

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**«ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ AIDS»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΔΙΑΛΕΚΤΑΚΗ ΑΝΝΑ

ΣΓΟΥΡΑΚΗ ΚΛΕΙΩ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
----------------	---

Α΄ ΜΕΡΟΣ (Θεωρία)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1. ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	7
1.1.1. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ AIDS.....	9
1.1.2. ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS.....	9
1.1.3. ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ.....	9
1.2. ΕΠΙΔΗΜΟΛΟΓΙΑ.....	10
1.3. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΙΟΥ	11
1.4. ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ.....	12
1.4.1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ.....	12
1.4.2. ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ.....	13
1.4.3. ΠΕΡΙΓΕΝΝΕΤΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ.....	13
1.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	14
1.5.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΓΩΓΕΣ.....	14
1.5.2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ.....	15
1.6. ΠΡΟΛΗΨΗ.....	16
1.6.1. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1. Η ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΤΟΥ Σ.Ε.Α.Α. (ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ).....	19
2.1.1. Σ.Ε.Α.Α./AIDS: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	20
2.1.2. Σ.Ε.Α.Α./AIDS: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	23
2.2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΕΑΑ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	27
2.2.1. ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ Σ.Ε.Α.Α. ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ.....	28
2.2.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	31
2.2.3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Σ.Ε.Α.Α.	33
2.2.4. ΣΤΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ – ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	35
2.3. ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ – ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	38
2.3.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	43
2.4. ΕΠΙΣΗΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	46
2.5. ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ (Μ.Κ.Ο)	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΙΑ	64
3.1.1. ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΓΕΙΑΣ	67
3.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	70
3.2.1. ΚΑΤΑΜΜΗΛΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	73
3.2.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	76
3.3. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Σ.Ε.Α.Α./AIDS	80
3.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΦΟΡΕΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	83
3.4.1. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	88
3.4.2. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ – ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ.....	89
3.4.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	91

Β΄ ΜΕΡΟΣ (Έρευνα)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1. ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	98
4.2. ΣΤΟΧΟΙ – ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	98
4.3. ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	98
4.4. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	100
4.5. ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	101
4.6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	102

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	112
5.2. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	115

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	120
--------------------------	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	123
--------------------------	------------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (Σ.Ε.Α.Α./AIDS) είναι μια λοιμώδη ασθένεια που πρωτοεμφανίστηκε στον πλανήτη μας περίπου στο τέλος της δεκαετίας του 1970 και κατάφερε σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα να προσβάλει άτομα σε όλο τον κόσμο. Το σύνδρομο αυτό οφείλεται σε λοίμωξη από ρετροϊό του LAV/HTLV-III, ο οποίος προσβάλλει τα λεμφοκύτταρα που φροντίζουν για την άμυνα του οργανισμού.

Η ιατρική κοινότητα κατάφερε σε μικρό χρονικό διάστημα να απομονώσει τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας, να δημιουργήσει φάρμακα κατά του ιού και να καταστήσει την ασθένεια χρόνια. Όμως η ριζική θεραπεία της ασθένειας δεν φαίνεται στον ορίζοντα ούτε έχει γίνει εφικτή η δημιουργία ενός εμβολίου που θα απαλλάξει τον πληθυσμό από την βασανιστική αυτή ασθένεια.

Το AIDS είναι νόσημα που συνδέεται άμεσα με την σεξουαλικότητα και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να παράγει αντιδράσεις απόρριψης, φόβου, πανικού, προκατάληψης και διάκρισης μεταξύ των φορέων της ασθένειας και του υπόλοιπου πληθυσμού.

Η κοινωνία προσπαθούσε να βρει το "εξιλαστήριο θύμα" για να αποδώσει σ' αυτό την υπευθυνότητα της νόσου. Κατηγόρησε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ή άτομα με ιδιαίτερους τρόπους ζωής, επειδή η νόσος εμφανιζόταν με μεγαλύτερη συχνότητα. Για παράδειγμα κατηγορήθηκε η ομάδα των ομοφυλόφιλων, τα άτομα που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, το γυναικείο φύλο λόγω της σεξουαλικής τους απελευθέρωσης, τη μαύρη φυλή ότι ήταν πιο επιρρεπής στην ασθένεια. Αντιδράσεις πανικού που οδηγούν σε στυγνό ρατσισμό.

Με την πάροδο του χρόνου και εφόσον διαπιστώθηκε ότι ο ιός της ανοσολογικής ανεπάρκειας μπορεί να προσβάλλει και τον υπόλοιπο ετερόφυλο πληθυσμό (πλούσιους, φτωχούς, λευκούς, έγχρωμους, άνδρες, γυναίκες) τότε μόνο η ασθένεια κατάφερε κάπως να εξανθρωπιστεί.

Το AIDS είναι μια ασθένεια που απέδειξε με πολύ τραγικό τρόπο τις διαφορές μεταξύ πλούσιων και φτωχών και διέυρνε τις κοινωνικές ανισότητες. Από την μια πλευρά οι "πλούσιες χώρες", Ευρώπη, Β. Αμερική, Αυστραλία και η αντίθεση με τις "φτωχές χώρες", Ν. Αμερική, Αφρική, Ασία.

Στις χώρες με τον "έγχρωμο" πληθυσμό το AIDS έχει πάρει ανεξέλεγκτες διαστάσεις με εκατομμύρια θανάτους κυρίως στην Αφρικανική ήπειρο. Οι κάτοικοι της Αφρικής γνωρίζουν τον τρόπο μετάδοσης της ασθένειας όμως αρνούνται οποιαδήποτε πρόληψη και αλλαγή στον τρόπο ζωής ή τα έθιμά τους. Αντίθετα η

Δύση απ' την άλλη μεριά αρνείται να απλώσει ένα χέρι βοήθειας να στείλει φάρμακα ή να μειώσει τις τιμές τους.

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας έχει καλλιεργήσει πολλαπλά προβλήματα στους ανθρώπους. Η Εργασία που ακολουθεί θα επικεντρωθεί στα προβλήματα που αφορούν τους φορείς / ασθενείς του ιού, το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον και ειδικότερα τη στάση και συμπεριφορά των ατόμων που θα επωμισθούν τη φροντίδα και την νοσηλεία τους.

Η στάση και η συμπεριφορά του Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με HIV λοίμωξη είναι ένα θέμα το οποίο θεωρείται επίκαιρο για το οποίο όμως δεν υπάρχουν πρόσφατες μελέτες και βιβλιογραφία. Οι αναφορές που γίνονται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία αφορούν κυρίως τις κατευθυντήριες οδηγίες του Π.Ο.Υ. και των άλλων συναφή οργανισμών για τη νοσηλευτική φροντίδα φορέων και ασθενών του ιού του HIV, (τρόπος μετάδοσης, προληπτικά μέτρα, εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα στους πάσχοντες και το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, ειδικές συμβουλευτικές δεξιότητες για την αντιμετώπιση της νόσου απ' τα μολυνθέντα άτομα κ.ά.), καθώς επίσης γίνεται μια μικρή αναφορά στις αρχικές αντιδράσεις του Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού προς τους φορείς / ασθενείς στο ξεκίνημα της επιδημίας του Σ.Ε.Α.Α.

Βασιζόμενοι στην βιβλιογραφική έρευνα προέκυψαν οι παρακάτω υποθέσεις εργασίας:

- Το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο δεν έχει τις κατάλληλες επιστημονικές γνώσεις γύρω απ' την ασθένεια του AIDS θα υιοθετήσει μια μοιρολατρική και αμυντική στάση απέναντι στα άτομα με HIV / λοίμωξη.
- Η ασθένεια του AIDS αποτελεί σύνθετο πρόβλημα όπου τα ιατρικά προβλήματα συνυπάρχουν με τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής, επομένως η παρακολούθηση του ατόμου δεν μπορεί να γίνει μόνο με το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά σε συνεργασία με κάποιον Ειδικό (Ψυχολόγο, Ψυχίατρο, Κοινωνικό Λειτουργό).
- Κατά την ανακοίνωση της οροθετικότητας το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με την απόρριψη απ' το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, η οποία είναι αποτέλεσμα της άγνοιας, της ελλιπούς ενημέρωσης ή της παραπληροφόρησης.

Στο πρώτο μέρος της Εργασίας παρουσιάζεται η βιβλιογραφική έρευνα και στο δεύτερο η διαδικασία, το ερωτηματολόγιο και τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη στα Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα του νομού Ηρακλείου και Αττικής.

Αναλυτικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται αναφορά στον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας, παρουσιάζονται οι συνηθισμένες ψυχιατρικές

εκδηλώσεις των νοσούντων, η επιδημιολογία, η παθογένεια, η μετάδοση του ιού καθώς επίσης οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και η πρόληψη της νόσου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια μικρή αναφορά στον τρόπο μετάδοσης της επιδημίας του Σ.Ε.Α.Α., τους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες και τις οικονομικές επιπτώσεις που συνδέονται με το AIDS, παρουσιάζονται τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν στους φορείς / ασθενείς, στο ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, επίσης παραθέεται η επίσημη καταγραφή κρουσμάτων στον Ελλαδικό χώρο από το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.), οι δραστηριότητες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) και του "Κέντρου Ζωής" ως εκπρόσωπο των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.) στην Ελλάδα.

Στο τρίτο κεφάλαιο, παραθέτονται τα δύο απ' τα βασικά μοντέλα στο θέμα της υγείας-αρρώστιας και τη σχέση του Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή βάση των συγκεκριμένων μοντέλων, στα πλαίσια της Νοσηλευτικής περίθαλψης αναφέρονται οι Διεθνείς Νοσηλευτικοί Οργανισμοί (Δ.Σ.Ν.), η κινητοποίησή τους προς το AIDS, οι κανόνες Ιατρονοσηλευτικής Δεοντολογίας και η Νοσηλευτική φροντίδα φορέων / ασθενών εντός και εκτός του χώρου του Νοσοκομείου, στα Εξωτερικά Ιατρεία, αναφέρονται οι βιολογικές ανάγκες του ασθενή καθώς επίσης και η ανακουφιστική νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή ενόψει του επικείμενου θανάτου.

Στο δεύτερο μέρος της Εργασίας, παρουσιάζεται η διεξαγωγή της έρευνας, η κατάρτιση ερωτηματολογίου, οι πίνακες με τα αποτελέσματα της έρευνας. Κλείνοντας καταγράφουμε τα συμπεράσματα που προέκυψαν απ' την έρευνα, τη συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας καθώς και τις προτάσεις οι οποίες αποσκοπούν στη βελτίωση των σχέσεων τόσο του Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όσο και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος για τους φορείς / ασθενείς του ιού του HIV.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1. ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το φάσμα των κλινικών εκδηλώσεων στο AIDS είναι ευρύ. Μεταξύ μολύνσεως και εκδηλώσεως των κλινικών συμπτωμάτων του συνδρόμου μπορεί να μεσολαβήσει διάστημα μεταξύ μηνών έως 6 ετών, ίσως και μεγαλύτερο. Τα κλινικά σημεία και τα συμπτώματα της λοίμωξης από τον HIV είναι εξαιρετικά σύνθετα και δεν είναι απαραίτητο να εμφανιστούν σε όλα τα άτομα. Περιλαμβάνουν τα σημεία και τα συμπτώματα των ευκαιριακών λοιμώξεων όσο κι εκείνα που προκαλούνται άμεσα από τον ιό.

"Η ασθένεια περνάει από τέσσερα διαδοχικά στάδια. Το στάδιο οξείας λοίμωξης μέσα σε 2-12 εβδομάδες. Το στάδιο της ασυμπτωματικής φάσης με θεματικά εργαστηριακά της μόνο δεδομένα. Το στάδιο της λεμφαδενοπάθειας με ολιγόμηνη διάρκεια και το στάδιο της ολοκληρωμένης κλινικής εικόνας. Αναλυτικότερα:

Το CDC έχει ταξινομήσει το κλινικό φάσμα της μολύνσεως με τον ιό HIV σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες:

1. Αρχική λοίμωξη ακολουθούμενη από οροθετικοποίηση
2. Κατάσταση ασυμπτωματικού φορέα
3. Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
4. Εκδηλώσεις AIDS και σύνδρομα σχετιζόμενα με τον ιό".¹

1. ΑΡΧΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα αμέσως μετά τη λοίμωξη από τον HIV που διαπιστώνεται με εργαστηριακή μέθοδο. Η διαπίστωση της λοίμωξης είναι δύσκολη στην παρούσα φάση. Αναλυτικότερα μετά την μόλυνση μικρό ποσοστό μολυνθέντων αναπτύσσουν οξεία λοίμωξη η οποία εκδηλώνεται είτε με σύνδρομο παρόμοιο της λοιμώδους μονοπυρηνώσεως είτε με οξύ νευρολογικό σύνδρομο. Στην πρώτη περίπτωση παρουσιάζεται πυρετός, μυαλγίες, αρθραλγίες, πόνος στην κατάποση, ληθαργική κατάσταση, κεφαλγία και λιγότερο συχνά διάρροια. Από αντικειμενική εξέταση γενικευμένη λεμφανοπάθεια, ηπατομεγαλία και παροδικό κηλιδώδες εξάνθημα. Από εργαστηριακή άποψη ακολουθεί εμφάνιση άτυπη λεμφοκυττάρων και στη συνέχεια αναστροφή του λόγου. Το σύνδρομο διαρκεί περίπου 3-14 ημέρες. Το νευρολογικό σύνδρομο εκδηλώνεται

¹ Ανευλαβής Ε., *Κλινική Λοιμωξιολογία Διάγνωση και Θεραπεία Μικροβιακών Λοιμώξεων. Αντιμικροβιακά φάρμακα*, Λίτσας, Αθήνα, 1990, σελ. 561

με σπασμούς ή παροδική κινητική διαταραχή και προοδευτική έκπτωση της διανοητικής κατάστασης.

2. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Τα άτομα στην ομάδα αυτή δεν εμφανίζουν κλινικές εκδηλώσεις από τη λοίμωξη. Η πλειονότητα των προσβληθέντων ατόμων αναπτύσσουν αντισώματα (οροθετικοποίηση) ενώ παραμένουν ασυμπτωματικά. Τα αντισώματα εμφανίζονται και ανιχνεύονται στο ορό 2-8 εβδομάδες μετά την μόλυνση.

Ασυμπτωματικοί φορείς είναι άτομα καθ' όλα υγιή τα οποία πέρασαν από την φάση της πρωτοπαθούς λοίμωξης συμπτωματικά ή όχι. Και στις δύο περιπτώσεις τα άτομα του σταδίου αυτού είναι τελείως υγιή και εκδηλώνουν όλες τις δραστηριότητες όπως ακριβώς και πριν. Συνήθως η ανακάλυψη ενός ασυμπτωματικού φορέα είναι τυχαία και συμπίπτει πολλές φορές με αιμοληψία προκειμένου το αίμα του να χρησιμοποιηθεί στην αιμοδοσία. Άλλοι επίσης ασυμπτωματικοί φορείς ανακαλύπτονται όταν οικειοθελώς προσέρχονται στα κέντρα αναφοράς άτομα που οι συμπεριφορές τους είναι τέτοιες που να πιθανολογείται μόλυνση από τον HIV.

3. ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ

Οι ασθενείς της ομάδας αυτής παρουσιάζουν διογκωμένους λεμφαδένες σε διάμετρο μεγαλύτερη από 1cm σε δύο ή περισσότερα σημεία του σώματός τους. Η λεμφαδενοπάθεια επιμένει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών και όποια διάγνωση δεν δικαιολογείται από άλλη πάθηση ή λοίμωξη. Το 20-29% των ατόμων με γενικευμένη επιμένουσα λεμφαδενοπάθεια αναπτύσσουν AIDS σε διάστημα 2 ετών.

"Η διαγνωστική διερεύνηση της γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας περιλαμβάνει:

- Ιστορικό παραγόντων κινδύνου για AIDS, πρόσφατες λοιμώξεις
- Αντικειμενική εξέταση
- Λεπτομερής εξέταση των διογκωμένων λεμφαδένων σε σχέση με μέγεθος, εντόπιση, σύσταση
- Εξέταση στόματος, δέρματος, ύπαρξη ηπατομεγαλίας
- Εργαστηριακός έλεγχος
- Αντισώματα κατά HIV
- Μέτρηση ολικού T-4 λεμφοκυττάρων
- Ορολογικές αντιδράσεις για ηπατίτιδα, τοξόπλασμα, κυτταρομεγαλοϊό".²

² Ανευλαβής Ε., *Κλινική Λοιμωξιολογία Διάγνωση και Θεραπεία Μικροβιακών Λοιμώξεων. Αντιμικροβιακά φάρμακα*, ο.π., σελ. 564

4. AIDS ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ HIV

Το σύνδρομο AIDS αποτελεί το τελικό στάδιο της μόλυνσης με τον HIV. Περιλαμβάνονται οι ασθενείς που παρουσιάζουν διάφορες κλινικές εκδηλώσεις με ή χωρίς λεμφαδενοπάθεια. Τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο αυτό παρουσιάζουν:

- Κύριες εκδηλώσεις (πυρετός, απώλεια βάρους, διάρροια)
- Νευρολογικές εκδηλώσεις (περιφερική νευρίτιδα, μυελοπάθεια, διανοητικές διαταραχές)
- Δευτερεύουσες εκδηλώσεις (τοξοπλάσμωση, πνευμονία, φυματίωση, χρόνια λοίμωξη, έρπητα απλό, σάρκωμα Καρosi, πρωτοπαθείς λέμφωμα εγκεφάλου).

1.1.1. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ AIDS

- "Χάσιμο βάρους που σταδιακά μπορεί να φθάσει το 20-30% του αρχικού βάρους
- Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από 1 μήνα
- Πυρετός που επιμένει πάνω από 1 μήνα
- Νυχτερινοί ιδρώτες
- Ξηρός βήχας και δύσπνοια που επιμένουν
- Αλλοιώσεις στο δέρμα, στο εσωτερικό του στόματος, στη μύτη, στα βλέφαρα που για πρώτη φορά εμφανίζονται
- Λευκές κηλίδες στο εσωτερικό του στόματος ή του φάρυγγα που συνοδεύεται από δυσκολία στην κατάποση
- Έρπητας ζωστήρος που υποτροπιάζει ή χρόνιος έρπης που προοδευτικά επεκτείνεται
- Διόγκωση λεμφαδένων στο λαιμό και στις μασχάλες που επιμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα"³

1.1.2. ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS

- Νοητικές διαταραχές
- Μεγάλη κατάπτωση – κατάθλιψη
- Παραλήρημα (λόγω τοξικών ουσιών, πυρετού)
- Παραφροσύνη (εγκεφαλοπάθεια, τοξοπλάσμωση)
- Ψυχοπαθολογικές καταστάσεις.

1.1.3. ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ

Οι αρχικές εκδηλώσεις της εγκεφαλοπάθειας είναι συνήθως η απώλεια μνήμης και η αδυναμία συγκέντρωσης. Η εγκεφαλοπάθεια εμφανίζεται αρκετούς μήνες μετά τη διάγνωση του AIDS και μπορεί να κυμαίνεται από 1-14 χρόνια.

³ Παπαευαγγέλου Κ., *AIDS. Διεθνή δεδομένα*, Λίτσας, Αθήνα, 1986, σελ. 146

Έκπτωση νοητικών λειτουργιών, σπασμοί και επιληπτικές κρίσεις παρατηρούνται με την πάροδο του χρόνου. Ακολουθεί το κώμα και ο θάνατος.

Συμπτώματα εγκεφαλοπάθειας:

A) Πρώιμα συμπτώματα

- Απώλεια μνήμης
- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Αδιαφορία προς εργασία
- Απώλεια libido
- Απάθεια
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση

B) Όψιμα συμπτώματα

- Συγχυτικές εκδηλώσεις
- Παραφροσύνη
- Κώμα
- Αταξία, παραπάρεση

1.2. ΕΠΙΔΗΜΟΛΟΓΙΑ

Το AIDS αναγνωρίζεται και απασχολεί τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας ως νέα ανοσολογική οντότητα το 1981. Αρχικές λοιμώξεις παρουσιάζονται το έτος 1970. Ο κίνδυνος ευρύτερης διασποράς του συνειδητοποιείται το 1982. Στην Αμερική σήμερα αναγνωρίζεται ως το υπ' αριθμό 1 Πρόβλημα Δημόσιας Υγείας. Το AIDS έχει επεκταθεί σε όλο σχεδόν τον κόσμο. Μεγαλύτερες διαστάσεις έχει πάρει η επιδημία στην Κ. Αφρική με χαρακτηριστικά γνωρίσματα την διαφορετική συχνότητα φύλου και την απουσία των γνωστών παραγόντων κινδύνου (ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς). Οι πραγματικές διαστάσεις της είναι δυστυχώς πολύ μεγαλύτερες. Πολλές χώρες αρνούνται να δηλώσουν τον ακριβή αριθμό των κρουσμάτων έχοντας ενδοιασμούς ως προς τις επιπτώσεις του τουρισμού, του εμπορίου και γενικότερα στην οικονομία των χωρών τους. Άλλες πάλι δεν διαθέτουν την ανάλογη εργαστηριακή και κλινική υποδομή με αποτέλεσμα να αδυνατούν να το διαγνώσουν.

Το 1997 δηλώθηκαν στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) συνολικά 1.644.183 κρούσματα. Το 1998 μολύνθηκαν 5.800.000 εκ των οποίων 590.000 είναι παιδιά κάτω των 15 χρονών. Το 60% του συνολικού αριθμού των φορέων σημειώθηκαν στην Κ. Αφρική. Ο αριθμός τους αυξάνεται ταχύτατα στις πολυπληθείς περιοχές της Ασίας. Παγκοσμίως ο αριθμός των ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον ιό υπολογίζεται σε 56 εκατομμύρια, εκ των οποίων τα 23 ζουν στην Αφρική. Το 1/3 των φορέων κυμαίνεται στην ηλικία των 15-24 χρ. Στις Η.Π.Α. 1 στις 4 μολύνσεις αφορά στην ηλικιακή ομάδα των 13-21 χρ. Στην Ευρώπη η συχνότητα της HIV

λοιμώξης αυξήθηκε σημαντικά μεταξύ των τοξικομανών. Σε χώρες του ανατολικού μπλοκ η εξαπλούμενη χρήση ναρκωτικών έχει προκαλέσει έξαρση της επιδημίας. Στην Ουκρανία έχουν σημειωθεί 18.000 κρούσματα σε εφήβους.

Αύξηση του αριθμού των νέων κρουσμάτων παρατηρήθηκε μόνο σε Ελλάδα και Πορτογαλία. Στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης εκτός της Ελλάδας και της Πορτογαλίας τα έτη 1996 και 1997 η επίπτωση της νόσου παρουσίασε μείωση 11% και 26% αντιστοίχως. Στη Δυτική Ευρώπη υπολογίζεται ότι ο αριθμός είναι 15 φορές μεγαλύτερος της επίσημης καταγραφής. Στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη η επιδημία είναι πρόσφατη με αποτέλεσμα ο ετήσιος επιπολασμός να παρουσιάσει ραγδαία αύξηση με μέσο όρο 26%. Το 1994 είχαν επίσημα καταγραφεί 30.000 περιπτώσεις σε 450 εκατομμύρια ανθρώπων. Από τότε η αύξηση είναι ραγδαία.

"Στην Ελλάδα από το 1982 έως τον Ιούνιο του 1999 δηλώθηκαν 1.964 κρούσματα.

Ωστόσο:

- Ο συνολικός αριθμός των θανάτων από τη νόσο έχει φτάσει στους 1.134
- Το 1991 η Ελλάδα κατείχε την 14^η θέση - αργότερα πέρασε στην 9^η - μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σύμφωνα με τον αριθμό των κρουσμάτων. Σήμερα βρίσκεται στην 5^η θέση!
- Η Π.Ο.Υ. περιλαμβάνει την Ελλάδα μεταξύ των χωρών που παρουσιάζουν ανησυχητική αύξηση κρουσμάτων
- Ο αριθμός φορέων στην Ελλάδα υπολογίζεται 10 με 15 χιλιάδες.

Στο πρώτο τρίμηνο του 1999 βρέθηκαν 4.500 Έλληνες να είναι φορείς του ιού".

1.3. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΙΟΥ

"Το ανοσοποιητικό μας σύστημα αποτελείται από ένα πολύπλοκο δίκτυο κυττάρων και οργάνων που αλληλοεπηρεάζονται και διαπλέκονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε η ρήξη του δικτύου ή δυσλειτουργία του σε οποιοδήποτε επίπεδο να διαταράσσει τη λειτουργία ολόκληρου του συστήματος".⁴

Το AIDS οφείλεται σε ρετροϊό ο οποίος σύμφωνα με την διεθνή ταξινόμηση των ιών ονομάζεται HIV (Human Immunodeficiency Virus – ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας). Ο HIV περιέχει RNA, μία ουσία που μεταφέρει οδηγίες του DNA για την παραγωγή πρωτεϊνών μέσα στα κύτταρα. Ο ιός προσβάλλει ειδικά λευκά αιμοσφαίρια τα οποία διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στη ρύθμιση του ανοσιακού

⁴ Ανευλαβής Ε., *Κλινική Λοιμωξιολογία Διάγνωση και Θεραπεία Μικροβιακών Λοιμώξεων. Αντιμικροβιακά φάρμακα*, ο.π., σ. 567.

μηχανισμού άμυνας του οργανισμού. Όταν τα λευκά αιμοσφαίρια καταστραφούν (μια διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια) το μολυσμένο άτομο καθίσταται ευπαθές σε μεγάλο εύρος λοιμώξεων και παρασιτικών νόσων καθώς και στον καρκίνο σε αντίθεση με άτομα που έχουν ακέραιο ανοσοποιητικό σύστημα. Όταν ο HIV διαπεράσει ένα κύτταρο ενώνεται με το γενετικό υλικό του κυττάρου με αποτέλεσμα την εμφάνιση μιας λοίμωξης η οποία διαρκεί εφόρου ζωής.

1.4. ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ

Το AIDS είναι αιματογενής νόσος και για την μετάδοση του απαιτείται είσοδος του ιού στην κυκλοφορία του αίματος. Μόνο το σπέρμα, το αίμα, τα κολπικά υγρά και το μητρικό γάλα έχουν ενοχοποιηθεί για την μετάδοση του. Επιδημιολογικές μελέτες σε όλο τον κόσμο έχουν αποδείξει 3 τρόπους μεταδόσεως του ιού. (σεξουαλική, παρεντερική και περιγεννητική). Η νόσος δεν μεταδίδεται με την λεγόμενη κοινωνική επαφή. Η στενή επαφή ατόμων που διαμένουν στον ίδιο χώρο και μοιράζονται το ίδιο μπάνιο, τα ίδια μαγειρικά σκεύη και προσωπικά είδη μολυσμένα από AIDS δεν αποτελεί τρόπο μετάδοσης της νόσου. Επίσης δεν υπάρχει ένδειξη ότι ο ιός μεταδίδεται με την τροφή ή δείγμα εντόμων.

1.4.1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Η μετάδοση από τη συχνή σεξουαλική επαφή είναι ο πιο συχνός τρόπος μετάδοσης του HIV. Η πρωκτική σεξουαλική επαφή αποτελεί το μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου. Το γεγονός ότι η επιδημία πήρε τέτοια έκταση οφείλεται στο ότι η μετάδοση είναι αποτελεσματικότερη κατά τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις και κυρίως στο ότι ορισμένοι ομοφυλόφιλοι είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους στις αρχές της δεκαετίας του `80. Αν και αρχικά η λοίμωξη ήταν πολύ συχνή ανάμεσα στους ομοφυλόφιλους η ετεροφυλική μετάδοση φαίνεται να αποτελεί επίσης σημαντικό τρόπο αφού τα μεγαλύτερα ποσοστά αύξησης της επίπτωσης της λοίμωξης είναι στις γυναίκες. Ο κίνδυνος μεγεθύνεται όσο αυξάνει ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων. Το χρονικό διάστημα από την οροθετικοποίηση μέχρι την εμφάνιση και διάγνωση του AIDS υπολογίζεται σε 43 μήνες. Τα άτομα αυτά δεν παρουσιάζουν εμφανή τουλάχιστον συμπτώματα με αποτέλεσμα να μολύνουν μεγάλο αριθμό ατόμων που έρχεται σε σεξουαλική επαφή μαζί τους. Οι στοματικές σεξουαλικές επαφές εγκυμονούν μικρότερους κινδύνους όχι πάντως μηδαμινές. Υπάρχουν περιπτώσεις μεταδόσεως του ιού μέσω πεολειχίας.

"Η μετάδοση της μόλυνσεως εξαρτάται όμως και από άλλους παράγοντες: τον βαθμό μόλυνσεως του σεξουαλικού συντρόφου και το ενδεχόμενο να έχει

προσβληθεί από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, την επαφή κατά την περίοδο της έμμηνου ρύσεως και την επιθετικότητα του στελέχους του ιού".⁵

1.4.2. ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Στην παρεντερική μετάδοση οι τρόποι μεταδόσεως του ιού με:

- Μετάγγιση μολυσμένου αίματος
- Χρήση ναρκωτικών ενδοφλεβίως με την χρησιμοποίηση της ίδιας βελόνας που έχουν μεταχειριστεί πολλά άτομα
- Μεταμόσχευση μολυσμένων οργάνων και ιστών και δωρεάς μολυσμένου αίματος.

Η μετάδοση του HIV με μετάγγιση αίματος είναι μεγάλο πρόβλημα στις χώρες που δεν έχει θεσπισθεί η εξέταση των αντισωμάτων έναντι του HIV στους αιμοδότες σε εθνικό επίπεδο. Αυτό εξηγεί την υψηλή συχνότητα φορέων σε πολυμεταγγιζόμενα άτομα και αιμορροφιλικούς. Σήμερα ο τρόπος αυτός είναι πρακτικά ανύπαρκτος αφού κάθε αιμοδότης ελέγχεται, χρησιμοποιούνται εργαλεία μιας χρήσεως και όλα τα υπόλοιπα εργαλεία αποστειρώνονται.⁶

1.4.3. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Η μετάδοση γίνεται από τη μητέρα που έχει προσβληθεί στο κύημα ή στο νεογνό κατά τον τοκετό ή λίγο μετά την γέννηση. Υπολογίζεται ότι η πιθανότητα προσβολής του νεογνού από μητέρα φορέα ανέρχεται στο 50% περίπου. Το νεογνό δεν προσβάλλεται όταν η μητέρα μολυνθεί μετά τον τοκετό. Το νεογέννητο μητέρας με θετικά αντισώματα HIV αντιμετωπίζεται όπως κάθε άλλο νεογέννητο εκτός του ότι δεν πρέπει να θηλάσει το γάλα της μητέρας και πρέπει να ελέγχεται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

⁵ Montagnier Luc. (μτφ. Χ. Καλζλαρής), *Ιοί και Άνθρωποι*, Κάτοπτρο, Αθήνα, 1994, σ. 145

⁶ Παπαευαγγέλου Γ., *AIDS*, Παρατηρητής, Αθήνα, 1988

1.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

"Η θεραπεία μιας ιϊκής λοίμωξης μέσω χημικών αναστολέων είναι λεπτή υπόθεση δεδομένου ότι οι ιοί χρησιμοποιούν τις κυτταρικές μεταβολικές οδούς για να αναδιπλασιαστούν. Είναι αδύνατη η θεραπεία μιας μόλυνσεως με μοναδικό εφόδιο τους χημικούς αναστολείς. Η συμμετοχή του ανοσοποιητικού συστήματος είναι πάντοτε απαραίτητη για να αποτελειώσει τη δράση των αναστολών".⁷ Στο AIDS το ανοσοποιητικό σύστημα είναι ανεπαρκές.

Σημαντική πρόοδος σε σχέση με τις αρχές της δεκαετίας του '80 όσον αφορά τον ιό του AIDS. Οριστική θεραπεία για τη νόσο δεν υπάρχει, ωστόσο σύμφωνα με τις προσπάθειες που καταβάλλονται, σήμερα υπάρχει η δυνατότητα επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής. Κατά την εμφάνιση της επιδημίας ιατροί φάνηκαν ανήμποροι να την αντιμετωπίσουν. Παρά το γεγονός ότι δεν σημειώνονται θαύματα οι ελπίδες είναι αρκετές. Κερδίζονται μήνες ζωής για τους ασθενείς, κυρίως χάρη στο έργο των ιατρών, στις καθημερινές παρατηρήσεις τους, στη συνεργασία τους με τους ερευνητές και τους πάσχοντες καθώς επίσης και στην διεθνή συνεργασία σε επίπεδο κλινικών δοκιμών. Η κλινική έρευνα προσπαθεί διεθνώς να αναπτύξει διάφορες δοκιμαστικές θεραπείες.

Το AIDS παραμένει ανίατο αλλά μπορεί να αντιμετωπιστεί. Οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να παίρνουν δεκάδες χάπια για απροσδιόριστο χρονικό διάστημα και πιθανότητα εφ' όρου ζωής. Αν τα χάπια δεν λαμβάνονται κανονικά τότε υπάρχει κίνδυνος ο ιός να γίνει ανθεκτικός και να μην μπορεί να αντιμετωπιστεί.

Το Συνέδριο της Επικήτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας προκαλείται από δύο διαφορετικούς τύπους ρετροϊών: τον HIV-1 και τον HIV-2. Ο ιός μεταλλάσσεται συνεχώς και μέσα στον οργανισμό των ίδιων των ασθενών. Από το 1987 έχουν δοκιμαστεί πάνω από 21 εμβόλια εναντίον του HIV-1. Τα εμβόλια υπόσχονται αρκετά αλλά έχουν ρίσκο όταν πρέπει να δοκιμάζονται σε ανθρώπους. Καμία χώρα δεν έχει προχωρήσει σε δοκιμές. Οι δοκιμές θα αποτελέσουν μια τεράστια επιστημονική και κοινωνική πρόκληση. Θα κοστίσουν πολύ και θα είναι μακρόχρονες.

1.5.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΓΩΓΕΣ

Στο βιβλίο του ο MONTAGNIER αναφέρει ότι τρία προϊόντα (AZT, ddI, ddC) έπειτα αδείας κυκλοφόρησαν στην Γαλλία. Στόχος τους ήταν να εμποδίσουν τη λειτουργία του ενζύμου που είναι απαραίτητο για να πολλαπλασιαστεί ο ιός.

⁷ Montagnier Luc. (μτφ. Χ. Καλζλαρής), *Ιοί και Άνθρωποι*, ο.π., σ. 175.

Το 1987 αποδείχτηκε η δραστηριότητα της AZT κατά του ιού του AIDS. Η πρώτη μελέτη έδειξε ότι μετά την χορήγηση AZT παρατείνεται η διάρκεια ζωής των ασθενών.

Το 1990 δύο νέες μελέτες αποκαλύπτουν ότι η χορήγηση της AZT καθυστερεί την εκδήλωση της νόσου. Τρία χρόνια αργότερα χάνονται οι ελπίδες των ασθενών με AIDS καθώς σύμφωνα με αποτέλεσμα νέας μελέτης αποδείχθηκε πως η χορήγηση της AZT δεν επιβραδύνει την εξέλιξη της λοίμωξης ούτε και αυξάνει την διάρκεια ζωής των ασθενών. Ωστόσο η AZT θεωρείται σήμερα ως σημείο αναφοράς στην αντιρετροϊκή θεραπεία. Χρησιμοποιείται ως φάρμακο πρώτης επιλογής.

Σε περίπτωση άρνησης του ασθενή να δεχθεί την αγωγή χορηγείται η ddI. Η ddI δρα όπως ακριβώς η AZT με μικρότερη δραστηριότητα. Γίνεται ανεκτή σε ικανοποιητικό βαθμό από τα κύτταρα του αίματος και εάν χρησιμοποιηθεί ως πρόωρη αγωγή έχει τη δυνατότητα να αναστείλει τον πολλαπλασιασμό του ιού.

Η ddC έχει τον ίδιο μηχανισμό δράσεως με την AZT και ddI. Έρευνες υποδηλώνουν ότι είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται πρόωρα σε συνδυασμό με την AZT. Ο συνδυασμός των τριών μορίων (AZT, ddI, ddC) αποτελούν σημείο αναφοράς για νέα μόρια τα οποία βρίσκονται στο στάδιο κλινικής μελέτης. Κανένα μόριο δεν είναι ικανό να διακόψει πλήρως τη λοίμωξη. Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη παράγραφο τα φάρμακα και μόνο δεν αρκούν. Σημαντικό ρόλο κατέχει το ανοσοποιητικό σύστημα το οποίο πρέπει να είναι σε θέση να βοηθήσει τα αντιβιοτικά, γεγονός που στην ασθένεια του AIDS δεν ισχύει εφόσον το ανοσοποιητικό σύστημα είναι αδύνατο να προβεί σε τέτοιες διαδικασίες.

Υπάρχουν επίσης μόρια που δρουν σε άλλες περιοχές του ενζύμου και αποκαλούνται NNRTI (Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors). Τα TIBO γνωστά αγχολυτικά κατατάσσονται μεταξύ των NNRTI. Δρουν στο νευρικό σύστημα και είναι ιδιαιτέρως δραστικά κατά του HIV-1. Επειδή όμως προκαλούν γρήγορα των εμφάνιση ανθεκτικών στελεχών του ιού συνδυάζονται με αντιρετροϊκά φάρμακα πρώτης κατηγορίας.

1.5.2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ

Σήμερα πραγματοποιούνται θεραπευτικές δοκιμές. Μελέτες αναμένεται ότι θα ενισχυθούν από τα αποτελέσματα των ερευνών που διεξάγονται στο ανοσοποιητικό σύστημα. Παρακάτω γίνεται αναφορά στις θεραπευτικές μεθόδους κατά του AIDS.

Συγκεκριμένα:

α) ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προσπάθειες στηρίζονται στο γεγονός ότι ένα από τα σημεία της ανεπάρκειας του ανοσοποιητικού συστήματος είναι η μείωση του επιπέδου των αντισωμάτων αντι-

P₂₄. Σε ασθενείς που αρχίζουν να εκδηλώνουν τη νόσο και στους οποίους χορηγείται η AZT η έλλειψη αυτή μπορεί να αναπληρωθεί με επαναλαμβανόμενες ενέσεις πλάσματος.

Τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά ωστόσο η αγωγή πρέπει να παρατείνεται διότι αν διακοπεί η χορήγηση αντισωμάτων παρατηρείται αναστροφή αποτελεσμάτων.

β) ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην ενεργητική ανοσοθεραπεία ενεργοποιείται το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενή. Η θεραπεία λειτουργεί όπως ένα εμβόλιο σε άτομα που έχουν ήδη μολυνθεί. Οι επαναληπτικές ενέσεις γλυκοπρωτεϊνών ενισχύουν την παραγωγή αντισωμάτων κατά του ιού.

γ) ΓΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Έχει ήδη εφαρμοστεί στον άνθρωπο για την αντιμετώπιση ορισμένων τύπων καρκίνου. Στην περίπτωση του HIV θα αντιστοιχούσε σε εισαγωγή γενετικών πληροφοριών στα κύτταρα με σκοπό να αναστείλουν τη σύνθεση ενός συστατικού του ιού.

Η πορεία προς τη θεραπεία γίνεται με μικρά βήματα. Χρειάζονται αναμφίβολα πολλά χρόνια για να οροθετηθεί το όφελος των ορθών θεραπευτικών συνδυασμών.

1.6. ΠΡΟΛΗΨΗ

Το AIDS μέσα σε λίγα χρόνια εξελίχθηκε σε πρώτο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας εφ' όσον δεν υπάρχει προς το παρόν προφυλακτικό εμβόλιο ή θεραπεία, η πρόληψη ή τουλάχιστον η επιβράδυνση του ρυθμού εξάπλωσης της επιδημίας θα βασιστεί: 1. στην ευαισθητοποίηση, κινητοποίηση και επαγρύπνηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, 2. στον έλεγχο των φορέων και 3. στην ενημέρωση του πληθυσμού. Πρώτιστο μέτρο ήταν και είναι η ενημέρωση του υγειονομικού δυναμικού και η ορθή υγειονομική διαφώτιση του κοινού. Τα μηνύματα πρόληψης πρέπει να εστιαστούν στις νέες σεξουαλικά δραστήριες ηλικίες σύμφωνα με τον αναπληρωτή καθηγητή Επιδημιολογίας του Παν/μίου Αθηνών κ. Χατζάκη. Το καλοκαίρι είναι μια κρίσιμη περίοδος στην οποία έχουν καταγραφεί πολλά κρούσματα. Οι άνθρωποι και κυρίως τα νέα παιδιά γίνονται επιρρεπείς σε ελεύθερες σχέσεις κυρίως υπό την επήρεια αλκοόλ.

Η μείωση του κινδύνου μόλυνσης από AIDS δεν σχετίζεται βέβαια μόνο με τη σωστή ενημέρωση και την υιοθέτηση "έξυπνων" τρόπων πρόληψης που αναζητούνται σήμερα. Απαιτείται πολύ καλά συγκροτημένη προσωπικότητα των νέων παιδιών. Θέμα που αφορά όλους: οικογένεια, σχολείο, κοινωνικό περιβάλλον. Είναι

κοινά αποδεκτό ότι η πρόληψη του AIDS πρέπει να εντάσσεται στην γενικότερη προσπάθεια ενημέρωσης για τα κοινωνικά προβλήματα και για τις σεξουαλικές σχέσεις. Η ενημέρωση του πληθυσμού για τη φύση της νόσου, τους τρόπους μεταδόσεως, τα μέσα προφύλαξης αποτελεί το κυριότερο μέτρο αντιμετώπισης της επιδημίας.

