι.Κ.Α. και στον Ο.Γ.Α.. Τα αίτια των μεγάλων κοινωνικών ανισοτήτων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ανάγονται κυρίως στην πολυδιάσπαση των ταμείων και στις άνισες παροχές τους, καθώς και στη συνεχή υποβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

## **1.6: Πολιτισμός και Υγεία**

Ο πολιτισμός συνιστά συστατικό στοιχείο της κάθε κοινωνίας που συμβάλλει τόσο μορφή και την οργάνωση της όσο και στη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Ο πολιτισμός αναφέρεται στην κοινή κληρονομιά, στις κοινές παραδόσεις και αντιλήψεις και στα κοινωνικά νοήματα και σύμβολα μιας κοινωνικής ομάδας ή μιας κοινωνίας ευρύτερα. Ο πολιτισμός ως έννοια παρουσιάζει ποικιλομορφία ως προς τις εννοιολογήσεις που έχουν

---

<sup>3</sup> Πηγή: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Υγεία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008

διατυπωθεί για να τον περιγράψουν και σε πολλές περιπτώσεις ταυτίζεται με την έννοια της κουλτούρας. Ο Tylor (ο.π. στο Κούτα, 2007) όρισε την κουλτούρα ως ένα πολύπλοκο σύνολο, που περιλαμβάνει τις γνώσεις, τα πιστεύω, την ηθική, τους νόμους, τα έθιμα, την τέχνη και τις οποιοσδήποτε άλλες ικανότητες και συνήθειες αποκτώνται από το άτομο ως μέλος της κοινωνίας. Αντίστοιχα, η Leininger (ο.π. στο Κούτα, 2007) προσεγγίζοντας την κουλτούρα, αναφέρεται στις γνώσεις για τις αξίες, στα πιστεύω, στις αντιλήψεις και στους τρόπους ζωής, που μαθαίνονται, μοιράζονται και μεταφέρονται στον τρόπο σκέψης, λήψης αποφάσεων και δράσης μιας συγκεκριμένης ομάδας.

Τα νοήματα και τα σύμβολα, οι αντιλήψεις και αξίες μιας κοινωνίας που μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά είναι τα στοιχεία που δηλώνουν την ταυτότητα και τον τρόπο ζωής μιας ομάδας, τα οποία διαμορφώνονται μέσα από την αλληλεπίδραση των μελών της με το φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον. Σύμφωνα με τον Giddens (2002), χαρακτηριστικό στοιχείο του πολιτισμού είναι ότι υιοθετείται από τα άτομα χωρίς αποδείξεις και προσδίδει στην ομάδα ή στην κοινωνία μια ομοιομορφία με τα δικά της πρότυπα, χαρακτηριστικά και νόρμες. Οι Παλτόγλου και Τράντα (2009) επισημαίνουν ότι ο πολιτισμός, ως αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής συμπεριφοράς του ατόμου, του τρόπου που αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα γύρω του και των αντιλήψεων και των στάσεων του για τα θέματα που το περιβάλλουν, καθορίζεται από τις πολιτισμικές αξίες της ομάδας υπαγωγής του. Αντίστοιχα, οι αντιλήψεις του ατόμου για τα θέματα της υγείας και της αρρώστιας διαμορφώνονται σε συνάρτηση με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει.

### **1.6.1 Οι Πολιτισμικές Ερμηνείες της Ασθένειας και του Πόνου**

Σύμφωνα με τον Eckersley (2007) η ανθρώπινη υγεία έχει πολλαπλές πηγές: υλικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και πνευματικές. Ο άνθρωπος, ως βιολογικό ον, έχει ποικίλες ανάγκες για τροφή, νερό, ύπνο και καθαρό αέρα. Αντίστοιχα, ως κοινωνικό ον για να ζήσει χρειάζεται την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα και, τέλος, ως πολιτισμικό ον, δημιουργεί πολιτισμό για να προσδώσει νόημα στη ζωή του.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο τρόπος με τον οποίο δομείται η έννοια της υγείας και της ασθένειας από το άτομο είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά

της ομάδας του. Αυτός είναι άλλωστε και ο λόγος που η ασθένεια, ανάλογα με το πολιτισμικό περιβάλλον, που εκδηλώνεται, επιδέχεται πληθώρας ερμηνειών. Άλλοτε προσλαμβάνεται ως χάρισμα ή μίasma, άλλοτε ως τιμωρία ή επιβράβευση, άλλοτε ως αμαρτία ή ιερότητα και άλλοτε ως θεία απόφαση ή προσωπική αμαρτία (Eckersley 2007).

Ήδη από την αρχαιότητα ήταν γνωστή η συσχέτιση ανάμεσα σε κάποιους πολιτισμικούς παράγοντες με την ανάπτυξη νοσηρότητας και θνησιμότητας. Πρώτος ο Πλάτωνας είχε διατυπώσει την άποψη ότι η ασθένεια προκαλείται από τον πολιτισμό, εννοώντας πως η αποκοπή του ατόμου από το φυσικό του περιβάλλον έχει επιπτώσεις στην υγεία του. (Παλτόγλου, Τράντα, 2009). Σήμερα, ολοένα και πιο συχνά διατυπώνονται απόψεις που συνδέουν μερικές από τις σύγχρονες ασθένειες (διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κλπ) με τις αξίες, τις συνήθειες και δραστηριότητες που υπαγορεύονται από το σύγχρονο τρόπο ζωής του Δυτικού πολιτισμού.

Οι πολιτισμικοί παράγοντες καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τις εμπειρίες που βιώνουν τα άτομα στο πλαίσιο ενός συγκεκριμένου πολιτισμού. Κάθε πολιτισμός χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα σχήματα επίκτητων συμπεριφορών, τελετουργιών και πεποιθήσεων, που διαμορφώνουν κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Τα χαρακτηριστικά αυτά αφορούν κυρίως την έκφραση των συναισθημάτων, τη μορφή και το περιεχόμενο των ανθρώπινων σχέσεων, την αντιμετώπιση της ζωής και του θανάτου, τη θεώρηση της υγείας και της αρρώστιας( Τούντας,2007).

Αντίστοιχα, στην ανάπτυξη και στην έκφραση της ασθένειας η σημασία των πολιτισμικών επιδράσεων είναι μεγάλη. Ο κάθε πολιτισμός έχει αναπτύξει τη δική του «γλώσσα δυσφορίας», με την οποία εκφράζει τα συμπτώματα και τα σημάδια που θεωρεί αποκλίσεις από τη φυσιολογική (που είναι εξίσου πολιτισμικά ορισμένη) λειτουργία του οργανισμού. Έτσι, σε ορισμένες κοινωνίες σωματικά συμπτώματα που η δυτική ιατρική θεωρεί παθολογικά εκεί (στο δικό τους πολιτισμικό πλαίσιο) δεν θεωρούνται συμπτώματα νόσου. Όπως επίσης υπάρχουν και περιπτώσεις πολιτισμικά ορισμένων νοσημάτων (σύνδρομα πολιτιστικών μορφωμάτων) τα οποία η ‘επιστημονική’ ιατρική δεν μπορεί να ερμηνεύσει πλήρως. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιου συνδρόμου είναι το σούστο, το οποίο ‘προσβάλλει’ πληθυσμούς ισπανικής και ινδιάνικης καταγωγής στη Λατινική

Αμερική. Εκδηλώνεται με συμπτώματα, αϋπνίας, κόπωσης και αδυναμίας και ερμηνεύεται στις κοινωνίες αυτές ως το αποτέλεσμα της βίωσης ενός έντονου και τρομακτικού επεισοδίου, όπου ένα ουσιώδες μη οργανικό τμήμα του ατόμου αποχωρίζεται από το σώμα. Για τους ανθρωπολόγους το σούστο φανερώνει «τον τρόπο με τον οποίο οι πολιτισμικές και οι οργανικές διεργασίες αλληλεπιδρούν για να σχηματίσουν μια άγνωστη ολότητα στην δυτική ιατρική<sup>4</sup>».

Υπό αυτό το πρίσμα τα συμπτώματα δεν έχουν αυτόνομη ύπαρξη αλλά αποτελούν ερμηνείες που εξαρτώνται από το πλαίσιο στο οποίο εγγράφονται οι σωματικές εμπειρίες. Για τους ανθρωπολόγους η ιατρική δραστηριότητα αποτελεί μια ερμηνευτική, όπου ο γιατρός ερμηνεύει τα συμπτώματα που αισθάνεται ο ασθενής και τα μεταφράζει με τις κατηγορίες της ιατρικής του γνώσης, οι οποίες βασίζονται σε βιολογικές έννοιες. Ωστόσο ο κάθε ασθενής για να κατανοήσει την κατάσταση του κατασκευάζει το δικό του ερμηνευτικό μοντέλο, το οποίο, κατά βάση, επηρεάζεται από τα ατομικά του χαρακτηριστικά αλλά και από τα πολιτισμικά πρότυπα που ακολουθεί.

Όπως συμβαίνει και με την ασθένεια, οι διάφοροι πολιτισμοί έχουν υποδείξει δικούς τους τρόπους για να εκφράσουν ότι “πονούν”. Ο πόνος έχει οριστεί από τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (IASP) ως μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με μια εγκατεστημένη ή επαιλούμενη ιστική βλάβη ή περιγράφεται σε σχέση με μια τέτοια βλάβη. Όμως, για το κάθε μεμονωμένο άτομο, ο πόνος συνιστά ένα δυσάρεστο υποκειμενικό αίσθημα που ερμηνεύεται τόσο βάση των ατομικών χαρακτηριστικών όσο και των πολιτισμικών του αναφορών. Η αντίδραση απέναντι στον πόνο (είτε η ακούσια είτε η εκούσια) έχει ονομαστεί “συμπεριφορά απέναντι στον πόνο” (Τούντας, 2007). Η μορφή που θα πάρει η συγκεκριμένη συμπεριφορά εξαρτάται τόσο από τη φύση και την ένταση αυτού καθαυτού του ερεθίσματος όσο και από τις πολιτισμικές επιρροές του πλαισίου που εγγράφεται αυτό το ερέθισμα.

---

<sup>4</sup>Πηγή Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας:

[http://www.esdy.edu.gr/Files/006\\_Koinoniologias/yegeia%20astheneia%20kai%20oi%20politistikes%20kai%20koinwnikes%20ermineies%20tous%20.pdf](http://www.esdy.edu.gr/Files/006_Koinoniologias/yegeia%20astheneia%20kai%20oi%20politistikes%20kai%20koinwnikes%20ermineies%20tous%20.pdf)

Σύμφωνα, με τον Τούντα (2007) η αντοχή στον πόνο επιτυγχάνεται πιο εύκολα όταν εντάσσεται σε ένα πολιτισμικά αποδεκτό πλαίσιο της ζωής, παρά όταν αντιμετωπίζεται σαν κάτι που μπορεί να καταπολεμηθεί και άρα να αποφευχθεί. Για παράδειγμα, στις παραδοσιακού τύπου κοινωνίες ο πόνος (όπως η αρρώστια και ο θάνατος) συνήθως αντιμετωπιζόταν ως αναπόφευκτο συμβάν της ζωής με αποτέλεσμα οι συμπεριφορές που υιοθετούνταν από τα άτομα να χαρακτηρίζονται από στωικότητα, χωρίς αυτό να σημαίνει παραίτηση ή παθητικότητα από τη μάχη για τη ζωή. Από την άλλη πλευρά, ο πόνος στην ελληνική αρχαιότητα αποτελούσε αναπόσπαστη εμπειρία της πνευματικής ανέλιξης για την κατάκτηση της ευτυχίας. Με άλλα λόγια, για την αρχαία ελληνική σκέψη ο δρόμος για την απόλαυση της ευτυχίας ήταν άρρηκτα συνδεδεμένος με “επίπονες” δοκιμασίες. Η εξάλειψη του πόνου, ενώ θεραπευτικά θα μπορούσε να επιτευχθεί, δεν αποτελούσε πρωτεύον μέλημα στην άσκηση της ιατρικής πράξης.

Για τον Τούντα (2007) η στενή σχέση ευχαρίστησης και πόνου είναι ίσως ο λόγος που οδήγησε, μετέπειτα, τη Χριστιανική Εκκλησία να χαρακτηρίσει τον πόνο θεϊκή τιμωρία για όσους ενδίδουν στις απολαύσεις της ζωής. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Φωτίου, 2005., King, 2001) προκύπτει ότι η θρησκεία είναι ένας σημαντικός παράγοντας καθορισμού του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την ασθένεια, ψυχική ή σωματική. Σε πολλά θρησκευτικά πλαίσια ανά τον κόσμο, η ασθένεια και ο πόνος συνδέθηκαν με τη δράση “δαιμονικών” δυνάμεων, με την αμαρτία και εν τέλει με την επιβολή θεϊκής τιμωρίας. Παρ’ όλ’ αυτά υπάρχουν και θρησκευτικά δόγματα που αποδίδουν στον πόνο θετικό περιεχόμενο θεωρώντας ότι βοηθά στην ενδυνάμωση και στον εξαγνισμό του ανθρώπου. Από τις έρευνες που ασχολούνται με τη επίδραση της θρησκευτικότητας στην υγεία προκύπτει πως είναι δύσκολη η διατύπωση σχέσεων αιτιού-αιτιατού ανάμεσα στις δυο μεταβλητές. Έχει αναδειχθεί όμως η επιρροή της θρησκευτικότητας (και της πνευματικότητας) στην υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για την κατάσταση της υγείας τους (Newberg & Lee 2006).

Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να αποσαφηνιστούν οι έννοιες της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας, γύρω από τις οποίες δομούνται ερμηνευτικά πλαίσια μέσω των οποίων το άτομο διαμορφώνει το προσωπικό του σύστημα ερμηνείας των γεγονότων και αναζητά τη βαθύτερη σημασία των βιωμάτων του. Οι συγκεκριμένες έννοιες, αν και

έχουν χρησιμοποιηθεί από τη βιβλιογραφία ως συνώνυμες και αλληλένδετες, ωστόσο, δεν ταυτίζονται. Ειδικότερα, η θρησκευτικότητα συνδέεται με τις διδαχές και τον τρόπο ζωής που υπαγορεύει μια οργανωμένη θρησκεία ενώ η πνευματικότητα αναφέρεται στο γενικότερο τρόπο ζωής του ατόμου (κοσμοθεωρία), που, συνακόλουθα, καθορίζει τον τρόπο αντιμετώπισης των ζητημάτων της ζωής.

Η θρησκευτικότητα, ως όρος, αναφέρεται στο σύνολο των πολυάριθμων διαστάσεων της θρησκευτικής πίστης και πρακτικής. Οι Allport και Ross (ο.π. στο Φωτίου, 2005) διέκριναν τη θρησκευτικότητα σε ενδογενή και εξωγενή. Η ενδογενής θρησκευτικότητα αναφέρεται στην εσωτερικοποίηση της θρησκευτικής πίστης από το άτομο, η οποία έχει κεντρικό ρόλο στη ζωή του. Η εξωγενής θρησκευτικότητα αναφέρεται στις πρακτικές του ατόμου που “χρησιμοποιεί” τη θρησκευτική πίστη για άλλους σκοπούς (ασφάλεια, κοινωνικότητα κ.α.).

Από την άλλη πλευρά, η πνευματικότητα αποτελεί ένα σύστημα πεποιθήσεων, το οποίο εστιάζει στα άυλα στοιχεία που μεταδίδουν ζωτικότητα αλλά και στα γεγονότα που δίνουν νόημα στη ζωή (Maugans ο.π. στο Τζούνης και συν. 2009). Συνιστά ένα σύνθετο και πολυδιάστατο μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας, που περιλαμβάνει γνωστικές εμπειρίες αλλά και διάφορες πτυχές της συμπεριφοράς. Οι φιλοσοφικές πτυχές της πνευματικότητας εστιάζουν στην αναζήτηση του νοήματος και του σκοπού της ζωής και περιλαμβάνουν τις πεποιθήσεις και τις αξίες με τις οποίες ζει το άτομο.

### **1.7: Οι Κοινωνικές Αναπαραστάσεις της Υγείας και της Ασθένειας**

Ο προσδιορισμός της υγείας και της ασθένειας μέσω των κοινωνικών αναπαραστάσεων καθορίζεται από τις πολιτισμικές αναφορές, από τις ιδέες, από τις πεποιθήσεις, από την εκπαίδευση αλλά και από τις θρησκευτικές αντιλήψεις (για τη ζωή, το θάνατο, την αμαρτία) και τις αντιλήψεις για το σώμα που υπάρχουν σε κάθε κοινωνία. (Williams 2004).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι σύνολα εννοιών, προτάσεων και εξηγήσεων που παράγονται στην καθημερινή ζωή κατά τη διάρκεια της διαπροσωπικής επικοινωνίας για

την ανακάλυψη και την εξήγηση της πραγματικότητας. Η λειτουργία τους έγκειται στο ότι, αφενός, διευκολύνουν το άτομο να προσανατολιστεί και να διαχειριστεί τον υλικό και κοινωνικό κόσμο (μετατροπή του ανοίκειου σε οικείο, δυνατότητα για νοηματοδότηση και αξιολόγηση) και, αφετέρου, διευκολύνουν την επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη μιας κοινότητας (Μαντόγλου & Παπαστάμου, 1995).

Στο χώρο της υγείας, η κλασική έρευνα της Claudine Herzlich τη δεκαετία του '70 έθεσε τη βάση για τη μελέτη των σωματικών φαινομένων (υγείας και της ασθένειας) υπό το πρίσμα των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Η μελέτη της Herzlich επικεντρώθηκε σε δύο βασικά ζητήματα: αφενός στις πεποιθήσεις του “κοινού” για τα αίτια της ασθένειας και αφετέρου στον προσδιορισμό/νοηματοδότηση της έννοιας της υγείας. Υιοθετώντας μια «κοινωνικό-ψυχολογική προσέγγιση», υποστήριξε ότι οι ατομικές πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια αποτελούν αναπαραστάσεις του πολιτιστικού περιβάλλοντος και της κοινωνίας όπου ζουν τα άτομα. Οι αναπαραστάσεις αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν ιατρικές ιδέες περί παθολογίας και αιτιολογίας. Εντούτοις οι ιδέες των μη ειδικών εκφράζουν μια ορισμένη πολιτιστική αυτονομία και ενσωματώνουν μια ευρύτερη θεώρηση της υγείας και της ασθένειας σε σχέση με την κοινωνία (Williams, 2004).

Η συγκεκριμένη έρευνα στηρίχθηκε σε -εις βάθος- συνεντεύξεις με άτομα που κατατάσσονταν στα μεσαία ή στα υψηλά στρώματα της γαλλικής κοινωνίας. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, αναδείχθηκε ότι η γλώσσα με την οποία εκφραζόμαστε για την υγεία και την ασθένεια (δηλ. η γλώσσα με την οποία ερμηνεύουμε τα αίτια, τις εκδηλώσεις και τις συνέπειες) δεν είναι η γλώσσα του σώματος αλλά πρόκειται για τη γλώσσα της σχέσης του ατόμου με την κοινωνία<sup>5</sup>. Ειδικότερα, διερευνώντας τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι μιλούν για την ασθένεια, διέκρινε τρεις διαφορετικές τάσεις:

α) Την πρόσληψη της ασθένειας ως καταστροφέα, που περιλαμβάνει την απώλεια την απομόνωση και την ανικανότητα. Ο ασθενής βιώνει την ασθένεια ως «καταστρεπτική» λόγω της στέρησης της δραστηριότητας την οποία προκαλεί η ασθένεια, η οποία

---

<sup>5</sup> Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας:  
[http://www.esdy.edu.gr/Files/006\\_Koinoniologias/yegeia%20astheneia%20kai%20oi%20politistikes%20kai%20koinwnikes%20ermineies%20tous%20.pdf](http://www.esdy.edu.gr/Files/006_Koinoniologias/yegeia%20astheneia%20kai%20oi%20politistikes%20kai%20koinwnikes%20ermineies%20tous%20.pdf)

συνοδεύεται τόσο από την καταστροφή των δεσμών με τους άλλους όσο και από τις διάφορες απώλειες στις δεξιότητες και τους ρόλους του ατόμου.

β) Την πρόσληψη της ασθένειας, ως λυτρωτή. Σε αυτή την περίπτωση η ασθένεια εκλαμβάνεται ως απελευθερωτική και ως ευκαιρία για να ξεφύγει το άτομο από τον κοινωνικό του ρόλο που καταπιέζει την ατομικότητα του.

γ) Την πρόσληψη της ασθένειας ως απασχόληση. Σ' αυτή την περίπτωση η ασθένεια δεν συνοδεύεται από έκπτωση της αξίας του ατόμου, το οποίο μέσα από τη μάχη για την αντιμετώπιση της ασθένειας διατηρεί την κοινωνική του ταυτότητα.

Αντίστοιχα, μελετώντας τις διατυπώσεις των ατόμων για την υγεία, η Herzlich διαπίστωσε ότι οι αντιλήψεις τους εκκινούν από το οργανικό επίπεδο (η υγεία ως απουσία ασθένειας) και καταλήγουν στο κοινωνικό επίπεδο, εισάγοντας την έννοια της ισορροπίας. Η υγεία, ως ισορροπία, περιλαμβάνει το αίσθημα της φυσικής και ψυχικής ευεξίας, της αποτελεσματικότητας, της επαγγελματικής δραστηριότητας και της αρμονίας σε σχέση με τους άλλους. Τέλος, η θεώρηση αυτή αντανακλά τη δυνατότητα του ατόμου να διαχειρίζεται με επιτυχία τις πιέσεις και τις προκλήσεις του κοινωνικού του περιβάλλοντος.

Η Herzlich (στο Μαντόγλου, Παπαστάμου, 1995) υποστηρίζει ότι η υγεία και η ασθένεια παρουσιάζουν ειδικό ενδιαφέρον στη μελέτη των κοινωνικών αναπαραστάσεων για τους ακόλουθους λόγους:

1. Στις μέρες μας, ολοένα και περισσότερο το σύνολο των γεγονότων του σώματος, των ζωτικών φαινομένων και των βιολογικών μοντέλων έχουν γίνει αντικείμενο του συλλογικού λόγου.
2. Στις κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας συσχετίζεται η ενόραση του βιολογικού κόσμου με την ενόραση του κοινωνικού κόσμου.
3. Η ασθένεια και η υγεία συνιστούν ένα από τα πιο κατάλληλα πεδία μελέτης της σχέσης της κοινωνικής αναπαράστασης με την κοινή αλλά και με την επιστημονική σκέψη.



## **1.8: Μετανάστευση και Υγεία**

### **1.8.1 Μετανάστευση: Εννοιολογική Αποσαφήνιση - Ποσοτική Εκτίμηση**

Η μετανάστευση αποτελεί ένα διαχρονικό φαινόμενο που λόγω της ποιοτικής και ποσοτικής της μετεξέλιξης έχει κεντρίσει το ερευνητικό ενδιαφέρον σε διεθνές επίπεδο (ΚΕΘΙ, 2007). Η μετανάστευση, ως διαδικασία και ως βίωμα, έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημονικών κλάδων με αποτέλεσμα να μην έχει διατυπωθεί ακόμα ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Ωστόσο, όταν αναφερόμαστε στον όρο μετανάστευση συνήθως εννοούμε την διαδικασία της εκούσιας μετεγκατάστασης ατόμων ή ομάδων από μια χώρα σε μια άλλη με στόχο την αναζήτηση εργασίας και γενικότερα την αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης.

Τα τελευταία χρόνια, ολοένα και περισσότερο, απαντάται στην βιβλιογραφία ο όρος «θηλυκοποίηση της μετανάστευσης». Ο συγκεκριμένος όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει την τάση συμμετοχής των γυναικών στα σύγχρονα μεταναστευτικά ρεύματα ως αυτόνομων υποκειμένων παρά ως εξαρτημένων ατόμων που συνοδεύουν τους άντρες (ΚΕΘΙ, 2007). Η ποιοτική αυτή αλλαγή στο χαρακτήρα των μεταναστευτικών ρευμάτων σηματοδοτεί και την αλλαγή στην θέση των γυναικών μεταναστριών στις σύγχρονες μετακινήσεις. Μέχρι τη δεκαετία του '80 η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών μετανάστευε για λόγους οικογενειακής επανένωσης. Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες η τάση αυτή έχει διαφοροποιηθεί με αποτέλεσμα να εμφανίζεται συχνότερα η τάση της αυτόνομης γυναικείας μετανάστευσης.

Όσον αφορά την ποσοτική εκτίμηση του μεταναστευτικού φαινομένου, από τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προκύπτει ότι το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού δηλ. ένας στους 35 ανθρώπους, είναι μετανάστες σε άλλη χώρα. Το 2006, ο αριθμός των μεταναστών άγγιξε τα 200.000.000, ενώ το 50% ήταν γυναίκες και παιδιά.

### **1.8.2 Η Μετανάστευση στην Ελλάδα**

Οι παγκόσμιες πολιτικές και οικονομικές ανακατατάξεις των τελευταίων δεκαετιών έχουν σηματοδοτήσει την έναρξη μιας νέας μεταναστευτικής πραγματικότητας. Χώρες της αποκαλούμενης «καπιταλιστικής περιφέρειας», που σε μια προηγούμενη περίοδο

αποτελούσαν κατεξοχήν χώρες αποστολής εργατικού δυναμικού, μετατράπηκαν σε χώρες υποδοχής μεταναστών (Γιαννούλης, 2008).

Η Ελλάδα παραδοσιακά ήταν μια χώρα αποστολής μεταναστών προς τις χώρες με ταχεία οικονομική ανάπτυξη και αυξημένη ζήτηση εργατικών χεριών. Μέχρι τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, η Αμερική και η Αυστραλία και περί τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η Γερμανία και το Βέλγιο ήταν χώρες μαζικής υποδοχής Ελλήνων μεταναστών. Όμως, από τα τέλη της δεκαετίας του '70 και καθ' όλη τη διάρκεια της επόμενης δεκαετίας παρατηρείται η αντίστροφη πορεία, δηλαδή, η υποδοχή μεταναστών από τρίτες χώρες, αρχικά σε μικρό βαθμό και από τις αρχές της δεκαετίας του '90 μέχρι και σήμερα με πιο έντονους ρυθμούς. Σε αυτό συνετέλεσαν πολλοί παράγοντες, όπως η οικονομική ανάπτυξη της Ελλάδας, σε συνδυασμό με την ένταξη της στην Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς επίσης και η κατάρρευση των καθεστώτων της ανατολικής Ευρώπης. Χάρη στη γεωπολιτική της θέση, η χώρα μας μετατράπηκε -σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα- σε πόλο έλξης για ολόκληρη την περιοχή των Βαλκανίων (Καψάλης, 2003).

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, το μεταναστευτικό ρεύμα προς την Ελλάδα αυξάνει συνεχώς. Σύμφωνα με στοιχεία του ΙΜΕΠΟ (2006) εκτιμάται ότι 1.200.000 μετανάστες ζουν μόνιμα στη χώρα. Απέναντι σε αυτή τη κατάσταση, το ελληνικό κράτος, όχι μόνο ήταν και είναι απροετοίμαστο, αλλά με τη μεταναστευτική του πολιτική είναι κύριος παραγωγός των προβλημάτων που συνδέονται άμεσα με την «παράνομη»<sup>6</sup> μετανάστευση που είναι εμφανής και σήμερα.

Γενικά στοιχεία του μοντέλου της σύγχρονης μεταναστευτικής πολιτικής στην Ελλάδα είναι: η προσωρινότητα της παραμονής του αλλοδαπού, η αντιμετώπιση αυτού ως εργάτη - όχι ως πολίτη- και μάλιστα με πρόσφορα θέσεων εργασίας κοινωνικά ανεπιθύμητων, η αδιαφορία για την ανάπτυξη δικτύων κοινωνικής προστασίας, η έμφαση στην κατασταλτική πολιτική, η πρωτοκαθεδρία των φορέων του επίσημου κοινωνικού ελέγχου για την αντιμετώπιση ενός κοινωνικού ζητήματος και βέβαια η αναπαραγωγή και διατήρηση της «παράνομης» μετανάστευσης (Γεωργούλας, 2003).

### **1.8.3 Η Επίδραση της Μεταναστευτικής Εμπειρίας στην Υγεία**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η μετανάστευση δεν αποτελεί ένα μονοδιάστατο φαινόμενο καθώς ποικίλες, οικονομικές, πολιτικές, πολιτισμικές, ιστορικές και γεωγραφικές δομές συμβάλλουν, πολυπαραγοντικά, στη διαμόρφωση του. Υπό αυτό το πρίσμα, υπάρχουν πολλοί λόγοι που οδηγούν τους ανθρώπους σε μετανάστευση (οικονομικοί, πολιτικοί, προσωπικοί κλπ). Ωστόσο, ανεξάρτητα από το λόγο της μετανάστευσης, η μετακίνηση από μια χώρα και η εγκατάσταση σε μια άλλη, καθώς και η διαβίωση σε αυτήν ως μέλος κάποιας εθνικής μειονότητας, θεωρούνται ιδιαίτερα στρεσογόνες διαδικασίες για το άτομο (Μόττη- Στεφανίδη, 2008).

Ο άνθρωπος που μεταναστεύει αφήνει πίσω του το συγγενικό ή φιλικό του περιβάλλον, απομακρύνεται από το κοινωνικό-πολιτισμικό του πλαίσιο και από τις συνήθειες της ζωής του. Κάθε στάδιο της μετανάστευσης επιβαρύνει τον ψυχισμό του ατόμου. Ειδικότερα, πριν την αναχώρηση το άτομο μπορεί να βιώσει την πείνα, την βία, την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Όταν φεύγει, βιώνει την απώλεια σε όλους τους τομείς: εργασία, οικογένεια, κοινωνική θέση. Όταν εγκαθίσταται στον τόπο προορισμού, βιώνει την απόρριψη, την εχθρότητα, τη βία, τη διαφορετικότητα, το ρατσισμό, την ανεργία. Ακόμα και αν επιστρέψει στην πατρίδα του, κινδυνεύει να βρει κατεστραμμένα τα όσα άφησε πίσω: την οικογένεια, το σπίτι, την περιουσία του. Η άγνοια της γλώσσας της «νέας πατρίδας» και η αδυναμία επικοινωνίας και ανθρώπινης επαφής αυξάνουν την αίσθησης απομόνωσης του ανθρώπου. Οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι φαίνεται να είναι πιο ευάλωτοι στις επιπτώσεις της μετανάστευσης (Σαργιέντης, 2006).

Τέλος, σύμφωνα με την Κατέρη (2009), τα ιδιαίτερα προβλήματα που καλούνται να διαχειριστούν οι μετανάστες στην εκάστοτε χώρα υποδοχής -με σημαντικότερο ίσως το θέμα της πολιτισμικής αλλαγής, λειτουργούν επιβαρυντικά για την υγεία και την ποιότητα ζωής της συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού.

### **1.8.4 Επιπολιτισμός και Υγεία**

Η μετανάστευση και η εγκατάσταση του ατόμου σε μια νέα χώρα έχει ως αποτέλεσμα την ταυτόχρονη έκθεση του ατόμου σε δυο πολιτισμικά πλαίσια: σ' αυτό της χώρας

προέλευσης που εκφράζεται κυρίως μέσα από τον οικιακό χώρο και το οικογενειακό περιβάλλον καθώς και σ' αυτό της χώρας υποδοχής, που εκφράζεται σε κάθε πτυχή της κοινωνικής συνδιαλλαγής. Όπως υποστηρίζει η Μόττη- Στεφανίδου (2008), όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορά μεταξύ των δυο αυτών πολιτισμικών πλαισίων, τόσο μεγαλύτερες είναι οι συγκρούσεις που βιώνει το άτομο σχετικά με τις αποδεκτές αξίες, στάσεις και συμπεριφορές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι μετανάστες να βιώνουν επιπολιτισμικό στρες, το οποίο μάλιστα εντείνεται από τις κοινωνικές και ρατσιστικές (άτυπες ή θεσμικές) διακρίσεις.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει πως ο επιπολιτισμός έχει μελετηθεί πολύ περισσότερο συγκριτικά με τους υπόλοιπους παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των μεταναστών. Ο επιπολιτισμός ορίζεται ως η πολιτισμική αλλαγή που είναι αποτέλεσμα συνεχούς και άμεσης επαφής μεταξύ δυο διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων (Berry ο.π. στο Κατερή, 2009). Μέχρι πρόσφατα, ο επιπολιτισμός θεωρούνταν φαινόμενο που λαμβάνει χώρα σε ομαδικά πλαίσια. Εν τούτοις, τα τελευταία χρόνια ολοένα και πιο συχνά γίνεται λόγος και για τον ψυχολογικό επιπολιτισμό (Berry ο.π. στο Κατερή, 2009). Ως όρος, ο ψυχολογικός επιπολιτισμός αναφέρεται στις ψυχολογικές αλλαγές του ατόμου που σχετίζονται τόσο με τη συμπεριφορά του όσο και με τα ατομικά χαρακτηριστικά του. Οι αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφοράς αφορούν τις αλλαγές σε επίπεδο αξιών, στάσεων, ικανοτήτων και κινήτρων.

Βασική παράμετρος που καθορίζει αυτές τις αλλαγές είναι η τακτική επιπολιτισμού που θα ακολουθήσει το άτομο. Ως δυνατές τακτικές επιπολιτισμού αναφέρονται: η αφομοίωση, η εναρμόνιση, ο διαχωρισμός και η περιθωριοποίηση. Πιο ειδικά η αφομοίωση αναφέρεται στην τακτική του ατόμου να αλλάζει την ταυτότητα του και να εναρμονίζεται πλήρως με τις αξίες και τις συμπεριφορές που υπαγορεύονται από την κυρίαρχη πολιτισμική ομάδα. Η εναρμόνιση αναφέρεται στην τακτική του ατόμου να διατηρεί βασικά στοιχεία της ταυτότητας του και να υιοθετεί ορισμένες από τις αξίες και τις συμπεριφορές του νέου πολιτισμικού πλαισίου. Από την άλλη πλευρά, ο διαχωρισμός συνιστά την εμμονή του ατόμου στην εθνική-εθνοτική του ταυτότητα, διατηρώντας εκούσια απόσταση από το νέο πολιτισμικό περιβάλλον. Τέλος, με την τακτική της περιθωριοποίησης το άτομο χάνει την επαφή του τόσο με την κυρίαρχη πολιτισμική ομάδα (γηγενείς) όσο και με την εθνική ομάδα υπαγωγής του.

Ανεξάρτητα από την τακτική επιπολιτισμού που θα επιλεγεί κατά την επαφή με το νέο κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον, οι περισσότεροι μετανάστες (σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό) βιώνουν επιπολιτισμικό στρες. Η Κατέρη (2009) επισημαίνει ότι τα ειδικά χαρακτηριστικά με τα οποία εκδηλώνεται το επιπολιτισμικό στρες είναι τα εξής: επιδείνωση της ψυχικής υγείας (κυρίως με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης), αίσθηση περιθωριοποίησης και αποξένωσης, ψυχοσωματικά προβλήματα και σύγχυση ταυτότητας. Αν και η βίωση επιπολιτισμικού στρες αφορά όλους τους μετανάστες η ένταση και ο βαθμός στον οποίο θα βιωθεί εξαρτάται από την τακτική επιπολιτισμού που θα επιλεγεί από το άτομο. Η εναρμόνιση θεωρείται η ευνοϊκότερη τακτική επιπολιτισμού ενώ η περιθωριοποίηση είναι η πιο δυσμενής.

Από την μελέτη των Ντάλλα και συν. (2004) που εξετάζει τους παράγοντες που συνδέονται με την ομαλή ψυχολογική προσαρμογή των μεταναστών διαπιστώθηκε εκδήλωση έντονου άγχους (με διαταραχές ύπνου) στον πληθυσμό των Αλβανών μεταναστών οι οποίοι βιώνουν μεγαλύτερη ανησυχία, ανασφάλεια και αβεβαιότητα και λιγότερο θετικά συναισθήματα ικανοποίησης από τη ζωή. Ως επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση των προβλημάτων υγείας αναδεικνύονται η αφομοίωση, ο διαχωρισμός και η περιθωριοποίηση που ως τακτικές προσαρμογής συνδέονται και με το καθεστώς «παράνομης» παρουσίας στη χώρα.

Από τα αποτελέσματα άλλων ερευνών έχει αναδειχθεί θετική συσχέτιση μεταξύ επιπολιτισμικού άγχους και της ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών (Παπαστυλιανού, 2008., Klimidis et al, 1994). Αντίστοιχα, από τα ευρήματα της έρευνας των Σπανέα και Καλαντζή-Αζίζι (2006) προκύπτει ότι οι μετανάστες παρουσιάζουν αυξημένη ευπάθεια στην κατάθλιψη ενώ αντισταθμιστικά φαίνεται να λειτουργεί η ύπαρξη κοινωνικού δικτύου. Επίσης, οι Beiser and Hyman (ο.π. στο Κούτρα και συν., 2010) σε ανασκόπηση τους για τα στοιχεία που επιδρούν στην υγεία κατά την διαδικασία της μετανάστευσης εντόπισαν *«απότομες αλλαγές στις διαιτητικές συνήθειες, καταστροφικό άγχος που οδηγεί σε κατάθλιψη, θυμό, αγχώδη και ψυχοσωματικά συμπτώματα, μετατραυματικό στρες, φτώχεια, σύγχυση ανάμεσα στη εθνική ομάδα καταγωγής και ανάμεσα στις γενεές, δυσκολίες επικοινωνίας, εκθέσεις στις τοπικές παθογένειες»*.

Επιπρόσθετα, όσον αφορά το προφίλ της σωματικής υγείας των μεταναστών, ο Τούντας (2007) υποστηρίζει ότι οι μετανάστες κατά τα πρώτα χρόνια της μετοίκησης τους παρουσιάζουν μοντέλο νοσηρότητας ανάλογο -σε μεγάλο βαθμό- με αυτό της χώρας απ' όπου προέρχονται. Όσο όμως περνούν τα χρόνια, το μοντέλο νοσηρότητας προσεγγίζει -ολοένα και περισσότερο- το μοντέλο της χώρας υποδοχής. Σε ότι αφορά την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου, οι ιάπωνες μετανάστες στις ΗΠΑ και οι επίγονοί τους παρουσιάζουν δείκτες νοσηρότητας με τιμές ενδιάμεσες ανάμεσα στους χαμηλούς δείκτες που εμφανίζονται στην Ιαπωνία και τους υψηλούς που επικρατούν στις ΗΠΑ. Έτσι, καθώς αλλάζουν οι κοινωνίες και μεταβάλλεται η παρουσία ορισμένων κοινωνικών παραγόντων, αλλάζουν και τα μοντέλα νοσηρότητας.

Όσον αφορά την χώρα μας, η γνώση γύρω από την κατάσταση υγείας του πληθυσμού των μεταναστών είναι πολύ περιορισμένη. Οι ερευνητικές εργασίες που εξετάζουν τα προβλήματα υγείας των μεταναστών είναι λίγες και, αντίστοιχα, λίγα είναι τα επιδημιολογικά δεδομένα. Οι μελέτες που αφορούν τη σωματική υγεία, εξετάζουν, ως επί το πλείστον, τον επιπολασμό λοιμωδών νοσημάτων όπως της ηπατίτιδας, της φυματίωσης και του HIV, στον πληθυσμό των μεταναστών. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Mighealthnet<sup>7</sup> (2006) για την Υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα, οι έρευνες δείχνουν μια στατιστικά σημαντική ανοδική τάση του ποσοστού των μεταναστών στο σύνολο των ασθενών με φυματίωση. Αντίστοιχα, άλλες έρευνες διαπιστώνουν ότι ενώ στο γενικό πληθυσμό ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β μειώνεται διαχρονικά ως αποτέλεσμα των προσπαθειών ενημέρωσης και των μέτρων πρόληψης/ προφύλαξης, υπάρχουν ομάδες του πληθυσμού, όπως οι μετανάστες, που παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ηπατίτιδας Β και για τις οποίες απαιτείται επιδημιολογική παρακολούθηση και παρέμβαση. Ανάλογα είναι τα ερευνητικά ευρήματα που αφορούν το ποσοστό και τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των μεταναστών φορέων του ιού HIV που έχουν αναφερθεί στην Ελλάδα. Άτομα προερχόμενα από χώρες εκτός Ελλάδας αντιπροσωπεύουν το 11,9% του συνόλου των περιπτώσεων HIV που έχουν αναφερθεί κατά την περίοδο 1989-2003 στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

---

<sup>7</sup> Έκθεση για την Υγεία των Μεταναστών στην Ελλάδα. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: [http://www.syn-eirmos.gr/Sub\\_vavel/pdfs/Ekthesi\\_ugeias\\_metanaston\\_gr\\_03\\_2009.pdf](http://www.syn-eirmos.gr/Sub_vavel/pdfs/Ekthesi_ugeias_metanaston_gr_03_2009.pdf)

Ωστόσο, όπως επισημαίνει η Μόττη-Στεφανίδη (2006), αν και η μετανάστευση προκαλεί την αίσθηση απώλειας και πένθους, εμπεριέχει ταυτόχρονα και μια αισιόδοξη διάσταση καθώς αποτελεί το πρώτο βήμα για μια καλύτερη ζωή σε ένα νέο πολιτισμικό περιβάλλον με περισσότερες ευκαιρίες. Από σχετικές μελέτες προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των μεταναστών παιδιών και εφήβων καταφέρνουν να ξεπεράσουν με επιτυχία τις αρχικές δυσκολίες και να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στο νέο τους περιβάλλον και στις νέες συνθήκες της ζωής τους. Η παραπάνω διαπίστωση έχει οδηγήσει, μάλιστα, ορισμένους μελετητές να περιγράψουν ένα φαινόμενο, το οποίο ονόμασαν «το παράδοξο της μετανάστευσης» (immigrant paradox), όπου τα παιδιά των μεταναστών έχουν καλύτερη προσαρμογή σε σχέση με τους γηγενείς.

### **1.8.5 Φύλο, Μετανάστευση και Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στις προηγούμενες ενότητες, τα αποτελέσματα ερευνών αναδεικνύουν ότι η προστασία της υγείας εξαρτάται από το κοινωνικό περιβάλλον που ζει και εργάζεται κάθε άτομο. (Κυριακόπουλος & Τσιάντου, 2010, Blaxter, 1989, WHO, 1986) Το γεγονός, όμως, ότι οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη σοβαρών ανισοτήτων στην υγεία όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτήν. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα σε 16 ευρωπαϊκές χώρες, τα άτομα από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα παρουσιάζουν όχι μόνο μεγαλύτερη θνησιμότητα αλλά και χειρότερο επίπεδο υγείας από ό,τι τα άτομα που προέρχονται από τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Στη δυτική Ευρώπη, ο κίνδυνος νόσησης είναι 1,5 έως 2,5 φορές μεγαλύτερος στο χαμηλότερο (από κοινωνικοοικονομική άποψη) ήμισυ του πληθυσμού σε σύγκριση με το ανώτερο ήμισυ (Τούντας 2000).

Υποστηρίζεται (στο ίδιο) ότι ανάμεσα στους κοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στην υγεία κεντρικότατο ρόλο έχουν:

- ✓ η κοινωνική θέση, δηλαδή η σχέση προς τα μέσα παραγωγής και ο τρόπος ένταξης στην παραγωγική διαδικασία και
- ✓ οι υλικές συνθήκες ύπαρξης όπως αυτές καθορίζονται από την κοινωνική θέση

Μια προσεκτική ματιά στο ρόλο που διαδραματίζει το φύλο στη διαμόρφωση των δύο αυτών θεμελιωδών, για την υγεία, παραγόντων (κοινωνική θέση & θέση στον

καταμερισμό εργασίας) ίσως μας βοηθήσει να αποκωδικοποιήσουμε την προέλευση των ανισοτήτων στην υγεία υπό το πρίσμα του φύλου.

Σύμφωνα με την Τσαούση (2006), οι γυναίκες υπερεκπροσωπούνται σε ανειδίκευτες και ημι-ανειδίκευτες χειρωνακτικές εργασίες, ή σε χαμηλόβαθμες και χαμηλόμισθες υπαλληλικές θέσεις. Κατέχουν κατώτερες θέσεις σε όλους τους οικονομικούς τομείς και συμμετέχουν στις οικογενειακές επιχειρήσεις κάθε είδους σαν μη-αμειβόμενα μέλη σε ένα πολύ υψηλότερο ποσοστό από τους άνδρες, που αποτελούν τους κατεξοχήν ιδιοκτήτες και διαχειριστές των επιχειρήσεων. Οι γυναίκες συγκαταλέγονται σ' ένα κατ' εξοχήν δευτερεύον εργατικό δυναμικό και λειτουργούν ως «εφεδρικός στρατός» για τις ανάγκες της αγοράς. Ένα επιπλέον στοιχείο που ενισχύει αυτή την κατάσταση είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες αποτελούν την συντριπτική πλειοψηφία του μερικώς απασχολούμενου εργατικού δυναμικού σε παγκόσμιο επίπεδο. Μέσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι γυναίκες αποτελούν το 80% των εργαζόμενων σε συνθήκες μερικής απασχόλησης (Τσαούση, 2006).

Τέλος, ορισμένες φεμινίστριες αλλά και θεωρητικοί της μαρξιστικής προσέγγισης κατέδειξαν ότι η ένταξη των γυναικών στην παραγωγική διαδικασία χαρακτηρίζεται από χαμηλότερες αμοιβές για την παροχή ίσης εργασίας σε σύγκριση με τις αντίστοιχες αμοιβές των ανδρών. Με απλά λόγια, οι γυναίκες παίρνουν λιγότερα χρήματα από τους άντρες για το ίδιο, ή για παρόμοιο είδος απασχόλησης. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο μέσος όρος για το χάσμα αμοιβών σε όλα τα κράτη-μέλη είναι 76.3%. Χώρες όπως η Ελλάδα (68.0%) υστερούν ακόμη και από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Τσαούση, 2006, σ. 2).

Συγκεκριμένα, τα τελευταία χρόνια η κατάσταση στη χώρα μας χειροτερεύει. Η ετήσια έκθεση του INE της ΓΣΕΕ για το έτος 2009 αναφέρει πως η εργασία των γυναικών, του «κατώτερου τμήματος των εργαζομένων» χαρακτηρίζεται από εξευτελιστικές αμοιβές, χωρίς ασφάλιση, με μεταχείριση που περιέχει βία, απειλές, σεξουαλική παρενόχληση και συνθήκες εργασίας που τους στοιχίζουν ακόμα και τη ζωή τους. Η εργασία των γυναικών, ελληνίδων και μεταναστριών τις οδηγεί πολλές φορές στη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό ενώ πυκνώνουν τα θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα με θύματα γυναίκες. Τέλος, πολύ περισσότερες γυναίκες από άνδρες μένουν άνεργες καθώς και νέες από νέους.



Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, τον Απρίλιο του 2009 το ποσοστό ανεργίας έφθασε στους άνδρες στο 6,7% και στις γυναίκες στο 13,3%. Στους νέους άνδρες στο 18,3% και στις νέες γυναίκες στο εφιαλτικό 31,8%<sup>8</sup>.

Τα ασφαλιστικά δικαιώματα των γυναικών καταπατούνται βάνουσα και στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα. Τα όρια συνταξιοδότησης εξισώθηκαν προς τα πάνω και καταργούνται οι θετικές διακρίσεις υπέρ των γυναικών, τις οποίες έχουν επιβάλλει κυρίως η έλλειψη κοινωνικών υποδομών και οι οποίες θα έπρεπε να υπάρχουν για την στήριξη της γυναίκας μέσα στην οικογένεια, αλλά και για την εξασφάλιση της κοινωνικής και επαγγελματικής εξέλιξής της. Οι δημόσιες υπηρεσίες πρόνοιας έχουν σχεδόν στο σύνολό τους ιδιωτικοποιηθεί. Το δημόσιο πλέγμα ολοήμερα σχολεία – δημόσιοι βρεφικοί και παιδικοί σταθμοί – φύλαξη παιδιών – βοήθεια στο σπίτι για ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρία – βοηθοί μητέρες, αυτό δηλαδή που ονομάζεται φροντίδα και μέριμνα, παραδόθηκε στους ιδιώτες (στο ίδιο).

