

Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης  
Σχολή: Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα: Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία

**“Γνώσεις και στάσεις επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το  
Aids”**



**Συντάκτες:**  
**Λεμπιδάκη Σταυρούλα Α.Μ. 2969**  
**Λεονάρδου Αμαλία Α.Μ. 3087**  
**Φραγκιουδάκη Ευαγγελία Α.Μ. 2937**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Τριγώνη Μαρία**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2012**

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Τίτλος εργασίας: Γνώσεις και στάσεις επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το aids

των: Λεμπιδάκη Σταυρούλα, Λεονάρδου Αμαλία και Φραγκιουδάκη Ευαγγελία

Υπό την επίβλεψη της: Δρ. Τριγώνη Μαρία, Επιστημονικός συνεργάτης ΤΕΙ Ηρακλείου

### **Σκοπός**

Η μελέτη αφορά την εκτίμηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, του Βενιζελείου Ηρακλείου και του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

### **Μέθοδος**

Στην μελέτη χρησιμοποιήσαμε ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγιο της έρευνας «Knowledge, attitudes and practices of Greek Health Professionals, in Relation to AIDS. Roumeliotou, A., Kornarou, E., Papaevangelou, V., Spiropoulou, P., Ktenas, K., Stergiou, G., et.al. (1992)

Συμμετείχε πληθυσμός μελέτης 50 επαγγελματιών υγείας, και συγκεκριμένα 31 νοσηλευτές, 16 γιατροί και 3 κοινωνικοί λειτουργοί.

### **Αποτελέσματα**

Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ότι οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο aids είναι συνολικά θετικές. Ειδικότερα διαπιστώσαμε ότι οι γνώσεις τους για τους τρόπους μετάδοσης και τα μέσα προφύλαξης από τον ιό είναι επαρκείς. Επιπλέον, οι στάσεις τους απέναντι στα άτομα με aids είναι αρκετά ικανοποιητικές διότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων ανέφερε ότι δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids και παρέχει τις ίδιες φροντίδες σε αυτόν όπως και στους άλλους ασθενείς. Από την άλλη, ένα μικρό αλλά σημαντικό για την ερευνά μας ποσοστό των επαγγελματιών υγείας δεν δέχεται να φροντίσει ασθενείς με aids. Επίσης, δεν είναι ενημερωμένοι για τα προγράμματα στήριξης που θα μπορούσαν τα άτομα με aids να ενταχθούν και να επωφεληθούν από την συμβουλευτική και την ψυχολογική υποστήριξη των ειδικών.

### **Συμπεράσματα**

Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ασθενείς είναι θετικές ενώ δεν είναι αρκετά ενημερωμένοι για τα προγράμματα στήριξης που απευθύνονται σε άτομα με aids. Ακόμη, ένα ποσοστό των ερωτώμενων δεν δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή. Γι' αυτό το λόγο σκόπιμο είναι να διοργανωθούν προγράμματα εκπαίδευσης για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ασθενείς.

**Λέξεις-κλειδιά:** aids, επαγγελματίες υγείας, γνώσεις, στάσεις

## **ABSTRACT**

Title: Knowledge and attitudes of health professionals in relation to aids

By: Lembidaki Stauroula, Leonardou Amalia, Fragioudaki Euaggelia

Supervisor: Trigoni Maria, PhD, Social Worker

Aim:

The study was to assess knowledge and attitudes of health professionals of the General Hospital of Rethymnon, in Heraklion Venizeleio and General University Hospital of Heraklion.

Method:

The study involved a sample of 50 health professionals, specifically 31 nurses, 16 doctors and 3 social workers. In addition, we used the questionnaire of survey «Knowledge, attitudes and practices of Greek Health Professionals, in Relation to AIDS. Roumeliotou, A., Kornarou, E., Papaevangelou, V., Spiropoulou. P., Ktenas, K., Stergiou, G., et.al. (1992)

Results:

The main results of our research was that the knowledge and attitudes of health professionals towards the aids are totally positive. In particular we found that knowledge about modes of transmission and means of protection against the virus is sufficient. Furthermore, attitudes towards people with aids are quite satisfactory because the majority of respondents indicated that they agree to care a patient with aids and provide the same care as in other patients. On the other hand, a small but important for our research proportion of health professionals are not willing to take care of patients with aids. Instead they are not aware of the support programs that people with aids could join and benefit from counseling and psychological support of the specialists.

Conclusions:

We see that knowledge and attitudes of health professionals to patients are positive and the health professionals are not sufficiently informed about the support programs for people with aids. Furthermore, a proportion of respondents are not willing to take care of a patient. For this reason it is advisable to organize training programs for informing and educating of health professionals to patients.

Keywords: aids, health professionals, knowledge, attitudes

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	2
Abstract .....	3
Ευχαριστίες.....	7
Πρόλογος.....	8

### Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα .....	9
1.1. Βασικές αρχές και κανόνες δεοντολογίας.....	10
1.1.1. Ιατρικής .....	10
1.1.2. Νοσηλευτικής .....	11
1.1.3. Κοινωνική Εργασία στο χώρο της υγείας.....	12
1.2. Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.....	13

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> Ο ΙΟΣ ΤΟΥ HIV

2. Ο ορισμός του AIDS και η έννοια της ανοσολογικής ανεπάρκειας.....	15
2.1. Κατηγορίες του HIV .....	15
2.1.2. Προέλευση των ιών HIV1 και HIV2.....	17
2.2. Τρόποι μετάδοσης του ιού .....	17
2.2.1. Ομάδες υψηλού κινδύνου .....	19

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

3. Παγκοσμίως .....	20
3.1 Στην Ελλάδα.....	22

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

4.	Τα συναισθηματικά στάδια της οροθετικότητας.....	26
4.1	Στίγμα και διάκριση.....	30
4.1.2	Μορφές εκδήλωσης του στιγματισμού.....	31
4.2	Γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας παγκοσμίως.....	32
4.2.1.	Οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα .....	35
4.2.2.	Προγράμματα εκπαίδευσης για το aids σε επαγγελματίες υγείας.....	37

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ**

5.	Δικαιώματα οροθετικών .....	39
5.1.	Υποχρεώσεις οροθετικών .....	40

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> ΠΡΟΛΗΨΗ**

6.	Κύριες Προσεγγίσεις Πρόληψης .....	41
6.1.	Μέτρα Πρόληψης.....	41
6.2.	Μορφές Πρόληψης.....	43

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΤΟΥ ΗΙΥ .....**

48

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS .....**

49

## **B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

1.1	Σκοπός .....	52
1.2	Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι.....	52

1.3	Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις της έρευνας.....	53
1.4	Δυσκολίες της έρευνας .....	56
	<b>Αποτελέσματα.....</b>	<b>57</b>
	<b>Συζήτηση .....</b>	<b>96</b>
	<b>Συμπεράσματα.....</b>	<b>99</b>
	<b>Προτάσεις .....</b>	<b>101</b>
	 <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	 <b>103</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>109</b>

## Ευχαριστίες

Από το πρώτο εξάμηνο εισαγωγή μας, στο ΑΤΕΙ Κρήτης, στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ενημερωθήκαμε για την πτυχιακή εργασία την οποία έπρεπε να συγγράψουμε αλλά και να παρουσιάσουμε τελειώνοντας τις σπουδές μας. Στην αρχή αυτό μας τάραζε και μας φόβιζε και στα μάτια μας μπροστά φάνταζε ως κάτι ιδιαίτερα δύσκολο και χρονοβόρο. Τώρα που έχουν περάσει τα χρόνια, οι σπουδές τελειώνουν και έχει φτάσει η ώρα για να παρουσιάσουμε την πτυχιακή μας εργασία μπορούμε να πούμε με μεγάλη χαρά ότι αυτή αποτέλεσε μια πρωτόγνωρη και συνάμα δημιουργική εμπειρία για εμάς. Παράλληλα, μπορούμε να πούμε ότι αποτελεί το κομμάτι εκείνο του πάζλ που ενώνει τα θεωρητικά μαθήματα και τα εργαστήρια όλων των προηγούμενων ετών με την εφαρμογή και την πράξη.

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε κατά αρχήν την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Δρ. Τριγώνη Μαρία, Προϊσταμένη Κοινωνικής Υπηρεσίας ΠΑΓΝΗ και επιστημονικός συνεργάτης Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης, η οποία ανέλαβε την εποπτεία αυτής της πτυχιακής εργασίας. Με την καθοδήγησή της, τις συμβουλές της και το χρόνο που διέθεσε, βοήθησε και εκείνη στο να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.

Ιδιαίτερα θερμές ευχαριστίες στον κύριο Γιαχνάκη Εμμανουήλ, καθηγητή του Πανεπιστημίου Ηρακλείου Κρήτης, για την πολύ μεγάλη βοήθεια που μας έδωσε στο κομμάτι της στατιστικής ανάλυσης. Οι συμβουλές του ήταν πολύτιμες και ήταν δίπλα μας όποτε τον χρειαστήκαμε.

Ακόμα, όλους όσους μας βοήθησαν με στοιχεία και πληροφορίες καθώς επίσης και τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς) του ΠΑ.ΓΝΗ, του Βενιζελείου και του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης που παρόλο το φόρτο εργασίας τους συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια που στηρίχτηκε αυτή η πτυχιακή εργασία.

Μιας που η πτυχιακή εργασία αποτελεί το τελευταίο βήμα μας πριν από το πτυχίο, νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε εγκάρδια όλους τους καθηγητές, τους επόπτες και τα πλαίσια τα οποία μας δέχτηκαν όλα αυτά τα χρόνια, για όλες αυτές τις γνώσεις και τα εφόδια που μας έδωσαν για την μετέπειτα ζωή και σταδιοδρομία μας.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ θα θέλαμε να το πούμε στους γονείς, τους φίλους και τις οικογένειες μας που όλα αυτά τα χρόνια μας στήριξαν στις σπουδές μας είτε οικονομικά είτε συναισθηματικά και αγωνιούσαν μαζί μας.

ΤΟΥΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΟΛΟΥΣ

## Πρόλογος

Καμία από τις ασθένειες που έκαναν την εμφάνιση τους κατά την διάρκεια του αιώνα που διανύουμε, δεν αναστάτωσε τόσο τις κοινωνικές δομές και την πολιτιστική ταυτότητα των χωρών, όσο το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Επίσης, 1η Δεκεμβρίου μια μέρα που όλοι θυμόμαστε ότι είναι κατά του AIDS και μετά ξεχνάμε οτιδήποτε έχει σχέση με αυτό. Η προαναφερθείσα διαπίστωση δεν αποτελεί το μοναδικό λόγο επιλογής του θέματος. Σε αυτή έρχεται να προστεθεί η ραγδαία διάσταση που η HIV λοίμωξη λαμβάνει, η γενικότερη παθητικότητα -ακόμη και σε θέματα απειλής υγείας, απειλές όπως το AIDS - που διακρίνει τη νέα γενιά , αλλά και σε τι μπορεί να συμβάλει η επιστήμη της κοινωνικής εργασίας ως μία επιστήμη που ασχολείται με τέτοιας φύσεως κοινωνικά ζητήματα (Σαρρής ,2001).

Το θέμα της παρακάτω πτυχιακής εργασίας είναι 'Γνώσεις και στάσεις επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το AIDS'. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει το θεωρητικό υπόβαθρο το οποίο χωρίζεται σε επτά κεφάλαια, συμπεριλαμβανομένου και των υποκεφαλαίων τους.

Αρχικά θα αναφέρουμε την περιγραφή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και τις βασικές αρχές και κανόνες δεοντολογίας της Ιατρικής, της Νοσηλευτικής και της Κοινωνικής Εργασίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε την περιγραφή του ιού HIV και τους τρόπους μετάδοσης του. Επίσης, θα αναφερθούμε στην προέλευση των ιών HIV1 και HIV2. Δύο ξεχωριστοί τύποι του HIV που έχουν εντοπισθεί μέχρι τώρα. Ο HIV1 είναι ο ιός που ευθύνεται κατά κύριο λόγο για την παγκόσμια επιδημία του AIDS.

Στο τρίτο κεφάλαιο, αναλύουμε την ιστορική εξέλιξη του ιού παγκοσμίως καθώς επίσης, και την πορεία του ιού στη χώρα μας παρουσιάζοντας κάποιους πίνακες με τα συνολικά δηλωθέντα άτομα κατά το έτος δήλωσης τους και συγκεκριμένα από το έτος 1984 έως το 2010. Στο τέταρτο κεφάλαιο, αρχικά αναφερόμαστε στους παράγοντες που επηρεάζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις του aids. Έπειτα, παρουσιάζουμε τα συναισθηματικά στάδια της οροθετικότητας τα οποία είναι η άρνηση, ο θυμός, η διαπραγματεύση, οι ενοχές, ο φόβος, η κατάθλιψη και η αποδοχή. Στη συνέχεια, παραθέτουμε τις μορφές εκδήλωσης του στιγματισμού στις οποίες περιλαμβάνονται η πολιτική και τα νομικά πλαίσια, η απασχόληση και ο χώρος εργασίας, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, η θρησκεία και η οικογένεια. Τέλος, αναφερόμαστε σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί για τις γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο aids. Στο πέμπτο κεφάλαιο, αναλύουμε τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που έχει ένας οροθετικός.

Στο έκτο κεφάλαιο, εστιάζουμε στα μέτρα και στις μορφές πρόληψης του ιού. Τα μέτρα πρόληψης είναι η εκπαίδευση, η επαγρύπνηση των υπηρεσιών δημοσίου υγείας και η μαζική παρέμβαση. Ενδεικτικά αναφερόμαστε στις μορφές πρόληψης, όπως πρόληψη της μετάδοσης του ιού με μολυσμένο αίμα, πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης, πρόληψη στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και στην πρόληψη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Στο έβδομο κεφάλαιο της πτυχιακής εργασίας αναφέρουμε την θεραπεία της λοίμωξης του HIV και στο όγδοο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζουμε τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σε συνεργασία με τον ασθενή με aids.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>Ο</sup> ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 1. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Οι παρεμβάσεις της πολιτείας στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, στις σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων αποτελούν το σύστημα υγείας. Η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών της υγείας καθορίζονται από διάφορες ρυθμίσεις. Η οργάνωση και η κατανομή των πόρων με σκοπό την κάλυψη και την βελτίωση των αναγκών γίνεται από το σύστημα υγείας. Οι πόροι αυτοί περιλαμβάνουν το υλικό κεφάλαιο (φάρμακα, τεχνολογικός εξοπλισμός, κτιριακή υποδομή κ.λ.π.) και το ανθρώπινο δυναμικό (ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό) (Σαρρής, 2001).

Στην Ελλάδα οι ανάγκες όλων των πολιτών ανεξάρτητα της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης καλύπτονται από το σύστημα υγείας. Τέτοιου είδους συστήματα χρηματοδοτούνται από τη κοινωνική ασφάλιση και τον κρατικό προϋπολογισμό. Υπάρχει κατανομή των υπηρεσιών με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού. Στη συγκεκριμένη μορφή συστήματος υγείας υπάρχει το πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης.

#### Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σύμφωνα με «το άρθρο 1 του νόμου 3235/2004, ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας. Περιλαμβάνει: α.) τις υπηρεσίες υγείας, β.) την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας, γ.) τον οικογενειακό προγραμματισμό, δ.) τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού, ε.) την οδοντιατρική φροντίδα, στ.) τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης, ζ.) την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, και η). \_τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας» (ΦΕΚ Α 53 20040218).

Όλοι οι κάτοικοι της χώρας μπορούν να έχουν πρόσβαση σε ένα επαρκή σύνολο υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το σύστημα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών: 1) της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας, 2) της ισότητας στη φροντίδα, , 3) της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, 4) του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένεια του, 5) της διαχείρισης ιατρό-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, 6) της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας» (ΦΕΚ Α 53 20040218).

«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από: α) τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία, β) τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), που μετονομάζονται σε Κέντρα

Υγείας του οικείου Ο.ΚΑ, γ) τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., δ) τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και ε) από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ» (ΦΕΚ Α 53 20040218,άρθρο 2).

«Τα Κέντρα Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης όπως και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, εποπτεύονται και ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διαμέσου των αρμόδιων Πε.Σ.Υ.Π. ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητα τους. Επίσης οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης και Περίθαλψης μπορούν να συμβάλλονται μεταξύ τους για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους τους» (ΦΕΚ Α 53 20040218,άρθρο 2).

### **Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας αναφέρεται στην περίθαλψη, που παρέχεται από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής (τοπικό ή νομαρχιακό). Το νοσοκομείο σε αυτό το επίπεδο καλύπτει βασικά προβλήματα υγείας, που απαιτούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και απευθύνεται σε έναν πληθυσμό που κυμαίνεται από 50.000 – 500.000. Είναι δυναμικότητας 100-600 κλινών και διαθέτει όλες τις βασικές κλινικές, παρακλινικές και εργαστηριακές ειδικότητες. Αντίθετα, η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναφέρεται σε αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς του περιφερειακού (πανεπιστημιακού) νοσοκομείου και καλύπτει από 500.000 –1.500.000 άτομα. Το περιφερειακό νοσοκομείο πρέπει να είναι στελεχωμένο με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και εξοπλισμένο με μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας (Θεοδώρου και συν., 2001).

## **1.1. Βασικές αρχές και κανόνες της ιατρικής και νοσηλευτικής δεοντολογίας**

### **1.1.1 Ιατρική δεοντολογία**

Η Δεοντολογία αναφέρεται στη σωστή στάση και συμπεριφορά του γιατρού απέναντι στους αρρώστους, στους συναδέλφους του και γενικότερα σ' όλη την κοινωνία μέσα στην οποία ζει και αναπτύσσεται (Κουτσελίνη,1999).

«Οι βασικές αρχές που επικρατούν στο χώρο της Ιατρικής είναι πρώτον, η αρχή της αυτονομίας, σύμφωνα με την οποία το άτομο δικαιούται να παίρνει μόνο του τις αποφάσεις που το αφορούν. δεύτερον, η αρχή της δικαιοσύνης, σύμφωνα με την οποία κάθε άτομο δικαιούται αυτό που του ανήκει και θα πρέπει με βάση κάποια τεκμήρια να του αποδοθεί. Τρίτον, η αρχή της ωφέλειας, σύμφωνα με την οποία κάθε άτομο θα πρέπει να ωφελείται. Και τέταρτον, η αρχή της ισοτιμίας, σύμφωνα με την οποία όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να τυχαίνουν της ίδιας μεταχείρισης»\_ (Ελληνική Εταιρεία Αντιμετώπισης του AIDS, 1989:74).

Με βάση αυτούς τους κανόνες (ηθικούς, κοινωνικούς, νομικούς, επιστημονικούς) η δεοντολογία καθορίζει και περιλαμβάνει τα δικαιώματα του γιατρού καθώς επίσης και τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του ως προς:

*α) Την επιστήμη που διακονεί*

Ο γιατρός οφείλει να εργάζεται ανελλιπώς, να μελετά και να ενημερώνεται συνεχώς από βιβλία, περιοδικά, σεμινάρια και μετεκπαιδεύσεις γύρω από το αντικείμενο της ειδικότητας του αλλά και γενικότερα σε κάθε κλάδο της ιατρικής.

*β) Του ίδιου του εαυτού του*

Ο γιατρός οφείλει να εργάζεται συνέχεια και να προσέχει να διατηρεί το κύρος του σε υψηλό επίπεδο.

*γ) Του αρρώστου και των συγγενών του*

Ο γιατρός οφείλει να είναι σωστός, ευγενής, ανθρώπινος και πάνω απ' όλα συμπαραστάτης στον ανθρώπινο πόνο. Το απόρρητο, η συναίνεση η σωστή και υπεύθυνη ενημέρωση του αρρώστου αποτελούν βασική προϋπόθεση μιας τέτοιας προσέγγισης.

*δ) Των συναδέλφων του*

Οι διαπροσωπικές σχέσεις των γιατρών θα πρέπει να κυμαίνονται μέσα στα πλαίσια της αξιοπρέπειας, της αφιλοκέρδειας, του υγιούς ανταγωνισμού κ.λ.π.

*ε) Της Κοινωνίας*

Ο γιατρός οφείλει να εργάζεται για την πρόοδο της κοινωνίας μέσα στην οποία ζει και αναπτύσσεται, τη διόρθωση, τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό θεσμών και πεποιθήσεων με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ανθρώπινης ζωής.

*στ) Της Πολιτείας*

Ο γιατρός οφείλει να σέβεται τους νόμους και τις επιταγές της, δρώντας ορθά και σύμφωνα με το ισχύον Δίκαιο (Κουτσελίνη,1999).

### **1.1.2. Νοσηλευτική δεοντολογία**

Η νοσηλευτική δεοντολογία είναι το σύνολο γνώσεων και κανόνων που καθορίζουν τη συμπεριφορά του νοσηλευτή στην άσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων.

«Η Νοσηλευτική Δεοντολογία αποβλέπει στα εξής: Πρώτον, να ενημερώνει το νοσηλευτή για τα επαγγελματικά του καθήκοντα και τον επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς του στο χώρο της εργασίας. Δεύτερον, να βοηθάει τον νοσηλευτή να αναπτύσσει σωστές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με τους συνεργάτες του όσο και με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους. Τρίτον, να ευαισθητοποιήσει το νοσηλευτή να συνειδητοποιήσει τις ευθύνες που αναλαμβάνει. Τέταρτον, να τον προσανατολίσει ώστε να βλέπει τον άρρωστο ως μια μοναδική ψυχοσωματική ολότητα με ανάγκες και δικαιώματα. Τέλος, να του παρέχει τις βασικές γνώσεις (Γιαννοπούλου,1990).

Επιπλέον, η ευθύνη του νοσηλευτή είναι πολλαπλή. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος απέναντι α) στους ασθενείς. Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα

στον ασθενή να σέβεται τις αξίες, τα ήθη, τα έθιμα, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου και να τηρεί το απόρρητο. β) Του επαγγέλματος του και της κοινωνίας γενικότερα. Ο νοσηλευτής συμμετέχει στον καθορισμό και τη διατήρηση δικαιων κοινωνικό-οικονομικών όρων εργασίας στη Νοσηλευτική. γ) *Της επιστήμης που υπηρετεί. Ο νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί τις γνώσεις του σε υψηλό επίπεδο, να εκπαιδεύεται και να επιμορφώνεται συνεχώς μέσα από σεμινάρια, βιβλία κ.α.* δ) *Των συναδέλφων του.* Ο νοσηλευτής οφείλει να συνεργάζεται και να διατηρεί αρμονικές σχέσεις με τους συναδέλφους.» (Γιαννοπούλου,1990:72-73).

### **1.1.3. Κοινωνική Εργασία στον χώρο της υγείας**

#### **Αρχές της Κοινωνικής Εργασίας στον νοσοκομειακό χώρο**

Η άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο του νοσοκομείου προϋποθέτει προσήλωση στα ιδεώδη της ελευθερίας και της δικαιοσύνης και πίστη στην αξία της ανθρώπινης ύπαρξης και των δυνατοτήτων της. Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός αναγνωρίζει έμπρακτα το δικαίωμα κάθε ασθενή:

α) Να αποφασίζει στο να αποδεχθεί η όχι το είδος των παρεχόμενων σε αυτόν υπηρεσιών και τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του , εφόσον με τον τρόπο αυτό δεν εκτίθεται σε κίνδυνο η ασφάλεια και η ευημερία των συνανθρώπων του και της κοινωνίας γενικότερα. Από την άλλη στην περίπτωση ενός ασθενή με aids ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να αποδεχτεί το πρόβλημα υγείας του και τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς αυτόν διότι θέτει σε κίνδυνο τον εαυτό του και το κοινωνικό σύνολο.

β) Να συμμετέχει εποικοδομητικά και στο μέτρο του δυνατού στη διαδικασία του σχεδιασμού των κοινωνικών μέτρων που τον αφορούν και να συμπράττει στην προσπάθεια κάλυψης των αναγκών του στο μέτρο που οι δυνατότητες του το επιτρέπουν.

γ) Να ενεργεί κατά τρόπο που συμβάλλει στη δημιουργία ή παροχή ίσων ευκαιριών , σε άτομα, ομάδες και κοινότητες, χωρίς διάκριση καταγωγής , φύλου, ηλικίας , κοινωνικής θέσης, θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων, τόσο για την κάλυψη των βιολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και πολιτιστικών αναγκών τους, όσο για την ανάπτυξη και αξιοποίηση των δικών τους δυνατοτήτων. (Καλλινικάκη,1998). Όσον αφορά τα άτομα με aids δεν θα πρέπει να γίνεται καμία διάκριση λόγω της ασθένειας τους και να τους παρέχονται οι ίδιες υπηρεσίες υγείας όπως και στους άλλους ασθενείς.

#### **Υποχρεώσεις προς το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας**

Για την ανάπτυξη και προαγωγή της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να επιδιώκει τη βελτίωση της επαγγελματικής του στάθμης με τη συνεχή επιμόρφωση και μετεκπαίδευση του σε θέματα υγείας αλλά και συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης.. Να συμβάλλει ενεργά στην τήρηση των αρχών της κοινωνικής εργασίας και στην αξιοποίηση των μεθόδων της κοινωνικής εργασίας. Να συμβάλλει στην ορθή και σαφή ενημέρωση των ασθενών αναφορικά με τις επιδιώξεις και τους στόχους της κοινωνικής εργασίας

και στην αύξηση της εμπιστοσύνης των εξυπηρετούμενων για την χρησιμότητα των υπηρεσιών που προσφέρει. Και τέλος, να προσφέρει γνώσεις τόσο για την επισήμανση και τεκμηρίωση της φύσης και της έκτασης κοινωνικών αναγκών και προβλημάτων, όπως είναι οι ανάγκες και τα προβλήματα των ατόμων με aids, όσο και για τον καθορισμό των επιλογών και των τρόπων αντιμετώπισης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών συμβάλλοντας έτσι, με τη συμμετοχή του σε αρμόδια όργανα, στη διαμόρφωση της Κοινωνικής Πολιτικής, καθώς επίσης στο σχεδιασμό και τη διαμόρφωση των απαραίτητων κοινωνικών υπηρεσιών και προγραμμάτων. (Καλλινικάκη,1998). Υπηρεσίες οι οποίες θα εξυπηρετούν τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών και προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του κοινωνικού συνόλου.

### **Καθήκοντα προς τους εξυπηρετούμενους**

Ο κοινωνικός λειτουργός κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών στο νοσοκομείο οφείλει: Πρώτον, να σέβεται την προσωπικότητα του ασθενή και να συμβάλλει έμπρακτα στη διαφύλαξη της αξιοπρέπειας του και στην ικανοποίηση και διασφάλιση των δικαιωμάτων του. Επίσης, θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην διεκδίκηση των δικαιωμάτων των ασθενών με aids, αφού αποτελούν μια ομάδα ασθενών που συχνά στιγματίζεται και παραγκωνίζεται. Δεύτερον, να αναγνωρίζει την ιδιαιτερότητα του και το δικαίωμα του να αποφασίζει για τις υποθέσεις που τον αφορούν, ενθαρρύνοντας και υποβοηθώντας τον ταυτόχρονα να αναλαμβάνει τις ευθύνες των πράξεών, να αξιοποιεί στο έπακρο τις δυνατότητές του και να βρίσκει αυτενεργώντας λύσεις για την κάλυψη των αναγκών του. Οι ενέργειες αυτές βοηθούν τα άτομα με aids, που συχνά κατακλύζονται από αισθήματα παραίτησης και άρνησης για τη ζωή, να αποδεχτούν την καινούρια κατάσταση στην οποία βρίσκονται και να πάρουν πρωτοβουλίες για να διευκολύνουν την ζωή τους. Τρίτον, να τον ενημερώνει με σαφήνεια και πληρότητα για τις προϋποθέσεις, το περιεχόμενο και τα χρονικά πλαίσια της συνεργασίας μαζί του και να παρέχει τις υπηρεσίες του με αντικειμενικά κριτήρια και μετά από αμερόληπτη κρίση. Τέταρτον, να συλλέγει και να χρησιμοποιεί πληροφορίες ή δεδομένα που αφορούν τον εξυπηρετούμενο μόνο εφόσον σχετίζονται με τις ανάγκες ή τα προβλήματα για τα οποία απευθύνθηκε στη υπηρεσία και εφόσον κρίνονται απαραίτητα, τόσο για το διαγνωστικό έργο, όσο και για την λήψη των αναγκαίων για αυτόν μέτρων. Και πέμπτον, να τηρεί αυστηρά εχεμύθεια σε ιδιωτικά απόρρητα που του έχει εμπιστευθεί ο ασθενής ή που έχουν περιέλθει σε γνώση του κατά την άσκηση του επαγγέλματός του. Στην περίπτωση των ατόμων με aids η εχεμύθεια παίζει σημαντικό ρόλο για να νιώσουν ασφάλεια και εμπιστοσύνη για τον κοινωνικό λειτουργό (Καλλινικάκη,1998).

### **1.3. Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας**

Ο βαθμός ικανοποίησης του αρρώστου από τη φροντίδα του εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων. Οι J. Fox και D.Storms υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές των ασθενών έχουν σχέση με τα επίπεδα της ικανοποίησης τους. Οι παράγοντες που δείχνουν να έχουν σχέση είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική τάξη στην οποία ανήκει ο ασθενής και η περιοχή στην οποία ζει.

Ο R. Fitzpatrick (1991) αναφέρει ότι η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στην

ικανοποίηση των ασθενών, με τους ηλικιωμένους ασθενείς να αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Αυτό μπορεί να συνεπάγεται στις χαμηλές προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών ή στη διαφοροποιημένη στάση των ηλικιωμένων απέναντι στην καθημερινότητα και σε κάποιες αξίες.

Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες που πηγάζει από τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ασθενή και του επαγγελματία υγείας αφορούν: α) την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει ο επαγγελματίας υγείας στον άρρωστο και β) το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999).

Επίσης, η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ένας άρρωστος αποτελεί, ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησης του. Συνήθως η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελλιπή ενημέρωση που λαμβάνουν και τη συνακόλουθη μη επικοινωνία που εγκαθίσταται στη σχέση τους με τη θεραπευτική ομάδα. Οι επαγγελματίες υγείας, είτε γιατί δεν είναι εκπαιδευμένοι στην επικοινωνία και στην παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης του αρρώστου, είτε γιατί, πιθανόν, να θέλουν να διατηρήσουν τον έλεγχο πάνω στον άρρωστο, περιορίζουν την ενημέρωση ή αποκρύπτουν στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν την υγεία ή τη ζωή του (Σαρρής, 2001).

Η ικανοποίηση του αρρώστου από τη σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται μόνο από την πληροφόρηση που δέχεται, εξαρτάται και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικό γι' αυτόν. Ο άρρωστος που αντιλαμβάνεται ότι τον «ακούνε» νιώθει ότι έχει στο πλευρό του επαγγελματίες που είναι διαθέσιμοι να τον στηρίξουν (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> Ο ΙΟΣ ΤΟΥ HIV

### 2.Ο ορισμός του AIDS και η έννοια της ανοσολογικής ανεπάρκειας

**AIDS:** Ονομάζεται έτσι από τα αρχικά των λέξεων Acquired Immunodeficiency Syndrome και στα ελληνικά μεταφράζεται ως Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Η ονομασία του και μόνο εξηγεί πολλά γι' αυτό. Χαρακτηρίζεται ως σύνδρομο, που σημαίνει ότι έχουμε να κάνουμε με ένα σύνολο συμπτωμάτων, δηλαδή με μια ασθένεια. Οδηγεί στην ανοσολογική ανεπάρκεια, δηλαδή στην εξασθένηση της βασικής λειτουργίας του οργανισμού, που είναι να αναγνωρίζει τους ιούς που τον προσβάλλουν και να αμύνεται σε αυτούς. Τέλος, η ασθένεια αυτή προσδιορίζεται ως επίκτητη, δηλαδή δεν κληρονομείται, αλλά αποκτιέται στη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2006).

**HIV:** Human Immunodeficiency Virus είναι ο Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας. Δηλαδή, είναι ο ιός που προκαλεί την ασθένεια του AIDS. Όπως όλοι οι ιοί, για να αναπαραχθεί χρησιμοποιεί τον γενετικό μηχανισμό κυττάρων, συγκεκριμένα των T- λεμφοκυττάρων. Ο HIV έχει την ικανότητα να μεταλλάσσεται γρήγορα και να εξαπλώνεται με το περιφερικό αίμα ταχύτερα από άλλους ιούς. Όσο αυξάνεται το ποσοστό του ιού που περνάει στο αίμα, τόσο πιο κοντά βρίσκεται ο ασθενής στην εκδήλωση της ασθένειας (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2006).

Ο φορέας του HIV, δηλαδή ο οροθετικός, περνάει κάποια περίοδο, η οποία διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο (περίπου 2-12 χρόνια), κατά την οποία δεν εκδηλώνει τα συμπτώματα της ασθένειας του AIDS. Αυτό δεν σημαίνει ότι κατά τη διάρκεια αυτής περιόδου δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό. Αυτό μπορεί να το κάνει από την πρώτη κιόλας στιγμή της μόλυνσής του. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2007). Ως φορέας θεωρείται το άτομο που έχει μολυνθεί με τον ιό, αλλά δεν έχει νοσήσει ακόμα (δηλαδή δεν έχει παρουσιάσει κανένα σύμπτωμα). Λέγεται και HIV (+) άτομο ή οροθετικός για HIV. Το άτομο αυτό μεταδίδει τον ιό στους άλλους μέσω του σεξ, αίματος ή με τον τοκετό (περιγεννητική μετάδοση) ([www.keel.org.gr](http://www.keel.org.gr)).

Οι ονομασίες HIV και AIDS μπορεί να συγχέονται γιατί και οι δύο αυτοί όροι περιγράφουν την ίδια νόσο. Σκεφτείτε το AIDS σαν μια προχωρημένη HIV νόσο. Ένα άτομο με AIDS έχει ένα ανοσοποιητικό σύστημα τόσο αποδυναμωμένο από τη δράση του HIV που συνήθως αρρωσταίνει από μία ή περισσότερες ευκαιριακές λοιμώξεις όπως πνευμονία (PCP) ή Σάρκωμα Καπόζι (KS), Σύνδρομο Επίσχυσης (απώλεια βάρους), βλάβες στην μνήμη, ή καρκίνους. Αν κάποιο άτομο με HIV διαγνωσθεί με κάποιες από αυτές τις ευκαιριακές λοιμώξεις, τότε λέμε ότι έχει AIDS. Το AIDS συνήθως παίρνει καιρό για να αναπτυχθεί από την στιγμή που το άτομο μολυνθεί με HIV ([www.hivaid.gr](http://www.hivaid.gr)).

### 2.1 Κατηγορίες του HIV

Όλοι οι παραπάνω όροι αναφέρονται σε μία εξαιρετικά επίφοβη για τον άνθρωπο ίωση που οφείλεται σε ομάδα ιών γνωστών ως ομάδα ιών HIV. Ο όρος αυτός είναι ακρωνύμιο του αγγλικού όρου Human Immunodeficiency Virus, δηλαδή Ανθρώπινος Ιός Ανοσοανεπάρκειας.

Ο ιός αυτός ανήκει σε μια κατηγορία ιών που ονομάζονται ρετροϊοί, οι οποίοι περιέχουν κύτταρα τα οποία συντίθενται από μόρια ριβοζονουκλεϊκού οξέως (RNA). Τα ανθρώπινα γονίδια, όπως και αυτά των περισσότερων οργανισμών, συντίθενται από μόρια δεσοξυριβοζονου-κλεικού οξέως (DNA). Όπως όλοι οι ιοί, έτσι και ο HIV μπορεί να αντιγραφεί μόνο μέσα στα κύτταρα, ενεργοποιώντας το μηχανισμό αναπαραγωγής τους. Η ουσιαστική διαφορά των ρετροϊών από τους άλλους ιούς έγκειται στην ιδιότητά τους να περιέχουν ένα ειδικό ένζυμο, την αντιστροφμεταγραφάση (reverse transcriptase) η οποία τους επιτρέπει αμέσως μόλις εισβάλλουν στο κύτταρο να μετατρέψουν το RNA τους σε DNA το οποίο μπορεί να ενσωματωθεί στο γένωμα του κυττάρου-ξενιστή. Με τη μορφή, αυτή το DNA του ιού (προ-ικό DNA) παραμένει "σιωπηλό" για μήνες και για χρόνια, στα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού, ως "προϊός" (Κιόρτσης και Παπασπηλιόπουλος, 1997).

Ο HIV ανήκει σε μια υποκατηγορία ρετροϊών που ονομάζονται "αργοί ιοί". Η πορεία της λοίμωξης που προκαλούν αυτοί οι ιοί χαρακτηρίζεται από τη μεσολάβηση ενός μεγάλου χρονικού διαστήματος ανάμεσα στην αρχική προσβολή και στην εμφάνιση σοβαρών συμπτωμάτων ή αλλιώς από τη μακριά περίοδο επώασης πριν από την εμφάνιση της ασθένειας. (Miller & Bor, 1991).

Ο HIV μολύνει, δηλαδή ενσωματώνεται δια βίου στο γενετικό τους υλικό, τα κύτταρα με CD4 υποδοχείς, δηλαδή τα T4 λεμφοκύτταρα, τα μονοκύτταρα-μακροφάγα, τα κύτταρα του Langerhans και ομάδα νευρογλοιακών κυττάρων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και του νωτιαίου μυελού (Καλοταιράκης, 1989). Κατά τη διάρκεια της τυπικής εξέλιξης της λοίμωξης τα T-βοηθητικά κύτταρα (T-helper cells), τα οποία έχουν υποδοχείς κύτταρα CD4 (Cluster Destination 4), αδρανοποιούνται και καταστρέφονται. Τα κύτταρα αυτά είναι ζωτικής σημασίας για την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού καθώς δίνουν σήμα σε άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος να διαδραματίσουν τις ιδιαίτερες λειτουργίες τους. Ένα υγιές άτομο συνήθως έχει 800 έως 1200 CD4+T κύτταρα ανά κυβικό χιλιοστό (mm) αίματος. Κατά τη διάρκεια της λοίμωξης HIV, ο αριθμός αυτών των κυττάρων στο αίμα του προσβεβλημένου ατόμου μειώνεται προοδευτικά. Όταν ο αριθμός τους πέσει κάτω από 200 ανά κυβικό χιλιοστό, ο άνθρωπος γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος στις ευκαιριακές λοιμώξεις και τους καρκίνους που χαρακτηρίζουν το AIDS, το τελικό στάδιο της νόσου HIV. Οι άνθρωποι με AIDS συχνά υποφέρουν από λοιμώξεις στα έντερα, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα μάτια και σε άλλα όργανα καθώς επίσης και από εξουθενωτική απώλεια βάρους, διάρροια, νευρολογικές διαταραχές και καρκίνους όπως είναι η αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma) και τα λεμφώματα (Miller & Bor, 1991).

Οι περισσότεροι επιστήμονες πιστεύουν ότι ο HIV προκαλεί το AIDS εξολοθρεύοντας κατευθείαν τα CD4+T- κύτταρα και δίνοντας ερεθίσματα με παθολογική βάση για την έναρξη άλλων συμβάντων τα οποία εξασθενίζουν την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού. Για παράδειγμα, το δίκτυο των μορίων που ρυθμίζουν την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού ενός υγιούς ατόμου διαρρηγνύεται κατά τη διάρκεια της νόσου HIV και εξασθενίζει η ικανότητά του να αντιμετωπίζει άλλες λοιμώξεις. Η καταστροφή των λεμφικών κόμβων και των σχετιζομένων ανοσολογικών οργάνων διαδραματίζει επίσης τεράστιο ρόλο στην ανοσοκαταστολή που παρατηρείται στα άτομα με AIDS (NIAID, 1999).



### 2.1.2. Προέλευση των ιών HIV1 και HIV2

Δύο ξεχωριστοί τύποι του HIV έχουν εντοπισθεί μέχρι τώρα. Ο HIV1 είναι ο ιός που ευθύνεται κατά κύριο λόγο για την παγκόσμια επιδημία του AIDS. Το γενετικό υλικό του είναι σημαντικά διαφορετικό από εκείνο του HIV2, έτσι είναι δύσκολο να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι προήλθε από αυτόν με απλή μετάλλαξη. Είναι πιθανό, όμως να προέρχεται από έναν ιό που προσβάλλει τους χιμπατζήδες. Είναι, επίσης, πιθανό να ενδημούσε για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ορισμένους ανθρώπινους πληθυσμούς που ζούσαν απομονωμένοι και από τους οποίους ήταν σχετικά καλά ανεκτός (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

Ο HIV2 είναι ένας ιός συγγενής του ιού του πράσινου πιθήκου. Η πιθανότερη εκδοχή είναι ότι ο ιός αυτός πέρασε στο πρόσφατο ή μακρινό παρελθόν στον άνθρωπο από τον πίθηκο. Ο πίθηκος είναι το είδος "δεξαμενή" του ιού και έχει επιδείξει ανοχή σε αυτόν, ενώ ο άνθρωπος που έγινε ο νέος ξενιστής για τον ιό αυτό, δεν ήταν προετοιμασμένος να τον αντιμετωπίσει. Και αυτός ο ιός προκαλεί AIDS στον άνθρωπο, αλλά μεταδίδεται πιο δύσκολα από τον HIV1 και αφού μεταδοθεί προκαλεί το νόσημα λιγότερο συχνά και μετά από μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

Πιστεύεται ότι αυτοί οι ιοί που συναντιούνται στους πιθήκους υπερπήδησαν το φράγμα των ειδών όταν ιστοί προσβεβλημένων πιθήκων καταναλώθηκαν από ανθρώπους. Κάποιοι επιστήμονες πιστεύουν ότι μια πηγή μόλυνσης, ίσως ήταν τα κύτταρα από νεφρά πιθήκων που χρησιμοποιούνταν στη δεκαετία του 1950 προκειμένου να κατασκευάζεται το εμβόλιο για τον ιό της πολιομυελίτιδας, άλλοι όμως διαψεύδουν αυτή την άποψη (Hutchinson, 2001).

### 2.2. Τρόποι μετάδοσης του ιού

Το aids μεταδίδεται μόνο με τους ακόλουθους τρεις τρόπους:

#### A) Αιματογενής μετάδοση

Με τη μετάγγιση αίματος ή με τη χρήση μολυσμένων με αίμα φορέων ιατρικών ή άλλων εργαλείων που χρησιμοποιούνται σε αιματηρές επεμβάσεις. Αυτό εξηγεί την υψηλή συχνότητα φορέων σε πολυμεταγγιζόμενα άτομα και αιμορροφιλικούς. Σήμερα ο τρόπος αυτός είναι πρακτικώς ανύπαρκτος, αφού κάθε αιμοδότης ελέγχεται, χρησιμοποιούνται εργαλεία μιας χρήσεως και όλα τα υπόλοιπα εργαλεία αποστειρώνονται. Είναι όμως πολύ συχνός στους τοξικομανείς που μοιράζονται τις σύριγγες και τις βελόνες για να ενέσουν ενδοφλέβια το ναρκωτικό τους. (Δαρδαβέσης, 2003).

Η πιθανότητα, τέλος, μετάδοσης του HIV στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μετά από τρύπημα με μολυσμένη βελόνα είναι της τάξης του 0,001- 0,01, ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα για την ηπατίτιδα Β κυμαίνεται από 0,2-0,3. Γενικά, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εκτίθεται σε κίνδυνο μόλυνσης σχετικά συχνά κατά την άσκηση των καθηκόντων του στον HIV. Έχει διαπιστωθεί όμως, ότι η συχνότητα μετάδοσης είναι ιδιαίτερα χαμηλή και εξαρτάται από τον τύπο της έκθεσης και από τον κίνδυνο μετάδοσης με τη συγκεκριμένη έκθεση (Δαρδαβέσης, 2003).

Σε ορισμένες περιοχές των ΗΠΑ. Έχει προσβληθεί μέχρι το 90% των τοξικομανών (Νέα Υόρκη). Αλλά και στις γειτονικές μας μεσογειακές χώρες (Ισπανία-Ιταλία) οι τοξικομανείς έχουν προσβληθεί σε ποσοστό πάνω από 50%. Στην Ελλάδα λιγότεροι από 5% των τοξικομανών έχουν προς το παρόν μολυνθεί (Πολίτης, 2002).

#### B) Σεξουαλική μετάδοση

Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί τόσο κατά την ανδρική ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή, όσο και κατά την ετεροφυλοφιλική. Πρέπει μάλιστα να δοθεί έμφαση, ότι ενώ αρχικά η λοίμωξη ήταν ιδιαίτερα συχνή, κατά κύριο λόγο, ανάμεσα στους ομοφυλόφιλους, η ετεροφυλοφιλική οδός αποτελεί πλέον σημαντικό τρόπο

μετάδοσης, αφού τα μεγαλύτερα ποσοστά αύξησης της επίπτωσης της λοίμωξης αφορούν σε γυναίκες (Δαρδαβέσης, 2003).

Η πιθανότητα μετάδοσης είναι μικρότερη από 1%. Αρκεί όμως και μια σεξουαλική επαφή. Η πιθανότητα είναι σχετικά μεγαλύτερη σε ομοφυλοφιλική επαφή που είναι περισσότερο τραυματική και το επιθήλιο του εντέρου επιτρέπει ευχερέστερη διέλευση του HIV προς τα συσσωρευμένα στην περιοχή αυτή λεμφοκύτταρα. Γι' αυτό οι ομοφυλόφιλοι, αλλά και οι ιερόδουλες και άτομα με μεγάλη εναλλαγή ερωτικών συντρόφων ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου (Δετοράκης και Παπαγεωργίου, χ.χ).

