

Περιεχόμενα

Προλογικό σημείωμα των επιμελητών	11
Πρόλογος του συγγραφέα στην ελληνική έκδοση	19
Πρόλογος	23
1. Η κοινωνική αιτιότητα της υγείας και της ασθένειας	25
2. Το θεωρητικό πλαίσιο για την υγεία και την ασθένεια	65
3. Τρόποι ζωής που σχετίζονται με την υγεία	99
4. Η ισχύς της κοινωνικής τάξης	133
5. Κοινωνική τάξη και υγεία: Εξηγώντας τη μεταξύ τους σχέση	165
6. Η ηλικία	193
7. Το φύλο	207
8. Η φυλή και η εθνοτική καταγωγή	227
9. Οι συνθήκες διαβίωσης και το μειονέκτημα της γειτονιάς	247
10. Η υγεία και το κοινωνικό κεφάλαιο	263
Συμπερασματικές παρατηρήσεις	283
Βιβλιογραφία	293
Ευρετήριο όρων	329

Προλογικό σημείωμα των επιμελητών

Η σχέση κοινωνίας και υγείας, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο οι κοινωνικές συνθήκες και οι αντίστοιχες μορφές ζωής επηρεάζουν την κατάσταση του σώματος, τη σχέση με τον εαυτό και τα συναισθήματα, τις πιθανότητες ευρύτερα για ευζωία, αναγνωρίστηκε ήδη τον 19ο αιώνα από τους κλασικούς των κοινωνικών επιστημών και ιδιαίτερα της κοινωνιολογίας.¹ Στη συνέχεια, παρότι η δυναμική σχέση υγείας και κοινωνίας ποτέ δεν αποσιωπήθηκε ούτε στην κοινωνιολογική ούτε στην ιατρική βιβλιογραφία, εντούτοις δεν οργανώθηκε σε διακριτό πεδίο έρευνας και μελέτης είτε προς τη μία είτε προς την άλλη κατεύθυνση, δηλαδή ως διερεύνηση της κοινωνικής αιτιότητας στην υγεία ή, εναλλακτικά, του τρόπου με τον οποίο η υγεία και η ασθένεια καθόριζαν όψεις της κοινωνίας, όπως οι κοινωνικές ανισότητες, η επαγγελματική απασχόληση, η κοινωνική συνοχή, τα μοντέλα φροντίδας και αρωγής των αδυνάτων κ.ά.

Αυτό πλέον έχει αλλάξει, καθώς η απλή αναγνώριση της δυναμικής σχέσης υγείας και κοινωνίας έχει δώσει τη θέση της σε έναν εξειδικευμένο κλάδο των κοινωνικών επιστημών και ιδιαίτερα της κοινωνιολογίας. Η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας ή ιατρική κοινωνιολογία όπως αναφέρεται στο παρόν βιβλίο (που ακολουθεί την αμερικανική παράδοση) έχει θεσμοποιηθεί ως διακριτό πεδίο έρευνας και θεωρητικού στοχασμού εδώ και μερικές δεκαετίες. Παρότι υπάρχουν κάποιες μικρές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο όρων (εφόσον η ιατρική κοινωνιολογία εντάσσεται ουσιαστικά στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας εάν το εξετάσουμε με εννοιολογική αυστηρότητα), το αντικείμενο αυτό προσέδωσε δυναμική στην κοινωνιολογική ανάλυση

1. Βλ. ενδεικτικά δύο κείμενα στα οποία παραπέμπει και ο συγγραφέας: Fredrich Engels. [1845] 1985. *Η κατάσταση της εργατικής τάξης στην Αγγλία*, 2 τόμ. Αθήνα: Δημιουργία· Émile Durkheim. [1897] 1951. *Suicide: A Study in Sociology*. New York: Free Press.

προβάλλοντας και μελετώντας σε βάθος τις κοινωνικές διαστάσεις των φαινομένων της υγείας και της ασθένειας.² Έννοιες όπως οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, η βιωματική διάσταση της ασθένειας, η ανάδειξη του λόγου του ασθενή (ιδιαίτερα στις χρόνιες παθήσεις) κινητοποιήσαν τόσο επαγγελματίες υγείας όσο και κοινωνικούς επιστήμονες οδηγώντας στην παγίωση ενός προτάγματος για ολιστική προσέγγιση της ασθένειας προκειμένου να διαμορφωθεί ένα περισσότερο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο κατανόησης και αντιμετώπισης της ασθένειας και της υγείας.

Η θεσμοποίηση του αντικειμένου επηρέασε τόσο τα προγράμματα των ιατρικών σχολών, όπου εντάχθηκαν μαθήματα είτε αμιγούς ιατρικής κοινωνιολογίας είτε άλλα που εστίαζαν στη σχέση υγείας και κοινωνίας, όσο και τα προγράμματα των σχολών κοινωνικών επιστημών, τα οποία εισήγαγαν συστηματικά μαθήματα κοινωνιολογίας ή ανθρωπολογίας της υγείας και της ασθένειας. Το ίδιο ισχύει και στην Ελλάδα, καθώς σήμερα το σύνολο σχεδόν των προγραμμάτων σπουδών σε τμήματα και σχολές κοινωνικών επιστημών έχει εμπλουτιστεί με μαθήματα του ευρύτερου πεδίου της κοινωνιολογίας ή της ανθρωπολογίας της υγείας σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο. Η θεσμοποίηση του αντικειμένου έχει επίσης ως αποτέλεσμα ότι πλέον στα περισσότερα επιστημονικά συνέδρια που αφορούν τις δυναμικές της κοινωνίας θα βρούμε θεματικές προσανατολισμένες σε ζητήματα όπως οι βιοπολιτικές, η σχέση θεσμών και υγείας, οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, η σχέση της υγείας με τα υποκειμενικά βιώματα και τα σχέδια ζωής κ.ά.

Αξίζει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι η σχέση ιατρικής και κοινωνικών επιστημών δεν υπήρξε πάντοτε αгаστή και συνεργατική, αφού η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, ιδιαίτερα από τη δεκαετία του 1970 και μετά, ασχολήθηκε σε επίπεδο θεωρίας με την αποδόμηση του επιστημονικού ιατρικού λόγου. Με τη μελέτη της επαγγελματοποίησης ως διαδικασίας περιχαράκωσης και επαγγελματικής κατίσχυσης, η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας ανέδειξε την κοινωνική βάση του ιατρικού επιστημονικού λόγου, διαπιστώνοντας παράλληλα ότι η ανάπτυξη της επιστημονικής ιατρικής ήταν κοινωνικά και ιστορικά καθορισμένη. Αυτό οδήγησε στη συνειδητοποίηση της ιστορικότητας της επιστημονικής ιατρικής γνώσης, κλονίζοντας την παραδοχή ότι πρόκειται για έναν «αντικειμενικό» τρόπο θέασης των φαινομένων της υγείας και της ασθένειας. Εκείνα που

2. Σε συγγενείς κλάδους, όπως σε αυτόν της ανθρωπολογίας, υιοθετείται έως σήμερα ο κλασικός όρος «ιατρική ανθρωπολογία» κατ' αντιστοιχία με τον όρο «ιατρική κοινωνιολογία» που χρησιμοποιεί ο συγγραφέας του παρόντος βιβλίου.

μορφοποιούν την ιατρική, όπως και κάθε άλλη επιστημονική γνώση, είναι η κοινωνία και ο ιστορικά κυρίαρχος τρόπος πρόσληψης των φαινομένων. Η κοινωνία καθίσταται πρωταγωνιστής τόσο στη μορφοποίηση όσο και στην κατανόηση των φαινομένων της υγείας και της ασθένειας. Παράλληλα, η κοινωνική δομή, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο ιστορικά διαμορφώνονται οι κοινωνικές σχέσεις, είναι αυτή που σε μεγάλο βαθμό προσδιορίζει πόσο θα ζήσουμε, από τι θα ασθενήσουμε και ποια θα είναι η ποιότητα της φροντίδας που θα λάβουμε όταν τη χρειαστούμε. Οι ασθένειες δεν είναι μονοδιάστατα βιοχημικά συμβάντα αλλά πολύπλοκα βιοψυχοκοινωνικά φαινόμενα, η εμφάνιση και η εξέλιξη των οποίων ρυθμίζονται κοινωνικά. Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία ουσιαστικά αποδίδουν στο κοινωνικό τον πρωτεύοντα ρόλο όσον αφορά τη διαχείριση των ασθενειών και του συνόλου των συχνά επώδυνων βιωμάτων που τις συνοδεύουν.

Η πανδημία της COVID-19 επανέφερε με ορμή στο προσκήνιο τη σχέση υγείας και κοινωνίας, ατόμου και (βιο)πολιτικών, καθώς ανέδειξε την κοινωνική διάσταση των ασθενειών και τον ενεργητικό ρόλο του κοινωνικού στη διασπορά ή στον περιορισμό της πανδημίας. Η παγκοσμιοποίηση των συναναστροφών και η δυνατότητα να μετακινούμαστε εκτός συνόρων με μεγάλη συχνότητα και ταχύτητα πρόσφεραν για πρώτη φορά τη συνειδητοποίηση ότι η απάντηση στην ασθένεια δεν μπορεί να είναι ατομική και μονοδιάστατα βιολογική, αλλά υποχρεωτικά κοινωνική. Όπως συνέβη με τις μεγάλες επιδημίες στη μεσαιωνική Ευρώπη, η πανδημία της COVID-19 επιβεβαίωσε ότι η κοινωνική οργάνωση, ο τρόπος που δομούμε τις κοινωνίες και συγκροτούμε τις επαφές μας, είναι αυτή που ευνοεί ή περιορίζει τη διάδοση των ασθενειών. Οι παγκόσμιες ανισότητες καθαυτές παράγουν κινδύνους για την εμφάνιση νέων μεταλλάξεων και ενδεχομένως νέων επιδημιών. Η *κοινωνιολογική φαντασία* είναι η απαραίτητη εννοιολογική προϋπόθεση προκειμένου να εξεταστεί με πληρότητα η ασθένεια ως κοινωνικό φαινόμενο είτε σε ατομικό είτε σε επιδημικό επίπεδο.