Η κατάσταση αυτή φαίνεται να έχει άμεση επίδραση στην υγεία των γυναικών. Ενδεικτικά μόνο αναφέρουμε πως σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 2003 το ποσοστό των γυναικών στην Ελλάδα με πρόσφατο πρόβλημα ψυχικής υγείας ήταν 32% (έναντι 14,5% των ανδρών). Επιπλέον, οι Ελληνίδες εμφανίζουν το τέταρτο υψηλότερο ποσοστό προβλημάτων ψυχικής υγείας στην Ευρώπη. Ένα σύγχρονο ρεύμα ερευνών συνδέουν την κοινωνική θέση, την κοινωνική οργάνωση του νοικοκυριού, την πολλαπλότητα των ρόλων και την συνθετότητα τους ως παράγοντες που επιβαρύνουν την υγεία των γυναικών.

Σε ακόμα δυσχερέστερη θέση βρίσκονται οι μετανάστριες που υφίστανται διπλή καταπίεση ως γυναίκες και ως ‘ξένες’ στη χώρα υποδοχής. Η μετανάστρια είναι εκείνη με το διαφορετικό χρώμα και την ‘άλλη’ θρησκεία που συχνά δεν γνωρίζει καλά τη γλώσσα της χώρας υποδοχής και που κατά κανόνα κατέχει χαμηλή θέση εργασίας. Όλα αυτά δημιουργούν συνθήκες περιθωριοποίησης και αποξένωσης και προκαλούν επιπολιτιστικό άγχος (Κούτρα & συν., 2010). Επιπλέον, έχει καταδειχτεί ότι οι μετανάστριες, με την

---

<sup>8</sup> <http://entosfylou.wordpress.com/category/%CE%B7-%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CE%B3%CE%AD%CE%BD%CE%BF%CF%85%CF%82-%CE%B8%CE%B7%CE%BB%CF%85%CE%BA/>

πάροδο των ετών στη χώρα υποδοχής, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για κακή υγεία (Lopez-Gonzalez et al, 2005) χρόνιες παθήσεις και ανάγκη για αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας (Κούτρα και συν., 2010). Τέλος, ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα που ανέκυψε και στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια και έχει ανυπολόγιστες συνέπειες για τη ζωή και την υγεία χιλιάδων μεταναστριών είναι το trafficking, με χιλιάδες γυναίκες να έχουν εξαναγκαστεί σε πορνεία κάτω από συνθήκες εκβιασμού και δουλείας.

Συμπερασματικά μπορούμε να παραθέσουμε τη θέση των ψυχιάτρων Σπυροπούλου & Ζέρβα που υποστηρίζουν ότι *«οι διαφορετικές ανάγκες των ανδρών και των γυναικών χρειάζεται να ικανοποιηθούν με ισότιμο τρόπο μέσα από τα συστήματα υγείας, αλλά και την σωστά σχεδιασμένη ιατρική έρευνα. Οι διαφορετικές ανάγκες των γυναικών όμως δεν γίνεται να εκτιμηθούν κατάλληλα αν δεν ληφθεί υπόψη, και η κοινωνική τους θέση, μαζί με τη βιολογική τους υπόσταση και τις διακρίσεις στον κοινωνικό και επαγγελματικό τους ρόλο, καθώς και την αυξημένη επίπτωση της σωματικής, σεξουαλικής και ψυχολογικής κακοποίησης στη ζωή τους»*<sup>9</sup>. Είναι ανάγκη, αναφέρουν, να γίνει συνείδηση ότι οι επιπλοκές της παροχής ανεπαρκούς ιατρικής φροντίδας στις γυναίκες – είτε γιατί ελλείπουν ή είναι δυσπρόσιτες οι κατάλληλες δομές, είτε γιατί η παρεχόμενη φροντίδα είναι αταίριαστη με τις ειδικές ανάγκες των γυναικών – έχει πολύ βαθύτερες επιπλοκές στον κοινωνικό ιστό από ό,τι θα μπορούσε να φανταστεί κανείς με μια πρόχειρη ματιά (στο ίδιο).

---

<sup>9</sup><http://entosfylou.wordpress.com/category/%CE%B3%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%AF%CE%BA%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1/>

## Ερευνητικό Μέρος

## 2. ΜΕΘΟΔΟΣ

### 2.1: Μεθοδολογικές Επιλογές

#### 2.1.1 Η Επιλογή του Ερευνητικού Ερωτήματος

Κεντρικό ζήτημα για την διεξαγωγή μιας έρευνας αποτελεί η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος. Πρόκειται για μια επιλογή που καθορίζεται τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, τις εμπειρίες και το σύστημα αξιών του ερευνητή όσο και από περισσότερο «αντικειμενικούς» παράγοντες όπως η επικαιρότητα, η σημασία του υπό διερεύνηση ζητήματος καθώς και η ύπαρξη προηγούμενης επιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο αυτό έχει προσεγγισθεί ή οι πλευρές που δεν έχουν τυχόν ερευνηθεί (Hitchcock και Hughes, 1989).

Πράγματι, όλοι οι παραπάνω παράγοντες με ώθησαν στην επιλογή διερεύνησης του συγκεκριμένου επιστημονικού πεδίου. Η προσωπική μου εμπλοκή σε αντιρατσιστικές δράσεις με την συμμετοχή μεταναστών αλλά και ελλήνων αντιρατσιστών, που στόχο έχουν τη διεκδίκηση μιας καλύτερης ζωής για όλους, η επαγγελματική μου απασχόληση ως ψυχολόγου τα τελευταία τέσσερα χρόνια σε Διαπολιτισμική Δομή και η αλληλεπίδραση μου με μετανάστες και μετανάστριες καθώς και με άτομα από θρησκευτικά και πολιτισμικά διαφοροποιημένες ομάδες, έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στην συγκεκριμένη επιλογή. Σε πρώτη φάση η προσοχή μου στράφηκε στην πληθυσμιακή ομάδα συνολικά των μεταναστών. Ωστόσο στην πορεία διαπίστωσα ότι το ερευνητικό μου ενδιαφέρον στρεφόταν προς τις γυναίκες μετανάστριες και θέλησα να συμπεριλάβω στον προβληματισμό μου τη διάσταση του φύλου. Στην πορεία και μέσα απ' τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπίστωσα ότι υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού γύρω από θέματα που αφορούν στην μετανάστευση (εκπαίδευση, γλώσσα, εργασία, συνθήκες διαβίωσης κλπ) ωστόσο πολύ λίγα έχουν γραφτεί για τα θέματα της υγείας, της αρρώστιας και του πόνου που να αφορούν τους μετανάστες και δη τις γυναίκες μετανάστριες. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η εργασία μου να ενσωματώσει τους τρεις τομείς των επιστημονικών μου ενδιαφερόντων, τα «ανθρώπινα» ζητήματα της υγείας και της αρρώστιας σε συνάρτηση με την μετανάστευση και τις στάσεις που διαμορφώνουν μέσω αυτής της μεταναστευτικής εμπειρίας οι -ορισμένες και ταξικά- γυναίκες μετανάστριες.

Θέλοντας, να διευρύνω όσο το δυνατόν περισσότερο τα σημεία του προβληματισμού μου, σε μια εποχή που η Ελλάδα από κατεξοχήν «χώρα αποστολής» εργατικού δυναμικού έχει μετατραπεί σε «χώρα υποδοχής» μεταναστών, αποφάσισα να συμπεριλάβω στην μελέτη και την άποψη μιας ελληνίδας γυναίκας που δραστηριοποιείται σε φεμινιστική οργάνωση. Θεωρήθηκε ότι οι ιστορίες ζωής των ιδίων των γυναικών που έχουν εμπλακεί στην διαδικασία της μετανάστευσης και η διερεύνηση των στάσεων τους γύρω απ' τα θέματα της υγείας, της αρρώστιας, του πόνου όπου λαμβάνεται υπ' όψη η διάσταση του φύλου και η θέση τους στην ελληνική κοινωνία σε συνδυασμό με την τοποθέτηση επί του ζητήματος της φεμινίστριας θα φωτίσει πτυχές του ζητήματος που είτε δεν έχουν διερευνηθεί είτε έχουν διερευνηθεί ελλιπώς.

Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο «γεννήθηκαν» τα ερωτήματα τα οποία προσπαθεί να εξετάσει η παρούσα έρευνα:

#### Όσον αφορά τις μετανάστριες:

- ✓ Ποιές οι επιδράσεις της μεταναστευτικής εμπειρίας στην υγεία των γυναικών;
- ✓ Ποιοι παράγοντες επεμβαίνουν στην αλλαγή ή μη των στάσεων τους απέναντι σε θέματα υγείας μετά την μετανάστευση;
- ✓ Με ποιο τρόπο η κοινωνική θέση και το φύλο επιδρά στην διαμόρφωση των αντιλήψεων για την υγεία, την αρρώστια και τον πόνο;
- ✓ Ποιές οι αντιλήψεις των γυναικών για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και πως αντιμετωπίζονται από τους επαγγελματίες υγείας;
- ✓ Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τις αντιλήψεις των γυναικών ως προς την νοσηματοδότηση της υγείας, της αρρώστιας και του πόνου;
- ✓ Ποιές οι αντιλήψεις των γυναικών για τα αίτια εκδήλωσης των ασθενειών;
- ✓ Πως επιδρούν οι πολιτισμικοί παράγοντες και το φύλο στη βίωση καταστάσεων πόνου;

### 2.1.2 Η Μεθοδολογική Προσέγγιση του Ερευνητικού Ερωτήματος

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές ερμηνείες των συμμετεχουσών γυναικών για τις αντιλήψεις τους απέναντι στα θέματα της υγείας, της αρρώστιας και του πόνου. Επίσης, βασίστηκε και στην άποψη μιας γυναίκας φεμινίστριας για το πώς διαμορφώνονται αυτές οι στάσεις λαμβάνοντας υπ' όψη τη διάσταση του φύλου καθώς και την ταξική τοποθέτηση των μεταναστριών στους κόλπους της ελληνικής κοινωνίας. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου είναι αποτέλεσμα του είδους του ερευνητικού ερωτήματος (Ryman, 2001). Έτσι, για τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα (Denzin & Lincoln, 1998).

Ως μεθοδολογικό εργαλείο επιλέχθηκε η συνέντευξη. Η συνέντευξη ενδείκνυται σε περιπτώσεις όπου η έρευνα αναζητά την κατανόηση του νοήματος που αποδίδουν οι ερωτώμενοι σε συγκεκριμένα φαινόμενα και διαδικασίες. Πρόκειται για μία τεχνική επικεντρωμένη στη δική τους οπτική γωνία. Για αυτό, δίνει τη δυνατότητα της εις βάθος διερεύνησης θεμάτων και εξαρτάται από τη σχέση μεταξύ του ερευνητή και του πληροφορητή, ιδιαίτερα όταν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενθαρρύνονται να μιλήσουν και να εκφράσουν απόψεις και στάσεις και συμπεριφορές που έχουν συγκροτήσει βάσει της βιογραφίας τους (Bryman 2001).

Η συνέντευξη ορίζεται ως *“μία συζήτηση ανάμεσα στον συνεντευκτή και τον συνεντευξιζόμενο με σκοπό την απόσπαση συγκεκριμένων πληροφοριών.”* Αυτό μπορεί να φαίνεται απλό, ωστόσο, η πραγματικότητα της επιτυχημένης έκβασης μίας συνέντευξης αποδεικνύεται ιδιαίτερα πολύπλοκη (Moser & Kalton, 1971, σ. 271). Η έρευνα, ο σχεδιασμός και η διεξαγωγή των συνεντεύξεων, απαιτεί την καλή επιστημονική κατάρτιση του ερευνητή αλλά και μια μία σχετική εμπειρία. Η έλλειψη αυτής της εμπειρίας είναι δυνατό να δημιουργήσει μία σειρά από πρακτικά προβλήματα, όπως για παράδειγμα την απομάκρυνση από το κεντρικό πεδίο μελέτης (Bryman, 2001).

Ανάλογα με τον επιδιωκόμενο σκοπό μιας έρευνας και αναλόγως με το είδος της επικοινωνίας που επιχειρείται να επιτευχθεί υπάρχουν διάφοροι τύποι συνέντευξης, όπως:

η δομημένη, η αδόμητη, η ημιδομημένη, η άμεση, η έμμεση, η επαναλαμβανόμενη και η κλινική συνέντευξη (Ρήγα, 2001). Στη συγκεκριμένη περίπτωση, για να αποφευχθούν τα προβλήματα που συνεπάγεται η έλλειψη εμπειρίας καθώς και λόγω της ιδιομορφίας του πληθυσμού-στόχου<sup>10</sup> παρά τον αρχικό σχεδιασμό για την επιλογή της αδόμητης τελικά επιλέχθηκε η τεχνική της ημιδομημένης συνέντευξης. Στις ημιδομημένες συνεντεύξεις τα θέματα των ερωτήσεων είναι προκαθορισμένα βάσει ενός πλαισίου-οδηγού. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν στην περίπτωση της παρούσας έρευνας, αν και προκαθορισμένες, ήταν αρκετά ανοικτές ώστε να επιτρέπουν ανάλογες απαντήσεις με μεγάλο εύρος (Robson, 1993).

Σημαντικό πλεονέκτημα που σχετίζεται, επίσης, με την ευελιξία της συγκεκριμένης τεχνικής αποτελεί το γεγονός πως ο ερευνητής έχει μια λίστα ερωτήσεων ή θεμάτων τα οποία πρέπει να διερευνηθούν, αλλά οι ερωτήσεις μπορεί να μην ακολουθούν την προκαθορισμένη σειρά. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα στον ερευνητή να αναπροσαρμόσει, να αποσαφηνίσει, να συμπληρώσει ερωτήσεις, και να διερευνήσει ενδιαφέροντα στοιχεία τα οποία προκύπτουν βάσει των ιδιαίτερων συνθηκών όπου διεξάγεται η συνέντευξη ακόμα και σε περιπτώσεις –όπως συμβαίνει και στην παρούσα έρευνα- που ο πληθυσμός στόχος παρουσιάζει γλωσσικό έλλειμμα. Έτσι, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1993), το εργαλείο της συνέντευξης προσφέρεται ιδιαίτερα για τη συγκέντρωση δεδομένων από άτομα με γλωσσικές δυσκολίες δίνοντας την δυνατότητα ακόμη και σε έναν άπειρο ερευνητή (όπως στην δική μου περίπτωση) να μπορεί να εντοπίσει ενδιαφέροντα στοιχεία τα οποία δεν είχαν προβλεφθεί εξ' αρχής, αφού δεν είναι πάντα εφικτό να καθοριστούν οι ερωτήσεις από το στάδιο του σχεδιασμού της έρευνας (Robson, 1993).

Οι κατηγορίες ερωτήσεων που δημιουργήθηκαν και χρησίμευσαν ως πλαίσιο-οδηγός των συνεντεύξεων στην παρούσα έρευνα ήταν οι εξής:

Για τις μετανάστριες/συμμετέχουσες:

- Ερωτήσεις για την ανάδειξη του κοινωνικού προφίλ των γυναικών
- Ερωτήσεις για την προσωπική τους ιστορία και τους λόγους που οδηγήθηκαν στην μετανάστευση

---

<sup>10</sup> Πρέπει να σημειωθεί πως κατά τη διάρκεια διεξαγωγής των συνεντεύξεων παρατηρήθηκε ιδιαίτερη δυσκολία στην μεταφορική χρήση της γλώσσας από την πλειοψηφία των συμμετεχουσών μεταναστριών

- Ερωτήσεις τόσο για την μεταναστευτική εμπειρία αυτή καθεαυτή όσο και για τις εμπειρίες στην χώρα υποδοχής
- Ερωτήσεις αναφορικά με την νοσηματοδότηση της υγείας της αρρώστιας και του πόνου
- Ερωτήσεις για την κατάσταση υγείας των γυναικών πριν και μετά την μετανάστευση
- Ερωτήσεις αναφορικά με το προσωπικό και οικογενειακό βίωμα καταστάσεων ασθένειας και πόνου
- Ερωτήσεις για το σύστημα υγείας και τους επαγγελματίες υγείας στην χώρα υποδοχής
- Ερωτήσεις αναφορικά με το πως οι σωματικές ή ψυχικές εμπειρίες εγγράφονται στο γυναικείο σώμα
- Ερωτήσεις για το πως τα δυο φύλα αντιδρούν σε καταστάσεις αρρώστιας και πόνου
- Ερωτήσεις για τον κοινωνικό καταμερισμό των καθηκόντων των δυο φύλων
- Ερωτήσεις που σχετίζονται με την βίωση του τοκετού, την επένδυση της μητρότητας και την βίωση της σεξουαλικότητας από τις συμμετέχουσες
- Ερωτήσεις για την επίδραση των πολιτισμικών παραγόντων σε θέματα υγείας, αρρώστιας και πόνου
- Ερωτήσεις αναφορικά με τις αναπαραστάσεις των γυναικών για την υγεία, την ασθένεια και τον πόνο

Για την φεμινίστρια/συμμετέχουσα:

- Ερωτήσεις που σχετίζονται με το κοινωνικό της προφίλ
- Ερωτήσεις αναφορικά με τους λόγους δραστηριοποίησης της σε φεμινιστική οργάνωση
- Ερωτήσεις για τον χαρακτήρα των σύγχρονων μεταναστευτικών ρευμάτων



- Ερωτήσεις για την θέση της γυναίκας μετανάστριας στην ελληνική κοινωνία
- Ερωτήσεις για την επίδραση της μεταναστευτικής εμπειρίας στην υγεία των γυναικών
- Ερωτήσεις για την μεταναστευτική και την κοινωνική πολιτική της Ελλάδας ως χώρας υποδοχής μεταναστών
- Ερωτήσεις για την διαπολιτισμική ικανότητα των επαγγελματιών υγείας
- Ερωτήσεις για την ενασχόληση της ιατρικής με το γυναικείο σώμα
- Ερωτήσεις για το γυναικείο σώμα ως πεδίο συμβολισμού
- Ερωτήσεις για τον ρόλο των πολιτισμικών παραγόντων στην διαμόρφωση στάσεων για την υγεία, την αρρώστια και τον πόνο
- Ερωτήσεις που σχετίζονται με τις αναπαραστάσεις της συμμετέχουσας για την υγεία, την αρρώστια και τον πόνο.

### **2.1.3 Η Διεξαγωγή των Συνεντεύξεων**

Οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν και έπειτα μεταγράφηκαν, κάτι που κρίθηκε απαραίτητο τόσο για την καλύτερη παρακολούθηση του λόγου των υποκειμένων όσο και για να εξασφαλιστεί ότι στη συνέχεια δεν θα παραλείπονταν δεδομένα λόγω της αδυναμίας να διατηρηθούν στη μνήμη ή λόγω της ελλιπούς προσοχής που μπορεί να δοθεί σε κάτι στη διάρκεια της συνέντευξης (Bryman 2001). Παρ' όλο που όλες οι συμμετέχουσες είχαν ενημερωθεί εκ των προτέρων για την χρήση του μαγνητοφώνου παρατηρήθηκε ότι για δυο γυναίκες μετανάστριες χρειάστηκε χρόνος προσαρμογής με την διαδικασία. Σε όλες τις περιπτώσεις πάντως τηρήθηκε ερευνητικό ημερολόγιο για την καταγραφή των εντυπώσεων και των σκέψεων που διαμορφώθηκαν κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, αλλά και για την καταγραφή των υφολογιστικών στοιχείων που μπορεί να βοηθούσαν στην πληρέστερη κατανόηση των απαντήσεων (Robson, 1993).

Οι άνθρωποι που συμφωνούν να συμμετέχουν στην έρευνα παραχωρώντας συνεντεύξεις χρήζουν κάποιος διακριτικότητας. Αυτό σημαίνει, μεταξύ άλλων, πως ο ερευνητής θα

πρέπει να προσαρμόζει τα σχέδιά του βάσει των επιλογών των ερωτώμενων, όσο άβολο και αν είναι αυτό για τον ίδιο (Robson, 1993). Έτσι, ο τόπος, η ημερομηνία και η ώρα συνάντησης καθορίστηκαν από τις συμμετέχουσες, ύστερα από τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους και όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε χώρους που μου υπέδειξαν οι ίδιες (χώροι συλλόγων, σε «ήσυχες» καφετέριες, στο σχολείο που παρακολουθούν μαθήματα ελληνικών).

Κατά την τηλεφωνική επικοινωνία με τις συμμετέχουσες, αλλά και πριν την έναρξη της συνέντευξης δόθηκαν εξηγήσεις για το θέμα και το σκοπό της έρευνας. Τέλος, ενημερώθηκαν ότι θα χρησιμοποιηθούν αποσπάσματα των συνεντεύξεων και ότι θα τηρηθεί αυστηρώς η ανωνυμία τους (Ryen, 2004).

Η συνέντευξη ως μια διαδικασία διάδρασης, επηρεάζεται από την παρουσία του ερευνητή, τις αξίες και τις προκαταλήψεις του, αλλά και από χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η κοινωνική τάξη, η εθνικότητα (Silverman, 2001). Η αίσθηση που αποκόμισα από τις συνεντεύξεις με τις μετανάστριες ήταν ότι η δραστηριοποίηση μου με αντιρατσιστικά θέματα και η φύση της δουλειάς μου, μου προσέφερε σχετική εξοικείωση με τις γυναίκες και λειτούργησε αντισταθμιστικά στην αρχική αμηχανία.

Επιπρόσθετα, το φύλο μου και η ηλικία μου θεωρώ ότι έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη θετικού κλίματος μιας και αρκετές φορές κατά την διαδικασία των συνεντεύξεων ένιωσα ότι κάποιες γυναίκες είχαν ανάγκη να μιλήσουν και είχαν «αφεθεί στην διαδικασία» δηλώνοντας μου ότι ένιωσαν οικεία που συνομιλούσαν με μια νεαρή γυναίκα. Η εγγύτητα και η οικειότητα (Bryman 2001) που φάνηκε να αισθάνονται στο πρόσωπο μου συνέβαλε στη δημιουργία πλαισίου εμπιστοσύνης.

Βέβαια, υπήρξε μια στιγμή (κατά την διάρκεια της πρώτης συνέντευξης) που η συνομιλήτρια μου, λόγω της έντονης συναισθηματικής φόρτισης, μου ζήτησε να φύγει προτού ξεκινήσει η διαδικασία διότι «δυσκολεύτηκε» με την μαγνητοφώνηση παρ' όλο που είχε ενημερωθεί, εκ των προτέρων, κατά τη διάρκεια της τηλεφωνικής μας συνομιλίας. Σ' αυτή τη φάση ένιωσα έντονο άγχος και αμηχανία θεωρώντας ότι η απειρία ως προς την διαδικασία και οι συνεπακόλουθες ελλείψεις μου στάθηκαν εμπόδιο στην δημιουργία κλίματος οικειότητας και εμπιστοσύνης. Η προσήλωση μου -σε εκείνη τη φάση- στις μεθοδολογικές αρχές και η προσπάθεια που κατέβαλα να μην προσωποποιήσω τη δύσκολη αυτή στιγμή συνέβαλε στο να ξεπεραστεί το πρόβλημα, να αποφορτιστεί

συναισθηματικά το κλίμα και εν τέλει να προχωρήσουμε, με επιθυμία της συμμετέχουσας, σε μια πολύ ουσιαστική αλληλεπίδραση.

Ένα ζήτημα όμως που με απασχόλησε πολύ, τόσο κατά τη διάρκεια διεξαγωγής των συνεντεύξεων όσο και κατά την διαδικασία ανάλυσης και ερμηνείας των δεδομένων που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις, ήταν αυτό της ελλιπούς γλωσσικής κατανόησης. Με εξαίρεση δυο γυναίκες που μιλούσαν, έγραφαν και κατανοούσαν πλήρως τα ελληνικά παρατήρησα ότι η γλωσσική δυσκολία στάθηκε εμπόδιο για μια -περισσότερο- εις βάθος συνέντευξη. Συγκεκριμένα, παρατήρησα ότι οι περισσότερες μετανάστριες δεν μπορούσαν να κατανοήσουν την μεταφορική χρήση της γλώσσας και επικεντρώνονταν στην κυριολεκτική σημασία των όρων της συνέντευξης. Ειδικότερα, παρατήρησα ότι οι γυναίκες που δεν μιλούσαν καλά την ελληνική γλώσσα ήταν γυναίκες με περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο, με αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις, που προέρχονταν από «πατριαρχικού» τύπου οικογενειακό περιβάλλον και με λίγες ευκαιρίες κοινωνικών επαφών. Έτσι, παρατήρησα οι συγκεκριμένες συμμετέχουσες είχαν κατακτήσει ένα επίπεδο γνώσης της ελληνικής γλώσσας που εξυπηρετούσε την επικοινωνιακή-χρηστική διάσταση της γλώσσας (να κατανοούν δηλαδή τα απαραίτητα κατά την καθημερινή συνδιαλλαγή) έχοντας όμως αδυναμίες συμβολοποίησης των λεγομένων.

Η παραπάνω διαπίστωση εξηγεί ίσως σε μεγάλο βαθμό (προσωπική παρατήρηση κατά την φάση της ανάλυσης) το συνοπτικό περιεχόμενο των απαντήσεων τους και την αδυναμία της «εις βάθους» διαπραγμάτευσης των θεματικών της συνέντευξης. Η «προβληματική αυτή διάσταση» είχε σαν αποτέλεσμα να οδηγηθώ στο να θέτω περισσότερες διευκρινιστικές ερωτήσεις κατά την διάρκεια της συνέντευξης νιώθοντας -έντονα σε κάποια σημεία- ότι καθοδηγώ περισσότερο την διαδικασία. Αν και σε κάποιες φάσεις η δική μου στάση -με το να θέτω περισσότερες ερωτήσεις- μου δημιουργούσε άγχος για την μεθοδολογική μου επάρκεια, εν τούτοις θεωρώ ότι κατέβαλα μεγάλη προσπάθεια ούτως ώστε το περιεχόμενο των ερωτήσεων μου να μην είναι καθοδηγητικό (ανακεφαλαιώνοντας σε πολλές ερωτήσεις τα προλεγόμενα της γυναίκας και θέτοντας νέες διαστάσεις στην συζήτηση), να «φωτίζει» τα λανθάνοντα σημεία του έκδηλου περιεχομένου των λόγων τους και να συλλέγω όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες μειώνοντας την πιθανότητα δικών μου παρερμηνειών.

Στην αρχική φάση σχεδιασμού των συνεντεύξεων θεώρησα ότι η ανεπαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας θα μπορούσε να αντισταθμιστεί με την χρήση εναλλακτικά της αγγλικής ωστόσο μόνο μια από τις συμμετέχουσες γνώριζε ικανοποιητικά την αγγλική γλώσσα, την οποία και δεν χρησιμοποιήθηκε μιας και το επίπεδο της στην κατανόηση/έκφραση των ελληνικών ήταν άριστο.

Σ' αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί ότι, αναφορικά με την λήψη συνεντεύξεων από την φεμινίστρια-συμμετέχουσα, ένα θέμα που με απασχόλησε ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της συλλογής και της επεξεργασίας του υλικού ήταν το θέμα της «σχετικής ιδεολογικής ταύτισης» με αποτέλεσμα η αποστασιοποίηση απ' τα λεγόμενα της να αποτελέσει αρκετά δύσκολη υπόθεση για εμένα. Σε κάθε περίπτωση πάντως, θεωρώ ότι η δική μου ιδεολογική τοποθέτηση ήταν παρούσα παράμετρος στην διάρκεια της συνέντευξης με την συγκεκριμένη γυναίκα (φεμινίστρια) δημιουργώντας σε διάφορες φάσεις «σχετικές ταυτίσεις».

Συμπερασματικά θα μπορούσα να αναφέρω ότι η «οικειότητα» με τις συνομιλήτριες μου ήταν το μεγαλύτερο πλεονέκτημα αλλά και η μεγαλύτερη δυσκολία κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Το ζήτημα αυτό χρειάστηκε να το αντιμετωπίσω και να το χειριστώ προσπαθώντας να διατηρώ όσο μπορούσα τη σχετική απόσταση με τις συμμετέχουσες και να εντάσσω την δυσκολία αυτή στον τρόπο που επεξεργάστηκα το υλικό των συνεντεύξεων.

#### **2.1.4 Η Συμμετοχική Παρατήρηση**

Ως συμπληρωματικό εργαλείο της έρευνας, για την διερεύνηση τόσο των συνθηκών ζωής των μεταναστριών στην Ελλάδα όσο και της προσέγγισης του γυναικείου ζητήματος γενικότερα, εφαρμόστηκε η μέθοδος της παρατήρησης.

Η παρατήρηση παρέχει την δυνατότητα ανάλυσης συμπεριφορών και αλληλεπιδράσεων τη στιγμή της πραγμάτωσης τους. Δίνεται έτσι ένα πολύτιμο εργαλείο στον ερευνητή/τρια να ερμηνεύσει με μεγαλύτερη ακρίβεια και αξιοπιστία συμπεριφορές -μέσω λεκτικών και μη λεκτικών αντιδράσεων- που συμβαίνουν στο πεδίο έρευνας (Ritchie & Lewis, 2003).

Στην παρούσα έρευνα εφαρμόστηκε η παρατήρηση μέσω της συμμετοχής της ερευνήτριας στον εορτασμό των γενεθλίων μιας μετανάστριας από το Ιράκ καθώς και μέσω της συμμετοχής της σε δυο εκδηλώσεις μιας ομάδας φεμινιστριών. Στην πρώτη περίπτωση σκοπός της παρατήρησης ήταν α. η διαμόρφωση μιας εικόνας για την συγκρότηση του οικιακού χώρου και των σχέσεων που διαμορφώνονται στο πλαίσιο του (έμφυλων, συγγενικών), β. η συλλογή εθνογραφικών δεδομένων για τον τρόπο οργάνωσης της ζωής τους καθώς και γ. η διερεύνηση των σχέσεων των γυναικών σε μια συνθήκη όπου απουσίαζαν οι άντρες (όπως με πληροφόρησαν οι συμμετέχουσες στις γιορτές τους δεν έρχονται άντρες αλλά μόνο γυναίκες και παιδιά).

Στην δεύτερη περίπτωση η παρατήρηση αποσκοπούσε στην κατανόηση του τρόπου παρέμβασης των φεμινιστικών συλλογικοτήτων σε θέματα που άπτονται «φεμινιστικής» παρέμβασης. Και στις δυο περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης, μιας και η συγκεκριμένη μέθοδος εξασφάλιζε μεγαλύτερη πρόσβαση στα υπό διερεύνηση δεδομένα. Είναι γνωστό πως μέσω της συμμετοχικής παρατήρησης η ερευνήτρια αποκτά καλύτερη αίσθηση του γίνεσθαι, η οποία πλησιάζει αυτή των συμμετεχόντων. Ταυτόχρονα, με τον τρόπο αυτό η ερευνήτρια γίνεται περισσότερο αποδεκτή από τις συμμετέχουσες και η παρατήρηση δεν διαταράσσει την εξέλιξη των φαινομένων. Συμπερασματικά, θεωρώντας ότι η καταγραφή των εντυπώσεων μου την ώρα που διεξαγωγής του γεγονότος (γιορτής) θα έθετε σε κίνδυνο την φυσικότητα της κατάστασης και θα επηρέαζε σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της αλληλεπίδρασης, δεν τηρήθηκε η διαδικασία της άμεσης καταγραφής σημειώσεων. Ωστόσο, αμέσως μετά την ολοκλήρωση της γιορτής κατέγραψα με λεπτομέρεια τα στοιχεία της παρατήρησης μου θέλοντας να αποφύγω τις διαστρεβλώσεις της μνήμης. Στην δεύτερη περίπτωση (συμμετοχή στις διαδικασίες της φεμινιστικής ομάδας) η τήρηση σημειώσεων κατά την διάρκεια της εξέλιξης του γεγονότος ήταν αρκετά εύκολη και συμβατή με την διαδικασία.

### **2.1.5 Το Ερευνητικό Ημερολόγιο**

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε και η μέθοδος της καταγραφής πληροφοριών σε ερευνητικό ημερολόγιο. Πρόκειται για ένα επιπρόσθετο μεθοδολογικό εργαλείο παρατήρησης με την έννοια ότι τηρείται από τον ερευνητή και είναι ο καρπός των παρατηρήσεων του στο πεδίο της έρευνας.

Το ημερολόγιο είναι μια ιδιαίτερα διαδεδομένη μέθοδος στην κοινωνική έρευνα γιατί αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για τον ερευνητή. Είναι εύκολο να τηρηθεί, μπορεί να παρέχει δεδομένα που έχουν συλλεχθεί με άλλες ερευνητικές μεθόδους από ανοργάνωτες παρατηρήσεις έως και τις συνθήκες διεξαγωγής συνεντεύξεων και άλλα. Υπό αυτές τις συνθήκες μπορεί να καταστεί πολυτιμότερο εργαλείο σε σχέση με άλλες μεθόδους, εφόσον εξελίσσεται παράλληλα με την έρευνα. Βοηθά τον ερευνητή να συνδέει τις ερευνητικές δραστηριότητες με καινοτομίες, με την εξέλιξη των ιδεών στα διάφορα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας ενώ καθιστά ορατή την επιτυχία ή την αποτυχία των *«διαδρομών για τη μάθηση και την ανακάλυψη»* (Altrichter, Posch, Somekh, 2001, σελ. 32).

Το ημερολόγιο έρευνας βασίζεται στην παράδοση της ποιοτικής έρευνας και μοιάζει περισσότερο με κείμενο αναστοχασμού ή ενδοσκόπησης, κάτι σαν «λογοτεχνικό κείμενο» και πολύ λιγότερο ως εργαλείο καταγραφής των δεδομένων της έρευνας. Ωστόσο, ο Canneti (ο.π. στο: Altrichter, Posch, Somekh, 2001) χαρακτηρίζει τη συζήτηση του ερευνητή με τον εαυτό του στο ημερολόγιο ως διάλογο με έναν *«σκληρό συνομιλητή»* ενώ ο Holly (το ίδιο, σελ. 33) σημειώνει ότι η τήρηση ημερολογίου *«διευκολύνει την παρατήρηση, την τεκμηρίωση και τον προβληματισμό πάνω σε εμπειρίες του παρελθόντος και του παρόντος, συμπεριλαμβανόμενης και της ιστορίας της ζωής του συγγραφέα και των κοινωνικών και ιστορικών συνθηκών που διαμορφώνουν το παρόν»*.

Με βάση τα παραπάνω, η τήρηση ημερολογίου αποτελεί έναν ασφαλή τρόπο για την υπέρβαση της προκατάληψης που μπορεί να δυναμιτίσει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της έρευνας. Το ερευνητικό ημερολόγιο λειτουργεί, σε αυτή την περίπτωση ως μέσο συνειδητοποίησης και υπέρβασης της προσωπικής προκατάληψης.

Στην παρούσα έρευνα, το ημερολόγιο τηρήθηκε από την αρχή της ερευνητικής διαδικασίας εκ μέρους μου και συμπληρωνόταν μετά την ολοκλήρωση της κάθε συνέντευξης ούτως ώστε να έχω τα στοιχεία πρόσφατα στη μνήμη μου. Κατά τη διαδικασία της καταγραφής φρόντιζα να διακρίνω τα γεγονότα από τα σχόλια και τις δικές μου κρίσεις ( memos).

Τέλος, για την καταγραφή των γεγονότων σημειωνόταν πάντοτε η ημερομηνία, οι συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε η συνέντευξη ενώ γινόταν και προσπάθεια να δοθούν

περιγραφικά οι παρατηρήσεις σε ξεχωριστό κεφάλαιο από τις ερμηνείες (ή αλλιώς προσωπικές κρίσεις).

## **2.2: Κατηγορίες Ανάλυσης**

Με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα και το υλικό που συγκεντρώθηκε από τις συνεντεύξεις διαμορφώθηκαν πέντε βασικές κατηγορίες ανάλυσης και οι υποκατηγορίες τους:

- **Η πρώτη κατηγορία** αναφέρεται στο κοινωνικό προφίλ των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Στη συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται στοιχεία που αφορούν την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, την ύπαρξη ή μη νομιμοποιητικών εγγράφων στην χώρα υποδοχής κλπ
- **Η δεύτερη κατηγορία** αναφέρεται στα προσωπικά βιώματα των γυναικών κατά την μεταναστευτική τους πορεία καθώς και στις εμπειρίες τους από τη χώρα υποδοχής. Στη συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται στοιχεία σχετικά με το πως οι γυναίκες αντιλαμβάνονται τη θέση τους στην ελληνική κοινωνία, για τους ρόλους των δυο φύλων, και γενικότερα στοιχεία που φανερώνουν τον βαθμό συμμετοχής τους στα ελληνική κοινωνική πραγματικότητα.
- **Η τρίτη κατηγορία** αφορά στα θέματα της υγείας. Ειδικότερα, σ' αυτή την κατηγορία εμπίπτουν τα δεδομένα που αφορούν: τις αλλαγές τόσο στην κατάσταση της υγείας όσο και σε επίπεδο στάσεων των γυναικών μετά την μετανάστευση, τις αντιλήψεις τους για το σύστημα υγείας και την διαπολιτισμική ικανότητα των επαγγελματιών υγείας στην κοινωνία υποδοχής καθώς και τις νοσηματοδοτήσεις και τις αναπαραστάσεις τους για την υγεία.
- **Η τέταρτη κατηγορία** αφορά τα θέματα της ασθένειας. Η νοσηματοδότηση και η αναπαράσταση της ασθένειας, οι αντιλήψεις των γυναικών για τα αίτια των ασθενειών καθώς η βίωση καταστάσεων ασθένειας μέσα στην οικογένεια συνιστούν τις υποκατηγορίες της συγκεκριμένης κατηγορίας.

- Στην **πέμπτη κατηγορία** εξετάζεται η βίωση του πόνου ως κομμάτι της προσωπικής εμπειρίας των γυναικών, λαμβάνοντας υπόψη τόσο την επίδραση των πολιτισμικών επιδράσεων όσο και την διάσταση του φύλου.
- *Συγκεκριμένα τα κριτήρια που πληρούν οι κατηγορίες είναι τα ακόλουθα:*
  - **Εξαντλητικές:** όλες οι μονάδες καταγραφής ανήκουν σε μία κατηγορία.
  - **Αποκλειστικές:** κάθε μονάδα καταγραφής ανήκει σε μία και μόνο κατηγορία
  - **Ομοιογενείς:** υπακούουν στην ίδια θεωρητική αρχή
  - **Αντικειμενικές και πιστές:** θα δώσουν τα ίδια αποτελέσματα από άλλους ερευνητές αφού επιλέχθηκαν με αντικειμενικά κριτήρια
  - **Δόκιμες:** είναι προσαρμοσμένες σε αυτό που μελετάμε
  - **Παραγωγικές:** δίνουν περισσότερα στοιχεία απ' όσα αρχικά ζητήθηκαν

Η ανάγνωση των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων οδήγησε στη σύνδεση αποσπασμάτων των συνεντεύξεων με τις κατηγορίες ανάλυσης (Creswell,1994, σελ.155). Η επεξεργασία του υλικού έγινε με βάση τους κανόνες ανάλυσης περιεχομένου, η οποία αποτελεί μία ερευνητική τεχνική με στόχο το συσχετισμό (μέσω της συστηματικής και αντικειμενικής αναγνώρισης) συγκεκριμένων χαρακτηριστικών μέσα σε ένα κείμενο. Το corpus πληροί τα ακόλουθα κριτήρια:

- Είναι **δόκιμο** γιατί οι ερωτήσεις των συνεντεύξεων αφορούν τους στόχους της έρευνας.
- Επιλέχθηκε με **αντικειμενικά** κριτήρια χωρίς να παρεμβαίνει (κατά το δυνατόν) η προσωπικότητα του ερευνητή, αφού αποτελείται από αυθόρμητες απαντήσεις των υποκειμένων.
- Είναι **ομοιογενές** διότι γίνεται ανάλυση περιεχομένου σε υλικό συνεντεύξεων και μόνο.

### **2.3: Τα υποκείμενα της έρευνας**

Οι έρευνες μικρής κλίμακας έχουν συνήθως περιγραφικό χαρακτήρα, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις στοχεύουν στη διερεύνηση όψεων μιας κατάστασης. Στη παρούσα



περίπτωση, η έρευνα έχει διερευνητικό χαρακτήρα εφόσον αναζητά τις αντιλήψεις των μεταναστριών για θέματα υγείας, ασθένειας και πόνου όπως έχουν διαμορφωθεί μέσα από τις πρότερες εμπειρίες τους, απ' τη μεταναστευτική τους διαδρομή και από τις εμπειρίες σε ένα νέο κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον (με ότι αυτό συνεπάγεται) λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπ' όψιν τις διαφορετικές πολιτισμικές τους αναφορές. Επιπρόσθετα, μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη της φεμινίστριας συμμετέχουσας η οποία προσπαθεί να φωτίσει τον τρόπο με τον οποίο δομούνται, κοινωνικά και έμφυλα, οι παραπάνω έννοιες. Συνεπώς, στόχος μας είναι η διερεύνηση του θέματος για περαιτέρω εμβάθυνση και όχι η γενίκευση των αποτελεσμάτων (Creswell, 1994)

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά πέντε μετανάστριες και μια ελληνίδα, μέλος φεμινιστικής οργάνωσης. Σε πρώτη φάση έγινε ενημέρωση για την διαδικασία και το θέμα εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση τους για συμμετοχή στην έρευνα. Για την τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχουσών δεν χρησιμοποιήθηκαν τα πραγματικά ονόματα των γυναικών αλλά ψευδώνυμα.

Ως προς την χώρα προέλευσης των μεταναστριών δεν θέσαμε κριτήρια αποκλεισμού θεωρώντας πως ο περιγραφικός στόχος της παρούσας έρευνας θα εξυπηρετούσε αφενός μια πιο «πλουραλιστική» προσέγγιση του ζητήματος και αφετέρου δεν θα απέκλειε το θέμα των πιθανών ενδοομαδικών διαφορών. Ολοκληρώνοντας, θεωρήθηκε πως η συμμετοχή της Ελληνίδας φεμινίστριας γυναίκας θα φώτιζε πτυχές των υπό διερεύνηση ζητημάτων μέσα απ' την «ευαισθητοποιημένη φωνή» μιας γυναίκας που οραματίζεται ένα καλύτερο μέλλον για τις γυναίκες όλων των χωρών, όλων των πολιτισμών και όλων των κοινωνικών συστημάτων.



### **3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΕΜΠΕΙΡΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ**

Στην συγκεκριμένη ενότητα επιχειρείται η παρουσίαση, η ανάλυση και η ερμηνεία των δεδομένων που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας. Τα ερευνητικά δεδομένα, που αφορούν τον λόγο των υποκειμένων παρουσιάζονται με την μορφή των αυτούσιων αποσπασμάτων, βάσει της μεθόδου «line by line analysis», η οποία επιτρέπει την ταυτόχρονη παρουσίαση, ανάλυση και ερμηνεία των ερευνητικών δεδομένων. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων θα αποσαφηνιστούν οι έννοιες και οι μεταξύ τους σχέσεις και θα εξαχθούν συμπεράσματα, τα οποία θα βοηθήσουν στον σχηματισμό ερμηνευτικών σχημάτων (Strauss & Corbin, 1998, σελ. 65-67). Τα προς ανάλυση και ερμηνεία αποσπάσματα του λόγου των συμμετεχουσών στην έρευνα, επιλέχθηκαν με τρόπο που να καλύπτουν όλο το φάσμα των δηλωμένων απόψεων σε σχέση με συγκεκριμένες κατηγορίες ανάλυσης. Οι κατηγορίες ανάλυσης διαμορφώθηκαν βάσει των ερευνητικών ερωτημάτων και των ερωτήσεων που χρησίμευσαν ως πλαίσιο-οδηγός των συνεντεύξεων (Silverman, 2001). Η ανάγνωση των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων οδήγησε στη σύνδεση του εμπειρικού υλικού με τις κατηγορίες και υποκατηγορίες ανάλυσης που παρατίθενται στη συνέχεια:

#### **3.1: Το Προφίλ των Μεταναστριών**

Το υλικό που συγκεντρώθηκε σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών στην έρευνα και που συνθέτουν το κοινωνικό τους προφίλ αναλύεται στις ενότητες που ακολουθούν.

##### **3.1.1 Χώρα Υπηκοότητας των Γυναικών**

Οι χώρες προέλευσης των γυναικών μεταναστριών είναι: η Αλβανία, η Τουρκία, το Ιράκ και η Αίγυπτος. Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας δεν θέσαμε κριτήρια αποκλεισμού για το δείγμα (μελέτη μιας μόνο υποομάδας των γυναικών μεταναστριών π.χ. Αλβανίδων) μιας και ο σκοπός της έρευνας είναι περιγραφικός. Θεωρούμε ότι αυτή η κατανομή του δείγματος σε σχέση με την χώρα προέλευσης επιτρέπει μια πιο

«πλουραλιστική» συγκέντρωση στοιχείων για γυναίκες που εντάσσονται μεν στην ομάδα των μεταναστριών χωρίς να αποκλείεται όμως το θέμα των ενδοομαδικών τους διαφορών.

**Πίνακας I: Χώρα Υπηκοότητας των Μεταναστριών<sup>11</sup>**

Χώρα Καταγωγής	Αριθμός Συμμετεχουσών
Αλβανία	2
Ιράκ	1
Τουρκία	1
Αίγυπτος	1

### 3.1.2 Λόγοι Μετανάστευσης

Εξετάζοντας, τους λόγους μετανάστευσης των γυναικών του δείγματος παρατηρούμε ότι τρεις απ' τις γυναίκες (Ζίλντα 32 ετών, Αλβανία, Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία & Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος) αναφέρουν ως αιτία μετανάστευσης την φτώχεια και την αδυναμία εξεύρεσης εργασίας στις χώρες τους. Ειδικότερα, η Μπέτυ και η Ζίλντα (αλβανικής καταγωγής) ήρθαν στην Ελλάδα με την πατρική τους οικογένεια αναζητώντας ένα καλύτερο μέλλον ενώ για την Ναριμάν (αιγυπτιακής υπηκοότητας) η μεταναστευτική της διαδρομή συνάδει με το «παραδοσιακό» μοντέλο γυναικείας μετανάστευσης αφού ανέφερε ως λόγο μετανάστευσης την οικογενειακή επανένωση. Μελετώντας, τις απαντήσεις των συγκεκριμένων γυναικών παρατηρούμε ότι βρίσκονται σε αντιστοιχία με τους λόγους που ώθησαν σε μετανάστευση μεγάλο αριθμό ανθρώπων απ' τις συγκεκριμένες χώρες (ΚΕΘΙ, 2007). Απ' τις άλλες δυο συμμετέχουσες η Σουρούκ (ιρακινής καταγωγής) αναφέρει ότι αναγκάστηκε να μεταναστεύσει με την οικογένεια της λόγω του πολέμου ενώ η Χατιέ (τουρκικής καταγωγής) αναφέρεται σε προσωπικούς λόγους (σύναψη γάμου με Έλληνα Μουσουλμάνου απ' την μειονότητα της Θράκης).

<sup>11</sup> Από την μελέτη της βιβλιογραφίας (Αϊβαζόγλου, Μ. Παπαντωνίου, Χ., 2005) προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των μεταναστών που ζουν στην Ελλάδα προέρχεται κατά κύριο λόγο από 10 χώρες ανάμεσα σ' αυτές η Αλβανία και η Αίγυπτος.