Μέσα για την αποτελεσματικότερη ενημέρωση του κοινού και ειδικά των ομάδων "υψηλού κινδύνου" μόλυνσεως από τον ιό καθώς επίσης και τη σωστή εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού είναι τα εξής:

- *Ενημερωτικά slides και φυλλάδια.* Εκτός από αυτά που απευθύνονται στο γενικό κοινό εκδίδονται ειδικά φυλλάδια για τους στρατιώτες, τους καθηγητές μέσης εκπαίδευσης, τους τοξικομανείς, τους ομοφυλόφιλους, τους υγειονομικούς και για όσους φροντίζουν ασθενείς ή φορείς του AIDS.
- *Μέσα μαζικής ενημέρωσης, posters.* Η συμβολή τους στη μετάδοση μηνυμάτων είναι καθοριστική. Spots, video και ζωντανά προγράμματα από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο συμβάλλουν ουσιαστικά στη διαμόρφωση σωστής συμπεριφοράς. Ειδικές καταχωρήσεις στον τύπο και επικολλήσεις posters στους κατάλληλους χώρους υποβοηθούν στην υγειονομική διαφώτιση.
- *Οργάνωση σεμιναρίων, διαλέξεων.* Κάθε προσπάθεια τροποποιήσεως κοινωνικής και ατομικής συμπεριφοράς θα πρέπει να στηρίζεται στην εκπαίδευση στελεχών που θα αναλάβουν την προώθηση των βασικών στόχων της εκστρατείας. Υπεύθυνα υγειονομικά στελέχη, κοινωνικοί λειτουργοί, ομάδες εθελοντών κ.τ.λ. μετά από ειδική εκπαίδευση θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για προσωπική συμβουλευτική ενημέρωση στο χώρο δουλειάς ή κοινωνικής συναναστροφής.
- *Έρευνα.* Η διεθνής ερευνητική προσπάθεια δεν έχει προηγούμενο. Μέσα σε 2 χρόνια ανακαλύφθηκε ο υπεύθυνος αιτιολογικά παράγοντας. Ακολούθησε η εφαρμογή διαγνωστικών μεθόδων στην καθημερινή πράξη. Διερευνήθηκε με κάθε λεπτομέρεια η μοριακή βιολογία του HIV. Άρχισε η παραγωγή ειδικών αντιικών φαρμάκων. Δοκιμάστηκαν τα πρώτα προφυλακτικά εμβόλια. Η συνέχεια της έρευνας είναι βέβαιο ότι θα είναι η θεραπευτική και προληπτική αντιμετώπιση του AIDS κατά τα προσεχή έτη. (Παπαευαγγέλου Γ. (1988), "AIDS" Παρατηρητής Θεσ/νίκη)

1.6.1. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

α. Γενικά μέτρα

- Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση και εκπαίδευση από τη σχολική ηλικία, για την αποφυγή επικίνδυνων ερωτικών συμπεριφορών, καθώς

και τη χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών που αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου. Ο μόνος ασφαλής τρόπος για να αποφύγει κανείς τη μετάδοση μέσω της σεξουαλικής επαφής, είναι η αποχή από το σεξ, ή η μονογαμική σχέση με κάποιον που δεν είναι φορέας του ιού. Γι' αυτό η χρήση του προφυλακτικού είναι πια απαραίτητη σε οποιαδήποτε άλλη σεξουαλική επαφή.

- Η επέκταση των προγραμμάτων αποτοξίνωσης των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών, καθώς και τα προγράμματα δωρεάν παροχής συριγγών θα ελαττώσουν τον κίνδυνο μετάδοσης στην ομάδα αυτή.
- Όλοι οι αιμοδότες πρέπει να ελέγχονται για HIV αντισώματα ώστε να αποφεύγεται η μετάδοση με τις μεταγγίσεις αίματος και παραγόντων του πλάσματος. Τα άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να αποκλείονται από αιμοδότες ή δότες οργάνων, σπέρματος, μυελού ή γάλακτος.
- Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου. Πρέπει να γίνεται χρήση γαντιών και προστατευτικών γυαλιών, όπου χρειάζεται ώστε να αποφευχθεί τυχούσα επαφή με μολυσμένο αίμα ή υγρά.
- Τα τυχόντα μολυσμένα δείγματα πρέπει να έχουν ειδική σήμανση, να φυλάγονται και να πετάγονται σε ειδικά δοχεία όπως και οι βελόνες και οι σύριγγες.

β. Μέτρα πρόληψης σε περίπτωση κρούσματος

- Το κρούσμα πρέπει να δηλώνεται αμέσως στην αρμόδια υγειονομική υπηρεσία.
- Πρέπει να λαμβάνονται όλα τα μέτρα για την πρόληψη των αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η απομόνωση του ασθενούς δεν είναι απαραίτητη και δεν προσφέρει τίποτα στην πρόληψη της νόσου.
- Τα μολυσμένα αντικείμενα από αίμα ή σωματικά υγρά του ασθενούς πρέπει να απολυμαίνονται.
- Ο ασθενής και οι σεξουαλικοί του σύντροφοι πρέπει να αποκλείονται από αιμοδότες, δωρητές οργάνων σώματος και σπέρματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1. Η ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΤΟΥ Σ.Ε.Α.Α. (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας)

1. ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Δεν ξέρουμε με βεβαιότητα από πιο μέρος του κόσμου ξεκίνησε το AIDS, αλλά όταν μια λοιμώδη νόσος αναγνωρίζεται υπάρχει περιορισμένος αριθμός πιθανών τρόπων προέλευσης της.

Οι πιθανότητες προέλευσης της ασθένειας του AIDS είναι οι εξής:

- Ίσως η ασθένεια να ήταν πάντα παρούσα αλλά δεν είχε αναγνωρισθεί.
- Ίσως να είναι μια μετάλλαξη από μια προϋπάρχουσα νόσο όπως συμβαίνει για παράδειγμα με τις επανειλημμένες επιδημίες γρίπης.
- Ίσως η ασθένεια να υπήρχε σε κάποιο πληθυσμό ζώων και με κάποιο τρόπο μεταδόθηκε στους ανθρώπους όπως για παράδειγμα με τον κίτρινο πυρετό.
- Ίσως η ασθένεια ενδημονούσε σε μεμονωμένους ανθρώπινους πληθυσμούς με τους οποίους υπάρχει μικρή επαφή με τον υπόλοιπο κόσμο, όπως για παράδειγμα ο πυρετός LASSA υπάρχει σ' ένα παρόμοιο πληθυσμό της Αφρικής.⁸

Σύμφωνα με τον Montagnier Luc. η επιδημία του AIDS διαδόθηκε σε τρία κύματα από άποψη χώρου και χρόνου.⁹

Η πρώτη ομάδα χωρών περιλαμβάνει τις Η.Π.Α., τον Καναδά, τη Δυτική Ευρώπη, την Αυστραλία, τη Βόρειο Αφρική και ένα μέρος της Λατινικής Αμερικής. Η νόσος διαδόθηκε στις χώρες αυτές στα τέλη της δεκαετίας του 1970, μέσω τον ομοφυλοφιλικών και αμοφοτεροφυλοφιλικών σχέσεων και της ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Οι ετεροφυλοφιλικές σχέσεις ήταν σπάνιες την περίοδο αυτή.

Στη δεύτερη φάση, υπάρχει ανατροπή και η διάδοση της νόσου αφορά κυρίως τον ετεροφυλοφιλικό πληθυσμό. Στην υπό τη Σαχάρα ζώνη της Αφρικής, τα περισσότερα άτομα μολύνονται με την ετεροφυλοφιλική οδό. Οι γυναίκες μολύνονται συχνότερα από τους άνδρες, η αναλογία σε ορισμένες περιοχές της Αφρικής είναι έξι

⁸ J. Weber & A. Ferriman, (μτφ: Θ. Καλμάντη), *ΤΟ AIDS ΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΕΝΑ*, Ετάλοφος, Αθήνα, σ. 14

⁹ Montagnier Luc. (μτφ. Χ. Καλζλαρής), *Ιοί και Άνθρωποι*, Κάτοπτρο, Αθήνα, 1994, σ.σ. 151-153

γυναίκες προς έναν άνδρα. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες ξεκινούν την σεξουαλική επαφή σε μικρή ηλικία με πιο ηλικιωμένους άνδρες.

Το τρίτο κύμα άρχισε να διαδίδεται από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 στην Ασία, την Ανατολική Ευρώπη και τη Μέση Ανατολή. Επικρατεί η άποψη ότι η επιδημία θα πάρει τεράστιες διαστάσεις στη νοτιοανατολική Ασία, κρίνονται από το γεγονός ότι η μετάδοση της υπήρξε ραγδαία κατά την τελευταία δεκαετία, επειδή είναι μία πυκνοκατοικημένη περιοχή και το ποσοστό λανθάνουσας φυματίωσης στον πληθυσμό είναι ιδιαίτερα υψηλό. Όπως διαπιστώθηκε στην Αφρική ένας σημαντικός παράγοντας επιβαρύνσεως της νόσου ήταν η ταυτόχρονη μόλυνση από τον HIV και τον Βάκιλο της Φυματίωσης.

Σε όλες τις επιδημίες τις οποίες ο άνθρωπος αδυνατεί να ελέγξει παρατηρείται μια αρχική εκρηκτική φάση, η οποία ακολουθείται από μια στάσιμη περίοδο και έπειτα καταλήγει σε πτωτική πορεία. Όσον αφορά την επιδημία του AIDS οι υπεύθυνοι του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας θεωρούν ότι η επιδημία θα περιορισθεί μόνο με την ταυτόχρονη εφαρμογή προληπτικής πολιτικής σε παγκόσμιο επίπεδο και την παραγωγή ενός αποτελεσματικού εμβολίου, το οποίο θα προορίζεται κυρίως στις χώρες του Τρίτου Κόσμου.

2.1.1. Σ.Ε.Α.Α./AIDS: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κάθε επιδημιολογική ασθένεια και ιδιαίτερα εκείνες που συνδέονται με τη σεξουαλικότητα, παράγει αντιδράσεις απόρριψης, φόβου, πανικού, προκατάληψης και διάκρισης μεταξύ των υποτιθέμενων φορέων της ασθένειας (φτωχοί, μαύροι) και εκείνων που ορίζονται από τους υγειονομολόγους ως «γενικός πληθυσμός».

Οι επιδημίες θεωρήθηκαν πάντα ως καταδικαστικές αποφάσεις εναντίον μιας κοινωνίας, μια παραδοσιακή χρήση των νόσων που μεταδίδονται με τη γενετήσια πράξη, για να χαρακτηριστούν ως τιμωρίες όχι μόνο των ατόμων αλλά μίας ομάδας.¹⁰

Για παράδειγμα ορισμένοι ιεροκήρυκες ερμήνευσαν το AIDS ως σημάδι οργής του Θεού προς τους ομοφυλόφιλους και τους χρήστες ναρκωτικών. Απόψεις που θυμίζουν αντιλήψεις του 19^{ου} αιώνα όπως π.χ. η φτώχεια ήταν το αποτέλεσμα ηθικής παρακμής και η χολέρα αποτελούσε την εκδήλωση θείκης οργής κατά των φτωχών.

Η ερμηνεία των επιδημιών ως σημείο ηθικής χαλαρότητας ή πολιτικής παρακμής υπήρξε κάτι το συνηθισμένο όσο ο συσχετισμός τρομακτικών νόσων με τους ξένους. Οι επιδημικές νόσοι προκαλούν την απαίτηση να απαγορευτεί η είσοδος σε ξένους ή σε μετανάστες, μια ξενόφοβη προπαγάνδα που έχει συσχετίσει τους μετανάστες ως φορείς νόσου (στα τέλη του 19^{ου} αιώνα: χολέρα, φυματίωση κ.ά.)

¹⁰ Sontak S., (μτφ.: Γ. Λυκιαρδόπουλος – Σ. Ροζάνης), *Η Νόσος ως Μεταφορά – Το AIDS και οι Μεταφορές του*, Ύψιλον, Αθήνα, 1993, σ. 148

Για παράδειγμα η κυβέρνηση της Νότιας Κορέας, έξι μήνες πριν από τους Ολυμπιακούς αγώνες του 1988 ανακοίνωσε πως θα μοιράζονταν δωρεάν προφυλακτικά σε όλους τους ξένους που συμμετείχαν. Μία άλλη δήλωση του γενικού διευθυντή του Συμβουλίου Ιατρικής Ερεύνες της Ινδικής κυβέρνησης αναφέρει: «Είναι μία εξ' ολοκλήρου ξένη ασθένεια και ο μόνος τρόπος να σταματήσει η εξάπλωσή της είναι να σταματήσουν οι σεξουαλικές επαφές ανάμεσα στους Ινδούς και τους Ξένους».¹¹

Η επιδημία του AIDS θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως μέσο κοινωνικού αποκλεισμού και στιγματισμού επειδή εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε ορισμένες ομάδες ή σε άτομα με ιδιαίτερους τρόπους ζωής.

Η κοινωνία προσπαθούσε να βρει το "εξιλαστήριο θύμα" που θα αποδοθεί σ' αυτό η υπευθυνότητα της νόσου. Γι' αυτό το λόγο κατηγορήθηκε η Αφρική ότι ξεκίνησε την επιδημία, άλλοι κατηγόρησαν την ομάδα των ομοφυλόφιλων και τους χρήστες ναρκωτικών.

Οι αντιδράσεις φόβου και πανικού ως προς τη μετάδοση του ιού της ανοσολογικής ανεπάρκειας, αποτελούν σημαντικά εμπόδια για την προσπάθεια αντιμετώπισης του φαινομένου σε ατομικό και κρατικό επίπεδο.

Ο φόβος της σεξουαλικότητας αποτελεί τον καινούργιο ρυθμιστή σ' ένα σύμπαν φόβου μέσα στον οποίο ζει ο άνθρωπος σήμερα. Ο φόβος των μολυσμένων ανθρώπων που μεταδίδει η ανησυχία του AIDS, φόβος για το μολυσμένο αίμα, φόβος για το δυσκοπότερο της Θείας Κοινωνίας, η ίδια η ζωή (αίμα, ερωτικά υγρά) είναι ο φορέας της μόλυνσης, αυτά τα υγρά είναι θανάσιμα γι' αυτό καλύτερα να απέχουμε.

Το πρότυπο της αλτρουιστικής συμπεριφοράς στην κοινωνία, η ανώνυμη προσφορά αίματος τείνει να αλλοιώνεται αφού υπάρχει δυσπιστία για το αίμα που κάποιος δέχεται ανώνυμα και πολλοί άνθρωποι φτάνουν στο σημείο να αποθηκεύσουν το δικό τους αίμα για μελλοντική χρήση.¹²

Οι σχέσεις ανάμεσα στις χώρες αποτελούν κρίσιμο σημείο για τον έλεγχο της νόσου αφού με βάση τη νόσο οι σχέσεις αυτές μπορεί να τροποποιηθούν. Αρκεί να αναφέρουμε την άρνηση ορισμένων χωρών της Αφρικής να δώσουν στοιχεία για την εξάπλωση του ιού της ανοσολογικής ανεπάρκειας ή ένα άλλο παράδειγμα την υποχρεωτική εξέταση επισκεπτών σε διάφορες αραβικές χώρες, που δοκιμάζει το πνεύμα διεθνικότητας και διεθνούς συνεργασίας σε θέματα υγείας.

Το AIDS πιθανόν να παίζει ρυθμιστικό ρόλο όσον αφορά τον τουρισμό και την δύσκολη οικονομική κατάσταση ορισμένων χωρών μέσα στο διεθνοποιημένο

¹¹ Sontak S., (μτφ.: Γ. Λυκιαρδόπουλος – Σ. Ροζάνης), *Η Νόσος ως Μεταφορά – Το AIDS και οι Μεταφορές του*, ο.π., σ. 175

¹² Στο ίδιο, σ. 168

σύγχρονο κόσμο. Ενώ υπάρχει και η άποψη ότι το AIDS θα χρησιμοποιηθεί ως επιχείρημα υπέρ της καταπίεσης και κατάχρησης εξουσίας από τα πολιτικά συστήματα όπως π.χ. μια κατάσταση ανάγκης απαιτεί «δραστικά μέτρα».

Σε μία επιδημία όπως είναι το AIDS όπου δεν υπάρχει άμεση προοπτική εμβολίου και θεραπείας, η πρόληψη παίζει σημαντικό ρόλο. Οι κοινωνίες ξεκινούν εκστρατείες πληροφόρησης σε διεθνές επίπεδο, προκειμένου να ειδοποιήσουν το κοινό να είναι προσεχτικό απέναντι στη νόσο του AIDS.

Σήμερα τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας έχουν αναπτύξει ένα σύστημα ταχύτατης ενημέρωσης σε διεθνή επίπεδο. Το ερώτημα όμως που προκύπτει στο σημείο αυτό είναι κατά πόσο η ταχύτητα πληροφόρησης επηρεάζει την ταχύτητα διάδοσης της νόσου. Κατά πόσο δηλαδή τα Μ.Μ.Ε. και τα μηνύματα που εκπέμπουν διαμορφώνουν στάσεις και ενεργήματα σε άτομα και κοινωνικές ομάδες πριν ακόμη ο ιός αποικήσει μια συγκεκριμένη κοινωνία.

Η διαφορά ταχύτητας μπορεί να οδηγήσει είτε σε υπερπροστασία και υπερβολική παρέμβαση σε ένα πληθυσμό είτε σε πανικό με αφορμή την πρώτη εμφάνιση κρουσμάτων (π.χ. ο πανικός που δημιουργήθηκε στη Ν. Υόρκη από μερικούς μαθητές που ήταν φορείς). Το παραπάνω ερώτημα δείχνει ότι υπάρχει η πιθανότητα η «κοινωνική επιδημία» να προηγηθεί της «κλασσικής επιδημίας» και η μεγάλη σημασία των Μ.Μ.Ε. ως διαμορφωτή αντιλήψεων για την Υγεία, την Αρρώστια και ειδικότερα για το AIDS.

Η ρητορική και η στρατηγική στο χώρο των Μ.Μ.Ε. επηρεάζουν το κοινωνικό διάλογο και τις κοινωνικές αντιδράσεις σε σχέση με το AIDS ωστόσο η υπόσταση και ο ρόλος των μέσων διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία. Στον Ελλαδικό χώρο έχουν γίνει ελάχιστες μελέτες για την λειτουργία των μέσων στο πλαίσιο της Ελληνικής κοινωνίας και είναι δύσκολο να διεξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση των μέσων (τηλεόραση – εφημερίδες – περιοδικά) στην κοινωνική δυναμική που μπορεί να προκληθεί από την πιθανή ανάπτυξη της επιδημίας.¹³

Γύρω από το AIDS αναπτύσσονται πολλαπλές ενέργειες από ομάδες, φορείς, θεσμούς, οργανισμούς τα οποία καταλήγουν στο κοινωνικό σύνολο. Το σύνολο των μηνυμάτων στον ημερήσιο ή περιοδικό τύπο και γενικότερα σ' όλο το σύνολο των Μέσων Ενημέρωσης (τηλεόραση, συζητήσεις κ.ά.) φορτίζουν το συνολικό ασυνείδητο του κοινού το οποίο γίνεται δέκτης λέξεων, φράσεων, παραστάσεων που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με το AIDS. Π.χ. "Πρόσεχε AIDS", "AIDS: ΜΗΝ ΠΕΘΑΝΕΙΣ ΑΠΟ ΑΓΝΟΙΑ", "AIDS: Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ 20^{ου} ΑΙΩΝΑ" κ.ά.

Το ερώτημα που προκύπτει στο σημείο αυτό είναι ποια «κρουσταλλώματα» δημιουργούνται στο συλλογικό ασυνείδητο της κοινωνίας από την αναφορά στο AIDS

¹³ Αγραφιώτης Δ. και Συν, *AIDS Εγκάρσια Σκιά*, Ύψιλον, Αθήνα, 1997, σ.σ. 25-26

και με ποιο τρόπο το συλλογικό ασυνείδητο της κοινωνίας αυτής θα επηρεάσει τη στάση και τις ενέργειες διάφορων ατόμων και ομάδων.

Ειδικότερα στην ελληνική κοινωνία επικράτησε η έκφραση «ΕΗΤΖ» υπονοώντας ότι η απειλή έρχεται έξω από την ελληνική κοινωνία και κρατάει το όνομα του ως ένδειξη της καταγωγής και της εισαγωγής του.¹⁴

Κλείνοντας την αναφορά μου στους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες που σχετίζονται με την επιδημία του AIDS θα ήθελα να αναφερθώ στον απερχόμενο κίνδυνο της ψυχαγωγικής και εμπορευματοποιημένης σεξουαλικότητας.

Η ελευθερία της σεξουαλικότητας που επικρατούσε στα τέλη της δεκαετίας του 1960 και αρχές της δεκαετίας του 1970 η οποία συνδυάστηκε σαν ένας χώρος προσωπικής περιπέτειας και ανίχνευσης ορίων και δυνατοτήτων, η εμφάνιση του AIDS αναζωπύρωσε ορισμένα λανθάνοντα σχήματα αντιμετώπισης κοινωνικοπολιτιστικών μειονοτήτων (ομοφυλόφιλοι) και λανθάνουσες στάσεις για τις ελεύθερες πολλαπλές σεξουαλικές σχέσεις.

Το AIDS επαναφέρει την τάξη στο χώρο των σεξουαλικών σχέσεων και παράλληλα την ανάπτυξη των μηχανημάτων (π.χ. τηλέφωνο) που παρέχουν νέους τρόπους να εμπνέουν επιθυμία και να διατηρούν ακίνδυνη μια παραλλαγή πολυγαμικού σεξ χωρίς την σαρκική επαφή.¹⁵

2.1.2. Σ.Ε.Α.Α./AIDS: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η σύγχρονη ιατρική κατάφερε σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα να λύσει τα προβλήματα που σχετίζονται γύρω από τη συμπτωματολογία, την παθογένεια, τη φύση του αιτιολογικού παράγοντα, τις οδούς μόλυνσης και την επιδημιολογική παρακολούθηση της επιδημίας του AIDS.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση και η εύρεση προληπτικού μέσου για την καταπολέμηση της ασθένειας του AIDS βρίσκεται ακόμα σε χαμηλά επίπεδα. Η μάχη κατά της εξάπλωσης του AIDS περιορίζεται κυρίως στον ορολογικό έλεγχο των αιμοδοτών, στην αυξανόμενη προσοχή όταν υπάρχει πιθανότητα μόλυνσης από το αίμα και στην αλλαγή των σεξουαλικών συνηθειών.

Το μέγεθος των διοικητικών παρεμβάσεων ποικίλει από χώρα σε χώρα αλλά αυτό που έχουν αποδεχτεί όλες οι χώρες είναι η εφαρμογή ανιχνευτικών διαδικασιών σε όλες τις αιμοδοσίες, στις δωρεές σπέρματος και οργάνων με την συγκατάθεση πάντα των ενδιαφερομένων.

¹⁴ Αγραφιώτης Δ. και Συν, *AIDS Εγκάρσια Σκιά*, ο.π., σ.σ. 29-30

¹⁵ Sontak S., (μφ.: Γ. Λυκιαρδόπουλος – Σ. Ροζάνης), *Η Νόσος ως Μεταφορά – Το AIDS και οι Μεταφορές του*, Ύψιλον, Αθήνα, 1993, σ. 173-174

Επίσημως το 1987 οι υπουργοί Εξωτερικών 21 Ευρωπαϊκών χωρών έκαναν αποδεκτή τη δήλωση ότι: «Τα κράτη-μέλη δεν πρέπει να κάνουν καμία υποχρεωτική ανιχνευτική εξέταση ούτε του πληθυσμού ούτε συγκεκριμένων ομάδων».¹⁶

Άλλωστε η συστηματική ανιχνευτική εξέταση ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού ή ολόκληρου του πληθυσμού μιας περιοχής δεν έχει πραγματοποιηθεί σε καμία χώρα γιατί το κόστος είναι πολύ υψηλό σε σχέση με την ωφέλεια που θα αντλήσουν απ' αυτήν.

Σήμερα λοιπόν το μόνο που μπορεί να κάνει η κοινωνία είναι να προσπαθήσει να εξασφαλίσει στους ασθενείς με AIDS μια κατάλληλη ανακουφιστική θεραπεία, κάτω από αξιοπρεπείς συνθήκες, με έξοδα της κοινότητας χωρίς μέτρα διάκρισης.

Οι ερευνητές θεωρούν ότι η οικονομική εκτίμηση της ασθένειας του AIDS αποτελεί πρωτεύον κριτήριο ώστε να μπορέσουν να σχεδιαστούν κατάλληλα οι υπηρεσίες υγείας και τα εναλλακτικά πρότυπα για τη νοσηλεία των ασθενών και φορέων της HIV / λοίμωξης.

Υπάρχουν όμως αρκετές διαφοροποιήσεις στην εκτίμηση του κόστους νοσηλείας των ασθενών με AIDS, τα αίτια που προκαλούν αυτές τις διαφοροποιήσεις εντοπίστηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία και είναι τα εξής:

1. Διαφοροποιήσεις στη μεθοδολογία μελέτης

Υπάρχουν διαφοροποιήσεις στον τρόπο μελέτης και ανάλυσης του κόστους νοσηλείας ασθενών με AIDS και αυτό επηρεάζει την τελική εκτίμηση. Στις περισσότερες μελέτες περιλαμβάνεται μόνο το κόστος νοσηλείας των ασθενών ενώ ένα εξίσου σημαντικό κομμάτι κόστους δεν αναλύεται όπως είναι η ιατρική παρακολούθηση εκτός του χώρου του νοσηλευτικού ιδρύματος.

2. Διαφοροποιήσεις στον τύπο δείγματος ασθενών

Ο τύπος δείγματος ασθενών είναι ένας σημαντικός παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη μελέτη. Ειδικότερα όταν ο ασθενής καταχωρείται στο δείγμα θα πρέπει να του ζητηθεί να αναφέρει το στάδιο της ασθένειας του και την κατηγορία που ανήκει π.χ. ομοφυλόφιλος.

3. Διαφοροποιήσεις στον τόπο και το χρόνο της μελέτης

Ο τόπος όπου διεξάγεται η μελέτη παίζει σημαντικό ρόλο γιατί υπάρχει διαφοροποίηση στις υπηρεσίες υγείας που διαθέτει η κάθε περιοχή, καθώς επίσης και ο χρόνος παίζει σημαντικό ρόλο επειδή οι πρακτικές θεραπείες που ακολουθούνται μεταβάλλονται γρήγορα.

4. Διαφοροποιήσεις στον τρόπο νοσηλείας και φροντίδας

¹⁶ Grmek M. D. (μτφ.: Ε. Ταμβάκη), *Ιστορία του AIDS*, Χατζηνικολή, 1992, σ.σ. 239

Οι αλλαγές στον τρόπο θεραπείας και μεταχείρισης των ασθενών συνδέονται άμεσα με τη διαμόρφωση του κόστους. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να συνδέονται με το επίπεδο νοσηλείας ή φροντίδας του ασθενή με την αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής και τη διάρκεια νοσηλείας και φροντίδας.¹⁷

Συμπερασματικά, αυτό που προκύπτει από τα παραπάνω είναι ότι το κόστος νοσηλείας των ασθενών με AIDS συνδέεται με το κόστος της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι τον θάνατο. Πόσο συχνά το άτομο στο διάστημα αυτό εισάγεται στο νοσηλευτικό ίδρυμα, τον αριθμό των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία, το κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης, το στάδιο της ασθένειας και η κατηγορία στην οποία ανήκει. Καθώς επίσης και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας της κάθε περιοχής.

Συγκρίνοντας την νοσηλεία ενός ασθενή με AIDS με τη νοσηλεία ενός μέσου ασθενή, η νοσηλεία του ασθενή με AIDS είναι περισσότερο δαπανηρή επειδή απαιτείται μεγαλύτερη ιατρονοσηλευτική φροντίδα και τεχνολογική υποστήριξη.

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία το συνολικό κόστος του AIDS ανά ασθενή ή ανά έτος, εξαρτάται από την τεχνολογία παραγωγής στις υπηρεσίες υγείας, από την νοσοκομειακή περίθαλψη την κοινοτική φροντίδα, τη φροντίδα στο σπίτι ή από άλλες άτυπες μορφές φροντίδας όπως είναι η εθελοντική προσφορά.

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ερευνών στη διεθνή βιβλιογραφία όπου προσπαθείται η προσέγγιση του κόστους ασθενών με AIDS. Οι έρευνες αυτές παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ τους, είτε γιατί προέρχονται από διαφορετικές χώρες είτε υπάρχουν αποκλίσεις στο εσωτερικό της ίδιας χώρας. Οι διαφοροποιήσεις αυτές συνδέονται επίσης με αποκλίσεις στην μεθοδολογία και στον υπολογισμό του κόστους.

Έρευνες στο διεθνή χώρο

Η έρευνα που διεξάχθηκε στη Βρετανία από τους Johnson et, al, με δείγμα 33 ασθενών με AIDS αναφέρει τα εξής αποτελέσματα:

- Οι 33 ασθενείς χρειάστηκαν 67 εισαγωγές με μέση διάρκεια νοσηλείας 17,2 ημέρες.
- Από την εμφάνιση της νόσου μέχρι το θάνατο, ο μέσος όρος χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών ήταν 50 ημέρες νοσηλείας και 10,2 σε επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία.
- Υπολογίστηκε ότι το κόστος νοσηλείας ανά ασθενή ανέρχεται στις 6.838 λίρες (περίπου 1.5 εκατομμύριο δρχ.).

¹⁷ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Βήτα, Θεσσαλονίκη, 1990, σ.σ. 72-73

- Ενώ το κόστος νοσηλείας ανά ασθενή ανά έτος ανέρχεται στις 15.874 λίρες.
Στην ίδια χώρα διεξάχθηκαν κι άλλες έρευνες όμως τα αποτελέσματα παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις.

Από τις έρευνες που διεξάχθηκαν στις Η.Π.Α. προκύπτει ότι το κόστος AIDS ανά ασθενή κυμαίνεται μεταξύ 27. 517 και 147.000 δολάρια.

Σε μια αντίστοιχη έρευνα στη Γαλλία από τους Debeauvais και Tcheriat – Choukine αναφέρει ότι:

- Το ολικό ημερήσιο κόστος είναι 1.800 φράγκα
- Με μέγιστη διάρκεια νοσηλείας 90 ημέρες και
- Μέγιστο ολικό κόστος ανά ασθενή 162.000 φράγκα

Έρευνες στον Ελλαδικό χώρο

Στον Ελλαδικό χώρο οι έρευνες που έγιναν για τον υπολογισμό του κόστους ανά ασθενή παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις.

- Η έρευνα των Chatzakis A. και Trichopoulos D. (1990) υπολογίζει το κόστος ανά ασθενή περίπου 6.7 εκατομμύρια δραχμές.
- Η μελέτη του Φιλαλήθης Τ. (1987) αναφέρει ότι το κόστος νοσηλείας ανέρχεται σε 5 εκατομμύρια δραχμές.
- Η μελέτη των Μώκου Ν. – Νιάκα Δ. – Γεωργούση Ε. – Χατζάκη Α. – Κυριόπουλο Γ. (1989) υπολογίζεται το κόστος σε 3.8 εκατομμύρια δραχμές.
- Ενώ η μελέτη των Κυριόπουλου Γ. – Γεωργούση Ε. – Γεννηματά Δ. – Μώκου Ν. – Νιάκα Δ. – Σκουτέλη Γ. (1990) εκτιμούν το κόστος σε 4.8 με 5.2 εκατομμύρια δραχμές.

Αυτό που διαπιστώθηκε στις έρευνες που διεξάχθηκαν τόσο στον Ελλαδικό όσο και στο Διεθνή χώρο για την εκτίμηση του κόστους των ασθενών με AIDS, είναι ότι υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις.

Το φαινόμενο αυτό οφείλεται σε διαφορές στο χρόνο, το δείγμα και τη μέθοδο υπολογισμού του κόστους νοσηλείας και δυναμώνεται από την πλημμελή τήρηση ιατρονοσηλευτικών και διαχειριστικών δεδομένων από τις υπηρεσίες υγείας.

Τα μεγέθη που προκύπτουν από τις παραπάνω έρευνες αναμένεται να διαφοροποιηθούν με την πάροδο του χρόνου, επειδή εισάγεται διεθνώς η αντι-ιική φαρμακευτική αγωγή η οποία, θα προκαλέσει άνοδο της φαρμακευτικής περίθαλψης και παράταση του χρόνου επιβίωσης των ασθενών με AIDS, με πιθανές επιπτώσεις στις δαπάνες της νοσηλευτικής περίθαλψης και ανοικτής φροντίδας.¹⁸

¹⁸ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Βήτα, Αθήνα, 1991, σ.σ. 73-75

Συνοψίζοντας λοιπόν τις οικονομικές επιπτώσεις από την επιδημία του AIDS θα λέγαμε ότι επικεντρώνονται στα εξής σημεία:

1. Στο υψηλό κόστος νοσηλείας των ασθενών
2. Στο κόστος που σχετίζεται ως προς τον εντοπισμό των φορέων του ιού της ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV)
3. Το κόστος από την ιατρική έρευνα και
4. Τις οικονομικές επιπτώσεις από την μαζική μετακίνηση του πληθυσμού σε χώρες οικονομικά αδύνατες.¹⁹

2.2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΕΑΑ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Σχεδόν ένα τέταρτο του αιώνα πέρασε από την εποχή που τα πρώτα κρούσματα της τότε άγνωστης και μυστηριώδους ασθένειας έκαναν την εμφάνισή τους, σκορπίζοντας τον πανικό σε ασθενείς, γιατρούς, χωρίς να εκλείψει ο φόβος, η προκατάληψη, ο κοινωνικός στιγματισμός και αποκλεισμός.

Η ιατρική κοινότητα κατάφερε σε σύντομο χρονικό διάστημα να απομονώσει τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας, να δημιουργήσει φάρμακα κατά του ιού και να καταστήσει την ασθένεια χρόνια.

Σήμερα βρισκόμαστε μπροστά σε μια χρόνια αρρώστια, με ασθενείς που μπορούν και ζουν ανάμεσα στον υπόλοιπο πληθυσμό, χωρίς ιδιαίτερα ιατρικά προβλήματα αλλά με σημαντικά κοινωνικά και ψυχολογικά.

Το AIDS είναι μια ασθένεια που μεταδίδεται από άτομο σε άτομο και δεν υπάρχει ριζική θεραπεία ή εμβόλιο, το σημαντικότερο όμως είναι ότι μεταδίδεται με την ερωτική επικοινωνία των ατόμων, μια λειτουργία συνυφασμένη με τη ζωή που αποτελεί τη βάση για τη διαιώνιση του είδους. Γι' αυτό το λόγο καλλιεργήθηκε ο πανικός της κοινωνίας απέναντι στην επιδημία του AIDS.

Τα πολλαπλά προβλήματα που καλλιέργησε το AIDS στους ανθρώπους αφορούν τόσο τους φορείς και ασθενείς της νόσου όσο και το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον (όπως: οικογένεια, ερωτικοί σύντροφοι, ιατρικό προσωπικό κ.ά.).

Παρακάτω λοιπόν, θα αναφερθούμε αναλυτικά στις επιπτώσεις της ασθένειας στο ίδιο το άτομο και στο ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

¹⁹ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, *1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS*, Βήτα, Αθήνα, 1989, σ.σ. 69

2.2.1. ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ Σ.Ε.Α.Α. ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

Σύμφωνα με τον Α. Μαΐλλη το πρώτο μεγάλο stress επέρχεται με την διάγνωση της νόσου. Ένας τεράστιος φόβος κατακυριεύει το άτομο στο άκουσμα της οροθετικότητάς του, φόβος που ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη.

Το άτομο γνωρίζει ότι απ' τη στιγμή που θα διαγνωστεί η οροθετικότητά του θα περάσει από διάφορα στάδια που θα τον καταστήσουν σωματικό και ψυχικό ερείπιο. Γνωρίζει επίσης ότι θα πρέπει να διαφοροποιήσει την συμπεριφορά του σε όλα τα επίπεδα, προσωπικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, ενώ παράλληλα αναμένει να διαφοροποιηθεί η συμπεριφορά των άλλων απέναντί του.

Το 90% των θυμάτων του AIDS κατά τη διάγνωση της νόσου αντιδρούν με τρόμο και πανικό μαζί με ανάμεικτα συναισθήματα απόγνωσης, απελπισίας, πένθους, ενοχών και αδικίας.²⁰

Τα Στάδια από τα οποία θα περάσει ο ασθενής με AIDS μέχρι το μοιραίο τέλος του, μοιάζουν μ' αυτά των ασθενών με καρκίνο ή άλλης παρόμοιας νόσου και είναι τα εξής:

1. ΣΤΑΔΙΟ ΑΡΧΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Στο στάδιο αυτό οι μελέτες έδειξαν μια οξεία αντίδραση άρνησης που εναλλάσσεται με περιόδους έντονου άγχους. Η άρνηση μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε αδιαφορία με κίνδυνο να αγνοήσει τις ιατρικές συμβουλές. Ο γιατρός θα πρέπει να εξακριβώσει εάν η οικογένεια γνωρίζει και δέχεται την ομοφυλοφιλία του ασθενή καθώς επίσης μπορεί να αποκαλυφθεί προηγούμενη χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών που πιθανόν να χαλαρώσει την οικογενειακή στήριξη.

Οι ασθενείς στο στάδιο αυτό δυσκολεύονται να διατηρήσουν ένα επίπεδο ενημέρωσης και μπορεί να παραποιήσουν αυτά που θα ακούσουν για τη νόσο. Ένα άλλο δίλημμα που τίθεται από τους ασθενείς και κυρίως τους ομοφυλόφιλους είναι με ποιο άτομο και πότε θα μοιραστεί τα νέα της διάγνωσης, γιατί εάν οι φίλοι ή οικογένεια δεν ήταν προηγουμένως ενήμεροι, η εχεμύθεια είναι τώρα αδύνατη.

Μετά την άρνηση διαδέχεται ο θυμός και τα καταθλιπτικά φαινόμενα. Πιθανόν να υπάρξουν υποχονδρικά συμπτώματα που αφορούν την λειτουργία του σώματος ή αγχώδη συμπτώματα που να πάρουν την μορφή πανικού, αναταραχής, αϋπνίας, έντασης, ανορεξίας και ταχυκαρδίας. Η διάθεση του ασθενή χαρακτηρίζεται από λύπη, ενοχή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθάνεται αβοήθητος, χωρίς ελπίδα διάσωσης και ανάξιος ενώ συχνές είναι και οι τάσεις αυτοκτονίας.

²⁰ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ο.π., σ. 78

2. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Το στάδιο αυτό ξεκινάει όταν εναλλακτικά κύματα θυμού, ενοχής, οίκτου και άγχους υπερισχύουν της άρνησης. Η μεταβατική περίοδος είναι μια περίοδος δυσφορίας και σύγχυσης και οι κοινωνικές αντιδράσεις επηρεάζουν και επιδεινώνουν την κατάσταση.

Οι ασθενείς είναι ιδιαίτερος ευαίσθητοι στη ψυχολογική παρέμβαση, πιθανόν να απομονωθεί, μια αντίδραση με την οποία αρνούνται να συζητήσουν τη νόσο, αποφεύγουν φίλους, οικογένεια και γιατρούς. Ενώ κάποιοι άλλοι ασθενείς αντικαθιστούν το θυμό με τη συνέχιση της προηγούμενης συμπεριφοράς π.χ. τη σεξουαλική συμπεριφορά που θέτει σε κίνδυνο τον εαυτό τους και τους άλλους.

Οι ασθενείς στο στάδιο αυτό πρέπει να υιοθετήσουν νέες αξίες, νέο αίσθημα αυτοεκτίμησης και νέα κοινωνία. Η συμμετοχή σε κοινότητες με τη βοήθεια μιας υποστηρικτικής ομάδας μπορεί να βοηθήσει νέους ασθενείς να αισθανθούν άνετα να μιλήσουν για το AIDS.

Οι ασθενείς μαθαίνουν να δέχονται τα όρια που τους υποβάλλει το AIDS, οργανώνουν τη ζωή τους αντιδρώντας στη νόσο με ρεαλισμό παρά με συναίσθημα. Γίνονται περισσότερο υπεύθυνοι για τον εαυτό τους, λιγότερο εγωκεντρικοί και βρίσκουν ικανοποίηση σε αλtruιστικές και κοινωνικές δραστηριότητες που προηγουμένως αγνοούσαν. Αναπτύσσουν ένα αίσθημα αγωνιστικότητας και είναι εύκολο να έλθουν σε επαφή με άλλους ασθενείς, προτάσσοντας τον εαυτό τους σαν μοντέλο.

3. ΣΤΑΔΙΟ ΠΑΡΑΔΟΧΗΣ

Το στάδιο της παραδοχής δεν είναι ένα σταθερό στάδιο.

Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν το φόβο του θανάτου και της προθανάτιας περιόδου, το αίσθημα της ευπάθειας στις ευκαιριακές λοιμώξεις, τη συνεχή ελάττωση της αυτοεξυπηρέτησης, της προκατάληψης, το χάσιμο φίλων που πεθαίνουν από AIDS και τελικά την ανάγκη να ετοιμάσουν οι ίδιοι το δικό τους θάνατο.

Οι φορείς του ιού είναι περισσότερο ευαίσθητοι σε ψυχολογική μελαγχολία. Ο τρόπος που θα ανακοινωθεί το γεγονός έχει μεγάλη ψυχολογική σημασία.

Οι φορείς υποφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό από ψυχολογικό άγχος σε σύγκριση με εκείνους που ήδη εμφάνισαν τη νόσο. Οι αλλαγές στην σεξουαλική και κοινωνική τους συμπεριφορά αυξάνει το άγχος, το φόβο και την ενοχή που επιβαρύνουν την υγεία τους.²¹

²¹ ΙΔ' Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, *Πρακτικά* '87, Θεσσαλονίκη 1987, σ.σ. 73-75

Οι ασθενείς με AIDS πέρα από τις ψυχολογικές αντιδράσεις εμφανίζουν κατά την πορεία της νόσου, νευρολογική, ψυχιατρική ή και μικτή συμπτωματολογία όπως:

- HIV – 1 Άνοια
- Άλλες οργανικές διαταραχές της συμπεριφοράς εκτός από την άνοια του AIDS
- HIV – 1 μηνιγγίτιδα
- Κενοτοποιώδης μυελοπάθεια
- Απομυελινωτική νόσος του περιφερικού νευρικού συστήματος
- HIV – 1 μυοπάθεια
- Ευκαιριακές λοιμώξεις και νεοπλασίες
- Νόσοι προσαρμογής κ.ά.²²

Οι ασθενείς με AIDS έρχονται παράλληλα αντιμέτωποι με δύο πολύ σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα:

1. Την απόρριψη από το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον

Οι περισσότεροι ασθενείς απορρίπτονται από το κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον με αποτέλεσμα να επέλθει η απόσυρση, η απώλεια ενδιαφερόντων, η μειωμένη αυτοεκτίμηση, η απάθεια και η απραξία.

Όλες αυτές οι αντιφάσεις μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή και σε αυτοκαταστροφικές πράξεις.

Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που εκφράζουν ανοικτά την οργή τους και την επιθετικότητά τους κατά της κοινωνίας, του ιατρικού προσωπικού, της οικογένειας ή των σεξουαλικών του συντρόφων. Αντίθετα υπάρχουν και περιπτώσεις ασθενών που αναγεννήθηκαν πνευματικά και ψυχικά και ένοιωσαν έτοιμοι να διδάξουν οι ίδιοι την κοινωνία πως προλαμβάνεται αποτελεσματικά το AIDS.

