



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Π.Μ.Σ.: Ιστορίας, Κοινωνιολογίας και Φιλοσοφίας Δικαίου
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: Κοινωνιολογία Δικαίου, Τεχνολογία και Επιστήμη
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΤΟΣ: 2018-2019

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
του Λιακόπουλος Ιωάννης Θεοφάνης Δαυίδ

A.M.: 7340011718003

**«Ιατρικοποίηση και εμπορευματοποίηση της υγείας ως
μορφές κανονιστικότητας. Το παράδειγμα του
εμβολιασμού».**

Επιβλέποντες:

Ονοματεπώνυμο επιβλεπόντων

α) Κα. Ε. Ρεθυμιωτάκη (επιβλέπουσα)

β) Κ. Γ. Γιαννόπουλος

γ) Κ. Φ. Βασιλόγιαννης

Αθήνα, 2020

Copyright © [*Διακόπουλος Ιωάννης Θεοφάνης Δαβίδ, 2020*]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και θέσεις που περιέχονται σε αυτήν την εργασία εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να αποδώσω τις πιο θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα Καθηγήτρια της Νομικής Σχολής Αθηνών και Πρόεδρο της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής κ. Ρεθυμιωτάκη τόσο για τις ιδιαίτερες και σημαντικές συμβουλές της, απαραίτητες για την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας, όσο και για τα εφόδια που μας έδωσε να καλλιεργήσουμε περαιτέρω την κριτική μας σκέψη.

Επιπλέον θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής κ. Γιαννόπουλο και κ. Βασιλόγιαννη, καθώς επίσης και σε όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για την πολύτιμη γνώση που μας μεταλαμπάδευσαν. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να αποδώσω σε όλους του γιατρούς που έλαβαν μέρος, οι οποίοι αγκάλιασαν την έρευνα απαντώντας με μεγάλη προθυμία, αφιερώνοντας χρόνο από το διάλειμά τους. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου τον Πέτρο, την Δήμητρα, την Κέλλυ, την Ελένη, τον Δημήτρη, την Μαρία και τον Παντελή και όλους εκείνους, οι οποίοι με πολύ κουράγιο και υπομονή στάθηκαν στο πλευρό μου για άλλη μια φορά, στηρίζοντάς με στα όνειρα μου.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	3
Περίληψη.....	5
Abstract.....	6
Πρόλογος.....	7
Κεφάλαιο 1 ^ο Εισαγωγή Γενικού μέρους.....	8
1.1 Ιατρικοποίηση και εμπορευματοποίηση της υγείας.....	8
1.2 Βιο-εξουσία και Βιο-πολιτική.....	10
1.3 Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας.....	14
Κεφάλαιο 2 ^ο Εισαγωγή Ειδικού μέρους.....	17
2.1 Εμβόλια και Εμβολιασμός	17
2.2 Αντιδράσεις στα εμβόλια και το αντιεμβολιαστικό κίνημα.....	21
2.3 Το ζήτημα του εμβολιασμού στην Αμερική.....	24
2.4 Το ζήτημα του εμβολιασμού στην Ε.Ε.....	25
2.5 Ο εμβολιασμός στην Ελλάδα.....	27
2.6 Η Ελληνική νομοθεσία για τον εμβολιασμό.....	29
Κεφάλαιο 3 ^ο Ερευνητικό μέρος.....	31
3.1 Σκοπός.....	31
3.2 Μεθοδολογία	32
3.3 Ανάλυση θεμάτων.....	36
Συμπεράσματα- Συζήτηση.....	44
Βιβλιογραφία	48
Παραρτήματα.....	58

Περίληψη

Σκοπός της συγκεκριμένης πτυχιακής ήταν η πραγματοποίηση ποιοτικής διερεύνησης, όπου επικεντρώνεται στους γιατρούς και τις απόψεις τους σχετικά με την εμπορευματοποίηση της υγείας, των καθηκόντων τους, την σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς τους, το αντιεμβολιαστικό κίνημα και την στάση τους απέναντι στον υποχρεωτικό εμβολιασμό. Η έρευνα ξεκίνησε με ανασκόπηση του θεωρητικού πλαισίου γύρω από τα γεγονότα από τα οποία εξελίχθηκαν οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας και συνεχίζει με εκτενής αναφορά στον εμβολιασμό, στις στρατηγικές εμβολιαστικής κάλυψης, το νομικό πλαίσιο και προβλήματα που αντιμετωπίζουν τόσο η Αμερική, όσο και η Ευρώπη, με ορισμένες αναφορές σε κάποιες χώρες, καταλήγοντας στην Ελλάδα. Στο πρακτικό μέρος πραγματοποιήθηκε Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση (IPA) σε συνεντεύξεις επτά γιατρών που εργάζονται στο τμήμα των Ειδικών Λοιμώξεων του Νοσοκομείου Ανδρέας Συγγρός. Οι συνεντεύξεις χωρίστηκαν σε πέντε θεματικές ενότητες, ανάλογα με τα νοήματα που τις απαρτίζουν. Εν κατακλείδι, διαπιστώνεται πως οι γιατροί ερμηνεύουν την εμπορευματοποίηση του κλάδου τους ως απάντηση των σύγχρονων απαιτήσεων των ίδιων των ασθενών. Ακόμα, η σχέση γιατρού και ασθενή καλλιεργείται μέσα στα πλαίσια εφαρμογής του Βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας, με καταμερισμό των ευθυνών στις από κοινού αποφάσεις για την θεραπευτική αγωγή. Συμπεραίνεται ότι η πλειοψηφία των συνεντευξιζόμενων γιατρών έχει αρνητική στάση απέναντι στο αντιεμβολιαστικό κίνημα, επισημαίνοντας τους κινδύνους που ενέχει η εξάπλωση της επιρροής του, ενώ διατηρούν θετική στάση υπέρ της επιβολής του εμβολιασμού υπό προϋποθέσεις. Καταθέτονται τέλος, περαιτέρω προτάσεις για την αύξηση του ποσοστού εμβολιασμών και την εξάλειψη των αντιεμβολιαστικών πεποιθήσεων.

Λέξεις κλειδιά: Εμπορευματοποίηση της υγείας, Μοντέλα Υγείας, Σύγχρονη Ιατρική, Εμβόλια, Νομοθεσία Εμβολιασμού

«Medicalization and commercialization of health as forms of regularity. The example of vaccination».

Abstract

The purpose of this thesis was to conduct a qualitative survey, focusing on doctors and their views on the commercialization of health, their duties, the relationship they develop with their patients, the anti-vaccination movement and their attitude towards compulsory vaccination. The research starts with a review of the theoretical background of the events from which the concepts of health and disease evolved and it continues with extensive reference to vaccination, the vaccination coverage strategies, the legal framework and the problems which the US and Europe face, with references to some countries, including Greece. In the practical part, Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) was conducted in interviews with seven physicians working in the Department of Special Infections of Andreas Sygros Hospital. The interviews were divided into five thematic sections based on their meaning. In conclusion, it was pointed out that doctors interpret the commercialization of their profession as a response to the contemporary demands of the patients themselves. Furthermore, the physician-patient relationship is cultivated within the framework of the Biopsychosocial model of health, with responsibilities shared in treatment decisions. It is concluded that the majority of the doctors interviewed have a negative attitude towards the anti-vaccination movement, pointing out the dangers of spreading its influence, while maintaining a positive attitude towards enforcing vaccination under certain conditions. Finally, further proposals are mentioned in order to increase the vaccination rate and eliminate anti-vaccination beliefs.

Key Words: Commercialization of Health, Health Models, Modern Medicine, Vaccines, Vaccination Legislation

Πρόλογος

Λόγω της κοινωνικοπολιτιστικής πραγματικότητας της νεωτερικής εποχής επικράτησε η σταδιακή άνοδος και η τελική υπερίσχυση της ιατρικής επιστήμης ως κανονιστικού επιστημονικού υποδείγματος. Κατά το 17^ο, αλλά κυρίως το 18^ο και 19^ο αιώνα, επικράτησε ο κοινωνικός και πολιτισμικός αποκλεισμός των πασχόντων, οι οποίοι αναδείχθηκαν σε ιατρική κατηγορία, και η ασθένεια με τις ποικίλες εκδοχές της (λέπρα, φυματίωση, χολέρα, χρόνιες παθήσεις) προβλημάτισε πολύ τις κοινωνίες (Ferro, 1999; Αλεξίου, 2000). Τα βασικά χαρακτηριστικά του 19^{ου} αιώνα αναφορικά με τον τομέα της υγείας ήταν η ανάδυση του νοσοκομείου ως κεντρικό θεσμό με ελεγκτικό και αστυνομικό χαρακτήρα, ο βαθμιαίος διαχωρισμός ασθένειας και φτώχειας και η θεμελίωση ενός σώματος επαγγελματιών- ειδικών. Η σταδιακή άνοδος της αστικής τάξης, η ανάδειξη του σώματος ως παραγωγική μηχανή και της εργασίας ως ηθικό καθήκον έγιναν η αιτία για να εκτυλιχθεί η πρακτική αυτή (Foucault, 2012).

Κατά τους τελευταίους δυο αιώνες εξαιτίας της οργάνωσης της σύγχρονης κοινωνίας (μεγαλουπόλεις, βιομηχανική παραγωγή τροφίμων, ταξίδια- τουρισμός, μεταναστευτική έκρηξη) ο κίνδυνος εκδήλωσης μεγάλων επιδημιών μεγεθύνθηκε. Αν και έχουν σημειωθεί πρόοδοι σχετικά με τη δημόσια υγεία και την υγειονομική περίθαλψη, ο έλεγχος των λοιμωδών νοσημάτων εξακολουθεί να απαρτίζει σημαντικό και μείζονος σημασίας πρόβλημα των φορέων υγειονομικής περίθαλψης (Οικονόμου et al., 2012). Για τους εργαζομένους στον τομέα του ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων η ανάδειξη νέων παθογόνων, η επανεμφάνιση παλαιότερων και η εμφάνιση ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών δημιουργούν ανήκουστες προκλήσεις διεθνώς. Τα τελευταία είκοσι χρόνια έκαναν την επανεμφάνισή τους παλαιότερα ξεχασμένα νοσήματα όπως η διφθερίτιδα, ο τέτανος ή η ιλαρά παράλληλα με καινούργια, παραδείγματος χάριν το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογική Ανεπάρκειας (WHO, 2019). Ως απόρροια όλων των παραπάνω συνεπάγεται η ανάγκη λήψης μέτρων αντιμετώπισης του φαινομένου αυτού και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας τόσο σε τοπικό, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Στη μακρά ιστορία, η ιατρική έχει τελέσει αναμφίβολά ποικίλες και σημαντικές ανακαλύψεις, μια εκ των οποίων θεωρούνται τα εμβόλια. Ωστόσο, παρά τα καταγεγραμμένα οφέλη του εμβολιασμού, έχει χαρακτηριστεί από μια μερίδα ανθρώπων ως ένα ακόμα κανονιστικό μέτρο της ιατρικής πρακτικής, δημιουργώντας έτσι ένα κύμα σκεπτικισμού.

Εισαγωγή

1.1 Εμπορευματοποίηση της υγείας

Διάφορες κοινωνικές και πολιτικές εξελίξεις ανά τους αιώνες οδήγησαν στην δημιουργία και την επικράτηση μιας κοινωνικής ομάδας εμπόρων και επενδυτών που είχαν ως βασικούς σκοπούς την επέκταση της ισχύος τους και την απόκτηση υψηλού πλούτου. Για να υλοποιήσουν τους στόχους τους οι έμποροι και το επενδυτικό κεφάλαιο στράφηκαν στην αξιοποίηση τεχνολογικών επιτευγμάτων, στην βοήθεια της επιστήμης και στην τοποθέτηση του εν δυνάμει παραγωγικού εργατικού πληθυσμού σε καίριες θέσεις, με αποτέλεσμα την ραγδαία αύξηση της οικονομικής παραγωγής και την υπερίσχυση μιας ηθικής πολιτικής οικονομίας. Η ηθική αυτή πολιτική οικονομία αποσκοπούσε τόσο στην μεγιστοποίηση του κέρδους της αναδυόμενης κοινωνικής ομάδας, όσο και στην καθυπόταξη των υπολοίπων κοινωνικών ομάδων (Polyani, 2001).

Ο νέος τρόπος οργάνωσης των πραγμάτων προωθούσε τον *homo economicus*, ως το ιδανικό πρότυπο ανθρώπου, δηλαδή έναν άνθρωπο που θα πρέπει να είναι εργασιακά συνεχώς διαθέσιμος, οικονομικά παραγωγικός, υπάκουος, αποδεδουλευμένος από την γή και απολύτως υγιής (Bell, 1999). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο αλλαγών, επηρεάστηκαν άμεσα και οι πεποιθήσεις της κοινωνίας ως προς τον πολιτισμό, την δικαιοσύνη, τα εργατικά δικαιώματα, την ηθική, την ασθένεια, την υγεία και τη σημασία του σώματος. Η επικρατέστερη αντίληψη του σώματος είχε τις ρίζες της σε μια λογική πειθάρχησης και ελέγχου των υποκειμένων και καθιστούσε την παραγωγικότητα της οικονομίας και την αποδοτικότητα της εργασίας ως τις βασικότερες κοινωνικές αξίες (Αλεξίου, 1999; Foucault, 2007, 2012).

Με την πάροδο του χρόνου έγινε αντιληπτό ότι η συστηματική παραγωγή και συσσώρευση του οικονομικού πλούτου εξαρτιόντουσαν από την αγοραστική ικανότητα του εργατικού δυναμικού που απασχολούνταν στα αστικά εργοστάσια (Weber, 1996). Αυτό είχε ως συνέπεια την μαζική εγκατάσταση αγροτικού πληθυσμού σε μεγάλα αστικά κέντρα και την εκδήλωση ιατρικού ενδιαφέροντος των βιομηχάνων για την υγεία του πληθυσμού, δεδομένου ότι η αγοραστική ικανότητα του καθοριζόταν

από παράγοντες όπως την εμφάνιση επιδημιών, την διάτρηση του ποσοστού θνησιμότητας σε χαμηλά επίπεδα, την αναπαραγωγή των εργατικών χεριών ή διάφορους υγειονομικούς ελέγχους (Αλεξίου, 2000). Συνεπώς, το επενδυτικό κεφάλαιο λαμβάνοντας τεράστιες οικονομικές απολαβές από την αξιοποίηση του σώματος, έθεσε στο επίκεντρο της προσοχής του την υγεία και την περίθαλψη των εργατικών λαϊκών στρωμάτων γενικότερα, ορίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο την υγεία ως κοινωνικό αγαθό υψίστης σημασίας (Nettleton, 2002). Υπό αυτό το πρίσμα, η ενίσχυση του θεσμού της δημόσιας υγείας ήταν επιτακτική, η οποία με την σειρά της σε βάθος χρόνου λειτούργησε ως μια νέα στρατηγική έλεγχου του σώματος υπέρ της μισθωτής εργασίας (Κορασίδου, 2002; Foucault, 2012).

Όπως είναι γνωστό τον 17^ο αιώνα, η ιατρική δεν αντιμετωπιζόταν ως νοσοκομειακό επάγγελμα, αλλά λειτουργούσε ως μια μορφή αστυνόμευσης της υγείας μέσω της θέσπισης ενός κανονιστικού συνόλου διατάξεων ρυθμιστικού χαρακτήρα και μιας σειράς μέτρων, που κρίνονταν αναγκαία για τον έλεγχο της υγείας και της ασθένειας μεγάλων ομάδων του πληθυσμού, όσο και για τον διαχωρισμό τους. Μέχρι το 18ο αιώνα το νοσοκομείο θεωρείτο, κατά βάση, ως θεσμός αποκλεισμού των αρρώστων και των τρελών και συγχρόνως ως ίδρυμα αρωγής των φτωχών. Λειτουργούσε δηλαδή ως ένα ίδρυμα διαχωρισμού όσων δεν ήταν ικανοί να εργαστούν και να προσφέρουν στην κοινωνία από εκείνους που μπορούσαν (Foucault, 2012). Η ενίσχυση αυτή λοιπόν έθεσε επίσης τα θεμέλια για την εξέλιξη του θεσμού του νοσοκομείου, δεδομένου ότι η αντικατάσταση εκπαιδευμένων εργατών λόγω μεγάλων επιδημιών και άλλων ασθενειών ήταν ζημιογόνα, ενώ η ανάγκη για εργατικά χέρια παρέμενε μεγάλη. Ως αποτέλεσμα, ξεκίνησε η σταδιακή εφαρμογή πειθαρχικών πρακτικών έλεγχου στην ιατρική πρακτική, ενώ παράλληλα μετατράπηκε σε εμπορικό διακύβευμα (Αλεξίου, 1999,2000; Nettleton, 2002).

Από τη στιγμή που συναντώνται στο νοσοκομειακό χώρο πειθαρχικά μέτρα όπως μόνιμο και πλήρες σύστημα κατάστιχων, στο οποίο καταχωρούνται όλα τα γεγονότα, δεμένο βραχιόλι στον καρπό του ασθενή, ώστε να γίνεται αποτελεσματικά η διάκριση του ή αναρτημένη κάρτα στο επάνω μέρος του κρεβατιού του, στην οποία αναγράφεται το όνομα και η ασθένεια του, το νοσοκομείο μετατρέπεται σε εργαλείο θεραπείας και ίασης, με την κύρια ευθύνη να εναποθέτεται στον γιατρό (Κορασίδου, 2002; Foucault, 2012). Η εμπορευματοποίηση της υγείας, η ιατρικοποίηση του νοσοκομείου και η παραπομπή της εποπτείας του ασθενή σε μια ομάδα ειδικών, εισήγαγαν το Βιοιατρικό μοντέλο υγείας (Atkinson, 1988). Η αναγνώριση του

επαγγέλματος του ιατρού, στον οποίο ανατέθηκε η εξουσία να αποφαινεται και να επιβάλλει μέτρα υγειονομικού χαρακτήρα, αυξήθηκε κατά κόρον. Οι νέες αρμοδιότητες του και το κύρος που το προσέδιδαν κατέστησαν τον γιατρό σε ένα είδος «δικαστή της υγείας» (Porter & Granshaw, 1989). Αποτέλεσμα αυτών των εξελίξεων ήταν τον 19^ο και 20^ο αιώνα το νοσοκομείο να θεωρείτε τυπικό γνώρισμα του ιατροκεντρικού μοντέλου και ως χώρος θεραπείας, αναπαραγωγής της επιστημονικής γνώσης και κλινικής παρατήρησης (Αλεξίου, 2000; Foucault, 2012).

Στον 21ου αιώνα, η κατάσταση έχει αλλάξει ριζικά στο σημείο όπου νέα ερωτήματα και προοπτικές έχουν κάνει την εμφάνιση τους. Η ρήξη της κυριότητας της κλινικής ιατρικής, η ανάγκη για οριοθέτηση του επιστημονικού θετικισμού και η αμφισβήτηση των αποτελεσμάτων της ασυλοποίησης οδήγησαν στην άρση της κανονιστικής μονομέρειας ενός «βιοϊατρικού τεχνοκρατισμού» (Οικονόμου et al., 2012). Αντιστοίχως, η προσήλωση σε νέους πολιτισμικούς υποδειγματισμούς, οι σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και η εισχώρηση εναλλακτικών μορφών ιατρικής πέρα από τα όρια της δυτικής πρακτικής, όπως η Κινέζικη και η Ινδική ιατρική, επαναπροσδιορίζουν τους όρους της υγείας και του ανθρώπινου σώματος (Αθανασίου, 2011). Η ομοιοπαθητική, αυξανόμενη ζήτηση των βιολογικών προϊόντων ή ο βελονισμός, καθώς επίσης και άλλες παρόμοιες πρακτικές χαρακτηρίζουν την νέα κοινωνική πραγματικότητα στην οποία διαδραματίζεται η σύγκρουση μεταξύ αυτών των πρακτικών και των διαφόρων κινημάτων και ομάδων που τις ακολουθούν και των παγιωμένων ιατρικών και φαρμακευτικών συμφερόντων (Οικονόμου et al., 2012).

1.2 Βιο-εξουσία και βιο-πολιτική.

Η μετατροπή του νοσοκομείου σε «ιατρική μηχανή» προσεγγίζεται από τον Foucault με τις έννοιες αυτές που ονόμασε βιο-εξουσία και βιο-πολιτική. Η ιατροποίηση του νοσοκομείου και η επικράτηση της ιατρικής ως μέσο κοινωνικού ελέγχου επηρεάζει τόσο την δημόσια σφαίρα όσο και διάφορες πτυχές της ιδιωτικής, όπως διατροφικές οδηγίες ή παρεμβάσεις επι του σώματος (Foucault, 2007). Μια τέτοια παρέμβαση θεωρούνται και τα εμβόλια (Χρυσόγονος, 2002). Η ιατρική που γνωρίζουμε σήμερα είναι αποτέλεσμα του εξειδικευμένου γιατρού και του ρόλου του νοσοκομείου, όπως αυτός διαμορφώθηκε τους τελευταίους αιώνες (Grmek, 1989). Έτσι Foucault επιλέγει να αναλύσει τους νέους μηχανισμούς της εξουσίας μέσα από

ένα σχήμα που ξεπερνάει το σύστημα Άρχων-Νόμος, αφήνοντας πίσω το πρόσωπο του Ηγεμόνα (Τρουλινού, 1991).

Ειδικότερα, η συγκεκριμένη μορφή εξουσίας προς την ζωή εξελίχθηκε από τον 17^ο αιώνα και έπειτα, υπό δύο κατηγορίες. Αυτές οι κατηγορίες δεν ήταν αντίθετες μεταξύ τους, αλλά αποτελούσαν δύο πόλους και ανάμεσά τους υπήρχε μια ενδιάμεση μορφή από σχέσεις. Ο ένας πόλος, ο οποίος είχε δημιουργηθεί και πρώτος, είχε ως κέντρο του το σώμα ως μια μηχανή, τον τρόπο που θα ντυθεί, που θα αυξηθούν οι ικανότητές του, οι αποσπάσεις της δύναμής του, οι παράλληλες αναπτύξεις που αφορούν τις χρήσεις του, η υπακοή, οι εντάξεις του σε πλήθος αποτελεσματικών και οικονομικών συστημάτων ελέγχου, το σύνολο αυτών έχουν εξασφαλιστεί μέσα από άθροισμα εξουσιαστικών διαδικασιών, που αφορούν συγκεκριμένα τον επιστημονικό κλάδο της ανατομικό-πολιτικής του σώματος του ανθρώπου. Ο δεύτερος πόλος, που δημιουργήθηκε λίγο πιο μετά, στα μέσα του 18^{ου} αιώνα, έχει τοποθετήσει στο κέντρο το σώμα-είδος, το υλικό σώμα το οποίο έχει διασχισθεί από της διεργασίες της μηχανικής της ζωής και στο οποίο μπορεί να στηριχθεί το σύνολο των βιολογικών διαδικασιών, παραδείγματος χάρη, οι πολλαπλασιασμοί, οι γεννήσεις, οι θάνατοι, τα επίπεδα υγείας, η διάρκεια της ζωής, η μακροβιότητα, και το πλήθος των συνθηκών οι οποίες δημιουργούν ποικιλομορφία στο σύνολο αυτών των διαδικασιών. Οι διαδικασίες ανάληψης αυτών γίνονται μέσω μιας συγκεκριμένης ακολουθίας από πλήθος επεμβάσεων και ρυθμιστικών ελέγχων, και αυτό ονομάζεται βίο-πολιτική των πληθυσμών (Rose & Miller, 1992; Foucault, 2007, 2012b).

Το σύνολο των επιστημών που ασχολούνται με το σώμα και το πλήθος των ρυθμίσεων των πληθυσμών αποτελούν δύο πόλους, όπου γύρω από αυτούς έχουν αναπτυχθεί οι οργανώσεις των εξουσιαστικών δράσεων σε σχέση με την ζωή (Τρουλινού, 1991). Η μέθοδος με την οποία στήθηκε κατά την διάρκεια της κλασικής εποχής, αυτή η τεχνολογία με τις διπλές όψεις-ανατομικές και βιολογικές, εξατομικευμένες και εξειδικευμένες, οι οποίες είναι στραμμένες προς το πλήθος των επιδόσεων του σώματος και σε κάθε διαδικασία της ζωής, χαρακτηρίζουν ένα είδος εξουσίας, όπου οι ανώτατες λειτουργίες της δεν εστιάζουν στον αφανισμό, αλλά στο να προστατέψουν κάθε μορφή ζωής σε όλο τον πλανήτη (Foucault, 2012b).

Παλαιότερά ο θάνατος συμβόλιζε την κυρίαρχη εξουσία, κάτι το οποίο σκεπάζεται στη σύγχρονη εποχή με προσοχή από τις χειραγωγήσεις κάθε σώματος και τις υπολογιστικές διαχειρίσεις των έμβιων όντων (Ρήγου, 1993). Κορυφαία ήταν η ανάπτυξη, κατά την κλασική εποχή, ποικίλων εκπαιδευτικών βαθμίδων, όπως το

σχολείο, το κολλέγιο, ο στρατώνας, το εργαστήριο. Ακόμη δόθηκε έμφασή στην πολιτική πρακτική και στις οικονομικές παρατηρήσεις, τα προβλήματα που αφορούν την γεννητικότητα, την μακροζωία, την δημόσια υγεία, την κατοικία, την μετανάστευση, ήτοι πολλές και διαφορετικές τεχνικές με στόχο την επίτευξη της καθυπόταξης του σώματος και του ελέγχου του πληθυσμού. Ξεκινά κατά αυτό τον τρόπο, ένα στάδιο ‘βίο-εξουσίας’. Η μια και η άλλη κατεύθυνση, ακολουθούν τα στάδια της ανάπτυξης όπως εμφανίζονται τον 18^ο αιώνα, ενώ διαχωρίζονται με σαφήνεια. Από την μια όψη, που αφορά την πειθαρχία, υπάρχουν θεσμοί όπως η στρατιωτική θητεία και απαραίτητη εκπαίδευση στο σχολείο, που εστιάζουν στην τάξη, την εκπαίδευση, τις μορφές ανατροφής και τα κοινωνικά καθεστάτα. Από την μεριά της πληθυσμιακής ρύθμισης, υπάρχουν τα δημογραφικά δεδομένα, οι εκτιμήσεις των σχέσεων μεταξύ των πλουτοπαραγωγικών πηγών και των κατοίκων, οι καταγραφές των οικονομικών απολαβών και η κυκλοφορία του πλούτου, των ζωντανών και η διάρκεια που πιθανότατα θα έχει αυτή η κυκλοφορία (Lemke, 2011; Adorno, 2014).

Αυτού του είδους η βίο-εξουσία αποτέλεσε χωρίς αμφιβολία ένα απαραίτητο στάδιο για να αναπτυχθεί ο καπιταλισμός, που δεν ήταν σε θέση να σταθεροποιηθεί εκτός και αν το τίμημα αφορούσε τις ελεγχόμενες εισόδους σωμάτων μεταξύ των παραγωγικών μηχανισμών και των σταδίων προσαρμογής του πληθυσμιακού φαινομένου στο σύνολο των οικονομικών διαδικασιών. Στην συνέχεια υπήρξε η απαίτηση για περισσότερα, ήταν ανάγκη να αυξηθεί και το ένα και το άλλο, αλλά και οι δυνάμεις τους και παράλληλα η ευκολία στην χρήση τους, και θα έπρεπε να είναι πειθήνια. Υπήρξε η ανάγκη για εξουσιαστικές μεθόδους τέτοιες που να ενισχύουν το πλήθος των δυνάμεων, των ικανοτήτων και γενικά την διάρκεια ζωής με την απουσία από την άλλη, του στοιχείου της δισυποταξίας (Foucault, 2007).

Αν η ανάπτυξη των μεγάλων Κρατικών μηχανισμών, όπως είναι οι εξουσιαστικοί θεσμοί, θα εξασφάλιζε τη διατήρηση κάθε παραγωγικής σχέσης, το σύνολο των πρώτων στοιχείων περί ανατομίας και βίο-πολιτικής, που κατασκευάστηκαν τον 18^ο αιώνα υπό την μορφή εξουσιαστικών τεχνικών και που εντοπίζονταν στο άθροισμα των επιπέδων των κοινωνικών σωμάτων και χρησιμοποιούνταν από πλήθος θεσμών, οι οποίοι ήταν διαφοροποιημένοι σημαντικά μεταξύ τους (θεσμός οικογένειας, αστυνομία, ατομικές ιατρικές πρακτικές, στρατός), δρούσαν με την σειρά τους στα επίπεδα κάθε οικονομικής διαδικασίας, στις εξελίξεις τους, στις δυνάμεις τις οποίες κινούσαν και τις στήριζαν (Dillon, 2007). Η λειτουργία τους ακόμη, αφορούσε το πλήθος των κοινωνικών παραγόντων διάκρισης και

ιεραρχήσεων, ασκώντας επιδράσεις στο σύνολο των αντίστοιχων δυνάμεων για το ένα μέρος ή το άλλο και έτσι γινόταν εξασφάλιση κυριαρχικών σχέσεων και ηγεμονικών εκδηλώσεων. Οι προσαρμογές των συσσωρεύσεων των ατόμων στις επεκτάσεις κάθε παραγωγικής δύναμης και στις διαφορικές κατανομές των κερδών μπόρεσαν να επιτευχθούν, μέχρι ενός σημείου, λόγω των ασκήσεων της βίο-εξουσίας με κάθε δυνατή και διαφορετική μορφή και με το πλήθος των μεθόδων αυτής. Οι επένδυσεις των ζωντανών σωμάτων, οι αξιοποιήσεις και οι διανεμητικές διαχειρίσεις των δυνάμεων αυτών των επενδύσεων, ήταν αναγκαίες σε εκείνο το στάδιο (Foucault, 2007).

Ένα σημαντικό αποτέλεσμα αυτών των αναπτύξεων που αφορούν την βιο-εξουσία είναι η αυξανόμενη βαρύτητα που αφορά την λειτουργία των κανόνων ενάντια των δικαϊκών συστημάτων των νόμων (Τρουλινού, 1991). Οι νομικές διαδικασίες χρειάζεται να εμπεριέχουν διάφορους αμυντικούς μηχανισμούς και ο πρώτος μηχανισμός είναι ο θάνατος. Εκείνος που θα παραβιάσει τον νόμο, θα έχει τις έσχατες προσφυγές, μέσω αυτής της απόλυτης απειλής. Οι νομικές διαδικασίες ανάγονται ως επι των πλείστων στις “σπάθες”. Ωστόσο, ένα είδος εξουσίας που στοχεύει στο να μεριμνήσει για την ζωή, πρέπει να διαθέτει πλήθος συνεχών, ρυθμιστικών και διορθωτικών μηχανισμών. Το ζήτημα δεν αφορά πλέον την επιστράτευση του θανάτου στον τομέα της κυριαρχίας, αλλά να γίνεται διαμοιρασμός με σωστό τρόπο της ζωής εντός ενός χώρου στον οποίο επικρατούν οι αξίες και οι διαδικασίες χρησιμότητας (Ρήγου, 1993; Adorno, 2014). Στόχος της βιο-εξουσίας είναι περισσότερο να αποδίδει χαρακτηρισμούς, το μέτρημα, η εκτίμηση και η ιεράρχηση, και όχι η εκδήλωση του έργου της, που αφορά την χάραξη των διαχωριστικών γραμμών μεταξύ των πειθήνιων υπηκόων, των εχθρών και των αρχόντων (Foucault, 2007). Δεν εννοείται φυσικά ότι οι νόμοι καταργούνται ή ότι το σύνολο των θεσμών της δικαιοσύνης πρόκειται να διαλυθούν, αλλά ότι οι νόμοι λειτουργούν όλο και πιο πολύ σαν κανόνες, και ότι οι δικαϊκοί θεσμοί ενσωματώνονται όλο και πιο πολύ εντός των συνεχών μηχανισμών (ιατρικός, διοικητικός κ.α.) οι οποίοι διαθέτουν κύρια ρυθμιστική λειτουργία. Μια ομαλοποιημένη κοινωνία ενδείκνυται να είναι τα αποτελέσματα των εξουσιαστικών τεχνολογιών που έχουν επικεντρωθεί στην ζωή (Τρουλινού, 1991).