### 3.1.3 Χρόνια Εγκατάστασης στην Ελλάδα

Αναφορικά με τα χρόνια εγκατάστασης στην Ελλάδα παρατηρείται ότι όλες οι συμμετέχουσες έχουν μακροχρόνια παραμονή στην χώρα με μέσο όρο τα 13,2 έτη. Η παραπάνω παρατήρηση είναι συναφής με τα πορίσματα της έρευνας του ΚΕΘΙ, (Η γυναικεία μετανάστευση στην Ελλάδα, 2007) που αναδεικνύουν την εγκατάσταση ενός μεγάλου μέρους των μεταναστριών κατά την δεκαετία του '90, την περίοδο δηλαδή της έντονης μεταναστευτικής εισροής.

#### II: Χρόνια Παραμονής στην Ελλάδα

Χρόνια Παραμονής στην Ελλάδα	Αριθμός Συμμετεχουσών
Έως 10 έτη (0-10)	2
10-20 έτη	3

Εξετάζοντας τα δεδομένα της έρευνας παρατηρούμε ότι οι γυναίκες του δείγματος που προέρχονται απ την Αλβανία (Ζίλντα & Μπέτυ) εγκαταστάθηκαν στην χώρα μας κατά την δεκαετία του '90 (η Μπέτυ το 1991 και η Ζίλντα το 1998). Αντίθετα, οι μετανάστριες από την Αίγυπτο και το Ιράκ έχουν πιο πρόσφατη εγκατάσταση στην χώρα μας (μετά το 2000). Επιπρόσθετα, σε μακροχρόνια εγκατάσταση (αρχές δεκαετίας του '90) αναφέρεται και η Χατιέ, η οποία συνιστά ξεχωριστή περίπτωση. Αναφέρει ότι βασικός λόγος μετανάστευσης είναι η σύναψη γάμου με Έλληνα Μουσουλμάνο απ' την μειονότητα της Θράκης<sup>12</sup>. Ολοκληρώνοντας, η μελέτη του χρόνου παραμονής στην Ελλάδα αποτελεί χρήσιμο στοιχείο για την μελέτη της γυναικείας μετανάστευσης και για την αποτύπωση των μεταναστευτικών μοντέλων που έχουν αναπτυχθεί στην Ελλάδα κατά τα τελευταία χρόνια.

<sup>12</sup> Αξίζει να σημειωθεί ότι η σύναψη γάμων μεταξύ αντρών της ελληνικής μουσουλμανικής μειονότητας με γυναίκες απ την Τουρκία δεν είναι ιδιαίτερα σπάνιο φαινόμενο

### 3.1.4 Ηλικία και Οικογενειακή Κατάσταση

Από τα αποτελέσματα ερευνών (ΚΕΘΙ, 2007 & ΙΜΕΠΟ, 2007) έχει αναδειχθεί ότι η ηλικιακή δομή του αλλοδαπού πληθυσμού διαφοροποιείται συγκριτικά μ' αυτήν των Ελλήνων. Συγκριμένα, συναντάμε περισσότερες μετανάστριες στην ηλικιακή κατηγορία των 25-44 χρόνων (45,6% του αλλοδαπού πληθυσμού) σε σχέση με τους Έλληνιδες (όπου το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται στο 24,2%). Το στοιχείο αυτό ισχύει και στην παρούσα έρευνα όπου όλες οι συμμετέχουσες είναι γυναίκες σε παραγωγικές ηλικίες με μέσο όρο ηλικίας τα 33 έτη.

*Πίνακας III: Ηλικία και Οικογενειακή Κατάσταση*

	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ %</b>
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>		
<b>20-35 έτη</b>	<b>3</b>	<b>60%</b>
<b>35-50έτη</b>	<b>2</b>	<b>40%</b>
<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>		
<b>Άγαμη</b>	<b>1</b>	<b>20%</b>
<b>Έγγαμη (με παιδιά)</b>	<b>2</b>	<b>40%</b>
<b>Διαζευγμένη ( με παιδιά)</b>	<b>2</b>	<b>40%</b>

Η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών επιβεβαιώνει τις τάσεις που καταγράφηκαν απ' την τελευταία απογραφή της ΕΣΥΕ (2001). Οι τέσσερις γυναίκες του δείγματος (Ζίλντα, Χατιέ, Σουρούκ και Ναριμάν) βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο του οικογενειακού κύκλου ζωής τους έχοντας παντρευτεί και τεκνοποιήσει ενώ μόνο η Μπέτυ (η μικρότερη σε ηλικία) δηλώνει άγαμη. Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση και την υπηκοότητα οι δυο έγγαμες συμμετέχουσες προέρχονται από αραβικές χώρες (Ιράκ, Αίγυπτος) και έχουν παντρευτεί ομοεθνή σύζυγο. Απ' τις δυο διαζευγμένες συμμετέχουσες η μια προέρχεται απ' την Τουρκία (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία) και η άλλη απ' την Αλβανία (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία) και οι δυο συμμετέχουσες είχαν παντρευτεί με ελληνικής καταγωγής σύζυγο. Αυτό που διαφοροποιείται απ' τις καταγεγραμμένες τάσεις είναι ότι οι γυναίκες που είναι διαζευγμένες προέρχονται από χώρες (Αλβανία, Τουρκία) που

παρουσιάζουν στατιστικά τα μικρότερα ποσοστά διαζυγίων σε σχέση με μετανάστριες άλλων χωρών.

### 3.1.5 Επίπεδο Εκπαίδευσης

Εξετάζοντας το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών παρατηρούμε ότι τέσσερις γυναίκες του δείγματος (Σουρούκ, Ναριμάν, Μπέτυ, Ζίλντα) έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, απ' αυτές οι Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) και η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακές σχολές ενώ η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) έχει ολοκληρώσει την εννιάχρονη υποχρεωτική εκπαίδευση. Μόνο η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) δηλώνει πως δεν έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση.

Σε σχέση με την κατανομή των μεταναστριών αποφοίτων ανωτάτων σχολών ανά επιστημονικό κλάδο παρατηρούμε ότι επιβεβαιώνονται τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με τα παραδοσιακά «γυναικεία» επαγγέλματα μιας και οι συμμετέχουσες είτε έχουν φοιτήσει σε Παιδαγωγικές Σχολές (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ και Μπέτυ 26 ετών, Αλβανία) είτε σε Σχολές Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος).

#### *Πίνακας IV: Επίπεδο Εκπαίδευσης Γυναικών*

<b>ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ</b>
<b>Υψηλό (απόφοιτοι ανώτατων ιδρυμάτων)</b>	<b>3</b>	<b>60%</b>
<b>Μεσαίο (απόφοιτοι 2<sup>ο</sup> βάθμιας εκπαίδευσης)</b>	<b>1</b>	<b>20%</b>
<b>Χαμηλό (απόφοιτοι πρωτοβάθμιας, αναλφάβητες)</b>	<b>1</b>	<b>20%</b>

Η παραπάνω αποτύπωση του μορφωτικού επιπέδου των γυναικών βρίσκεται σε συμφωνία με την γενικότερο μορφωτικό προφίλ των μεταναστριών όπως έχει καταγραφεί από την τελευταία απογραφή (ΕΣΥΕ, 2001).

### 3.1.6 Γνώση της Ελληνικής Γλώσσας

Για την πληρέστερη προσέγγιση του θέματος η γνώση της ελληνικής γλώσσας (σε επίπεδο ομιλίας, γραφής και ανάγνωσης) διερευνήθηκε σε συνάρτηση τόσο με τα χρόνια παραμονής στην Ελλάδα και όσο και με την υπηκοότητα των γυναικών. Εξετάζοντας τα ερευνητικά δεδομένα, αναφορικά με την υπηκοότητα παρατηρήσαμε ότι οι μετανάστριες απ' την Αλβανία (Ζίλντα και η Μπέτυ) έχουν καλή -έως άριστη- γνώση της ελληνικής γλώσσας σε επίπεδο ομιλίας, γραφής και ανάγνωσης. Οι συγκεκριμένες γυναίκες έχουν μακροχρόνια εγκατάσταση στην χώρα μας (από τη δεκαετία του '90) και ως τρόπους εκμάθησης της γλώσσας αναφέρουν την φοίτηση σε ελληνικό σχολείο, την επικοινωνία στην εργασία και την ύπαρξη άτυπων κοινωνικών δικτύων (συγγενείς που είχαν εγκατασταθεί νωρίτερα και γνώριζαν την γλώσσα, φιλικό περιβάλλον με Έλληνες). Επιπρόσθετα, καλό επίπεδο ομιλίας και κατανόησης της ελληνικής γλώσσα έχει και Χατιέ (τουρκικής καταγωγής), η οποία ωστόσο έχει χαμηλό επίπεδο στις ικανότητες γραφής και ανάγνωσης. Ως τρόπους εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας η συγκεκριμένη γυναίκα αναφέρει την τηλεόραση και τα άτυπα κοινωνικά δίκτυα (παρέα με Έλληνες και συγγενείς).

Απ' την άλλη πλευρά παρά την μακροχρόνια εγκατάσταση της Ναριμάν και της Σουρούκ (αιγυπτιακής και ιρακινής καταγωγής αντίστοιχα) η γνώση της ελληνικής γλώσσας σε επίπεδο ομιλίας και κατανόησης είναι σχετικά χαμηλό ενώ οι γυναίκες αδυνατούν να γράψουν και να διαβάσουν. Ως αιτίες χαμηλού επιπέδου γνώσης της γλώσσας αναφέρουν τις λίγες ευκαιρίες κοινωνικών επαφών (δεν εργάζονται και μένουν πολύ στο σπίτι), την αδυναμία να ενταχθούν σε ένα πλαίσιο εκμάθησης της ελληνικής λόγω της έλλειψης ελεύθερου χρόνου και λόγω των ωραρίων λειτουργίας των τμημάτων ( *«θα ήταν καλό να μάθαινα τη γλώσσα το πρωί που τα παιδιά είναι στο σχολείο τα απογεύματα που να τα αφήσω; ο άντρας πάει για δουλειά»* Σουρούκ,36 ετών, Ιράκ) και τέλος λόγω παρουσίας ανδρών στα τμήματα εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας. (*«ουου πολλοί άντρες πάνε εκεί εγώ δεν μπορώ με άντρες»* Ναριμάν,37 ετών, Αίγυπτος)



### 3.1.7 Εργασιακή Κατάσταση

Πίνακας IV: Εργασιακή Κατάσταση Γυναικών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
Ιδιωτική Υπάλληλος	1	20%
Οικιακά	2	40%
Άνεργη	2	40%

Σε σχέση με την εργασιακή κατάσταση των γυναικών του δείγματος παρατηρούμε πως μόνο η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) εργάζεται και συντηρείται από το δικό της εισόδημα. Η συγκεκριμένη συμμετέχουσα έχει υψηλό μορφωτικό επίπεδο αφού αποφοίτησε από ελληνικό ΑΕΙ και ολοκλήρωσε ανώτατες μουσικές σπουδές. Ως επαγγελματικό χώρο αναφέρει Φροντιστήριο Ξένων Γλωσσών και την Εθνική Λυρική Σκηνή.

Απ' τις υπόλοιπες γυναίκες του δείγματος η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) και η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) δηλώνουν ως απασχόληση τα οικιακά ενώ η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) και η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) δηλώνουν άνεργες. Αναφορικά, με την επαγγελματική κατάσταση και την υπηκοότητα παρατηρούμε ότι οι γυναίκες που δηλώνουν ως απασχόληση τα οικιακά («νοικοκυριό και τα παιδιά» Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ) προέρχονται από μουσουλμανικές αραβικές χώρες και είναι επιφορτισμένες με τα οικιακά καθήκοντα και την ανατροφή των παιδιών αναφέροντας ως πηγή οικογενειακού εισοδήματος την εργασία του συζύγου. Απ' την άλλη πλευρά ως λόγο ανεργίας η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) δηλώνει την απώλεια εργασίας λόγω οικονομικής κρίσης και ως πηγή εισοδήματος αναφέρει το οικογενειακό εισόδημα της πατρικής οικογένειας. Τέλος, η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) επικαλείται για την ανεργία της λόγους υγείας και αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις («ποιος θα μου μεγαλώσει τα παιδιά;»), Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία). Αναφέρει ως εισόδημα το ποσό της διατροφής (που ωστόσο δεν της δίνεται σε σταθερή βάση) από τον πρώην σύζυγο.

### 3.1.8 Νομιμοποιητικά Έγγραφα και Κοινωνική Ασφάλιση

Σε σχέση με την ύπαρξη νομιμοποιητικών εγγράφων, όλες οι συμμετέχουσες ζουν «νόμιμα στην χώρα» έχοντας εξασφαλίσει είτε άδεια παραμονής είτε δελτίο αιτήσαντος ασύλου αλλοδαπού (ροζ κάρτα).

*Πίνακας V: Ασφάλιση και Νομιμοποιητικά Έγγραφα*

	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ %</b>
<b>ΑΣΦΑΛΙΣΗ</b>		
ΙΚΑ	<b>3</b>	<b>60%</b>
Ανασφάλιστη	<b>2</b>	<b>40%</b>
<b>ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ</b>		
Άδεια Παραμονής	<b>4</b>	<b>80%</b>
Ροζ Κάρτα (αιτούντες άσυλο)	<b>1</b>	<b>20%</b>

Παρόλο που όλες οι συμμετέχουσες ζουν νόμιμα στην χώρα, το θέμα της κοινωνικής ασφάλισης και κατ' επέκταση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί πρόβλημα. Ειδικότερα, τρεις γυναίκες του δείγματος (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος., Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ., Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία) αναφέρουν ως ασφαλιστικό φορέα το ΙΚΑ. Απ' αυτές δυο συμμετέχουσες (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος., Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ,) είναι έμμεσα ασφαλισμένες στο ΙΚΑ απ' τους συζύγους τους ενώ η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) είναι άμεσα ασφαλισμένη έχοντας τη δική της εργασία. Ανασφάλιστες δηλώνουν οι συμμετέχουσες που στην παρούσα φάση είναι άνεργες και διαζευγμένες (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία., Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία).

### 3.1.9 Σχέδια για το Μέλλον

Για την στοχοθεσία του μέλλοντος μόνο μια γυναίκα του δείγματος αναφέρει ξεκάθαρα ότι θέλει να φύγει απ' την Ελλάδα με προορισμό μια άλλη χώρα δηλώνοντας ωστόσο κατηγορηματικά ότι δεν θέλει να επιστρέψει στην χώρα καταγωγής της.

*«Πίσω δεν νομίζω να γυρίσω, δεν το βλέπω (γέλιο) και εδώ δεν ξέρω αν θα μείνω θα ήθελα να πάω κάπου αλλού, θα ήθελα να βρω ένα ωραίο μέρος να μείνω κάπου...(μεσαία παύση) πίσω όμως δεν θέλω να γυρίσω εκτός και αν αναγκαστώ από κάποιες συνθήκες και το κάνω*

*αλλά δεν μου αρέσει εκεί η ζωή, ούτε το μέρος, δεν με συνδέει τίποτα εκεί πέρα απ' την γιαγιά μου. (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Απ' τις υπόλοιπες συμμετέχουσες οι δυο δηλώνουν ότι επιθυμούν να μείνουν για πάντα στην Ελλάδα αναφερόμενες στην «ελευθερία» που απολαμβάνουν οι γυναίκες στην ελληνική κοινωνία, στις κλιματικές συνθήκες της χώρας μας αλλά και στο γενικότερο «κλίμα» που υπάρχει στην Ευρώπη απέναντι στους μετανάστες

*«τουλάχιστον μια γυναίκα εδώ μπορεί να ζήσει σαν άνθρωπος, να σπουδάσει, να γλεντήσει να κάνει ότι θέλει τέλος πάντων και αυτό με κάνει να θέλω να μείνω» Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

*. «Ωραία είναι εδώ. Ήλιος, ζέστη, ωραία πολύ ωραία. Όμως άμα δεν έχει δουλειά, δεν έχει και λεφτά. Σίγουρα πιο καλά είναι όμως και από το Ιράκ και από άλλες χώρες στην Ευρώπη που για τους ξένους δεν είναι καλά. Όλη την ώρα σε ρωτάνε που πας. Δεν είναι καλά τώρα στην Ευρώπη» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

Ολοκληρώνοντας, οι άλλες δυο συμμετέχουσες είναι επικεντρωμένες στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τώρα στην Ελλάδα και δεν τους επιτρέπουν να σκεφτούν την ζωή τους σε μελλοντική βάση

*«Παντού τα ίδια είναι άμα είσαι φτωχός και στην Ελλάδα είμαι φτωχή, μετράω τα λεφτά για να περάσω. Αν έχεις καλή δουλειά κάνεις καλή ζωή αν δεν έχεις δουλειά δεν έχεις τίποτα, δεν έχεις σπίτι, φαγητό, γιατρό, βιβλία για τα παιδιά» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

*«Έτσι, που είμαι εγώ; Που να ξέρω για αύριο» Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία).*

Συνοψίζοντας, σχετικά με **το προφίλ των συμμετεχουσών** παρατηρούμε πως πρόκειται για γυναίκες νεαρής ηλικίας ( με Μ.Ο τα 33 έτη) που ζουν νόμιμα στην χώρα και είναι όλες μετανάστριες πρώτης γενιάς προερχόμενες απ' την Αλβανία, την Αίγυπτο, την Τουρκία και το Ιράκ. Οι λόγοι που ώθησαν τις γυναίκες του δείγματος σε μετανάστευση είναι οικονομικής φύσης, οικογενειακής επανένωσης, προσωπικοί και κατάσταση πολέμου. Η εγκατάσταση των γυναικών στην χώρα μας είναι μακροχρόνια με Μ.Ο τα 13,2 έτη ενώ σε σχέση με την υπηκοότητα και την παραμονή παρατηρούμε ότι οι γυναίκες από την Τουρκία και την Αλβανία «έφτασαν» πρώτες στην Ελλάδα την δεκαετία του '90 ενώ οι γυναίκες απ' τις αραβικές χώρες έχουν πιο πρόσφατη εγκατάσταση στην χώρα.

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών παρατηρούμε ότι τέσσερις απ' τις πέντε συμμετέχουσες έχουν τεκνοποιήσει εκ των οποίων οι δυο είναι έγγαμες και οι δυο διαζευγμένες. Οι έγγαμες γυναίκες προέρχονται απ' τις αραβικές χώρες και είναι παντρεμένες με ομοεθνή σύζυγο, ως απασχόληση δηλώνουν τα οικιακά και την ανατροφή των ποδιών έχοντας ως πηγή εισοδήματος τον μισθό του συζύγου, απ' τον οποίο είναι έμμεσα ασφαλισμένες στο ΙΚΑ. Οι συγκεκριμένες γυναίκες έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτοι πανεπιστημιακών σχολών) αλλά χαμηλό επίπεδο γνώσης της ελληνικής γλώσσας. Συνεχίζοντας, οι δυο διαζευγμένες γυναίκες του δείγματος υπήρξαν παντρεμένες με Έλληνα υπήκοο και προέρχονται από την Αλβανία και την Τουρκία. Στην παρούσα φάση είναι άνεργες και όπως είναι αναμενόμενο είναι ανασφάλιστες. Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης και το επίπεδο γνώσης της ελληνικής γλώσσας η συμμετέχουσα απ' την Αλβανία έχει ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση και είναι καλή χρήστρια της γλώσσας (σε επίπεδο ομιλίας, γραφής και ανάγνωσης) ενώ η συμμετέχουσα απ' την Τουρκία δεν έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση αλλά έχει καλό επίπεδο χρήσης της ελληνικής ως προς την ομιλία παρουσιάζει όμως έλλειμμα στις ικανότητες γραφής και ανάγνωσης. Άγαμη δηλώνει η μικρότερη σε ηλικία συμμετέχουσα (26 ετών), η οποία προέρχεται απ' την Αλβανία. Το μορφωτικό επίπεδο της συγκεκριμένης γυναίκας είναι υψηλό έχοντας ολοκληρώσει πανεπιστημιακές σπουδές σε ελληνικό ΑΕΙ γεγονός που συνεπάγεται και την άριστη χρήση της ελληνικής γλώσσας σε όλα τα επίπεδα (ομιλία, γραφή και ανάγνωση). Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση της συγκεκριμένης γυναίκας παρατηρούμε πως πρόκειται για την μοναδική συμμετέχουσα που εργάζεται με αποτέλεσμα να είναι άμεσα ασφαλισμένη στο ΙΚΑ.

Τέλος, σε σχέση με τους μελλοντικούς στόχους των γυναικών του δείγματος παρατηρούμε πως οι προθέσεις των γυναικών είναι «μοιρασμένες». Δυο απ' τις συμμετέχουσες δηλώνουν ότι επιθυμούν να ζήσουν για πάντα στην χώρα, άλλες δυο δηλώνουν πως οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην παρούσα φάση δεν τους επιτρέπουν να «οραματιστούν» το μέλλον ενώ μόνο μια γυναίκα αναφέρει πως μελλοντικά επιθυμεί να φύγει απ' την Ελλάδα με προορισμό μια άλλη χώρα διαφορετική απ' την χώρα καταγωγής της.

## **3.2: Η Ιστορία της Μετανάστευσης**

### **3.2.1 Μεταναστευτικές Πορείες**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί οι λόγοι που ώθησαν τις συμμετέχουσες του δείγματος σε μετανάστευση διαφοροποιούνται τόσο σε σχέση με την περίοδο (χρονική και κοινωνική) όσο και με την χώρα προέλευσης των γυναικών. Κωδικοποιώντας, στην προηγούμενη ενότητα, τους λόγους που ώθησαν τις γυναίκες σε μετανάστευση παρατηρούμε ότι είναι προσωπικοί, οικογενειακής επανένωσης, λόγω πολέμου και τέλος οικονομικοί. Η παράθεση των αποσπασμάτων του λόγου των γυναικών μας βοηθά να δούμε τον τρόπο με τον οποίο βιώθηκαν αυτές οι «διακριτές κατηγορίες». Μεταφέρουμε έτσι το πεδίο ανάλυσης από την κοινωνιολογική του σκοπιά σε μια προσωπική αφήγηση, που βασίζεται σε στοιχεία που έχουν αποτυπωθεί στην μνήμη τους. Άλλωστε η ατομική μνήμη δημιουργεί την προσωπική ιστορία του υποκειμένου και το παρελθόν μέσα από την αφήγηση «επανα-παρονίζεται» (Ferrarotti, 1983, όπως αναφ. Ρήγα, Α,2001) με αποτέλεσμα να μην είναι πια παρελθόν «όπως ήταν» αλλά ένα ξαναζωντανεμένο παρελθόν.

Ειδικότερα, ο λόγος που έφερε την Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) στην Ελλάδα ήταν η σύναψη γάμου με Έλληνα Μουσουλμάνο απ' την περιοχή της Θράκης, πριν περίπου 20 χρόνια.

*«είναι που με έφαγε ο έρωτας. Εγώ ήμουν πολύ μαζεμένο παιδί και οι γονείς παλιά..... να πω μυαλά. Ο πατέρας μου είχε μαγαζί για γάμους και έρχονται πολλοί δικοί σας Μουσουλμάνοι από τη Θράκη και ψωνίζουν (μικρή σιωπή) έτσι που λες το καλοκαίρι τότε που ήμουν 16 το πολύ 17 χρονών, τρομάρα μου, ήρθε ο πεθερός μου με την κόρη του και το γιο του να ψωνίσουν. Ε, αυτό ήταν τον είδα και έπεσα κάτω. (γέλιο). Πέθαινα να του πω ότι μου αρέσει αλλά ήμουν ντροπαλή και είχα φόβο για τον πατέρα μου έτσι δεν του είπα τίποτα. Βρέθηκε όμως μια φίλη μου συγγένισσα τους και μας κανόνισε το ραντεβού... (μικρή σιωπή). Τον είδα με είδε και ερωτευτήκαμε. Έφυγε που λες μετά από κάποιες μέρες και εγώ πέρασα μια στεναχώρια εκεί να δεις πόνος.....(γέλιο και μεσαία σιωπή)... ώσπου η Χατιτζέ*

μου είπε μετά από λίγο καιρό ότι έχω χαιρετίσματα από τον άντρα μου. Έτσι αρχίσαμε τηλέφωνα και λόγια, λόγια, λόγια πολλά λόγια. (μεγάλη παύση). Το άλλο καλοκαίρι ήρθε και με ζήτησε αλλά ο πατέρας μου δεν τον ήθελε. Έκλαιγα μερόνυχτα θυμάμαι τότε ήρθε η φίλη μου και μου είπε ότι θα με κλέψει... (μικρή σιωπή) φοβήθηκα πως φοβήθηκα πάει λέω θα μας σκοτώσει και τους δυο ο πατέρας μου....(γέλιο) Ευτυχώς όμως ήρθαν οι δικοί του από την Κομοτηνή και τα πράγματα έγιναν σωστά... ήρθα γιατί ήθελα να είμαι μαζί του, να φτιάξουμε οικογένεια και να ζήσω ελεύθερα αλλά που να ξέρα... (αναστεναγμός) η καημένη. (Χατιέ, 36 ετών Τουρκία.)

Είναι ενδιαφέρον ότι η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) στην αφήγηση της ξαναζωντανεύει το «συναισθηματικό» κλίμα της περιόδου. Σύμφωνα, με τις σημειώσεις του ερευνητικού ημερολογίου το συγκεκριμένο απόσπασμα αποτελεί μια από τις πιο «έντονες» στιγμές της συνέντευξης. Η εντύπωση που έδινε η συμμετέχουσα εκείνη την στιγμή ήταν σαν να είχε απορροφηθεί από την αφήγηση, σαν να ξαναζούσε εκείνες τις μέρες. Η εσωτερική ανάγκη να βιώσει τον έρωτα σε συνδυασμό με τις ανησυχίες της για τον «αυστηρό» πατέρα, οι εσωτερικές συγκρούσεις για μια ελεύθερη ζωή έξω από τον πατριαρχικό μοντέλο οργάνωσης της οικογένειας, η αισιοδοξία και η αγωνιά του έρωτα, τα θέλω και οι επιταγές της κοινωνίας εναλλάσσονται σαν σκηνοθετικές πράξεις μέσα στον λόγο της. Στο τέλος, συμπυκνώνοντας το περιεχόμενο των κινήτρων της (συναισθηματικοί λόγοι, προσδοκίες για ελευθερία κλπ) επανέρχεται στην βιωμένη πραγματικότητα, καταλήγοντας την ματαιώση του παρόντος και τερματίζει την αφήγηση (... (αναστεναγμός) αλλά που να ξέρα η καημένη)

Στην συνέχεια διερευνώντας τους λόγους που οδήγησαν την Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) σε μετανάστευση παρατηρούμε πως μέσα από τον συνοπτικό λόγο της περιγράφεται με σαφήνεια το περιεχόμενο του «παραδοσιακού μοντέλου της γυναικείας μετανάστευσης». Σύμφωνα λοιπόν με αυτό, πρώτα μεταναστεύει ο άντρας για να εξασφαλίσει ένα «καλύτερο μέλλον» και σε δεύτερο χρόνο τον ακολουθεί η γυναίκα του.

« Εδώ ήρθα για τον άντρα μου. Ήρθα γιατί ήμασταν παντρεμένο. Δεν έχει δουλειά στην Αίγυπτο και ήρθε και μετά ήρθαμε εμείς» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)

Από την άλλη πλευρά, η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) αναφέρεται σε οικονομικούς λόγους που οδήγησαν την οικογένεια της σε μετανάστευση. Η αφήγηση της ξεκινά από το χρονικό σημείο άφιξης στην Ελλάδα (αναφέροντας την τότε ηλικία της). Στη συνέχεια

περιγράφει την ιστορία της οικογενειακής «μεταναστευτικής πορείας». Με βάση τα λεγόμενα της στην Ελλάδα πρώτα είχαν εγκατασταθεί συγγενείς της, τους οποίους ήρθε να βρει ο πατέρας της ψάχνοντας δουλειά. Από την στιγμή που η εγκατάσταση του πατέρα της πληρούσε τις προϋποθέσεις (εξεύρεση εργασίας, διερεύνηση των συνθηκών κλπ), λειτούργησε «σαν γέφυρα» για την εγκατάσταση όλη της οικογένειας, ακολουθώντας και σ' αυτή την περίπτωση το πρότυπο του παραδοσιακού μοντέλου μετανάστευσης.

*«Ήρθα στη Ελλάδα στα επτά μου, Απρίλης ήταν θυμάμαι. Ήρθε ο μπαμπάς μου πρώτα για να βρει δουλειά και μετά εμείς... Οι γονείς μου ήρθαν για δουλειά εδώ, ο μπαμπάς μου είχε έρθει από μόνος του, ήταν μια θεία του εδώ» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) μιλώντας για το θέμα αναφέρεται και εκείνη σε οικονομικούς λόγους που οδήγησαν, όλα τα μέλη της οικογένειας που βρίσκονταν σε παραγωγική ηλικία, σε μετανάστευση. Περιγράφοντας, την πορεία της η Ζίλντα αναφέρεται στην ύπαρξη άτυπων κοινωνικών δικτύων που λειτούργησαν θετικά για την υποδοχή των νεοφερμένων. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι σ' αυτή τη φάση της συνέντευξης η Ζίλντα φάνηκε θυμωμένη και μάλιστα όπως καταγράφηκε στο ερευνητικό ημερολόγιο ήταν λες και απαντούσε για πολλοστή φορά στην ίδια ερώτηση, λες και δεν απαντούσε στην ερευνήτρια αλλά σε όλη την κυρίαρχη πολιτισμική ομάδα (Έλληνες) εκφράζοντας με επιθετικό τόνο τον μονόδρομο των φτωχών ανθρώπων που φεύγουν από την χώρα τους για μια καλύτερη ζωή (...δεν ήρθαμε εδώ για διακοπές)

*«ήρθαμε εδώ για δουλειά. Γιατί άλλο; Η Αλβανία είναι πεθαμένη από δουλειές. Ήρθαν εδώ κάποιοι άλλοι δικοί μας πρώτα και μετά εμείς. Ήρθαμε με τους δικούς μας, όσοι από την οικογένεια μπορούσαν να βγάλουν ένα μεροκάματο ,εεε για να δουλέψουμε και να ζήσουμε καλύτερα δεν ήρθαμε εδώ για διακοπές»(επιθετικός τόνος φωνής, θυμός) (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

Η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) περιγράφει με συνοπτικό και σαφή λόγο τον επιτακτικό χαρακτήρα της δικής της μετανάστευσης. Ο κίνδυνος για την απώλεια της ζωής μέσα σε συνθήκες πολιτικής αστάθειας και πολέμου οδήγησε την οικογένεια με συνοπτικές διαδικασίες να αφήσει την χώρα και να αναζητήσει αλλού άσυλο.

*«ο πατέρας μου και ο άντρας μου είπαν ότι θα φύγουμε για να μην μας σκοτώσουν. Ο άντρας μου υποστήριζε τον Σαντάμ και θα του κόβανε το κεφάλι αν ήμασταν στο Ιράκ.»*  
(Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)

### **3.2.2 Οι Πρώτες Εμπειρίες από την Κοινωνία Υποδοχής**

Μιλώντας για τις πρώτες εμπειρίες απ' την χώρα υποδοχής η Χατιέ (36, ετών, Τουρκία) αναφέρεται στην σημασία της ύπαρξης κοινωνικού δικτύου, στα προβλήματα που αντιμετώπισε με την γλώσσα, τα οποία αντισταθμίζονταν όμως με την δυνατότητα που είχε η συγκεκριμένη γυναίκα να επικοινωνεί με τα μέλη της μουσουλμανικής μειονότητας της Θράκης και τέλος στο θέμα της έλλειψης των δικών της ανθρώπων. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι μέσα από τον περιγραφικό λόγο, η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) αφήνει χώρο στα συναισθήματα να εκφραστούν προσεγγίζοντας τις βιωμένες αντιφάσεις της αυτό-εικόνας της (*ήμουν και ωραία μη με βλέπεις τώρα αν με έβλεπες θα έβλεπες ότι δεν λέω ψέματα.*)

*«Εντάξει για μένα καλά ήτανε. Είχα τον άντρα μου, την πεθερά και τα αδέρφια του, με φρόντιζαν στην αρχή εεεε ήμουν και ωραία μη με βλέπεις τώρα αν με έβλεπες θα έβλεπες ότι δεν λέω ψέματα. Μετά εεεε μου λείπανε λίγο οι δικοί μου. Αυτά και λίγα προβλήματα είχα που δεν ήξερα την ελληνική γλώσσα αλλά αυτοί ξέρουν όλοι τούρκικα στην Κομοτηνή και εντάξει δεν είχα και πολύ πολύ μεγάλο πρόβλημα.»* (Χατιέ, 36, ετών, Τουρκία)

Απ' την άλλη πλευρά η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) μιλώντας για τις εμπειρίες της αναφέρεται στις δυσκολίες που αντιμετώπισε στο ταξίδι της προς την Ελλάδα (οικονομική θυσία «για την κάλυψη εξόδων ταξιδιού», φυλάκιση) σημειώνοντας ότι το θέμα της επιβίωσης υπερτερούσε έναντι όλων των άλλων δυσκολιών.

*«Δώσαμε όλα μας τα λεφτά και πήγαμε Τουρκία. Μας πιάσανε εκεί και μετά φυλακή... (παύση)... Ναι μετά από την φυλακή και τις ψείρες ήρθαμε εδώ (αναστεναγμός). Είναι πολύ δύσκολα κορίτσι μου. Τα άφησα όλα και τα ξέχασα μόνο να ζήσουμε θέλαμε τίποτα άλλο»*  
(Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)

Η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) αναφέρεται στις δυσκολίες που αντιμετώπισε κατά την άφιξη της στην Ελλάδα. Σημειώνει το θέμα της συναισθηματικής έλλειψης των γονιών της και το πρόβλημα επικοινωνίας λόγω γλώσσας.



*«Είναι δύσκολα (αναστεναγμός). Είναι μακριά από την μαμά και τον μπαμπά, δεν μιλάει καλά... (μικρή παύση)» (Ναριμάν 37 ετών, Αίγυπτος)*

Παράλληλα θέτει το ζήτημα της ξενοφοβικής αντιμετώπισης των μεταναστριών που προέρχονται από τις μουσουλμανικές χώρες λόγω μιας «αναπτυσσόμενης ισλαμοφοβίας» στους κόλπους της ελληνικής κοινωνίας. Χαρακτηριστικά αναφέρεται στο θέμα της μαντίλας και στον τρόπο αντιμετώπισης από την κοινωνία.

*«...και είναι χειρότερα να είσαι μουσουλμάνοι... Γιατί νομίζω ότι μας φοβάει (γέλιο) ο κόσμος. Δεν γνωρίζει τη θρησκεία και μας... (γέλιο) βλέπει πιο... (μεγάλη παύση) μας βλέπει με άλλο μάτι. Εντάξει δεν είναι και πολύ... (μικρή παύση-αναστεναγμός) κακά αλλά μερικές φορές δεν είναι ας το πούμε εύκολα. Πολύς κόσμος στο δρόμο με ρωτάει γιατί φοράω την μαντίλα. Τι να κάνω τους λέω γιατί είναι μόδα (γέλιο). Τι να κάνω αν σε ρωτάνε γιατί, γιατί;» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος).*

Η Μπέτυ (26 ετών Αλβανία) ανακαλεί τις πρώτες εμπειρίες από την κοινωνία υποδοχής και σχολιάζει «μια διαφορά» που «ένιωθε». Τη διαφορά αυτή την αποδίδει σε ένα βαθμό στην «προκατάληψη» που είχε η οικογένειά της για τους Έλληνες. Ωστόσο, θεωρεί πως το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και οι προοδευτικές αντιλήψεις της οικογένειάς της λειτούργησαν αντισταθμιστικά στην υπέρβαση των «ανασφαλειών» της οικογένειάς της. Η Μπέτυ φαίνεται να πιστεύει πως οι αντιλήψεις των μεταναστών για τους Έλληνες, επηρεάζονται από κοινωνικές παραμέτρους όπως το μορφωτικό επίπεδο και η ‘κουλτούρα’ της οικογένειάς των μεταναστών. Υποστηρίζει έμμεσα ότι οι έχοντες υψηλό μορφωτικό επίπεδο και κατά συνέπεια προοδευτικές αντιλήψεις είναι πιο εύκολο να ξεπεράσουν τις όποιες προκαταλήψεις για την κυρίαρχη πολιτισμική ομάδα και να ενταχθούν ομαλότερα στην κοινωνία υποδοχής.

*«Ναι, φυσικά. Εντάξει ήμασταν λίγο ... (μεγάλη παύση) ένιωθα μια διαφορά. Ήμασταν λίγο πιο προστατευτικοί στην οικογένεια μας. Ήμασταν εμείς που ήρθαμε από εκεί, υπήρχε αυτό... (μικρή παύση) πιο πολύ στο μυαλό μας υπήρχε η προκατάληψη, «...έπαιξε, έπαιξε ρόλο ότι ήμασταν καλή οικογένεια... (μεσαία παύση) εντάξει και οι γονείς και οι συγγενείς μας ήταν μορφωμένοι άνθρωποι και πολύ ανοιχτόμυαλοι, είχαν βέβαια και αυτοί κάποιες ανασφάλειες αλλά τους φύγανε με τον καιρό και αυτώνών» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία).*

Η αφήγηση της Μπέτυ είναι πολύτιμη γιατί εκτός των άλλων μας δίνει πληροφορίες αναφορικά με την βίωση της ετερότητας και τη διαχείριση της πολιτισμικής διαφοράς. Σύμφωνα, με την Παπαγεωργίου (2008) η στάση της κοινωνία υποδοχής μπορεί να επηρεάσει είτε σε θεσμικό είτε σε άτυπο επίπεδο τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν οι μετανάστες την ετερότητα και πως διαπραγματεύονται την ομοιότητα και την διαφορά τους με την κυρίαρχη πολιτισμική ομάδα. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο η διαπραγμάτευση της συμμετέχουσας που τον πρώτο καιρό «ένιωθε μια διαφορά» διαμεσολαβείται από την ανάγκη της να τονίσει την ομοιότητα με την κυρίαρχη ομάδα σε επίπεδο αντίληψης και εξοικείωσης με την ελληνική γλώσσα και σε ένα επίπεδο προϋπάρχουσας συμβίωσης (με τους Έλληνες) στην οποία αποδίδει και την χρήση από τους συμπατριώτες της ελληνικών ονομάτων.

*«Μιλούσα κάτι λίγα ελληνικά, ο πατέρας μου, η γιαγιά και ο παππούς καταλάβαιναν. Είχαν ζήσει με Έλληνες στο χωριό. Το χωριό μου έχει ελληνικές ρίζες. Γι' αυτό έχουμε και ελληνικά ονόματα. Η μαμά μου όχι και τόσο εδώ τα έμαθε» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Η ανάγκη της Μπέτυ να τονίσει τις κοινές της ρίζες την κυρίαρχη ομάδα (Έλληνες) σχετίζεται ίσως με τον υπολανθάνοντα ρατσισμό που φαίνεται ότι έχει υποστεί. Γυρνώντας πίσω στο χρόνο το παιδί Μπέτυ αποτυπώνει τον τρόπο που οι γονείς της προσλαμβάνουν τα στερεότυπα που συγκροτούνται από την κοινωνία υποδοχής Αν και δεν γίνεται αναφορά σε περιστατικά ανοιχτά ρατσιστικής προσβολής φαίνεται ότι η ετερότητα κατασκευάζεται ως στίγμα και η αλβανική καταγωγή εσωτερικεύεται ως ένα αρνητικό σύμβολο, τόσο από τους γονείς της που προσπαθούν να την «προστατέψουν», όσο και από την ίδια στο σχολείο

*«...οι άνθρωποι μας φέρθηκαν καλά και στο σχολείο λιγάκι ντρεπόμουν να πω ότι ήρθα από εκεί, αυτό ήταν το μόνο θέμα κατά τα άλλα εντάξει» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

*«..Οι γονείς μας λέγανε προσέχετε μην λέτε, μην κάνετε...(μικρή παύση) έτσι λιγάκι μας προστατεύανε μου φαίνεται αλλά δεν ξέρω εμάς μας δημιουργούσαν λίγο μυστήριο γύρω από την καταγωγή, το οποίο μου έφυγε μετά στο Γυμνάσιο... μμμμμμμμμμμ (μεσαία παύση) όχι το είχα μέχρι την Πρώτη, Δευτέρα Λυκείου μετά δεν με ένοιαζε κιόλας» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Έχει ενδιαφέρον ότι το ‘παιδί Μπέτυ’ εσωτερικεύοντας την αρνητικά φορτισμένη νοηματοδότηση της καταγωγής της καταβάλλει προσπάθειες να αποφύγει τον αποκλεισμό της από την ελληνική κοινωνία. Αρχικά επινοεί τρόπους ούτως ώστε να καταστεί βιώσιμη η πολιτισμική επαφή και η συνδιαλλαγή στο νέο πολιτισμικό περιβάλλον. Στη συνέχεια, όσο μεγαλώνει «δεν την νοιάζει» πια «να κρύβει» τον τόπο καταγωγής της

*«.. μικρούλα, μικρούλα δεν τους έλεγα τίποτα, μετά το ψιλοέκρυβα έλεγα κάτι άλλα χωριά γύρω-γύρω, έλεγα Κέρκυρα ξέρω εγώ, όχι Χιμάρα δεν το έκρυβα ποτέ, εντάξει αν δεν αισθανόμουν καλά το έκρυβα, έλεγα Ήπειρο, Βόρεια Ήπειρο δεν έλεγα γεια σας είμαι από την Αλβανία, μετά δεν με ένοιαζε, μεγάλωνα και το έλεγα κανονικά»*

Για την Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) που προέρχεται από φτώχη αλλά από ‘καλή’ οικογένεια, η νόμιμη είσοδος στη χώρα και οι προσδοκίες της «ήξερα όμως τι περίμενα να βρω» συνέβαλλαν στην ομαλή προσαρμογή της.

*«Εεεε δηλαδή για μένα που ήμουνα πάμφτωχη αλλά από καλή οικογένεια και έφυγα όμως με με καλό τρόπο, με χαρτιά και ήρθα εδώ και αποφάσισα να παλέψω για να ζήσω τα ξεπέρασα όλα εύκολα, την γλώσσα, το θέμα της δουλειάς, όλα (μικρή παύση) ήξερα όμως τι περίμενα να βρω.» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

### **3.2.3 Αντιλήψεις για τη Θέση της Γυναίκας**

Η Χατιέ (36, Τουρκία) ξεκινάει την προσέγγιση της συγκρίνοντας την θέση της γυναίκας στην ελληνική κοινωνία με τις κοινωνίες άλλων χωρών. Χρησιμοποιεί ως δίπολο σύγκρισης τις κοινωνίες των ισλαμικών χωρών όπως το Πακιστάν και η Τουρκία και τις κοινωνίες της Ευρώπης. Θεωρεί, ότι η κοινωνική θέση της γυναίκας αντικατοπτρίζεται από «τους νόμους» της εκάστοτε χώρας και έπειτα από «τα μυαλά των ανθρώπων». Για την Χατιέ (36 ετών, Τουρκία), η προστασία των δικαιωμάτων της γυναίκας είναι θέμα της πολιτείας και η θέσπιση των ανάλογων νόμων αντανακλά το επίπεδο του ‘σεβασμού’ που επιδεικνύει η κάθε χώρα, το οποίο βέβαια δεν είναι ανεξάρτητο από την κουλτούρα της κάθε κοινωνίας. Το συμπέρασμα της σύγκρισης της είναι ότι η Ελλάδα «δεν είναι σαν το Πακιστάν» αλλά ούτε «και σαν την Ευρώπη». Παρ' όλα αυτά για εκείνη που προέρχεται από την Τουρκία η θέση της γυναίκας στην Ελλάδα είναι καλύτερα κατοχυρωμένη.

*«Εξαρτάται την χώρα, τους νόμους και τα μυαλά των ανθρώπων. Δεν είναι το ίδιο εδώ με το (μικρή σιωπή) Πακιστάν εκεί για την γυναίκα είναι άστα να πάνε. Δεν είναι όμως παντού το ίδιο και το πιστεύω... Δεν είναι και σαν την Ευρώπη. Αλλά για εμένα που ήρθα από τέτοιο.... (μικρή σιωπή) περιβάλλον ήταν πιο καλά» (Χατιέ, 36ετών, Τουρκία)*

Ωστόσο, ανακαλώντας την εμπειρία της καταλήγει ότι τελικά η νομοθεσία της χώρας μας υπολείπεται σε επίπεδο προστασίας της μονογονεϊκής οικογένειας. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει με την επικύρωση του διαζυγίου της Μουφτείας από το δικαστήριο ίσως να εξηγούν την θέση της Χατιέ ότι στην χώρα μας «δεν είναι εύκολο για μια γυναίκα με παιδιά, δεν έχει καλούς νόμους».

*«Εγώ εδώ δεν πέρασα καλά ας πούμε με τον άντρα μου....(μικρή σιωπή) και όλο προβλήματα ήταν...(μικρή σιωπή) και τον έδιωξα. Πήγαμε στον Μουφτή και πήραμε διαζύγιο. Έτσι είναι για τους Μουσουλμάνους ο Μουφτής είναι (μικρή σιωπή)...ας πούμε υπεύθυνος. Αλλά αυτό το χαρτί δεν είναι εύκολο πρέπει να το πας σε δικηγόρο να στο σφραγίσει. Μόνο τότε είναι εντάξει. Αλλά θέλει λεφτά, εγώ δεν είχα, η πεθερά μου δεν ήθελε να δώσει και τελικά....(μικρή σιωπή) δεν το 'φτιάξα και έχω προβλήματα. Ξέρεις κάτι (μικρή σιωπή).... δεν είναι εύκολο για μια γυναίκα με παιδιά, δεν έχει καλούς νόμους» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) συγκεκριμενοποιεί το «υποκείμενο» της προσέγγισης της και αναφέρεται αποκλειστικά στη θέση της γυναίκας-μετανάστριας στην ελληνική κοινωνία. Σύμφωνα, με την Σουρούκ η γυναίκα μετανάστρια κινείται πιο ελεύθερα στην Ελλάδα σε σχέση με το Ιράκ αλλά και την Ιταλία. Εκείνο που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι, η έννοια της ελευθερίας όπως εκφράζεται από την Σουρούκ, αποκτά την κυριολεκτική της σημασία και ταυτίζεται με την έλλειψη αστυνόμευσης.

*«Τελικά πιο καλά είναι εδώ. Μια φίλη που είναι στην Ιταλία δεν είναι καλά...(μικρή σιωπή) σαν το Ιράκ τώρα πια... (μικρή παύση) για να πας μια επίσκεψη πρέπει να γυρίσεις μιας ώρα, σε ρωτάει συνέχεια η αστυνομία εδώ πιο ελεύθερα είναι» (Σουρούκ, 36, Ιράκ)*

Στην συνέχεια η Σουρούκ βαθαίνει το συλλογισμό της και συγκρίνει την θέση της γυναίκας στο Ιράκ και στο Ιράν. Περιγράφοντας τις συνθήκες ανελευθερίας και κοινωνικής καταπίεσης που επικρατούν στο Ιράν επισημαίνει ότι στο Ιράκ τα δικαιώματα της γυναίκας σε πεδία όπως η μόρφωση και η εργασία ήταν, μέχρι ενός βαθμού,

κατοχυρωμένα. Επιπλέον, διατυπώνει την άποψη της για την ανάγκη ισότητας των δύο φύλων.