2. Η Απώλεια Εργασίας

Ένα ακόμη πολύ σοβαρό πρόβλημα είναι η απώλεια της εργασίας που συμβαίνει λόγω στίγματος ή αναγκαστικά λόγω της πορείας της νόσου και των θεραπευτικών αναγκών. Αυτό το αίσθημα της αχρηστίας, της απραξίας και της αναγκαστικής εξόδου στο περιθώριο, μειώνει σημαντικά την αυτο-εκτίμηση και το ηθικό του αρρώστου. Χωρίς εργασία ο ασθενής χάνει την ανεξαρτησία και την αυτονομία του, δύσκολα μπορεί να δικαιολογήσει το δικαίωμά του στο σεβασμό των άλλων και τη θέση του στην κοινωνία.

Έτσι τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα που καλείται ο άρρωστος να αντιμετωπίσει είναι τεράστια και συνοδεύουν τις καθημερινές υπαρξιακές τους αγωνίες. Πολλοί άρρωστοι ομολογούν ότι ο θάνατος δεν είναι ο μεγαλύτερος πόνος

²² Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ο.π., σ. 80

γι' αυτούς. Το τραγικότερο είναι ότι η αγωνία του θανάτου συνοδεύεται από τον κοινωνικό φόβο της αυστηρής κριτικής του εξοστρακισμού, της εγκατάλειψης και της αποξένωσης.²³

2.2.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η φάση για οποιαδήποτε θεραπευτική υποβοήθηση του ασθενή με AIDS είναι η σωστή σχέση γιατρού και αρρώστου.

Η σωστή αυτή σχέση επιτυγχάνεται όταν υπάρχει αμοιβαία εμπιστοσύνη και αλληλοεκτίμηση, ενδιαφέρον – ειλικρίνεια – συμπάρασταση, από την πλευρά του γιατρού, και συνεργασιμότητα από την πλευρά του ασθενή.

Σύμφωνα με τον Χ. Ιεροδιακόνου η θεραπευτική υποβοήθηση του ασθενή περιλαμβάνει τα εξής βήματα:

1. Ο Γιατρός θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή με απλά λόγια για την ακριβή κατάσταση της υγείας του, γιατί ο ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός εκφράζει απλώς παρηγορητικά λόγια και έτσι δεν ακολουθεί τις οδηγίες του. Η διάλυση λαθεμένων αντιλήψεων, η πληροφόρηση γύρω απ' τα περιθώρια σεξουαλικής δραστηριότητας, τρόπους για να μην μεταδώσει την πάθηση στα αγαπημένα του πρόσωπα κ.ά. ξαναβάζουν ένα αισιόδοξο πλαίσιο για να συνεχίσει τη ζωή του.
2. Η Οργάνωση της ζωής του ασθενή.
Θα πρέπει να συζητηθούν οι φορείς που θα παρέχουν στον ασθενή πέρα των ιατρικών υπηρεσιών, ψυχική και κοινωνική στήριξη. Είναι προτιμότερο ο ίδιος ο ασθενής να αποφασίσει σε ποια συγγενικά ή ερωτικά πρόσωπα θα αποκαλύψει την ασθένειά του. Η εχεμύθεια του γιατρού δυναμώνει τη σχέση με αποτέλεσμα ο ασθενής να νοιώθει πιο άνετα να ανακοινώσει ο ίδιος την πάθησή του στα συγγενικά ή ερωτικά του πρόσωπα όπου περιμένει απ' αυτούς βοήθεια και στοργή.
3. Η επαγγελματική τακτοποίηση του ασθενή είναι απαραίτητη καθώς επίσης και η οικονομική ενίσχυση από συγγενείς ή προνοιακές υπηρεσίες, εφόσον ο ασθενής δεν μπορεί να εργαστεί.
4. Η κοινωνική επανένταξη των ατόμων που είχαν νοσηλευτεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα, πρέπει να γίνεται σαν συνέχεια της προηγούμενης ζωής του, με τη βοήθεια του οικογενειακού περιβάλλοντος λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση του ασθενή. Γι' αυτό οι στόχοι και οι προσπάθειες θα πρέπει να ιεραρχούνται και να γίνονται σταδιακά.

²³ <http://find.in.gr/results.page2data=cache:www.nursing.gr/chronia3.htm+ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ>

Οι κατάλληλες ενέργειες πρέπει να γίνονται στον κατάλληλο χώρο για να είναι αποτελεσματικές. Θα πρέπει δηλαδή να ακολουθείται ο ρυθμός του αρρώστου σύμφωνα με τις δικές του δυνάμεις για να αποφευχθεί είτε η υπερβολική εξάρτηση, είτε η λήψη υπερβολικών καθηκόντων που μπορεί να τον απογοητεύσουν.

5. Η συμβουλευτική επαφή του ασθενή με τον θεράποντα ιατρό ή τον ψυχοθεραπευτή θα τον βοηθήσει να εξωτερικεύσει τις σκέψεις του (φόβος, ιδέες αυτοκτονίας κ.ά.). Θα τον βοηθήσει να δει ότι τα συναισθήματα που βιώνει (άγχος, απογοήτευση κ.ά.) είναι αναμενόμενα σε μια τέτοια ασθένεια και δεν θα πρέπει να τα φοβάται. Ενώ παράλληλα μπορεί να του χορηγηθούν ήπια αντιαγχώδη, αντικαταθλιπτικά ή υπνάγωγα για την ελάττωση του άγχους, την αποφυγή της κατάθλιψης κ.ά.

6. Ο χαρακτήρας των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου παρουσιάζει ιδιαιτερότητες που δυσκολεύουν τη νοσηλεία.

Για παράδειγμα οι τοξικομανείς είναι άτομα απαιτητικά, παρορμητικά και μη συνεργάσιμα. Πρόκειται για αρρώστους οξύθυμους, απρογραμματίστους, που δεν συμμορφώνονται σε οδηγίες ούτε ακολουθούν τους κανόνες συμπεριφοράς ώστε να μην επιδεινωθεί η κατάστασή τους και να μην μολυνθούν άλλα άτομα.

Οι ομοφυλόφιλοι παρουσιάζουν διαφορετικές δυσκολίες νοσηλείας. Ο χαρακτήρας τους δεν είναι πάντα ο ανέμελος, ανεύθυνος ή κεφάτος που του αποδίδει η κοινωνία. Ελάχιστες ήταν οι περιπτώσεις που συμπεριφέρθηκαν ανεύθυνα στο θέμα να μολύνουν συνειδητά άλλα άτομα. Οι περισσότεροι ομοφυλόφιλοι ζουν κάτω απ' το στίγμα της κοινωνικής διάκρισης και φοβούνται ότι όταν θα νοσήσουν θα αποκαλυφθεί η σεξουαλική τους συμπεριφορά.

Πολλοί ομοφυλόφιλοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα και εξαρτημένα άτομα με έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις. Όταν διαπιστώσουν ότι πάσχουν από AIDS αυτό τους προκαλεί κυρίως έντονες συγκρούσεις με άγχος, κατάθλιψη κ.ά. Δημιουργούνται ενοχές, θέματα πίστης του συντρόφου, συνέχισης ή όχι της ερωτικής σχέσης κ.ά. Τις αντιδράσεις αυτές τις βλέπουμε και σε ζευγάρια ετεροφυλόφιλων.

7. Η ψυχολογική στήριξη των οικογενειών και των ερωτικών συντρόφων του ασθενή είναι απαραίτητη για να μπορέσουν τα αγαπημένα πρόσωπα του ασθενή να τον βοηθήσουν, γίνονται σύμμαχοι της ιατρικής του προσπάθειας.

Η ψυχική και κοινωνική στήριξη των ατόμων που έχουν νοσήσει από AIDS μπορεί να επιτευχθεί μόνο όταν υπάρχει πολύπλευρη αντιμετώπιση του προβλήματός του (όπως: συμβουλευτική, ψυχοθεραπευτική, φαρμακευτική κ.λ.π.), ενδιαφέρον και ειλικρίνεια προς τον ασθενή καθώς και ένα δίκτυο υπηρεσιών ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας, που θα είναι συνεχώς στην διάθεση του ασθενή και της οικογένειάς του.²⁴

2.2.3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Σ.Ε.Α.Α.

Η οικογένεια είναι ένα κοινωνικό σύστημα, κάθε αλλαγή μέσα στο σύστημα αναπόφευκτα το διαταράσσει. Μέσα στην οικογένεια αναπτύσσονται σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της, συνεπώς όταν ένα μέλος της οικογένειας πάσχει από μια χρόνια ασθένεια όπως είναι τώρα το AIDS, τότε όλη η οικογένεια επηρεάζεται.

Η χρόνια ασθένεια επιφέρει μια συσσώρευση προβλημάτων μέσα στην οικογένεια και τα προβλήματα αυτά σε συνδυασμό με το καθημερινό στρες λόγω της νόσου μπορεί να οδηγήσουν σε κρίση ακόμα και καλά δομημένες και σταθερές οικογένειες.

Οι οικογένειες που έχουν ένα μέλος που πάσχει από χρόνια ασθένεια συνήθως πρέπει:

1. Να αποδεχθούν και να υιοθετήσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής τους.
2. Να μάθουν τρόπους αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας και των επακόλουθων της (συναισθηματικά, οικονομικά, κοινωνικά).
3. Να αναζητούν πληροφόρηση για την ασθένεια (συμπτώματα, επιπλοκές, τρόπους θεραπείας και φροντίδας, φάσεις της ασθένειας κ.ά.)
4. Προσαρμογή και υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής που αντιμετωπίζει την ασθένεια.
 - χρησιμοποίηση μηχανισμών άμυνας όπως άρνηση, αποφυγή, αποστασιοποίηση,
 - χρησιμοποίηση τεχνικών όπως χαλάρωση, μασάζ.
5. Αναζήτηση βοήθειας και στήριξης από τους άλλους.
 - Τα μέλη της οικογένειας υποστηρίζουν συναισθηματικά το ένα το άλλο, αλλά και σε πρακτικά ζητήματα όπως λογαριασμοί, ψώνια κ.ά.
 - Αναζήτηση βοήθειας από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον όπως συγγενείς, φίλοι.
 - Αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες.

²⁴ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ο.π., σ.σ. 127-129

6. Πνευματικές αξίες και οικογένεια ατόμου με χρόνια ασθένεια.

Οι κρίσεις που βιώνουν η οικογένεια και ο ασθενής κατά την διάρκεια της νόσου είναι αποτέλεσμα της δυσαρμονίας του σώματος και του πνεύματος, έτσι οι άνθρωποι αναζητούν πνευματικές διαστάσεις που βοηθούν στην αντιμετώπιση της ασθένειας (όπως: έκφραση ανάγκης, εκδήλωση ενδιαφέροντος κ.ά.).

Τα μέλη της οικογένειας του ασθενή με AIDS καθώς και ο ερωτικός του σύντροφος περνούν μαζί με τον ασθενή μια περίοδο πένθους, αφού σημαντικές απώλειες που βιώνει ο ασθενής αποτελούν και δικές τους απώλειες τόσο σε υλικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο.

Η φυσική πορεία της ασθένειας παράλληλα με την οικονομική καταστροφή και την κοινωνική έκπτωση είναι μερικά απ' τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια του ασθενή. Διαπροσωπικά προβλήματα προκύπτουν από το διαρκές στρες καθώς οι ψυχολογικές αντοχές των μελών της οικογένειας δοκιμάζονται.²⁵

Η Brooks προσδιόρισε 3 ψυχολογικούς τύπους οικογενειών που έχουν στους κόλπους τους ένα χρόνια ασθενή.

1. *Η Απορριπτική Οικογένεια*

Ο τύπος της οικογένειας αυτής δεν παραχωρεί διευκολύνσεις προς το ασθενές της μέλος. Τα μέλη της οικογένεια συνεχίζουν τους προηγούμενους ρυθμούς ζωής τους, αδυνατούν να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες του ασθενή με αποτέλεσμα να τον αποκλείσουν ή να τον εξοστρακίσουν από την οικογένεια.

Ο καθηγητής Χ. Ιεροδιακόνου αναφέρει ότι: το οικογενειακό περιβάλλον και ο ερωτικός σύντροφος απορρίπτουν τον ασθενή γιατί δεν μπορούν να δεχτούν την οδύνη των γεγονότων που ζουν είτε γιατί φοβούνται να συνυπάρξουν με ένα άτομο που έγινε "αγνώριστο", ενώ μερικοί φοβούνται μήπως μολυνθούν και οι ίδιοι αλλά επανέρχονται και φροντίζουν τον ασθενή, όταν ενημερωθούν σχετικά. Το ίδιο συμβαίνει και για τους ερωτικούς συντρόφους του ασθενή, όταν δηλαδή ενημερωθούν για τους ασφαλέστερους τρόπους σεξουαλικής επαφής, τότε επανασυνδέονται με τον ασθενή.

2. *Η Υπερπροστατευτική Οικογένεια*

Ο τύπος αυτός της οικογένειας επικεντρώνει όλη την προσοχή στο ασθενές της μέλος. Γίνεται υπερπροστατευτική, ανησυχεί, ενώ ταυτόχρονα δημιουργούνται συμπεριφορές εξάρτησης. Η οικογένεια υπερτιμά τις ανάγκες υποστήριξης του

²⁵ Σαπουντζή Δ. - Κρεπια, *Χρόνια Ασθένεια & Νοσηλευτική Φροντίδα*, Έλλην, Αθήνα, 1998, σ.σ. 43-44

ασθενή, με αποτέλεσμα να παραβλέπει την ανάγκη του ασθενή για περισσότερη ανεξαρτησία.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Χ. Ιεροδιακόνου, η υπερπροστασία μπορεί να ξεκινά από πιθανά αισθήματα ενοχής της οικογένειας ή του ερωτικού συντρόφου με αποτέλεσμα η υπερβολική φροντίδα να οδηγήσει τον ασθενή σε αναπηρική ψυχική διάθεση. Η οικογένεια και ο ερωτικός σύντροφος του ασθενή, με την κατάλληλη ιατρική καθοδήγηση θα βοηθηθούν να συνεχίσουν τη ζωή τους, τα ενδιαφέροντά τους, για να μην παρουσιάσουν και οι ίδιοι καταθλιπτικά συμπτώματα λόγω της μεγάλης πορείας της νόσου.

3. Η Προσαρμοστική Οικογένεια

Ο τύπος αυτός της οικογένειας συμπαραστέκεται στο ασθενές της μέλος, χωρίς να παραμελεί και να θυσιάζει τις ανάγκες των υπόλοιπων μελών της. Οι παραδοσιακοί ρόλοι αναπροσαρμόζονται ώστε να βρει ο ασθενής τη θέση του μέσα στους κόλπους της οικογένειας.²⁶

Στην περίπτωση της ασθένειας του AIDS οι πιο συνηθισμένες αντιδράσεις της οικογένειας και του ερωτικού συντρόφου κυμαίνονται μεταξύ της υπερπροστασίας – υπερβολικής φροντίδας του ασθενή και της απόρριψης – απομόνωσης και αποξένωσής του.²⁷

Η φύση της ασθένειας είναι τέτοια που το βάρος της φροντίδας του ασθενή με AIDS πέφτει στους ώμους κυρίως των μελών του άμεσου περιβάλλοντος του και πολλές φορές μόνο σ' ένα μέλος της οικογένειας.

Υπό την επήρεια της ασθένειας, οι κοινωνικές σχέσεις δοκιμάζονται καθώς πολλές φορές η ασθένεια συνοδεύεται από αδυναμία ανταπόδοσης της προσφερόμενης βοήθειας ή αδυναμία ανταπόκρισης σε κοινωνικές εκδηλώσεις.

Ακόμα η χρόνια ασθένεια βοηθάει την εκδήλωση συναισθημάτων θυμού, πρόκληση κατάθλιψης, αύξηση του στρες, καταστάσεις που ίσως δημιουργούν προβλήματα στην επικοινωνία και στις ανθρώπινες σχέσεις.²⁸

2.2.4. ΣΤΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ – ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Πολλές φορές η ανθρωπότητα ήρθε αντιμέτωπη με επιδημικές ασθένειες. Σήμερα η κοινωνία είναι αντιμέτωπη με μια νέα ασθένεια της οποίας δεν έχει βρεθεί ο τρόπος πρόληψης και θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η νόσος του AIDS έφερε στην

²⁶ Στο ίδιο, σ. 45

²⁷ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ο.π., σ. 128

²⁸ Σαπουντζή Δ. - Κρεπια, Χρόνια Ασθένεια & Νοσηλευτική Φροντίδα, ο.π., σ. 46

επιφάνεια παλαιότερες αντιδράσεις της κοινωνίας όπως: φόβος, μαζική υστερία, διακρίσεις και πανικός.

Η άγνοια, η λανθασμένη πληροφόρηση, η υπερβολή και η παραμόρφωση γενικών δεδομένων μπορεί να δημιουργήσουν σύγχυση και ιδιαίτερα κοινωνικά, ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα.

Στην Αμερική και στην Ευρώπη δημιουργήθηκαν καταστάσεις υστερίας, προς το AIDS, για παράδειγμα: το νοσηλευτικό προσωπικό αρνήθηκε να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ασθενείς με AIDS, το πρόγραμμα εμβολιασμού της ηπατίτιδας Β συνάντησε δυσκολίες, γιατροί και οδοντίατροι αρνήθηκαν την θεραπευτική αγωγή σε ασθενείς με AIDS κ.ά.

Η σωστή παρουσίαση των δεδομένων, η υπευθυνότητα και η σωστή διαφώτιση του κοινού αποτελούν βασική προϋπόθεση για την αποφυγή του αδικαιολόγητου πανικού. Η υπεύθυνη ενημέρωση σε ταχτά χρονικά διαστήματα συμβάλλει στην πρόληψη επεκτάσεως της λοίμωξης στο γενικό πληθυσμό.

Πολλά προβλήματα δημιουργήθηκαν κυρίως στις ομάδες υψηλού κινδύνου οι οποίες κατηγορήθηκαν για την μετάδοση της ασθένειας. Έτσι οι ομάδες αυτές οδηγήθηκαν στην αποκοπή τους από την υπόλοιπη κοινότητα και τον εγκλεισμό τους σε κάποιο γκέτο. Όταν λίγο αργότερα διαπιστώθηκε ότι ο ιός της ανοσολογικής ανεπάρκειας μπορεί να μεταδοθεί και στον υπόλοιπο ετερόφυλο πληθυσμό τότε μόνο η αρρώστια εξανθρωπίστηκε κάπως, όμως η κοινωνία θεωρεί την ασθένεια ως κύρωση για κάποιο παράπτωμα, ως μάστιγα που πλήττει την ανθρωπότητα επειδή έχασε τον δρόμο της εγκράτειας.²⁹

Η κοινωνία εκτός από τις συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες κατηγορήσε το γυναικείο φύλο, το οποίο λόγω της σεξουαλικής του απελευθέρωσης προκάλεσαν τους άνδρες και τη μαύρη φυλή, ότι είναι πιο επιρρεπής στην ασθένεια. "Αντιδράσεις πανικού που απανθρωπίζουν πραγματικά και οδηγούν σε στυγνό ρατσισμό".

Μερικά απ' τα σπουδαιότερα προβλήματα που δημιούργησε η επιδημία του AIDS είναι:

1. Επιβολή υγειονομικών μέτρων

Η επιβολή υγειονομικών μέτρων σε άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου και είναι φορείς του ιού δημιουργεί νομικά, ηθικά και κοινωνικά προβλήματα. Η πρώτη παράγραφος του άρθρου 2450-1968 του Ο.Η.Ε. «Περί

²⁹ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ο.π., σ.σ. 70-71

προστασίας της ελευθερίας και προσωπικότητας του ανθρώπου». Το άρθρο 23 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που χαρακτηρίζει την υγεία ως αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ανθρώπου δημιουργούν προβλήματα στην κοινωνία. Το δικαίωμα της προστασίας της υγείας του κοινωνικού συνόλου, προϋποθέτει στέρηση της ελευθερίας μερικών ατόμων;

2. Υποχρέωση ονομαστική δήλωσης οροθετικών

Η εφαρμογή διαγνωστικών μεθόδων ανίχνευσης αντισωμάτων λύνει πολλά διαγνωστικά προβλήματα αλλά προϋποθέτει την δημιουργία πολλών άλλων. Το Σεπτέμβριο του 1988 τρεις διάσημοι γάλοι γιατροί Leon Schwartzberg, Paul Milliez και Jean – Claude Cherman, ζητούν από το σύνολο του πληθυσμού «να δεχτεί τη γενικευμένη αλλά εθελοντική ανιχνευτική εξέταση». Λαμβάνοντας υπόψη την αδυναμία των θεραπευτικών μέσων δεν μπορούμε να επιβάλλουμε μια υποχρέωση τα αποτελέσματα της οποίας υπόσχονται μια σκοτεινή προοπτική στους ενδιαφερόμενους.³⁰

3. Ιατρικό Απόρρητο

Καθήκον του γιατρού είναι η υπεύθυνη ενημέρωση του εξεταζόμενου ως προς τα αποτελέσματα της εξέτασής. Στην περίπτωση που ο εξεταζόμενος δεν θέλει να πληροφορηθεί ή να αποδεχτεί τα αποτελέσματα της εξέτασης. Το δίλημμα που τίθεται είναι αν θα πρέπει ο γιατρός να ενημερώσει το οικογενειακό περιβάλλον ή τον ερωτικό σύντροφο του, εφόσον ο ενδιαφερόμενος επιθυμεί να τους αποκρύψει τα αποτελέσματα.

4. Επιβολή συνθηκών απομόνωσης

Ένα άλλο θέμα είναι η εφαρμογή κάποιου είδους καραντίνας στους φορείς και ασθενείς του AIDS. Για παράδειγμα: να απαγορεύουμε στους ασθενείς-φορείς του AIDS να εργάζονται μαζί με άλλους, να πηγαίνουν σχολείο μαζί με άλλους και γενικότερα να απαγορεύουμε την επαφή των ατόμων με AIDS με την υπόλοιπη κοινότητα.³¹

5. Υιοθέτηση πιεστικών μηχανισμών κοινωνικού ελέγχου ή παραβίασης της ιδιωτικής ζωής συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων.

Για παράδειγμα έχει απαιτηθεί η παιδεία των μαθητών να περιλαμβάνει σεξουαλική αγωγή που να βασίζεται στην αποχή και στην μονογαμία. Έχει προταθεί οι γυναίκες ελευθέρων ηθών να δηλώνονται και να υποβάλλονται σε υποχρεωτικές εξετάσεις αίματος. Έχει γίνει σύσταση για την αυστηρότερη ποινική δίωξη των τοξικομανών, και τον αυστηρότερο έλεγχο μετανάστευσης των μαύρων.

³⁰ Grmek M. D., (μτφ. Ταμβάκη Ε.), *Ιστορία του Ειτζ*, Χατζηνικολή, 1992, σ.σ. 240-241

³¹ Παπαευσταθίου Γ. – Καλλίνικος Γ., *AIDS Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα, Ελληνική Εμπειρία*, Λίτσας, Αθήνα, 1986, σ.σ. 162-164

Το AIDS έχει αρχίσει να επηρεάζει και άλλους τομείς της κοινωνικής συγκρότησης όπως για παράδειγμα: οι ασφαλιστικές εταιρίες αρνούνται να ασφαλίσουν ομάδες ανθρώπων που θεωρείται ότι διατρέχουν άμεσο κίνδυνο να προσβληθούν από τη νόσο. Παιδιά με AIDS αντιμετωπίζουν επιθετικότητα στο σχολείο τους από τους συμμαθητές και τους γονείς των συμμαθητών τους. Ιδιωτικά σχολεία αρνούνται να δεχθούν ασθενείς με AIDS και άλλα παραδείγματα που μεγαλώνουν τον κατάλογο των κοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας του AIDS.³²

Από τη στιγμή που θα αμφισβητηθεί η ανθρώπινη ιδιότητα των φορέων και ασθενών του AIDS, υπάρχουν νόμοι που προστατεύουν την προσωπικότητα των ατόμων αυτών.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 § 1 του Συντάγματος «Καθένας έχει το δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας ...». Η διάταξη αυτή συμπληρώνεται με διάφορες άλλες στο δημόσιο ή το ιδιωτικό δίκαιο και προπάντων με το άρθρο 57 του Αστικού Κώδικα για την προστασία της προσωπικότητας που ορίζει: «Όποιος προσβάλλεται παράνομα στην προσωπικότητα του έχει δικαίωμα να αρθεί η προσβολή του και να μην επαναληφθεί στο μέλλον», «Πουθενά δεν εξαιρούνται οι άρρωστοι, έστω από αρρώστια μεταδοτική ή ανίατη...».

Οι διατάξεις αυτές χρειάζονται κάποια εξειδίκευση για να μπορούν να εφαρμοστούν στα ιδιαίτερα προβλήματα που δημιουργεί η κάθε ασθένεια και να αναγνωριστεί ότι η ασθένεια δεν αποτελεί λόγο εξαίρεσης από την εφαρμογή των διατάξεων που προστατεύουν την ανθρώπινη προσωπικότητα.

Ο φορέας ή ασθενής του AIDS έχει τα ίδια ανθρώπινα δικαιώματα όπως κάθε άλλος άνθρωπος και αυτό δεν είναι μόνο θέμα της νομοθεσίας αλλά περισσότερο είναι θέμα της παιδείας και διαφώτισης καθώς επίσης και θέμα καλλιέργειας της ηθικής ευαισθησίας του κάθε ατόμου.³³

2.3. ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ – ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Με βάση τους τρόπους διασποράς της ασθένειας του AIDS διαμορφώνονται οι ομάδες υψηλού κινδύνου.

Οι ομάδες του πληθυσμού που παρουσιάζουν τον υψηλότερο κίνδυνο και αποτελούν το 95% των περιπτώσεων με AIDS στους ενήλικες είναι οι Ομοφυλόφιλοι ή Αμφιφυλόφιλοι και οι Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

³² Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Βήτα, Αθήνα, 1991, σ. 124

³³ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ο.π., σ.σ. 70-72

Άλλες ομάδες πληθυσμού υψηλού κινδύνου είναι: τα Ετεροφυλόφιλα άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, Πολυμεταγγιζόμενα άτομα, Αιμοφιλικά άτομα και παιδιά γονέων που πάσχουν από AIDS ή ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

1. Ομοφυλόφιλα – Αμφιφυλόφιλα – Ετεροφυλόφιλα άτομα με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους.

Οι περιπτώσεις ομοφυλοφιλικών και αμφιφυλοφιλικών ατόμων στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη μέχρι το 1990 αγγίζουν περίπου το 65%.

Ο κίνδυνος μόλυνσεως στα άτομα αυτά αυξάνεται με τους τραυματισμούς που προκαλούνται κατά την πρωκτική συνουσία ή άλλων σεξουαλικών πρακτικών που χρησιμοποιούνται στα επικαλούμενα «Λουτρά των Ομοφυλόφιλων».

Το διάστημα που μεσολαβεί από την μόλυνση μέχρι την εμφάνιση και διάγνωση του AIDS υπολογίζεται σε 43 μήνες με αποτέλεσμα να είναι εύκολο να μολυνθεί μεγάλος αριθμός ατόμων που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με τα άτομα αυτά.

Όσον αφορά την ετεροσεξουαλική επαφή με άτομο που ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου, οι περιπτώσεις αγγίζουν το 1,3%.

Ο κίνδυνος μόλυνσεως στα άτομα αυτά σχετίζεται κυρίως με την εναλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων και απουσία προφυλακτικών μέτρων κατά τη σεξουαλική επαφή. Άτομα που ασκούν πορνεία (άνδρες – γυναίκες) σε καθαρά ετεροφυλοφιλική βάση ανήκουν επίσης στην κατηγορία αυτή.

Η ετεροσεξουαλική μετάδοση στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη είναι κυρίως μονοδρομική από τον άντρα στη γυναίκα. Ενώ στην Αφρική και στην Καραϊβική είναι συχνή η αμφίδρομη ετεροφυλική μετάδοση.

2. Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών

Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών αποτελούν τη δεύτερη σε μέγεθος ομάδα υψηλού κινδύνου. Το ποσοστό των περιπτώσεων με AIDS μέχρι το 1990 αγγίζει το 25%.

Η συγκεκριμένη ομάδα λειτουργεί ως γέφυρα για την μετάδοση της ασθένειας σε άλλες ομάδες πληθυσμού είτε με ετεροσεξουαλική επαφή είτε κάθετα (μητέρα προς νεογέννητο).

Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης του ιού της ανοσολογικής ανεπάρκειας είναι η επαναλαμβανόμενη χρησιμοποίηση της ίδιας βελόνας από πολλά άτομα. Στις αποκαλούμενες «SHOUTING GALLERIES», (στενοί χώροι ή στοές όπου πολλά άτομα μοιράζονται τα ναρκωτικά με την ίδια βελόνα), ο αριθμός των ατόμων που χρησιμοποιούν την ίδια βελόνα μπορεί να φτάσει μέχρι τα 50 άτομα.

Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η ακριβής αιτία θανάτου της συγκεκριμένης ομάδας επειδή πολλά άτομα πεθαίνουν από υπερβολική χρήση ναρκωτικών πριν ακόμα εκδηλώσουν την ασθένεια του AIDS.

Στην συγκεκριμένη ομάδα εμφανίζεται συχνότερα πνευμονία από πνευμονοκύστη *carinii* (μέσος όρος επιβίωσης 9 μήνες από τη διάγνωση του συνδρόμου), σάρκωμα *karosi* (μέσος όρος επιβίωσης 2 χρόνια), διάφορες άλλες πνευμονίες και φυματίωση.

3. Αιμοφιλικά Άτομα

Οι περιπτώσεις AIDS σε αιμοφιλικά άτομα αγγίζει το 1% στους ενήλικες και 5% στα παιδιά.

Η πρώτη περιγραφή αιμοφιλού ατόμου με AIDS έγινε το 1982. Κύριο μέσο μετάδοσης της νόσου είναι η μετάγγιση του παράγοντα VII για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της αιμοφιλίας A και του παράγοντα IX για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της αιμοφιλίας B.

Η παραγωγή των παραγόντων VII και IX προέρχεται από αποθηκευμένο πλάσμα χιλιάδων αιμοδοτών και με την εξαγωγή των παραγόντων πήξεως σε χώρες της Ευρώπης υπήρξε ο πιο δραστικός τρόπος μετάδοσης AIDS σε αιμοφιλικούς.

4. Μεταγγιζόμενα Άτομα (αίμα, πλάσμα, συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοπετάλια)

Οι περιπτώσεις AIDS σε μεταγγιζόμενα άτομα υπολογίζεται περίπου στους ενήλικες 2% και στα παιδιά 15%.

Το ποσοστό είναι μεγαλύτερο στα παιδιά, λόγω της ανωριμότητας του ανοσοποιητικού τους συστήματος, την μεγαλύτερη αναλογικά δόση ιού στο μεταγγιζόμενο αίμα σε σχέση με την επιφάνεια του σώματος τους και την μικρότερη περίοδο επώασης της νόσου σ' αυτή την ηλικία.

Ο μέσος χρόνος περίπου επώασης στα παιδιά είναι 14 μήνες ενώ στους ενήλικες 30 μήνες.

5. Παιδιά γονέων που πάσχουν από AIDS ή ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Σ' αυτή την κατηγορία οι περιπτώσεις με AIDS αγγίζουν το 76,5%, ποσοστό που ανήκει κυρίως στα παιδιά. Οι γονείς στην πλειοψηφία ανήκουν στην ομάδα των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Η μετάδοση γίνεται κυρίως στη διάρκεια της κύησης μέσα απ' τον πλακούντα, κατά τον τοκετό και με τον θηλασμό.

Η διαδικασία που συνιστάται στην μελλοντική ή τρέχουσα εγκυμοσύνη είναι η εξής:

- Όταν μια γυναίκα που ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου θέλει να τεκνοποιήσει θα πρέπει πριν την εγκυμοσύνη ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εφόσον ήταν προηγουμένως οροαρνητική να ελέγχεται ορολογικά για αντισώματα HIV.
- Εφόσον το αποτέλεσμα είναι θετικό, εκτός από τον κίνδυνο της κάθετης μετάδοσης στο παιδί, η εγκυμοσύνη μπορεί να αποτελέσει παράγοντα ενεργοποίησης της νόσου στην ασυμπτωματική γυναίκα. Επομένως θα πρέπει να αποφευχθεί ή να διακοπεί η εγκυμοσύνη (στους πρώτους μήνες κυήσεως) γιατί το ποσοστό των παιδιών που γεννιούνται από οροθετικές γυναίκες και παρουσιάζουν κίνδυνο μόλυνσεως είναι 20-50%.
- Εφόσον το αποτέλεσμα είναι αρνητικό, ο έλεγχος θα πρέπει να επαναλαμβάνεται στο μήνα που αναμένεται ο τοκετός. Αν το αποτέλεσμα εξακολουθεί να είναι αρνητικό και η γυναίκα δεν ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου, της επιτρέπεται να θηλάσει το παιδί.
- Το νεογέννητο μητέρας με θετικά HIV αντισώματα, αντιμετωπίζεται όπως κάθε άλλο νεογέννητο, δεν θα πρέπει όμως να θηλάσει το γάλα της μητέρας και σε τακτά χρονικά διαστήματα να ελέγχεται ορολογικά, ανοσολογικά και κλινικά.³⁴

Επομένως αυτό που προκύπτει από τα παραπάνω επιδημιολογικά στοιχεία μέχρι το 1990 για τις ομάδες πληθυσμού που παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσεως από την ασθένεια του AIDS στην Αμερική και στην Ευρώπη είναι:

- Στους ενήλικες με μεγαλύτερο ποσοστό αφορά την ομάδα των Ομοφυλόφιλων και Αμφιφυλόφιλων (65%) και ακολουθεί η ομάδα των χρηστών Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών (25%)
- Ενώ στα παιδιά το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά την ομάδα Παιδιά Γονέων με AIDS ή ανηκόντων σε ομάδα κινδύνου (76,5%) και ακολουθεί η ομάδα των Μεταγγιζόμενων ατόμων.

Η επίσημη καταγραφή των κρουσμάτων AIDS στην Ελλάδα άρχισε το 1984 από την Εθνική Επιτροπή AIDS. Σήμερα η καταγραφή γίνεται από το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) το οποίο εκδίδει ταχτικά ένα ειδικό ενημερωτικό φυλλάδιο για τα συγκεντρωτικά επιδημιολογικά στοιχεία για το AIDS.

Σύμφωνα λοιπόν με την Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα το ποσοστό των δηλωθέντων οροθετικών ατόμων και κρουσμάτων από AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης μέχρι το 2001 είναι:

1. Για την ομάδα των ομοφυλόφιλων και αμφιφυλόφιλων ατόμων το ποσοστό αγγίζει το 39,7%
2. Για τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών το ποσοστό αγγίζει το 35%

³⁴ Ανευλαβής Ε., *Κλινική Λοιμωξιολογία*, ο.π., σ.σ. 313-316

3. Για την ομάδα των πολυμεταγγιζόμενων ατόμων με παράγωγα αίματος το ποσοστό αγγίζει το 4,1%
4. Για την ομάδα των μεταγγιζόμενων ατόμων το ποσοστό αγγίζει το 1,4%
5. Για την ομάδα των ετεροφυλόφιλων ατόμων το ποσοστό αγγίζει το 15,5%
6. Το ποσοστό των ατόμων που έχουν μολυνθεί με κάθετη μετάδοση (Μητέρα προς παιδί) αγγίζει το 0,7% και
7. Τέλος το 35,1% αφορά άτομα με ακαθόριστη πηγή μόλυνσης.³⁵

ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Έχουν εκφραστεί σοβαρές ανησυχίες για το ενδεχόμενο μετάδοσης της επιδημίας του AIDS στον υπόλοιπο πληθυσμό, στα άτομα δηλαδή που δεν ανήκουν σε κάποια ομάδα υψηλού κινδύνου.

Αυτό που έχει δείξει μέχρι σήμερα η επιδημιολογική έρευνα είναι ότι η μετάδοση του ιού της ανοσολογικής ανεπάρκειας γίνεται μόνο με τους εξής τρόπους:

1. Με την σεξουαλική επαφή (ομοφυλοφιλική, ετεροφυλοφιλική, αμφιφυλοφιλική)
2. Με το αίμα (μετάγγιση αίματος ή προϊόντων)
3. Από την μητέρα στο παιδί (κατά την κύηση, τοκετός, θηλασμός)
4. Με την μεταμόσχευση μολυσμένων οργάνων, ιστών, δωρεάν μολυσμένου σπέρματος.

Δεν υπάρχει λοιπόν κίνδυνος μετάδοσης στα άτομα που ζουν με τους πάσχοντες από AIDS ή οροθετικούς εφόσον δεν υπάρχει σεξουαλική επαφή. Στην περίπτωση που το άτομο παρέχει περιποίηση στον ασθενή με AIDS δεν πρέπει να αγνοεί τα στοιχειώδη απαραίτητα προφυλακτικά μέτρα (π.χ. γάντια κατά την επαφή με ανοικτή πληγή κ.ά.).

Όσον αφορά την ομάδα των εργαζομένων σε επαγγέλματα υγείας δεν θεωρείται ομάδα υψηλού κινδύνου παρόλο που εμφανίστηκε ένα ποσοστό οροθετικότητας μικρότερο του 1% που σχετίζεται κυρίως με τρυπήματα από μολυσμένες βελόνες ή αμέλεια στην εφαρμογή των προφυλακτικών μέτρων στο νοσοκομείο. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η λήψη προφυλακτικών μέτρων από τους εργαζόμενους στο χώρο της εργασίας τους.³⁶

Συνεπώς η σωστή υγειονομική διαφώτιση του κοινού θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση του προβλήματος του AIDS. Κάθε μικρή ή μεγαλύτερη τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου συμβάλλει στην υγεία του ίδιου, της ειδικής ομάδας στην οποία ανήκει και γενικότερα σε όλο τον πληθυσμό. Ενώ ταυτόχρονα

³⁵ Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/ AIDS στην Ελλάδα, 13, 2001, σ. 16

³⁶ Ανευλαβής Ε., *Κλινική Λοιμωξιολογία*, ο.π., σ. 317

αποφεύγονται αντιδράσεις πανικού, απόρριψης, προκατάληψης απέναντι στις διάφορες κοινωνικές ομάδες.

2.3.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στον Ελλαδικό χώρο η επίσημη καταγραφή των κρουσμάτων με AIDS ξεκίνησε το 1984. Σήμερα η καταγραφή των κρουσμάτων με AIDS πραγματοποιείται από το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.), το οποίο υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Σύμφωνα με τα συγκεντρωτικά επιδημιολογικά στοιχεία για το AIDS που παρουσιάστηκαν στο ενημερωτικό φυλλάδιο που κυκλοφόρησε τον Ιούνιο του 1995 θεωρείται ότι η εξάπλωση της επιδημίας είναι περιορισμένη.

Ωστόσο η καταγραφή των στοιχείων αυτών περιλαμβάνει μόνο τα επίσημα δηλωθέντα περιστατικά και δεν αποτελεί εκτίμηση του συνολικού αριθμού των οροθετικών ατόμων. Ο ορολογικός έλεγχος των αιμοδοτών πραγματοποιείται σε όλα τα κέντρα αιμοδοσίας όμως παρόλα αυτά τα στοιχεία που προκύπτουν δεν μπορούν να αποτελέσουν ασφαλή εκτίμηση του ποσοστού οροθετικών ατόμων στο γενικό πληθυσμό.

Τα συγκεντρωτικά επιδημιολογικά στοιχεία για το AIDS μέχρι το 1995 στον Ελλαδικό χώρο περιλαμβάνουν: 1) Το Συνολικό Αριθμό κρουσμάτων και 2) Την κατανομή των δηλωθέντων κρουσμάτων, α) κατά κατηγορία νόσου, β) κατά ηλικία και φύλο και γ) κατά κατηγορία μετάδοσης.

1. Ο Συνολικός αριθμός των κρουσμάτων AIDS είναι 1.111 άτομα. Απ' αυτά τα 978 άτομα (88,0%) είναι άνδρες και τα 133 (12,0) είναι γυναίκες. Επίσης έχουν δηλωθεί 455 θάνατοι.