Ο William Cockerham, συγγραφέας του παρόντος βιβλίου, είναι διακεκριμένος ερευνητής στο πεδίο της ιατρικής κοινωνιολογίας στις ΗΠΑ και ομότιμος καθηγητής του Πανεπιστημίου της Αλαμπάμα. Πολυγραφότατος και εξαιρετικά δραστήριος ερευνητικά και συγγραφικά έως τα βαθιά του γεράματα, συνεισέφερε στη συγκρότηση και καθιέρωση της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας, δηλαδή της ιατρικής κοινωνιολογίας όπως ο ίδιος ορίζει το πεδίο που διερευνά τη σχέση κοινωνίας και υγείας. Διετέλεσε, μεταξύ άλλων, πρόεδρος της Ερευνητικής Επιτροπής για την Κοινωνιολογία της Υγείας (ενός φορέα που λειτουργεί στο πλαίσιο της Διεθνούς Κοινωνιολογικής Εταιρείας) κατά τα έτη 2006-2010 και υπηρέτησε σε διάφορες θέσεις σύνταξης σε πολύ σημαντικά

επιστημονικά περιοδικά, όπως το *American Sociological Review*, το *Journal of Health and Social Behavior*, το *Society and Mental Health*, το *Social Currents*, το *Current Sociology Monographs*, το *Social Science Quarterly* και άλλα. Πολλά από τα βιβλία του γνώρισαν αλληπάλληλες εκδόσεις.³

Το βιβλίο που παρουσιάζουμε στο ελληνόγλωσσο κοινό συνιστά την τρίτη αναθεωρημένη έκδοση του έργου του *Οι κοινωνικές αιτίες της υγείας και της ασθένειας* [Polity, 2021], το οποίο άσκησε σημαντική επίδραση. Όπως μαρτυρά ο τίτλος, το κείμενο έχει μια συγκεκριμένη στόχευση, επιχειρηματολογώντας συστηματικά υπέρ της άποψης ότι οι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια. Και ακόμα περισσότερο, ότι οι κοινωνικοί παράγοντες έχουν σαφείς αιτιακές επιδράσεις στη σωματική υγεία και δεν αποτελούν απλώς το «υπόβαθρο» ή τις «δευτερεύουσες» μεταβλητές όταν αναζητούμε τις αιτίες της ασθένειας. Ο συγγραφέας υποστηρίζει ότι, αν και η αναγνώριση της αιτιακής σχέσης των κοινωνικών μεταβλητών με τα θέματα υγείας καθυστέρησε να γίνει ευρέως αποδεκτή (εκτός από ορισμένους κύκλους ειδικών στις κοινωνικές επιστήμες και ειδικότερα στην ιατρική κοινωνιολογία), κάθε τρέχουσα εμπειρική έρευνα που αναζητά τέτοιες συσχετίσεις τις εντοπίζει και οδηγείται προς την κατεύθυνση αυτή.

Ο Cockerham συνδέει αυτή τη διαπίστωση με την αναγκαιότητα να εγκαταλείψουμε το αναλυτικό παράδειγμα του μεθοδολογικού ατομισμού στην εξήγηση των φαινομένων της υγείας και της ασθένειας και να υιοθετήσουμε μια «πιο εξισορροπημένη εννοιολογική προσέγγιση», η οποία θα αναδεικνύει με μεγαλύτερη σαφήνεια τις επιπτώσεις της κοινωνικής δομής. Όπως επισημαίνει, παρότι ο μεθοδολογικός ατομισμός είναι πολύ σημαντικός προκειμένου να διερευνηθούν ενδελεχώς οι στάσεις και οι συμπεριφορές των ατόμων, καθώς επίσης και τα βιώματα που σχετίζονται με την εμπειρία της ασθένειας (πρόσκαιρης ή χρόνιας), πολύ συχνά παραβλέπει τις μεταβλητές που υπερβαίνουν το ατομικό επίπεδο ή το επίπεδο του οικείου περιβάλλοντος και των μικρών ομάδων. Και αυτό, παρόλο που οι καθημερινοί άνθρωποι εύκολα διαπιστώνουν ότι η υγεία και η μακροβιότητά τους επηρεάζονται, θετικά ή αρνητικά, από τις κοινωνικές δομές και την ευρύτερη κοινωνικο-οικονομική τους θέση. Μια ολοκληρωμένη κατανόηση

3. Πέραν του παρόντος βιβλίου, πρόσφατα κυκλοφόρησαν σε πρώτη έκδοση ή επανέκδοση τα εξής έργα του: *Sociological Theories of Health and Illness* [Routledge, 2021]· *The COVID-19 Reader: The Science and What It Says About the Social* [Routledge, 2021]· *Sociology of Mental Disorder*, 11η έκδ. [Routledge, 2021]· *Wiley Blackwell Companion to Medical Sociology* [Wiley Blackwell, 2021]· *Medical Sociology*, 15η έκδ. [Routledge, 2021].

της υγείας και της ασθένειας είναι κατά τον συγγραφέα απλώς αδύνατη εάν δεν ληφθεί υπόψη ο ρόλος των κοινωνικών δομών.

Το βιβλίο έχει δύο χαρακτηριστικά που ο αναγνώστης θα πρέπει να γνωρίζει όταν ξεκινά να το διαβάσει. Το πρώτο σχετίζεται με το γεγονός ότι η αφηγηρία του είναι μια διάλεξη που έδωσε ο συγγραφέας στο Πανεπιστήμιο του Μόντρεαλ το 2006. Έτσι, η ανάγκη να παρουσιαστούν προφορικά ένα σαφές επιχείρημα και μια ευρεία επισκόπηση των εξελίξεων στο πεδίο της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας τείνει να χρωματίζει και το τελικό γραπτό κείμενο προσδίδοντάς του ζωντάνια. Το δεύτερο χαρακτηριστικό αφορά την ίδια τη στόχευση, δηλαδή την ανάδειξη της επίδρασης που έχει το κοινωνικό στην εμφάνιση της υγείας και της ασθένειας. Η στόχευση αυτή οδήγησε σε ένα κείμενο που αποκλίνει από τον τρέχοντα κυρίαρχο τρόπο γραφής των εγχειριδίων στο συγκεκριμένο πεδίο, δηλαδή τη συστηματική παρουσίαση θεματικών που διαδέχονται η μία την άλλη, όπως η χρόνια ασθένεια και η σχέση της με την κοινωνική ταυτότητα, τα συστήματα υγείας και η εξέλιξή τους, η ψυχική υγεία και η αναδιάρθρωση των παραδοσιακών ασύλων κ.ά. Αντίθετα, ο συγγραφέας υιοθετεί μια διάρθρωση που βασίζεται σε κλασικές κοινωνιολογικές έννοιες, προκειμένου να υπηρετήσει με συνέπεια το βασικό επιχείρημα του βιβλίου.

Αυτό προσθέτει στο βιβλίο διαύγεια και καθιστά την ανάγνωση μια ομαλά εξελισσόμενη και παραδόξως απολαυστική διαδικασία. Παρακολουθούμε με ευκολία την πραγμάτευση της σχέσης μεταξύ κλασικών κοινωνιολογικών εννοιών που συνδέονται με επιμέρους όψεις της υγείας και της ασθένειας, και μάλιστα χωρίς να έχουμε ούτε μία στιγμή την αίσθηση ότι ο συγγραφέας χάνει τον κύριο στόχο του οδηγώντας μας σε εννοιολογικούς παράδρομους (όπως πολύ συχνά συμβαίνει στα κλασικά εγχειρίδια). Έτσι, η ανάγνωση μετατρέπεται σε μια προκλητική διαδικασία μύησης, πράγμα που σπάνια χαρακτηρίζει τα επιστημονικά εγχειρίδια όταν επιχειρούν να πουν πάρα πολλά σε σχετικά λίγες σελίδες.

Η σαφήνεια του επιχειρήματος, βασισμένη σε μια λελογισμένη χρήση της κοινωνιολογικής βιβλιογραφίας, συνοδεύεται από πληθώρα αναφορών σε εμπειρικές έρευνες και στατιστικά στοιχεία. Με τη χρήση επιδημιολογικών δεδομένων, το βιβλίο παρουσιάζει την κοινωνική κατανομή της ασθένειας και της υγείας, καθώς και τον ρόλο των κοινωνικών δομών σε αυτή. Κοινωνικά δομικά χαρακτηριστικά όπως η εκπαίδευση, ο τόπος κατοικίας, η γειτονιά, το φύλο, η εργασία και το είδος της, τα πολιτισμικά πρότυπα κ.λπ. συνδέονται εύγλωττα μέσω των επιδημιολογικών δεδομένων με την κατάσταση της υγείας και το προσδόκιμο ζωής. Τα ποσοτικά στοιχεία, άμεσα αντιληπτά από τον καθένα ακόμα κι αν δεν είναι εξοικειωμένος με το επιστημονικό αυτό πεδίο, και οι πολλαπλές

επιμέρους συμπληρωματικές ερμηνείες και εξηγήσεις φέρνουν στην επιφάνεια τη σκληρότητα του συμπεράσματος ότι οι κοινωνίες όπου συμμετέχουμε εξωθούν συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού σε αυξημένη νοσηρότητα και πρόωρη θνησιμότητα. Δεν είναι η φύση, η βιολογία, τα μικρόβια ή οι ιοί που στερούν ζωές και υποβαθμίζουν την ποιότητα της διαβίωσης, αλλά οι κοινωνικές συνθήκες τόσο σε τοπικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Με πλήθος στοιχείων για βασικές κοινωνικές κατηγορίες, ο συγγραφέας εξηγεί πώς «κατανέμονται» η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Τα στοιχεία είναι «σκληρά» και οδηγούν στη συνειδητοποίηση της ατομικής και συλλογικής ευθύνης. Το θέμα δεν είναι να σταθούμε μόνο στην ερμηνεία ή εξήγηση των ποσοτικών δεδομένων, αλλά να αναληφθεί κοινή συλλογική δράση προκειμένου να μεταβληθούν οι κοινωνικές συνθήκες που, όπως υποστηρίζει ο Cockerham, παράγουν την ασθένεια και στερούν την υγεία.

Η ποσοτικοποίηση αυτή έρχεται να συμπληρώσει την εστίαση της κοινωνιολογικής ανάλυσης στην ποιοτική μελέτη των φαινομένων της ασθένειας. Οι ποιοτικές έρευνες, που κατέγραφαν τη βιωματική διάσταση των ασθενειών και αναδείκνυαν την οπτική και τον λόγο του ασθενή, πρόσφεραν χρήσιμο υλικό για την εγκαθίδρυση και διάδοση του ολιστικού βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, βοηθώντας μας να κατανοήσουμε εκ των έσω τι σημαίνει να ζεις με μια χρόνια πάθηση. Παρότι αυτή η προσέγγιση είναι εξαιρετικά χρήσιμη, ο συγγραφέας τονίζει τη σημασία της ποσοτικής διάστασης του φαινομένου, η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί για τη διάχυση της κοινωνιολογικής γνώσης στο ευρύ κοινό. Έτσι, η ποσοτικοποίηση μπορεί ενδεχομένως να μας ευαισθητοποιήσει και να ενισχύσει την επίγνωση όλων μας ότι οι ανισότητες στην υγεία διαμορφώνονται κοινωνικά. Με τον τρόπο αυτό, η κοινωνιολογική γνώση αποκτά πρακτικό χαρακτήρα και εμπλέκεται στην αναδιοργάνωση του κοινωνικού.