*«Το ξέρεις αυτό εεε; Στο Ιράκ δεν είναι σαν το Ιράν η γυναίκα πολύ κλεισμένη στο σπίτι είναι και ο άντρας να σε αφήνει δεν σ' αφήνουν. Πολύ πίεση έχει η γυναίκα εκεί. Η γυναίκα μέσα στο σπίτι σα φυλακή. Στο Ιράκ ήταν πιο καλά και σχολείο πήγαινες και δούλευες και όλα τα 'κανε η γυναίκα όμως τώρα πάει τέλος. Είχε πρόβλημα βέβαια και η γυναίκα στο Ιράκ δεν ήταν τέλεια... (μικρή παύση) Ε, ναι η γυναίκα πρέπει να μπορεί να κάνει αυτό που κάνει και ο άντρας ελεύθερα» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ).*

Η διαφορά στην κοινωνική θέση της γυναίκας ανάμεσα στις χώρες του αραβικού κόσμου αναδείχθηκε και από τη συμμετοχική παρατήρηση. Ειδικότερα, οι γυναίκες που κατάγονται από το Ιράκ και την Τυνησία, εκτός από το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, παρατηρήθηκε πως έχουν ενταχθεί σε μεγαλύτερο βαθμό στην ελληνική κοινωνία. Συγκεκριμένα, γνώριζαν πιο καλά την ελληνική γλώσσα ήταν πιο ‘ανοιχτές’ στην συναναστροφή με τις ελληνίδες, κάποιες είχαν ταξιδέψει στην ελληνική επαρχία και γενικότερα ήταν λιγότερο κλεισμένες στο σπίτι σε σχέση με τις Ιρανές. Εκείνο, που αξίζει να αναφερθεί για τις Ιρανές γυναίκες φαίνονταν περισσότερο καχύποπτες κατά την συνδιαλλαγή τους με την κυρίαρχη ομάδα, αντιδρούσαν περισσότερο φοβικά όταν τους απευθυνόταν ο λόγος και τις περισσότερες στιγμές της γιορτής απέφευγαν την βλεμματική επαφή ακόμα και με τα αγόρια προ-εφηβικής ηλικίας.

Η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) εστιάζει στο βίωμα της λέγοντας ότι νιώθει ξένη και απομονωμένη από το κοινωνικό πεδίο. Στην συνέχεια αναφέρεται στον σύζυγο της και στα καθήκοντα με τα οποία είναι επιφορτισμένος (εργασία, συνδιαλλαγή με την κοινωνία κλπ) μιλώντας εκτενέστερα για τους ρόλους των δυο φύλων. Σε αντίθεση με τη Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ), φαίνεται να έχει αποδεχτεί πλήρως τις στερεοτυπικές αντιλήψεις για τους ρόλους των φύλων που θέλουν την γυναίκα να ασχολείται αποκλειστικά με «τα του οίκου» και τον άντρα να «ξέρει πιο καλά» τον χειρισμό των άλλων ζητημάτων.

*«..είμαι ξένη, δεν βγαίνω απ' το σπίτι και δεν ξέρω τι γίνεται. Αλλά έχω τον άντρα... (μικρή παύση) έχει καλή δουλειά (μικρή παύση) είναι στα έπιπλα λουστραδόρος» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

*«Ο καθένας κάνει το σωστό. Έτσι δεν είναι; Ο άντρας τα ξέρει πιο καλά, η γυναίκα όμως ξέρει πιο καλά πώς να ... (μικρή παύση) να κάνει το φαγητό και τις δουλειές στο σπίτι. Αυτά είναι έτσι....»... « Η γυναίκα έχει και τις άλλες δουλειές. Να είναι καθαροί, να τρώνε, να πάρει τα παιδιά από το σχολείο....εεεε (μικρή παύση) έχει πολύ δουλειά» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος).*

Η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) προσεγγίζει το θέμα συγκρίνοντας την θέση που έχει η γυναίκα-μετανάστρια στην χώρα υποδοχής με την θέση που είχε η γυναίκα στην χώρα καταγωγής της. Διαπιστώνει ότι η γυναίκα-μετανάστρια στερείται κοινωνικού δικτύου, έχει προβλήματα επικοινωνίας λόγω της γλώσσας και δυσκολίες προσαρμογής στις αντιλήψεις του νέου πολιτισμικού περιβάλλοντος. Στη χώρα υποδοχής δηλαδή, αντιμετωπίζει προβλήματα που δεν θα αντιμετώπιζε στη χώρα προέλευσης. Κατά τα λεγόμενα της όμως τα πράγματα στην χώρα υποδοχής είναι χειρότερα μόνο στην περίπτωση που οι κοινωνικές συνθήκες στην χώρα καταγωγής δεν υστερούν με την κοινωνική πραγματικότητα της χώρας υποδοχής

*«Είναι, τώρα που το σκέφτομαι, στην αρχή στην περίοδο προσαρμογής δεν είναι εύκολο, είναι δύσκολο για την μετανάστρια να κοινωνικοποιηθεί, να φτιάξει ένα κοινωνικό κύκλο τον οποίο ενδεχομένως να είχε στην χώρα της, σ' αυτό τον τομέα ίσως να ήταν πιο άνετα στην χώρα της, γιατί θα είχε ήδη τις παρέες, φίλους, συγγενείς, δεν θα είχε πρόβλημα με την γλώσσα, με τις διαφορετικές, ας πούμε, αντιλήψεις» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

*«... η γυναίκα μετανάστρια θα ήταν πιο ζορισμένη δεν θα είχε τις χαρές (μικρή παύση) ας πούμε στο επίπεδο μιας γυναίκας που ζει στην χώρα της, σε μια χώρα που ευημερούσε όχι σε μια οποιαδήποτε χώρα, γιατί στην χώρα της μπορεί τα πράγματα να ήταν χειρότερα» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Στην συνέχεια η Μπέτυ μιλώντας για το θέμα εισάγει στον προβληματισμό της το θέμα των ταυτοτήτων που έχει να διαχειριστεί η γυναίκα. Αποδέχεται σε ένα βαθμό τις στερεοτυπικές αντιλήψεις για τους ρόλους των δύο φύλων αφού υποστηρίζει ότι το φύλο επηρεάζει τη στάση απέναντι στη φύση της εργασίας που μπορεί να κάνει ένας άνδρας ή μια γυναίκα. Αποδίδει, εν μέρει, τις διαφορές στη μητρότητα που κατά τη γνώμη της επιδρά καθοριστικά στην αντίληψη για την εργασία.

«Μμμμμ αν είναι ελεύθεροι και οι δυο θα δώσουν σημασία πιο πολύ στην εργασία άρα θα έλεγα όχι δεν συμβαίνει, είναι το ίδιο... (μικρή παύση) ο καθένας στον τομέα του και με όλα τα ... (μικρή παύση) μ' ότι συνεπάγεται αυτό, δεν μπορεί να κάνει μια γυναίκα την ίδια εργασία με έναν άντρα ή μπορεί και να την κάνει αλλά διαφέρει ο τρόπος αντιμετώπισης της ίδιας της εργασίας άμα έχει παιδιά θα είναι πιο προστατευτική νομίζω απ' τον άντρα» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)

«Για να καταλάβεις τι σου λέω ρε συ θα σου πω για την μάνα μου. Όταν ήταν στην Αλβανία και έστηνε ας πούμε την καριέρα της, ήθελε να πάει μπροστά και να μην υστερεί ας πούμε από κανέναν άντρα μέχρι και στην σκαλωσιά ανέβαινε και έκανε τα πάντα. Μετά όμως θυμάμαι όταν είχαμε πια έρθει εδώ, που ζούσαμε όλοι μαζί στην Ελλάδα κάποια στιγμή της είπε το αφεντικό να κάνει την δουλειά του συντηρητή έργων τέχνης και να ανέβει πάλι στην σκαλωσιά και να τρίψει και τα μάρμαρα και θυμάμαι που γύρναγε σπίτι και έκλαιγε. Από την μια είχε απελπιστικά ανάγκη την δουλειά απ' την άλλη όμως φοβόταν μην πέσει και πάθει τίποτα γιατί είχε και εμάς μικρά. Όλα αλλάζουν όταν είσαι μάνα, εκτός απ' τον εαυτό σου σκέφτεσαι και τους άλλους που εξαρτώνται από εσένα»<sup>13</sup>. (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)

Η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) κινούμενη στην ίδια λογική μιλά για τους ρόλους των φύλων επισημαίνοντας ότι ο άντρας είναι επιφορτισμένος με την εργασία. Ο άντρας-μετανάστης - μέσα από τον εργασιακό του χώρο- έχει περισσότερες ευκαιρίες για κοινωνικοποίηση με αποτέλεσμα να μαθαίνει γρηγορότερα την γλώσσα και να εξοικειώνεται συντομότερα με τις νέες πολιτισμικές αντιλήψεις. Αντίθετα, η γυναίκα-μετανάστρια (ακόμα και αυτή που εργάζεται) δεν έχει τις ίδιες ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές και εξοικείωση με τους νέους όρους ζωής. Έχει να διεκπεραιώσει πολλαπλούς ρόλους (μητέρα, νοικοκυρά, εργαζόμενη) και γι' αυτόν ακριβώς το λόγο έχει παραπάνω 'υποχρεώσεις'. Τέλος, αναφέρεται και στην περίπτωση της γυναίκας, που ασχολείται κατά κύριο λόγο με τα οικιακά, επισημαίνοντας ότι ο άτυπος αποκλεισμός της από την κοινωνία θα μπορούσε να σκιαγραφηθεί απ' την άγνοια της γλώσσας και την αδυναμία για επικοινωνία ακόμα και μετά από μακρόχρονη εγκατάσταση στην Ελλάδα.

«...Ίσως ο άντρας να μην έχει τις ευθύνες που έχει η γυναίκα, ο άντρας πηγαίνει στην δουλειά και φέρνει λεφτά, γνωρίζει περισσότερο κόσμο, συναναστρέφεται περισσότερο

<sup>13</sup> Το συγκεκριμένο περιστατικό η Μπέτυ μου το ανέφερε μετά το πέρας της συνέντευξης και το κλείσιμο του μαγνητοφώνου και το κατέγραψα στο ερευνητικό ημερολόγιο.

ντόπιους ενώ η γυναίκα πάει για δουλειά, έρχεται σπίτι κάνει όλες τις δουλειές μεγαλώνει τα παιδιά είναι πιο πολύ κλεισμένη.... (μικρή παύση) ίσως και λόγω του φόβου γιατί δεν είναι συνηθισμένη σε νέες αντιλήψεις ενώ το κουμάντο το κάνει ο άντρας» (Ζίλντα,32 ετών, Αλβανία)

«Ο άντρας θα μάθει πρώτος την γλώσσα για να βγει προς τα έξω για δουλειά ενώ μια γυναίκα που φυλάει τα παιδιά και δεν βγαίνει για εργασία και ας είναι στην Ελλάδα πάνω από δέκα χρόνια μπορεί να μιλάει λίγο τα ελληνικά...(μικρή παύση) ξέρεις τα απαραίτητα ψωμί, γάλα... (ειρωνεία)» (Ζίλντα,32 ετών, Αλβανία)

### **3.3: Η Υγεία**

#### **3.3.1 Αλλαγές στην Κατάσταση της Υγείας Μετά τη Μετανάστευση**

Διερευνώντας, την υποκειμενική εκτίμηση των γυναικών για το επίπεδο υγεία τους μετά την μετανάστευση παρατηρούμε ότι οι απαντήσεις τους είναι μοιρασμένες. Η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) και η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) αναφέρουν ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην Ελλάδα μεταφράζονται σε αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους. Επιπλέον, καταδεικνύουν το άγχος ως τον κατεξοχήν επιβαρυντικό παράγοντα.

«Ναι από το άγχος και τις στεναχώριες εδώ έγινα χάλια, αρρώστησα<sup>14</sup> και παλεύω. Πριν ήμουνα καλά. (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)»

Η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) εκτός από τις δυσκολίες που καλείται να διαχειριστεί στην Ελλάδα αναφέρεται ιδιαίτερα και στο θέμα της έλλειψης των «δικών» της «ανθρώπων». Οι δυσκολίες που περνά επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας της και αναφέρει πως υποφέρει από πονοκεφάλους και πόνους στο στομάχι. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι ο πόνος παίζει κεντρικό ρόλο στο βίωμα της και μεταφράζεται ως αλλαγή στο επίπεδο της υγείας της.

---

<sup>14</sup> Η Χατιέ μου διηγήθηκε μετά το τέλος της συνέντευξης ότι πάσχει από κατάθλιψη, την οποία αποδίδει τόσο στις στρεσογόνες συνθήκες της μετανάστευσης όσο και στις μετέπειτα κακοποιητικές ,από τον σύζυγο της, εμπειρίες. Λόγω της κατάθλιψης έχει οδηγηθεί επανειλημμένες φορές στο Νοσοκομείο έχοντας αλλάξει πολλά θεραπευτικά πλαίσια. Στην παρούσα φάση επειδή είναι ανασφάλιστη αντιμετωπίζει δυσκολίες με εξεύρεση θεραπευτικού πλαισίου αλλά και με την συνταγογράφηση της φαρμακευτικής της αγωγής. (Σημειώσεις ερευνητικού ημερολογίου)



*«Στο Ιράκ δεν αρρώστησα ήμουν καλά εκεί και εδώ πέρα ήρθα... και τραβάω τις στεναχώριες, το άγχος και τα πάντα, δεν βλέπω τους δικούς μου ανθρώπους. Στην Ελλάδα αρρώστησα πιο πολύ... (μεγάλη σιωπή) εκεί είναι καλά... (μικρή σιωπή) αλλά έχει πρόβλημα! (αναστεναγμός)» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

*«Στο Ιράκ δεν αρρώστησα ήμουν καλά αλλά εδώ με πιάνουνε... (μεσαία σιωπή)...εεεε πόνος στο κεφάλι πολύ πόνος. Μόλις γίνει κάτι με τα παιδιά και τον άντρα μου με πιάνει το κεφάλι και δεν σταματά με τίποτα. Ακούω ένα σφυρί να με χτυπά και τότε αμάν! .... (μεσαία σιωπή) μετά με πιάνει και το στομάχι συνέχεια, πολύ πόνος...» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

Η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) εκφράζει τη γενική διαπίστωση ότι η μετανάστευση είναι διαδικασία επιβαρυντική για την υγεία των ανθρώπων που μετακινούνται. Στην περίοδο προσαρμογής η κάλυψη των βασικών αναγκών, η επικοινωνία, οι νέες αντιλήψεις μέχρι και οι διαφορετικές κλιματικές συνθήκες αποτελούν θέματα που απασχολούν τους νεοφερμένους.

*«Να σου πω, δεν είναι εύκολο για τους ανθρώπους που αλλάζουν περιβάλλον, που αλλάζουν χώρα και σίγουρα όλη αυτή ηηηη πως να σου πω η περίοδος της μετανάστευσης πιστεύω προσωπικά ότι βλάπτει την υγεία των ανθρώπων. Όμως σ' άλλους φαίνεται αυτό νορίτερα και σ' άλλους πιο αργά. Κοίτα, πρέπει να προσαρμοστείς σε νέα πράγματα, αντιλήψεις σε νέο τρόπο να ζεις. Για άλλους ακόμα και η αλλαγή στο κλίμα έτσι; Παραδείγματος χάρη για τους ανθρώπους που έρχονται απ' την Αφρική εεεε σίγουρα εδώ θα τους φαίνεται πως κάνει κρύο μέχρι να μάθει ο οργανισμός το κλίμα της Ελλάδας» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

Αναφερόμενη στην προσωπική της εμπειρία λέει ότι την πρώτη περίοδο εγκατάστασης της επειδή τα ζητήματα που είχε να διαχειριστεί ήταν πολλαπλά ήταν «στην τσίτα» και αυτός ήταν ο λόγος που δεν αρρώστησε «αμέσως».

*«Γενικά όμως και να σου και για μένα τον πρώτο καιρό, τους δυο-τρεις πρώτους μήνες επειδή έπρεπε να ανταπεξέλθω, και δουλειά να βρω και σπίτι να βρούμε και όλα αυτά και με την γλώσσα και με την στεναχώρια ότι αφήνεις τον τόπο σου, πως να σου πω, ήμουν στην τσίτα τόσο που δεν πρόλαβα ούτε να αρρωστήσω αμέσως (γέλιο)» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

Ανακαλώντας την εμπειρία της απ' εκείνη την περίοδο προσθέτει ότι μόλις άρχισε υποτυπωδώς να τακτοποιεί την ζωή της, παρατήρησε διαφορά στην υγεία της.

Συγκεκριμένα, αναφέρεται στην αϋπνία που την βασάνιζε και στην γαστρορραγία που έπαθε, την οποία την ερμηνεύει ως αντίδραση του πιο ευαίσθητου μέρους του σώματος της απέναντι στην συσσωρευμένη πίεση που είχε υποστεί<sup>15</sup>.

*«Όμως καθώς πέραγε ο καιρός και τα 'βάζα ένα- ένα στην θέση του λέω 'ωπ κάτι γίνεται γιατί δεν κοιμάμαι καλά πια'; Βασανίστηκα απ' την αϋπνία εκείνη την περίοδο εγώ που έπεφτα στο κρεβάτι και κοιμόμουν σαν νεκρή. Εεεε (μικρή σιωπή) μετά πάλι έπαθα και μια καραμπινάτη γαστρορραγία απ' το άγχος μου πάνε και λέω δεν πάμε καλά πρέπει να ηρεμήσω μου χρειάζεται αληθινή ηρεμία και να τα βρω με τον εαυτό μου. Κάθισα και σκέφτηκα πολύ και έλεγα αφού ήθελα πολύ να έρθω στην Ελλάδα γιατί τώρα είμαι έτσι; Τι μου συμβαίνει και φοβήθηκα πολύ. Ώσπου το πήρα απόφαση και το δέχθηκα το σώμα μου μ' όλα αυτά πείστηκε πολύ και αντέδρασε και όπως πάντα. ότι είναι πιο ευαίσθητο, όπως το στομάχι μου, την πλήρωσε (έντονος τόνος φωνής)» (Ζίλντα, 32 ετών Αλβανία)*

Η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος), απ' την άλλη πλευρά, σημειώνει ότι αρρωσταίνει κάθε φορά που επισκέπτεται την πατρίδα της (πόνους στο στομάχι και δύσπνοια) ενώ μόλις επιστρέφει στην Ελλάδα συνέρχεται. Η ίδια αποδίδει αυτή την αλλαγή (όχι με απόλυτη σιγουριά όμως) στην υγεία της στις διαφορετικές διατροφικές συνήθειες της χώρας της αλλά και στο διαφορετικό κλίμα.

*Άμα πάω στην Αίγυπτο εγώ αρρωσταίνω, πάω ένα μήνα όλο άρρωστο είμαι, έρχομαι εδώ και είμαι εντάξει. Με πονάει το στομάχι πολύ, έχει άλλο...(μικρή παύση) άλλο φαγητό άμα έρθει εδώ φεύγει ο πόνος. Δεν ξέρω γιατί... (μικρή παύση) δεν έχει καλό αέρα εκεί, δεν μπορώ με την αναπνοή (μικρή παύση) δεν ξέρω...(μικρή παύση) όλη η Αίγυπτος είναι έτσι. (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

Διερευνώντας την διαπίστωση της η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) παρατηρεί έκπληκτη ότι όταν έμενε μόνιμα στην χώρα της δεν αντιμετώπιζε τέτοια προβλήματα υγείας. Ίσως, λέει, ο οργανισμός της να είχε «συνηθίσει» στις συνθήκες στην Αίγυπτο. Ίσως όμως αυτή η αλλαγή να οφείλεται στην στεναχώρια που την βαραίνει όταν επιστρέφει στην πατρίδα της. Νιώθει απ' την πρώτη κιόλας μέρα ότι δεν έχει πολύ χρόνο να περάσει με συγγενείς

---

<sup>15</sup> Ένα ενδιαφέρον σημείο στον τρόπο έκφρασης της Ζίλντα (που το συναντάμε εδώ αλλά και αλλού στο λόγο της) είναι η έντονη τάση της να εξάγει γενικευμένα συμπεράσματα βασιζόμενα στη δική της εμπειρία

και φίλους, άρα σύμφωνα με τα λεγόμενα της, «μπορεί να έχει παραπάνω άγχος εκείνες τις μέρες».

*«όκι, όκι τότε στην Αίγυπτο ήμουν καλά και στο στομάχι και στην αναπνοή. Είναι που, είναι ότι μόλις γυρίζω εκεί απ' την πρώτη μέρα με πιάνει στεναχώρια ότι θα περάσουν οι μέρες και δεν θα δω πολύ τους δικούς μη, μπορεί να έχει παραπάνω άγχος εκείνες τις μέρες ή μπορεί παλιά που δεν είχε έρθει εδώ να ήταν καλά στη Αίγυπτο μπορεί και το σώμα να ήταν καλά μπορεί να 'χε συνηθίσει τώρα έμαθε όμως στο Ελλάδα» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

Η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) προσεγγίζει το θέμα θεωρητικά επισημαίνοντας ότι απ' την στιγμή που το ζητούμενο για τους μετανάστες είναι η καλύτερη ζωή λογικά θα έπρεπε αυτό να μεταφράζεται σε βελτιωμένο επίπεδο υγείας. Ωστόσο, αναφέρεται και εκείνη στο αυξημένο άγχος που έχουν οι μετανάστες, τους οποίους αποκαλεί χαρακτηριστικά, «οι δικοί μας». Αναφέρεται όμως και στον ατομικό τρόπο διαχείρισης που υιοθετεί ο καθένας. Στη συνέχεια πραγματεύεται το αίσθημα της ασφάλειας προβάλλοντας έναν προβληματισμό που καταλήγει στη διαπίστωση ότι η ζωή για αυτούς είναι καλύτερη στην Ελλάδα.

*«Μμμμμ. Πέρα από το άγχος που το έχουν πολύ οι δικοί μας... (μεσαία παύση) πιστεύω ότι είναι στον άνθρωπο και στο πως έχει μάθει να κινείται υποτίθεται ότι ήρθανε για καλύτερα, θα έπρεπε να σκάνε από υγεία θεωρητικά. Δεν ξέρω βέβαια τι θα γινόταν αν υπήρχε αυτή η αίσθηση ασφάλειας, αν μέναμε εκεί και δεν είχαμε αλλάξει αν ήταν καλύτερα; Όχι για εμάς είναι καλύτερα εδώ πιστεύω. Έτσι πιστεύω» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

### **3.3.2 Αλλαγές σε Επίπεδο Στάσεων για την Υγεία Μετά την Μετανάστευση**

Επιχειρώντας μια πληρέστερη προσέγγιση του θέματος -εκτός από την αλλαγή στην κατάσταση υγείας των μεταναστριών- διερευνήθηκε και το θέμα της αλλαγής των στάσεων τους για την υγεία.

Μέσα από τον λόγο της Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) αναδεικνύεται ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας παίζει καταλυτικό ρόλο στην υιοθέτηση ή μη συμπεριφορών πρόληψης. Συγκεκριμένα, αναφερόμενη στην δική της περίπτωση επισημαίνει ότι η πρόσβαση στις

υγειονομικές υπηρεσίες διευκολύνει την φροντίδα υγείας. Μέσα από τα λόγια της φαίνεται ότι ορόσημο στην αλλαγή στάσης της, αποτέλεσε η εμφάνιση της δική της ασθένειας.

*«Όχι εκεί δεν είχα τίποτα και δεν πήγαινα στους γιατρούς. Εδώ ξεκίνησα να το κοιτάω, είχε και ο άντρας μου ΙΚΑ και ήταν εύκολο. Τώρα έτσι που δεν έχω τίποτα [αναφέρεται στην ιατροφαρμακευτική κάλυψη] δεν μπορώ πάντα. Μόλις με πιάσε η αρρώστια την πρώτη φορά εεεε μετά πάω πιο συχνά στους γιατρούς και ας μην έχω και καθόλου τίποτα. Δεν με πειράζει καλό είναι»* (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)

Η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) μιλώντας για το ίδιο θέμα δηλώνει ότι δεν έχει παρατηρήσει διαφοροποιήσεις αναφορικά με το τρόπο που προσέγγιζε τα θέματα υγείας πριν και μετά την μετανάστευση.

*«όχι πάντα τα ίδια ήμουνα.»* (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)

Η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) συγκρίνει την κατάσταση του συστήματος υγείας στην χώρα της και στην Ελλάδα. Μέσα από το λόγο της φαίνεται να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας κάτι που δεν είναι εφικτό στην Αίγυπτο. Επισημαίνει ότι στην Ελλάδα είναι πιο εύκολο να φροντίσει την υγεία της λόγω της ύπαρξης οργανωμένων υπηρεσιών υγείας.

*«Όχι εκεί δεν είναι καλά. Δεν μπορείς να πας εύκολα στο γιατρό. Εδώ είναι εντάξει πας και στο Νοσοκομείο και στο ΙΚΑ. Πιο καλά είναι»* (Ναριμάν 37 ετών, Αίγυπτος)

Η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) μιλώντας για το θέμα διαχωρίζει τα μέλη της οικογένειας της από τους υπόλοιπους συμπατριώτες της. Λέει ότι είναι «ανοιχτόμυαλοι» σε ζητήματα υγείας. Στην συνέχεια, σχολιάζοντας την κατάσταση στην Αλβανία αναφέρει ότι δεν υπάρχει «κουλτούρα πρόληψης». Επεκτείνοντας το συλλογισμό της όμως, παρατηρεί ότι η τελικά και «οι πάνω» (δηλαδή οι συγγενείς τους που έχουν παραμείνει στην Αλβανία) πιθανόν να έκαναν τα ίδια με τους υπόλοιπους Αλβανούς. Ενώ δηλαδή αρχικά διαφοροποιεί τη στάση της οικογένειας της απέναντι στα ζητήματα υγείας απ' την κουλτούρα της υπόλοιπης κοινωνίας στην συνέχεια διαπιστώνει ότι κάτι τέτοιο μάλλον δεν ισχύει. Αποδίδει τα αίτια αυτής της στάσης στην έλλειψη ενημέρωσης που οδηγεί στην παραμέληση προβλημάτων υγείας αλλά και στην αδυναμία υιοθέτηση συμπεριφορών πρόληψης. Καταλήγει τελικά στο συμπέρασμα ότι οι συνθήκες επηρεάζουν την συμπεριφορά των ανθρώπων.

*Εεεεε, (μεγάλη παύση) όχι, όχι στο ίδιο επίπεδο ζούνε, όπως σου είπα στην αρχή οι δικοί μου άνθρωποι είναι κατά κάποιο τρόπο ανοιχτόμυαλοι δεν έχουν ρε παιδί μου προκαταλήψεις ψάχνουνε να διασταυρώσουνε κάποιο πρόβλημα, προσπαθούνε να το λύσουνε δεν έχουν κάτι έτσι ... (μικρή παύση) δεν έχουν μείνει στην αντίληψη αυτή εκτός αν μιλάς για όλη την κοινωνία εκεί περά είναι λίγο πίσω σε θέματα πρόληψης και υγείας αλλά στο δικό μου σόι όχι πιθανόν δεν θα έκαναν το ίδιο. Ίσως... (μικρή παύση) ...τόρα μου ήρθε κάτι...(μικρή παύση) ίσως να τα παραμελούνε λίγο τα προβλήματα οι πάνω, τα θεωρούνε λίγο πιο έτσι εντάξει θα περάσει σωματικά, ή δεν δίνουν σημασία ή δεν θα κάνουν ένα check up τόσο συχνά δεν έχουν συνηθίσει, σε θέματα ενημέρωσης είναι λίγο πίσω τελικά» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

*«Μμμ όλα μαζί, οι συνθήκες.... (μικρή παύση)... οι συνθήκες βασικά κάνουν τους ανθρώπους...» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Τέλος, η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) διαχωρίζει την θέση της από τις συμπεριφορές υγείας που υιοθετούν οι μετανάστριες των παλαιότερων γενεών. Η Ζίλντα αναφέρει ότι η δυνατότητα που προσφέρει το δίκτυο των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ευνόησε την υιοθέτηση συμπεριφορών πρόληψης από την πλευρά της. Ωστόσο, υποστηρίζει πως η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας την ώρα της κρίσης αποτελεί ευρέως διαδεδομένη στάση για τις γυναίκες μετανάστριες μεγαλύτερων ηλικιών. Ως παράδειγμα αναφέρει την συμπεριφορά της μητέρας της, η οποία απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας μόνο όταν εκδηλωθεί κάποιο πρόβλημα υγείας. Η Ζίλντα την προτρέπει στην λήψη προληπτικών συμπεριφορών μετά την εμμηνόπαυση κατακρίνοντας την μέχρι τώρα στάση της.

*«Πιστεύω γενικά αν προκύψει κάτι, δηλαδή αν δεν προκύψει αυτό το πρόληψη πριν γίνει λίγες γυναίκες το 'χουνε. Ακόμα και η μάνα μου μπορώ να πω δηλαδή τώρα άρχισε να πηγαίνει συχνά-πυκνά τώρα που της προέκυψε θυρεοειδής, αυτό, εκείνο. Αλλά τόσο καιρό, ας πούμε, που δεν έχει περίοδο, πλέον μπήκε στην εμμηνόπαυση δεν έχει πάει σε γυναικολόγο. Δηλαδή αυτό καμιά φορά της λέω περιμένεις να συμβεί κάτι και να πας να πας σε γυναικολόγο; είσαι στην εμμηνόπαυση. Μπορεί οι άλλες να έχουνε καούρες, να καίγονται ας πούμε ή η άλλη να είναι ευαίσθητη (μικρή σιωπή). Εσύ δεν έπαθες τίποτα αλλά είναι ανάγκη να πάθεις για να πας; “όχι” και “γιατί” μου λέει και “γιατί δεν πας εσύ” μου λέει μετά και λέω και εγώ εντάξει αφού είμαστε στην ίδια ηλικία της λέω εντάξει*

*(ειρωνεία)...(μικρή σιωπή). Τα αφήνω αλλά συνήθως το παίρνουν έτσι. Εγώ και εξετάσεις κάνω και στο γυναικολόγο πάω απ' όταν ήρθα εδώ. Τόσα Νοσοκομεία, Δημοτικά Γιατρεία, τόσοι γιατροί πιστεύω ότι δεν έχουμε πια καμία δικαιολογία για να τα παραμελούμε. Αλλά παλιά μυαλά αν δεν πεθάνεις δεν πας στο γιατρό» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

### **3.3.3 Αντιλήψεις για το Σύστημα Υγείας στη Χώρα Υποδοχής**

Διερευνώντας το θέμα των αντιλήψεων των γυναικών για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα παρατηρούμε ότι οι απόψεις των γυναικών είναι μοιρασμένες.

Συγκεκριμένα, η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) θεωρεί ότι η στάση των επαγγελματιών υγείας αλλά και η διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας είναι προσανατολισμένες στην φροντίδα του αρρώστου, δηλώνοντας ικανοποιημένη.

*«Καλοί γιατροί είναι, βοηθάνε όσο μπορούνε όποιος γιατρός και αν είναι, βοήθεια δίνουνε στον άρρωστο, σίγουρα θέλουνε το καλό των ανθρώπων. Και τα Νοσοκομεία καλά είναι, τι να πω;»(Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Στην ίδια λογική κινείται και η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) δηλώνοντας και εκείνη ότι είναι ικανοποιημένη από την παροχή φροντίδας στην χώρα μας και από τους επαγγελματίες υγείας.

*«Ναι καλά είναι. Είναι πολύ καλό είναι [ενν. σύστημα υγείας]...(μικρή παύση) οι γιατροί πολύ καλό είναι νομίζω.» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

Η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) απ' την άλλη πλευρά δηλώνει ότι το μέτρο σύγκρισης που υιοθετεί είναι η κατάσταση που επικρατεί στην Αλβανία. Προσεγγίζοντας το θέμα αναφέρεται στα πλεονεκτήματα όπως η καλή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η ύπαρξη του κατάλληλου εξοπλισμού στις υπηρεσίες υγείας καταδεικνύοντας όμως ταυτόχρονα και τα μειονεκτήματα όπως τις τιμές, τα θέματα ασφάλισης και ο χρηματισμός ορισμένων επαγγελματιών. Ολοκληρώνοντας, την σκέψη της αναφέρει ότι το οικονομικό status επιδρά και στην αντιμετώπιση θεμάτων υγείας επισημαίνοντας ότι η οικονομική δυνατότητα κάποιου μεταφράζεται σε επιπλέον δυνατότητες να λάβει την καλύτερη δυνατή φροντίδα.

«Τώρα επειδή ξέρω από κει τι γίνεται εδώ είναι μια χαρά μου φαίνεται δεν ξέρω... (μικρή παύση) καλό μου φαίνεται μπορώ να πω υπάρχουν και τα ελαττώματα όπως οι τιμές, ή με την ασφάλιση, ή με τα φακελάκια αλλά από άποψη μηχανημάτων και εκπαίδευσης είναι καλοί. Τέλος πάντων αν έχεις χρήματα καλά είναι. Γιατί τότε μπορείς να φύγεις να πας και στο εξωτερικό ρε παιδί μου, να ζητήσεις να διασταυρώσεις τις διαγνώσεις, να τρέξεις παραπάνω και να κάνεις ενέργειες που δεν έχεις την δυνατότητα να κάνεις αν υπάρχει.... (μικρή παύση) έλλειψη ας πούμε λεφτών....» (Μπέτυ, 26 ετών Αλβανία)

Η άποψη της Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) διαφοροποιείται απ' τις αντιλήψεις των υπόλοιπων γυναικών. Ειδικότερα, δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένη από τους επαγγελματίες υγείας διότι την αντιμετωπίζουν με άσχημο τρόπο λόγω της διαφορετικής της θρησκείας. Η Σουρούκ αναφέρει ότι οι επαγγελματίες υγείας της συμπεριφέρονται επιθετικά λόγω της μαντίλας.

«Δεν είναι καλά... (μικρή παύση). Πολύ φωνάζουνε και στο Νοσοκομείο και στο ΙΚΑ πολύ φωνάζουνε, είμαι μουσουλμάνα και πολύ φωνάζουνε μ' αυτό [δείχνει τη μαντίλα] (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)

Συζητώντας, μετά το τέλος της συνέντευξης η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) μου εξέφρασε την ανάγκη της να μιλήσει ανοιχτά γύρω απ' αυτό το θέμα<sup>16</sup>.

«Είναι πολλά που δεν είναι καλά. Ξέρεις πως τρέμω όταν πάω παιδιά στον γιατρό; Φοβάμαι μην κάποιος γιατρός ή νοσοκόμα με δει και φωνάζει με την μαντίλα και αυτά στεναχωρηθούνε και κλαίνε. Δεν με νοιάζει για μένα αλλά αυτά είναι μικρά τι τους φταίνει; Θέλω να τα πω και σε σένα που είσαι από εδώ. Τόσα χρόνια εδώ ποτέ μα ποτέ δεν μίλησα άσχημα σε κανέναν, ποτέ δεν έκανα άνθρωπο να κλαίει. Εμένα γιατί μου το κάνουν δεν ξέρω. Δεν είναι σωστό» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ).

Η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) με αφορμή το σύστημα υγείας στην χώρα μας προτάσσει την σημασία του δημόσιου χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας. Συγκρίνοντας την κατάσταση των υγειονομικών υπηρεσιών στην χώρα της και στην Ελλάδα καταλήγει στο συμπέρασμα πως ναι μεν η οργάνωση του συστήματος υγείας εδώ είναι καλύτερη ωστόσο απέχει από

---

<sup>16</sup> Αμέσως μετά την διαδικασία κατέγραψα τα λόγια της στο ερευνητικό μου ημερολόγιο, προσπαθώντας να αποδώσω όσο πιο πιστά γίνεται το περιεχόμενο των λεγομένων της.

την λογική του «υγεία για όλους» όπως χαρακτηριστικά σημειώνει. Η διάσταση που θέτει η Ζίλντα στην συλλογιστική της είναι οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μιας και όπως χαρακτηριστικά σχολιάζει παρόλο τον δημόσιο χαρακτήρα του ΕΣΥ δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι τις ίδιες δυνατότητες στην φροντίδα υγείας.

*«Κοίτα να δεις τα Νοσοκομεία και τα Ιατρεία του ΙΚΑ καλό να είναι δημόσια για να μπορούν να πάνε όλοι οι άνθρωποι, έχουν-δεν έχουν λεφτά. Είναι υποχρέωση του Κράτους να φροντίζει τους πολίτες του... Δηλαδή, θέλω να πω ότι ακόμα και εδώ που υποτίθεται ότι έχει Δημόσιο Σύστημα Υγείας δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι την ίδια μοίρα. Και για να καταλήξω κάπου αυτό που θέλω να πω είναι ότι στην Ελλάδα δεν είναι σαν την Αλβανία αλλά νομίζω ότι είστε πολύ πίσω από την νοοτροπία που λέει υγεία για όλους» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

Έχει ενδιαφέρον το πως τοποθετεί η συμμετέχουσα τους μετανάστες στην κοινωνία. Υποστηρίζει πως πέφτουν θύματα ρατσισμού από την πολιτεία και δεν απολαμβάνουν την ιδιότητα του πολίτη μιας και στερούνται πολλών δικαιωμάτων. Για να αναδείξει τους περιορισμούς που υφίστανται οι μετανάστες παρά την κοινωνική τους άνοδο σχολιάζει: «είναι σαν να λες κάποιος που ήταν φτωχός και έγινε -λέμε τώρα- πλούσιος να μην έχει δικαίωμα να αγοράσει ένα σπίτι» Για τη Ζίλντα, η προστασία των δικαιωμάτων των μεταναστών θα πρέπει να διαφυλαχθεί από τους αρμόδιους κρατικούς φορείς (π.χ. επιθεώρηση εργασίας) μιας και οι μετανάστες είναι θύματα αυτής της μεροληψίας του κράτους. Επιπρόσθετα, προτείνει πρακτικούς τρόπους εξάλειψης των ανισοτήτων.

*«Τώρα εμείς οι μετανάστες που δεν είμαστε ακριβώς το ίδιο πολίτες με τους Έλληνες είμαστε λιγάκι πολίτες να το πω δεύτερης, μην σου πω και τρίτης κατηγορίας. Όμως δεν σημαίνει πως δεν θα έπρεπε να έχουμε και εδώ τα ίδια δικαιώματα με τους άλλους εργαζόμενους. Είναι σαν να λες κάποιος που ήταν φτωχός και έγινε -λέμε τώρα- πλούσιος να μην έχει δικαίωμα να αγοράσει ένα σπίτι. Μεταναστεύεις γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο, για να μην πεθάνεις σαν το σκυλί στ' αμπέλι. Δουλεύουμε εδώ, άσχετο που μας θεωρούν φτηνούς και δεν μας κολλάνε ασφάλιση. Αυτό θα πρέπει να το φροντίζει η επιθεώρηση εργασίας και να ρίχνει καμπάνες σε όσους έχουν προσωπικό ανασφάλιστο και όχι να τιμωρεί τους μετανάστες που δεν έχουν ασφάλιση άρα πρόσβαση. Ξέρω ότι και για σας τους Έλληνες τα πράγματα υπολειτουργούν όμως αν δεν βγάζεις εσύ άκρη που μιλάς τέλεια τα ελληνικά, που έχεις τους ανθρώπους σου γύρω, που έχεις ένα καλύτερο μισθό και παραπάνω δικαιώματα*



*από εμένα σκέψου τι γίνεται με μας. Θα μου πεις “ρε Ζίλντα με 3 ευρώ πιάς στα εξωτερικά ιατρεία και κοιτιέσαι” και σε ρωτάω εγώ αν ο γιατρός μου ‘πει “πάρε φάρμακα που κάνουν 800 ευρώ” εγώ που θα τα βρω.»(Ζίλντα,32 ετών, Αλβανία)*

### **3.3.4 Διαπολιτισμική Ικανότητα των Επαγγελματιών Υγείας**

Αφού καταγράφηκαν οι αντιλήψεις των γυναικών για το σύστημα παροχής φροντίδας στην Ελλάδα στη συνέχεια ζητήθηκε απ’ τις γυναίκες να ανακαλέσουν τις εμπειρίες τους κατά την συνδιαλλαγή τους με το υγειονομικό προσωπικό.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) δήλωνε σε άλλο σημείο της συνέντευξης ικανοποιημένη απ’ την στάση των επαγγελματιών υγείας (σελ. 45) αναφέρει πως ούτε κατά την πρόσφατη επίσκεψη της στο Νοσοκομείο «δεν τα κατάφερε» ούτε κατά την συνδιαλλαγή της με τη γιατρό, ούτε στο Φαρμακείο.

*«Να, αυτή την εβδομάδα που πήγα στο γιατρό στο Νοσοκομείο, μια κυρία ήτανε, δεν τα κατάφερα ούτε με τη γιατρό ούτε στο φαρμακείο» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) διατυπώνοντας την άποψη της τόσο για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα όσο και για την στάση των επαγγελματιών υγείας εμμένει στην θέση ότι η παροχή φροντίδας δεν διαπνέεται από τις αρχές της διαπολιτισμικότητας. Θεωρεί ότι ορισμένοι επαγγελματίες υγείας όχι μόνο δεν διαθέτουν τα κατάλληλα εφόδια για την κατανόηση των ανθρώπων που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό και θρησκευτικό περιβάλλον αλλά όπως ισχυρίζεται έχει υπάρξει η ίδια θύμα ανοιχτά εχθρικής αντιμετώπισης, την οποία αποδίδει, για μια ακόμα φορά, στο γεγονός ότι είναι μουσουλμάνα και φοράει μαντίλα.

*«...Δεν είναι καλό αυτό που μας λένε. Όταν έχει μαντίλα πολύ φωνάζει μας λένε καθίστε, περιμέντε. Δεν είναι όμορφο. Δεν θα το έλεγα ποτέ σε κανέναν αν ερχόταν στην χώρα μου. Ηρθα γιατί δεν μπορούσα να ζήσω εκεί. Γι’ αυτό αλλιώς μου αρέσει στη χώρα μου» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

*«Ναι και αυτοί [ενν. οι γιατροί] και ο κόσμος. Έρχονται, και με φωνές μου λένε “κάτσε εκεί!”, δεν μου μιλάνε καλά και με κοιτάνε που πονάω με κατεβασμένο και θυμωμένο πρόσωπο (δείχνει την έκφραση)» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

Αντίθετα, η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) που είχε δηλώσει ικανοποιημένη με το σύστημα υγείας στην χώρα μας, υποστηρίζει ότι με λίγη προσπάθεια οι γιατροί την καταλαβαίνουν και εκείνη κάνει τα δέοντα που της υποδεικνύονται.

*« Ναι λίγο, λίγο...(μικρή παύση) σιγά, σιγά με καταλαβαίνουν.»* (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)

*«Όταν δώσει ο γιατρός φάρμακα τα παίρνω όπως είναι το σωστό... (μικρή παύση) πάω στο φαρμακείο και μου δείχνουν τι να κάνω. Όταν πονάω πολύ κάνω εξετάσεις και μετά με βοηθάνε οι γιατροί και είμαι εντάξει»* (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)

Η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) θεωρεί ότι οι επαγγελματίες υγείας λόγω του ρόλου τους και λόγω του τρόπου εξάσκησης του επαγγέλματος τους «μηχανιστικά να πω» αποστασιοποιούνται σταδιακά απ' τον άρρωστο «οι γιατροί γίνονται θα έλεγα ψυχροί επαγγελματίες». Θεωρεί ότι αυτό συμβαίνει γενικά με όλους τους ασθενείς χωρίς να κάνουν διακρίσεις σε φύλο, φυλή και γένος. Ωστόσο, στην συνέχεια αναφέρει ότι το γεγονός ότι μιλά καλά την γλώσσα και ότι το επίθετο της μοιάζει να είναι ελληνικό έχει ως αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζει δυσκολίες κατά την παροχή φροντίδας. Έχει ενδιαφέρον πως για άλλη μια φορά η Μπέτυ, αν και δεν κάνει λόγο για ανοιχτές ρατσιστικές προσβολές, έχει εσωτερικεύσει τον υπολανθάνοντα ρατσισμό που σχετίζεται με τα στερεότυπα της κοινωνίας υποδοχής για τους μετανάστες.

*«Θεωρώ ότι από ένα σημείο και μετά οι γιατροί γίνονται θα έλεγα ψυχροί επαγγελματίες και με όλους το έχουν αυτό δεν κάνουν διακρίσεις στο φύλο, ή στο γένος ή στην καταγωγή. Δεν έχω σ' αυτό το επίπεδο πρόβλημα με το σύστημα υγείας, ίσως παίζει ρόλο ότι μιλάω καλά τα ελληνικά και το επίθετο μου μοιάζει με τα ελληνικά»* (Μπέτυ, 26 ετών Αλβανία)

*«Λέω ότι γίνονται ψυχροί γιατί έτσι είναι ο ρόλος τους, γιατί βλέπουν πολλά μέσα στα Νοσοκομεία όποτε αναγκαστικά παίρνουν απόσταση και φυσικά λόγω του τρόπου που ασκούν ας πούμε την ιατρική, μηχανιστικά να πω; Ε καταλήγουν και να μην θέλουν να γίνουν ψυχροί για να επιβιώσουν»* (Μπέτυ, 26 ετών Αλβανία)

Η Ζητά (32 ετών, Αλβανία) ανασύροντας από την μνήμη της μια δύσκολη στιγμή από την οικογενειακή ζωή της, την αρρώστια της θείας της, σχολιάζει την συμπεριφορά του γιατρού όταν ανακοίνωνε την διάγνωση στην οικογένεια. Η συμπεριφορά του ήταν τόσο σκληρή και προσβλητική «Όμως και αυτός μιλάγε πολύ άσχημα. Λες και μιλάει σε ζώα»

που ακόμη «δεν την έχει ξεπεράσει» όπως μας λέει. Προσπαθεί όμως να τον δικαιολογήσει «ίσως και εκείνος το 'κανε για να την κάνει να συνειδητοποιήσει ότι πρέπει να προσέχει λίγο και εκείνη» Έχει ενδιαφέρον πως η Ζητά μιλώντας για την διαπολιτισμική ικανότητα των επαγγελματιών υγείας, επιμερίζει τις ευθύνες των μεταναστών και των γιατρών. Συγκεκριμένα, υποστηρίζει πως οι πρώτοι πρέπει να αλλάξουν στάση απέναντι στα θέματα υγείας. Από την άλλη πλευρά οι γιατροί χρειάζονται εκπαίδευση ως προς την κατεύθυνση της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας. Άλλωστε, μας λέει ακόμα και οι άνθρωποι που δεν μιλούν καλά τα ελληνικά κατανοούν τότε κάποιος τους υποτιμά

*« Εντάξει πιστεύω ότι δεν θα έπρεπε να είναι και τόσο πολύ ευθύς [ενν. ο γιατρός], να το πει τόσο άσχημα, έτσι κατάμουτρα αλλά νομίζω ότι ίσως και εκείνος το 'κανε για να την κάνει να συνειδητοποιήσει ότι πρέπει να προσέχει λίγο και εκείνη , και να μην δείχνει κάτι, αυτή να λέει όχι μαμά θέλω να σε δω, να δω πως είσαι. Όμως και αυτός μίλαγε πολύ άσχημα. Δες και μιλάει σε ζώα. Εντάξει σίγουρα δεν ξέρουμε καλά τα ελληνικά, όχι εγώ οι συγγενείς μου, όμως καταλαβαίνουν τότε κάποιος τους υποτιμά. Δεν ξέρω, πιστεύω ότι και εμείς πρέπει να αλλάξουμε νοοτροπία σε κάποια πράγματα, να προσέχουμε περισσότερο και να βλέπουμε την υγεία μας αλλά και οι γιατροί πρέπει να εκπαιδεύονται, να πω. Να μπορούν να εξηγούν και σε ανθρώπους που δεν μιλούν τα ελληνικά πως να προσέχουν την υγεία τους. Να φανταστείς ακόμα δεν το έχω ξεπεράσει...» (Ζητά, 32 ετών, Αλβανία)*

### **3.3.5 Εμπόδια στην Παροχή Φροντίδας**

Μιλώντας για τα εμπόδια κατά την παροχή φροντίδας η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) καταδεικνύει το θέμα της ελλιπούς συνεννόησης. Θεωρεί όμως πως η οικονομική δυνατότητα είναι αυτή που εξασφαλίζει καλύτερη ιατρική φροντίδα και επικοινωνία.