2. Η κατανομή των δηλωθέντων κρουσμάτων

α) Κατά Κατηγορία νόσου είναι:

1. Ευκαιριακές λοιμώξεις	: 750 άτομα	(67,5%)
2. Ευκαιριακές λοιμώξεις και Σάρκωμα kaposi	: 36 άτομα	(3,2%)
3. Λέμφωμα	: 31 άτομα	(2,8%)
4. HIV Εγκεφαλοπάθεια	: 68 άτομα	(6,1%)
5. Σάρκωμα kaposi	: 116 άτομα	(10,4%)
6. Σύνδρομο Απίσχυσης	: 110 άτομα	(9,9%)

β) Η Κατανομή του προαναφερόμενου συνόλου κρουσμάτων κατά ηλικία και φύλο είναι:

- ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ (ηλικία μικρότερη των 13 ετών)

1. Ηλικία 0-11 μηνών : 1 Αγόρι (9,1%) και 1 Κορίτσι (11,1%)

2. Ηλικία 1-14 ετών : 3 Αγόρια (27,3%) και 5 Κορίτσια (55,6%)
3. Ηλικία 5-9 ετών : Κανένα Αγόρι και 3 Κορίτσια (33,3%)
4. Ηλικία 10-12 ετών : 7 Αγόρια (63,6%) και Κανένα κορίτσι

- ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ (ηλικία μεγαλύτερη ή ίση των 13 ετών)

1. Ηλικία 13-14 ετών : 1 Άνδρας (0,1%) και 1 Γυναίκα (0,8%)
2. Ηλικία 15-19 ετών : 18 Άνδρες (1,9%) και 5 Γυναίκες (4,0%)
3. Ηλικία 20-24 ετών : 35 Άνδρες (3,6%) και 13 Γυναίκες (10,5%)
4. Ηλικία 25-29 ετών : 132 Άνδρες (13,7%) και 21 Γυναίκες (16,9%)
5. Ηλικία 30-34 ετών : 187 Άνδρες (19,3%) και 25 Γυναίκες (20,2%)
6. Ηλικία 35-39 ετών : 174 Άνδρες (18,0%) και 18 Γυναίκες (14,5%)
7. Ηλικία 40-49 ετών : 218 Άνδρες (22,5%) και 10 Γυναίκες (8,1%)
8. Ηλικία 50-59 ετών : 92 Άνδρες (9,5%) και 10 Γυναίκες (8,1%)
9. Ηλικία 60+ ετών : 77 Άνδρες (8,0%) και 14 Γυναίκες (11,3%)
10. Ηλικία Άγνωστη : 33 Άνδρες (3,4%) και 7 Γυναίκες (5,6%)

γ) Η Κατανομή των κρουσμάτων (Παιδιά – Έφηβοι – Ενήλικες) κατά κατηγορία μετάδοσης είναι:

- ΠΑΙΔΙΑ (ηλικία μικρότερη των 13 ετών)

1. Πολυμεταγγιζόμενοι με
Παράγωγα Αίματος : 7 Αγόρια (63,6%) και Κανένα Κορίτσι
2. Έπειτα από μετάγγιση : Κανένα Αγόρι και 2 Κορίτσια (22,2%)
3. Απροσδιόριστη κατηγορία : Κανένα Αγόρι και Κανένα Κορίτσι
4. Από Μητέρα στο Παιδί
 - a. Χρήστες Ενδοφλέβιων
Ναρκωτικών : 1 Αγόρι (9,1%) και Κανένα Κορίτσι
 - b. Έπειτα από Μετάγγιση : Κανένα Αγόρι και Κανένα Κορίτσι
 - c. Ετεροφυλοφιλική Σεξουαλική
Επαφή : Κανένα Αγόρι και Κανένα Κορίτσι
 - d. Απροσδιόριστη Κατηγορία : 3 Αγόρια (27,3%) και 7 Κορίτσια (77,8%)

- ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ (ηλικία μεγαλύτερη ή ίση των 13 ετών)

1. Ομοφυλόφιλοι / Αμφοτεροφυλόφιλοι : 568 Άνδρες (58,7%)
2. Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών : 30 Άνδρες (3,1%) και 13 Γυναίκες (10,5%)
3. Ομοφυλόφιλοι / Αμφοτεροφυλόφιλοι και
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών : 10 Άνδρες (10%)
4. Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα
αίματος : 77 Άνδρες (8,0%) και 2 Γυναίκες (1,6%)
5. Έπειτα από Μετάγγιση : 29 Άνδρες (3,0%) και 17 Γυναίκες (13,7%)

6. Ετεροφυλοφιλική Σεξουαλική Επαφή: 71 Άνδρες (18,8%) και 54 Γυναίκες (43,5%)
7. Απροσδιόριστη κατηγορία : 182 Άνδρες (18,8%) και 38 Γυναίκες (30,6%)

Επομένως συγκρίνοντας τα παραπάνω επιδημιολογικά στοιχεία του AIDS στην Ελλάδα παρατηρούμε ότι ο συνολικός αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων είναι 1.111, από τα οποία τα 20 είναι παιδιά ηλικίας μικρότερης των 13 ετών και τα υπόλοιπα κρούσματα (1091) είναι έφηβοι και ενήλικες ηλικίας μεγαλύτερης ή ίσης των 13 ετών.

Από τα 20 παιδιά τα 11 είναι αγόρια και τα 9 κορίτσια. Η ηλικιακή ομάδα που συγκεντρώνει το μεγαλύτερο αριθμό κρουσμάτων για τα αγόρια είναι η ηλικία 10 έως 12 ετών (7 παιδιά), ενώ για τα κορίτσια είναι η ηλικία 1 έως 4 ετών (5 παιδιά).

Από τους 1091 έφηβους και ενήλικες, οι 967 είναι Άνδρες και οι 124 Γυναίκες. Η ηλικιακή ομάδα που συγκεντρώνει το μεγαλύτερο αριθμό κρουσμάτων για τους Άνδρες είναι η ηλικία 40 ετών έως 49 ετών (218 άτομα), ενώ για τις γυναίκες είναι η ηλικία 30 έως 34 ετών (25 άτομα).

Από την κατηγορία δηλουμένης νόσου προκύπτει ότι οι Ευκαιριακές Λοιμώξεις συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο αριθμό κρουσμάτων (750 άτομα) και ακολουθεί το Σάρκωμα *karosi* (116 άτομα) και οι υπόλοιπες δηλωμένες ασθένειες.

Από την κατηγορία μετάδοσης της νόσου βλέπουμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των αγοριών μολύνθηκαν έπειτα από πολυμετάγγιση με παράγωγα αίματος (7) ενώ για τα κορίτσια είναι απροσδιόριστος ο τρόπος μετάδοσης της νόσου (7).

Όσον αφορά τους Άνδρες βλέπουμε ότι οι περισσότεροι ανήκουν στην ομάδα των ομοφυλόφιλων ή αμφοτεροφυλόφιλων ατόμων (568) και αντίστοιχα για τις γυναίκες ο κύριος τρόπος μετάδοσης ήταν από Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή (54).³⁷

Σύμφωνα όμως με πιο πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία, ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων, συμπεριλαμβανομένων και των κρουσμάτων AIDS που δηλώθηκαν από την αρχή της επιδημίας μέχρι και τις 31 Δεκεμβρίου 2002, ανέρχεται σε 6.276. Οι θάνατοι από AIDS έχουν μειωθεί μετά το 1997, συγκεκριμένα για το έτος 1995 ο αριθμός έφτανε τα 152 ενώ για το 2001 καταγράφηκαν 45 θάνατοι.

Σύμφωνα λοιπόν με τα επίσημα στοιχεία του Κ.Ε.Ε.Λ., από τα 6.276 άτομα τα 5.063 (80,7%) είναι Άνδρες, τα 1.179 (18,8%) είναι Γυναίκες, ενώ για ένα μικρό ποσοστό το φύλο δεν έχει δηλωθεί.

³⁷ Montagnier Luc. (μφ. Χ. Καλζλαρής), *Ιοί και Άνθρωποι*, Κάτοπτρο, Αθήνα, 1994, σ.σ. 355-358

Η πλειονότητα των ατόμων αυτών ανήκει στην ηλικία των 25-44 ετών, ενώ η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται μεταξύ 30-34 ετών για τους Άνδρες και 25-29 ετών για τις Γυναίκες.

Ο αριθμός των παιδιών ηλικίας μικρότερης των 12 ετών παραμένει χαμηλός (69 παιδιά μέχρι το 2001). Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης ήταν από τη μητέρα τους (58%), από μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος (21,7%).

Ενώ για τους ενήλικες, ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης είναι μέσω της σεξουαλικής επαφής και κυρίως της ομοφυλοφιλικής επαφής. Παρατηρείται μια μικρή αλλά συνεχής αυξητική τάση της ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης που αφορά κυρίως γυναίκες ενώ η μετάδοση με χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών είναι αρκετά περιορισμένη.

Επομένως, τα επιδημιολογικά δεδομένα από το 1984 και μετά δείχνουν ότι η διαχρονική τάση της επιδημίας του AIDS είναι αυξητική μολονότι κατά το έτος 2000 και 2001 δηλώθηκαν λιγότερα HIV/AIDS κρούσματα.

Αυτό δεν φαίνεται να οφείλεται σε αισθητή μείωση νέων λοιμώξεων αλλά κυρίως στη μείωση της εκδήλωσης της νόσου λόγω χορήγησης αντιρετροϊκών φαρμάκων. Για τον ίδιο λόγο μειώθηκαν και οι θάνατοι από AIDS.

Συνεπώς παρ' όλες τις προόδους που σημείωσε η επιστήμη όλα αυτά τα χρόνια αποκαλύπτοντας όλο το φάσμα της νόσου, τις ιδιότητες και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του HIV και τη δυνατότητα θεραπείας με τη χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων, η επιδημία τουλάχιστον σε παγκόσμιο επίπεδο δεν φαίνεται να υποχωρεί, ενώ εκφράζονται φόβοι ότι ίσως είναι ακόμα στα αρχικά της στάδια.

Η αδυναμία παραγωγής κατάλληλου προφυλακτικού εμβολίου συμβάλλει σημαντικά στην διατήρηση της επιδημίας, γι' αυτό το λόγο απαιτείται πολιτική συναίνεση για να δοθεί προτεραιότητα στην αντιμετώπιση της νόσου και διάθεση απαραίτητων οικονομικών πόρων για προληπτικά – θεραπευτικά και ερευνητικά προγράμματα.³⁸

2.4. ΕΠΙΣΗΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

1. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

Το πρώτο συνέδριο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) για το AIDS πραγματοποιήθηκε στη Γενεύη το Νοέμβριο του 1983.

Μετά το 1^ο Διεθνές Συμπόσιο για το AIDS που πραγματοποιήθηκε στην Ατλάντα των Ηνωμένων Πολιτειών τον Απρίλιο του 1985, συστήθηκαν από την Π.Ο.Υ. διάφορα συνεργαζόμενα Κέντρα Αναφοράς για το AIDS με σκοπό την

³⁸ Περιοδικό Ιατρικά, τευχ. 38, 2002, σ.σ. 9-10

παρακολούθηση της εξελίξεως του συνδρόμου διεθνώς και την ανάπτυξη μεθόδων ελέγχου.

Στην πρώτη συνάντηση των υπεύθυνων των Κέντρων Αναφοράς το Σεπτέμβριο του 1985 και στη δεύτερη συνάντηση το Δεκέμβριο του 1985, αναγνωρίστηκε ο πρωταρχικός ρόλος της Π.Ο.Υ. στην Πρόληψη και Έλεγχο του AIDS, ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες, και καταρτίστηκε πρόγραμμα συνεργασίας.

Το θέμα του AIDS συζητήθηκε και στις έξι Περιφερειακές Επιτροπές της Π.Ο.Υ. το 1985, όπου εξετάστηκαν μέτρα πρόληψης, επαγρύπνησης, συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων, εργαστηριακές υποδομές των συνεργαζόμενων κρατών και οι δυνατότητες και τα μέτρα κλινικής υποστήριξης των ασθενών με AIDS.³⁹

Αυτή η μορφή διεθνούς συνεργασίας, ανταλλαγής απόψεων μεταξύ ειδικών και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης συνεχίστηκε και με άλλα Συνέδρια όπως: του Παρισιού το 1986, της Ουάσιγκτον το 1987 και της Στοκχόλμης το 1988.

Στη Γενεύη λειτουργεί ένα παγκόσμιο πρόγραμμα για την καταπολέμηση του AIDS, στο πλαίσιο του Π.Ο.Υ. Ο Διευθυντής του συγκεκριμένου προγράμματος Jonathan Mann παρουσίασε στο συνέδριο της Στοκχόλμης (1988) ένα «Παγκόσμιο πίνακα του AIDS» όπου διαιρεί την Ιστορία της επιδημίας σε 3 περιόδους: την σιωπηρή περίοδο (1970-1981), την αρχική ανακάλυψη (1981-1985) και την Παγκόσμια κινητοποίηση (1985-1988).⁴⁰

Η Παγκόσμια κινητοποίηση συνεχίζεται με την πραγματοποίηση και άλλων συνεδρίων, χαρακτηριστικά θα ήθελα να αναφέρω το 10^ο και το 11^ο Παγκόσμιο Συνέδριο που πραγματοποιήθηκε στην Γιοκοχάμα της Ιαπωνίας το 1994 και στο Βανκούβερ του Καναδά το 1996 αντίστοιχα.

Ο στόχος του 10^{ου} Συνεδρίου στη Γιοκοχάμα ήταν η αφύπνιση της Ασίας όπου πρόσφατα είχε συνειδητοποιήσει τις επιπτώσεις της ασθένειας, η γενετική θεραπεία σε βρέφη με AIDS, η ανάπτυξη του εμβολίου και οι φορείς του ιού που δεν εμφάνισαν πρόοδο της νόσου.

Στο 11^ο Συνέδριο στο Βανκούβερ (1996) αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον Αμερικανό Dr. David Ho ότι υπάρχει αποτελεσματικός συνδυασμός φαρμάκων ο οποίος ελαττώνει θεαματικά το ιικό φορτίο του HIV στο αίμα ώστε να φτάσει σε μη αναγνωρίσιμα επίπεδα. Επίσης συζητήθηκαν οι νέες θεραπευτικές κατευθύνσεις ενάντια στο AIDS, οι οποίες εξαρτώνται από τη γενική κλινική εικόνα του ασθενή, τον αριθμό το T-4 λεμφοκυττάρων και το μέγεθος του ιικού φορτίου στο αίμα. Και τέλος

³⁹ Παπαεωαγγέλου Γ. – Καλλίνικος Γ., *AIDS Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα, Ελληνική Εμπειρία*, ο.π., σ. 22

⁴⁰ Grmek M. D., (μτφ. Ταμβάκη Ε.), *Ιστορία του Εϊτζ*, ο.π., σ. 233

παρουσιάστηκε μία νέα κατηγορία αντιϊκών φαρμάκων το Nevirapine και το Delavirdine που μαζί με διπλό σχήμα φαίνεται ότι εμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό του HIV και προσφέρουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι νέοι συνδυασμοί αντιϊκών φαρμάκων έχουν αλλάξει την πορεία της HIV λοίμωξης και προσφέρουν αισιοδοξία στους φορείς και τους πάσχοντες με AIDS.⁴¹

2. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Ο.Υ.) ΓΙΑ ΤΟ Σ.Ε.Α.Α.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) θεωρεί ότι το AIDS αποτελεί ιδιαίτερης σημασίας κίνδυνο για τη δημόσια υγεία γι' αυτό το λόγο φρόντισε τη στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό και την οικονομική ενίσχυση του προγράμματος για τον έλεγχο του AIDS.

Ειδικότερα οι δραστηριότητες της Π.Ο.Υ. περιλαμβάνει τους εξής τομείς:

1. Ανταλλαγή πληροφοριών πάνω στην επιδημιολογική και εργαστηριακή διάγνωση του AIDS, στις μεθόδους που ακολουθούν τα Κράτη-Μέλη, για τον έλεγχο εξαπλώσεως της λοιμώξεως.
2. Έκδοση οδηγιών για την Πρόληψη-Έλεγχο και Διάγνωση του συνδρόμου που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, στις ομάδες υψηλού κινδύνου και στο υγειονομικό πρόσωπο.
3. Ενεργοποίηση των Ερευνών για την ανάπτυξη ενός απλού και οικονομικού test για την καθημερινή πράξη, ιδιαίτερα για τις αναπτυσσόμενες χώρες. Ίδρυση Κέντρων Αναφοράς όπου θα είναι δυνατή η διάθεση των κατάλληλων αντιδραστηρίων.
4. Συνεργασία με τα Κράτη-Μέλη για την ανάπτυξη εθνικών προγραμμάτων εναντίον του AIDS. Επισημαίνεται και ο σημαντικός ρόλος των μη κρατικών οργανισμών στα θέματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.
5. Συμβουλές προς τα Κράτη-Μέλη για τη χρησιμοποίηση ασφαλούς αίματος και παραγώγων του.
6. Συνεργασία στην έρευνα για την ανεύρεση θεραπευτικών παραγόντων και εμβολίου.

Εκτός από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) υπήρχαν και άλλοι διεθνείς οργανισμοί που έδειξαν το ενδιαφέρον τους για την αντιμετώπιση της νόσου όπως:

- Το Συμβούλιο της Ευρώπης

⁴¹ Σουγιουλτζής Χ., *Οι ασθένειες του AIDS*, Ήβος, Αθήνα, 1994, σ.σ. 93-98

- Ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός
- Οι Ευρωπαϊκές Οικονομικές Κοινότητες.

Οι Ευρωπαϊκές Κοινότητες ίδρυσαν ειδική ομάδα εργασίας για το συντονισμό των ερευνητικών προσπαθειών των χωρών-μελών, για τη μελέτη και αντιμετώπιση της νόσου.⁴²

Σε μια ατμόσφαιρα όπου η δυσπιστία, οι παράλογοι φόβοι και οι πολιτικές ίντριγκες ανακατεύονται με την επιθυμία μίας αποτελεσματικής συλλογικής προσπάθειας στον αγώνα κατά το AIDS, αυτή η αρρώστια τον Οκτώβριο του 1987 συμπεριλήφθηκε στην ημερήσια διάταξη της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών. Ήταν η πρώτη φορά που μια αρρώστια αποτελούσε αντικείμενο μελέτης σ' αυτό το επίπεδο της διεθνούς πολιτικής συνεργασίας.⁴³

3. ΙΔΡΥΣΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Λ.)

Η λήψη αποτελεσματικών μέτρων σε διεθνές αλλά και σε εθνικό επίπεδο άρχισε να αποτελεί μια αναπόφευκτη ανάγκη και να συνιστά την κατεύθυνση μιας συγκεκριμένης, σοβαρής και ενιαίας υγειονομικής πολιτικής. Το γεγονός αυτό κατανοήθηκε πλήρως από το ελληνικό κράτος και το επιστημονικό δυναμικό του.

Έτσι το 1983 δημιουργήθηκε η Εθνική Επιτροπή AIDS, η οποία λειτούργησε στο Υπουργείο Υγείας και σε αυτή την επιτροπή συμμετείχαν επώνυμοι καθηγητές πανεπιστημίου που ασχολούνταν με το αντικείμενο, καθώς και άλλα άτομα που δραστηριοποιούνταν στο χώρο αυτό.⁴⁴

Η Εθνική Επιτροπή λειτούργησε μέχρι το 1992 γιατί με την πάροδο του χρόνου η επιδημία επεκτεινόταν και ήταν πλέον φανερό η ανάγκη δημιουργίας ενός ευρύτερου φορέα που θα ασχολιόταν μεθοδικότερα με το συγκεκριμένο αντικείμενο. Έτσι ψηφίστηκε το Προεδρικό Διάταγμα 358/92 το οποίο αναφερόταν στην ίδρυση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.). Το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων ιδρύθηκε στην Αθήνα το Νοέμβριο του 1992. Λειτουργεί ως ένα Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, υπό τον έλεγχο και την χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, και με Διοικητικό Συμβούλιο (9 μέλη και 9 αναπληρωματικά μέλη). Η πρώτη συνεδρία του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. πραγματοποιήθηκε στις 30 Νοεμβρίου 1993.

Σκοπός του Κέντρου είναι η αντιμετώπιση παρακολούθηση, συντονισμός και υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών

⁴² Παπαεωαγγέλου Γ. – Καλλίνικος Γ., *AIDS Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα, Ελληνική Εμπειρία*, ο.π., σ. 23

⁴³ Grmek M. D., (μτφ. Ταμβάκη Ε.), *Ιστορία του Ειτζ*, ο.π., σ.σ. 234

⁴⁴ Περιοδικό «Συνάνθρωπος», 5 (2002), σ. 20

νοσημάτων και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους (όπως: AIDS, Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και Ιογενείς Ηπατίτιδες).

Το Κ.Ε.Ε.Λ. λειτουργεί πάνω σε 3 βασικούς άξονες:

1. Πρόληψη – μέσω γενικής ενημέρωσης σε πανεθνικό επίπεδο.
2. Περίθαλψη – κατάλληλη και άμεση, ιατρονοσηλευτική περίθαλψη μέσα απ' τα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Καταγραφή – ανάλυση και επίλυση των ποικίλων ιατροκοινωνικών, νομικών και ηθικοδεοντολογικών προβλημάτων.⁴⁵

Στα πρώτα χρόνια λειτουργίας του Κέντρου οι δραστηριότητες του, επικεντρώθηκαν στο AIDS, τις Ηπατίτιδες και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.

Με την πάροδο του χρόνου οι δραστηριότητες του Κ.Ε.Ε.Λ. διευρύνθηκαν, έγινε επαναπροσανατολισμός του Οργανισμού, όπου το διοικητικό συμβούλιο με πρόεδρο τον καθηγητή Λοιμωξιολογίας κ. Γ. Σαρόγλου, αποφασίστηκε να ασχοληθούν ευρύτερα με τα Λοιμώδη Νοσήματα, όπως η φυματίωση, η οποία τα τελευταία χρόνια αυξάνεται, όλες οι μορφές των Ηπατίτιδων καθώς και η Βουρκέλωση, η Λεισμανίαση, η Σπογγώδης Εγκεφαλοπάθεια κ.ά.. Στο Κ.Ε.Ε.Λ. επίσης ανατέθηκε η ευθύνη, ο συντονισμός και η προστασία της χώρας μας για την αντιμετώπιση Έκτακτων Συμβάντων (Βιοτρομοκρατία).

Το όραμα της Διοικήσεως του Κ.Ε.Ε.Λ. το οποίο συμμερίστηκε και η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ήταν να διευρυνθεί ο Οργανισμός προκειμένου να καλυφθούν ανάγκες της Δημόσιας Υγείας έτσι ώστε το Κ.Ε.Ε.Λ. να αποτελέσει ένα υπερσύγχρονο φορέα που θα καλύπτει όλα τα Λοιμώδη Νοσήματα με πρότυπο το C.D.C. (Center for Diseases Control) των Ηνωμένων Πολιτειών.⁴⁶

Στην προσπάθεια αυτή πολύτιμη υπήρξε και η αυθόρμητη συμμετοχή του Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού, τα διάφορα σωματεία, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, εκπρόσωποι του πνευματικού κόσμου και πολλοί ιδιωτικοί φορείς.

Οι Αρμοδιότητες του Κ.Ε.Ε.Λ. είναι συγκεκριμένες και αφορούν τους εξής τομείς:

⁴⁵ Σταθόπουλος Π. *Κοινωνική Πρόνοια – Μια Γενική Θεώρηση*, Έλλην, Αθήνα, 1996, σ.σ. 360-361

⁴⁶ Περιοδικό «Συνάνθρωπος», 5 (2202), σ.σ. 20-21

1. Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τη διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής, για την αντιμετώπιση των ειδικών λοιμώξεων.
2. Έχει την ευθύνη για την επαγρύπνηση και την παρακολούθηση της εξέλιξης των ειδικών αυτών λοιμώξεων, συλλέγοντας και αξιολογώντας τα επιδημιολογικά στοιχεία.
3. Καταρτίζει προγράμματα για την ενημέρωση, την πρόληψη, την περίθαλψη, τη νοσηλεία και τη κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη φορέων και ασθενών.
4. Διεξάγει ερευνητικές εργασίες για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού, με κριτήρια την προστασία και την προαγωγή της δημόσιας υγείας.
5. Εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τη χρηματοδότηση σχετικών ερευνητικών προγραμμάτων, και για την παροχή υποτροφιών για μετεκπαίδευση ιατρικού προσωπικού σε θέματα σχετικά με το αντικείμενο, στην Ελλάδα ή στο Εξωτερικό.
6. Οργανώνει συνέδρια, διαλέξεις, ανακοινώσεις και αναπτύσσει κάθε είδους επιστημονική και ενημερωτική δραστηριότητα σχετικά με το αντικείμενό του.
7. Συνεργάζεται με κρατικές υπηρεσίες, ερευνητικά ιδρύματα και οργανισμούς της ημεδαπής και της αλλοδαπής που έχουν δραστηριότητες παρόμοιες με αυτές του αντικειμένου του.
8. Γνωμοδοτεί σε ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.
9. Ενημερώνει τον πληθυσμό και τις ομάδες υψηλού κινδύνου.
10. Δημιουργεί ή συμβάλλει στη δημιουργία αυτοδύναμων κέντρων έρευνας, πληροφόρησης, και ψυχολογικής υποστήριξης σε διάφορα σημεία της επικράτειας.
11. Συνεργάζεται για την ομαλή λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων, των κέντρων ελέγχου, των κέντρων αναφοράς και των τμημάτων ειδικών λοιμώξεων.⁴⁷

Η επίτευξη των παραπάνω αρμοδιοτήτων γίνεται μέσα από τη δημιουργία 14 επιστημονικών επιτροπών και αφορά την καλύτερη μελέτη του αντικειμένου του Κ.Ε.Ε.Λ.. Κάθε επιτροπή απαρτίζεται από ειδικευμένους επιστήμονες και ο συνολικός αριθμός των μελών των επιτροπών είναι 120.

Ειδικότερα οι επιτροπές αυτές είναι:

1. *Επιτροπή Ενημέρωσης Πληθυσμού*

⁴⁷ Σουγιουλτζής Χ., *Οι ασθένειες του AIDS*, ο.π., σ.σ. 78-79

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι η ενημέρωση του ελληνικού πληθυσμού, μέσω ενός ενημερωτικού προγράμματος με βάση τα διεθνή πρότυπα, την αξιολόγηση των ερωτήσεων που προκύπτουν από το Συμβουλευτικό Σταθμό και από την μελέτη των μελών του Δ.Σ. και άλλων συνεργατών με σταθερό δείγμα πληθυσμού. Η ενημερωτική καμπάνια περιλαμβάνει:

- Ενημέρωση του γενικού πληθυσμού
- Ενημέρωση μαθητών, σπουδαστών και φοιτητών
- Ενημέρωση του εργατικού δυναμικού της χώρας
- Ενημέρωση των Ενόπλων Δυνάμεων και των Σωμάτων Ασφαλείας

2. *Επιτροπή Ιατρονοσηλευτικής Εκπαίδευσης*

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι η οργάνωση του Φροντιστηρίου Παθολογικού Τομέα (Μάρτιος 1994) στο νοσοκομείο Ευαγγελισμός, και του φροντιστηρίου Χειρουργικού Τομέα (Ιούνιος 1994) στο νοσοκομείο Ιπποκράτειο. Οργανώνει επίσης σεμινάρια και φροντιστηριακά μαθήματα για το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό των εργαστηρίων και συνεδριακές εκδηλώσεις.

3. *Επιτροπή Επιδημιολογίας*

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι η επιτήρηση και η πρόβλεψη της πορείας της επιδημίας του AIDS, ιδιαίτερα στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Επίσης καταγράφει τα κρούσματα, οργανώνει τις υπηρεσίες πρόληψης, μελετά τη φυσική ιστορία της νόσου και των μεταβολών της, υποβάλλει ετήσια έκθεση στο Κ.Ε.Ε.Λ. και παρακολουθεί τις εξελίξεις της νόσου στους φορείς. Συνεργάζεται με την Επιτροπή Ενημέρωσης Πληθυσμού.

4. *Επιτροπή Ιατρονοσηλευτικής Φροντίδας*

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι η μέριμνα των τμημάτων ειδικών λοιμώξεων στα Γενικά Περιφερειακά ή Νομαρχιακά Νοσοκομεία, στα Κέντρα Υγείας, στις ιδιωτικές κλινικές κ.ά. Φροντίζει τη φαρμακευτική αγωγή, ελέγχει τα κρατικά φάρμακα και συνεργάζεται με την Επιτροπή Ιατρονοσηλευτικής Εκπαίδευσης.

5. *Επιτροπή Εργαστηριακής Μέριμνας*

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι ο συντονισμός και η ενίσχυση των Κέντρων Ελέγχου, των Κέντρων Αναφοράς, και των υπόλοιπων εργαστηρίων με σκοπό την ακριβή διάγνωση και την άρτια παρακολούθηση των φορέων και ασθενών, ώστε να καλυφθούν πλήρως οι ανάγκες τους στα διάφορα νοσοκομεία και στα κέντρα παρακολούθησης. Επίσης ενημερώνει όλα τα εργαστήρια των χωρών που ασχολούνται με το AIDS, σχετικά με την βελτίωση των χρησιμοποιούμενων μεθόδων και την εισαγωγή νέων διαγνωστικών μεθόδων.

6. *Επιτροπή Έρευνας*

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι η αξιολόγηση των ερευνητικών πρωτοκόλλων που χρηματοδοτούνται από το Κ.Ε.Ε.Λ.. Καταγράφει τα ερευνητικά προγράμματα που έχουν γίνει ή γίνονται στην Ελλάδα, και υποβάλλει ετήσια έκθεση στο Κ.Ε.Ε.Λ.. Επίσης συνεργάζεται με διεθνείς οργανισμούς (Ε.Ο.Κ., Π.Ο.Υ., κ.λ.π.) που ασχολούνται με το ίδιο αντικείμενο.

7. Γραμματεία Διεθνών Σχέσεων

Το αντικείμενο της Επιτροπής βασίζεται σε δύο άξονες. Ο πρώτος είναι η παρακολούθηση όλων των διεθνών δραστηριοτήτων και η μεταφορά πληροφοριών, τάσεων και αποφάσεων των διεθνών οργανισμών στη χώρα μας. Ο δεύτερος είναι η συνεχής συμμετοχή και η εμφάνιση της χώρας μας στον διεθνή οργανισμό Fora και η προβολή αντιστοίχως των ελληνικών θέσεων. Επίσης καταγράφει τα νέα των διεθνών κέντρων και των οργανώσεων, επικοινωνεί με τους επίσημους εκπροσώπους των διεθνών οργανισμών και συνεργάζεται με τους εκπρόσωπους των ελληνικών υπηρεσιών.

8. Επιτροπή Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι η δημιουργία δυνατοτήτων ψυχολογικής υποστήριξης στα άτομα που έχουν μολυνθεί και στα μέλη των οικογενειών τους. Επίσης η δημιουργία συμβουλευτικών σταθμών, τηλεφωνικών κέντρων κ.ά. που διατηρούνται υπό τον έλεγχο της επιτροπής.

9. Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι η καταγραφή – μελέτη και επίλυση των δεοντολογικών ή νομικών προβλημάτων που δημιουργούνται λόγω της φύσης των νοσημάτων αυτών.

10. Επιτροπή Νομικής Υποστήριξης

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι η εναρμόνιση των νομικών δεδομένων προς τα αντίστοιχα διεθνή σε ότι αφορά το AIDS, καθώς επίσης προσφέρει νομική προστασία σε φορείς του AIDS για τρέχοντα ζητήματα.

11. Επιτροπή Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι η καταγραφή γεγονότων και στοιχείων από τους άμεσα ενδιαφερόμενους, προσφέρει ενημέρωση – υποστήριξη και αξιολόγηση δεδομένων, υποβάλλει προτάσεις και λαμβάνει μέτρα διευκόλυνσης.

12. Επιτροπή Ενόπλων Δυνάμεων

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι η συνεργασία εκπροσώπου των Ενόπλων Δυνάμεων και των Σωμάτων Ασφαλείας με αντίστοιχες επιτροπές, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες ενημέρωσης, εκπαίδευσης, περίθαλψης κ.λ.π.

13. Επιτροπή Ηπατίτιδας

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι η μελέτη ενός ειδικού αντικειμένου της Ηπατίτιδας και οι επιπτώσεις της ασθένειας στη Δημόσια Υγεία.

14. Επιτροπή Πρωτοβουλίας Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Αντικείμενο της Επιτροπής είναι η ευαισθητοποίηση και η συμβολή διακεκριμένων προσώπων του πνευματικού, ακαδημαϊκού, καλλιτεχνικού, πολιτικού και επιχειρηματικού κόσμου με στόχο την πρόληψη της ασθένειας με κάθε τρόπο.⁴⁸

Το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) διαθέτει επίσης τέσσερις υπηρεσίες:

- Την κατ' οίκον Νοσηλεία και Οδοντιατρείο
- Τον Ξενώνα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης
- Το Συμβουλευτικό Σταθμό Λοιμωδών Νοσημάτων
- Την Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης

- ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Η υπηρεσία αυτή άρχισε να λειτουργεί από το 1995 και στόχος είναι να παρέχει δωρεάν τη φροντίδα της στοματικής υγιεινής οροθετικών ατόμων, εκτελώντας όλες τις απαραίτητες οδοντιατρικές εργασίες.

- ΞΕΝΩΝΑΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Ο Ξενώνας δημιουργήθηκε το 1993 από το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.). Έχει τη δυνατότητα φιλοξενίας 14 ατόμων. Ο χρόνος φιλοξενίας είναι 3 μήνες με δυνατότητα παράτασης, και ο στόχος είναι η εύρεση εργασίας και κοινωνική επανένταξη των ατόμων αυτών.

Ο Ξενώνας απαρτίζεται από το Επιστημονικό προσωπικό (Υπεύθυνος, Ιατρός, Ψυχολόγος, Κοινωνικός Λειτουργός) και το Βοηθητικό προσωπικό (Μάγειρας, Φύλακας, Καθαριστής).

Η υπηρεσία παρέχει στέγη, τροφή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ψυχοκοινωνική στήριξη σε οικονομικά αδύνατους και αυτοεξυπηρετούμενους ασθενείς με λοιμώδη νοσήματα.⁴⁹

- ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ (Σ.Σ.) ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ (Τ.Γ.) ΓΙΑ ΤΟ AIDS

Ο Συμβουλευτικός Σταθμός και η Τηλεφωνική Γραμμή αποτελούν αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ.. Άρχισαν να λειτουργούν το Σεπτέμβριο του

⁴⁸ Στο ίδιο σ.σ. 80-84

⁴⁹ Περιοδικό «ΙΑΤΡΙΚΑ», 38 (2002), σ.σ. 30

1992 με την επιστημονική ευθύνη του Ψυχολογικού τμήματος της ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι υπηρεσίες αυτές στελεχώνονται από Ψυχολόγους, Κοινωνικό Λειτουργό και Στατιστικολόγο. Κύριο αντικείμενό τους είναι η εξειδικευμένη ψυχοκοινωνική παρέμβαση σε θέματα στήριξης οροθετικών ατόμων, ατόμων του περιβάλλοντός τους και του ευρύτερου κοινού.

Ειδικότερα οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται από την επιστημονική ομάδα των υπηρεσιών αυτών είναι οι εξής:

1. Συμβουλευτική ενημέρωση και πρόληψη – ψυχολογική στήριξη – κοινωνικές υπηρεσίες καθώς και ψυχιατρική αξιολόγηση – παρακολούθηση, σε οροθετικά άτομα, σε συντρόφους ή συγγενείς καθώς και σε άτομα που προβληματίζονται σε σχέση με το AIDS, επιθυμούν να κάνουν διαγνωστικό τεστ ή βρίσκονται σε αναμονή αποτελεσμάτων.
2. Ενημερωτικές – Εκπαιδευτικές – Επιστημονικές δραστηριότητες και συνεργασίες με στόχο την ευρύτερη ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του κοινού σε θέματα AIDS, την εκπαίδευση επαγγελματιών στον τομέα της (ψυχικής) υγείας αλλά και τη συνεχιζόμενη κατάρτιση του προσωπικού των δύο υπηρεσιών.
3. Συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών του κοινού σε θέματα AIDS, με στόχο την συστηματοποίηση της κλινικής εικόνας του πληθυσμού που απευθύνεται στις υπηρεσίες αυτές και τη διερεύνηση και προώθηση αποτελεσματικότερων τρόπων παρέμβασης.
4. Προώθηση δικτύου συνεργασίας και διασύνδεσης με άλλες υπηρεσίες και φορείς της Ελλάδας και του εξωτερικού, καθώς επίσης συνεργάζεται με τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.).
5. Συμμετοχή στην Επιτροπή Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ. και στην δημιουργία πρωτότυπου ενημερωτικού υλικού.⁵⁰

Κλείνοντας την αναφορά μας στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) θα θέλαμε να αναφερθούμε σε τέσσερις σημαντικές ενέργειες που επιτεύχθηκαν έπειτα από οργανωμένες προσπάθειες του Οργανισμού.

Ειδικότερα το Κ.Ε.Ε.Λ. κατάφερε:

- Να εξασφαλίσει δωρεάν αντιρετροϊκή θεραπεία στους Έλληνες πολίτες αλλά και στους οικονομικούς μετανάστες.

⁵⁰ Τηλεφωνική Γραμμή και Συμβουλευτικός Σταθμός για το AIDS, *Ετήσια Έκθεση*, Αθήνα, 1999, σ. Χ.Ι.

Σύμφωνα με το νόμο 2955/2001 ορίζει ότι: «Σε αλλοδαπούς μετανάστες που έχουν μολυνθεί από τη λοίμωξη HIV ή άλλα νοσήματα, εφόσον χρήζουν θεραπευτικής αγωγής και δεν μπορεί στη χώρα προέλευσης τους ή και επιστροφής τους να χορηγηθεί αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή, χορηγείται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Για το διάστημα που διαρκεί η θεραπευτική αγωγή, οι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες δικαιούνται προσωρινής άδειας, παραμονής και εργασίας. Με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι προϋποθέσεις και ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για την εφαρμογή αυτής της διάταξης». Η διάταξη αυτή αποτελεί αποκορύφωμα μιας πορείας και είναι πρωτοποριακή σε διεθνή βάση.⁵¹

- Το 1995 δημοσιεύτηκε από το Κ.Ε.Ε.Λ. το βιβλίο «AIDS Θεμελιώδεις Αρχές για την Προστασία των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών».

Το βιβλίο αυτό αποτέλεσε ένα πολύ σημαντικό οδηγό για το πώς πρέπει να συμπεριφέρονται οι κρατικές υπηρεσίες και οι ιδιώτες στα άτομα που ζουν με το AIDS. Οικογένεια, Εργασία, Εκπαίδευση, Στρατός, Αλλοδαποί – Μετανάστες, Φυλακές, Περίθαλψη, Απόρρητο, Κοινωνική Ασφάλιση – Πρόνοια, Προστασία από ιδιοσκευάσματα και διαφήμιση, Δικονομικά ζητήματα, κοινωνική ζωή, είναι τα θέματα που αναλύονται με το να δίδονται κατευθύνσεις.

Δημοσιεύτηκε και στην Αγγλική γλώσσα, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το συγκεκριμένο βιβλίο εκδόθηκε για πρώτη φορά το 1995 και μέχρι την περίοδο αυτή δεν υπήρχαν παρόμοιες κατευθύνσεις συγκεντρωμένες για όλους τους τομείς.

Με ευθύνη του Κ.Ε.Ε.Λ. διανεμήθηκε σε όλες τις χώρες του κόσμου μέσω των ελληνικών πρεσβειών, σε διεθνείς φορείς όπως: Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το Συμβούλιο της Ευρώπης, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο κ.λ.π.

Παντού δέχτηκε διθυραμβικές κριτικές, με αποκορύφωμα το χαρακτηρισμό του κυρίου Ser. S. Fluss επικεφαλής του Προγράμματος Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, Τμήμα Διοικητικού Διευθυντή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, ως: «Έντυπια έκδοσης και ως σημαντικού ντοκουμέντου που θα ανταποκριθεί στις προσδοκίες του και θα αγγίζει το κοινό».

Στην ηλεκτρονική βιβλιοθήκη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, η μετάφραση του βιβλίου στην Αγγλική γλώσσα (AIDS: Fundamental Principles for the Control of Infectious Diseases 1995-6) επισημαίνεται ως ένα από τα 286 βιβλία της Π.Ο.Υ. για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα σε σχέση με τη δημόσια Υγεία και ως ένα από τα 32 βιβλία σε σχέση με τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την HIV λοίμωξη.

⁵¹ Πολίτης, Χ. Τ. *HIV/AIDS Δημόσια Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα*, Κ.Ε.Ε.Λ., Αθήνα, 2002, σ. 23

- Η αντιρετροϊκή θεραπεία στη χώρα μας διατίθεται δωρεάν βάση ιατρικής ένδειξης χωρίς καμία άλλη διάκριση ή περιορισμό.

Μέχρι το 1998 η αντιρετροϊκή θεραπεία διατίθετο από τον κρατικό προϋπολογισμό απευθείας. Από το 1998 και έπειτα ορίστηκε ότι τη δαπάνη καλύπτει εκάστοτε το Ασφαλιστικό ταμείο του Οροθετικού. Από τον Κρατικό προϋπολογισμό διατίθενται τα ποσά που αφορούν τους ανασφάλιστους, τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και τους οικονομικούς μετανάστες.

Το Κ.Ε.Ε.Λ. δέχθηκε παράπονα από τους ίδιους τους οροθετικούς ότι τα ασφαλιστικά ταμεία δεν μπορούσαν να εξασφαλίσουν το ιατρικό απόρρητο σε ικανοποιητικό βαθμό. Γι' αυτό το λόγο ο Οργανισμός ανέθεσε στον γράφοντα υπό την ιδιότητα του ως Νομικού Συμβούλου και συντονιστή της Επιτροπής Νομικών Ζητημάτων και Νομικής Υποστήριξης του Κ.Ε.Ε.Λ. να συνεργαστεί με φορείς για την διεξαγωγή λύσης.

Έτσι το 2000 εγκρίνεται από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα ο «Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Αρχείο Οροθετικών και Ασθενών με AIDS». Σύμφωνα με τον κανονισμό από τα Ασφαλιστικά ταμεία καλύπτονται να πληρώσουν βάσει ενός κωδικού χωρίς να γνωρίζουν ποιος είναι ο οροθετικός ασφαλισμένος τους. Το Κ.Ε.Ε.Λ. θα πιστοποιεί ότι ο οροθετικός έχει ασφαλιστική ενημερότητα και τα Ασφαλιστικά ταμεία έχουν την υποχρέωση να δεχθούν την πιστοποίηση του Κ.Ε.Ε.Λ.

Το 2001 ο Υπουργός Υγείας κ. Α. Παπαδόπουλος προτείνει να γίνει αρχείο Μεταναστών αντίστοιχο με εκείνο το Αρχείο Οροθετικών.

- Έπειτα από πρωτοβουλία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων κατάφερε να εξασφαλίσει προνοιακό επίδομα για τα Οροθετικά άτομα και τους Ασθενείς με AIDS ως οικονομική ενίσχυση.⁵²

2.5. ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ (Μ.Κ.Ο)

Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) στο χώρο του AIDS ξεκίνησαν αρχικά στις Η.Π.Α., στην Ευρώπη και εν συνεχεία στην Ελλάδα, προκειμένου να καλύψουν ανάγκες για τις οποίες είτε δεν υπήρχαν οι κατάλληλες κρατικές υπηρεσίες είτε οι υπάρχουσες ήταν ανεπαρκείς ή δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν λόγω του ιδιαίτερου χαρακτήρα των αναγκών.

Στο παρελθόν οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις στο χώρο του AIDS είχαν θεωρηθεί ισχυροί αντίπαλοι για τις Κυβερνήσεις, αφού διεκδικούσαν με δυναμικούς τρόπους τα δικαιώματα των ανθρώπων που ζουν με το AIDS .