Η πληθώρα των αριθμητικών στοιχείων δεν θα δυσκολέψει τον αναγνώστη γιατί δίνονται μόνο οι απαραίτητες πληροφορίες που υπηρετούν το βασικό επιχείρημα, ότι δηλαδή επιμέρους όψεις της κοινωνικής δομής όπως η τάξη, το φύλο, η φυλή, ο τρόπος ζωής και το πολιτισμικό κεφάλαιο καθορίζουν συγκεκριμένες διαστάσεις της υγείας και της ασθένειας. Ο συγγραφέας αξιοποιεί πολλές έρευνες που αποδεικνύουν, στον ένα ή τον άλλο βαθμό κάθε φορά, την αιτιακή σχέση που έχει η κοινωνική δομή με την εμφάνιση ή μη της ασθένειας, όμως οι αναφορές του στις έρευνες αυτές είναι συμπυκνωμένες και περιεκτικές. Αναμφισβήτητο πρόκειται για συγγραφική μαεστρία, συνέπεια της βαθιάς και ουσιαστικής γνώσης των εξελίξεων στο πεδίο της υγείας και της ασθένειας. Στο παρόν μεταφραστικό εγχείρημα καταβλήθηκε προσπάθεια να διατηρηθεί η αμεσότητα του λόγου του Cockerham, εκτιμώντας ότι το

συγκεκριμένο βιβλίο έρχεται να καλύψει ακριβώς αυτό το κενό: αποτελεί μια απόπειρα της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας να γίνει περισσότερο δημοφιλής, προσιτή και κατανοητή ακόμα και στο ευρύ, μη μυημένο στην κοινωνιολογία κοινό.

Γιώργος Αλεξιάς
Μανόλης Τζανάκης

Πρόλογος του συγγραφέα στην ελληνική έκδοση

Η πανδημία της COVID-19, η οποία σάρωσε όλο τον κόσμο, είχε μόλις ξεκινήσει όταν το παρόν βιβλίο βρισκόταν στη διαδικασία αναθεώρησης. Όπως αποδείχθηκε, επρόκειτο για γεγονός ιστορικής σημασίας. Σε πολλά μέρη τα πάντα σταμάτησαν για μικρότερο ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι εμπορικές συναλλαγές διακόπηκαν, ενώ οι άνθρωποι τέθηκαν σε κοινωνική απομόνωση και καραντίνα προκειμένου να αποφύγουν τη μόλυνση. Πολλοί έχασαν τη ζωή τους. Μόνο στις ΗΠΑ πέθαναν από κορονοϊό τουλάχιστον ένα εκατομμύριο άνθρωποι και στην Ελλάδα πάνω από 30.000. Συνολικά, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολόγισε το 2022 ότι η COVID-19 ήταν άμεσα ή έμμεσα υπεύθυνη για τον θάνατο περίπου 15 εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως. Η εκτίμηση αυτή περιλαμβάνει εκείνο που ονομάζεται «υπερβάλλοντες θάνατοι», δηλαδή τους θανάτους οι οποίοι υπό άλλες συνθήκες την ίδια περίοδο δεν θα είχαν συμβεί.

Τα γεγονότα που σχετίζονται με την COVID-19 ενισχύουν το βασικό επιχείρημα αυτού του βιβλίου, το οποίο είναι ότι η υγεία και η ασθένεια δεν οφείλονται μόνο σε βιολογικές αιτίες, αλλά και σε κοινωνικές. Οι ιοί, για παράδειγμα, χρειάζονται ένα σημείο εισόδου προκειμένου να εισέλθουν στις ανθρώπινες ομάδες προτού επεκταθούν σε όλο και μεγαλύτερα κοινωνικά δίκτυα. Οι κοινωνικές συγκεντρώσεις και οι συναναστροφές όλων των ειδών αποτελούν αυτά τα σημεία εισόδου. Για παράδειγμα, είδαμε ότι το κοινωνικό περιβάλλον έγινε αιτιατός παράγοντας στη Γουχάν της Κίνας, όπου πρωτοεμφανίστηκε η COVID-19. Αυτό συνέβη επειδή μια λαϊκή αγορά ζωντανών ζώων σε αυτή την πόλη αντιπροσώπευε: (1) ένα κοινωνικό σκηνικό όπου οι ιοί ευδοκιμούν λόγω του συνωστισμού και των κακών υγειονομικών συνθηκών και (2) την κουλτούρα του παραδοσιακού κινεζικού φαγητού, η οποία δίνει έμφαση στη φρεσκάδα και τη γεύση και προτιμά ως πρώτη ύλη το κρέας άγριων ζώων. Το κρέας αυτό έχει αυξημένη ζήτηση γιατί πιστεύεται ότι η φυσική ενέργεια του ζώου μπορεί να μεταβιβαστεί σε εκείνον που το τρώει, ιδίως αν το ζώο καταναλωθεί γρήγορα μετά τη σφαγή του. Συνεπώς, αυτή η διατροφική προτίμηση έφερε κοντά ένα μολυσμένο από τον ιό ζώο

και εν δυνάμει ανθρώπινους ξενιστές στο ίδιο μέρος, την ίδια στιγμή και υπό πολύ μεταδοτικές συνθήκες, επιτρέποντας στην COVID-19 να μεταφερθεί από το ένα είδος στο άλλο και να αρχίσει την παγκόσμια διάδοσή της στους ανθρώπους. Χωρίς το «κοινωνικό», ο κορονοϊός κατά πάσα πιθανότητα θα παρέμενε για πάντα στις σπηλιές των νυχτερίδων της Μαλαισίας και της Κίνας.

Από τη στιγμή που η πανδημία άρχισε να εξαπλώνεται, η κοινωνική συμπεριφορά επηρέασε τα επίπεδα νόσησης και θνησιμότητας με τρεις τρόπους. Πρώτον, οι κοινωνικές συμπεριφορές ήταν καθοριστικές για να κολλήσει κανείς τον ιό μέσω της επαφής του με μολυσμένα άτομα και να τον μεταδώσει μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, αλλά και λόγω (εκούσιας ή ακούσιας) αδιαφορίας, απροσεξίας ή άγνοιας για την πιθανή έκθεση στον ιό και για τα προστατευτικά μέτρα. Δεύτερον, άλλες κοινωνικές πρακτικές, που είχαν ως στόχο την αντιμετώπιση της πανδημίας και την αποτροπή της αύξησης των μολύνσεων (παραμονή στο σπίτι, κοινωνική αποστασιοποίηση, χρήση προστατευτικής μάσκας σε δημόσιους χώρους, εμβολιασμός), έγιναν μέρος της καθημερινότητας πολλών ανθρώπων. Αυτές οι συμπεριφορές διαμορφώθηκαν από κοινωνικές μεταβλητές –ιδίως την ταξική θέση, τις συνθήκες διαβίωσης και τα δίκτυα συγγένειας, τη θρησκεία, την εργασία, ακόμα και την πολιτική– που επηρέασαν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετώπισαν την όλη κατάσταση. Ο εμβολιασμός, για παράδειγμα, πρόσφερε την καλύτερη προοπτική προκειμένου να σταματήσει η πανδημία, αλλά ορισμένα κοινωνικά δίκτυα αντιτέθηκαν σε αυτόν λόγω του φόβου για τις παρενέργειες ή επειδή τον εξέλαβαν ως παραβίαση της προσωπικής τους ελευθερίας. Και τρίτον, οι άνθρωποι με τις μεγαλύτερες πιθανότητες να πεθάνουν από COVID-19 ήταν οι ηλικιωμένοι και οι φτωχοί, εκείνοι που ζουν στα κατώτερα στρώματα της κοινωνικής κλίμακας. Αυτό ίσχυε ιδίως για όσους είχαν εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα και αναπνευστικά ή άλλα προβλήματα υγείας τα οποία ο ιός μπορούσε να επιδεινώσει. Η πανδημία της COVID-19 μας υπενθύμισε ότι οι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν και τις χρόνιες και τις μολυσματικές ασθένειες.

Όσο προχωράμε στον 21ο αιώνα, η κατανόηση των κοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν την υγεία και την ασθένεια έχει καταστεί ιδιαίτερα σημαντική. Αυτοί οι παράγοντες ήταν πιθανότητα πάντα σημαντικοί, αλλά με την πάροδο του χρόνου τα αποτελέσματά τους έγιναν πιο εμφανή. Αν και κάποτε θεωρούνταν δευτερεύουσες επιδράσεις στην υγεία και την ασθένεια, πλέον υπάρχουν όλο και περισσότερα στοιχεία που δείχνουν ότι οι κοινωνικές συνθήκες και συμπεριφορές μπορεί να αποτελούν τις πρωταρχικές πηγές της καλής ή κακής υγείας, επιχείρημα που αναπτύσσεται σε αυτό το βιβλίο. Ο όρος «κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας» αναφέρεται σε κοινωνικές πρακτικές και

συνθήκες (τρόπος ζωής, συνθήκες διαβίωσης και εργασίας), στην κοινωνική τάξη ή κοινωνικο-οικονομική θέση (εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο και επάγγελμα), στις στρεσογόνες συνθήκες, στη φτώχεια και στις διακρίσεις, καθώς και σε οικονομικούς (π.χ. ανεργία, ύφεση), πολιτικούς (π.χ. εφαρμοζόμενες πολιτικές, κρατικά επιδόματα) και θρησκευτικούς παράγοντες, που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την υγεία ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων. Ο τόπος όπου γεννιέται ένας άνθρωπος και οι κοινωνικές συνθήκες που βιώνει καθώς μεγαλώνει καθορίζουν τις πιθανότητες του για καλή υγεία και μακροβιότητα. Η υγεία είναι μεν ζήτημα βιολογίας, αλλά σε αυτήν εμπλέκεται και μια σειρά πολιτισμικών, πολιτικών, οικονομικών και κυρίως κοινωνικών παραγόντων.

William C. Cockerham
Williamsburg, Virginia

Πρόλογος

Η ιατρική κοινωνιολογία για πάνω από τρία τέταρτα του αιώνα αποτελεί έναν σημαντικό υποκλάδο της κοινωνιολογίας. Αρχικά διατηρούσε στενότερη σχέση με την ιατρική παρά με την κοινωνιολογία, αλλά τελικά εξελίχθηκε σε μία από τις πιο δημοφιλείς κοινωνιολογικές ειδικότητες. Ο χρόνος πάντα φέρνει αλλαγές, και πράγματι η ιατρική κοινωνιολογία έχει αλλάξει σε σύγκριση με την εποχή κατά την οποία έκανε τα πρώτα της βήματα. Ο παλιός ισχυρισμός ότι στερείται θεωρητικής βάσης έχει οριστικά καταρριφθεί, καθώς πλέον υπάρχει ειδικό επιστημονικό περιοδικό (*Social Theory and Health*) και εκδίδονται θεωρητικά βιβλία. Η κοινωνιολογική θεωρία έχει καταστεί ένα από τα πιο ουσιώδη και χαρακτηριστικά ερευνητικά εργαλεία της.