*«Τι να πω ή που δεν με καταλάβανε (εννοεί επαγγελματίες υγείας) ή που εγώ δεν τους κατάλαβα. Ήταν και στο Νοσοκομείο όχι στο γιατρείο τους να πληρώσεις και να σου εξηγήσουν. Αλλά δεν έχω λεφτά και δουλειά που να βρω τα λεφτά» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) θεωρεί ότι η θρησκευτική ετερότητα στέκεται εμπόδιο στην λήψη ιατρικής φροντίδας. Μάλιστα, εξηγεί πως δεν φοράει την μαντίλα για τυπικούς θρησκευτικούς λόγους. Τη φορά λόγω μιας εσωτερικευμένης ανάγκης της να προφυλάξει

την «διαφορετικότητα» της, να σεβαστεί ένα σύμβολο που έκανε με το Θεό μετά από δύσκολες εγκυμοσύνες αλλά και ως αντίδραση στην εχθρική και αντιδημοκρατική στάση κάποιων Ελλήνων που οδηγεί ακόμα και τον άντρα της να την πιέζει στο συγκεκριμένο ζήτημα.

*«Οουου πολύ φωνάζουνε μ' αυτή [δείχνει την μαντίλα]. "Βγάλ' την!" λένε. Να την βγάλω μου είπε ο άντρας μου πολλές φορές, αλλά δεν θέλω. Πριν γεννήσω, όταν έμενα έγκυα έχανα τα παιδιά και είπα "Θεέ μου αν κάνω παιδί και δεν έχει τίποτα πρόβλημα, θα φορέσω" και δεν την βγάζω τώρα, μόνο στο σπίτι.»* (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)

*«ο άντρας μου είναι κοσμικός, δεν φορούσα πριν όπως κάνουν οι άλλες γυναίκες. Είμαι ξένη εδώ και θέλω να θυμάμαι τον κόσμο, τη χώρα μου. Μετά, ότι ζήτησα απ' το Θεό με βοήθησε είχα κάνει συμφωνία μαζί του. Και όσο πιο πολύ φωνάζουν στο Ελλάδα τόσο θα την φοράει γιατί εδώ γεννήθηκε η δημοκρατία και η ελευθερία και πρέπει να θυμούνται οι Έλληνες<sup>17</sup>»* (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)

Η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) θεωρεί ότι η ελλιπής γνώση της ελληνικής γλώσσας, το «χαοτικό» περιβάλλον των Νοσοκομείων αλλά και η τηλεφωνική διαδικασία προγραμματισμού των ιατρικών επισκέψεων αποτελούν τα βασικά εμπόδια που αντιμετωπίζει κατά την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας.

*«Ναι, σίγουρα που δεν μιλάω καλά το ελληνική γλώσσα...(μικρή σιωπή) ουφ! αλλά και τα μεγάλα νοσοκομεία που τρέχεις πάνω κάτω να βρεις το γιατρό και μερικές φορές τα λέει δύσκολα. Αλλά πιο πολύ με δυσκαλεύει το τλέφωνο, ξέρεις το 1535, να κλείσω».* (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)

Η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) όπως και η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) θεωρεί ότι η έλλειψη ενός καλά οργανωμένου συστήματος δημόσιας υγείας μπορεί να αντισταθμιστεί μόνο από την ύπαρξη οικονομικής δυνατότητας που εξασφαλίζει περισσότερες δυνατότητες για την λήψη της κατάλληλης ιατρικής φροντίδας. Όμως κατά την γνώμη της κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό για όλους. Θεωρεί, λοιπόν, ότι τόσο στην Ελλάδα που το ΕΣΥ «υπολειτουργεί» όσο και στην Αλβανία «που... τα δημόσια ιδρύματα καταρρέουν» αυτό επιτρέπει στους διαφόρους επενδυτές (μεταξύ των οποίων και πολλοί Έλληνες) να καλύψουν το κενό με ιδιωτικές κλινικές που αποσκοπούν στο κέρδος. Συνοψίζοντας, μέσα από τα λόγια της

---

<sup>17</sup> Σημειώσεις ερευνητικού ημερολογίου

Μπέτυ διαφαίνεται ότι στην παροχή φροντίδας επεμβαίνουν κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές ξεκινώντας από τον χαρακτήρα (δημόσιο ή μη) των υπηρεσιών υγείας που συνεπακόλουθα καθορίζουν τις δυνατότητες των χρηστών των εν λόγω υπηρεσιών.

*«Γενικότερα, πιστεύω πάντως ότι αν δεν υπάρχει ένα καλό σύστημα δημόσιας περίθαλψης, που να μπορούν όλοι οι άνθρωποι να πάνε και να βρουν ,ας πούμε, την υγεία τους τότε η λύση είναι...(μεσαία παύση)... είναι να έχει κανείς την οικονομική άνεση να ζητήσει την καλύτερη δυνατή βοήθεια, που στοιχίζει, βεβαίως, ακριβά. Τι γίνεται όμως αν δεν έχεις λεφτά; Τίποτα. Αν δεν έχεις εξασφαλίσει υγεία για όλους τα άλλα είναι ημίμετρα. Είναι πολύ σημαντικό αυτό που σου λέω. Το βλέπω και εδώ που ναι μεν υπάρχει το ΕΣΥ αλλά σε κάποιες περιπτώσεις υπολειπουργεί και πάνω που έχουν απορυθμιστεί τα πράγματα και τα δημόσια ιδρύματα καταρρέουν. Και οι ιδιώτες ...(μικρή παύση) και είναι πολλοί και απ' την Ελλάδα που κάνουν επενδύσεις στην Αλβανία προσπαθούν να καλύψουν το κενό με ιδιωτικές κλινικές και να πλουτίσουν εις βάρος του κόσμου που στην τελική για την υγεία, τους έχουν ανάγκη» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) αρχικά αναφέρεται στα εμπόδια κατά την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας από τις γυναίκες μετανάστριες καταδεικνύοντας την «αμάθεια», που μεταφράζεται σε έλλειψη συμπεριφορών πρόληψης, σε λανθασμένα κριτήρια προσέγγισης της υγείας καθώς και στις προτεραιότητες που βάζουν οι γυναίκες ανάλογα με τα αυξημένα κοινωνικά τους καθήκοντα «καλά είμαι κάνω την δουλειά μου, Που θα αφήσω τα παιδιά μου να τρέχω στα γιατρεία;»

*«Περισσότερο φταίει η αμάθεια αυτό “ε, μωρέ μια χαρά είμαι”. Απ' την άλλη θα μπορούσε ίσως κατά κάποιο τρόπο για τους δικούς μας, περισσότερο για τις γυναίκες τις δικές μας να ήταν κατά κάποιο τρόπο υποχρεωτικό. Πρέπει να πηγαίνεις στο γιατρό μια φορά το χρόνο τουλάχιστον να κάνεις προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις , αυτό, εκείνο, το άλλο. Πιστεύω θα βοηθούσε ίσως γιατί αλλιώς δεν το συνειδητοποιούν σου λέει “μα είμαι γερή, δυνατή, παχιά είμαι, καλά είμαι και ας είμαι παχιά δεν πειράζει καλά είμαι δεν έχω πρόβλημα υγείας εγώ μωρέ” που μπορεί να έχεις τριγλυκερίδια, μπορεί να έχεις χοληστερίνη, μπορεί να χεις.. .(μικρή σιωπή) “όχι μωρέ πως να χω εγώ; δεν θα το καταλάβαινα: σιγά, καλά είμαι κάνω την δουλειά μου”, ξέρω εγώ, “έχω εγώ χρόνο να ασχοληθώ; Που θα αφήσω τα παιδιά μου να τρέχω στα γιατρεία;» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

Στην συνέχεια όμως αναφέρεται στην έλλειψη επικοινωνίας με τους γιατρούς σχολιάζοντας το θέμα της κατανόησης της δύσκολης ιατρικής ορολογίας που κάποιες φορές χρησιμοποιούν.

*«Απ την άλλη κάποιες φορές αυτοί που κάνουν την ενημέρωση μιλάνε πως να στο πω πιο εκλεπτυσμένα αλλιώς μιλάμε εμείς τα ελληνικά αλλιώς οι γιατροί οπότε ότι δεν καταλαβαίνουνε...»* (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)

### **3.3.6 Νοηματοδότηση της Υγείας**

Σύμφωνα με το αξιακό σύστημα της Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) η υγεία ιεραρχείται ως το ύψιστο αγαθό στη ζωή του ανθρώπου. Οι υλικές απολαβές συνιστούν κριτήριο επιτυχίας στην σύγχρονη εποχή ενώ η σημασία της υγείας παραγνωρίζεται με αποτέλεσμα να την «έχουμε όλοι ξεχάσει» όπως λέει χαρακτηριστικά. Η υγεία για την συγκεκριμένη γυναίκα δεν ταυτίζεται με την έλλειψη ασθένειας αλλά εμπλέκει τον άνθρωπο ως ολότητα και σχετίζεται με το αίσθημα ευεξίας.

*«Η υγεία είναι πρώτη και μετά έρχονται όλα τα άλλα λεφτά, δουλειά σπίτι. Αλλά την έχουμε ξεχάσει όλοι και νομίζουμε ότι πρώτα είναι όλα τα άλλα... (μικρή σιωπή). Η υγεία δεν είναι μόνο στο σώμα, να μην έχεις καρδιά, πονοκέφαλο και να μην έχεις σπάσει τα πόδια σου είναι να νιώθεις υγιής»* (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)

Συνεχίζοντας την ολιστική προσέγγιση του ζητήματος η Χατιέ μας περιγράφει το δικό της πρότυπο του ευτυχισμένου ανθρώπου. Μιλώντας, για αυτό τον άνθρωπο η Χατιέ θεωρεί ότι προϋπόθεση είναι να μην πονάει ούτως ώστε να μπορεί να είναι παραγωγικός, να φροντίζει την οικογένεια του και να απολαμβάνει τις χαρές της ζωής. Αυτός ο άνθρωπος έχει τη ζωή μπροστά του.

*«Τα έχει όλα, δεν πονάει, έχει ελπίδα και μέλλον. Μπορεί να δουλέψει, να κάνει οικογένεια, να μεγαλώσει τα παιδιά του, να χαίρεται την ζωή του και να μην ταλαιπωριέται... (μεσαία σιωπή). Δεν ξέρω νομίζω ότι είναι ένας ευτυχισμένος και ήρεμος άνθρωπος. Η ζωή είναι μπροστά του... (μικρή σιωπή) έτσι.»* (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)

Για τη Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) η υγεία ουσιαστικά ταυτίζεται με την έλλειψη ασθένειας και την έλλειψη πόνου.

*Εεεε (μεγάλη παύση). Δεν ξέρω να στο πω καλά. (μικρή παύση). Η υγεία είναι να μην έχεις καθόλου αρρώστια και πόνο. (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

Και η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) συνδέει την καλή υγεία με την έλλειψη πόνου. Θεωρεί όμως, ότι η εξασφάλιση της υγείας προϋποθέτει, επιπλέον, και την εξασφάλιση των στοιχειωδών υλικών όρων (π.χ. η στέγη). Αυτή η κοινωνικά προσανατολισμένη προσέγγιση της υγείας από την Σουρούκ γίνεται στη συνέχεια πιο συγκεκριμένη. Η υγεία σχετίζεται με τα μέσα που διαθέτει ο άνθρωπος προκειμένου να πραγματοποιήσει τις ανάγκες του (όπως είναι η εργασία η έλλειψη της οποίας υποσκάπτει την ανθρώπινη υγεία<sup>18</sup>).

*«Εγώ δεν έχω προβλήματα ως την ώρα. Ούτε πόνους, ούτε τέτοια μόνο στην γέννα. Η υγεία είναι καλό πράγμα αλλά και ένα ωραίο σπίτι είναι καλό... (μικρή σιωπή) αν όμως δεν δουλεύει ο άντρας σου τότε τι υγεία... (μεγάλη σιωπή) να έχεις;» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

Η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) υιοθετεί μια πιο ολοκληρωτική σύλληψη για την υγεία που συνάδει με την βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Για την Ζίλντα η υγεία ταυτίζεται με την αίσθηση ευεξίας. Σώμα και ψυχή συνιστούν μια ολότητα που βρίσκεται σε στενή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Επιπρόσθετα, το περιεχόμενο που δίνει η Ζίλντα (όπως και προηγούμενα η Σουρούκ) στην υγεία παραπέμπει στον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σύμφωνα με τον οποίο «η υγεία θεωρείται το μέσο της καθημερινής ζωής και όχι ο σκοπός» (WHO, 1974). Τέλος, η συμμετέχουσα χαρακτηρίζει την υγεία «τρόπο ζωής και σκέψης».

*«Για μένα η υγεία δεν είναι να είσαι άρρωστος αλλά να νιώθεις καλά και να είσαι και χαρούμενος. Η υγεία είναι πως να σου πω το μέσο για να πετύχεις τα όνειρα σου, τους*

---

<sup>18</sup> Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι ο λόγος της Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) -σε αντίθεση με τη Ναριμάν- παραπέμπει σε γενικές γραμμές στην θετική αντίληψη με έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους που περιλαμβάνει ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας βάσει του οποίου: «Υγεία είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο ή μία ομάδα μπορεί αφενός να πραγματοποιήσει τις φιλοδοξίες και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του και αφετέρου να αλλάξει ή να αντιμετωπίσει με επιτυχία το περιβάλλον του. Η υγεία συνεπώς θεωρείται ως μέσον για την καθημερινή ζωή και όχι ως σκοπός της ζωής. Πρόκειται για μια θετική αντίληψη που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους και τις ικανότητες». (WHO, 1974).

στόχους να νιώθεις γερή για να δώσεις τις μάχες της ζωής. Η υγεία είναι σώμα και μυαλό σε λειτουργία για να μπορείς να φιλτράρεις όσα γίνονται γύρω σου καθημερινά. Δεν είναι η δουλειά πρώτα, ούτε να πει η κοινωνία ότι είσαι νοικοκυρά ούτε δήθεν καθαρή και να μην έχεις υγιεινή, να το παίζεις καλή μάνα και να ταΐζεις τα παιδιά σου σουβλάκια. Η υγεία είναι ο τρόπος ζωής και σκέψης» (Ζιλντα, 32 ετών, Αλβανία)

Τέλος, η υγεία προσεγγίζεται από την Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) μέσω της αντιπαραθετικής σχέσης της με την αρρώστια. Η υγεία και η ασθένεια περιγράφονται ως δυο πόλοι χωρίς αρνητικό ή θετικό πρόσημο που αντιμάχονται ως ένας τον άλλο.

«Για μένα η υγεία είναι σε σχέση με την ασθένεια... (μεγάλη παύση). Μάχονται, δυο πόλοι ας πούμε όχι αρνητικός και θετικός... (μικρή παύση) είναι τελείως αντίθετα, (μικρή σιωπή) και ότι μάχονται σε κάποιο επίπεδο, δεν τα πάνε καλά μεταξύ τους (γέλιο)» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)

### 3.3.7 Αναπαραστάσεις της Υγείας

Μελετώντας τις αναπαραστάσεις της Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) για την υγεία παρατηρούμε ότι οι έννοιες της ηρεμίας και της γαλήνης κατέχουν δεσπόζουσα θέση. Καθημερινές πρακτικές -διαμεσολαβούμενες από το προσωπικό της βίωμα- που της εξασφαλίζουν αυτό το αίσθημα ηρεμίας, ομορφιάς και γαλήνης, έχουν κεντρικό ρόλο στον πυρήνα των αναπαραστάσεων της.

«... Αλλά το βράδυ πριν πέσω για ύπνο. Έτσι γαλήνη ή όταν κάνω μπάνιο τα παιδιά μου και όταν βγαίνω έξω να χαρώ. Γενικά κάτι όμορφο και ηρεμία.» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)

Για την Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) η υγεία αναπαρίσταται και συνδέεται με την ζεστασιά ενός όμορφου και μεγάλου σπιτιού

« Ναι εγώ σκέφτομαι ένα σπίτι... Πολλά μεγάλο, ζεστό και ωραίο» (Σουρούκ, 36 ετών Ιράκ)

Η κοινωνική νοηματοδότηση που είδαμε να αποδίδει η Σουρούκ στην υγεία (όπως περιγράφεται στην παραπάνω κατηγορία) επανεμφανίζεται εδώ. Η σημασία της εξασφάλισης των στοιχειωδών υλικών και συναισθηματικών όρων ζωής (όπως η στέγη, η



αίσθηση ασφάλειας μέσω της οριοθέτησης του προσωπικού χώρου ως «σύνορο» με το εξωτερικό περιβάλλον και η αλληλεπίδραση του ατομικού με το κοινωνικό) φαίνεται να επιδρούν και στο πεδίο των αναπαραστάσεων της.

*«Το μεγάλο σπίτι είναι σαν μια καταφύγιο. Ότι και να γίνεται έξω στον κόσμο εσύ γυρνάς εκεί, και εκεί κάνεις το κουμάντο σου. Είναι το δικός σου χώρος. Είναι σημαντικό για τη υγεία να το έχεις, όπως είναι σημαντικό να είσαι έξω, στο κοινωνία, είναι όμως και σημαντικό να το 'χεις για να ζεις καλά, να μην ταλαπωριέσαι για να έχεις την υγεία δηλαδή, πως να το κάνουμε;»<sup>19</sup>» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

Το σπίτι ως αναπαράσταση της υγείας περιγράφεται και από την Ναριμάν (37 ετών Αίγυπτος), η οποία μας δίνει και τον γεωγραφικό προσδιορισμό του που δεν είναι άλλος από την πατρίδα της. Έχει ενδιαφέρον ότι η υγεία αποκτά άλλο περιεχόμενο από τα προφανή χαρακτηριστικά της και συνδέεται με το αίσθημα οικειότητας, η οποία περιγράφεται καλύτερα από με την εικόνα ενός σπιτιού στο γνώριμο περιβάλλον της χώρας καταγωγής. Έτσι, το όνειρο του μετανάστη/στριας να γυρίσει στον τόπο του, να καταφέρει να φτιάξει ένα σπίτι σαν αντίτιμο των δυσκολιών που πέρασε, περιγράφεται με σαφήνεια μέσα από την συνοπτική δήλωση της Ναριμάν. Η προσδοκία επιστροφής στην Αίγυπτο επενδύει και το περιεχόμενο των αναπαραστάσεων της για την υγεία.

*«Εεεε (μεγάλη παύση) εγώ σκέφτομαι [ενν. την υγεία] ένα σπίτι στην Αίγυπτο. Εκεί είναι το πατρίδα, εκεί είναι και το σπίτι που έχω στο μυαλό» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

*«... ήρθαμε εντό για λίγο, να βγάλουμε λεφτά και σε λίγο χρόνο να γυρίσει όλοι μαζί στο Αίγυπτο. Να αγοράσουμε σπίτι και να 'μαι ήρεμο» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

Οι αναπαραστάσεις της Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) για την υγεία πηγάζουν από την φύση. Το θρόισμα του αέρα ανάμεσα στα φύλλα των δέντρων, η δροσιά και η αίσθηση αναζωογόνησης αποτελούν το περιεχόμενο των αναπαραστάσεων της για την υγεία.

*«Εεεε, κάτι καθημερινό. Ο αέρας που φυσάει και χαϊδεύει τα φύλλα των δέντρων, η δροσιά, κάτι αναζωογονητικό... έτσι κάτι από φύση» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

Στις αναπαραστάσεις της Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) η υγεία απομονώνεται από το κοινωνικό περιεχόμενο ή την αφαιρετική σύνδεση με τη φύση που συναντάμε στις

---

<sup>19</sup> Σημειώσεις ερευνητικού ημερολογίου

δηλώσεων των υπόλοιπων γυναικών Γίνεται αντικείμενο ιατρικής ενασχόλησης που παραπέμπει στην θεραπεία (φάρμακο), τοποθετείται χωροταξικά στο Νοσοκομείο και συνδέεται με ατομικές συμπεριφορές πρόληψης.

*«Υγεία; Δεν ξέρω ένα φάρμακο μάλλον ή ένα Νοσοκομείο μάλλον ίσως κάποιες ενέργειες για την πρόληψη.» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

### **3.4: Η Ασθένεια**

#### **3.4.1 Η Νοηματοδότηση της Ασθένειας**

Η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) προσπαθώντας να προσδιορίσει το νόημα της ασθένειας καταθέτει την προσωπική της εμπειρία. Η δική της ασθένεια, η κατάθλιψη, («τα ψυχολογικά» της όπως αναφέρει), αποτελούν το αντικείμενο της ανάλυσης της. Προσδιορίζοντας τα χαρακτηριστικά της ψυχικής ασθένειας αναφέρεται στον εσωτερικό χρόνιο πόνο, ο οποίος δεν έχει τα εμφανή χαρακτηριστικά των σωματικών ασθενειών «δεν είναι σαν το πονόδοντο». Βιώνεται από την συμμετέχουσα ως μια μόνιμα δυσάρεστη κατάσταση που δεν αντιμετωπίζεται «...δε γίνεται τίποτα».

*«Θα σου πω για τα ψυχολογικά που με πιάσανε μόλις γέννησα το μικρό μου κοριτσάκι και από τότε νιώθω σαν χαρκομανής και ότι και αν κάνω ...Είναι να έχεις πόνο πολύ, να υποφέρεις μέσα σου και να μην μπορούν να το δουν οι άλλοι. Δεν είναι σαν τον πονόδοντο είναι πόνος από μέσα σου που δεν φαίνεται έξω...(μικρή σιωπή). Δεν ξέρω είναι σαν την στεναχώρια που δεν φεύγει ποτέ. Εγώ το περνάω τόσα χρόνια έτσι ... (μεγάλη σιωπή) όλο γιατρούς μα δεν γίνεται τίποτα» (Χατιέ 36 ετών, Τουρκία)*

Η χρονιότητα της κατάστασης (που έχει διακυμάνσεις) την έχουν οδηγήσει σε επανειλημμένες νοσηλείες στο Νοσοκομείο επηρεάζοντας το συναίσθημα της.

*«Μόνο που κάποιες φορές είσαι καλά και κάποιες... (αναστεναγμός) άστα να είσαι μαύρα, να μην σε χωράει ο τόπος, να μην σου κολλάει ύπνος. Εκεί που θέλεις να γελάσεις κλαις και είναι πολύ καλύτερο το γέλιο από το κλάμα. Να μένεις μέσα στο Νοσοκομείο για μήνες γιατί με την αρρώστια που έχω εγώ για να γίνω καλά θα πρέπει να είμαι στο Νοσοκομείο τουλάχιστον για 3 μήνες...» (Χατιέ 36 ετών, Τουρκία)*

Ξετυλίγοντας το βίωμα της η Χατιέ μιλά για το θέμα των ενοχών που συνδέονται με την αρρώστια. Η έκπτωση της λειτουργικότητας ως συνέπεια της αρρώστιας, η ασυμβατότητα ανάμεσα στις επιθυμίες και στις δυνατότητες της και η άμβλυνση του συναισθήματος «που θέλω να είμαι χαρούμενη και δεν μπορώ» αποτελούν το έδαφος στο οποίο εδράζεται η ενοχή της.

*«...Έχω ενοχές που θέλω αλλά δεν μπορώ. Που μου αρέσει να είναι το σπίτι μου καθαρό και δεν μπορώ. Που όταν πηγαίνω στη φίλη μου και είναι καθαρό μου αρέσει, αλλά δεν ζηλεύω, απλά μου αρέσει. Ενοχές... (μεσαία σιωπή) που θέλω να είμαι χαρούμενη και δεν μπορώ»* (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)

Η εμπειρία της Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) από την δική της αρρώστια (ηπατίτιδα) αποτελεί το πεδίο της διαπραγμάτευσης της. Η συμμετέχουσα εκτός του ότι φοβάται για την πορεία της νόσου, ανησυχεί και για τα παιδιά της εξαιτίας του μεταδοτικού χαρακτήρα της. Κατά την περίοδο της διάγνωσης, η Ναριμάν στρέφεται στο Θεό και ψάχνει το νόημα της ασθένειας «και ρώταγα το Θεό γιατί». Η συμμετέχουσα αμφιταλαντεύεται για την σημασία της ασθένειας της, η οποία στέλνεται από τον Θεό ως τιμωρία για τον κακό άνθρωπο. Μέσα από το αξιακό της σύστημα δεν νιώθει κακός άνθρωπος, διότι όπως λέει ουδέποτε έβλαψε άλλον άνθρωπο. Από αυτή την εμπειρία εν τέλει θα καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ασθένεια της είναι προειδοποιητικό σημάδι ώστε να δώσει άλλη προτεραιότητα στα θέματα υγείας.

*«κάθε ένα χρόνο κάνω εξετάσεις γιατί πριν δυο χρόνια που πήγα στο γιατρό μου είπε έχω (μικρή παύση) ηπατίτιδα και φοβάμαι. Φοβάμαι αυτή τη αρρώστια πως θα πάει. Μήπως χτυπήσει το χέρι και βγάλει αίμα και πιάσουν τα παιδιά ηπατίτιδα. Εγώ δεν έκανα κακό σε άλλο άνθρωπο. Ξέρεις στην αρχή έκλαιγα και ρώταγα το Θεό γιατί; Αφού δεν είμαι κακό άνθρωπο, κανένα δεν πείραξα ποτέ. Μετά είπα “Ναριμάν στο ‘στείλε ο Θεός για να προσέχεις πιο πολύ το υγεία σου”»* (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)

Η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) έχει αποδεχτεί τη ασθένεια και θεωρεί πως εντάσσεται με φυσικό τρόπο στον κύκλο της ζωής. Η γέννηση είναι η έναρξη της ζωής και ο θάνατος η ολοκλήρωση της. Έτσι, η ασθένεια για την Σουρούκ είναι μια αναμενόμενη κατάσταση που οι άνθρωποι έχουν μάθει να την θεωρούν αφύσικη και τους τρομάζει. Είναι όμως σίγουρο ότι κάποια στιγμή όλοι θα νοσήσουμε. Τέλος, οι αντιλήψεις της συμμετέχουσας

φαίνεται να έχουν καθοριστεί από τις πολιτισμικές ερμηνείες της ασθένειας όπως της έχουν μάθει από «μικρό παιδί».

*«Το αρρώστια είναι μέσα στη ζωή. Όταν γεννηθείς για να ζήσεις θα πρέπει να ξέρεις ότι θα τελειώσει η ζωή. Είναι περίεργο που το άνθρωπο φοβάται το αρρώστια. Πάντα υπήρχε η γέννα και ο θάνατος. Και είναι σίγουρο όλοι θα πάθουμε αρρώστια και όλοι θα πεθάνουμε. Έτσι με μάθανε από μικρό παιδί, έτσι είναι για το δικό μας πολιτισμό»* (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)

Για την Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) η ασθένεια έχει πολυπαραγοντική φύση. Αντιλαμβάνεται την ασθένεια με ορθολογιστικό τρόπο και υποστηρίζει πως παράγοντες όπως: οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συμπεριφορές, η γενετική προδιάθεση και η ευαλωτότητα στο στρες εμπλέκονται στην πρόκληση ασθενειών. Έτσι, λοιπόν «όταν διαταραχθεί η αρμονία» -όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Μπέτυ- από την λειτουργία κάποιων ή όλων των προαναφερόμενων παραγόντων «χαλάει το σύστημα» και εκδηλώνεται η ασθένεια.

*«Μμμμ ναι για την ασθένεια. Σκέφτομαι ότι είναι αποτέλεσμα ποικιλίας παραγόντων από τάσεις που μπορεί να έχει ο καθένας μας και να τις χτυπάει το άγχος και οι συνθήκες ζωής. Εεε από τον εε όχι... από την στάση που έχεις απέναντι στα θέματα δηλαδή καπνίζεις; Τρως υπερβολικά; πίνεις αλκοόλ; όλο αυτό το σετάκι. Δηλαδή από τις προσωπικές επιλογές, την προσωπικότητα, από τις τάσεις από την ανθεκτικότητα να πω στο άγχος; εν πάση περιπτώσει απ' όλα αυτά και όταν και για κάποιο λόγο διαταραχθεί ας πούμε η αρμονία, χαλάσει το σύστημα τότε έρχεται η αρρώστια»* (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)

Η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) -όπως και προηγούμενα στη νοσηματοδότηση της υγείας- θέτει στο επίκεντρο της διαπραγμάτευσης της την έννοια της δυναμικής αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του. Η ασθένεια για την Ζίλντα εκδηλώνεται όταν διαταραχθεί η ισορροπία με το περιβάλλον, για το οποίο μπορεί να ευθύνεται είτε η ανθρώπινη συμπεριφορά είτε κάτω από εξαιρετικές περιπτώσεις περιβαλλοντικοί παράγοντες. Στο σημείο αυτό έχει ενδιαφέρον να σημειωθεί πως για την Ζίλντα η διαταραχή της ισορροπίας ανθρώπου-περιβάλλοντος συνεπάγεται την εκδήλωση της ασθένειας ενώ η διακοπή της επαφής ταυτίζεται με την απώλεια της ζωής, δηλαδή με τον θάνατο.

*« Η ασθένεια έρχεται όταν κάτι δεν πάει καλά. Όταν διακόπτει ας πούμε έτσι η επαφή με το περιβάλλον, όχι όταν διακοπτεί γιατί εκεί μιλάμε για θάνατο, όταν δεν έχεις επαφή με το περιβάλλον πεθαίνεις έτσι δεν είναι; Αλλά πως να σου πω όταν χαλάσει η ισορροπία τότε... (μικρή σιωπή) μπορεί να φταίει και τα δυο μέρη μπορεί και όχι... Αυτά που λέω είναι πως μπορεί να φταίει και ο άνθρωπος αλλά μπορεί και να είναι θέμα περιβάλλοντος σε κάποιες ακραίες περιπτώσεις. Δεν το 'χω καλοξεκαθαρίσει μέσα μου, σου λέω ότι μου 'ρχεται πρώτο πρώτο» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

### **3.4.2 Αναπαραστάσεις της Ασθένειας**

Οι αναπαραστάσεις της Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) για την αρρώστια συνδέονται με κακές και τρομακτικές σκέψεις. Συγκεκριμενοποιώντας το περιεχόμενο των σκέψεων της, αναφέρεται σε περιστατικά ασθένειας της μητέρας της, τα οποία χαρακτηρίζονταν από έντονο πόνο, κλάμα, αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, ακινησία, αιφνίδια έναρξη χωρίς προφανή αιτία, που δεν μπορεί να προσδιοριστεί ούτε με βάση τα ιατρικά κριτήρια. Μέσα από τα περιστατικά ασθένειας της μητέρας, η Χατιέ φαίνεται ότι προσεγγίζει τα συστατικά μέρη όλων όσων φοβάται και που αποτελούν τον πυρήνα των αναπαραστάσεων της. Η βίωση όλων αυτών των αρνητικών αισθημάτων από το μητρικό υποκείμενο καθιστούν αυτές τις εμπειρίες οδυνηρές για την συγκεκριμένη γυναίκα.

*«Κακό πολύ κακό. Τρομακτικές. Να, πριν από χρόνια της μαμάς μου το κεφάλι πονούσε πολύ, έκλαιγε, δεν μπορούσε να πάει στην τουαλέτα για τσίσα της. Τίποτα. Μετά, μια χρονιά την έπιασε και η μέση της και έκανε ενέσεις για 20 μέρες, δηλαδή κάθε μέρα έπρεπε να τις κάναμε και μια ένεση, ήτανε στο κρεβάτι είχε πάρει το μπαστούνι και με την δύναμη απ' το μπαστούνι σηκωνόταν. Τώρα είναι 52 χρονών και πριν τρία χρόνια στα 49 της χρόνια πέρασε ξαφνικά υψηλό πυρετό που δεν γνωρίζαμε από την ερχότανε, ούτε οι γιατροί βέβαια γνωρίζανε ... (μεγάλη σιωπή). Τη μαμά μου άρρωστη σκέφτομαι.» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) συνδέει τις αναπαραστάσεις της για την ασθένεια με την θρησκεία και με την έννοια της προσευχής. Η σκέψη του θείου και οι εικόνες παράκλησης συνδέονται με τις καθημερινές πρακτικές άσκησης των «θρησκευτικών της καθηκόντων».

*Εεε (μεσαία παύση) το θεό. Κάνω προσευχή. Λέω “θεούλη μου...” (μεσαία παύση) κάθε μέρα κάνω πέντε φορές προσευχή. (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

Από την άλλη πλευρά, για τη Σουρούκ η έλλειψη εμπειριών από δύσκολες και επώδυνες καταστάσεις ασθένειας που ενδεχομένως θα επένδυαν το περιεχόμενο των αναπαραστάσεων της καθιστούν την προσέγγιση της για το θέμα μάλλον αδύνατη.

*«Δεν έχω αρρωστήσει ποτέ σε χάλια κατάσταση, μόνο λίγο και μετά σηκώθηκα... (μικρή σιωπή). Δεν έχω, δεν ξέρω τι να σου πω» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

Η ακινητοποίηση, η στεναχώρια, το κλάμα και η ύπαρξη ενός συνολικά δυσάρεστου κλίματος αποτελούν για την Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) τις αναπαραστάσεις της για τον πάσχοντα άνθρωπο.

*«Η αρρώστια κάτσε να σκεφτώ... (μικρή παύση) μάλλον έναν άνθρωπο στο κρεβάτι, έτσι στεναχωρημένο, κλαίει, έτσι ένα δυσάρεστο κλίμα» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Όπως και προηγουμένως, περιγράφοντας το νόημα της ασθένειας η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) αναφέρεται στην διατάραξη της ισορροπίας των δυο μερών του συστήματος δηλαδή του ανθρώπου και του περιβάλλοντος του. Έτσι και εδώ, για κάποιο λόγο διαταράσσεται η σχέση δυο μερών που συνεργάζονται. Φαίνεται πως για την Ζίλντα η σχέση ατόμου-περιβάλλοντος αποτυπώνεται μέσω των δυο άκρων (*δυο χεριών*) που όταν για κάποιο λόγο χάσουν το συντονισμό των κινήσεων τους κατά την εκτέλεση ενός έργου (τέντωμα κλωστής) τότε η κλωστή χάνει την αρχική θέση ισορροπίας της *«και πέφτει κάτω»*. Αυτή η αλλαγή στην κατάσταση ισορροπίας φαίνεται από την αφήγηση της να συνδέεται με την εκδήλωση ασθένειας.

*«Μια κλωστή που την κρατάνε δυο χέρια και την τεντώνουν. Κάτι γίνεται και φεύγει από το ένα και πέφτει κάτω» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

### **3.4.3 Πεποιθήσεις για την Προέλευση των Ασθενειών**

Αναφορικά με τις αιτίες εκδήλωσης των ασθενειών η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) αναφέρεται στις δυσκολίες της ζωής και στο άγχος ως τους κατεξοχήν επιβαρυντικούς παράγοντες.

*«Έρχεται μόνη της η αρρώστια, την φέρνουν οι δυσκολίες της ζωής και το άγχος» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Για τη Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) οι ασθένειες μπορεί να είναι είτε το αποτέλεσμα της κληρονομικότητας που προχωρά από την μια γενιά στην άλλη είτε προϊόν θεϊκής παρέμβασης που λειτουργεί ως προειδοποιητικό σημάδι.

*«Μπορεί η αρρώστια να υπάρχει στους γονείς και να προχωράει. Δεν ξέρω δεν είχα περάσει ποτέ τέτοια, μπορεί όμως και ο θεός να τη στέλνει για να προσέξεις.» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

Συνεχίζοντας, για την Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) η ασθένεια είναι αποτέλεσμα βούλησης του Παντογνώστη Θεού και έχει διττή λειτουργία. Από τη μια «τιμωρητική» για τον κακό άνθρωπο που σκέφτεται κακόβουλα για τους άλλους και παθαίνει τα ανάλογα και από την άλλη πλευρά λυτρωτική για τον ταλαιπωρημένο άνθρωπο ώστε να γλιτώσει από τα βάσανα της ζωής.

*«Ε, ο θεός ξέρει. Άμα δεν κάνεις καλά τα πράγματα, άμα δεν είσαι καλός άνθρωπος τότε σκας και έρχεται η αρρώστια. Άμα σκέφτεσαι το κακό, τότε θα το πάθεις.» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

*«.. Άμα είσαι κακός άνθρωπος τότε ο θεός σου λέει κάτσε καλά..... Αυτή είναι η ζωή και ο θεός τα ξέρει όλα. Μπορεί να πάθεις αρρώστιας για να γλιτώσεις από τα βάσανα..... Ναι, ο θεός στέλνει την αρρώστια και σε παίρνει για να μην τραβήξεις πολλά στη ζωή. (αναστεναγμός)» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

Αντίθετα, για τη Ζίλντα (32 ετών Αλβανία), που αντιμετωπίζει για μια ακόμη φορά τα πράγματα με ορθολογισμό, η ασθένεια αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης φύσης και δεν συνδέεται με μοίρα ή με την επιβολή θεόσταλτης τιμωρίας<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Σύμφωνα με τις σημειώσεις του ερευνητικού ημερολογίου η Ζίλντα μιλώντας για την σχέση της με την θρησκεία αναφέρει πως παρ' όλο που δηλώνει Χριστιανή Ορθόδοξη έχει εθιμοτυπική σχέση με την θρησκεία. Μάλιστα, όσον αφορά τα θέματα ασθένειας μου είπε χαρακτηριστικά «Αν πιστεύουμε ότι ο Θεός στέλνει τις αρρώστιες για να μας τιμωρήσει, αυτός είναι λόγος να αλλάξουμε Θεό, να μην τον πιστεύουμε» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)

*«Εγώ προσωπικά πιστεύω ότι δεν τιμωρεί κανέναν θεός, δεν φταίει η μοίρα αλλά είναι στην φύση μας πως να σου πω να αρρωσταίνουμε...» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

Αναλύοντας περαιτέρω τους αιτιολογικούς παράγοντες που ευθύνονται για την εκδήλωση ασθενειών αναφέρεται στις ατομικές συμπεριφορές (πχ έξεις, συμπεριφορές πρόληψης, άγχος) στην ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, στις εμπειρίες του ατόμου αλλά και σε κατεξοχήν περιβαλλοντικούς παράγοντες ανάλογα με το που ζει ο άνθρωπος.

*«Είναι πολλά πάρα πολλά αυτά που φταίνε ας πούμε. Να τώρα θα το σκεφτώ καλύτερα αυτό που σου 'λέγα για την ισορροπία πριν. Μμμ απ' τις κακές συνήθειες, το άγχος, τις σχέσεις σου με τους άλλους δηλαδή λένε " αρρώστησε γιατί πολλά τράβαγε ας πούμε απ' τον άντρα της". Είναι και αυτό που καμιά φορά παίζει ρόλο. Εεε μετά και από σένα εξαρτάται. Δηλαδή το ψάχνεις; πας να δεις την υγεία σου; νοιάζεσαι; Το περιβάλλον που ζεις, δεν είναι το ίδιο ένα χωριό ας πούμε με την Αθήνα. Όλα παίζουν ρόλο. (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

Η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) διαχωρίζει τις ασθένειες σε σωματικές και ψυχολογικές. Για τις πρώτες ευθύνεται αδιαπραγμάτευτα η φύση ενώ για τις δεύτερες υπεύθυνος είναι ο άνθρωπος. Ξεδιπλώνοντας περαιτέρω το συλλογισμό της για τα αίτια εκδήλωσης των ψυχολογικών προβλημάτων εξαιρεί από την ατομική υπαιτιότητα «φοβέρες περιπτώσεις» (π.χ. παιδική κακοποίηση) τα οποία συνεπακόλουθα επηρεάζουν την ενήλικη ζωή. Στην ενήλικη ζωή μας όμως «φταίμε κυρίως» εμείς και οι επιλογές μας. Κατά τη Μπέτυ οι επιλογές σχετίζονται με τη μόρφωση αλλά και με την γονεϊκή καθοδήγηση που μπορεί να είναι σε κάποιες περιπτώσεις ελλιπής ή προβληματική. Καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η απόδοση ευθυνών σε τρίτους είναι άνευ ουσίας διότι η αντιμετώπιση του εκάστοτε προβλήματος περνά -ούτως ή άλλως- μέσα από τον εαυτό μας.

*«Την σωματική η φύση, την ψυχολογική εμείς μάλλον (μικρή παύση)... ή όχι πάντα εμείς. Σε φοβέρες περιπτώσεις για παράδειγμα μπορεί ένα παιδί να έχει κακοποιηθεί και να έχει ένα ψυχολογικό πρόβλημα αργότερα αλλά ....(μικρή παύση) στην ενήλικη ζωή μας εμείς φταίμε κυρίως, οι επιλογές μας ή εκπαίδευση μας και ίσως και να φταίει και οι άνθρωποι που μας καθοδήγησαν στην ζωή που δεν μας έδωσαν να καταλάβουμε πως είμαστε, που δεν μας έδωσαν τα κατάλληλα ερεθίσματα, δεν μας προστάτευαν όσο θα έπρεπε αλλά δεν μπορείς να το ξέρεις αυτό ακριβώς όσο μεγαλώνεις αλλάζεις...(μικρή παύση). Δε φταίνε και αυτοί που να το ξέρουν ...(μεσαία παύση ) οπότε μάλλον εμείς, εμείς το κουβαλάμε, εμείς το αντιμετωπίζουμε. Δεν θα ήθελα να φταίει κάτι άλλο ή κάποιος άλλος...(μικρή παύση) στην*



*τελική εσύ το αντιμετωπίζεις οπότε και να φταίει άλλος τι σημασία έχει.» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Αφού ολοκληρώνει τον συνειρμό της για την βάση των ψυχολογικών προβλημάτων επανέρχεται στις σωματικές ασθένειες, για τις οποίες όπως είχε υποδείξει προηγούμενα ευθύνεται η φύση και μιλά για τον ρόλο της κληρονομικότητας. Θεωρεί μάλιστα ότι αν το άτομο εκδηλώσει μια ασθένεια που δεν έχει εκδηλώσει κάποιος από τους γονείς, η αιτία θα πρέπει να αναζητηθεί στις προηγούμενες γενιές.

*«Πιστεύω ότι ... (μικρή παύση) έτσι πιστεύω ότι παίζει. Όλες σχεδόν οι ασθένειες έχουν σχέση με την κληρονομικότητα ,ξέρω 'γω, η πίεση, ο καρκίνος, το στομάχι, η καρδιά. Εντάξει και δεν σημαίνει ότι αν δεν έχουν οι γονείς μια αρρώστια δεν έχεις κληρονομικότητα γιατί μπορεί να υπάρχει πιο πίσω ένα γονίδιο αλλά εντάξει.» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

#### **3.4.4 Σχέση Άγχους- Ασθένειας**

Η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) υιοθετεί μια ντετερμινιστική άποψη για τη σχέση άγχους ασθένειας. Θεωρεί πως το άγχος λειτουργεί ως πηγή της στεναχώριας και του πόνου. Ο πόνος εκτός από την επίδραση του στο σώμα το οποίο εξαντλεί, κατακλύζει και τον ψυχισμό του ανθρώπου «*το μυαλό σου κολλάει*» με αποτέλεσμα όταν οι άμυνες έχουν καταρρεύσει να «εδραιώνεται» η ασθένεια.

*«Το άγχος φέρνει στεναχώριες και πόνο..... (μεγάλη σιωπή)...πολύ πόνο. Όταν πονάς δεν κάνεις τίποτα (μικρή σιωπή).... απλά πονάς και το σώμα κουράζεται αλλά και το μυαλό σου κολλάει και τότε δεν έχεις κουράγιο να παλέψεις...(μικρή σιωπή) και όταν δεν αντέχεις άλλο και έχεις ας πούμε σκάσει έρχεται η αρρώστια. Δεν ξέρω κάτι τέτοιο πιστεύω. Όλα οι στεναχώριες τα φέρνουν.....(μεγάλη σιωπή) σίγουρα.» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) θεωρεί πως η πηγή του άγχους, το οποίο χαρακτηρίζει «*πολύ ύπουλο*», είναι οι στεναχώριες. Η ίδια εκδηλώνει το άγχος της με έντονα σωματικά συμπτώματα (πονοκέφαλο, ταχυκαρδία). Οι σωματικές εκδηλώσεις του άγχους βιώνονται από την Σουρούκ ως ασθένεια, που μειώνει δραστικά τη λειτουργικότητα της.

*«Το άγχος πολύ ύπουλο είναι. Σου είπα και πριν λίγο εμένα με χτυπάει πολύ. Όταν με πιάνει αρρωσταίνω αμέσως, αρχίζει πόνος στο κεφάλι και αρρωσταίνω και πέφτω κάτω, ούτε τις*

*δουλειές δεν μπορώ καλά καλά και η καρδιά γρήγορα ντουκ ντουκ. Αχ, οι στεναχώριες πολύ άγχος κάνουν» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

Η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) θεωρεί πως οι ασθένειες επηρεάζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το άγχος. Πιστεύει ότι το άγχος πυροδοτεί την γενετική προδιάθεση με αποτέλεσμα να εκδηλώνεται η αρρώστια «πολύ πιο ραγδαία».

*«Κοίτα, πιστεύω ότι κατά 50% είναι υπαίτιο για πολλά πράγματα. Πιστεύω ότι φουσκώνει και επιταχύνει κάποιες κληρονομικές τάσεις, ας πούμε, που έχουμε πολύ πιο ραγδαία, - δύσκολη λέξη- και εγένετο η αρρώστια.» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία).*

Η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) υιοθετεί και πάλι το διαχωρισμό σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων και υποστηρίζει ότι ειδικά για την ψυχική υγεία το υπερβολικό άγχος «δεν επιταχύνει απλώς» την εκδήλωση των ασθενειών αλλά συνιστά μια παθολογική οντότητα, «είναι από μόνο του ένα ψυχικό πρόβλημα». Εξηγεί όμως ότι αυτή η διαπίστωση αφορά το άγχος στην υπερβολική του μορφή και όχι το άγχος που «φυσιολογικά μπορεί να υπάρχει, να είναι παροδικό... και μετά να φύγει και να μην ξαναενοχλήσει»

*« ...Ψυχικά ειδικά εεεε όχι επιταχύνει απλώς αλλά... (μικρή σιωπή) είναι από μόνο του ψυχικό πρόβλημα έτσι πιστεύω σε υπερβολική μορφή άμα πάρει προεκτάσεις γιατί φυσιολογικά μπορεί να υπάρχει, να είναι παροδικό, να κρατήσει ένα τεταρτάκι για ένα θέμα και μετά να φύγει και να μην ξαναενοχλήσει. Αυτό είναι το λογικό, αν έχεις κάτι συνεχόμενα να σε τρώει είναι παθογόνο ας πούμε έτσι πιστεύω» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) προχώρα ακόμα παραπέρα και διαπιστώνει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις το άγχος «είναι καλό» αφού κινητοποιεί το άτομο. Από μόνο του δεν αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την ανάπτυξη ασθένειας. Ενοχοποιείται όμως «αν σε κατατρώνει» και όταν συνυπάρχει με άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες

*«Το άγχος από μόνο του δεν μου λέει κάτι. Άσε που υπάρχουν περιπτώσεις που το άγχος είναι καλό σε κρατά στη ζωή, σε βάζει να σχεδιάζεις το μέλλον μμμ σημασία έχει πως το αντιμετωπίζεις. Αν σε κατατρώνει τότε ναι μαζί με όλα τα άλλα φταίει...» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

### 3.4.5 Η Ασθένεια στην Οικογένεια

Η στάση της Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) απέναντι στην ασθένεια φαίνεται να έχει καθοριστεί και από οικογενειακά βιώματα. Το πάσχον πατρικό σώμα κινητοποιεί την ονειρική δραστηριότητα της Χατιέ. Το αρρενωπό σώμα του πατέρα και τα έντονα χαρακτηριστικά του προσώπου του συμβολίζουν για την συμμετέχουσα την ασφάλεια και την προστασία. Η Χατιέ, κάθε βράδυ στα όνειρα της, γίνεται παιδί και βιώνει την αίσθηση ασφάλειας και προστασίας που της παρείχε η πατρική αγκαλιά. Το όνειρο έρχεται να ξυπνήσει μνήμες της παιδικής ηλικίας για το άτρωτο σώμα του πατέρα που στην παρούσα φάση «έχει λιώσει» αλλάζοντας οριστικά τα δεδομένα. Η Χατιέ διερωτάται πως θα συνεχίσει την ζωή της μετά από αυτή -την συμβολική σε πρώτη φάση- απώλεια της άφθαρτης πατρικής φιγούρας. Από την αφήγηση της όμως δεν λείπει η παρουσία της μητέρας, η οποία στωικά συμπαραστέκεται στον άρρωστο πατέρα και ταυτόχρονα προστατεύει την άρρωστη κόρη της.