Κατά αυτό τον τρόπο, ο Φουκώ (2007, 2012b) αναφέρει ότι το σύνολο των μεγάλων αγώνων, οι οποίοι αμφισβήτησαν τα γενικά εξουσιαστικά συστήματα δεν διενεργούνται πλέον σε σχέση με την επιστροφή σε κάποια παλιά δικαϊκή μορφή ή σε συναντήσεις με τις παλαιότερες φιλοδοξίες που αφορούν τους χρονικούς κύκλους

ή την χρυσή εποχή. Δεν υπάρχει αναμονή για τους αυτοκράτορες των φτωχών, ούτε για το βασίλειο για τις έσχατες ημέρες, αλλά δεν αναμένονται και οι αποκαταστάσεις κάποιων προγονικών δήθεν δίκαιων πρακτικών. Αυτό το οποίο διεκδικείται και είναι απαραίτητο ως σκοπός, είναι η ζωή που έχει την ουσία της πλέον εστιασμένη στο πλήθος των θεμελιακών αναγκών, στην ουσία των ατόμων, στις διαδικασίες ολοκλήρωσης κάθε δυνατότητάς αυτών, στην πληρότητα των εν δυνάμει. Περιορισμένο είναι το ενδιαφέρον στο αν αφορά όλο αυτό το σκεπτικό μια ουτοπία ή μη, καθώς οι διαδικασίες της πάλης είναι πολύ πραγματικές. Η ζωή από την σκοπιά ενός πολιτικού αντικειμένου έχει ληφθεί σημαντικά ως τέτοια και έχει στραφεί εναντίων των συστημάτων που αναλάμβαναν να διαπράξουν ελέγχους. Η ζωή, πιο πολύ, από την δικαιοσύνη έγινε ο στόχος κάθε πολιτικού αγώνα που είχε ως στόχο να την υπερασπιστεί, ακόμη και αν εκείνοι εκδηλώνονταν μέσω διακηρύξεων δικαίου. Τα ‘‘δικαιώματα’’ για την ζωή, το σώμα, την υγεία, την ευτυχία, τις ικανοποιήσεις κάθε ανάγκης, τα δικαιώματα πέρα από τις καταπιέσεις και τις αλλοτριώσεις, εστιάζονται στο να ξαναβρούν τα άτομα τον εαυτό τους και τις δυνατότητες/ικανότητές τους, αυτά τα δικαιώματα, τα πολύ ακατανόητα για τα κλασικά δικαιοκρατικά συστήματα, αφορούσαν τις πολιτικές απαντήσεις στο σύνολο όλων των καινούριων εξουσιαστικών διαδικασιών, οι οποίες μάλιστα δεν φαίνεται να σχετίζονται με το σύνολο των παραδοσιακών κανόνων δικαίου σε σχέση με την κυριαρχία (Τρουλινού, 1991).

1.3 Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας.

Ο Παθολόγος και ψυχίατρος Engel (1977,1980, 1997) προχώρησε σε δημοσίευση της μελέτης του που αφορούσε το Βιοψυχοκοινωνικό Πρότυπο (Biopsychosocial model). Το συγκεκριμένο μοντέλο, το οποίο ήταν μια πρόκληση για τις βιοιατρικές θέσεις και τα πρότυπα (Biomedical model), ήταν εστιασμένο στο σύνολο των αποτελεσμάτων από τις μελέτες του και σχετιζόταν με την ελκώδη κολίτιδα σε ασθενείς με κατάθλιψη και στους ψυχογενείς πόνους. Στο σύνολο των βασικών αξιών του μοντέλου εμπεριεχόταν πλήθος βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διαστάσεων για την ζωή των ατόμων και οι αντιλήψεις που αφορούν την πάθηση ως μια ολότητα για όχι ως διαχωρισμένα όργανα και λειτουργίες (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012). Οι ιατροί διακατέχονται από μια ολιστική αντίληψη για τις νόσους και θεωρούν τις σχέσεις τους με τους ασθενείς ως κοινωνικά ισότιμες

στοχεύοντας στο να προαχθεί η υγεία των ασθενών. Χρειάζεται να γίνει εκτίμηση της προσωπικότητας, των συναισθηματικών εφεδρειών, αλλά και των ιδιαίτερων συνθηκών του πλαισίου και του περιβάλλοντος εντός του οποίου ζουν οι ασθενείς. Είναι αναμφίβολο ότι το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έχει καθιερώσει μεγαλύτερη ενσυναίσθηση και συμπόνια στις ιατρικές διαδικασίες (Παπαδάτου & Μπελλάλη, 2008).

Το πλήθος των ψυχοκοινωνικών παραγόντων είναι δυνατόν να λειτουργούν καθοριστικά για το ποσοστό ευαλωτότητας των ατόμων αλλά και να έχουν ιδιαίτερη σημασία για την εξέλιξη της ασθένειας. Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ασκεί αλληλεπιδράσεις με τα χαρακτηριστικά της γενετικής ευενδοτότητας, τα γνωρίσματα της προσωπικότητας, το σύνολο των ψυχοτραυματικών συμβάντων και γενικότερα με τα κοινωνικά πλαίσια των ασθενών (Παπαδημητρίου, Λιάππας & Λύκουρας, 2013). Μεγάλος αριθμός από περιβαλλοντικούς παράγοντες έχουν αυξήσει τις πιθανότητες για κλινικές εκφάνσεις των ψυχικών και μή διαταραχών, είναι καθοριστικές για να επισπευσθούν οι εκδηλώσεις αυτών, αλλά και αντίστοιχα είναι πιθανό να δημιουργήσουν τροποποιήσεις των ανοσολογικών λειτουργιών των ατόμων και να ασκήσουν επίδραση στο βαθμό συμμόρφωσης του ασθενούς στην αγωγή (Gilbert, 2002). Όταν δεν τηρούνται οι φαρμακοθεραπείες και οι οδηγίες για τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, τότε φαίνεται να υπάρχουν σχέσεις πλημμελών ανακάμψεων για την λειτουργικότητα των ατόμων, να επανεμφανίζονται οι διαταραχές, αλλά και να σημειώνονται ανεπαρκής χρήσεις κάθε πόρου υγείας και να αυξάνεται το κόστος των υγειονομικών δεδομένων για την περίθαλψη (Παπαδημητρίου, Λιάππας & Λύκουρας, 2013).

Οι διαγνώσεις που είναι εστιασμένες στο άτομο βασίζονται στο Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, γίνεται σύνδεση της επιστήμης με τον ανθρωπισμό και κάνει χρήση όλων των δυνατοτήτων με στόχο το πλήθος των κλινικών, των ασθενών και των οικογενειών τους να βρίσκονται σε συνεργασία για τις αποτελεσματικότερες αντιμετώπισεις των νόσων. Ο ασθενής αποκτά λόγο και έχει ενεργό ρόλο στην θεραπευτική αγωγή, η οποία θα αποφασιστεί μέσω της συνεργασίας του και της επικοινωνίας του με τον γιατρό (Borrell- Carrío, Suchman & Epstein, 2004).

Στο σύνολο των μειονεκτημάτων του Βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου εντάσσονται οι ελλείψεις των ενιαίων προτάσεων για τις δομές και το ότι

περιλαμβάνει, τα διαφορετικά στοιχεία του, οι δυσκολίες στις αξιολογήσεις, στον συντονισμό και στον καθορισμό της ευθύνης, αλλά και το πλήθος των προβλημάτων που αφορούν τις πολύπλευρες εκπαιδεύσεις για τους θεραπευτές. Το μοντέλο αυτό, έχει υποβληθεί σε κριτική, που σχετίζεται με την επιστημονικότητα του ή την φιλοσοφική του διάθεση, σχετικά με το ότι δεν παρέχει απαντήσεις στην ερώτηση για την μέθοδο με την οποία το σύνολο των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνιστωσών λειτουργούν αλληλεπιδραστικά στις εκδηλώσεις των νόσων, δεν γίνεται αναφορά στην προτεραιότητα και τους ακριβείς χρόνους για την εφαρμογή, ενώ τελικά, δίνονται οι δυνατότητες στον επαγγελματία ψυχικής υγείας να πράξει με οποιοδήποτε τρόπο, αλλά όχι μέσω ειδικών οδηγιών από μια συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση (ΕΨΕ, 2019).

Ο κλάδος της ψυχιατρικής στις καθημερινές πρακτικές, εμφανίζει σύνολο ιδιαιτεροτήτων σε σχέση με τις πρακτικές από άλλες ιατρικές ειδικότητες εξαιτίας των πολύπλοκων και πολυμορφικών στοιχείων της, σε σχέση με τις εκδηλώσεις κάθε ψυχιατρικής διαταραχής, των σχέσεων με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, την απουσία σαφήνειας στις παθογνωμονικές πληροφορίες και στην στιγματοποίηση των ψυχικών νόσων. Για το σύνολο αυτών των αιτιών, το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, μπορεί να εφαρμοστεί ως επι των πλείστων στην ψυχιατρική, δεν θα πρέπει ωστόσο να έχει αμεληθεί η σημασία και των σωματικών νοσημάτων. Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, αν και έχει δεχθεί εκτενή κριτική ανά χρονικά διαστήματα, είναι σε θέση να παρέχει σύνολο πολύτιμων υπηρεσιών στις κλινικές πρακτικές, στις εκπαιδεύσεις και στις μελέτες, αλλά και σημαντικές συνεισφορές στις διαμορφώσεις της πολιτικής υγείας, όχι αποκλειστικά στον κλάδο της ψυχιατρικής αλλά και εν γένει στον ιατρικό κλάδο (Παπαδημητρίου, Λιάππας & Λύκουρας, 2013).

Εισαγωγή ειδικού μέρους

«Η απροθυμία ή η άρνηση εμβολιασμού είναι πλέον μία από τις δέκα πρώτες μεγάλες απειλές για την παγκόσμια υγεία.»

(WHO,2019)

2.1 Εμβόλια και εμβολιασμός.

Με τον όρο εμβόλιο περιγράφουμε ένα βιολογικό παρασκεύασμα το οποίο προσφέρει στον οργανισμό μία ενεργή ανοσία που δεν είναι έμφυτη και αφορά μία συγκεκριμένη ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, τα εμβόλια περιλαμβάνουν στο εσωτερικό τους έναν παράγοντα που παρομοιάζεται με έναν μικροοργανισμό ο οποίος προκαλεί μία μορφή ασθένειας στον οργανισμό, ενώ αυτό γίνεται κυρίως από τις εξασθενημένες ή τις νεκρές μορφές του εκάστοτε μικροβίου, των τοξινών ή των επιφανειακών πρωτεϊνών του. Ειδικότερα, το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού φαίνεται να διεγείρεται από τον παράγοντα έχοντας ως αποτέλεσμα να αναγνωριστεί ως απειλή, να καταστραφεί και εν συνεχεία, όταν ο οργανισμός έρχεται ξανά σε επαφή με τον μικροοργανισμό αυτό ή με κάποιον παρεμφερή, να τον αναγνωρίζει και να τον καταστρέφει (Yaqub, Castle- Clarke, Sevdalis & Chataway, 2014).

Τα εμβόλια χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, στα προφυλακτικά, τα οποία συμβάλλουν στην πρόληψη των επιπτώσεων μίας μελλοντικής μόλυνσης από κάποιο φυσικό και επιθετικό παθογόνο και στα θεραπευτικά, τα οποία είναι εμβόλια κατά του καρκίνου τα οποία είναι σε πειραματικό στάδιο (Brotherton et al., 2015, 2015b; Melief et al., 2015; Bol et al., 2016). Παγκοσμίως έχουν διεξαχθεί έρευνες για την ακριβή επαλήθευση σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εμβολίων και ειδικότερα για το εμβόλιο της γρίπης (Fiore et al, 2009), για το εμβόλιο της ευλογιάς των κοτόπουλων (Liesegang, 2009), αλλά και για το εμβόλιο HPV (Chang, 2009). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2012), τα εμβόλια που διαθέτουν άδεια κυκλοφορίας καλύπτουν την πρόληψη για είκοσι πέντε διαφορετικές λοιμώξεις.

Ο όρος «εμβολιασμός» χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη χορήγηση εμβολίων στον οργανισμό ως ιατρική πράξη ενώ παράλληλα θεωρείται η ευρέως πιο αποτελεσματική μέθοδος με σκοπό την πρόληψη των μολυσματικών ασθενειών (United States Centers for Disease Control and Prevention, 2011). Η εκτεταμένη ανοσία που παρέχει η διαδικασία του εμβολιασμού έχει επιφέρει σε μεγάλο βαθμό παγκοσμίως, την εξάλειψη ασθενειών όπως η ευλογιά αλλά και το σημαντικό περιορισμό ασθενειών όπως η πολιομυελίτιδα, η ιλαρά και ο τέτανος (WHO, 2012). Ο Edward Jenner (1798) ήταν εκείνος που επινόησε τους όρους «εμβόλιο» και «εμβολιασμό» για να προσδιορίσει την ευλογιά, ενώ η προέλευση των όρων είναι από το Variolae vacinae, δηλαδή η ευλογιά της αγελάδας. Το 1798 στην έρευνα του για τα εμβόλια Variolae, γνωστά ως Cow Pox, χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο στον τίτλο της έρευνας και ανέλυσε την προστατευτική επίδραση που διαθέτει το cowpox εναντίον της ευλογιάς (Baxby, 1999). Ο Louis Pasteur το 1881, για να τιμήσει τον Edward Jenner, τόνισε πως πρέπει να γίνει επέκταση των όρων, με αποτέλεσμα την κάλυψη των νέων προστατευτικών εμβολιασμών που βρίσκονταν σε ανάπτυξη εκείνη την εποχή.

Πολλά είδη εμβολίων περιλαμβάνουν μολυσματικούς μικροοργανισμούς που βρίσκονται σε κατάσταση αδράνειας μέσω χημικών ουσιών, θερμότητας ή ακτινοβολίας (Erbelding et al, 2018). Αξιοσημείωτα παραδείγματα αποτελούν το εμβόλιο της πολιομυελίτιδας, το εμβόλιο της ηπατίτιδας Α, το εμβόλιο της λύσσας και μερικά εμβόλια γρίπης. Τον περασμένο αιώνα φαίνεται πως δόθηκε έμφαση στην ανάπτυξη εμβολίων που θα εξάλειψαν ασθένειες όπου θα αποτελούσαν αιτία θνησιμότητας κυρίως στα παιδιά και στα βρέφη. Τα οφέλη της επιτυχίας τους είναι εμφανή μέχρι και σήμερα, καθώς το όριο ζωής του ανθρώπινου είδους έχει ανέβει σημαντικά και οι μολυσματικοί παράγοντες που απειλούν την υγεία των βρεφών στις ανεπτυγμένες χώρες, μέχρι και σήμερα, έχουν μειωθεί αισθητά. Ασθένειες, όπως οι MenB, GBS και RSV φαίνεται πως σύντομα θα εξαλειφθούν καθώς προσφάτως εγκρίθηκε το εμβόλιο MenB στην Ευρώπη, την Αυστραλία και τον Καναδά και παράλληλα υπό τη διαδικασία ανάπτυξης είναι το μητρικό εμβόλιο για την GBS και προς ανακάλυψη το εμβόλιο για τον ιό RSV που εγγυάται ότι κατά τη διάρκεια των επόμενων 10 έως 15 ετών θα είναι διαθέσιμο (McLellan, 2013). Όταν υπάρξει παγκόσμια διαθεσιμότητα για αυτά τα εμβόλια, τότε όλες οι σημαντικές ασθένειες που απειλούν τα βρέφη θα εξαφανιστούν (Rappuoli R, 2011).

Στη σύγχρονη εποχή έχει επιτευχθεί η επέκταση των οφειλών της διαδικασίας του εμβολιασμού πέρα από τη βρεφική και μετέπειτα παιδική ηλικία και σε όλο το φάσμα των ηλικιακών ομάδων ακόμα και στους ηλικιωμένους και παράλληλα συμπεριλαμβάνεται και το μέρος του πληθυσμού που κατά τη διάρκεια του χρόνου καταναλώνει σημαντικό μέρος του προϋπολογισμού της υγειονομικής περίθαλψης. Πρόσφατη έρευνα έδειξε πως ο εμβολιασμός κατά τη διάρκεια του τρίτου μήνα της εγκυμοσύνης όσον αφορά τον τέτανο τη διφθερίτιδα τον κοκκύτη και τη γρίπη δημιουργεί προστατευτική ανοσία στη μητέρα και στο έμβρυο έχοντας ως μέσο τη διαπλακουντιακή μεταφορά αντισωμάτων (Rappuoli R, 2011). Το Κέντρο Ελέγχου Νόσων στις Ηνωμένες Πολιτείες συνιστά τον εμβολιασμό των εγκύων όσον αφορά τον κοκκύτη και τη γρίπη, ενώ προσφάτως και η ΠΟΥ (2012) έκανε παρόμοια σύσταση εστιάζοντας στην πρόληψη της πρόωρης και καθυστερημένης εμφάνισης της νόσου της μηνιγγιτιδίας αλλά και στη μείωση του κινδύνου της πρόωρης γέννησης και θνησιμότητας ενώ παράλληλα ένα εμβόλιο κατά της GBS βρίσκεται στο προσκήνιο (Rappuoli, 2013).

Μεγάλη ανάγκη για εμβολιασμό φαίνεται να έχει και η ηλικιακή ομάδα των εφήβων, καθώς διαφαίνεται η ανάγκη ενίσχυσης για τη σημαντική αύξηση των προστατευτικών αντισωμάτων ιδιαίτερα κατά του κοκίτη, του Μηνιγγιτιδόκοκου, της διφθερίτιδας, του τετάνου και της γρίπης. Επιπροσθέτως, ο εμβολιασμός των εφήβων συμβάλλει στην αποτροπή μόλυνσης από τον ιό HPV, του οποίου οι επιπτώσεις είναι πιθανόν να επιφέρουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Προσεχώς, η ηλικιακή ομάδα των εφήβων θα έχει τη δυνατότητα να εμβολιαστεί και κατά του ιού του ανθρώπινου έρπητα, του CMV και του παρβοϊού B19 (Hill, 2018).

Ιδιαίτερη έμφαση κρίνεται αναγκαίο να δοθεί στην ανάπτυξη νέων και καλύτερων εμβολίων ως προς την ηλικιακή ομάδα των ηλικιωμένων. Ο ανθρώπινος οργανισμός και κατά συνέπεια και το ανοσοποιητικό σύστημα έρχονται σε κατάσταση γήρανσης με αποτέλεσμα να εκτίθεται, όπως και οι νέοι, σε ασθένειες όπως η γρίπη, ο RSV, η διφθερίτιδα, ο τέτανος, ο πνευμονόκοκκος, ο μηνιγγιτιδόκοκκος, ο έρπητας ζωστήρας. Σε ιούς όπως εκείνος της διφθερίτιδας και του τετάνου είναι επαρκής μία αναμνηστική δόση με κάποιο κανονικό εμβόλιο, ωστόσο, σε περιπτώσεις όπως εκείνη της γρίπης, έχει αποδειχθεί πως εμβόλια με ανοσοενισχυτικά ή εμβόλια υψηλής δόσης αυξάνουν την αποτελεσματικότητα στο

ηλικιωμένο ανοσοποιητικό σύστημα. Αξίζει να σημειωθεί, πως με την πάροδο των χρόνων και την ανάπτυξη της ιατρικής, θα είναι εφικτή η δημιουργία εμβολίων για την πρόληψη του καρκίνου αλλά και των νευροεκφυλιστικών και μεταβολικών ασθενειών (Hill, 2018).

Με την πάροδο των χρόνων επίσης έχει αποδειχθεί πως τα εμβόλια παρόλο που αποτελούν ένα ασφαλές μέσο ανοσίας του οργανισμού, υπάρχουν πιθανότητες να εμφανίσουν παρενέργειες. Ωστόσο, πλήθος παρενεργειών φαίνεται να είναι ήπιες χωρίς σημάδια χρόνιας διάρκειας όπως για παράδειγμα, το πρήξιμο στην περιοχή που πραγματοποιήθηκε το εμβόλιο ή ακόμα και ο ελαφρύς πυρετός στο εκάστοτε άτομο. Οι παρενέργειες που τείνουν να είναι εξαιρετικά σοβαρές όπως κάποια επιληπτική κρίση ή ο πολύ υψηλός πυρετός φίνεται να είναι εξαιρετικά σπάνιες. Πιο συγκεκριμένα, όπως καταγράφουν τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμώξεων οι σοβαρές παρενέργειες εμφανίζονται σε ποσοστά 1 προς 1.000 έως 1 προς 1.000.000 των δόσεων, ενώ οι πιθανότητες θανάτου είναι ελάχιστες με αποτέλεσμα να μην μπορούν να υπολογιστούν με ακρίβεια (Castro & Cheryl, 2005). Οι περιπτώσεις που αναφέρονται σοβαρές παρενέργειες, εξετάζονται αυστηρά από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμώξεων (Maltezos, et al., 2008). Για την εμφάνιση κάποιων χρόνιων ασθενειών όπως είναι εκείνη του διαβήτη και του αυτισμού, έχει κατηγορηθεί η χρήση των εμβολίων, ωστόσο, με την πάροδο των χρόνων και με τη χρόνια χρήση των εμβολίων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, δεν εντοπίζονται καίριες αποδείξεις ότι τα εμβόλια προκαλούν χρόνιες παθήσεις. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής ελέγχου της ορθής επιστημονικής έρευνας φαίνεται να απέτυχαν έπειτα από συστηματικές προσπάθειες άλλως ερευνητών (Locquet, et al., 2007; AAP, 2009).

Στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη τα εμβόλια έχουν αποδειχθεί ως ένα από τα πιο ευδόκιμα προγράμματα καθώς μειώνουν και πολλές φορές εξαφανίζουν ακόμα και τις πιο σημαντικές περιπτώσεις μολυσματικών ασθενειών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, όντας ένα κράτος πολύ ισχυρό όσον αναφορά τη δημόσια στήριξη και το δυνατό πρόγραμμα εμβολιασμών, τα εμβόλια ποσοστιαία ξεπερνούν το 95% (CDC 2004). Τα εμβόλια παρόλο που έχουν μία μακροχρόνια, φερέγγυα και λυσιτελή πορεία πάντα θα υπάρχουν ομάδες ανθρώπων που θα τα κατακρίνουν, για παράδειγμα ομάδες γονέων και ελάχιστοι ιατροί που φοβούνται για κινδύνους όσον αφορά τα παιδιά. Ερχόμενοι στο σήμερα παρατηρείται ότι οι ομάδες όπου στέκονται ενάντια

στον εμβολιασμό των παιδιών, λόγω τρόμου και παραπληροφόρησης, έχουν ενταθεί σημαντικά (Hughes, 2005). Ωστόσο, ο εμβολιασμός έχοντας ορισμένους κινδύνους παραμένει ακόμα ο πιο αποτελεσματικός και ωφέλιμος τρόπος αντιμετώπισης ασθενειών.

Ο αναγκαστικός εμβολιασμός στις Ηνωμένες Πολιτείες, προκαλώντας πολλές αντιδράσεις, έγινε αφορμή να ιδρυθεί ένα Εθνικό Πρόγραμμα Αποζημιώσεων. Με τη πάροδο των χρόνων, παρατηρείται ότι δύο μεγάλες ομάδες έχουν βρει μια κοινή γραμμή, αυτοί που παίρνουν θέση για την επικινδυνότητα της τοξικότητας που προκαλεί ο υδράργυρος και τη καταστροφή που έχει προκαλέσει στους ανθρώπους, και η ομάδα που είναι κατά του εμβολίου MMR με την αιτιολογία ότι επιδεινώνει τον αυτισμό. Η κοινή αυτή γραμμή λοιπόν κατέληξε στο συμπέρασμα ότι θειομερσάλη, ένα βασικό συστατικό σε πολλά εμβόλια που βασίζεται στο υδρογόνο, είναι η ουσία που προκάλεσε τον αυτισμό το 1990 σε χιλιάδες παιδιά οπότε και αποσύρθηκε (Horton, 2004). Παρόλα αυτά μεταγενέστερες μελέτες για τη διερεύνηση του θέματος απέδειξαν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση της θειομερσάλης με τον αυτισμό (Stehr-Green et al., 2003; Madsen et al., 2003).

2.2 Αντιδράσεις στον εμβολιασμό και το αντιεμβολιαστικό κίνημα.

Η αρνητικότητα και ο σκεπτικισμός προς τα εμβόλια δεν είναι νέο κοινωνικό φαινόμενο στην πραγματικότητα, αλλά είχαν παρατηρηθεί από την εποχή του πρώτου εμβολίου κατά της ευλογίας πριν από περίπου 250 χρόνια. Ο φόβος ως προς αυτή την ξένη πρακτική οδήγησε στην δημιουργία μυθοπλασιών για τις συνέπειες του εμβολιασμού. Ορισμένοι σκεπτικιστές μάλιστα υποστήριζαν ότι υπήρχε ο κίνδυνος τα άτομα που εμβολιάζονταν να μετατραπούν σε ζώα (Allen, 2007). Παρά τα πολλαπλά οφέλη του μαζικού εμβολιασμού που έχουν καταγραφεί με το πέρασμα των χρόνων, συναντάται μέχρι και σήμερα από αρκετά άτομα ένας δισταγμός προς τα εμβόλια. Με την έννοια του δισταγμού εννοείται η ανάπτυξη μιας μορφής συμπεριφοράς που σχετίζεται με την καθυστέρηση ή άρνηση του εμβολιασμού παρά την διαθεσιμότητα των εμβολιαστικών υπηρεσιών και την παροχή εμβολίων (WHO, 2014).

Σύμφωνα με τους ειδικούς, όταν οι άνθρωποι στο παρελθόν πλήττονταν από πλήθος νοσημάτων, ήταν πιο ευδιάκριτα τα ευεργετικά αποτελέσματα του εμβολιασμού από τους ίδιους. Συνεπώς η επιτυχημένη καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων ως αποτέλεσμα των μαζικών εμβολιασμών, αποτελεί μια από τις βασικότερες αιτίες αμφισβήτησης τους, καθώς οι άνθρωποι δεν βρίσκονται πλέον στην θέση να αντιληφθούν τους κινδύνους των λοιμώξεων για την ανθρώπινη υγεία. (Hough-Telford et al., 2016). Ως αποτέλεσμα, το επίκεντρο ενδιαφέροντος έχει απομακρυνθεί από το επιτελεστικό έργο των εμβολίων και έχει μετατοπιστεί στις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν. Το κλίμα αυτό επέτρεψε την δημιουργία και εξάπλωση ενός αντιεμβολιαστικού κινήματος, το οποίο άσκησε κριτική στην ασφάλεια του εμβολιασμού, υποστηρίζοντας ότι ο συνεχής αυξανόμενος αριθμός των απαραίτητων εμβολίων επιβαρύνει το ανοσοποιητικό σύστημα των παιδιών, εκθέτοντας τα κατά αυτών των τρόπο σε μεγάλο κίνδυνο εκδήλωσης αυτοάνοσων νοσημάτων (Pigden, 2007; Diethelm & McKee, 2009).

Οι υποστηρικτές αυτού του κινήματος ισχυρίζονται ότι τα εμβόλια εξυπηρετούν κατά βάση τα κερδοσκοπικά σχέδια της φαρμακευτικής βιομηχανίας, προτείνοντας ως επιλογή την φυσική ανοσία, τον υγιεινό τρόπο ζωής και διατροφής και διάφορες εναλλακτικές μορφές ιατρικής ως προληπτικά μέτρα ή μέτρα ικανά να αντιμετωπίσουν τα λοιμώδη νοσήματα. Οι ίδιοι καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός είναι ενάντια στην αξιοπρέπεια του ανθρώπου και θα πρέπει το άτομο να είναι σε θέση να επιλέγει (Chen et al., 1994). Το πρόβλημα βέβαια διογκώνεται περεταίρω με τις αμφιλεγόμενες απόψεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τα εμβόλια και του πλήθους των πληροφοριών που επικρατούν στο διαδίκτυο, που συχνά οδηγούν στην παραπληροφόρηση, καθιστώντας δύσκολη στους απλούς ανθρώπους την σωστή ενημέρωση (Diethelm & McKee, 2009).

Ένα από τα εμβόλια στα οποία έχει ασκηθεί έντονη κριτική είναι της ιλαράς. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1995 επιχείρησε την εύρεση συσχέτισης του εμβολίου της ιλαράς με την εμφάνιση φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (Thompson, Montgomery, Pounder & Wakefield, 1995). Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής είχαν ως βάση στατιστικές καταγραφές διάφορων περιστατικών της νόσου σε άτομα που είχαν εμβολιαστεί κατά της ιλαράς και υποστήριζαν ότι πιθανόν το εμβόλιο συμβάλλει στην εμφάνιση φλεγμονώδους νόσου, μην προσκομίζοντας ωστόσο περεταίρω διευκρινιστικά στοιχεία. Λίγα χρόνια αργότερα μια δεύτερη μελέτη

αποπειράθηκε να συσχετίσει την πρώτη δόση του εμβολιαστικού σχήματος της ιλαράς με την εμφάνιση φλεγμονώδους νόσου του εντέρου και τον αυτισμό (Akobeng & Thomas, 1999). Ωστόσο, παρόλο που οι ίδιοι οι ερευνητές της έρευνας ανέφεραν ότι δεν προκύπτει ξεκάθαρη συσχέτιση μεταξύ των δύο νόσων και του εμβολίου, ξεκίνησε να γεννιέται ένα κλίμα επιφυλακτικότητας, κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο, απέναντι στη χρήση του εμβολίου με αποτέλεσμα ο αριθμός των εμβολιασμών να ελαχιστοποιηθεί και να υπάρξουν πολλά κρούσματα ιλαράς, αρκετά εκ των οποίων οδήγησαν σε θάνατο (Begg, Ramsay, White & Bozoky, 1998).

Η μοναδική έρευνα, βασισμένη σε εργαστηριακή μελέτη, που παρουσίασε συσχέτιση μεταξύ του εμβολίου της ιλαράς και της νόσου του Crohn ήταν αυτή του Wakefield το 1993, όπου δημοσιεύτηκε και στο περιοδικό Lancet. Ο Wakefield και οι συνεργάτες του δήλωσαν πως κατάφεραν να εντοπίσουν νουκλεοκαψιδίο του ιού της ιλαράς σε ιστούς του εντέρου ασθενών με νόσο του Crohn και σε ενδοθηλιακά κύτταρα ατόμων που έπασχαν από την ίδια νόσο (Wakefield, Ekbohm, Dhillon, Pittilo & Pounder, 1995). Παρόλα αυτά, υστερόχρονες μελέτες κατέληξαν στο πόρισμα ότι τα ευρήματα της έρευνας του Wakefield ήταν αποτέλεσμα σύμπτωσης, καθώς απέτυχαν να εντοπίσουν όμοια ευρήματα σε ασθενής με νόσο του Crohn (Chen & Destefano, 1998; Stehr-Green et al., 2003). Έπειτα από αρκετές και διεξοδικές έρευνες, αποδείχτηκε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας του Wakefield ήταν νοθευμένα. Ο Wakefield έχασε την άδεια ασκήσεως της ιατρικής του ιδιότητας και το περιοδικό Lancet διέγραψε τη δημοσίευση από το αρχείο της (Diethelm & McKee, 2009). Αξίζει να σημειωθεί πως έρευνα που έλαβε χώρα στην Δανία με τη συμμετοχή 537.303 παιδιών (Madsen, Lauritsen & Pedersen, 2003), καθώς επίσης και άλλες έρευνες που διεξάχθηκαν σε παγκόσμια εμβέλεια με τη συμμετοχή μέχρι και έως 1,5 εκατομμυρίων παιδιών (Baker, 2008; Price et al., 2010; Uno et al., 2012; DeStefano, Price & Weintraub, 2013; Taylor, Swerdfeger & Eslick, 2014) κατέδειξαν ότι δεν σημειώθηκαν διαφοροποιήσεις στο ποσοστό αυτισμού ανάμεσα σε εμβολιασμένα παιδιά και μη.