Επιπλέον, η ιατρική κοινωνιολογία έχει καταφέρει να παράσχει ακόμα πιο ακριβείς και εκτενείς αναλύσεις των κοινωνικών διαστάσεων της υγείας και της ασθένειας. Η πρώτη έκδοση του βιβλίου αποτέλεσε μία από τις πρώτες προσπάθειες στον 21ο αιώνα προκειμένου να παρουσιαστεί μια καινούργια ερευνητική κατεύθυνση –η διερεύνηση των κοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν την υγεία–, η οποία, όπως είχε προβλεφθεί, καθιερώθηκε. Η παρούσα τρίτη έκδοση είναι μια επιπλέον συμβολή σε αυτή την έρευνα. Το βιβλίο ξεκινά με την ιδέα ότι η κοινωνία μπορεί να προκαλέσει την εκδήλωση μιας ασθένειας και στη συνέχεια εξηγεί πώς συμβαίνει αυτό.

Η αναθεωρημένη αυτή έκδοση είναι ουσιαστικά αποτέλεσμα της διαρκούς επέκτασης μιας διάλεξης που έδωσα στο Πανεπιστήμιο του Μόντρεαλ ένα κρύο, γκρίζο, λασπωμένο και υγρό απόγευμα πολύ καιρό πριν, τον Ιανουάριο του 2006. Η παρουσίασή μου εντασσόταν σε μια σειρά διαλέξεων που οργάνωνε το Πανεπιστήμιο με τίτλο «Alexis de Tocqueville: Ερωτήματα σχετικά με την αμερικανική κοινωνία». Ο Arnaud Sales από το Τμήμα Κοινωνιολογίας και η Andrée Demers από την Ερευνητική Ομάδα για τις Κοινωνικές Όψεις της Υγείας και της Πρόληψης (GRASP) υπήρξαν εξάαιρετοι οικοδεσπότες. Καθώς προετοιμαζόμουν για τη διάλεξη, επιθυμία μου ήταν να εστιάσω στη μελλοντική εξέλιξη

της ιατρικής κοινωνιολογίας και όχι στο παρόν ή το παρελθόν της. Φαινόταν σαφές ότι η τότε τρέχουσα θεωρία στον χώρο της ιατρικής κοινωνιολογίας, σε συνδυασμό με την πρόοδο της στατιστικής στις πολυεπίπεδες και μακροχρόνιες αναλύσεις, έδινε πλέον τη δυνατότητα στους ιατρικούς κοινωνιολόγους να αξιολογήσουν καλύτερα τις επιδράσεις των διαφορετικών επιπέδων της κοινωνικής δομής στην υγεία των ατόμων. Αυτό δεν οδηγεί απλώς στην πρόβλεψη ότι μελλοντικά θα αυξηθεί το ενδιαφέρον μας για την κοινωνική δομή, αλλά επιπλέον μας επιτρέπει, ως επιστημονική κοινότητα στον κλάδο αυτό, να αποκαλύψουμε με μεγαλύτερη ακρίβεια τους κοινωνικούς μηχανισμούς που προκαλούν την υγεία και την ασθένεια. Το παρόν βιβλίο αντιπροσωπεύει ένα βήμα προς αυτή την κατεύθυνση.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Jonathan Skerrett, επιμελητή στον τομέα των κοινωνιολογικών εκδόσεων του οίκου Polity στο Κέμπριτζ της Αγγλίας, για τον πάντα υψηλό επαγγελματισμό του και τις οξυδερκείς παρατηρήσεις του όσον αφορά τις διορθώσεις στο παρόν κείμενο. Ευχαριστώ επίσης την Karina Jákupsdóttir, βοηθό επιμελήτρια κατά την παραγωγή του κειμένου.

Ο Mike Burry, ομότιμος καθηγητής Κοινωνιολογίας στο Royal Holloway του Πανεπιστημίου του Λονδίνου, υπήρξε ο πρώτος κριτικός αναγνώστης του βιβλίου για λογαριασμό των εκδόσεων Polity. Με τα διεξοδικά του σχόλια βοήθησε στην περαιτέρω αποσαφήνιση της κεντρικής θέσης του βιβλίου και, προχωρώντας πέρα από τον ρόλο του ως κριτή, κατέθεσε πολλές και πειστικές προτάσεις οι οποίες απέβησαν εξαιρετικά χρήσιμες. Θα ήθελα ακόμα να ευχαριστήσω τους Brian Hinote, Jason Wasserman, Carrie Betcher και Katie McIntyre, πρώην διδακτορικούς φοιτητές στο Πανεπιστήμιο της Αλαμπάμα στο Μπέρμιγχαμ, που πρόσφεραν σημαντική βοήθεια στις διάφορες εκδόσεις του παρόντος βιβλίου. Οι ανώνυμοι κριτές των εκδόσεων Polity συνεισέφεραν και αυτοί πολύ χρήσιμα σχόλια. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω για την πρόσβαση στις πηγές και τη γενικότερη συνδρομή τους τις βιβλιοθήκες των Τμημάτων Κοινωνιολογίας στο Πανεπιστήμιο της Αλαμπάμα και πιο πρόσφατα στο Κολέγιο William & Mary, οι οποίες υπήρξαν σημαντικές για την υποστήριξη αυτού του έργου. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη σύζυγό μου, Σίνθια, για τη διαρκή της στήριξη. Για μία ακόμα φορά, όπως έχω και άλλοτε επισημάνει, αποδεικνύεται μια ευφυής, οξυδερκής και καυστική παρατηρήτρια της ανθρώπινης κοινωνικής κατάστασης.

William C. Cockerham
Williamsburg, Virginia

1

Η κοινωνική αιτιότητα της υγείας και της ασθένειας

Οι περισσότεροι στις μέρες μας αναγνωρίζουν ότι οι κοινωνικές συνθήκες προξενούν ασθένειες. Ρωτήστε διάφορους ανθρώπους αν κατά τη γνώμη τους η κοινωνία μπορεί να τους προκαλέσει κάποια ασθένεια και θα διαπιστώσετε ότι είναι πολύ πιθανό να απαντήσουν καταφατικά. Το στρες, η φτώχεια, η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική θέση, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής, οι δυσχερείς συνθήκες διαβίωσης και εργασίας είναι μερικές από τις αμιγώς κοινωνικές μεταβλητές που θεωρούνται από τους καθημερινούς ανθρώπους αιτίες της κακής υγείας. Ωστόσο, με εξαίρεση τις μελέτες για το στρες, η σχέση αυτή μεταξύ κοινωνικών μεταβλητών και υγείας δεν έχει εξεταστεί σε ικανοποιητικό βαθμό από τη σύγχρονη έρευνα. Κατά κανόνα, οι μελέτες σε πεδία από τον χώρο της υγείας, όπως η δημόσια υγεία, η επιδημιολογία και η συμπεριφοριστική ιατρική, τείνουν να υποβαθμίζουν τη σημασία των κοινωνικών παραγόντων. Συνήθως οι κοινωνικές μεταβλητές ερμηνεύονται ως έμμεσες ή δευτερογενείς επιδράσεις στην υγεία και την ασθένεια και όχι ως άμεσες αιτίες (Link και Phelan 1995, 2000· Phelan και Link 2013). Υποστηρίζεται, για παράδειγμα, ότι η φτώχεια ευνοεί την έκθεση σε κάτι που μπορεί να κάνει τους ανθρώπους να αρρωστήσουν και όχι ότι μπορεί να προκαλέσει από μόνη της αρρώστια. Παρ' όλα αυτά, έχει διαπιστωθεί ότι οι κοινωνικές μεταβλητές έχουν πολύ μεγαλύτερη δύναμη απ' ό,τι πιστεύαμε παλιότερα στο να επηρεάζουν είτε θετικά είτε αρνητικά την υγεία μας. Η κοινωνία μπορεί να σε κάνει άρρωστο ή, αντίθετα, να προαγάγει την υγεία σου.

Σκοπός του παρόντος βιβλίου είναι να αξιολογήσει τα στοιχεία που δείχνουν ότι αυτό πράγματι ισχύει. Είναι σαφές ότι οι περισσότερες ασθένειες σχετίζονται με τις κοινωνικές διαδικασίες, καθώς το κοινωνικό συγκείμενο μπορεί να καθορίσει τον κίνδυνο της έκθεσης, την ευπάθεια του ξενιστή, την πορεία και την έκβαση της νόσου, ανεξάρτητα από το αν η ασθένεια είναι μολυσματική, γενετική, μεταβολική, κακοήθης ή εκφυλιστική (Holtz κ.ά. 2006). Αυτό περιλαμβάνει

καταστάσεις όπως η καρδιοπάθεια, ο διαβήτης τύπου 2, το εγκεφαλικό, διάφορα είδη καρκίνου (π.χ. του τραχήλου της μήτρας και του πνεύμονα), ο ιός HIV/AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, πνευμονικές και νεφρικές παθήσεις κ.ά. Ακόμα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οποία με μια πρώτη ματιά μπορεί να μοιάζει νόσος που έχει αποκλειστικά ως βάση την ανθρώπινη φυσιολογία, καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό και από την κοινωνικο-οικονομική θέση, αφού οι άνθρωποι από χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα αντιμετωπίζουν αρκετά μεγαλύτερο κίνδυνο αρθρίτιδας σε σύγκριση με άτομα από υψηλότερα στρώματα (Bengtsson κ.ά. 2005· Pederson κ.ά. 2006). Συνεπώς, το βασικό επιχείρημα του βιβλίου είναι ότι οι κοινωνικοί παράγοντες δεν επηρεάζουν απλώς την υγεία μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού και τη βιωμένη εμπειρία της ασθένειας, αλλά έχουν άμεση αιτιακή σχέση με τη σωματική υγεία και την ασθένεια.