*«Ο μπαμπάς μου έχει καρκίνο τώρα. Τώρα να αυτές τις μέρες είναι στο κρεβάτι, δεν μπορεί να κάνει τίποτα πια. Έχει λιώσει, δεν τρώει, δεν μιλάει καθόλου. Έφτασε να ναι 47 κιλά δυο μέτρα άντρας. (συγκίνηση). Μιλώ με τη μαμά μου στο τηλέφωνο και μου τα λέει αλλά δεν μου τα λέει όλα... (μικρή σιωπή) γιατί σκέφτεται την δική μου αρρώστια. Έχει βάσανα αυτή η γυναίκα πολλά και εμένα άρρωστη τώρα και αυτόν. Τον βλέπω στο ορκίζω κάθε μα κάθε βράδυ στο όνειρο μου έτσι μεγάλος που ήταν, ψηλός άντρας με μεγάλα φρύδια και μουστάκι και με παίρνει αγκαλιά, είμαι μικρό κοριτσάκι και με παίρνει αγκαλιά. (συγκίνηση). Ο μπαμπάς μου μας προστάτεψε όλους τώρα πως θα ζήσω χωρίς αυτόν; Πως; (διακοπή, κλάμα)» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Η αφήγηση της Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) παίρνει τον χαρακτήρα της εξομολόγησης. Η συμμετέχουσα εκτός από το συναισθηματικό έχει αναλάβει και το οικονομικό «βάρος» της ασθένειας του πατέρα της. Η μετανάστρια κόρη είναι επιφορτισμένη με την εξεύρεση οικονομικών πόρων για την κάλυψη των φαρμάκων και των εξόδων νοσηλείας του άρρωστου πατέρα. Η δυσκολία της γυναίκας να ανταπεξέλθει στις καθημερινές ανάγκες κορυφώνεται λόγω των αυξημένων οικονομικών απαιτήσεων της θεραπείας. Η ανησυχία της για 'το διαδικαστικό κομμάτι' της θεραπείας συνυπάρχει με την αναζήτηση του νοήματος σ' αυτή την αρρώστια. Το ερμηνευτικό σχήμα της ασθένειας ως τιμωρία προσκρούει στην εσωτερικευμένη θετική εικόνα του πατέρα της. Ένα άλλο θέμα που

θίγεται μέσα από τον λόγο της συμμετέχουσας είναι ο φόβος της συγκεκριμένης ασθένειας, ο φόβος του καρκίνου που οδηγεί σύντομα στην απώλεια της ζωής.

*«(Μεγάλη παύση) ....δεν μπορώ να τα κουβαλάω άλλο μέσα μου (μικρή παύση) ο μπαμπάς μου είναι πολύ άρρωστο, έχει καρκίνο στο κεφάλι. Θέλω κάθε εβδομάδα 400 ευρώ για τα φάρμακα, κάθε Τρίτη στέλνω λεφτά να αγοράσει φάρμακα. (μικρή παύση) χρωστάω λεφτά, δεν θέλω να ζω έτσι να ζητάω λεφτά. Τι να κάνω; Ο άντρας δουλεύει μόνο αυτός, τα λεφτά δεν φτάνουν... (μικρή παύση). Φοβάμαι και τον καρκίνο, μόνο έξι μήνες θα ζήσει. Γιατί στο οικογένεια μου, γιατί στο μπαμπά είναι τόσο καλός; (διακοπή- κλάμα)» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

Στο συγκεκριμένο σημείο της αφήγησης η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) ‘σπάει’ και ξεσπάει σε λυγμούς. Το όνειρο μιας καλύτερης ζωής δεν επαληθεύτηκε και οι προσδοκίες της για την βοήθεια της οικογένειας στην Αίγυπτο διαψεύστηκαν. Έτσι, αυτή εδώ η κρίση για την Ναριμάν φαίνεται να αναζωπυρώνει διαδικασίες αξιολόγησης της μέχρι τώρα ζωής. Η ανησυχία για την πρακτική αντιμετώπιση της ασθένειας (κόστος), η διαπραγμάτευση του νοήματος της ασθένειας, ο φόβος του καρκίνου φαίνεται να ‘σφραγίζουν’ το βίωμα της Ναριμάν κατά την συγκεκριμένη περίοδο.

*«νομίσαμε ότι αν 'ρθουμε εδώ, θα μπορούμε να σταθούμε και να βοηθήσουμε όλους στη Αίγυπτο. Όμως δεν έγινε αυτό, ούτε λεφτά έχουμε, ούτε καλύτερα ζούμε ούτε μαζί τους είμαστε» (σημ. ερευνητικού ημερολογίου, Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

Η αρρώστια ενός μέλους μιας μέχρι τώρα υγιούς οικογένειας «υγιές σόι» φαίνεται να κλονίζουν τις πεποιθήσεις της Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία). Η συμμετέχουσα μιλώντας προηγούμενα για τις σωματικές ασθένειες είχε υποδειξί τον ρόλο της κληρονομικότητας ως καθοριστικό παράγοντα για την εκδήλωση ασθενειών μέσα στην οικογένεια. Έτσι, μια συγκεκριμένη περίπτωση (ο καρκίνος της θείας) σε συνδυασμό με την πεποίθηση της για την γενετική προδιάθεση της εκάστοτε ασθένειας ίσως εξηγούν την ανησυχία που της προκάλεσε αυτή εδώ η συγκυρία. Μέσα από τον λόγο της προσεγγίζονται τα χαρακτηριστικά της ασθένειας, που φοβάται πιο πολύ απ’ όλες, του καρκίνου. Η αιφνίδια έναρξη, η ταχεία εξέλιξη, η μη ιάσιμη φύση του και η αδυναμία της σύγχρονης ιατρικής να τον αντιμετωπίσει αποτελεσματικά σκιαγραφούν όλα αυτά που κάνουν την Μπέτυ να τον θεωρεί την πιο απειλητική απ’ όλες τις ασθένειες.

*«Η γυναίκα του θείου μου στην Αλβανία είχε ξαφνικά καρκίνο και πέθανε πριν λίγα χρόνια. Δεν την προλάβανε το καταλάβανε όταν πια ήταν σε προχωρημένη μορφή και έφυγε. Και να τον είχαν βρει νωρίτερα να μου πεις, λίγα μπορούν να γίνουν. Είναι ελάχιστες οι πιθανότητες υπέρ σου. Ήμουν τότε είκοσι χρονών και μου είχε έρθει δύσκολο, ξαφνικό έως τότε είχαμε πολύ υγιές σόι δεν μας είχε τύχει ποτέ κάτι έτσι πολύ και θυμάμαι ότι ήταν έτσι λιγάκι άσχημο και φοβιστικό εμείς δεν είχαμε ποτέ ως σόι τέτοια θέματα. Και να μπορεί να συμβεί. Τον φοβάμαι τον καρκίνο έχει όλα αυτά που είπα ,είναι τον φοβάμαι πιο πολύ απ' όλα τα άλλα εεε νοσήματα...» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) μιλώντας για εμπειρίες ασθένειας στην οικογένεια αναφέρεται και αυτή στην προσβολή μιας θείας από καρκίνο. Εκείνο που τονίζεται έντονα μέσα στην αφήγηση της είναι η εικόνα ενός δραστήριου ανθρώπου που αντιμετωπίζει στωικά τον πόνο. Η εικόνα της καταβεβλημένης, από την αρρώστια, θείας έχει χαραχθεί στην μνήμη της Ζίλντα. Ωστόσο, εκείνο που φαίνεται να έχει στιγματίσει τη συμμετέχουσα είναι η υποτροπή της νόσου και η συνειδητή παραμέληση του προβλήματος από μέρος της ασθενούς.

*«Την θεία μου μπορώ να πω που δεν έδειχνε πολύ πόνο εκείνη. Της είχαν αφαιρέσει τον μαστό αλλά και πιο πριν εκείνη είχε πολύ επώδυνους πονοκέφαλους... Φαίνοταν πάρα πολύ έτσι λυπημένη, το πρόσωπο της είναι κάπως έτσι (συνοφρυωμένη έκφραση προσώπου), δεν μπορεί να ανοίξει τα μάτια καλά καλά μμμμμ αυτό... ήταν καρκίνος αυτό που είχε, μετά ξαναέκανε μετάσταση ο καρκίνος της ξανακάνανε δεύτερη φορά και μετά πάλι δεν έδειχνε την πληγή της και είχε γίνει ένα πράγμα... (μικρή σιωπή) πως να στο εξηγήσω είχε γίνει ένα πράγμα γρομπαλάκια, γρομπαλάκια συνέχεια εδώ πέρα πάνω (δείχνει την περιοχή του στήθους) και είχε και αίμα και αυτά και δεν τα έδειχνε σε κανένα. Θα έβγαζε σκουλήκια μας είπε ο γιατρός (έντονος τόνος φωνής)» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

Επιπλέον, η αδυναμία του οικογενειακού περιβάλλοντος να αλλάξει την κατάσταση και να απαλλάξει το πάσχον μέλος του από την οδύνη καθώς και η ενοχή μήπως έχει δημιουργηθεί η εσφαλμένη εντύπωση στον άρρωστο ότι κούρασε την οικογένεια του συνθέτουν το συναισθηματικό κλίμα της εμπειρίας αυτής για τη Ζίλντα.

*«Είχα φρικόρει εκείνη την περίοδο, δεν μπορείς να κάνεις τίποτα για να βοηθήσεις τον άνθρωπο σου, μόνο κουράγιο του δίνεις αλλά είμαι σίγουρη πως το άφησε να γίνει έτσι χάλια η πληγή γιατί δεν ήθελε να μας στεναχωρήσει και δεν άντεχε άλλο χημειοθεραπείες και*

*Νοσοκομεία. Είχα φοβηθεί μήπως ένιωθε ότι μας κούρασε γιατί δεν είναι έτσι, ήταν πάντα ένας χαρούμενος και γλυκομίλητος άνθρωπος...» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

### **3.5: Ο Πόνος**

#### **3.5.1 Η Νοηματοδότηση του Πόνου**

Για την Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) η βίωση επώδυνων καταστάσεων, όπως ο τοκετός και ο ψυχικός πόνος είναι δυσάρεστη εμπειρία. Ωστόσο η λειτουργία του πόνου έχει για τη συμμετέχουσα και θετικό περιεχόμενο μιας και την κινητοποιεί στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας.

*«Κοίτα είναι αλήθεια αυτό το έχω εγώ όταν πονάω τρέχω στον γιατρό...(μεσαία σιωπή) οπότε μάλλον είναι καλό αλλά δεν είναι ωραίο όταν πονάς. Αλλά και ο πόνος της πρώτης μου γεννάς και ο ψυχολογικός δεν είναι ωραίο να τους έχεις...(απότομη διακοπή)» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Για τη Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) ο πόνος συνιστά ένδειξη δυσλειτουργία αλλά και προειδοποιητικό σημάδι για να στρέψεις την προσοχή στον οργανισμό σου και να τον αφουγκραστείς ώστε να βρεις την εξήγηση.

*Ααααα τώρα νομίζω ότι. Εεεε πονάμε όταν κάτι δεν, όταν δεν είσαι καλά και ο πόνος,...(μικρή σιωπή) λέει να προσέξεις και να....(μικρή σιωπή) να βρεις μέσα σου το γιατί. (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

Η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) προσεγγίζει και εκείνη τον πόνο ως ένδειξη δυσλειτουργίας συνδέοντας τον όμως με την ζωή. Από την στιγμή που κάποιος βιώνει τον πόνο για την Ναριμάν είναι ακόμα ζωντανός. Μέσα από την εμπειρία της ο πόνος ως σύμπτωμα την οδηγεί σε περαιτέρω διερεύνηση της κατάστασης της υγείας της.

*«Άμα κάτι πονάει δεν είναι καλό, άμα πονάει το κεφάλι μου κάτι δεν πάει καλά και το ψάχνω... Ναι, όταν πονάς καταλαβαίνεις ότι κάτι δεν πάει καλά αλλά δεν έχεις πεθάνει... (μικρή παύση) ακόμα (λυπημένο χαμόγελο.» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

Και για τη Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) ο πόνος έχει «ενημερωτική» λειτουργία μιας και μέσω της εκδήλωσης του μας δίνει πληροφορίες για την κατάσταση του οργανισμού. Εκείνο, που φαίνεται να την προβληματίζει είναι η συμμετοχή μας στην πρόκληση του πόνου «*τώρα ψυχικά δεν ξέρω αν είμαστε συμμετέτοχοι και εμείς*» που σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να επιτελεί λειτουργίες (αυτό)τιμωρητικού τύπου. *(μπορεί να τον προκαλούμε και μόνοι μας σαν μαζοχιστές δεν ξέρω)*. Σύμφωνα με την Μπέτυ ο πόνος μπορεί να χρησιμοποιείται κάποιες φορές από τον άνθρωπο με στόχο την συγκέντρωση της προσοχής των οικείων, την επίτευξη κάποιου στόχου ή την εκπλήρωση εν τέλει κάποιων άλλων αναγκών.

*«Ναι φυσικά, είναι λογικό να υπάρχει ... (μικρή παύση) φυσικά έτσι είναι η φύση του πρέπει να εκδηλωθεί για να μας ειδοποιήσει για κάτι ... (μικρή παύση). Τώρα ψυχικά, δεν ξέρω αν είμαστε συμμετέτοχοι και εμείς ψυχικά σ' αυτό. Ξέρω και εγώ; Μπορεί να τον προκαλούμε και μόνοι μας σαν μαζοχιστές δεν ξέρω... Eeeeeeeee μπορεί να μας αρέσει, ρε παιδί μου, καμιά φορά. Μπορεί έτσι να νομίζουμε ότι μπορεί να αλλάξει το πράγμα όταν πονάμε, μπορεί να σκεφτόμαστε ότι κάποιος θα μας λυπηθεί και θα έρθει μια εξωτερική σωτήρια δύναμη και θα αλλάξουν τα πράγματα. Μπορεί να είμαστε λίγο εγωκεντρικοί εκείνη την ώρα δεν ξέρω, αλλά τελικά δεν είναι έτσι.»* (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)

Στην προειδοποιητική λειτουργία του πόνου αναφέρεται και η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία). Η συμμετέχουσα υπογραμμίζει για μια ακόμα φορά την ολότητα ψυχής και σώματος και αντιλαμβάνεται τον πόνο ως ερέθισμα που πληροφορεί για την κατάσταση του ανθρώπινου συστήματος.

*«Ο πόνος είναι η φωνή του οργανισμού που σε ενημερώνει για κάτι που συμβαίνει είτε στο σώμα είτε στην ψυχή σου»* (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)

### **3.5.2 Αναπαραστάσεις του Πόνου**

Τα προσωπικά βιώματα της Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) συνδέονται και με τις αναπαραστάσεις της για τον πόνο. Ο απειλητικός σύζυγος που ήταν έτοιμος να ασκήσει βία και να θέσει σε κίνδυνο την σωματική της ακεραιότητα είναι παρών στις αναπαραστάσεις της γυναίκας για τον πόνο. Η απειλή, η απώλεια ελέγχου, η άσκηση εξουσίας πάνω στο σώμα της χαρακτηρίζουν τόσο τις καταστάσεις που εμπεριέχουν πόνο

γενικά όσο και τις κακοποιητικές εμπειρίες της συμμετέχουσας. Το αποτέλεσμα είναι να βιώνονται ισοδύναμα από τη Χατιέ.

*«Μμμ. Εεεε Τον άντρα μου, τον πρώην άντρα μου δηλαδή πολύ νευριασμένο πριν με χτυπήσει και με στείλει στο νοσοκομείο. Όποια έχει κακοποιηθεί θα ξέρει. Για μένα ο τρελός, ας πούμε πόνος και η κακοποίηση είναι το ίδιο. Ο άλλος σε απειλεί, σου σακατεύει το κορμί και σε κάνει ότι θέλει. Αυτό δεν κάνει και ο πόνος;»* (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)

Οι αναπαραστάσεις της Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) για τον πόνο συνδέονται με τις εμπειρίες από τον τοκετό των παιδιών της.

*«Η γέννα που γέννησα τα παιδιά.»* (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)

Το πάσχον πατρικό σώμα τροφοδοτεί απ' την άλλη πλευρά τις αναπαραστάσεις της Ναριμάν για τον πόνο.

*« Τον μπαμπά μου που είναι άρρωστο...εεε...στο σώμα»* (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)

Η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) συνδέει τον πόνο με μια κατάσταση πίεσης και με μια αίσθηση πνιγμού. Η εικόνα του συντρόφου της να την πνίγει είναι ο πυρήνας της αναπαράστασης της. Δίνει μια διττή ερμηνεία σ' αυτή τη φανταστική σύλληψη. Από την μια εισάγει μια ασυνείδητη ερωτική-μαζοχιστική χροιά στην αναπαράσταση του πόνου αναφέροντας ότι η επιλογή του προσώπου συνδέεται ίσως με το ότι είναι ερωτευμένη με τον «πρωταγωνιστή». Από την άλλη εκφράζει την πιθανότητα η συγκεκριμένη αναπαράσταση του πόνου να εκφράζει την ανησυχία της μήπως πιεστεί ή 'πληγωθεί' από εκείνον.

*«Μμμ πόνος. Κάποιον που με πιέζει μάλλον έτσι μου έρχεται. Σωματικό είναι ότι κάποιος με πιέζει, μου έχει βάλει τα χέρια στο λαιμό και με πνίγει κάτι τέτοιο. Μάλλον ο φίλος μου είναι αυτό που μου έρχεται τώρα...(μεσαία παύση) δεν ξέρω (γέλιο) αν σκέφτομαι έτσι επειδή μου αρέσει και τον έβαλα πρωταγωνιστή στην ιστορία μου ή αν δεν ξέρω αν έχει άλλη προέκταση ή αν φοβάμαι μήπως με πονέσει νομίζω πάντως ότι αυτό είναι το πιο σωστό»* (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)

Η εμπειρία από την βίωση καταστάσεων ασθένειας στην οικογένεια φαίνεται να τροφοδοτεί τις αναπαραστάσεις της Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία). Η λύπη και η απόγνωση



συναισθήματα που αντανακλώνται στο πρόσωπο της άρρωστης θείας φαίνεται να έχουν εσωτερικευθεί βαθιά και να έχουν τυπωθεί στην μνήμη της συμμετέχουσας

*«Η λύπη και η απόγνωση στο πρόσωπο της θείας μου όταν έμαθε για τον καρκίνο» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

### **3.5.3 Ο Πόνος Μέσα από το Προσωπικό Βίωμα**

Η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) συσχετίζει τις πιο επώδυνες εμπειρίες της ζωής με τα επεισόδια κακοποίησης από τον σύζυγο της. Το τελευταίο περιστατικό κακοποίησης έγινε πριν τέσσερα χρόνια και αποτέλεσε την αφορμή για νέα και την «χειρότερη» υποτροπή της ψυχικής της νόσου. Ο έντονος φόβος, ο διάχυτος σωματικός πόνος, η απώλεια ελέγχου του νου και του σώματος σημάδεψαν αυτή την εμπειρία της. Ο έντονος ψυχικός πόνος που επηρεάζει όλες τις σωματικές της λειτουργίες βιώθηκε σαν αδιέξοδο από την συμμετέχουσα, η οποία έκανε «ευχές θανάτου» προκειμένου να γλιτώσει από τον έντονο, επίμονο και ανυπόφορο πόνο.

*«Πριν τέσσερα χρόνια όταν μου έσπασε το χέρι ο Μπ. ο άντρας μου, μου το στραμπούλιζε δηλαδή ... (μεγάλη σιωπή). Κάθε φορά όταν με χτύπαγε με στέλνε στο Νοσοκομείο. Όμως εκείνη τη φορά πριν τέσσερα χρόνια υποτροπίασα βαριά, έκανα την χειρότερη υποτροπή στα ψυχολογικά μου. Με πιασε πανικός, πολύς φόβος δεν ήξερα πως θα τα βγάλω πέρα εδώ σε ξένη χώρα μακριά απ' όλους. Προσευχόμουν να πεθάνω, ήθελα να γλιτώσω από τον πόνο. Όλο μου το κορμί έτρεμε και πόναγε και με έκαιγε και σουβλιές παντού... (μικρή σιωπή). Δεν ξέρω αν καταλαβαίνεις τον ψυχολογικό πόνο είναι μαρτύριο δεν ουφ δεν σε αφήνει σε ησυχία και στο σώμα νιώθεις σα νεκρός, το μυαλό δεν μαζεύεται και φοβάσαι πολύ πολύ» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) μιλώντας για περιστατικά πόνου αναφέρεται στην καθημερινότητα της. Η βίωση του πόνου σ' αυτή την περίπτωση δεν αποτελεί σύμπτωμα κάποιας ασθένειας αλλά σχετίζεται με σωματικές ενοχλήσεις εξαιτίας της αυξημένης ανησυχίας για το μέλλον της οικογένειάς της.

*«Χμ, χμ ναι τώρα πολύ πονάω (μεσαία παύση)..δεν είμαι άρρωστο. Πονάει το σώμα μου αλλά πολλά πράγματα σκέφτομαι, ξέρω εγώ πολλά σκέφτομαι για τα παιδιά, για τον άντρα, τι*

να κάνω, στο μέλλον και πονάω...(μικρή παύση) ζω, χτυπάει η καρδιά μου (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)

Η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) μιλά για την δική της 'επώδυνη' εμπειρία και αναφέρεται σε ένα «μεταβατικό στάδιο» που πέρασε όταν ολοκλήρωσε τις σπουδές της. Η συγκεκριμένη περίοδος που σηματοδοτούσε αρκετές αλλαγές για την ζωή της συμμετέχουσας χαρακτηρίζεται από έντονα αγχωτικού τύπου συμπτώματα (απώλεια όρεξης και ευχαρίστησης, αϋπνία, πόνους στο σώμα κυρίως στα άκρα, συναισθηματική άμβλυση) και συνιστά την μέχρι τώρα πιο επίπονη εμπειρία της. Έχει ενδιαφέρον ότι στην αρχή η Μπέτυ δεν βίωσε αυτή εμπειρία ως εφάμιλλη του πόνου κάτι που έγινε μόλις η γυναίκα αποστασιοποιήθηκε από το βίωμα της.

*«Όταν ήμουν 22 χρονών, μόλις είχα τελειώσει το Πανεπιστήμιο που κάπως άλλαξε η ψυχολογία μου χωρίς...(μικρή παύση) δεν ξέρω είχα αλλάξει και παρέες, είχα αλλάξει... (μικρή παύση) τελείωσα και τη Σχολή σαν να περνούσα ένα μεταβατικό στάδιο και κάπως ... (μικρή παύση) να είχα πέσει αρκετά θυμάμαι...(μεσαία παύση/έντονη συναισθηματική φόρτιση) είχα συμπτώματα αγχωτικά, δεν κοιμόμουν, δεν έτρωγα, δεν είχα διάθεση, δεν έβγαινα έξω και ένιωθα ότι τίποτα δεν με ευχαριστούσε, είχα έτσι μια ψιλοκαταθλιψούλα. Δεν το βίωσα έτσι στην αρχή αλλά μετά όταν συνήλθα κατάλαβα ότι ήταν πολύ επίπονη εμπειρία και δεν θα ήθελα να την ξαναπεράσω. (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Όσον αφορά την σωματική εκδήλωση του άγχους η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) σχολιάζει ότι τα άκρα της τα οποία συμβολικά είναι για εκείνη, ο κορμός στήριξης όλου του εαυτού σωματικού και ψυχικού, είχαν ακινητοποιηθεί.

*Μμμμμμμμμ τα πόδια και τα χέρια μου μουδιάζανε ναι, πονούσανε, τα ένιωθα βαριά, δεν μπορούσα να περπατήσω βαριόμουνα..... Νομίζω ότι είναι ο κορμός στήριξης όλου του εαυτού μου και σωματικού και ψυχικού. (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) αναφέρεται στην εμπειρία του χωρισμού με τον σύζυγο της. Ως πυρήνα αυτής της εμπειρίας της αναφέρει την αίσθηση του πόνου, ο οποίος βιώθηκε τόσο έντονα από τον ψυχισμό που η γυναίκα κατέρρευσε. Ο φόβος, η μοναξιά, η αλλαγή της ζωής, η έντονη στεναχώρια και η απώλεια ενός σημαντικού προσώπου αναφέρονται ως τα δεδομένα που κλήθηκε να διαχειριστεί η συμμετέχουσα σφραγίζοντας αυτή την εμπειρία που έχει συνδεθεί με την βίωση έντονου ψυχικού πόνου.

*«Έεε θυμάμαι όταν έφυγε ο άντρας μου όταν χωρίσαμε. Δεν το είχα συνειδητοποιήσει φαίνεται και με το που έκλεισε την πόρτα, τι να σου πω κατέρρευσα. Θυμάμαι ότι δεν μπορούσα ούτε να κλάψω, ούτε το μυαλό μου να μαζέψω. Έμεινα κάτω διπλωμένη ούτε ανάσα ούτε τίποτα. Νομίζω ότι μπορεί να μην μοιάζει ας πούμε με το πόνο στο σώμα αλλά μόνο ως πόνο μπορώ να στο περιγράψω, να στο πω αυτό που ένιωθα. Δεν ξέρω άλλη λέξη. Φόβος, μοναξιά, αλλαγή στη ζωή και κλάμα πολύ κλάμα σαν την κηδεία ένα πράμα, λες και έκλαιγα τον πεθαμένο»(θλιμμένο χαμόγελο) (Ζίλντα,32 ετών, Αλβανία)*

### **3.5.4 Πολιτισμικές Πρακτικές Συνδεδεμένες με τον Πόνο**

Προσεγγίζοντας τις πολιτισμικές παραδόσεις που σχετίζονται με την βίωση πόνου η Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) αναφέρεται στην περιτομή που υποβάλλονται όλα τα μουσουλμανικού θρησκευματος αγόρια. Σύμφωνα, με την Χατιέ η ανδρική περιτομή είναι θρησκευτική επιταγή και συνδέεται με την καθαριότητα. Η παραδοσιακή περιτομή έχει τελετουργικό χαρακτήρα θρησκευτικής μύησης και πραγματοποιείται σε εξωνοσοκομειακούς χώρους. Η ίδια λέει ότι ο σεβασμός στην θρησκεία την οδήγησε αναπόφευκτα στο να υποβάλει σε περιτομή τον γιό της και παρόλο που τον λυπήθηκε ωστόσο η επιθυμία της να τελέσει τα θρησκευτικά της καθήκοντα υπερίσχυσε. Μέσα από το λόγο της Χατιέ το «σημάδι της περιτομής» φαίνεται ουσιαστικά να αποτελεί την σφραγίδα της θρησκευτικής πίστης πάνω στο παιδικό σώμα.

*Ε κοιτά στη δικιά μας θρησκεία κάνουμε σουνέτ στα αγόρια. Εμείς και εβραίοι το χουμε για καθαριότητα. Ε και έκανα και στο γιο μου όλη την τελετή παραδοσιακά έτσι είναι...(μικρή σιωπή) αλλά το κάνουνε όλοι. Πόνεσε δε λέω και το λυπήθηκα αλλά είναι η θρησκεία μας και τη σέβομαι. Πως θα ναι μουσουλμάνος χωρίς περιτομή; (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Και η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) αναφέρεται στην ανδρική περιτομή και εκφράζει μια πιο ‘‘μετριοπαθή’’ όσον αφορά την εθιμοτυπική επιτέλεση της συγκεκριμένης πρακτικής. Άλλωστε η προσωπική της επιλογή να υποβάλλει τον γιο της σε περιτομή στο Νοσοκομείο αναδεικνύει το θέμα της επιλογής που μπορούν να κάνουν οι Μουσουλμάνοι γονείς. Με άλλα λόγια θεωρεί πως είναι απαραίτητη η περιτομή ως θρησκευτική πράξη ωστόσο είναι προτιμότερο να γίνει από επαγγελματίες υγείας στο Νοσοκομείο και μετά να ακολουθηθεί η ανάλογη τελετουργική διαδικασία.

*«Εμείς οι μουσουλμάνοι κάνει.. ε κόβουνε τα αγόρια. Έρχεται ο Χότζας και μεγάλοι άντρες και το κόβουν. Εγώ στο γιό μου όμως πήγα Νοσοκομείο. Έτσι πρέπει να κάνει οι μουσουλμάνοι και είναι καλό για το παιδί, είναι άντρας. Αλλά νομίζω ότι είναι καλύτερο να πας σε γιατρό να στο κάνει και μετά σπίτι να κάνεις και γιορτή και όλα.»*(Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)

Έχει ενδιαφέρον πως η Σουρούκ προσεγγίζει την ανδρική περιτομή ως μια ‘ιεροτελεστία μετάβασης’. Το ανώριμο παιδικό σώμα, μέσω της περιτομής, εισάγεται στον κόσμο των ενηλίκων και μέσω του πόνου προετοιμάζεται για τις δυσκολίες της ζωής. Τέλος, η λειτουργία του πόνου της περιτομής προσεγγίζεται σε αντιστοιχία με τους πόνους του τοκετού και συνδέεται με τους ‘στερεοτυπικούς’ ρόλους των δυο φύλων.

*Το παιδί από μωρό γίνεται άντρας. Πονάει λίγο για να καταλάβει τους πόνους της ζωής. Πως είναι η γέννα όταν γίνεσαι μαμά έτσι και το παιδί γίνεται άντρας»* (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)

Η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) αναφέρεται στην πρακτική της κλειτοριδεκτομής στην οποία υποβλήθηκε και η ίδια σε μικρή ηλικία. Η κλειτοριδεκτομή εφαρμοζόταν «*πιο παλιά*» στην Αίγυπτο και την πραγματοποιούσαν οι μεγάλες γυναίκες της κοινότητας. Η ίδια αποδοκιμάζει τη συγκεκριμένη πρακτική που είναι επιβλαβής για τα κορίτσια και τη χαρακτηρίζει «*βασανιστήριο*». Ανακαλώντας, την εμπειρίας της, η συμμετέχουσα λέει πως δεν θυμάται τον πόνο λόγω της μικρής της ηλικίας. Όμως η ‘συνειδητή’ απώθηση, «*δεν θέλω να θυμάμαι*», αυτής της εμπειρίας αναδεικνύει με τον πιο ξεκάθαρο τρόπο την λειτουργία του συγκεκριμένου μηχανισμού άμυνας. Να ωθεί μη αποδεκτές ψυχικές εμπειρίες στο ασυνείδητο και να τις κρατά, ενεργητικά, μακριά από την ενημερότητα και επίγνωση του ατόμου.

*«Ναι, ναι έχουμε. Στην Αίγυπτο πιο παλιά στα χωριά έκοβαν και τα κορίτσια.. (μεγάλη σιωπή) χάλια ήταν, αυτό δεν είναι καλό για τα κορίτσια (συγκίνηση), κάνει κακό, σα βασανιστήριο. Δεν το κάνουν οι γιατροί το έκαναν μεγάλες γυναίκες στα σπίτια.(μεσαία παύση) δεν θυμάμαι τον πόνο πολύ έξι χρονών με κόψανε. Δεν θέλω να θυμάμαι τίποτα»* (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)

Στη συνέχεια η Ναριμάν σχολιάζει το κοινωνικό-πολιτισμικό σημαινόμενο της πρακτικής (την οποία χαρακτηρίζει και πάλι βασανιστήριο) που στοχεύει στη μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας των γυναικών ώστε να γίνουν πιστές σύζυγοι.

*«Εεε σου κόβουν για να μην θέλεις πολλούς άντρες και να 'σαι πιστό στο άντρα σου, . Μόνο κακό κάνει στα κοριτσάκια. Σα βασανιστήριο» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

Έχει ενδιαφέρον πως για την Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) οι τελετουργικές πρακτικές που συνδέονται με τον πόνο εφαρμόζονται από «άλλους βάρβαρους λαούς» και αποτελούν ένδειξη έλλειψης πολιτισμού. Καταλήγοντας, στο ότι η Αλβανία είναι μέρος του δυτικού κόσμου οι πρακτικές αυτές εκλείπουν.

*«Όχι κάτι βίαιο όπως έχουν οι άλλοι βάρβαροι λαοί. Η κλειτοριδοεκτομή για παράδειγμα που είναι φρικτή για τις γυναίκες ή οι άλλοι στις Φιλιππίνες είναι αν δεν κάνω λάθος που σταυρώνονται. Τέτοια εμείς δεν έχουμε ήμασταν πιο light. Εντάξει η Αλβανία είναι Δύση άντε κανένα τάμα στην παναγιά για υγεία μέχρι εκεί.» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)*

Για άλλη μια φορά η Ζίλντα(32 ετών, Αλβανία) διατυπώνει μια ορθολογιστική άποψη. Ειδικότερα, αν και δεν αναφέρεται σε πολιτισμικές πρακτικές που εμπεριέχουν πόνο διατυπώνει την άποψη ότι ακόμα και να υπήρχαν (θρησκευτικού ή πολιτισμικού περιεχομένου πρακτικές) θα τις αγνοούσε. Το παράδειγμα που χρησιμοποίησε για να καταλήξει στο συμπέρασμα της είναι η πρακτική των αρχαίων Σπαρτιατών να ρίχνουν στον Καιάδα τα ανάπηρα και καχεκτικά τους βρέφη προκειμένου να διασφαλίσουν την ευγονική φυλή τους.

*«Εμείς δεν έχουμε κάτι τραγικό. Αλλά και να είχαμε δεν θα του έδιναν καμία σημασία. Κάτι επώδυνο που να λέει η θρησκεία να κάνουμε ή η κουλτούρα πως πετάγανε οι άλλοι στη Σπάρτη τα παιδιά στο χαντάκι, τέτοια δηλαδή δεν. Και να είχανε εγώ θα τους έγραφα» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

### **3.5.5 Πόνος και Γυναικείο Σώμα**

Για την Χατιέ(36 ετών, Τουρκία) οι πόνοι της περιόδου, οι πόνοι κατά την διάρκεια της πρώτης σεξουαλικής επαφής και οι πόνοι του τοκετού είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με την

γυναικεία φύση και αποτελούν «σωματικές» εμπειρίες που κανένας άντρας δεν μπορεί να τις δοκιμάσει.

*«Ναι σίγουρα. Η γυναίκα πονάει κάθε μήνα στην περίοδο, στις πρώτες επαφές που αντέχεται και περισσότερο στην γέννα. Όλα αυτά δεν τα περνάει κανένας άντρας. (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Για την Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) ο πόνος είναι κομμάτι της γυναικείας φύσης και οι πόνοι της περιόδου εντάσσονται σ' αυτό το πλαίσιο. Έχει ενδιαφέρον πως η Σουρούκ θεωρεί ότι ο πόνος ως κομμάτι της γυναικείας φύσης είναι θεϊκή επιλογή διότι η γυναίκα μ' αυτό τον τρόπο προετοιμάζεται τόσο για τους πόνους του τοκετού όσο και για τις δυσκολίες της ζωής απέναντι στις οποίες θα «πρέπει να είναι δυνατή».

*«Η γυναίκα έχει πολύ πόνο. Και κάθε μήνα που πονάει μόλις έρθει περίοδος. Την έχει φτιάξει έτσι ο θεός να πονά πιο πολύ για να τα αντέχει όλα, την γέννα, τις στεναχώριες και όλα. Πρέπει να είναι δυνατή.» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

Κινούμενη στην ίδια λογική και η Μπέτυ θεωρεί τον πόνο μέρος της γυναικείας φύσης. Οι πόνοι της περιόδου προετοιμάζουν το γυναικείο σώμα για να ανταπεξέλθει στις οδύνες του τοκετού μιας και «αποστολή» της γυναίκας είναι η μητρότητα.

*«Είναι κομμάτι της γυναικείας φύσης ο πόνος πιστεύω έτσι είναι χτισμένος ο οργανισμός πιστεύω για να ανταπεξέλθει στην γέννα να τον συνηθίσει αφού η φύση της γυναίκας είναι η μητρότητα (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)»*

Η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) θεωρεί πως η σύνδεση της γυναίκας με τον πόνο συνιστά ένα κοινωνικό-πολιτισμικό σημαινόμενο που εγγράφεται πάνω στο γυναικείο σώμα. Προκειμένου να υποστηρίξει τον ισχυρισμό της αναφέρεται στο προπατορικό αμάρτημα και στην εντολή του Θεού να βιώνει η Εύα και στην συνέχεια οι ομόφυλες της πόνο στον τοκετό. Αυτό αποτελεί για την Ζίλντα τρανή απόδειξη για την προέλευση μιας παλιάς αλλά ακόμα μέχρι και σήμερα επίκαιρης αντίληψης να θεωρείται φυσιολογικό από την κοινωνία να πονά η γυναίκα. Στη συνέχεια δηλώνοντας την αντίθεση της στις μοιρολατρικές και θρησκευτικοκεντρικές αντιλήψεις αναφέρεται στις προόδους της ιατρικής στην αντιμετώπιση του πόνου της γυναίκας διατυπώνοντας ένα αλληγορικό ερώτημα *«Και τη Ιατρική λέω εγώ ποιος την έφτιαξε δηλαδή;»*

*«Αλίμονο το θεωρούν φυσιολογικό η κοινωνία μας να πονάει η γυναίκα. Άλλωστε ο θεός δεν είχε πει στην Εύα να γεννάει με πόνο; Τόσα παλιά είναι. Προσωπικά τα θεωρώ χαζομάρες. Γιατί να πονάω στην περίοδο παίρνω παυσίπονο. Γιατί να πονάω στη γέννα τόσα έκανε η ιατρική καισαρικές κλπ. Όχι δεν νομίζω ότι είναι φυσιολογικό να πονάει καμία γυναίκα. Δεν είπαμε να είσαι και υστέρω αλλά οκ δεν είναι θέμα άντρας-γυναίκα. Εγώ με το άλλο έχω πρόβλημα, που λέει ότι οι γυναίκες εντάξει μωρέ έτσι είναι η μοίρα τους, έτσι τις έφτιαξε ο Θεός; Και τη Ιατρική λέω εγώ ποιος την έφτιαξε δηλαδή;» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)*

### **3.5.6 Πόνος και Σεξουαλικότητα**

Για την Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) η έναρξη της σεξουαλικής ζωής μπορεί να συνδέεται με πόνο ωστόσο τα άλλα συναισθήματα όπως η αγωνία, ο έρωτας, η αγάπη υπερισχύουν έναντι του πόνου και κάνουν την εμπειρία όμορφη.

*«Εξαρτάται, στην αρχή έχει αλλά έχεις και αγωνία και ξεχνάς τον πόνο μετά αν αγαπάς τον άντρα σου και σε προσέχει και αυτός είναι ωραία.» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) συνδέει ,και πάλι, τον πόνο με την γυναικεία φύση και με την βίωση της σεξουαλικής εμπειρίας. Έτσι, το γυναικείο σώμα που πονά στην περίοδο, στην πρώτη σεξουαλική επαφή αλλά και σε κάποιες περιπτώσεις και στην ύστερη σεξουαλική ζωή και τέλος στην γέννα αποτελεί το «αντικείμενο» της ανάλυσης της. Ωστόσο, παρά τον πόνο που δοκιμάζει το γυναικείο σώμα η Σουρούκ καταλήγει πως είναι όμορφη η γυναικεία φύση και πως η σεξουαλική επαφή με τον «άντρα που αγαπάς» είναι ασύγκριτη εμπειρία ζωής.

*«Ναι, ναι. Το σώμα στη γυναίκα πονάει πιο πολύ. Από μικρή πονάμε και μετά όταν γνωρίζουμε τον άντρα την πρώτη φορά, όταν γεννήσεις πονάμε, άμα δεν είσαι έτοιμη και ο άντρας το κάνει απότομα πονάμε. Όμως είναι όμορφο που 'μαστε γυναίκες και ας πονάμε, είναι όμορφο να έχεις επαφή με το άντρα που αγαπάς και ας πονάει κάπου κάπου, δεν υπάρχει πιο όμορφο από την επαφή με τον άντρα σου» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

Η εμπειρία της κλειτοριδοεκτομής φαίνεται να έχει καθορίσει την σεξουαλική ζωή της Ναριμάν(37 ετών, Αίγυπτος). Η εκτομή της κλειτορίδας συνδέεται με πόνους καθ' όλη την διάρκεια της ζωής με αποτέλεσμα να μην μπορεί να συσχετιστεί η σεξουαλική εμπειρία με ηδονή αλλά μόνο με πόνο.

*«Σε κόβουνε εκεί σε εκείνο το σημείο και είναι άσχημο για μια γυναίκα. Πως να αισθανθείς γυναίκα αν σε έχουν κόψει στα όργανα; Πονάς για όλη τη ζωή, κάθε φορά που έχεις επαφή.»*  
(Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)

Η Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) μιλώντας για την σεξουαλική εμπειρία εισάγει και πάλι τον δυϊσμό ανάμεσα στο σωματικό και στο ψυχικό βίωμα. Σε σωματικό επίπεδο για την συμμετέχουσα μπορεί μια σεξουαλική εμπειρία να εμπεριέχει πόνο, ο οποίος ωστόσο έχει ήπια ένταση στο βαθμό της ενόχλησης. Για την Μπέτυ μια σεξουαλική εμπειρία μπορεί να είναι περισσότερο επώδυνη σε ψυχολογικό επίπεδο όταν στερείται αισθημάτων, όταν δεν εκφράζει όλο το δυναμικό της σχέσης, όταν με άλλα λόγια δεν βιώνεται από τα δυο μέρη με τον ίδιο τρόπο. Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες η αποεπένδυση του σεξ από το συναισθηματικό του περιεχόμενο συνιστά για την Μπέτυ μια επώδυνη ψυχικά εμπειρία.

*«Σωματικά μέχρι κάποια ενόχληση. Ψυχικά ναι υπάρχει πόνος. Σκέφτομαι. Άμα είναι έτσι κενή αισθημάτων μπορεί να είναι επίπονη η σεξουαλική εμπειρία τουλάχιστον από τον έναν. Έτσι αν είναι είτε από εμένα είτε απ' τον άλλο είναι πάλι κάτι αρνητικό είναι επίπονη δεν είναι ευχάριστη τώρα και από τους δυο, για μένα προσωπικά και πάλι θα ήτανε. Δηλαδή δεν είναι αυτό που λένε εντάξει μωρέ δεν σε νοιάζει μόνο για το σεξ .... (μικρή παύση) εεε και πάλι είναι κάτι επίπονο.»* (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία)

Για την Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) οι σεξουαλικές εμπειρίες συνιστούν απ' τις όμορφες εμπειρίες ζωής. Γίνονται επώδυνες όμως σε περιπτώσεις που οι γυναίκες δεν έχουν καλή σχέση με το σώμα τους, τις βιώνουν με άγχος και όταν ο σύντροφος δεν συμπεριφέρεται με σεβασμό απέναντι στο γυναικείο σώμα.

*« Κοίτα για μένα πονάς όταν δεν νιώθεις καλά με το σώμα σου, όταν είσαι αγχωμένη και ο άντρας είναι καραγκιόζη, δε σε σέβεται και θέλει να κάνει μόνο τη δουλειά του. Αλλιώς γιατί δεν νομίζω ότι είναι τραγικά ίσα-ίσα που είναι απ' τις ωραιότερες εμπειρίες της ζωής.»*  
(Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία)

### **3.5.7 Πόνος και Τοκετός**

Η Χατιέ (36 ετών, Αλβανία) μιλώντας για την εμπειρία του τοκετού την χαρακτηρίζει ως μια εξαιρετική επώδυνη διαδικασία, η οποία έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην εδραίωση φοβιών γύρω από την αρρώστια. Ενώ αρχικά δηλώνει πως οι παθολογικές καταστάσεις



που εμπεριέχουν εφάμιλλης(με τον τοκετό) έντασης πόνο την τρομάζουν στην συνέχεια αναθεωρεί και σχολιάζει πως δεν υπάρχει ασθένεια χωρίς πόνο. Έπειτα καταπιάνεται για άλλη μια φορά με την φύση του ψυχικού πόνου και καταλήγει στο συμπέρασμα πως ο συγκεκριμένος τύπος πόνου μπορεί να διαφοροποιείται ως προς την φύση του από τον σωματικό εντούτοις είναι «ανυπόφορος». Ολοκληρώνοντας, τον συλλογισμό της συγκρίνει την εμπειρία του φυσιολογικού τοκετού με την καισαρική και σχολιάζει πως και η δεύτερη περίπτωση εμπεριέχει πόνο ωστόσο είναι κατά το ήμισυ λιγότερο επώδυνη από τον φυσιολογικό τοκετό.

*«Άμα, όταν δηλαδή έρθει η ώρα σου να γεννήσεις θα με θυμηθείς....(μεγάλη σιωπή) Είναι σαν να.... (μικρή σιωπή) Είναι μάλλον αυτό που λένε ‘να πεθαίνεις απ’ τον πόνο’. Από τότε μάλλον.... (μεσαία σιωπή). Μάλλον φοβάμαι την αρρώστια που έχει τέτοιο ας πούμε πόνο. Τις άλλες όχι. Αλλά τι λέω; Υπάρχει αρρώστια χωρίς πόνο; Και στα ψυχολογικά έχεις πόνο άλλο πόνο αλλά μην νομίζεις και αυτός είναι έτσι ανυπόφορος.»...«...Η φυσιολογική γέννα έχει τρελό πόνο ... (μεσαία σιωπή) καισαρική έχει μισό πόνο ενώ η φυσιολογική έχει ολόκληρο πόνο...» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία)*

Η Σουρούκ (36 ετών, Ιράκ) ανακαλεί τις εμπειρίες του τοκετού και σχολιάζει πως ναι μεν και οι δυο εμπειρίες της, ήταν επώδυνες ωστόσο λέει ότι βίωση της μητρότητας ήταν εμποτισμένη με χαρά.

*«Είχα πολλούς πόνους και στα δυο παιδιά μου αλλά είχα και πολύ χαρά. Ήτανε καλά που έγινα μάνα» (Σουρούκ, 36 ετών, Ιράκ)*

Στη συνέχεια και η Ναριμάν (37 ετών Αίγυπτος) μιλώντας για την εμπειρία του τοκετού αναφέρεται πρωτίστως στα θετικά συναισθήματα της εμπειρίας της και στην αγάπη της για τα παιδιά και δευτερευόντως στο θέμα του πόνου, που για εκείνη δεν ήταν μεγάλης έντασης.

*«ήταν πολύ ωραία, πολύ χαρά είχα. Μου αρέσουν τα παιδιά, εγώ θέλω παιδιά...(μικρή παύση).Λίγο πόνο είχα αλλά ήταν εντάξει» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος)*

Επίσης και η Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) αναφέρεται σε μια ευχάριστη εμπειρία που ακόμα και ο πόνος δεν βιώθηκε ως δυσάρεστος. Η χαρά της συμμετέχουσας που θα γεννούσε το παιδί της ήταν το κυρίαρχο συναίσθημα σε μια εμπειρία που περιγράφεται με αίσθηση αυτοκυριαρχίας και ψυχραιμίας.