2.3 Το ζήτημα του εμβολιασμού στην Αμερική

Σε όλες τις πολιτείες της Αμερικής ισχύει ο υποχρεωτικός εμβολιασμός ως προϋπόθεση για την εγγραφή των παιδιών στα σχολεία. Μολαταύτα, ορισμένες πολιτείες επιτρέπουν εξαιρέσεις για ιατρικούς, θρησκευτικούς ή άλλους λόγους. Συγκεκριμένα, δεκαεννιά πολιτείες επιτρέπουν την άρνηση στον εμβολιασμό για ιατρικούς, θρησκευτικούς ή ιδεαλιστικούς παράγοντες, είκοσι οχτώ πολιτείες επιτρέπουν την εξαίρεση στον νόμο αποδιδόμενη σε ιατρικά ή θρησκευτικά αίτια και μόνο η Καλιφόρνια, η Δυτική Βιρτζίνια και το Μισισίπι επιτρέπουν την εξαίρεση για αποκλειστικά ιατρικούς λόγους (Reich, 2016). Σύμφωνα με την Παιδιατρική Εταιρεία Λοιμωδών Νοσημάτων της Αμερικής υπάρχει μεγάλη ελαστικότητα στην προσκόμιση βάσιμων τεκμηρίων εξαίρεσης αναφέροντας ότι κάποια κράτη για να γίνει το αίτημα της εξαίρεσης δεκτό χρειάζεται απλώς οι γονείς να δηλώσουν ότι οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις έρχονται σε ρήξη με την ιδέα του εμβολιασμού, παρότι καμία μεγάλη θρησκεία δεν απαγορεύει άμεσα ρητά τον εμβολιασμό (Marshall, 2019).

Έχει αποδειχθεί ότι τα προγράμματα εμβολιασμού κατά την παιδική ηλικία είναι ικανά να αποτρέψουν ετησίως κατά μέσο όρο 42.000 πρόωρους θανάτους και 20 εκατομμύρια κρούσματα ασθενειών, εξοικονομώντας κατά αυτόν τον τρόπο περίπου 13,5 δισεκατομμύρια δολάρια σε ιατρικές δαπάνες. Ακόμα, παρόλο που το 2000 ο ιός της ιλαράς είχε εξαλειφθεί εντελώς στις ΗΠΑ χάρις τον εμβολιασμό κατά του ιού, από το 2010 παρατηρούνται αυξομειώσεις των κρουσμάτων λόγω αντιεμβολιαστικών πεποιθήσεων με τα κρούσματα να φτάνουν σε αριθμό τις 1.234 από τον Ιανουάριο έως τον Αύγουστο του 2019 (βλ. Πίνακα.1, Παράρτημα 2). Βασισμένοι σε αυτά τα δεδομένα η Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία, η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής και η Εταιρεία Λοιμωδών Νοσημάτων της Αμερικής αντιτίθενται στην δυνατότητα εξαίρεσης στον εμβολιασμό που δεν σχετίζεται με ιατρικούς λόγους (CDC, 2019).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα των επιπτώσεων του μη εμβολιασμού στην Αμερική είναι η Νέα Υόρκη. Το 75% των κρουσμάτων ιλαράς στις ΗΠΑ το 2019

είναι άμεσα συνδεδεμένες με το ξέσπασμα του ιού στην Νέα Υόρκη, όπου το 73% των ατόμων που προσβλήθηκαν από τον ιό ήταν ανεμβολίαστα, το 7% δεν είχαν πραγματοποιήσει την δεύτερη δόση του εμβολίου και το 15% δεν γνώριζε αν είχε εμβολιαστεί ή όχι. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το 80% των περιπτώσεων που διαγνώστηκαν με ιλαρά αφορούσαν ανήλικα άτομα κάτω των δέκα οχτώ ετών σε μια πολιτεία όπου επιτρέπεται στους γονείς να αρνηθούν τον εμβολιασμό των παιδιών τους για μη-ιατρικούς λόγους, υπό την αιτιολογία θρησκευτικών πεποιθήσεων (NYC, 2019).

2.4 Το ζήτημα του εμβολιασμού στην Ε.Ε

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει εκδηλώσει ανοιχτά την στάση της υπέρ του εμβολιασμού και παρά το γεγονός ότι η πολιτική που θα αφορμιστεί όσο αφορά τον εμβολιασμό βρίσκεται στην αρμοδιότητα του κάθε κράτους μέλους, έχει επιτελέσει σημαντικό συντονιστικό ρόλο στην ενθάρρυνση δημιουργίας και εφαρμογής εθνικών σχεδίων εμβολιασμού και στην καθιέρωση συστηματικών ελέγχων. Μάλιστα τον Δεκέμβριο του 2018, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο ενέκρινε το πρόγραμμα της Κοινής Δράσης για μια πιο σταθερή συνεργασία μεταξύ ΕΕ και των κρατών μελών της, σχετικά με τον εμβολιασμό και τις ασθένειες που είναι εφικτό να αποφευχθούν μέσω αυτού. Το πρόγραμμα αυτό ειδικότερα αποσκοπεί στην εξάλειψη της επιφυλακτικότητας που συνοδεύει η διαδικασία του εμβολιασμού, στην ενισχυμένη παροχή εμβολίων, στην ενδυνάμωση της εμπιστοσύνης στη διαδικασία λήψης αποφάσεων αναφορικά με την εισαγωγή καινούργιων εμβολίων και στην οικονομική συνεισφορά ερευνών που σχετίζονται με τα εμβόλια (Rechel, Richardson & McKee, 2018; European Commission, 2019).

Ακόμα, η Επιτροπή έχει θέσει ως βασικό στόχο την παροχή βοήθειας, ώστε να αυξηθούν τα ποσοστά του εμβολιασμού κατά τις εποχιακής γρίπης σε ομάδες υψηλού κινδύνου και των εμβολιασμένων παιδιών και να μειωθούν τα κρούσματα της γρίπης Η1Ν1 (γρίπης των χοίρων) και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η βοήθεια αυτή συγχρηματοδοτείται από το Πρόγραμμα για την Υγεία της ΕΕ με κονδύλια του ύψους των 3,55 εκατομμυρίων ευρώ μέσα στα πλαίσια της κοινής δράσης για τον εμβολιασμό. Η κοινή αυτή δράση συντονίζεται από το INSERM (Εθνικό Ίδρυμα Υγείας και Ιατρικής Έρευνας της Γαλλίας) και συμμετέχουν σε αυτή 23 χώρες, εκ των οποίων οι 20 χώρες βρίσκονται στην ΕΕ (European Commission, 2019).

Οι ενέργειες αυτές της Ευρωπαϊκής επιτροπής έρχονται ως απάντηση στην έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Μεταδοτικών Ασθενειών σχετικά με την έξαρση των κρουσμάτων της ιλαράς σε πολλές χώρες της Ευρώπης από το διάστημα της 1^{ης} Ιανουαρίου του 2016 έως και της 30 Ιουνίου του 2017. Συγκεκριμένα, καταγράφηκαν στην Ευρώπη συνολικά πολλαπλά κρούσματα ιλαράς με τον αριθμό τους να ξεπερνάει τις 14.000, 34 εκ των οποίων να οδήγησαν τα άτομα σε θάνατο. Ενδεικτικά, στην πρώτη θέση βρέθηκε η Ιταλία με 4.521 κρούσματα, ενώ ακολούθησε η Ρουμανία με 4.276 κρούσματα, η Γερμανία με 1.124 κρούσματα, το Ηνωμένο Βασίλειο με 663 κρούσματα και η Γαλλία με 429 κρούσματα (ECDPC, 2018).

Στην Ιταλία ο μεγάλος αριθμός των κρουσμάτων της ιλαράς οδήγησε την πολιτική σκηνή σε πολλούς μήνες διαβουλεύσεων, δεδομένου ότι η πλειοψηφία των ατόμων που παρουσίασαν την εκδήλωση της νόσου, περίπου το 89% του ποσοστού των ανθρώπων που ασθένησαν, ήταν ανεμβολίαστα. Έτσι, για τον περιορισμό της εξάπλωσης της ιλαράς, η Ιταλία αποφάσισε να ακολουθήσει, θεσπίζοντας αντίστοιχο νόμο, το παράδειγμα των Ηνωμένων Πολιτειών, καθιστώντας τον εμβολιασμό υποχρεωτική προϋπόθεση ώστε να γίνονται δεκτά τα παιδιά στο σχολείο, μην επιτρέποντας κανένα αντεπιχείρημα για τον μη εμβολιασμό. Η απαγόρευση απευθύνεται στα παιδιά έως 6 ετών, στα οποία θα απαγορεύεται η εγγραφή τους σε βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς χωρίς προηγουμένως να έχουν συμπληρώσει τα απαραίτητα εμβόλια που ενδείκνυνται. Όσο αναφορά τους μαθητές ηλικίας από 6 έως 16 ετών δεν θα αποκλείονται από το σχολείο, ωστόσο θα επιβάλλεται στους γονείς τους να πληρώσουν πρόστιμο έως και 500 ευρώ. Σύμφωνα με τον νόμο Λορέντσιν, ο οποίος πήρε το όνομα του από την τέως υπουργό υγείας της Ιταλίας που τον πρότεινε Μπεατρίτσε Λορεντσίν, μεταξύ των υποχρεωτικών εμβολίων συμπεριλαμβάνονται το εμβόλιο κατά της ιλαράς, της πολιομυελίτιδας, της ερυθράς, της ανεμοβλογιάς και της παρωτίτιδας (Chirico, 2018).

Η Γαλλία αντίστοιχα δεδομένου ότι από το 2010 έως το 2017 είχαν καταγραφεί πάνω από μισό εκατομμύρια μωρά να μην έχουν προέβη στον εμβολιασμό της πρώτης δόσης του εμβολίου της ιλαράς κατατάχθηκε το 2018 στην κατηγορία των δέκα χωρών με τη μεγαλύτερη αύξηση κρουσμάτων ιλαράς. Μάλιστα, στην απογραφή του 2018 ο αριθμός των κρουσμάτων από 500 που ήταν κατά μέσο όρο τα προηγούμενα χρόνια εξαπλασιάστηκε στις 3.000. Επίσης, η υπουργός υγείας

της Γαλλίας, Ανιέ Μπιζίν, υποστήριξε ότι η εμβολιαστική κάλυψη της Γαλλίας δεν συγκεντρώνει το ποσοστό του 95% της κάλυψης που συστήνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με μόνο το 70% των παιδιών στη Γαλλία να έχουν κάνει τα δέκα βασικά εμβόλια και το 80% των παιδιών να έχουν εμβολιαστεί με περισσότερα από οκτώ. Υπό αυτό το πρίσμα το 2018 ψηφίστηκε ομοίως στην Γαλλία νόμος που έχει ως στόχο την προσέγγιση του ενδεδειγμένου ποσοστού μέσω της απαγόρευσης της εγγραφής στα σχολεία, όσων παιδιών δεν έχουν κάνει τα 11 υποχρεωτικά εμβόλια που ορίζει το γαλλικό υπουργείο υγείας. Ανάμεσα σε αυτά τα εμβόλια περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων και το εμβόλιο της διφθερίτιδας, της πολιομυελίτιδας και του τετάνου (Gautier et al., 2017).

Σε παρόμοια βήματα κυμαίνεται και η Γερμανία. Το ισχύων νομικό πλαίσιο της χώρας, που εφαρμόζεται μέχρι σήμερα, προϋποθέτει την υποχρεωτική ενημέρωση σχετικά με τον εμβολιασμό σε γονείς που επιθυμούν να στείλουν τα παιδιά τους σε παιδικούς σταθμούς. Ωστόσο, η τελική απόφαση που θα κρίνει το αν θα τα εμβολιάσουν η όχι εξαρτάται αποκλειστικά από τους ίδιους (OECD, 2017; GSCV, 2018). Παρόλα αυτά η γερμανική κυβέρνηση πρότεινε την ψήφιση νόμου που θα καθιστά υποχρεωτικό το εμβόλιο της ιλαράς στα παιδιά και σε όσους εργάζονται σε παιδικούς σταθμούς και σχολεία. Η πρόταση αυτή περιλαμβάνει και την υποβολή πρόστιμου έως και 2.500 ευρώ σε όσους δεν θα συμμορφώνονται με το νέο μέτρο. Αυτή η κίνηση έρχεται ως απάντηση στο γεγονός ότι το 2018 καταγράφηκαν 543 κρούσματα στην χώρα, ενώ από τους πρώτους μήνες μάλιστα του 2019 καταγράφηκαν ήδη παραπάνω από 400 νέα κρούσματα (German Standing Committee on Vaccination recommendations, 2019).

2.5 Ο Εμβολιασμός στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα ενώ η εμβολιαστική κάλυψη τείνει να είναι αισθητά αυξημένη, κάποιες μεμονωμένες πληθυσμιακές ομάδες παρουσιάζουν κενά στην κάλυψη τους αλλά και στη χορήγηση συγκεκριμένων δόσεων εμβολίων (Danis et al., 2010; Papaevangelou et al., 2014). Με αφορμή αυτά τα κενά στην χορήγηση των εμβολίων, πολλές είναι οι έρευνες που εστίασαν στους παράγοντες που ωθούν τους γονείς είτε να μην εμβολιάσουν τα παιδιά τους, είτε να μην ακολουθήσουν την ολοκληρωμένη και συνιστάμενη διαδικασία των εμβολίων. Συμπερασματικά, προέκυψε πως οι

παράγοντες που επηρεάζουν την τελική κρίση των γονέων είναι κυρίως σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα που παρέχουν τα εμβόλια, η επικινδυνότητα της νόσου που προλαμβάνεται από το εκάστοτε εμβόλιο και τέλος πολυπλοκότητα γύρω από το εθνικό εμβολιαστικό πρόγραμμα που καθιστά ανέφικτη τη συμμόρφωση τους.

Αναλυτικά, πλήθος ερευνών διέκριναν ότι ο πρωταρχικός παράγοντας που επηρεάζει την τελική κρίση των γονέων είναι κοινωνικοοικονομικός και όχι οι πεποιθήσεις που κατέχουν οι γονείς σχετικά με τον εμβολιασμό των παιδιών τους, δίνοντας, με αυτό τον τρόπο, το τελικό ποσοστό όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη (Pavlopoulou et al., 2013; Papaevangelou et al., 2014). Οι οικογένειες που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες, παραδείγματος χάρη οι Ρομά, ή οι πληθυσμιακές ομάδες με συγκεκριμένες θρησκευτικές πεποιθήσεις, αλλά και ομάδες όπως οι μετανάστες, όπου φαίνεται ότι η απόσταση από τα εμβολιαστικά κέντρα είναι μεγάλο εμπόδιο στον εμβολιασμό, εμφανίζουν σημαντικά μειωμένες πιθανότητες να εμβολιάσουν είτε πλήρως είτε επαρκώς τα παιδιά τους (Danis et al., 2010; Pavlopoulou et al., 2013; Papaevangelou et al., 2014). Συμπληρωματικά, σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών τα παιδιά που ανήκουν σε πολύτεκνες οικογένειες φαίνεται να έχουν αισθητά λιγότερες πιθανότητες να είναι εμβολιασμένα κυρίως λόγω των απαιτήσεων προς τη μητέρα αλλά και την έλλειψη χρημάτων και χρόνου που μπορεί να διατεθεί προς το κάθε παιδί (Danis et al., 2010). Αξίζει να σημειωθεί, πως η επαγγελματική κατάσταση των δύο γονέων και ιδιαίτερα οι γονείς που είναι είτε στο χώρο της υγείας είτε εκπαιδευτικοί, το υψηλό μορφωτικό τους επίπεδο και η αυξημένη ηλικία τους και κυρίως εκείνη της μητέρας, συμβάλλουν σημαντικά στην πιστή τήρηση των οδηγιών του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού (Danis et al., 2010; Parazoglou et al., 2013; Papaevangelou et al., 2014).

Σύμφωνα με τη μελέτη που διεξήγαγαν οι Παυλοπούλου και συνεργάτες (2013), φαίνεται ότι όσο πιο υψηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας τόσο πιο πολύ αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανίζει αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με τον εμβολιασμό. Πλήθος γονέων τείνουν στο γεγονός ότι ο εμβολιασμός είναι απαραίτητος για τη θωράκιση της υγείας του παιδιού τους και ενθαρρύνουν τη χορήγηση τους ενώ η πλειονότητα εμφανίζει μία αισθητή ανησυχία για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα τους με κύρια αιτία την εμφάνιση και το βαθμό σοβαρότητας των ανεπιθύμητων ενεργειών. Αναλυτικότερα, από τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποίησαν η Παπάζογλου και συνεργάτες (2013), κατέστη

σαφές πως η λεπτομερής γνώση του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού και η ορθή πληροφόρηση όσον αφορά τα εμβόλια, αποτελούν τον καθοριστικό παράγοντα για την τελική απόφαση των γονέων.

Επιπροσθέτως, αξίζει να τονιστεί πως οι γονείς που είχαν σωστή και πλήρη ενημέρωση από επαγγελματίες υγείας σχετικά με τον εμβολιασμό εμφάνισαν μία πιο θετική στάση σε συνάρτηση με εκείνους που ενημερώθηκαν είτε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είτε από το διαδίκτυο (Parazoglou et al., 2012). Πλήθος ελληνικών μελετών διέκριναν πως αρκετοί είναι οι γονείς που υποτιμούν τη σοβαρότητα των νοσών που προλαμβάνονται μέσω των εμβολίων καθώς και κάποιοι υποστηρίζουν πως η φυσική νόσηση είναι σαφώς πιο επιθυμητή από τον εμβολιασμό, ενώ παράλληλα, ένα μικρό ποσοστό γονέων λόγω προσωπικών πεποιθήσεων καθυστέρησαν τον εμβολιασμό των παιδιών τους (Danis et al., 2010; Papaevangelou et al, 2014). Η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών φαίνεται να μένει ανεπηρέαστη από την κοινωνικοοικονομική κρίση στην Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα η σημαντική μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία και τα μέτρα λιτότητας δεν είχε αρνητική επίδραση στην αποζημίωση των εμβολίων από τα ασφαλιστικά ταμεία (Pavloroulou et al., 2013; Papaevangelou et al, 2014; Georgakopoulou et al, 2017). Μολαταύτα, σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ (2019) σε διάστημα ενός χρόνου και πιο συγκεκριμένα από τις 01/05/2017 έως και τις 31/05/2018 καταγράφηκαν στην Ελλάδα 3016 κρούσματα ιλαράς με αισθητά μεγαλύτερη συχνότητα στην Νότια Ελλάδα, τέσσερα εκ των οποίων οδήγησαν σε θάνατο. Έτσι το ΚΕΕΛΠΝΟ τονίζει την αναγκαιότητα να ακολουθείται το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολίων (βλ. Πίνακα 2 Παράρτημα 2).

2.6 Η Ελληνική νομοθεσία για τον εμβολιασμό.

Ανατρέχοντας στην ελληνική νομοθεσία αναφορικά με τον εμβολιασμό, αντιλαμβάνεται κανείς ότι δεν υπάρχει ρητή νομοθετική διάταξη που να επιβάλλει στους γονείς, με κάποιου είδους μορφή κυρώσεων σε αντίθετη περίπτωση, τον εμβολιασμό των ανήλικων παιδιών τους, με αποτέλεσμα μοναδική διέξοδος να είναι η ερμηνεία παλαιότερων νομοθετικών ρυθμίσεων που επιχειρούν να ρυθμίσουν το ζήτημα, ενώ δεν υπάρχει κάποιος νόμος που να απευθύνεται αποκλειστικά στους ενήλικες. Σύμφωνα με γνωμοδότηση της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών στο υπ’

αριθμ. Υ1/Γ.Π.161682/22-12-2008 έγγραφο της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής του εκάστοτε Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «είναι υποχρεωτικά όλα εκείνα τα εμβόλια που είναι ενταγμένα στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και για αυτό δίνονται δωρεάν στα πλαίσια προστασίας της Δημόσιας Υγείας. Μόνο σε περιπτώσεις ιατρικής αντένδειξης, θα μπορούν οι γονείς να αρνηθούν τον εμβολιασμό των παιδιών τους».

Επίσης, στο άρθρο 33 του ν. 2676/1999 (ΦΕΚ 1/Α/1999) θεσπίζεται η υποχρέωση του εμβολιασμού των παιδιών και συγκεκριμένα «...καθιερώνεται η υποχρεωτική προληπτική ιατρική, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και τη λήψη μέτρων για την πρόληψη της εκδήλωσης ή την αποτροπή της εμφάνισης νοσηρών καταστάσεων. Η προληπτική ιατρική περιλαμβάνει: α. Εμβολιασμούς παιδιών και ενηλίκων, σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού για την Ελλάδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας». Βέβαια το άρθρο αυτό έχει ένα νομοθετικό κενό, καθώς δεν αναφέρει τις κυρώσεις για τον μη εμβολιασμό των παιδιών ή των ενηλίκων, γεγονός που αιτιολογεί και την μη τήρησή του από όλους.

Ακόμα, σύμφωνα με το άρθρο 7.2β και 7.3β των π.δ. 200 και 201/1998 (ΦΕΚ 161Α/1998) αντιστοίχως για την αρχική εγγραφή των παιδιών σε νηπιαγωγεία και δημοτικά σχολεία, είναι αναγκαία η «επίδειξη του βιβλιαρίου ή προσκόμιση άλλου στοιχείου, στο οποίο φαίνεται ότι έγιναν τα προβλεπόμενα εμβόλια, καθώς και του Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή». Κατά την εγκύκλιο με αριθμό πρωτοκόλλου Φ.6/451/115131/Γ1/16-09-2010 του τότε Υπουργείου Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων «οι γονείς που για οποιουδήποτε άλλους λόγους (προσωπικά δεδομένα και πιθανές παρενέργειες) δεν επιθυμούν τον εμβολιασμό των παιδιών τους, οφείλουν να προσκομίζουν βεβαίωση ιατρικής αντένδειξης από: α) Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία, ή β) Διευθύνσεις Υγιεινής της οικείας Νομαρχίας, ή γ) Ιατροκοινωνικά Κέντρα, ή δ) Ασφαλιστικούς φορείς, ή ε) ιδιώτες ιατρούς, σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας Ν.3418/28-11-2005 (τ.Α' ΦΕΚ 287)».

Στην προβληματική αυτή όπως και στο θέμα της άρνησης των εγγραφών των παιδιών που δεν έχουν εμβολιαστεί στις υποχρεωτικές βαθμίδες εκπαίδευσης επιχείρησαν να προσεγγίσουν τόσο ο Συνήγορος του Παιδιού με την γνωμοδότησή υπ' αριθμ. 162670/20474/2013 όσο και η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2015). Συγκεκριμένα, ο Συνήγορος του Παιδιού κρίνει ότι η άρνηση εγγραφής σε

ανεμβολίαστα παιδιά έρχεται σε αντίθεση με την αρχή της αναλογικότητας και συνεπώς είναι αντισυνταγματική. Ο υποχρεωτικός εμβολιασμός δε, χωρίς την συγκατάθεση του ατόμου ή του έχοντος την γονική μέριμνα αποτελεί προσβολή της προσωπικότητας και θίγει τον σεβασμό της αξίας του ανθρώπου. Ο περιορισμός της πρόσβασης στην εκπαίδευση δεν είναι λύση αν ο απώτερος σκοπός είναι η προστασία της δημόσιας υγείας. Σε περιόδους όπου δεν επικρατεί κάποιο ξέσπασμα επιδημίας, τα εμβόλια έχουν προληπτική χρήση ώστε να παραμείνει ενεργή η συλλογική ανοσία , ως εκ τούτου ο μη εμβολιασμός δεν αποτελεί απειλή για τα παιδιά που έχουν εμβολιαστεί. Το μόνο που κρίνεται αναγκαίο είναι να αναγράφονται στο ατομικό βιβλιάριο υγείας του κάθε μαθητή αν είναι ή όχι εμβολιασμένος και με ποια εμβόλια.

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2015) υποστηρίζει τους γονείς, οι οποίοι αποφασίζουν να μην εμβολιάσουν το παιδί τους θεωρώντας ότι η απόφαση αυτή δεν επιφέρει δυσμενή αποτελέσματα αποκλεισμού της κοινωνικής ζωής του παιδιού, αφού δεν θέτει σε κίνδυνο την δημόσια υγεία. Αν, παρ' όλα αυτά τεθεί σοβαρό και επείγον ζήτημα δημόσιας προστασίας, υπάρχουν αναγκαία μέτρα περιορισμού με σκοπό την προφύλαξη των παιδιών που δεν έχουν εμβολιαστεί, ακόμη και αν οι γονείς δεν είναι σύμφωνοι. Επιπλέον, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής επισημαίνει πως η υποχρεωτική εκπαίδευση δεν δύναται να είναι συναρτώμενη με την προϋπόθεση του εμβολιασμού, διότι τότε θα προεικαζόταν η παραίτηση από την άσκηση θεμελιώδους δικαιώματος από τη συμμόρφωση προς μιας δημόσιας υποχρέωσης.

3.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η πληρέστερη κατανόηση του νοήματος που δίνουν οι Έλληνες γιατροί στην εμπορευματοποίηση που υφίσταται ο επιστημονικός τους κλάδος, να αποτυπωθεί το πως βιώνουν την επίδραση που έχουν πάνω στον ασθενή και την σχέση που καλλιεργούν μαζί του και τέλος να ακουστεί η φωνή της ελληνικής ιατρικής κοινότητας εξηγώντας η ίδια κατά την γνώμη της που οφείλεται το αντιεμβολιαστικό ρεύμα, δίνοντάς της μάλιστα την ευκαιρία να σχολιάσει το ισχύον, σχετικά με τον εμβολιασμό, νομικό πλαίσιο και να παραθέσει προτάσεις που θα βοηθούσαν στην καταπολέμηση του αντιεμβολιαστικού φαινομένου. Ως εκ τούτου τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώθηκαν ως εξής: Ποιά είναι η γνώμη των γιατρών για την εξέλιξη του επιστημονικού κλάδου τους και για τα νέα παιδιά εφαρμογής του; Συναντάται ακόμα στην ελληνική ιατρική πρακτική το Βιοιατρικό μοντέλο υγείας; Που

αποδίδουν οι Έλληνες γιατροί την αντιεμβολιαστική τάση; Ποιά είναι η θέση τους απέναντι στον υποχρεωτικό εμβολιασμό;

3.2 Μεθοδολογία

3.2.1 Σχεδιασμός

Στην παρούσα έρευνα έχει πραγματοποιηθεί ποιοτικός σχεδιασμός. Κατά αυτόν τρόπο επιδιώκετε να εκπονηθεί μια σε βάθος, λεπτομερή μελέτη και επιχειρείτε η κατανόηση των επιμέρους πτυχών και διαστάσεων του φαινομένου υπό εξέταση, ενώ δίνει την ευκαιρία στον ερευνητή να καταλάβει περεταίρω την ψυχοσύνθεση του ατόμου, αφού εστιάζει τόσο στο νόημα που δίνουν οι άνθρωποι στα γεγονότα, όσο και στο τρόπο που τα βιώνουν. Συνεπώς δεν είναι μια αποστασιοποιημένη, στατιστική, αφαιρετική προσέγγιση (Ισαρη & Πουρκός, 2016). Αναλυτικότερα, έχει χρησιμοποιηθεί Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση (IPA), η οποία διευκολύνει τον ερευνητή να μην περιορίζεται, δεδομένου του ευέλικτο σχεδιασμού της, ο οποίος επιτρέπει τυχόν αλλαγές, αφού ο κύριος στόχος του ερευνητή είναι η κατανόηση των εμπειριών των συμμετεχόντων (Ισαρη & Πουρκός, 2016).

3.2.2 Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα το δείγμα αποτελείται από 7 άτομα και πιο συγκεκριμένα από 1 άντρα και από 6 γυναίκες. Οι συμμετέχοντες είναι πεπειραμένοι γιατροί, που είναι πολλά χρόνια στον ιατρικό χώρο και εργάζονται στο τμήμα των Ειδικών Λοιμώξεων του Νοσοκομείου Ανδρέας Συγγρός, κάτι που αποτέλεσε και τον κύριο παράγοντα για την επιλογή της συμμετοχής τους σε αυτή την έρευνα. Το ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων είναι από 38 έως 60 χρονών και όλοι τους είναι κάτοικοι της Αθήνας.

3.2.3 Μεθοδολογική θεωρία

Για την ανάλυση της παρούσας ποιοτικής έρευνας κρίθηκε απαραίτητο να εφαρμοστεί η Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση (IPA), καθώς η έρευνα επιδιώκει να συλλάβει την ποιότητα και την υφή της ατομικής εμπειρίας του συμμετέχοντα και καθώς επειδή αυτή η μέθοδος επιτρέπει στον ερευνητή να εισχωρήσει στον βίοκοσμο του συνεντευξιζόμενου, μέσω περιγραφικών

φαινομενολογικών προσεγγίσεων στην ανάλυση των δεδομένων. Η Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση είναι μία ποιοτική προσέγγιση και χωρίζεται στην φαινομενολογία, στην ερμηνευτική και στην ιδιογραφική. Στην φαινομενολογία ως κύριος στόχος διακρίνεται η διερεύνηση της εμπειρίας του συμμετέχοντα με τέτοιο τρόπο ώστε να συμπεριλαμβάνεται και η οπτική του ερευνητή (Willig, 2015).

3.2.4 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Αναφορικά με τη μέθοδο συλλογής δεδομένων εφαρμόστηκε η μέθοδος ημιδομημένων συνεντεύξεων. Η χρήση του συγκεκριμένου τύπου συνέντευξης έχει πραγματοποιηθεί καθώς είναι το είδος το οποίο αποτελείται κυρίως από ένα σύνολο ερωτήσεων που επιλέγονται από τον εκάστοτε ερευνητή ως οδηγός για θέματα που θεωρούνται σημαντικά και είναι συμβατική με διάφορες μεθόδους ανάλυσης δεδομένων. Επιπλέον, έχουν ευκολότερο προγραμματισμό σε σχέση με άλλες μορφές συλλογής ποιητικών δεδομένων, με αποτέλεσμα ο ερευνητής να συναντά λιγότερες πρακτικές δυσκολίες στην διεκπεραίωση συνεντεύξεων με μικρό αριθμό συμμετεχόντων. Στην ημιδομημένη συνέντευξη, ο ερευνητής θέτει ερωτήματα ως σημεία εκκίνησης που ενθαρρύνουν τον συμμετέχοντα να μιλήσει, συνεπώς είναι μια μη κατευθυντική μέθοδος και έτσι δίνεται η ευκαιρία στον συνεντευξιαζόμενο να επαναπροσδιορίσει το υπό εξέταση θέμα, ανοίγοντας έτσι νέους δρόμους σκέψης για τον ερευνητή. Στις ημιδομημένες συνεντεύξεις ακόμα, η έμφαση δίνεται στο νόημα, επιτρέποντας έτσι στον ερευνητή να καταλάβει σε μεγαλύτερο βαθμό τα κρυφά νοήματα του λόγου του συμμετέχοντα, σε αντίθεση με της δομημένες συνεντεύξεις, όπου τα δεδομένα αναλύονται ως έχουν (Willig, 2015). Η συνέντευξη μαγνητοφωνήθηκε και στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκε σε μορφή δακτυλογραφημένου κειμένου σε αρχείο ηλεκτρονικού υπολογιστή, ενώ επίσης, απαρτίζεται από 10 ερωτήσεις (βλ. Παράρτημα 3).

3.2.5 Διαδικασία

Αρχικά, η πρώτη προσέγγιση με το δείγμα έγινε τηλεφωνικά. Ο ερευνητής ενημέρωσε τους συμμετέχοντες ότι διεξάγει μία ερευνητική εργασία μέσα στο πλαίσιο των μεταπτυχιακών του σπουδών στη Νομική Σχολή Αθηνών, από την οποία έχει πάρει έγκριση. Δόθηκε ακριβής ενημέρωση σχετικά με το περιεχόμενο της έρευνας και τους εξήγησε λεπτομερώς τα κριτήρια που προϋποθέτονταν για την συμμετοχή τους στην έρευνα. Έπειτα, τους ανέλυσε τη διαδικασία συμμετοχής και

τους διευκρίνισε πως είναι αναγκαίο να οριστεί μία συνάντηση με διάρκεια μίας ώρας, απαραίτητο χρονικό διάστημα για την διεξαγωγή της συνέντευξης και απάντησης τυχόν ερωτήσεων γύρω από το θέμα.