Πώς όμως συμβαίνει αυτό; Το γεγονός ότι οι περισσότερες ασθένειες συνδέονται με κάποιον τρόπο με κοινωνικά χαρακτηριστικά σημαίνει άραγε εξ ορισμού ότι αυτά μπορούν όντως να προκαλέσουν την εκδήλωση μιας ασθένειας; Κοινωνικές παράμετροι όπως οι συνθήκες διαβίωσης, ο τρόπος ζωής, οι στρεσογόνες καταστάσεις, οι νόρμες, οι κοινωνικές αξίες και στάσεις προφανώς δεν είναι ούτε παθογόνα, όπως οι μικροοργανισμοί και οι ιοί, ούτε καρκινικά κύτταρα ή θρόμβοι του αίματος που φράζουν τις αρτηρίες. Ωστόσο, όταν οι ιοί και οι καρκίνοι είναι περιορισμένοι σε ένα εργαστήριο, δεν προκαλούν καμία ασθένεια. Για να λειτουργήσουν αιτιακά, χρειάζεται να εκτεθούν στον ανθρώπινο ξενιστή και να επιτεθούν στις άμυνες του οργανισμού. Παρ' όλα αυτά, η απόδοση αιτιότητας αποκλειστικά σε βιολογικούς λόγους δεν εξηγεί όλους τους εμπλεκόμενους παράγοντες σε μια παθογένεση, ιδιαίτερα όσον αφορά κοινωνικές συμπεριφορές και συνθήκες που συνδέουν ευθύς εξ αρχής το άτομο με μια νόσο. Οι κοινωνικοί παράγοντες μπορούν να πυροδοτήσουν την έναρξη μιας παθολογίας και με αυτό τον τρόπο λειτουργούν ως άμεσες αιτίες για πολλές ασθένειες. Δύο από τα πολλά παραδείγματα είναι ο κορονοϊός και το κάπνισμα.

Κορονοϊός

Ο κορονοϊός (COVID-19) ξεκίνησε το φθινόπωρο του 2019 από τη Γουχάν της Κίνας, μια πόλη 11 εκατομμυρίων, και έκτοτε επελαύνει ανά την υφήλιο ως η πανδημία με την πιο εκτεταμένη διασπορά μετά την ισπανική γρίπη του 1918. Έως το καλοκαίρι του 2020, πάνω από 10 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν προσβληθεί από τον ιό, περισσότεροι από 500.000 υπολογίζεται ότι είχαν χάσει τη ζωή τους, ενώ η κατάσταση αυτή έθεσε παγκοσμίως σοβαρά προσκόμματα στο

εμπόριο και στις μετακινήσεις. Οι τελικές εκτιμήσεις για τους θανάτους και τα άλλα αποτελέσματα της πανδημίας δεν είναι διαθέσιμες τη στιγμή που γράφονται αυτές οι γραμμές, καθώς η πανδημία βρίσκεται ακόμα σε εξέλιξη.¹ Όμως ήταν πρόδηλο ήδη από την πρώτη περίοδο ότι η COVID-19 εξελισσόταν σε γεγονός ιστορικών διαστάσεων. Ο αντίκτυπος της πανδημίας έγινε αισθητός σχεδόν σε όλες τις χώρες του κόσμου, τα αεροπορικά και τα θαλάσσια ταξίδια περιορίστηκαν, οι δημόσιες συναθροίσεις ακυρώθηκαν, οι επιχειρήσεις και τα σχολεία έκλεισαν, επιβλήθηκαν μέτρα περιορισμού των μετακινήσεων, η ανεργία εκτοξεύθηκε και οι Ολυμπιακοί Αγώνες του 2020 αναβλήθηκαν για έναν χρόνο.

Άραγε το «κοινωνικό» έχει αιτιακό ρόλο στην έξαρση της COVID-19; Η απάντηση είναι χωρίς αμφιβολία «ναι», όπως προκύπτει από τις αυστηρές συστάσεις για «κοινωνική αποστασιοποίηση» (να κρατάμε αποστάσεις από τους άλλους) και από την πιθανή αιτιακή αλυσίδα. Οι αρχικές πληροφορίες έδειχναν ότι ο κορονοϊός προέρχεται από νυχτερίδες στην Κίνα, οι οποίες πιθανότατα μολυναν ένα ζώο που μοιάζει με μυρμηγκοφάγο και είναι γνωστό ως παγκολίνος. Οι ενδείξεις προέκυψαν από έλεγχο της αλληλουχίας του γονιδιώματος του κορονοϊού σε νυχτερίδες και παγκολίνους, η οποία βρέθηκε σχεδόν πανομοιότυπη με το γονιδίωμα του ιού σε ανθρώπους που είχαν μολυνθεί (Andersen κ.ά. 2020· Zhou κ.ά. 2020). Αν ο κορονοϊός είχε διαδοθεί μόνο σε νυχτερίδες και παγκολίνους που ζουν στην άγρια φύση, θα είχε παραμείνει μια βιολογική ανωμαλία. Αλλά αυτό δεν συνέβη. Οι φυσικοί βιότοποι της άγριας πανίδας έχουν πλέον μεταβληθεί λόγω της αστικοποίησης, της παγκοσμιοποίησης και της κλιματικής αλλαγής των τελευταίων δεκαετιών, με αποτέλεσμα πολλά είδη να εκτίθενται σε μεγαλύτερη επαφή με τους ανθρώπους (Armelaγος και Harper 2016· Cockerham και Cockerham 2010).

Μόλις προσβλήθηκαν οι παγκολίνοι από τον ιό, το «κοινωνικό» άρχισε να παίρνει τα νήια ως αιτία της πανδημίας. Οι παγκολίνοι θεωρούνται λικουδιά στην Κίνα και πωλούνται στην αγορά Χουανάν της Γουχάν, όπου ζωντανά άγρια ζώα μπορούν να αγοραστούν για ανθρώπινη κατανάλωση. Όπως ακριβώς η

1. ΣτΜ: Σύμφωνα με τα επίσημα στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, από τις 3 Ιανουαρίου 2020 έως τις 8 Απριλίου 2022 στην Ελλάδα υπήρξαν 3.137.714 επιβεβαιωμένα κρούσματα και 27.968 θάνατοι από τον κορονοϊό (<https://covid19.who.int/region/euro/country/gr>, πρόσβαση: 8 Απριλίου 2022). Στο αντίστοιχο χρονικό διάστημα καταγράφηκαν παγκοσμίως 494.587.638 κρούσματα και 6.170.283 θάνατοι (<https://covid19.who.int/>, πρόσβαση: 8 Απριλίου 2022). Στον ευρωπαϊκό χώρο, έως τις 9 Απριλίου 2022 υπήρξαν 206.611.315 κρούσματα και 1.959.272 θάνατοι (<https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/ead3c6475654481ca51c248d52ab9c61>, πρόσβαση: 8 Απριλίου 2022).

πανδημία SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome – Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο) του 2002-2003 ξεκίνησε από τις λαϊκές αγορές ζωντανών άγριων ζώων στην Κίνα, έτσι και ο κορονοϊός διάνυσε, απ' ό,τι φαίνεται, παρόμοια πορεία μετάδοσης από τις νυκτερίδες στα ζώα (σε παγκόλινους αντί για μοσχογαλές και σκύλους ρακούν) και από εκεί στους ανθρώπους σε μια γεμάτη από κόσμο λαϊκή αγορά. Οι χαλαροί κανονισμοί λειτουργίας σε θέματα υγείας και ασφάλειας, μαζί με τους αναποτελεσματικούς κυβερνητικούς ελέγχους σε αυτές τις αγορές, είναι πιθανό να διευκόλυναν τη μετάδοση. Ανεξάρτητα όμως από τον τόπο προέλευσης, κάποιος άνθρωπος κόλλησε τον ιό. Φημολογείται ότι το πρώτο κρούσμα (ο αποκαλούμενος «ασθενής μηδέν») ήταν ένας πεννηνταεπτάχρονος Κινέζος στην επαρχία Χουμπέι, όπου βρίσκεται και η Γουχάν. Νοσηλεύθηκε στα μέσα Νοεμβρίου του 2019 με ένα άγνωστο έως τότε είδος πνευμονίας. Μέχρι τις 8 Δεκεμβρίου υπήρχαν αρκετοί ακόμα ασθενείς.

Ο συναγερμός σήμανε στις 30 Δεκεμβρίου 2019, όταν ο γιατρός Λι Γουενλιάνγκ, ένας τριαντατετράχρονος οφθαλμίατρος στο Κεντρικό Νοσοκομείο της Γουχάν, άρχισε να παρατηρεί ότι κάποιοι από τους ασθενείς του έπασχαν από ιογενή λοίμωξη. Θεώρησε ότι πρόκειται για επανεμφάνιση του SARS και άρχισε να προειδοποιεί τους συναδέλφους του στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Την πρώτη εβδομάδα του Ιανουαρίου του 2020, η αστυνομία της Γουχάν έθεσε υπό κράτηση τον γιατρό Λι με την κατηγορία της διασποράς ψευδών ειδήσεων. Πριν τον αφήσουν ελεύθερο, απαίτησαν να υπογράψει μια ομολογία με την οποία θα δήλωνε ότι παραδεχόταν την υποτιθέμενη απάτη. Έναν μήνα αργότερα, στις 7 Φεβρουαρίου, ο γιατρός πέθανε από κορονοϊό έχοντας κολλήσει από ασθενή του και έγινε ένας από τους πραγματικούς ήρωες της πανδημίας.

Η απαγόρευση της κυκλοφορίας από και προς τη Γουχάν διατάχθηκε στις 23 Ιανουαρίου 2020, αλλά έως εκείνη τη στιγμή Κινέζοι πολίτες προσβεβλημένοι από τον κορονοϊό είχαν ήδη ταξιδέψει σε όλη τη χώρα και στο εξωτερικό. Η Δημοτική Επιτροπή Υγείας της Γουχάν ενημέρωσε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) στις 31 Ιανουαρίου ότι είχε ξεσπάσει επιδημία λόγω ενός νέου ιού, ο οποίος αρχικά ονομάστηκε SARS-CoV-2 (Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο κορονοϊού τύπου 2). Ο ΠΟΥ άλλαξε το όνομα σε COVID-19 στις 12 Φεβρουαρίου. Έως τα μέσα Φεβρουαρίου, ο κορονοϊός είχε εξελιχθεί σε επιδημία μεγάλων διαστάσεων με επίκεντρο τη Γουχάν, προσβάλλοντας περίπου 90.000 ανθρώπους και προκαλώντας τουλάχιστον 4.600 θανάτους, ενώ παράλληλα εξαπλωνόταν σε όλο τον κόσμο μέσω του τουρισμού, των επαγγελματικών ταξιδιών και της διάδοσης εντός της κοινότητας. Η κυβέρνηση της Κίνας έλαβε δρακόντεια μέτρα προκειμένου να περιορίσει τους πολίτες στις οικίες τους, απαγόρευσε τις μετακινήσεις σε ολόκληρες περιοχές και επιστράτευσε ιατρικούς

πόρους για τη διενέργεια τεστ και την όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του ιού, με δεδομένο πως τότε δεν ήταν διαθέσιμη καμία θεραπεία. Έως τα μέσα Μαρτίου, η κατάσταση στην Κίνα είχε βελτιωθεί.