#### Γ) Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση

Είναι δυνατό να συμβεί μέσω του πλακούντα ενδομητρίως, κατά τη διάρκεια του τοκετού από το αίμα και τα κολπικά υγρά ή μετά τον τοκετό κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Το 90 - 95% των νεογνών, που γεννιούνται από HIV θετικές μητέρες, μολύνονται από τον ιό, ενώ πρέπει να τονιστεί, ότι οι μητέρες φορείς HIV που μεταδίδουν στο κύημα ή στο νεογνό τους τον ιό, είναι στην πλειοψηφία χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών ή είχαν ερωτικό σύντροφο φορέα (Δετοράκης και Παπαγεωργίου, χ.χ).

Ο ιός δε μεταδίδεται:

- Σφίξεις το χέρι κάποιου, τον αγκαλιάσεις ή τον φιλήσεις
- Φτερνιστεί κάποιος κοντά σου
- Κολυμπάς σε πισίνες
- Έρθεις σε επαφή με τον ιδρώτα ή το σάλιο κάποιου
- Χρησιμοποιείς κοινή τουαλέτα, πετσέτες, ποτήρια και πιάτα. Ακόμη, και αν υπάρχει αίμα, σπερματικά ή κολπικά υγρά σε αντικείμενο που χρησιμοποίησες, δεν υπάρχει κίνδυνος να μολυνθείς διότι ο ιός καταστρέφεται όταν έρθει σε επαφή με τον αέρα ή με κάποια επιφάνεια (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2006).

### 2.2.1.Ομάδες υψηλού κινδύνου

Οι ομάδες των ατόμων, των οποίων η συμπεριφορά και οι συνήθειες τους εκθέτουν ιδιαίτερα στον κίνδυνο της Ηiv λοίμωξης, καλούνται ομάδες υψηλού κινδύνου και περιλαμβάνουν:

1. Ομοφυλόφιλους - αμφιφυλόφιλους άνδρες
2. Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών
3. Πολυμεταγγιζόμενους
4. Κατοίκους περιοχών όπου η νόσος ενδημεί
5. Άτομα με πολυγαμικές σχέσεις
6. Ερωτικούς συντρόφους ασθενών με ΣΕΑΑ
7. Παιδιά ασθενών με ΣΕΑΑ
8. Ιερόδουλες και τους πελάτες τους

Οι ομοφυλόφιλοι - αμφιφυλόφιλοι άνδρες αποτελούν την πιο ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα, ενώ οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών αποτελούν τη δεύτερη κατά σειρά ομάδα υψηλού κινδύνου σε παγκόσμιο επίπεδο μετά τους ομοφυλόφιλους - αμφιφυλόφιλους άνδρες. Επίσης θεωρούνται ότι είναι η «γέφυρα» διασποράς του ιού HIV στον ετεροφυλοφιλικό πληθυσμό και συνδέονται με την πλειοψηφία των περιπτώσεων ΣΕΑΑ στα παιδιά (Δαρδαβέσης, 2003).

Επιπλέον, ο κίνδυνος της λοίμωξης έχει σχέση με τη συχνότητα ενδοφλέβιας λήψης ναρκωτικών και τη συχνότητα χρήσης αποστειρωμένων βελονών και συριγγών. Η ανάγκη να εξασφαλίσουν πόρους για την προμήθεια ναρκωτικών, τους ωθεί σε εκπόρνευση, αυξάνοντας την πιθανότητα διασποράς του ιού στο γενικό πληθυσμό. Η περιγεννητική μετάδοση από μητέρες φορείς, είτε γιατί έχουν σεξουαλικές σχέσεις με τοξικομανείς φορείς του ιού, είτε γιατί οι ίδιες κάνουν χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών, αποτελεί μια επιπλέον πηγή μετάδοσης του ιού. Έρευνες στις ΗΠΑ αποδίδουν τα 3/4 της ετεροφυλοφιλικής και τα 2/3 της περιγεννητικής μετάδοσης του ιού στη χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών (Δαρδαβέσης, 2003).

Τέλος ,σημαντικό είναι ότι ο επιπολασμός της οροθετικότητας στους τοξικομανείς παρουσιάζει μια χαρακτηριστική ανομοιομορφία, όχι μόνο μεταξύ διαφορετικών χωρών, αλλά και μεταξύ γεωγραφικών περιοχών της ίδιας χώρας. Είναι όμως αναμφίβολο, ότι μόλις ο ιός εμφανιστεί σ' ένα πληθυσμό τοξικομανών μιας περιοχής, τότε η διασπορά ακολουθεί γεωμετρική πρόοδο, λόγω της κοινής χρήσης μολυσμένων βελονών και συριγγών που εφαρμόζουν και των ανεξέλεγκτων σεξουαλικών σχέσεων που επιδιώκουν για χρήματα ή ναρκωτικά. (Δαρδαβέσης, 2003).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV ΚΑΙ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

### 3. Πορεία και Εξέλιξη της Επιδημίας Παγκοσμίως

Δεν γνωρίζουμε πότε ακριβώς εμφανίστηκε το AIDS. Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι εμφανίστηκε κάποια στιγμή ανάμεσα στο 1926 και στο 1946, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που θεωρούν ότι είχε μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη από το 1675 (Garret, 2000). Οι επιστήμονες υποψιάζονταν ότι ο ιός HIV είχε κάποια σχέση με τα θηλαστικά της Αφρικής πολύ πριν αποδειχθεί η σχέση του με τους χιμπατζήδες. Η Beatrice Hahn του University of Alabama at Birmingham, η οποία εστιάζει τις έρευνές της στον HIV1, ανακοίνωσε κατά τη διάρκεια του 6ου Συνεδρίου για τους Πετροϊούς και τις Ευκαιριακές Λοιμώξεις στο Σικάγο, την προέλευση του ιού από τους χιμπατζήδες (Beil, 1999). Ο Marx, του Tulane University Medical Center in N. Orleans, βοήθησε στον εντοπισμό της προέλευσης του HIV2 σε ένα άλλο θηλαστικό, τον πίθηκο sooty mangabey (Beil, 1999).

Η λοίμωξη HIV άρχισε να παίρνει τη μορφή επιδημίας στην Κεντρική Αφρική στις αρχές της δεκαετίας του '70. Το AIDS εξαπλώθηκε ραγδαία στο Ζαΐρ, την Ουγκάντα και άλλα κράτη της Κεντρικής Αφρικής. Από την Αφρική, η ασθένεια φαίνεται ότι εξαπλώθηκε αργά στην Ευρώπη, στην Αϊτή και στις Η.Π.Α (Taylor, 1995).

Ακόμη δεν έχει δοθεί πλήρης εξήγηση στο φαινόμενο της έντονης εξάπλωσης της επιδημίας στην εποχή μας. Οι εκδοχές που υπάρχουν (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998) είναι κυρίως τρεις: **α.** Η εκδοχή της μετάλλαξης που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της παθογόνου δράσης του ιού, είναι μάλλον απίθανη. **β.** Η εκδοχή της παρασκευής του ιού από τον άνθρωπο αποκλείεται, καθώς η τεχνολογία που θα απαιτούσε ένα τέτοιο εγχείρημα δεν είχε ακόμη ανακαλυφθεί. **γ.** Η πιθανότερη εκδοχή είναι ότι οι HIV υπήρχαν στη φύση από πολύ παλιά και μόνο η ευρεία διασπορά τους είναι καινούρια.

Όταν η αμερικανική κυβέρνηση με σύντομη δημόσια ανακοίνωση ανέφερε μια παράξενη ασθένεια η οποία παρατηρήθηκε σε ομοφυλόφιλους άνδρες στο Λος Άντζελες, στις 5 Ιουνίου 1981, λίγοι άνθρωποι αντελήφθησαν το γεγονός (Balasegaram, 2001). Τα πρώτα θύματα της νόσου (εννοούμε εδώ, τα πρώτα θύματα από τη στιγμή που έγινε αντιληπτή η νόσος στην Αμερική και στην Ευρώπη) ήταν νεαροί ομοφυλόφιλοι. Έτσι οι επιστήμονες ονόμασαν αρχικά την ασθένεια Gay Syndrome ή νόσο των ομοφυλοφίλων. Σε κάποιες περιπτώσεις απάντησε και ως Gay Cancer (Καρκίνος των Ομοφυλοφίλων) και ως Gay Plague (Πανώλη των Ομοφυλοφίλων). Λίγο αργότερα, άρχισε να επικρατεί η ονομασία GRID (Gay Related Immune Deficiency/Ανοσολογική Ανεπάρκεια των Ομοφυλοφίλων) (Δαρδαβέσης, 1999). Οι επιδημιολογικές μελέτες που ακολούθησαν και τα συμπεράσματα στα οποία οδήγησαν τους επιστήμονες κατέστησαν τους παραπάνω όρους άχρηστους. Έτσι χρησιμοποιήθηκε, ως πιο ικανοποιητικός, ο όρος AIDS.

Το γεγονός ότι οι πρώτοι ασθενείς του AIDS στην Αμερική και στην Ευρώπη ήταν άνδρες ομοφυλόφιλοι ή τοξικομανείς, οδήγησε στη δημιουργία της εντύπωσης ότι η νόσος συνδέεται με συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες (συνήθως περιθωριακές). Καθώς όμως αποδείχτηκε ότι η νόσος μεταδίδεται και με την ετεροφυλοφιλική

ερωτική επαφή, αποδείχτηκε ταυτόχρονα και το γεγονός ότι το AIDS δε συνδέεται μόνο με τη σεξουαλική συμπεριφορά.

Η εξάπλωση της νόσου σε παγκόσμια κλίμακα οπωσδήποτε ευνοήθηκε από τις ομοφυλοφιλικές ερωτικές πρακτικές και από τις πρακτικές των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Ωστόσο, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι παραπάνω πρακτικές δεν είναι οι κύριοι παράγοντες εξάπλωσης της νόσου. Το θέμα είναι ευρύτερο και σχετίζεται και με άλλους παράγοντες όπως είναι: **α.** Η αστικοποίηση, που σημειώθηκε στη Αφρική και στις αναπτυσσόμενες χώρες, και η αυξανόμενη ανέχεια, είναι φαινόμενα που ευνόησαν τη διάσπαση του παραδοσιακού κοινωνικού κυττάρου και οδήγησαν ορισμένες ομάδες σε εντονότερο σεξουαλικό συγχρωτισμό (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998). **β.** Η εναλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων σε συνδυασμό με την απουσία χρήσης προφυλακτικού, την υψηλή συχνότητα της γονόρροιας καθώς και τη γενικότερη άγνοια του πληθυσμού σε θέματα υγείας (Taylor, 1995). **γ.** Η ανάπτυξη που σημειώθηκε στον τομέα των μέσων μεταφοράς και του τουρισμού. Η θεαματική αύξηση των ταξιδιών "διεθνοποίησε" τα μικρόβια (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998). **δ.** Ο μαζικός εμβολιασμός στην Αφρική, που γινόταν όχι μόνο χωρίς να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής αλλά και με χρήση της ίδιας σύριγγας σε πλήθος ανθρώπων, ήταν πρακτική που ευνόησε την ανταλλαγή υγρών και κατά συνέπεια και τη μετάδοση του ιού (Taylor, 1995). **ε.** Η σεξουαλική απελευθέρωση και γενικότερα η δημιουργία και η μεταβολή των κοινωνικών δεσμών. **στ.** Οι μορφές κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικού αποκλεισμού. **ζ.** Η κοινωνική διαφοροποίηση. **η.** Η γενίκευση των μεταγίσεων αίματος και η διανομή παραγώγων αυτού ανά τον κόσμο. Η χρήση κοινών βελόνων και συριγγών από χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών (Taylor, 1995). **θ.** Οι κορυφαίοι παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν το αίτιο της ύπαρξης των περισσότερων παραγόντων που συνδέονται με την εξάπλωση της επιδημίας, είναι η ένδεια και η κοινωνική ανισότητα. **ι.** Δε θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα να ενίσχυσε την παθογόνο δράση του HIV κάποιος άλλος μολυσματικός παράγοντας που συνδέεται με αυτόν (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

Φαίνεται πως από μόνη της η επιστημονική πρόοδος δεν είναι αρκετή για την αναχαίτιση της επιδημίας. Η μορφή και η κλίμακα της επιδημίας εξαρτώνται από την κοινωνική ανισότητα και καθοδηγούνται από τις πολιτικές υποθέσεις και πρακτικές. Η φτώχεια, η μεγάλης κλίμακας μετανάστευση, ο πόλεμος, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες που δεν λαμβάνουν θεραπεία ευνοούν την επιδημία (Balasegaram, 2001).

Μεγάλης σημασίας είναι το ότι από την ημέρα πρωτοεμφάνισής του ο ιός HIV έχει οδηγήσει στο θάνατο περίπου 28 εκατομμύρια άτομα ανά τον κόσμο. Η επιδημία δεν μπορεί να ελεγχθεί, ενώ το πλήθος των ατόμων που νοσούσαν το 2006 άγγιξε τα 40 εκατομμύρια. Κατά τη διάρκεια του 2007 υπολογίζεται πως ακόμη 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι προσβλήθηκαν από τον ιό, ανάμεσά τους 420.000 παιδιά, ενώ οδηγήθηκαν στο θάνατο, το λιγότερο, 2 εκατομμύρια άνθρωποι (Αντωνίου, 2007). Τα στοιχεία αυτά δυστυχώς καθιστούν σήμερα το AIDS μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στον κόσμο στις ηλικίες μεταξύ 15 και 59 ετών (Unesco, 2006). Σήμερα 42.000.000 φορείς ζουν σε όλο τον κόσμο, ενώ σε ημερήσια βάση παρουσιάζονται 6.800 καινούρια κρούσματα και πάνω από 5.700 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους. Πρέπει να τονιστεί μάλιστα πως σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε 20 χρόνια από σήμερα, το AIDS θα αποτελεί την τρίτη αιτία θνησιμότητας, μετά από τις καρδιακές παθήσεις και τα εγκεφαλικά επεισόδια (Αντωνίου, 2007).

Η Αφρική κατέχει την πρώτη θέση του πληγέντος πληθυσμού αφού εκεί παρουσιάζονται τα 2/3 των νέων λοιμώξεων, ενώ η δεύτερη θέση ανήκει στην Καραϊβική, όπου ένας στους 100 ενήλικες είναι φορέας του ιού. Όσο αφορά στην Ευρώπη, οι χώρες που λαμβάνουν τις πρώτες δύο θέσεις σχετικά με τις καινούριες μολύνσεις είναι η Πορτογαλία και η Βρετανία (Αντωνίου, 2007).

### **3.1. Πορεία και Εξέλιξη της Επιδημίας στην Ελλάδα**

Το AIDS ως πρόβλημα και ζήτημα εμφανίστηκε στην κοινωνική σκηνή της Ελλάδας στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Οι πρώτες πληροφορίες μιλούσαν για μια νέα, σπάνια θανατηφόρο ασθένεια που έρχεται «από έξω», για αυτό κρατήθηκε και ο μη ελληνικός τίτλος AIDS. Τα πρώτα κρούσματα εμφανίστηκαν τον Οκτώβριο του 1983 σχεδόν με δύο χρόνια καθυστέρηση από τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Την περίοδο 1985-1987 το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ξεκίνησε το σχεδιασμό για την ανάπτυξη στρατηγικής και την πρόληψη της εξάπλωσης του AIDS. Σε αυτό το σημείο έγινε εμφανής η έλλειψη πληροφοριών στις οποίες θα μπορούσε να βασιστεί μια εκστρατεία ενημέρωσης της κοινής γνώμης. Το ερευνητικό προσωπικό του τομέα της κοινωνιολογίας και μια ομάδα σπουδαστών της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών είχαν ξεκινήσει τη μελέτη στις κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις του AIDS σε γειτονιά της Αθήνας όταν επισκέφτηκαν τη χώρα μας στελέχη του προγράμματος Global Programm on AIDS της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για να βοηθήσουν στη διαμόρφωση ενός Εθνικού προγράμματος κατά του AIDS. Τον Σεπτέμβριο του 1989 υπήρχαν 226 κρούσματα επίσημα δηλωμένα. Ο αριθμός των φορέων υπολογιζόταν γύρω στις 8.000 και ο αριθμός τόσο των φορέων όσο και των ασθενών παρουσίαζαν τον υψηλότερο αριθμό αύξησης στην Ευρώπη (Αγραφιώτης, 1997).

Παρακάτω εκτυλίσσονται χαρακτηριστικά για την νόσο στην Ελλάδα, τα οποία μας βοηθούν να αντιληφθούμε καλύτερα την πορεία και εξέλιξη της επιδημίας στη χώρα μας:

Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS (νόσου HIV) ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1984. Είναι ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Α1/6122/19-9-1986. Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS, ήταν ο κυριότερος τρόπος παρακολούθησης της λοίμωξης HIV στην Ελλάδα. Η εξέλιξη όμως που πραγματοποιήθηκε στον τομέα των θεραπειών, αύξησε το διάστημα ανάμεσα στη λοίμωξη HIV και στη νόσο HIV. Το γεγονός κατέστησε απαραίτητη την επέκταση του επιδημιολογικού συστήματος και τη δήλωση των οροθετικών ατόμων η οποία θεωρείται ότι θα αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμη στην παρακολούθηση της επιδημίας και στο σχεδιασμό των Υπηρεσιών Υγείας και φροντίδας των οροθετικών ατόμων. Η δήλωση των οροθετικών ατόμων ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1998. Είναι ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Β1/5295/7-8-1998 (ΚΕΕΛ, 2000).

Η πρώτη επίσημη ανακοίνωση για τη νόσο εκδόθηκε το 1981 από τις υπηρεσίες υγείας των ΗΠΑ και αφορούσε πέντε περιστατικά ομοφυλόφιλων ανδρών στο Λος Άντζελες. Λόγω του αρχικού περιορισμού της λοίμωξης στην πληθυσμιακή αυτή ομάδα, το AIDS θεωρούνταν ως περίεργη «νόσος των ομοφυλόφιλων», «καρκίνος των ομοφυλόφιλων» ή «πανούκλα των ομοφυλόφιλων», διότι οι πρώτοι

διαγνωσμένοι ασθενείς ανήκαν σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα. Αργότερα όμως επηρέασε και άλλες από τις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι ναρκομανείς ή οι αιμορροφίλικοί, μολύνοντας τελικά και άτομα που δεν ανήκαν σε αυτές τις ομάδες. Σήμερα η ετεροσεξουαλική επαφή είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης. Μέχρι σήμερα έχουν πεθάνει λόγω του AIDS περίπου 25 εκατομμύρια άνθρωποι, ενώ περίπου 40 επιπλέον εκατομμύρια νοσούν ([www.el.wikipedia.org](http://www.el.wikipedia.org)/10/).

#### **ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΔΗΛΩΘΕΝΤΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΤΑ ΕΤΟΣ ΔΗΛΩΣΗΣ**

<b>ΕΤΟΣ ΔΗΛΩΣΗΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
<b>1984</b>	<b>7</b>
<b>1985</b>	<b>10</b>
<b>1986</b>	<b>40</b>
<b>1987</b>	<b>64</b>
<b>1988</b>	<b>113</b>
<b>1989</b>	<b>146</b>
<b>1990</b>	<b>221</b>
<b>1991</b>	<b>260</b>
<b>1992</b>	<b>305</b>
<b>1993</b>	<b>299</b>
<b>1994</b>	<b>245</b>
<b>1995</b>	<b>332</b>
<b>1996</b>	<b>446</b>
<b>1997</b>	<b>518</b>
<b>1998</b>	<b>664</b>
<b>1999</b>	<b>1178</b>
<b>2000</b>	<b>492</b>
<b>2001</b>	<b>406</b>
<b>2002</b>	<b>397</b>
<b>2003</b>	<b>434</b>

<b>2004</b>	<b>443</b>
<b>2005</b>	<b>565</b>
<b>2006</b>	<b>573</b>
<b>2007</b>	<b>517</b>
<b>2008</b>	<b>653</b>
<b>2009</b>	<b>605</b>
<b>2010</b>	<b>519</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>10452</b>

Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της HIV επιδημίας στην Ελλάδα την πρώτη δεκαετία του 21ου αιώνα, είναι η σημαντική αύξηση που παρουσιάστηκε μετά το 2004. Αύξητική τάση διαπιστώθηκε και το 2008. Ειδικότερα, το 2008, ο αριθμός των περιστατικών που δηλώθηκαν ανήλθε σε 653, τιμή που αντιστοιχεί στην τρίτη μεγαλύτερη που έχει καταγραφεί από την αρχή λειτουργίας του συστήματος επιτήρησης. Αντίστοιχα συμπεράσματα προκύπτουν εάν γίνει χρήση του έτους διάγνωσης. Το 2008, παρατηρείται ο δεύτερος, μετά το 1998, υψηλότερος αριθμός νέων διαγνώσεων HIV λοίμωξης ανά εκατομμύριο πληθυσμού (52,6). Για το 2009, ο αριθμός των δηλωθέντων περιστατικών ξεπέρασε για άλλη μία φορά το όριο των 600. Για το 2010, δεν έχει ολοκληρωθεί η συλλογή των δεδομένων. Λαμβάνοντας υπόψη τη μηνιαία κατανομή των δηλώσεων, εκτιμάται ότι ο αριθμός των νέων μολύνσεων που θα δηλωθούν τελικά το 2010, θα κυμανθεί σε υψηλά επίπεδα, μεγαλύτερα μάλλον σε σχέση με το 2009 ([www.keelrno.gr](http://www.keelrno.gr)).

### **Κατηγορία μετάδοσης**

Συνολικά, η σεξουαλική επαφή αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης του HIV. Συγκεκριμένα, το 46,5% των περιπτώσεων HIV λοίμωξης ήταν άνδρες που δήλωσαν ότι μολύνθηκαν μέσω της σεξουαλικής επαφής με άλλους άνδρες (ή 61,36%, εάν δεν συμπεριληφθούν οι περιπτώσεις με «ακαθόριστο» τρόπο μετάδοσης), ενώ το 22,2% ήταν άνδρες και γυναίκες που ανέφεραν ότι μολύνθηκαν μέσω ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής (ή 29,35%, εάν δεν συμπεριληφθούν οι περιπτώσεις με «ακαθόριστο» τρόπο μετάδοσης). Η κατηγορία μετάδοσης παραμένει αδιευκρίνιστη σε ποσοστό 24,2%. Στη συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται άτομα για τα οποία δεν έχει δηλωθεί η κατηγορία μετάδοσης ([www.keelrno.gr](http://www.keelrno.gr)).

Σε σύνολο 2325 ατόμων που έχουν μολυνθεί μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής, το 35,2% ήταν άτομα που έζησαν ή προέρχονται από χώρες στις οποίες η ετεροφυλοφιλική μετάδοση είναι συχνή, το 18,2% είχαν σεξουαλική επαφή με HIV οροθετικά άτομα των οποίων η πηγή μόλυνσης είναι ακαθόριστη και το 32,4% ήταν περιστατικά για τα οποία υπήρχε ισχυρή ένδειξη ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης, χωρίς, ωστόσο, να έχει προσδιοριστεί η υποκατηγορία της



([www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr)).

Εδώ αξ σημειωθεί πως ο αριθμός των θυμάτων διεθνικής σωματεμπορίας δεν μπορεί να προσδιοριστεί, ενώ οι επιδημιολογικές και στατιστικές μέθοδοι αδυνατούν να υποδείξουν τον ακριβή αριθμό των οροθετικών ατόμων. Επομένως δύναται μόνο να υποθέσουμε οποιονδήποτε κρυφό αριθμό, στον οποίο περιλαμβάνονται επιπλέον όσοι ζουν με τον ιό και δεν το γνωρίζουν επειδή δεν έχουν εξεταστεί είτε το γνωρίζουν και δεν το έχουν δηλώσει, τον οποίο όμως δε μπορούμε να αγνοήσουμε καθώς συνιστά μία ζοφερή πραγματικότητα (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.,2008).

#### **Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης**

<b>Κατηγορία μετάδοσης</b>	<b>Σύνολο</b>
Ομο/αμφιφυλόφιλοι	<b>4860</b>
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	<b>344</b>
Πολυμεταγγιζόμενοι/ες με παράγωγα αίματος	<b>234</b>
Μεταγγισθέντες/είσες	<b>99</b>
Ετεροφυλόφιλοι/ες	<b>2325</b>
Κάθετη μετάδοση	<b>59</b>
Ακαθόριστοι/ες	<b>2531</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>10452</b>

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

### 4. Τα συναισθηματικά στάδια της οροθετικότητας

Πριν παρουσιάσουμε τα συναισθηματικά στάδια της οροθετικότητας, θα αναφερθούμε στους παράγοντες που καθορίζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις του aids.

1. Είναι μια λοίμωξη θανατηφόρος, πράγμα σπάνιο σήμερα με την ευρεία χρήση εμβολίων και αντιβιοτικών.
2. Είναι μια θανατηφόρος νόσος που κυρίως προσβάλλει νεαρά άτομα, απροετοίμαστα να αντιμετωπίσουν ψυχολογικά μια νόσο που επιφέρει μεγάλη εξάντληση και απειλεί τη ζωή.
3. Ανακόπτει τις φιλοδοξίες που συνήθως υπάρχουν στην ηλικία αυτή, αναγκάζοντας τα άτομα σε ανακατατάξεις ασυμβίβαστες με την ηλικία τους.
4. Σαν μεταδοτική αρρώστια, προκαλεί φόβο , που δικαιολογημένα οι άρρωστοι τον εισπράττουν σαν απόρριψη.
5. Παρεμβαίνει στις διαπροσωπικές και κυρίως στις ερωτικές σχέσεις σε μία περίοδο που αυτές αποτελούν σημαντικό παράγοντα ψυχικής ηρεμίας και ικανοποιήσεων.
6. Πρέπει να κρατούν την αρρώστια μυστική , διότι διαφορετικά θα υπάρχουν επιπτώσεις στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή των ίδιων αλλά και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος.
7. Αντίθετα με άλλες θανατηφόρες αρρώστιες, όπως π.χ. τον καρκίνο, ο άρρωστος πληροφορείται για την κατάσταση του, ακόμα και αν θεωρηθεί ότι δεν θα το αντέξει ψυχολογικά.
8. Το γεγονός ότι προσβάλλει κατά κανόνα ομοφυλόφιλους και χρήστες ουσιών οδηγεί σε επιπλέον λόγους για εξοστρακισμό αλλά και ενοχές από τη μεριά των αρρώστων για την προηγούμενη συμπεριφορά τους.
9. Ίσως το χαρακτηριστικότερο και αυτό που οδηγεί τους αρρώστους σε απόγνωση είναι το γεγονός ότι είναι μια αρρώστια που δεν δίνει το δικαίωμα στον άρρωστο να «διεκδικήσει» όσα μια κοινωνία παρέχει στα άρρωστα μέλη της όπως συμπόνια , κατανόηση ή και υλικές αποζημιώσεις (Σαραντίδης,Δ.,1996).

Μια θετική διάγνωση HIV προκαλεί διάφορα συναισθήματα, πολλές φορές αντιφατικά ή εναλλασσόμενα με τέτοια ταχύτητα που επιφέρουν σύγχυση. Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι αυτά τα συναισθήματα είναι *φυσικά, αναμενόμενα* κι ως ένα βαθμό *υγιή*. Μόνο η τελμάτωση σε κάποιο συναίσθημα μπορεί να θεωρηθεί *επιζήμια* (Σαραντίδης,Δ.,1996).

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι τα συναισθηματικά στάδια που θα περιγραφούν στη συνέχεια είναι *μόνον ενδεικτικά* και δεν αποτελούν χρυσό κανόνα. Δεν είναι *απαραίτητο* να τα βιώσουμε όλα, είτε με αυτή τη σειρά είτε με οποιαδήποτε άλλη. Εξίσου πιθανή είναι η συχνή εναλλαγή τους, δηλαδή τη μία στιγμή να βιώνουμε θυμό και άρνηση την άλλη. Επίσης, η διάρκεια του καθενός ποικίλει από άτομο σε άτομο

(Σαραντίδης, Δ., 1996).

**Άρνηση.** Ένα κύριο συναίσθημα μετά από μια θετική διάγνωση μπορεί να είναι η άρνηση: «δεν είναι αλήθεια, μου λένε ψέματα, δεν μπορεί να συμβαίνει αυτό σ' εμένα...». Η καινούργια πραγματικότητα προκαλεί τόσο μεγάλο πόνο και αγωνία που ο μόνος τρόπος να την αντιμετωπίσουμε είναι να την αρνηθούμε παντελώς – όπως κάποιος αρνείται τον θάνατο ενός προσφιλούς προσώπου και «προσποικείται» ότι δεν έχει πεθάνει. Η άρνηση αυτή είναι στενά συνδεδεμένη με το προαναφερθέν άγχος της αλλαγής. Η αποδοχή της ασθένειας σημαίνει αλλαγές στον τρόπο ζωής σε πρακτικό επίπεδο, αλλά και ακόμα πιο δύσκολες αλλαγές στον τρόπο σκέψης. Αυτό δεν είναι κάτι που συμβαίνει από τη μια στιγμή στην άλλη, και η άρνηση παίζει σημαντικότερο ρόλο: μας βοηθά να αντεπεξέλθουμε στο αρχικό σοκ.

Όταν η άρνηση εκδηλώνεται με ήπιο ή μέτριο χαρακτήρα έντασης, ο άρρωστος υπακούει στις ιατρικές εντολές που του δίνονται και αυτό αποτελεί θετικό μήνυμα για το ξεπέρασμα της κρίσης στην πορεία. Όταν όμως η άρνηση γίνεται έντονη, ο άρρωστος αδιαφορεί, δεν εκτελεί τις ιατρικές οδηγίες και κινδυνεύει να οδηγηθεί στα επικίνδυνα μονοπάτια της περιθωριοποίησης, του μαρασμού ή ακόμη και της αυτοκτονίας (Μερτζάνος Ε. - Παραράς Μ., 1999).

**Θυμός.** Είναι αναμενόμενο να αισθανόμαστε οργή όταν μας λένε ότι έχουμε μια ασθένεια που συχνά οδηγεί στον θάνατο. Αισθανόμαστε ότι αδικηθήκαμε, ότι τιμωρηθήκαμε χωρίς να φταίμε. Οπότε φυσικά θυμώνουμε.

Ο θυμός είναι από τα πιο έντονα συναισθήματα αλλά εάν δεν γίνει αποδεκτός από το ίδιο το άτομο και δεν εκφραστεί δημιουργικά και ελεύθερα μπορεί να έχει άσχημες εσωτερικές και εξωτερικές συνέπειες. Ο θυμός μπορεί να είναι συνειδητός, συνήθως όμως υπάρχει χωρίς να έχουμε συναίσθηση ότι είμαστε θυμωμένοι. Σε αυτή την περίπτωση βλέπουμε οροθετικούς που συνεχίζουν να κάνουν σεξ χωρίς προφυλάξεις ενώ ξέρουν ότι μπορούν να μεταδώσουν τον HIV. Αυτή η συμπεριφορά πηγάζει μέσα από την αίσθηση άδικης τιμωρίας που νιώθει ο ασθενής: «αφού τιμωρήθηκα εγώ τόσο άδικα, θα φροντίσω να υποφέρουν και άλλοι μαζί μου». Ο αδικημένος νιώθει δικαιωμένος - διότι θεωρεί τους άλλους άδικους.

Ο θυμός μπορεί επίσης να στραφεί προς εμάς τους ίδιους, ειδικά όταν δεν έχουμε μεγάλη αυτοεκτίμηση. Σε αυτή την περίπτωση αρχίζουμε να αυτοκαταστρεφόμαστε εκ των έσω. Και στις δύο περιπτώσεις, ο θυμός δεν θα εξαφανιστεί τόσο εύκολα, εκτός αν τον συνειδητοποιήσουμε και κατανοήσουμε τα βαθύτερα αίτια του. Αυτός είναι ένας λόγος που είναι αναγκαία η συναισθηματική και συμβουλευτική υποστήριξη σε κάθε νεοδιαγνωσθέντα. Είναι άγνοια και προκατάληψη να θεωρούμε πως πρέπει ν' αντιμετωπίσουμε μόνοι μας το συνθλιπτικό βάρος μιας θετικής διάγνωσης χωρίς να χαθούμε, έστω και πρόσκαιρα, μέσα στα συναισθήματά μας ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)).

Εξάλλου, ο αυξημένος θυμός που βιώνουμε ως νεοδιαγνωσθέντες μπορεί να είναι μόνο επιφανειακά συνυφασμένος με την οροθετική διάγνωση. Πολλοί άνθρωποι έχουν αποθηκευμένο θυμό που παραμένει εγκλωβισμένος μέσα τους γιατί δεν έχει αφεθεί ποτέ ελεύθερος. Ειδικά τα ομοφυλόφιλα άτομα, που από μικρή ηλικία γίνονται στόχος επιθέσεων ή άδικης και εγκληματικής μεταχείρισης, συχνά κρύβουν τεράστιο θυμό μέσα τους, που ενίοτε εκφράζεται με καυστικό χιούμορ ή μετουσιώνεται σε άλλες εριστικές συμπεριφορές. Η οροθετική διάγνωση φέρνει τα

παλιά αποθέματα θυμού στην επιφάνεια, διογκωμένο μάλιστα μετά από τόσα χρόνια καταπίεσης ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)).

Αν κάποιος δικός μας άνθρωπος βρίσκεται στο στάδιο του θυμού, η θέση μας δεν είναι εύκολη και χρειάζεται λεπτό χειρισμό. Σίγουρα χρειάζεται υπομονή, πώς όμως μπορούμε ν' αντιμετωπίσουμε ένα συνεχή θυμό και μια εριστικότητα εκ μέρους του; Θα πρέπει να ξέρουμε ότι τούτο το στάδιο είναι φυσικό και ότι μπορεί να παρέλθει γρήγορα, αλλά είναι εξίσου πιθανό το άτομο να παραμείνει θυμωμένο για μεγάλο χρονικό διάστημα ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)).

**Διαπραγμάτευση.** Σε αυτό το στάδιο αρχίζουμε να διαπραγματευόμαστε την κατάστασή μας προσφέροντας «ανταλλάγματα» με τον όρο να γίνουμε καλά: «Αν γίνω καλά ορκίζομαι ότι δεν θα ξανά..., ότι θα σταματήσω να..., ότι θ' αλλάξω...» Η εσωτερική αυτή διαπραγμάτευση είναι αποτελεσματική μόνο για λίγο και πάρα πολύ συχνά συνδέεται με ενοχές ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)).

**Ενοχές.** Μια θετική διάγνωση γεμίζει πολλούς από εμάς με βαριές ενοχές, ειδικά αν ήδη έχουμε την τάση να νιώθουμε ενοχές. Ενοχές για το ποιο είμαστε, πώς είμαστε, για το τι κάναμε. Όταν είμαστε ευάλωτοι στις ενοχές, η θετική διάγνωση ισοδυναμεί με μια πολύ σκληρή τιμωρία. Και πολλοί από εμάς θεωρούμε ότι αξίζουμε να τιμωρηθούμε. Φέρνουμε στο μυαλό μας διάφορα περιστατικά από το παρελθόν που «αποδεικνύουν» ότι αξίζουμε να τιμωρηθούμε (Σαρρής, Μ.,2001).

Οι ενοχές έχουν να κάνουν με τις επιλογές που είχαν λάβει για την προσωπική τους ζωή ή τον τρόπο ζωής τους (στην περίπτωση των ομοφυλόφιλων ή των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών), όπως και ενοχές γιατί πιθανόν να έχουν μολύνει με τον ιό και άλλους, πλην αυτών. Αρκετοί από αυτούς, στο πλαίσιο των συναισθημάτων αυτών, δημιουργούν στο μυαλό τους αντιλήψεις περί ‘θείας τιμωρίας’ για την παρεκκλίνουσα ή παραβατική συμπεριφορά που είχαν αναπτύξει κατά το παρελθόν (Σαρρής, Μ.,2001).

Τα συναισθήματα ενοχής είναι ακόμα πιο βαριά στην περίπτωση των ομοφυλόφιλων, οι οποίοι γενικά κατακρίνονται από ένα μέρος του κοινωνικού συνόλου και θεωρούνται ότι παραβαίνουν τους κανόνες συμπεριφοράς ή ακόμα και τους κανόνες της ίδιας της φύσης. Εξουθενωτικές ενοχές είναι εύκολο να αισθανθούν και άλλες περιθωριοποιημένες ομάδες, όπως για παράδειγμα οι εκδιδόμενες γυναίκες και οι ναρκομανείς, άνθρωποι των οποίων η συμπεριφορά κατακρίνεται. Είναι αυτονόητο ότι αυτά τα άτομα έχουν ακόμη μεγαλύτερη ανάγκη από υποστήριξη, διότι η περαιτέρω περιθωριοποίηση που έχει ως συνέπεια ο HIV αποβαίνει δυσβάσταχτη για την ήδη εύθραυστη αυτοεκτίμησή τους ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)).

Η καλύτερη αντιμετώπιση για την ενοχή είναι η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης. Αυτό είναι κάτι που δεν γίνεται αμέσως, μπορεί όμως να επιτευχθεί σταδιακά με μεγαλύτερη φροντίδα του εαυτού μας: μπορούμε ν' αρχίσουμε συνειδητά να φροντίζουμε και ν' αγαπάμε περισσότερο τον εαυτό μας, κάνοντας πράγματα που μας ικανοποιούν και μας χαροποιούν, π.χ. να έχουμε καλές παρέες που μας στηρίζουν, ν' ανακαλύψουμε νέα ταλέντα και να καλλιεργήσουμε ασχολίες που μας δημιουργούν μια αίσθηση επίτευξης και χαράς. Κυρίως, όμως η αποδοχή της κοινωνικής μας ταυτότητας βοηθά στη μείωση της ενοχής που τρέφουμε όταν ανήκουμε σε κάποια μειονότητα. Η συμβουλευτική υποστήριξη παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση και τη λύση των ενοχών ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)).

**Φόβος.** Ο φόβος που συνοδεύει μια θετική διάγνωση HIV μπορεί να μας παραλύσει. Από τη μια στιγμή στην άλλη εμφανίζεται ένα νέο άγχος ("θα χρειαστεί να πάρω φάρμακα;", "θα μου προξενήσουν βαριές παρενέργειες;"). Κάθε τι που συμβαίνει στο σώμα αντιμετωπίζεται με φόβο: μήπως πρόκειται για το πρώτο σημάδι ότι παίρνουμε την κάτω βόλτα; ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)).

Ο φόβος αυτός σχετίζεται άμεσα με τον φόβο του θανάτου, ο οποίος στην κοινωνία μας είναι πολιτισμικό και όχι κοινωνικό φαινόμενο. Ως εκ τούτου, το να ξεπεράσουμε τον φόβο του θανάτου είναι σχεδόν ακατόρθωτο, μπορούμε ωστόσο να σταματήσουμε να ενδίδουμε σε αυτόν, να βασίζουμε τη ζωή μας σε αυτόν. Η σταδιακή αποδοχή του θανάτου έχει σκοπό να τον κάνουμε σύμμαχό μας και όχι εχθρό ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)).

Δεν είναι τυχαίο το ότι πολλοί άνθρωποι που αντιμετωπίζουν αρρώστιες απειλητικές για τη ζωή «ψάχνονται» εσωτερικά και υπαρξιακά για να αντιμετωπίσουν το πιθανό τέλος της ζωής τους. Πολλοί αναθεωρούν ή επιβεβαιώνουν τις πεποιθήσεις που είχαν και άλλοι αναπτύσσουν ένα δικό τους επιλεκτικό σύστημα αξιών, παίρνοντας στοιχεία από πολλές θρησκείες και ιδεολογίες ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)).

Μια υγιής σχέση με το θάνατο, δηλαδή μια σχέση που τον αποδέχεται αλλά δεν τον επιζητά ή δεν τον περιμένει μοιρολατρικά, βοηθά τον καθένα να ζήσει καλύτερα, αφού αμέσως ελαττώνεται ο φόβος ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)).

**Κατάθλιψη.** Μια θετική διάγνωση HIV προκαλεί πολλές φορές κατάθλιψη, ειδικά αν ως οροθετικοί ή ασθενείς νιώσουμε πως φίλοι, συγγενείς και άγνωστοι μας αποφεύγουν ή μας περιθωριοποιούν. Σε ορισμένες περιπτώσεις απομονωνόμαστε από μόνοι μας, επειδή φοβόμαστε να εκμυστηρευθούμε τι μας συμβαίνει. Η μοναξιά, σε συνδυασμό με τον φόβο και το άγχος, έχουν ως συνέπεια την κατάθλιψη, και χάνουμε κάθε ενδιαφέρον να γίνουμε καλά ή ακόμα και να συνεχίσουμε τις πιο απλές ασχολίες μας ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)).

Η κατάθλιψη συνοδεύεται από πολλά σωματικά συμπτώματα, τα οποία μπορεί να εκληφθούν ως επιδείνωση από τον άρρωστο, που έτσι κι αλλιώς αγωνιά διαρκώς για κάθε νέα εκδήλωση, για τη σωματική του εμφάνιση, μην εισαχθεί πάλι στο νοσοκομείο κλπ. Η ανορεξία της κατάθλιψης, οι «κομμάρες», η απώλεια βάρους, η ζάλη, οι ψυχοσωματικές διαταραχές από το γαστρεντερικό κ.α. μπορεί να θεωρηθούν μέρος της κλινικής εικόνας του aids και να απογοητεύσουν ακόμη περισσότερο τον άρρωστο (Ιεροδιακόνου,Χ.,1990).

**Αποδοχή.** Όλες οι προαναφερθείσες συναισθηματικές καταστάσεις είναι φυσικά στάδια μιας διαδικασίας που κάποια στιγμή θα καταλήξει στην αποδοχή. Αποδοχή δεν σημαίνει παραίτηση. Αντιθέτως σημαίνει ότι αποδεχόμαστε αυτό που μας συμβαίνει και ψάχνουμε να βρούμε τι έχει να μας προσφέρει, πώς μπορούμε να το εκμεταλλευτούμε για να επιφέρουμε θετικές αλλαγές, πώς μπορούμε να βελτιώσουμε την κατάσταση. Σημαίνει αποδοχή των δεδομένων και δούλεμά τους σε πολύ προσωπικό επίπεδο ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)).

Στην κατάσταση αποδοχής ο άρρωστος έχει πια πεισθεί πως δεν υπάρχουν γι' αυτόν άλλα περιθώρια για ενδοψυχικές συγκρούσεις. Γνωρίζει καλά ότι η ευερεθιστότητα, η άρνηση, ο οίκτος του εαυτού του και η κατάθλιψη τελικά δεν οδηγούν στην έξοδό του από το τέλμα. Μια και μόνο επιλογή γι' αυτόν το σκοπό υπάρχει. Και είναι η

αποδοχή της πάθησης και η ψύχραιμη αντιμετώπιση της. Η νέα πνοή που γεννιέται στον άρρωστο χαρακτηρίζεται από διάθεση για επανεκτίμηση αξιών που προηγούμενα είχε απορρίψει, ανάπτυξη εκ νέου της ταυτότητάς του, αγάπης και στοργής προς τους ανθρώπους και διάθεση επιβεβαίωσης αυτών. Κύριο μέλημα στη νέα πορεία η αναπτέρωση του ηθικού και η ψύχραιμη τακτική με τα χρώματα, ακόμη πιο πέρα, του αλτρουισμού και της φιλοσοφημένης διάθεσης. Αρκετά είναι τα άτομα που «ρίχνονται» με όρεξη στα πεδία της πνευματικής ενασχόλησης και δημιουργούν καταστάσεις, που ήταν άγνωστες πριν σ' αυτά ή θεωρούνταν απρόσιτες για τις ικανότητές τους. Όσοι λειτουργούν με τέτοιους τρόπους νιώθουν λιγότερο θύματα της ζωής γίνονται λιγότερο εγωκεντρικοί και αισθάνονται την ικανοποίηση από τις κοινωνικές δραστηριότητες στις οποίες έχουν αποδυθεί (Μερτζάνος Ε. – Παραράς Μ., 1999).

#### **4.1. Στίγμα και διάκριση**

Για να καταλάβουμε τους τρόπους με τους οποίους το AIDS σχετίζεται με το στίγμα και τη διάκριση, χρειάζεται πρώτα να καταλάβουμε πως αυτά αλληλεπιδρούν με διακρίσεις που σχετίζονται με τον σεξουαλισμό, το φύλο, τη φυλή και τη φτώχεια. (Parker and Aggelen, 2002).

##### **Σεξουαλισμός**

Το AIDS σχετίζεται περισσότερο με διακρίσεις που σχετίζονται περισσότερο με το σεξουαλικό στίγμα. Αυτό συμβαίνει επειδή το AIDS μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή και στις περισσότερες περιοχές του κόσμου αρχικά επηρέασε πληθυσμούς στους οποίους η οι σεξουαλική ταυτότητα τους ήταν διαφορετική από το «κανονικό». Επιπλέον, παραμένει ακόμα η πίστη ότι οι ομοφυλόφιλοι θα πρέπει να κατηγορηθούν για την επιδημία και ότι είναι η μόνη ομάδα κινδύνου για το AIDS (Parker and Aggelen, 2002).