Επιπροσθέτως, ο ερευνητής πληροφόρησε τους συμμετέχοντες πως η συνέντευξη θα ηχογραφεί για να γίνει η σωστή καταγραφή των δεδομένων τους και πως τα δεδομένα αυτά θα μείνουν αυστηρώς απόρρητα και θα έχει πρόσβαση μόνο ο ίδιος. Εν κατακλείδι, η τελική απόφαση για την τοποθεσία και το χρόνο διεξαγωγής των συνεντεύξεων πάρθηκε από κοινού, με μοναδική προϋπόθεση να επικρατούν συνθήκες ησυχίας για τη σωστή ηχογράφηση της συνέντευξης, την συγκέντρωση του εκάστοτε συνεντευξιζόμενου και την δημιουργία φιλικού κλίματος. Οι χώροι συναντήσεων ήταν τα προσωπικά ιατρεία των γιατρών εντός του νοσοκομείου.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν από τον ερευνητή ξανά για τη διαδικασία, κατά τη διάρκεια της συνάντησης τους, καθώς και για το απόρρητο των δεδομένων τους. Στη συνέχεια, τους πληροφόρησε πως μπορούν να αποσύρουν τα δεδομένα τους, αλλά και να αποχωρήσουν από τη διαδικασία της συνέντευξης οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούν, εάν νιώσουν δυσαρέσκεια από την διαδικασία ή αν υπάρξει κάποιος άλλος λόγος. Κατόπιν, συμφωνήθηκε από κοινού ένας αντιπροσωπευτικός κωδικός για κάθε έναν από τους συμμετέχοντες με αποτέλεσμα την πλήρη εχεμύθεια ως προς τα δεδομένα τους.

Οι συνεντεύξεις είχαν διάρκεια περίπου 20-30 λεπτά η κάθε μια και η ηχογράφηση τους πραγματοποιήθηκε με το προσωπικό μαγνητόφωνο του ερευνητή. Πριν την μαγνητοφώνηση οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ορισμένες ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα και γενικού περιεχομένου, ώστε να δημιουργηθεί ευνοϊκό κλίμα και να αποφευχθεί η εμφάνιση συναισθημάτων αμηχανίας. Οι συνεντεύξεις έπειτα δακτυλογραφήθηκαν σε μορφή ηλεκτρονικού κειμένου στον ηλεκτρονικό υπολογιστή του ερευνητή, στον οποίο έχει πρόσβαση μόνο ο ίδιος.

3.2.6 Ηθικά-Δεοντολογικά Ζητήματα

Οι βασικές αρχές που τηρήθηκαν ήταν η ακεραιότητα, ο σεβασμός και η υπευθυνότητα του ερευνητή που στόχευε στην ψυχολογική ευδαιμονία των συμμετεχόντων καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας. Στόχος του ερευνητή ήταν η ακριβής τήρηση και η σαφήνεια του σκοπού της έρευνας και η χρήση των ευρημάτων της προς όφελος του γενικού συμφέροντος. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως

για το περιεχόμενο της έρευνας, αλλά και για τους λόγους και τις προϋποθέσεις που τηρούν για την επιλογή τους να συμμετάσχουν. Στη συνέχεια, τους ζητήθηκε η συγκατάθεση τους και ενημερώθηκαν για το δικαίωμα αποχώρησης τους και απόσυρσης των δεδομένων τους, για την εμπιστευτικότητα, την ανωνυμία και την εχεμύθεια σχετικά με τα προσωπικά τους στοιχεία καθ' όλη την διαδικασία της διάχυσης των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

Επιπλέον, τονίστηκε το δικαίωμα τους να μην αναφερθούν σε πληροφορίες που δεν επιθυμούν ή που επιβαρύνουν την ψυχολογία τους και στην επιλογή τους να αποχωρήσουν από τη διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούν. Τέλος, τους δόθηκαν τα στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή, ώστε να μπορούν ανά πάσα στιγμή να επικοινωνήσουν για τυχόν απορίες, διευκρινίσεις ή ακόμα και σε περίπτωση που θελήσουν να τους κοινοποιηθεί η έρευνα.

3.2.7 Ανάλυση δεδομένων

Σε αρχικό στάδιο πραγματοποιήθηκε ανάγνωση και κατανόηση του απομαγνητοφωνμένου κειμένου. Μετά την διερευνητική πρώτη επαφή, ακολούθησε συστηματική ανάγνωση με σκοπό την εύρεση θεματικών τίτλων που αναπαριστούν νοήματα του κειμένου. Στην συνέχεια, εφαρμόστηκε ενοποίηση θεμάτων με κοινά σημεία αναφοράς, καταλήγοντας έτσι στην δημιουργία των βασικών κατηγοριών νοήματος του κειμένου. Σε τελευταίο στάδιο δημιουργήθηκε ένας περιληπτικός πίνακας ανάλυσης προκειμένου ο ερευνητής να έχει μια πλήρη εικόνα, ο οποίος περιλαμβάνει τις βασικές κατηγορίες νοήματος του περιεχομένου, μαζί με τους θεματικούς τίτλους που τις απαρτίζουν και τις λέξεις κλειδιά που έχει εξάγει από τα απομαγνητοφωνήμενα κείμενα.

3.2.8 Αναστοχαστικότητα

Για να επιτευχθεί ο μέγιστος βαθμός εντιμότητας, η απαραίτητη ακρίβεια, και η απαιτούμενη συστηματικότητα κατά τη διάρκεια ολοκλήρωσης όλων των φάσεων της ερευνητικής διαδικασίας, έμφαση δόθηκε και στην διαδικασία της αναστοχαστικότητας τόσο της επιστήμης, όσο και της προσωπικής. Στο πλαίσιο της επιστήμης αναστοχαστικότητας, ο ερευνητής ενθαρρύνετε να αναστοχαστεί τις αξίες του, τις πράξεις του, τις προσδοκίες του, καθώς και τις επιλογές που έκανε κατά τον σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της έρευνας. Υψίστης σημασίας έχει και η προσωπική αναστοχαστικότητα του ερευνητή, όσον αφορά τη θέση, τους συνειρμούς και τα

συναισθήματά του, καθώς και τις προσωπικές του αδυναμίες και προκαταλήψεις σχετικά με το φαινόμενο που διερευνά. Στο πλαίσιο της προσωπικής αναστοχαστικότητας εμπλέκεται και ο τρόπος με τον οποίο η έρευνα είναι εφικτό να έχει κάποια σχετική επίδραση στην προσωπική και επαγγελματική ζωή του ερευνητή (Ισαρη & Πουρκός, 2016).

3.3 Ανάλυση θεμάτων

Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας.		
Ο ρόλος του γιατρού.	«πρέπει να ενημερώνουμε σωστά τους ασθενείς», «σωστή ενημέρωση», «κάνουμε σωστή...μας υπόβαθρο», «να συμβουλευόμαστε», «είναι υποχρέωση...να μην εμβολιαστεί», «να του τονίζω...να εμβολιαστεί», «θα προσπαθούσα...τον ενημερώσουν», «να τον ενημερώσω...και άλλοι», «είμαστε εκεί...τους ασθενείς», «όλοι οι συνάδελφοι...την υγεία του ασθενούς», «τα πράγματα...πάρει ο γιατρός», «Δεν μπορώ να τον χαρακτηρίσω», «Μπορεί να...δεν μπορώ να πω κάτι», «Να τους πείσω...στα τυφλά», «να προάγουν τους εμβολιασμούς»	σ 5, σ 7, σ 13, σ 13, σ 264-265, σ 269, σ 358-359, σ 359-360, σ 373-374, σ 376, σ 104-105, σ 265, σ 307-308, σ 316-318, σ 48-49
Ο ρόλος του ασθενή και τα δικαιώματά του.	«αυτονομία», «ο ασθενής είναι...του επιλογές», «ο ασθενής να...που χρειάζεται», «με βάση το δικό του όφελος», «ο ασθενείς...αυτός δίκιο», «έχει και πολλά...το παρελθόν», «έχει ένα κομμάτι...ασθενής», «εσύ δίνεις...επιβάλλεις κάτι», «δεν είναι...έρμαιο», «είναι βέβαια...κάτι κάποιος», «κρατάω κάποιες...στον εαυτό του», «εγώ δίνω...έχει δικαίωμα», «ο ασθενής είναι...στον γιατρό», «Είναι καθαρά προσωπικό του θέμα», «έχω μια ασθένεια...μην θέλω να το πάρω», «Είναι το κατά πόσο...ο ίδιος», «είναι καθαρά...ατομικό», «θα έπρεπε...θεραπεία μου»	σ 5, 6-7, σ 8-9, σ 10-11, σ 80, σ 83-84, σ 91, σ 91-92, σ 100, σ 121-122, σ 127-128, σ 128-129, σ 133-134, σ 263, σ 251-252, σ 305-306, σ 252-253, σ 253

Σχέση γιατρού ασθενή.	«σχέση εμπιστοσύνης», «ετεροβαρή σχέση», «προσωπικής...τον ασθενή του», «δημιουργεί μια καχυποψία», «Γενικά υπάρχει...γιατρό», «εάν δεν συμφωνεί...λύση σε αυτό», «οι αποφάσεις...μαζί», «είναι αμφίδρομη σχέση», «παίρνετε την απόφαση μαζί», «ότι πίσω...δεν είναι έτσι», «Πρέπει να υπάρχει...σωστές από τον ασθενή»	σ 1 σελ. 60, σ 1-2 σελ. 60, σ 143 σελ. 66, σ 345 σελ.75, σ 345 σελ.75, σ 372-373 σελ. 76, σ 424-425 σελ.79, σ 425, σ 426, σ 349-350 , σ 2-4
Η σύγχρονη Ιατρική.		
Εμπορευματοποίηση της υγείας.	«μια πλαστική...ζητάει ο κόσμος», «ζούμε σε μια ελεύθερη αγορά», «Όχι δεν θεωρώ...της ιατρικής», «αν δεις...έχουν σχέση», «το πόσο αμερόληπτα δρα ο γιατρός», «αφορά τον γιατρό...θα ακολουθήσει», «τα εμβόλια...και άλλα», «Ναι έχει απομακρυνθεί λίγο», «υπερβολές έχουν...χώρους», «σε πάρα πολλά...το εμπόριο», «φαρμακευτικές εταιρίες...είναι επιχειρήσεις», «έχουν στόχο και το κέρδος», «οι αισθητικές πράξεις...πράξεις», «οι υπερβολές αυτές...ασθενή», «όχι σε καμία περίπτωση...της ιατρικής», «αν το κρατικό σύστημα...για κάποιο λόγο»	σ 20-21, σ 22-23, σ 194-196, σ 198, σ 236, σ 236-237, σ 285-286, σ 293, σ 321, σ 340, σ 341-342, σ 343, σ 382, σ 321-323, σ 375, σ 376-379
Οι εξελίξεις της Ιατρικής πρακτικής.	«οι ανάγκες των ανθρώπων έχουν αλλάξει», «πιστεύω ότι...ανάγκες», «γιατρούς που είναι σε ερευνητικά κέντρα», «δεν θα έλεγα...εξελιχθεί», «τα όπλα...κόσμο», «ζυγίζεις τα υπέρ...ζημία», «τα εμβόλια είναι...παρενέργειες», «Μα ιατρική...για κάτι», «τώρα κάνουμε evidence based practice», «προσπαθούμε...προτείνουμε», «εφαρμόζει...πρακτικής», «Γίνονται πάρα πολλές...ασφαλή», «θα του μιλούσα...εμβολιασμού», «ι ιατρική στηριζόμενη σε αποδείξεις», «δεν είναι θέμα...να πείσει», «αλλά όλα τα φάρμακα...παρενέργειες»	σ 19, σ 24-26, σ 21-22, σ 110, σ 140-141, σ 155-156, σ 215, σ 403, σ 408, σ 11 , σ 9-10, σ 33-35, σ 66-67, σ 78, σ 139-140, σ 299-300
Οι ανάγκες της Ιατρικής σήμερα.	«θα μπορούσε...ενημέρωση», «θα ήθελα...ο κόσμος», «Αλλά θα ήθελα...αποτελέσματα», «Με νούμερα...εμβολιασμού», «υπερ του απλά...τον κόσμο», «θα ήταν πιο πολύ θέμα της πολιτείας», «πρέπει να γίνει...έρευνα», «πρέπει να	σ 145-146, σ 169-170, σ 171, σ 185-186, σ 187-188, σ 149, σ 210, σ 211, σ 242-245, σ 287, σ 399, σ 430

	προχωρήσει...κάποιος», «εμβόλια τα οποία...χρόνια», «μια ενημέρωση...δουλειά δηλαδή», «κάπως πρέπει... υπόλοιπους», «το κράτος έχει ευθύνη»	
Το αντιεμβολιαστικό κίνημα μέσα από τα μάτια των γιατρών.		
Το προφίλ των αντιεμβολιαστών.	«οι άνθρωποι που...δεν ακούν», «άνθρωπος με παρωπίδες», «υπάρχουν τα στοιχεία...δει», «ανενημέρωτο», «Ανενημέρωτο, αυτό θα έλεγα», «κακώς πληροφορημένο», «λίγο φοβιτσιάρη», «επιπόλαιο ίσως», «ανενημέρωτος», «κακά ενημερωμένο», «ξεροκέφαλο», «Δεν μ' αρέσει να δίνω χαρακτηρισμούς», «επιπόλαιο...ετικέτα», «πιστεύω ότι...φίλος μου»	σ 46, σ 57, σ 57-58, σ 62, σ 161, σ 216, σ 273, σ 274, σ 308, σ 352, σ 352, σ 416, σ 421, σ 334-335 (βλ.Παράρτημα.4)
Απόψεις αναφορικά με το κίνημα.	«δεν είναι σωστά...εμβολίων», «το κίνημα...πληθυσμό», «αποτελούν...μαζί τους», «ανεμβολίαστο...στην τάξη», «μεγάλη παραπληροφόρηση», «είμαι...ναι», «Είμαι λίγο επιφυλακτική», «αν δεν...υγεία του», «είμαι υπερ...εμβόλια», «και το δικό μου...εμβόλια», «Εγώ νομίζω...κίνητρα», «είμαστε εκεί...ασθενείς», «Η βάση...λάθος», «Γιατί να τους...κίνδυνο», «μέσω των...ενημέρωσης», «ανταλλαγή μη τεκμηριωμένων πληροφοριών» «νομίζω ότι...διαβάσει λίγο», «να ακολουθήσει την κλασική ιατρική», «θα τον συμβούλευα...ενδεδειγμένα», «Να εμβολιαστεί, σίγουρο αυτό», «μόνο καλό θα έχει», «θα τον συμβούλευα...μαζί»	σ 31-32, σ 37-38, σ 43, σ 71, σ 200, σ 204, σ 239, σ 277-278, σ 294, σ 294-295, σ 327, σ 373-374, σ 387, σ 400-401, σ 28-29, σ 29-30, σ 220-22, σ 217, σ 166, σ 27, σ 277, σ 423-424 (βλ.Παράρτημα.4)
Ιατρικές παραδοχές.		
Αισθήματα Ιατρικής πράξης.	«ευθύνης», «ευχάριστα», «ωραία, όταν βοηθάς τον συνάνθρωπο», «ικανοποίηση όταν...τον ασθενή», «ευθύνη», «από την στιγμή...ευθύνη», «νιώθω ικανοποίηση...ασθενή», «καλά», «ικανοποιητικά», «αγαπώ αυτό...ασθενείς», «είμαι ευχαριστημένη...τους λέμε», «θετικά...να κάνουν», «το βρίσκω και λίγο άδικο», «είμαι συγκαταβατική»	σ 16, σ 17, σ 17-18, σ 86-87, σ 90, σ 90-91, σ 107-108, σ 192, σ 192, σ 230-231, σ 291, σ 316, σ 34, σ 371 (βλ.Παράρτημα.4)

Ο γιατρός παντογνώστης.	«εεε κάτι που αφορά το παρελθόν», «σήμερα τα πράγματα...διαφορετικά», «παλιά είχαμε τους γιατρούς αυθεντίες», «δεν υπάρχει...σήμερα», « ο γιατρός δεν έχει πάντα δίκαιο», «δεν συμφωνώ...δίκαιο», «γιατροί που μπορεί να κάνουν λάθος», «όχι απόλυτα σωστή», «δεν μπορεί να γνωρίζει τα πάντα», «εφόσον είναι... έχει δίκαιο», «μπορεί να κάνουμε και λάθη που και που», «δεν έχουμε πάντα δίκαιο», «Λάθος», «Υπερβολική...δίκιο», «Υπάρχουν πάντα...εκτίμησης», «Δεν υπάρχει...γενικώς», «Λάθη γίνονται», «Λάθη κάνουμε όλοι», «έπιασα τον εαυτό μου να το καθυστερήσω»	σ 75, σ 75, σ 76, σ 78-79, σ 79, σ 189, σ 189-190, σ 224, σ 225-226, σ 227-229, σ 289, σ 290, σ 314, σ 314, σ 314-315, σ 368, σ. 78, σ. 78, σ 118-119 (βλ.Παράρτημα.4)
Η συμβολή της ιατρικής στην εξάπλωση του κινήματος.	«Έχει συμβάλει...τους εναντιωθεί», «Ναι υπάρχει ένα μερίδιο ευθύνης», «Ναι, θεωρώ...τελικά τον ασθενή», «Ναι, μπορεί...η ιατρική», «εκεί ένα μπέρδεμα», «ίσως υπήρχε...τους γιατρούς»	σ 50-51, σ 212, σ 258-261, σ 301, σ 304-305, σ 411-412 (βλ.Παράρτημα.4)
Νομικά ζητήματα.		
Επιλογή στον εμβολιασμό.	«η άποψη μου είναι όχι», «τα εμβόλια...να την επιβάλεις», « Δεν εμβολιάζουμε κόσμο με το ζόρι», «όχι πιστεύω...να υπάρχει», «Πιστεύω ότι αν...να γίνει», «δεν νομίζω...να εμβολιαστώ», «δεν πιστεύω...ναι ή όχι», «Εξαρτάται...κάνει», «σε κάποιες περιπτώσεις...διαδικασίες», «Έχεις δικαίωμα...κάποιον άλλον», «Εξαρτάται...να εμβολιαστεί», «το εμβόλιο...σε κανέναν»	σ 41, σ 206, σ 250, σ 296, σ 296-297, σ 337-338, σ 338-339, σ 394, σ 397-398, σ 401-402, σ 416, σ 254-255. (βλ.Παράρτημα.4)
Ιατρική και Δίκαιο.	«θα τον έκανα...εκπαίδευσης», «θα τον έκανα...βασικά εμβόλια», «ναι είμαι υπέρ...εμβολιασμός», «θα έλεγα...τελείως», «Μέχρι στιγμής...όχι», «Ναι, θα έκανα...υποχρεωτικά», «εγώ θα έκανα...για όλους», « Η νομοθεσία δεν εφαρμόζεται», «υπάρχει έλεγχος...δεν είναι πολλές», «τουλάχιστον ότι έχει...γονείς του»	σ 68, σ72-73, σ 127, σ 169, σ 222, σ 279, σ 312, σ 361, σ 365-367, σ 429-430 (βλ.Παράρτημα.4)

Οι συνεντεύξεις χωρίστηκαν σε πέντε θεματικές ενότητες, ανάλογα με τα νοήματα που τις απαρτίζουν. Αρχικά στη θεματική ενότητα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας περιλαμβάνονται τα καθήκοντα που ακολουθούν το ιατρικό

επάγγελμα, τις επιλογές που έχει πλέον ο ασθενής όσο αναφορά την ιατρική του περίθαλψη, αλλά και απόψεις για του τί είδους σχέση θα πρέπει να αναπτύσσεται ανάμεσα τους. Στην συνέχεια, στην ενότητα της σύγχρονης ιατρικής εντάσσονται θέματα που αφορούν την πρόοδο της ιατρικής, τα νέα πεδία δραστηριοποίησης της και τις ανάγκες που καλείτε να καλύψει. Έπειτα, στην θεματική ενότητα που σχετίζεται με το αντιεμβολιαστικό κίνημα μέσα από τα μάτια των γιατρών, συγκεντρώνονται απόπειρες γιατρών να σκιαγραφήσουν χαρακτηριστικά που συναντώνται σε υπέρμαχους του αντιεμβολιασμού μαζί με τις απόψεις τους γύρω από το κίνημα. Συνακόλουθος, στην επόμενη ενότητα των ιατρικών παραδοχών, ομαδοποιούνται τόσο τα αισθήματα που βιώνουν οι γιατροί ως αποτέλεσμα της επίδρασης τους πάνω στον ασθενή, η στάση τους απέναντι στην παντογνωσία που συνήθιζε να ταυτιζόταν με το επάγγελμα τους, όσο και η ανάληψη ευθύνης που αποδίδουν οι ίδιοι στην ιατρική για την εξάπλωση του κινήματος. Τέλος, η τελευταία θεματική ενότητα αφορά νομικά ζητήματα που περιστρέφονται γύρω από το δικαίωμα στην επιλογή του εμβολιασμού κατά τους γιατρούς και οι προτάσεις τους για αλλαγές πάνω στο ισχύον νομικό πλαίσιο της Ελλάδας.

Από την ανάλυση των παραπάνω προκύπτει ότι η ιατρική πρακτική όπως αυτή εφαρμόζεται μέσα στα Ελληνικά δεδομένα έχει απομακρυνθεί από το Βιοιατρικό μοντέλο υγείας και έχει αγκαλιάσει ένα μοντέλο που βρίσκεται πιο κοντά στις αρχές του Βιοψυχοκοινωνικού. Σύμφωνα με τα λεγόμενα των γιατρών, ο ρόλος τους έχει αλλάξει καθοριστικά σε σχέση με το παρελθόν. Παρουσιάζεται η ιατρική να έχει ποικίλα πεδία και λειτουργίες. Οι δύο βασικότεροι ρόλοι έχουν ενημερωτικό και θεραπευτικό χαρακτήρα. Ο ενημερωτικός ρόλος σχετίζεται με την προληπτική ιατρική και την καθοδήγηση των γιατρών μέσω συμβουλών, που αποσκοπούν στην προστασία των ασθενών και την δημόσια υγεία, ενώ ο θεραπευτικός αντίστοιχα, αφορά την εφαρμογή της ιατρικής πρακτικής που αποσκοπεί στην ίαση.

Ειδικότερα όλοι οι γιατροί επισήμαναν ότι ο ρόλος τους είναι να συμβουλεύουν τον ασθενή ως προς μια θεραπευτική κατεύθυνση, ενημερώνοντας τον για τις διαθέσιμες επιλογές του και να αποφασίσουν από κοινού σε τελικό στάδιο την καλύτερη θεραπευτική μέθοδο για τον ίδιο. Συνεπώς παρουσιάζεται η συμμετοχή του ασθενή στην ιατρική πράξη, ενώ με τις αναφορές στην κοινωνική επίδραση και στα οφέλη του μαζικού εμβολιασμού αποφαίνεται ότι λαμβάνονται υπόψιν και δίνεται η αντίστοιχη βαρύτητα και σε κοινωνικούς παράγοντες. Στοιχεία δηλαδή που

υπάρχουν στο Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας. Κάτι τέτοιο ενισχύεται και από το γεγονός ότι όλοι οι γιατροί, χωρίς καμία εξαίρεση, ανέφεραν κατηγορηματικά ότι κανένας τους δεν θεωρεί τον ίδιο του τον εαυτό παντογνώστη, μιλώντας μάλιστα για λάθη, αποδίδοντας τα στην ανθρώπινη τους ιδιότητα.

Επίσης, από την ανάλυση γίνεται εμφανές ότι τα συναισθήματα που δημιουργούνται στον γιατρό μέσω της ιατρικής πράξης αποτελούν την αντανάκλαση της σχέσης του με τους ασθενείς του. Τα θετικά συνθήματα και η ικανοποίηση που λαμβάνουν μέσα από το επάγγελμα τους είναι άμεσα συνδεδεμένα με την σχέση και την αλληλεπίδραση τους με ασθενείς με τους οποίους μπορούν να έχουν καλή συνεργασία και επικοινωνία, ενώ τους δημιουργούνται αρνητικά αισθήματα όταν κάτι τέτοιο είναι αδύνατο να επιτευχθεί. Επιπροσθέτως, ένα σημαντικό αίσθημα που γίνεται συνεχώς αναφορά είναι το αίσθημα «ευθύνης». Οι γιατροί υποστηρίζουν ότι πλέον και ο ασθενής έχει μερίδιο ευθύνης, αφού αυτός θα επιλέξει τελικώς αν θα ακολουθήσει τις οδηγίες των γιατρών που του δόθηκαν ή αν θα επιλέξει να προβεί σε διαφορετικές ενέργειες. Έτσι, τονίζουν ξανά πόσο αναγκαία είναι η ύπαρξη καλής συνεργασίας ανάμεσα στους ίδιους και τους ασθενείς.

Παρόλα αυτά, μέσα από τα λεγόμενα τους γίνεται αντιληπτό ότι ως προς το ζήτημα του εμβολιασμού συγκεκριμένα, η ευθύνη που νιώθουν παραμένει μεγάλη, δεδομένου ότι η πολιτεία από πλευράς της θα έπρεπε κατά τους ίδιους να έχει μεγαλύτερο και πιο ενεργό ρόλο. Γίνεται έτσι κατανοητό ότι για τους γιατρούς η ευθύνη στο θέμα του εμβολιασμού θα πρέπει να διαιρείται και να μοιράζεται επι τρία, δηλαδή από το γιατρό που θα συμβουλεύει, την πολιτεία που θα ενημερώνει και τον ασθενή που θα επιλέγει. Άλλωστε, μέσα από τις συνεντεύξεις τους επισημαίνουν πως πράγματι τα εμβόλια είναι φάρμακα και πως όπως όλα τα φάρμακα έτσι και αυτά έχουν παρενέργειες. Μπορεί λοιπόν να δήλωσαν όλοι υπέρ του εμβολιασμού και κατά των θέσεων του κινήματος, αλλά δεν αμφισβήτησαν ποτέ ένα από τα βασικά επιχειρήματα του. Σύμφωνα με τους γιατρούς το ότι υπάρχουν παρενέργειες σε όλα τα φάρμακα, δεν σημαίνει ότι πρέπει να σταματήσει η χορηγία τους, αλλά αυτό που πρέπει να ελεγχθεί και να σταματήσει είναι η παραπληροφόρηση σε σχέση με αυτά.

Κυρίως πάνω σε αυτό το μείζον θέμα αποδίδουν την εξάπλωση του αντιεμβολιαστικού κινήματος, στην κακή ενημέρωση, επιμένοντας στην αρχική τους θέση ότι οποιοδήποτε φάρμακο δέχεται να λάβει ένας ασθενής στην καθημερινότητα

του, θα πρέπει να δέχεται και το ενδεχόμενο να παρουσιαστούν ορισμένες παρενέργειες. Κατά αυτόν τον τρόπο αιτιολογείται μάλιστα το γεγονός ότι στα μάτια των γιατρών οι αντιεμβολιαστές παρουσιάζονται ως «ανενημέρωτοι», ως «άτομα με παρωπίδες» και ως «άτομα που απλά δεν θέλουν να ακούσουν». Από την άλλη πλευρά βέβαια, η επιθυμία της πλειοψηφίας των γιατρών να μην προβούν αρχικά σε κάποιον χαρακτηρισμό, δείχνει εμμέσως ότι έως έναν βαθμό κατανοούν και σέβονται τις ανησυχίες τέτοιων ανθρώπων, ακόμα και αν θεωρούν λάθος την επιλογή τους.

Σε μια προσπάθεια εις βάθος ανάλυσης προέκυψε μια αρχή που φαίνεται να διέπει αρκετά σημεία των συνεντεύξεων, την αρχή του «γενικότερου καλού». Σύμφωνα με αυτήν την αρχή έτσι όπως παρουσιάζεται να την αντιλαμβάνονται οι γιατροί όταν κάτι προκαλεί περισσότερο καλό από ότι ζημία είναι θεμιτό. Συνεπώς λόγο αυτής της αρχής ίσως μπορεί να αιτιολογηθεί ένα από τα οξύμωρα σχήματα που παρουσιάζεται στην πλειοψηφία των συνεντεύξεων. Από την μία πλευρά δηλαδή οι γιατροί αναφέρουν ότι ο ρόλος τους μέχρι έναν βαθμό είναι συμβουλευτικός και ότι ο ίδιος ο ασθενής έχει λόγο πάνω στην θεραπεία του και στο εάν θα θελήσει να την εφαρμόσει, μιλώντας για τα δικαιώματά του και τις επιλογές του, αλλά από την άλλη στο επίκεντρο τους τουλάχιστον ως προς το θέμα του εμβολιασμού επικρατεί η γενικότερη εικόνα του δημόσιου καλού και όχι τόσο ο μεμονωμένος ο ασθενής. Ως υποστηρικτικό υλικό πάνω σε αυτήν την σκέψη μπορεί να θεωρηθούν και οι πολλαπλές αναφορές για τα θετικά του μαζικού εμβολιασμού και για τους κινδύνους που ενέχει ο αντιεμβολιασμός στο ευρύτερο σύνολο.

Αυτή η «αρχή» στο πίσω μέρος του μυαλού των γιατρών, ίσως αιτιολογεί και ορισμένα σημεία του λόγου τους, στα οποία αναπτύσσονται εξουσιαστικά στοιχεία. Η παρουσία αυτών γίνεται πιο ευδιάκριτη είτε μέσα από τις απόψεις τους γύρω από το κίνημα, όπου το πλήθος συμβουλών που αναφέρονται σχετίζονται αποκλειστικά με την αναγκαιότητα και το τί θα «πρέπει» να κάνουν οι αντιεμβολιαστές, όσο και από τις απόψεις τους αναφορικά με την επιλογή στον εμβολιασμό ή όχι. Στο συγκεκριμένο σημείο μάλιστα παρατηρείται ένα ακόμα οξύμωρο σχήμα. Παρά το γεγονός ότι καταγράφονται αμφιλεγόμενες απόψεις γύρω από αυτό το θέμα, η πλειοψηφία των γιατρών δήλωσε πως θα πρέπει να υπάρχει η επιλογή να μην εμβολιάζονται τα άτομα. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι από αυτούς στην ερώτηση για οποιαδήποτε αλλαγή του σχετικού νομικού πλαισίου δήλωσαν πως θα έκαναν τον εμβολιασμό υποχρεωτικό πλην ορισμένων εξαιρέσεων όπως για συγκεκριμένους

λόγους υγείας. Απάντηση που ίσως δόθηκε πάλι υπό το σκεπτικό της «αρχής του γενικότερου καλού». Αφού όταν οι γιατροί ερωτώμενοι ως προς τον ασθενή μεμονωμένα δεν προτείνουν επιβολή, αλλά την επιλογή, ενώ όταν μιλάνε σκεπτόμενοι το σύνολο προτείνουν την νομιμοποίηση της επιβολής.

Βέβαιά το γεγονός ότι προτείνουν την επιβολή τελικώς με βάση νόμου, αλλά αναφέρουν παράλληλα είτε να γίνονται έστω τα βασικά εμβόλια, είτε να γίνονται τουλάχιστον στα παιδιά και να υπάρχει μια σχετική ελαστικότητα που να επιτρέπει ορισμένες εξαιρέσεις, υποδηλώνει ότι μάλλον ούτε οι ίδιοι είναι κατά βάθος υπέρ αυτής της ιδέας, αλλά γνωρίζοντας ότι δεν υπάρχει από την πλευρά της πολιτείας η κατάλληλη ενημέρωση, ίσως συμπεραίνουν ότι δεν υπάρχει και κάποια άλλη αποτελεσματική επιλογή. Ενώ από την άλλη πλευρά το γεγονός ότι η ο εμβολιασμός είναι ήδη υποχρεωτικός με βάση το νομικό πλαίσιο της Ελλάδας τουλάχιστον στα παιδιά και δεν το γνωρίζουν, αιτιολογεί τις αμφιλεγόμενες απόψεις που επικρατούν γύρω από την επιλογή η όχι στον εμβολιασμό, αλλά δείχνει και την ανάγκη της πολιτείας να αναπτύξει μια πιο σταθερή πολιτική που θα οδηγήσει όχι μόνο στην ενημέρωση των απλών πολιτών γύρω από το θέμα «εμβόλια», αλλά και στην ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας.