*«Μμμμ κοίτα είναι υποκειμενικό ζήτημα η γέννα. Γέννησα φυσιολογικά και σίγουρα πονούσα πολύ αλλά ήταν τόσο ωραία εμπειρία που θα μπορούσα να πω ότι και ο πόνος ήταν ευχάριστος ας πούμε. Ήμουν πολύ χαρούμενη που θα γεννούσα το παιδί μου και δεν έκανα ούτε υστερίες, ούτε υπερβολές.»*

### **3.6: Προφίλ της Φεμινίστριας Συμμετέχουσας**

Αναφορικά με το προφίλ της ελληνίδας συμμετέχουσας (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα) παρατηρούμε πως πρόκειται για μια νεαρή άγαμη γυναίκα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Η συμμετέχουσα δραστηριοποιείται «εθελοντικά» (όπως προσέγγισε η ίδια τον τύπο της ενασχόλησης της) σε φεμινιστικές οργανώσεις τα τελευταία δέκα χρόνια. Αναφορικά με την εργασιακή της κατάσταση τα τελευταία έξι χρόνια εργάζεται ως κοινωνιολόγος σε Φορείς κατά του Κοινωνικού Αποκλεισμού. Διερευνώντας την κοινωνική της κατάσταση βάσει των οικονομικών και μορφωτικών χαρακτηριστικών της, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η συμμετέχουσα είναι κάτοχος ενός σχετικά υψηλού μορφωτικού κεφαλαίου και τοποθετείται σε ένα μέσο –για τα δεδομένα της ελληνικής κοινωνίας– οικονομικοκοινωνικό επίπεδο. Η θεωρητική άποψη που υποστηρίζει ότι ο σύγχρονος εθελοντής προέρχεται κυρίως από τα «νέα μεσαία στρώματα» (Wilkinson & Mulgan, 1995, Αλεξίου, 2003) φαίνεται να επιβεβαιώνεται με βάση την κοινωνική προέλευση της συγκεκριμένης συμμετέχουσας του δείγματος μας.

**Πινάκας VI: Κοινωνικό-δημογραφικά Στοιχεία Φεμινίστριας**

<b>Ηλικία</b>	<b>34 ετών</b>
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	<b>Άγαμη</b>
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	<b>Ανώτατο</b>
<b>Επάγγελμα</b>	<b>Κοινωνιολόγος</b>

Τέλος, όσον αφορά τα κίνητρα συμμετοχής της στην φεμινιστική οργάνωση, η συμμετέχουσα αναφέρει ότι δεν είναι «αλτρουιστικού αλλά ριζοσπαστικού περιεχομένου». Η ενασχόληση της συμμετέχουσας με τα γυναικεία ζητήματα είναι μακροχρόνια και σταθερή και το όραμα της αφορά έναν κόσμο απαλλαγμένο από διακρίσεις εις βάρος των γυναικών.

*« δεν είναι θέμα αλτρουισμού ας πούμε για μένα. Δεν λειτουργώ με προθέσεις ας πούμε ναρκισσιστικές του τύπου εγώ θέλω κάτι να κάνω για την κοινωνία, θέλω να προσφέρω αλλά ξεκάθαρα με λογική που λέει θέλω έναν κόσμο απαλλαγμένο ρε παιδί μου απ' την πατριαρχία, απ' την εξουσία της πατριαρχίας πάνω στην ζωή της γυναίκας, στο σώμα της και ότι αυτό συνεπάγεται...(μικρή σιωπή) παλεύω γι' αυτά όπου και αν κινούμαι απ' την δουλειά μου, μέχρι το σωματείο μου ας πούμε που ανδροκρατείται. Δεν είναι θέμα φιλανθρωπίας είναι θέμα πολιτικής και κοινωνικής στράτευσης και τα αιτήματα πρέπει να είναι ριζοσπαστικά.» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

### **3.6.1 Αντιλήψεις για τη Σύγχρονη Μορφή της Γυναικείας Μετανάστευσης**

Μιλώντας για τα σύγχρονα μεταναστευτικά μοντέλα η Μελίνα (34 ετών, Ελλάδα) προσεγγίζει τη γυναικεία μετανάστευση ως σημαντική πτυχή του μεταναστευτικού φαινομένου. Η “θηλυκοποίηση” της μετανάστευσης που χρησιμοποιείται ολοένα και πιο συχνά στην βιβλιογραφία αξιοποιείται και εδώ από την συμμετέχουσα για να περιγράψει την τάση να αποτελούνται τα μεταναστευτικά ρεύματα από ολοένα και περισσότερες γυναίκες. Για την Μελίνα, αυτή η τάση σηματοδοτεί την αλλαγή των εργασιακών αναγκών με την μεγαλύτερη ζήτηση φθηνών «γυναικείων» εργατικών χεριών. Η ομάδα των μεταναστών/μεταναστριών ως ανεξάντλητη πηγή φθηνού εργατικού δυναμικού χρησιμοποιείται ανάλογα με τις ανάγκες της αγοράς, ανάλογα με τις ανάγκες του αστικού (καπιταλιστικού) συστήματος, όπως χαρακτηριστικά προσθέτει η συμμετέχουσα.

*«Η θηλυκοποίηση της μετανάστευσης. Μάλιστα αυτό από μόνο του τα λέει όλα. Μμμ θέλω να πω εκτός των άλλων ότι χρησιμοποιείται ο προσδιορισμός του θηλυκού γένους για να περιγράψει ένα κοινωνικό ας πούμε φαινόμενο. Σηματοδοτεί την αλλαγή των πρόσφορων εργασιακών αναγκών. Δηλαδή πριν χρόνια το αστικό, ας πούμε, σύστημα χρειαζόνταν εργάτες στα εργοστάσια και στη γη και χρησιμοποιούσε τη φθηνή και εκμεταλλεύσιμη ρε*

*παιδί μου δεξαμενή... (μικρή σιωπή) των αντρών μεταναστών. Ενώ σήμερα οι ανάγκες του συστήματος έχουν αλλάξει, τώρα χρειάζεται πιο πολύ γυναίκες...(μικρή σιωπή)»*

Στη συνέχεια, η Μελίνα αναφέρεται στην κατάρρευση του κοινωνικού κράτος, μια διαδικασία που είχε αποτέλεσμα πολλές από τις ανάγκες που αυτό κάλυπτε να ικανοποιούνται μέσω της ιδιωτικής χρηματοδότησης, που απαιτεί όσο το δυνατόν χαμηλότερο κόστος. Η υπολειμματική λειτουργία των υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας (φροντίδα ηλικιωμένων, φύλαξη και φροντίδα παιδιών) μεταφέρει την ευθύνη στους πολίτες, οι οποίοι θα πρέπει να καλύψουν με δικά τους έξοδα αυτές τις ανάγκες. Αυτό συνεπάγεται την αύξηση της ζήτησης φτηνού, χωρίς κατοχυρωμένα δικαιώματα, γυναικείου εργατικού δυναμικού. Εκτός βέβαια από το πεδίο της ιδιωτικής πρόνοιας και υγείας η Μελίνα σημειώνει ότι η “βιομηχανία του σεξ και της ψυχαγωγίας” αποτελεί ένα ακόμη πρόσφορο πεδίο εκμετάλλευσης της γυναικείας εργασίας.

*Εεεε τώρα πια που το κράτος πρόνοιας έχει καταρρεύσει ...(μεσαία παύση) αναγκάζει πια να το πω τους πολίτες να βρουν άλλες λύσεις για παράδειγμα κλείνουν τα ΚΑΠΗ και τα γηροκομεία; Εεεε τότε η λύση είναι να βρούμε μια φτηνή ξένη γυναίκα γηροκόμο που να μην έχει δικαιώματα και να τα δέχεται όλα. Απ’ την άλλη; Κλείνουν τους δημοτικούς παιδικούς σταθμούς; Χιλιάδες νεαρά ζευγάρια δεν έχουν που να αφήσουν τα παιδιά τους και συν τοις άλλοις δεν τους φτάνουν οι μισθοί τους να τα στείλουν στους πανάκριβους ιδιωτικούς σταθμούς; Και πάλι λύση είναι καταλαβαίνεις τώρα ε; Η φτηνή, ξένη γυναίκα μετανάστρια. Εκτός από το πεδίο της ιδιωτικής πρόνοιας και της υγείας υπάρχουν και άλλοι τομείς εκμετάλλευσης υπάρχουν και άλλα ας πούμε πρόσφορα πεδία (μικρή παύση). Φυσικά αν ανοίξεις μια χρυσή ευκαιρία θα το βρεις στις αγγελίες με τίτλο «Ξανθιά ρωσίδα καλλονή ζητείται από μπαρ» και ο νοών νοεΐτω. (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

### **3.6.2 Η Θέση της Γυναίκας Μετανάστριας στην Κοινωνία Υποδοχής**

Σύμφωνα με την Μελίνα (34 ετών, Ελλάδα) η θέση της γυναίκας μετανάστριας στην ελληνική κοινωνία είναι υποβαθμισμένη. Η γυναίκα μετανάστρια υφίσταται διπλό αποκλεισμό. Αφενός, περιθωριοποιείται από την κυρίαρχη πολιτισμική ομάδα λόγω της διαφορετικής της προέλευσης και αφετέρου, υφίσταται δευτερογενή αποκλεισμό από την κυρίαρχη ομάδα (γηγενείς) αλλά και την υποομάδα της (τους μετανάστες), λόγω φύλου. Ως παράδειγμα, αυτού του άτυπου δευτερογενούς αποκλεισμού, η συμμετέχουσα

χρησιμοποιεί το παράδειγμα των Αφγανών μεταναστριών, οι οποίες διαβιούν στα Κέντρα Κράτησης μαζί με άλλους άντρες με την επιβεβλημένη ωστόσο υποχρέωση να καλύπτουν τα πρόσωπα τους με την μαντίλα. Συμπυκνώνοντας την σκέψη της η Μελίνα σημειώνει ότι η γυναίκα μετανάστρια δέχεται τις διακρίσεις της κοινωνίας υποδοχής και συνάμα υφίσταται τις απαγορεύσεις του συζύγου της.

*«Εεε η υποδεέστερη σίγουρα (μικρή σιωπή)... καθώς αντιμετωπίζει προβλήματα και διακρίσεις όχι μόνο λόγω της καταγωγής, ή του... (μικρή σιωπή) χρώματος ή του θρησκευματος της όπως οι ομόφυλοι της δηλαδή από την ελληνική κοινωνία αλλά και από τους ίδιους τους συμπατριώτες της λόγω φύλου. Ως χαρακτηριστικά παραδείγματα αναφέρω τις διακρίσεις που υφίστανται οι Αφγανές για παράδειγμα από τους συμπατριώτες τους στους ελληνικούς καταυλισμούς υποδοχής προσφύγων και μεταναστών, και τι θέλω να πω ότι υποχρεώνονται να φορούν τις ισλαμικές μαντίλες ώστε να μην τις βλέπουν οι υπόλοιποι πρόσφυγες και μετανάστες άντρες ή οι, οι, οι απαγορεύσεις ναι και η πατριαρχική στάση ρε παιδί μου των μεταναστών που ζουν στην Ελλάδα απέναντι στις γυναίκες τους. Η γυναίκα μετανάστρια δέχεται τα πυρά, τις διακρίσεις, την εκμετάλλευση της χώρας υποδοχής ως μετανάστρια και την εξουσία του συζύγου μετανάστη απ' την άλλη. Για να μην παραλείψουμε και τα έμφυλα έτσι. (έντονος και αυστηρός τόνος φωνής)» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

### **3.6.3 Οι Επιπτώσεις της Μετανάστευσης στην Υγεία των Γυναικών**

Η περίοδος της μετανάστευσης σύμφωνα με την Μελίνα (34 ετών, Ελλάδα) είναι αρκετά στρεσογόνα περίοδος επιδρώντας στην κατάσταση υγείας των μεταναστριών. Μάλιστα, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών πέφτουν θύματα βίας (σωματικής, σεξουαλικής και ψυχολογικής) κατά την διάρκεια της μεταναστευτικής διαδρομής. Για το σύνολο, όμως, των γυναικών η περίοδος προσαρμογής στην νέα κοινωνία είναι επίπονη διαδικασία με μεγάλη επίδραση στην υγεία τους. Για την Μελίνα, οι εμπειρίες αυτές σε συνδυασμό με την υποβαθμισμένη θέση της γυναίκας και τις αυξημένες απαιτήσεις του γυναικείου ρόλου σχετίζονται με προβλήματα (ψυχικής) υγείας. Η διαπίστωση αυτή δεν αφορά μόνο τις μετανάστριες, ωστόσο, βιώνεται από εκείνες πολύ πιο έντονα.

*«Αυτό και αν είναι επίπονο; Για ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που μεταναστεύουν, το ταξίδι τους από τη χώρα καταγωγής τους στη χώρα προορισμού σημαίνει σωματικές*

*κακοποιήσεις, βιασμούς, ξύλο, φυλάκιση, βασανιστήρια..(μεσαία σιωπή) Ξέρεις πόσες γυναίκες μετά από τέτοιες εμπειρίες και για χρόνια μετά δεν μπορούν να κοιμηθούν τα βράδια και το ρίχνουν στα ηρεμιστικά; Μμμμ καλά βέβαια όχι ότι αυτό γίνεται μόνο στις μετανάστριες τώρα ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι χαπακώνονται για να ...(μικρή σιωπή) για να μπορέσουν ρε παιδί μου να ανταπεξέλθουν. Όμως ξέρεις κάτι; για έλα στη θέση των γυναικών αυτών; Εκτός του ότι δεν τους επιτρέπεται να λυγίσουν, ποιος θα πάει για δουλειά; ποιος θα στηρίζει την οικογένεια εδώ σε θέλω. Για σκέψου πόσες ευκαιρίες έχουν αυτές οι γυναίκες για κοινωνικοποίηση; Να σου εγώ ελάχιστες για να μην πω καμία και όπως θα ξέρεις και εσύ καλύτερα αν δεν έχεις κοινωνικό δίκτυο τότε τα πράγματα είναι σκούρα και αυτό δεν αφήνει φυσικά απέξω και την υγεία σου. Σε καμία περίπτωση δεν την αφήνει.» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

Για την Μελίνα, πλάι στους ήδη επιβαρυντικούς παράγοντες που αφορούν τον γενικό πληθυσμό (π.χ. περιβαλλοντικούς) οι μετανάστριες καλούνται να διαχειριστούν και επιπρόσθετους επιβαρυντικούς, για την υγεία τους, παράγοντες. Ειδικότερα, οι αντίξοες συνθήκες του ταξιδιού, το επιπρόσθετο στρες που βιώνουν κατά την προσαρμογή τους στο νέο πολιτισμικό περιβάλλον (επιπολιτιστικό άγχος), οι άσχημες συνθήκες ζωής και εργασίας και τέλος ,πολύ συχνά, το θέμα της μη προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας τις οδηγεί στο να παραμελούν τα προβλήματα υγείας κάτι που μπορεί να καταλήξει ακόμα και στο θάνατο τους.

*«Τέλος πάντων για να μην μακρηγορούμε προσωπικά πιστεύω ότι παράγοντες που απειλούν όλους μας... (μικρή σιωπή), ότι και οι μετανάστριες κινδυνεύουν έτσι και αλλιώς απ' τους στάνταρ πολύπλοκους παράγοντες που ισχύουν γι' όλους μας. Συν τις κακουχίες του ταξιδιού, συν το άγχος προσαρμογής στην νέα κοινωνία, συν τις συνθήκες ζωής και εργασίας που γι' αυτούς είναι πολύ χειρότερες απ' ότι για μας και συν στο τέλος ότι αν είναι ανασφάλιστες και δεν μπορούν να πάνε σε ένα γιατρό ένα απλό πρόβλημα υγείας που παραμεληθεί μπορεί να αποβεί και μοιραίο έτσι;» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα).*

### **3.6.3 Η Αντιμετώπιση των Μεταναστριών από τις Υπηρεσίες Υγείας**

Η Μελίνα (34 ετών, Ελλάδα), σε πρώτη φάση προσεγγίζει τις στάσεις των ελλήνων αναφορικά με την λήψη υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες. Συγκεκριμένα σχολιάζει πως υπάρχει αρκετά κυρίαρχα η τάση να θεωρείται πως οι μετανάστες/μετανάστριες

επιβαρύνουν το σύστημα υγείας. Επιπρόσθετα η Μελίνα αναφέρει πως η χρήση υπηρεσιών υγείας για τον τοκετό από πολλές γυναίκες μετανάστριες σχολιάζεται αρνητικά από την ελληνική κοινωνία ως επιπλέον επιβάρυνση του συστήματος περίθαλψης.

*«Ααα όλα και όλα σ' αυτό δεν είμαστε ρατσιστές (ειρωνεία) πως να αντιμετωπίζονται... (μικρή σιωπή) όπως, όπως και οι συμπατριώτες μετανάστες δηλ. ήρθαν οι μετανάστες και ξοδεύουν το ελληνικό σύστημα υγείας. Η μόνη διαφορά είναι ότι για την μετανάστρια ακούς και παράπονα από την ελληνική κοινωνία επειδή γεννούν (ειρωνεία) Γ' ακούς; Τα ακούω να λες» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

Για την Μελίνα (34 ετών, Ελλάδα) το κοινωνικό κράτος και συνακόλουθα οι κοινωνικές παροχές στην Ελλάδα είναι περιορισμένες. Αυτό έχει αντίκτυπο στην προστασία κοινωνικά ευπαθών ομάδων, όπως συμβαίνει με τις γυναίκες μετανάστριες που υφίστανται διπλό αποκλεισμό τόσο λόγω καταγωγής όσο και λόγω φύλου. Οι επισφαλείς συνθήκες εργασίας («αόρατη» οικιακή εργασία, ανασφάλιστη εργασία, εύκολα θύματα διακρίσεων κλπ) έχουν ως αποτέλεσμα οι μετανάστριες να στερούνται στοιχειωδών εργασιακών δικαιωμάτων, όπως για παράδειγμα η πρόσβαση στη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Με βάση αυτά τα δεδομένα, για την Μελίνα, η υγεία των γυναικών βρίσκεται στην διακριτική ευχέρεια και ευαισθησία των εργοδοτών και όταν μάλιστα αυτή εκλείπει ο μόνος δρόμος είναι η αποσιώπηση και σιωπηλή οδύνη.

*«Στην Ελλάδα η κοινωνική πολιτική είναι πλημμελής και ο... (μικρή σιωπή) και ο βασικός κορμός των υπηρεσιών πρόνοιας στηρίζεται είτε στα ευρωπαϊκά προγράμματα με ημερομηνία λήξης είτε στις ΜΚΟ με κρατικές χρηματοδοτήσεις. Είναι ξεκάθαρο που πάει η δουλειά έτσι; Αυτό δείχνει την ευκαιριακή αντίληψη των κυβερνήσεων για την αναγκαιότητα χάραξης σταθερής κοινωνικής πολιτικής. Για τις γυναίκες μετανάστριες τα πράγματα δυσκολεύουν ακόμα περισσότερο, δυο φορές αποκλεισμένες έτσι; είναι ακόμα πιο δύσκολα έτσι; Αν καταφέρουν και συγκεντρώσουν τον ελάχιστο αριθμό ενσήμων τότε θα μπορέσουν να έχουν και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη έστω και αυτήν την ελλειμματική που υπάρχει στα νοσοκομεία. Όμως υπάρχουν γυναίκες που, που δουλεύουν χρόνια σε σπίτια στα είπα και πριν να μην τα ξαναπιάσω έτσι; και δεν γνωρίζουν την γλώσσα, δεν γνωρίζουν που να απευθυνθούν όταν χρειαστούν περίθαλψη και εναπόκειται στην καλή θέληση της εργοδότης ή των εργοδοτών να την βοηθήσουν ή όχι. Οι περισσότερες όμως τι κάνουν; Σιωπούν και υπομένουν» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

Έπειτα η συμμετέχουσα σχολιάζει την διαπολιτισμική φροντίδα στην Ελλάδα την οποία θεωρεί ανύπαρκτη. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό (μεταφραστές κλπ), δεν υφίσταται με αποτέλεσμα η κατάσταση να δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο. Επίσης, η Μελίνα προσθέτει πως οι Μουσουλμάνες, λόγω της ανυπαρξίας διαπολιτισμικού δικτύου φροντίδας, υποβάλλονται σε γυναικολογικές εξετάσεις από άντρες γιατρούς κάτι που αντίκειται στις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις.

*«Όσο για την διαπολιτισμική φροντίδα (έντονο ύφος), ούτε κατά διάνοια, ούτε για πλάκα... (μικρή σιωπή) ούτε μεταφραστές διαθέτει, ούτε καν ανακοινώσεις γραμμένες σε άλλες γλώσσες. Επίσης να λάβουμε υπ' όψιν μας ότι για τις γυναίκες κυρίως των μουσουλμανικών χωρών η έκθεση του σώματος τους σε άνδρες γιατρούς είναι γεγονότα πρωτόγνωρα έτσι; Που, που χρειάζεται κάποια ειδική μεταχείριση ώστε να συνηθίσουν στη δυτική πραγματικότητα, τη δυτική ας πούμε κουλτούρα.» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

#### **3.6.4 Αντιλήψεις για την Έμφυλη Υγεία**

Η Μελίνα θεωρεί πως δεν υπάρχουν βιολογικού τύπου διαφορές στην υγεία ανάμεσα στα δυο φύλα. Βασική όμως προϋπόθεση ότι τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες ζουν κάτω από τις ίδιες συνθήκες και απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα.

*«Δεν πιστεύω ότι υπάρχουν βιολογικού τύπου, θα έλεγα, διαφορές με την προϋπόθεση πάντα ότι άντρες και γυναίκες ζουν σε αξιοπρεπείς συνθήκες και έχουν την ίδια, ή καλύτερα τις ίδιες δυνατότητες πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη και φροντίδα. Και το τελευταίο από μόνο του παίζει ή μάλλον είναι κεφαλαιώδους σημασίας.» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

Προσεγγίζοντας την αντιμετώπιση της σύγχρονης ιατρικής απέναντι στις γυναίκες η Μελίνα μιλά για την το θέμα της αναπαραγωγής. Η αναπαραγωγή ως «κοινωνικό καθήκον» με το οποίο είναι επιφορτισμένη η γυναίκα έχει γίνει αντικείμενο μελέτης της σύγχρονης ιατρικής, «χωρίς την παρουσία της γυναίκας», όπως χαρακτηριστικά προσθέτει. Κεντρικό σημείο του προβληματισμού της είναι το αν τα επιτεύγματα της ιατρικής αξιοποιούνται προς όφελος των πασχόντων ή αν εξυπηρετούν άλλου είδους σκοπιμότητες.

Η Μελίνα καταλήγει στο συμπέρασμα πως, ναι μεν ένα μεγάλο μέρος των γυναικολογικών επεμβάσεων είναι προς όφελος της γυναίκας, ωστόσο, πολύ σημαντικό ρόλο παίζει το πλαίσιο (ιδιωτικό ή δημόσιο/εγκαταλελειμμένο μαιευτήριο) στο οποίο



λαμβάνει χώρα μια τέτοιου είδους διαδικασία. Ολοκληρώνοντας την σκέψη της, η συμμετέχουσα προσθέτει πως ο κοινωνικός ρόλος με τον οποίο είναι επιφορτισμένη η γυναίκα δηλαδή, η αναπαραγωγή του είδους, έχει γίνει αντικείμενο κέρδους και εκμετάλλευσης. Φέρνοντας ως παράδειγμα τις διαφημίσεις των ιδιωτικών μαιευτηρίων η Μελίνα σχολιάζει πως υπερτονίζουν τον σεβασμό στην μητέρα αλλά τεχνηέντως αποκρύπτουν το κόστος.

*«Είναι γεγονός ότι η σύγχρονη ιατρική προσπαθεί να αποκτήσει τη δύναμη της αναπαραγωγής χωρίς την παρουσία της γυναίκας. Εεεε θεωρώ ότι είναι το στοίχημα πολλών δεκαετιών. Παγώνουμε τα ωάρια και ελέγχουμε την πληθυσμιακή κίνηση. Το θέμα είναι αν τα επιτεύγματα της ιατρικής βοηθούν τους πάσχοντες ή τις βιομηχανίες και τις κυβερνήσεις; Σε μικροκλίμακα σαφώς, ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικολογικών επεμβάσεων γίνεται με φροντίδα προς τη γυναίκα αλλά και πάλι εξαρτάται αν αυτές θα γίνουν στο ιδιωτικό ή στο δημόσιο-εγκαταλειμμένο νοσοκομείο και θα αισθανθεί η γυναίκα σας κρέας που κόβεται. Έχω πάντως την αίσθηση, δες και τις διαφημίσεις των ιδιωτικών μαιευτηρίων για παράδειγμα, υπερτονίζουν τον σεβασμό στην γυναίκα και στην μητέρα και εντέχνως και δεν αναφέρονται στο κόστος. Δεν ξέρω αν στο δίνω να το καταλάβεις σωστά. Είναι το ιδεατό που παράγει η κοινωνία μας η γυναίκα που αναπαράγει το ανθρώπινο είδος στολισμένο με φούμαρα και μεταξωτές κορδέλες.» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

Μιλώντας στην συνέχεια η Μελίνα για την γυναικεία σεξουαλικότητα και την αντιμετώπιση της από την κοινωνία φέρνει ένα παράδειγμα που καταδεικνύει τις υφέρπουσες στερεοτυπικές αντιλήψεις. Συγκεκριμένα, διαπραγματευόμενη το θέμα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων η συμμετέχουσα παρατηρεί ότι η γυναίκα κατακρίνεται από την κοινωνία ενώ ο άντρας επιδοκιμάζεται. Με την διάσταση αυτή, η προσέγγιση της Μελίνας εισάγει την δυναμική των κοινωνικών αναπαραστάσεων για την σεξουαλικότητα των δυο φύλων καταδεικνύοντας μέσω του παραδείγματος της πως μια ασθένεια ιδεολογικοποιείται αποκτώντας έμφυλο περιεχόμενο.

*« Σκέψου το θέμα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Πόσο μεμπτό είναι για μια χωρισμένη γυναίκα και πως αντιμετωπίζεται για παράδειγμα για έναν 60άρη άντρα; Στην δεύτερη περίπτωση μπορεί να είναι και καμάρι που στην ηλικία του αυτή είναι ακόμα σεξουαλικά εεεε ενεργός.» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

Ολοκληρώνοντας, αναφορικά με την αντιμετώπιση του πόνου η συμμετέχουσα σχολιάζει πως, σύμφωνα με τις κοινωνικές απαιτήσεις, η γυναίκα θα πρέπει να δείχνει υπομονή και αντοχή. Η αντίληψη αυτή, σε συνδυασμό με τα αυξημένα καθήκοντα της γυναίκας όπως υπαγορεύονται από τον ρόλο της, οδηγούν, σε κάποιες περιπτώσεις, σε παραμέληση της υγείας της. Για τη Μελίνα, οι γυναίκες που είναι επιφορτισμένες με την φροντίδα των άλλων, ασχολούνται με τον εαυτό τους όταν δεν υπάρχει άλλο περιθώριο. Αντίθετα, οι άντρες αναζητούν πιο συχνά την φροντίδα. Επίσης, σχολιάζει πως ακόμα και σε περίπτωση απώλειας της συζύγου, ο άντρας ψάχνει πιο γρήγορα για την επόμενη αντικαταστάτρια-φροντίστρια του. Φέρνοντας ως παράδειγμα τις συμπεριφορές υγείας των ηλικιωμένων ζευγαριών, η Μελίνα παρατηρεί πως οι άντρες φροντίζουν περισσότερο την υγεία τους, ενώ οι γυναίκες εξακολουθούν να είναι επιφορτισμένες με τα καθήκοντα τους, «προσέχουν τα εγγόνια τους», όπως χαρακτηριστικά λέει.

*«Δυστυχώς στις γυναίκες έχουν μάθει από μικρή ηλικία να αντέχουν σε κάθε πόνο και να στηρίζουν και τους άλλους. Ακόμα και στην περίπτωση της απώλειας συντρόφου, συνήθως ο άντρας θα αναζητήσει πολύ γρήγορα αντικαταστάτρια. Και γιατί; Όσο σκληρό και αν ακούγεται, για να έχει πάλι κάποια γυναίκα να του καθαρίζει, να τον πλένει και να τον ταΐζει. Αν δεν βρεθεί τελείως αδύναμη στο κρεβάτι, δεν θα αποτανθεί σε γιατρό. Οι συνταξιούχοι άντρες προληπτικά επισκέπτονται συνεχώς το ΙΚΑ. Οι μεγαλύτερες γυναίκες όμως προσέχουν τα εγγόνια τους.»* (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα).

### **3.6.5 Το Γυναικείο Σώμα ως Πεδίο Συμβολισμού**

Η Μελίνα (34 ετών, Ελλάδα) ξεκινά την προσέγγιση της γενικά για το γυναικείο σώμα. Προσπαθώντας να αποτυπώσει τα κοινωνικά σημαινόμενα που εγγράφονται στο γυναικείο σώμα, παρατηρεί πως το γυναικείο σώμα, σε παγκόσμια κλίμακα, επενδύεται ως μέσο σεξουαλικής ικανοποίησης και αναπαραγωγής. Βέβαια, κάθε κοινωνία, σύμφωνα με την Μελίνα, ακολουθεί διαφορετικά αισθητικά πρότυπα. Φέρνοντας ως παράδειγμα διαφορετικά πολιτισμικά πρότυπα ομορφιάς καταλήγει στον ισχυρισμό πως τα πορνεία δεν έχουν εκλείψει από καμία κοινωνία.

*«Ναι, να το σκεφτώ λίγο και θα σου πω... (μεγάλη σιωπή) σε κάθε κοινωνία είναι το μέσο σεξουαλικής ικανοποίησης και αναπαραγωγής. Βέβαια, διαφέρει η αισθητική του γυναικείου σώματος δηλαδή το πρότυπο ας πούμε από το τέλεια γυμνασμένο σώμα ή το καμπυλωτό ή*

*το ημίγυμνο και γυμνό σώμα όπως συμβαίνει στις δυτικές κοινωνίες με το καλυμμένο σώμα της Ανατολής. Γι αυτό και πορνεία υπάρχουν όχι μόνο στις δυτικές κοινωνίες, με τις βιτρίνες για παράδειγμα στο Άμστερνταμ και την πορνεία του δρόμου στη Σοφοκλέους αλλά και με την μπούργκα στους δρόμους της Καμπούλ.» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

Αναφορικά με το σώμα της γυναίκας μετανάστριας, η Μελίνα παρατηρεί ότι κοινωνικά «υπερεπενδύεται» ως μέσω ικανοποίησης αφήνοντας την μητρότητα ως κοινωνική απαίτηση στις ντόπιες γυναίκες. Έχει ενδιαφέρον πως τα κριτήρια για την ελκυστικότητα του γυναικείου σώματος τίθενται από τις κυρίαρχες τάσεις που εκφράζονται μέσω των αντρικών προτιμήσεων. Έτσι, σύμφωνα με την συμμετέχουσα το καλλίγραμμο σώμα, τα ξανθά μαλλιά και η «εξωτική» ομορφιά κάποιων μεταναστριών είναι τα κριτήρια για εισέλθει μια γυναίκα στην βιομηχανία του σεξ υπηρετώντας τις επιθυμίες των αντρών πελατών.

*«Από τη γυναίκα μετανάστρια απαιτείται ας πούμε να έχει ωραίο σώμα με τις σωστές αναλογίες, να είναι ψηλή, ξανθιά ή και όπως φαντασιώνεται ο δυτικός την εξωτική γυναίκα της Ανατολής, με έντονες καμπύλες, μεγάλα μάτια και μελαμψό δέρμα. Είναι το εισιτήριο για τα πορνεία. Στην μη-μετανάστρια εγγράφεται η μητρικότητα ενώ στην μετανάστρια η ικανοποίηση των όποιων σεξουαλικών ορέξεων και όπως σου είπα πριν η ευαλωτότητα στην εκμετάλλευση» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

### **3.6.6 Η Επίδραση των Πολιτισμικών Παραγόντων σε Θέματα Υγείας, Ασθένειας και Πόνου**

Μελετώντας την επίδραση των πολιτισμικών παραγόντων στο πεδίο της υγείας, της ασθένειας και του πόνου η Μελίνα (34 ετών, Ελλάδα) αναφέρεται στον ρόλο της θρησκείας. Ειδικότερα, η Μελίνα υποστηρίζει πως μέσω της θρησκείας νομιμοποιείται ο έλεγχος του γυναικείου σώματος με τον περιορισμό της σεξουαλικότητας. Η αυτοδιάθεση του γυναικείου σώματος με την επιλογή της άμβλωσης ενοχοποιείται από την θρησκεία. Η άμβλωση «βαφτίζεται» αμαρτία και η γυναίκα δαιμονοποιείται αποκτώντας εγκληματικά χαρακτηριστικά. Από την άλλη πλευρά, για τη Μελίνα η υπομονή και ανοχή της γυναίκας στον πόνο είναι το θρησκευτικά απαιτητό ενώ η προστασία της υγείας της απέναντι στις αρρώστιες είναι επιβεβλημένη λόγω του κοινωνικού της ρόλου. Έτσι, για την

συμμετέχουσα η στάση της θρησκείας απέναντι στην άρρωστη γυναίκα είναι τιμωρητική μιας δεν προνόησε, όπως θα έπρεπε, λαμβάνοντας υπ' όψη τις «υποχρεώσεις» της.

*«Η θρησκεία είναι... (μικρή σιωπή) σίγουρα ενοχοποιητική στην απόφαση της γυναίκας να κάνει άμβλωση. Είναι έγκλημα θα είναι καταραμένη. Τώρα για τον πόνο το μόντο λέει υπομονή στον πόνο και στην ασθένεια τιμωρητική, ναι τιμωρητική στην ασθένεια γιατί έχει παιδιά και πρέπει να προσέχει (ειρωνεία)» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

Οι ακρωτηριασμοί των γυναικείων γεννητικών οργάνων, όπως συμβαίνει με την τέλεση της κλειτοριδοεκτομής σε ορισμένες κοινωνίες, αποτελούν για τη Μελίνα λαμπρή ένδειξη των «απαξιωτικών» αντιλήψεων των συγκεκριμένων κοινωνιών για το γυναικείο σώμα. Για τη συμμετέχουσα όλοι αυτοί οι ακρωτηριασμοί συμβαίνουν με την ανοχή των κρατών, υπό την ανοχή των παγκόσμιων κυβερνητικών πολιτικών, μιας και δεν έχει σημειωθεί καμιά αλλαγή προς το θέμα της προστασίας της γυναίκας στα συγκεκριμένα καθεστάτα. Η Μελίνα, ως δείκτες αλλαγής, θέτει την πρόσβαση των γυναικών στο δικαίωμα της μόρφωσης, την απαγόρευση της αγοραπωλησίας των γυναικών και της απαγόρευσης των γάμων των ανηλικών κοριτσιών. Τέλος, για τη Μελίνα, μέσω αυτών των θρησκευτικών τελετουργιών, αποτυπώνεται με τον πιο έμπρακτο τρόπο η άσκηση κρατικού ελέγχου πάνω στο γυναικείο σώμα. Το γυναικείο σώμα, μέσω αυτών των τελετουργιών, εκποιείται δημόσια και εγγράφονται πάνω του, με τον πιο επώδυνο τρόπο, οι κοινωνικές απαιτήσεις.

*«Δυστυχώς υπάρχουν και θρησκευτικά έθιμα, τα οποία δείχνουν με τον πιο εκπληκτικό τρόπο πως αντιλαμβάνονται το γυναικείο σώμα αυτές οι κοινωνίες, ααααα το εκπληκτικό σε εισαγωγικά, έτσι; Ρε τι πάθαμε σήμερα μ' αυτά τα εισαγωγικά. Τι έλεγα ναι αυτά τα, οι τελετουργίες έχουν θεσμική υποστήριξη όταν δεν απαγορεύεται ή ακόμα και όταν δεν επιβάλλονται ποινές σε ένα κράτος ,που με τις πλάτες του, γίνονται οι ακρωτηριασμοί των γυναικείων οργάνων. Επίσης όταν δεν έχει επιτευχθεί μόρφωση, απαγόρευση πόλησης και ανταλλαγής γυναικών και γάμων των κοριτσιών, με άλλα λόγια και πιο ουσιαστικά κατάρρευση της πατριαρχίας, όταν δεν έχουν ξεριζωθεί οι αιτίες που ακόμα το συντηρούν αυτό το έθιμο, και το έθιμο βάλτο σε εισαγωγικά (γέλιο),τι άλλο θες να σου πω για την αργαστή συνεργασία θρησκείας και κρατικού ελέγχου πάνω στην γυναίκα.» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

### 3.6.7 Αναπαραστάσεις για την Υγεία, την Ασθένεια και τον Πόνο

Για την Μελίνα (34 ετών, Ελλάδα) η υγεία συνδέεται με ακμαίες και ακέραιες πνευματικές και σωματικές λειτουργίες.

*«Κάτσε να κλείσω τα μάτια και να σκεφτώ. Ναι, ... (μικρή σιωπή) ένα διαυγές μυαλό και ένα εύρωστο σώμα» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

Οι αναπαραστάσεις της Μελίνας (34 ετών, Ελλάδα) για την ασθένεια αντλούνται από τις εικόνες μιας σύγχρονης σχετικά ασθένειας, της νευρικής ανορεξίας, που πλήττει κυρίως νεαρές γυναίκες. Οι άσχημες συνθήκες ενός Νοσοκομείου και οι εικόνες εξάντλησης (μισοπεθαμένο) ενός γυναικείου σώματος συμπληρώνουν το περιεχόμενο των αναπαραστάσεων της.

*«Μμμμμ μου έρχονται εικόνες από νευρική ανορεξία και.. ένα κρεβάτι, βρώμικο νοσοκομείο με μια μισοπεθαμένη γυναίκα» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*

Τέλος, τα δίπολα κίνηση-ακίνησια, ζωή-θάνατος αποτελούν τον πυρήνα των αναπαραστάσεων της συμμετέχουσας για τον πόνο. Η εικόνα ενός άστεγου που -δημοσίως εκτεθειμένος- υποφέρει δεν προκαλεί καμιά αλλαγή της ζωής, κανένα σταμάτημα, κανένα βλέμμα των όσων *«από αδυναμία»* προσπερνούν. Το συναισθηματικό κλίμα της εικόνας επενδύεται από την Μελίνα με έντονο το αίσθημα της μοναξιάς.

*«Η εικόνα ενός άστεγου, έτσι μοναχικού σε ένα παγκάκι να υποφέρει και δίπλα του να συνεχίζεται η ζωή με, με εεε γρήγορους ρυθμούς, αμάξια να περνάνε, άνθρωποι να τον προσπερνούν χωρίς να τον κοιτάνε στα μάτια από αδυναμία κυρίως όχι ότι δεν τον βλέπουν. Έτσι μοναξιά σαν τον θάνατο και διπλά η ζωή να συνεχίζεται. Κίνηση και ακίνησια ταυτόχρονα» (Μελίνα, 34 ετών, Ελλάδα)*



#### 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ✓ Αναφορικά με το προφίλ των γυναικών, οι συμμετέχουσες στην έρευνα είναι όλες νεαρές γυναίκες, πρώτης γενιάς μετανάστριες με μακροχρόνια εγκατάσταση στην χώρα μας. Οι τρεις προέρχονται από μουσουλμανικές κοινωνίες διαφορετικών χωρών (Ιράκ, Αίγυπτος, Τουρκία) ενώ οι υπόλοιπες δυο προέρχονται από την Αλβανία. Παρά το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των περισσότερων γυναικών, μόνο μια εργάζεται και έχει ιατροφαρμακευτική ασφάλιση από την δική της εργασία. Οι υπόλοιπες είτε είναι ανασφάλιστες είτε έμμεσα ασφαλισμένες στο ΙΚΑ από τους συζύγους τους. Επίσης, οι περισσότερες γυναίκες έχουν παντρευτεί και είναι μητέρες.
- ✓ Έχει ενδιαφέρον πως παρά την διαφορετική πολιτισμική προέλευση των γυναικών και παρά τους διαφορετικούς λόγους μετανάστευσης (που δεν είναι αμιγώς οικονομικοί) όλες αναφέρουν πως αντιμετώπισαν δυσκολίες κατά την πρώτη περίοδο προσαρμογής αλλά και στην μετέπειτα εγκατάσταση τους στη χώρα. Οι δυσκολίες στις οποίες αναφέρονται αφορούν: στην έλλειψη των αγαπημένων τους προσώπων, στο έντονο στρες κατά την προσαρμογή τους στην ελληνική κοινωνία, στα εμπόδια επικοινωνίας λόγω της γλώσσας, στην έλλειψη κοινωνικών επαφών καθώς και την βίωση άτυπου ή έκδηλου ρατσισμού από την ελληνική κοινωνία.
- ✓ Σε αυτό το σημείο αξίζει να γίνει ιδιαίτερη μνεία. Η ξеноφοβική αντιμετώπιση των μεταναστριών απ' τις μουσουλμανικές χώρες (λόγω της αναπτυσσόμενης ισλαμοφοβίας) καθώς και η αρνητική νοηματοδότηση της (αλβανικής) καταγωγής καταγράφηκαν στο λόγο των γυναικών. Επιπλέον, η υποβαθμισμένη κοινωνική θέση της γυναίκας-μετανάστριας και ο διπλός αποκλεισμός που υφίσταται (λόγω της διαφορετικής προέλευσης αλλά και λόγω φύλου) αναδείχθηκε τόσο από το λόγο των μεταναστριών όσο και από το λόγο της φεμινίστριας.
- ✓ Παρατηρούμε λοιπόν πως ο βαθμός συμμετοχής της γυναίκας μετανάστριας στην ελληνική κοινωνική πραγματικότητα είναι περιορισμένος (και λόγω του ρατσισμού, θεσμικού ή άτυπου που αντιμετωπίζουν). Η ελλιπής γνώση της

ελληνικής γλώσσας, η απομόνωση της στον οικιακό χώρο, το μειωμένο δίκτυο κοινωνικών επαφών, η μη συμμετοχή της γυναίκας μετανάστριας στην εργασία (ανατροφή παιδιών, ανεργία) η αδυναμία πρόσβασης της στις υπηρεσίες υγείας συνεπάγονται χαμηλής στάθμης ποιότητα ζωής σε μια χώρα που ακόμα και σήμερα «νιώθει ξένη» (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος) παρά την μακροχρόνια διαμονή.

- ✓ Η μεταναστευτική εμπειρία βιώθηκε από όλες τις συμμετέχουσες ως μια εξαιρετικά στρεσογόνα περίοδος που επηρέασε την κατάσταση της υγείας τους. Όλες οι γυναίκες κατέδειξαν το άγχος ως τον κατεξοχήν επιβαρυντικό παράγοντα. Η κάλυψη των βασικών αναγκών, η επικοινωνία, οι νέες αντιλήψεις μέχρι και οι διαφορετικές κλιματικές συνθήκες συνδέθηκαν με τη βίωση έντονου άγχους. Πολλά σωματικά συμπτώματα όπως ο πονοκέφαλος και η δύσπνοια μέχρι και η κατάθλιψη συνδέθηκαν με τις στρεσογόνες εμπειρίες της μεταναστευτικής περιόδου. Σε κάποιες περιπτώσεις η αλλαγή στην κατάσταση της υγείας παρατηρήθηκε άμεσα. Υπήρχαν όμως και περιπτώσεις που οι συνέπειες του στρες βιώθηκαν μετέπειτα όταν η ζωή οργανώθηκε «υποτυπωδώς» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία) στο νέο πολιτισμικό περιβάλλον. Έχει ενδιαφέρον πως οι απόψεις των μεταναστριών και σ' αυτό το σημείο ταυτίζονται με την άποψη της φεμινίστριας, η οποία καταδεικνύει επίσης την βίωση πρόσθετου στρες (λόγω της μετανάστευσης) ως παράγοντα που υποσκάπτει την υγεία των γυναικών που μεταναστεύουν.
- ✓ Για τις μετανάστριες το δημόσιο σύστημα περίθαλψης της χώρας μας επηρέασε τις αντιλήψεις τους αναφορικά με την προστασία και προαγωγή της υγείας τους. Αυτό συντέλεσε στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας (προληπτικές ιατρικές εξετάσεις) και στην συχνότερη αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι, για όλες τις συμμετέχουσες, καλύτερα οργανωμένο συγκριτικά με την κατάσταση που επικρατεί στην χώρα προέλευσης τους. Απέχει ωστόσο από την αντίληψη του «υγεία για όλους» (Ζίλντα, 32 ετών, Αλβανία). Άλλωστε θέματα ελλιπούς οργάνωσης και δυσλειτουργίας που αποτυπώθηκαν στο λόγο των συμμετεχουσών όπως: το 'χαοτικό' περιβάλλον των Νοσοκομείων, ο δύσκολος τηλεφωνικός προγραμματισμός των ιατρικών ραντεβού, ο χρηματισμός ορισμένων επαγγελματιών υγείας και κυρίως η σύνδεση του κοινωνικό-



οικονομικού επιπέδου με το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελούν στοιχεία που αναδεικνύουν την ύπαρξη ανισοτήτων στο δημόσιο σύστημα υγείας.

- ✓ Σε σχέση με την διαπολιτισμική ικανότητα των επαγγελματιών υγείας οι συμμετέχουσες θεωρούν ότι υπάρχει έλλειμμα. Η χρήση εξειδικευμένης ιατρικής ορολογίας σε ασθενείς που δεν κατανοούν επαρκώς την ελληνική γλώσσα, η αυστηρή έως προσβλητική στάση ορισμένων επαγγελματιών, η μηχανιστική αντιμετώπιση λόγω της κυριαρχίας της βιοϊατρικής αντίληψης του ασθενούς από τους γιατρούς μέχρι και οι ανοιχτές ρατσιστικές προσβολές λόγω διαφορετικής θρησκείας αποτέλεσαν στοιχεία που αναδείχθηκαν μέσα από το λόγο των γυναικών. Η κατάσταση περιγράφηκε με τον ίδιο τρόπο και από την φεμινίστρια-συμμετέχουσα, η οποία θεωρεί πως στην Ελλάδα το διαπολιτισμικό δίκτυο φροντίδας είναι «*ανύπαρκτο*» (Μελίνα, 32 ετών, Ελλάδα).
- ✓ Έχει ενδιαφέρον ωστόσο να σημειωθεί ότι οι μετανάστριες θεωρούν πως η έλλειψη «*κουλτούρας πρόληψης*» (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία), από την πλευρά τους και η παραμέληση των ιατρικών τους προβλημάτων (καθώς η υγεία δεν είναι η προτεραιότητα κυρίως για μετανάστριες μεγαλύτερης γενιάς) δικαιολογούν ίσως την αρνητική στάση ορισμένων γιατρών. Έτσι, ορισμένες φορές οι μετανάστριες δεν αποδίδουν ‘κακή πρόθεση’ στους γιατρούς. Άλλωστε αναφέρουν πως η ‘από κοινού’ προσπάθεια συνεργασίας οδηγεί συνήθως στα επιθυμητά αποτελέσματα.
- ✓ Οι νοηματοδοτήσεις των γυναικών για την υγεία εμπλέκουν τον άνθρωπο ως ολότητα. Για τις περισσότερες συμμετέχουσες η υγεία δεν είναι απλώς η έλλειψη ασθένειας αλλά σχετίζεται με το αίσθημα ευεξίας. Εισάγουν, έτσι, στη συζήτηση την έννοια της δυναμικής ισορροπίας ατόμου-περιβάλλοντος. Στην πλειοψηφία τους οι διατυπώσεις των γυναικών προωθούν μια ολοποιητική σύλληψη της υγείας, ενοποιούν τη σχέση ψυχής-σώματος και αναδεικνύουν την έννοια της κοινωνικής υγείας. Στο σημείο αυτό θα λέγαμε πως οι νοηματοδοτήσεις των γυναικών για την υγεία παραπέμπουν (στις περισσότερες περιπτώσεις) στην θετική αντίληψη για την

υγεία που δίνει έμφαση στους προσωπικούς και κοινωνικούς πόρους, όπως διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. (WHO, 1974).