##### **Φύλο**

Η εξάπλωση του AIDS έχει συσχετιστεί με τη γυναικεία σεξουαλική συμπεριφορά η οποία δεν είναι σύμφωνη με το «κανονικό». Για παράδειγμα η πορνεία ευρέως αντιλαμβάνεται ως μη κανονική γυναικεία συμπεριφορά και οι ιερόδουλες θεωρούνται η κύρια αιτία μετάδοσης της ασθένειας (Parker and Aggelen, 2002).

##### **Φυλή και εθνικότητα**

Η επιδημία έχει χαρακτηριστεί από ρατσιστικές υποθέσεις όσον αφορά την «αφρικάνικη σεξουαλικότητα» και την «ανήθικη συμπεριφορά» του αναπτυσσόμενου κόσμου της Δύσης. Οι φυλετικές και εθνικές διακρίσεις συμβάλλουν στην περιθωριοποίηση των μειονοτήτων, αυξάνοντας την ευπάθειά τους στο AIDS, το οποίο επιδεινώνει τον στιγματισμό (Parker and Aggelen, 2002).

##### **Κοινωνική τάξη**

Η επιδημία του AIDS έχει αναπτυχθεί κατά τη διάρκεια μιας περιόδου ραγδαίας παγκοσμιοποίησης και αυξάνοντας την πόλωση ανάμεσα στους πλούσιους και τους φτωχούς. Νέοι τύποι κοινωνικού αποκλεισμού συσχετίζονται με αυτές τις

παγκόσμιες αλλαγές έχουν ενισχύσει τις προϋπάρχουσες κοινωνικές ανισότητες και τον στιγματισμό των φτωχών, των άστεγων και των ανέργων. Ως αποτέλεσμα, η φτώχεια αυξάνει την ευπάθεια στο aids και το aids επιδεινώνει τη φτώχεια (Parker and Aggelen,2002).

#### **4.1.2. Μορφές εκδήλωσης του στιγματισμού**

##### **Πολιτική και νομικά πλαίσια**

Ο στιγματισμός του aids συχνά εκδηλώνεται με τη μορφή νόμων, πολιτικών και διοικητικών διαδικασιών, οι οποίες συχνά δικαιολογούνται ως αναγκαίες για την προστασία του γενικού πληθυσμού. Ένα σημαντικό παράδειγμα αφορά τους περιορισμούς στα διεθνή ταξίδια και στη μετανάστευση. Παρά την ευρεία συναίνεση ότι οι νόμοι που αποτρέπουν την ελεύθερη κυκλοφορία των ατόμων που ζουν με aids, είναι αναποτελεσματικά μέτρα για τη δημόσια υγεία, πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει πολιτικές που περιορίζουν τα ταξίδια και τη μετανάστευση. Από ένα ευρύ φάσμα χωρών έχουν απελαθεί αλλοδαποί όταν οι αρχές ανακάλυψαν ότι είναι οροθετικοί (Parker and Aggelen,2002).

Το 2008, το UNAIDS ανέφερε ότι το 67% των χωρών έχουν κάποια μορφή νομοθεσίας για την προστασία των ατόμων που ζουν με τον ιό HIV από τις διακρίσεις. Ωστόσο υπάρχουν και κάποια παραδείγματα στιγματισμού σε κυβερνητικό επίπεδο εις βάρος των ατόμων με aids. The Chinese government advocates compulsory HIV testing for any Chinese citizen who has been living outside of the country for more than a year. Η κινεζική κυβέρνηση τάσσεται υπέρ της υποχρεωτικής διάγνωσης του HIV για κάθε κινέζο πολίτη που ζει έξω από τη χώρα για περισσότερο από ένα έτος. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το νομικό σύστημα μπορεί να ασκήσει δίωξη στα άτομα που μεταδίδουν τον ιό σε κάποιον άλλον, ακόμη κι αν το έκαναν χωρίς πρόθεση (Parker and Aggelen,2002).

##### **Απασχόληση και χώρος εργασίας**

Πρακτικές όπως προσυμπτωματικό έλεγχο πριν από την απασχόληση, την άρνηση της απασχόλησης σε άτομα που βγαίνουν θετικοί, την λήξη της απασχόλησης των οροθετικών και του στιγματισμού τους, έχουν αναφερθεί από τις αναπτυγμένες και από τις αναπτυσσόμενες χώρες. Επίσης έχουν υπάρξει αναφορές εργαζομένων που έχουν αρνηθεί να εργαστούν δίπλα σε ένα οροθετικό. Σχέδια για την παροχή ιατρικής βοήθειας και συντάξεων στους εργαζόμενους με aids έχουν επιφέρει αυξανόμενες πιέσεις στις χώρες που πλήττονται σοβαρά από τον ιό HIV , και ορισμένες εταιρείες έχουν χρησιμοποιήσει αυτό ως λόγο για την άρνηση της απασχόλησης των οροθετικών. Επιπλέον, λίγες είναι οι εταιρείες που έχουν αναπτύξει στρατηγικές καταπολέμησης του στιγματισμού ή έχουν καθορίσει τις αρμοδιότητές τους προς τους υπαλλήλους που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV (Parker and Aggelen,2002).

##### **Συστήματα υγειονομικής περίθαλψης**

Έχουν υπάρξει πολλές αναφορές όσον αφορά τη διάγνωση του HIV χωρίς τη συγκατάθεση του ατόμου, παραβιάσεις εμπιστευτικότητας και άρνηση της θεραπείας και της περίθαλψης του. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στον στιγματισμό των

ατόμων με aids φαίνεται να είναι η έλλειψη γνώσεων, ηθικής στάσης και οι αντιλήψεις ότι η φροντίδα των οροθετικών είναι άχρηστη γιατί το aids είναι ανίατη αρρώστια (Parker and Aggelen,2002).

### **Θρησκεία**

Ο στιγματισμός και οι διακρίσεις απέναντι στο aids έχουν ενισχυθεί σε σημαντικό βαθμό από τους θρησκευτικούς ηγέτες και τις οργανώσεις. Για παράδειγμα σε διεθνές συμπόσιο «Σπάμε τη σιωπή μας για το aids» κατά τη διάρκεια του 13<sup>ου</sup> Διεθνούς AIDS Συνεδρίου τον Ιούλιο του 2000 φάνηκε ότι τα θρησκευτικά δόγματα, οι ηθικές και δεοντολογικές θέσεις ως προς τη σεξουαλική συμπεριφορά, τον σεξισμό και η άρνηση της πραγματικότητας του aids συνέβαλλαν σημαντικά στη δημιουργία της αντίληψης ότι αυτοί που έχουν μολυνθεί από τον ιό αμάρτησαν και αξίζουν την «τιμωρία» τους, αυξάνοντας το στίγμα που συνδέεται με το aids. Επίσης, στις ΗΠΑ, αλλά και σε άλλες περιοχές, συντηρητικές θρησκευτικές οργανώσεις οι οποίες διακινούν τεράστια χρηματικά ποσά και ασκούν πολιτική πίεση, έχοντας παράλληλα απήχηση στις λαϊκές μάζες- υποστήριξαν ότι το AIDS είναι θεϊκή τιμωρία. Αντί λοιπόν η συλλογική προσπάθεια να επικεντρωθεί στην επίλυση των προβλημάτων, σπαταλήθηκε στην αποκάλυψη και τον στιγματισμό των ενόχων (Υφαντόπουλος, 2002).

### **Οικογένεια**

Η οικογένεια είναι η κύρια πηγή υποστήριξης και φροντίδας στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Ωστόσο τα προσβεβλημένα άτομα αντιμετωπίζουν συχνά τον στιγματισμό μέσα στο οικογενειακό τους περιβάλλον και οι γυναίκες είναι πιο πιθανόν να δεχτούν την κακομεταχείριση σε σύγκριση με τους άντρες και τα παιδιά. Ο στιγματισμός ενισχύεται και αλληλεπιδρά με άλλες διακρίσεις. Η οικογένεια μπορεί να απορρίψει τον οροθετικό όχι μόνο λόγω του AIDS αλλά και λόγω ότι το AIDS συνδέεται με την ασυδοσία, την ομοφυλοφιλία και την χρήση ναρκωτικών (Parker and Aggelen,2002).

## **4.2. Γνώσεις, στάσεις επαγγελματιών υγείας παγκοσμίως**

Οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας έχουν γίνει θέμα για πολλές έρευνες σε όλο τον κόσμο. Στο Λονδίνο διεξήχθη έρευνα στο προσωπικό υγείας με σκοπό την διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ασθενείς με aids, την σχέση ανάμεσα σε γνώσεις και στάσεις καθώς και τις επιπτώσεις από την εκπαίδευση του προσωπικού υγείας. Κάποια από τα αποτελέσματα της έρευνας είναι τα ακόλουθα, το 30% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι πρέπει να έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν την παροχή φροντίδας στους ασθενείς με aids. Το 80% του προσωπικού υγείας δήλωσε ότι είναι προετοιμασμένοι να συζητήσουν τις επιπτώσεις του aids με τους ασθενείς αλλά και με τους συγγενείς τους. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (88%) δήλωσε ότι δεν ανησυχεί με το ενδεχόμενο να δουλέψει με ένα συνάδελφό του που έχει aids. Επίσης, η έρευνα έδειξε ότι οι γνώσεις έχουν σημαντική σχέση με τις στάσεις απέναντι στο aids. Όσο πιο καλύτερα ενημερωμένοι ήταν οι ερωτώμενοι τόσο πιο ευνοϊκές ήταν οι στάσεις τους απέναντι στους ασθενείς (Klimes et al,1989).



Σχετική έρευνα έγινε και στο Μεξικό όπου ένα μεγάλο ποσοστό (82%) επαγγελματιών υγείας απάντησε σωστά σε ερωτήσεις γνώσεων σχετικά με το aids. Όσον αφορά τις στάσεις τους απέναντι στους ασθενείς περισσότερο θετικοί ήταν απέναντι στους ομοφυλόφιλους ενώ λιγότερο θετικοί απέναντι στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Η μελέτη έδειξε ότι οι στάσεις απέναντι σε ομάδες υψηλού κινδύνου και ο φόβος της μετάδοσης του ιού, όχι οι γνώσεις, σχετίζονται σημαντικά όσον αφορά την παροχή φροντίδας στους ασθενείς ( Fusilier et al. 1998).

Σε αντίθεση με το Μεξικό όπου οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας ήταν αρκετά καλές, στη Μαδαγασκάρη οι γνώσεις σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού φαίνεται να είναι αρκετά φτωχές. Το 7% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ο ιός μπορεί να μεταδοθεί ζώντας με έναν ασθενή χωρίς να έρθεις σε σεξουαλική επαφή, χρησιμοποιώντας κοινή τουαλέτα (13%) και με την αιμοδοσία (76%). Ποσοστό λιγότερο του 10% των ερωτηθέντων αναφέρει σωστές προφυλάξεις από την μετάδοση του ιού. Σημαντική διαπίστωση όσον αφορά τις στάσεις του προσωπικού υγείας απέναντι στους ασθενείς, είναι ότι το 20% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι θα πρέπει να απομονωθούν (Hentgen et al., 2002).

Στην Τουρκία πραγματοποιήθηκε έρευνα η οποία είχε στόχο την εκτίμηση των γνώσεων και των στάσεων του πληθυσμού απέναντι στο aids. Τα αποτελέσματα δηλώνουν ότι ο πληθυσμός της Τουρκίας έχει καλές γνώσεις όσον αφορά το aids. Από την άλλη, οι ερωτώμενοι παρουσίασαν περιορισμένες γνώσεις ως προς το πώς το aids δεν μπορεί να μεταδοθεί. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ένα αρκετά υψηλό ποσοστό δήλωσε ότι το AIDS θα μπορούσε να συναφθεί μέσω της κοινής χρήσης δημόσιας τουαλέτας με ένα μολυσμένο άτομο (33,4%), χρησιμοποιώντας τα υπάρχοντά ενός μολυσμένου ατόμου, όπως ρούχα, χτένα, εσώρουχα και πετσέτα (33,7%), μέσω της κοινής χρήσης σκευών τροφίμων (37,7%), η έκθεση σε ένα μολυσμένο άτομο που βήχει (34,9%), το τσίμπημα ενός κουνουπιού (29,8%). Το πιο ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι οι άνθρωποι στην πόλη δείχνουν περισσότερη θετική στάση απέναντι στο aids. Για παράδειγμα, μόνο ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων διαφώνησε με την άποψη ότι τα άτομα με aids θα πρέπει να υποστηριχτούν και να βοηθηθούν (4,8%) ή συμφώνησαν με την άποψη ότι θα πρέπει να απομονωθούν σε ένα ειδικό κέντρο (17,8%). Επιπλέον, η μελέτη έδειξε ότι οι σημαντικότερες πηγές πληροφόρησης είναι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, η τηλεόραση (68,9%), οι εφημερίδες (47,6%) και τα περιοδικά (23,6%), ενώ μόνο το 4,5% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι η οικογένεια τους τους είχε πληροφορήσει για την ασθένεια (Ayganci, 2005).

Μια παρόμοια έρευνα έγινε στη Νιγηρία και τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι κάποιοι επαγγελματίες υγείας έχουν αρνητικές στάσεις απέναντι στους ασθενείς με aids. Για παράδειγμα, το 9% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι έχουν αρνηθεί την φροντίδα σε ασθενείς και τα 2/3 των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έχουν παρατηρήσει επαγγελματίες υγείας να αρνούνται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς. Ένα αισιόδοξο εύρημα είναι ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας εξέφρασαν ενδιαφέρον για επιπρόσθετη ενημέρωση και εκπαίδευση ως ένα μέσο για την καταπολέμηση τέτοιων συμπεριφορών (Letamo, 2005). Μια ακόμη έρευνα διεξήχθη στη νότια Νιγηρία με σκοπό την εκτίμηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το aids. Η μελέτη έδειξε ένα καλό επίπεδο γνώσεων όσον αφορά τον ιό HIV. Το μεγαλύτερο ποσοστό γνώσεων το έχουν οι γιατροί ενώ το μικρότερο οι εργαζόμενοι στα εργαστήρια. Επιπλέον, μέσα από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι άντρες έχουν περισσότερα θετικά συναισθήματα

απέναντι στους ασθενείς σε σχέση με τις γυναίκες. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι άντρες κατέχουν περισσότερες γνώσεις για το aids από ότι οι γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ενημερώνεται για το aids από ομιλίες και σεμινάρια για την υγεία , ενώ το μικρότερο ποσοστό που δήλωσε ότι ενημερώνεται από φίλους δηλώνει ότι είναι ένα μη αποτελεσματικός τρόπος ενημέρωσης (Chiamaka et al., 2008).

Σε αντίθεση με την Νιγηρία στο Ιράν το πιο ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης ήταν το γεγονός ότι η πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού έδειξε θετική στάση απέναντι στους ασθενείς. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες θεώρησαν ότι η φροντίδα, η εκπαίδευση, η παροχή συμβουλών και η θεραπεία των ασθενών με aids, μπορεί να οδηγήσει στην βελτίωση της δικής τους ποιότητας ζωής. Επίσης βρέθηκε ότι παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση και το είδος του επαγγελματία υγείας επηρεάζουν τις στάσεις απέναντι στους ασθενείς (Letamo, 2005).

Ακόμη μια έρευνα η οποία έχει διεξαχθεί στο Ιράν και πήραν μέρος νοσηλευτές, γιατροί και τεχνικοί εργαστηρίων ανέδειξε σημαντικά ευρήματα. Οι τεχνικοί εργαστηρίων είχαν πιο ευνοϊκές στάσεις όσον αφορά το αν θα πρέπει να επιτρέπεται η νοσηλεία ατόμων με aids. Οι γιατροί συγκρίνοντας τους με τους νοσηλευτές και τους τεχνικούς εργαστηρίων είχαν λιγότερο φόβο για την μετάδοση. Επίσης, η ομάδα ηλικίας μικρότερης των 25 χρονών είχαν λιγότερα θετικά συναισθήματα απέναντι στα άτομα με aids και ήταν λιγότερο έτοιμοι να φροντίσουν τους ασθενείς. Γενικότερα, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας έδειξαν θετικές στάσεις απέναντι στους ασθενείς. Από την άλλη υπήρξαν και αρνητικές στάσεις όσον αφορά την φροντίδα του ασθενή και ο κύριος λόγος ήταν ο φόβος της μόλυνσης (Aghamolaei et al., 2009).

Μια ακόμα έρευνα έχει πραγματοποιηθεί στη Νότια Αφρική με στόχο να προσδιοριστούν οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο aids. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές δεν ήταν βέβαιοι για το πώς ο ιός του aids μπορεί να μεταδοθεί και δεν έδωσαν σωστές απαντήσεις για του τρόπους πρόληψης . Οι νοσηλευτές επίσης ρωτήθηκαν ποια ήταν η αντίδρασή τους όταν είδα πρώτη φορά έναν ασθενή με aids. Το 21,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ήταν σοκαρισμένοι, το 52% ένιωσαν ενσυναίσθηση , το 22,3 ένιωσε φόβο και το 4% ένιωσε ντροπή για τον ασθενή. Επίσης, οι περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές δήλωσε ότι το να φροντίζεις έναν ασθενή με aids προκαλεί περισσότερο άγχος από το να φροντίζεις άλλους ασθενείς. (Mulaudzi et al. , 2011).

Παρόμοια έρευνα διεξήχθη και στο κολέγιο της Baroda στην Ινδία όπου πήραν μέρος σπουδαστές της ιατρικής. Το 56% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι μπορεί να είναι επικίνδυνο να φροντίζεις έναν ασθενή με aids , το 33% εξέφρασε αμφιβολία για το αν η εκπαίδευσή τους τους έχει δώσει αρκετές γνώσεις ώστε να δουλεύουν με ασφάλεια με τους ασθενείς, Σημαντικό αποτέλεσμα της έρευνας είναι ότι το 64% των σπουδαστών πιστεύει ότι θα έπρεπε τα άτομα με aids να νοσηλεύονται ξεχωριστά από τους άλλους ασθενείς. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την γνώμη της πλειοψηφίας των ερωτώμενων ότι το aids δεν μπορεί να μεταδοθεί με την κοινωνική επαφή. Επιπλέον, η έρευνα ανέδειξε μια γενική απροθυμία των σπουδαστών να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς με aids. Αυτά τα ευρήματα τονίζουν την έλλειψη κατανόησης των γενικών προφυλάξεων απέναντι στο aids (Mohsin et al., 2008).

Στη Γερμανία πραγματοποιήθηκε έρευνα σε σπουδαστές της νοσηλευτικής με στόχο την εκτίμηση των γνώσεων και στάσεων τους απέναντι στο aids, την προθυμία τους

να φροντίσουν τους ασθενείς αλλά και το επίπεδο ομοφοβίας τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φοιτητές της νοσηλευτικής είχαν ένα αρκετά υψηλό επίπεδο γνώσης σχετικά με το AIDS. Ωστόσο, υπήρχαν κενά στις γνώσεις τους όσον αφορά την ανοσοπαθολογία και τα συμπτώματα της νόσου. Γενικά οι στάσεις τους απέναντι στους ασθενείς βρέθηκε ότι είναι θετικές, ενώ ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν ομοφοβικοί. Εκείνοι που είχαν θετικές στάσεις απέναντι στο aids ήταν περισσότερο πρόθυμοι να φροντίσουν έναν ασθενή, ενώ εκείνοι που είχαν υψηλό επίπεδο ομοφοβίας ήταν λιγότερο πρόθυμοι. Επίσης, οι σπουδαστές με υψηλό επίπεδο γνώσεων είχαν λιγότερες αρνητικές στάσεις και χαμηλότερο επίπεδο ομοφοβίας από εκείνους που είχαν χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων (Lohmann et al., 2000).

Στη Ιαπωνία έγινε έρευνα με θέμα τις γνώσεις και τις στάσεις των οδοντογιατρών απέναντι στο aids. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η κύρια πηγή ενημέρωσης σχετικά με το aids προέρχεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Επίσης, σχεδόν όλοι είπαν ότι θεωρούν τις γνώσεις τους σχετικά με το aids μέτριες και ανεπαρκείς. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε ότι θα ήταν διστακτικοί να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε άτομα με aids. Σημαντικό για τη έρευνα ήταν ότι πάνω από το 90% των ερωτηθέντων ζήτησε επιπλέον εκπαίδευση σχετικά με τον ιό, την πρόληψη και την μετάδοσή του (Kitaura, 1997).

#### **4.2.1. Οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα**

Αρκετές είναι οι μελέτες που διερευνούν τις στάσεις γνώσεις και αντιλήψεις απέναντι στη νόσο του AIDS. Ως προς τις αντιλήψεις, τα πρώτα έτη εμφάνισης της νόσου στην Ελλάδα διαφαίνεται μία ρατσιστική διάθεση απέναντι στους φορείς και ασθενείς με aids. Συγκεκριμένα κατά το ακαδημαϊκό έτος 1993-1994 πραγματοποιήθηκε μελέτη από τους Γρηγοριάδου και συν με στόχο την διερεύνηση των αντιλήψεων των σπουδαστών απέναντι στη νόσο (Γρηγοριάδου, 1995). Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 720 σπουδαστές του ΟΑΕΔ ηλικίας 18-28 ετών. Διαπιστώθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό έχουν ρατσιστικά αισθήματα απέναντι στους ασθενείς και φορείς με aids. Θετικό ωστόσο αποτελεί το γεγονός ότι ένα 94,5% θεωρεί ότι τα άτομα αυτά αξίζουν την συμπαράσταση της πολιτείας και ότι το 81% νιώθει συμπόνια για φορείς και νοσούντες.

Σχετική μελέτη πραγματοποιήθηκε αργότερα από την Σαπουντζή- Κρέπια και συν (2000). Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 320 σπουδαστές από δύο σχολές του ΤΕΙ Αθήνας, τη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π.) και τη Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας(Σ.Δ.Ο), ηλικίας 18-30 ετών. Διαπιστώθηκε απροθυμία ως προς την παροχή φροντίδας σε φορείς και νοσούντες. Όσον αφορά στη φοίτηση φορέα HIV στο τμήμα, το 76,6% του δείγματος προτείνει συνέχιση των σπουδών, ενώ το 21% προτείνει φοίτηση υπό όρους.

Οι αντιλήψεις για τη νόσο ενδεχομένως να επηρεάζονται από τις σχετικές γνώσεις. Το επίπεδο γνώσεων αναφορικά με τη νόσο έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό την επιστημονική κοινότητα. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 13 Τεχνολογικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια των Αθηνών (Μεράκου, 2002) διαπίστωσαν ότι οι σχετικές με τη νόσο γνώσεις ήταν επαρκείς. ως προς τη σεξουαλική συμπεριφορά, ανησυχητικό ήταν το γεγονός ότι το 30% περίπου υποψιαζόταν ότι έχει μολυνθεί

λόγω μη ασφαλούς ερωτικής συμπεριφοράς στο παρελθόν. Οι παράγοντες που ταυτοποιήθηκαν ως σημαντικά συσχετιζόμενοι με το επίπεδο γνώσεων για τη νόσο, ήταν η ηλικία, το φύλο, οι σχολικοί βαθμοί και η θρησκευτικότητα.

Ανάλογες έρευνες διεξήχθησαν τα επόμενα χρόνια με επίκεντρο το γενικό πληθυσμό όπως η έρευνα των Καμπουράκη και συν (2006). Υλικό αποτέλεσαν οι επισκέπτες της έκθεσης "HELEXPO ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ" το 2006 και οι ομάδες σχολείων για τα οποία οργανώθηκε σεμινάριο ενημέρωσης για το HIV/AIDS. Τα αποτελέσματα δεν ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά καθώς το 19,23% δήλωσε ότι σπάνια χρησιμοποιεί προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή. Εντυπωσιακή είναι η εκτίμηση γνώσεων για τα λοιμώδη αφού τα άτομα ηλικίας έως 18 ετών αναγνωρίζουν σε μικρότερο ποσοστό βασικά Σ.Μ.Ν. ενώ το ποσοστό των ατόμων που έχουν αντίστοιχα καλύτερη γνώση είναι ηλικίας 26-35 ετών. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζει μελέτη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού ηλικίας μεταξύ 10 και 65 ετών (Κατσιαρδάνης, 2006) όπου διαπιστώνεται ελλιπής γνώση για τους τρόπους μετάδοσης.

Σε αντιστοιχία με τις παραπάνω έρευνες είναι η έρευνα των Δετοράκη και συν (2006). Η έρευνα διεξήχθη το 2006 όπου συμπληρώθηκαν 600 ανώνυμα ερωτηματολόγια. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν σπουδαστές 18-25 ετών (67,8%) ενώ οι ενήλικες 26-55 ετών (30,5%). Περισσότεροι σπουδαστές από ότι ενήλικες δηλώνουν ενήμεροι στο θέμα του AIDS. Το σύνολο του δείγματος απαντά ότι σε μεγάλο βαθμό δεν επιθυμεί να ενημερωθεί για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS, ούτε για τους τρόπους προφύλαξης. Υψηλό ποσοστό αδιαφορίας για την ενημέρωση στο θέμα του aids παρατηρήθηκε τόσο από τους σπουδαστές όσο και από ενηλίκους κατοίκους της πόλης των Πατρών με τους πρώτους ελαφρά ενημερωμένους σε σχέση με την δεύτερη ομάδα.

Σχετική έρευνα πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες υγείας από τους Αναστασίου και συν (2006). Μοιράστηκαν 100 ερωτηματολόγια σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και λοιπό προσωπικό, καθώς επίσης και σε συνοδούς παιδιών νοσηλεύομενων ή προσκομισθέντων στα Εξωτερικά Ιατρεία. Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ακόμη και σήμερα μεγάλο ποσοστό ατόμων που έχουν άγνοια για την επιδημιολογία, τον επιπολασμό και τους τρόπους μετάδοσης του ιού καθώς και ότι η άγνοια σχετίζεται ισχυρά και στατιστικά σημαντικά με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ατόμων.

Επίσης σε έρευνα που έγινε το 2007 και ερωτήθηκαν 51 γιατροί όσον αφορά τις γνώσεις τους σχετικά με το aids, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία (98%) θεωρεί ότι το aids μπορεί να εξαπλωθεί μέσω της σεξουαλικής επαφής και την μετάγγιση αίματος. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι ένα ποσοστό (13,7%) πιστεύει ότι το aids μπορεί να μεταδοθεί μέσω του κοινωνικού φιλιού ή από ένα τσίμπημα εντόμου. Η μελέτη αποκάλυψε ότι το προσωπικό υγείας έχει ελλειπείς γνώσεις για τους τρόπους μετάδοσης του aids. Οι γνώσεις και οι στάσεις των πρόσφατα ειδικευόμενων γιατρών είναι σε γενικές γραμμές ικανοποιητικές. Το γεγονός ότι είναι πρόσφατα ειδικευόμενοι γιατροί δικαιολογεί την έλλειψη κλινικής εμπειρίας η οποία είναι αιτία της ανασφάλειας και της έλλειψης γνώσης. Τέλος η μελέτη αποκάλυψε ότι η καλά συντονισμένη και συνεχής εκπαίδευση για το aids συνίσταται ως ζωτική στρατηγική για την εκστρατεία κατά του aids (Kyriazis et al, 2010).

Τέλος, σε έρευνα που έγινε με σκοπό τη διερεύνηση γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων φοιτητών σχολών επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το aids, τα

αποτελέσματα έδειξαν ότι έχουν ικανοποιητικές γνώσεις γύρω από τρόπο μετάδοσης της νόσου, την έκβαση και τις κοινωνικές συνέπειες αυτής, αλλά όχι όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου και κυρίως τα κλινικά συμπτώματα και τα εργαστηριακά ευρήματα. Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες ανέφεραν υγιή σεξουαλική συμπεριφορά και χρήση προφυλακτικών μέτρων. Οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας σε γενικές γραμμές θα αποδέχονταν τους φορείς HIV και νοσούντες με AIDS τόσο στην οικογένεια τους όσο και στο ευρύτερο φιλικό τους περιβάλλον, ενώ αντίθετα κατά την εργασία τους στο νοσοκομείο θα ήταν διστακτικοί στο να περιθάλψουν ασθενή με AIDS. Και πιο συγκεκριμένα το 33% μόνο δήλωσε ότι σίγουρα θα τον περιθάλπτε, 47% δήλωσαν πως μάλλον ναι, 16% πως μάλλον όχι, ενώ 4% των ερωτηθέντων απάντησαν όχι (Διομήδους και συν., 2009).

#### **4.2.2. Προγράμματα εκπαίδευσης για το aids σε επαγγελματίες υγείας**

Καθώς ο αριθμός των ατόμων με aids αυξάνεται συνεχώς θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να μάθουν πώς να φροντίζουν αυτά τα άτομα και πώς να αποφεύγουν την έκθεση με τον ιό hiv. Παρακάτω θα παρουσιάσουμε κάποιες έρευνες που έχουν γίνει και δείχνουν τις επιδράσεις των προγραμμάτων εκπαίδευσης για το aids στους επαγγελματίες υγείας.

Στην Αμερική το 1987 έγινε έρευνα για τις γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο aids πριν και μετά το πρόγραμμα εκπαίδευσης. Η ανάλυση των απαντήσεων έδειξε ότι μετά την παρακολούθηση του προγράμματος εκπαίδευσης οι επαγγελματίες υγείας βελτίωσαν το επίπεδο γνώσεων τους όσο αφορά τους τρόπους μετάδοσης του ιού. Επίσης, μετά την παρακολούθηση του προγράμματος το 92% των επαγγελματιών υγείας πιστεύει ότι έχει επαρκείς γνώσεις για να προστατέψει τον εαυτό του από το aids, και το 79% αυτών πιστεύει ότι είναι ικανοί να φροντίσουν ένα άτομο που έχει aids. Σημαντικό, επίσης είναι ότι μετά την παρακολούθηση του προγράμματος εκπαίδευσης πολλοί λιγότεροι απάντησαν ότι αν είχαν την επιλογή θα απέφευγαν να φροντίσουν ένα άτομο με aids (Wertz et al, 1987).

Σχετική έρευνα έγινε και πάλι στην Αμερική σε σπουδαστές επαγγελματίες υγείας. Οι σπουδαστές παρακολούθησαν ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης για το aids που περιείχε εβδομαδιαίες ομιλίες και σεμινάρια. Οι στάσεις των σπουδαστών απέναντι στο aids άλλαξαν μετά την παρακολούθηση του προγράμματος εκπαίδευσης. Για παράδειγμα, το ποσοστό των σπουδαστών που δήλωσαν πριν το πρόγραμμα ότι θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν την περίθαλψη ατόμων με aids, μετά την παρακολούθηση του προγράμματος μειώθηκε σημαντικά. Επίσης, το ποσοστό κατανόησης προς τους ασθενείς αυξήθηκε εξίσου σημαντικά. (Strauss et al, 1992).

Λίγο αργότερα το 1995 διεξάχθηκε έρευνα σε σπουδαστές επαγγελματίας υγείας στην Αμερική με σκοπό την εκτίμηση των επιδράσεων του προγράμματος εκπαίδευσης όσον αφορά το aids. Κάποια από τα αποτελέσματα ήταν τα εξής, η άποψη ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης του ιού οφείλεται στην φροντίδα των ασθενών μειώθηκε σημαντικά μετά την παρακολούθηση του προγράμματος και η προθυμία τους να προσφέρουν την φροντίδα τους στους ασθενείς αυξήθηκε σημαντικά. Τέλος, το πρόγραμμα φάνηκε ότι ήταν αποτελεσματικό στην αύξηση των γνώσεων των σπουδαστών όσον αφορά τις γενικές προφυλάξεις απέναντι στον ιό (Diekema et al, 1995).

Παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Νιγηρία εξετάζοντας τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας πριν και μετά το πρόγραμμα εκπαίδευσης για το aids. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι το πρόγραμμα είχε θετικά αποτελέσματα όσον αφορά την βελτίωση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο aids. Συγκεκριμένα, πριν το πρόγραμμα εκπαίδευσης μόνο το 30,8% των επαγγελματιών υγείας γνώριζαν τουλάχιστον τέσσερα συμπτώματα του aids, ενώ μετά το πρόγραμμα εκπαίδευσης το ποσοστό ανέβηκε στο 70,9% (Ajuwon et al, 2008).

Στην Νιγηρία επίσης, αλλά αυτή τη φορά σε σπουδαστές της νοσηλευτικής έγινε έρευνα που διερευνά τις αλλαγές στη γνώση και στις στάσεις που απορρέουν από το πρόγραμμα εκπαίδευσης. Οι νοσηλευτές έδειξαν ότι ήταν καλύτερα ενημερωμένοι για το aids από ότι στο παρελθόν μετά την παρακολούθηση του προγράμματος ενημέρωσης. Επιπλέον η στάση τους απέναντι στην νόσο και την φροντίδα των ασθενών είχε γίνει πιο φιλελεύθερη, καθώς και η διάθεσή τους να συμμορφωθούν με τις καθολικές προφυλάξεις (Uwakwe, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

### 5. Δικαιώματα οροθετικών

Οι διακρίσεις υπάρχουν σε πολλά διαφορετικά επίπεδα, στο επίπεδο του ατόμου, στο επίπεδο της κοινότητας ή της κοινωνίας στο σύνολό της. Στο επίπεδο του ατόμου, για παράδειγμα, δημιουργεί αδικαιολόγητη ανησυχία και αγωνία, παράγοντες που από μόνοι τους συμβάλλουν στην κακή υγεία. Στο επίπεδο της κοινότητας προκαλεί ολόκληρες οικογένειες και ομάδες να αισθάνονται ντροπή και να αποτραβιούνται από τις κοινωνικές δραστηριότητες. Και στο επίπεδο της κοινωνίας στο σύνολό της, οι διακρίσεις εις βάρος των ατόμων με aids και οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ενισχύουν την εσφαλμένη πεποίθηση ότι είναι αποδεκτό να περιθωριοποιούνται και να κατηγοριοποιούνται όσοι έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV. Οπότε δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος μεταξύ στιγματισμού, διακρίσεων και παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ( Aggleton et al, 2003).

Ο στιγματισμός και οι διακρίσεις είναι δύο έννοιες αλληλένδετες οι οποίες ενισχύουν η μία την άλλη. Οι διακρίσεις αποτελούν παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η αρχή της μη διάκρισης βασίζεται στην αναγνώριση της ισότητας όλων των ανθρώπων και είναι κατοχυρωμένη στην Οικουμενική Διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τα κείμενα αυτά, μεταξύ άλλων απαγορεύουν τις διακρίσεις λόγω φυλής, χρώματος, φύλου, γλώσσας, θρησκείας, πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων, περιουσίας, γέννησης ή άλλων καταστάσεων. Επιπλέον, η Επιτροπή των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα αποφάσισε ότι ο όρος «άλλες καταστάσεις» θα πρέπει να συμπεριλάβει καταστάσεις υγείας περιλαμβανομένου του HIV/AIDS (Aggleton et al,2005).

Ο στιγματισμός και οι διακρίσεις εκτός του ότι αποτελούν παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων από μόνα τους, οι διακρίσεις που απευθύνονται σε άτομα που ζουν με τον ιό HIV οδηγεί σε παραβίαση άλλων ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως είναι το δικαίωμα στην υγεία, την αξιοπρέπεια, την ιδιωτική ζωή, την ισότητα ενώπιον το νόμο και την ελευθερία από την απάνθρωπη και εξευτελιστική μεταχείριση ή τιμωρία (Aggleton et al,2005).

Οι οροθετικοί δεν μεταδίδουν τον ιό στο εργασιακό τους περιβάλλον. Μπορούν να εργάζονται σε καταστήματα τροφίμων, εστιατόρια, πολυκαταστήματα κτλ.. Δεν αποκλείονται από υγειονομικές, νοσηλευτικές, εκπαιδευτικές ή άλλες παρόμοιες υπηρεσίες (Παπαευαγγέλου,1988).

Οι οροθετικοί είναι ελεύθεροι να ταξιδεύουν παντού για εργασία ή αναψυχή. Είναι άδικη και συγχρόνως αναποτελεσματική η επιβολή περιορισμών μεταναστεύσεως ή απλής μετακινήσεως από ορισμένες χώρες. Δεν πρέπει να επιβάλλονται περιορισμοί στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των οροθετικών. Δεν απαιτείται καμιά ειδική μέριμνα για την κοινή χρήση σκευών φαγητού ή τουαλέτας. Προσοχή μόνο χρειάζεται για την ατομική χρήση οδοντόβουρτσας, ξυριστικών μηχανών ή άλλων αντικειμένων που μπορούν διατρυπώντας το δέρμα ή τους βλεννογόνους να «εμβολιαστούν» αίμα ή άλλα εκκρίματα του οροθετικού σε άλλο άτομο της οικογένειας. Αυτά όμως αποτελούν στοιχειώδη μέτρα υγιεινής που πρέπει πάντα να τηρούνται απαραίτητα από τον καθένα μας και όχι μόνο για να προφυλαχθούμε από το AIDS (Παπαευαγγέλου,1988).

Επίσης τα οροθετικά παιδιά μπορεί να εξακολουθήσουν να πηγαίνουν στο σχολείο τους γιατί δεν αποτελούν κίνδυνο για τα άλλα παιδιά. Οι οροθετικοί τέλος πρέπει να απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα για ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη που χρειάζονται κατά περίπτωση. Υποχρεούνται όμως να προειδοποιούν τον θεράποντα ιατρό, που πρέπει να προσφέρει τις νοσηλευτικές του φροντίδες και να τηρεί αυστηρά το απόρρητο (Παπαευαγγέλου,1988).

### **5.1. Υποχρεώσεις οροθετικών**

Εφόσον ο ιός υπάρχει στο αίμα, στο σπέρμα και στα κολπικά υγρά, κάθε είδους σεξουαλική επαφή που μπορεί να τα μεταφέρει στον ερωτικό σύντροφο, μπορεί να προκαλέσει μόλυνση. Μερικές φορές οι σεξουαλικές επαφές είναι περισσότερο επικίνδυνες γιατί δυσκολεύουν τη μεταφορά. Η ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή είναι η περισσότερο επικίνδυνη γιατί είναι περισσότερο τραυματική και το επιθήλιο του εντέρου περισσότερο διαβατό. Για αυτό ασχέτως φύλου καθέννας πρέπει να γνωρίζει ότι το ελαστικό προφυλακτικό είναι τελείως απαραίτητο για αποφυγή μεταδόσεως της λοιμώξεως (Παπαευαγγέλου,1988).

Ο οροθετικός πρέπει να συμβουλευθεί ειδικούς για τους τρόπους ασφαλέστερης σεξουαλικής επαφής. Είναι υποχρέωση του να ενημερώνει τους ερωτικούς τους συντρόφους. Διαφορετικά διαπράττουν παράπτωμα και μπορεί να καταδικαστούν ιδιαίτερα αν μολύνουν τον ερωτικό τους σύντροφο. Απαγορεύεται η τεκνοποίηση όταν ένας από το ζευγάρι είναι οροθετικός. Όταν η έγκυος μολυνθεί υπάρχει πάνω από 50% πιθανότητα νοσήσεως του παιδιού. Αλλά και η πιθανότητα εξελίξεως από φορέα σε ασθενή είναι μεγαλύτερη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Παπαευαγγέλου,1988).

Ο οροθετικός δεν πρέπει να συνεχίσει τη χρήση ναρκωτικών, αφού έτσι μπορεί να επιταχύνει την εξέλιξη σε νόσο. Με την κοινή χρήση σύριγγας μπορεί να μολυνθεί με άλλους ιούς που μεταδίδονται με το αίμα. Μπορεί ακόμη να μολυνθεί με άλλο στέλεχος του ιού του AIDS. Μπορεί επομένως να μεταπέσει ευκολότερα σε νόσο. Γι' αυτό αν για οποιοδήποτε λόγο χρησιμοποιηθεί ναρκωτικό θα πρέπει να έχει ατομική ή μιας χρήσεως μόνο σύριγγα. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι συνεπής στην υποχρέωση να προφυλάσσει τους άλλους. Για τους ίδιους λόγους θα πρέπει να χρησιμοποιήσει προφυλακτικό. Ο οροθετικός δεν θα πρέπει να γίνει αιμοδότης, δωρητής γάλακτος, σπέρματος ή οποιουδήποτε οργάνου (Παπαευαγγέλου,1988).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> ΠΡΟΛΗΨΗ

### 6. ΚΥΡΙΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η πρόληψη της λοίμωξης HIV, όπως και των άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών μπορεί να προσεγγισθεί με τρεις τρόπους:

**α.** Εκστρατείες πληροφόρησης που παρέχουν τα βασικά στοιχεία για την πρόληψη και τη μετάδοση της λοίμωξης HIV, όπως και των άλλων μεταδιδόμενων νοσημάτων.

**β.** Προγράμματα εκπαίδευσης και επικοινωνίας σχεδιασμένα ώστε να βοηθούν τους ανθρώπους να διαμορφώνουν και να διατηρούν τις συμπεριφορές που προάγουν την υγεία

**γ.** Συμβουλευτική (που συχνά συνδυάζεται με HIV εξέταση) σχετικά με τους παράγοντες και τις πιθανότητες κινδύνου ([www.hivaids.gr](http://www.hivaids.gr)).

Οι τρεις αυτές προσεγγίσεις συνήθως απευθύνονται σε ανθρώπους με διαφορετικό βαθμό προσωπικής επαφής. Οι εκστρατείες πληροφόρησης στοχεύουν σε μεγάλες ομάδες ανθρώπων με έναν απρόσωπο τρόπο, χρησιμοποιώντας τα Μ.Μ.Ε. ή διανέμοντας έντυπο υλικό. Τα προγράμματα εκπαίδευσης και επικοινωνίας συχνά απευθύνονται σε μικρότερες ομάδες ανθρώπων με κάποια μορφή προσωπικής επαφής με τα άτομα που υλοποιούν το πρόγραμμα και τους εκπαιδευτές. Τα προγράμματα Συμβουλευτικής περιλαμβάνουν συνήθως επαφή πρόσωπο με πρόσωπο μεταξύ του συμβούλου και του συμβουλευόμενου. Εν τούτοις, έχουν γίνει πειραματισμοί με την ομαδική Συμβουλευτική (κυρίως πριν την εξέταση) και τη Συμβουλευτική από κοινού. Πρόκειται για παρακολούθηση της ατομικής Συμβουλευτικής όπου όμως εμπλέκονται και άλλα άτομα. Τα άτομα αυτά, τα οποία είναι για τον ενδιαφερόμενο σημαντικοί (μέλη της οικογένειας ή της κοινότητας) παρακινούνται να παρέχουν ενεργό υποστήριξη με στόχο να ενδυναμώσουν τον ενδιαφερόμενο, την οικογένεια και την κοινότητα ώστε να αντεπεξέλθουν στον αντίκτυπο του AIDS. Η "Συμβουλευτική από κοινού" μπορεί επομένως να περιλαμβάνει στοιχεία από τον προσανατολισμό των προγραμμάτων ομαδικής εκπαίδευσης. Το ιδανικό θα ήταν οι τρεις παραπάνω μέθοδοι να αποτελούν μια συνέχεια στην προσπάθεια της κοινότητας για δράση ([www.hivaids.gr](http://www.hivaids.gr)).

#### 6.1. Μέτρα πρόληψης

Η διαδικασία της πρόληψης μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

**α.** Πρωτογενή πρόληψη του AIDS που αφορά στη συνεχή ενημέρωση όλων των κοινωνικών ομάδων σχετικά με την αιτιολογία, τους τρόπους μετάδοσης της λοίμωξης καθώς και τα μέτρα προφύλαξης.

**β.** Ενημέρωση και η εκπαίδευση, οι οποίες είναι σημαντικό να ξεκινούν από τη σχολική ηλικία με στόχο την αποφυγή επικίνδυνων ερωτικών συμπεριφορών, καθώς και την αποφυγή μελλοντικής χρήσης ναρκωτικών ουσιών που επιτείνουν τον

κίνδυνο μετάδοσης του HIV (Δαρδαβέσης, 1999).

γ. Μείωση των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νόσου στους ασθενείς, στους φορείς το ιού, στο οικογενειακό τους περιβάλλον καθώς και στο κοινωνικό σύνολο (Δαρδαβέσης, 1999).

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η εκπαίδευση για τους τρόπους μετάδοσης του ιού και για τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να μειωθεί ή και να εξαφανιστεί η έκθεση σε αυτόν είναι το πιο σημαντικό μέσο περιορισμού της εξάπλωσης του. Καθώς η σεξουαλική συμπεριφορά είναι θέμα προσωπικό η εκπαίδευση πρέπει να απευθύνεται σε όλο τον πληθυσμό, ώστε να έχουν πρόσβαση εκείνοι οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο. Οι έφηβοι και οι ενήλικες που μπαίνουν στην ηλικία της σεξουαλικής δραστηριότητας πρέπει να χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Συγκεκριμένα, τα εκπαιδευτικά μηνύματα πρέπει να είναι κατανοητά, σαφή και ακριβή και να έχουν την απαιτούμενη ευαισθησία (ΠΟΥ, 1991β).

Οι πληροφορίες που δίνουν τα εκπαιδευτικά προγράμματα στα άτομα, πρέπει να τα βοηθούν να κατανοήσουν τις συνέπειες της λοίμωξης και με αυτό τον τρόπο να τα ωθήσουν να τροποποιήσουν τη σεξουαλική τους συμπεριφορά με στόχο την ελάττωση του κινδύνου της μόλυνσης (ΠΟΥ, 1991β).