Άλλες χώρες, όμως, ιδίως το Ιράν στη Μέση Ανατολή και η Ισπανία και η Ιταλία στην Ευρώπη, άρχισαν να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα. Το πρόβλημα στην Ιταλία, όπως και στην Κίνα, ήταν η αργοπορημένη απόφαση για απομόνωση των πληγείσων περιοχών και περιορισμό των μετακινήσεων. Ο πρώτος γνωστός ασθενής, ένα τριανταοκτάχρονος άνδρας από τη Λομβαρδία της Βόρειας Ιταλίας, δεν είχε επισκεφθεί την Κίνα και θεωρήθηκε πως κόλλησε τον ιό από κάποιον άλλο Ευρωπαίο. Αρνήθηκε τη νοσηλεία και γύρισε στην οικία του, αλλά τελικά επέστρεψε στο νοσοκομείο αφού πρώτα είχε μεταδώσει τον ιό σε αρκετούς ανθρώπους και εκεί και σε άλλους χώρους όπου είχε βρεθεί στο μεταξύ (ήταν δραστήριος στην κοινωνική του ζωή και συμμετείχε σε μια ποδοσφαιρική ομάδα). Η ασθένεια διαδόθηκε τόσο γρήγορα, ώστε στις επόμενες 24 ώρες εισάχθηκαν στο νοσοκομείο 36 επιπλέον άτομα, κανένα από τα οποία δεν είχε άμεση επαφή με τον πρώτο ασθενή. Από τους 234.000 ανθρώπους που αποτελούσαν επιβεβαιωμένα κρούσματα στην Ιταλία στα τέλη της άνοιξης του 2020, περισσότεροι από 34.000 πέθαναν. Στην Ισπανία ανιχνεύθηκαν ακόμα περισσότερα κρούσματα, σχεδόν 287.000, και περισσότεροι από 34.000 ασθενείς πέθαναν. Λίγο αργότερα, η Βρετανία βρέθηκε στην κορυφή ως προς τον αριθμό των θανάτων και ακολούθησε η Ρωσία.

Οι ΗΠΑ, με τον μεγάλο αριθμό ξένων επισκεπτών και ταξιδιωτών, επηρεάστηκαν περισσότερο από κάθε άλλη περιοχή του κόσμου την πρώτη περίοδο, καθώς μέχρι το τέλος Ιουνίου υπήρχαν σχεδόν 2,5 εκατομμύρια επιβεβαιωμένα κρούσματα και πάνω από 126.000 θάνατοι. Έως τη στιγμή που γράφονταν αυτές οι γραμμές, ο αριθμός των κρουσμάτων συνέχιζε να ανεβαίνει με γοργούς ρυθμούς όσο η πανδημία εξελισσόταν. Ο κορονοϊός πρωτοεμφανίστηκε στη Δυτική Ακτή, στην πολιτεία Ουάσιγκτον, και λίγο αργότερα στην Καλιφόρνια. Η πολιτεία που υπέφερε περισσότερο ήταν η Νέα Υόρκη, στην οποία εντοπίστηκε πάνω από το 30% των κρουσμάτων της χώρας. Όπως φαίνεται, η COVID-19 έφτασε εκεί μέσω κάποιου ταξιδιώτη από την Ευρώπη. Μέχρι τα τέλη Ιουνίου, τα πάνω από 395.000 επιβεβαιωμένα κρούσματα μόνο στη Νέα Υόρκη ξεπερνούσαν σε αριθμό εκείνα των περισσότερων χωρών, με εξαίρεση το σύνολο των ΗΠΑ, τη Βραζιλία, τη Ρωσία και την Ινδία. Οι άνδρες ήταν πιο πιθανό να προσβληθούν από τον ιό σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ οι άνω των 65 ετών με υποκείμενα προβλήματα όπως η παχυσαρκία, η υπέρταση, η καρδιοπάθεια, ο διαβήτης, η άνοια, η κολπική μαρμαρυγή, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) ήταν πιο ευάλωτοι στη μόλυνση και κινδύνευαν περισσότερο να

πεθάνουν. Τα γηροκομεία αποτέλεσαν σημαντικές εστίες μόλυνσης, καθώς σε αυτούς τους χώρους καταγράφηκε το 20% όλων των θανάτων σε εθνικό επίπεδο. Ευτυχώς, τα παιδιά επηρεάστηκαν λιγότερο από κάθε άλλον. Ένας λόγος για τον οποίο η Ιταλία είχε τόσο υψηλό ποσοστό θνησιμότητας είναι ο δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων.²

Το τελευταίο κεφάλαιο της ιστορίας της πανδημίας του κορονοϊού δεν έχει γραφτεί ακόμα, αλλά ο ιός λειτουργεί ως παράδειγμα που αποτυπώνει την κοινωνική αιτιότητα της ασθένειας, καθώς η «κοινωνική αποστασιοποίηση» και η προτροπή «να μείνουμε σπίτι» αποτελούν τους πρωταρχικούς τρόπους περιορισμού της μετάδοσής του, ενώ η κοινωνική εγγύτητα αποτελεί προϋπόθεση για τη μετάδοση.

Κάπνισμα

Το κάπνισμα συνδέεται με περισσότερες ασθένειες από κάθε άλλη πρακτική της καθημερινότητας που σχετίζεται με την υγεία. Το κάπνισμα ή η χρήση προϊόντων καπνού σε οποιαδήποτε μορφή βλάπτει την υγεία (Cockerham 2013b). Νεκροτομές σε μακροχρόνιους συστηματικούς καπνιστές δείχνουν ότι το χρώμα του πνευμονικού ιστού έχει μεταβληθεί από το υγιές ροζ σε γκρι και ανοιχτό καφέ. Το κάπνισμα επηρεάζει επίσης το σώμα και με διάφορους άλλους τρόπους, όπως βλάπτοντας το καρδιαγγειακό σύστημα, προκαλώντας πόνο στη μέση και αυξάνοντας τις πιθανότητες απώλειας του χόνδρου στην άρθρωση του γόνατος λόγω οστεοαρθρίτιδας. Η βλάβη που προκαλείται στον οργανισμό από το τσιγάρο οφείλεται στο ερεθιστικό και καρκινογόνο υλικό της πίσσας, που απελευθε-

2. ΣτΜ: Στην Ελλάδα, η λεγόμενη «ασθενής μηδέν» ήταν μια τριαντατριάχρονη γυναίκα που είχε επισκεφθεί τη Βόρεια Ιταλία για επιχειρηματικούς λόγους. Εισάχθηκε στο ΑΧΕΠΑ, αλλά πέρασε την ασθένεια σχετικά ελαφρά. Ο πρώτος νεκρός ασθενής από κορονοϊό ήταν ένας εξηνταεξάχρονος που είχε συμμετάσχει σε περιηγητική εκδρομή στους Αγίους Τόπους. Με αφορμή αυτό το γεγονός, υπήρξε έντονος δημόσιος διάλογος για τη συμβολή του θρησκευτικού τουρισμού στη διάδοση του ιού. Έκτοτε, τα μέτρα περιορισμού των μετακινήσεων είχαν σε παγκόσμιο επίπεδο δραματικό αντίκτυπο στον θρησκευτικό τουρισμό και ο χαρακτήρας πολλών θρησκευτικών πρακτικών μεταβλήθηκε ριζικά. Βλ. ενδεικτικά F. Mróz. 2021. «The impact of Covid-19 on pilgrimages and religious tourism in Europe during the first six months of the pandemic». *Journal of Religion and Health* 60(2):625-645· R. Raj και K.A. Griffin. 2020. «Reflecting on the impact of Covid-19 on religious tourism and pilgrimage». *International Journal of Religious Tourism and Pilgrimage* 8(7):1-8.

ρώνεται με την καύση του καπνού, εισπνέεται στους πνεύμονες και εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος απ' όπου εξαπλώνεται σε όλο το σώμα. Οι άνθρωποι που πεθαίνουν από καρκίνο του πνεύμονα σταδιακά δυσκολεύονται όλο και περισσότερο να αναπνεύσουν και νιώθουν να πνίγονται, καθώς οι πνεύμονες αδυνατούν να μεταφέρουν οξυγόνο στο αίμα.

Στη Βρετανία, περίπου 114.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από το κάπνισμα. Στις ΗΠΑ, που έχουν πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό, σχεδόν 480.000 Αμερικανοί πεθαίνουν κάθε χρόνο από αιτίες που σχετίζονται με το κάπνισμα, συμπεριλαμβανομένων και σχεδόν 41.000 ανθρώπων που πεθαίνουν λόγω έκθεσής τους στο παθητικό κάπνισμα. Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει εμφράγματα και εγκεφαλικά, στενεύει και σκληραίνει τις αρτηρίες, βλάπτει και τραυματίζει τα αιμοφόρα αγγεία (ανεύρυσμα) και δημιουργεί υπέρταση. Το συστηματικό κάπνισμα έχει συχνά ως αποτέλεσμα τον πρόωρο θάνατο, καθώς στις ΗΠΑ οι καπνιστές συνήθως πεθαίνουν 10 χρόνια νωρίτερα από τους μη καπνιστές. Πώς όμως εισέρχονται οι κοινωνικές μεταβλητές στο μοτίβο αυτών των ασθενειών, διαδραματίζοντας μάλιστα αιτιακό ρόλο; Από μία άποψη, φαίνεται πως οι αιτιακοί παράγοντες σχετίζονται με τη βιολογία: η πίσσα στον καπνό προκαλεί καρκίνο και βλάπτει την κυκλοφορία του αίματος. Αλλά η πίσσα από μόνη της δεν μπορεί να λειτουργήσει αιτιακά, αφού πρέπει να εισέλθει στο ανθρώπινο σώμα για να έχει το οποιοδήποτε αποτέλεσμα. Φορέας της αιτιότητας είναι εντέλει ο άνθρωπος, τόσο ως ξενιστής που εισπνέει τον καπνό όσο και ως παραγωγός ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που ευνοεί τη συνήθεια του καπνίσματος. Υπάρχει ένα κοινωνικό μοτίβο σχετικά με το κάπνισμα, που δείχνει ότι η χρήση καπνού δεν είναι μια τυχαία ατομική απόφαση εντελώς ανεξάρτητη από κοινωνικές δομικές επιρροές.