- ✓ Αντίστοιχα οι αναπαραστάσεις των γυναικών για την υγεία αντλούνται τόσο από το κοινωνικό πεδίο όσο και από το φυσικό περιβάλλον. Η υγεία, σε δυο περιπτώσεις, αναπαρίσταται με την εικόνα ενός σπιτιού. Συνδέεται έτσι τόσο με το αίσθημα ασφάλειας και οικειότητας όσο και με την πραγματικότητα των γυναικών, δηλαδή με τα μέσα που χρειάζονται για να καλύψουν τις ανάγκες τους και κατ' επέκταση να φροντίσουν την υγεία τους. Επιπρόσθετα, οικογενειακές στιγμές από την καθημερινή ζωή που εξασφαλίζουν συναισθήματα ηρεμίας, ομορφιάς και γαλήνης επενδύουν το περιεχόμενο των αναπαραστάσεων για την υγεία. Τέλος, εικόνες από τη φύση, η αναζωογόνηση και η δροσιά συνδέονται επίσης με το περιεχόμενο της υγείας, η οποία -και πάλι- δεν απομονώνεται από το φυσικό και κοινωνικό της πλαίσιο.
- ✓ Οι προσωπικές εμπειρίες, η έννοια της θρησκευτικότητας ως ερμηνευτικό πλαίσιο της νόσου, οι πολιτισμικές ερμηνείες (από τις μουσουλμάνες συμμετέχουσες) καθώς και οι 'ορθολογικού' τύπου προσεγγίσεις της ασθένειας (από τις Αλβανίδες συμμετέχουσες) φαίνεται να καθορίζουν τις νοηματοδοτήσεις των γυναικών για το συγκεκριμένο θέμα. Οι διαφορετικές ατομικές προσεγγίσεις της καθεμιάς συνθέτουν το πάζλ των νοηματοδοτήσεων για την ασθένεια. Η κατάθλιψη με όσα συνεπάγεται (αίσθημα αβοήθητου, αδυναμία, συναισθηματική άμβλυνση, χρόνιος ψυχικός πόνος, ενοχή), η αναζήτηση νοήματος της 'θεόσταλτης' προσωπικής ασθένειας, η αποδοχή της πολιτισμικής ερμηνείας της ασθένειας (ως αναμενόμενη κατάσταση στον κύκλο της ζωής), οι θεωρήσεις για την πολυπαραγοντική φύση των ασθενειών και η προσέγγιση της ασθένειας ως διαταραχή της ισορροπίας του ατόμου με το περιβάλλον. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί πως οι γυναίκες κατατάσσονται άτυπα σε δυο ομάδες. Έτσι, οι μουσουλμάνες συμμετέχουσες είναι περισσότερο προσηλωμένες σε 'εσωτερικές' (προσωπικές και θρησκευτικές) διατυπώσεις σε σχέση με τις αλβανίδες που διατυπώνουν περισσότερο 'ορθολογιστικές' προσεγγίσεις.

- ✓ Οι αναπαραστάσεις των γυναικών για την αρρώστια ακολουθούν τα αντίστοιχα μοτίβα των διατυπώσεων για τη νοηματοδότηση, όπως αυτή περιγράφηκε παραπάνω. Έτσι, για τη συμμετέχουσα που η νοηματοδότηση πηγάζει από την προσωπική της εμπειρία, η ασθένεια αναπαρίσταται με εικόνες «τρομακτικές» (Χατιέ, 36 ετών, Τουρκία) που αφορούν το μητρικό υποκείμενο και σχετίζονται με έντονο πόνο, ακινησία και με το αίσθημα αβοήθητου. Στο λόγο της γυναίκας αυτής αποτυπώνεται ξεκάθαρα ο τρόπος με τον οποίο έχει ενδοβληθεί στον ψυχισμό η προσωπική εμπειρία της ασθένειας. Ακόλουθα, για τη συμμετέχουσα (Ναριμάν, 37 ετών, Αίγυπτος) που συνδέει το νόημα της ασθένειας με τη θρησκευτικότητα οι αναπαραστάσεις αφορούν εικόνες θρησκευτικής κατάνυξης και προσευχής. Για τη Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία) οι εικόνες που αντανακλούν τη διατάραξη της ισορροπίας (δύο χέρια που κρατούν τεντωμένη μια κλωστή, η οποία τελικά χάνει την αρχική θέση ισορροπίας της) αναπαριστούν με σαφήνεια την θεώρηση της ασθένειας ως αποτέλεσμα διατάραξης της ισορροπίας ατόμου- περιβάλλοντος. Τέλος, για τη Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) η ασθένεια προσεγγίζεται με βάση την πολυπαραγοντική φύση της και αναπαρίσταται με την εικόνα ενός ακινητοποιημένου πάσχοντα.
  
- ✓ Αναφορικά με τις αντιλήψεις των γυναικών για τα αίτια των ασθενειών παρατηρούμε πως για άλλη μια φορά οι προηγούμενες νοηματοδοτήσεις τους καθορίζουν ανάλογα τις απαντήσεις τους. Έτσι, όταν το προσωπικό βίωμα είναι κυρίαρχο η ασθένεια αποδίδεται στο άγχος και στις δυσκολίες της ζωής. Η θρησκευτική αναζήτηση νοήματος για την ασθένεια συνδέεται και με αντιλήψεις για την θεόσταλη προέλευση της που έχει διττή λειτουργία (τιμωρητική για τον “κακό” άνθρωπο αλλά και προειδοποιητική όταν δεν υφίσταται λόγος τιμωρίας). Αντίστοιχα, σύμφωνα με τις υπόλοιπες συμμετέχουσες τα αίτια των ασθενειών αποδίδονται: στην κληρονομικότητα, στην αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων (ατομικές συμπεριφορές, περιβαλλοντικοί παράγοντες κλπ) καθώς και στην ανθρώπινη υπαιτιότητα (για τις ψυχικές και μόνο ασθένειες).
  
- ✓ Εξετάζοντας, τη σχέση άγχους- ασθένειας παρατηρούμε πως οι μουσουλμάνες συμμετέχουσες θεωρούν το άγχος ως ενοχοποιητικό παράγοντα για εκδήλωση

τόσο σωματικών όσο και ψυχικών ασθενειών. Από την άλλη πλευρά, οι συμμετέχουσες από την Αλβανία θεωρούν ότι το άγχος δεν έχει αποκλειστικά αρνητική λειτουργία. Ωστόσο, αναγνωρίζουν ότι το άγχος επιταχύνει την γενετική προδιάθεση και συνιστά πρόβλημα μόνο στην περίπτωση που κατακλύζει τον ψυχισμό. Εισάγουν, επίσης στον προβληματισμό τους την σημασία της προσωπικής στάσης που διαφοροποιεί τις αντιδράσεις απέναντι στο άγχος.

- ✓ Μιλώντας για την ασθένεια ως οικογενειακό βίωμα όλες οι συμμετέχουσες αναφέρονται σε περιστατικά καρκίνου. Η αρρώστια των αγαπημένων προσώπων φαίνεται να κινητοποιεί, για τις γυναίκες, διαδικασίες αξιολόγησης της ζωής που πέρασε και να συνδέεται με ανησυχία για τη ζωή στο μέλλον μετά την απώλεια αγαπημένου προσώπου. Οι αντιλήψεις τους για την ασθένεια, όπως περιγράφηκαν παραπάνω, ήταν παρούσες και στην βίωση περιστατικών ασθένειας στην οικογένεια. Έτσι, ο καρκίνος του πατέρα ενισχύει για τη Χατιέ (36 ετών, Τουρκία) την αίσθηση ανημποριάς και αβοήθητου που συνδέονται με την κατάθλιψη της. Επίσης, η αλλαγή στην εικόνα του πατρικού σώματος και ο φόβος της επικείμενης απώλειας του πατέρα σηματοδοτούν μια νέα αλλαγή στη ζωή της. Αντίστοιχα, και για τη Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) ο καρκίνος του πατέρα της πυροδοτεί διαδικασίες διαπραγμάτευσης της ζωής που πέρασε αναζητώντας και σ' αυτή την περίπτωση το νόημα της 'θεόσταλτης' ασθένειας. Ακόλουθα για τη Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία) ο καρκίνος της θείας της κλονίζει τις πεποιθήσεις της αναφορικά με το μέχρι-τότε «υγιές σόι» της. Άλλωστε οι αντιλήψεις της για την κληρονομική αιτιολογία των ασθενειών την κάνει να ανησυχεί για το μέλλον της οικογένειας της. Εκείνο, που παρατηρήθηκε είναι πως η αναφορά σε τρίτα πρόσωπα φαίνεται να διευκολύνει περισσότερο τις γυναίκες να εκφράζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους και να 'ξεδιπλώνουν' τις ανησυχίες τους.
- ✓ Αναφορικά με τη νοηματοδότηση του πόνου παρατηρούμε πως όλες οι γυναίκες αποδίδουν θετικό περιεχόμενο στη λειτουργία του. Για τις συμμετέχουσες η προειδοποιητική φύση του πόνου κινητοποιεί το άτομο για την αναζήτηση κατάλληλης ιατρικής φροντίδας καθώς και στην επικέντρωση της προσοχής στον εαυτό.

- ✓ Ο πόνος ως προσωπικό βίωμα των γυναικών δεν συνδέεται με τη σωματική του διάσταση και με την ασθένεια. Αλλά οι συμμετέχουσες φαίνεται να δίνουν άλλη διάσταση στη βίωση του πόνου σε σχέση με τον τυπικό του ορισμό<sup>21</sup>. Έτσι, η εμπειρία της κακοποίησης για τη Χατιέ (36 ετών, Τουρκία), ο χωρισμός της Ζίλντα (32 ετών, Αλβανία), η μετάβαση σε μια νέα περίοδο της ζωής για τη Μπέτυ (26 ετών, Αλβανία), η δύσκολη καθημερινότητα της Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) αποτελούν καταστάσεις όπου ο πόνος είναι η κυρίαρχη αίσθηση.
- ✓ Μέσα από τις αναπαραστάσεις των γυναικών για τον πόνο αναδεικνύονται οι ξεχωριστές ερμηνείες που αποδίδουν οι συμμετέχουσες στον πόνο. Οι αναπαραστάσεις τους που αντλούνται από την προσωπική τους εμπειρία σχετίζονται: με ψυχο-τραυματικές εμπειρίες κακοποίησης, με την εμπειρία του τοκετού, αλλά και περιστατικά ασθένειας στην οικογένεια. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί πως για μια συμμετέχουσα μια ασυνείδητη ερωτικό-μαζοχιστική φαντασίωση αποτέλεσε τον πυρήνα της δικής της αναπαράστασης.
- ✓ Οι περισσότερες συμμετέχουσες θεωρούν ότι ο πόνος είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τη γυναικεία φύση. Ειδικότερα, αναφέρουν πως το γυναικείο σώμα ‘δοκιμάζεται’ κάθε μήνα από τους πόνους της περιόδου για να προετοιμαστεί για την αποστολή της γυναίκας, δηλαδή για τη μητρότητα. Επισημαίνουν ακόμα πως ο πόνος προετοιμάζει την γυναίκα για τις δυσκολίες της ζωής, στις οποίες πρέπει να είναι δυνατή και ανθεκτική. Ωστόσο μόνο μια συμμετέχουσα δεν συμεριζεται τις παραπάνω στερεοτυπικές αντιλήψεις του φύλου. Θεωρεί πως η σύνδεση του πόνου με το γυναικείο σώμα νομιμοποιήθηκε σε πρώτη φάση από τη θρησκεία μέσω του προπατορικού αμαρτήματος και στη συνέχεια έγινε κοινωνική επιταγή. Ανάλογη είναι και η θεώρηση της φεμινίστριας συμμετέχουσας, σύμφωνα με την οποία η θρησκεία «σε αγαστή συνεργασία» (Μελίνα, 32 ετών, Ελλάδα) με τον κρατικό έλεγχο έθεσε το γυναικείο κορμί στη διάθεση των κοινωνικών απαιτήσεων (πόνος στη μητρότητα, ανθεκτικότητα στις δυσκολίες της ζωής).
- ✓ Συνδέοντας τον πόνο με τη σεξουαλική εμπειρία οι περισσότερες συμμετέχουσες θεωρούν πως η σωματική ένταση του πόνου σ’ αυτές τις εμπειρίες είναι

<sup>21</sup> “Δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με εγκατεστημένη ή επαπειλούμενη ιστική βλάβη ή περιγράφεται σε σχέση με μια τέτοια βλάβη” (IASP, 1979)

περιορισμένη. Ειδικότερα, όταν η σεξουαλική εμπειρία πλαισιώνεται από έρωτα, αγάπη και σεβασμό στο γυναικείο κορμί συνιστάται μια από τις όμορφες εμπειρίες της ζωής. Εξαιρέση εδώ αποτελεί η συμμετέχουσα από την Αίγυπτο, η οποία θεωρεί ότι η κλειτοριδοεκτομή στην οποία υποβλήθηκε καθόρισε την μετέπειτα σεξουαλικότητα της με αποτέλεσμα να μην συνδέεται με ηδονή αλλά με πόνο.

- ✓ Τέλος, διερευνώντας την ύπαρξη πολιτισμικών πρακτικών συνδεδεμένων με τη βίωση πόνου παρατηρούμε πως οι απαντήσεις των γυναικών είναι μοιρασμένες. Έτσι, οι συμμετέχουσες από την Αλβανία θεωρούν αφενός ότι τέτοιου είδους πρακτικές εκλείπουν από τη χώρα τους και αφορούν άλλους «απολίτιστους» λαούς (Μπέτυ, 26 ετών, Αλβανία). Αφετέρου δηλώνουν πως θα αδιαφορούσαν απέναντι σε τέτοιου είδους πολιτισμικές απαιτήσεις ακόμα και αν προβλέπονταν. Μέσα από τις διατυπώσεις τους φαίνεται να θεωρούν τη δυτική ιατρική ως μια αποϊδεολογικοποιημένη, ‘αντικειμενική’ και πολιτισμικά ουδέτερη επιστήμη. Παράλληλα φαίνεται να υποτιμούν τις ‘μη ορθολογικές’ πρακτικές των άλλων (μη δυτικών) πολιτισμών.

Οι μουσουλμάνες συμμετέχουσες αναφέρονται στις τελετουργικές πρακτικές της ανδρικής περιτομής και της γυναικείας κλειτοριδοεκτομής. Η ανδρική περιτομή θεωρείται από τη μια πλευρά επιβεβλημένο θρησκευτικό καθήκον που συνδέεται με την τήρηση της υγιεινής. Ενώ από την άλλη πλευρά θεωρείται ιεροτελεστία μετάβασης μέσω της οποίας το ανώριμο σώμα του αγοριού εισάγεται στον κόσμο των ενηλίκων. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί πως η Ναριμάν (37 ετών, Αίγυπτος) μιλώντας για τη δική της εμπειρία κλειτοριδοεκτομής αποστασιοποιείται (για πρώτη φορά) από τις θρησκευτικές και από τις στερεοτυπικές της αντιλήψεις. Θεωρεί πως η λειτουργία της κλειτοριδοεκτομής στοχεύει στη μείωση της γυναικείας σεξουαλικής επιθυμίας και συνιστά βασανιστήριο.

## 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η υγεία και η ασθένεια δεν είναι απλώς βιολογικά καθορισμένα φαινόμενα αλλά κοινωνικά προσδιορισμένες καταστάσεις δεδομένου ότι δεν σχετίζονται μόνο με αλλαγές στη φυσιολογία του ατόμου αλλά επηρεάζονται από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει πως η προσέγγιση της συγκεκριμένης ομάδας-στόχου δεν μπορεί να απομονώσει από το πεδίο της μελέτης της την επίδραση των κοινωνικό-οικονομικών και πολιτισμικών μεταβλητών στη νοσηματοδότηση της υγείας και της ασθένειας. Οι μετανάστριες, που ζουν νόμιμα εδώ και πολλά χρόνια στη χώρα μας, αντιμετωπίζουν ποικίλες δυσκολίες που σχετίζονται με τη υποβαθμισμένη κοινωνική τους θέση. Η δυσμενής θέση στην οποία βρίσκονται είναι προϊόν του διπλού αποκλεισμού που υφίστανται τόσο λόγω της διαφορετικής προέλευσης όσο και λόγω του φύλου τους. Σε αντίστοιχες διατυπώσεις έχει καταλήξει η Remennick, (2005), συνδέοντας τις εθνοτικές προκαταλήψεις και την κοινωνική απομόνωση που υφίσταται η γυναίκα μετανάστρια με την μειωμένη συμμετοχή της στις κοινωνικές διαδικασίες της χώρας υποδοχής.

Ακόλουθα, η μεταναστευτική εμπειρία φαίνεται να βιώθηκε από όλες τις συμμετέχουσες ως μια εξαιρετικά στρεσογόνα περίοδος της ζωής τους που σηματοδότησε αλλαγές στην κατάσταση της υγείας τους (από σωματικές ενοχλήσεις μέχρι εκδήλωση κατάθλιψης). Στη βίωση έντονου στρες από τους μετανάστες αναφέρονται και τα αποτελέσματα ποικίλων ερευνών ( Κατέρη & Καραδήμας, 2009, Σπανέα& Καλαντζή, 2006, Cruz et al 2010). Η ανυπαρξία κατάλληλα οργανωμένου διαπολιτισμικού δικτύου φροντίδας και η βίωση θεσμικού ρατσισμού από ορισμένους επαγγελματίες υγείας σε συνδυασμό με το χαμηλό τους κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο συνεπάγεται περιορισμούς στην αναζήτηση κατάλληλης ιατρικής φροντίδας. Αντίστοιχα, σε μια έρευνα των Chun-Chung Chow και συν (2003) που μελετά την επίδραση των εθνοτικών/φυλετικών διαφορών στην χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας αναδείχθηκαν ανισότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που συνδέθηκαν με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (και ότι αυτό συνεπάγεται).

Ωστόσο, παρά την ύπαρξη ανισοτήτων (όπως αναδείχθηκε από τον λόγο των συμμετεχουσών) ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα επιτρέπει την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας. Η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες

υγείας σηματοδοτεί την αλλαγή των στάσεων τους απέναντι σε θέματα υγείας και την πιο συχνή υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών. Το παραπάνω ερευνητικό αποτέλεσμα φαίνεται να βρίσκεται σε συμφωνία με τις διατυπώσεις της ευρωπαϊκής έρευνας για την μετανάστευση και την υγεία (2006). Ειδικότερα, από τη συγκεκριμένη έρευνα έχει καταδειχθεί ότι η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, εκτός του ότι αποτελεί σημαντικό δείκτη κοινωνικής ένταξης, διευκολύνει την προστασία και την προαγωγή της υγείας του μεταναστευτικού πληθυσμού.

Ακόλουθα, από την διερεύνηση των νοηματοδοτήσεων των γυναικών για την υγεία, την ασθένεια και τον πόνο προέκυψαν πολύ ενδιαφέροντα ευρήματα. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε ότι οι νοηματοδοτήσεις των γυναικών για την υγεία στηρίζονται σε ολοκληρωτικές θεωρήσεις που προωθούν την αντίληψη του ανθρώπου ως ολότητα που βρίσκεται σε διαρκή και δυναμική αλληλεπίδραση τόσο με το κοινωνικό όσο και με το φυσικό περιβάλλον. Σε αντιστοιχία με τα ερευνητικά μας ευρήματα βρίσκονται τα αποτελέσματα της έρευνας Meadows και συν (2001), από την οποία προέκυψαν ότι οι μετανάστριες τείνουν να νοηματοδοτούν την υγεία με ολιστικό τρόπο. Επίσης, από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι οι ολοκληρωτικές αντιλήψεις των γυναικών είναι παρούσες και στην κοινωνική αναπαράσταση της υγείας, η οποία επενδύεται με αντίστοιχα ερεθίσματα του κοινωνικού πεδίου και του φυσικού περιβάλλοντος.

Αντίστοιχα, στις νοηματοδοτήσεις των γυναικών για την ασθένεια παρατηρήθηκε ότι τόσο οι προσωπικές τους εμπειρίες όσο και οι πολιτισμικές τους αναφορές (διαφορετικές πολιτισμικές ερμηνείες της ασθένειας) παίζουν καθοριστικό ρόλο. Μάλιστα, έχει ενδιαφέρον πως γύρω από τις νοηματοδοτήσεις των γυναικών για την ασθένεια δομούνται άτυπα, με βάση τα πολιτισμικά τους χαρακτηριστικά, δυο ομάδες. Έτσι, παρατηρήθηκε πως οι μουσουλμάνες συμμετέχουσες εκφράζουν πιο “εσωτερικές” διατυπώσεις (που αντλούνται από την προσωπική εμπειρία και από τις εσωτερικευμένες πολιτισμικές ερμηνείες) ενώ οι αλβανίδες συμμετέχουσες διατυπώνουν ερμηνείες “πιο αποστασιοποιημένες” από το προσωπικό τους βίωμα και εκφράζουν έως και “ορθολογικού” τύπου διατυπώσεις για την ασθένεια που εστιάζονται στην εγκυρότητα της αποϊδεολογικοποιημένης (γι’ αυτές) ιατρικής επιστήμης. Τα μοτίβα που ακολουθούν οι συμμετέχουσες για την ερμηνεία της ασθένειας δομούν ανάλογα και το περιεχόμενο των κοινωνικών τους αναπαραστάσεων. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι από τα



παραπάνω αποτελέσματα αναδεικνύεται η σημασία των πολιτισμικών επιδράσεων στον τρόπο που βιώνονται οι προσωπικές εμπειρίες στο πλαίσιο ενός συγκεκριμένου πολιτισμού. Όπως υποστηρίζεται από τον Τούντα (2007) το πολιτισμικό πλαίσιο επιδρά στην έκφραση των συναισθημάτων, στη μορφή και στο περιεχόμενο των ανθρώπινων σχέσεων, στην αντιμετώπιση της ζωής και του θανάτου αλλά και στη θεώρηση της υγείας και της αρρώστιας.

Αναφορικά με τη λειτουργία του πόνου μέσα από το λόγο των γυναικών αναδείχθηκε η αντίληψη για το θετικό περιεχόμενο του πόνου, ως προειδοποιητικό σημάδι που κινητοποιεί το άτομο είτε για δράση (περαιτέρω διερεύνηση) είτε για επικέντρωση της προσοχής στον εαυτό. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, για το κάθε μεμονωμένο άτομο, ο πόνος συνιστά ένα δυσάρεστο υποκειμενικό αίσθημα που ερμηνεύεται τόσο βάση των ατομικών χαρακτηριστικών όσο και των πολιτισμικών του αναφορών. Ειδικότερα, όπως υποστηρίζει ο Τούντας (2007) οι αντιλήψεις για τον πόνο διαμορφώνονται βάση της φύσης και της έντασης αυτού καθαυτού του ερεθίσματος όσο και από τις πολιτισμικές επιρροές του πλαισίου που εγγράφεται αυτό το ερέθισμα.

Ακόλουθα, μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι νοηματοδοτήσεις των συμμετεχουσών για τον πόνο. Συγκεκριμένα, ο πόνος, ως προσωπικό βίωμα, δεν συνδέεται με τη σωματική του διάσταση και με την ασθένεια. Αντίθετα, οι συμμετέχουσες φαίνεται να δίνουν μια διαφορετική διάσταση στη βίωση του πόνου σε σχέση με τον επιστημονικό του ορισμό. Έτσι, η αναφορά σε ψυχο-τραυματικές καταστάσεις, σε μεταβατικές φάσεις της ζωής καθώς και σε ερεθίσματα από τη δύσκολη καθημερινότητα τροφοδοτούν τις ξεχωριστές ερμηνείες των γυναικών. Αντίστοιχα, στις κοινωνικές αναπαραστάσεις του πόνου κυριαρχεί η προσωπική εμπειρία (περιστατικά κακοποίησης, περιστατικά ασθένειας στην οικογένεια, η εμπειρία του τοκετού) αλλά και (η ασυνείδητη) φαντασιακή ζωή.

Επιπρόσθετα, στο λόγο των συμμετεχουσών αναδεικνύεται η σύνδεση του πόνου με την γυναικεία φύση. Στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες θεωρούν ότι ο γυναικείος πόνος έχει διττή λειτουργία. Πρακτικά τον συνδέουν με την “αποστολή της γυναίκας” δηλαδή τη μητρότητα και συμβολικά με την ανθεκτικότητα που θα πρέπει να έχει η γυναίκα απέναντι στις δυσκολίες της ζωής. Όσον αφορά την εμπειρία του τοκετού, η πλειοψηφία των γυναικών αναφέρεται σε μια θετική εμπειρία (παρ’ ότι επώδυνη) της προσωπικής τους

ιστορίας, νιώθοντας ότι πραγματώνουν το σκοπό τους (την γυναικεία αποστολή), δηλαδή τη μητρότητα. Αντίστοιχα από την έρευνα της Wilson (1995) έχει καταδειχθεί ότι η “στωική” αντιμετώπιση του πόνου και κατ’ επέκταση η ανάλογη διαχείριση καταστάσεων ασθένειας συνδέεται άμεσα με τους ρόλους του φύλου, με τους οποίους είναι επιφορτισμένες οι γυναίκες.

Ακόλουθα, μιλώντας για τη σεξουαλικότητα οι συμμετέχουσες πλειοψηφικά θεωρούν ότι η σεξουαλική εμπειρία που πλαισιώνεται με έρωτα, αγάπη και σεβασμό στο γυναικείο σώμα συνιστά μια από τις ωραιότερες εμπειρίες ζωής και η αίσθηση του πόνου είναι ήσσονος σημασίας. Ωστόσο, όταν πάνω στο γυναικείο σώμα εγγράφονται “πολιτισμικές” απαιτήσεις, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της κλειτοριδοεκτομής (στην οποία έχει υποβληθεί μια συμμετέχουσα), η ηδονή και η ευχαρίστηση αποσυνδέονται από την σεξουαλική εμπειρία και αντικαθίστανται σταθερά και μακροχρόνια από βίωση πόνου. Σύμφωνα, με την Σαχπασίδη (2005) η κλειτοριδοεκτομή, ως τελετουργική-πολιτισμική διαδικασία συνδέεται με τον καθορισμό της πολιτισμικής και της κοινωνικής ταυτότητας και της ταυτότητας του φύλου. Άλλωστε, η εφαρμογή της κλειτοριδοεκτομής σε κοινωνίες με έντονα πατριαρχικό χαρακτήρα στοχεύει, κατά κύριο λόγο, στον έλεγχο της γυναικείας σεξουαλικότητας. Η αποσύνδεση της ηδονής από την σεξουαλική ζωή, η μείωση της σεξουαλικής διάθεσης και κατ’ επέκταση ο έλεγχος της ‘γυναικείας’ απιστίας που επιτυγχάνεται μέσω της κλειτοριδοεκτομής αναδεικνύουν με τον πιο καθοριστικό τρόπο την εγγραφή των κοινωνικών απαιτήσεων πάνω στο γυναικείο σώμα..

Διερευνώντας σ’ αυτό το σημείο τις πολιτισμικές πρακτικές που συνδέονται με πόνο, παρατηρήθηκε και πάλι η ύπαρξη των δυο άτυπων ομάδων. Έτσι, οι μουσουλμάνες συμμετέχουσες αναφέρονται στις τελετουργικές πρακτικές ακρωτηριασμού των γεννητικών οργάνων (περιτομή και κλειτοριδοεκτομή) αποτυπώνοντας τα σημαινόμενα των πρακτικών αυτών, ενώ οι αλβανίδες συμμετέχουσες τις απορρίπτουν ως πρακτικές ‘των άλλων, απολίτιστων λαών’ του μη δυτικού κόσμου.

Ολοκληρώνοντας, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η παρούσα εργασία δε φιλοδοξεί, ούτε δύναται να είναι εξαντλητική σε πολλά ζητήματα αλλά σκιαγραφεί, σε γενικές γραμμές, πτυχές που θα μπορούσαν να αναδειχθούν σε νέα ερευνητικά θέματα με αξιώσεις εξαγωγής, μέσα από την πληρέστερη και πιο διεξοδική διερεύνηση, γενικευμένων συμπερασμάτων. Αξιοποιώντας τα ερευνητικά πορίσματα της παρούσας μελέτης θα

μπορούσαν να διατυπωθούν προτάσεις για μελλοντικές έρευνες. Ειδικότερα, θα είχε ενδιαφέρον να διερευνηθούν μελλοντικά από αντίστοιχες έρευνες τα ακόλουθα θέματα (παρατίθενται ενδεικτικά): η διερεύνηση του επίπεδου των κοινωνικών ανισοτήτων και των επιπτώσεων τους στην υγεία των μεταναστών/μεταναστριών λαμβάνοντας υπόψη τη διάσταση του φύλου. Επιπλέον ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η περαιτέρω διερεύνηση των αντιλήψεων για την υγεία και την ασθένεια ανάμεσα σε μετανάστες/μετανάστριες πρώτης και δεύτερης γενιάς. Τέλος, θα ήταν επίσης χρήσιμο να μελετηθούν τα πολιτισμικά σημαινόμενα της ασθένειας και του πόνου στους μετανάστες και στις μετανάστριες των χωρών με τη μεγαλύτερη πληθυσμιακή συγκέντρωση στη χώρα μας, προς την κατεύθυνση της διαπολιτισμικής κατανόησης και της προσαρμογής του συστήματος υγείας στις ανάγκες μιας πολυπολιτισμικής κοινωνίας, όπως είναι πλέον η ελληνική κοινωνία.



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

**Αγοραστάκης Γ.** (2004). «Οικονομικοί μετανάστες στην Ελλάδα.». Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.istologos.gr/2008-06-23-10-18-00/2008-06-19-08-44-13/109--a->

**Αϊβάζογλου, Μ. Παπαντωνίου, Χ.** «Η γυναικεία μετανάστευση στην Σύγχρονη Ευρώπη». Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: [http://extras.ha.uth.gr/g-m/ln2/paper\\_01.asp](http://extras.ha.uth.gr/g-m/ln2/paper_01.asp)

**Αλεξίου, Θ.** (1998): «Η υγεία ως μηχανισμός κοινωνικής πειθάρχησης». Ουτοπία, 71-84.

**Altrichter, H., Posch, P. & Somekh, B.** (2001): «Οι εκπαιδευτικοί ερευνούν το έργο τους». Αθήνα: Μεταίχμιο

**Αντωνάκη Κ., Χαλκιαδάκη Α, Χοχλιδάκη Κ.** (2009): Σύγκριση του Κοινωνικού Κεφαλαίου Μεταξύ Ελληνίδων και Αλλοδαπών Εγκύων Γυναικών. ΑΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής.

**Αποστολοπούλου Δ, Παπαματθαϊάκη Π** (2009): Το μέγεθος της ικανοποίησης των ασθενών και των συνοδών-συγγενών αυτών από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. ΑΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής.

**Arthurs G,** (2010): ‘*Pain and Culture*’. Sri Lankan Journal of Anaesthesiology 18(1): 42-44

**Bailis Daniel S., Alexander Segall, Judith G. Chipperfield** 2003: ‘*.Two views of self-rated general health status*’. Social Science & Medicine, vol. 56 pp.203.217

**Βαρθολομαίος, Α.Α** (2002): «Σύγχρονες Προοπτικές της Παθολογικής Ανατομικής και της Ιατρικής Ανθρωπολογίας μέσα από το έργο του Rudolph Virchow». Αρχεία Παθολογικής Ανατομικής, 16(3): 136-140.

**Blazer, D** (1981): ‘*Social Support and Mortality in an Elderly Community Population.*’ American Journal of Epidemiology.

**Blaxter, M. (1989):** ‘*A comparison of measures of inequality*’. In Fox, J. (ed.) *Health Inequalities In European Countries*. Gower, Oxfordshire: p.p.199-230

**Bryman, A. (2001):** ‘*Social Research Methods*’, Οξφόρδη: Oxford University Press

**Γεωργούλας, Σ. (2003):** «*Το Νομικό Πλαίσιο της Μεταναστευτικής Πολιτικής στην Ελλάδα τον 20<sup>ο</sup> αιώνα - μια, Ιστορική, Κριτική Οπτική*». Στο ΚΕΚΜΟΚΟΠ (2003), (επιμ.) Κασιμάτη, Κ. *Πολιτικές μετανάστευσης και Στρατηγικές Ένταξης*, Αθήνα: Gutenberg (σ. 91-119)

**Γιαννούλης, Π (2008):** «*Οι εθελοντές δάσκαλοι του Κυριακάτικου Σχολείου Μεταναστών*». Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Αθήνα.

**Γιωτοπούλου Α, Γεωργοσοπούλου Ε, Παπαθανασίου Α και συν. (2010):** «*Το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό των αντιλήψεων του γενικού πληθυσμού για τη σχέση διατροφής με τις καρδιαγγειακές παθήσεις*». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5): 793-802

**Chun-Chung Chow J, Jaffee K, Snowden L (2003):** ‘*Racial/Ethnic Disparities in the Use of Mental Health Services in Poverty Area*’. American Journal of Public Health, vol. 93, 5:792-797

**Creswell, J. W. (1994).** *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*. London: Sage

**Cruz, I., Serna, C., Real, J., Rue, M., Soler, J., Galvan, L. (2010):** ‘*Comparison of consumption of antidepressants in the immigrant and native populations in a Spanish health region: an observational study*’. BMC Public Health, 10:255

**Denzin, N. & Lincoln, Y. (1998):** ‘*Strategies of Qualitative Inquiry*’. Λονδίνο: Sage Publications.

**Ευρωπαϊκή Έρευνα για την Μετανάστευση και την Υγεία (2006):** Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Διαθέσιμη στο δικτυακό τόπο:

[http://www.esdy.edu.gr/files/006\\_Koinoniologias/European%20Research%20Migrants.pdf](http://www.esdy.edu.gr/files/006_Koinoniologias/European%20Research%20Migrants.pdf)

**Faulkner, D., Swann, J., Baker, S., Bird, M., Carty, J. (1999).** «*Εξέλιξη του Παιδιού στο Κοινωνικό Περιβάλλον – Εγχειρίδιο Μεθοδολογίας*». Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

**Giddens, A (2002):** Κοινωνιολογία. Αθήνα: Gutenberg.

**Hellman C. (1994):** ‘‘Culture, health and illness: An introduction for health professionals.’’ Oxford: Butterworth-Heinemann

**Hitchcock, G. & Hughes, D. (1989).** «*Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research*», Λονδίνο, Routledge.

**Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ (2001):** Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα. Αθήνα: Παπαζήση

**Θεοφίλου, Π (2010):** «*Η ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: Έννοια και Αξιολόγηση*». Ε-Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας: 43-53

**ΙΝΕ-ΓΣΕΕ (2009):** « *Η ελληνική Οικονομία και η Απασχόληση - Ετήσια Έκθεση 2009*». Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ

**ΙΜΕΠΟ (2007):** «Αναλυτική Μελέτη για τις Επιπτώσεις του Μεταναστευτικού Φαινομένου στην Κοινωνική Ασφάλιση», Διαθέσιμη στην ιστοσελίδα: <http://www.imepo.gr/ClientFiles/documents/epiptoseisAigaiouMentoring.pdf>

**Καδδά, Α (2009):**« *Ο ρόλος των παραγόντων του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία-ασθένεια*». Ιατρικό Βήμα

**Καραδήμας, Ε. (2005):** Ψυχολογία της υγείας, Αθήνα. Τυποθήτω

**Κατέρη Ε, Καραδήμας Ε (2009):** «*Η επίδραση της κατασκευής του εαυτού στον επιπολιτισμό Αλβανών και Ινδών μεταναστών στην Ελλάδα: οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.*» Ψυχολογία, 16 (3), 302-320.

**Καψάλης, Α (2003):** «*Εθνική Έκθεση για τον Κοινωνικό Αποκλεισμό και την Υγεία των Μεταναστών*». Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας των μεταναστών.

Διαθέσιμο στο: <http://mighealth.net/el/index.php>

**ΚΕΘΙ (2007):** «*Η γυναικεία μετανάστευση στην Ελλάδα*». Διαθέσιμη στην ιστοσελίδα: [http://www.immigrantwomen.gr/portal/images/ektheseis/gynaikeia\\_metanasteusi.pdf](http://www.immigrantwomen.gr/portal/images/ektheseis/gynaikeia_metanasteusi.pdf)

**Klimidis, S., Stuart, G., Minas, I.H., & Ata, A.W. (1994):** “ *Immigrant status and gender effects on psychopathology and self-concept in adolescents: A test of the migration morbidity hypothesis*”. *Comprehensive psychiatry*, 35. 393-404

**Krippendorff, K. (1985):** “*Content Analysis: an introduction to its methodology*”. Λονδίνο: Sage Publications.

**Κριτσωτάκης, Γ, Μαϊόβης, Π και συν. (2009):** «*Ατομική και οικολογική επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στους δείκτες Υγείας. Η περίπτωση του Κοινωνικού Κεφαλαίου*». *Αρχεία, Ελληνικής Ιατρικής*, 26(4):523-535.

**Κουλιεράκης, Γ. (2009):** « *Η ανθρώπινη συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια*», *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*.

**Διαθέσιμο:**[http://www.nsph.gr/Files/FileManager/Psihologia\\_ygeias/Notes/1h\\_imeras/Note\\_s%20Health%20Behaviours\\_GR.pdf](http://www.nsph.gr/Files/FileManager/Psihologia_ygeias/Notes/1h_imeras/Note_s%20Health%20Behaviours_GR.pdf)

**Κούτα Χ, (2007):** « *Υγεία και Κουλτούρα*». *Νοσηλευτική*, 46(2):176-180

**Κούτρα Κ, Ευλαμπίδου Η, Ρουμелиωτάκη Θ, Κούτης Α, Φιλαλήθης (2010):** «*Μετανάστριες μητέρες και υποκειμενική αντίληψη της υγείας*». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27 (1):78-87.

**Κυριακόπουλος Γ, Τσιάντου Β (2010):** «*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την περίθαλψη*». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5):834-840

**Lopez-Gonzalez L, Aravena, VC, Hummer, RA. (2005):** “*Immigrant acculturation, gender and health behaviour*”: A research note. *Soc. Forces*, 84:581–593

**Μαντόγλου, Α & Παπαστάμου, Σ (1995):** «*Κοινωνικές Αναπαραστάσεις*», Αθήνα, εκδόσεις: Οδυσσέας.

**Mc Kinley J. M, (1979):** “*Epidemiological and Political Determinants of Social Policies Regarding the Public Health*”. *Soc. Sci. Med*, 13, App: 541-7

**Meadows, LM, Truston, WE, Melton, CH. (2001):** “*Immigrant women’s health*”. *Soc Sci Med*, 52:1451–1458



**Moser, C.A., & Kalton, G. (1971):** ‘*Survey Methods in Social Investigation. London: Heinemann*’ στο Bassey, M. (1981). *Pedagogic Research. Oxford Review of Education*

**Μόττη-Στεφανίδη, Φ., Τάκης, Ν., Παυλόπουλος, Β., & Masten, A. (2008):** «Ψυχική ανθεκτικότητα, μετανάστευση και εφηβεία». στο Τζ. Καβουνίδη, Β. Καρύδης, Η. Νικολακοπούλου-Στεφάνου, & Μ.-Γ. Λίλυ Στυλιανούδη (Επιμ.), *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες - Πολιτικές - Προοπτικές* (Τόμ. Β, σελ. 162-177). Αθήνα: ΙΜΕΠΟ

**Μουσουρού, Μ. Λουκία. (1991):** «*Μετανάστευση και μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη*», Κοινωνιολογική και Ανθρωπολογική Βιβλιοθήκη, Αθήνα: Gutenberg.

**Νάκου Σ, (2001):** «*Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας*». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):254-266

**Newberg, A.B & Lee, B.Y (2006):** ‘*The relationship between religion and health.*’ Στο McNamara P. ‘*Where God and Science Meet: The Psychology of religious experience*’. 35-66, London: Praeger

**Nies M, McEven M. (2001):** Κοινοτική Νοσηλευτική. Αθήνα, Λαγός, 211-212

**Ντάλα Μ, Καραδήμας Β & Πράπας Χ (2004):** «*Μετανάστευση και ψυχική υγεία σε μετανάστες από την Αλβανία και παλινοστούντες από την πρώην Σοβιετική Ένωση*». Τετράδια Ψυχιατρικής, 87, 103-113

**Παλτόγλου Ε, Τράντα Ε (2009):** «*Πολιτισμικές Διαφοροποιήσεις στην υγεία: Μελέτη αναγκαιότητας προσαρμογής των λειτουργιών υγείας σ’ ένα πολιτισμικό περιβάλλον.*» Πρακτικά Συνεδρίου «Κοινωνία και Υγεία». Σύνδεσμος Κοινωνιολόγων Κύπρου. Διαθέσιμο: <http://www.sociology.org.cy/pdfs/Paltoglou%20Tranta%20gr.pdf>

**Παπαγεωργίου, Β (2008):** Η βίωση της ετερότητας και η διαχείριση της πολιτισμικής διαφοράς. Η περίπτωση των μεταναστών από την Αλβανία. ο.π. Στο: «*Η μετανάστευση στην Ελλάδα. Εμπειρίες- Πολιτικές-Προοπτικές*», τόμος Β’, Αθήνα, ΙΜΕΠΟ σελ 220-235

**Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1999):** Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

**Παπαστυλιανού Α (2008):** «Πολυπολιτισμική Συμβουλευτική και θεραπεία σε γυναίκες μετανάστριες. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και δεξιότητες». Ψυχολογία, 15 (1), 90-118.

**Πολάκη, Ο, Σκαπινάκης, Π, Νιάκας, Δ.(2007):** «Η σχέση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(3):224–231.

**Πράπα, Π & Φακή, Μ. (2008):** « Η θεωρητική προσέγγιση της έννοιας της υγείας»  
Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: [http://www.iatrikionline.gr/Respiratory\\_51/11.pdf](http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_51/11.pdf)

**Redicor E, de Mateo S, Gutierrez-Fisac J.L, Fernandez de la Hoz K, Rodriguez C., (1996):** ” Socioeconomic differences in the use and the accessibility of health care services in Spain”, Med. Clin, 107(8):285-288

**Remennic, L (2005):** “ Immigration, Gender and Psychosocial Adjustment: A Study of 150 Immigrant Couples in Israel”.Sex Roles,.53:847-863

**Ρήγα, Α.Β (1997):** « Καρκίνος: από τη μητέρα στην κόρη η δυναμική της επανάληψης», Αθήνα, εκδόσεις: Μαυρομάτη

**Ρήγα, Α.Β (2005):** «Μαρία Τ.: Ιστορία Ζωής: Ψυχογραφική Προσέγγιση: Μελέτη Περίπτωσης», Αθήνα, εκδόσεις: Παπαζήση

**Robson, C. (1993):***Real World Research*, Οξφόρδη, Blackwell.

**Rubel, A.J, O'Nell C.W, Collado-Ardon R (1984):** “*Susto, a Foil-Illness* ” Berkeley, University of California Press.

**Saltman R, Figueras J, (1997):** “*European health care reform. Analysis of current strategies*”, WHO, Copenhagen.

**Σαργέντης, Ι (2006):** «Μετανάστευση και Ψυχική Υγεία» Διαθέσιμο στο:  
[comet.cti.gr/equal/images/forum14/eisigiseis/metanastefsi.doc](http://comet.cti.gr/equal/images/forum14/eisigiseis/metanastefsi.doc)

**Σαρρής Μ, Σούλης, Σ και Υφαντόπουλος, Γ (2001):** «Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 230-238.

- Σαρρής, Μ (2001):** Η Κοινωνιολογία της υγείας και της ποιότητας ζωής. Αθήνα: Παπαζήσης
- Σαρρής Μ, Χρυσάκης, Μ και Σούλης Σ (2002):** « *Ανισότητες στην Υγεία: Μια κριτική προσέγγιση*». Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 19(6):672-687
- Σαχπασίδη Χ, (2005):** «Αυτοβασανισμός, θρησκεία, πολιτική». **Διαθέσιμο στο δικτυακό:** <http://www.archive.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=133>
- Silverman, D. (2001):** *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. London: Sage Publications.
- Smith, T. et al (2009):** ‘*Conflict and collaboration in middle-aged and older couples: II. Cardiovascular reactivity during marital interaction*’. Psychology and Aging, Vol 24(2).
- Σπανέα Ε, Καλαντζή- Αζίζι Α (2006):** «*Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, διαδικασία επιπολιτισμού και ψυχική υγεία σε οικονομικούς μετανάστες από την Αλβανία, τη Βουλγαρία στην Ελλάδα.*» Ψυχολογία, 15 (1), 32-54.
- Τζούνης, Ε, Τζούνη, Μ, Γκούβα, Μ και συν. (2009):** «*Πνευματικότητα και Θρησκευτικότητα: μια ποιοτική ανάλυση σε γενικό πληθυσμό της Θεσσαλίας*». Interscientific Health Care, Vol 1, Issue 2, 67-76
- Τούντας Γ, Φρισήρας Σ. (1996):**« *Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία*». Ιατρική, 69:270-276
- Τούντας, Γ., Τριανταφύλλου, Δ. και Φρισήρας Σ. (2000):** «*Δείκτες Υγείας στην Ευρώπη*».
- Τούντας, Γ. (2000) :** «*Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία*». Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 17 (4) editorial. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 17(1):89-100.
- Τούντας Γ, (2001):** « *Κοινωνία και Υγεία* » ,εκδ. Οδυσσέας /Νέα Υγεία, Αθήνα
- Τούντας, Γ. (2002):** Τι είναι Υγεία: Το Βιοϊατρικό Μοντέλο. **Διαθέσιμο στο Δικτυακό Τόπο:** <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=724>
- Τούντας, Γ. (2007):** Φυσικό Περιβάλλον και Υγεία. **Διαθέσιμο στο Δικτυακό Τόπο**

<http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID=305&ArticleID=561&lang=gr&CategoryID=6&IssueID=4%20eias/diafaneies2oumathimatos>

**Τούντας, Γ. (2007):** «Εργασία και Υγεία». Διαθέσιμη στο δικτυακό τόπο: <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=796>

**Τούντας, Γ (2007):** «Κοινωνικό Περιβάλλον και Υγεία». Διαθέσιμη στο δικτυακό τόπο: [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=3129](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3129)

**Τριχόπουλος Δ, (1982):** «Επιδημιολογία». Εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα.

**Τσαούση, Α. (2006):** «Τα κοινωνικά προβλήματα των γυναικών στις ανεπτυγμένες χώρες». Πανεπιστήμιο Αθηνών, τμήμα ΜΙΘΕ. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: [www.phs.uoa.gr/~ahatzis/SGH08.pdf](http://www.phs.uoa.gr/~ahatzis/SGH08.pdf)

**Tucker, Joan S.; Friedman, Howard S.; Wingard, Deborah L.; Schwartz, Joseph E. (1996):** ‘*Marital history at midlife as a predictor of longevity: Alternative explanations to the protective effect of marriage*’. Health Psychology, Vol. 15(2):94-101

**Υφαντόπουλος, Γ (2006):** «Η ευρωπαϊκή κοινωνική έρευνα: Οργανωτική δομή και μεθοδολογικό πλαίσιο». Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 1(2): 75-91

**Umberson, D. (1987):** ‘*Family Status and Health Behaviors: Social Control as a Dimension of Social Integration*’. Journal of Health and Social Behavior

**Φωτίου Αγαθή (2009):** « Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα ως στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου», Διπλωματική Εργασία, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Διαθέσιμη στο δικτυακό τόπο: <http://ktisis.cut.ac.cy/jspui/handle/10488/762>

**Weich S, Lewis G, Jenkins SP (2001):** ‘*Income, inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain*’. Br J Psychiatry, 178:222-227

**WHO (1986):** *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000*. WHO-Euro, Copenhagen

**Williams, G.H. (2004):** '*Lay knowledge*', in J. Gabe, M. Bury & M.A. Elston (eds), *Key Concepts in Medical Sociology*, London: Sage

**Williams, S.J. (2000):** '*Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness: Reflections on a core concept*', *Sociology of Health & Illness*, 22, 1: 30-67.

**Wilson D (1995):** '*Women's Roles and Women's Health: The Effect of Immigration on Latina Women*'. WHI, vol 5, 1:8-14