Οι συζητήσεις για σεξουαλικές πρακτικές, συζητήσεις με το σύντροφο για την αποφυγή κινδύνων κλπ. πρέπει να είναι μέρος αυτών των προγραμμάτων (ΠΟΥ, 1991β).

## ΕΠΑΓΡΥΠΙΝΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η εξέλιξη της επιδημίας συνήθως παρακολουθείται με την υποχρεωτική δήλωση των κρουσμάτων. Στην Ελλάδα η δήλωση γίνεται στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας από τον θεράποντα ιατρό, σε ειδικό επιδημιολογικό δελτίο με κώδικα. Το όνομα του ασθενούς δεν αναφέρεται. Αφού αξιολογηθούν από την Εθνική Επιτροπή AIDS τα κρούσματα, δηλώνονται στη συνέχεια στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Παπαευαγγέλου, 1989).

## ΜΑΖΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Είναι το είδος εκείνο της παρέμβασης που απευθύνεται σε μεγάλο αριθμό αποδεκτών ή σε ανοιχτά ακροατήρια με σκοπό την ενημέρωση, την ευρεία συζήτηση, την ανακοίνωση ενημερωτικών στοιχείων κτλ. (Δημητρόπουλος, 1999). Όπως έχει ήδη ειπωθεί, η ενημέρωση του πληθυσμού για τη φύση της νόσου τα μέσα προφυλάξεως και τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις του προβλήματος, τους τρόπους μετάδοσής της, αποτελεί το σημαντικότερο μέτρο αντιμετώπισης της πανδημίας.

Η ενημέρωση, γενικότερα, έχει σαν στόχο την τροποποίηση της συμπεριφοράς που εκθέτουν το άτομο στη λοίμωξη και παράλληλα στην αποφυγή του πανικού ή λανθασμένης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και τους φορείς. Μια ενημερωτική εκστρατεία, θα πρέπει λοιπόν να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Ειδική ενημέρωση χρειάζονται επίσης οι ταξιδιώτες από χώρες όπου η νόσος θεωρείται ενδημική, οι ναυτικοί καθώς και οι κάτοικοι των τουριστικών περιοχών. Πρέπει να

εκπαιδευτεί σωστά τέλος και το υγειονομικό προσωπικό της χώρας ώστε να εξαλειφθούν φαινόμενα αδικαιολόγητου πανικού και λανθασμένης συμπεριφοράς απέναντι σε άτομα με λοίμωξη και νόσο HIV (Παπαευαγγέλου, 1989).

Μια ενημερωτική εκστρατεία πρέπει να οργανώνεται σε διάφορα επίπεδα και να αξιοποιεί διάφορα μέσα. Ακόμη, πρέπει να επαναλαμβάνεται και να εναλλάσσει τα μηνύματά της προκειμένου να συμβάλλει στην τροποποίηση της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Κάποια από τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι τα εξής:

**α.** Ενημερωτικές διαφάνειες και φυλλάδια. Υπάρχουν φυλλάδια που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό καθώς επίσης και ειδικά φυλλάδια που έχουν δημιουργηθεί για ναυτικούς, στρατιώτες, καθηγητές μέσης εκπαίδευσης, τοξικομανείς, ομοφυλόφιλους, νοσηλευτές ή άτομα που φροντίζουν ασθενείς ή φορείς του HIV.

**β.** Μέσα μαζικής ενημέρωσης. Τα Μ.Μ.Ε συμβάλλουν καθοριστικά στη μετάδοση μηνυμάτων. Προγράμματα στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο καθώς και διαφημιστικά (spots ή video) μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση ή τροποποίηση μιας συμπεριφοράς.

**γ.** Αφίσες. Η επικόλληση αφισών σε κατάλληλους χώρους συμβάλλει στην υγειονομική διαφώτιση.

**δ.** Σεμινάρια και διαλέξεις. Η οργάνωση σεμιναρίων και διαλέξεων μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην τροποποίηση μιας επικίνδυνης συμπεριφοράς. Επιπλέον, στελέχη υγειονομικών υπηρεσιών, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι ακόμη και εθελοντές μπορεί να χρησιμοποιηθούν -αφού ειδικευτούν- προκειμένου να ενημερώνουν προσωπικά άτομα που αναζητούν πληροφορίες σχετικά με το θέμα

**ε.** Έρευνα. Από τη στιγμή της εμφάνισης του ιού έως σήμερα έχουν διεξαχθεί πάρα πολλές έρευνες. Σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, ανακαλύφθηκε ο υπεύθυνος αιτιολογικός παράγοντας ενώ διερευνήθηκε με κάθε λεπτομέρεια η μοριακή βιολογία του ιού. Παράλληλα, άρχισε η δημιουργία ειδικών αντιϊκών φαρμάκων (Παπαευαγγέλου, 1989).

### **6.1.2. Μορφές πρόληψης**

#### **Πρόληψη της Μετάδοσης με Μολυσμένο Αίμα και Παράγωγα του Πλάσματος**

Η επιβολή υποχρεωτικού ελέγχου των αιμοδοτών έχει περιορίσει τη μετάδοση του ιού με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του. Παρόμοιοι έλεγχοι έχουν επιβληθεί και για μεταμοσχεύσεις οργάνων ή ιστών καθώς και για τις τράπεζες σπέρματος (Παπαευαγγέλου, 1989).

Η διαδικασία της πρόληψης στο συγκεκριμένο τομέα περιλαμβάνει, σύμφωνα με το Δαρδαβέση (1999), τα ακόλουθα:

**α.** Προσεκτική επιλογή αιμοδοτών.

**β.** Αποκλεισμό από την αιμοδοσία ατόμων που θεωρείται ότι ανήκουν σε ομάδες

υψηλού κινδύνου.

γ. Αποκλεισμό από την αιμοδοσία τουριστών και ναυτικών ή ατόμων προερχομένων από χώρες που παρουσιάζουν επιπολασμό της λοίμωξης HIV.

δ. Αυστηρή τήρηση των κανόνων αιμοδοσίας.

ε. Αυστηρό εργαστηριακό έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος.

Στη χώρα μας, η αιμοδοσία αποτελεί τη μοναδική περίπτωση όπου πραγματοποιείται ατομική συμβουλευτική συνέντευξη υποχρεωτικά.

### **Πρόληψη της Περιγεννητικής Μετάδοσης:**

Στο πλαίσιο της περιγεννητικής μετάδοσης περιλαμβάνεται η ενημέρωση των εγκύων γυναικών σχετικά με τη λοίμωξη HIV οι οποίες παράλληλα προτρέπονται να κάνουν έλεγχο για τη λοίμωξη στην αρχή της εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις οροθετικών εγκύων πρέπει να εφαρμόζεται αντιρετροϊκή θεραπεία ώστε να περιοριστούν οι πιθανότητες μετάδοσης του ιού στο έμβρυο. Μετά τον τοκετό συνιστάται η αποφυγή του θηλασμού.. Η συμβουλευτική υποστήριξη θα πρέπει να είναι στη διάθεση των εγκύων γυναικών, όπως και κάθε άλλου ατόμου, είτε όταν απαιτείται ενημέρωση σχετικά με τη λοίμωξη HIV, είτε όταν αυτή ήδη έχει συντελεσθεί. (Δαρδαβέσης, 1999).

### **Πρόληψη με Προσυμπτωματικό Έλεγχο:**

Η προληπτική αυτή μέθοδος έχει ως στόχο τον εντοπισμό φορέων σε διάφορες κοινωνικές ομάδες (screening) ή σε μεμονωμένα άτομα (testing). Για να εφαρμοστεί μια τέτοια μέθοδος θα πρέπει προηγουμένως να εκπαιδευτεί ο πληθυσμός και να διαφωτιστεί προκειμένου να κατανοήσει την αναγκαιότητα αυτής της μεθόδου πρόληψης. Οι ομάδες πληθυσμού στις οποίες συνιστάται προσυμπτωματικός έλεγχος είναι αυτές που χαρακτηρίζονται υψηλού κινδύνου (ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι, χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι, σεξουαλικοί σύντροφοι φορέων HIV, ιερόδουλες, άτομα που υποβλήθηκαν σε μεταγίσεις κατά την περίοδο 1979-1985, άτομα που προέρχονται από χώρες με έντονο πρόβλημα εξάπλωσης του ιού, άτομα με συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά του AIDS (Δαρδαβέσης, 1999).

### **Πρόληψη Μετάδοσης στο Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό:**

Ο κίνδυνος μόλυνσης από τον HIV στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, είναι ελάχιστος. Βασική προϋπόθεση βέβαια είναι η τήρηση των απαραίτητων υγειονομικών μέτρων. Κάποιες από τις προφυλάξεις που οφείλει να παίρνει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι οι εξής:

α. Αποστείρωση εργαλείων.

β. Απολύμανση κάθε υλικού που ήρθε σε επαφή με αίμα ή βιολογικά υλικά.

γ. Χρησιμοποίηση ειδικών δοχείων στα οποία θα τοποθετούνται οι βελόνες, σύριγγες και τα υπόλοιπα υλικά που έχουν χρησιμοποιηθεί.

δ. Απολύμανση χεριών.

ε. Χρήση γαντιών, γυαλιών ή προσωπίδων όπου απαιτείται.

στ. Νοσηλεία ασθενών με νόσο HIV σε ειδικούς θαλάμους.

ζ. Προσπάθεια αποφυγής τραυματισμών.

η. Αναγραφή ειδικών οδηγιών στα φιαλίδια με δείγματα αίματος ή άλλων βιολογικών υγρών υλικών (Δαρδαβέσης, 1999).

### **Πρόληψη Μετάδοσης στους Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών:**

Η Συμβουλευτική θα πρέπει να είναι διαθέσιμη τόσο σε θεωρητικό επίπεδο (προκειμένου για το σχεδιασμό οποιουδήποτε προγράμματος παρέμβασης), όσο και σε επίπεδο πρακτικής παρέμβασης (προκειμένου για τη υλοποίηση οποιουδήποτε προγράμματος παρέμβασης). Τα προγράμματα πρόληψης της μετάδοσης του HIV στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, στο έργο Friedman et al. (1989), διακρίνονται ως προς:

α. Τον προσανατολισμό τους στη διακοπή της χρήσης ή στη μείωση των κινδύνων για όσους εξακολουθούν τη χρήση.

β. Τη χρήση κάποιου από τα παρακάτω: αποτροπής, ανάπτυξης δεξιοτήτων, χαρακτηριστικών της ομάδας, κοινωνικής υποστήριξης, παροχής κινήτρων μείωσης κινδύνων.

γ. Την προσπάθεια αλλαγής: του περιβάλλοντος, της χρήσης, της υποκουλτούρας της χρήσης ή της υποκουλτούρας του ατόμου.

δ. Το διοικητικό και νομικό έλεγχο των προγραμμάτων που μπορεί να βρίσκεται είτε στα χέρια των ειδικών, είτε στα χέρια των ίδιων των χρηστών.

Μερικά από τα μέτρα πρόληψης που αφορούν στη χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών είναι:

*Εφαρμογή προγραμμάτων όπου θα παρέχονται δωρεάν σύριγγες.*

Η προμήθεια συριγγών και βελόνων θεωρείται το σπουδαιότερο μέτρο για τη μείωση της διασποράς του HIV μεταξύ των τοξικομανών. Σήμερα, σε πολλές χώρες, μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης πωλούνται ελεύθερα οι σύριγγες και οι βελόνες στα φαρμακεία. Υπάρχουν όμως και ειδικές κλινικές από τις οποίες μπορούν να τις προμηθευτούν οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Επιπλέον, εφαρμόζονται ειδικά προγράμματα όπου η δωρεάν διανομή συριγγών γίνεται από ειδικά κέντρα, αφού όμως επιστραφούν σύριγγες που έχουν ήδη επιστραφεί. Με αυτό τον τρόπο, οι χρήστες έρχονται σε επαφή με τα σχετικά κέντρα και πληροφορούνται για τις υπηρεσίες τους καθώς και για τα μέσα που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν προκειμένου να αποτοξινωθούν. Παράλληλα, ενημερώνονται για τους τρόπους πρόληψης του AIDS (Παπαευαγγέλου κ.α., 1995).

*Επέκταση των προγραμμάτων αποτοξίνωσης και ένταξη των χρηστών σε προγράμματα μεθαδόνης.*

Σε όλες τις χώρες -μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης- χορηγείται η μεθαδόνη υπό συγκεκριμένες και αυστηρά καθορισμένες προϋποθέσεις. Η χρήση της μεθαδόνης αφορά στην προσωρινή αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων της ηρωίνης. Το θέμα της επέκτασης των προγραμμάτων μεθαδόνης έγινε επίκαιρο με την εμφάνιση του AIDS, αφού η χορήγησή της γίνεται από το στόμα. Πάντως, σε αρκετές χώρες η χρήση της είναι αρκετά διαδεδομένη αφού η χορήγησή της απαιτεί μόνο ειδική ιατρική συνταγή (Παπαευαγγέλου κ.α., 1995).

*Προμήθεια προφυλακτικών.* Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών αποτελούν τη βασική αιτία διασποράς του HIV στον ετερόφυλο πληθυσμό, αφού μεταδίδουν τον ιό όχι μόνο αιματογενώς αλλά και με τη σεξουαλική οδό. Γι' αυτό πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για την εφαρμογή μεθόδων ασφαλούς σεξ. Ένας τρόπος για να διευκολυνθεί αυτό είναι με την προμήθεια προφυλακτικών η οποία πρέπει να είναι ελεύθερη και εύκολη. Η προμήθεια των προφυλακτικών πρέπει να γίνεται από τα φαρμακεία και από άλλες πηγές καθώς και από αυτόματους πωλητές. Η διασπορά του AIDS μπορεί να περιοριστεί και με την προμήθεια προφυλακτικών και συριγγών μέσα στις φυλακές όμως μόνο σε μερικές χώρες εφαρμόζονται τέτοια προγράμματα (Παπαευαγγέλου κ.α., 1995).

*Οργάνωση δικτύου θεραπευτικών κοινοτήτων.* Η δημιουργία δικτύου θεραπευτικών κοινοτήτων θεωρείται αναγκαιότητα. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν ιδρυθεί πολλές θεραπευτικές κοινότητες με πρωτοβουλία που ανήκει σε εθελοντικές κυρίως οργανώσεις. Στην Ελλάδα, έχουν ιδρυθεί θεραπευτικές κοινότητες για πολλές ομάδες χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών και σε διάφορες περιοχές της χώρας (Παπαευαγγέλου κ.α., 1995).

*Προσπάθειες για την κοινωνική επανένταξη των χρηστών.* Μ' αυτό τον τρόπο, μειώνονται οι πιθανότητες διασποράς του ιού αφού το άτομο επανεντάσσεται κοινωνικά και διακόπτει ή τουλάχιστον προσπαθεί να διακόψει τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

## **Πρόληψη σε Περιπτώσεις Κρούσματος**

Όταν σε κάποιο άτομο ανιχνεύονται αντισώματα του HIV πρέπει, σύμφωνα με το Δαρδαβέση (1999), να γίνουν οι εξής ενέργειες:

- α.** Πρέπει να δηλωθεί στην αρμόδια υγειονομική υπηρεσία.
- β.** Πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε να προληφθούν διάφορα μεταδιδόμενα νοσήματα (τα οποία μεταδίδονται με το αίμα).
- γ.** Πρέπει να γίνεται απολύμανση σε μολυσμένα από αίμα ή άλλα σωματικά υγρά αντικείμενα.
- δ.** Ο ασθενής καθώς και οι ερωτικοί του σύντροφοι πρέπει να ενημερωθούν ώστε να αποκλεισθούν από αιμοδότες, δωρητές ιστών, οργάνων, σπέρματος κλπ.
- ε.** Οι ασθενείς είναι απαραίτητο να υποβληθούν σε αντιρετροϊκή αγωγή.

Είναι, πιστεύουμε, αυτονόητο ότι η ενημέρωση τόσο του ασθενούς, όσο και των συντρόφων του θα πρέπει να γίνεται από προσωπικό εξειδικευμένο στη Συμβουλευτική.

## **Προφυλάξεις Ατόμων που Πάσχουν από Λοίμωξη ή και Νόσο HIV**

Τα άτομα που πάσχουν από λοίμωξη ή/ και νόσο HIV πρέπει να έρχονται σε επαφή με κάποιο λειτουργό εξειδικευμένο στη Συμβουλευτική που σχετίζεται με το συγκεκριμένο πρόβλημα. Ο λειτουργός αυτός έχει καθήκον να φροντίσει, μεταξύ άλλων, για την ενημέρωση των ενδιαφερομένων σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να προφυλάξουν τον εαυτό τους και τους άλλους.

Για το σκοπό αυτό, οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να τηρούν τις ακόλουθες αρχές προφύλαξης (Δαρδαβέσης, 1999):

- α.** Τήρηση των κανόνων υγιεινής.
- β.** Προφύλαξη από διάφορες ασθένειες και λοιμώξεις.
- γ.** Αποφυγή κόπωσης.
- δ.** Καλή διατροφή και ειδική διαίτα όταν αυτό απαιτείται.
- ε.** Χρησιμοποίηση βελόνων και συριγγών μιας χρήσης καθώς και αποκλειστική χρησιμοποίηση των ατομικών ειδών υγιεινής.
- στ.** Επιλογή σταθερού ερωτικού συντρόφου και αποφυγή συχνής εναλλαγής ερωτικών συντρόφων.
- ζ.** Χρήση προφυλακτικών στις σεξουαλικές επαφές και λήψη μέτρων προκειμένου να αποφευχθεί η εγκυμοσύνη.
- η.** Αποφυγή του μητρικού θηλασμού.
- θ.** Ενημέρωση ερωτικών συντρόφων ή ατόμων με τα οποία έκαναν κοινή χρήση ναρκωτικών.
- ι.** Απολύμανση επιφανειών που έχουν έρθει σε επαφή με αίμα ή άλλα υγρά το σώματός τους.

## **Πρόληψη της Σεξουαλικής Μετάδοσης**

Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού με τη σεξουαλική επαφή αφορά στο σύνολο των ατόμων κυρίως από την εφηβική ηλικία και μετά. Επειδή όμως οι σεξουαλικές σχέσεις αποτελούν μια φυσιολογική δραστηριότητα, θα ήταν εξαιρετικά δύσκολο να εποπτευτούν. Στην περίπτωση όμως του AIDS, μόνο η εκπαίδευση του πληθυσμού στην εφαρμογή κανόνων ορθής σεξουαλικής συμπεριφοράς μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Επιπλέον, θα πρέπει να γίνεται χρήση προφυλακτικών σε συνδυασμό με σπερματοκτόνα καθώς και προσεκτική επιλογή ερωτικών συντρόφων και αποφυγή επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών και πρακτικών (Δαρδαβέσης, 1999). Η Συμβουλευτική μπορεί να συνδράμει στην προσπάθεια της πρόληψης της σεξουαλικής μετάδοσης του HIV, σε ατομικό και σε ομαδικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο μαζικής παρέμβασης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΤΟΥ HIV

Όταν πρωτοεμφανίστηκε το AIDS, δεν υπήρχαν φάρμακα ικανά να αναχαιτίσουν την κατάρρευση του ανοσοποιητικού συστήματος, ενώ τα φάρμακα για την αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων ήταν ελάχιστα. Έκτοτε αναπτύχθηκαν πολλές θεραπευτικές αγωγές που είχαν ως στόχο την αντιμετώπιση τόσο της λοίμωξης, όσο και των σχετικών με αυτή λοιμώξεων και καρκίνων (NIAID, 1999). Οι προοπτικές για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS είναι σε γενικές γραμμές ενθαρρυντικές. Επιπλέον, η χρήση νέων φαρμάκων καθώς και ο συνδυασμός πολλών φαρμάκων -με διαφορετική δράση στις διάφορες φάσεις αναπαραγωγής του HIV- επιτυγχάνουν την αναστολή της πορείας της νόσου, μεγαλύτερη περίοδο επιβίωσης των ασθενών και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Δαρδαβέσης, 1999).

Αισιοδοξία προκαλεί το γεγονός ότι η προληπτική χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων σε οροθετικές έγκυες γυναίκες μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης της λοίμωξης HIV περίπου στο 80% ενώ περίπου στο ίδιο ποσοστό μειώνεται και η πιθανότητα λοίμωξης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έπειτα από επαγγελματική έκθεση στον ιό (Δαρδαβέσης, 1999). Η απομόνωση το ιού του AIDS οδήγησε σε προβλέψεις αισιόδοξες για την ανακάλυψη ενός αποτελεσματικού εμβολίου. Παρ' όλα αυτά όμως, η ανάπτυξη ενός εμβολίου εναντίον του HIV μπορεί να φαίνεται πιθανή, δεν είναι όμως εύκολη. Πάντως, η χρήση του θα αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική, κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το πρόβλημα είναι έντονο και στις οποίες η χρήση του προφυλακτικού είναι αδιανόητη (απόδειξη γι' αυτό αποτελούν οι εκστρατείες ενημέρωσης οι οποίες δεν πέτυχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα) (Δαρδαβέσης, 1999).

Οι ελπίδες για τη δημιουργία αποτελεσματικού εμβολίου στηρίζονται στις γνώσεις μας τόσο για τον ιό όσο και για τον ανοσολογικό μηχανισμό του οργανισμού αλλά και στις ενδείξεις που έχουμε ότι είναι δυνατό να επιτευχθεί ανοσία από τροποποιημένα εξασθενημένα στελέχη του HIV ( [www.hiv.gr](http://www.hiv.gr) ).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι ιδιαίτερα σημαντικός διότι μπορεί να συμβάλλει σημαντικά τόσο στη πρόληψη όσο στη θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενή με aids. Με τις ειδικές γνώσεις που διαθέτει μπορεί να κατανοήσει τις συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της κατάστασης του ασθενή, και να δώσει στο γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να αποκτήσουν μια πληρέστερη εικόνα για τον ασθενή (Σταθόπουλος, 2003).

Ο κοινωνικός λειτουργός αρχικά ανταποκρίνεται στο διαγνωστικό του ρόλο. Λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό με την διαδικασία της συνέντευξης είτε από τον ασθενή είτε από την οικογένεια του. Ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, για την ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να συλλέξει τις απαραίτητες εκείνες πληροφορίες για την κοινωνική και ψυχική κατάσταση του ασθενή που θα πρέπει να γνωρίζουν τα άλλα μέλη της ομάδας (Πανταζάκας και Μέντης, 2002) ( Μουζακίτης, 1988). Με τον ρόλο αυτό ο κοινωνικός λειτουργός δεν επικεντρώνεται μόνο στα προβλήματα που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν αλλά και στα προβλήματα των οικογενειών τους που ανέκυψαν λόγω της ασθένειας (Μουζακίτης, 1988).

Ως προς τον ασθενή ο κοινωνικός λειτουργός στοχεύει στη προσαρμογή του ασθενή στο νοσοκομείο και στην συναισθηματική εκφόρτιση του. Προετοιμάζει και υποστηρίζει τον ασθενή ώστε να δεχτεί και να κατανοήσει την κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει αλλά και τον βοηθάει στην αποδοχή της φαρμακευτικής αγωγής. ([www.pepagnh.gr](http://www.pepagnh.gr)). Όσο πιο ρεαλιστική εικόνα έχει το άτομο με aids για την ασθένεια του, τόσο μειώνεται το άγχος και αυξάνεται η ικανότητά του για σωστές αποφάσεις σχετικά με την αρρώστια. (Σταθόπουλος, 2003).

Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά τον ασθενή με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης να ανακτήσει τις δυνάμεις του και να ενισχύσει τις ικανότητες του. Ακόμη προετοιμάζει τον άρρωστο για την επάνοδό του και την ομαλή επανένταξή του στο οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον. Ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί τον συνδετικό κρίκο της νοσοκομειακής και μετανοσοκομειακής φροντίδας του αρρώστου και φροντίζει να συνεχιστεί η σχέση του ασθενή με το νοσοκομείο για όσο χρειάζεται (Πανταζάκας και Μέντης, 2002) ( [www.pepagnh.gr](http://www.pepagnh.gr)).

Εκτός από τον ασθενή ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει να υποστηρίξει την οικογένεια, καθώς δεν νοείται κοινωνική εργασία στον ασθενή, χωρίς την προσέγγιση και την υποστήριξη της οικογένειας του. Υποστηρίζει και ενισχύει ψυχολογικά την οικογένεια να αποδεχθεί την νέα κατάσταση, αλλά και να αναπτύξει νέους τρόπους επικοινωνίας με τον ασθενή, που θα διευκολύνουν και τα δύο μέρη. Η συναισθηματική ανακούφιση της οικογένειας είναι πρωταρχικός στόχος ώστε να αποβάλλουν τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργήθηκαν λόγω της νέας κατάστασης. Βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την νέα πραγματικότητα. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να σταθεί δίπλα στον ασθενή και να αναπτύξουν νέους ρόλους, που θα διευκολύνουν την φροντίδα

του στο νοσοκομείο και μετά την έξοδο του. Ενημερώνει την οικογένεια για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις κατά την διαμονή τους στο νοσοκομείο. Ακόμα η επιστροφή του ατόμου με aids στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση στην οικογένεια. Γιαυτό το λόγο θα πρέπει ήδη ο κοινωνικός λειτουργός να έχει προετοιμάσει και να έχει συμβουλευσει την οικογένεια σχετικά με την επανένταξη του ασθενή ( [www.peraghn.gr](http://www.peraghn.gr)).

Επιπλέον ο κοινωνικός λειτουργός με τον οργανωτικό του ρόλο, αναλαμβάνει να εντοπίσει τις πηγές που θα στηρίξουν τον ασθενή κατά την νοσηλεία του και μετά. Οι πηγές αυτές αφορούν υπηρεσίες, οργανισμούς, φορείς, δημόσιους και ιδιωτικούς, που θα διευκολύνουν τον ασθενή όσο νοσηλεύεται αλλά και θα εξασφαλίσουν τη συνέχεια στην θεραπεία μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει για την διασύνδεση του νοσοκομείου με άλλους φορείς ή ιδρύματα (νοσοκομειακά, εξωνοσοκομειακά\_κλπ), προς όφελος του αρρώστου και κατ' επέκταση της οικογένειας του, ενώ τους πληροφορεί ή τους παραπέμπει στις διάφορες πηγές της κοινότητας (Πανταζάκας και Μέντης, 2002).

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να αναγνωρίσει τις κοινωνικές ανάγκες των ασθενών και την κοινωνική διάσταση κάθε προβλήματος υγείας , την ποικίλη και συγκαλυμμένη μορφή του κάτω από τα σωματικά ενοχλήματα. Ακόμη βοηθά στην αναγνώριση και την αποκωδικοποίηση των συναισθηματικών παραμέτρων, οι οποίες συχνά περιπλέκουν και διαστρεβλώνουν την κλινική εικόνα του ασθενούς (Καλλινικάκη, 1998).

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 1.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να μελετήσουμε τις γνώσεις και στάσεις επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το AIDS σε τρία νοσοκομεία της Κρήτης μέσα από τις απαντήσεις τους σε συγκεκριμένα ερωτήματα που αφορά το θέμα.

### 1.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η προσέγγιση που χρησιμοποιήσαμε ήταν η ποσοτική, αφού αυτή παρέχει τη δυνατότητα συλλογής των δεδομένων με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια και αξιοπιστία. Επιπλέον, οι ποσοτικές μελέτες είναι κατάλληλες, όταν απαιτείται η διερεύνηση ενός μεγάλου δείγματος, δεδομένου ότι ο ερευνητής μπορεί να πραγματοποιήσει συγκρίσεις ευκολότερα (Ανδριώτης, 2003).

Επίσης, όταν τα αποτελέσματα της έρευνας στηρίζονται σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, η γενική αντίληψη είναι ότι οι θεωρητικές υποθέσεις υποβάλλονται σε πιο αυστηρό και έγκυρο έλεγχο. Η τυποποίηση των στοιχείων που συλλέγονται, η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους πληθυσμού και η επιδεκτικότητα των στοιχείων σε στατιστικές μεθόδους ανάλυσης καθιστούν την ποσοτική ως την πιο διαδεδομένη μορφή εμπειρικής έρευνας για τη μελέτη των κοινωνικών φαινομένων (Κυριαζή, 2002).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS (SPSS Inc., Chicago, USA) για Windows. Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική, ενώ για τη μελέτη σχέσεων και συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε αφενός η δοκιμασία  $\chi^2$ -test (με διόρθωση Yates όπου χρειάστηκε), και αφετέρου μη παραμετρικές δοκιμασίες (Mann-Whitney Test, Kruskal-Wallis Test και Independent Samples Median Test). Σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες θεωρήθηκε ως στατιστικά σημαντικό το (2-tailed)  $P < 0,05$ .

Τα δεδομένα μας τα αντλήσαμε από τη χρήση του ερωτηματολογίου της έρευνας «Knowledge, attitudes and practices of Greek Health Professionals, in Relation to AIDS. Roumeliotou, A., Kornarou, E., Papaevangelou, V., Spiropoulou, P., Ktenas, K., Stergiou, G., et.al. (1992) και συγκεκριμένα τις ερωτήσεις Q6 – Q17β μετά από επικοινωνία με τους δημιουργούς του εργαλείου και την σχετική τους άδεια. Επίσης στο δεύτερο μέρος προσθέσαμε ερωτήσεις που αφορούσαν συναισθήματα και στάσεις των επαγγελματιών υγείας, τις οποίες διερευνήσαμε μέσα από την βιβλιογραφία και μετά από συζήτηση με την καθηγήτρια μας. Οι ερωτήσεις αυτές είναι από το Q18 – Q32.

Τον πληθυσμό μελέτης της έρευνας μας αποτέλεσαν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην παθολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου, του Πανεπιστημιακού Γενικού νοσοκομείου Ηρακλείου και του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Βενιζέλειο Πανάκειο. Το Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου απαρτίζεται από 20 επαγγελματίες υγείας στην παθολογική κλινική, από 16 νοσηλευτές και από 4 γιατρούς. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε όλο το προσωπικό επαγγελματιών υγείας από το οποίο μας απάντησαν 13 νοσηλευτές και 4 γιατροί. Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου απαρτίζεται από 20 επαγγελματίες υγείας στην

παθολογική κλινική , από 12 νοσηλευτές και από 8 γιατρούς. Απευθυνθήκαμε σε όλο το προσωπικό επαγγελματιών υγείας και μας απάντησαν 10 νοσηλευτές και 7 γιατροί. Το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο Πανάνειο απαρτίζεται από 16 επαγγελματίες υγείας στην παθολογική κλινική , από 10 νοσηλευτές και από 6 γιατρούς. Δόθηκαν ερωτηματολόγια σε όλο το προσωπικό της παθολογικής κλινικής, από τους οποίους μας απάντησαν 8 νοσηλευτές και 5 γιατροί. Επίσης, απευθυνθήκαμε στην Κοινωνική Υπηρεσία και των τριών νοσοκομείων, στο οποίο δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο στην κάθε Κοινωνική Υπηρεσία και μας απάντησαν τρεις κοινωνικοί λειτουργοί. Οπότε το σύνολο των ερωτηθέντων που πήρε μέρος στην έρευνα μας ήταν 50 επαγγελματίες υγείας.

### 1.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιες οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το AIDS;
2. Ποιος ο βαθμός συσχέτισης με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά;
3. Ποια είναι η εκτίμηση των αναγκών των επαγγελματιών υγείας σε θέματα γνώσης και στάσης για το AIDS, με σκοπό τη διαμόρφωση στρατηγικών πρόληψης και επιμόρφωσης που θα στοχεύουν σε αυτές τις ανάγκες;

Οι υποθέσεις που θέσαμε εξ' αρχής ήταν οι παρακάτω:

1. Υποθέσαμε ότι οι επαγγελματίες υγείας θα έχουν επαρκείς γνώσεις για τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας διότι θέματα υγείας και αντιμετώπισης τους όπως το aids συμπεριλαμβάνονται στην εκπαίδευσή τους.
2. Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας υποθέσαμε ότι θα είναι θετικές ως προς τους ασθενείς, διότι η καθημερινή επαφή μαζί τους και γνωρίζοντας τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν θα τους επηρεάσουν θετικά.

Οι μεταβλητές των δεδομένων μας, τις οποίες εισαγάγαμε στον ηλεκτρονικό υπολογιστή για επεξεργασία:

ID	Ο αύξων αριθμός.
HOSP	Το συγκεκριμένο νοσοκομείο. 1= ΠΑΓΝΗ 2= BENIZELEIO 3= ΓΕΝ. ΡΕΘΥΜΝΟΥ
SEX	Το φύλο του... 1= ΑΝΔΡΑΣ 2= ΓΥΝΑΙΚΑ
AGE	Η ηλικία σε έτη.
PROF	Το επάγγελμα

SERV	Η προϋπηρεσία (χρόνια)
EDUC	Εκπαίδευση
EDUC2	Μεταπτυχιακή εκπαίδευση
Q6	Εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος για το aids
Q6A	Εάν οι πηγές πληροφόρησης του ερωτώμενου είναι τα σεμινάρια
Q6A1	Εάν τα σεμινάρια έγιναν στο εσωτερικό
Q6A1W1	Εάν τα σεμινάρια έγιναν στο χώρο εργασίας
Q6A1W2	Εάν τα σεμινάρια έγιναν αλλού

Q6A2	Εάν τα σεμινάρια έγιναν στο εξωτερικό
Q6B	Εάν οι ερωτώμενοι έχουν παρακολουθήσει διαλέξεις – στρογγυλά τραπέζια
Q6C	Εάν οι πηγές πληροφόρησης τους είναι τα επιστημονικά περιοδικά
Q6D	Εάν οι πηγές πληροφόρησης τους είναι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης
Q7A	Εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τον ιό ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV).
Q7B	Εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV.
Q7C	Εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για την διάγνωση του HIV.
Q7D	Εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για την κλινική παρουσία της νόσου
Q7E	Εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τα μέσα προφύλαξης από την νόσο.
Q8	Εάν ο ερωτώμενος δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids
Q9	Εάν ο ερωτώμενος παρέχει τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με aids όπως και στους άλλους ασθενείς.
Q10	Εάν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του.
Q11	Εάν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι ο έλεγχος όλων των ασθενών θα μειώσει τον κίνδυνο HIV μόλυνσης στο χώρο εργασίας.
Q12	Εάν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι η λήψη των καθορισμένων παγκόσμια προφυλάξεων είναι ασφαλέστερη από τον έλεγχο για αντι-HIV.
Q13	Εάν ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί γάντια όταν η μόλυνση με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος είναι πιθανή.
Q14	Εάν ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί προστατευτική μάσκα όταν είναι πιθανόν

	να πεταχτούν σταγόνες από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος.
Q15	Εάν ο ερωτώμενος φοράει προστατευτικά γυαλιά όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες.
Q17	Εάν ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί σύριγγες
Q17A1	Εάν ο ερωτώμενος αποφεύγει να ξαναβάλει το καπάκι στη βελόνα
Q17A2	Εάν ο ερωτώμενος αποφεύγει να βγάζει τις βελόνες με το χέρι.
Q17A3	Εάν ο ερωτώμενος αποφεύγει να χρησιμοποιεί βελόνες
Q17B	Που τοποθετεί ο ερωτώμενος τις χρησιμοποιημένες βελόνες ή σύριγγες
Q18	Η άποψη του ερωτώμενου για μεγαλύτερη ασφάλεια στο χώρο δουλειάς του.
Q19	Τα συναισθήματα του ερωτώμενου απέναντι στους οροθετικούς
Q20	Η στάση του επαγγελματία υγείας απέναντι στα συναισθήματα του ασθενή
Q21	Εάν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι γνωρίζοντας ο επαγγελματίας υγείας τα συναισθήματα του ασθενή τον γνωρίζει καλύτερα και σαν άνθρωπο.
Q22	Εάν έχει αλλάξει η στάση του ερωτώμενου απέναντι στους ασθενείς σε σχέση με το παρελθόν.
Q24	Την άποψη του ερωτώμενου για το διάστημα αποδοχής της ασθένειας
Q25	Την άποψη του ερωτώμενου για την ευκολία να μιλάνε οι ασθενείς για το προβλημά τους.
Q26	Την άποψη του ερωτώμενου για το ποια είναι τα άτομα που στηρίζουν τους ασθενείς.
Q27	Εάν θεωρεί ο ερωτώμενος ότι το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή αποδέχεται εύκολα την ασθένεια.
Q29	Εάν γνωρίζει ο ερωτώμενος τα προγράμματα που υπάρχουν στην Ελλάδα για την στήριξη των ατόμων με aids.
Q30	Εάν γνωρίζει ο ερωτώμενος τα προγράμματα που υπάρχουν στο εξωτερικό για τους οροθετικούς.
Q31	Εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι οι ασθενείς ανταποκρίνονται στα προγράμματα
Q32	Να διατυπώσει ο ερωτώμενος τις προτάσεις του για υπηρεσίες/παροχές που απευθύνονται σε οροθετικούς που θεωρεί ότι λείπουν από το σύστημα υγείας.

## **ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Κατά την διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας ήρθαμε αντιμέτωποι με κάποιες δυσκολίες:

Είχαμε να μοιράσουμε τα ερωτηματολόγια σε γιατρούς και νοσηλευτές οι οποίοι δεν είχαν τον απαραίτητο χρόνο να μας συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια λόγω του βεβαρημένου φόρτου εργασίας τους και των περιστατικών που αναλάμβαναν καθημερινώς με φυσικό επακόλουθο να τους ενοχλούμε κατά την διάρκεια της εργασίας τους σε τακτικά χρονικά διαστήματα ώστε να μπορέσουμε να συμπληρώσουμε τον απαραίτητο αριθμό ερωτηματολογίων που χρειαζόμασταν για την διεξαγωγή της ερευνάς μας. Επίσης, από την έρευνα που διεξήχθη δεν ανταποκρίθηκαν όλοι οι επαγγελματίες υγείας στην έρευνα μας.

Ακόμα, σημαντική δυσκολία για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας αποτέλεσε το γεγονός ότι ενώ υπάρχει πλούσιο βιβλιογραφικό υλικό για τα άτομα με AIDS το υλικό αυτό είναι πάρα πολύ παλιό και πολλές απόψεις για τους οροθετικούς έχουν αναθεωρηθεί. Δυσκολευτήκαμε λοιπόν, στο να βρούμε καινούρια συγγράμματα που αφορούσαν το θέμα μας.

Μια ακόμη δυσκολία που προέκυψε σχετιζόταν με την κάλυψη των υλικών μέσων (φωτοτυπίες, έξοδα μετακίνησης), αφού αυτό είχε ως συνέπεια την μεγάλη οικονομική μας επιβάρυνση.

Επίσης αναφέρουμε ότι το πλήθος των 50 ερωτηθέντων επαγγελματιών υγείας θεωρείται ένα μικρό αντιπροσωπευτικό δείγμα του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας αλλά και πιο συγκεκριμένα των πόλεων Ηρακλείου- Ρεθύμνου. Γεγονός το οποίο δεν μας επιτρέπει να μιλάμε για γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Επιπλέον, προκειμένου να εξαλείψουμε αισθήματα φόβου και επιφυλακτικότητας από την πλευρά των ερωτώμενων τους εξηγήσαμε την ιδιότητά μας, την χρησιμότητα και τον σκοπό της έρευνας. Ακόμη τονίζαμε την τήρηση του απορρήτου των αρχών του κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματος.



## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

±

### Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Στον πίνακα 1 κατανέμονται οι ηλικίες των ερωτώμενων. Παρατηρείται λοιπόν, ότι ο μικρότερος σε ηλικία ερωτώμενος που έλαβε μέρος στην έρευνα είναι 19 ετών και ο μεγαλύτερος 60 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 37,2 έτη και η τυπική απόκλιση είναι 9,7.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : ΗΛΙΚΙΑ

N	48
Λείπουν	2
Μέση τιμή	37,2
Τυπικό λάθος της μέσης τιμής	1,4
Διάμεσος τιμή	37,5
Κυρίαρχη τιμή	38
Τυπική απόκλιση	9,7
Διασπορά	93,6
Λοξότητα	,573
Κύρτωση	,236
Ελάχιστη τιμή	19
Μέγιστη τιμή	60

Σχετικά με τα χρόνια προϋπηρεσίας, παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα προϋπηρεσίας είναι τα 35 έτη. Όσον αφορά τον μέσο όρο προϋπηρεσίας είναι τα 11,3 έτη ενώ η τυπική απόκλιση είναι τα 8,9 έτη. (Πίνακας 2)

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ

N	41
Λείπουν	9
Μέση τιμή	11,3
Τυπικό λάθος της μέσης τιμής	1,400
Διάμεσος τιμή	10,00
Κυρίαρχη τιμή	0
Τυπική απόκλιση	8,9
Διασπορά	80,372
Λοξότητα	,640
Κύρτωση	-,178
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	35

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα νοσοκομεία στα οποία δουλεύουν οι επαγγελματίες υγείας. Παρατηρείται ισοκατανομή των νοσοκομείων ΠΑ.Γ.Ν.Η. και Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου με ποσοστό επαγγελματιών 36%, ενώ στο Βενιζέλειο το ποσοστό ανέρχεται στο 28%.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΠΑΓΝΗ	18	36,0
BENIZELEIO	14	28,0
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	18	36,0
Σύνολο	50	100,0

Ο πίνακας 4 παραπέμπει στο φύλο των ερωτώμενων, από το οποίο προκύπτει ότι οι άντρες συμμετέχοντες είναι 15 στον αριθμό και οι γυναίκες 35, ποσοστό που εκφράζεται σε 30% και 70% αντίστοιχα.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΦΥΛΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΝΔΡΑΣ	15	30,0
ΓΥΝΑΙΚΑ	35	70,0
Σύνολο	50	100,0

Όσον αφορά το επάγγελμα των ερωτώμενων, οι γιατροί αποτελούν το 32% των επαγγελματιών υγείας, οι νοσηλευτές το 62% και οι κοινωνικοί λειτουργοί το 6%. (Πίνακας 5)

### ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΓΙΑΤΡΟΙ	16	32,0
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	31	62,0
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	3	6,0
Σύνολο	50	100,0

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Παρατηρείται λοιπόν, ότι από το 70% των ερωτηθέντων που απάντησαν για το είδος της εκπαίδευσης τους το 32% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ, το 24% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ, το 12% δεν έχουν πτυχίο διότι κάνουν την πρακτική τους άσκηση και το 2% είναι απόφοιτοι ΙΕΚ.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΑΕΙ	12	24,0	34,3
ΤΕΙ	16	32,0	45,7
ΙΕΚ	1	2,0	2,9
ΟΧΙ ΠΤΥΧΙΟ	6	12,0	17,1
Σύνολο	35	70,0	100,0
Δεν απάντησαν	15	30,0	
Σύνολο	50	100,0	

Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν μεταπτυχιακή εκπαίδευση αποτελούν το 10% ενώ εκείνοι που δεν έχουν αποτελούν το 90%. (Πίνακας 7)

### ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

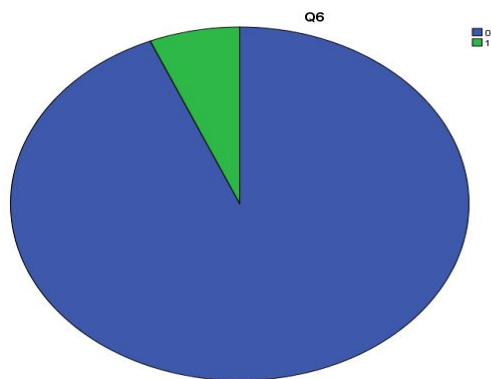
	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	5	10,0
ΟΧΙ	45	90,0
Σύνολο	50	100,0

Στην ερώτηση σχετικά με το αν είναι ενημερωμένοι για το aids (Πίνακας 8), από το 94% των ερωτηθέντων που απάντησαν το 88% απάντησαν θετικά ενώ το 6% απάντησαν αρνητικά.

**Πίνακας 8:** Εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος για το aids

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΝΑΙ	44	88,0	93,6
ΟΧΙ	3	6,0	6,4
Σύνολο	47	94,0	100,0
Δεν απάντησαν	3	6,0	
Σύνολο	50	100,0	

### Γράφημα



Σε ερώτηση σχετική με το αν οι πηγές πληροφόρησης των ερωτώμενων για το aids

είναι τα σεμινάρια , το 46% των ερωτηθέντων ήταν θετικοί ενώ το 54% ήταν αρνητικοί. (Πίνακας 9)

**Πίνακας 9:** Εάν οι πηγές πληροφόρησης του ερωτώμενου είναι τα σεμινάρια

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	23	46,0
ΟΧΙ	27	54,0
Σύνολο	50	100,0

Όσον αφορά αν έγιναν τα σεμινάρια στο εσωτερικό το 44% των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά ενώ το 56% απάντησαν αρνητικά. (Πίνακας 10).

**Πίνακας 10:** Εάν τα σεμινάρια έγιναν στο εσωτερικό

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	22	44,0
ΟΧΙ	28	56,0
Σύνολο	50	100,0

Στον Πίνακα 11 παρατηρείται ότι το 48% των ερωτηθέντων απάντησε ότι τα σεμινάρια έγιναν στο χώρο εργασίας ενώ το 52% ότι δεν έγιναν.