Παρ' όλα αυτά, το κάπνισμα και άλλες ριψοκίνδυνες συμπεριφορές έχουν μελετηθεί ελάχιστα εντός του ευρύτερου κοινωνικού συγκειμένου τους, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις χαρακτηρίζονται ως ζητήματα ατομικής ευθύνης. Αν οι άνθρωποι επιθυμούν να αποφύγουν τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, φαντάζει λογικό να πούμε ότι δεν πρέπει να καπνίζουν. Αν επιλέγουν να καπνίζουν, οι συνέπειες δεν μπορεί να είναι ευθύνη κάποιου άλλου, αλλά δική τους. Όμως αυτή η λογική ενοχοποίησης των θυμάτων δεν εξηγεί πώς οι άνθρωποι, ιδίως αυτοί που προέρχονται από υποβαθμισμένα περιβάλλοντα, καταλήγουν να υιοθετούν βλαβερές για την υγεία συνήθειες και πώς οι κοινωνικές καταστάσεις ενισχύουν αυτές τις συμπεριφορές. Σήμερα το κάπνισμα σπανίζει στις ανώτερες και τις μεσαίες τάξεις, αλλά είναι πολύ συνηθισμένο στα κατώτερα στρώματα. Οι άνθρωποι από ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες ήταν οι πρώτοι που ξεκίνησαν να καπνίζουν στις αρχές του 20ού

αιώνα και ακολούθησαν οι υπόλοιπες τάξεις, όμως η αυξανόμενη δημοσιότητα για τις βλαβερές συνέπειες του τσιγάρου στη δεκαετία του 1960 μετέβαλε σταδιακά τα δεδομένα, καθώς οι πιο μορφωμένες και εύπορες ομάδες άρχισαν να εγκαταλείπουν αυτή την πρακτική (Antunes 2011· Cockerham κ.ά. 2017b· Ho και Fenelon 2015· Narcisse κ.ά. 2009· Pampel 2009). Μέχρι τις αρχές του 21ου αιώνα, το προφίλ των καπνιστών είχε αλλάξει ριζικά.

Σύμφωνα με τη Mieke Thomeer και τους συνεργάτες της (Thomeer κ.ά. 2019), οι κοινωνικές συναναστροφές αποτελούν βασικό προγνωστικό παράγοντα για το κάπνισμα. Οι ερευνητές αυτοί διαπίστωσαν πως ο κοινωνικός περίγυρος στη ζωή κάποιου (π.χ. γονείς, συνομήλικοι κ.ά.) ήταν ο πιο καθοριστικός παράγοντας για το αν ένα άτομο θα καπνίσει ή θα απορρίψει αυτή τη συνήθεια. Για τους ενήλικους που διακόπτουν το κάπνισμα ή υποτροπιάζουν ύστερα από τη διακοπή του, βρέθηκε πως πρωταρχική αιτία ήταν οι αλλαγές στις κοινωνικές συναναστροφές (όπως η εύρεση νέας δουλειάς και η σύναψη φιλικών σχέσεων με διαφορετικούς συνεργάτες ή το τέλος μιας ερωτικής σχέσης). Ένας άνδρας, για παράδειγμα, ξεκίνησε το κάπνισμα στην ηλικία των 11 ετών νομίζοντας ότι αυτό θα ήταν «κουλ» επειδή κάπνιζε και ο πατέρας του. Μια γυναίκα είπε ότι ποτέ δεν κάπνισε, επειδή η γιαγιά της συνήθιζε να φυσά τον καπνό στο πρόσωπό της όταν εκείνη ήταν παιδί και δεν μπορούσε να αντέξει τη μυρωδιά. Το κάπνισμα σε αυτές τις αφηγήσεις κατά κανόνα αναφέρεται ως μια δραστηριότητα στην οποία εμπλέκονται και άλλοι άνθρωποι. Μεταξύ εφήβων, ωστόσο, η επίδραση των συνομηλίκων είναι πιο ισχυρή στην έναρξη του καπνίσματος απ' ό,τι στη διακοπή του. Όπως διαπίστωσαν οι Steven Haas και David Schaefer (2014: 126) σε μια μελέτη εθνικής εμβέλειας στις ΗΠΑ: «Οι έφηβοι σπάνια ξεκινούν το κάπνισμα αν δεν υπάρχει επίδραση από τους συνομήλικους, αλλά θα το διακόψουν ακόμα κι αν οι φίλοι τους συνεχίζουν να καπνίζουν».

Η κοινωνική διαδικασία με την οποία γίνεται κάποιος καπνιστής περιγράφηκε παλιότερα με ακρίβεια από τον Jason Hughes (2003), ο οποίος προσδιόρισε ότι όσοι επιβεβαιωμένα είναι καπνιστές περνούν από πέντε στάδια: (1) γίνονται καπνιστές, (2) συνεχίζουν το κάπνισμα, (3) αρχίζουν το συστηματικό κάπνισμα, (4) εθίζονται στο κάπνισμα και (5) κάποιοι διακόπτουν το κάπνισμα. Βασιζόμενος σε συνεντεύξεις τόσο με καπνιστές όσο και με μη καπνιστές στη Βρετανία, ο Hughes διαπίστωσε ότι η πρώτη εμπειρία που έχουν με το τσιγάρο στο πρώτο στάδιο (όταν γίνονται καπνιστές) είναι κατά κανόνα δυσάρεστη. Ο καπνιστής συνήθως ζαλίζεται. Μια συμμετέχουσα είπε στον Hughes (2003: 148) ότι δεν της άρεσε καθόλου το πρώτο της τσιγάρο, περιγράφοντάς το ως «απαίσιο». Προκύπτει λοιπόν το καίριο ερώτημα: Εφόσον η πρώτη εμπειρία είναι δυσάρεστη, γιατί οι άνθρωποι συνεχίζουν το κάπνισμα; Η απάντηση του Hughes είναι ότι οι

άνθρωποι μαθαίνουν πώς να καπνίζουν με τον εξής τρόπο: δεν ερμηνεύουν οι ίδιοι την εμπειρία τους αυτή, αλλά αφήνουν τους άλλους να τους πουν πώς να διαχωρίζουν τις ευχάριστες από τις δυσάρεστες εντυπώσεις. Πιο συγκεκριμένα, διδάσκονται πώς να ρουφούν κατάλληλα τον καπνό και να τον «κατεβάζουν» στα πνευμόνια τους. Μια άλλη συμμετέχουσα στην έρευνα του Hughes (2003: 149) ανέφερε πώς βίωσε την αίσθηση να είσαι καπνιστής όταν πρωτάρχισε το τσιγάρο: «Ήταν πολύ συναρπαστικό. Νόμιζα πως είχα μεγαλώσει! Ήταν κάτι καινούργιο. Και είναι μια δεξιότητα που πρέπει να μάθεις να την κάνεις σωστά ώστε οι άλλοι να μη λένε, “Αυτή δεν ρουφάει σωστά, δεν καπνίζει”. Πρέπει να μάθεις πώς να το κάνεις αυτό». Ο Hughes εξηγεί ότι αρχικά το κάπνισμα είναι μια κοινωνική δραστηριότητα που λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο μιας παρέας ανθρώπων. Συνήθως έχει την προέλευσή του στις εφηβικές ομάδες συνομηλίκων, όπου οι έφηβοι αντιγράφουν τη συμπεριφορά ενηλίκων ή μεγαλύτερων εφήβων (de la Haye κ.ά. 2019). Καπνίζουν για να «ταιριάξουν με», να «συνδεθούν με» και να «εντυπωσιάσουν» τους φίλους τους.

Η Joy Johnson και οι συνεργάτες της (Haines, Poland και Johnson 2009· Johnson κ.ά. 2003) μελέτησαν το εφηβικό κάπνισμα στον Καναδά και διαπίστωσαν ότι στην αρχή οι έφηβοι είναι εξαρτημένοι από το τσιγάρο περισσότερο κοινωνικά παρά οργανικά. Το κοινωνικό πλαίσιο, δηλαδή το «άραγμα» με τους φίλους, έπαιζε πιο καθοριστικό ρόλο απ’ ό,τι η ίδια η επιθυμία για κάπνισμα. Συνήθως ο έφηβος δεν κάπνιζε όταν δεν βρισκόταν μαζί με τους φίλους του. Άλλα όταν οι φίλοι ήταν παρόντες, οι νέοι καπνιστές χρησιμοποιούσαν το τσιγάρο πρωτίστως για να συνδεθούν κοινωνικά, να προβάλουν την εικόνα του «κουλ» ατόμου και να εκφράσουν αλληλεγγύη. Τρεις έφηβοι στη μελέτη των Johnson κ.ά. (2003: 1484-6) είπαν για το κάπνισμα στις παρέες συνομηλίκων:

Το να τους αρέσει [το κάπνισμα] είναι μια κοινωνική πτυχή της ζωής τους και έχουν εξάρτηση απ’ αυτήν όσο και από τη νικοτίνη. Νομίζω πως μάλλον το κοινωνικό πλαίσιο είναι από μόνο του κάπως εθιστικό. (Κορίτσι 17 ετών)

Οι άνθρωποι δεν είναι πραγματικά υποχρεωμένοι να καπνίζουν, αλλά το κάνουν για να ταιριάξουν ή για οποιονδήποτε άλλο λόγο, και καπνίζουν για να ωραιοποιήσουν την εικόνα τους στους άλλους. (Αγόρι 17 ετών)

Περισσότερο έχει σχέση με το τι θα κάνεις για να ταιριάξεις και όχι με το τι θα κάνεις για να καπνίσεις, γιατί στην πραγματικότητα μπορεί να μη θες καν να καπνίσεις. (Αγόρι 16 ετών)

Τέτοιες αναφορές στηρίζουν το επιχείρημα του Hughes (2003) ότι το πρώτο στάδιο της διαδικασίας με την οποία κάποιος γίνεται καπνιστής αποτελεί κατά

κύριο λόγο μια *κοινωνική* εμπειρία. Δεν είναι μόνο ότι οι τεχνικές μαθαίνονται σε παρέες συνομηλίκων, αλλά και ότι η ίδια η πράξη του καπνίσματος ευνοεί τις κοινωνικές σχέσεις, ενισχύει τους κοινωνικούς δεσμούς και εκφράζει την ένταξη σε μια ομάδα. Επίσης, σε μικρό χρονικό διάστημα οι έφηβοι καπνιστές μαθαίνουν να αναγνωρίζουν την επίδραση της νικοτίνης στα συναισθήματά τους. Το κάπνισμα τους βοηθούσε να νιώθουν ήρεμοι και μείωνε το στρες τους, ενώ μπορούσε ακόμα και να τους ανακουφίσει από την κατάθλιψη, τη λύπη, τον φόβο, τη μοναξιά και τον θυμό. Κάποιοι αρχάριοι καπνιστές ανακάλυψαν ότι μπορούσαν να απολαμβάνουν τη γεύση, ενώ άλλοι ένιωσαν ότι το κάπνισμα είναι μια ένδειξη μετάβασης στην ενήλικη ταυτότητα. Αν και πολλοί έφηβοι είναι πιθανό να δοκιμάσουν το κάπνισμα κάποια στιγμή ενώ μεγαλώνουν, η πλειονότητα δεν θα το συνεχίσει. Αυτοί που συνεχίζουν, ωστόσο, εισέρχονται σε ένα δεύτερο στάδιο, όπως το περιέγραψε ο Hughes, εκείνο του συνεχιζόμενου καπνίσματος. Εδώ, τα άτομα αρχίζουν να καπνίζουν πιο τακτικά ως μέρος ενός σταθερού μοτίβου συμπεριφοράς. Εξακολουθούν να χρησιμοποιούν το τσιγάρο για να κοινωνικοποιηθούν, αλλά υπάρχουν και άλλοι λόγοι, όπως η χαλάρωση, η ευχαρίστηση, η μείωση του στρες ή η ενίσχυση της συγκέντρωσης. Καπνίζουν ακόμα και όταν είναι μόνα, όχι απλώς όταν είναι με άλλους. Αρχίζουν να αυτοπροσδιορίζονται ως καπνιστές, αναγνωρίζουν ότι έχουν μια όλο και μεγαλύτερη εξάρτηση από τη νικοτίνη και οδεύουν στο τρίτο στάδιο, εκείνο του συστηματικού καπνιστή. Εδώ, το κάπνισμα γίνεται μέρος του τρόπου ζωής, κάτι που οδηγεί στο τέταρτο στάδιο, το εξαρτητικό κάπνισμα, κατά το οποίο το άτομο πρέπει να καπνίσει απλώς για να νιώσει «φυσιολογικά». Όπως το έθεσε μια εξαρτημένη καπνίστρια (Johnson κ.ά. 2003: 1488): «Έχει ξεφύγει μάλλον από την απλή επιθυμία ή την απόλαυση, το σώμα σου πλέον εθίζεται και, ό,τι και να συμβεί, δεν μπορείς να βγάλεις τη μέρα σου χωρίς να σκεφτείς το τσιγάρο ή να νιώθεις ότι το χρειάζεσαι» (κορίτσι 19 ετών).