Τέλος, μέσα από τις απαντήσεις των γιατρών φαίνεται ότι αντιλαμβάνονται την εμπορευματοποίηση που υφίσταται ο τομέας της υγείας μέσω της παραγωγής πολλών νέων φαρμάκων, τον πολλαπλασιασμό των ιδιωτικών νοσοκομείων ή των χειρουργικών επεμβάσεων για κοσμητικούς λόγους ως απάντηση των απαιτήσεων που συναντάται να έχουν οι ασθενείς σήμερα. Κατά τους ίδιους λοιπόν ο τομέας της ιατρικής εξελίχθηκε κατά αυτόν τον τρόπο, ώστε να καλύψει αυτές τις νέες ανάγκες. Εν ολίγης παρουσιάζεται ότι μέσα από τα δικά τους μάτια η ιατρική δεν άλλαξε τον κεντρικό της στόχο, αλλά εξελίχθηκε αντιμετωπίζοντας τον άνθρωπο ως μια ολότητα, συγκαταλέγοντας μέσα στα πεδία της τις σύγχρονες επιταγές των ασθενών.

Συμπεράσματα- Συζήτηση

Σκοπός σε αυτήν την έρευνα ήταν να γίνει μια εις βάθος ανάλυση της εικόνας που έχουν σχηματίσει οι γιατροί για την εμπορευματοποίηση της υγείας, να χαρτογραφηθεί η σχέση γιατρού και ασθενή και να δοθεί ο λόγος στους Έλληνες γιατρούς να εκφράσουν την άποψη τους για το αντιεμβολιαστικό κίνημα και για τα προβλήματα της ελληνικής εμβολιαστικής νομοθεσίας, παρουσιάζοντας τις δικές τους προτάσεις. Μέσα από τις συνεντεύξεις διαπιστώνεται ότι οι γιατροί αντιλαμβάνονται την εμπορευματοποίηση του κλάδου τους ως αποτέλεσμα της εξέλιξης της ίδιας της ιατρικής, η οποία αφού ικανοποιεί τους αρχικούς της σκοπούς έχει επεκταθεί και σε άλλα πεδία εφαρμογής. Επίσης η σχέση γιατρού και ασθενή χτίζεται μέσα στα πλαίσια εφαρμογής του Βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας, με καταμερισμό των ευθυνών και από κοινού αποφάσεις για την θεραπευτική πορεία του ασθενή. Αποφαινεται ότι η πλειοψηφία των γιατρών είναι κατά του αντιεμβολιαστικού κινήματος, επισημαίνοντας τους κινδύνους που ενέχει η εξάπλωση της επιρροής του και υπέρ της επιβολής του εμβολιασμού υπό προϋποθέσεις.

Γενικότερα, τα εμβόλια είναι από τα σπουδαιότερα επιστημονικά επιτεύγματα καθώς θωρακίζουν την ευημερία και την υγεία των πληθυσμών, ενώ το κόστος τους είναι ελάχιστο συγκριτικά με τα οφέλη τους (Rappuoli, 2013). Το ευρύτερο οικονομικό τους όφελος γίνεται κατανοητό και από το γεγονός ότι επιτρέπουν στον ανθρώπινο οργανισμό να αμυνθεί στις πιθανές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που προκαλούν μεταδοτικές ασθένειες στο άτομο, επιτρέποντας του κατά αυτό τον τρόπο να εργαστεί και να πραγματοποιεί τις καθημερινές του υποχρεώσεις (Castro & Cheryl, 2005). Ένα ακόμα πλεονέκτημα του εμβολιασμού είναι ότι δεν προστατεύει μόνο όσους εμβολιάζονται, αλλά και τους ανεμβολίαστους, αφού όταν έχει εμβολιαστεί το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού μιας κοινωνίας, εμποδίζεται η εξάπλωση της νόσου (Yaqub et al., 2014). Αντίθετα, η πτώση της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού μιας κοινωνίας έχει ως αποτέλεσμα την επανεμφάνιση μεταδοτικών νοσημάτων, όπως η ιλαρά, η διφθερίτιδα ή ο κοκκύτης και την εξάπλωση αυτών, θέτοντας σε κίνδυνο την δημόσια υγεία (Erbelding et al, 2018). Ο αντιεμβολιασμός είναι τακτική που σε βάθος χρόνου θα μπορούσε να έχει τεράστιες επιπτώσεις εκτός από επιδημιολογικό επίπεδο που αναφέρθηκε αλλά και σε επίπεδο

οικονομικών υγείας, το οποίο δεν θα επιβαρύνει αποκλειστικά όσους δεν εμβολιάζονται, αλλά όλους τους πολίτες (Χρυσόγονος, 2002).

Ένα από τα σημαντικότερα ερωτήματα που έρχεται συνεχώς αντιμέτωπο με την ελληνική κοινωνία για να απαντηθεί είναι αν τελικά πρέπει να υπάρχει ένας περιορισμός του ατομικού δικαιώματος στην προσωπικότητα, του δικαιώματος δηλαδή που επικαλούνται τα άτομα με αντιεμβολιαστικές στάσεις, όταν πρόκειται για την διακύβευση της δημόσιας υγείας. Ή με μια διαφορετική διατύπωση, τι θα πρέπει να γίνεται στην περίπτωση που οι ελεύθερες επιλογές ενός ατόμου σε θέματα της υγείας του ή της υγείας του παιδιού του απειλούν την ίδια του την υγεία ή την υγεία τρίτων του ευρύτερου περιβάλλοντός του; Πολλοί θα απαντούσαν ότι η διακινδύνευση της δημόσιας υγείας μπορεί να δικαιολογήσει τις όποιες ενέργειες της πολιτείας αποβλέπουν τον περιορισμό της αυτονομίας του ασθενή αναφορικά με την υγεία του.

Οι αντιεμβολιαστές από την πλευρά τους, κατά τους ειδικούς, κάνουν διαστρέβλωση και παρερμηνευση των επιστημονικών ευρημάτων, μη δεχόμενοι την κριτική ή την όποια αμφισβήτηση της θέσης τους, τρέφοντας αδύνατες προσδοκίες για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων χωρίς καμία απολύτως ανεπιθύμητη ενέργεια. Παράλληλα, επιδεικνύουν μια επιλεκτική στάση, κάνοντας επίκληση στην αυθεντία ψευδοεπιστημόνων, τους οποίους χαρακτηρίζουν ως πραγματικούς ειδικούς. Επιπλέον, ισχυρίζονται ότι το επιστημονικό consensus είναι αποτέλεσμα συμφωνίας ανάμεσα στις φαρμακοβιομηχανίες και τους ιατρούς, κάνοντας ad hominem επιθέσεις εναντίων τους, βασισμένες σε θεωρίες συνομοσίας. Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός αντιτίθεται στα δικαιώματα της υγείας τους, της προσωπικότητάς τους και στην αξία του ανθρώπου (Χρυσόγονος, 2002).

Αντίθετα, η μη επιβολή κυρώσεων σε όσους αρνούνται να εμβολιαστούν θίγει το δικαίωμα στην υγεία και στην προσωπικότητα όλων εκείνων που επιλέγουν να εμβολιάζονται, διατηρώντας την συλλογική ανοσία στο απαραίτητο ποσοστό, διασφαλίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο την δημόσια υγεία. Τόσο κάποιοι επιστήμονες, όσο και εμβολιασμένοι πολίτες κρίνουν παράδοξο το γεγονός ότι η επιβολή των εμβολιασμών καταπατά το δικαίωμα στην υγεία και στην προσωπικότητά των ατόμων που δεν επιθυμούν να εμβολιάζονται, αλλά δεν παραβιάζει τα αντίστοιχα

δικαιώματα των ίδιων που επιθυμούν να ζουν σε ένα ασφαλές περιβάλλον, χωρίς την απειλή των μεταδοτικών ασθενειών, ειδικά όταν οι πρώτοι αποτελούν κίνδυνο για την υγεία των υπολοίπων και όχι το ανάποδο (Χρυσόγονος, 2002).

Ωστόσο, λαμβάνοντας κατά νου όλες αυτές τις προβληματικές για να δοθεί μια απάντηση στο ζήτημα του υποχρεωτικού ή μη εμβολιασμού, κρίνεται πως θα ήταν προτιμότερο η Ελλάδα να διατηρήσει τη βασική αρχή της συναίνεσης και να προχωρήσει σε ενημερωτικές εκστρατείες προώθησης του εμβολιασμού. Άλλωστε όπως ανέφεραν και οι ίδιοι οι γιατροί τα κυριότερα προβλήματα είναι η ελλιπής ενημέρωση και η παραπληροφόρηση. Η πολιτεία θα πρέπει να στοχεύσει στην ενημέρωση του γενικού πληθυσμού σε σχέση με τα εμβόλια με μέσα που να έχουν άμεσο αντίκτυπο, παρέχοντας στον κόσμο στοιχεία με επιστημονικά ευρήματα, εξαλείφοντας έτσι τις αντιεμβολιαστικές απόψεις, ελαφρύνοντας το βάρος της ευθηνής που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας και κινητοποιώντας τον κόσμο να εμβολιαστεί. Επιπλέον, η πολιτεία θα πρέπει να επικεντρωθεί και στην διαλεύκανση του θολού νομικού πλαισίου, το οποίο σήμερα δημιουργεί κυρίως σύγχυση, ώστε να γίνει κατανοητό από τους γονείς ότι δεν μπορούν να αποφασίζουν αυθαίρετα, αλλά με βάση του λειτουργήματος της γονικής μέριμνας, που υποχρεώνει την κρίση τους να είναι αντικειμενική και να εναρμονίζεται με το συμφέρον του παιδιού τους.

Οι ενέργειες αυτές δε της πολιτείας θα βοηθήσουν τον ρόλο του γιατρού επίσης, αφού η πληροφόρηση των γονέων σχετικά με τα ενδεδειγμένα εμβόλια σήμερα βασίζεται κυρίως από τον ίδιο. Αυτό βέβαια δεν προτείνεται να αλλάξει εντελώς, αλλά να ενισχυθεί μέσω πολιτικών προλήψεων, δημιουργώντας μια συνεργασία μεταξύ πολιτείας και ιατρικής κοινότητας. Από την πλευρά του ο γιατρός θα πρέπει να συνεχίσει να ενημερώνει τα άτομα με σαφή και κατανοητό τρόπο για τα διεθνής εμβολιαστικά πρωτόκολλα και τις επισημάνσεις των αναγνωρισμένων επιστημονικών φορέων, όπως την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, ειδικότερα όταν είναι αντιμέτωπος με επιφυλακτικούς ανθρώπους και να πράττει διαφορετικά μόνο όταν υπάρχουν συγκεκριμένοι ιατρικοί λόγοι.

Συνεπώς, γίνεται πασιφανές ότι η εξάλειψη αντιεμβολιαστικών πεποιθήσεων πρέπει να ακολουθήσει διττή κατεύθυνση. Αφ' ενός είναι απαραίτητη η ενεργή συμμετοχή της πολιτείας μέσω της εφαρμογής μέτρων ενημέρωσης για τα οφέλη της συλλογικής ανοσίας και των νομικών διαστάσεων που την πλαισιώνουν και αφ' ετέρου η

δράση των γιατρών θα πρέπει να στοχεύει στην καθυσύχαση των ασθενών και στην πάταξη της ψευδοεπιστήμης, παράγοντας συνεχώς τεκμηριωμένα ευρήματα που υποδηλώνουν τα θετικά του εμβολιασμού. Η αντιμετώπιση του προβλήματος δεν μπορεί να περιλαμβάνει αποκλειστικά την καταστολή μέσω του υποχρεωτικού εμβολιασμού. Μόνο όταν είναι ζήτημα επείγουσας ανάγκης για την διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, όπως για παράδειγμα η πολλαπλή εμφάνιση κρουσμάτων επικίνδυνων νοσημάτων, θα πρέπει να υπάρχουν ακόμα και αν οι γονείς δεν το επιθυμούν μέτρα υποχρεωτικής εμβολιαστικής κάλυψης σε όσα παιδιά δεν έχουν εμβολιασθεί.

Επιπρόσθετα μέτρα που θα μπορούσαν να επιφέρουν θεμιτά αποτελέσματα είναι μηχανισμοί φιλτραρίσματος στις μηχανές αναζήτησης του ίντερνετ που να περιορίζουν τις ψευδο-ειδήσεις και η αναστολή της άδειας επαγγέλματος των γιατρών που εφαρμόζουν ψευδοεπιστημονικές μεθόδους αντί του εμβολιασμού, οι οποίες δεν είναι επιστημονικά εγκεκριμένες. Το πιο αναγκαίο από όλα όμως είναι να γίνει κατανοητό από τον σύγχρονο άνθρωπο ότι η επιστήμη δεν ονομάζεται η προσωπική άποψη του καθενός, η επιστήμη είναι βασισμένη πάνω σε γεγονότα, ενδείξεις και καταγραφές, τα οποία η επιστημονική κοινότητα μελετάει και παρουσιάζει. Στο παράδειγμα των εμβολίων ήδη η επιστήμη έχει τεκμηριώσει τα οφέλη της εφαρμογής τους, σώζοντας αμέτρητες ζωές και αλλάζοντας ριζικά το πεδίο της δημόσιας υγείας. Έτσι αντίθετες απόψεις που δεν μπορούν να υποστηριχθούν από την βασική αρχή της επιστημολογίας, θα πρέπει να καταδικάζονται και να μην έχουν απολύτως καμία ισχύ.

Τέλος, αναγκαίο είναι να επισημανθεί πως το θέμα της παρούσας έρευνας χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Η έρευνα υφίσταται μεθοδολογικούς περιορισμούς, οι οποίοι σχετίζονται με ζητήματα όπως τα χαρακτηριστικά του δείγματος το οποίο αποτελείται μόνο από γιατρούς αποκλειστικά ενός και μόνο νοσοκομείου, καθώς και το ηλικιακό εύρος, το οποίο κυμάνθηκε από 38 έως 60 ετών. Μελλοντικές έρευνες προτείνεται να εξετάσουν την σύγκριση διάφορων ενημερωτικών μεθόδων, αναδεικνύοντας ποιος είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος πληροφόρησης των πολιτών που οδηγεί στην αλλαγή των στάσεων τους.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αθανασίου, Α. (2011). *Βιοκοινωνικότητες. Θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας*. Αθήνα: Νήσος

Αλεξίου, Θ. (1999) Μισθωτή Εργασία και Κοινωνικός Αποκλεισμός, *Θέσεις*, 69, p.p 23-52.

Αλεξίου, Θ. (2000). Κοινωνιολογική Προσέγγιση της Ιατρικής και του Ιατρικού Θεσμού, *Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, Τ. ΣΤ', 29, p.p 185-205.

ΕΨΕ,. (2017). Το «Βιοψυχοκοινωνικό προτυπο»: 40 χρόνια εφαρμογής. *Ψυχιατρική*, 30(2).

Ίσαρη, Φ., & Πουρκός, Μ. (2016). *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας: Εφαρμογές στην Ψυχολογία και την Εκπαίδευση*. Αθήνα: Ελληνικά Ακαδημαϊκά Συγγράμματα και Βοηθήματα.

Κορασίδου Μ., *Όταν η Αρρώστια Απειλεί. Επιτήρηση και Έλεγχος της Υγείας του Πληθυσμού στην Ελλάδα του 19^{ου} Αιώνα*, Τυπωθήτω, Αθήνα: 2002.

Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε., Βέικου, Χ., Συλλογικό έργο, Αλεξιάς, Γ. Τ., Καρακατσάνη, Δ., Ζήση, Α., Δημητρίου, Σ. Θ., Θεοδώρου, Β., Σπυριδάκης, Μ., Μαγριπλής, Δ. Γ., Κυριακάκης, Γ., Τζανάκης, Μ., Σαββάκης, Μ., Riboli, D., Σαλάππα, Α., Παπαϊωάννου, Κ., Δηλάκη, Γ., Loos, M., Καρατζά, Ε., Γκούβερης, Π., Κουλίζος, Μ., Χριστοπούλου, Μ., Ηλιόπουλος, Δ., & Πεγκλίδου, Α. (2012). *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας*, Αθήνα: Ι. Σιδέρης

Παπαδάτου, Δ., & Μπελλάλη, Θ. (2008). *Βασικές γνώσεις Ψυχολογίας για Επαγγελματίες Υγείας*, Αθήνα: ΚΡΙΤΙΚΗ

Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

- Παπαδημητρίου, Γ. Ν., Λιάππας, Ι. Α., & Λύκουρας, Ε. (2013). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Ρήγου, Μ. (1993). *Ο Θάνατος στη Νεωτερικότητα. Μια Επικοινωνιακή και Ηθική Προβληματική*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Τρουλινού, Λ. (1991). Εξουσία και Δίκαιο στον Φουκώ, στο *Foucault Michel*, Η μικροφυσική της εξουσίας, μτφρ. Λ. Τρουλινού, Αθήνα: Ύψιλον, p.p 170-182
- Χρυσόγονος Κ., (2002), «Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα», Αντ. Ν. Σάκκουλας 2002, σελ. 87- 98.
- ΑΑΡ. (2009). “*RedBook*”, 2η Ελληνική Έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ.
- Bell, D. (1999). *Ο Πολιτισμός της Μεταβιομηχανικής Δύσης*, Αθήνα: Νεφέλη.
- Grmek M. D. (1989). *Οι Ασθένειες στην Αυγή του Δυτικού Πολιτισμού*, Αθήνα: Χατζηνικολής.
- Foucault, M. (2007). Εξουσία, γνώση και ηθική, μτφρ. Ζ. Σαρίκας, Αθήνα: Ύψιλον.
- Foucault, M. (2012). Η γέννηση της κλινικής, μτφρ. Κ. Καψαμπέλη, Αθήνα: Νήσος.
- Foucault, M. (2012b). Η γέννηση της βιοπολιτικής : Παραδόσεις στο Κολλέγιο της Γαλλίας, μτφρ. Βασίλης Πατσογιάννης, Αθήνα: Πλέθρον.
- Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*, Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Polyani, K. (2001). *Ο Μεγάλος Μετασχηματισμός. Οι Πολιτικές και Κοινωνικές Απαρχές του Καιρού μας*, Νησίδες, Αθήνα:
- Willig, C. (2015). *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στην Ψυχολογία*. Αθήνα: Gutenberg
- Weber, M. (1996). *Η Προτεσταντική Ηθική και το Πνεύμα του Καπιταλισμού*, Αθήνα: Gutenberg.

Ξενόγλωσση

Adorno, F. P. «Power over Life, Politics of Death: Forms of Resistance to Biopower in Foucault», στο Vanessa Lemm, V., & Vatter M. (2014). *The Government of Life: Foucault, Biopolitics and Neoliberalism*, Fordham University Press, Νέα Υόρκη, p.p 98–111

Akobeng, A., & Thomas, A., (1999). Inflammatory Bowel Disease, Autism, and the Measles, Mumps, and Rubella Vaccine. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 28, (3), p.p 351-2.

Allen, A. (2007). *Vaccine The controversial story of medicine's greatest lifesaver*. New York, USA.

Atkinson, R. (1988). Discourse, Descriptions and Diagnoses: Reproducing Normal Medicine, στο Lock M. & Gordon D., (Ed.), *Biomedicine Examined*. London: Kluwer Academic Publishers, p.p 170-190.

Baker, J. (2008). Mercury, Vaccines, and Autism: One Controversy, Three Histories. *American Journal of Public Health*, 98, (2), p.p 244-253

Baxby, D. (1999). Edward Jenner's Inquiry; a bicentenary analysis. *Vaccine*, 17, (4), p.p 301–307.

Begg, N., Ramsay, M., White, J., Bozoky, Z. (1998). Media dents confidence in MMR vaccine. *BMJ*, 316, (7133), p.p 715–716.

Bol, K. F., Aarntzen, E. H. J. G., Pots, J. M., Olde Nordkamp, M. A. M., van de Rakt, M. W. M. M., Scharenborg, N. M., de Boer, A. J., van Oorschot, T. G. M., Croockewit, S. A. J., Blokx, W. A. M., Oyen, W. J. G., Boerman, O. C., Mus, R. D. M., van Rossum, M. M., van der Graaf, C. A. A., Punt, C. J. A., Adema, G. J., Figdor, C. G., de Vries I. J., & Schreiber, G. (2016). Prophylactic vaccines are potent activators of monocyte-derived dendritic cells and drive effective anti-tumor responses in melanoma patients at the cost of toxicity. *Cancer Immunology, Immunotherapy*, 65, (3), p.p 327–339.

Borrell-Carió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2, p.p 576–582.

Brotherton, J. M. L., Malloy, M., Budd, A. C., Saville, M., Drennan, K. T., & Gertig, D. M. (2015). Effectiveness of less than three doses of quadrivalent human papillomavirus vaccine against cervical intraepithelial neoplasia when administered using a standard dose spacing schedule: Observational cohort of young women in Australia. *Papillomavirus Research*, 1, p.p 59–73.

Brotherton, J. M. L., Saville, A. M., May, C. L., Chappell, G., & Gertig, D. M. (2015). Human papillomavirus vaccination is changing the epidemiology of high-grade cervical lesions in Australia. *Cancer Causes & Control*, 26, (6), p.p 953–954.

Castro, A., & Cheryl, P. (2005). Preventing Exposure to Influenza, *AJN*, 105(1), p.p 112.

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60, (33), p.p 1128-1132.

CDC. (2006). Summary of notifiable diseases—United States, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*.

Chang, Y., Brewer, N. T., Rinas, A. C., Schmitt, K., & Smith, J. S. (2009). Evaluating the impact of human papillomavirus vaccines. *Vaccine*, 27, (32), p.p 4355–4362.

Chen, R. T., & DiStefano, M., (1998). Vaccine adverse events: causal or coincidental?. *The Lancet*, 351, (9103), p.p 611-612.

Chen, R. T., Rastogi, S. C., Mullen, J. R., Hayes, S. W., Cochi, S. L., Donlon, J. A., & Wassilak, S. G. (1994). The Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). *Vaccine*, 12, (6), p.p 542–550.

Chirico, F. (2018). The new Italian mandatory vaccine Law as a healthy policy instrument against the anti-vaccination movement. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita* 30, (3), p.p 251-256.

Danis, K., Georgakopoulou, T., Stavrou, T., Laggas, D., & Panagiotopoulos, T. (2010). Predictors of childhood vaccination uptake: a cross-sectional study in Greece. *Procedia in vaccinology*, 2, (1), p.p 86-91.

- DeStefano, F., Price, C. S., & Weintraub, E. S. (2013). Increasing Exposure to Antibody-Stimulating Proteins and Polysaccharides in Vaccines Is Not Associated with Risk of Autism. *The Journal of Pediatrics*, *163*, (2), p.p 561–567.
- Diethelm, P., & McKee, M. (2009). Denialism: what is it and how should scientists respond?. *European Journal of Public Health*, *19*, (1), p.p 2-4.
- Dillon, M. (2007). Governing through contingency: The security of biopolitical Governance. *Political Geography*, *26*, p.p 41–47
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*, p.p 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, *137*, p.p 535-544.
- Engel, G.L. (1997). From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, *38*, p.p 521-528.
- Erbelding, E. J., Post, E. J., Stemmy, E. J., Roberts, P. C., Deckhut Augustine, A., Ferguson, S., Paules, C. I., Graham, B. S., & Fauci, A. S. (2018). A Universal Influenza Vaccine: The Strategic Plan for the National Institute of Allergy and Infectious Diseases. *The Journal of Infectious Diseases*, *218*, (3), p.p 347–354.
- Fiore, A., Shay, D., Broder, K., Iskander, J., Uyeki, T., Mootrey, G., Bresee, J., & Cox, N. (2009). Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, *58*, (8), p.p 1-52.
- Gautier, A., Chemlal, K., & Jestin, C. (2017). Adhésion à la vaccination en France: résultats du Baromètre santé 2016. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Hors-série*, p.p 21–27.
- Georgakopoulou, Th., Menegas, D., Katsioulis, A., Theodoridou, M., Kremastinou, J., & Hadjichristodoulou, Ch. (2017). A cross-sectional vaccination coverage study in preschool children attending nurseries-kindergartens: Implications on economic crisis effect. *Human vaccines & immunotherapeutics* *13*, (1), p.p 190-197.

- Gilbert, P. (2002). Understanding the biopsychosocial approach. *Clinical Psychology, 14*, p.p 13-17.
- Granshaw, L. (1989). The Medical Profession and Specialist Hospitals στο Porter R. & Granshaw L., *The Hospital in History*, p.p 199-220.
- Hill, H. A., Elam-Evans, L. D., Yankey, D., Singleton, & J. A., Kang, Y. (2018). Vaccination Coverage Among Children Aged 19–35 Months — United States, 2017 *Morbidity and Mortality Weekly Report, 67*, p.p 1123–1128.
- Horton, R. (2004). A statement by the editors of *The Lancet*. *363*, (9411), p. 820–821.
- Hough-Telford, C., Kimberlin, D.W., Aban, I., Hitchcock, W. P., Almgvist, J., Kratz, R., & O'Connor, K. G. (2016). Vaccine delays, refusals, and patient dismissals: a survey of pediatricians. *Pediatrics, 138*, (3), e20162127.
- Hughes N.L., (2005). Increasing Influenza Vaccination of Health Care Workers, *AJN, 105*, (12), p.p 96.
- Jenner, E. (1798). *An Inquiry into the Causes and Effects of Variolae Vaccinae, a Disease Discovered in Some Western Counties of England*. London: Sampson Low.
- Lemke, T. (2011). *Biopolitics, An Advanced Introduction*. New York: New York University Press.
- Liesegang, T. J. (2009). Varicella zoster virus vaccines: effective, but concerns linger. *Canadian Journal of Ophthalmology, 44*, (4), p.p 379–384.
- Locquet, C., Marande, J. L., Choudat, D., & Vidal-Trecan, G. (2007). Hepatitis B vaccination in women healthcare workers: a sero-epidemiological survey, *Eur J Epidemiol, 22*, (2), p.p 113 - 119.
- Madsen, K. M., Lauritsen, M. B., Padersen, C. B., Thorsen, P., Plesner, A. M., Andersen, P. H., & Mortensen, P. B. (2003). Thimerosal and the occurrence of autism: negative ecological evidence from Danish population-based data. *Pediatrics, 112*, (3 Pt 1), p.p 604-6.
- Maltezou, H. C., Maragos, A., Katerelos P., Paisi, A., Karageorgou, K., & Papadimitriou, P. (2008). Influenza vaccination acceptance among health-care workers: A nationwide survey, *Vaccine, (26)*, p.p 1408 – 1410.

Marshall, G. S. (2019). Vaccine Hesitancy, History, and Human Nature: The 2018 Stanley A. Plotkin Lecture. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, 8, (1), p.p 1–8

McLellan, J. S., Chen, M., Leung, S., Graepel, K. W., Du, X., Yang, Y., Zhou, T., Baxa, U., Yasuda, E., Beaumont, T., Kumar, A., Modjarrad, K., Zheng, Z., Zhao, M., Xia, N., Kwong, P. D., & Graham, B. S. (2013). Structure of RSV Fusion Glycoprotein Trimer Bound to a Prefusion-Specific Neutralizing Antibody. *Science*, 340, (6136), p.p 1113–1117.

Melief, C. J. M., van Hall, T., Arens, R., Ossendorp, F., & van der Burg, S. H. (2015). Therapeutic cancer vaccines. *The journal of clinical investigation*, 125, (9), p.p 3401–3412

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). *Germany: Country Health Profile, State of Health in the EU*. Brussels: OECD Publishing.

Papaevangelou, V., Koutsoumbari, I., Vintila, A., Klinaki, E., Zellos, A., Attilakos, A., Tsolia, M., & Kafetzis, D. (2014). "Determinants of vaccination coverage and adherence to the Greek national immunization program among infants aged 2-24 months at the beginning of the economic crisis (2009-2011)." *BMC Public Health* 14.1, p.p 1192.

Papazoglou, A., Giamaïou, K., Pouloupoulou, S., Pavlopoulou, I., & Tsoumakas, K. (2013). The National Vaccination Programme in Greece: Factors Affecting Parents Knowledge. *Global Journal of Medical Research*, 13, (3).

Papazoglou, A., Papadellis, F., Tsiftis, G., Pavlopoulou, I., Kritikos, K., & Tsoumakas, K. (2012). The attitudes of parents to the vaccination of children. A study in kindergartens in Athens. *Archives of Hellenic Medicine*, 29, (4).

Pasteur, L. (1880). De l'attenuation du virus du cholera des poules. *De l'Académie des sciences*, 91, p.p 673–680.

Pavlopoulou, I. D., Michail, K. A., Samoli, E., Tsiftis, G., & Tsoumakas, K. (2013). Immunization coverage and predictive factors for complete and age-appropriate vaccination among preschoolers in Athens, Greece: a cross-sectional study. *BMC public health* 13.1, p.p 908.

Pigden, C. R. (2007). Conspiracy theories and the conventional wisdom. *Episteme*, 4, p.p 219-232.

Price, S., Thompson, W., Goodson, B., Weintraub, E., Croen, L., Hinrichsen, V., Marcy, M., Robertson, A., Eriksen, E., Lewis, E., Bernal, P., Shay, D., Davis, R., & DeStefano, F. (2010). Prenatal and Infant Exposure to Thimerosal From Vaccines and Immunoglobulins and Risk of Autism. *Pediatrics*, 156, (4).

Rappuoli, R., & Aderem, A. (2011). A 2020 vision for vaccines against HIV, tuberculosis and malaria. *Nature* 473, (7348), p.p 463–469.

Rappuoli, R., & Black, S. (2013). Introduction: Addressing the challenge of group B streptococcal disease. *Vaccine* 31, (Suppl 4), D1–D2.

Rappuoli, R., Mandl, C. W., Black, S., & De Gregorio, E. (2011). Vaccines for the twentyfirst century society. *Nat Rev Immunol* 11, (12), p.p 865–872.

Rechel, B., Richardson, E., & McKee, M. (2018). *The organization and delivery of vaccination services in the European Union*. United Kingdom: Peter Powell and Tetragon

Reich, J. A. (2016). Of natural bodies and antibodies: Parents' vaccine refusal and the dichotomies of natural and artificial. *Social Science & Medicine*, 157, p.p 103–110.

Rose, N., & Miller, P. (1992). Political Power beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology*, 43, (2), p.p 173 – 205

Stehr-Green, P., Tull, P., Stellfeld, M., Mortenson, P. B., & Simpson, D. (2003). Autism and thimerosal-containing vaccines: lack of consistent evidence for an association. *AmJPrevMed*, 25, (2), p.p 101-6.

Taylor, L., Swerdfeger, A., & Eslick, G., (2014) Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine*, 32, (29), p.p 3623-9.

Thompson, N., Pounder, R., Wakefield, A., Montgomery, S., (1995). Is measles vaccination a risk factor for inflammatory bowel disease?. *The Lancet*, 345, (8957), p.p 1071-4.

Uno, Y., Uchiyama, T., Kurosawa, M., Aleksic, B., Ozaki, N. (2012). The combined measles, mumps, and rubella vaccines and the total number of vaccines are not associated with development of autism spectrum disorder: the first case. *Vaccine*, 30, (28), p.p 4292-8.

Wakefield, A. J., Ekbom, A., Dhillon, A. P., Pittilo, R. M., & Pounder, R. E. (1995). Crohn's disease: pathogenesis and persistent measles virus infection. *Gastroenterology*, 108, (3), p.p 911–916.

Wakefield, A. J., Pittilo, R. M., Sim, R., Cosby, S. L., Stephenson, J. R., Dhillon, A. P., & Pounder, R. E. (1993). Evidence of persistent measles virus infection in Crohn's disease. *Journal of Medical Virology*, 39, (4), p.p 345–353.

WHO. (2012). GIVS. Global Immunization Vision and Strategy 2006–2015. Geneva:WHO. Retrieved from:
<http://www.who.int/immunization/givs/en/index.html>

World Health Organization - SAGE Working Group Dealing With Vaccine Hesitancy, (2014), “*Immunization, Vaccines and Biologicals*”, 1, p.p 1-64.

Yaqub, S., Castle-Clarke, N., & Sevdalis, J., & Chataway, J. (2014). Attitudes to vaccination: a critical review. *Social Science and Medicine*, 112, p.p 1-11.