**Πίνακας 11:** Εάν τα σεμινάρια έγιναν στο χώρο εργασίας

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	24	48,0
ΟΧΙ	26	52,0
Σύνολο	50	100,0

Το 22% των επαγγελματιών υγείας απάντησε ότι τα σεμινάρια έγιναν αλλού, ενώ το 78% απάντησε ότι δεν έγινε αλλού. (Πίνακας 12)

**Πίνακας 12:** Εάν τα σεμινάρια έγιναν αλλού

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	11	22,0
ΟΧΙ	39	78,0
Σύνολο	50	100,0

Όσον αφορά στην ερώτηση αν τα σεμινάρια έγιναν στο εξωτερικό το 8% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά , ενώ το 92% απάντησε αρνητικά. (Πίνακας 13)

**Πίνακας13:** Εάν τα σεμινάρια έγιναν στο εξωτερικό

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	4	8,0
ΟΧΙ	46	92,0
Σύνολο	50	100,0

Οι ερωτώμενοι που έχουν παρακολουθήσει διαλέξεις – στρογγυλά τραπέζια αποτελούν το 10% των επαγγελματιών υγείας ενώ εκείνοι που δεν έχουν παρακολουθήσει αποτελούν το 90%. (Πίνακας 14)

**Πίνακας 14:** Εάν οι ερωτώμενοι έχουν παρακολουθήσει διαλέξεις – στρογγυλά τραπέζια

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	5	10,0
ΟΧΙ	45	90,0
Σύνολο	50	100,0

Από τον Πίνακα 15 παρατηρούμαι ότι το 62% των ερωτηθέντων πληροφορείται για το aids από τα επιστημονικά περιοδικά ενώ το 38% δεν πληροφορείται από εκεί.

**Πίνακας 15:** Εάν οι πηγές πληροφόρησης τους είναι τα επιστημονικά περιοδικά

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	31	62,0
ΟΧΙ	19	38,0
Σύνολο	50	100,0

Σε ερώτηση σχετική με το αν οι επαγγελματίες υγείας πληροφορούνται για το aids από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης το 64% απάντησε θετικά, ενώ το 36% απάντησε αρνητικά.(Πίνακας 16)

**Πίνακας 16:** Εάν οι πηγές πληροφόρησης τους είναι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης

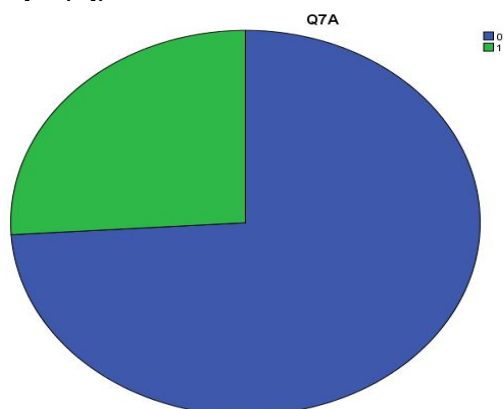
	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	32	64,0
ΟΧΙ	18	36,0
Σύνολο	50	100,0

Στον Πίνακα 17 παρατηρείται ότι το 74% των επαγγελματιών υγείας έχει επαρκείς γνώσεις για τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV), ενώ το 26% δεν έχει επαρκείς γνώσεις.

**Πίνακας 17:** Εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τον ιό ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV).

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	37	74,0
ΟΧΙ	13	26,0
Σύνολο	50	100,0

**Γράφημα**

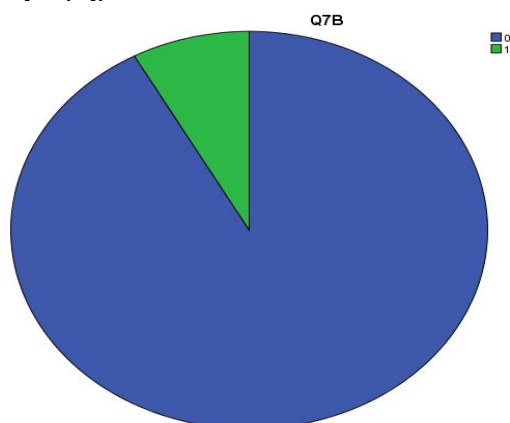


Στον Πίνακα 18 παρατηρείται ότι το 92% των ερωτώμενων έχει επαρκείς γνώσεις για τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV, ενώ το 8% δεν έχει επαρκείς γνώσεις.

**Πίνακας 18:** Εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	46	92,0
ΟΧΙ	4	8,0
Σύνολο	50	100,0

**Γράφημα**

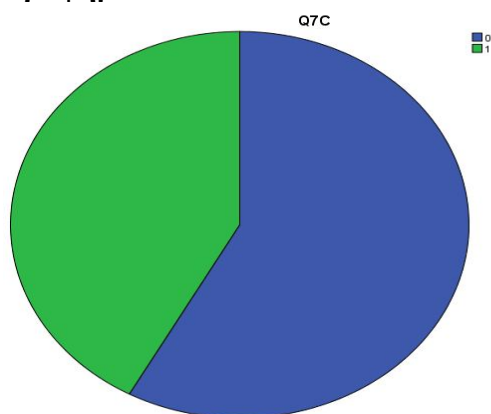


Στον Πίνακα 19 παρατηρείται ότι το 56% των ερωτηθέντων έχει επαρκείς γνώσεις για την διάγνωση του ιού HIV, ενώ το 42% δεν έχει επαρκείς γνώσεις.

**Πίνακας 19:** Εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για την διάγνωση του HIV.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	29	58,0
ΟΧΙ	21	42,0
Σύνολο	50	100,0

**Γράφημα**

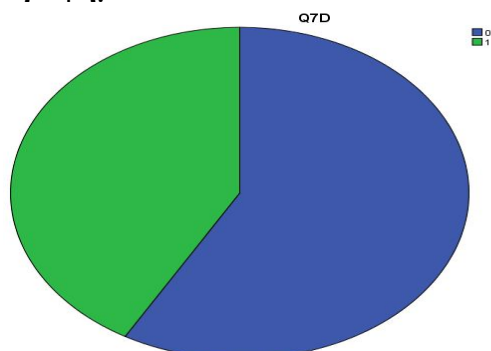


Σε ερώτηση σχετική με το αν έχουν επαρκείς γνώσεις για την κλινική παρουσία της νόσου, από το 96% των επαγγελματιών υγείας που απάντησε το 56% απάντησε θετικά, ενώ το 40% απάντησε αρνητικά. (Πίνακας 20)

**Πίνακας 20:** Εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για την κλινική παρουσία της νόσου

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΝΑΙ	28	56,0	58,3
ΟΧΙ	20	40,0	41,7
Σύνολο	48	96,0	100,0
Δεν απάντησαν	2	4,0	
Σύνολο	50	100,0	

**Γράφημα**

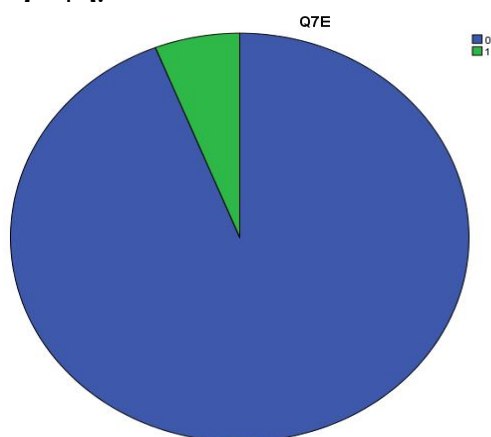


Το 94% των επαγγελματιών υγείας έχει επαρκείς γνώσεις για τα μέσα προφύλαξης από τη νόσο ενώ το 6% δεν έχει επαρκείς γνώσεις. (Πίνακας 21)

**Πίνακας 21:** Εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τα μέσα προφύλαξης από την νόσο.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	47	94,0
ΟΧΙ	3	6,0
Σύνολο	50	100,0

**Γράφημα**

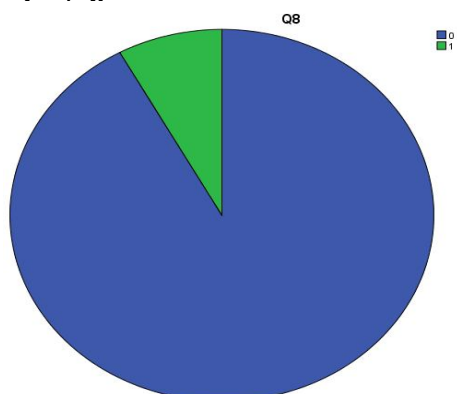


Στον Πίνακα 22 παρατηρείται ότι το 92% των επαγγελματιών υγείας δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids ενώ το 8% δεν δέχεται. (Πίνακας 22)

**Πίνακας 22:** Εάν ο ερωτώμενος δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	46	92,0
ΟΧΙ	4	8,0
Σύνολο	50	100,0

**Γράφημα**



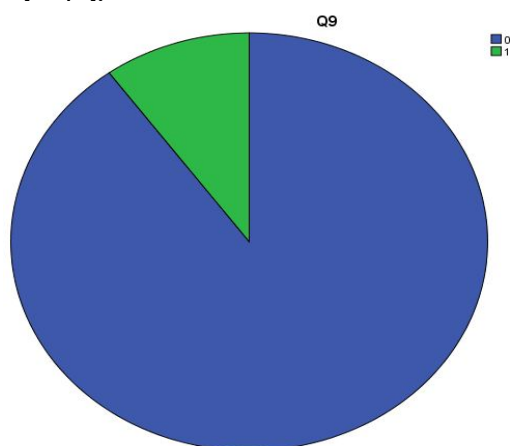


Το 90% των ερωτώμενων παρέχει τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με aids όπως και στους άλλους ασθενείς, ενώ το 10% δεν παρέχει τις ίδιες φροντίδες. (Πίνακας 23)

**Πίνακας 23:** Εάν ο ερωτώμενος παρέχει τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με aids όπως και στους άλλους ασθενείς.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	45	90,0
ΟΧΙ	5	10,0
Σύνολο	50	100,0

### Γράφημα



Στον Πίνακα 24 παρατηρείται ότι το 78% των επαγγελματιών υγείας πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του, ενώ το 22% δεν το πιστεύει.

**Πίνακας 24:** Εάν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	39	78,0
ΟΧΙ	11	22,0
Σύνολο	50	100,0

Στον Πίνακα 25 παρατηρείται ότι το 68% των ερωτώμενων πιστεύει ότι ο έλεγχος όλων των ασθενών θα μειώσει τον HIV μόλυνσης στο χώρο εργασίας, ενώ το 32% δεν το πιστεύει.

**Πίνακας 25:** Εάν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι ο έλεγχος όλων των ασθενών θα μειώσει τον κίνδυνο HIV μόλυνσης στο χώρο εργασίας.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	34	68,0
ΟΧΙ	16	32,0
Σύνολο	50	100,0

Από τον πίνακα 26 παρατηρείται ότι το 50% των ερωτηθέντων δεν πιστεύει ότι η λήψη των καθορισμένων παγκόσμια προφυλάξεων είναι ασφαλέστερη από τον έλεγχο για αντι-HIV, ενώ το 48% το πιστεύει.

**Πίνακας 26:** Εάν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι η λήψη των καθορισμένων παγκόσμια προφυλάξεων είναι ασφαλέστερη από τον έλεγχο για αντι-HIV.

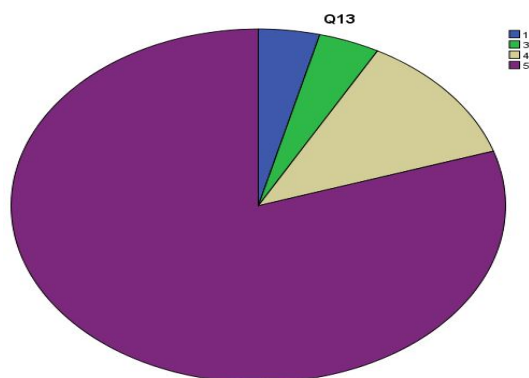
	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΝΑΙ	24	48,0	49,0
ΟΧΙ	25	50,0	51,0
Σύνολο	49	98,0	100,0
Δεν απάντησαν	1	2,0	
Σύνολο	50	100,0	

Από τον πίνακα 27 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων(80%) χρησιμοποιεί πάντα γάντια όταν έρθει σε επαφή με κάποιον ασθενή, το 12% τις περισσότερες φορές, και ένα 4% ποτέ ή συνήθως.

**Πίνακας 27:** Εάν ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί γάντια όταν η μόλυνση με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος είναι πιθανή.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΠΟΤΕ	2	4,0
ΣΥΝΗΘΩΣ	2	4,0
ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ	6	12,0
ΠΑΝΤΑ	40	80,0
Σύνολο	50	100,0

**Γράφημα**

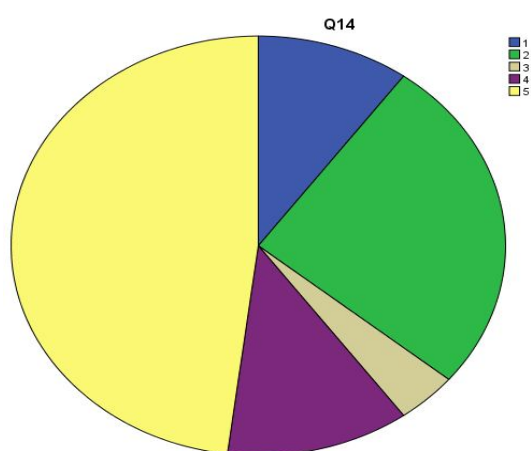


Από τον πίνακα 28 παρατηρείται ότι το 48% των ερωτηθέντων χρησιμοποιεί πάντα προστατευτική μάσκα όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος, το 26% μερικές φορές, το 12% τις περισσότερες φορές, το 10% ποτέ και το 4% χρησιμοποιεί γάντια συνήθως.

**Πίνακας 28:** Εάν ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί προστατευτική μάσκα όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΠΟΤΕ	5	10,0
ΜΕΡΙΚΣ	13	26,0
ΣΥΝΗΘΩΣ	2	4,0
ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ	6	12,0
ΠΑΝΤΑ	24	48,0
Σύνολο	50	100,0

### Γράφημα



Από τον πίνακα 29 διαπιστώνεται ότι το 48% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν φοράει ποτέ προστατευτικά γυαλιά όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος, το 26% ότι πάντα φοράει γυαλιά, το 12% τις περισσότερες φορές, το 10% μερικές φορές και ένα 4% συνήθως.

**Πίνακας 29:** Εάν ο ερωτώμενος φοράει προστατευτικά γυαλιά όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΠΟΤΕ	24	48,0
ΜΕΡΙΚΕΣ	5	10,0
ΣΥΝΗΘΩΣ	2	4,0
ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ	6	12,0
ΠΑΝΤΑ	13	26,0
Σύνολο	50	100,0

Στον πίνακα 30 παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (88%) χρησιμοποιεί σύριγγες ενώ το 12% δεν χρησιμοποιεί.

**Πίνακας 30:** Εάν ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί σύριγγες

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	44	88,0
ΟΧΙ	6	12,0
Σύνολο	50	100,0

Στον πίνακα 31 βλέπετε ότι το 68% αποφεύγει να ξαναβάλει το καπάκι στη βελόνα, ενώ το 26% όχι.

**Πίνακας 31:** Εάν ο ερωτώμενος αποφεύγει να ξαναβάλει το καπάκι στη βελόνα

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΝΑΙ	34	68,0	72,3
ΟΧΙ	13	26,0	27,7
Σύνολο	47	94,0	100,0
Δεν απάντησαν	3	6,0	
Σύνολο	50	100,0	

Στον πίνακα 32 παρατηρείται ότι το 52% των ερωτηθέντων δεν αποφεύγει να βγάζει τις βελόνες με το χέρι ενώ το 42% τις βγάζει.

**Πίνακας 32:** Εάν ο ερωτώμενος αποφεύγει να βγάζει τις βελόνες με το χέρι

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΝΑΙ	21	42,0	44,7
ΟΧΙ	26	52,0	55,3
Σύνολο	47	94,0	100,0
Δεν απάντησαν	3	6,0	
Σύνολο	50	100,0	

Από τον πίνακα 33 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (84%) τοποθετεί τις βελόνες σε ένα ειδικό δοχείο, ενώ το 4% τις τοποθετεί σε ειδικό δοχείο για κάψιμο.

**Πίνακας 33:** Που τοποθετεί ο ερωτώμενος τις χρησιμοποιημένες βελόνες ή σύριγγες

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΤΙΣ ΤΟΠΟΘΕΤΩ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ ΔΟΧΕΙΟ	42	84,0	95,5
ΤΙΣ ΤΟΠΟΘΕΤΩ ΣΕ ΔΟΧΕΙΟ ΓΙΑ ΚΑΨΙΜΟ	2	4,0	4,5
Σύνολο	44	88,0	100,0

Δεν απάντησαν	6	12,0	
Σύνολο	50	100,0	

Από τον πίνακα 34 βλέπετε ότι όσον αφορά το τι θα έδινε μεγαλύτερη ασφάλεια στο χώρο δουλειάς τους οι επαγγελματίες υγείας, από το σύνολό τους απάντησε το 80% και είπαν σε ποσοστό 26% τον απαραίτητο εξοπλισμό, το 20% απάντησε την ενημέρωση του προσωπικού για τον ιό, το 14% ανέφερε τις παγκόσμιες προφυλάξεις, το 12% απάντησε τον έλεγχο των ασθενών και τέλος ένα μικρό ποσοστό 8% απάντησε τον αυτοέλεγχο.

**Πίνακας 34:** Η άποψη του ερωτώμενου για μεγαλύτερη ασφάλεια στο χώρο δουλειάς του

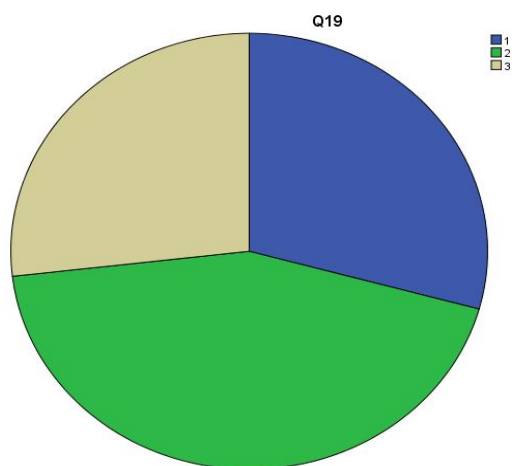
	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	13	26,0	32,5
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΟ AIDS	10	20,0	25,0
ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ	7	14,0	17,5
ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	6	12,0	15,0
ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ	4	8,0	10,0
Σύνολο	40	80,0	100,0
Δεν απάντησαν	10	20,0	
Σύνολο	50	100,0	

Από τον πίνακα 35 παρατηρείται ότι Τα συναισθήματα των επαγγελματιών υγείας που απάντησαν σε ποσοστό 82% , είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό 36% ίδια με τους άλλους ασθενείς, ακολουθεί η θλίψη με 24% και η κατανόηση / συμπόνια με ποσοστό 22%.

**Πίνακας 35:** Τα συναισθήματα του ερωτώμενου απέναντι στους οροθετικούς

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΘΛΙΨΗ	12	24,0	29,3
ΙΔΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	18	36,0	43,9
ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ/ΣΥΜΠΟΝΙΑ	11	22,0	26,8
Σύνολο	41	82,0	100,0
Δεν απάντησαν	9	18,0	
Σύνολο	50	100,0	

**Γράφημα**



Στον πίνακα 36 βλέπετε ότι η στάση του επαγγελματία υγείας απέναντι στα συναισθήματα του ασθενή διαπιστώθηκε ότι είναι με ποσοστό 42% από εκείνους που απάντησαν κατανόηση, συμπάρασταση με ποσοστό 2% και ελάχιστοι με ποσοστό 8% απάντησαν λύπη.

**Πίνακας 36:** Η στάση του επαγγελματία υγείας απέναντι στα συναισθήματα του ασθενή

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	21	42,0	56,8
ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ	12	24,0	32,4
ΛΥΠΗ	4	8,0	10,8
Σύνολο	37	74,0	100,0
Δεν απάντησαν	13	26,0	
Σύνολο	50	100,0	

Από τον πίνακα 37 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 68% από το ποσοστό 86% που απάντησε, πιστεύει ότι αν ο επαγγελματίας υγείας γνωρίζει τα συναισθήματα του ασθενή γνωρίζει και τον ασθενή καλύτερα ως άνθρωπο, ενώ ελάχιστοι δεν το πιστεύουν με ποσοστό 18%.

**Πίνακας 37:** Εάν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι γνωρίζοντας ο επαγγελματίας υγείας τα συναισθήματα του ασθενή τον γνωρίζει καλύτερα και σαν άνθρωπο

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΝΑΙ	34	68,0	79,1
ΟΧΙ	9	18,0	20,9
Σύνολο	43	86,0	100,0
Δεν απάντησαν	7	14,0	
Σύνολο	50	100,0	

Από τον πίνακα 38 παρατηρείται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας με

ποσοστό 70% από το 90% που απάντησαν ανέφεραν ότι η στάση τους απέναντι στους ασθενείς δεν έχει αλλάξει σε σχέση με το παρελθόν ενώ ένα ελάχιστο ποσοστό 20% πιστεύει ότι έχει αλλάξει.

**Πίνακας 38:** Εάν έχει αλλάξει η στάση του ερωτώμενου απέναντι στους ασθενείς σε σχέση με το παρελθόν

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΝΑΙ	10	20,0	22,2
ΟΧΙ	35	70,0	77,8
Σύνολο	45	90,0	100,0
Δεν απάντησαν	5	10,0	
Σύνολο	50	100,0	

Όσον αφορά για το διάστημα αποδοχής της ασθένειας οι επαγγελματίες υγείας με ποσοστό 40% από το 90% που απάντησαν αναφέρουν ότι οι ασθενείς χρειάζονται 12 μήνες και πάνω για να αποδεχτούν την ασθένεια τους, ενώ 22% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ποτέ ένας ασθενής δεν μπορεί να αποδεχτεί την ασθένεια του, ακολουθεί με ποσοστό 20% 6-12 μήνες, και ένα μικρό ποσοστό 8% απάντησε 1-6 μήνες. (Πίνακας 39)

**Πίνακας 39:** Την άποψη του ερωτώμενου για το διάστημα αποδοχής της ασθένειας

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
1-6 ΜΗΝΕΣ	4	8,0	8,9
6-12 ΜΗΝΕΣ	10	20,0	22,2
12 ΜΗΝΕΣ,ΚΑΙ ΠΑΝΩ	20	40,0	44,4
ΠΟΤΕ	11	22,0	24,4
Σύνολο	45	90,0	100,0
Δεν απάντησαν	5	10,0	
Σύνολο	50	100,0	

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων με ποσοστό 64% από το 90% που απάντησε θεωρεί ότι οι ασθενείς μιλάνε για το πρόβλημα τους πολύ δύσκολα ενώ πολύ λίγοι πιστεύουν αυτό εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενή. (Πίνακας 40)

**Πίνακας 40:** Την άποψη του ερωτώμενου για την ευκολία να μιλάνε οι ασθενείς για το πρόβλημα τους

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΚΟΛΑ	32	64,0	71,1
ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ	13	26,0	28,9
Σύνολο	45	90,0	100,0

Δεν απάντησαν	5	10,0	
Σύνολο	50	100,0	

Από τον πίνακα 41 παρατηρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό 64% των ερωτηθέντων από το 86% που απάντησε πιστεύει ότι η οικογένεια στηρίζει τον ασθενή , ενώ ελάχιστοι πιστεύουν ότι τους στηρίζουν οι συγγενείς και οι φίλοι.

**Πίνακας 41:** Την άποψη του ερωτώμενου για το ποια είναι τα άτομα που στηρίζουν τους ασθενείς

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	32	64,0	74,4
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	7	14,0	16,3
ΦΙΛΟΙ	4	8,0	9,3
Σύνολο	43	86,0	100,0
Δεν απάντησαν	7	14,0	
Σύνολο	50	100,0	

Από τον πίνακα 42 παρατηρείται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας με ποσοστό 86% από το 94% που απάντησε θεωρεί ότι το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή δεν αποδέχεται εύκολα την ασθένεια του.

**Πίνακας 42:** Εάν θεωρεί ο ερωτώμενος ότι το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή αποδέχεται εύκολα την ασθένεια.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΝΑΙ	4	8,0	8,5
ΟΧΙ	43	86,0	91,5
Σύνολο	47	94,0	100,0
Δεν απάντησαν	3	6,0	
Σύνολο	50	100,0	

Όσον αφορά τα προγράμματα που υπάρχουν στην Ελλάδα το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας 58% από το 80% που απάντησαν δεν γνωρίζουν αν υπάρχουν στην Ελλάδα προγράμματα για την στήριξη των ατόμων με aids, το 14% ανέφερε ότι υπάρχουν ομάδες στήριξης και ελάχιστοι απάντησαν ότι δεν υπάρχει κανένα πρόγραμμα.(Πίνακας 43)

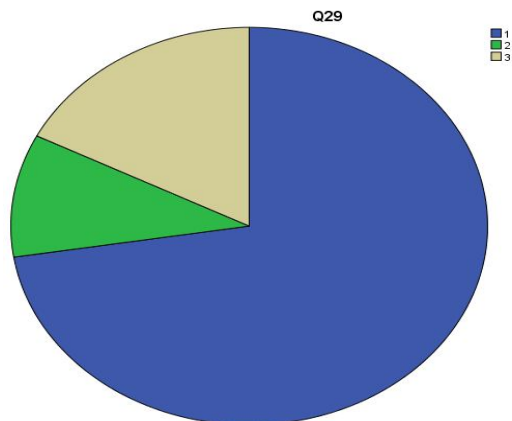
**Πίνακας 43:** Εάν γνωρίζει ο ερωτώμενος τα προγράμματα που υπάρχουν στην Ελλάδα για την στήριξη των ατόμων με aids.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	29	58,0	72,5
ΚΑΝΕΝΑ	4	8,0	10,0
ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ	7	14,0	17,5
Σύνολο	40	80,0	100,0
Δεν απάντησαν	10	20,0	



	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	29	58,0	72,5
ΚΑΝΕΝΑ	4	8,0	10,0
ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ	7	14,0	17,5
Σύνολο	40	80,0	100,0
Δεν απάντησαν	10	20,0	
Σύνολο	50	100,0	

### Γράφημα



Από τον πίνακα 44 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι με ποσοστό 70% από το 82% που απάντησε δεν γνωρίζουν αν στο εξωτερικό υπάρχουν προγράμματα για τους οροθετικούς.

**Πίνακας 44:** Εάν γνωρίζει ο ερωτώμενος τα προγράμματα που υπάρχουν στο εξωτερικό για τους οροθετικούς.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΝΑΙ	6	12,0	14,6
ΟΧΙ	35	70,0	85,4
Σύνολο	41	82,0	100,0
Δεν απάντησαν	9	18,0	
Σύνολο	50	100,0	

Από τον πίνακα 45 παρατηρείται ότι οι μισοί περίπου δηλαδή το 46% από το 82% από εκείνου που απάντησαν δεν γνωρίζουν αν υπάρχει ανταπόκριση των προγραμμάτων από τους ασθενείς, ενώ το 20% απάντησε ότι δεν υπάρχει ανταπόκριση και το 16% απάντησε ότι υπάρχει ανταπόκριση.

**Πίνακας 45:** Εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι οι ασθενείς ανταποκρίνονται στα προγράμματα

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΝΑΙ	8	16,0	19,5

ΟΧΙ	10	20,0	24,4
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	23	46,0	56,1
Σύνολο	41	82,0	100,0
Δεν απάντησαν	9	18,0	
Σύνολο	50	100,0	

Όσον αφορά το ποιες υπηρεσίες / παροχές που απευθύνονται στους οροθετικούς πιστεύετε ότι λείπουν από το σύστημα υγείας το 44% από το 68% από εκείνους που απάντησαν πιστεύουν ότι λείπει η ψυχολογική και η συμβουλευτική στήριξη , ενώ το 24% απάντησε ότι δεν γνωρίζει. (Πίνακας 46)

**Πίνακας 46:** Να διατυπώσει ο ερωτώμενος τις προτάσεις του για υπηρεσίες/παροχές που απευθύνονται σε οροθετικούς που θεωρεί ότι λείπουν από το σύστημα υγείας.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό %
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	22	44,0	64,7
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	12	24,0	35,3
Σύνολο	34	68,0	100,0
Δεν απάντησαν	16	32,0	
Σύνολο	50	100,0	

## **Β. ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ**

Ο πίνακας 47 παρουσιάζει την κατανομή του επαγγέλματος ανάμεσα στα δύο φύλα. Συγκεκριμένα:

- Το 30% των επαγγελματιών υγείας είναι άντρες και το 70% είναι γυναίκες.
- Από τους άντρες επαγγελματίες υγείας το 60% είναι γιατροί και το 40% είναι νοσηλευτές.
- Από τις γυναίκες επαγγελματίες υγείας το 20% είναι γιατροί, το 71,4 είναι νοσηλεύτριες και το 8,6% είναι κοινωνικοί λειτουργοί.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο επάγγελμα σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,017, δηλαδή  $p < 0,05$

## **ΠΙΝΑΚΑΣ 47: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**

στατιστικά σημαντική  
 $\chi^2=8,209$ , β.ε.=2,  $P=0,017 < 0,05$

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Total
--	-----------	-------

		ΓΙΑΤΡΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count 9	6	0	15
	% within SEX	60,0%	40,0%	,0%	100,0%
	% within PROF	56,3%	19,4%	,0%	30,0%
	% of Total	18,0%	12,0%	,0%	30,0%
ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	7	25	3	35
	% within SEX	20,0%	71,4%	8,6%	100,0%
	% within PROF	43,8%	80,6%	100,0%	70,0%
	% of Total	14,0%	50,0%	6,0%	70,0%
Total	Count	16	31	3	50
	% within SEX	32,0%	62,0%	6,0%	100,0%
	% within PROF	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	32,0%	62,0%	6,0%	100,0%

Ο πίνακας 48 παρουσιάζει την κατανομή της εκπαίδευσης ανάμεσα στα δύο φύλα. Αρχικά θα αναφέρουμε ότι από το σύνολο το 50 ατόμων μόνο οι 35 επαγγελματίες υγείας ανέφεραν την εκπαίδευσή τους.

- Από το 17,1% των αντρών επαγγελματιών υγείας το 14,3% είναι πτυχιούχοι ΑΕΙ και το 2,9% είναι πτυχιούχοι ΤΕΙ.
- Από το 82,9% των γυναικών επαγγελματιών υγείας, το 20% είναι πτυχιούχοι ΑΕΙ, το 42,9 είναι πτυχιούχοι ΤΕΙ, το 2,9% είναι πτυχιούχοι ΙΕΚ και το 17,1% είναι χωρίς πτυχίο αφού κάνουν την πρακτική τους άσκηση.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην εκπαίδευση σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,049 ( $p < 0,05$ )

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 48: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

στατιστικά σημαντική  
 $\chi^2=7,866$ , β.ε.=3, P=,049<0,05

			ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ				Total
			ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	ΟΧΙ ΠΤΥΧΙΟ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	5	1	0	0	6
		% within SEX	83,3%	16,7%	,0%	,0%	100,0%
		% within EDUC	41,7%	6,3%	,0%	,0%	17,1%
		% of Total	14,3%	2,9%	,0%	,0%	17,1%
ΓΥΝΑΙΚΑ		Count	7	15	1	6	29
		% within SEX	24,1%	51,7%	3,4%	20,7%	100,0%
		% within EDUC	58,3%	93,8%	100,0%	100,0%	82,9%
		% of Total	20,0%	42,9%	2,9%	17,1%	82,9%
Total		Count	12	16	1	6	35
		% within SEX	34,3%	45,7%	2,9%	17,1%	100,0%
		% within EDUC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	34,3%	45,7%	2,9%	17,1%	100,0%

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος για το aids σε σχέση με το φύλο των επαγγελματιών υγείας, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,149.

ΦΥΛΟ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΘΕΩΡΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=,626$ , β.ε.=1, P=,149

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τον ιό ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 1,000

ΦΥΛΟ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV)

στατιστικά μη σημαντική

$\chi^2=,000$ , β.ε.=1, P=1,000

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,733

ΦΥΛΟ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV

στατιστικά μη σημαντική

$\chi^2=,116$ , β.ε.=1, P=,733

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για την διάγνωση του HIV σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,416.

ΦΥΛΟ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ HIV

στατιστικά μη σημαντική

$\chi^2=,661$ , β.ε.=1, P=,416

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για την κλινική παρουσία της νόσου σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,546.

ΦΥΛΟ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

στατιστικά μη σημαντική

$\chi^2=,365$ , β.ε.=1, P=,546

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τα μέσα προφύλαξης από την νόσο σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,436.

ΦΥΛΟ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΜΕΣΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΟ

στατιστικά μη σημαντική

$\chi^2=,608$ , β.ε.=1, P=,436

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,733.

#### ΦΥΛΟ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΣΕΙ ΕΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=,116$ , β.ε.=1, P=,733

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος παρέχει τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με aids όπως και στους άλλους ασθενείς σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 1,000.

#### ΦΥΛΟ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=,000$ , β.ε.=1, P=1,000

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν έχει αλλάξει η στάση του ερωτώμενου απέναντι στους ασθενείς σε σχέση με το παρελθόν σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,205.

#### ΦΥΛΟ ΜΕ ΕΑΝ ΕΧΕΙ ΑΛΛΑΞΕΙ Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=1,607$ , β.ε.=1, P=,205

Στον παρακάτω πίνακα 49 φαίνεται ότι :

- Το 34,3% των επαγγελματιών υγείας που έχουν δηλώσει ότι είναι πτυχιούχοι ΑΕΙ το 31,4% είναι γιατροί και το 2,9% είναι νοσηλευτές.
- Το 45,7% των επαγγελματιών υγείας που είναι πτυχιούχοι ΤΕΙ, το 37,1% είναι νοσηλευτές και το 8,6% είναι κοινωνικοί λειτουργοί.
- Το 2,9% των επαγγελματιών υγείας που έχουν δηλώσει ότι είναι πτυχιούχοι ΙΕΚ είναι νοσηλευτές.
- Το 17,1% των επαγγελματιών υγείας που έχουν δηλώσει ότι δεν έχουν πτυχίο είναι νοσηλευτές.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην εκπαίδευση η σε σχέση με το επάγγελμα των ερωτώμενων , αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 (p<0,05)

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 49: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

στατιστικά σημαντική  
 $\chi^2=33,056$ , β.ε.=6, P=,000<0,05

	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Total
--	------------	-------

		AEI	TEI	IEK	OXI ΠΤΥΧΙΟ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Count 11	0	0	0	11
	% within PROF	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within EDUC	91,7%	,0%	,0%	,0%	31,4%
	% of Total	31,4%	,0%	,0%	,0%	31,4%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Count 1	13	1	6	21
	% within PROF	4,8%	61,9%	4,8%	28,6%	100,0%
	% within EDUC	8,3%	81,3%	100,0%	100,0%	60,0%
	% of Total	2,9%	37,1%	2,9%	17,1%	60,0%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	Count 0	3	0	0	3
	% within PROF	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within EDUC	,0%	18,8%	,0%	,0%	8,6%
	% of Total	,0%	8,6%	,0%	,0%	8,6%
Total	Total	Count 12	16	1	6	35
	% within PROF	34,3%	45,7%	2,9%	17,1%	100,0%
	% within EDUC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	34,3%	45,7%	2,9%	17,1%	100,0%

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος για το aids σε σχέση με το επάγγελμα των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,931.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΘΕΩΡΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

στατιστικά μη σημαντική

$\chi^2=,142$ , β.ε.=2, P=,931

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τον ιό ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) σε σχέση με το επάγγελμα των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,221.

#### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV)

στατιστικά μη σημαντική

$$\chi^2=3,016, \beta.ε.=2, P=,221$$

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV σε σχέση με το επάγγελμα των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,264.

#### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV

στατιστικά μη σημαντική

$$\chi^2=2,665, \beta.ε.=2, P=,264$$

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για την διάγνωση του HIV σε σχέση με το επάγγελμα των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,635.

#### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ HIV

στατιστικά μη σημαντική

$$\chi^2=,907, \beta.ε.=2, P=,635$$

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για την κλινική παρουσία της νόσου σε σχέση με το επάγγελμα των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,617.

#### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

στατιστικά μη σημαντική

$$\chi^2=,967, \beta.ε.=2, P=,617$$

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τα μέσα προφύλαξης από την νόσο σε σχέση με το επάγγελμα των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,376.

#### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΜΕΣΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΟ

στατιστικά μη σημαντική

$$\chi^2=1,956, \beta.ε.=2, P=,376$$

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids σε σχέση με το επάγγελμα των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,127.



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΣΕΙ ΕΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=4,126$ , β.ε.=2, P=,127

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος παρέχει τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με aids όπως και στους άλλους ασθενείς σε σχέση με το επάγγελμα των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,646.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=,874$ , β.ε.=2, P=,646

Στον Πίνακα 50 διαπιστώνεται ότι:

- Το 68,8% των γιατρών πιστεύει πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIVμόλυνσης στο χώρο δουλειάς του, ενώ το 31,3% δεν το πιστεύει.
- Το 90,3% των νοσηλευτών πιστεύει πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIVμόλυνσης στο χώρο δουλειάς του, ενώ το 9,7% δεν το πιστεύει.
- Το 100% των κοινωνικών λειτουργών δεν πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIVμόλυνσης στο χώρο δουλειάς του

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο επάγγελμα σε σχέση με το εάν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,001 ( $p<0,05$ )

ΠΙΝΑΚΑΣ 50 : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΙΣΤΕΥΕΙ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ HIV ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΤΟΥ

στατιστικά σημαντική  
 $\chi^2=14,177$ , β.ε.=2, P=,001<0,05

		ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΙΣΤΕΥΕΙ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ HIV ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΤΟΥ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΓΙΑΤΡΟΙ	Count 11	5	16
	% within PROF	68,8%	31,3%	100,0%
	% within Q10	28,2%	45,5%	32,0%
	% of Total	22,0%	10,0%	32,0%

ΝΟΣΗΛ ΕΥΤΕΣ	Count	28	3	31
	% within PROF	90,3%	9,7%	100,0%
	% within Q10	71,8%	27,3%	62,0%
	% of Total	56,0%	6,0%	62,0%
ΚΟΙΝΩΝ ΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥ ΡΓΟΙ	Count	0	3	3
	% within PROF	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	27,3%	6,0%
	% of Total	,0%	6,0%	6,0%
Total	Count	39	11	50
	% within PROF	78,0%	22,0%	100,0%
	% within Q10	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	78,0%	22,0%	100,0%

Στον πίνακα 51 παρουσιάζεται το επάγγελμα σε σχέση με το εάν ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί γάντια όταν η μόλυνση με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος είναι πιθανή.

Συγκεκριμένα:

- Από το 32% των γιατρών, το 4% δήλωσε ότι χρησιμοποιεί γάντια τις περισσότερες φορές, ενώ το 26% πάντα.
- Από το 62% των νοσηλευτών το 8% δήλωσε ότι φοράει γάντια τις περισσότερες φορές, ενώ το 54% πάντα.
- Από το 6% των κοινωνικών λειτουργών το 4% δήλωσε ότι δεν χρησιμοποιεί γάντια ποτέ, ενώ το 2% είπε συνήθως.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο επάγγελμα σε σχέση με το εάν ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί γάντια όταν η μόλυνση με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος είναι πιθανή, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 ( $p < 0,05$ )

Πίνακας 51: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ΓΑΝΤΙΑ ΟΤΑΝ Η ΜΟΛΥΝΣΗ ΜΕ ΑΙΜΑ Η ΑΛΛΑ ΥΓΡΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΗ

στατιστικά σημαντική  
 $\chi^2=42,212$ , β.ε.=6, P=,000<0,05

			ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ΓΑΝΤΙΑ ΟΤΑΝ Η ΜΟΛΥΝΣΗ ΜΕ ΑΙΜΑ Η ΑΛΛΑ ΥΓΡΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΗ				Total
			ΠΟΤΕ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΠΑΝΤΑ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΛΜΑ ΟΙ	Count	0	1	2	13	16	
	% within PROF	,0%	6,3%	12,5%	81,3%	100,0%	
	% within Q13	,0%	50,0%	33,3%	32,5%	32,0%	
	% of Total	,0%	2,0%	4,0%	26,0%	32,0%	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Count	0	0	4	27	31	
	% within PROF	,0%	,0%	12,9%	87,1%	100,0%	
	% within Q13	,0%	,0%	66,7%	67,5%	62,0%	
	% of Total	,0%	,0%	8,0%	54,0%	62,0%	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΔΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	Count	2	1	0	0	3	
	% within PROF	66,7%	33,3%	,0%	,0%	100,0%	
	% within Q13	100,0%	50,0%	,0%	,0%	6,0%	
	% of Total	4,0%	2,0%	,0%	,0%	6,0%	
Total	Count	2	2	6	40	50	
	% within PROF	4,0%	4,0%	12,0%	80,0%	100,0%	
	% within Q13	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	4,0%	4,0%	12,0%	80,0%	100,0%	

Στον πίνακα 52 παρουσιάζεται το επάγγελμα σε σχέση με το εάν ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί προστατευτική μάσκα όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος.

Συγκεκριμένα:

- Από το 32% των γιατρών, το 6% χρησιμοποιεί μερικές φορές

προστατευτική μάσκα όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος, το 10% χρησιμοποιεί τις περισσότερες φορές και το 16% τις χρησιμοποιεί πάτα.

- Από το 62% των νοσηλευτών, το 6% δεν χρησιμοποιεί ποτέ προστατευτική μάσκα όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος, το 18% χρησιμοποιεί μερικές φορές, το 4% χρησιμοποιεί συνήθως, το 2% χρησιμοποιεί τις περισσότερες φορές και το 32% χρησιμοποιεί πάντα.
- Από το 6% των κοινωνικών λειτουργών, το 4% δεν χρησιμοποιεί ποτέ προστατευτική μάσκα όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος και το 2% χρησιμοποιεί μερικές φορές.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο επάγγελμα σε σχέση με το εάν ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί προστατευτική μάσκα όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,005(p<0,05)

ΠΙΝΑΚΑΣ 52: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΜΑΣΚΑ ΟΤΑΝ ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΟΝ ΝΑ ΠΕΤΑΧΤΟΥΝ ΣΤΑΓΟΝΕΣ ΑΠΟ ΑΙΜΑ Η ΑΛΛΑ ΥΓΡΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

στατιστικά σημαντική  
 $\chi^2=21,785$ , β.ε.=8, P=,005

		ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΜΑΣΚΑ ΟΤΑΝ ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΟΝ ΝΑ ΠΕΤΑΧΤΟΥΝ ΣΤΑΓΟΝΕΣ ΑΠΟ ΑΙΜΑ Η ΑΛΛΑ ΥΓΡΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ			
		ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΙΑΤΡΟΙ	Count	0	3	0	5
	% within PROF	,0%	18,8%	,0%	31,3%
	% within Q14	,0%	23,1%	,0%	83,3%
	% of Total	,0%	6,0%	,0%	10,0%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Count	3	9	2	1
	% within PROF	9,7%	29,0%	6,5%	3,2%

	% within Q14	60,0%	69,2%	100,0%	16,7%
	% of Total	6,0%	18,0%	4,0%	2,0%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	Count	2	1	0	0
	% within PROF	66,7%	33,3%	,0%	,0%
	% within Q14	40,0%	7,7%	,0%	,0%
	% of Total	4,0%	2,0%	,0%	,0%
Total	Count	5	13	2	6
	% within PROF	10,0%	26,0%	4,0%	12,0%
	% within Q14	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	10,0%	26,0%	4,0%	12,0%

		ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΜΑΣΚΑ ΟΤΑΝ ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΟΝ ΝΑ ΠΕΤΑΧΤΟΥΝ ΣΤΑΓΟΝΕΣ ΑΠΟ ΑΙΜΑ Η ΑΛΛΑ ΥΓΡΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ	
		ΠΑΝΤΑ	Total
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Count	8	16
	% within PROF	50,0%	100,0%
	% within Q14	33,3%	32,0%
	% of Total	16,0%	32,0%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Count	16	31
	% within PROF	51,6%	100,0%
	% within Q14	66,7%	62,0%

	% of Total	32,0%	62,0%
KOIN	Count	0	3
ΩΝΙΚ	% within	,0%	100,0%
ΟΙ	PROF		
ΛΕΙΤ	% within Q14	,0%	6,0%
ΟΥΡ	% of Total	,0%	6,0%
ΓΟΙ			
Total	Count	24	50
	% within	48,0%	100,0%
	PROF		
	% within Q14	100,0%	100,0%
	% of Total	48,0%	100,0%

Στον πίνακα 53 παρουσιάζεται η εκπαίδευση σε σχέση με την μεταπτυχιακή εκπαίδευση.