⁵² Στο ίδιο, σ.σ. 21-22

Στις μέρες μας ο ρόλος των Μ.Κ.Ο. είναι πολύ σημαντικός. Ειδικότερα:

- Σε όλη την Ευρώπη οι Μ.Κ.Ο. διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο αφού αναλάμβαναν ακόμη και υπηρεσίες που παραδοσιακά παρείχε το κράτος, όπως: τον κοινωνικό τομέα, την απασχόληση κ.λ.π.
- Στην Ελλάδα οι Μ.Κ.Ο. από «αντίπαλοι» του παρελθόντος έχουν αρχίσει να γίνονται «συνομιλητές» και «συνεργάτες» στη διαμόρφωση πολιτικής και νομοθεσίας με τους κρατικούς φορείς. Η άμεση και συχνή επαφή των Μ.Κ.Ο. με τους ανθρώπους που ζουν με το AIDS, τους δίνει τη δυνατότητα να γνωρίζουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά και στη συνέχεια στόχος είναι η προβολή των προβλημάτων αυτών στους αρμόδιους κρατικούς φορείς για την επίλυσή τους.
- Οι Μ.Κ.Ο. έχουν το προνόμιο της «ευελιξίας» λόγω έλλειψης γραφειοκρατικών διαδικασιών, διαθέτουν τη δυνατότητα της γρήγορης αντιμετώπισης των προβλημάτων σε ατομικό επίπεδο.
- Ένας ακόμη τελευταίος πολύ σημαντικός ρόλος των Μ.Κ.Ο. είναι η συμβολή τους στην ενημέρωση και διαμόρφωση της κοινής γνώμης. Ιδιαίτερα στο χώρο του AIDS όπου ο φόβος, το στίγμα και ο κοινωνικός αποκλεισμός ήταν και είναι συχνά φαινόμενα, όπου η γνώση είναι το μόνο όπλο που μπορεί να αλλάξει τις νοοτροπίες των ανθρώπων και να βοηθήσει στη μείωση της εξάπλωσης του ιού της ανοσολογικής ανεπάρκειας.⁵³

Στο πλαίσιο των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων που υπάρχουν στον Ελλαδικό χώρο είναι:

1. Το Κέντρο Ζωής
2. Το ACT UP
3. Η Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS
4. Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων του ιού του AIDS «ΕΛΠΙΔΑ»
5. AIDS – Προστασία – Σύλλογος Συμπαράστασης Φορέων και Ασθενών με AIDS
6. AIDS – Πανελλήνιος – Σύλλογος Πρόληψης και Συμπαράστασης φορέων με AIDS

(Υποσημείωση: Ο κατάλογος των Μ.Κ.Ο. δεν πρέπει να θεωρηθεί ούτε πλήρης ούτε πάγιος γιατί ενδέχεται κάποιοι σύλλογοι να διαλύθηκαν ή να επαναδιαρθρώθηκαν).

⁵³ Περιοδικό «Ιατρικά», 38 (2002), σ.σ. 34-35

ΚΕΝΤΡΟ ΖΩΗΣ

Το Κέντρο Ζωής ιδρύθηκε το Νοέμβριο του 1991 και είναι ένα αναγνωρισμένο μη κερδοσκοπικό σωματείο. Προσφέρει υπηρεσίες που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα αναγκών, των ατόμων με HIV/AIDS, των οικογενειών τους, και του ευρύτερου πληθυσμού.

Το Κέντρο λειτουργεί χάρη στην πολύτιμη και ακούραστη προσφορά των εθελοντών του, μέσα σε πλαίσια σεβασμού προς τον συνάνθρωπο και απόλυτης εχεμύθειας.

Πλαισιώνεται από το Επιστημονικό προσωπικό (Διευθύντρια, Συμβουλευτική Ψυχολόγος, Κοινωνική Λειτουργό, Γραμματέας) και τους 80 Εθελοντές.

Το Κέντρο συνεργάζεται με:

- Το Κ.Ε.Ε.Λ. αρμόδιο όργανο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
- Τη Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς

Ενώ αντίστοιχα συμμετέχει:

- Στην Επιτροπή Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων
- Στην Επιτροπή Ενημέρωσης Πληθυσμού
- Στην Ομοσπονδία Εθελοντικών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων
- Και στην Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία (CHANGE)

Το Κέντρο Ζωής παρέχει τις εξής υπηρεσίες:

1. Δωρεάν Κοινωνική και Ψυχολογική Υποστήριξη στους φορείς του ιού και στις οικογένειές τους.
2. Κέντρο Ημέρας
3. Πρόγραμμα Συντροφικότητας στο Νοσοκομείο και στο Σπίτι
4. Πρόγραμμα Συντροφικότητας στις Φυλακές
5. Έκτακτη Οικονομική Ενίσχυση
6. Συνάνθρωπος, περιοδικό ενημερωτικού χαρακτήρα για το AIDS και τη θεραπεία του.
7. Πρόγραμμα Ενημέρωσης Πληθυσμού σε θέματα πρόληψης (όπως: διεξαγωγή ομιλιών, επαφές με εκπαιδευτικά ιδρύματα, χώρους εργασίας κ.λ.π.)
8. Διοργάνωση εκδηλώσεων με σκοπό την ευρύτερη ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του πληθυσμού για το έργο του Κέντρου καθώς και την εξεύρεση οικονομικών πόρων.

9. Συμμετοχή και συνεργασία με παρόμοιους φορείς σε Ευρωπαϊκά Διακρατικά Δίκτυα.⁵⁴

Το Κέντρο Ζωής δίνει τη δυνατότητα στους εθελοντές να συμμετέχουν στις παραπάνω υπηρεσίες, αφού προηγουμένως παρακολουθήσουν ειδικά εκπαιδευτικά σεμινάρια. Τα σεμινάρια αυτά πραγματοποιούνται δυο φορές το χρόνο και βοηθούν τους εθελοντές να αποκτήσουν βασικές γνώσεις γύρω απ' το θέμα με το οποίο πρόκειται να ασχοληθούν.

Ειδικότερα, οι γνώσεις αυτές περιλαμβάνουν την εξής θεματολογία:

1. Ιδεολογία και τρόπος λειτουργίας του Κέντρου Ζωής
2. Γενικά Ιατρικά Στοιχεία για τον ιό HIV και το AIDS
3. Θέματα κοινωνικής ευαισθητοποίησης και ψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης του AIDS
4. Εμπειρικές Ασκήσεις που δίνουν την ευκαιρία στους εκπαιδευόμενους να γνωρίσουν καλά ο ένας τον άλλον.

Ο τρόπος που πραγματοποιούνται τα σεμινάρια αλλάζει και βελτιώνεται σύμφωνα με τις συνεχώς μεταβαλλόμενες και αυξανόμενες ανάγκες του Κέντρου. Η βασική όμως μορφή της εκπαίδευσης παραμένει η ίδια.⁵⁵

Το έργο των εθελοντών στις υπηρεσίες του Κέντρου Ζωής είναι πολύτιμο γι' αυτό θα αναφερθούμε ενδεικτικά σε δύο υπηρεσίες: α) στο Κέντρο Ημέρας και β) στο Πρόγραμμα Συντροφικότητας στο Νοσοκομείο και στο Σπίτι.

α) ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ

Το Κέντρο Ημέρας αποτελεί μια από τις υπηρεσίες που παρέχει το Κέντρο Ζωής, ξεκίνησε να λειτουργεί το Δεκέμβριο του 1995. Αποτελεί ένα χώρο συνάντησης, ψυχαγωγίας, και ενημέρωσης για τα οροθετικά άτομα και ασθενείς με AIDS, καθώς επίσης και για τους συγγενείς και φίλους τους.

Στόχος του Κέντρου Ημέρας είναι να βοηθήσει τα άτομα που το επισκέπτονται:

1. Να λύσουν απορίες και να ενημερωθούν σε θέματα HIV/AIDS
2. Να μιλήσουν για τις ελπίδες και τους φόβους τους, και
3. Να μιλήσουν με άλλα άτομα που αντιμετωπίζουν την ίδια πρόκληση και να μοιραστούν από κοινού ιδέες και λύσεις.

⁵⁴ Ενημερωτικό Φυλλάδιο από το Κέντρο Ζωής

⁵⁵ http://www.kentrozois.gr/ethelontismos_gr.htm

Οι Υπηρεσίες που προσφέρει το Κέντρο Ημέρας στα μέλη του είναι οι εξής:

- Συμβουλευτική Υποστήριξη στα οροθετικά άτομα και τις οικογένειές τους εφόσον το επιθυμούν (όπως: ομάδα υποστήριξης συγγενών και οροθετικών, ατομική συμβουλευτική κ.ά.). Σκοπός της υπηρεσίας αυτής είναι να βοηθήσει τα άτομα που ζουν με τον ιό του HIV να αντιμετωπίσουν την πρόκληση αποτελεσματικότερα και δημιουργικότερα.
- Δραστηριότητες που ενισχύουν την καλύτερη γνωριμία και επαφή με το σώμα. Η σωματική άσκηση βοηθά στην καλύτερη ανάπτυξη και τη θετικότερη σχέση με το σώμα του, απαραίτητη για τη σωστή αντιμετώπιση του HIV/AIDS.
- Διεξαγωγή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εντός και εκτός του χώρου του Κέντρου (όπως: συνεστιάσεις, εκδρομές, θεατρικές παραστάσεις κ.ά.)
- Προσφέρεται γεύμα κάθε Δευτέρα βράδυ (19:00 – 21:00) και κατά τη διάρκεια της εβδομάδας προσφέρεται καφές, αναψυκτικά και σνάκς.
- Διαθέτει δανειστική βιβλιοθήκη με ιδιαίτερη προσοχή στη θεματολογία γύρω απ' το HIV/AIDS, βιβλία αυτοβοήθειας και ενημερωτικό υλικό.
- Διοργανώνονται διαλέξεις μία φορά το μήνα με θέματα που αφορούν το HIV/AIDS, από Επιστημονικό προσωπικό, με σκοπό την ενημέρωση των ατόμων για την εξέλιξη των ερευνητικών προσπαθειών στην καταπολέμηση του ιού της ανοσολογικής ανεπάρκειας.⁵⁶

β) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Το Κέντρο Ζωής σε συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων προσπαθεί να ενημερώσει τους ασθενείς με AIDS για την ύπαρξη του Κέντρου και το ρόλο των εθελοντών. Αυτό που επιδιώκουν οι εθελοντές με την παρουσία τους στο χώρο του νοσοκομείου είναι να καλύψουν συγκεκριμένες ανάγκες των ασθενών με AIDS.

Ειδικότερα η "Ομάδα Νοσοκομείων" αποτελείται από 10 ενεργά μέλη που συνεργάζονται με σημαντικά νοσοκομειακά ιδρύματα τα οποία είναι τα εξής:

- | | |
|---|------------------|
| 1. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών | «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» |
| 2. 1 ^ο Νοσοκομείο ΙΚΑ Αθηνών | «Η ΠΕΝΤΕΛΗ» |
| 3. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών | «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» |
| 4. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά | «ΤΖΑΝΕΙΟ» |
| 5. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών | «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» |
| 6. Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νοσημάτων | «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ» |

Ο στόχος της ομάδας συντροφικότητας στο νοσοκομείο είναι να προσφέρουν συντροφιά και ψυχολογική στήριξη σε οροθετικά άτομα που νοσηλεύονται.

⁵⁶ http://www.kentrozois.gr/kimeras_gr.htm

Οι εθελοντές προσφέρουν στήριξη στους ασθενείς όμως μέσα απ' αυτή τη δραστηριότητα η ομάδα αποκομίζει εξίσου σημαντικά πρόγραμμα με αυτά που προσφέρει.

Η Λίτσα εθελόντρια της συγκεκριμένης ομάδας αναφέρει: «Νοιώθω να παίρνω πολύ περισσότερα πράγματα απ' όσα δίνω. Γενικά έχω την αίσθηση ότι γίνομαι καλύτερος άνθρωπος, επίσης είναι πολύ σημαντικό το ότι μαθαίνεις να αποδέχεσαι και να αγαπάς τον άλλο μαζί με τις ιδιαιτερότητες του...»

Η ύπαρξη και η καλή πορεία της "Ομάδας Νοσοκομείων" είναι η γόνιμη συνεργασία με τους υπεύθυνους των νοσοκομείων. Χωρίς τη συμβολή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού οι εθελοντές δεν θα είχαν τη δυνατότητα να προσφέρουν τη βοήθειά τους.

Η "Ομάδα Συντροφικότητας στο Σπίτι" αποτελείται από 3 ενεργά μέλη. Ο ρόλος της ομάδας αυτής είναι να βοηθήσουν οροθετικά άτομα σε κάποιο συγκεκριμένο τομέα της ζωής τους. Μπορούν για παράδειγμα να φροντίσουν για τα ψώνια, να πληρώσουν λογαριασμούς, να βοηθήσουν στο διάβασμα ή απλά να κρατούν συντροφιά σε άτομα που το έχουν ανάγκη και το ζητούν.

Μέσω του Κ.Ε.Ε.Λ., του οικογενειακού περιβάλλοντος ή του ίδιου του οροθετικού ατόμου, γίνεται η επαφή με το Κέντρο Ζωής και στη συνέχεια με τη συγκεκριμένη ομάδα εθελοντών.

Βασικός στόχος της "Ομάδας Συντροφικότητας στο Σπίτι" είναι η κάλυψη πρακτικών αναγκών χωρίς όμως να αποκλείεται οτιδήποτε άλλο. Εξάλλου και μόνο η παρουσία ενός ανθρώπου στη ζωή ενός άλλου που την έχει ανάγκη είναι πολύ σημαντική. Έτσι τα όρια στη σχέση εθελοντή και οροθετικού μεταβάλλονται ανάλογα με την περίπτωση.

Τα μέλη της ομάδας αποκομίζουν σημαντικά πράγματα μέσα απ' αυτή τη δραστηριότητα, η Κέλλυ εθελόντρια του προγράμματος αυτού αναφέρει: «Παίρνω την αίσθηση ότι αξίζει να προσπαθείς, να παλεύεις και να μην εγκαταλείπεις, να αποδέχεσαι τον άλλο για όλα αυτά που είναι. Η δύναμη, ο αυτοέλεγχος και η πειθαρχία είναι στοιχεία που έχω αποκτήσει μέσα από την εμπειρία μου στην ομάδα...».

Οι Εθελοντές του Προγράμματος Συντροφικότητας στο Νοσοκομείο και στο Σπίτι, έχουν μηνιαίες συναντήσεις με την Ψυχολόγο του Κέντρου Ζωής. Στη διάρκεια των συναντήσεων συζητούν οτιδήποτε τους απασχολεί σχετικά με τις δραστηριότητες που έχουν αναλάβει. Μοιράζονται εμπειρίες, σκέψεις και συναισθήματα, προτείνουν λύσεις σε πιθανά προβλήματα που δημιουργούνται κ.λ.π.

Κοινό και βασικότερο χαρακτηριστικό των δύο ομάδων είναι η άμεση επαφή που έχουν οι εθελοντές με τα οροθετικά άτομα. Οι σχέσεις που δημιουργούνται, δεν μπορούν να συγκριθούν με οποιοδήποτε άλλο είδος βοήθειας που προσφέρεται σε κάποιον.

Η χρονική διάρκεια που οι εθελοντές των δύο ομάδων απασχολούνται διαφέρουν ανάλογα με την περίπτωση, παρ' όλα αυτά υπάρχουν συγκεκριμένα όρια που δεν ξεπερνιούνται για το καλό και των δύο πλευρών.

Οι Εθελοντές και περισσότερο οι ασθενείς έχουν ανάγκη από σταθερές σχέσεις χωρίς υπερβολές. Εκτός αυτού, για κανέναν δεν είναι εύκολη αυτή η δραστηριότητα, χρειάζεται χρόνος για να αφομοιωθούν όλα τα καλά που μπορεί να προσφέρει μια τέτοια επαφή.⁵⁷

Συνεπώς η ίδρυση του Κέντρου Ζωής έγινε σε μια περίοδο κατά την οποία η επιδημία του AIDS ήταν διαδεδομένη σε όλο τον κόσμο, η ελληνική πραγματικότητα ήταν διαφορετική αφού ελάχιστοι γνώριζαν τη νόσο με αποτέλεσμα να επικρατεί το συναίσθημα του φόβου, του κοινωνικού στιγματισμού και της απομόνωσης των φορέων και των ασθενών με AIDS.

Το Κέντρο ιδρύθηκε από λίγα ευαισθητοποιημένα άτομα προκειμένου να καλύψουν την ανάγκη στήριξης και κατανόησης των ατόμων που ζούσαν με τη νόσο. Η σημαντική πρόοδος της επιστήμης βοήθησε τα άτομα που πάσχουν από AIDS να κοιτούν με αισιοδοξία το μέλλον τους και κατά συνέπεια να εξελιχθεί και ο ρόλος των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων στο χώρο του AIDS.

⁵⁷ Περιοδικό «Συνάνθρωπος», 6 (2002), σ.σ. 8-9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

Στη σύγχρονη εποχή κυριαρχούν κυρίως δύο βασικά μοντέλα στο θέμα της υγείας και της αρρώστιας. Τα μοντέλα αυτά είναι: 1) Το Βιοϊατρικό μοντέλο υγείας και 2) Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας. Παρακάτω θα αναφερθούμε αναλυτικότερα στα δύο αυτά μοντέλα υγείας.

1) ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΓΕΙΑΣ

Η σχέση μεταξύ ψυχής και σώματος αποτελούσε πάντα το μεγαλύτερο θέμα αντιπαράθεσης μεταξύ φυσιολόγων και φιλοσόφων. Ο Ιπποκράτης υπήρξε από τους πρώτους που υποστήριξαν τη στενή σχέση ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή, αναφερόμενος στη θεωρία περί "χυμών του σώματος" (αίμα, φλέγμα, κίτρινη χολή, μαύρη χολή). Ο Ιπποκράτης προωθούσε την έννοια της πρόληψης, υποστήριξε ότι για να διατηρηθεί η υγεία θα πρέπει να υπάρξει μια κατάσταση ισορροπίας ανάμεσα στο σώμα, το νου και το περιβάλλον, ενώ παράλληλα αναγνώριζε ότι ο κάθε άνθρωπος διαθέτει αυτοθεραπευτικές ικανότητες που συμβάλλουν στην αποκατάσταση της υγείας του όταν αυτή διαταράσσεται. Υιοθετούσε δηλαδή μια εξατομικευμένη προσέγγιση του προβλήματος υγείας ενώ πίστευε ότι ο οργανισμός κάθε αρρώστου αντιδρά διαφορετικά στην ασθένεια και επηρεάζονται σημαντικά από τον τρόπο ζωής του ατόμου (π.χ. διατροφή, ανάπαυση κ.ά.).

Η συγκεκριμένη άποψη εγκαταλείφθηκε το 17^ο αιώνα γιατί θεωρήθηκε μη επιστημονική και ξεκίνησε η περίοδος στην οποία η Ιατρική κέρδιζε αναγνώριση με τα επιτεύγματα της. Σύμφωνα με τον Γάλλο φιλόσοφο Καρτέσιο η ψυχή αποτελούσε μια ξεχωριστή οντότητα παράλληλη με το σώμα αλλά δεν μπορούσε να επηρεάσει οργανικές λειτουργίες.

Το σύγχρονο βιοϊατρικό μοντέλο υγείας στηρίζεται ως ένα βαθμό στην άποψη του Καρτέσιου ο οποίος: "παρομοίαζε το ανθρώπινο σώμα ως μηχανή η οποία μπορεί να γίνει κατανοητή μόνο όταν αναλυθούν τα τμήματα που την αποτελούν. Όταν αυτή η οργανική μηχανή δεν λειτουργεί φυσιολογικά τότε το άτομο θεωρείται άρρωστο και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επιδιορθώσουν τη δυσλειτουργία ενός τμήματός της".

Το βιοϊατρικό μοντέλο επικεντρώνεται κυρίως στο βιολογικό επίπεδο, παραγνωρίζοντας το ρόλο των ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων που επηρεάζουν την ανάπτυξη και αντιμετώπιση της αρρώστιας.

Η συμβολή της βιοϊατρικής αυτής προσέγγισης στο χώρο της Ιατρικής επιστήμης είναι πολύ σημαντική και δεν μπορεί να αμφισβητηθεί. Οι λεπτομερείς γνώσεις των βιολογικών λειτουργιών στο κυτταρικό και μοριακό επίπεδο οδήγησαν στην ανάπτυξη της φαρμακοθεραπείας.

Ανακαλύφθηκαν εμβόλια για μικροβιακές ή βακτηριακές παθήσεις, εμβόλια για ιογενείς αρρώστιες, η ανακάλυψη της πενικιλίνης συνέβαλε στην καθιέρωση και χρήση αντιβιοτικών, στη δεκαετία του 1950 διαδόθηκαν τα ψυχοφάρμακα (όπως αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά) που άρχισαν να αντικαθιστούν τεχνικές όπως το ηλεκτροσόκ, η ανακάλυψη της κορτιζόνης και της ινσουλίνης, οι σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της χειρουργικής όπως η εφαρμογή μέτρων αντισηψίας, η αντικατάσταση κατεστραμμένων οστών με τεχνητά υλικά, η μεταμόσχευση ζωτικών οργάνων κ.ά.

Οι σημαντικές αυτές κατακτήσεις της ιατρικής επιστήμης δημιούργησαν προβλήματα στην άσκηση της ιατρονοσηλευτικής επιστήμης, στην ποιότητα ζωής του ασθενή, ενώ παράλληλα ανέκυσαν νέα προβλήματα στο χώρο της υγείας από ασθένειες που δεν ήταν οξείες και θανατηφόρες αλλά χρόνιες.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αδυνατούσε να παρακολουθήσει τις διαρκώς αυξανόμενες γνώσεις της επιστήμης και έτσι ανέκυψε η ανάγκη ανάπτυξης ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων με αποτέλεσμα η προσοχή του κάθε ειδικού να στρέφεται αποκλειστικά στη μη φυσιολογική λειτουργία ενός συστήματος ή ενός οργάνου χωρίς να ασχολείται με τον ασθενή ως σύνολο.

Ένα άλλο πρόβλημα που προέκυψε από την πρόοδο της τεχνολογίας αφορά την ποιότητα ζωής που μερικές φορές τα τεχνητά μέσα δεν παρέχουν. Για παράδειγμα η ζωή ενός ατόμου σώζεται από ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας αλλά στη συνέχεια το άτομο είναι αντιμέτωπο με μια βαριά σωματική ή πνευματική αναπηρία. Τότε οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι τραυματικές για το ίδιο το άτομο το οικογενειακό του περιβάλλον, ενώ το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται αντιμέτωπο με νέα ηθικά διλήμματα και προσωπικούς προβληματισμούς.

Μια ακόμα αρνητική συνέπεια αφορά την αύξηση των αποκαλούμενων "ιατρογενών νόσων" δηλαδή των καταστάσεων που δημιουργούνται από την κακή χρήση μηχανών ή φαρμάκων. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος στην περίπτωση αυτή προέρχεται από την αλόγιστη και ανεξέλεγκτη χρήση φαρμάκων που μερικές φορές χορηγούνται με ελαστική ιατρική παρακολούθηση.

Τα παραπάνω προβλήματα φέρνουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται με βάση το βιοϊατρικό μοντέλο αντιμέτωπους με νέους προβληματισμούς και τους αναγκάζει να αναθεωρήσουν την ιδεολογική τους προσέγγιση στα θέματα υγείας.

Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας δεν μπορεί να εξηγήσει φαινόμενα όπως οι ψυχοσωματικές αρρώστιες και οι ατομικές διαφορές μεταξύ των ασθενών ως προς την αντιμετώπιση της αρρώστιας, του πόνου, της θεραπείας και της αποκατάστασης της υγείας τους. Επιπλέον η αποκατάσταση της οργανικής δυσλειτουργίας δεν ισοδυναμεί πάντοτε με την αποκατάσταση της υγείας καθώς παραγνωρίζονται ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην επανεμφάνιση μιας νέας οργανικής ή ψυχικής διαταραχής.⁵⁸

2) ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΓΕΙΑΣ

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ορισμένοι ψυχίατροι και ψυχολόγοι επιδίωξαν να εντάξουν τις ψυχολογικές τους γνώσεις στην προσέγγιση της υγείας και της ασθένειας.

Το 1911 η Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση διοργάνωσε ένα συμπόσιο με θέμα "Η θέση της ψυχολογίας στην ιατρική εκπαίδευση". Οι διακεκριμένοι ψυχολόγοι και γιατροί που συμμετείχαν στο συμπόσιο συμφώνησαν ότι στα πλαίσια του προγράμματος σπουδών στην ιατρική, είναι αναγκαία η διδασκαλία μαθημάτων ψυχολογίας που πρέπει να προηγούνται των μαθημάτων ψυχιατρικής και νευρολογίας. Από τότε ξεκίνησε το ενδιαφέρον για την κατανόηση της συμμετοχής των ψυχολογικών παραγόντων στην εμφάνιση και εξέλιξη διαταραχών στο χώρο της υγείας. Το ενδιαφέρον αυτό συνέβαλε στην διαμόρφωση μιας νέας θεώρησης της υγείας και της αρρώστιας που υποστηρίζεται από το σύγχρονο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αντιλαμβάνεται την υγεία και την αρρώστια σαν δύο πλευρές που αλληλοσυμπληρώνονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου συστήματος. Η υγεία δεν αποτελεί μια κατάσταση την οποία το άτομο αποκτά ή χάνει και η αρρώστια δεν θεωρείται ως γεγονός που εισβάλλει στον οργανισμό. Επομένως η υγεία ορίζεται ως "μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον".

Στα πλαίσια αυτής της θεώρησης η αρρώστια αποτελεί "προειδοποίηση" ότι κάτι δεν πάει καλά στη ζωή του ατόμου. Αποτελεί ένα μήνυμα του οργανισμού που δηλώνει την ύπαρξη ανισορροπίας στα διάφορα επίπεδα της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου. Αυτή όμως η ανισορροπία δεν οφείλεται σε μια συγκεκριμένη αιτία όπως υποστηρίζει το βιοϊατρικό μοντέλο αλλά σε ένα σύνολο οργανικών,

⁵⁸ Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., *Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999, σ.σ. 11-17

ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το άτομο.

Για παράδειγμα ένας παράγοντας που έχει μελετηθεί τα τελευταία χρόνια είναι το ψυχολογικό stress. Όταν το stress παρατείνεται μέσα στο χρόνο έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και βοηθάει στην ανάπτυξη πολυάριθμων σωματικών εκδηλώσεων που ονομάζονται "ψυχοσωματικές".

Στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας όλες οι ασθένειες θεωρούνται ψυχοσωματικές καθώς συμμετέχουν στην αλληλένδετη σχέση της ψυχής και του σώματος. Ο Dubos αναφέρει: "κάθε αρρώστια ανεξάρτητη από τα αίτια και τις εκδηλώσεις της, αφορά πάντα το νου και το σώμα, οι σχέσεις ανάμεσα στις δύο πλευρές είναι αλληλένδετες ώστε είναι δύσκολο να γίνει διάκριση ανάμεσά τους".

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει καθαρό βιολογικό πρόβλημα, γεγονός που απαιτεί μια ολιστική παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο (οργανικό – ψυχολογικό), σε κοινωνικό επίπεδο και μερικές φορές σε οικολογικό επίπεδο.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλείται να συνεργαστεί με ειδικούς από το χώρο της Ψυχολογίας, της Ψυχιατρικής, της Κοινωνιολογίας, της Κοινωνικής Εργασίας, για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του αρρώστου. Ενώ παράλληλα προτρέπει τον άρρωστο να συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του με το να αναθεωρήσει τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του, να τροποποιήσει λανθασμένες συμπεριφορές σε άλλες που βοηθούν στην πρόληψη και διατήρηση της καλής υγείας του.⁵⁹

Παρακάτω θα αναφερθούμε αναλυτικότερα στις σχέσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και αρρώστου στα πλαίσια των δυο αυτών μοντέλων υγείας.

3.1.1. ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΓΕΙΑΣ

Η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τον ασθενή εξαρτάται από το μοντέλο θεώρησης και προσέγγισης που υιοθετεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στα θέματα υγείας.

Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί την ασθένεια ως βιολογικό περιστατικό τότε βλέπει και τον ασθενή σαν βιολογικό περιστατικό (π.χ. μια περίπτωση πνευμονίας κ.ά.). Στόχος οποιασδήποτε παρέμβασης είναι η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση της υγείας του ασθενή.

⁵⁹ Στο ίδιο σ.σ. 17-19

Οι γνώσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι ορθολογικές και επιστημονικά τεκμηριωμένες, βασίζονται στις αντικειμενικές πληροφορίες που παρέχουν τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, ενώ δεν λαμβάνεται υπόψη η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του ασθενή.

Ο ασθενής αντίθετα παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος, παθητικός, καλείται να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού χωρίς να φέρει αντιδράσεις για την θεραπεία που θα του επιβληθεί. Η σχέση αυτή είναι μονόδρομη και άνιση.

Οι ασθενείς υποτάσσονται στο βιοϊατρικό μοντέλο για τους εξής λόγους:

1. Υιοθετούν την αντίληψη ότι το πρόβλημα τους είναι καθαρά οργανικό και εξαρτώνται αποκλειστικά από τους θεραπευτές.
2. Φοβούνται την κριτική σχετικά με τον τρόπο ζωής τους και δεν θέλουν να αλλάξουν τις συνήθειες και τη συμπεριφορά που βλάπτει την υγεία τους.
3. Εναποθέτουν την ευθύνη στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό το οποίο καθιστούν υπεύθυνο για τη θετική ή αρνητική κατάληξη της υγείας τους.
4. Και τέλος είναι οι ασθενείς που αποφεύγουν τη σύγκρουση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό το οποίο έχει την τάση να διατηρεί τον αποκλειστικό έλεγχο και την ισχύ σε θέματα υγείας.

Αυτή η άνιση σχέση ενισχύεται τόσο από τον ασθενή όσο και απ' το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Αγνωούνται οι εσωτερικές δυνάμεις αυτοθεραπείας που διαθέτει ο ασθενής ενώ συγχρόνως καλλιεργείται η παθητικότητα και η εξάρτηση, καταστάσεις που δεν προτρέπουν τον ασθενή να αναλάβει τις ευθύνες του και να συμμετάσχει ενεργά στη φροντίδα της υγείας του.

Αντίθετα στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά του μπορεί να επηρεάσει την υγεία του. Για παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να μάθει να αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα το καθημερινό άγχος, να περιορίζει κάποιες επιβλαβείς συνήθειες (π.χ. κάπνισμα) ενώ αντίστοιχα να υιοθετεί νέες συμπεριφορές (π.χ. σωστή διατροφή), που προωθούν και διατηρούν την υγεία του.

Η σχέση ανάμεσα στον ασθενή και στο προσωπικό υγείας δεν στηρίζεται στην επιβολή της ιεραρχίας αλλά στην διάθεση για συνεργασία. Η συνεργασία αυτή αποβλέπει στην βαθύτερη κατανόηση των οργανικών ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που συνέβαλαν στην εμφάνιση της ασθένειας και επηρεάζουν την εξέλιξη της υγείας του ασθενή. Ενώ η θεραπευτική παρέμβαση πραγματοποιείται από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας και απευθύνεται στον ασθενή, στο άμεσο και έμμεσο κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εμφανίζεται η ασθένεια. Η

σχέση που το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διαμορφώνει με τον ασθενή, την οικογένεια και την κοινότητα είναι αμφίδρομη.

Υπάρχουν όμως και ορισμένες περιπτώσεις ασθενών που ανατρέχουν σε ένα "λαϊκό μοντέλο υγείας" που έχει τις ρίζες του μέσα στην κοινότητα.

Ο θεραπευτής του συγκεκριμένου μοντέλου δεν προέρχεται από το χώρο της ιατρικής, μπορεί να είναι βοτανολόγος, πρακτικός, ιερέας ή κάποιο άλλο μέλος της κοινότητας που έχει κύρος. Το Λαϊκό μοντέλο υγείας έχει σταθερές πεποιθήσεις σχετικά με τα αίτια της ασθένειας, τη θεραπεία, και τη διατήρηση της υγείας γι' αυτό βασίζεται σ' ένα σύνολο κανόνων που αφορούν θέματα διατροφής, προφύλαξης κ.λ.π. που μεταδίδετε από γενιά σε γενιά.

Κάθε κοινωνία διαθέτει και ένα τέτοιο μοντέλο το οποίο όμως έρχεται συχνά σε αντιπαράθεση με τις πρακτικές της σύγχρονης ιατρικής με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα μεταξύ του ασθενή και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί γνώσεις ψυχολογίας και δεξιότητες επικοινωνίας.

Στα πλαίσια αυτής της επικοινωνίας η προσοχή στρέφεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενή, στην αντίληψη που έχει για την ασθένεια και τη θεραπεία του καθώς και τη σχέση που διαμορφώνει με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Απ' την άλλη πλευρά το ενδιαφέρον στρέφεται στο ίδιο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, στα κίνητρα που το ώθησαν στο συγκεκριμένο επάγγελμα, τις αντιλήψεις που διαμορφώνει γύρω απ' το ρόλο του, την αρρώστια και την υγεία, τις προσδοκίες που έχει από τη σχέση του με τον ασθενή και τι είδους σχέση τηρεί απέναντί του.

Η δυναμική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενή και προσωπικού υγείας έχει άμεσες επιπτώσεις στην όλη πορεία της ασθένειας. Ο ασθενής εκφράζεται λεκτικά αλλά και μέσα απ' τα συμπτώματά του, ενώ παράλληλα το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εκφράζει με τη συμπεριφορά του κάτι διαφορετικό από `κείνο που μεταφέρει με τον λόγο.

Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να κατέχει γνώσεις ψυχολογίας, γνώσεις που θα τον βοηθήσουν να γνωρίσει και να υποστηρίξει αποτελεσματικά τον ασθενή και το περιβάλλον του, να αναγνωρίσει τα όρια και τις ικανότητές του και να παραμένει ανοικτό σε μια διαδικασία αυτογνωσίας που θα το βοηθήσει να συνειδητοποιήσει με ποιον τρόπο επηρεάζεται από την ασθένεια, την αναπηρία, το θάνατο και άλλες εμπειρίες που βιώνει στο χώρο της υγείας.

Η συνεργασία της Ψυχολογίας με τις υπόλοιπες επιστήμες της Υγείας αποβλέπει στην αντιμετώπιση του ασθενή ως "σύνολο" αφού οι γνώσεις της μιας επιστήμης συμπληρώνει τις γνώσεις των άλλων επιστημών υγείας.⁶⁰

⁶⁰ Στο ίδιο, σ.σ. 20-23

3.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

1. ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ (Δ.Σ.Ν.)

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (Δ.Σ.Ν.) είναι το αντιπροσωπευτικό διεθνές όργανο του νοσηλευτικού κλάδου. Ιδρύθηκε το 1899 στο Λονδίνο, η έδρα του σήμερα είναι στη Γενεύη. Περιλαμβάνει 102 εθνικούς συνδέσμους νοσηλευτών-νοσηλευτριών μεταξύ των οποίων και τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτριών – Νοσηλευτών Ελλάδας (Ε.Σ.Δ.Ν.Ε.).

Μέσα στους σκοπούς του Δ.Σ.Ν. είναι η αναγνώριση και κατοχύρωση του θεσμού της Νοσηλευτικής, η ανύψωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και της άσκησης και η βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών ζωής και εργασίας των νοσηλευτών.

Κάθε τέσσερα χρόνια οργανώνει Διεθνές Νοσηλευτικό Συνέδριο σε διάφορα μέρη του κόσμου.

Στα πλαίσια του Δ.Σ.Ν. λειτουργεί πρόγραμμα ανταλλαγής νοσηλευτών μεταξύ των χωρών-μελών και χορηγεί τρεις υποτροφίες το χρόνο για πτυχιακές και μεταπτυχιακές σπουδές στη Νοσηλευτική.

Υποστηρίζει ερευνητικά προγράμματα, δημοσιεύει βιβλία, εκδίδει δίμηνο περιοδικό στην αγγλική γλώσσα, οργανώνει περιφερειακά Σεμινάρια και Workshops για διάφορα θέματα, μελετά νοσηλευτικά προβλήματα και υποδεικνύει λύσεις, προτείνει κριτήρια για την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας, προωθεί το ρόλο της Νοσηλευτικής στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και καθοδηγεί τους Εθνικούς Συνδέσμους στην εκπλήρωση του ρόλου τους για την ανύψωση της Νοσηλευτικής σε εθνικό επίπεδο.

Το Δ.Σ.Ν. συνεργάζεται στενά με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) και το Διεθνή Οργανισμό Εργασίας (Ι.Λ.Ο.) για την προώθηση θεμάτων που αφορούν την Νοσηλευτική και τους νοσηλευτές.

Στον Ευρωπαϊκό χώρο λειτουργούν Νοσηλευτικοί Οργανισμοί οι οποίοι αποτελούνται από ομάδες Συνδέσμων που συνδέονται με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών και έχουν κοινούς σκοπούς και επιδιώξεις. Οι οργανισμοί αυτοί είναι:

1. Η Ευρωπαϊκή Νοσηλευτική Ομάδα (Ε.Ν.Ο.)
2. Η Μόνιμη Επιτροπή Νοσηλευτών Ε.Ο.Κ. (Ρ.Ο.Ν.)
3. Η Ομοσπονδία Νοσηλευτών Σκανδιναβίας (Ν.Ν.Ο.)
4. Η Ομάδα Εργασίας Ερευνητών Νοσηλευτών Ευρώπης (Ο.Ε.Ν.Ε.)

5. Η Συμβουλευτική Επιτροπή για την Εκπαίδευση Νοσηλευτών της Ε.Ο.Κ. (Α.Σ.Τ.Ν.)⁶¹

2. ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ (Ε.Σ.Δ.Ν.Ε.)

Ο Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών – Νοσηλευτών Ελλάδας, ιδρύθηκε το 1923, έγινε μέλος του Διεθνές Συμβουλίου Νοσηλευτών το 1929. Έχει έδρα την Αθήνα και 23 τοπικά επαρχιακά τμήματα σε μεγάλες πόλεις της χώρας.

Σκοπός του Ε.Σ.Δ.Ν.Ε. είναι η ανάπτυξη της Νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης, η κατοχύρωση του τίτλου και του έργου των διπλωματούχων νοσηλευτριών – νοσηλευτών, ο καθορισμός ειδικών κριτηρίων ασκήσεως του νοσηλευτικού έργου, η εκπροσώπηση του κλάδου σε θέματα που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό, η συμμετοχή στο σχεδιασμό της Υγειονομικής Πολιτικής σε Εθνικό και Περιφερειακό Επίπεδο και η αντιπροσώπευση του κλάδου στον διεθνή νοσηλευτικό χώρο και σε άλλους Διεθνείς Οργανισμούς κ.λ.π.

Ο Ε.Σ.Δ.Ν.Ε. συνεργάζεται στενά με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, όλες τις Ευρωπαϊκές Νοσηλευτικές Οργανώσεις και επιτροπές της Ε.Ο.Κ.. Συνεργάζεται με τα υπουργεία Υγείας, Παιδείας, Εργασίας για θέματα που αφορούν τη νοσηλευτική εκπαίδευση, τους νοσηλευτές και την άσκηση του νοσηλευτικού έργου.

Κάθε χρόνο οργανώνει Πανελλήνια Νοσηλευτικά Συνέδρια σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας και της Κύπρου. Τα συνέδρια αυτά αποτελούν το κυριότερο μέσο επιμόρφωσης των νοσηλευτών της χώρας, τα πρακτικά των συνεδρίων εμπλουτίζουν την ελληνική νοσηλευτική βιβλιογραφία.

Συνεργάζεται με τις αρμόδιες κυβερνητικές αρχές και προωθεί με κάθε τρόπο την έκδοση Νόμων, Προεδρικών Διαταγμάτων, Υπουργικών Αποφάσεων και Εγκυκλίων με τα οποία ρυθμίζονται βασικά νοσηλευτικά θέματα.

Εκτός απ' τον Εθνικό Σύνδεσμο υπάρχουν και άλλοι μικρότεροι Σύνδεσμοι και Ενώσεις με μέλη διπλωματούχων νοσηλευτριών καθώς επίσης και δύο μεγάλες Ομοσπονδίες. Την Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων (Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν.) και την Ομοσπονδία Συλλόγου Νοσηλευτών Ιδρυμάτων Ελλάδας (Ο.Σ.Ν.Ι.Ε.).⁶²

Παρακάτω θα αναφερθούμε στην κινητοποίηση του Διεθνές Συμβουλίου Νοσηλευτών σχετικά με την εμφάνιση της επιδημίας του Σ.Ε.Α.Α.

⁶¹ Γιαννοπούλου Α., *Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική*, Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα, 1990, σ.σ. 19-21

⁶² Στο ίδιο σ.σ. 22-23

3. ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ Δ.Σ.Ν. ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΤΟΥ Σ.Ε.Α.Α.

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας κινητοποιήθηκε αμέσως με την εμφάνιση της επιδημίας του Σ.Ε.Α.Α. στέλνοντας πληροφορίες και οδηγίες σε όλα τα κράτη-μέλη του, για την έγκαιρη ενημέρωση των νοσηλευτών-νοσηλευτριών.

Στις 7 Απριλίου του 1987 το Δ.Σ.Ν. και ο Π.Ο.Υ. δημοσίευσαν κοινή διακήρυξη για το AIDS η οποία περιλαμβάνει τα εξής:

- Προσδιορίζει τα δικαιώματα και τις ευθύνες των Νοσηλευτών που φροντίζουν φορείς και ασθενείς μολυνθέντες από τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας.
- Οι νοσηλευτές καλούνται να εξασφαλίσουν την εχεμύθεια και την εμπιστοσύνη των ασθενών καθώς επίσης να βοηθήσουν τις οικογένειες και τους φίλους να αντιμετωπίσουν τα σύνθετα προβλήματα που σχετίζονται με την λοίμωξη από HIV.
- Το Δ.Σ.Ν. αναλαμβάνει την ευθύνη της έγκαιρης ενημερώσεως για όλες τις πλευρές υγείας των νοσηλευτών που φροντίζουν φορείς-ασθενείς με λοίμωξη από HIV.
- Το Δ.Σ.Ν. εγγυήθηκε πλήρη υποστήριξη των προσπαθειών του Π.Ο.Υ. οι οποίες απευθύνονται προς το κοινό, προς τα προσβεβλημένα από HIV άτομα και σ' αυτούς που τα φροντίζουν.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αναπτύχθηκαν από τον Π.Ο.Υ. και το Δ.Σ.Ν. περιλαμβάνουν βασικές πληροφορίες σχετικές με τη νοσηλευτική φροντίδα φορέων-ασθενών μολυνθέντων με HIV.

Οι οδηγίες πρέπει να υιοθετούνται και να προσαρμόζονται στις τοπικές συνθήκες, παραδόσεις, πεποιθήσεις και αξίες των πολιτών. Κύριος σκοπός τους είναι η εκπαίδευση νοσηλευτών και μέσω αυτών η εκπαίδευση ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων για τις διάφορες διαστάσεις της πρόληψης κατά τη φροντίδα υγείας-νοσηλείας καθώς και την εξασφάλιση αποτελεσματικής και ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας σε μολυνθέντα άτομα με HIV σε όλες τις φάσεις της ασθένειας.