Ιστοσελίδες

WHO. (2019). Ten threats to global health in 2019. Retrieved from
<https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>

The Official Website of the City of New York. (2019). Mayor de Blasio, Health Officials Declare End of Measles Outbreak in New York City. Retrieved from
https://www1.nyc.gov/office-of-the-mayor/news/409-19/mayor-de-blasio-health-officials-declare-end-measles-outbreak-new-york-city?fbclid=IwAR3y6dd_6bLIOTLeb4el0gvpA55_MYO05dNIVki5boC1Y6dhppMJoUfPsg.

Ευρωπαϊκή επιτροπή. (2019). Εμβολιασμός. Retrieved from

https://ec.europa.eu/health/vaccination/overview_el

German Standing Committee on Vaccination. (2019). Retrieved from

https://www.rki.de/EN/Content/infections/Vaccination/recommandations/recommendations_node.html

CDC. (2019) Measles Cases and Outbreaks. Retrieved from

<https://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). Measles and rubella surveillance – 2017. Stockholm: ECDC. Retrieved from

<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/annual-measles-and-rubella-monitoring-report-2017>

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2015). Retrieved from:

<http://www.bioethics.gr/index.php/el/gnomes/957-2015-06-24-09-48-55>.

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ). (2019). Retrieved from

<http://www.keelpno.gr/>

N. 2676/1999 (ΦΕΚ 1/Α/1999) Retrieved from: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ergasia-koinonike-asphalise/n-2676-1999.html>

N. 201/1998 (ΦΕΚ 161Α/1998) Retrieved from: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ekpaideuse/protobathmia-ekpaideuse/pd-200-1998.html>

N. 3418/28-11-2005 (τ.Α' ΦΕΚ 287) Retrieved from: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3418-2005.html>

Παράρτημα 1

Προσωπική αντανάκλαση

Μέσω αυτής της μελέτης μου δόθηκε η ευκαιρία να κατανοήσω περεταίρω το πλαίσιο εφαρμογής και την χρησιμότητα της ποιοτικής έρευνας. Με ενθουσίασε η εις βάθος κατανόηση νοημάτων και η προσπάθεια χαρτογράφησης του συναισθήματος και των ερμηνειών όλων των συμμετεχόντων, ενώ έμεινα έκπληκτος με ορισμένες από τις απαντήσεις τους. Ένωσα ένα πλήθος αισθημάτων μέσα από τα λεγόμενα τους, όπως κούραση, λύπη και ενόχληση με ορισμένες καταστάσεις, συναισθήματα που δεν είναι άμεσα αντιληπτά και παρατήρησα την έντονη επιμονή τους να με ενημερώσουν πλήρως, κάνοντάς με να κατανοήσω την σοβαρότητα του θέματος.

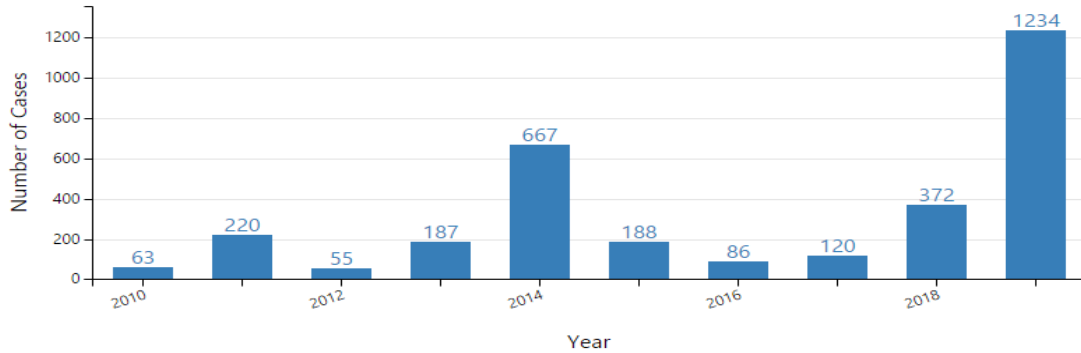
Προσωπικά είχα ένα άλλου είδους πρότυπο της σχέσης γιατρού και ασθενή στο μυαλό μου. Ένα πρότυπο στο οποίο ο γιατρός διατηρεί τις αποστάσεις του από τον ασθενή. Συνεπώς ένιωσα μεγάλη χαρά όταν συνειδητοποίησα ότι το μόνο που χρειάστηκε για να μου αλλάξει αυτή η αρνητική εικόνα ήταν να καθίσω και να τους ακούσω. Δεν μπορώ να κρύψω μάλιστα ότι ακούγοντας τόσα πολλά επιχειρήματα επιστημονικά τεκμηριωμένα μου δημιουργήθηκαν εσωτερικοί προβληματισμοί σχετικά με τις συνέπειες της παραπληροφόρησης και το πως γίνεται μια μερίδα ανθρώπων να αγνοεί τα γεγονότα, πως δηλαδή ορισμένοι άνθρωποι είναι διατεθειμένοι να ακούσουν περισσότερο την γνώμη του γείτονα, του φίλου, του γνωστού αντί του γιατρού τους σε μία τόσο σημαντική απόφαση. Βέβαια, μέσω αυτής της έρευνας συνειδητοποίησα το πόσο δύσκολο μάλλον είναι να αντιληφθούμε και πόσο εύκολο είναι να αγνοούμε την επίδραση της κοινωνικής επιρροής σε αυτές που εμείς θεωρούμε "προσωπικές επιλογές", ακόμα και όταν το θέμα που διακυβεύεται είναι η ίδια μας η υγεία.

Παράρτημα 2

Πίνακες

Number of Measles Cases Reported by Year

2010-2019** (as of August 29, 2019)



Πίνακας.1 Αριθμός κρουσμάτων ιλαράς στις ΗΠΑ.

ΑΔΑ: 6ΧΘ2465ΦΥΟ-Κ0Μ

Πίνακας 1. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, 2019*

Εμβόλιο ▼	Ηλικία ►	Γέννηση	1 μηνός	2 μηνών	4 μηνών	6 μηνών	12 μηνών	15 μηνών	18 μηνών	19-23 μηνών	2-3 ετών	4-6 ετών	7-10 ετών	11-12 ετών	13-14 ετών	15-18 ετών
Ηπατίτιδας Β (HepB) ¹	Έναρξη στη γέννηση	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB, 3 ή 4 ² δόσεις συνολικά			HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB
	Όχι έναρξη στη γέννηση		HepB	HepB	HepB	HepB, 3 δόσεις συνολικά			HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB
Διφθερίτιδας, Τετάνου, ακιναριακό Κοκκίτη (DTaP <7 ετών, Tdap ≥7 ετών) ²			DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV
Πολιομυελίτιδας αδρανοποιημένο (IPV) ³			IPV	IPV	IPV			IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV
Αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b (Hib) ³			Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib
Πνευμονόκοκκου συζευγμένο (PCV) ³			PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV
Πνευμονόκοκκου πολυσακχαριδικό (PPSV23) ³																PPSV23
Μηνιγγιτιδόκοκκου οροσμάδας C συζευγμένο (MCC) ³						MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση
Μηνιγγιτιδόκοκκου οροσμάδας A,C,W135,Y συζευγμένο (MenACWY) ²			Men ACWY	Men ACWY					MenACWY, 1 δόση	MenACWY, 1 δόση	MenACWY, 1 δόση	MenACWY, 1 δόση	MenACWY, 1 δόση	MenACWY, 1 δόση	MenACWY, 1 δόση	MenACWY, 1 δόση
Μηνιγγιτιδόκοκκου οροσμάδας B πρωτεϊνικό (MenB-4C ή MenB-4Hbp) ³									MenB-4C	MenB-4C	MenB-4C	MenB-4C	MenB-4C	MenB-4C ή MenB-4Hbp	MenB-4C ή MenB-4Hbp	MenB-4C ή MenB-4Hbp
Ιλαράς, Παρωτιτίδας, Ερυθράς (MMR) ³						MMR 1 ^o δόση	MMR 1 ^o δόση	MMR 1 ^o δόση	MMR 1 ^o δόση	MMR 1 ^o δόση	MMR 1 ^o δόση	MMR 1 ^o δόση	MMR 1 ^o δόση	MMR 1 ^o δόση	MMR 1 ^o δόση	MMR 1 ^o δόση
Ανεμελογιάς (VAR) ³						VAR 1 ^o δόση	VAR 1 ^o δόση	VAR 1 ^o δόση	VAR 1 ^o δόση	VAR 1 ^o δόση	VAR 1 ^o δόση	VAR 1 ^o δόση	VAR 1 ^o δόση	VAR 1 ^o δόση	VAR 1 ^o δόση	VAR 1 ^o δόση
Ηπατίτιδας Α (HepA) ³												HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις
Ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) ³														Θ: HPV 2 δόσεις Φ & Α: HPV, 3 δόσεις	Θ: HPV 2 δόσεις Φ & Α: HPV, 3 δόσεις	Θ: HPV 2 δόσεις Φ & Α: HPV, 3 δόσεις
Φυματίωσης (BCG) ³		BCG														
Γρίπης ³																Ετησίως σε ομάδες αυξημένου κινδύνου
Ρότα ιού (RV1 ή RV5) ³				RV1 ή RV5	RV1 ή RV5	RV5										

* Τα πολυδύναμα εμβόλια πρέπει να προηγούνται των ολιγοδύναμων.
 Σημειώσεις: Το εμβόλιο κάτω από τη διπλή γραμμή δεν περιλαμβάνεται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και συνταγογραφείται με συμμετοχή. Θ: θήλεις, Α: άρρενες (για εμβόλιο HPV).
 Συστήνονται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία που δεν έχουν ένδειξη ανοσίας.
 Συστήνονται σε άτομα που καθυστέρησαν να εμβολιαστούν.
 Συστήνονται σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου (βλέπε ομάδες αυξημένου κινδύνου).
 Δεν συστήνονται.

Πίνακας.2 Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, 2019.

Παράρτημα 3

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

1. Πώς σας φαίνεται η έκφραση «ο γιατρός έχει πάντα δίκιο»;
2. Πως νιώθετε την επίδραση που έχετε πάνω στους ασθενείς σας;
3. Θεωρείτε πως η ιατρική επιστήμη και πρακτική έχει εξελιχθεί κατά τρόπο με τον οποίο έχει απομακρυνθεί από τους αρχικούς της σκοπούς, δεδομένου των ιδιωτικών ιατρικών ασφαλίσεων, των πολλών φαρμάκων που βρίσκονται στην αγορά ή των πλαστικών επεμβατικών επεμβάσεων;
4. Ποια είναι η γνώμη σας για το αντιεμβολιαστικό κίνημα;
5. Πιστεύετε θα έπρεπε να υπάρχει η επιλογή σε όσους το επιθυμούν να μην εμβολιάζονται καθόλου;
6. Ποιος είναι ο λόγος κατά την κρίση σας κατά τον οποίο η ιατρική επιστήμη δεν είναι ικανή να πείσει τους υποστηρικτές του αντιεμβολιαστικού κινήματος να εμβολιάζονται;
7. Θεωρείτε ότι η ιατρική πρακτική έχει συμβάλει στην δημιουργία του σκεπτικισμού που χαρακτηρίζει το κίνημα αυτό;
8. Πως θα χαρακτηρίζατε ένα άτομο που δεν επιθυμεί να εμβολιαστεί;
9. Τι θα συμβουλεύατε ένα τέτοιο άτομο εάν βρισκόταν μπροστά σας αυτήν την στιγμή και γιατί;
10. Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε κάτι από την νομοθεσία που εφαρμόζεται αναφορικά με τον εμβολιασμό;

Παράρτημα 4

Απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις

1^η Συνέντευξη

- Πώς σας φαίνεται η έκφραση «ο γιατρός έχει πάντα δίκιο»;

1 -Η σχέση γιατρού και ασθενούς είναι μια σχέση εμπιστοσύνης, μια ετεροβαρή σχέση
2 εμπιστοσύνης. Πρέπει να υπάρχει εμπιστοσύνη και από τον ασθενή προς τον γιατρό
3 και ο γιατρός να μπορεί να εμπιστευτεί ότι οι πληροφορίες που παίρνει κατά την
4 εξέταση για το ιστορικό είναι σωστές από τον ασθενή. Οι γιατροί, η εργασία μας έχει
5 τέσσερις βασικούς ειδικούς κώδικες. Την αυτονομία, γι' αυτό πρέπει να
6 ενημερώνουμε σωστά τους ασθενείς, αλλά ο ασθενής είναι αυτός που στο τέλος της
7 ημέρας είναι αυτόνομος και κάνει τις δικές του επιλογές. Ο σκοπός του γιατρού είναι
8 να δώσει σωστή ενημέρωση, να μιλήσει για τα οφέλη και τα ρίσκα και να μπορέσει
9 έτσι ο ασθενής να κάνει έτσι την δική του επιλογή με όλα τα στοιχεία που χρειάζεται.
10 Ο γιατρός εργάζεται και προσπαθεί να εφαρμόζει τους κώδικες την ιατρικής
11 πρακτικής. Προσπαθούμε να κάνουμε ότι καλύτερο για τον ασθενή με βάση το δικό
12 του όφελος, προσπαθούμε να μειώσουμε το κακό της της επιλογής που θα του
13 προτείνουμε, αλλά αυτός είναι αυτόνομος να κάνει την δικιά του επιλογή. Ο σκοπός
14 μας είναι απλός να κάνουμε σωστή ενημέρωση με την επιστημονικό μας υπόβαθρο,
15 να συμβουλευόμαστε, αλλά από εκεί και πέρα είναι αυτόνομος ο ασθενής. Τον 21^ο
16 αιώνα έχει και πρόσβαση σε άρθρα και οτιδήποτε μπορεί να ενημερωθεί και από
17 μόνος του για να υπάρξει μια συζήτηση σωστή.

- Πώς νιώθετε την επίδραση που έχετε πάνω στους ασθενείς σας;

18 -Ένα μεγάλο αίσθημα ευθύνης, γιατί ξέρουμε ότι κάνουμε έχει άμεσο αντίκτυπο στην
19 υγεία του ανθρώπου που έχουμε απέναντί μας, αλλά νιώθεις και πολύ ευχάριστα και
20 ωραία όταν βοηθάς τον συνάνθρωπο σου με τις δικές σου γνώσεις και ικανότητες.

- Θεωρείτε πως η ιατρική επιστήμη και πρακτική έχει εξελιχθεί κατά τρόπο με τον οποίο έχει απομακρυνθεί από τους αρχικούς της σκοπούς, δεδομένου των ιδιωτικών ιατρικών ασφαλίσεων, των πολλών φαρμάκων που βρίσκονται στην αγορά ή των πλαστικών επεμβατικών επεμβάσεων;

21 -Η ιατρική έχει εξελιχθεί ούτως ώστε, εεεεε... Και οι ανάγκες των ανθρώπων έχουν
22 αλλάξει οπότε μια πλαστική επέμβαση για αισθητικούς σκοπούς είναι κάτι που πλέον
23 ζητάει ο κόσμος. Από την άλλη όμως υπάρχει ακόμα η ιατρική με τους γιατρούς που
24 είναι σε ερευνητικά κέντρα, με γιατρούς που ασχολούνται με ασθένειες. Επίσης
25 ζούμε σε μια ελεύθερη αγορά, οπότε το γεγονός ότι υπάρχουν πολλά φάρμακα δεν
26 σημαίνει ότι αυτό είναι κακό. Δεν πιστεύω ότι έχει απομακρυνθεί από τους ιατρικούς
27 σκοπούς της. Πιστεύω ότι έχει εξελιχθεί ούτως ώστε αφού ικανοποιεί τους αρχικούς
28 σκοπούς της να μπορεί να καλύψει και άλλες ανάγκες.

- Ποιά είναι η γνώμη σας για το αντιεμβολιαστικό κίνημα;

29 -Το αντιεμβολιαστικό κίνημα είναι ένα έτσι πιστεύω νεοεμφανιζόμενο κίνημα που
30 έχει γίνει πιο αισθητή η παρουσία του τα τελευταία χρόνια εεεε, ειδικά την τελευταία
31 δεκαετία μέσω των μέσων κοινωνικής ενημέρωσης, όπου υπάρχει η ανταλλαγή μη
32 τεκμηριωμένων πληροφοριών σε πλατφόρμες όπως είναι το ‘Facebook’ και σε
33 διαφορά γκρουπ. Πιστεύω ότι τα άτομα του κινήματος δεν είναι σωστά ενημερωμένα
34 για τα ρίσκα και τα οφέλη των εμβολίων. Τα εμβόλια δεν βγαίνουν στην αγορά...
35 αααα έχω μια ιδέα, κάτι δούλεψε πάνω στο ποντίκι θα το βγάλω στην αγορά. Γίνονται
36 πάρα πολλές έρευνες και παίρνουν πολλά στάδια πριν βγει αγορά και αφού βγει στην
37 αγορά συνεχίζεται να γίνεται συνεχείς ενημέρωση για τυχόν παρενέργειες, οπότε τα
38 φάρμακα για τα εμβόλια είναι πάρα πολύ ασφαλή. Υπάρχει τα τελευταία χρόνια μια
39 έξαρση λοιμώξεων, όπως η ιλαρά που είχε εμφανιστεί, ενώ είχε σχεδόν εξαφθεί με
40 την εισαγωγή του εμβολίου της ιλαράς και γενικά δυστυχώς αυτό το κίνημα αποτελεί
41 ένα κίνδυνο στον ευρύ πληθυσμό, ειδικά σε ανοσοκατασταλμένους συνάνθρωπους
42 μας, οι οποίοι αν έρθουν σε επαφή με έναν μη εμβολιασμένο άνθρωπο διατρέχουν πιο
43 πολύ κίνδυνο να κολλήσουν την ασθένεια.

-Πιστεύετε θα έπρεπε να υπάρχει η επιλογή σε όσους το επιθυμούν να μην εμβολιάζονται καθόλου;

44 -Αν ρωτάτε την προσωπική μου άποψη, η άποψή μου είναι όχι! Διότι δεν είναι μόνο
45 για την προσωπική τους υγεία που θέτουν σε κίνδυνο, όσο μεγαλώνει ο αριθμός των
46 ανεμβολίαστων, τόσο μεγαλώνει και ο κίνδυνος. Αποτελούν κίνδυνο σε όποιον
47 έρχονται σε επαφή μαζί τους.

- Ποιός είναι ο λόγος κατά την κρίση σας κατά τον οποίο η ιατρική επιστήμη δεν είναι ικανή να πείσει τους υποστηρικτές του αντιεμβολιαστικού κινήματος να εμβολιάζονται;

48 -Εγώ πιστεύω ότι μπορούμε. Μπορούμε και το έχουμε κάνει. Πιστεύω υπάρχουν
49 πολλά παραδείγματα ανθρώπων ή παιδιών που όταν ενηλικιωθούν πάνε και
50 εμβολιάζονται. Εεεεε οι άνθρωποι που δεν θέλουν να ακούσουν, απλά δεν ακούν.
51 Είναι θέμα του κάθε ένα μεμονωμένα. Εγώ πιστεύω ότι μπορούμε και υπάρχουν τα
52 υπουργεία υγείας, οι γιατροί όταν έρχονται σε επαφή με ασθενείς,... εεεε φέρουν
53 ευθηνή να ενημερώνουν και να προάγουν τους εμβολιασμούς.

- Θεωρείτε ότι η ιατρική πρακτική έχει συμβάλει στην δημιουργία του σκεπτικισμού που χαρακτηρίζει το κίνημα αυτό;

54 -Έχει συμβάλει με την έννοια ότι έχει δημιουργήσει τα εμβόλια, οπότε έχει
55 δημιουργήσει ένα θέμα για συζήτηση. Όσο δεν υπήρχαν τα εμβόλια δεν υπήρχε και
56 κάποιος να τους εναντιωθεί. Εεεεε υπήρχε δυστυχώς ένα άρθρο του 98'' από τον
57 Αντριου Γουελφιντ , το οποίο μιλούσε για το εμβόλιο το MMR και είχε βρει μια
58 σχέση με τον αυτισμό. Αυτό όμως έχει καταρριφθεί με πάρα πολλές έρευνες και ο
59 ίδιος ο συγγραφέας του άρθρου είχε προσωπικού οφέλους προθέσεις. Ήταν ανήθικο
60 το άρθρο και μάλιστα έχασε και την άδεια ασκήσεως του επαγγέλματος, μετά από
61 αυτό.

- Πως θα χαρακτηρίζατε ένα άτομο που δεν επιθυμεί να εμβολιαστεί;

62 -Εγώ νομίζω πως θα είναι ένας άνθρωπος με παρωπίδες, διότι υπάρχουν τα στοιχεία
63 και δεν θέλει να τα δει. Υπάρχουν! Αν κάποιος θέλει να έχει άποψη πρέπει να είναι
64 καλά ενημερωμένος. Υπάρχουν τρανταχτά στοιχεία και απλά δεν θέλει να τα δει!
65 Οφθαλμοφανή που δείχνουν τα οφέλη των εμβολιασμών. Οπότε αν κάποιος δεν θέλει
66 να τα παραδεχτεί η θέλει να ασχοληθεί με μια άποψη, η οποία δεν έχει τεκμηριωθεί
67 επιστημονικά τότε απλά τον θεωρώ ανενημέρωτο.

- Τι θα συμβουλευάτε ένα τέτοιο άτομο εάν βρισκόταν μπροστά σας αυτήν την στιγμή και γιατί;

68 -Θα του έλεγα ότι έχει ευθηνή όχι μόνο προς τον εαυτό του, αλλά προς τους
69 συνανθρώπους του. Θα του έλεγα ότι έχουμε πως έχουμε καταφέρει να εξαλείψουμε
70 λοιμώξεις όπως η ευλογία, η φυματίωση στην Ευρώπη, όλα αυτά υπάρχουν στοιχεία
71 που δείχνουν ότι τα ποσοστά έχουν μειωθεί κατακόρυφα. Θα του μιλούσα με
72 τεκμηριωμένα στοιχεία και θα προσπαθούσα να τον πείσω για τα οφέλη του
73 εμβολιασμού.

- Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε κάτι από την νομοθεσία που εφαρμόζεται αναφορικά με τον εμβολιασμό;

74 -Θα τον έκανα υποχρεωτικό! Τουλάχιστον σε νηπιαγωγεία, δημοτικά, μέσης
75 εκπαίδευσης. Για την εγγραφή να είναι εμβολιασμένα τα παιδιά γιατί ειδικά στην
76 προσχολική ηλικία το ανοσοποιητικό σύστημα των παιδιών είναι...εεε... δεν είναι
77 πλήρως αναπτυγμένο, οπότε ένα ανεμβολίαστο παιδί είναι κίνδυνος για τα άλλα
78 παιδιά στην τάξη. Αν υπήρχε η δυνατότητα θα έκανα ότι έκανα ότι έκανε και η
79 Βουλή στην Ιταλία, θα το έκανα υποχρεωτικό για όλους. Τουλάχιστον τα βασικά
80 εμβόλια, μέχρι τριών ετών να είναι υποχρεωτικά για όλους.

2^η Συνέντευξη

- Πώς σας φαίνεται η έκφραση «ο γιατρός έχει πάντα δίκιο»;

81 -Εεεε κάτι που αφορά το παρελθόν. Σήμερα τα πράγματα νομίζω είναι διαφορετικά.
82 Ο κόσμος είναι αρκετά πιο ενημερωμένος. Εεεεε παλιά είχαμε τους γιατρούς
83 αυθεντίες. Σήμερα υπάρχουν επιστημονικές ομάδες που κανονίζουν και βγάζουν
84 διεθνής κατευθυντήριες οδηγίες, είναι η ιατρική στηριζόμενη σε αποδείξεις, η
85 “evidence based medicine”. Οπότε δεν υπάρχει ο γιατρός αυθεντία σήμερα, ο γιατρός
86 δεν έχει πάντα δίκιο. Το ένα κομμάτι είναι αυτό και το δεύτερο κομμάτι είναι ότι ο
87 ασθενής πολλές φορές έχει αυτός δίκιο, αυτός ξέρει καλύτερα το σώμα του και είναι
88 σίγουρα πιο ενημερωμένος σε σχέση με το παρελθόν. Στο παρελθόν ο ασθενής
89 πήγαινε στον γιατρό σαν το πρόβατο, ότι ήθελε ο γιατρός το έκανε. Σήμερα τα
90 πράγματα είναι διαφορετικά, έχει και πιο πολλά δικαιώματα σε σχέση με το

91 παρελθόν, υπάρχει περισσότερη διασφάλιση του απορρήτου των ιατρικών του
92 προσωπικών πληροφοριών. Είναι αλλιώς τα πράγματα. Άρα ο γιατρός δεν έχει πάντα
93 δίκιο σήμερα.

- Πώς νιώθετε την επίδραση που έχετε πάνω στους ασθενείς σας;

94 -Χμμμμ πως νιώθω;;; (παύση) εεεεε υπάρχει ικανοποίηση όταν καταλαβαίνεις ότι
95 συνεννοείσαι με τον ασθενή. Χμμμ επίδραση... Για παράδειγμα έτσι, εεεεε ο
96 ασθενής έχει μια κακία συνήθεια το κάπνισμα και είναι η επίδραση μου θετική ως
97 προς αυτόν να σταματήσει το κάπνισμα φαντάζομαι θα εννοείς κάτι τέτοιο.

-[Πώς δηλαδή σας κάνει να αισθάνεστε το γεγονός ότι έχετε μια επιρροή πάνω στον ασθενή;]

98 -Θα σου πω,,, ευθηνή. Εεεεε πως το νιώθω εγώ. Από την στιγμή που θα κάνεις μια
99 ιατρική πράξη έχεις μια ευθηνή, αλλά έχει και ένα κομμάτι ευθηνής και ο ασθενής,
100 δηλαδή εσύ δίνεις στον άνθρωπο μια σύσταση, στον ασθενή, δεν μπορείς να του
101 επιβάλλεις κάτι. Οπότε το αν ο ασθενής θα κάνει αυτό που θα του πεις και αν θα το
102 κάνει όπως του το πεις έχει και ο ίδιος μερίδιο ευθηνής. Εεεεε (παύση)..... έτσι το
103 βλέπω εγώ. Δηλαδή όταν εμένα μου έρχεται κάποιος μου λέει γιατρέ έχω αυτό και
104 αυτό και αυτό, η θέση μου είναι ξέρεις κάτι; Νομίζω έχεις αυτό ή πιστεύω ότι έχεις
105 αυτό, σου συστήνω να κάνεις αυτό και αυτό και αυτό και εκείνος μπορεί να φύγει να
106 μην το κάνει, να πάει σε έναν άλλον γιατρό, να ακολουθήσει κάτι άλλο. Υπάρχει το
107 γεγονός ότι μπορείς να πας σε δέκα γιατρούς και να σου πουν δέκα διαφορετικά
108 πράγματα και να ακολουθήσεις κάτι άλλο. Έχει και ο ασθενής την ευθύνη του δεν
109 είναι ότι είναι εντελώς έρμαιο σε αυτά που θα του πω εγώ οπότε έχω εγώ
110 αποκλειστικά την ευθύνη. Το βλέπω λίγο έτσι. Τώρα ως προς το..... προφανώς αν θα
111 του δώσω ένα φάρμακο και είναι κακή ιατρική και εκείνος ο άνθρωπος είναι
112 καλοπροαίρετος, μου έχει εμπιστοσύνη και πάρει το φάρμακο και είναι ένα ιατρικό
113 λάθος, τότε προφανώς δεν μιλάω γι' αυτό, δεν μιλάω γι' αυτό. Αλλά επειδή τα
114 πράγματα δεν είναι εντελώς απόλυτα στην ιατρική υπάρχουν βαθμοί ελευθερίας στις
115 αποφάσεις που μπορεί να πάρει ο γιατρός, εεεεε σε αυτό το κομμάτι υπάρχει και ένα
116 μερίδιο ευθηνής στον ασθενή, δεν είναι απόλυτα τα πράγματα. Από εκεί και πέρα,
117 νιώθεις ικανοποίηση, εεεεε προσωπικά νιώθω ικανοποίηση όταν συνεννοούμαι με τον
118 ασθενή, δεν είναι πάντα δεδομένο, πολλές φορές δεν συνεννοείσαι για διάφορους
119 λόγους.

- Θεωρείτε πως η ιατρική επιστήμη και πρακτική έχει εξελιχθεί κατά τρόπο με τον οποίο έχει απομακρυνθεί από τους αρχικούς της σκοπούς, δεδομένου των ιδιωτικών νοσοκομείων, των πολλών φαρμάκων που βρίσκονται στην αγορά ή των πλαστικών επεμβατικών επεμβάσεων για κοσμητικούς λόγους;

120 -Δεν θα έλεγα έχει απομακρυνθεί, θα έλεγα έχει εξελιχθεί και όχι απομάκρυνση από
121 κάτι.

- Ποιά είναι η γνώμη σας για το αντιεμβολιαστικό κίνημα;

122 -Καταρχάς σίγουρα αρνητική έτσι. Δεν έχω καταλάβει που στηρίζονται, σε τι
123 δεδομένα στηρίζονται εεεεε. Έχω την αίσθηση ότι έχει να κάνει με κάτι
124 συνομοσιακό ας πούμε εεεεε, του στίλ μας ψεκάζουνε. Σε τέτοιο επίπεδο έτσι. Κατά
125 την γνώμη μου είναι κάτι τέτοιο. Το βάζω στην ίδια κατηγορία που βάζω και τους
126 πως λέγονται... Εεεε στα αγγλικά λέγοντα "flat earthers", αυτοί που νομίζουν ότι η
127 γη είναι επίπεδη έτσι, τους βάζω την ίδια κατηγορία, το αντιεμβολιαστικό κίνημα.
128 Έχω πιάσει πάρα ταύτα, αυτό πρέπει να το εξομολογηθώ, έχω πιάσει τον εαυτό μου
129 επειδή έχω τρία παιδάκια έτσι, λοιπόν εεεεε ήταν να κάνω κάποια στιγμή ένα
130 εμβόλιο στην μικρή μου για την ιλαρά και έπιασα τον εαυτό μου να το καθυστερήσω
131 λίγο. Δηλαδή ήταν η σύσταση της παιδιάτρου να το κάνει τον τάδε μήνα και εγώ
132 έλεγα εντάξει μήπως να το κάνουμε λίγο πιο αργά, αλλά μέχρι εκεί.

-Πιστεύετε θα έπρεπε να υπάρχει η επιλογή σε όσους το επιθυμούν να μην εμβολιάζονται καθόλου;

133 -Αυτό είναι ένα πολύ δύσκολο θέμα γιατί από την μία είναι βέβαια το σώμα σου που
134 το ορίζεις μόνος σου, δεν μπορεί να σου επιβάλει κάτι κάποιος, από την άλλη όμως
135 είναι το θέμα της δημόσιας υγείας. Πολύ δύσκολο θέμα. Εεεεε ακούω αυτό που λένε
136 στην Ιταλία ας πούμε ότι τα παιδιά που δεν θα εμβολιάζονται δεν θα γίνονται δεκτά
137 στο σχολείο ή κάπου είχα ακούσει ότι στην Γαλλία θα παίρνουν την επιμέλεια από
138 τους γονείς. Είχε συζητηθεί δεν ξέρω αν έγινε. Θεωρώ πως είναι πολύ δύσκολο θέμα.
139 Δεν είμαι βέβαιος, αλλά θα έλεγα καταρχάς ότι ναι είμαι υπέρ να είναι υποχρεωτικός
140 ο εμβολιασμός, αλλά κρατάω κάποιες επιφυλάξεις γιατί ο καθένας έχει και
141 δικαιώματα πάνω στον εαυτό του. Εγώ δίνω μια θεραπεία σε κάποιον ο άλλος δεν
142 θέλει, έχει δικαίωμα. Κρατάω μια επιφύλαξη, έναν αστερίσκο ας πούμε.