Συγκεκριμένα:

- Από το 34,3% των ερωτώμενων που είναι πτυχιούχοι ΑΕΙ, το 8,6% έχει μεταπτυχιακή εκπαίδευση ενώ το 25,7% δεν έχει.
- Από το 45,7% των επαγγελματιών υγείας που είναι πτυχιούχοι ΤΕΙ, το 2,9% έχει μεταπτυχιακή εκπαίδευση ενώ το 42,9% δεν έχει.
- Από το 2,9% των ερωτώμενων που είναι πτυχιούχοι ΙΕΚ το 2,9% έχει μεταπτυχιακή εκπαίδευση.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην εκπαίδευση σε σχέση με την μεταπτυχιακή εκπαίδευση, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,030(p<0,05)

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 53: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

στατιστικά σημαντική  
 $\chi^2=8,969$ , β.ε.=3, P=,030<0,05

			ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	AEI	Count	3	9	12
		% within EDUC	25,0%	75,0%	100,0%
		% within EDUC2	60,0%	30,0%	34,3%
		% of Total	8,6%	25,7%	34,3%
TEI		Count	1	15	16
		% within EDUC	6,3%	93,8%	100,0%
		% within EDUC2	20,0%	50,0%	45,7%
		% of Total	2,9%	42,9%	45,7%

IEK	Count	1	0	1
	% within EDUC	100,0%	,0%	100,0%
	% within EDUC2	20,0%	,0%	2,9%
	% of Total	2,9%	,0%	2,9%
OXI ΠΤΥΧΙΟ	Count	0	6	6
	% within EDUC	,0%	100,0%	100,0%
	% within EDUC2	,0%	20,0%	17,1%
	% of Total	,0%	17,1%	17,1%
Total	Count	5	30	35
	% within EDUC	14,3%	85,7%	100,0%
	% within EDUC2	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	14,3%	85,7%	100,0%

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος για το aids σε σχέση με την εκπαίδευση των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,186.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΘΕΩΡΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=4,808$ , β.ε.=3, P=,186

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τον ιό ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) σε σχέση με την εκπαίδευση των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,729.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV)

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=1,299$ , β.ε.=3, P=,729

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV σε σχέση με την εκπαίδευση των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,174.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=4,975$ , β.ε.=3, P=,174

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για την διάγνωση του HIV. σε σχέση με την εκπαίδευση των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,726.

#### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ HIV

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=1,313$ , β.ε.=3, P=,726

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για την κλινική παρουσία της νόσου σε σχέση με την εκπαίδευση των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,829.

#### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=,885$ , β.ε.=3, P=,829

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος έχει επαρκείς γνώσεις για τα μέσα προφύλαξης από την νόσο σε σχέση με την εκπαίδευση των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,748.

#### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΕΧΕΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΜΕΣΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΟ

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=1,222$ , β.ε.=3, P=,748

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids σε σχέση με την εκπαίδευση των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,545.

#### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΣΕΙ ΕΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=2,132$ , β.ε.=3, P=,545

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος παρέχει τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με aids όπως και στους άλλους ασθενείς σε σχέση με την εκπαίδευση των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,319.

#### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

στατιστικά μη σημαντική  
 $\chi^2=3,511$ , β.ε.=3, P=,319



Στον πίνακα 54 παρουσιάζεται εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος για το aids σε σχέση με εάν ο ερωτώμενος δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids.

Συγκεκριμένα:

- Από το 93,6% των ερωτώμενων που θεωρούν ότι είναι ενημερωμένοι για το aids, το 89,4% δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids, ενώ το 4,3% δεν δέχεται.
- Από το 6,4% των ερωτηθέντων που θεωρούν ότι δεν είναι ενημερωμένοι για το aids, το 2,1% δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids ενώ το 4,3% δεν δέχεται.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος για το aids σε σχέση με εάν ο ερωτώμενος δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,008(p<0,05)

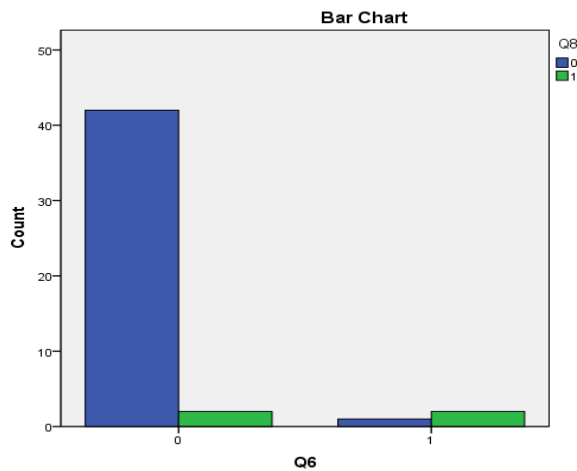
ΠΙΝΑΚΑΣ 54: ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΘΕΩΡΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΣΕΙ ΕΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS

στατιστικά σημαντική  
 $\chi^2=7,084$ , β.ε.=1, P=,008<0,05

	ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΣΕΙ ΕΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΘΕΩΡΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS	42	2	44
Count			
% within Q6	95,5%	4,5%	100,0%
% within Q8	97,7%	50,0%	93,6%
% of Total	89,4%	4,3%	93,6%
ΟΧΙ	1	2	3
Count			
% within Q6	33,3%	66,7%	100,0%
% within Q8	2,3%	50,0%	6,4%
% of Total	2,1%	4,3%	6,4%

Total	Count	43	4	47
	%	91,5%	8,5%	100,0%
	within Q6			
	%	100,0%	100,0%	100,0%
	within Q8			
	% of Total	91,5%	8,5%	100,0%

## Γράφημα



Στον πίνακα 55 παρουσιάζεται εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος για το aids σε σχέση με εάν ο ερωτώμενος παρέχει τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με aids όπως και στους άλλους ασθενείς.

Συγκεκριμένα:

- Από το 93,6% των ερωτώμενων που θεωρούν ότι είναι ενημερωμένοι για το aids, το 87,2% παρέχει τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με aids όπως και στους άλλους ασθενείς, ενώ το 6,4% δεν παρέχει τις ίδιες φροντίδες
- Από το 6,4% των ερωτώμενων που θεωρούν ότι δεν είναι ενημερωμένοι για το aids, το 2,1% παρέχει τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με aids όπως και στους άλλους ασθενείς, ενώ το 4,3% δεν παρέχει τις ίδιες φροντίδες.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος για το aids σε σχέση με εάν ο ερωτώμενος παρέχει τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με aids όπως και στους άλλους ασθενείς, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,022 ( $p < 0,05$ )

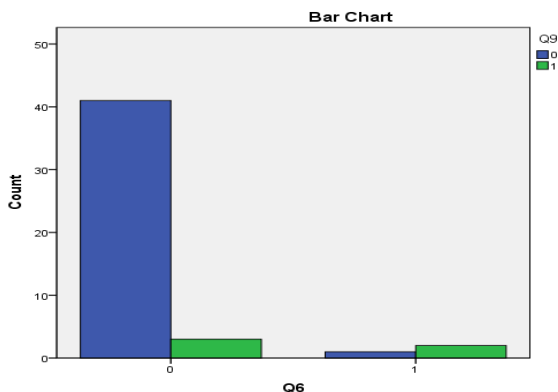
ΠΙΝΑΚΑΣ 55: ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΘΕΩΡΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

στατιστικά σημαντική

$\chi^2=5,223$ , β.ε.=1, P=,022<0,05

		ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.		
		NAI	OXI	Total
ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΘΕΩΡΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS	NAI	Count 41 93,2%	3 6,8%	44 100,0%
		% within Q6 97,6%	60,0%	93,6%
		% within Q9 87,2%	6,4%	93,6%
		% of Total		
	OXI	Count 1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
		% within Q6 2,4%	40,0%	6,4%
		% within Q9 2,1%	4,3%	6,4%
		% of Total		
Total		Count 42 89,4%	5 10,6%	47 100,0%
		% within Q6 100,0%	100,0%	100,0%
		% within Q9 89,4%	10,6%	100,0%
		% of Total		

**Γράφημα**



Στον πίνακα 56 παρουσιάζεται εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος για το aids σε σχέση με το αν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του.

Συγκεκριμένα:

- Από το 93,6% των ερωτώμενων που θεωρούν ότι είναι ενημερωμένοι για το aids , το 78,7% πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του, ενώ το 14,9% δεν το πιστεύει.
- Από το 6,4% των επαγγελματιών υγείας που θεωρεί ότι δεν είναι ενημερωμένοι για το aids δεν πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι είναι ενημερωμένος για το aids σε σχέση με εάν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,007( $p < 0,05$ )

**ΠΙΝΑΚΑΣ 56:** ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΘΕΩΡΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΙΣΤΕΥΕΙ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ HIV ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΤΟΥ.

στατιστικά σημαντική  
 $\chi^2=7,368$ , β.ε.=1,  $P=,007 < 0,05$

	ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΙΣΤΕΥΕΙ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ HIV ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΤΟΥ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
EAN ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΘΕΩΡΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS	37 84,1% within Q6	7 15,9% within Q6	44 100,0%
	100,0% within Q10	70,0% within Q10	93,6%

	% of Total	78,7 %	14,9%	93,6%
O	Count	0	3	3
X	% within Q6	,0%	100,0%	100,0%
I	% within Q10	,0%	30,0%	6,4%
	% of Total	,0%	6,4%	6,4%
Total	Count	37	10	47
	% within Q6	78,7 %	21,3%	100,0%
	% within Q10	100,0 %	100,0%	100,0%
	% of Total	78,7 %	21,3%	100,0%

Στον πίνακα 57 παρουσιάζεται αν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του σε σχέση με το εάν ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί γάντια όταν η μόλυνση με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος είναι πιθανή.

Συγκεκριμένα:

- Από το 78% των ερωτώμενων που πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του, το 2% ανέφερε ότι συνήθως χρησιμοποιεί γάντια όταν η μόλυνση με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος είναι πιθανή, το 10% ανέφερε τις περισσότερες φορές και το 66% πάντα.
- Από το 22% των ερωτώμενων που πιστεύει ότι δεν υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του, το 4% δεν χρησιμοποιεί ποτέ γάντια, το 2% συνήθως, το 2% τις περισσότερες φορές και το 14% πάντα.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του σε σχέση με το εάν ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί γάντια όταν η μόλυνση με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος είναι πιθανή., αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,035( $p < 0,05$ )

**ΠΙΝΑΚΑΣ 57: ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΙΣΤΕΥΕΙ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ HIV ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ΓΑΝΤΙΑ ΟΤΑΝ Η ΜΟΛΥΝΣΗ ΜΕ ΑΙΜΑ Η ΑΛΛΑ ΥΓΡΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΗ.**

στατιστικά σημαντική  
 $\chi^2=8,576$ , β.ε.=3,  $P=,035 < 0,05$

		ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ΓΑΝΤΙΑ ΟΤΑΝ Η ΜΟΛΥΝΣΗ ΜΕ ΑΙΜΑ Η ΑΛΛΑ ΥΓΡΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΗ.				Total
		ΠΟΤΕ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΠΑΝΤΑ	
ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΙΣΤΕΥΕΙ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ HIV ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΤΟΥ	Count % within Q10 % within Q13 % of Total	0 ,0%	1 2,6%	5 12,8%	33 84,6%	39 100,0%
	Count % within Q10 % within Q13 % of Total	,0%	50,0%	83,3%	82,5%	78,0%
	Count % within Q10 % within Q13 % of Total	,0%	2,0%	10,0%	66,0%	78,0%
	Count % within Q10 % within Q13 % of Total	2 18,2%	1 9,1%	1 9,1%	7 63,6%	11 100,0%
	Count % within Q10 % within Q13 % of Total	100,0%	50,0%	16,7%	17,5%	22,0%
	Count % within Q10 % within Q13 % of Total	4,0%	2,0%	2,0%	14,0%	22,0%
Total	Count % within Q10 % within Q13 % of Total	2 4,0%	2 4,0%	6 12,0%	40 80,0%	50 100,0%
	Count % within Q10 % within Q13 % of Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Count % within Q10 % within Q13 % of Total	4,0%	4,0%	12,0%	80,0%	100,0%

Στον πίνακα 58 παρουσιάζεται αν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του σε σχέση με το εάν ο ερωτώμενος αποφεύγει να ξαναβάλει το καπάκι στη βελόνα.

Συγκεκριμένα:

- Από το 83% των ερωτώμενων που πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του, το 68,1% αποφεύγει να ξαναβάλει το καπάκι στη βελόνα, ενώ το 14,9% δεν το αποφεύγει.

➤ Από το 17% των ερωτώμενων που δεν πιστεύουν ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του, το 4,3% αποφεύγει να ξαναβάλει το καπάκι στη βελόνα, ενώ το 12,8% δεν το αποφεύγει.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο εάν ο ερωτώμενος πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς του σε σχέση με το εάν ο ερωτώμενος αποφεύγει να ξαναβάλει το καπάκι στη βελόνα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,004( $p < 0,05$ )

**Πίνακας 58:** ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΙΣΤΕΥΕΙ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ HIV ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΕ ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΑΠΟΦΕΥΓΕΙ ΝΑ ΞΑΝΑΒΑΛΕΙ ΤΟ ΚΑΠΑΚΙ ΣΤΗ ΒΕΛΟΝΑ

στατιστικά σημαντική  
 $\chi^2=8,135$ , β.ε.=,  $P=,004 < 0,05$

		ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΑΠΟΦΕΥΓΕΙ ΝΑ ΞΑΝΑΒΑΛΕΙ ΤΟ ΚΑΠΑΚΙ ΣΤΗ ΒΕΛΟΝΑ		Total	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΕΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΠΙΣΤΕΥΕΙ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ HIV ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΤΟΥ	ΝΑΙ	Count	32	7	39
		% within Q10	82,1%	17,9%	100,0%
		% within Q17A1	94,1%	53,8%	83,0%
		% of Total	68,1%	14,9%	83,0%
ΟΧΙ	OXI	Count	2	6	8
		% within Q10	25,0%	75,0%	100,0%
		% within Q17A1	5,9%	46,2%	17,0%
		% of Total	4,3%	12,8%	17,0%
Total		Count	34	13	47
		% within Q10	72,3%	27,7%	100,0%
		% within Q17A1	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	72,3%	27,7%	100,0%

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη με σκοπό την εκτίμηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο aids.

Απαντώντας στα ερευνητικά μας ερωτήματα, οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας είναι συνολικά θετικές απέναντι στα άτομα με aids. Οι γνώσεις τους απέναντι στον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας διαπιστώθηκε ότι είναι επαρκής, σε αντίθεση όμως με τις γνώσεις τους απέναντι στα προγράμματα που υπάρχουν για την στήριξη των ατόμων με aids. Επίσης, η έρευνά μας επιβεβαίωσε ότι το φύλο, το επάγγελμα και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας δεν σχετίζονται με τις γνώσεις και τις στάσεις τους απέναντι στα άτομα με aids. Αντίθετα σε σχετική έρευνα διαπιστώθηκε ότι η ηλικία και η εκπαίδευση σχετίζονται με τις στάσεις απέναντι στους ασθενείς. (Letamo,2005). Τέλος, όσον αφορά την εκτίμηση των αναγκών των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την διαμόρφωση στρατηγικών πρόληψης για το aids, οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι είναι αναγκαίος ο απαραίτητος εξοπλισμός, η ενημέρωση του προσωπικού για τον ιό, η χρήση των παγκόσμιων προφυλάξεων, ο έλεγχος των ασθενών αλλά και ο αυτοέλεγχος.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων ήταν γυναίκες (70%). Η ηλικία τους κυμαίνεται από 19 - 60 ετών, ) με επικρατέστερες τιμές τις ηλικίες 38 ετών. Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία είναι απόφοιτοι ΤΕΙ, ενώ το 90% των επαγγελματιών υγείας δεν διαθέτει μεταπτυχιακό τίτλο.

Όσον αφορά το επάγγελμα των ερωτηθέντων το 62% ήταν νοσηλευτές, το 32% ήταν γιατροί και το 6% ήταν κοινωνικοί λειτουργοί. Όσον αφορά την προϋπηρεσία των 41 από τους 50 ερωτηθέντες, ο μέσος όρος προϋπηρεσίας τους είναι 11,3 χρόνια με μέγιστη τιμή προϋπηρεσίας τα 35 χρόνια.

Όσον αφορά τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο aids διαπιστώθηκε ότι είναι επαρκείς. Ειδικότερα για τις γνώσεις τους απέναντι στο aids, το μεγαλύτερο ποσοστό (74%) των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η γνώση του είναι επαρκής για τον ιό ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV). Το 92% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι έχει επαρκή γνώση για τους τρόπους μετάδοσης του ιού (HIV). Το 58% του συνόλου πιστεύει ότι έχει επαρκή διάγνωση, ενώ το 42% ότι δεν είναι επαρκής η γνώση του ώστε να διαγνώσει τον ιό. Το 56% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η γνώση του είναι επαρκής για την κλινική παρουσία της νόσου και η πλειοψηφία αυτών που ερωτήθηκαν (94%) θεωρεί ότι γνωρίζει για τα μέσα προφύλαξης.

Το παραπάνω εύρημα παρατηρήθηκε και σε άλλη έρευνα όπως στην έρευνα που έγινε στο Μεξικό όπου ένα μεγάλο ποσοστό (82%) επαγγελματιών υγείας απάντησε σωστά σε ερωτήσεις γνώσεων σχετικά με το aids ( Fusilier et al. 1998). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μαδαγασκάρη όπου οι γνώσεις σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού φαίνεται να είναι αρκετά φτωχές. (Hentgen et al., 2002). Επιπλέον το εύρημα αυτό δεν συμφωνεί με τα αποτελέσματα της έρευνας που έγινε στη Νότια Αφρική που έδειξαν ότι οι νοσηλευτές δεν ήταν βέβαιοι για το πώς ο ιός του aids μπορεί να μεταδοθεί και δεν έδωσαν σωστές απαντήσεις για τους τρόπους πρόληψης (Mulaudzi et al. , 2011). Σχετική έρευνα πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες υγείας από τους Αναστασίου και συν (2006) διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ακόμη και σήμερα μεγάλο ποσοστό ατόμων που έχουν άγνοια για την επιδημιολογία, τον επιπολασμό και τους τρόπους μετάδοσης του ιού. Επίσης σε έρευνα που έγινε το 2007 και ερωτήθηκαν 51 γιατροί όσον αφορά τις



γνώσεις τους σχετικά με το aids, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία (98%) θεωρεί ότι το aids μπορεί να εξαπλωθεί μέσω της σεξουαλικής επαφής και την μετάγγιση αίματος. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι ένα ποσοστό (13,7%) πιστεύει ότι το aids μπορεί να μεταδοθεί μέσω του κοινωνικού φιλιού ή από ένα τσίμπημα εντόμου. Η μελέτη αποκάλυψε ότι το προσωπικό υγείας έχει ελλιπείς γνώσεις για τους τρόπους μετάδοσης του aids (Kyriazis et al, 2010).

Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα της έρευνας μας είναι ότι υπάρχει ένα μικρό ποσοστό 8% των επαγγελματιών υγείας που δεν δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids. Αυτό βρέθηκε και σε ανάλογη έρευνα στη Νιγηρία και τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι κάποιοι επαγγελματίες υγείας έχουν αρνητικές στάσεις απέναντι στους ασθενείς με aids. Το 9% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι έχουν αρνηθεί την φροντίδα σε ασθενείς (Letamo,2005). Επίσης, σε έρευνα που διεξήχθη στο Ιράν υπήρξαν και αρνητικές στάσεις όσον αφορά την φροντίδα του ασθενή και ο κύριος λόγος ήταν ο φόβος της μόλυνσης (Aghamolaei et al., 2009).

Όσον αφορά την αποδοχή της οικογένειας, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας με ποσοστό 86% από το 94% που απάντησε θεωρεί ότι το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή δεν αποδέχεται εύκολα την ασθένεια του. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την βιβλιογραφία μας όπου αναφέρει ότι τα προσβεβλημένα άτομα αντιμετωπίζουν συχνά τον στιγματισμό μέσα στο σπίτι (Parker and Aggelen,2002).

Αναφορικά με τις πηγές ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας στην έρευνα μας οι ερωτώμενοι απάντησαν με ποσοστό 44% ότι έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια στο εσωτερικό, το 48% έχει παρακολουθήσει σεμινάρια στο χώρο εργασίας τους, το 22% έχει παρακολουθήσει σεμινάρια εκτός του χώρου εργασίας τους, ενώ ελάχιστοι με ποσοστό 8% έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια στο εξωτερικό. Επιπλέον, λίγοι με ποσοστό 10% έχουν παρακολουθήσει διαλέξεις- τρογγυλά τραπέζια. Ενώ, ένα μεγάλο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας (62%) ενημερώνονται από επιστημονικά περιοδικά αλλά και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης με ποσοστό 64%. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης βλέπουμε ότι είναι κύρια πηγή ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας και σε παρόμοια έρευνα (Kitaura, 1997). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλη έρευνα όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ενημερώνεται για το aids από ομιλίες και σεμινάρια για την υγεία (Chiamaka et al., 2008).

Ένα εξίσου σημαντικό εύρημα της μελέτης μας έχει να κάνει με την τήρηση των απαραίτητων υγειονομικών μέτρων. Διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας παίρνει τις απαραίτητες προφυλάξεις. Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας χρησιμοποιεί πάντα γάντια όταν έρθει σε επαφή με κάποιον ασθενή και χρησιμοποιεί πάντα προστατευτική μάσκα όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος.

Επίσης, βρέθηκε από την συσχέτιση που έγινε μεταξύ του αν θεωρείται ότι είσαστε ενημερωμένοι για το aids με το αν παρέχεται τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με aids όπως και σε άλλους ασθενείς είναι στατιστικά σημαντική δηλαδή οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που πιστεύουν ότι είναι ενημερωμένοι για το aids δέχονται να παρέχουν τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με aids όπως και σε άλλους ασθενείς.

Επιπλέον, η συσχέτιση που έγινε μεταξύ του αν θεωρείται ότι είσαστε ενημερωμένοι για το aids με τον αν δέχεστε να φροντίσετε ένα ασθενή με aids είναι στατιστικά σημαντική. Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι οι επαγγελματίες υγείας

που θεωρούν ότι είναι ενημερωμένοι για το aids ως επί το πλείστον δέχονται να φροντίσουν έναν ασθενή με aids.

Οι παραπάνω συσχετίσεις συμφωνούν με το εύρημα της έρευνας Knowledge and attitudes of health care staff about HIV infection in a health district with low HIV prevalence, όπου ως αποτέλεσμα προκύπτει ότι οι γνώσεις έχουν σημαντική σχέση με τις στάσεις απέναντι στο aids. Όσο πιο καλύτερα ενημερωμένοι ήταν οι ερωτώμενοι τόσο πιο ευνοϊκές ήταν οι στάσεις τους απέναντι στους ασθενείς (Klimes et al,1989).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα άτομα με aids δεν έχουν να αντιμετωπίσουν μόνο την ασθένεια τους αλλά και το κοινωνικό στίγμα. Για πάρα πολλά χρόνια οι κοινωνίες έβαζαν στο περιθώριο τα άτομα με aids και η κατάσταση επιδεινωνόταν με τον καιρό. Τα τελευταία χρόνια όμως, έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες με σκοπό την προαγωγή της γνώσης αλλά και στρατηγικές για την καταπολέμηση του στίγματος απέναντι στα άτομα με aids.

Όσον αφορά την έρευνα μας, απαντώντας στα ερευνητικά μας ερωτήματα, οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας είναι συνολικά θετικές απέναντι στα άτομα με aids. Αυτό φάνηκε από την ανάλυση των δεδομένων που ήταν σχετικές με την φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς και τα συναισθήματα τους απέναντί τους. Οι γνώσεις τους απέναντι στον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας διαπιστώθηκε ότι είναι επαρκής, σε αντίθεση όμως με τις γνώσεις τους απέναντι στα προγράμματα που υπάρχουν για την στήριξη των ατόμων με aids, όπου η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν γνωρίζει αν υπάρχουν προγράμματα στην Ελλάδα και στο εξωτερικό και αν υπάρχει ανταπόκριση των προγραμμάτων αυτών. Αν και όπως αναφέραμε οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με aids διαπιστώθηκαν ότι ήταν γενικά θετικές, δεν μπορούμε να παραλείψουμε το γεγονός ότι ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν δέχεται να φροντίσει έναν ασθενή με aids. Επίσης, η έρευνά μας επιβεβαίωσε ότι το φύλο, το επάγγελμα και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας δεν σχετίζονται με τις γνώσεις και τις στάσεις τους απέναντι στα άτομα με aids. Τέλος, όσον αφορά την εκτίμηση των αναγκών των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την διαμόρφωση στρατηγικών πρόληψης για το aids, οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι είναι αναγκαίος ο απαραίτητος εξοπλισμός, η ενημέρωση του προσωπικού για τον ιό, η χρήση των παγκόσμιων προφυλάξεων, ο έλεγχος των ασθενών αλλά και ο αυτοέλεγχος. Επιπλέον, για τα άτομα με aids πιστεύουν ότι από το σύστημα υγείας λείπει η ψυχολογική και η συμβουλευτική υποστήριξη.

Τα προαναφερθέντα μας οδηγούν στο γενικότερο συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν ελλιπή ενημέρωση για τα προγράμματα στήριξης των ατόμων με aids. Παρόλο που θεωρούμε ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει κατά περιόδους να ενημερώνονται και να γνωρίζουν τα προγράμματα στήριξης.

Αυτό που θα μπορούσε να γίνει ώστε να βελτιστοποιηθεί η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τα προγράμματα στήριξης, είναι να διοργανώνονται προγράμματα εκπαίδευσης στο χώρο εργασίας τους με σκοπό την ενημέρωση και την ευαισθητοποίησή τους σχετικά με το aids. Το οποίο όπως προκύπτει και από έρευνες που έχουν γίνει στο εξωτερικό τα προγράμματα εκπαίδευσης βοηθούν στην αύξηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας.

Επιπλέον, μέσα από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ενημερώνεται για το aids από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η κρατική παρέμβαση θα πρέπει να είναι αυστηρή στα μηνύματα που εκπέμπονται από τα Μέσα Ενημέρωσης μέσω ενός συστήματος ελέγχου που θα μπορούσε να δημιουργηθεί. Παράλληλα, η κρατική μέριμνα δε θα πρέπει να προβάλλει εκστρατείες ευαισθητοποίησης μόνο κατά τις «επετειακές ημερομηνίες» όπως Παγκόσμια Μέρα Καταπολέμησης του AIDS αλλά να υπάρχει μία προγραμματισμένα διαρκής ενημέρωση.

Τέλος, είναι γνωστό ότι τα άτομα με aids καθώς και το οικογενειακό τους περιβάλλον χρειάζονται συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη. Για να πραγματοποιηθεί αυτό θα πρέπει η Κοινωνική Υπηρεσία των νοσοκομείων να απαρτίζεται από κοινωνικούς λειτουργούς που έχουν ειδική εκπαίδευση στα άτομα με aids.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σήμερα οι ασθενείς με aids αυξάνονται ραγδαία οπότε οι πολιτικές που αποσκοπούν στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων ποιοτικών υπηρεσιών και προγραμμάτων είναι απαραίτητες. Τα άτομα με aids κατακλύζονται από αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης αλλά και από ρατσιστικές στάσεις του κοινωνικού συνόλου που δεν τους βοηθούν στην επανένταξη και στην προσαρμογή τους στην κοινωνία. Όπως προέκυψε και από την έρευνα μας ένα μικρό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας δεν δέχεται να φροντίσει ασθενείς με aids. Προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει να στραφούν οι υπηρεσίες και τα προγράμματα που απευθύνονται σε ασθενείς με aids. Προτείνουμε να δημιουργηθούν προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης που θα απευθύνονται όχι μόνο στους επαγγελματίες υγείας αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Όπως διαπιστώθηκε από το θεωρητικό μέρος τα προγράμματα εκπαίδευσης βοηθούν στην βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με aids.

Επιπλέον, οι κοινωνικοί λειτουργοί θα μπορούσαν μαζί με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, μέσα από την διεπιστημονική προσέγγιση να οργανώσουν προγράμματα πρόληψης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης σχετικά με το aids. Διαμέσου των προγραμμάτων αυτών θα γίνει πιο εύκολη η καταπολέμηση των προκαταλήψεων και του στιγματισμού των ατόμων με aids.

Για την παραγωγή νέας γνώσης θα μπορούσαν οι κοινωνικοί λειτουργοί με άλλους ειδικούς να συνεργαστούν και να πραγματοποιήσουν νέες έρευνες που αφορούν το aids και τις ανάγκες των ασθενών και των φροντιστών τους.

Για την αντιμετώπιση των αισθημάτων μοναξιάς και απομόνωσης θα λειτουργούσε αποτελεσματικά η διοργάνωση ομάδων ή δραστηριοτήτων ψυχαγωγίας και προσπάθεια κινητοποίησης των ασθενών για συμμετοχή σ' αυτές.

Για την αντιμετώπιση της ασθένειας τους οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς τους τρόπους επίτευξης μιας καλής ποιότητας ζωής.

Λόγω του ότι έχουμε αύξηση των περιστατικών με aids η κοινωνία θα πρέπει να εστιάσει στην πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου με ενημερώσεις στο ευρύ κοινό που να αφορά οτιδήποτε γύρω από την ασθένεια. Βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί στην πληροφόρηση των νέων ατόμων, γύρω από τους τρόπους προφύλαξης της νόσου για την αποφυγή της ασθένειας. Μία σημαντική πηγή ενημέρωσης των νέων ατόμων είναι το σχολείο. Μέσα από το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης τα παιδιά μαθαίνουν να σέβονται το σώμα τους και να το προστατεύουν.

Επίσης, προτείνουμε την δημιουργία ομάδων στήριξης για τους φροντιστές των ασθενών με aids, με στόχο την ενημέρωση, εκπαίδευση και συμβουλευτική – ψυχοθεραπευτική τους στήριξη, προκειμένου να ανταπεξέλθουν με μεγαλύτερη ευκολία στις αυξημένες ανάγκες φροντίδας των ασθενών τους.

Μπορούν ακόμη να διεξαχθούν κι άλλες έρευνες με κατεύθυνση τα συναισθήματα και τις ανάγκες των ατόμων με aids έτσι ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες υπηρεσίες με σκοπό την εκπλήρωση των πραγματικών αναγκών τους.

Τέλος, η ενημέρωση είναι δικαίωμα και πρέπει να διεκδικείται από τον καθένα από

εμάς. Και βέβαια, μην ξεχνάμε πως το aids είναι μια προσωπική μας ευθύνη, όλοι μας οφείλουμε να προστατεύουμε τον εαυτό μας και να επιθυμούμε την ποιότητα στη ζωή μας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### *Ελληνική Βιβλιογραφία*

Αγραφιώτης, Δ. ( 1997 ). AIDS εγκάρσια σκιά, Αθήνα: Ύψιλον/ βιβλία, 1997, σελ. 63

Αναγνωστόπουλος Φ. , Παπαδάτου Δ. (1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Αθήνα : Ελληνικά γράμματα

Αναστασίου, Α., Κατσιαρδάνης , Κ., Κατσιαρδάνη ΚΠ και συν. (2006). *Γνώσεις για την Επιδημιολογία- Μετάδοση και Προφύλαξη από τον HIV*, Σχολιασμός Απαντήσεων Αντιπροσωπευτικού Δείγματος. 18<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Αθήνα 24-26 Νοεμβρίου 2006:Ι.

Ανδριώτης, Κ, (2003), *Ποσοτική Έρευνα και Ανάλυση Δεδομένων με τη Χρήση του SPSS 11.5*, Κλειδάριθμος, Αθήνα

Αντωνίου, Ε. (2007) *Μικρές αλήθειες για το AIDS*. Πηγή από το διαδίκτυο: <http://my.aegean.gr/web/article2614.html> [πρόσβαση 20-5-08]

Γιαννοπούλου Α., (1990). *Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική*, Αθήνα: Ταβίθα

Γρηγοριάδου, Α., Ντούτσος , Ι., Τυροήμος, Η. και συν. (1995). *Στάση σπουδαστών του ΟΑΕΔ απέναντι στους φορείς και πάσχοντες από AIDS* , Ελληνικά αρχεία AIDS3(2):146-150

Δαρδαβέσης, Θ. (1999). *Επιδημιολογία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ)*. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*. τ. 7, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, σελ.84-102.

Δαρδαβέσης, Θ. (2003) *Στοιχεία επιδημιολογίας*, Θεσσαλονίκη

Δετοράκης , Ι., Βαμβαβόλου , Α., Γεωργιάδη, Π. και συν. (2006). *Γνώσεις και συμπεριφορές ενηλίκων και σπουδαστών ΑΤΕΙ της πόλης των Πατρών απέναντι στο τεστ του AIDS*, 18<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο aids, Αθήνα 24-26 Νοεμβρίου 2006:106

Δετοράκης, Ι. , Παπαγεωργίου, Ι. (χ.χ) *Αγωγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς*, Πατάκη  
Δημητρόπουλος, Ε. (1999). *Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Γρηγόρη

Διομήδους, Μ., Ζήκος, Δ., Τζιμογιάννη, Ε. (2009). *Διερεύνηση Γνώσεων , Στάσεων και Αντιλήψεων Φοιτητών Σχολών Επαγγελματιών Υγείας σε σχέση με το AIDS*. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 2(1),1-7

Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, (1989) *1ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS*,, Θεσ/νίκη:ΒΗΤΑ

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ.(2001) *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα:Ππαζήση

- Ινστιτούτο Παστέρ. (1998). *AIDS. Τα δεδομένα, οι προσδοκίες*. Paris: EDITIONS 21.
- Καλλινικάκη, Θ. (1998). *Κοινωνική Εργασία, Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Καλοταιράκης, Α. (1989). AIDS: θεραπευτική αντιμετώπιση, νοσηλευτικά προβλήματα. Στο: *HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας*, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., σελ. 115-127
- Καμπουράκης, Κ., Χωριανοπούλου, Χ., Συργάνη, Χ. και συν. (2006). Εκτίμηση στάσεων και γνώσεων γενικού πληθυσμού και μαθητών σε σχέση με τα μεταδιδόμενα νοσήματα και το HIV/ AIDS. 18<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Αθήνα 24-26 Νοεμβρίου 2006:104
- Κατσιαρδάνης, Κ., Βλαχάκη- Ταβέλη, Ε., Κατσιαρδάνη ΚΠ και συν. (2006). *Γνώση – Συμπεριφορά και προκατάληψη απέναντι στο HIV*. Αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού απαντά σε ερωτήσεις. 18<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Αθήνα 24-26 Νοεμβρίου 2006:106
- Κιόρτσης Β. και Παπασπηλιόπουλος Π.Ι. (1997). Ιώσεις: *Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος, Λαρούς, Μπριτάννικα*, 31, σελ. 85-92. Αθήνα: Πάπυρος.
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (2008) Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα, 31-10-2008 (τεύχος 23), Αθήνα. Πηγή από το διαδίκτυο: [http://www.keel.org.gr/keelpno/2008/hiv/epidimiologiko\\_deltio\\_2008.pdf](http://www.keel.org.gr/keelpno/2008/hiv/epidimiologiko_deltio_2008.pdf) [πρόσβαση 24-9-09]
- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), (2006) *Όσα πρέπει να γνωρίζετε για το AIDS*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα
- ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων). (2000α). *Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα*, τ.11, Ιούνιος 2000.
- ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων). (2000β). *Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα*, τ.12, Δεκέμβριος 2000.
- Κουτσελίνη Α. Σ., (1999) *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης* Αθήνα: Παρισιάνος Γρ.
- Κυριαζή Ν., (2002) *«Η Κοινωνιολογική Έρευνα»*, Κριτική Επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Μουζακίτης, Χ. (1988) «Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική του γενιού νοσοκομείου». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 12 σ. 17-27



Πανταζάκας, Π και Μέντης, Μ (2002) «Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας - Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού». Κοινωνική Εργασία, τεύχος 66, σ.97-112

Παπαευαγγέλου, Γ.(1988) *AIDS*. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής.

Παπαευαγγέλου, Γ. & Καλλίνικος,Γ. (1986) *AIDS Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα Ελληνική Εμπειρία*. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Παπαευαγγέλου, Γ (1989) *Πρόληψη Αντιμετώπιση του AIDS*. Στο : HIV- AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS. Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε.

Παπαευαγγέλου, Γ., Richardson, C. S., Κορκοντζέλου, Ε., Παπουτσάκης, Γ. και Κρεμαστινού, Τζ. (1995). *Μέτρα πρόληψης του AIDS στους τοξικομανείς της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. Ελληνικά Αρχεία AIDS

*Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Πρόληψη της Σεξουαλικής Μετάδοσης του ιού της ανθρώπινης ανοσοεπάρκειας.*(1991) Αθήνα: ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις.

Πολίτης, Χ. (2002) *HIV/ AIDS- Εημόσια Υγεία και Ανθρώπινα δικαιώματα, Νομοθετικά κείμενα και ρυθμίσεις*, Αθήνα: χ.ε.

Σαπουτζή-Κρέπα, Δ., Ρούπα-Δαριδάκη, Ζ, Δημητριάδου, Α., και συν. (2000). *Στάσεις και προθέσεις συμπεριφοράς απέναντι σε φορείς HIV και ασθενείς με AIDS σπουδαστών του ΤΕΙ Αθήνας*. Ελληνικά αρχεία AIDS 8(1):21-29

Σταθόπουλος, Π. (2003). *Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση*. Αθήνα: "ΕΛΛΗΝ"

Στρατηγός, Ι. Δ. (2003). Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα: σημερινά προβλήματα και αυριανές προοπτικές. Στο Ε. Γραμματικοπούλου (Επιμ.), *Κοινωνία και Υγεία II : Επίκαιρα προβλήματα και η αντιμετώπισή τους*,( σελ. 59-68). Αθήνα: Επιστήμης Κοινωνία, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.

Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση.

Σαραντίδης, Δ. (1996). AIDS και ψυχιατρική γενικού νοσοκομείου. Στο Κούρος Ι. (Επιμ), *Ιατροψυχολογικά θέματα: Εξελίξεις στη Νευρολογία και ψυχιατρική ενηλίκου και παιδιού*, (σελ. 154-157) Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

ΦΕΚ: Α 53 20040218, ν. 3235.

Unesco (2006) Μηνύματα Προέδρου – *Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS - 1 Δεκεμβρίου 2006*. Πηγή από το διαδίκτυο: [http://www.unescopireas.gr/show.asp?kate=min\\_proedrou&id=31](http://www.unescopireas.gr/show.asp?kate=min_proedrou&id=31) [πρόσβαση 14-4-08]

### Ξενογλώσση βιβλιογραφία

Aggleton, P., Parker, R., Maluwa, M. (2003) *Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*, Sustainable Development Department Technical Papers Series

Aggleton, P., Wood, k., Malcolm, A., Coram, T., Parker, R. (2005) *HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations*, UNAIDS

Aghamolaei, T., Tavafian, S., Hasani, L., Zare, S.(2009) *Attitudes of Healthcare Providers towards Patients with HIV/AIDS in Bandar Abbas*. Archives of Iranian Medicine, 12(3)298-301, Retrieved May 2009, from <http://www.ams.ac.ir/aim/09123/0014.pdf>

Ajuwon, A., Funmilayo, F., Oladepo, O., Osungbade, K., Asuzu, M. (2008) *Effects of training programme on HIV/AIDS prevention among primary health care workers in Oyo State, Nigeria*, Health Education, 108 (6),463 – 474

Ayranci, U. (2005). *AIDS knowledge and attitudes in a Turkish population: an epidemiological study*. BMC Public Health, 5(95) Retrieved September 13, 2005, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/95>

Balasegaram, M. (2001). AIDS: The worst yet to come. *BBC News Online*. June 4, 2001.

Beil, L. (1999). Tracing origins of AIDS raises new questions. Study of HIV's history could offer look at future. *The Dallas Morning News*, February 22, 1999.

Chiamaka N. U., Essien, E. J., Ezedinachi, E. N., Ross, M. W., (2008). Knowledge, Beliefs and Attitudes about HIV/AIDS related issues, and the Sources of Knowledge among Health Care Professionals in Southern Nigeria. *AIDS Patient care STDS*, 128(5),233-239

Cox, F.D. (1999). *The AIDS Booklet*. United States: Edward E. Bartell.

Diekema, D. J., Schuldt S. S., Albanese M. A., Doebbeling B. N., (1995) *Universal Precautions Training of Preclinical Students: Impact on Knowledge, Attitudes, and Compliance*. Preventive Medicine, 24(6),580-585

Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: I - Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887-889.

Friedman S. R., Des Jarlais Don C. & Goldsmith D. S. An overview of AIDS prevention efforts aimed at intravenous drug users circa 1987. *The Journal of Drug Issues*, Vol. 19, No. 9, 1989, pp. 93-112.

Fusilier, M., Manning, MR., Santini Villar, AJ., Torres Rodriguez, D. (1998). AIDS knowledge and attitudes of health-care workers in Mexico. *The Journal of social psychology*, 138(2),203-10

- Garret, L. (2000). AIDS virus traced to 1675. *Newsday*, July 11, 2000
- Hentgen, V., Jaureguiberry, S., Ramiliarisoa, A., Andrianantoandro, V., Belec, M.(2002). Knowledge, attitude and practices of health personnel with regard to HIV/AIDS in Tamatave Madagascar. *Bulletin de la Society de pathologie exotique*,95(2),103-8
- Hutchinson, M. (2001). *AIDS 20 years on*, *BBC News Online*, June 4, 2001.
- Kitaura, H., Adachi, N., Kobayashi, K., Yamada, T., (1997) *Knowledge and attitudes of Japanese dental health care workers towards HIV-related disease*, *Journal of Dentistry*, 25(3-4),279-83. Retrieved May – June 1997
- Klimes, I., Catalan, J., Bond, A. (1989) *Knowlwdge and attitudes of heath care staff about HIV infection in a health district with low HIV prevalence*, *AIDS Care* ,3, 313-317. Retrieved November 29,2010, from <http://www.informaworld.com>
- Kyriazis, I., Bobolas, P., Recliti , M., Giolis, A., Kalogirou, T., Saridi, M.(2010) *Assessment of Knowledge and Attitudes of Newly-Qualified Doctors Towards AIDS Infection*, *International Journal of Caring Sciences*, 3(2), 71-76
- Lohrmann, C., Välimäki, M., Suominen, T., Muinonen, U., Dassen, T., Peate, I.(2000) *German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: two decades after the first AIDS cases*, *Journal of Advanced Nursing*, 31(3),696-703. Retrieved October 9 2008, from <http://onlinelibrary.wiley.com>
- Letamo, G. (2005) *The Discriminatory Attitudes of Health Workers against People Living with HIV*, *PLoS Med* 2,261. Retrieved July 19, 2005
- Mayer, K., Pizer, H. (1987). *AIDS Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας*. (Ε. Ταμβάκη, μετάφραση). Αθήνα: Φλώρος.
- Merakou, K., Costopoulos , CH., Marcopoulou , J. et al. (2002). *Knowledge , attitudes and behaviour after 5 years of hiv-aids preventionin schools*.
- Mohsin, S., Nayak, S., Mandaviya, V.(2010) *MEDICAL STUDENTS' KNOWLEDGE AND ATTITUDES RELATED TO HIV/AIDS*, *National Journal of Community Medicine*,1 (2)
- Mulaudzi, M., Pengpid, S., Peltzer, K. (2011) *Nurses' Knowledge, Attitudes, and Coping Related to HIV and AIDS in a Rural Hospital in South Africa*, *Ethno Med* 5 (1), 25-32
- European Journal of Public Health 12:90-93
- Miller, R. & Bor, R. (1991). *AIDS. A guide to clinical counseling*. Ed. Dilley J.W. London: Science Press Ltd.

NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases). (1999). *HIV Infection and Aids*, Ενημερωτικό φυλλάδιο της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α (U.S Public Health Service). Bethesda.

Parker, R., Aggelen, P. (2002) *HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action*, the Population Council Inc.

Rushing, W.A. (1995). *The Aids Epidemic*. United States: Westview Press.

Silverman , D. (1997). *Discourses of Counselling HIV Counselling as Social Interaction*. London: Sage Publications.