Ειδικότερα οι κατευθυντήριες οδηγίες επικεντρώνονται στα εξής:

1. Τρόπος μετάδοσης του HIV και προφυλάξεις για την πρόληψη της μετάδοσης του HIV στα νοσηλευτικά ιδρύματα.
2. Βασικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας στα οροθετικά άτομα και στους ασθενείς με AIDS, στις οικογένειές τους, στους φίλους τους και στην κοινότητα.
3. Εκπαίδευση των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων για την πρόληψη της σεξουαλικής, της παρεντερικής και της περιγεννητικής

μετάδοσης του HIV και για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού και των εμβολιασμών των παιδιών.

4. Ειδικές συμβουλευτικές δεξιότητες, με σκοπό την βοήθεια των ατόμων με λοίμωξη από HIV να αντιμετωπίσουν σωστά τα διάφορα στάδια της νόσου.

Οι πληροφορίες για το AIDS και οι επιπτώσεις του στη νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να ενσωματώνονται στα βασικά εκπαιδευτικά προγράμματα και στα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όλου του νοσηλευτικού προσωπικού. Παρόμοια προγράμματα πρέπει να αντανακλούν την εθνική πολιτική και τις στρατηγικές που μπορούν να προσαρμόζονται ανάλογα.⁶³

3.2.1. ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Σκοπός των συστημάτων υγείας είναι η πλήρης κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών, υπαρκτών ή δυνητικών.

Σύμφωνα με την καθηγήτρια Λανάρα οι ασθενείς με HIV/AIDS χρειάζονται προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, νοσηλεία στο σπίτι και συνεχιζόμενη φροντίδα, αλλά και την υποστήριξη της οικογένειας και της κοινότητας για τη σωστή αντιμετώπιση των αναγκών τους.

Η νοσηλευτική πρέπει να συμμετέχει σε όλα τα επίπεδα διοικήσεως υπηρεσιών υγείας όπως προτείνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, γιατί σε συνεργασία με την ιατρική και άλλους κλάδους, συμβάλει ουσιαστικά στην αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Το νοσοκομείο ιδιαίτερα με το νόμο 1397/83, αποτελεί τη βασικότερη μονάδα του συστήματος υγείας της χώρας, στο οποίο οι προληπτικές και οι θεραπευτικές υπηρεσίες ενοποιούνται. Στις προληπτικές υπηρεσίες περιλαμβάνονται τα Κέντρα Υγείας, τα Εξωτερικά Ιατρεία, τα Διαγνωστικά Εργαστήρια και η κατ' οίκον νοσηλεία.

Για να μπορέσουν οι θεραπευτές και οι προληπτικές υπηρεσίες να ενοποιηθούν επιτυχώς θα πρέπει να λάβουν υπόψη και πολλούς άλλους παράγοντες όπως: η ενημέρωση του κοινού για συνεργασία, η οικονομική κάλυψη των ασφαλιστικών ταμείων, η αλλαγή νοοτροπίας διοικήσεως και του προσωπικού κ.ά.

Οι γενικοί σκοποί του νοσοκομείου περιλαμβάνουν τη φροντίδα του ασθενή, τη διδασκαλία, την έρευνα και τη δημόσια υγιεινή. Ειδικότερα ο σκοπός του νοσοκομείου είναι:

⁶³ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, *Νοσηλευτική Φροντίδα Ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV)*, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1991, σ.σ. 1-3

- Η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσα στα πλαίσια της γεωγραφικής του περιφέρειας, ισότιμα για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση και σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Η ανάπτυξη και η προαγωγή της Βιο-κοινωνικής έρευνας.
- Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης όλων των επαγγελματιών της υγείας.

Ενώ αντίθετα οι σκοποί της νοσηλευτικής υπηρεσίας επικεντρώνονται στα εξής:

1. Παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, στα άτομα που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία, στα κέντρα υγείας, καθώς επίσης και στα άτομα που δέχονται φροντίδα υγείας στο σπίτι, σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης.
2. Εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου για την κάλυψη επειγόντων περιστατικών και την αντιμετώπιση ενδεχόμενων μαζικών καταστροφών.
3. Επαρκή στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων με ανάλογο σε αριθμό και παραδεκτή σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού, (2 Νοσηλευτές προς 1 βοηθό Νοσοκόμο), για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών σε 24ώρη βάση.
4. Άσκηση αποτελεσματικής διοικήσεως νοσηλευτικών τομέων καθώς και προγραμματισμό, έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τα τεθέντα κριτήρια ποιότητας και ασφαλείας.
5. Υποστήριξη εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων προς τους φοιτητές, σπουδαστές και μαθητές της νοσηλευτικής καθώς επίσης κατάρτιση και εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το νοσηλευτικό και υπόλοιπο προσωπικό υγείας εκτός των ιατρών.
6. Ανάπτυξη και υποστήριξη ερευνητικών νοσηλευτικών προγραμμάτων.
7. Συμμετοχή στα διάφορα ερευνητικά προγράμματα του νοσοκομείου.
8. Η από κοινού συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του.

Η ποιοτική περίθαλψη των φορέων και ασθενών με HIV/AIDS εξασφαλίζεται από την ορθή οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία όλων των νοσηλευτικών υπηρεσιών και τομέων: ελέγχου λοιμώξεων, νοσηλευτικών τμημάτων παθολογικών – χειρουργικών και ειδικότητων, ειδικής μονάδας νοσηλείας ασθενών με AIDS, μονάδες

βραχείας νοσηλείας, χειρουργεία με τις ειδικές υπηρεσίες (π.χ. ανάνηψη, αποστείρωση κ.ά.), εξωτερικά ιατρεία, διαγνωστικά και θεραπευτικά εργαστήρια, τμήματα επειγόντων και ατυχημάτων, μονάδες εντατικής νοσηλείας, τμήμα αιμοδοσίας καθώς και όλες τις βοηθητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Ο κυριότερος στόχος της νοσηλευτικής διοικήσεως είναι η εξασφάλιση ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας για όλους τους αρρώστους χωρίς διάκριση φυσικών και επίκτητων χαρακτηριστικών ή τύπου ασθένειας συμπεριλαμβανομένων και των μεταδοτικών νοσημάτων.

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με AIDS βασίζεται στην αξιολόγηση των αναγκών, τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, την εφαρμογή προγραμμάτων με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την κάλυψη των αναγκών και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Α. Ραγιά οι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας επικεντρώνονται:

- Στην προστασία του ασθενή από νέες λοιμώξεις και επιπλοκές
- Στην πρόληψη μετάδοσης των υπαρχων λοιμώξεων και του AIDS σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό νοσηλείας
- Συστηματική παρακολούθηση της καταστάσεως και της πορείας του ασθενή
- Ενίσχυση της άμυνας του ασθενή με κατάλληλη διατροφή και ενυδάτωση
- Ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων με εφαρμογή θεραπευτικών και νοσηλευτικών μέτρων
- Διάλογος και συνεργασία με τον ασθενή
- Ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση του ασθενή και της οικογένειάς του
- Διδασκαλία αυτοπροστασίας, αυτοφροντίδας και προστασία του περιβάλλοντος
- Ενθάρρυνση και καθοδήγηση για να αναλάβει ο ίδιος ο ασθενής την ευθύνη και την φροντίδα της υγείας του.

Επομένως η νοσηλευτική αποσκοπεί στην ολιστική φροντίδα εξατομικευμένη για κάθε ασθενή ή φορέα με HIV/AIDS. Η ολιστική φροντίδα εξατομικευμένη σε κάθε ασθενή απαιτεί δεξιότητες, ικανότητα, εμπιστοσύνη και βασίζεται σε γνώσεις παθοφυσιολογίας της HIV λοίμωξης και της σύγχρονης νοσηλευτικής επιστήμης που αποσκοπεί στην παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας σε όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, φυλή, θρησκεία και πολιτικών πεποιθήσεων.

Η σωστή διοίκηση της νοσηλευτικής είναι εξίσου σημαντική με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς. Η νοσηλευτική διοίκηση είναι αρμόδια για την κάλυψη των υπηρεσιών με επαρκείς και κατάλληλο προσωπικό, τον σχεδιασμό και προγραμματισμό, τη συμβουλευτική, την καθιέρωση πολιτικής και διαδικασιών

ρουτίνας, καθώς και τη δημιουργία κλίματος και φιλοσοφίας βασισμένη στο σεβασμό της ανθρώπινης αξίας, που ευνοούν και προωθούν την παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας την οποία όλοι οι ασθενείς δικαιούνται.⁶⁴

3.2.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

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.

Η Δεοντολογία γεννήθηκε μέσα απ' την ανάγκη ανθρώπινη και κοινωνική, να έχει ο γιατρός κατά την άσκηση του λειτουργήματος του την απαιτούμενη ηθική υπόσταση που θα τον καταστήσει αντάξιο της αποστολής που σπουδάζει, να υπηρετεί την προάσπιση της υγείας και τη διαφύλαξη της ζωής.⁶⁵

Οι βασικές αρχές που επικρατούν στο χώρο της Ιατρικής είναι οι εξής:

1. Αρχή της αυτονομίας, σύμφωνα με την οποία το άτομο δικαιούται να παίρνει μόνο του τις αποφάσεις που το αφορούν.
2. Αρχή της δικαιοσύνης, σύμφωνα με την οποία κάθε άτομο δικαιούται αυτό που του ανήκει και θα πρέπει με βάση κάποια τεκμήρια να του αποδοθεί.
3. Αρχή της ωφέλειας, σύμφωνα με την οποία κάθε άτομο θα πρέπει να ωφελείται είναι αρχή του *primum non nocere* που πάντα επικρατούσε στην άσκηση της Ιατρικής.
4. Αρχή της ισοτιμίας, σύμφωνα με την οποία όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να τυχαίνουν της ίδιας μεταχείρισης.⁶⁶

Τους κανόνες Ιατρικής Δεοντολογίας που καθορίζουν τη θέση και τις υποχρεώσεις του γιατρού απέναντι στην Πολιτεία, τους συναντάμε απ' το παρελθόν όπως για παράδειγμα ο Κώδικς του Hammurabi 1950 π.Χ. και οι αρχές του Ιπποκράτους.

⁶⁴ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ΒΗΤΑ, Θεσ/νίκη, 1990, σ.σ. 113-116

⁶⁵ Κουτσελίνη Α. Σ., *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης*, Παρισιάνος Γρ., Αθήνα, 1999, σ. 55

⁶⁶ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ΒΗΤΑ, Θεσ/νίκη, 1989, σ. 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. Βασική υποχρέωση του αποτελεί η διαμόρφωση μιας ισχυρής, συνεπείς και έντιμης προσωπικότητας.

γ) Του αρρώστου και των συγγενών του

Ο γιατρός οφείλει να είναι σωστός, ευγενής, ανθρωπίνος 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. Η σχέση γιατρού-αρρώστου υφίσταται σήμερα μια βαθιά κρίση. Ο ασθενής ζητάει και απαιτεί πολλά περισσότερα απ' ότι ο γιατρός του μπορεί να του προσφέρει. Η διαταραγμένη σχέση του γιατρού με τον άρρωστο πρέπει να αποκατασταθεί και ο σημερινός ψυχρός και απρόσωπος χαρακτήρας του γιατρού να δώσει τη θέση του στην ανθρώπινη ζεστασιά και επικοινωνία.

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.⁶⁷

Συνεπώς η σύγχρονη Ιατρική Δεοντολογία περιλαμβάνει κανόνες που συντάχθηκαν με βάση τη διάσκεψη της Νυρεμβέργης, του Τόκιου, τη διακήρυξη του Ελσίνκι και πολλών άλλων διεθνών οργανισμών και ιατρικών οργανώσεων με σκοπό τον καθορισμό των υποχρεώσεων και καθηκόντων του γιατρού προς τους ασθενείς, προς τους συναδέλφους του, προς την πολιτεία κ.λ.π.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Η Νοσηλευτική Δεοντολογία είναι ένας κώδικας συμπεριφοράς σε σχέση με το νοσηλευτικό επάγγελμα που είναι αποδεκτός οικειοθελώς και δεν έχει επιβληθεί με επίσημη νομοθεσία του κράτους.

Ειδικότερα είναι: "το σύνολο γνώσεων και κανόνων που καθορίζουν τη συμπεριφορά του νοσηλευτή στην άσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων και γενικότερα ρυθμίζουν τις εκδηλώσεις του, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό βίο έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στην υψηλή αποστολή του και να δικαιώνεται κοινωνικά".

Η Νοσηλευτική Δεοντολογία αποβλέπει στα εξής:

1. Να ενημερώνει το νοσηλευτή για τα επαγγελματικά του καθήκοντα και τον επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς του στο χώρο της εργασίας.
2. Να βοηθάει τον νοσηλευτή να αναπτύσσει σωστές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με τους συνεργάτες του όσο και με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.
3. Να ευαισθητοποιήσει το νοσηλευτή να συνειδητοποιήσει τις ευθύνες που αναλαμβάνει.
4. Να τον προσανατολίσει ώστε να βλέπει τον άρρωστο ως μια μοναδική ψυχοσωματική ολότητα με ανάγκες και δικαιώματα.
5. Να του παρέχει τις βασικές γνώσεις και να τον οπλίζει για τα προβλήματα που προκύπτουν από τη σύγκρουση των καθηκόντων και τα δεοντολογικά διλήμματα, στην καθημερινή πράξη.

Η σαφή διατύπωση της Νοσηλευτικής Δεοντολογίας καθιερώθηκε έπειτα από την ανύψωση της Νοσηλευτικής σε επιστήμη στους εξής κώδικες:

1. Στον Αμερικάνικο Κώδικα A.N.A. (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, CODE FOR NURSES) καταρτίστηκε το 1950 και αναθεωρήθηκε το 1985.
2. Στον Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών, ψηφίστηκε το 1953 στην Βραζιλία και αναθεωρήθηκε στο 1973 στο Μεξικό.

⁶⁷ Κουτσελίνη Α. Σ., *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης*, ο.π., σ.σ., 56-57

3. Στον Βρετανικό Κώδικα R.C.N. (ROYAL COLLEGE OF NURSING OF THE UNITED KINGDOM, CODE OF PROFESSIONAL CONDUCT), δημοσιεύθηκε το 1976.
4. Στον Κώδικα της Καναδικής Νοσηλευτικής Ένωσης C.N.A. (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, CODE OF ETHICS FOR NURSING), δημοσιεύθηκε το 1985.
5. Στον Κώδικα των Βρετανών Νοσηλευτών τον γνωστό ως U.K.C.C. (UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL, CODE OF PROFESSIONAL), δημοσιεύθηκε το 1982 και αναθεωρήθηκε το 1986.⁶⁸

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεοντολογικά κείμενα η ευθύνη του νοσηλευτή είναι:

1.
 - α) Η προαγωγή της υγείας
 - β) Η πρόληψη της αρρώστιας
 - γ) Η αποκατάσταση της υγείας
 - δ) Η ανακούφιση του πόνου
 (Σύμφωνα με τον Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών)
2. *Η πρωταρχική ευθύνη του νοσηλευτή (σύμφωνα με τον Βρετανικό κώδικα R.C.N.) είναι να προστατεύει και να προάγει την καλή κατάσταση και την αξιοπρέπεια των αρρώστων.*
3. *Ευθύνη του νοσηλευτή είναι η προαγωγή της Νοσηλευτικής γενικά (σύμφωνα με τον Κώδικα του Αμερικάνικου Νοσηλευτικού Συνδέσμου).*

Οι κώδικες ηθικών καθηκόντων δεν δίνουν ειδικές οδηγίες και εντολές αλλά γενικές κατευθύνσεις και θέσεις εν συντομία ώστε να μπορούν όλοι να τους διαβάσουν και να είναι αποδεκτοί από όλους τους νοσηλευτές. Συνεπώς η ευθύνη του νοσηλευτή είναι πολλαπλή. Ειδικότερα ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος απέναντι:

α) Των αρρώστων

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει υψηλού επιπέδου νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή να σέβεται τις αξίες, τα ήθη, τα έθιμα, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου και να τηρεί το απόρρητο. Στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να κατανοήσει τις πληροφορίες που του δίδονται και να μην τον επηρεάζει στην λήψη αποφάσεων.

β) Του επαγγέλματος του και της κοινωνίας γενικότερα

⁶⁸ Γιαννοπούλου Α., *Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική*, ο.π., σ.σ. 16-18

Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό και την εφαρμογή υψηλού επιπέδου νοσηλευτικής τέχνης και εκπαίδευσης. Συμμετέχει στον καθορισμό και τη διατήρηση δίκαιων κοινωνικο-οικονομικών όρων εργασίας στη Νοσηλευτική, ενώ παράλληλα συμμετέχει στην ευθύνη υπόδειξης και υποστήριξης δράσης για την αντιμετώπιση των υγειονομικών και κοινωνικών αναγκών.

γ) Της επιστήμης που υπηρετεί

Ο νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί τις δεξιότητες και τις γνώσεις του σε σταθερά υψηλό επίπεδο με συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση μέσα από σεμινάρια, βιβλία κ.ά. Θα πρέπει παράλληλα να γνωρίζει την επαγγελματική του κατάρτιση για να μπορέσει να κρίνει κατά πόσο πρέπει να αναλάβει ευθύνες ή να τις αναθέσει σε άλλο συνάδελφό του.

δ) Των συναδέλφων του

Ο νοσηλευτής οφείλει να συνεργάζεται και να διατηρεί αρμονικές σχέσεις με τους συναδέλφους του για την εκτέλεση του υγειονομικού του έργου. Ενώ παράλληλα κάνει τις απαιτούμενες ενέργειες προκειμένου να προφυλάξει το άτομο σε περίπτωση που κινδυνεύει η νοσηλευτική του φροντίδα από συνεργάτη ή κάποιο άλλο άτομο.⁶⁹

Συνεπώς ο Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών απεικονίζει το μοντέλο του νοσηλευτικού επαγγέλματος που κυριαρχεί σήμερα. Παρουσιάζει ηθικούς κανόνες με ευρύτερη ισχύ στους οποίους μπορούν να ανατρέχουν οι νοσηλευτές για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ηθικών διλημάτων.

Εκτός όμως από τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του επαγγέλματός του ο νοσηλευτής όπως και κάθε άλλος άνθρωπος πρέπει να απολαμβάνει τα φυσικά ανθρώπινα δικαιώματα και σαν πολίτης τα νομικά του δικαιώματα.

3.3. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Σ.Ε.Α.Α./AIDS

Με τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας είτε αυτό αφορά υγιείς άτομα που προσέρχονται για εξέταση, είτε αφορά φορείς για οδηγίες ή εργαστηριακό έλεγχο, ή πάσχοντες για νοσηλεία, δημιουργούνται μια αλυσίδα προβλημάτων.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αισθάνεται φόβο απέναντι σε μια θανατηφόρο επιδημία όπως είναι το AIDS και μη επαρκές να αντιμετωπίσει τη θνησιμότητα από την ασθένεια αυτή.

Η ασθένεια θέτει σε δοκιμασία την αποχή και υπόσταση του υγειονομικού προσωπικού. Μη έχοντας τα κατάλληλα όπλα να καταπολεμήσει τον θανατηφόρο

⁶⁹ Στο ίδιο, σ.σ. 72-73

εχθρό αναγκάζεται να τηρήσει πολλές φορές αμυντική ή μοιρολατρική στάση. Σ' αυτό συντελεί ο περιορισμένος αριθμός εξειδικευμένων στελεχών που να είναι οπλισμένα με τις νεώτερες γνώσεις ώστε να νοιώθουν αυτοπεποίθηση για την αντιμετώπιση του προβλήματος.⁷⁰

Το AIDS είναι ένα ευρέως γνωστό νόσημα για το οποίο δεν υπάρχει θεραπεία, η διάγνωση της HIV / λοίμωξης έχει συχνά καταστροφική επίδραση στο άτομο, στο οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον και συχνά φορτίζει τους νοσηλευτές με μεγάλο συναισθηματικό άγχος.

Σύμφωνα με επιστημονικά δεδομένα που προέκυψαν από στατιστικές μελέτες, ο κίνδυνος μόλυνσης γιατρού ή άλλου ατόμου από την νοσηλευτική ομάδα είναι μία μόλυνση σε 200 περιστατικά και εξαρτάται από πολλές παραμέτρους.

Τα μεμονωμένα περιστατικά προκάλεσαν μεγάλη ανησυχία στους ιατρικούς κλάδους ιδιαίτερα στους χειρουργούς, σχετικά με τις πραγματικές διαστάσεις του κινδύνου που διατρέχουν κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών στους φορείς και ασθενείς του AIDS. Αρκετά άτομα αρνήθηκαν να παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες όπως προέκυψε από το σύνολο 3.000 καταγγελιών στην επιτροπή ατομικών δικαιωμάτων στην Νέα Υόρκη, το ποσοστό 27% αφορούσε την άρνηση παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Οι νομικές υποχρεώσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, διακρίνονται ανάλογα με το νομικό πλαίσιο μέσα στο οποίο προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.

Για παράδειγμα, ο ελεύθερος επαγγελματίας γιατρός ή ο γιατρός που προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ένα ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα έχει κάποια ευχέρεια επιλογής των ασθενών του, αναπτύσσοντας ιατρικές συμβάσεις μόνο με όσους ασθενείς μπορεί να επιθυμεί να νοσηλεύσει. Εάν όμως πρόκειται για ασθενή που ήδη νοσηλεύεται εφόσον δεν επιθυμεί να συνεχίσει ο ίδιος νοσηλευτής να προσφέρει τις υπηρεσίες του θα πρέπει να φροντίσει να εξασφαλίσει για τον ασθενή του την παροχή υπηρεσιών από άλλο συνάδελφο του, τον οποίο οφείλει να ενημερώσει για την πορεία του ασθενούς και τη θεραπεία που ακολουθήθηκε.

Αντίθετα ο γιατρός που προσφέρει τις υπηρεσίες του σε δημόσιο νοσοκομείο δεν έχει δικαίωμα επιλογής των ασθενών του εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις στις οποίες οφείλει και πάλι να εξασφαλίσει τη συνέχιση της θεραπείας από άλλο συνάδελφο.

Πρέπει λοιπόν να λαμβάνεται ειδική μέριμνα για την παροχή ισότιμης με τους άλλους ασθενείς νοσηλείας. Το υγειονομικό προσωπικό υποχρεούται να παρέχει τις

⁷⁰ Αγραφιώτης Δ., *AIDS Εγκύκλιος Σκιά*, Ύψιλον, Αθήνα, 1997, σ.σ. 191-192

ιατρονοσηλευτικές του υπηρεσίες στους ασθενείς με AIDS και να τηρεί το ιατρικό απόρρητο.⁷¹

Ο γιατρός δεν μπορεί να προβεί σε ιατρική παρέμβαση χωρίς την άμεση ή έμμεση αποδοχή συγκατάθεσης του ασθενή, εκτός από ειδικές περιπτώσεις που αφορούν ασθενείς με απώλεια συνειδήσεως, πνευματικά καθυστερημένων, ανήλικα παιδιά, που θα επιλυθούν κατά περίπτωση σύμφωνα με τους κανόνες ιατρικής δεοντολογίας.

Παράλληλα με τη νοσηλεία του ασθενή ο γιατρός ευθύνεται για την προφύλαξη όσων φροντίζουν ή σχετίζονται μαζί του. Με την ανακάλυψη οροθετικών ή πασχόντων με AIDS προκύπτει άμεσο πρόβλημα ενημερώσεως του προσωπικού που έχει σχέση με τη φροντίδα του και το άμεσο περιβάλλον του ατόμου (όπως: σύζυγος, ερωτικός σύντροφος).

Η ενημέρωση των ατόμων που σχετίζονται με τον πάσχοντα δεν θα πρέπει να θεωρηθεί σαν παράβαση των αρχών εμπιστευτικότητας και τηρήσεως του απορρήτου διότι αν ο γιατρός δεν προβεί σε μια τέτοια ενέργεια κινδυνεύει να κατηγορηθεί για αμέλεια όταν αποδειχθεί ότι μια τέτοια παράλειψη προκάλεσε λοίμωξη των ατόμων που σχετίζονται με τον πάσχοντα.⁷²

Στο σημείο αυτό προκύπτει και η βασική υποχρέωση της πολιτείας να προσφέρει στους ασθενείς με AIDS υπηρεσίες για τη νοσηλεία και την υποστήριξη τους γενικότερα μέσα από το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητας και από το δικαίωμα στην περίθαλψη.

Το δικαίωμα στην περίθαλψη αναγνωρίζεται απ' όλα τα σύγχρονα συντάγματα των δυτικών χωρών. Το Ελληνικό Σύνταγμα του 1975 στο άρθρο 21 παρ. 3 ορίζει ότι: "Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων". Δηλαδή ορίζεται η θεμελιώδης υποχρέωση του κράτους ή άλλων φορέων του δημοσίου τομέα να παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα ή να απέχουν από δραστηριότητες με σκοπό την εξασφάλιση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας των πολιτών.

Το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος αποτελεί συνταγματική επιταγή προς το κοινό νομοθέτη για την χάραξη κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής υγείας και για την λήψη μέτρων για την προστασία της υγείας των πολιτών στο υψηλότερο δυνατό σημείο ανάλογα με τις επικρατούσες κοινωνικοπολιτικές αντιλήψεις.

Μέσα απ' αυτό το νομικό πλαίσιο προκύπτει η υποχρέωση της πολιτείας να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για την προστασία της υγείας των ατόμων που έχουν

⁷¹ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1991, σ.σ. 55-57

⁷² Παπαευναγγέλου Γ., AIDS, Παρατηρητής, Θεσ/νίκη, 1988, σ.σ. 35-38

προσβληθεί από το AIDS. Η πολιτεία θα πρέπει να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την διασφάλιση μέσων και την προσφορά των υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της προσβολής από το συγκεκριμένο ιό της ασθένειας και την οργάνωση των αντίστοιχων κρατικών υπηρεσιών. Τέτοιες υπηρεσίες είναι τα Κέντρα Ελέγχου όπου θα μπορεί καθένας να ελέγχεται για αντισώματα κατά του ιού, τα Δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα, όπου φορείς και πάσχοντες θα μπορούν να νοσηλευθούν, και τα Κέντρα Ψυχολογικής Υποστήριξης.

Παράλληλα και σε συνδυασμό με την υποχρέωση της πολιτείας να σέβεται την προσωπικότητα των πολιτών προκύπτει η υποχρέωση της να λαμβάνει μέτρα για την αποτροπή κάθε φαινομένου που θα έχει αρνητική επίπτωση στην ψυχική υγεία και την κοινωνική ευεξία των ατόμων αυτών. Υπό αυτή την έννοια δημιουργείται η υποχρέωση από μέρους της πολιτείας να διασφαλίσει το σεβασμό των δικαιωμάτων των ατόμων αυτών και την αποτροπή κάθε διάκρισης εναντίον τους σε οποιοδήποτε χώρο λόγω της ασθένειάς τους.

Η υλοποίηση της υποχρέωσης αυτής συνιστάται τόσο στη λήψη νομοθετικών μέτρων (π.χ. ψήφιση ειδικών νόμων για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων που έχουν προσβληθεί από το AIDS στο εργασιακό, σχολικό ή άλλο περιβάλλον, ώστε να περιορισθούν οι δυνατότητες αυθαιρεσίας) όσο και στην κατάρτιση προγραμμάτων για την ενημέρωση συγκεκριμένων ομάδων (π.χ. ιατρονοσηλευτικό προσωπικό), αλλά και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.⁷³

Συνεπώς τόσο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και η κοινωνία στο σύνολό της πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι υποβάλλοντας τα άτομα με AIDS σε οποιοδήποτε είδους κοινωνικές διακρίσεις ακολουθούν πρακτικές υψηλού κινδύνου, όσον αφορά την εξάπλωση του ιού και αθετούν υφιστάμενες ηθικές ή νομικές υποχρεώσεις προς τους συνανθρώπους τους. Οι ηθικές αξίες της κοινωνίας και οι αρχές δικαίου επιβάλλουν την προάσπιση των ατομικών δικαιωμάτων κάθε πολίτη.

3.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΦΟΡΕΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

1. ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΗ

Το Νοσοκομείο διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην ιατρική αντιμετώπιση των ασθενών με AIDS. Αποτελεί ιδανικό χώρο συγκεντρώσεως πληροφοριών στον οποίο μπορούμε να υποδεχθούμε και να προσανατολίσουμε τους ασθενείς.

Το Νοσοκομείο είναι επίσης ο κατ' εξοχήν χώρος των κλινικών ερευνών που πραγματοποιούνται ειδικές θεραπευτικές δοκιμές, γεγονός που δημιουργεί ελπίδες σε

⁷³ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ο.π., σ.σ. 57-58

ορισμένους ασθενείς ότι θα συμμετάσχουν σε κάποια μελέτη που θα οδηγήσει σε θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι ασθενείς τις περισσότερες φορές προτιμούν να νοσηλευθούν σ' αυτούς τους εξειδικευμένους χώρους.⁷⁴

Γι' αυτό το λόγο στο νοσοκομείο πρέπει να οργανωθεί συντονισμός της νοσηλείας του ασθενή από ομάδα που συμπεριλαμβάνει: τα μέλη της Επιτροπής Λοιμώξεων, Διαιτολόγο, Ψυχολόγο και Κοινωνικό Λειτουργό. Ενώ παράλληλα από την Διοίκηση του Νοσοκομείου πρέπει να οριστεί η φιλοσοφία της φροντίδας του ασθενή, με την οποία θα ταυτιστεί το προσωπικό υγείας, ο ασθενής και η οικογένειά του.

Μια τέτοια φιλοσοφία πρέπει να περιλαμβάνει τα δικαιώματα του κάθε ασθενή που σε άλλες χώρες έχουν ορισθεί με κώδικα, τα οποία εγγυούνται στους ασθενείς τα εξής:

- Δικαίωμα επείγουσας θεραπείας όταν χρειάζεται (παθολογική ή χειρουργική).
- Δικαίωμα νοσηλείας με πραγματικό ενδιαφέρον, σεβασμό και αξιοπρέπεια απ' όλο το προσωπικό, ανεξάρτητα από τη σωματική ή ψυχική του κατάσταση.
- Το δικαίωμα να γνωρίζει το όνομα, τον τίτλο και τη θέση που έχει ο καθένας από το προσωπικό που τον φροντίζει.
- Το δικαίωμα να πληροφορείται για την κατάσταση της υγείας του σε γλώσσα που να μπορεί να καταλάβει.
- Το δικαίωμα να δώσει ή να αρνηθεί συγκατάθεση μετά από εξήγηση στη θεραπεία του να επιλέξει αν είναι εφικτό τη θεραπεία του, με διευκρίνηση των συνεπειών.
- Δικαίωμα εχεμύθειας συμβατή με την ιατρονοσηλευτική φροντίδα του.
- Δικαίωμα έγκαιρης ενημέρωσης για τον προγραμματισμό εξόδου του από το Νοσοκομείο.
- Δικαίωμα εμπιστευτικότητας
- Δικαίωμα άρνησης για συμμετοχή σε έρευνα.
- Δικαίωμα να ζητήσει συμβούλιο, φροντίδα ή θεραπεία από άλλο γιατρό που θεωρεί καταλληλότερο απ' αυτόν στον οποίο έχει ανατεθεί υπηρεσιακά.
- Δικαίωμα σαν πολίτης και ασθενής να εκφράσει παράπονα και να συστήσει αλλαγές σε κανονισμούς και υπηρεσίες.⁷⁵

⁷⁴ Montagnier Luc. (μτφ. Χ. Καλζλαρής), *Ιοί και Άνθρωποι*, Κάτοπτρο, Αθήνα, 1994, σ. 169

⁷⁵ Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών Ελλάδος, *ΙΔ' Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο*, Θεσ/νίκη, 1987, σ.σ. 78-79

2. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Επειδή η ασθένεια του AIDS είναι λοιμώδης και μεταδοτική η όλη τεχνική της αντιμετώπισης της στο νοσοκομείο υπάγεται στους κανονισμούς και το πρόγραμμα ελέγχου και περιορισμού των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων.

Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο ενός εξακριβωμένου ή υπόπτου ασθενή με AIDS αρχίζει η εφαρμογή των κανονισμών στο χειρισμό και στην αντιμετώπιση του. Η εφαρμογή των κανονισμών αυτών περιλαμβάνει τα εξής:

- Αρχικά πραγματοποιείται από τον γιατρό μια αξιολόγηση και προετοιμασία του ασθενή ως προς:
 - α) Αξιολόγηση της φυσικής και ψυχικής του κατάστασης
 - β) Παραχώρηση ιδιαίτερου δωματίου
 - γ) Συντονισμένη διδασκαλία και φροντίδα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τις υποστηρικτικές υπηρεσίες
 - δ) Διδασκαλία ασθενή για ατομική υγιεινή και τρόπο συμπεριφοράς
 - ε) Πληροφόρηση επισκεπτών για τους κανονισμούς του Νοσοκομείου.
- Στη συνέχεια μετά την αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή καθορίζονται από το γιατρό σε συνεργασία με την προϊσταμένη ή την υπεύθυνη νοσηλεύτρια τα ενδεικνυόμενα προφυλακτικά μέτρα της φροντίδας του τα οποία αναφέρονται:
 - α) Στις προφυλάξεις φραγμού εναντίον διασποράς μετάδοσης που είναι διάφορες για κάθε περίπτωση αρρώστου, και
 - β) Στις εκτεταμένες προφυλάξεις που στοχεύουν στην προστασία του ασθενή από μόλυνση με άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις στο χώρο του Νοσοκομείου.⁷⁶

3. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ – ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Ο ασθενής με AIDS λόγω της πολυπλοκότητας της νόσου χρειάζεται εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σκοπός της οποίας είναι: "να βοηθήσει το άτομο άρρωστο ή υγιές να εκτελεί τις ενέργειες που συνεισφέρουν στην υγεία ή στην ανάρρωση ή και στον ειρηνικό θάνατο τις οποίες ο ασθενής θα έπραττε αβοήθητος αν είχε την απαιτούμενη δύναμη, θέληση ή γνώση, αυτά πρέπει να γίνονται με τρόπο που να βοηθηθεί ο ασθενής να αποκτήσει την ανεξαρτησία του το ταχύτερο δυνατόν".⁷⁷

Γι' αυτό το λόγο το προσωπικό υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές που επωμίζονται τη φροντίδα του ασθενή με AIDS πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι

⁷⁶ Στο ίδιο, σ. 79

⁷⁷ Στο ίδιο, σ. 83

στη λεπτή ισορροπία που απαιτείται για την εφαρμογή των προφυλακτικών μέτρων, να αναγνωρίζουν την αξιοπρέπεια και να προστατεύουν την ατομικότητα του ασθενή, να τον βλέπουν ως μοναδική και ανεμπάνηπτη βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα και τέλος να είναι σε θέση να αξιολογούν σωστά τόσο την φυσική όσο και την ψυχική κατάσταση του ασθενή.

Η αξιολόγηση των συμπτωμάτων, των προβλημάτων και των αναγκών του ασθενή απαιτεί νοσηλευτική με ειδικά προσόντα όπως: επιστημονικές γνώσεις, κλινική πείρα, ικανότητα καλών διαπροσωπικών επαφών, καλλιεργημένη παρατηρητικότητα και κριτικό πνεύμα για την κατανόηση των σημείων και των συμπτωμάτων που παρεκκλίνουν από το φυσιολογικό.

Η Armstrong υποστηρίζει ότι υπάρχουν βασικοί κανόνες που οφείλουν να γνωρίζουν οι νοσηλευτές που φροντίζουν ένα χρόνιο ασθενή και την οικογένειά του. Οι κανόνες αυτοί είναι οι εξής:

1. Ο Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει επαρκή γνώση για το νόσημα από το οποίο πάσχει ο ασθενής, να διαθέτει γνώσεις και δεξιότητες για την εφαρμογή απλών και σύνθετων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, παρεμβάσεων αγωγής υγείας και συμβουλευτικής.
2. Να έχει ικανότητες να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένειά του για την θέσπιση εφικτών στόχων υγείας και αυτοφροντίδας.
3. Να έχει ικανότητες ώστε να ανταποκρίνεται θετικά στις ανάγκες του ασθενή για επαναδιαπραγμάτευση θεσπισμένων στόχων, όταν διαπιστώνεται ότι αυτοί δεν είναι εφικτοί.
4. Να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένειά του για την υιοθέτηση αλλαγών στον τρόπο ζωής.
5. Να διαθέτει υπομονή και ικανότητες για ανίχνευση και ενδυνάμωση των δυνατοτήτων των ασθενών και των οικογενειών τους να προβούν σε αλλαγές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής.⁷⁸

Ο νοσηλευτής λαμβάνοντας υπόψην τους παραπάνω κανόνες, και εφόσον αρχικά έχει αναγνωρίσει και εντοπίσει τις ανάγκες και τα προβλήματα του ασθενή, προβαίνει στη συνέχεια στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής του φροντίδας βασισμένη στους εξής στόχους:

- Την επίλυση των πραγματικών προβλημάτων
- Την αναγνώριση των δυνητικών προβλημάτων και την παρεμπόδιση της εξέλιξής τους σε πραγματικά, και

⁷⁸ Σαπουντζή Δ. - Κρεπια, *Χρόνια Ασθένεια & Νοσηλευτική Φροντίδα*, Έλλην, Αθήνα, 1998, σ.σ. 53-54

- Την αντιμετώπιση των βιο-ψυχο-κοινωνικών αναγκών του ασθενή.

Οι κυριότερες βιολογικές ανάγκες των ασθενών με AIDS που πρέπει να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη προσοχή είναι:

1. Ικανοποιητική διατροφή, ενυδάτωση
2. Ικανοποιητική διούρηση και κένωση
3. Ελεγχόμενη θερμοκρασία σώματος
4. Κίνηση και κινητοποίηση
5. Ασφαλές περιβάλλον
6. Ατομική υγιεινή
7. Έκφραση – Επικοινωνία – Ψυχαγωγία
8. Ψυχική ισορροπία
9. Θρησκευτικές ανάγκες
10. Μεταφυσικές ανησυχίες
11. Η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας εκτιμάται από την κατάσταση του αρρώστου, τόσο από άποψη σωματικής υγείας όσο και από άποψη ψυχικής ισορροπίας.⁷⁹

Συνεπώς η εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενή με AIDS χρειάζεται επιδεξιότητα, ακρίβεια και εχεμύθεια. Αυτά βασίζονται στην πραγματική γνώση των σύγχρονων μοντέλων νοσηλευτικής που προορίζονται να δώσουν στον ασθενή υψηλή ποιότητα νοσηλείας με πραγματικό ενδιαφέρον.

Ο νοσηλευτής έχει την υποχρέωση να είναι πλήρως ενημερωμένος για όλες τις σύγχρονες εξελίξεις από τοπικές και περιφερειακές, επίσημες και ανεπίσημες πηγές. Λόγω του μεγάλου εύρους των εκδηλώσεων της νόσου και των ψυχοκοινωνικών πλευρών της HIV/λοίμωξης, απαιτείται ένα μεγάλο εύρος νοσηλευτικών δεξιοτήτων συμπεριλαμβανομένων αποτελεσματικών εκπαιδευτικών και συμβουλευτικών δεξιοτήτων για την προσφορά καλής νοσηλευτικής φροντίδας οπουδήποτε χρειαστεί (νοσοκομείο, κέντρα υγείας, κ.ά.).

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ενημέρωση του προσωπικού υγείας σε θέματα AIDS αποτελεί αρμοδιότητα της νοσηλευτικής διοικήσεως. Αντικείμενα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού αποτελούν μέθοδοι νοσηλείας, μέτρα προφύλαξης, φαρμακευτικής αγωγής, αντιμετώπισης ατυχήματος (τρύπημα βελόνας κ.ά.), καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και κυρίως θέματα εχεμύθειας ηθικής και δεοντολογίας.

⁷⁹ Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών Ελλάδος, 18^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, 1991, σ.σ. 167-168

3.4.1. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Έχει αποδειχθεί ότι οι άρρωστοι με AIDS μπορούν σε ορισμένα στάδια της νόσου να νοσηλεύονται με ασφάλεια και σε άλλα ιδρύματα όπως: αναρρωτήρια, κρατικά ή ιδιωτικά, αλλά ακόμη και στο σπίτι αρκεί να τηρούνται τα προφυλακτικά μέτρα.

Ο ασθενής που νοσηλεύεται στο σπίτι δεν αποχωρίζεται το γνώριμο και αγαπημένο περιβάλλον του, περνά την ασθένεια και τις δυσκολίες της ανάμεσα σε αγαπημένα πρόσωπα, αυτό του δίνει ψυχική ασφάλεια και τον βοηθάει να χρησιμοποιεί όλες τις εσωτερικές του δυνάμεις για την προσαρμογή στην ασθένεια.

Μελέτες που έχουν γίνει στις οικογένειες των ασθενών έδειξαν ότι εφόσον τηρούνται βασικές προφυλάξεις, τα μέλη δεν έχουν σεξουαλική επαφή με τον ασθενή δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης. Οι οικογένειες εφόσον η γενική κατάσταση του ασθενή το επιτρέπει πρέπει να ενθαρρύνονται να νοσηλεύουν τους ασθενείς με AIDS στο σπίτι, δίνοντας όλη τη στοργή και θαλπωρή όπως θα έκαναν σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, ψυχικά ή άλλα νοσήματα.

Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που ρυθμίζουν κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να νοσηλευθεί στο σπίτι ή όχι. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

1. Ιατρική συγκατάθεση
2. Η οργανωμένη υπηρεσία για φροντίδα στο σπίτι («νοσηλεία στο σπίτι»)
3. Η δυνατότητα διαθέσεως μοναχικού δωματίου
4. Η προσαρμογή της οικογένειας στο νέο πρόγραμμα ζωής
5. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις αρρώστου – οικογένειας.

Εφόσον αποφασιστεί η νοσηλεία του ασθενή στο σπίτι θα πρέπει τα άτομα που θα αναλάβουν τη φροντίδα του να ακολουθούν συγκεκριμένα προφυλακτικά μέτρα όπως:

- Ατομική υγιεινή (π.χ. καθαρισμός χεριών πριν και μετά τα γεύματα).
- Τα προσωπικά αντικείμενα του ασθενή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται από άλλα άτομα (π.χ. οδοντόβουρτσα).
- Τα είδη εστίασεως να πλένονται κατά το συνηθισμένο τρόπο και στη συνέχεια να παραμένουν σε διάλυμα 10% για 15 λεπτά.
- Ο ακάθαρτος ιματισμός να πλένεται στο πλυντήριο στους 90 °C ή στο χέρι υπό την προϋπόθεση ότι θα χρησιμοποιούνται γάντια για την αποφυγή μόλυνσης μέσω αμυχών του δέρματος.
- Για τα έπιπλα δεν χρειάζεται ειδική φροντίδα ενώ για τα ιατρικά μηχανήματα και συσκευές ισχύει η ίδια φροντίδα με το νοσοκομείο.