- Ποιός είναι ο λόγος κατά την κρίση σας κατά τον οποίο η ιατρική επιστήμη δεν είναι ικανή να πείσει τους υποστηρικτές του αντιεμβολιαστικού κινήματος να εμβολιάζονται;

143 -Χμμμμ δεν νομίζω ότι... Εεεεε..... εδώ πρόσεξε να δεις τι γίνεται επειδή σήμερα
144 ο γιατρός πράγματι δεν έχει πάντα δίκαιο, είναι αυτό που είπαμε στην πρώτη
145 ερώτηση αυτή η κατάσταση σήμερα έχει τα καλά της έχει και τα κακά της. Δηλαδή
146 από την μία ο ασθενής είναι πιο ισχυρός απέναντι στον ιατρό, ο ιατρός όντως δεν
147 έχει πάντα δίκαιο. Εεεε αυτό έχει και κάποια αρνητικά επακόλουθα. Μπορεί δηλαδή
148 επειδή δεν υπάρχει ο γιατρός αυθεντία, να τον ακολουθήσεις ότι και αν σου πει,
149 υπάρχουν ας πούμε αυτές οι παρενέργειες αυτής τις κατάστασης. Εεεε προτιμώ να
150 είναι έτσι τα πράγματα , έστω με αυτά τα κάποια αρνητικά επακόλουθα όπως το
151 αντιεμβολιαστικό κίνημα παρά όπως ήταν παλιά, θεωρώ πως παλιά γινόντουσαν
152 περισσότερα λάθη ιατρικά από ότι γίνεται σήμερα. Τώρα δεν είναι θέμα της ιατρικής
153 το να πείσει. Η ιατρική έχει τα όπλα για να πείσει, απλά τα όπλα που έχει η ιατρική
154 δεν μπορούν να κοινοποιηθούν στον απλό κόσμο. Εμείς έχουμε κάποια επιστημονικά
155 δεδομένα τώρα τα παρουσιάζω εγώ σε έναν ασθενή μου, δεν θα πειστεί έτσι, δεν θα
156 πειστεί. Είναι θέμα μετά προσωπικής σχέσης του κάθε γιατρού με τον ασθενή του,
157 άμα συνεννοηθούν, άμα καταφέρουν να συνεννοηθούν. Εεεεε δεν νομίζω είναι θέμα
158 της ιατρικής. Έτσι έχει η κατάσταση σήμερα. Μπορεί να γίνει... Θα μπορούσε να
159 γίνει μια καλύτερη ενημέρωση. Δεν ξέρω αν είναι δουλειά των γιατρών, δουλειά των
160 γιατρών σε ατομικό σε επίπεδο να προσπαθεί να ενημερώσει τους ασθενείς του, να
161 προσπαθήσει να τους προσεγγίσει να μιλήσει δηλαδή στην γλώσσα των ασθενών του
162 και να τους επηρεάσει όσο μπορεί, αλλά θα ήταν πιο πολύ θέμα της πολιτείας.
163 Θεωρώ ότι θα ήταν πιο πολύ υπερ το να γίνει μια ενημέρωση σε επίπεδο... Εεεεε μια
164 διαφημιστική εκστρατεία για να ενημερωθεί πιο πολύ ο κόσμος για το τι κάνουν τα
165 εμβόλια, η παραφιλολογία για τα εμβόλια δεν στηρίζεται κάπου.

- Θεωρείτε ότι η ιατρική πρακτική έχει συμβάλει στην δημιουργία του σκεπτικισμού που χαρακτηρίζει το κίνημα αυτό;

166 -Να ξεκαθαρίσουμε ότι τα εμβόλια είναι ένα φάρμακο μπορεί να έχουν κάποιες
167 παρενέργειες προφανώς, δεν είναι εντελώς ακίνδυνα. Απλά όταν αποφασίζεις να
168 δώσεις κάτι σε έναν ασθενή και πολύ περισσότερο σε επίπεδο πληθυσμό κάτι σαν
169 μαζικό εμβολιασμό, ζυγίζεις τα υπερ και τα κατά, ζυγίζεις το όφελος και την ζημία.

170 Όταν το όφελος είναι πολύ μεγαλύτερο από την ζημία προχωράς. Έτσι γίνεται σε
171 ατομικό επίπεδο, σου δίνω δηλαδή εγώ ένα φάρμακο ας πούμε, έτσι πολύ
172 περισσότερο γίνεται σε επίπεδο πληθυσμού. Υπάρχουν παρενέργειες, υπάρχουν οι
173 ασθενείς οι οποίοι θα εκδηλώσουν παρενέργειες στα εμβόλια αλλά το όφελος είναι
174 μεγαλύτερο.

- Πώς θα χαρακτηρίζατε ένα άτομο που δεν επιθυμεί να εμβολιαστεί;

175 -Εεεεε πως θα τον χαρακτήριζα εε; Ανενημέρωτο, αυτό θα έλεγα. Και αυτό είναι
176 ευθυνή του συστήματος, της πολιτείας. Δηλαδή η πολιτεία πριν επιβάλει κάτι με έναν
177 βίαιο τρόπο, πχ παίρνω την επιμέλεια ή δεν πάει το παιδί σχολείο, πρώτα να
178 εξαντλήσει τα υπόλοιπά μέσα που έχεις. Κάνε μια εκστρατεία δηλαδή. Μια γερή
179 εκστρατεία και μετά πρόσθεσε κάτι πιο δραστικό.

- Τι θα συμβουλευάτε ένα τέτοιο άτομο εάν βρισκόταν μπροστά σας αυτήν την στιγμή και γιατί;

180 -Στο θέμα των εμβολίων θα τον συμβούλευα να κάνει τα εμβόλια τα ενδεδειγμένα.
181 Υπάρχει ένα πρόγραμμα εμβολιασμού ανάλογα με την ηλικία που έχει ο καθένας και
182 θα ήμουν υπερ νααα... θα τον συμβούλευα να ακολουθούσε αυτό.

- Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε κάτι από την νομοθεσία που εφαρμόζεται αναφορικά με τον εμβολιασμό;

183 -Σε αυτήν την φάση θα έλεγα να μην είναι υποχρεωτικός τελείως ο εμβολιασμός θα
184 ήθελα πρώτα να εξαντληθεί μια δυνατότητα εκστρατείας να ενημερωθεί ο κόσμος
185 εεεε και μετά ενδεχόμενος να άλλαζα κάτι. Αλλά θα ήθελα να δω και μετρήσιμά
186 αποτελέσματα που δεν τα έχω τώρα υπόψιν μου να σου πω την αλήθεια, δηλαδή ποια
187 είναι τα προβλήματα που έχουμε επειδή δεν είναι υποχρεωτικό ο εμβολιασμός;
188 Υπάρχει μια ιστορία έτσι με την ιλαρά εκεί ακούστηκε αλλά εεεεε θα ήθελα να δω
189 λίγο νούμερα, εκτός από το ότι υπήρξε μια επιδημία ιλαράς. Υπήρξε μια επιδημία όχι
190 μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε υπόλοιπες χώρες αλλά πρακτικά τι επιπτώσεις είχε
191 αυτό στην δημόσια υγεία και σε επίπεδο εεεε μονίμων προβλημάτων σε ασθενείς,
192 μονίμων επιπλοκών και σε επίπεδο οικονομικό και σε επίπεδο απολύσεων εργασίας
193 και και και, δηλαδή ποια ήταν αυτή η επίπτωση της επιδημίας ιλαράς επειδή δεν είναι
194 υποχρεωτικός εμβολιασμός για να μπορούμε να βγάλουμε ένα ασφαλές συμπέρασμα
195 του πόσο δραστικοί πρέπει να είμαστε πόσο επίμονοι πρέπει να είμαστε και πόσο

196 πρέπει να επιβάλουμε το εμβολιασμό. Θα ήθελα δηλαδή να δω πρώτα κάποια
197 επιδημιολογικά δεδομένα που δεν τα έχω αυτήν την στιγμή στο νου μου. Για
198 παράδειγμα έχουμε την τάδε χώρα όπου ο εμβολιασμός είναι υποχρεωτικός και τα
199 αποτελέσματα είναι αυτά, και έχουμε και την διπλανή χώρα που ο εμβολιασμός δεν
200 είναι υποχρεωτικός και τα αποτελέσματα είναι αυτά . τι διαφορές έχουν; Με νούμερα
201 για να δούμε δηλαδή πόσο βίαιοι πρέπει να ήμαστε σε εισαγωγικά στην επιβολή του
202 εμβολιασμού. Με αυτά που έχουμε μέχρι τώρα, με αυτά που έχω στο μυαλό μου είμαι
203 περισσότερο υπέρ του απλά να ενημερώνουμε καλά τον κόσμο. Αυτά!

3^η Συνέντευξη

- Πώς σας φαίνεται η έκφραση «ο γιατρός έχει πάντα δίκιο»;

204 - Δεν συμφωνώ με το ο γιατρός έχει πάντα δίκαιο. Υπάρχουν και γιατροί που μπορεί
205 να κάνουν λάθος. Σε μερικά θέματα να μην είναι καλά ενημερωμένοι και μπορεί να
206 μην έχουν πάντα δίκιο.

- Πώς νιώθετε την επίδραση που έχετε πάνω στους ασθενείς σας;

207 -Καλά . Ικανοποιητικά, δηλαδή οποιοσδήποτε άνθρωπος αισθάνεται ότι κάποιος τον
208 λαμβάνει υπόψιν του σοβαρά και τον ακούει αισθάνεται ότι αποδίδει το έργο του.

- Θεωρείτε πως η ιατρική επιστήμη και πρακτική έχει εξελιχθεί κατά τρόπο με τον οποίο έχει απομακρυνθεί από τους αρχικούς της σκοπούς, δεδομένου των ιδιωτικών νοσοκομείων, των πολλών φαρμάκων που βρίσκονται στην αγορά ή των πλαστικών επεμβατικών επεμβάσεων για κοσμητικούς λόγους;

209 -Όχι δεν θεωρώ ότι έχει ξεφύγει από τους σκοπούς της, δηλαδή είτε τα ιδιωτικά
210 νοσοκομεία, είτε τα πολλά φάρμακα προωθούν τους σκοπούς, δεν νομίζω ότι είναι
211 αρνητική προς τους σκοπούς της ιατρικής. Και περισσότερη περίθαλψη προσφέρουν
212 και καλύτερη περίθαλψη προσφέρουν. Τώρα τα αισθητικά είναι ένα άλλο κομμάτι ,
213 μπορεί να μην ταιριάζει τόσο με τα ιατρικά θέματα αλλά αν δεις τον άνθρωπο ως μια
214 ολότητα, μπορεί και αυτά να έχουν σχέση. Δεν πιστεύω πως έχουμε απομακρυνθεί
215 πάντως.

- Ποιά είναι η γνώμη σας για το αντιεμβολιαστικό κίνημα;

216 -Έχει μια μικρή βάση και μια πολύ μεγάλη παραπληροφόρηση. Δεν είναι τελείως
217 τρελό. Έχει στηριχθεί και σε κλινικές μελέτες που μπορεί μετά να καταρρίφθηκαν
218 αλλά υπήρξαν και παρατηρήσεις και κλινικές μελέτες, υπήρξαν και λάθη από την
219 πλευρά των φαρμακευτικών εταιριών πάνω τα εμβόλια. Αλλά από εκεί και πέρα
220 ξέφυγε νομίζω.

-[Οπότε εσείς είστε κατά αυτού του κινήματος;]

221 -Είμαι κατά αυτού του κινήματος, ναι.

**-Πιστεύετε θα έπρεπε να υπάρχει η επιλογή σε όσους το επιθυμούν να μην
εμβολιάζονται καθόλου;**

222 -Υπάρχει η επιλογή σε όσους το επιθυμούν να μην εμβολιάζονται καθόλου.

-[Ναι, εννοώ πιστεύεται ότι θα έπρεπε να υπάρχει ωστόσο;]

223 -Ναι βεβαίως. Τα εμβόλια είναι πρόληψη και την πρόληψη δεν μπορείς να την
224 επιβάλλεις.

**- Ποιός είναι ο λόγος κατά την κρίση σας κατά τον οποίο η ιατρική επιστήμη δεν
είναι ικανή να πείσει τους υποστηρικτές του αντιεμβολιαστικού κινήματος να
εμβολιάζονται;**

225 -Ο λόγος είναι ότι υπάρχουν κλινικές μελέτες και υπάρχουν ευρήματα, τα οποία δεν
226 μπορείς να τα υποδείξεις ή να στηρίξεις ότι δεν σχετίζονται με τα εμβόλια. Υπάρχει
227 δηλαδή η υποψία ότι μερικά πράγματα είναι παρενέργειες των εμβολίων. Οπότε δεν
228 μπορείς να τους πείσεις, πρέπει να γίνει περισσότερη, μεγαλύτερη έρευνα. Δεν είναι
229 λόγος να πείσεις με τα λόγια. Πρέπει να προχωρήσει λίγο η επιστήμη για να πειστεί
230 κάποιος.

**- Θεωρείτε ότι η ιατρική πρακτική έχει συμβάλει στην δημιουργία του
σκεπτικισμού που χαρακτηρίζει το κίνημα αυτό;**

231 -Ναι, υπάρχει ναι ένα μερίδιο ευθηνής να το πούμε στους μεγάλους οργανισμούς,
232 όπως ήταν ο μεγάλος οργανισμός με εμβόλιο τον πανδημικό. Ναι υπάρχει μια ευθύνη.
233 Δεν είναι δηλαδή τελείως..... εμμ αν και διαφωνώ με το κίνημα , έχει μια βάση.
234 Δεν είναι παράνοια, δεν είναι τελείως παλαβό αυτό που λένε, γιατί τα εμβόλια είναι
235 φάρμακα και έχουν παρενέργειες.

- Πώς θα χαρακτηρίζατε ένα άτομο που δεν επιθυμεί να εμβολιαστεί;

236 -Κακός πληροφορημένο. Δεν έχει ενημερωθεί καλά για τα εμβόλια

-Τι θα συμβουλεύατε ένα τέτοιο άτομο εάν βρισκόταν μπροστά σας αυτήν την στιγμή και γιατί;

237 -Να ακολουθήσει την κλασική ιατρική. Δεν μπορεί κανείς να ξέρει λεπτομέρειες η να
238 πάρει θέση σε πράγματα που δεν κατέχει πολύ καλά. Να ακολουθήσει αυτό που λέει
239 η κλασική ιατρική. Αν αύριο αλλάξει και πούμε αυτό δεν ήταν σωστό, θα είναι
240 επιλογή άλλων. Αλλά νομίζω ότι σε θέματα ιατρικής δεν μπορεί να κάνει ο καθένας
241 ότι θέλει, ότι έχει διαβάσει λίγο.

- Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε κάτι από την νομοθεσία που εφαρμόζεται αναφορικά με τον εμβολιασμό;

242 -Μέχρι στιγμής όπως είναι στην χώρα μας όχι. Τώρα στην Ιταλία άλλαξαν κάτι,
243 νομίζω τον έκαναν υποχρεωτικό.

4^η Συνέντευξη

- Πώς σας φαίνεται η έκφραση «ο γιατρός έχει πάντα δίκιο»;

244 -Όχι απόλυτα σωστή.

-[Υπό ποια έννοια;]

245 -Εεεεε έχει πάντα δίκαιο εφόσον αυτό που τον ρωτάνε το γνωρίζει και το κατέχει
246 καλά. Δεν μπορεί να γνωρίζει τα πάντα, υπάρχει φοβερή εξέλιξη και πρόοδος όσο
247 αναφορά τον τομέα της ιατρικής και τους υπόλοιπους τομείς. Οπότε δεν θεωρώ ότι
248 έχει πάντα δίκαιο, εφόσον είναι καλά διαβασμένος και καταρτισμένος, με αυτό το
249 οποίο ασχολείται, τότε ναι έχει δίκαιο.

- Πώς νιώθετε την επίδραση που έχετε πάνω στους ασθενείς σας;

250 -Αρκετά ικανοποιημένη. Αγαπώ αυτό που κάνω, το κάνω με ζήλο, έχω ένα πάθος,
251 ασχολούμαι με τους ασθενείς.

- Θεωρείτε πως η ιατρική επιστήμη και πρακτική έχει εξελιχθεί κατά τρόπο με τον οποίο έχει απομακρυνθεί από τους αρχικούς της σκοπούς, δεδομένου των ιδιωτικών ιατρικών ασφαλίσεων, των πολλών φαρμάκων που βρίσκονται στην αγορά ή των πλαστικών επεμβατικών επεμβάσεων;

252 -Σιγουρά όλοι αυτοί οι παράγοντες έχουν επηρεάσει το βασικό στόχο του γιατρού , ο
253 οποίος θα πρέπει να είναι έτσι η θεραπεία του ασθενούς και καθαρά μόνο αυτή και να
254 μην περιπλέκονται οι αποφάσεις του ή το πως θα χειριστεί έναν ασθενή από άλλους
255 παράγοντες, πχ φαρμακευτικών εταιριών ή σπόνσορες. Ναι, θεωρώ ότι τον (γιατρό)
256 έχουν επηρεάσει αυτοί οι τομείς. Το πόσο αμερόληπτα, δρα ο γιατρός. Αλλά από εκεί
257 και πέρα αφορά τον γιατρό προσωπικά και με βάση των ηθικών πιστεύω του τι θα
258 ακολουθήσει.

-Ποιά είναι η γνώμη σας για το αντιεμβολιαστικό κίνημα;

259 -Εεεεε εντάζει.

-[Εκφραστείτε ελεύθερα]

260 -Ελευθέρα εεε; Την αλήθεια εεε; Είμαι λίγο επιφυλακτική.

-[Δηλαδή;]

261 -Δηλαδή ... εεε εντάζει πιστεύω ότι πρέπει να εμβολιαζόμαστε, ειδικά για κάποια
262 βασικά νοσήματα, πως στην Ελλάδα συγκεκριμένα που είναι στον βασικό
263 εμβολιασμό του ελληνικού πληθυσμού, όπως είναι οι ηπατίτιδες, όπως είναι τα
264 παιδικά νοσήματα, θεωρώ ότι εμβόλια τα οποία έχουν δοκιμαστεί από ετών έχουν
265 όντως θεραπεία και αποτέλεσμα στον γενικό πληθυσμό. Τώρα για τα νεότερα
266 εμβόλια είμαι λίγο επιφυλακτική εεε μέχρι να περάσουν κάποια χρόνια. Αυτό.

-Πιστεύετε θα έπρεπε να υπάρχει η επιλογή σε όσους το επιθυμούν να μην εμβολιάζονται καθόλου;

267 -Υπάρχει η επιλογή. Αν εξαιρέσουμε τον παιδικό εμβολιασμό που τα παιδιά είναι
268 ανήλικα και τα φέρνουν οι γονείς στους παιδίατρος, όπου εκεί αποφασίζουν οι
269 γονείς έτσι, επειδή έχουν την κηδεμονία και ως ενήλικες, εμείς εδώ έχουμε να
270 κάνουμε με ενήλικες αποκλειστικά, στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, υπάρχουν
271 ασθενείς που δεν επιθυμούν να εμβολιαστούν. Δεν εμβολιάζουμε κόσμο με το ζόρι.

-[Ναι η επιλογή υπάρχει, όμως κατά την γνώμη σας θα έπρεπε να υπάρχει αυτή η επιλογή ;]

272 -Θα έπρεπε. Όπως έχω μια ασθένεια και μπορεί να μου πει ο γιατρός αυτό πρέπει να
273 πάρεις αλλιώς δεν θα θεραπευτείς, εγώ όμως μπορεί να μην θέλω να το πάρω. Είναι
274 καθαρά δικό μου δικαίωμα, ατομικό. Ναι θα έπρεπε να αποφασίσω για την θεραπεία
275 μου. Είναι το ίδιο πράγμα και το εμβόλιο. Το εμβόλιο άλλωστε είναι πρόληψη και την
276 πρόληψη δεν μπορείς να την επιβάλεις σε κανέναν, μιλώντας πάντα για ενήλικες έτσι.

- Ποιός είναι ο λόγος κατά την κρίση σας κατά τον οποίο η ιατρική επιστήμη δεν είναι ικανή να πείσει τους υποστηρικτές του αντιεμβολιαστικού κινήματος να εμβολιάζονται;

277 - Εεε ίσως γιατί δεν έχει ακόμα να παρουσιάσει για τα νεότερα εμβόλια όπως είπα και
278 πριν εε πιο πειστικά επιστημονικά δεδομένα. Αυτό.

- Θεωρείτε ότι η ιατρική πρακτική έχει συμβάλει στην δημιουργία του σκεπτικισμού που χαρακτηρίζει το κίνημα αυτό;

279 -Ναι, θεωρώ ότι έτσι όπως παρουσιάζονται τα εμβόλια ή προβάλλονται δεν είναι
280 καθαρά ο σωστός τρόπος να πείσεις το γενικό πληθυσμό. Οι γιατροί έτσι όπως μιλάνε
281 στους ασθενείς συμβουλευτικά και τους λένε ότι πρέπει να κάνεις αυτό το εμβόλιο,
282 κάπου και αυτοί δεν τελούν σωστά την ενημέρωση ώστε να πείσουν τελικά τον
283 ασθενή. Οπότε ναι έχει επηρεαστεί η επιλογή του γενικού πληθυσμού από την
284 συμπεριφορά του γιατρού.

- Πώς θα χαρακτηρίζατε ένα άτομο που δεν επιθυμεί να εμβολιαστεί;

285 -Δεν μπορώ να τον χαρακτηρίσω. Είναι καθαρά προσωπικό του θέμα. Μπορώ όμως
286 να πω ότι είναι υποχρέωση του γιατρού να του γνωστοποιήσει τι κίνδυνους ενέχει
287 από την επιθυμία του αυτή να μην εμβολιαστεί από εκεί και πέρα και να του το πει
288 και να του το ξανά πει ή αν τον ξανά δει γιατί τυχόν μπορεί να είναι ο θεράπων
289 γιατρός , όπως συμβαίνει εδώ σε αυτό το νοσοκομείο που τους βλέπουμε και τους
290 ξαναβλέπουμε τους ασθενείς γιατί τους παρακολουθούμε χρονιά τους ασθενείς,
291 θεωρώ χρέος του γιατρού, αυτό που εγώ κάνω κάθε φορά, να του τονίζω τι σημαντικό
292 είναι να εμβολιαστεί. Κάθε φορά. Σε περίπτωση που δεν το έχει καταλάβει τις
293 προηγούμενες φορές. Δηλαδή κάπου λέμε τα ίδια και τα ίδια, όπως έχουμε ένα παιδί
294 που του μαθαίνουμε κάποια πράγματα και η επανάληψη της μάθησης είναι το να

295 επαναλαμβάνω κάτι για να το μάθω, θεωρώ υποχρέωση μου κάθε φορά να του το
296 λέω. Από εκεί και πέρα, δεν μπορώ να τον χαρακτηρίσω. Ίσως τον χαρακτήριζα λίγο
297 φοβιτσιάρη, λίγο επιπόλαιο ίσως. Ειδικά τους ασθενείς που έχω εγώ της
298 συγκεκριμένης κατηγορίας που είναι ανοσοκατασταλμένοι. Θεωρώ επιπολαιότητα να
299 μην θέλουν να εμβολιαστούν, γιατί κινδυνεύουν πολύ περισσότερο με άλλα άτομα
300 υγιά του γενικού πληθυσμού.

- Τι θα συμβουλευάτε ένα τέτοιο άτομο εάν βρισκόταν μπροστά σας αυτήν την στιγμή και γιατί;

301 -Να εμβολιαστεί, σίγουρο αυτό. Χωρίς καμία αμφιβολία, μόνο καλό θα έχει.
302 Αντίθετα αν δεν εμβολιαστεί ενέχει μόνο κινδύνους για την ζωή του και την υγεία
303 του.

- Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε κάτι από την νομοθεσία που εφαρμόζεται αναφορικά με τον εμβολιασμό;

304 -Θα άλλαζα κάτι; πφφφ (ξεφύσημα). Ναι, θα έκανα κάποια εμβόλια υποχρεωτικά
305 παραδείγματος χάρη, θα έκανα το εμβόλιο της γρίπης, που δεν είναι αυτή την στιγμή.
306 Είναι προαιρετικό, όποιοι θέλουν το κάνουν, όποιοι θέλουν δεν το κάνουν. Αν και
307 υπάρχουν σαφείς οδηγίες ότι κάποιοι πρέπει να το κάνουν. Ναι, θα το έκανα
308 υποχρεωτικό. Η το εμβόλιο του μηνιγγιτιδόκοκου στα παιδιά, το οποίο είναι νεότερο
309 εμβόλιο θυμάμαι και έχει πολύ υψηλό κόστος, θα κοίταζα να το βάλω να υπάρχει
310 παροχή από το κράτος και να μην πληρώνουν οι γονείς .θεωρώ εξίσου σημαντικό το
311 εμβόλιο, να θα άλλαζα κάποια πράγματα, τα εμβόλια είναι συνέχεια σε μια εξέλιξη
312 θα βγουν και άλλα και άλλα και άλλα. Οπότε δεν μπορώ να σου απαντήσω σε αυτό
313 θα πρέπει να υπάρχει μια συνεχή διαδικασία, μια ενημέρωση συνεχής από το κράτος
314 ως προς τα εμβόλια, θέλει δουλειά δηλαδή.

5^η Συνέντευξη

-Πώς σας φαίνεται η έκφραση «ο γιατρός έχει πάντα δίκιο»;

315 -Δεν μου αρέσει γενικά. Εντάξει μπορεί να κάνουμε και λάθη που και που. Εντάξει
316 συμβαίνουν. Δεν έχουμε πάντα δίκαιο.

-Πώς νιώθετε την επίδραση που έχετε πάνω στους ασθενείς σας;

317 -Είμαι ευχαριστημένη όταν κάνουν αυτό που τους λέμε, για παράδειγμα για μια
318 αγωγή όταν είναι να την πάρουν και είμαι ευχαριστημένη όταν το κάνουν.

- Θεωρείτε πως η ιατρική επιστήμη και πρακτική έχει εξελιχθεί κατά τρόπο με τον οποίο έχει απομακρυνθεί από τους αρχικούς της σκοπούς, δεδομένου των ιδιωτικών ιατρικών ασφαλίσεων, των πολλών φαρμάκων που βρίσκονται στην αγορά ή των πλαστικών επεμβατικών επεμβάσεων;

319 -Ναι έχει απομακρυνθεί λίγο ναι. Είναι πρόβλημα.

- Ποιά είναι η γνώμη σας για το αντιεμβολιαστικό κίνημα;

320 -Είμαι υπέρ του να κάνουν οι άνθρωποι εμβόλια, δηλαδή και το δικό μου τι παιδί
321 έκανε και θα κάνει εμβόλια. Είμαι κατά αυτού του κινήματος.

-Πιστεύετε θα έπρεπε να υπάρχει η επιλογή σε όσους το επιθυμούν να μην εμβολιάζονται καθόλου;

322 -Όχι πιστεύω ότι δεν θα έπρεπε να υπάρχει. Πιστεύω ότι αν ένα εμβόλιο πρέπει να
323 γίνει, πρέπει να γίνει.

-Ποιός είναι ο λόγος κατά την κρίση σας κατά τον οποίο η ιατρική επιστήμη δεν είναι ικανή να πείσει τους υποστηρικτές του αντιεμβολιαστικού κινήματος να εμβολιάζονται;

324 -Δεν ξέρω. Μάλλον γιατί κάποιιοι μπορεί να πιστεύουν ότι το εμβόλιο κάνει κακό
325 γιατί έχει ως πούμε, αλλά όλα τα φάρμακα έχουν παρενέργειες ακόμα και το ντεπόν
326 μπορεί να έχει παρενέργειες. Ωστόσο ο κόσμος δεν το βλέπει έτσι.

- Θεωρείτε ότι η ιατρική πρακτική έχει συμβάλει στην δημιουργία του σκεπτικισμού που χαρακτηρίζει το κίνημα αυτό;

327 -Ναι μπορεί να φταίει κάπου και η ιατρική. Μπορεί να ακούγονται πάρα πολλά γύρω
328 από ένα εμβόλιο. Μερικοί σκέφτονται βέβαια ότι ένα συγκεκριμένο εμβόλιο μπορεί
329 να προκαλέσει αυτισμό, άλλα σε αυτό το κομμάτι δεν ξέρω εμείς που μπορεί να
330 φταίμε. Υπάρχουν ωστόσο και γιατροί που λένε ότι μπορεί να προκληθεί κάτι τέτοιο,
331 και δημιουργείται κάπου εκεί ένα μπέρδεμα. Ίσως εκεί φταίμε. Είναι το κατά πόσο
332 καθένας επιλέγει να ενημερώνεται καλά και ο ίδιος.

-Πως θα χαρακτηρίζατε ένα άτομο που δεν επιθυμεί να εμβολιαστεί;

333 -Δεν μπορώ να πω κάτι. Έχει αυτή την γνώμη. Μπορεί να σκέφτομαι ότι κάνει λάθος
334 αλλά δεν μπορώ να πω κάτι. Ίσως ότι δεν είναι καλά ενημερωμένος, ότι είναι
335 ανενημέρωτος.

- Τι θα συμβουλευάτε ένα τέτοιο άτομο εάν βρισκόταν μπροστά σας αυτήν την στιγμή και γιατί;

336 -Θα έλεγα γενικά ότι αν δεν κάνουμε όλοι τα εμβόλια θα επιστρέψουμε στο πως
337 ήμασταν χρόνια πίσω όταν υπήρχαν τόσες άσχημες αρρώστιες, ώστε να κατανοήση
338 την σημαντικότητα της κατάστασης.

- Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε κάτι από την νομοθεσία που εφαρμόζεται αναφορικά με τον εμβολιασμό;

339 -Εγώ θα έκανα τον εμβολιασμό υποχρεωτικό για όλους. Θα ακολουθούσα βασικά το
340 παράδειγμα της Ιταλίας.

6^η Συνέντευξη

-Πώς σας φαίνεται η έκφραση «ο γιατρός έχει πάντα δίκιο»;

341 -Λάθος. Υπερβολική, γιατί ποτέ κάνεις δεν μπορεί να έχει πάντα δίκιο. Υπάρχουν
342 πάντα τα περιθώρια του λάθους ή κακής εκτίμησης.

-Πώς νιώθετε την επίδραση που έχετε πάνω στους ασθενείς σας;

343 -Θετικά και καλά αν καταφέρω να τους περάσω το μήνυμα του τι πρέπει να κάνουν.
344 Να τους πείσω ότι αυτό που κάνουν το κάνουν για το καλό τους όχι γιατί εγώ έχω κα
345 ποιο συμφέρον ή ότι το κάνω στα τυφλά . Το να καταλάβουν ότι αυτό το κάνουμε για
346 το καλό.

- Θεωρείτε πως η ιατρική επιστήμη και πρακτική έχει εξελιχθεί κατά τρόπο με τον οποίο έχει απομακρυνθεί από τους αρχικούς της σκοπούς, δεδομένου των ιδιωτικών ιατρικών ασφαλίσεων, των πολλών φαρμάκων που βρίσκονται στην αγορά ή των πλαστικών επεμβατικών επεμβάσεων;

347 -Όχι. Εγώ νομίζω ότι όποιος θέλει να λάβει την ιατρική, όπως είναι πραγματικά η
348 ιατρική την λαμβάνει. Τώρα το ότι μπορεί κάποια πράγματα να έχουν υπερβολές, εεε

349 δυστυχώς υπερβολές έχουν σε όλους τους εργασιακούς χώρους, όχι μόνο στην
350 ιατρική και οι υπερβολές αυτές καμία φορά όμως εεεε πως το λένε εεε,
351 ενεργοποιούνται και συντηρούνται και από τον ασθενή. Δηλαδή και αυτή η ανάγκη
352 του ασθενή πολλές φορές “αααα όχι και καμία άλλη γνώμη και άλλη μια γνώμη και
353 όχι αυτό είναι καλύτερο, και ο θεός μου ο κουμπάρος μου, ο αδελφός μου..” και
354 αυτό λιγάκι συντηρεί όλο αυτό το πράγμα. Οπότε πιστεύω ότι έτσι είναι η ανθρώπινη
355 φύση.