Strauss, R., Corless, I., Luckey, J., Charles, M., Dennis, B. (1992). *Cognitive and Attitudinal Impacts of a University AIDS Course: Interdisciplinary Education as a Public Health Intervention*, Public Health 82 (4), 569

Taylor, S.T. (1995). *Health Psychology*. New York: Mc Graw-Hill, Ink. Wertz, D., Sorenson, J., Liebling L., Kessler, L., Heeren, T. (1987) *Knowledge and attitudes of AIDS health care providers before and after education programs*, Public Health Reports 102 (3), 248-254

Uwakwe, C. (2000). *Systematized HIV/AIDS education for student nurses at the University of Ibadan, Nigeria: impact on knowledge, attitudes and compliance with universal precautions*, Journal of Advanced Nursing 32 (2), 416-424

### Ηλεκτρονικές διευθύνσεις

[www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)

[www.el.wikipedia.org](http://www.el.wikipedia.org)

[www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr)

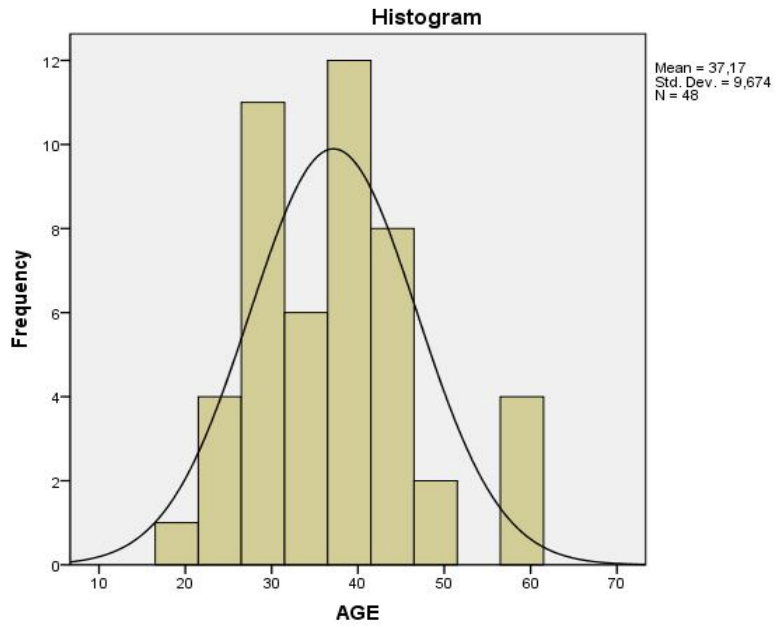
[www.hiv aids.gr](http://www.hiv aids.gr)

[www.keel.org.gr](http://www.keel.org.gr)

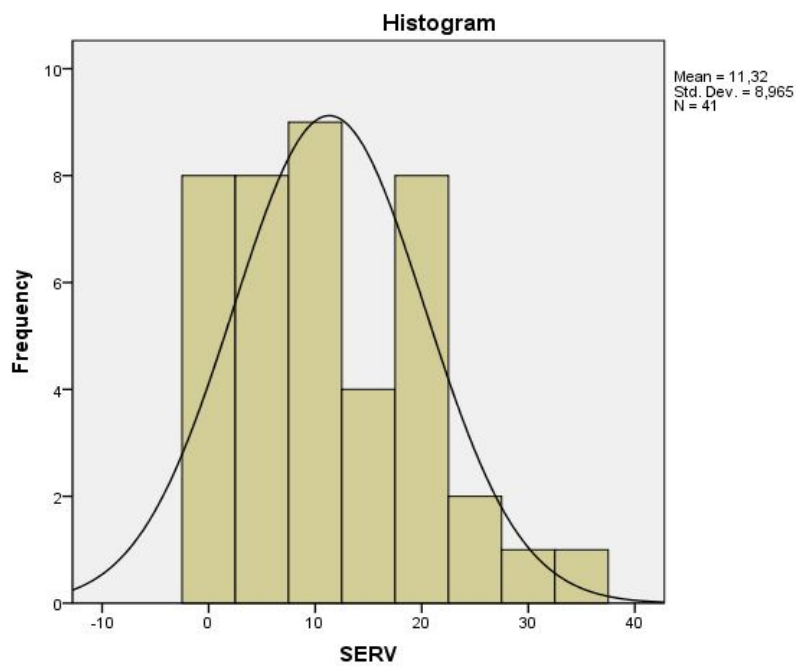
<http://www.pepagnh.gr>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

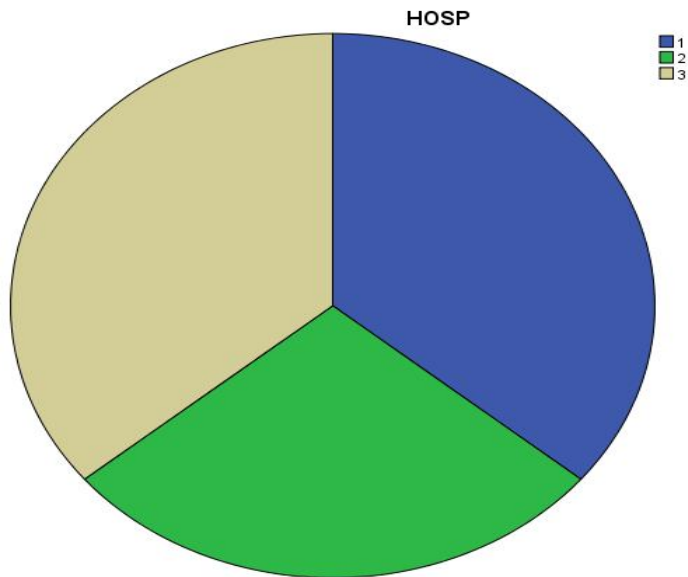
Γράφημα 1



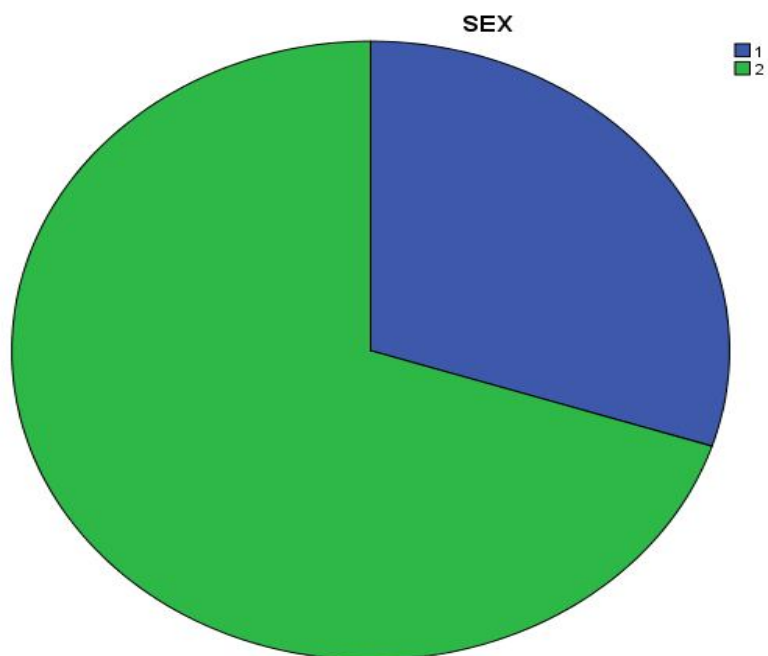
Γράφημα.2



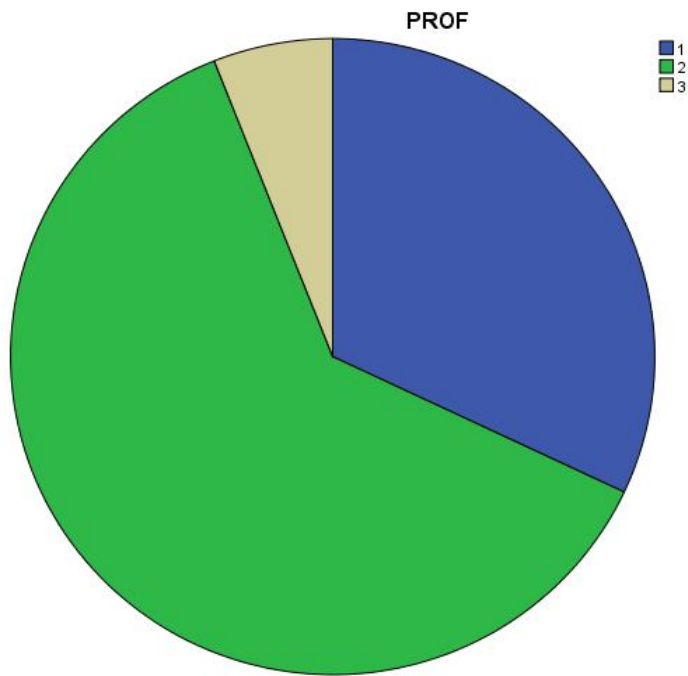
**Γράφημα 3.**



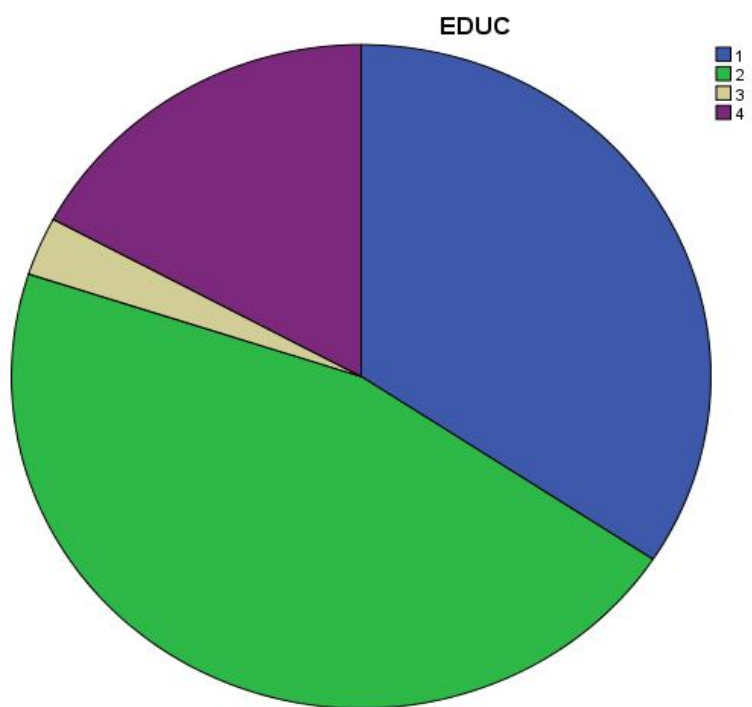
**Γράφημα 4.**



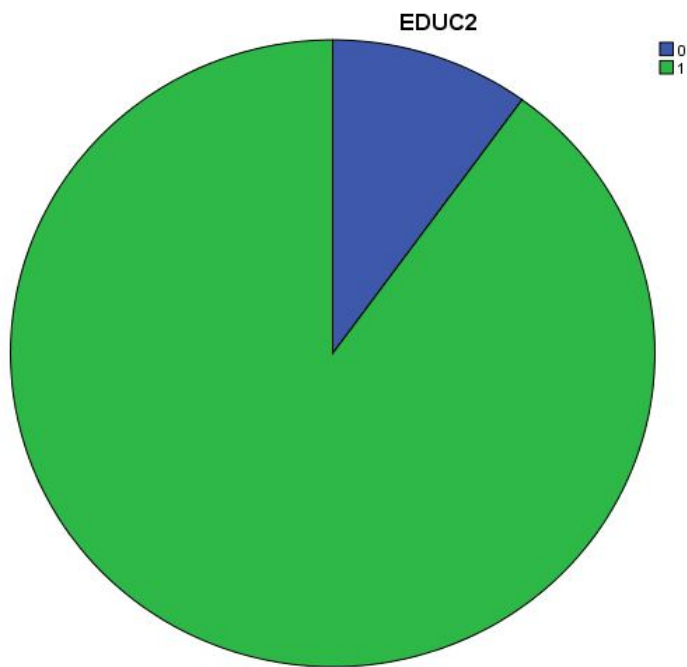
**Γράφημα 5.**



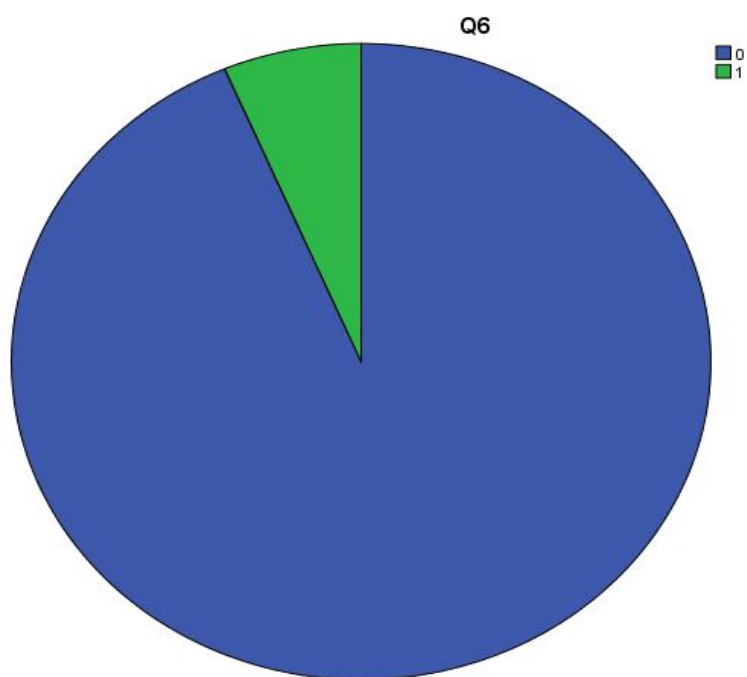
**Γράφημα 6.**



**Γράφημα 7.**

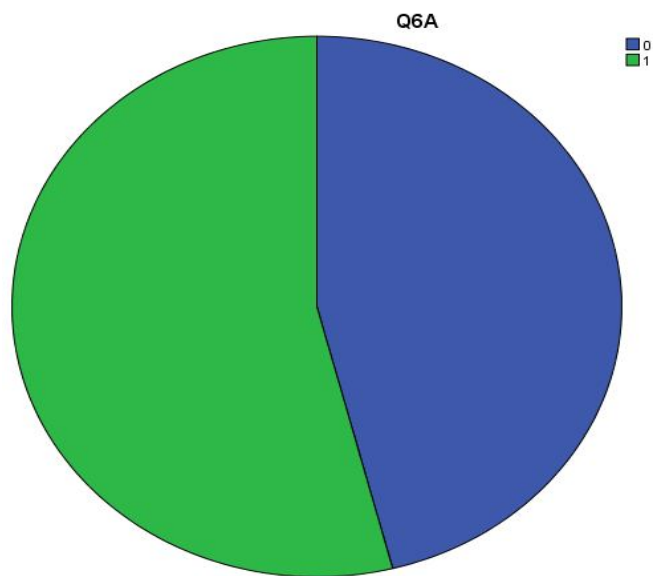


**Γράφημα 8.**

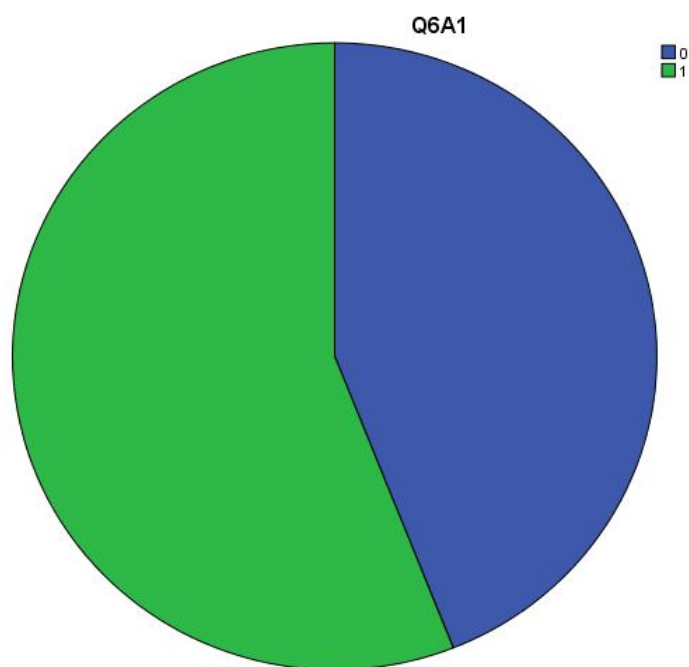




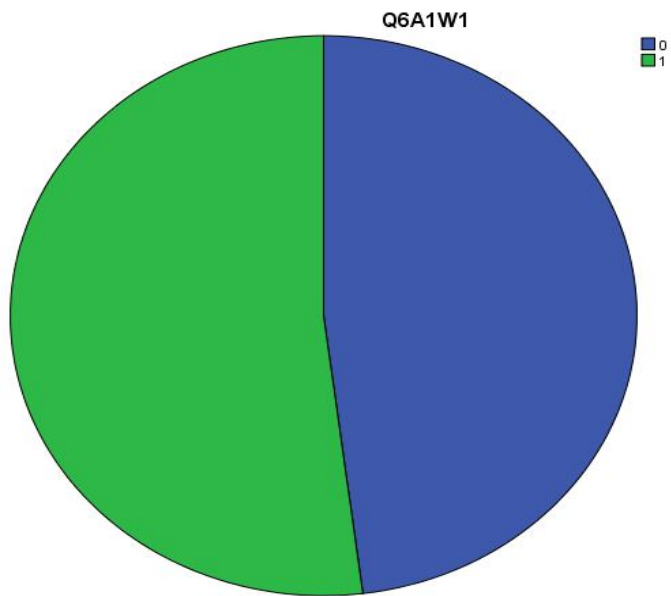
**Γράφημα 9.**



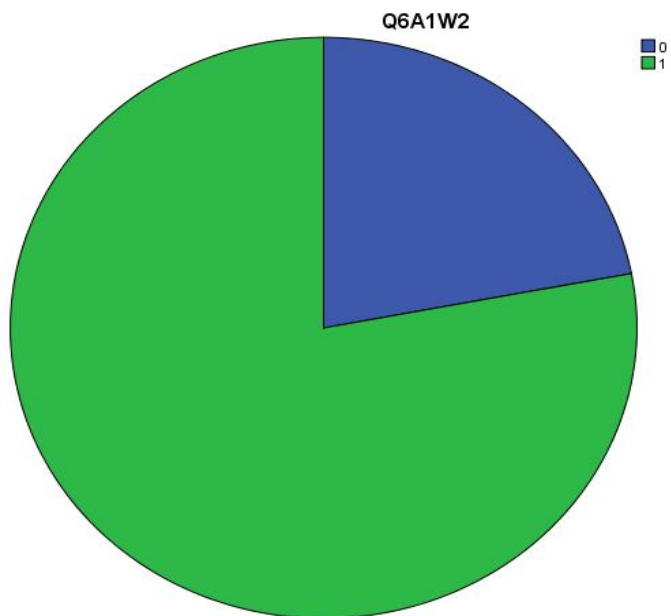
**Γράφημα 10.**



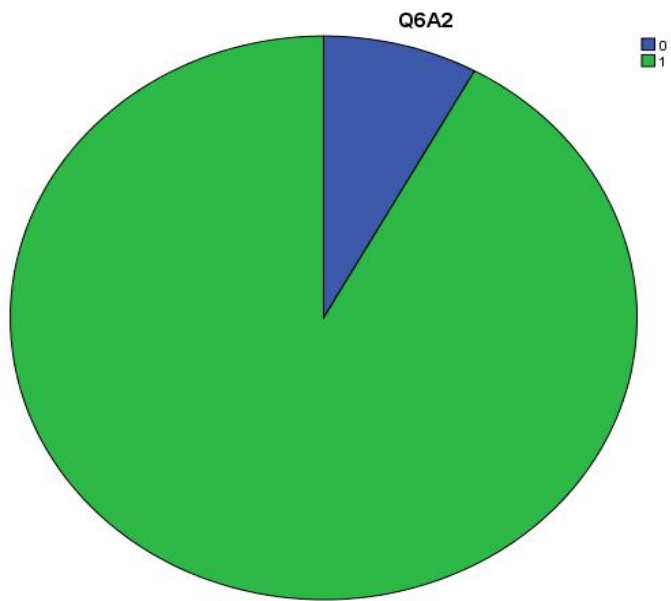
**Γράφημα 11.**



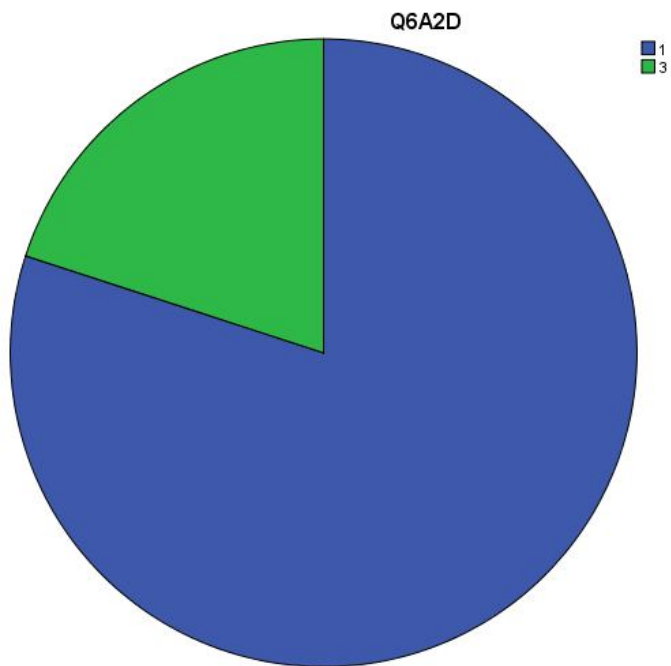
**Γράφημα 12.**



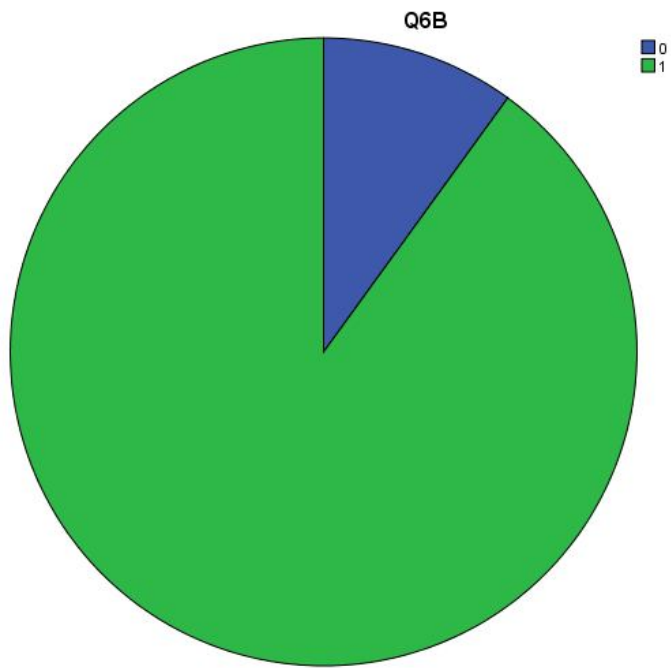
**Γράφημα 13.**



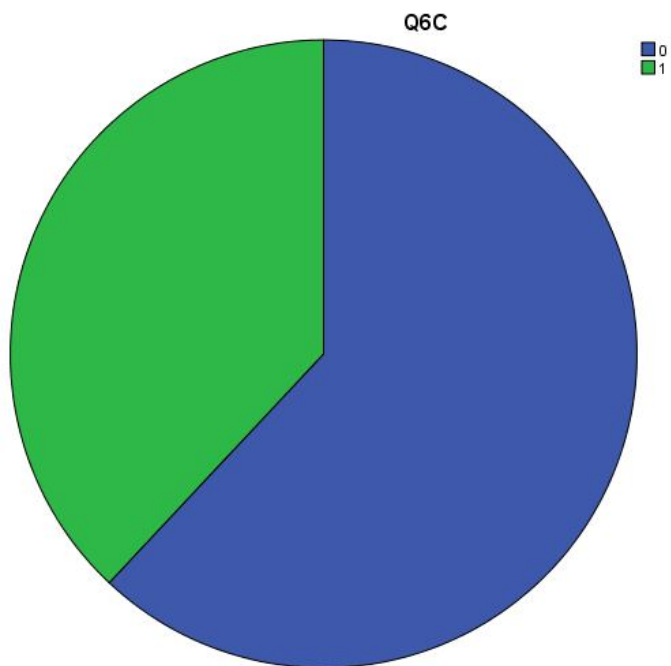
**Γράφημα 14.**



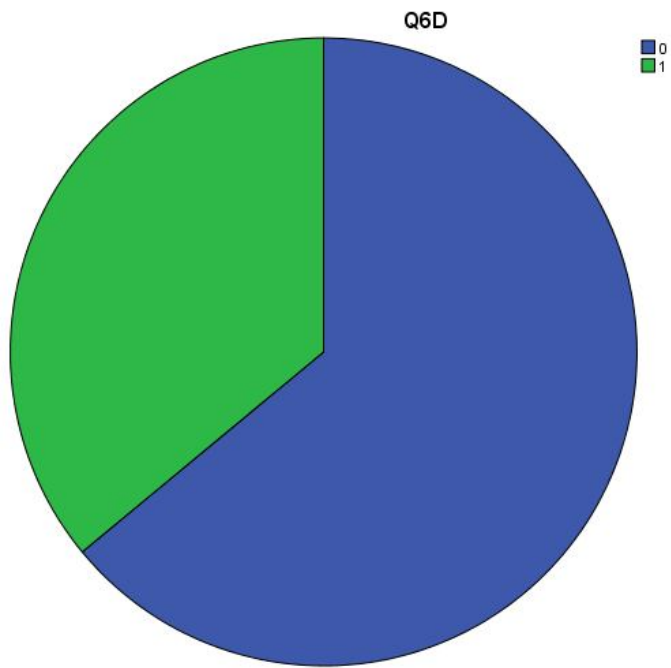
**Γράφημα 15.**



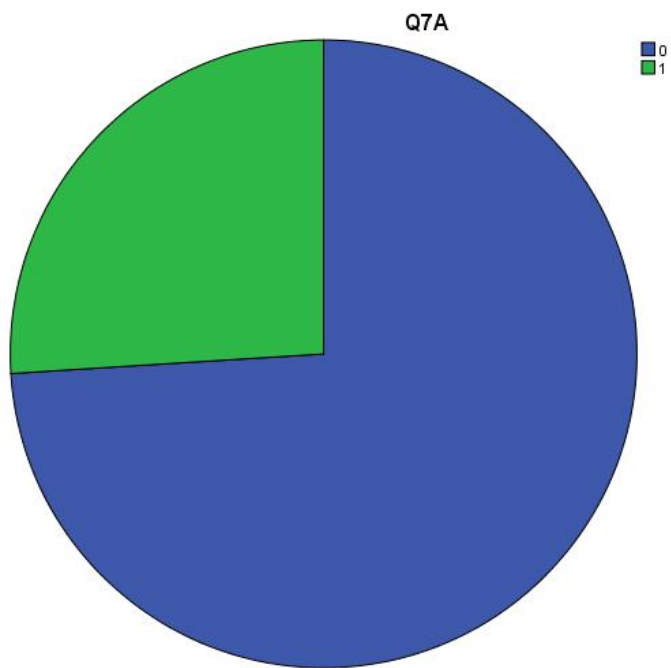
**Γράφημα 16.**



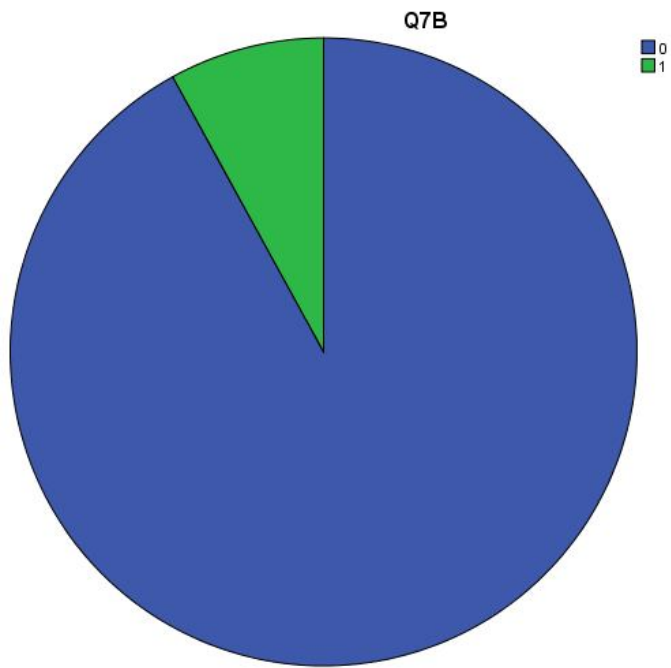
**Γράφημα 17.**



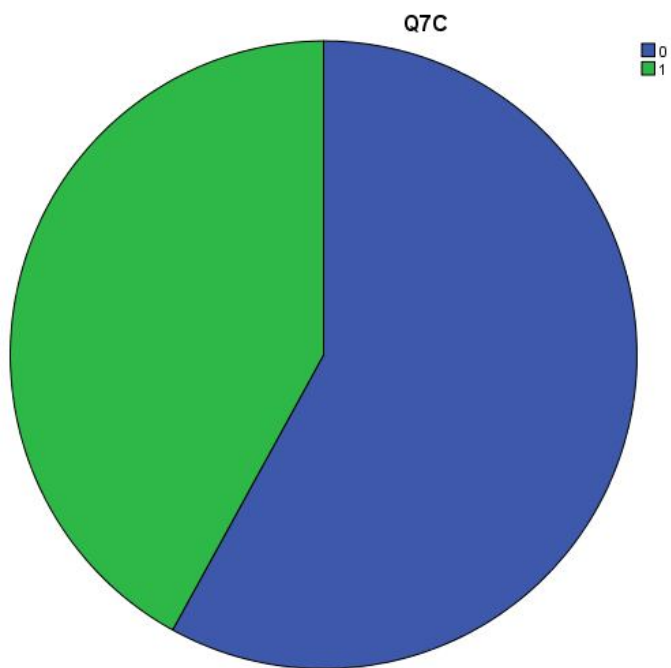
**Γράφημα 18.**



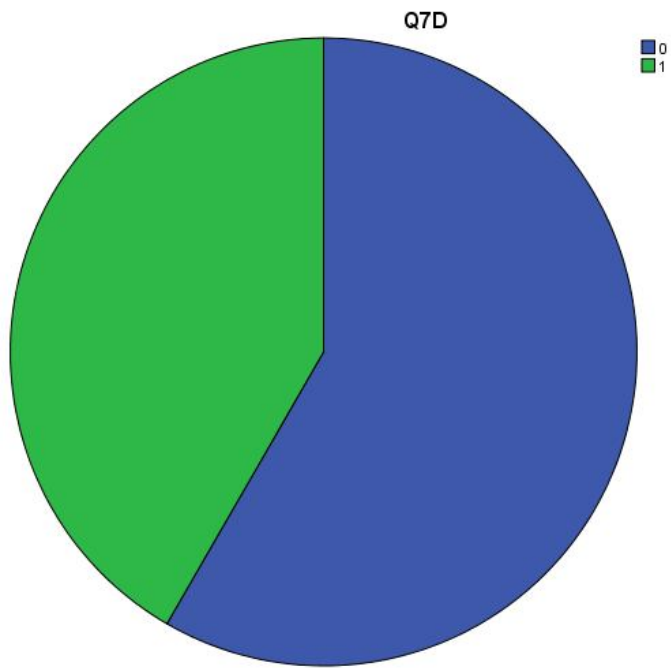
**Γράφημα 19.**



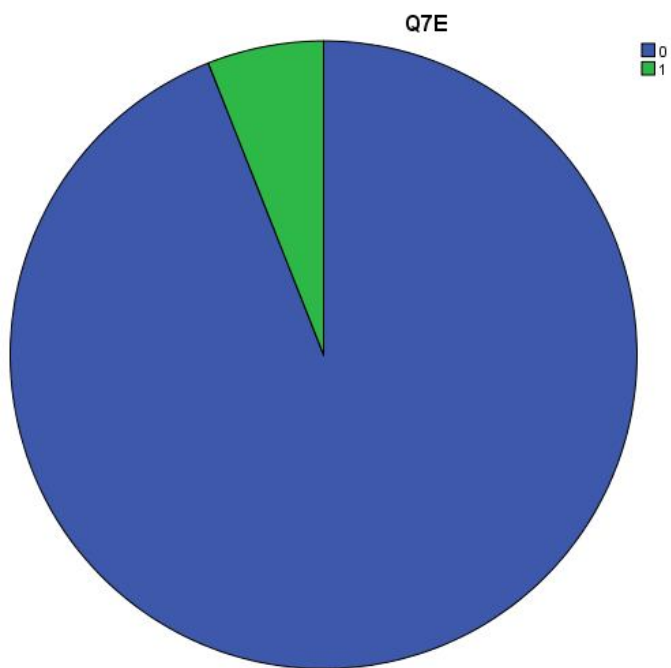
**Γράφημα 20.**



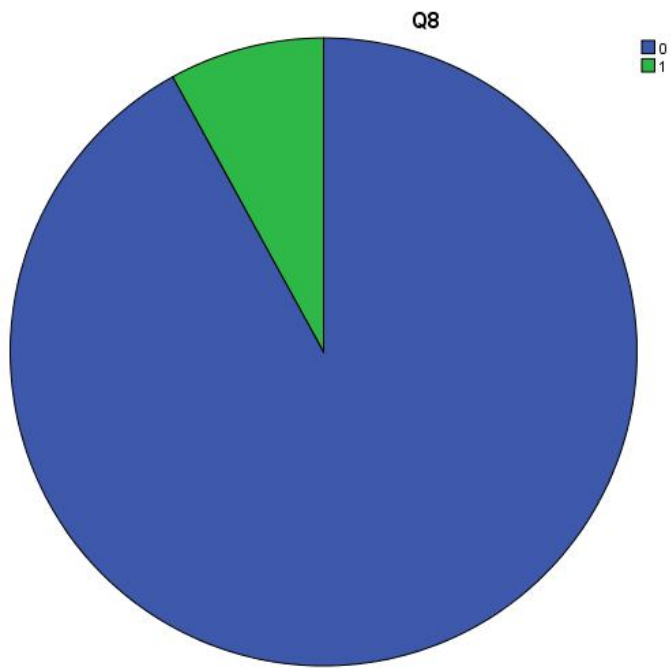
**Γράφημα 21.**



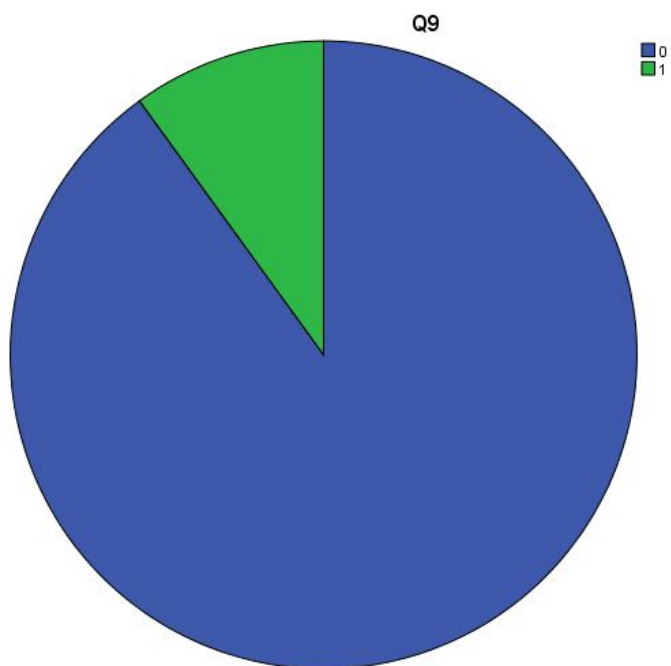
**Γράφημα 22.**



Γράφημα 23.

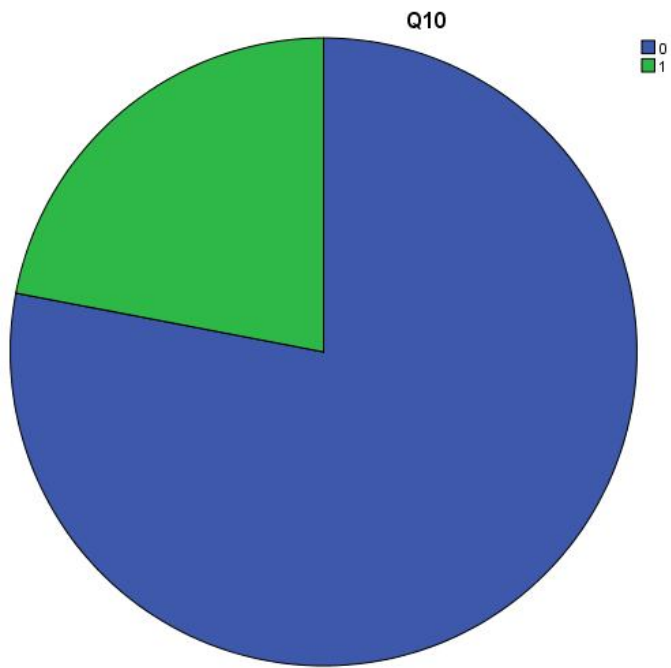


Γράφημα 24.

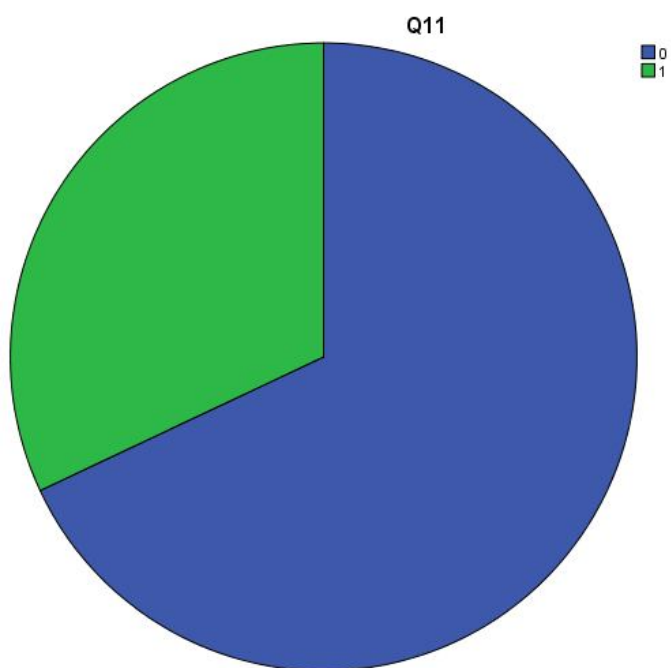




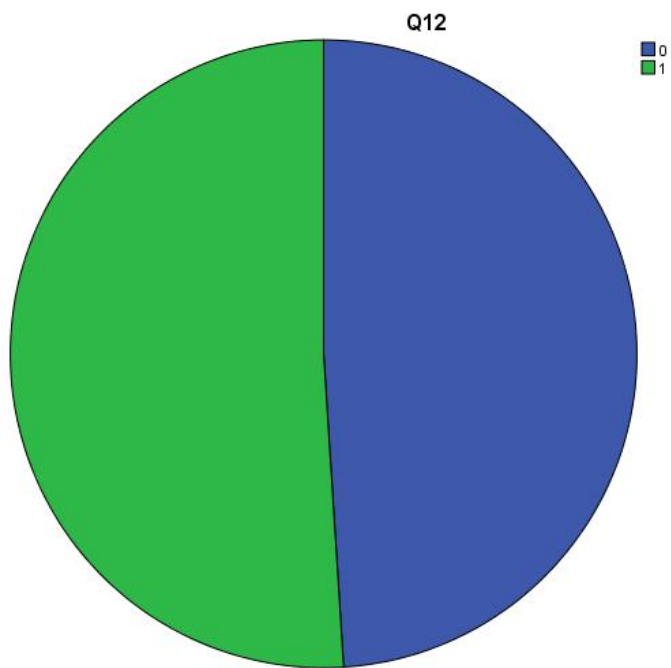
Γράφημα 25.



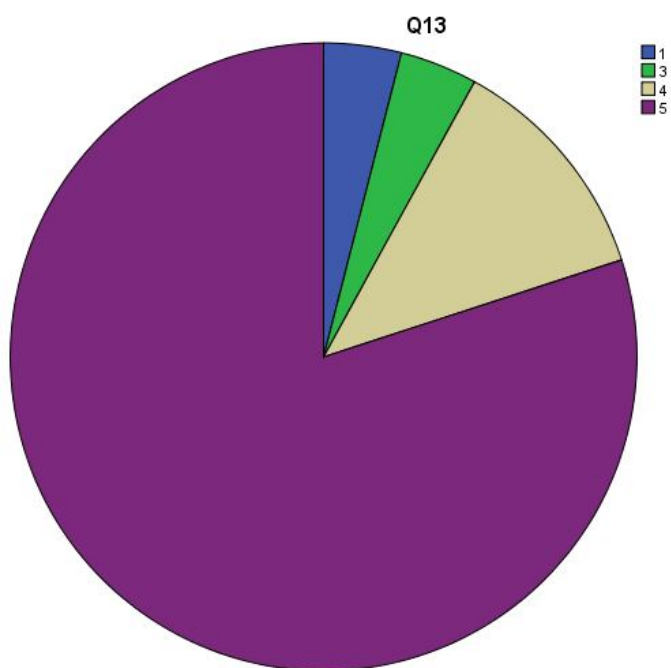
Γράφημα 26.



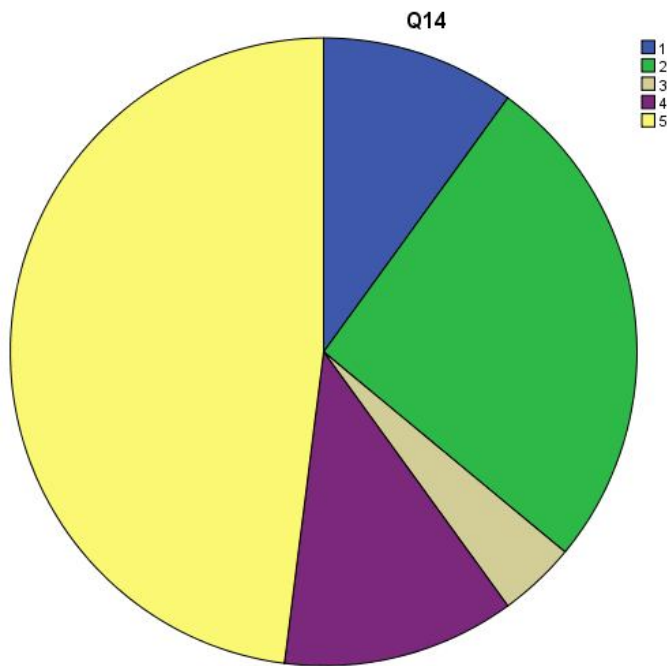
Γράφημα 27.



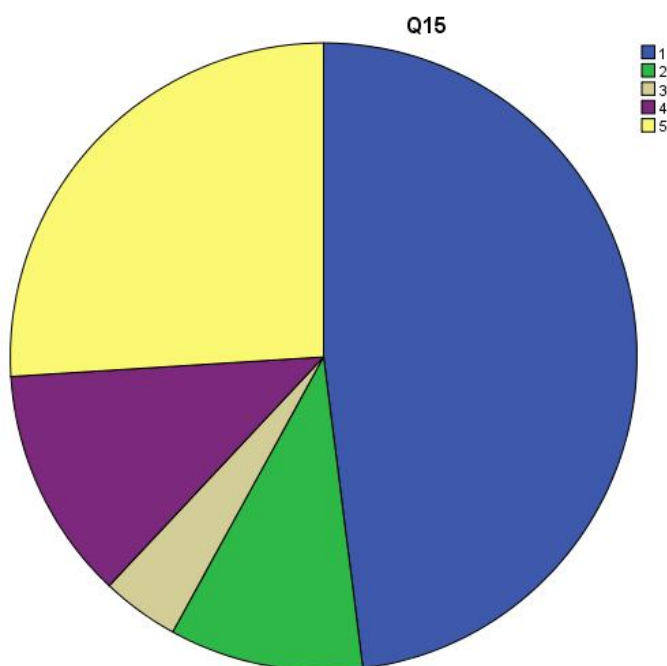
Γράφημα 28.



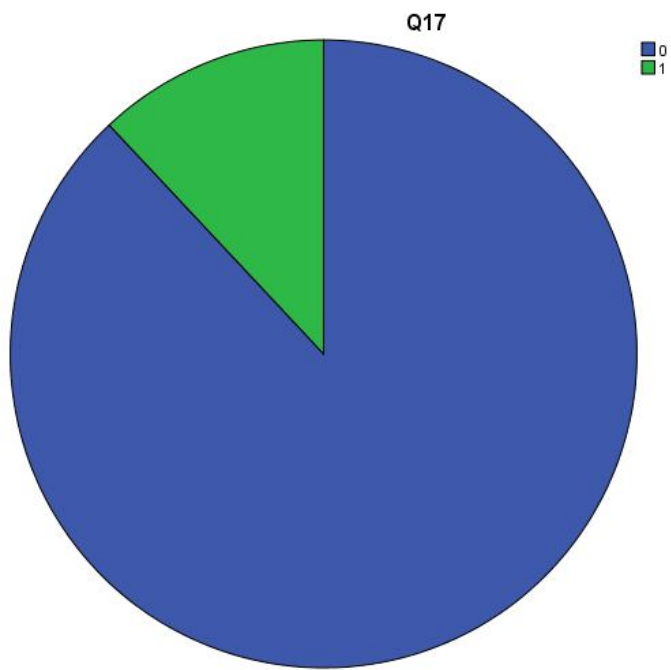
**Γράφημα 29.**



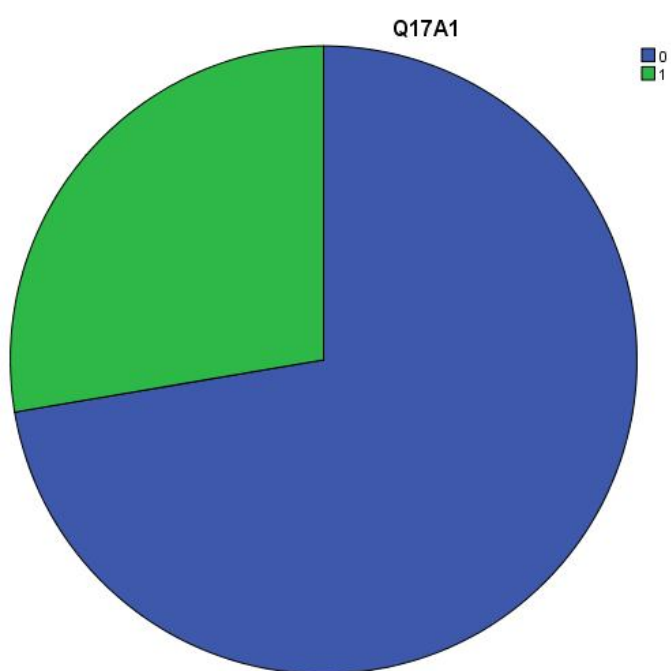
**Γράφημα 30.**



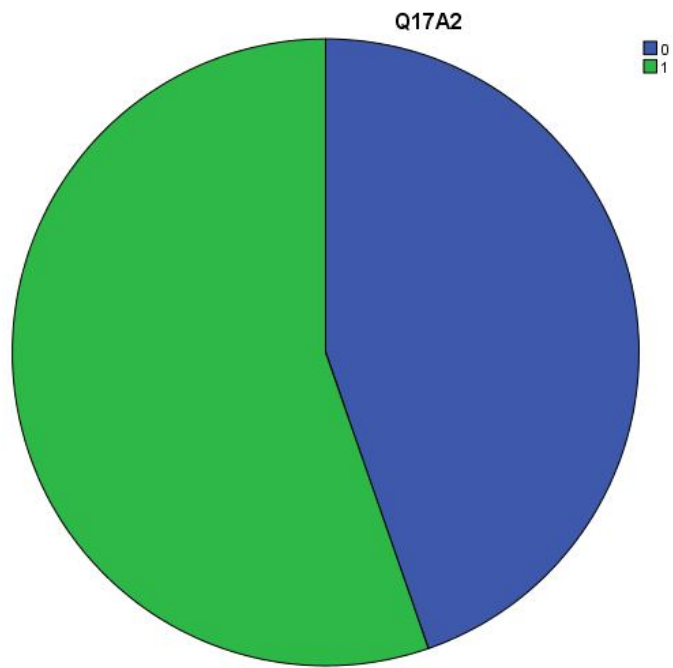
Γράφημα 31.