Σε ένα τέτοιο σενάριο, η αιτιακή αλυσίδα που οδηγεί εντέλει σε μια ασθένεια σχετιζόμενη με το κάπνισμα θα έμοιαζε κάπως έτσι: η κοινωνική διάδραση ανάμεσα σε συνομηλίκους ωθεί το άτομο να ξεκινήσει το κάπνισμα, το οποίο, όταν συνεχίζεται για μεγάλο διάστημα, εξελίσσεται σε συστηματικό κάπνισμα και εθισμό στο τσιγάρο, με αποτέλεσμα να υπάρχει τελικά μεγάλη πιθανότητα να προκληθούν προβλήματα υγείας. Παρότι ίσως δεν αρχίζουν όλοι οι καπνιστές να καπνίζουν με τη βοήθεια κάποιου άλλου, φαίνεται ότι σχεδόν πάντα έτσι συμβαίνει. Επιπλέον, ακόμα και όταν ο αρχάριος καπνιστής είναι αυτοδίδακτος, επικυρώνει αυτή την πρακτική όταν βρίσκεται στην ίδια παρέα με άλλους καπνιστές (Haines κ.ά. 2009). Το να μεγαλώνεις σε σπίτι όπου ο ένας ή και οι δύο γονείς καπνίζουν, το να έχεις σύζυγο που καπνίζει και το να συναναστρέφεσαι τακτικά

με καπνιστές είναι μερικές άλλες κοινωνικές καταστάσεις που ευνοούν το κάπνισμα. Σε όλες ουσιαστικά τις περιπτώσεις, η συμπεριφορά αποκτάται αρχικά παρουσία άλλων ανθρώπων (de la Haye κ.ά. 2019· Thomeer κ.ά. 2019). Η ρίζα αυτής της αιτιακής αλυσίδας είναι κοινωνική. Αν αφαιρεθούν τα κοινωνικά στοιχεία, η αλυσίδα σπάει και η διαδικασία που καταλήγει σε κάποια ασθένεια αναστέλλεται.

Εφόσον το κάπνισμα ξεκινά κατά κανόνα μέσα σε κοινωνικά δίκτυα, είναι επόμενο ότι τέτοια δίκτυα μπορούν επίσης και να το περιορίσουν. Η δυνατότητα αυτή εξετάστηκε από τους Nicholas Christakis και James Fowler (2008), οι οποίοι διερεύνησαν τα μοτίβα του καπνίσματος σε πυκνά διασυνδεδεμένα δίκτυα ανθρώπων στο Φράμιγχαμ της Μασαχουσέτης. Βρήκαν ότι ολόκληρες ομάδες ανθρώπων με στενές σχέσεις μεταξύ τους είχαν σταματήσει το κάπνισμα σχεδόν ταυτόχρονα. Αυτό οφειλόταν στη συλλογική πίεση από το δίκτυό τους, η οποία προερχόταν κατά βάση από συζύγους, αδέρφια, άλλα μέλη της οικογένειας και συνεργάτες που ήταν κοντινοί φίλοι. Κατανοώντας το κάπνισμα ως μια κοινωνική και επομένως συλλογική συμπεριφορά, οι Christakis και Fowler διαπίστωσαν ότι οι καπνιστές ήταν πιο πιθανό να διακόψουν το κάπνισμα όταν δεν είχαν πλέον ανθρώπους με τους οποίους θα μπορούσαν εύκολα να καπνίσουν. Συμπέραναν ότι «οι αποφάσεις για διακοπή του καπνίσματος δεν λαμβάνονται μόνο από μεμονωμένα άτομα, αλλά μάλλον αποτυπώνουν επιλογές που γίνονται από ομάδες ανθρώπων συνδεδεμένων μεταξύ τους τόσο άμεσα όσο και έμμεσα» (2008: 2256). Όσοι παρέμειναν καπνιστές ωθήθηκαν στο περιθώριο των κοινωνικών δικτύων τους, καθώς τα ίδια τα δίκτυα διασπώνταν όλο και περισσότερο σε υποομάδες καπνιστών και υποομάδες μη καπνιστών. Μια άλλη μελέτη σε ένα ποικιλόμορφο πανεθνικό δείγμα εφήβων επιβεβαίωσε ότι τα δίκτυα των φίλων διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στις αποφάσεις για το κάπνισμα (de la Haye κ.ά. 2019). Στην περίπτωση του καπνίσματος, το κοινωνικό λειτουργεί σαφώς αιτιακά.

Το 2019 ξέσπασε στις ΗΠΑ νέα κρίση, σχετική με μια άλλη μορφή καπνίσματος, αφού άρχισαν να καταγράφονται περισσότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία για βλάβες του πνεύμονα και περισσότεροι θάνατοι λόγω του ηλεκτρονικού τσιγάρου. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα λειτουργούν θερμαίνοντας ένα υγρό το οποίο παράγει ένα αερόλυμα που εισπνέεται και μεταφέρεται στους πνεύμονες. Καθώς γράφονται αυτές οι γραμμές, πάνω από 2.807 άνθρωποι είχαν νοσηλευθεί στις 50 πολιτείες και στην περιφέρεια της Κολούμπια, ενώ 68 είχαν πεθάνει.³

3. ΣτΜ: Όσον αφορά την Ελλάδα, σε έρευνα του Ευρωβαρόμετρου που διεξάχθηκε από τις 3 έως τις 19 Οκτωβρίου 2009 βρέθηκε ότι είναι η πρώτη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Ο κοινός παράγοντας σε όλες τις περιπτώσεις ήταν η οξική βιταμίνη Ε σε ηλεκτρονικά τσιγάρα με τετρα-υδρο-κανναβινόλη (THC), ένα ψυχοτρόπο παράγωγο της κάνναβης που σε «ανεβάζει». Η οξική βιταμίνη Ε χρησιμοποιείται για την αραίωση του ελαίου της THC, ώστε να χρειάζεται μικρότερη ποσότητα από αυτό και έτσι να αυξάνονται τα κέρδη. Ωστόσο, όταν η βιταμίνη θερμαίνεται, καίει την επιστροφή των πνευμόνων. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο αναπτύχθηκε αρχικά για να βοηθήσει τους ανθρώπους να διακόψουν το κάπνισμα προϊόντων καπνού, αλλά προσέλκυσε μεγάλο αριθμό εφήβων και νέων ενηλίκων όταν κυκλοφόρησαν οι γεύσεις «φρούτων». Η ζημιά στους πνεύμονες λόγω του ατμίσματος είναι πιο συχνή σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Οι καπνιστές ακολουθούν συνήθως και άλλες ανθυγιεινές πρακτικές, όπως η κακή διατροφή και η λιγότερο τακτική άσκηση, και αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα με το ποτό (Burdette κ.ά. 2017· Cockerham 2005· Edwards κ.ά. 2006· Lawrence 2017· Lawrence, Mollborn και Hummer 2017). Σε αυτά προστίθεται και η ισχυρή επίδραση άλλων κοινωνικών μεταβλητών (π.χ. η τάξη και το φύλο) που επηρεάζουν είτε θετικά είτε αρνητικά συμπεριφορές σχετικές με την υγεία, όπως το κάπνισμα. Η υποτίμηση ή απόρριψη του αιτιακού ρόλου των κοινωνικών παραγόντων στην έναρξη και συντήρηση των προβλημάτων υγείας που προκύπτουν από το κάπνισμα καθιστά κάθε εξήγηση του φαινομένου ελλιπή.

σε κατανάλωση προϊόντων καπνού. Έκτοτε ακολούθησαν δημοσιεύματα που επισήμαιναν το υψηλό ποσοστό καπνιστών στη χώρα. Σε αντίστοιχη έρευνα του Ευρωβαρόμετρου από τον Αύγουστο έως τον Σεπτέμβριο του 2020, η Ελλάδα ήταν πρώτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση ως προς τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζει ο μέσος καπνιστής ανά ημέρα (18,7), ενώ συνολικά το 42% του πληθυσμού ήταν καπνιστές. Ως προς το ηλεκτρονικό τσιγάρο στον ελλαδικό χώρο, οι Farsalinos, Siakas, Poulas, Voudris, Merakou και Barbouni (2018) υπολόγισαν, με βάση έρευνά τους σε 4.058 ενήλικους στην περιφέρεια Αττικής, ότι από τα 3,1 εκατομμύρια κατοίκων στην Αττική οι 848.000 έχουν υπάρξει κάποια στιγμή στη ζωή τους χρήστες ηλεκτρονικού τσιγάρου, ενώ 155.000 χρησιμοποιούσαν ηλεκτρονικό τσιγάρο κατά τη διάρκεια της έρευνας. Βλ. K. E. Farsalinos, G. Siakas, K. Poulas, V. Voudris, K. Merakou και A. Barbouni. 2018. «Electronic cigarette use in Greece: An analysis of a representative population sample in Attica Prefecture». *Harm Reduction Journal* 15(1)· European Commission. 2021. *Special Eurobarometer 506: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. https://data.europa.eu/data/datasets/s2240_506_eng?locale=en· *Greeks are heaviest smokers in European Union* (31 Μαΐου 2017). ekathimerini. [ekathimerini.com/news/218894/survey-greeks-are-heaviest-smokers-in-european-union/](https://www.ekathimerini.com/news/218894/survey-greeks-are-heaviest-smokers-in-european-union/)· 2010 *Eurobarometer survey on tobacco* (22 Ιουλίου 2010). EPHA. <https://epha.org/2010-eurobarometer-survey-on-tobacco/>.