- Ποιά είναι η γνώμη σας για το αντιεμβολιαστικό κίνημα;

356 - Εγώ νομίζω ότι είναι λάθος ή τέλος πάντων πηγάζει από τα λάθος κίνητρα. Αν το
357 δούμε δηλαδή μόνο ιατρικά, εεεε δεν θα έπρεπε να υπάρχει έτσι ένα αδιάκριτο
358 αντιεμβολιαστικό κίνημα, μπορεί κάποιιοι ασθενείς, μια ομάδα ασθενών, ατόμων,
359 παιδιών, να πρέπει να λαμβάνουν τα εμβόλια ή να μην πρέπει να λαμβάνουν τα
360 εμβόλια για κάποιους συγκεκριμένους λόγους. Αλλά γενικά πιστεύω ότι τα εμβόλια
361 έχουν αλλάξει τελείως το πλάνο, ειδικά στα μεταδοτικά το νοσήματα, τα λοιμώδη,
362 οπότε το βρίσκω αρνητικό σαν κίνημα.

- Πιστεύετε θα έπρεπε να υπάρχει η επιλογή σε όσους το επιθυμούν να μην εμβολιάζονται καθόλου;

363 - Πιστεύω ότι πρέπει να ενημερωθούν σωστά, δεν είναι διαβάζω κάτι στο ιντερνέτ,
364 μου λέει κάτι ένας φίλος μου και επειδή τα εμβόλια, ο εμβολιασμός, λειτουργεί και
365 ομαδικά, δηλαδή αν δεν εμβολιαστούμε όλοι ή τέλος πάντων σχεδόν όλοι, δεν έχουν
366 προστασία ούτε αυτοί που εμβολιάζονται υπό μια έννοια. Οπότε δεν νομίζω ότι θα
367 έπρεπε να ήταν έτσι εύκολο το “δεν θέλω να εμβολιαστώ”, γιατί δεν πιστεύω ότι
368 έχουν όλοι τα κριτήρια της κατανόησης για να πούνε ναι ή όχι.

- Ποιός είναι ο λόγος κατά την κρίση σας κατά τον οποίο η ιατρική επιστήμη δεν είναι ικανή να πείσει τους υποστηρικτές του αντιεμβολιαστικού κινήματος να εμβολιάζονται;

369 - Πιστεύω ότι επειδή σε πάρα πολλά πράγματα μπαίνει μέσα το χρήμα και το εμπόριο
370 και καλώς κακώς τα εμβόλια όπως και τα άλλα φάρμακα τα παράγουν φαρμακευτικές
371 εταιρίες, οι οποίες δεν είναι κοινωφελή ιδρύματα, είναι επιχειρήσεις, σιγουρά αυτό
372 που κάνουν, την ερευνά που κάνουν, το κάνουν γιατί έχουν στόχο και το κέρδος.
373 Πολλές φορές αυτό απομονώνετε και βλέπουν μόνο το αυτό και δεν βλέπουν το

374 ιατρικό κομμάτι πίσω από αυτό και αυτό δημιουργεί μια καχυποψία. Γενικά υπάρχει
375 καχυποψία στον γιατρό. Και για να είμαι ειλικρινής το βρίσκω και λίγο άδικο γιατί,
376 δεν θα πάρουν κάτι που θα δώσει ο γιατρός, άλλα αν ο φαρμακοποιός τους τους πει
377 κάνε το εμβόλιο του έρπητα, που ο φαρμακοποιός είναι και έμπορος, θα τους
378 πουλήσει το εμβόλιο του έρπητα, θα πάνε να το κάνουν. Οπότε νομίζω ότι έχει
379 δημιουργηθεί έτσι μια καχυποψία στον ασθενή, ότι πίσω από αυτό υπάρχει συμφέρον,
380 οικονομικό συμφέρον όταν στην πραγματικότητα δεν είναι έτσι. Αυτό γίνεται και με
381 θεραπείες όχι με τα εμβόλια. Με ακριβές θεραπείες , με απλές θεραπείες, με πολλά...

- Πώς θα χαρακτηρίζατε ένα άτομο που δεν επιθυμεί να εμβολιαστεί;

382 -Κακά ενημερωμένο, κατά την γνώμη την δική μου. Ίσως και ξεροκέφαλο, αλλά
383 κακά ενημερωμένο κατά αρχήν.

- Τι θα συμβουλεύατε ένα τέτοιο άτομο εάν βρισκόταν μπροστά σας αυτήν την στιγμή και γιατί;

384 -Καταρχήν θα του έλεγα ότι απλά ξέρω γι' αυτό και από εκεί και πέρα να διαβάσει
385 περισσότερες πληροφορίες για τα εμβόλια και γενικές πληροφορίες δηλαδή ακόμα
386 και ιστορικές ανάδρομες για τα εμβόλια και πως αυτά συμμετείχαν στο να
387 αποφύγουμε πάρα πολλά προβλήματα στο να βελτιωθεί η δημοσία υγεία και στο
388 πόσο σημασία έχει για τον έλεγχο προβλημάτων που διασπείρονται. Δηλαδή θα τον
389 ωθούσα, θα προσπαθούσα να του δώσω τα εργαλεία που θα τον ενημερώσουν και
390 όσο πιο αντικειμενικά γίνεται. Να τον ενημερώσω εγώ άλλα να δει και ο ίδιος ότι δεν
391 το λέω μόνο εγώ, ότι το λένε και άλλοι.

- Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε κάτι από την νομοθεσία που εφαρμόζεται αναφορικά με τον εμβολιασμό;

392 -Η νομοθεσία δεν εφαρμόζεται, γιατί θεωρητικά η νομοθεσία προβλέπει ότι τα
393 παιδάκια στο σχολείο όταν πηγαίνουν και γράφονται καταθέτουν το βιβλιάριο το
394 οποίο πρέπει να περιέχει το πλήρες σχήμα εμβολιασμού που προβλέπεται ανά ηλικία.
395 Εδώ τώρα είναι τυπικό, κανένα σχολείο από ότι ξέρω δεν αρνείται να τα γράψεις τα
396 παιδιά στο σχολείο. Καταρχάς για εμένα θα έπρεπε καταρχήν αυτό να εφαρμόζεται
397 και να υπάρχει έλεγχος και ελαστικότητα στις περιπτώσεις που συντρέχουν οι άλφα
398 βήτα λόγοι για τους οποίους δεν μπορεί να γίνει το εμβόλιο, που είναι πάρα πολύ
399 λίγες, δεν είναι πολλές.

7^η Συνέντευξη

-Πώς σας φαίνεται η έκφραση «ο γιατρός έχει πάντα δίκιο»;

400 -Δεν υπάρχει το πάντα στην ιατρική γενικώς. Ούτε ο γιατρός έχει πάντα δίκιο, ούτε
401 πάντα ξέρουμε την σωστή διάγνωση. Το πάντα το βάζουμε σε εισαγωγικά, νομίζω
402 είναι υπερβολικό το πάντα.

-Πώς νιώθετε την επίδραση που έχετε πάνω στους ασθενείς σας;

403 -Είμαι συγκαταβατική, εφόσον πρόκειται για την υγεία του ασθενούς, οι οδηγίες που
404 δίνω είναι για το καλό του ασθενούς, εάν συμφωνεί καλώς, εάν δεν συμφωνεί είμαι
405 πρόθυμη να το συζητήσω, να τον καταλάβω και να βρούμε μια λύση σε αυτό. Όπως
406 και να έχει ήμαστε εκεί για να βοηθήσουμε τους ασθενείς.

- Θεωρείτε πως η ιατρική επιστήμη και πρακτική έχει εξελιχθεί κατά τρόπο με τον οποίο έχει απομακρυνθεί από τους αρχικούς της σκοπούς, δεδομένου των ιδιωτικών ιατρικών ασφαλίσεων, των πολλών φαρμάκων που βρίσκονται στην αγορά ή των πλαστικών επεμβατικών επεμβάσεων;

407 -Όχι σε καμία περίπτωση. Όχι. Πιστεύω ακράδαντα στην φιλοσοφία της ιατρικής και
408 νομίζω ότι όλοι οι συνάδελφοι πάνω από όλα έχουμε την υγεία τους ασθενούς. Τώρα
409 αν το κρατικό σύστημα της Ελλάδας ή οποιασδήποτε άλλης χώρας δεν είναι αρκετό
410 ώστε να καλύψει της ανάγκες των ασθενών οπότε δημιουργούνται τα ιδιωτικά
411 ιατρεία, οι ιδιωτικές κλινικές, τα ιδιωτικά νοσοκομεία σημαίνει ότι γίνονται για
412 κάποιο λόγο, και αν οι γιατροί εκτός από τα κρατικά νοσοκομεία δουλεύουν σε
413 κλινικές σημαίνει ότι προσπαθούν να κάνουν την δουλειά τους όσο καλύτερα γίνεται.
414 Τώρα για το αισθητικό που με ρωτάτε εεεε νομίζω ότι η ιατρική έχει θέση. Οι
415 αισθητικές πράξεις ότι και να είναι αυτές είναι ιατρικές πράξεις και νομίζω το ότι δεν
416 αντιμετωπίζονται σαν ιατρικές πράξεις έχει οδηγήσει στο να υπάρχουν οι επιπλοκές.

-Ποιά είναι η γνώμη σας για το αντιεμβολιαστικό κίνημα;

417 -Είμαι εντελώς αντίθετη, γιατί έχει βασιστεί σε ένα λάθος ουσιαστικά πιστεύω.
418 Ξεκίνησε από ένα ‘‘rapper’’ το οποίο δημοσιεύτηκε σε ένα περιοδικό το οποίο
419 υπάρχει εκατοντάδες χρόνια και αν δεν κάνω λάθος έχει διαγράψει δυο άρθρα εκ των

420 οποίων το ένα ήταν αυτό. Άρα ήταν άκυρο. Η βάση λοιπόν αυτού του κινήματος είναι
421 λάθος.

-Πιστεύετε θα έπρεπε να υπάρχει η επιλογή σε όσους το επιθυμούν να μην εμβολιάζονται καθόλου;

422 -Αυτό είναι μια μεγάλη συζήτηση. Τα εμβόλια πολύ συχνά γίνονται σε παιδιά. Τα
423 παιδιά αν είναι δυο, τριών, ενός έτους δεν είναι σε θέση να αποφασίσουν αν θέλουν
424 ένα εμβόλιο η όχι, οπότε αποφασίζουν οι γονείς τους. Οπότε η ερώτηση σας είναι
425 λίγο σύνθετη. Είναι αν οι γονείς θέλουν να εμβολιάζουν, γιατί δεν θα ρωτήσεις ένα
426 παιδάκι πέντε χρονών αν θέλει να εμβολιαστεί. Οπότε ο γονιός είναι αυτός που
427 αποφασίζει δεν είναι πάντα οι ίδιοι οι ασθενείς που αποφασίζουν.

-[Ας μιλήσουμε λοιπόν για τους ενήλικες. Θα έπρεπε να υπάρχει η επιλογή να μην εμβολιάζεται καθόλου;]

428 -Εξαρτάτε από πολλούς παράγοντες. Εξαρτάται από το εμβόλιο, από τι δουλειά κάνει.
429 Όπως ήδη πιθανώς υποθέτω ξέρετε σε κάποιες χώρες ο εμβολιασμός είναι
430 υποχρεωτικός, δηλαδή αν δεν είναι εμβολιασμένα τα παιδιά δεν μπορούν τα παιδιά να
431 γραφτούν στο σχολείο. Αρά είναι υποχρεωτικός. Ποτέ σε κάποιες περιπτώσεις
432 πιστεύω ότι δεν θα έπρεπε να έχει επιλογή. Με δημοκρατικές πάντα βέβαια
433 διαδικασίες . δεν πρόκειται να κλείσεις κανέναν στην φυλακή αν δεν εμβολιαστεί,
434 αλλά κάπως πρέπει να προστατεύσεις τους υπόλοιπους οι οποίοι έχουν εμβολιαστεί
435 και θέλουν να είναι εμβολιασμένοι. Γιατί να τους εκθέσεις δηλαδή σε κάποιο
436 κίνδυνο. Έχεις δηλαδή το δικαίωμα να μην εμβολιαστείς, αλλά έχεις επίσης την
437 υποχρέωση να μην κολλήσεις κάποιον άλλον.

- Ποιος είναι ο λόγος κατά την κρίση σας κατά τον οποίο η ιατρική επιστήμη δεν είναι ικανή να πείσει τους υποστηρικτές του αντιεμβολιαστικού κινήματος να εμβολιάζονται;

438 -Μα ιατρική δεν είναι υποχρεωμένη να πείσει όλο τον κόσμο για κάτι. μάλλον το
439 αντίθετο πρέπει να γίνει. Νομίζω ότι αυτοί που έχουν δημιουργήσει αυτό το κίνημα
440 είναι αυτοί που πρέπει να ρωτήσουν την ιατρική αν υπάρχει κάποια επιστημονική
441 βάση πάνω στην οποία θα πρέπει να σταματήσουν να γίνονται εμβολιασμοί. Νομίζω
442 είναι αντίστροφη η σχέση που πρέπει να γίνει.

- Θεωρείτε ότι η ιατρική πρακτική έχει συμβάλει στην δημιουργία του σκεπτικισμού που χαρακτηρίζει το κίνημα αυτό;

443 -Χμμμ... Η ιατρική (παύση). Τώρα κάνουμε ‘‘evidence based practice’’ κάποια
444 στιγμή, βγήκε ένας ερευνητής και είπε κάτι. Πάνω σε αυτό βασίστηκε και ίσως
445 αλλοιώθηκε η όλη ερευνα που είχε κάνει και έγινε όλος αυτός ο χαμός που έγινε στον
446 κόσμο ή ίσως υπήρχαν κάποια άλλα κίνητρα εξαρχής για την συγκεκριμένη έρευνα.
447 Ίσως υπήρχε ένα μικρό ποσοστό ευθιγής από τους γιατρούς, αλλά νομίζω ότι αυτό
448 διορθώθηκε στην συνέχεια και έχει εξαλειφθεί. Λάθη γίνονται. Λάθη κάνουμε όλοι.
449 Αλλά εφόσον αυτό πλέον έχει διορθωθεί εντελώς γιατί να το συνεχίσουμε; Γιατί να
450 το διαιωρίζουμε; Πλέον ξέρουμε ότι δεν υπάρχει λόγος να το υποστηρίζουμε.

- Πώς θα χαρακτηρίζατε ένα άτομο που δεν επιθυμεί να εμβολιαστεί;

451 -Εξαρτάται γιατί δεν επιθυμεί να εμβολιαστεί. Δεν μ’ αρέσει να δίνω
452 χαρακτηρισμούς, ξέρεις έτσι απλά ταμπελάκια στον κόσμο. Εξαρτάται τι λογούς έχει
453 που δεν θέλει να εμβολιαστεί. Δηλαδή έχει ενημερωθεί ή κάποιος του έχει πει και τον
454 έχει πείσει ότι δεν πρέπει να εμβολιαστεί; Η απλώς διάβασε σε ένα περιοδικό;
455 Άκουσε μια είδησή στην τηλεόραση οπότε στην ουσία δεν έχει κάτσει με κάποιον
456 δηλαδή δεν έχει ενδιαφερθεί και δεν έχει ψάξει βαθιά γιατί δεν ξέρει τι σημαίνει ο
457 εμβολιασμός; Εεεεε επιπόλαιο θα έλεγαν θέλει έτσι μια ετικέτα.

- Τι θα συμβουλευάτε ένα τέτοιο άτομο εάν βρισκόταν μπροστά σας αυτήν την στιγμή και γιατί;

458 -Θα τον συμβούλευα χμμμμ θα του έλεγα ότι είναι μια πολύ σοβαρή υπόθεση ο
459 εμβολιασμός εεε θα τον συμβούλευα να βρει έναν γιατρό τον οποίο εμπιστεύεται και
460 πιστεύει, με τον οποίο να κάτσει κάτω και να συζητήσει γιατί πράγμα μιλάμε. Οι
461 αποφάσεις γιατρού και ασθενή παίρνονται μαζί. Είναι αμφίδρομη η σχέση, δεν
462 αποφασίζει ο γιατρός και διατάξεις. Το συζητάς με τον ασθενή σου ότι και να είναι
463 αυτό και παίρνετε την απόφαση μαζί. Επομένως να καθίσει κάτω να το συζητήσει, να
464 καταλάβει και είμαι σίγουρη ότι θα πειστεί ότι ο εμβολιασμός είναι καλό πράγμα.

- Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε κάτι από την νομοθεσία που εφαρμόζεται αναφορικά με τον εμβολιασμό;

465 -Τουλάχιστον ότι έχει σχέση με τα παιδιά θα το άλλαζα γιατί κάποιος πρέπει να τα
466 προστατεύσει πέρα από τους γονείς του γιατί και το κράτος έχει ευθύνη απέναντί
467 τους.

-[Οπότε θα τον κάνατε υποχρεωτικό στα παιδιά μου λέτε;]

468 -Τουλάχιστον στα παιδιά.

Παράρτημα 5

Λίστα συστάδων

<p>Ο ρόλος του γιατρού.</p>	<p>«πρέπει να ενημερώνουμε σωστά τους ασθενείς», «σωστή ενημέρωση», «κάνουμε σωστή...μας υπόβαθρο», «να συμβουλευόμαστε», «είναι υποχρέωση...να μην εμβολιαστεί», «να του τονίζω...να εμβολιαστεί», «θα προσπαθούσα...τον ενημερώσουν», «να τον ενημερώσω...και άλλοι», «είμαστε εκεί...τους ασθενείς», «όλοι οι συνάδελφοι...την υγεία του ασθενούς», «τα πράγματα...πάρει ο γιατρός», «Δεν μπορώ να τον χαρακτηρίσω», «Μπορεί να...δεν μπορώ να πω κάτι», «Να τους πείσω...στα τυφλά», «να προάγουν τους εμβολιασμούς»</p>	<p>σ 5, σ 7, σ 13, σ 13, σ 264-265, σ 269, σ 358-359, σ 359-360, σ 373-374, σ 376, σ 104-105, σ 265, σ 307-308, σ 316-318, σ 48-49</p>
<p>Ο ρόλος του ασθενή και τα δικαιώματά του.</p>	<p>«αυτονομία», «ο ασθενής είναι...του επιλογές», «ο ασθενής να...που χρειάζεται», «με βάση το δικό του όφελος», «ο ασθενείς...αυτός δίκιο», «έχει και πολλά...το παρελθόν», «έχει ένα κομμάτι...ασθενής», «εσύ δίνεις...επιβάλλεις κάτι», «δεν είναι...έρμαιο», «είναι βέβαια...κάτι κάποιος», «κρατάω κάποιες...στον εαυτό του», «εγώ δίνω...έχει δικαίωμα», «ο ασθενής είναι...στον γιατρό», «Είναι καθαρά προσωπικό του θέμα», «έχω μια ασθένεια...μην θέλω να το πάρω», «Είναι το κατά πόσο...ο ίδιος», «είναι καθαρά...ατομικό», «θα έπρεπε...θεραπεία μου»</p>	<p>σ 5, 6-7, σ 8-9, σ 10-11, σ 80, σ 83-84, σ 91, σ 91-92, σ 100, σ 121-122, σ 127-128, σ 128-129, σ 133-134, σ 263, σ 251-252, σ 305-306, σ 252-253, σ 253</p>
<p>Σχέση γιατρού ασθενή.</p>	<p>«σχέση εμπιστοσύνης», «ετεροβαρή σχέση», «προσωπικής...τον ασθενή του», «δημιουργεί μια καχυποψία», «Γενικά υπάρχει...γιατρό», «εάν δεν συμφωνεί...λύση σε αυτό», «οι αποφάσεις...μαζί», «είναι αμφίδρομη σχέση», «παίρνετε την απόφαση μαζί», «ότι πίσω...δεν είναι έτσι», «Πρέπει να υπάρχει...σωστές από τον ασθενή»</p>	<p>σ 1 σελ. 60, σ 1-2 σελ. 60, σ 143 σελ. 66, σ 345 σελ.75, σ 345 σελ.75, σ 372-373 σελ. 76, σ 424-425 σελ.79, σ 425, σ 426, σ 349-350, σ 2-4</p>
<p>Εμπορευματοποίηση της υγείας.</p>	<p>«μια πλαστική...ζητάει ο κόσμος», «ζούμε σε μια ελεύθερη αγορά», «Όχι δεν θεωρώ...της ιατρικής», «αν δεις...έχουν σχέση», «το πόσο αμερόληπτα δρα ο γιατρός», «αφορά τον γιατρό...θα ακολουθήσει», «τα</p>	<p>σ 20-21, σ 22-23, σ 194-196, σ 198, σ 236, σ 236-237, σ 285-286, σ 293, σ 321, σ 340, σ 341-342, σ 343, σ 382,</p>

	εμβόλια...και άλλα», «Ναι έχει απομακρυνθεί λίγο», «υπερβολές έχουν...χώρους», «σε πάρα πολλά...το εμπόριο», «φαρμακευτικές εταιρίες...είναι επιχειρήσεις», «έχουν στόχο και το κέρδος», «οι αισθητικές πράξεις...πράξεις», «οι υπερβολές αυτές...ασθενή», «όχι σε καμία περίπτωση...της ιατρικής», «αν το κρατικό σύστημα...για κάποιο λόγο»	σ 321-323, σ 375, σ 376-379
Οι εξελίξεις της Ιατρικής πρακτικής.	«οι ανάγκες των ανθρώπων έχουν αλλάξει», «πιστεύω ότι...ανάγκες», «γιατρούς που είναι σε ερευνητικά κέντρα», «δεν θα έλεγα... εξελιχθεί», «τα όπλα...κόσμο», «ζυγίζεις τα υπέρ...ζημία», «τα εμβόλια είναι...παρενέργειες», «Μα ιατρική...για κάτι», «τώρα κάνουμε evidence based practice», «προσπαθούμε...προτείνουμε», «εφαρμόζει...πρακτικής», «Γίνονται πάρα πολλές...ασφαλή», «θα του μιλούσα...εμβολιασμού», «ι ιατρική στηριζόμενη σε αποδείξεις», «δεν είναι θέμα...να πείσει», «αλλά όλα τα φάρμακα...παρενέργειες»	σ 19, σ 24-26, σ 21-22, σ 110, σ 140-141, σ 155-156, σ 215, σ 403, σ 408, σ 11, σ 9-10, σ 33-35, σ 66-67, σ 78, σ 139-140, σ 299-300
Οι ανάγκες της Ιατρικής σήμερα.	«θα μπορούσε...ενημέρωση», «θα ήθελα...ο κόσμος», «Αλλά θα ήθελα...αποτελέσματα», «Με νούμερα...εμβολιασμού», «υπερ του απλά...τον κόσμο», «θα ήταν πιο πολύ θέμα της πολιτείας», «πρέπει να γίνει...έρευνα», «πρέπει να προχωρήσει...κάποιος», «εμβόλια τα οποία...χρόνια», «μια ενημέρωση...δουλειά δηλαδή», «κάπως πρέπει... υπόλοιπους», «το κράτος έχει ευθύνη»	σ 145-146, σ 169-170, σ 171, σ 185-186, σ 187-188, σ 149, σ 210, σ 211, σ 242-245, σ 287, σ 399, σ 430
Το προφίλ των αντιεμβολιαστών.	«οι άνθρωποι που...δεν ακούν», «άνθρωπος με παρωπίδες», «υπάρχουν τα στοιχεία...δει», «ανενημέρωτο», «Ανενημέρωτο, αυτό θα έλεγα», «κακώς πληροφορημένο», «λίγο φοβιτσιάρη», «επιπόλαιο ίσως», «ανενημέρωτος», «κακά ενημερωμένο», «ξεροκέφαλο», «Δεν μ' αρέσει να δίνω χαρακτηρισμούς», «επιπόλαιο...ετικέτα», «πιστεύω ότι...φίλος μου»	σ 46, σ 57, σ 57-58, σ 62, σ 161, σ 216, σ 273, σ 274, σ 308, σ 352, σ 352, σ 416, σ 421, σ 334-335
Απόψεις αναφορικά με το κίνημα.	«δεν είναι σωστά...εμβολίων», «το κίνημα...πληθυσμό», «αποτελούν...μαζί	σ 31-32, σ 37-38, σ 43, σ 71, σ 200, σ 204, σ

	τους», «ανεμβολίαστο...στην τάξη», «μεγάλη παραπληροφόρηση», «είμαι...ναι», « Είμαι λίγο επιφυλακτική», «αν δεν...υγεία του», «είμαι υπερ...εμβόλια», «και το δικό μου...εμβόλια», «Εγώ νομίζω...κίνητρα», «είμαστε εκεί...ασθενείς», «Η βάση...λάθος», «Γιατί να τους...κίνδυνο», «μέσω των...ενημέρωσης», «ανταλλαγή μη τεκμηριωμένων πληροφοριών» «νομίζω ότι...διαβάσει λίγο», «να ακολουθήσει την κλασική ιατρική», «θα τον συμβούλευα...ενδεδειγμένα», «Να εμβολιαστεί, σίγουρο αυτό», «μόνο καλό θα έχει», «θα τον συμβούλευα...μαζί»	239, σ 277-278, σ 294, σ 294-295, σ 327, σ 373-374, σ 387, σ 400-401, σ 28-29, σ 29-30, σ 220-22, σ 217, σ 166, σ 27, σ 277, σ 423-424
Αισθήματα Ιατρικής πράξης.	«ευθύνης», «ευχάριστα», «ωραία, όταν βοηθάς τον συνάνθρωπο», «ικανοποίηση όταν...τον ασθενή», «ευθύνη», «από την στιγμή...ευθύνη», «νιώθω ικανοποίηση...ασθενή», «καλά», «ικανοποιητικά», «αγαπώ αυτό...ασθενείς», «είμαι ευχαριστημένη...τους λέμε», «θετικά...να κάνουν», «το βρίσκω και λίγο άδικο», «είμαι συγκатаβατική»	σ 16, σ 17, σ 17-18, σ 86-87, σ 90, σ 90-91, σ 107-108, σ 192, σ 192, σ 230-231, σ 291, σ 316, σ 34, σ 371
Ο γιατρός παντογνώστης.	«εεε κάτι που αφορά το παρελθόν», «σήμερα τα πράγματα...διαφορετικά», «παλιά είχαμε τους γιατρούς αυθεντίες», «δεν υπάρχει...σήμερα», «ο γιατρός δεν έχει πάντα δίκαιο», «δεν συμφωνώ...δίκαιο», «γιατροί που μπορεί να κάνουν λάθος», «όχι απόλυτα σωστή», «δεν μπορεί να γνωρίζει τα πάντα», «εφόσον είναι... έχει δίκαιο», «μπορεί να κάνουμε και λάθη που και που», «δεν έχουμε πάντα δίκαιο», «Λάθος», «Υπερβολική...δίκιο», «Υπάρχουν πάντα...εκτίμησης», «Δεν υπάρχει...γενικώς», «Λάθη γίνονται», «Λάθη κάνουμε όλοι», «έπιασα τον εαυτό μου να το καθυστερήσω»	σ 75, σ 75, σ 76, σ 78-79, σ 79, σ 189, σ 189-190, σ 224, σ 225-226, σ 227-229, σ 289, σ 290, σ 314, σ 314, σ 314-315, σ 368, σ. 78, σ. 78, σ 118-119
Η συμβολή της ιατρικής στην εξάπλωση του κινήματος.	«Έχει συμβάλει...τους εναντιωθεί», «Ναι υπάρχει ένα μερίδιο ευθύνης», «Ναι, θεωρώ...τελικά τον ασθενή», «Ναι, μπορεί...η ιατρική», «εκεί ένα μπέρδεμα», «ίσως υπήρχε...τους γιατρούς»	σ 50-51, σ 212, σ 258-261, σ 301, σ 304-305, σ 411-412
Επιλογή στον εμβολιασμό.	«η άποψη μου είναι όχι», «τα εμβόλια...να την επιβάλεις», «Δεν	σ 41, σ 206, σ 250, σ 296, σ 296-297, σ 337-

	εμβολιάζουμε κόσμο με το ζόρι», «όχι πιστεύω...να υπάρχει», «Πιστεύω ότι αν...να γίνει», «δεν νομίζω...να εμβολιαστώ», «δεν πιστεύω...ναι ή όχι», «Εξαρτάται...κάνει», «σε κάποιες περιπτώσεις...διαδικασίες», «Έχεις δικαίωμα...κάποιον άλλον», «Εξαρτάται...να εμβολιαστεί», «το εμβόλιο...σε κανέναν»	338, σ 338-339, σ 394, σ 397-398, σ 401-402, σ 416, σ 254-255.
Ιατρική και Δίκαιο.	«θα τον έκανα...εκπαίδευσης», «θα τον έκανα...βασικά εμβόλια», «ναι είμαι υπέρ...εμβολιασμός», «θα έλεγα...τελείως», «Μέχρι στιγμής...όχι», «Ναι, θα έκανα...υποχρεωτικά», «εγώ θα έκανα...για όλους», « Η νομοθεσία δεν εφαρμόζεται», «υπάρχει έλεγχος...δεν είναι πολλές», «τουλάχιστον ότι έχει...γονείς του»	σ 68, σ72-73, σ 127, σ 169, σ 222, σ 279, σ 312, σ 361, σ 365-367, σ 429-430

Παράρτημα 6

ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η διπλωματική εργασία, την οποία υποβάλλω, δεν περιλαμβάνει στοιχεία προσβολής δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας σύμφωνα με τους ακόλουθους όρους τους οποίους διάβασα και αποδέχομαι:

1. Η διπλωματική εργασία πρέπει να αποτελεί έργο του υποβάλλοντος αυτήν υποψήφιου διπλωματούχου.
2. Η αντιγραφή ή η παράφραση έργου τρίτου προσώπου αποτελεί προσβολή δικαιώματος πνευματικής ιδιοκτησίας και συνιστά σοβαρό αδίκημα, ισοδύναμο σε βαρύτητα με την αντιγραφή κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Στο αδίκημα αυτό περιλαμβάνεται τόσο η προσβολή δικαιώματος πνευματικής ιδιοκτησίας άλλου υποψήφιου διπλωματούχου όσο και η αντιγραφή από δημοσιευμένες πηγές, όπως βιβλία, εισηγήσεις ή επιστημονικά άρθρα. Το υλικό που συνιστά αντικείμενο λογοκλοπής μπορεί να προέρχεται από οποιαδήποτε πηγή. Η αντιγραφή ή χρήση υλικού προερχόμενου από το διαδίκτυο ή από ηλεκτρονική εγκυκλοπαίδεια επιφέρει τις ίδιες δυσμενείς έννομες συνέπειες με τη χρήση υλικού προερχόμενου από τυπωμένη πηγή ή βάση δεδομένων.
3. Η χρήση αποσπασμάτων από το έργο τρίτων είναι αποδεκτή εφόσον, αναφέρεται η πηγή του σχετικού αποσπάσματος. Σε περίπτωση επί λέξει μεταφοράς αποσπάσματος από το έργο άλλου, η χρήση εισαγωγικών ή σχετικής υποσημείωσης είναι απαραίτητη, ούτως ώστε η πηγή του αποσπάσματος να αναγνωρίζεται.
4. Η παράφραση κειμένου, αποτελεί προσβολή δικαιώματος πνευματικής ιδιοκτησίας.
5. Οι πηγές των αποσπασμάτων που χρησιμοποιούνται θα πρέπει να καταγράφονται πλήρως σε πίνακα βιβλιογραφίας στο τέλος της διπλωματικής εργασίας .
6. Η προσβολή δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας επισύρει την επιβολή κυρώσεων. Για την επιβολή των ενδεδειγμένων κυρώσεων, τα αρμόδια όργανα της Σχολής θα λαμβάνουν υπόψη παράγοντες όπως το εύρος και το μέγεθος του τμήματος της διπλωματικής εργασίας που συνιστά προσβολή δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Οι κυρώσεις θα επιβάλλονται, ύστερα από γνώμη της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής με απόφαση της Συνέλευσης της Σχολής, και μπορούν να συνίστανται στον μηδενισμό της διπλωματικής εργασίας (με ή χωρίς δυνατότητα επανυποβολής), τη διαγραφή από τα Μητρώα των μεταπτυχιακών φοιτητών , καθώς και την επιβολή πειθαρχικών ποινών, όπως η αναστολή της φοιτητικής ιδιότητας του υποψήφιου διπλωματούχου.

Επιπλέον, παρέχω τη συναίνεσή μου, ώστε ένα ηλεκτρονικό αντίγραφο της διπλωματικής εργασίας μου να υποβληθεί σε ηλεκτρονικό έλεγχο για τον εντοπισμό τυχόν στοιχείων προσβολής δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας.

Ημερομηνία

Υπογραφή Υποψηφίου