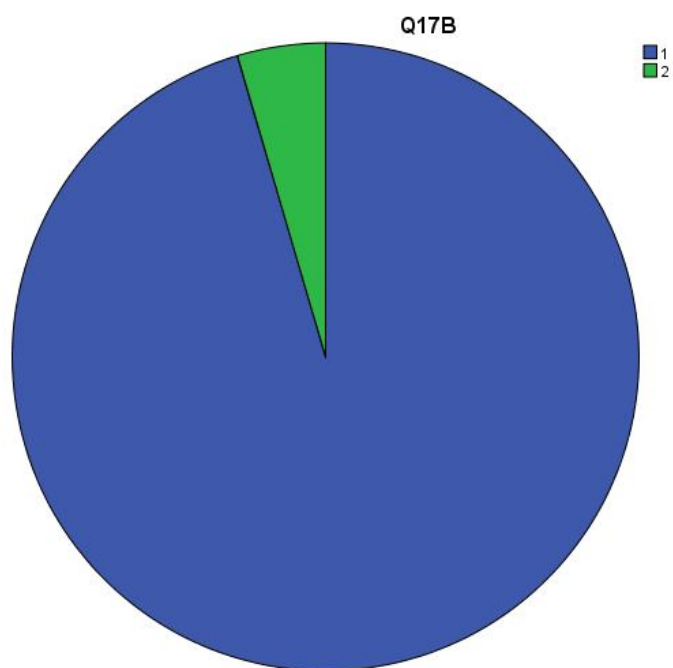
Γράφημα 32.



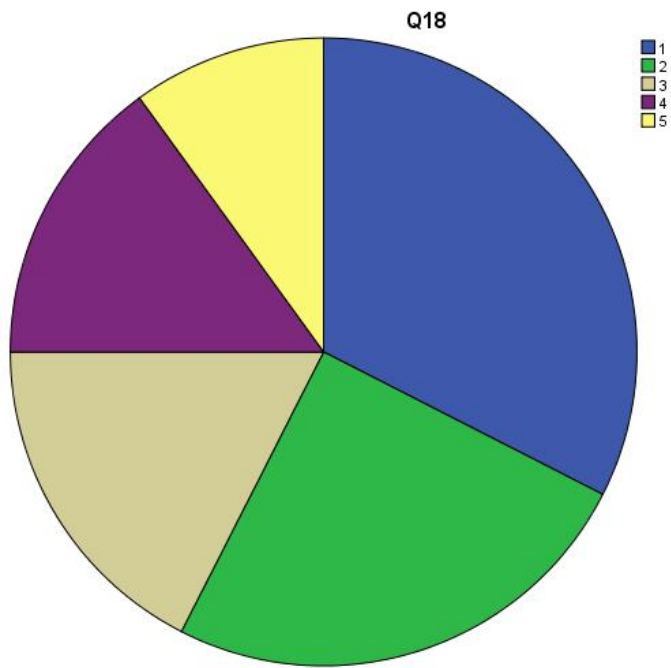
Γράφημα 33.



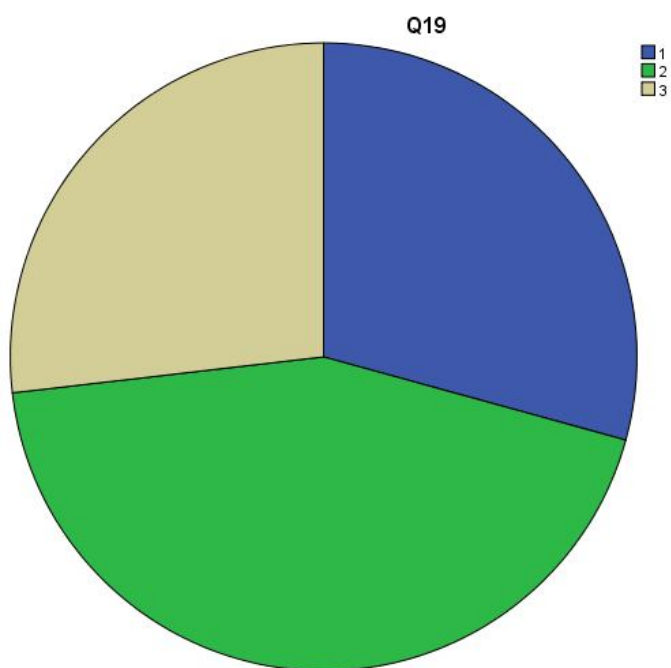
Γράφημα 34.



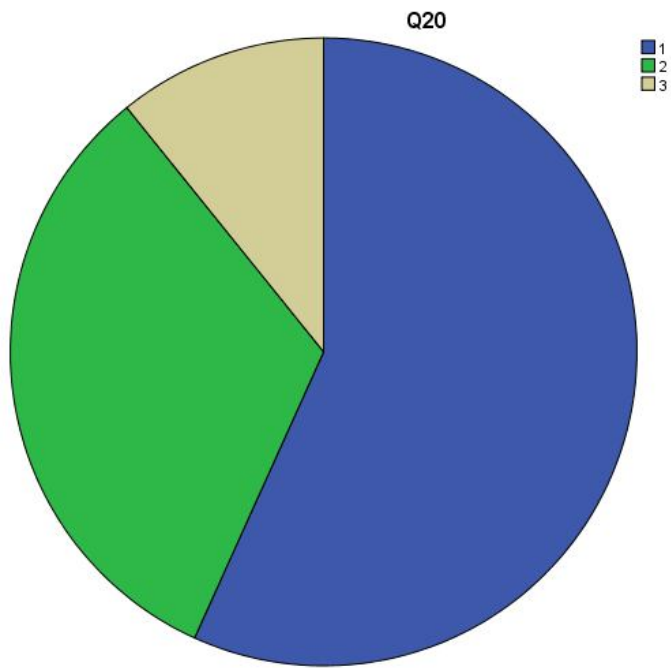
Γράφημα 35.



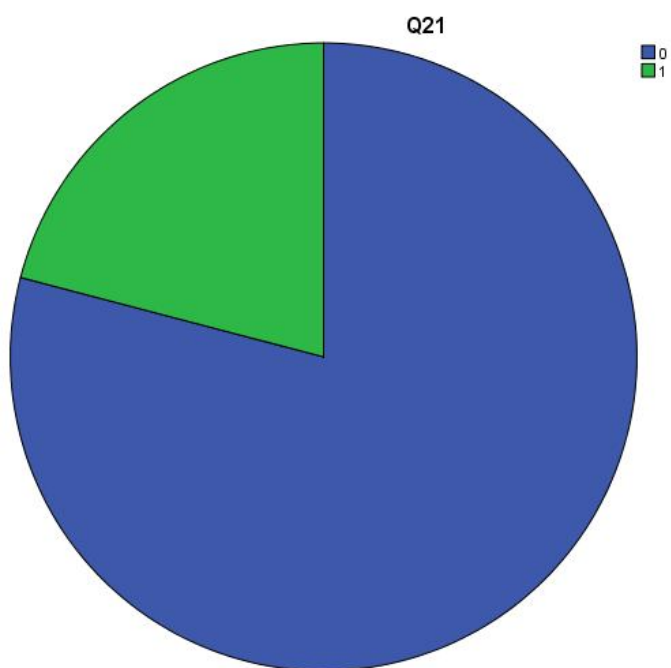
Γράφημα 36.



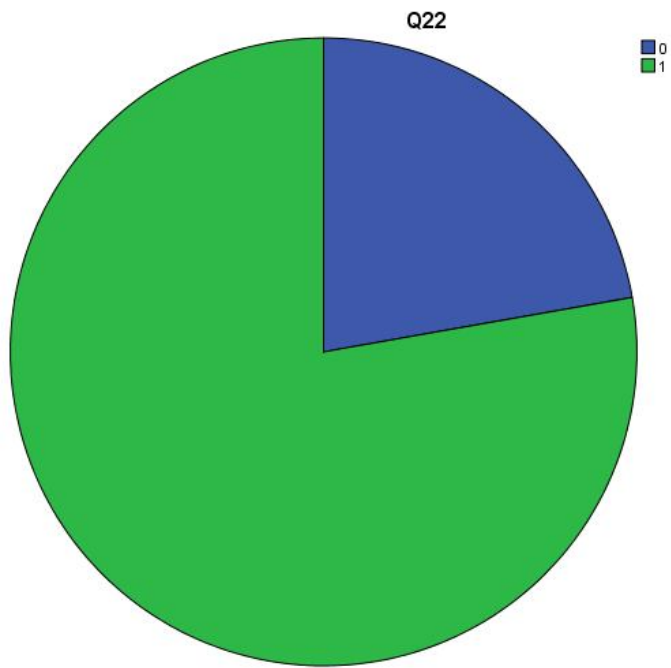
Γράφημα 37.



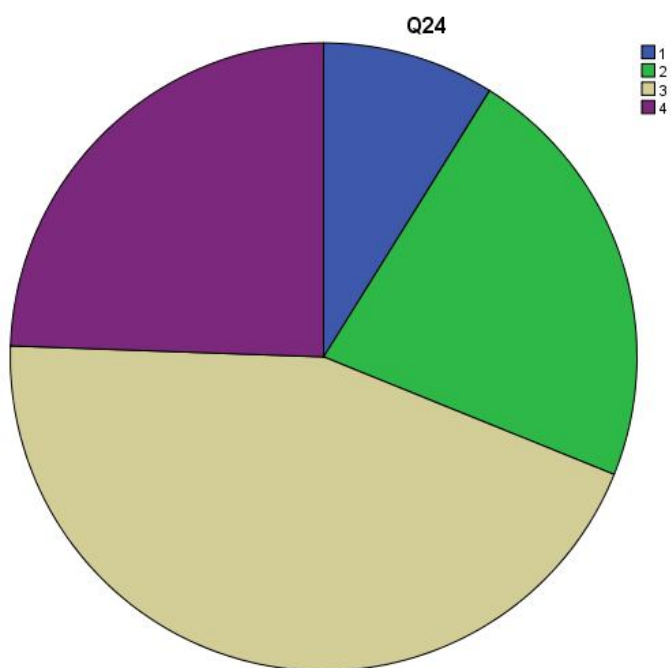
Γράφημα 38.



Γράφημα 39.

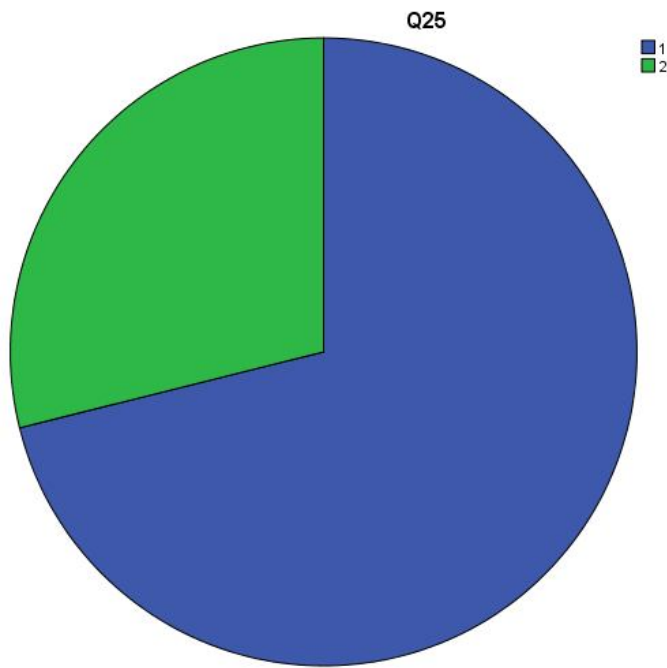


Γράφημα 40.

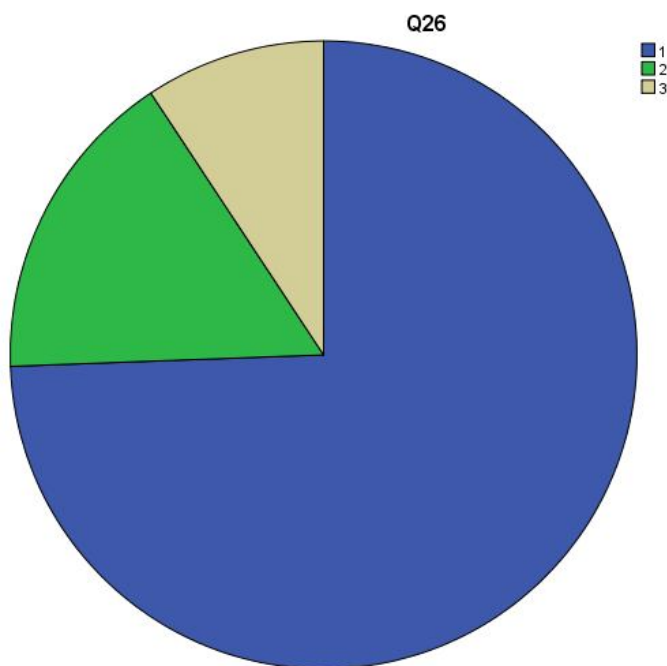




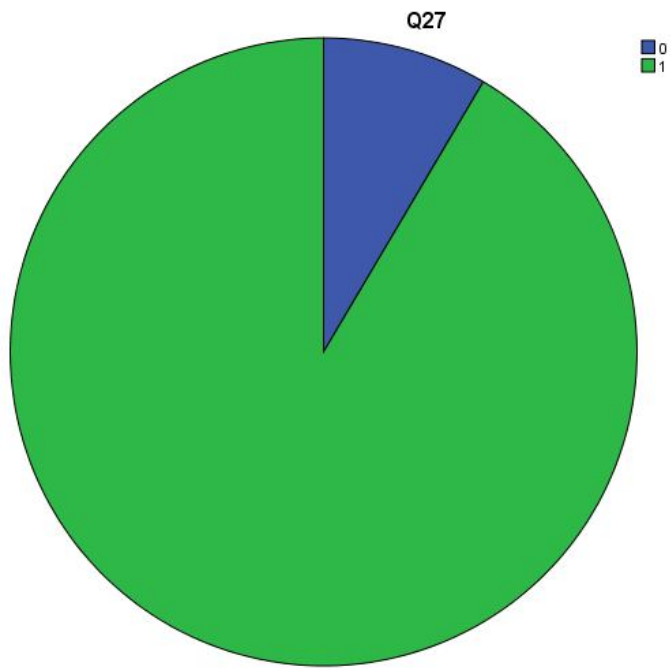
**Γράφημα 41.**



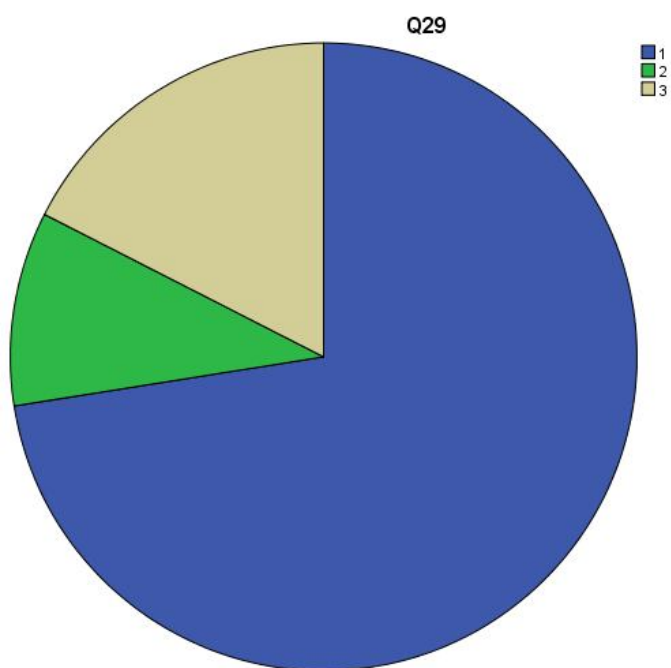
**Γράφημα 42.**



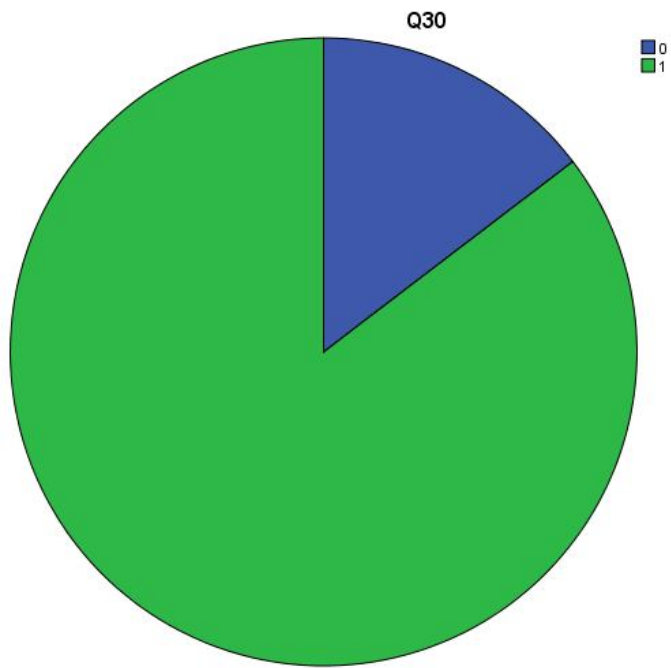
Γράφημα 43.



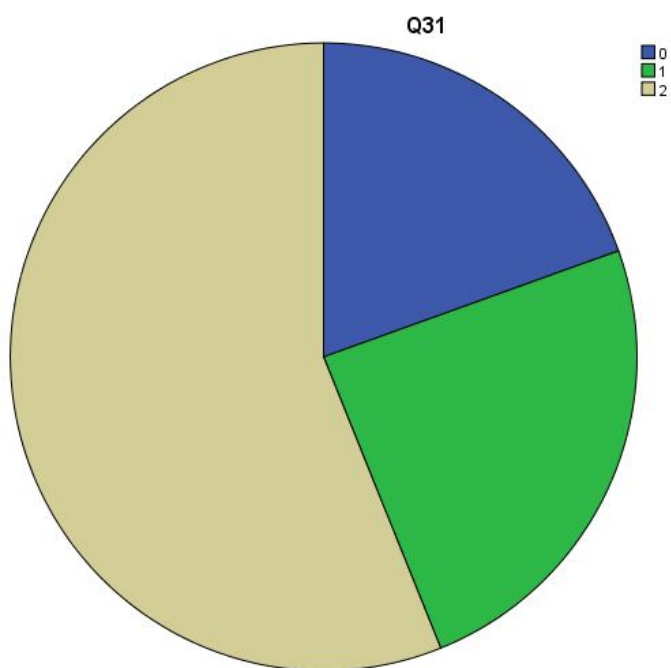
Γράφημα 44.



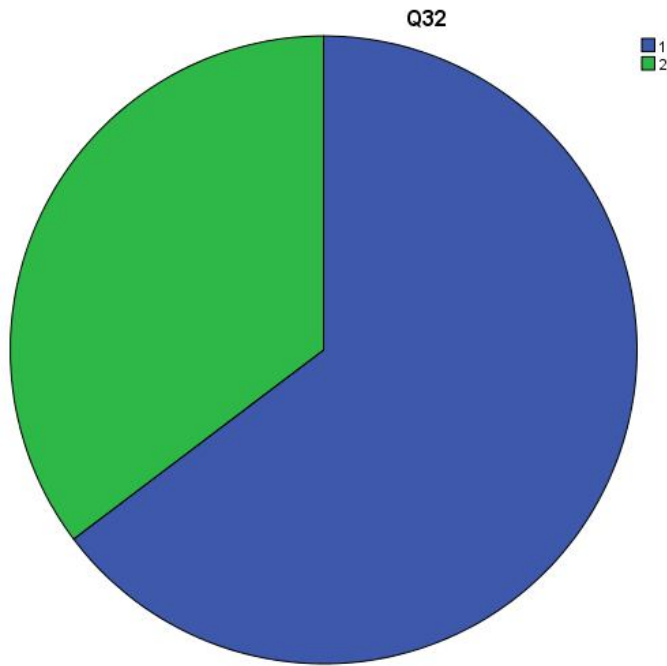
Γράφημα 45.



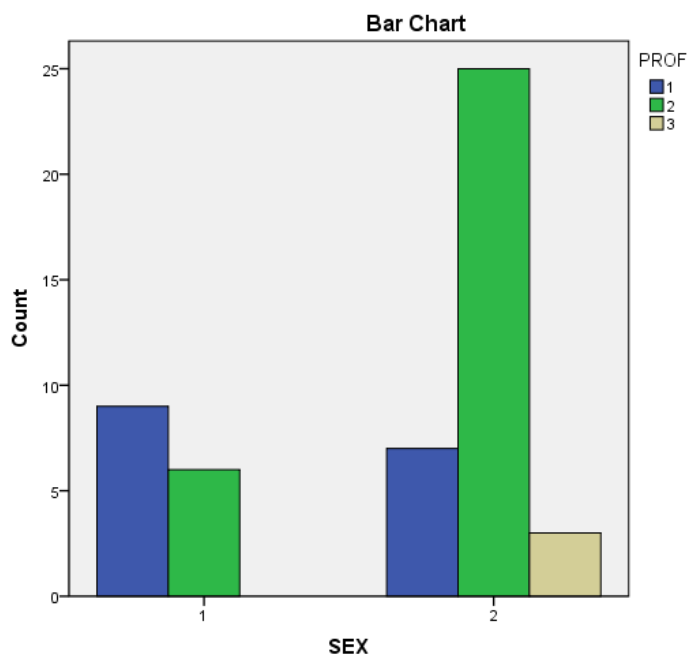
Γράφημα 46.



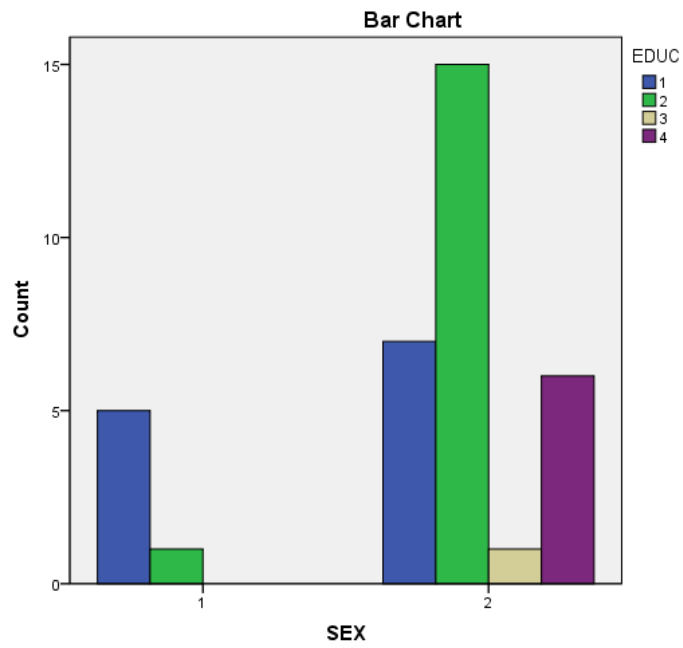
Γράφημα 47.



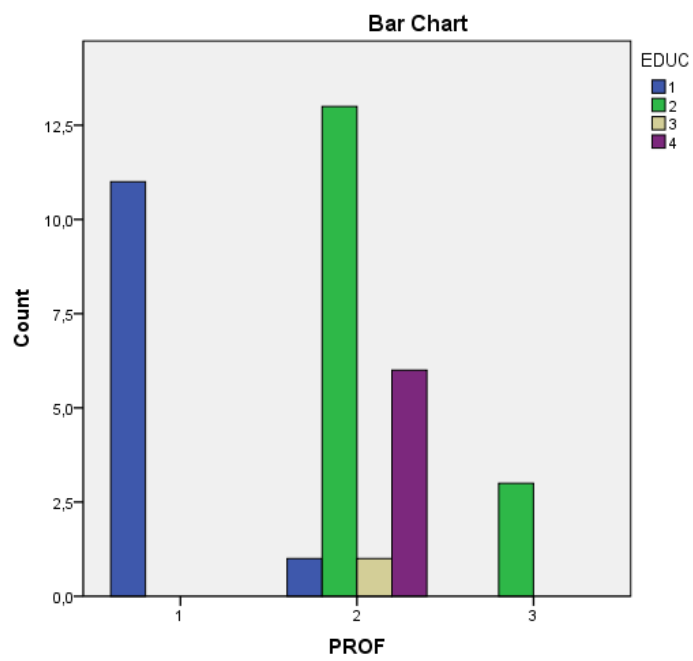
Γράφημα 48.



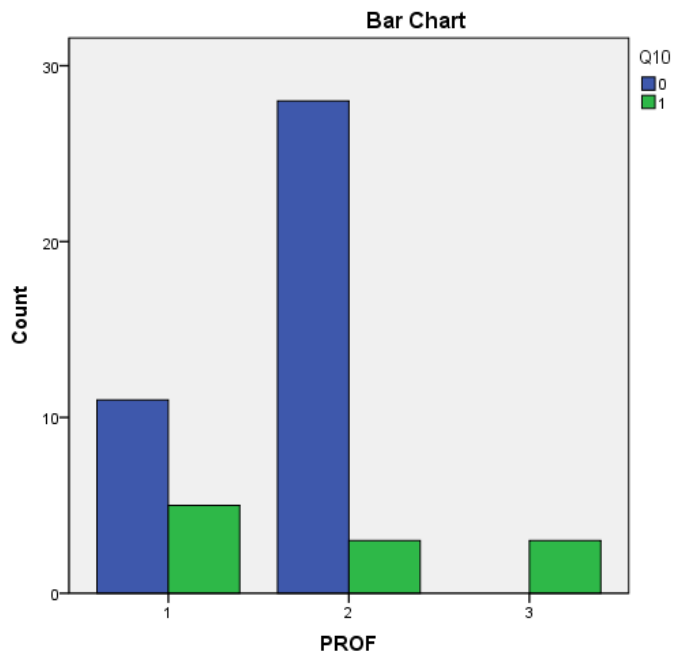
**Γράφημα 49.**



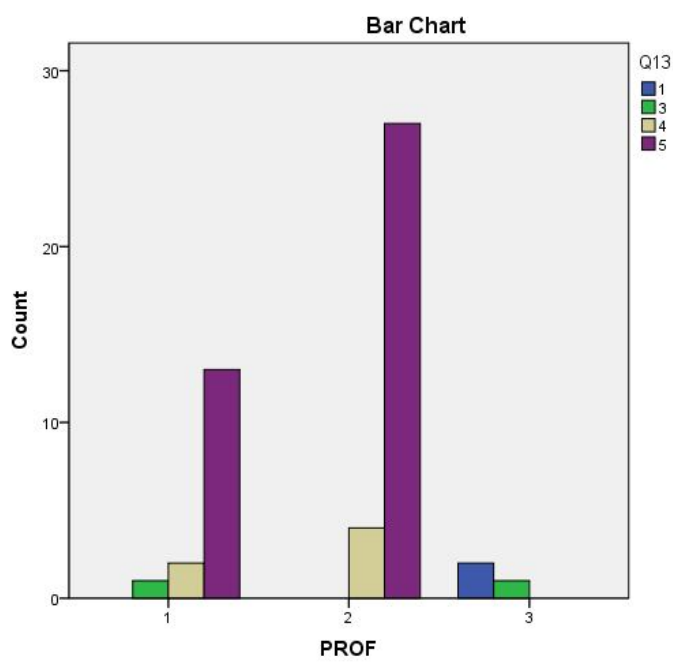
**Γράφημα 50.**



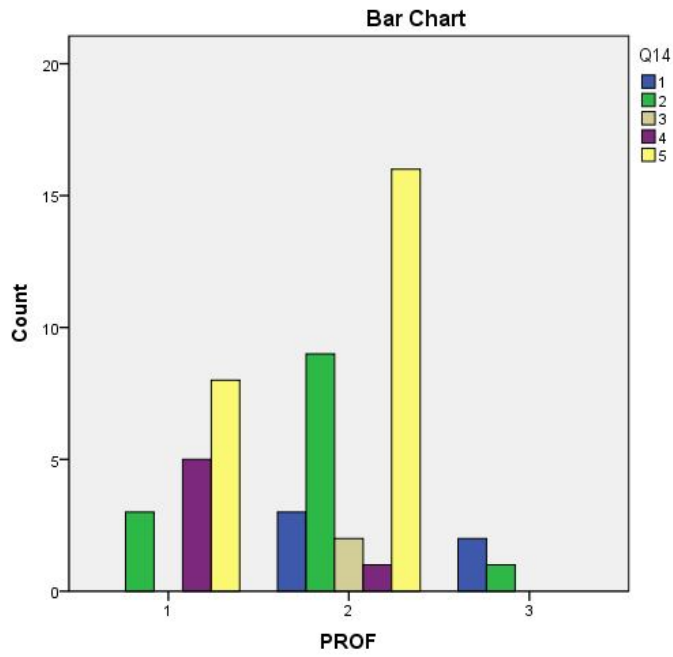
**Γράφημα 51.**



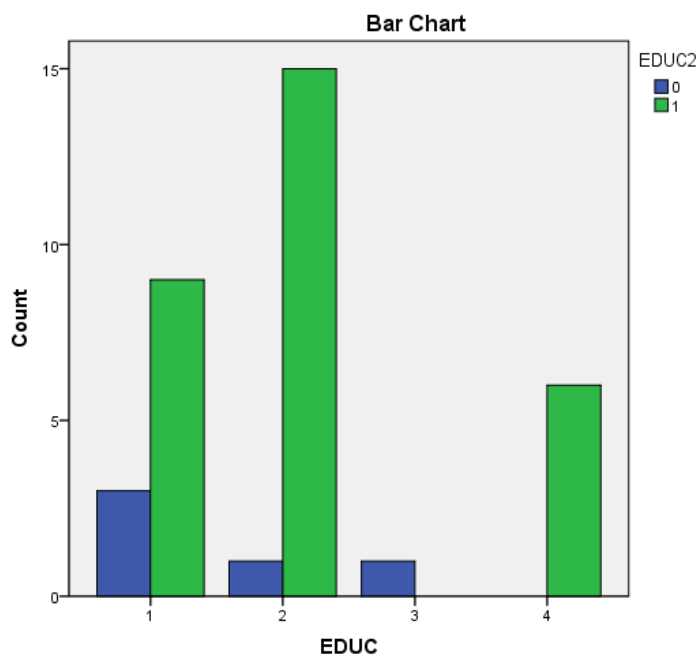
**Γράφημα 52.**



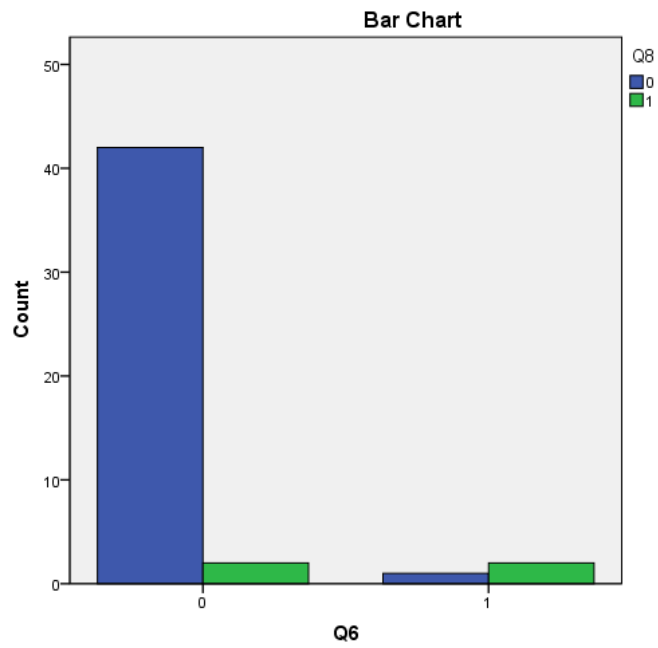
**Γράφημα 53.**



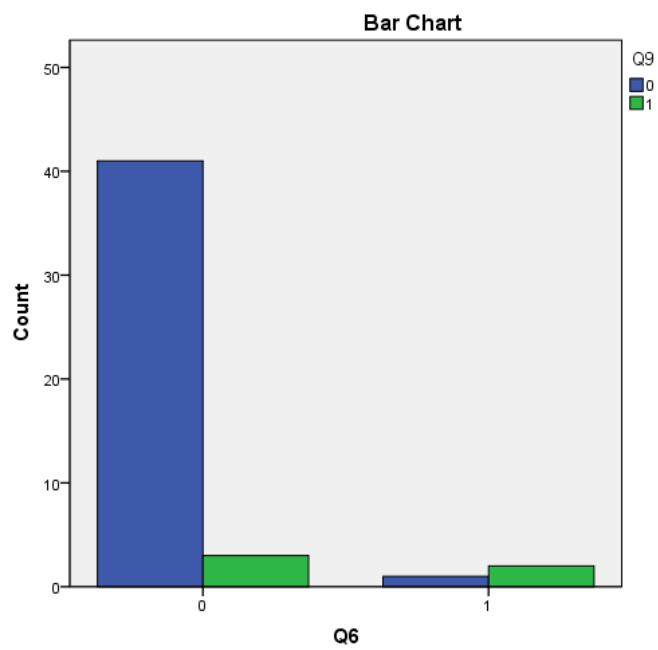
**Γράφημα 54.**



**Γράφημα 55.**

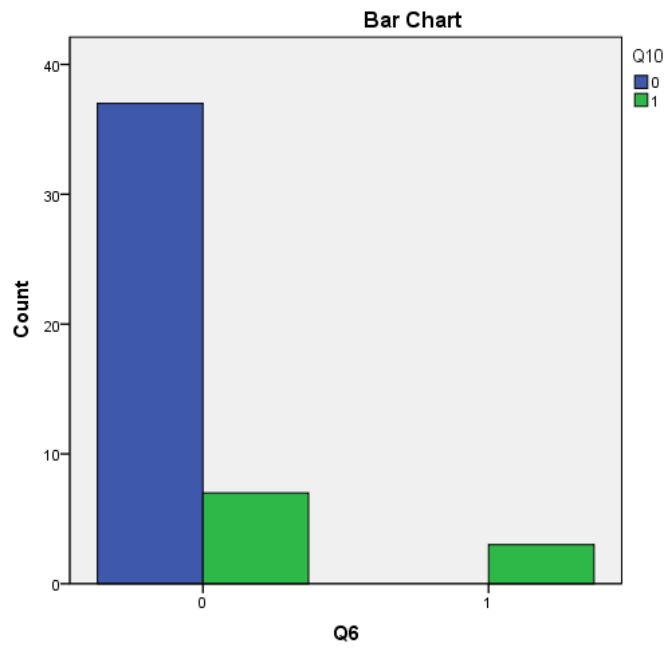


**Γράφημα 56.**

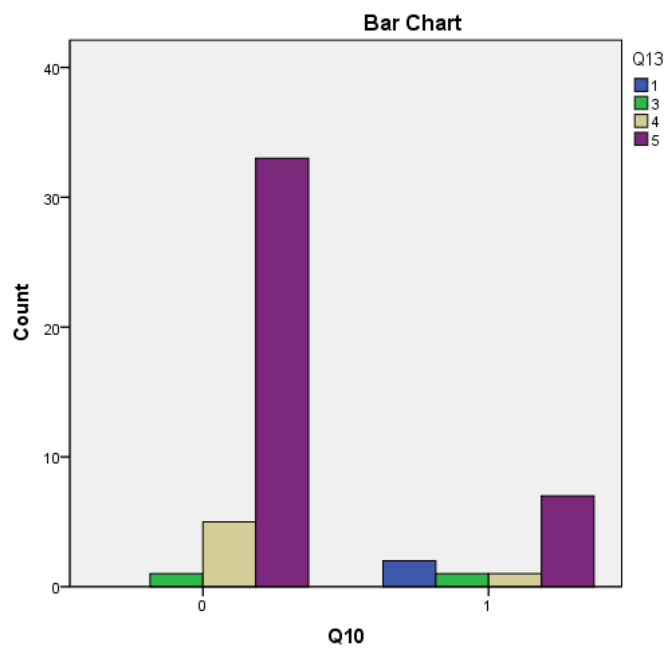




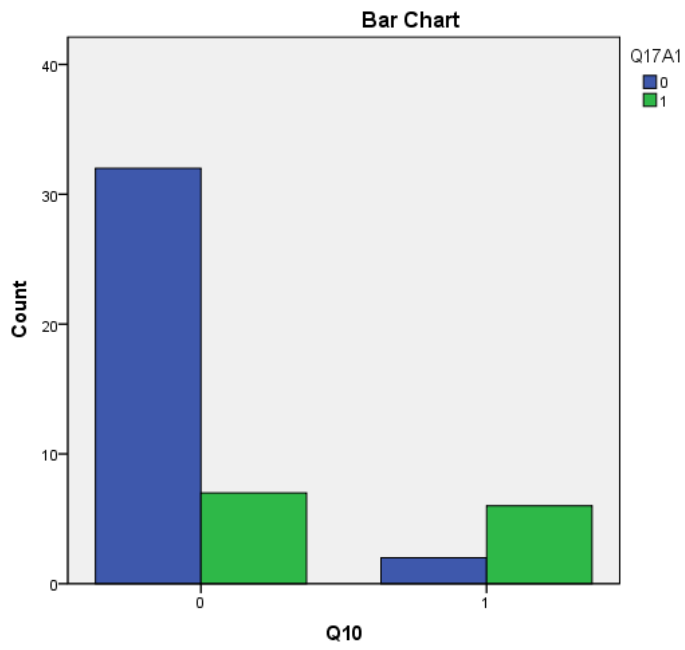
**Γράφημα 57.**



**Γράφημα 58.**



**Γράφημα 59.**



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ AIDS ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ

1. Φύλο: Άνδρας..... Γυναίκα.....
2. Ηλικία (χρόνια) .....
3. Επάγγελμα .....
4. Προϋπηρεσία (χρόνια) .....
5. Εκπαίδευση  
Μεταπτυχιακή εκπαίδευση .....
- (τόπος) .....
- (διάρκεια) .....

#### **ΓΝΩΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ AIDS**

6. Θεωρείτε ότι είσαστε ενημερωμένοι για το AIDS: Ναι..... Όχι.....  
Ποιες οι πηγές πληροφόρησής σας:  
α- Σεμινάρια  
Στο εσωτερικό: Ναι..... Όχι.....  
Αν ναι: Στον χώρο εργασίας σας ΝΑΙ..... Όχι.....  
Αλλού Ναι..... Προσδιορίστε.....  
Όχι.....  
Στο εξωτερικό: Ναι..... Όχι.....  
Διάρκεια: Εβδομαδιαία..... Δύο εβδομάδων..... Πάνω από δύο εβδομάδες.....  
β- Διαλέξεις - στρογγυλά τραπέζια: Ναι..... Όχι.....  
Αριθμός: .....
- γ- Επιστημονικά περιοδικά: Ναι..... Όχι.....  
δ- Μαζικά μέσα ενημέρωσης: Ναι..... Όχι.....
7. Πιστεύετε ότι η γνώση σας είναι επαρκής για:  
α- Ιό ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV): Ναι..... Όχι.....  
β- Τρόπους μετάδοσης ιού HIV: Ναι..... Όχι.....  
γ- Διάγνωση: Ναι..... Όχι.....  
δ- Κλινική παρουσία της νόσου Ναι..... Όχι.....  
ε- Μέσα προφύλαξης Ναι..... Όχι.....
8. Δέχεστε να φροντίσετε ένα ασθενή με AIDS;  
Ναι..... Όχι.....
9. Παρέχετε τις ίδιες φροντίδες στους ασθενείς με AIDS όπως και σε άλλους ασθενείς;  
Ναι..... Όχι.....
10. Πιστεύετε ότι υπάρχει κίνδυνος HIV μόλυνσης στο χώρο δουλειάς;  
Ναι..... Όχι.....
11. Πιστεύετε ότι ο έλεγχος όλων των ασθενών θα μειώσει τον κίνδυνο HIV μόλυνσης στο  
χώρο εργασίας;  
Ναι..... Όχι.....

12. Πιστεύετε ότι η λήψη των καθορισμένων παγκόσμια προφυλάξεων είναι ασφαλέστερη

από τον έλεγχο για αντι-HIV;

Ναι..... Όχι.....

13. Χρησιμοποιείτε γάντια όταν η μόλυνση με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος είναι (παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση)

πιθανή

Πάντα

Τις περισσότερες φορές

Συνήθως

Μερικές φορές

Ποτέ

14. Χρησιμοποιείτε προστατευτική μάσκα όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες από (παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση)

από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος;

Πάντα

Τις περισσότερες φορές

Συνήθως

Μερικές φορές

Ποτέ

15. Φοράτε προστατευτικά γυαλιά όταν είναι πιθανόν να πεταχτούν σταγόνες από (παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση)

από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος

Πάντα

Τις περισσότερες φορές

Συνήθως

Μερικές φορές

Ποτέ

17. Χρησιμοποιείτε σύριγγες;

Ναι..... Όχι.....

17α. Εάν ναι, τι προφυλάξεις παίρνετε για να αποφύγετε το τρύπημα; (παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση)

Αποφεύγω να ξαναβάλω το καπάκι στη βελόνα

Αποφεύγω να βγάζω τις βελόνες με το χέρι

Αποφεύγω να χρησιμοποιώ βελόνες

Άλλο (αναφέρατε) .....

17β. Αφού έχεις χρησιμοποιήσει βελόνες ή σύριγγες, τι τις κάνεις μετά; (παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση)

Τις τοποθετώ σε ειδικό δοχείο

Τις τοποθετώ σε δοχείο για κάψιμο

Άλλο (αναφέρατε) .....

## ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ AIDS

18. Κατά την άποψή σας τι νομίζετε ότι θα σας έδινε μεγαλύτερη ασφάλεια στο χώρο δουλειάς;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

19. Ποια είναι τα συναισθήματα σας απέναντι στους οροθετικούς;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

20. Ποια η στάση του επαγγελματία υγείας απέναντι στα συναισθήματα του ασθενούς;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

21. Όταν ο επαγγελματίας υγείας γνωρίζει τα συναισθήματα του ασθενή γνωρίζει και τον ασθενή καλύτερα ως άνθρωπο;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

22. Πιστεύετε ότι η στάση σας απέναντι στους ασθενείς έχει αλλάξει σε σχέση με το παρελθόν;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

23. Πόσο διάστημα νομίζετε ότι ο ασθενής χρειάζεται για να αποδεχτεί την ασθένεια του; (παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση)

1 – 6 μήνες

6 – 12 μήνες

12 μήνες και πάνω

Ποτέ

24. Πόσο εύκολα θεωρείτε ότι οι ασθενείς μιλάνε για το πρόβλημά τους;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

25. Ποια άτομα συνήθως στηρίζουν τους ασθενείς;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

26. Το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή θεωρείτε ότι αποδέχεται εύκολα την ασθένεια;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

27. Τι προγράμματα υπάρχουν στην Ελλάδα για την στήριξη των ατόμων με aids;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

28. Γνωρίζετε στο εξωτερικό ποια προγράμματα υπάρχουν για τους οροθετικούς; Αν ναι, έχετε διαπιστώσει διαφορές με τα προγράμματα της Ελλάδας;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

29. Γνωρίζετε αν υπάρχει ανταπόκριση των προγραμμάτων από τους ασθενείς;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

30. Ποιες υπηρεσίες/παροχές που απευθύνονται στους οροθετικούς πιστεύετε ότι λείπουν από το σύστημα υγείας;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο σας