- Τα αιχμηρά αντικείμενα συλλέγονται με προσοχή για την αποφυγή ατυχημάτων και να καίγονται με τα υπόλοιπα απορρίμματα εφόσον είναι δυνατόν αλλιώς να παραδίδονται στο αυτοκίνητο συλλογής απορριμμάτων την τελευταία στιγμή.
- Για την πρόληψη διασποράς βιολογικών υγρών και την καθαριότητα του χώρου ισχύει ότι και στο νοσοκομείο.

Με τον τρόπο αυτόν και με τη σωστή πληροφόρηση, ελπίζεται ότι μπορεί να επιτευχθεί σωστή φροντίδα των ασθενών με AIDS στο οικείο τους περιβάλλον, ώστε και τα νοσοκομεία να αποσυμφορηθούν αλλά και οι άρρωστοι να έχουν ανθρώπινη και αξιοπρεπή μεταχείριση μέχρι το τέλος.⁸⁰

3.4.2. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ – ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

Η αντιμετώπιση ασθενών με HIV / λοίμωξη αποτελεί σύνθετο πρόβλημα όπου τα καθαρά ιατρικά προβλήματα συνυπάρχουν με τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Είναι αυτονόητο ότι η εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών με AIDS δεν μπορεί να είναι έργο ατόμου αλλά ομάδας, η σύνθεση της οποίας εκτός από το ειδικό ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να περιλαμβάνει ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Η ομάδα αυτή εγκαταστημένη στα μεγάλα νοσοκομεία πρέπει να οργανώνει ταχτικό ειδικό εξωτερικό ιατρείο για να παρακολουθεί και να ενημερώνει υπεύθυνα τους ασθενείς και φορείς του ιού.⁸¹

Παγκοσμίως ενθαρρύνεται η νοσηλεία σε εξωτερικά ιατρεία γιατί είναι μεγάλο πρόβλημα οι άρρωστοι να περνούν την υπόλοιπη ζωή τους μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, αλλά και οι ίδιοι οι ασθενείς επιθυμούν να νοσηλεύονται στους χώρους αυτούς απ' ότι μέσα στο νοσηλευτικό ίδρυμα.

Οι ασθενείς με HIV / λοίμωξη που μπορούν να νοσηλευθούν στα εξωτερικά ιατρεία χωρίζονται σε ομάδες ανάλογα με τα νοσήματά τους. Συγκεκριμένα, οι ομάδες αυτές είναι οι εξής:

- Τα άτομα που κάνουν αντι-ϊική θεραπεία, προσέρχονται κάθε 15 μέρες για απλό τακτικό εργαστηριακό έλεγχο και κάθε 3 μήνες για ανοσιακό έλεγχο.
- Τα άτομα που κάνουν εισπνοές νεφελοποιημένης πενταμιδίνης, είτε για πρωτογενή είτε για δευτερογενή προφύλαξη από P.C.D.
- Τα άτομα που κάνουν συγκεκριμένες θεραπείες για ειδικά νοσήματα όπως: σάρκωμα kaposi, ασθενείς με αμφιβληστροειδοπάθεια από κυτταρομεγαλοϊό, ασθενείς υπό χημειοθεραπεία για Hodgkin ή non-Hodgkin λεμφώματα και

⁸⁰ Στο ίδιο, σ.σ. 171-172

⁸¹ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ΒΗΤΑ, Θεσ/νίκη, 1990, σ. 121

ασθενείς που κάνουν αντιφυματική αγωγή. Τα άτομα αυτά παρακολουθούνται σε τακτικά χρονικά διαστήματα.

- Τα άτομα που παρουσιάζουν καθημερινά προβλήματα όπως: μυκητιάσεις ή ιογενείς λοιμώξεις τα οποία μπορούν να αντιμετωπίσουν με την εφαρμογή θεραπείας στο σπίτι τους.
- Και τέλος υπάρχουν και τα άτομα που χρειάζονται μικροεπεμβάσεις ή ενδοσκοπήσεις όπως άνοιγμα αποστήματος ή λήψη ιστοτεμαχιών για βιοψίες και καλλιέργειες για διαγνωστικούς σκοπούς.⁸²

Η συμβολή των εξωτερικών ιατρείων είναι πολύ σημαντική η έλλειψη όμως ανάλογης οργάνωσης στα νοσηλευτικά ιδρύματα και η επιθυμία ή απαίτηση πολλών ασθενών για αποκλειστική "ιδιωτική" παρακολούθηση μεταβιβάζουν το σύνθετο πρόβλημα της εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης στον κάθε γιατρό.

Επιβάλλεται οι γιατροί να γνωρίζουν την ιδιαιτερότητα της νόσου καθώς και τον τρόπο χειρισμού των συνοδών προβλημάτων. Συνεπώς εφόσον οι γιατροί αναλαμβάνουν την παρακολούθηση ασθενών με AIDS θα πρέπει να γνωρίζουν τα εξής:

1. Τις κλινικο-εργαστηριακές εκδηλώσεις και τη φυσική πορεία της νόσου
2. Τον τρόπο σταδιοποίησης και αναφοράς του περιστατικού
3. Τις υπάρχουσες δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης
4. Τον τρόπο ενημέρωσης και κατάλληλης ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενή
5. Και τέλος τον τρόπο παρακολούθησης των ασθενών που πρέπει να περιλαμβάνει:
 - αρχική καταγραφή των κλινικών ευρημάτων με επικέντρωση σε συμπτώματα ή σημεία σχετιζόμενα με τη λοίμωξη
 - αναγραφή των βασικών παρακλινικών εξετάσεων
 - καθορισμού του χρόνου επανεξέτασης
 - αναζήτηση σε κάθε επανεξέταση, κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων δηλωτικών ταχέως εξελισσόμενης λοίμωξης ή αρχόμενης ευκαιριακής λοίμωξης.

Η εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών με HIV / λοίμωξη δημιουργεί στο θεράποντα ιατρό και την υποχρέωση έναρξης ειδικής αντι-ιικής αγωγής με συμπτωματική ανά 15ήμερο παρακολούθηση των παρενεργειών και της έγκαιρης

⁸² Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ο.π., σ.σ. 69-70

εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο, προκειμένου να αντιμετωπιστούν επικίνδυνες ευκαιριακές λοιμώξεις, ειδικά νεοπλάσματα ή ειδικές εκδηλώσεις.⁸³

Συνεπώς η σωστή εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών με HIV/λοίμωξη περιλαμβάνει πλήρης ενημέρωση του ασθενή, στενή κλινικο-εργαστηριακή παρακολούθηση και έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση προκειμένου να εξαντληθούν οι δυνατότητες βοήθειας στα άτομα με HIV / λοίμωξη. Στη συνέχεια όμως θα έρθει η στιγμή που τα άτομα αυτά θα πρέπει να νοσηλευθούν σε νοσηλευτικό ίδρυμα λόγω της μεγάλης ποικιλίας των νοσημάτων που εμφανίζουν και αυτό κάνει προφανές τις αυξημένες ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης που δημιουργούνται.

3.4.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Σύμφωνα με τον Doka, η τελική φάση χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της υγείας του ασθενή και την τροποποίηση των στόχων παρέμβασης του προσωπικού υγείας που δεν αποβλέπει στη θεραπεία ή τον έλεγχο της αρρώστιας αλλά στην ανακουφιστική φροντίδα του ασθενή ενόψει του επικείμενου θανάτου. Η διάρκεια και η πορεία της τελικής φάσης εξαρτάται από τη φύση και εξέλιξη της αρρώστιας, από τις παρεμβάσεις του προσωπικού υγείας και από τον ίδιο τον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον του.

Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει τον ασθενή που πεθαίνει είναι αρχικά υποστηρικτικός, με την παρουσία του και τη διαθεσιμότητα που παρέχει στον ασθενή και στην οικογένειά του ασφάλεια, που έχουν ανάγκη σ' αυτή τη φάση της ασθένειας.

Πολλές φορές επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι ο ρόλος του προσωπικού υγείας είναι να προστατεύσει τον ασθενή από τη συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου, άλλωστε ενισχύεται η πεποίθηση ότι ο ρόλος του προσωπικού υγείας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχθεί και να συμφιλιωθεί με την πραγματικότητα ή να τον βοηθήσει να πεθάνει.

Στην πραγματικότητα το σημαντικότερο που μπορεί να προσφέρει το προσωπικό υγείας είναι: "να βοηθήσει τον ασθενή να ζήσει μέχρι να πεθάνει, εξασφαλίζοντας το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσής του".

Κανείς δεν μπορεί να πείσει τον ασθενή να αποδεχτεί το θάνατο του όταν ο ίδιος το αρνείται, ούτε να τον αρνηθεί όταν συνειδητοποιήσει και θέλει να συζητήσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του σχετικά με τον επικείμενο θάνατο.

⁸³ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ο.π., σ.σ. 121-123

Για μερικούς ασθενείς ο θάνατος είναι καλοδεχούμενος, γίνεται αντιληπτός ως λύτρωση ενώ για άλλους, η συνειδητοποίηση του θανάτου συνοδεύεται από έντονο άγχος, φόβο, θυμό, κατάθλιψη που συχνά αποτελούν μια ευρύτερη διεργασία θρήνου εν όψει του επικείμενου θανάτου.

Το προσωπικό υγείας παρέχει ουσιαστική στήριξη όταν αποδέχεται τόσο την οργανική και ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής σε μια δεδομένη στιγμή όσο και το θάνατο γενικότερα. Την αποδοχή του την εκφράζει όταν προσφέρεται να συνοδεύσει τον ασθενή στην πορεία του, αφήνοντας τον ίδιο να καθοδηγήσει τον επαγγελματία της υγείας.

Όταν ο στόχος κάθε παρέμβασης δεν είναι η θεραπεία του ασθενή αλλά η επιδίωξη ανακούφισης και μέγιστης δυνατής άνεσης τότε οι υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που εκδηλώνονται σε: α) οργανικό, β) ψυχολογικό, γ) κοινωνικό και δ) πνευματικό επίπεδο.

α) ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Ο Corr αναφέρει ότι η φροντίδα είναι σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βιολογικές ανάγκες του ασθενή, στη μείωση ή τον έλεγχο του πόνου καθώς και σε οποιαδήποτε κατάσταση που δημιουργεί δυσφορία.

Διακρίνονται δύο μεγάλες κατηγορίες πόνου:

1. Ο **Οξύς** πόνος, είναι συνήθως παροδικός και οφείλεται σε συγκεκριμένο τραυματισμό ή οργανική βλάβη. Ο συγκεκριμένος πόνος είναι ιδιαίτερα χρήσιμος αφού συμβάλλει στον προσδιορισμό της διάγνωσης και θεραπευτικής παρέμβασης ή προστατεύει το άτομο από την έκθεση του σε κάποιο κίνδυνο – απειλή.
2. Ο **Χρόνιος** πόνος, συνοδεύεται από αυξημένο άγχος και κατάθλιψη που μεγεθύνουν την αίσθηση του πόνου και μειώνουν τα επίπεδα ανοχής σ' αυτόν. Ο χρόνιος πόνος παρεμβαίνει στην καθημερινή ζωή του ατόμου για μεγάλο χρονικό διάστημα και προκαλεί μια σειρά από ψυχοκοινωνικά προβλήματα που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα.

Το προσωπικό υγείας θα πρέπει να γνωρίζει τις πρόσφατες εξελίξεις στο χώρο αυτό και να επιλέγει το κατάλληλο φάρμακο, στην κατάλληλη δόση, ώστε να ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε αρρώστου, αποφεύγοντας την υπερβολική, άσκοπη ή ανεπαρκή χορήγηση φαρμάκων.

Στόχος οποιασδήποτε θεραπευτικής αγωγής δεν πρέπει να είναι η αναισθησία αλλά η αναλγησία στα πλαίσια της οποίας ο ασθενής ανακουφίζεται ενώ παράλληλα διατηρεί επικοινωνία με το περιβάλλον.

Στη σύγχρονη Ιατρική πράξη, το προσωπικό υγείας έχει την τάση να ιατροκοποιεί τον πόνο πιστεύοντας ότι αρκεί να ελέγξει τα συμπτώματα του αρρώστου και να τον ανακουφίσει από τον πόνο. Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματικότερη όταν συνοδεύεται από ολιστική παρέμβαση γιατί πολλές φορές ο ψυχικός, κοινωνικός και πνευματικός πόνος που βιώνει το άτομο είναι ακόμη πιο οδυνηρός από τον οργανικό.

β) ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Συχνά ο ψυχικός πόνος του αρρώστου φέρνει σε αμηχανία το προσωπικό υγείας που δεν γνωρίζει πώς να ανταποκριθεί σ' αυτόν. Αισθήματα θυμού, θλίψης, άγχους, κατάθλιψης είναι απόλυτα φυσιολογικά και αποτελούν μέρος μιας ψυχικής διεργασίας θρήνου. Ο άρρωστος θρηνεί, τις απώλειες που σχετίζονται με το άμεσο μέλλον (π.χ. την επιδείνωση της ασθένειας κ.ά.), τις απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν (π.χ. αυξανόμενη αδυναμία, απομάκρυνση του προσωπικού κ.ά.) καθώς και τις απώλειες που αναφέρονται στο παρελθόν (π.χ. κάποιο όνειρο που δεν κατάφερε να υλοποιήσει).

Αυτή η διεργασία θρήνου είναι σημαντική γιατί επιτρέπει στον άρρωστο να προετοιμαστεί ψυχικά για τον επικείμενο θάνατο. Το προσωπικό υγείας μπορεί να παρέχει ουσιαστική στήριξη στον άρρωστο όταν μπορεί να αναγνωρίσει τη διεργασία θρήνου, να ενθαρρύνει την έκφραση των οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων και προβληματισμών που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν, χωρίς να ασκεί κριτική, να συμβουλεύει ή να επιβάλλει τις προσωπικές του απόψεις.

Στο τελικό στάδιο, το άγχος και οι φόβοι του αρρώστου με το θάνατο αυξάνονται. Το προσωπικό υγείας μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να εντοπίσει, να εκφράσει, να επεξεργαστεί και να αποδεχτεί τους φόβους του ώστε να μπορέσει να τους ελέγξει αποτελεσματικότερα.

Οι Leming και Dickinson προσπάθησαν να ταξινομήσουν τους φόβους αυτούς και τους χωρίζουν σε δύο κατηγορίες, χωρίς φυσικά η ταξινόμηση αυτή να μπορεί να εξαντλήσει όλους τους φόβους που βιώνει ένα άτομο σε σχέση με το θάνατο.

- *Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους φόβους που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο όπως:*
 - α) Ο φόβος της εξάρτησης
 - β) Ο φόβος του πόνου
 - γ) Ο φόβος της εγκατάλειψης, της απόρριψης και της μοναξιάς
 - δ) Ο φόβος του αποχωρισμού από τα αγαπημένα του πρόσωπα.
- *Ενώ η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τους φόβους που αφορούν κυρίως το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού όπως:*

- α) Ο φόβος για τη μετά θάνατο ζωή ή άλλη κατάσταση
- β) Ο φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου
- γ) Ο φόβος για την τύχη του σώματος.

Η ψυχολογική φροντίδα που παρέχεται στον άρρωστο είναι επίσης σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βασικές του ανάγκες για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο μέσα απ' τις οποίες μπορεί να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του και αξιοπρέπεια εν όψει του επικείμενου θανάτου. Ειδικότερα:

- Η αίσθηση ασφάλειας καλλιεργείται όταν το προσωπικό υγείας βρίσκεται στη διάθεση του αρρώστου όχι μόνο με τη φυσική του παρουσία αλλά με ουσιαστικό ενδιαφέρον και με εξατομικευμένη φροντίδα που παρέχει στον ίδιο και την οικογένεια του. Ο προγραμματισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων βοηθάει τον άρρωστο να προβλέψει όσα πρόκειται να συμβούν και να προσαρμοστεί καλύτερα.
- Η καλλιέργεια της αυτονομίας και του αυτοελέγχου επιτυγχάνεται με διάφορους τρόπους όπως:
 - α) Με την ενημέρωση του αρρώστου ο οποίος επιθυμεί να γνωρίζει την κατάσταση και την εξέλιξη της υγείας του και την αγωγή που του παρέχεται
 - β) Με την προετοιμασία του αρρώστου για ενδεχόμενες σωματικές αλλαγές ή άλλες ιατρονοσηλευτικές διεργασίες που πρόκειται να υποστεί
 - γ) Με την δυνατότητα να αποφασίζει ο ίδιος για θέματα που αφορούν την υγεία του και τη φροντίδα που δέχεται, αλλά και τις τελευταίες συνθήκες μέσα στις οποίες επιθυμεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του.⁸⁴

γ) ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Έχει παρατηρηθεί ότι όταν ο ασθενής πλησιάζει το θάνατο αρχίζει να αποσύρεται συναισθηματικά και να αποδεσμεύεται σιγά-σιγά από τις σχέσεις με τα αγαπημένα του πρόσωπα. Κοιμάται περισσότερο, μειώνει την επικοινωνία μαζί τους, μια συμπεριφορά που τα αγαπημένα του πρόσωπα την παρερμηνεύουν και πιστεύουν ότι δεν τους θέλει ή δεν τους αγαπά πλέον.

Σύμφωνα με την Kübler – Ross αυτή η συναισθηματική και κοινωνική απόσυρση αποτελεί φυσιολογική αντίδραση του αρρώστου που συνειδητοποιεί το γεγονός του θανάτου και προετοιμάζεται γι' αυτό, ενώ παράλληλα του μειώνει τον ψυχικό πόνο που του προκαλεί ο επικείμενος αποχωρισμός από τα αγαπημένα του πρόσωπα.

⁸⁴ Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999, σ.σ. 146-155

Σύμφωνα με τον Levine οι άρρωστοι που πραγματικά αποδέχονται το θάνατο τους περιορίζουν τις σχέσεις τους αλλά επιδιώκουν μια βαθιά επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Ενώ παράλληλα εκπέμπουν μια εσωτερική ηρεμία, δεν διατηρούν ψεύτικες ελπίδες και επικεντρώνονται στο παρόν.

Μερικές φορές ο άρρωστος ωθείται σε κοινωνική απομόνωση καθώς δεν υπάρχει κάποιο άτομο από το άμεσο περιβάλλον πρόθυμο να τον ακούσει ή να επικοινωνήσει μαζί του, με ειλικρίνεια ή όλοι προσποιούνται ότι το πρόβλημα της υγείας του δεν είναι σοβαρό. Σ' αυτήν την περίπτωση ο άρρωστος νιώθει εγκαταλελειμμένος από τους συγγενείς του και τα μέλη του προσωπικού υγείας που αποσύρονται επειδή η κατάσταση του αρρώστου τους δημιουργεί έντονο άγχος. Μέσα σ' αυτές τις συνθήκες ο ασθενής που πεθαίνει βιώνει έναν «κοινωνικό θάνατο», ο οποίος μερικές φορές είναι πιο οδυνηρός από τον βιολογικό.

Δυστυχώς το σύστημα υγείας συχνά αντιμετωπίζει τον άρρωστο που πεθαίνει με φόβο, αποστροφή, περιθωριοποιώντας τον μέσα στον ίδιο το χώρο που τον νοσηλεύει ενώ οι πόρτες των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας δεν επιτρέπουν συχνά την είσοδο στους συγγενείς του αρρώστου με αποτέλεσμα ο άρρωστος να αισθάνεται ότι εγκαταλείπεται στα χέρια εξειδικευμένου προσωπικού που τον γνωρίζει ελάχιστα ή καθόλου.

Η διευθέτηση εκκρεμοτήτων που πηγάζουν από το ρόλο και τη θέση του στην οικογένεια, στο χώρο εργασίας και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο είναι βασικές κοινωνικές ανάγκες του ασθενή που πεθαίνει.

Τα μέλη του προσωπικού υγείας μπορούν να διαμορφώσουν το κατάλληλο κλίμα που θα επιτρέψει στον άρρωστο να εκφράσει τις αγωνίες του, ενώ παράλληλα μεσολαβούν ή λειτουργούν εκ μέρους του, ώστε να καλυφθούν μερικές από τις κοινωνικές του ανάγκες.

δ) ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Όταν ο άρρωστος συνειδητοποιεί ότι πεθαίνει συχνά βιώνει μια υπαρξιακή κρίση. Στην προσπάθειά του να επιλύσει την κρίση και να μειώσει το έντονο άγχος που του προκαλεί, επιδιώκει να δώσει νόημα στη ζωή και στο θάνατό του.

Ο Stephenson αναφέρει ότι ο ασθενής βιώνει ένα "υπαρξιακό θρήνο" που πηγάζει από την αναγνώριση του ατόμου ότι είναι ευάλωτο, τρωτό και θνητό ενώ ταυτόχρονα με τη συνειδητοποίηση ότι η ζωή του φθάνει σε ένα τέλος αναζητά τρόπους να υπερβεί αυτό το τέλος. Αυτή την υπέρβαση επιδιώκει μέσα από την ικανοποίηση των τριών βασικών πνευματικών αναγκών που βιώνει στο τελικό στάδιο της ζωής του.

Οι ανάγκες αυτές είναι οι εξής:

1. *Ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του*

Στην ανάγκη αυτή το άτομο ανταποκρίνεται ολοκληρώνοντας την ανασκόπηση της ζωής του. Ξαναγράφει την ιστορία της ζωής του, ερμηνεύοντας το παρελθόν με μια νέα οπτική γωνία όπου θετικές και αρνητικές εμπειρίες αποκτούν νέο νόημα.

Η ανασκόπηση αυτή βοηθάει τον ασθενή να νιώσει ότι ήταν σημαντικός, ότι η ζωή του είχε αξία και να αντλήσει δύναμη από μια προσωπική κοσμοθεωρία, από θρησκευτικές πεποιθήσεις κ.ά.

Είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντικό το προσωπικό υγείας να στηρίζει τον άρρωστο στην πνευματική αυτή διεργασία χωρίς να του επιβάλλει θεωρίες, απόψεις ή προσωπικές πεποιθήσεις.

Μελέτες έδειξαν ότι ο άρρωστος που αποδίδει νόημα και σκοπό στη ζωή του, βιώνει λιγότερο το άγχος του θανάτου.

Η ανασκόπηση ζωής άλλες φορές, φέρνει στην επιφάνεια πίκρα, θυμό, ενοχές για ορισμένες αποφάσεις, απογοήτευση για χαμένες ευκαιρίες, κάποιες συγκρούσεις που δεν λύθηκαν κ.ά.. Όταν το άτομο αδυνατεί να αποδώσει νέο νόημα στις εμπειρίες αυτές τότε μπορεί να οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι όλα ήταν μάταια και η ζωή του δεν είχε νόημα, με αποτέλεσμα να βιώνει έντονη κατάθλιψη και απελπισία.

2. *Ανάγκη να έχει έναν "καλό" θάνατο*

Ο ασθενής θεωρεί καλό ή κατάλληλο το θάνατο όταν μπορεί να ζήσει τις τελευταίες του στιγμές μέσα σε συνθήκες που αντιπροσωπεύουν τις αξίες, πεποιθήσεις και τον τρόπο που πάντα αντιμετώπιζε τις προκλήσεις της ζωής.

Για παράδειγμα σε κάποιους ασθενείς ο θάνατος είναι αξιοπρεπείς όταν επέρχεται στο χώρο του Νοσηλευτικού Ιδρύματος, για άλλους όταν συμβαίνει στο χώρο του σπιτιού τους κ.ά.

Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν την σημαντικότητα για τον άρρωστο να επιλέξει τον τρόπο που θα ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του. Ο Nuland υποστηρίζει ότι πολλές φορές οι επιλογές και αποφάσεις του αρρώστου μπορεί να είναι περιορισμένες ανάλογα με την βιολογική και κλινική κατάσταση της ασθένειάς του.

3. *Ανάγκη για ελπίδα πέρα από το θάνατο*

Σημαντική πνευματική ανάγκη για τον ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του είναι να βρει ή να διατηρήσει ζωντανή την ελπίδα για την μετά θάνατο ζωή ή αν δεν πιστεύει στη ζωή μετά το θάνατο να αφήσει κάτι πίσω του που θα εξακολουθήσει να υπάρχει ενώ εκείνος δεν θα είναι στη ζωή (π.χ. απογόνους, επιτεύγματα κ.ά.).

Η ανάγκη για ελπίδα είναι σημαντική για όλους τους ασθενείς. Αυτή την αντλούν από την Θρησκευτική πίστη, από την ίδια τη ζωή τους ή μέσα από την συμμετοχή τους σε πειραματικά θεραπευτικά πρωτόκολλα, που συμβάλλουν στην προώθηση της ιατρικής γνώσης και προσφοράς στους συνανθρώπους τους.

Είναι πολύ σημαντικό να αντιμετωπίζεται κάθε άρρωστος μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ως άτομο που ΖΕΙ, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να βρεθεί στο περιθώριο λόγω του επικείμενου θανάτου του, ένα άτομο που έχει ανάγκες, ελπίδες και δεν παύει ποτέ να επιδιώκει να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στη ζωή του.

Η τελική φάση ολοκληρώνεται με την ανακοίνωση του θανάτου, όμως ξεκινάει μία νέα φάση θρήνου που βιώνεται με διαφορετικό τρόπο από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ασθενή καθώς και από τα μέλη του προσωπικού υγείας.⁸⁵

⁸⁵ Στο ίδιο, σ.σ. 156-160

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1. ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η ερευνητική διαδικασία, ο τρόπος επιλογής δείγματος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού καθώς και η κατάρτιση του ερωτηματολογίου. Βασιζόμενοι στη χρήση του ερωτηματολογίου το οποίο ήταν δομημένο με κλειστές-δικοτομικές ερωτήσεις και ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών πραγματοποιήθηκε η ποσοτική ανάλυση δεδομένων. Εν συνεχεία παρατίθενται τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας.

4.2. ΣΤΟΧΟΙ – ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να καταγράψει τις απόψεις του Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, Δημόσιων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων όσον αφορά τους φορείς/ασθενείς του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (Σ.Ε.Α.Α.).

Στόχος είναι η μελέτη του επιπέδου γενικότερης κατάρτισης του αρμόδιου Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού καθώς επίσης και η καταγραφή των κοινωνικών σχέσεων του προσωπικού με φορείς/ασθενείς. Τέλος διερευνώνται τυχόν επιδράσεις των ευρύτερων κοινωνικών προκαταλήψεων στα άτομα με HIV/Λοίμωξη.

Απώτερος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα αυτής, προκειμένου οι σχέσεις ασθενών και Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να γίνουν ενδεχομένως αποδοτικότερες.

4.3. ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Η επιλογή του δείγματος βασίστηκε σε Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό Δημόσιων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων στο νομό Ηρακλείου και στο νομό Αττικής. Τα ιδρύματα που συνέβαλαν στην επιτυχή διεξαγωγή της έρευνας ήταν:

1. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
2. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ευαγγελισμός"
3. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"
4. Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών νοσημάτων "Ανδρέας Συγγρός"
5. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς"
6. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Σισμανόγλειο"
7. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Κοργιαλένιο – Μπενάκειο "Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός".

Αναλυτικότερα:

1. *"ΠΑ.Γ.Ν.Η." (Διασταύρωση Βουτών)*

Στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. λειτουργεί Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων από το 1992. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται από 5 Επιμελητές, 3 Ιατρούς και 16 νοσηλευτές. Ο αριθμός των ατόμων που έχει απευθυνθεί στη μονάδα μέχρι και το έτος 2002 ανέρχεται στους 140. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η συγκεκριμένη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων εξυπηρετεί άτομα τόσο του Νομού Ηρακλείου όσο και των υπολοίπων Νομών της Κρήτης, εφόσον δεν υπάρχει αντίστοιχη μονάδα στο νησί.

2. *"ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" (Υψηλάντου 45-47)*

Στο νοσοκομείο "Ευαγγελισμός" λειτουργεί Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων από το 1997. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας αποτελείται από 3 παθολόγους και 7 νοσηλευτές. Ο αριθμός των ατόμων που έχουν φιλοξενηθεί είναι 300.

3. *"ΤΖΑΝΕΙΟ" (Αφεντούλη και Ζαννή 1, Πειραιάς)*

Στο νοσοκομείο δεν υπάρχει συγκεκριμένη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων. Παρ' όλα αυτά στο Παθολογικό τμήμα του νοσοκομείου παραχωρήθηκαν 2 θάλαμοι για πιθανή νοσηλεία φορέων – ασθενών του AIDS. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος απαρτίζεται από 15 άτομα, ωστόσο 10 είναι εκείνα που ασχολούνται με τον ιό του HIV.

4. *"Α. ΣΥΓΓΡΟΣ" (Ι. Δραγούμη 5, Ιλίσια)*

Η Μονάδα AIDS στο "Α. Συγγρός" ιδρύθηκε το 1984. Διαθέτει 11 κλίνες. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται από 1 Επιμελητή, 3 Ιατρούς (Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Παθολόγος, Πνευμονολόγος) και 8 νοσηλευτές. Από την ημέρα ίδρυσης της μονάδος μέχρι και το έτος 2003 έχουν απευθυνθεί 1.563 άτομα.

5. *"ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ" (Μεσογείων 154, Χολαργός)*

Στο Γενικό Κρατικό η Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων ιδρύθηκε το 1996. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της μονάδος απαρτίζεται από 4 Ιατρούς εξειδικευμένους στον ιό του HIV και 11 νοσηλευτές. Ο αριθμός των φορέων-ασθενών του AIDS που έχουν επισκεφτεί τη μονάδα ανέρχεται στους 580.

6. *"ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ" (Σισμανογλίου 1, Μαρούσι)*

Η Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του νοσοκομείου ιδρύθηκε το 1998. Συγκεκριμένος αριθμός νοσούντων με τον ιό του HIV δεν αναφέρθηκε. Την συγκεκριμένη περίοδο στο χώρο του νοσοκομείου λόγω υλικής-κτιριακής

ανακατασκευής η πρόσβαση στα αρχεία δεν ήταν εφικτή. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της μονάδος αποτελείται από 3 ιατρούς και 19 νοσηλευτές.

7. "ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ" (Ερυθρού Σταυρού 1, Αμπελόκηποι)

Στον Ε.Ε.Σ. παρακολουθούνται 200 φορείς και ασθενείς του AIDS. Όσον αφορά τους φορείς του ιού απαιτείται επανέλεγχος κάθε 3 μήνες ενώ αντιθέτως οι ασθενείς υποχρεούνται να πραγματοποιούν επανέλεγχο κάθε μήνα. Το υπεύθυνο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας είναι 18 άτομα, εκ των οποίων 2 ιατροί και 16 νοσηλευτές.

4.4. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

A. ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

Αρχικά πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με τους Προϊσταμένους της Κοινωνικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων. Έγινε ενημέρωση για το σκοπό της παρούσας μελέτης και επιδιώξαμε κατ' ιδίαν συνάντηση με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι οποίοι μεσολάβησαν για την συνάντηση μας με τους προϊσταμένους των Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πριν την παράδοση και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, είχαν προηγηθεί συναντήσεις με τους υπεύθυνους των τμημάτων. Πραγματοποιήθηκε ενημέρωση για την παρουσία μας στο χώρο του νοσοκομείου, γνωστοποιήθηκαν οι στόχοι και ο σκοπός της έρευνας με αποτέλεσμα το Διοικητικό Συμβούλιο κάθε νοσοκομείου να εγκρίνει την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Αν και επιδιώχτηκε άμεση επαφή προσωπικού με ερευνητές για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ωστόσο δεν ήταν εφικτό με αποτέλεσμα τα ερωτηματολόγια να παραδοθούν στον προϊστάμενο κάθε τμήματος ο οποίος ανέλαβε την διανομή τους στο προσωπικό.

B. ΕΠΙΛΟΓΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η έρευνα απευθυνόταν σε ιατρούς και νοσηλευτές δημοσίων νοσοκομείων ανεξαρτήτου φύλου, ηλικίας και εκπαίδευσης. Βασικό κριτήριο επιλογής του προσωπικού ήταν η ενασχόληση τους με ασθενείς και φορείς του AIDS.

Γ. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη παράγραφο η επαφή ερευνητή-ερωτώμενου κατά την διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων δεν ήταν εφικτή. Έτσι οι δυσκολίες που παρουσιάστηκαν αφορούσαν κυρίως την διαδικασία της έρευνας και όχι την διεξαγωγή της.

Συγκεκριμένα:

α) Η διεξαγωγή της έρευνας στα νοσοκομεία της Αθήνας ήταν εφικτή μετά τη λήξη του Ακαδημαϊκού Έτους.

β) Στα νοσοκομεία "Ερυθρός Σταυρός" και "Τζάνειο" απουσίαζε ένα μεγάλο μέρος του προσωπικού λόγω άδειας με αποτέλεσμα η διαδικασία να συνεχιστεί το επόμενο έτος.

γ) Στο Γενικό Κρατικό και Σισμανόγλειο νοσοκομείο διεξαγόταν και άλλες ερευνητικές μελέτες ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση συμπλήρωσης ερωτηματολογίων της παρούσας.

4.5. ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Για την διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο συντάχτηκε γι' αυτό το σκοπό. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 6 άξονες:

- Ο πρώτος άξονας αφορά τα ατομικά δημογραφικά στοιχεία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όπως φύλο, ηλικία, εκπαίδευση κ.ά.
- Ο δεύτερος άξονας διερευνά τη συνειδητή ή ασυνείδητη ενασχόληση του προσωπικού με φορείς και ασθενείς του AIDS καθώς επίσης και το χρονικό διάστημα που ασχολούνται μαζί τους.
- Ο τρίτος άξονας αφορά τις συνθήκες εργασίας. Διερευνά το βαθμό ικανοποίησης του προσωπικού στις πρακτικές και ψυχικές απαιτήσεις της εργασίας τους όσο και τις οικονομικές τους απολαβές.
- Ο τέταρτος άξονας αφορά τις εργασιακές σχέσεις του προσωπικού τόσο με συναδέλφους και το ευρύτερο επιστημονικό προσωπικό όσο και τις σχέσεις του όχι μόνο με τους ίδιους τους ασθενείς αλλά και με τους συνοδούς τους.
- Ο πέμπτος άξονα αναφέρεται στην κατάρτιση του προσωπικού. Διερευνάται τυχόν εξειδίκευση στον τομέα πρόληψη – αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων.
- Ο τελευταίος άξονας επικεντρώνεται:
 - α) στη στάση του προσωπικού απέναντι στους φορείς/ασθενείς (διστακτικότητα, αντιμετώπιση κ.ά.)
 - β) απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την βελτίωση κοινωνικών στάσεων απέναντι στους φορείς/ασθενείς.

4.6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο πίνακας 1 δείχνει τον αριθμό των συμμετεχόντων από τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα. Το 20% προερχόταν από το νομό Ηρακλείου ενώ το 80% των συμμετεχόντων προερχόταν από τα Νοσοκομεία του νομού Αττικής.

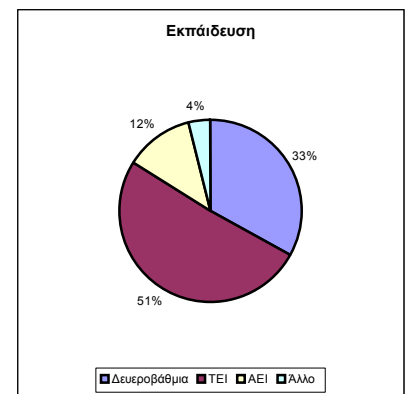
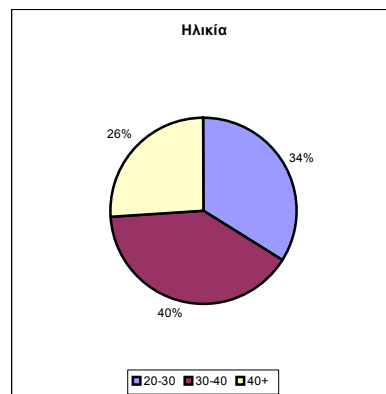
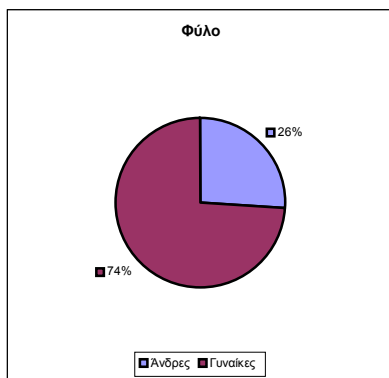
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ερωτηθέντες ανά Νοσοκομείο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ
ΠΑ.Γ.Ν.Η.	20
ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	10
ΤΖΑΝΕΙΟ	10
Α. ΣΥΓΓΡΟΣ	10
Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	10
ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ	22
ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	18

- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται: α) η αναλογία ανδρών και γυναικών που συμμετέχουν στην έρευνα (Ανδρες 26%, Γυναίκες 74%), β) η ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν (20 έως 30 ετών 34%, 30 έως 40 ετών 40%, και άνω των 40 ετών 26%) και γ) η εκπαιδευτική τους κατάρτιση (Δευτεροβάθμια 33%, Τ.Ε.Ι. 51%, Α.Ε.Ι. 12%, Άλλο 4%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Δημογραφικά Στοιχεία



- ΕΚΛΟΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (49%) εργάζεται τουλάχιστον 10 χρόνια, το 32% από 1 έως 10 χρόνια και το 19% είναι λιγότερο από χρόνο στο επάγγελμά τους. Αντιθέτως, τα χρόνια ενασχόλησης του προσωπικού με ασθενείς του AIDS συγκεντρώνονται κατά 36% σε λιγότερο από 1 χρόνο, 23% από 1 έως 5 έτη, 26% από 5 έως 10 έτη και 14% πάνω από 10 έτη. (Πίνακας 4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Έτη Ενασχόλησης του Προσωπικού σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λιγότερο από 1 έτος	19	19,0	19,0	19,0
1 έως 5 έτη	14	14,0	14,0	33,0
5 έως 10 έτη	18	18,0	18,0	51,0
10 και άνω έτη	49	49,0	49,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Έτη Ενασχόλησης του Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με ασθενείς του AIDS.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λιγότερο από 1 έτος	36	36,0	36,4	36,4
1 έως 5 έτη	23	23,0	23,2	59,6
5 έως 10 έτη	26	26,0	26,3	85,9
10 και άνω έτη	14	14,0	14,1	100,0
Total	99	99,0	100,0	
Missing System	1	1,0		
Total	100	100,0		

Στην ερώτηση εάν η επιλογή της εργασίας με φορείς του AIDS ήταν συνειδητή, η συντριπτική πλειοψηφία (65%) δηλώνει ότι ήταν συνειδητή η ενασχόληση με φορείς του AIDS (πίνακας 5).

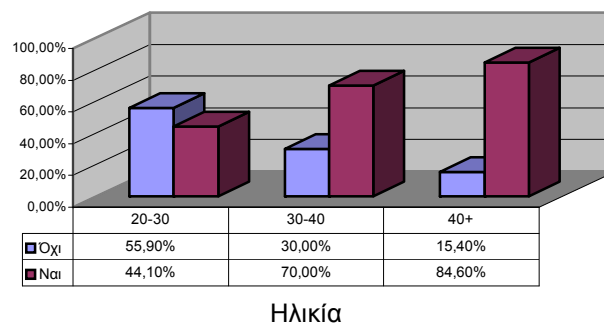
Οι λόγοι είναι: Ανθρωπιστική-κοινωνική προσφορά 49,2%, Εξειδίκευση-ειδικός γνώστης στον τομέα 24,6%, Συγγενής ή γνωστός φορέας του AIDS 7,7%, Επαγγελματική προοπτική-εξέλιξη 32,2%. (βλέπε πίνακα 22 στο παράρτημα Ι).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Συνειδητή Επιλογή Ενασχόλησης με φορείς του AIDS

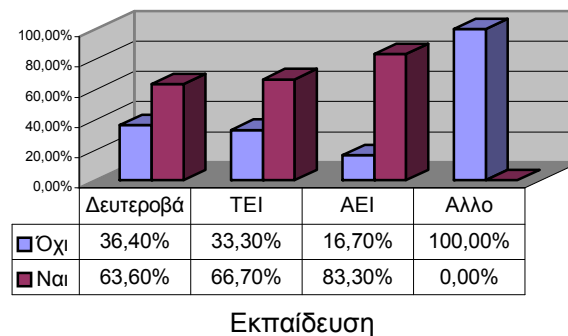
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	35	35,0	35,0	35,0
	Ναι	65	65,0	65,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πιο συγκεκριμένα, θελήσαμε να δούμε κατά πόσο η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού επηρέασε την συνειδητή επιλογή αυτών για ενασχόληση με φορείς του AIDS. Σύμφωνα με τους παρακάτω πίνακες παρατηρείται ότι καθώς η ηλικία αυξάνεται και το εκπαιδευτικό επίπεδο είναι μεγαλύτερο, η εκλογή γίνεται επιλογή. (πίνακας 6 και 7)

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Συνειδητή Επιλογή Ενασχόλησης με ασθενείς του AIDS ανά Ηλικία



ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Συνειδητή Επιλογή Ενασχόλησης με ασθενείς του AIDS ανά Εκπαιδευτικό Επίπεδο



- ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι πρακτικές απαιτήσεις της εργασίας κρίνονται κυρίως ως "αναμενόμενες" (72%) έπειτα ως "υπερβολικές" (23%), ενώ μόλις 5% δηλώνει ότι δεν είναι σημαντικές.

Ομοίως, οι ψυχικές απαιτήσεις χαρακτηρίζονται κατά πλειοψηφία (60%) ως "αναμενόμενες" ενώ το υπόλοιπο 40% τις βρίσκει "υπερβολικές".

Τέλος, οι οικονομικές απολαβές χαρακτηρίζονται ως "όχι ικανοποιητικές". Δεν βρέθηκε καμία απάντηση που να δηλώνει ικανοποίηση. (βλέπε πίνακα 23 στο παράρτημα Ι).

- ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Ο παρακάτω πίνακας (8) παρουσιάζει την ανταπόκριση των ερωτώμενων σε σχέση με τις εργασιακές σχέσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Εργασιακές Σχέσεις

Χαρακτηρισμός: Σχέσεις με:	Τυπικές	Ουσιαστικές	Εξαρτάται από την προσωπικότητα
Συναδέλφους	3%	44%	53%
Επιστημονικό προσωπικό	40%	28%	32%
Ιεραρχία για συνεργάτες	21%	25%	54%
Ασθενείς	22%	41%	37%
Συνοδούς ασθενών	60,6%	17,2%	22,2%

- ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ

Στην ερώτηση εάν οι φορείς του AIDS χρειάζονται ειδική μεταχείριση σε σχέση με τους άλλους ασθενείς από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η συντριπτική πλειοψηφία (75%) του δείγματος απάντησε ότι οι ασθενείς του AIDS πρέπει να λαμβάνουν ειδική μεταχείριση. Επίσης 9 στους 10 εργαζόμενους πιστεύουν ότι, απαιτείται ειδική κατάρτιση του προσωπικού για την μεταχείριση τέτοιων ασθενών. (βλέπε πίνακα 24 στο παράρτημα Ι).

Παρατηρείται, σύμφωνα με τον πίνακα 9 ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων (58%) δεν έχει κάποια εξειδίκευση στον τομέα πρόληψης-αντιμετώπισης λοιμωδών νοσημάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Έχετε Εξειδίκευση στον τομέα Πρόληψη-Αντιμετώπιση Λοιμωδών Νοσημάτων;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Όχι	58	58,0	58,0	58,0
Ναι	42	42,0	42,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Οι πηγές εξειδίκευσης προέρχονται από Ημερίδες-Συνέδρια-Σεμινάρια (64,3%), Διαλέξεις-Ομιλίες (35,7%), Προσωπικό ενδιαφέρον (38,1%), Βασική εκπαίδευση (40,5%) και τέλος, Συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες (2,4%). (βλέπε πίνακα 25 στο παράρτημα Ι).

Η ειδίκευση του Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που ερωτήθηκε αφορά κατά κύριο λόγο στα συμπτώματα της ασθένειας και στην αντιμετώπισή της (57,8%), στις σχέσεις του προσωπικού με τον ασθενή (40%), στην ψυχολογία του ασθενή (35,3%) και τέλος στις ανθρώπινες σχέσεις γενικότερα (12,9%). (βλέπε πίνακα 26 στο παράρτημα Ι).

Σύμφωνα με τον πίνακα 10, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (86,9%) δηλώνει ότι χρειάζεται επιπλέον ειδίκευση. Η ειδίκευση αυτή, κατά τους ερωτώμενους θα βοηθήσει κυρίως: α) Στην αντιμετώπιση-μεταχείριση του ασθενή 60,5%, β) Στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία με τους ασθενείς 46,5%, και γ) Στην μείωση του άγχους εργασίας 46,5%. (βλέπε πίνακα 27 στο παράρτημα Ι).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Χρειάζεται επιπλέον ειδίκευση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Όχι	13	13,0	13,1	13,1
Ναι	86	86,0	86,9	100,0
Total	99	99,0	100,0	
Missing System	1	1,0		
Total	100	100,0		

- ΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Όπως παρατηρείται στον πίνακα 11, η πλειοψηφία του δείγματος (78%) δηλώνει ότι υπήρχε διστακτικότητα πριν την ενασχόλησή τους με ασθενείς του AIDS, η οποία οφειλόταν: στο μύθο περί AIDS - φόβος μετάδοσης της ασθένειας (43,6%), στην έλλειψη εκπαίδευσης (38,5%), στη χαμηλή συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας στην Ελλάδα (28,2%) και τέλος, στη προσωπική αντίληψη - προκατάληψη για τη σεξουαλική και κοινωνική ιδιαιτερότητα του ασθενή (5,1%). (βλέπε πίνακα 28 στο παράρτημα Ι).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Διστακτικότητα στην επαφή πριν την ενασχόληση με ασθενείς

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	22	22,0	22,0	22,0
	Ναι	78	78,0	78,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

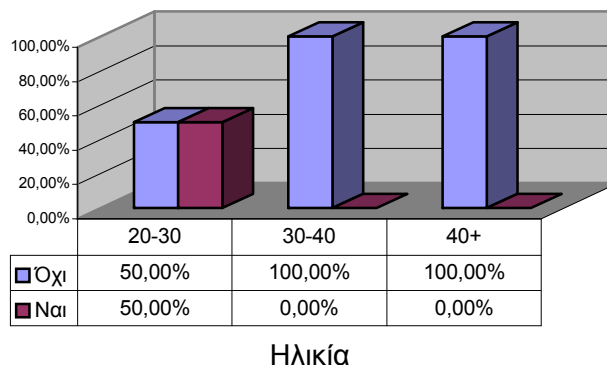
Στον πίνακα 12, η πλειοψηφία του δείγματος (83%) δηλώνει ότι δεν υπήρχε διστακτικότητα μετά την ενασχόληση με τους ασθενείς και η οποία κυρίως οφειλόταν στη συχνή επαφή με τους ασθενείς - εξοικείωση (76,9%) και στην εκπαίδευση (47,4%). (βλέπε πίνακα 29 στο παράρτημα Ι).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Διστακτικότητα στην επαφή μετά την ενασχόληση με ασθενείς.

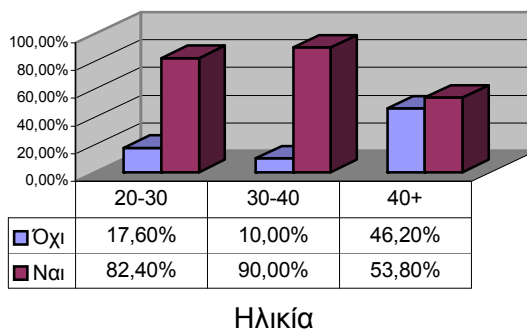
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	83	83,0	83,0	83,0
	Ναι	17	17,0	17,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πιο συγκεκριμένα θελήσαμε να εξετάσουμε κατά πόσο η ηλικία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζει την πιθανή διστακτικότητα κατά την επαφή πριν και μετά την συναναστροφή τους με ασθενείς. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων (90%) που είχαν διστακτικότητα πριν την ενασχόληση με ασθενείς ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 30 έως 40 ετών. Ενώ μετά την συναναστροφή με ασθενείς, ένα στα δύο άτομα που ανήκουν στην κατηγορία των 20 έως 30 ετών διατηρούν την επιφυλακτικότητα τους. (πίνακας 13 και 14)

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Διστακτικότητα στην επαφή μετά την ενασχόληση με ασθενείς του AIDS ανά Ηλικία



ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Διστακτικότητα στην επαφή πριν την ενασχόληση με ασθενείς του AIDS ανά Ηλικία



Σε ερώτηση που τέθηκε στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για το αν πιστεύουν ότι υπάρχει ιδιαιτερότητα στην προσωπικότητα των φορέων σε σχέση με τους άλλους ασθενείς, η πλειοψηφία του δείγματος (81%) θεωρεί ότι υπάρχει κάποια ιδιαιτερότητα. (πίνακας 15).

Ομοίως, η πλειοψηφία υποστηρίζει ότι οι ίδιοι οι φορείς διαφέρουν αρκετά μεταξύ τους (πίνακας 16). Οι τυχόν διάφορες τους εξαρτώνται: α) Από το γενικότερο κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο 44,8%, β) Από την προσωπικότητα 43,8%, γ) Από το στάδιο της ασθένειας 38,5% και δ) Από τη σχέση με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον 32,3%. (βλέπε πίνακα 30 στο παράρτημα Ι).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Οι φορείς του AIDS έχουν κάποια ιδιαιτερότητα ως προσωπικότητες σε σχέση με άλλους ασθενείς;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	19	19,0	19,0	19,0
	Ναι	81	81,0	81,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Οι φορείς του AIDS διαφέρουν αρκετά μεταξύ τους;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	29	29,0	29,0	29,0
	Ναι	71	71,0	71,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Όπως φαίνεται στον πίνακα 17, η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων (96%) πιστεύει ότι υπάρχουν δύσκολοι ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζονται άμεσα από τους ίδιους τους εργαζόμενους (89,6%) και σπανιότερα (13,5%) τους παραπέμπουν σε κάποιο ειδικό. (βλέπε πίνακα 31 στο παράρτημα Ι).

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Υπάρχουν δύσκολοι ασθενείς;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	4	4,0	4,0	4,0
	Ναι	96	96,0	96,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

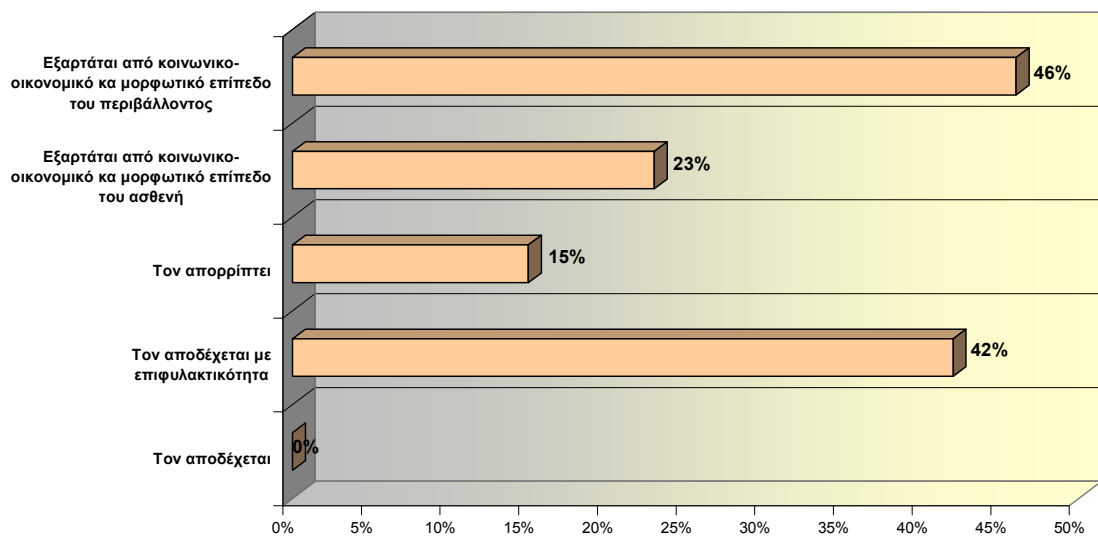
Η πλειοψηφία (68%) του ιατρονοσηλευτικού δηλώνει ότι η διάγνωση της ασθένειας επηρεάζει πολύ την προσωπικότητα του ατόμου, ενώ το 31% πιστεύει ότι επηρεάζεται αρκετά. (πίνακας 18)

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Βαθμός επιρροής της προσωπικότητας του ατόμου σε σχέση με τη διάγνωση της ασθένειας.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	68	68,0	68,0	68,0
	Αρκετά	31	31,0	31,0	99,0
	Λίγο	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει την άποψη των ερωτώμενων σχετικά με την αποδοχή που λαμβάνουν τα άτομα που έχουν προσβληθεί με τον ιό του AIDS από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Το 46% του δείγματος δηλώνει ότι εξαρτάται από το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο του κοινωνικού περιβάλλοντος, ενώ σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι κανένας από τους ερωτώμενους δεν πιστεύει ότι το κοινωνικό περιβάλλον αποδέχεται τον ασθενή. (Πίνακας 19).

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Άποψη Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των ασθενών από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.



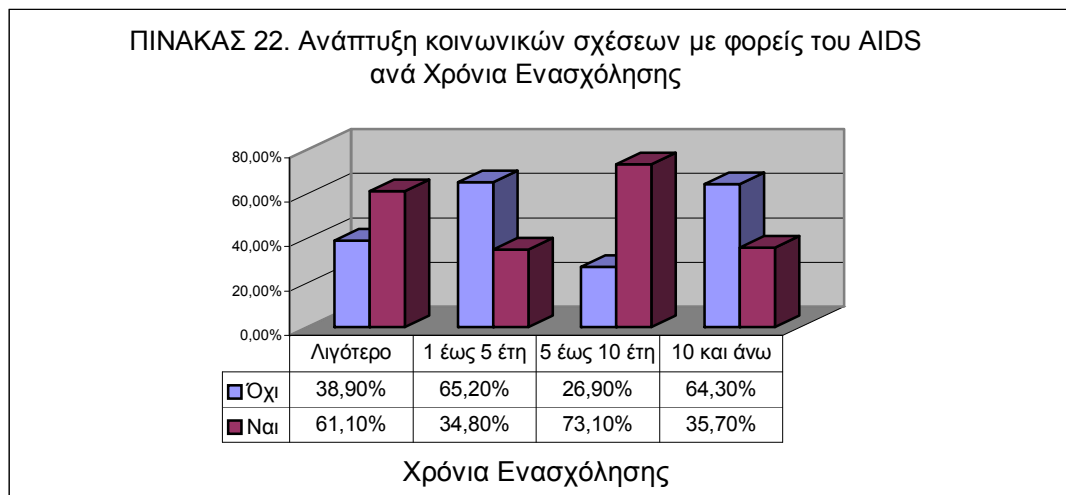
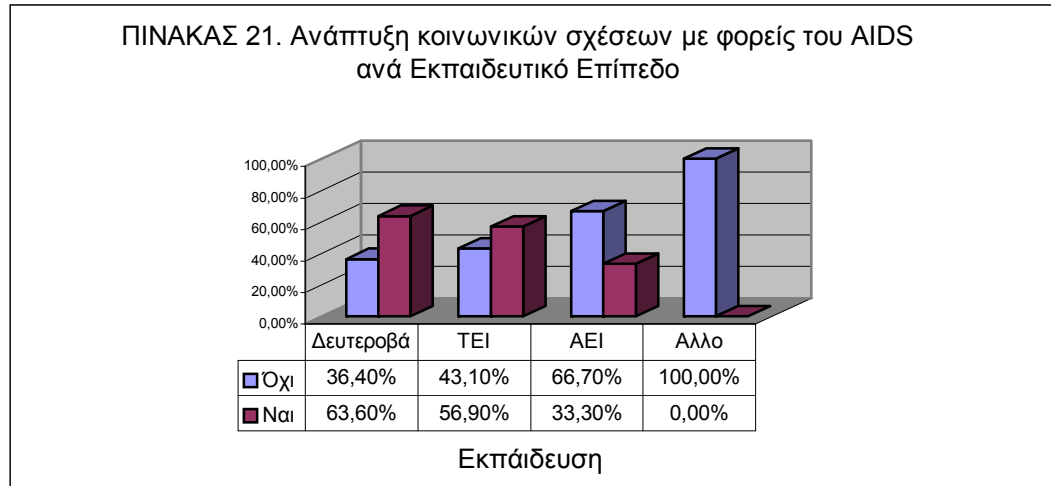
Προχωρώντας στην διερεύνηση των αιτιών για την ενδεχόμενη απόρριψη του ασθενή από το κοινωνικό περιβάλλον, το 58% του δείγματος πιστεύει ότι οφείλεται στην έλλειψη σωστής ενημέρωσης, το 53% αναφέρεται στο μύθο περί AIDS, το 15% στην ιδιαιτερότητα της προσωπικότητας του ασθενή, ενώ το κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο του κοινωνικού συνόλου και οι σεξουαλικές αποκλίσεις του ασθενή συγκεντρώνουν 11% και 6% αντίστοιχα. (βλέπε πίνακα 32 στο παράρτημα Ι).

Στο ενδεχόμενο ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων πέρα από το περιβάλλον εργασίας με φορείς του AIDS, η πλειοψηφία του δείγματος (54%) είναι θετική στο ενδεχόμενο αυτό. (πίνακας 20)

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων με φορείς του AIDS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Όχι	46	46,0	46,0	46,0
Ναι	54	54,0	54,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Εν συνεχεία εξετάσαμε τη πιθανή σχέση της εκπαίδευσης και της προϋπηρεσίας με φορείς του AIDS και την διάθεση για ανάπτυξη κοινωνικών επαφών με τους φορείς πέρα από τον εργασιακό χώρο. (πίνακας 21 και 22)



Τέλος, όσον αφορά τους παράγοντες που θα βοηθούσαν στην βελτίωση των κοινωνικών στάσεων απέναντι στους φορείς του AIDS, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κρίνει ότι χρειάζεται περισσότερη πληροφόρηση για τα χαρακτηριστικά της ασθένειας (63%), το 56% στους τρόπους πρόληψης της ασθένειας, στην περισσότερη πληροφόρηση για τις διαστάσεις της ασθένειας και την γενίκευσή της στην ελληνική κοινωνία αναφέρθηκε το 31%, και στη γενικότερη βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού και μορφωτικού επιπέδου του κοινωνικού συνόλου αναφέρθηκε μόλις το 14% του δείγματος. (βλέπε πίνακα 33 στο παράρτημα Ι).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο κύριος στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να καταγράψουμε το επίπεδο γενικότερης κατάρτισης του αρμόδιου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση φορέων/ασθενών του AIDS, καθώς και η καταγραφή των κοινωνικών σχέσεων του προσωπικού με τους φορείς/ασθενείς. Επιπλέον στόχος ήταν να διερευνηθούν τυχόν επιδράσεις των ευρύτερων κοινωνικών προκαταλήψεων στα άτομα με HIV λοίμωξη.

Σύμφωνα με πληροφορίες που συλλέξαμε τόσο από τα Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα του νομού Αττικής, όσο και του νομού Ηρακλείου, η παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών/φορέων με AIDS, πραγματοποιείται κυρίως στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, καθώς η ανάγκη των ασθενών για νοσηλεία έχει μειωθεί. Ο συγκεκριμένος τρόπος αντιμετώπισης των ατόμων με HIV λοίμωξη, βοηθάει στην αποφυγή στιγματισμού τους, καθώς τους δίδεται επίσης η δυνατότητα να νοσηλευτούν όχι μόνο στις Ειδικές Μονάδες Λοιμώξεων, αλλά, και σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, παραμένοντας στους ίδιους θαλάμους με άλλους ασθενείς με αποτέλεσμα να λαμβάνουν ισότιμη μεταχείριση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και σε συνάρτηση με τις αρχικές υποθέσεις εργασίας προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα.

Από την επεξεργασία των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος παρατηρούμε ότι το δείγμα είναι "γυναικοκρατούμενο", οι ηλικίες είναι σχεδόν ισόποσα καταμερισμένες και η πλειοψηφία των ερωτώμενων έχουν αποφοιτήσει από Τ.Ε.Ι. Όσον αφορά τα έτη απασχόλησης του δείγματος στο χώρο του νοσοκομείου παρατηρείται ότι ενώ η πλειοψηφία εργάζεται τουλάχιστον 10 χρόνια, ωστόσο τα έτη προϋπηρεσίας με ασθενείς του AIDS είναι λιγότερο από 1 χρόνο.

Οι πρακτικές απαιτήσεις (σωματική κατάποση, κόπωση κ.τ.λ.) καθώς και οι ψυχικές απαιτήσεις (άγχος, υπευθυνότητα κ.τ.λ.) της εργασίας χαρακτηρίζονται ως επί το πλείστον αναμενόμενες από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ οι οικονομικές απολαβές δεν ικανοποιούν τους εργαζόμενους. Τρεις στους τέσσερις τις χαρακτηρίζουν ως "όχι ικανοποιητικές", ενώ σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι δεν δόθηκε καμία απάντηση που να δηλώνει ικανοποίηση.

Σημαντική παράμετρος για την αποτελεσματικότερη και ορθότερη συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς, καθώς και για την ομαλή διεξαγωγή της θεραπείας τους, θεωρούνται οι ομαλές και ουσιαστικές σχέσεις των

εργαζομένων μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, όχι μόνο με συναδέλφους αλλά και με τους ίδιους τους ασθενείς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι σχέσεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με ασθενείς, χαρακτηρίστηκαν ουσιαστικές, ενώ αντιθέτως οι σχέσεις με τους συνοδούς χαρακτηρίστηκαν τυπικές. Η πλειοψηφία του δείγματος, έκρινε τις σχέσεις του με το ευρύτερο επιστημονικό προσωπικό ως τυπικές, ενώ αναφερόμενοι στους συναδέλφους τους είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι περισσότεροι δεν απέδωσαν κάποιο χαρακτηρισμό, απλά απάντησαν πως οι σχέσεις αναμεταξύ τους βασίζονται στην προσωπικότητα του ατόμου.

Μια από τις υποθέσεις εργασίας αναφερόταν στην κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και συγκεκριμένα στην εξειδίκευση του στον τομέα πρόληψης - αντιμετώπισης λοιμωδών νοσημάτων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ενασχόληση του προσωπικού με συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών απαιτεί ειδικές γνώσεις που στοχεύουν στον αποδοτικότερο τρόπο προσέγγισης και αντιμετώπισης του ασθενή. Η εκπαίδευση του προσωπικού δεν πρέπει να εστιάζεται μόνο στην ασθένεια, αλλά και στις επιπτώσεις που επιφέρει τόσο στο άτομο όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι εννέα στους δέκα πιστεύουν ότι απαιτείται ειδική κατάρτιση του προσωπικού για την αντιμετώπιση φορέων/ασθενών του AIDS. Παρ' όλα αυτά το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δεν κατέχει κάποια εξειδίκευση. Η ειδίκευση τους εστιάζεται περισσότερο στα συμπτώματα και στην αντιμετώπιση της ασθένειας και όχι στην ψυχολογία του ασθενή. Στο σημείο αυτό κρίνεται σημαντικό να αναφερθεί πως κατά την βιβλιογραφική μας έρευνα δεν καταφέραμε να συλλέξουμε στοιχεία που να βασίζονται στην κατάρτιση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού προς τους φορείς/ασθενείς του AIDS.

Από την βιβλιογραφία προκύπτει ότι η ασθένεια του AIDS αποτελεί σύνθετο πρόβλημα όπου τα ιατρικά προβλήματα συνυπάρχουν με τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Επομένως η παρακολούθηση του ατόμου δεν μπορεί να επιτευχθεί μόνο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά σε συνεργασία με κάποιο ειδικό (Ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό, Ψυχίατρο).⁸⁶

Όπως διαπιστώθηκε κατά την καταγραφή αποτελεσμάτων το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που συνεργάζεται με την Διεπιστημονική ομάδα του Νοσηλευτικού Ιδρύματος για την αντιμετώπιση φορέων/ασθενών με AIDS ανέρχεται σε μικρό ποσοστό. Η πλειοψηφία του αρμοδίου προσωπικού προσπαθεί να

⁸⁶ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Θεσ/νίκη, ΒΗΤΑ, 1990,

προσεγγίσει και να αντιμετωπίσει τους ασθενείς, μη έχοντας τις απαιτούμενες γνώσεις όσον αφορά την ψυχολογία τους.

Ένας σημαντικός παράγοντας στις σχέσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τους φορείς/ασθενείς του ιού είναι η διστακτικότητα κατά την επαφή. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μεταβολή στη στάση πριν και μετά την ενασχόληση τους με την ασθένεια. Οκτώ στους δέκα σε αρχικό στάδιο είχαν κάποια διστακτικότητα, ενώ τα νούμερα αντιστρέφονται μετά την συναναστροφή τους με τους φορείς. Οι βασικοί λόγοι, οι οποίοι προκάλεσαν την διστακτικότητα σε αρχικό στάδιο είναι ο φόβος μετάδοσης της ασθένειας, η ελλιπής εκπαίδευση και η προκατάληψη για την σεξουαλική / κοινωνική ιδιαιτερότητα του ασθενούς.

Σύμφωνα με τα παραπάνω επιβεβαιώνεται η αρχική υπόθεση εργασίας ότι η ελλιπής επιστημονικές γνώσεις του προσωπικού όσον αφορά το AIDS το ωθεί να υιοθετήσει ενδεχομένως, μια αρνητική στάση σε αρχικό στάδιο απέναντι στα άτομα με HIV λοίμωξη.

Η προσωπικότητα του ατόμου επηρεάζεται κατά τη διάγνωση της νόσου καθώς οι περισσότεροι αντιδρούν με τρόμο και πανικό μαζί με ανάμεικτα συναισθήματα απόγνωσης, απελπισίας, θυμού, άρνησης κ.ά. Παράλληλα αναμένουν πως η συμπεριφορά των άλλων θα διαφοροποιηθεί απέναντι τους.⁸⁷

Τα αποτελέσματα της έρευνας, επιβεβαιώνουν την παραπάνω άποψη καθώς και την αρχική υπόθεση εργασίας πως κατά την ανακοίνωση της οροθετικότητας το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με την απόρριψη απ' το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Σύμφωνα με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η διάγνωση της ασθένειας επηρεάζει πολύ την προσωπικότητα των φορέων, καθώς νοιώθουν πως το κοινωνικό τους περιβάλλον τους αποδέχεται με επιφυλακτικότητα ή τους απορρίπτει.

Προχωρώντας στην διερεύνηση των αιτιών για τον κοινωνικό αποκλεισμό των ασθενών, σύμφωνα με τα αποτελέσματα κυριαρχούν ο φόβος για το μύθο του AIDS και η έλλειψη σωστής ενημέρωσης.

Όσον αφορά την διάθεση για ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τους φορείς πέρα από το περιβάλλον εργασίας η πλειοψηφία του δείγματος παρουσιάζει θετική διάθεση. Παρ' όλα αυτά θελήσαμε να εξετάσουμε κατά πόσο το μορφωτικό επίπεδο και τα χρόνια ενασχόλησης του προσωπικού με φορείς, επηρεάζουν την διάθεση για ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων αναμεταξύ τους. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι καθώς το εκπαιδευτικό επίπεδο ανεβαίνει, η διάθεση για κοινωνικές σχέσεις μειώνεται. Όσον αφορά τα έτη

⁸⁷ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1989

ενασχόλησης παρατηρείται ότι δεν κατέχουν σημαντικό ρόλο στη σύναψη σχέσεων αφού οι απόψεις διαφέρουν ανά κατηγορία.

Τέλος ζητήθηκε η άποψη του προσωπικού για την βελτίωση κοινωνικών στάσεων απέναντι στους φορείς του AIDS. Η πλειοψηφία του δείγματος εστίαστηκε στην πληροφόρηση για τα χαρακτηριστικά της ασθένειας και τους τρόπους πρόληψης της.

Με την συγκεκριμένη έρευνα έγινε προσπάθεια να παρουσιαστεί η κατάρτιση του αρμόδιου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και οι κοινωνικές τους σχέσεις με φορείς/ασθενείς, ενώ στάθηκε αδύνατο να καλυφθούν μέσω αυτής οι επιδράσεις των ευρύτερων κοινωνικών προκαταλήψεων στα άτομα με HIV λοίμωξη. Είναι αναγκαίο λοιπόν να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα στους παρακάτω τομείς:

- Έρευνα στον ευρύτερο πληθυσμό για διερεύνηση απόψεων και στάσεων απέναντι στους φορείς/ασθενείς του AIDS.
- Έρευνα στους ίδιους τους φορείς για να διερευνηθούν οι ψυχολογικές και κοινωνικές τους ανάγκες, ο τρόπος αντιμετώπισης της ασθένειας από τους ίδιους, καθώς και η διάθεση τους για ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.
- Περαιτέρω έρευνα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό περισσότερων νοσηλευτικών ιδρυμάτων για τη διερεύνηση απόψεων και στάσεων απέναντι στους φορείς έχοντας έτσι μια πιο εμπειριστατωμένη άποψη για τις σχέσεις προσωπικού και ασθενών.

5.2. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα κοινωνικά προβλήματα συνήθως συνυπάρχουν με τα προβλήματα υγείας άλλοτε σαν συνέπεια και άλλοτε σαν αιτία ψυχοκοινωνικών δυσκολιών. Ένας από τους σκοπούς του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να αναπτύσσει προληπτικές και κατασταλτικές δραστηριότητες που αφορούν το θέμα "ΥΓΕΙΑ". Αποτελεί πλέον διεθνή παραδοχή ότι η ασθένεια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει και κοινωνική βάση. Το πρόβλημα της υγείας δεν λύνεται μόνο με ιατρικές υπηρεσίες αλλά και με την αρμονική συμβίωση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον. Ο κοινωνικός προσδιορισμός της υγείας - που δεν αρνείται το βιολογικό μέρος του ανθρώπου αλλά το συσχετίζει με τις κοινωνικές συνθήκες - είναι η διάσταση που δίνει η κοινωνική εργασία.

Η Διακήρυξη της Π.Ο.Υ. στην ΑΛΜΑ-ΑΤΑ το 1978 δικαίωσε τις απόψεις των διεθνών οργάνων των Κοινωνικών Λειτουργιών όπως:

- Οι υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης είναι τμήμα των υπηρεσιών υγείας
- Η ασθένεια δεν είναι μόνο βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει και κοινωνική βάση
- Υπάρχει απόλυτη ανάγκη για συμμετοχή όλων των Υγειονομικών στελεχών (ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι κ.ά.) στην υλοποίηση προγραμμάτων για την υγεία
- Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας σε εθνικό επίπεδο, κοινωνικός σχεδιασμός και συνεχής προγραμματισμός
- Καθοριστικός παράγοντας είναι η λαϊκή συμμετοχή στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και στην αξιολόγηση προγραμμάτων για την υγεία.

Το αντικείμενο εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών στον τομέα της υγείας περιγράφεται στο Π.Δ. 891/78. Συγκεκριμένα:

- Ο Κοινωνικός Λειτουργός στον τομέα της υγείας συμβάλλει στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων.
- Το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα συνιστάται αφ' ενός μεν στην διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών αφ' ετέρου δε στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών συμβουλευτικού, ενημερωτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα προς τον ασθενή και την οικογένεια του και στην ομαλή επανένταξη του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον.
- Η δραστηριότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα υγείας αναπτύσσεται μέσα στο πλαίσιο συγκεκριμένης κοινωνικής υπηρεσίας.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι πολύπλευρος και πολυσήμαντος. "Στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης και στη συνεργασία του με το άτομο ο Κοινωνικός Λειτουργός στοχεύει στην κινητοποίηση και την ενίσχυση των υγιών ψυχικών και κοινωνικών δυνάμεων του ατόμου ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί και να συναλλαγεί με το περιβάλλον του".⁸⁸

Έχοντας τις κατάλληλες εκπαιδευτικές γνώσεις μπορεί επίσης να συνεργαστεί με μία ομάδα ατόμων ή με μια ολόκληρη κοινότητα για την επιτυχημένη πολιτική προληπτικής υγείας. Η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού αρχίζει απ' την στιγμή που το άτομο θα υποβληθεί στο διαγνωστικό τεστ ELISA. Η συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη περιλαμβάνει τόσο την ενημέρωση του ατόμου σε σχέση με την μετάδοση του ιού όσο και την επεξεργασία ψυχοσυναισθηματικών παραγόντων που μπορούν να διευκολύνουν την μελλοντική προληπτική συμπεριφορά, καθώς και την προετοιμασία του σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος. Εν συνεχεία και εφόσον διαγνωστεί η οροθετικότητα του ατόμου ο Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνει την

⁸⁸ Περιοδικό "Εκλογή" τεύχος 53, Δεκέμβριος 1990

μακρά παρακολούθηση και την παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας του ατόμου και του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιώντας και τους τρεις μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται στους εξής τομείς:

1. Κοινωνική εργασία με το άτομο, την οικογένεια του και το ευρύτερο περιβάλλον του ασθενή
2. Κοινωνική εργασία στο χώρο του νοσοκομείου - Συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
3. Κοινωνική εργασία με κοινότητα
4. Κοινωνική εργασία με ομάδες ασθενών και συνοδών.

1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

- Επιδιώκει τη μείωση άγχους του ασθενή, το οποίο δημιουργείται λόγω της απειλής της υγείας του. Η ανακοίνωση της θετικότητας του HIV μετά το ιατρικό τεστ προκαλεί ψυχικές αντιδράσεις. Το άτομο μέχρι να αποδεκτεί την ασθένειά του περνάει διαδοχικά από διάφορα στάδια. Μερικά από τα συναισθήματα που βιώνει είναι άγχος, άρνηση, θυμός, απελπισία κ.ά.
- Ο Κοινωνικός Λειτουργός συμβάλλει στο διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο των ιατρών μέσω λήψης στοιχείων που αφορούν την προσωπικότητα του ασθενή, το κοινωνικό του περιβάλλον, τις συνθήκες διαβίωσης του και τις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Ακόμη λαμβάνει οποιοδήποτε στοιχείο το οποίο απαιτείται για την περισσότερο εξατομικευμένη παρακολούθηση του ασθενή.
- Βοηθά στην παραδοχή της προτεινόμενης φαρμακευτικής αγωγής, επιδιώκει τη θετική συμμετοχή του ασθενή στην προτεινόμενη θεραπεία και αμβλύνει όσο το δυνατόν τους παράγοντες οι οποίοι ενδεχομένως παρεμποδίζουν στη συμμετοχή αυτή.
- Μεριμνά για την ομαλή επανασύνδεση με την οικογένεια του εάν χρειάζεται κάτι τέτοιο.

2. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

- Ενημερώνει για τα ιατροκοινωνικά προβλήματα των ασθενών τα οποία έχουν άμεση σχέση με την κατάσταση της υγείας τους.
- Συμμετέχει σε έρευνες ή μελέτες μαζί με το υπόλοιπο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και εισηγείται μέτρα αντιμετώπισης ιατροκοινωνικών προβλημάτων.
- Συμμετέχει στην θεραπευτική ομάδα (ιατρός, νοσηλεύτης κ.ά.) και αναπτύσσει κάθε δραστηριότητα για την πρόληψη του ιού.
- Στον τομέα πρόληψης συμμετέχει στη διοργάνωση και στην εφαρμογή ερευνητικών προγραμμάτων.

3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

- Κινητοποιεί, οργανώνει και δραστηριοποιεί εθελοντικές ομάδες οι οποίες συμπληρώνουν το έργο της εξυπηρέτησης ασθενών.
- Ερμηνεύει και κάνει γνωστές τις υπηρεσίες της κοινότητας που υπάρχουν.
- Συνεργάζεται με κρατικές πηγές βοήθειας ιδιωτικής πρωτοβουλίας.
- Διοργανώνει σεμινάρια, διαλέξεις κ.ά. με απώτερο σκοπό την ενημέρωση και πληροφόρηση των πολιτών όσον αφορά την ασθένεια και τον τρόπο μεταδόσεων του ιού.

4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ

Ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται τόσο με ομάδες όσο και με τους συγγενείς τους με στόχο να βοηθήσει τα άτομα μέσα από την συνεργασία τους με την ομάδα να εκφράσουν τις ανησυχίες τους, τα συναισθήματά τους καθώς επίσης να κατανοήσουν ότι δεν είναι μόνοι και ότι υπάρχουν κι άλλα άτομα που αντιμετωπίζουν παρόμοια κατάσταση με αυτούς. Τέλος τα βοηθάει να δεχτούν όσο το δυνατόν καλύτερα την ασθένειά τους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι πλέον αποδεκτό πως η ασθένεια του AIDS επηρεάζει εξίσου σημαντικά τόσο το ίδιο το άτομο όσο και την οικογένειά του. Η ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων αυτών (πασχόντων και μη) είναι αναγκαία. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζονται ειδικά στελεχωμένες υπηρεσίες για να απευθύνονται τα άτομα. Ο Συμβουλευτικός Σταθμός π.χ. που λειτουργεί στο νομό Αττικής έχει τη δυνατότητα να καλύψει ένα μεγάλο μέρος αναγκών των συγκεκριμένων ατόμων, παρέχοντας συμβουλευτική, ψυχολογική, κοινωνική και ψυχιατρική υποστήριξη. Παρ' όλα αυτά η λειτουργία ενός και μόνο Συμβουλευτικού Σταθμού στον Ελλαδικό χώρο δεν αρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων, οπότε κρίνεται αναγκαία η δημιουργία περισσότερων.

Εξίσου σημαντική, είναι η συμβολή του ειδικά καταρτιζόμενου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, με το οποίο συναναστρέφονται τα άτομα με HIV λοίμωξη. Όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενη παράγραφο, η εκπαίδευση του προσωπικού που απασχολείται με φορείς/ασθενείς AIDS είναι ελλιπής. Κρίνεται επομένως σημαντική η συνεχής επιμόρφωση και εκπαίδευση του προσωπικού. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω διαλέξεων, ομιλιών, συνεδρίων, σεμιναρίων κ.ά. όχι μόνο εκτός Νοσηλευτικού Ιδρύματος αλλά κυρίως μέσα σε αυτό, έτσι ώστε να υπάρχει ένας ικανοποιητικός αριθμός συμμετεχόντων.

Τέλος, καθοριστική είναι η συμβολή της πολιτείας για την αποφυγή τυχών διακρίσεων και προκαταλήψεων προς τα άτομα με HIV λοίμωξη. Από την παρούσα

μελέτη διαπιστώθηκε πως η έλλειψη σωστής ενημέρωσης για τον ιό είναι ένας από τους κυριότερους λόγους απόρριψης του ασθενούς από το κοινωνικό περιβάλλον. Είναι σημαντικό η πολιτεία να προβεί σε ειδικές εκστρατείες ενημέρωσης του ευρύτερου πληθυσμού. Το σχολείο ένας από τους σημαντικότερους φορείς της κατέχει σημαντικό ρόλο όσον αφορά την πρόληψη της ασθένειας εφόσον μέσω της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης επιτυγχάνεται η μείωση νέων κρουσμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγραφιώτης Δ., "Εγκάρσια Σκιά", Ύψιλον, Αθήνα, 1997
- Ανευλαβής Ε., "Κλινική Λοιμωξιολογία", Λίτσας, Αθήνα, 1990
- Γιαννοπούλου Α., "Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική", Ταβίθα, Αθήνα, 1990
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. "Συστήματα Υγείας", Παπαζήση, Αθήνα, 2001
- Κατσουγιαννόπουλος Β., "Υγιεινή και Κοινωνική Ιατρική", Κυριακίδη Α.Ε., Θεσσαλονίκη, 1994
- Κουτσελίνη Α. Σ., "Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης", Παρισιάνος Γρ., Αθήνα, 1999
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., "Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας", Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
- Παπαευαγγέλου Γ., Καλλίνικος Γ., "AIDS. Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα. Ελληνική Εμπειρία", Λίτσας, Αθήνα, 1986
- Παπαευαγγέλου Γ., "AIDS", Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, 1988
- Σαπουντζή Δ., "Χρόνια Ασθένεια & Νοσηλευτική Φροντίδα", Έλλην, Αθήνα, 1998
- Σουγιουλτζής Χ., "Οι ασθενείς του AIDS", Ήβος, Αθήνα, 1996
- Σταθόπουλος Π. "Κοινωνική Πρόνοια – Μια Γενική Θεώρηση", Έλλην, Αθήνα, 1996
- Τσίκος Ν., Καραγεωργοπούλου. Γραβάνη Σ., "Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής", Έλλην, Αθήνα, 1999.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Grmek M. "Ιστορία του AIDS", Χατζηνικολή, μτφ.: Ταμβάκη Ε. 1992
- Jones. Lewellyn D., "Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες", Λύχνος, Αθήνα, 1990, μτφ. Καββαδία Μ.
- Montagnier Luc. "Ιοί και Άνθρωποι", Κάτοπτρο, Αθήνα, 1994, μτφ. Καλζλαρής Χ.
- Sontak S., "Η Νόσος ως Μεταφορά – Το AIDS και οι Μεταφορές του", Ύψιλον, Αθήνα, 1993, μτφ.: Λυκιαρδόπουλος Γ. –Ροζάνης Σ.
- Weber J. "ΤΟ AIDS ΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΕΝΑ", Επτάλοφος, Αθήνα μτφ: Καλμάντη Θ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΑΠΟ ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, *"Τι νεότερο στο AIDS. Κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS"*, Βήτα, Αθήνα, 1989.
- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, *"Προβλήματα νοσηλείας ασθενών"*, Βήτα, Θεσσαλονίκη, 1990.
- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, *"Εμπειρία και δραστηριότητες στην Ελλάδα. Αμφιλεγόμενες απόψεις και προβληματισμοί"*, Βήτα, Αθήνα, 1991.
- Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος, 1Β' Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο *"Πρακτικά '85"*, Αθήνα, 1985.
- Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος, 1Δ' Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο *"Πρακτικά '87"*, Θεσσαλονίκη, 1987.
- Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος, 18^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο *"Βελτίωση Νοσηλευτικής Φροντίδας. Κοινωνική Προσφορά"*, Αθήνα, 1991.
- Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος, 19^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο *"Η Νοσηλευτική του 2000, Επιστήμη, Τέχνη, Φιλοσοφία"*, Ρόδος, 1992.
- Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος, 21^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο *"Βελτίωση Ποιότητας Νοσηλευτικής Πράξης"*, Αθήνα, 1994.
- Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος, 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο *"Πρόληψη Λοιμώξεων"*, Καλαμάτα, 1995.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- Περιοδικό Ιατρικά, Αφιέρωμα: *"1^η Δεκεμβρίου Παγκόσμια Ημέρα"*, τευχ. 38, 2002
- Περιοδικό Ιατρικά, *"AIDS. Τα μηνύματα της Ελπίδας"* τευχ. 90, 2003
- Περιοδικό *"Συνάνθρωπος"*, τευχ. 5, 2002
- Περιοδικό *"Συνάνθρωπος"*, τευχ. 6, 2002
- Δημοσίευση εφημερίδας Πατρύς, *"AIDS. Αύριο η ημέρα κατά της μάστιγας"*, Κυριακή 30 Νοεμβρίου 2003
- Ενημερωτικό φυλλάδιο του Κέντρου Ζωής
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, *"Σχεδιασμός Αγωγής Υγείας για την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS"*, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1991

- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, *"Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV)"*, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1991
- Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων – Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας *"Ετήσια Έκθεση 1999"* Τηλεφωνική Γραμμή και συμβουλευτικός σταθμός για το AIDS
- Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων – Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας *"HIV/AIDS – Δημόσια Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα"* Αθήνα, 2002
- Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τευχ. 13, 2001
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, *"Πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας"*, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1991
- Περιοδικό Κοινωνική Εργασία, *"Συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα Διεπιστημονική Συνεργασία και AIDS"*, τευχ. 22, 1991
- Περιοδικό Κοινωνική Εργασία, *"AIDS σαν κοινωνική πρόκληση"* τευχ. 19, 1990
- Περιοδικό Εκλογή, *"Τα επαγγέλματα υγείας στη σύγχρονη περίθαλψη. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού"*, τευχ. 53, Δεκέμβριος 1980.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

- <http://Find.in.gr/results.page?data=cache:www.nursing.gr/chronia3.htm>+
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ
- http://www.kentrozois.gr/kimeras_gr.htm
- http://www.kentrozois.gr/ethelontismos_gr.htm

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

