



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

«ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ»

ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΞΕΚΑΡΔΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΠΕΛΕΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΣΙΩΛΟΥ ΕΛΠΙΔΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΖΗΝΟΒΙΑ ΚΑΤΑΠΟΤΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009 - 2010

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Δερματολογία σήμερα παρουσιάζει ένα εκπληκτικό ενδιαφέρον ένεκα των πολλαπλών άλυτων ιατροβιολογικών προβλημάτων που παρουσιάζονται στο χώρο που καλύπτει και είναι φυσικό ότι η θέση αυτή αποβαίνει σε βάρος της Αφροδισιολογίας κατά κάποιο τρόπο. Αν και πρόκειται για δυο σχετικά διαφορετικές επιστήμες, έχουν όμως κοινό στόχο έκφρασης, που είναι το δέρμα και οι βλεννογόνοι. Έτσι, από πρακτική και θεωρητική βάση, είναι άρρηκτα δεμένες μεταξύ τους.

Η παλιά Αφροδισιολογία καλύπτει το αντικείμενο πέντε ειδικών Νοσημάτων, των γνήσιων Αφροδισίων Νοσημάτων. Σήμερα όμως έχει διευρυνθεί η περιοχή της αφροδισιολογίας και καλύπτει περίπου 18-21 νοσήματα με ένα ειδικότερο όρο που είναι:

«Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν.)»

Κάτω από τον όρο αυτόν περιλαμβάνονται:

- Η σύφιλη
- Η βλεννόρροια
- Το μαλακό έλκος
- Το αφροδίσιο ή βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα ή νόσος του Nicolas-Favre
- Το αφροδίσιο ή βουβωνικό κοκκίωμα
- Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτις (μη ειδική)
- Τα οξυτενή κονδυλώματα
- Ο έρπης των γεννητικών οργάνων
- Η μολυσματική τέρμινθος
- Η φθειρίαση του εφηβαίου
- Η ψώρα
- Μη ειδικές φλεγμονές της βαλάνου (βαλανίτις)
- Η ηπατίτιδα Β
- Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)

Από τα νοσήματα αυτά, τα 5 πρώτα είναι τα γνήσια αφροδίσια νοσήματα με την παλαιά έννοια του όρου, που μεταδίδονται μόνο με τη σεξουαλική επαφή.

Τα επόμενα 9, που ίσως είναι όχι 9 αλλά περισσότερα, μεταδίδονται είτε με τη σεξουαλική επαφή είτε έμμεσα με άλλους τρόπους. Δεν παύουν όμως να είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενα.

Γενικότερα όμως μια αύξηση της συχνότητας των αφροδισίων νόσων παρατηρήθηκε από το 1925 έως το 1955 διεθνώς, με αιχμή το 1942-1945 κατά τη διάρκεια του II Παγκόσμιου Πολέμου. Η πτώση της συχνότητας γενικά υπήρξε σχεδόν κατακόρυφη μετά το 1955 για να ακολουθήσει μικρή αλλά σταθερή άνοδος στη δεκαετία του 1960 και μέχρι το μέσον της δεκαετίας του 1970, οπότε η ανοδική τάση της συχνότητας των αφροδισίων υπήρξε μεγαλύτερη και ανησυχητική, ιδιαίτερα από το 1978 και ύστερα.

Στην περίπτωση όμως των οξυτενών κονδυλωμάτων η αύξηση της συχνότητας έχει τριπλασιασθεί από το 1973 έως το 1983.

AIDS

Ιστορική Αναδρομή

Για πολλά από τα λοιμώδη νοσήματα που απασχολούν σήμερα την ανθρωπότητα, υπάρχει πρόληψη (ίσως με τη μορφή εμβολίου) ή τουλάχιστον υπάρχει μερική, αν όχι τέλεια και επιτυχής θεραπεία. Γι' αυτό φαίνεται κάπως συγκλονιστικό τόσο στον ιατρικό κόσμο, όσο και στο ευρύ κοινό το γεγονός ότι κάποιος νέος ιός δυνητικά θανατηφόρος, εμφανίστηκε και απλώνεται γρήγορα σε όλο τον κόσμο. Το AIDS είναι κάτι τέτοιο: ένας ιός που επεκτείνεται με μεγάλη ταχύτητα και για τον οποίο κάποια θεραπεία πρέπει να βρεθεί. Συγκινητικές ιστορίες στον ημερήσιο τύπο με ομοφυλόφιλους που τους αρνήθηκαν εργασία για τον υποθετικό κίνδυνο να μολυνθούν με AIDS οι συνάδελφοι τους, ιστορίες με αιμορροφιλικά παιδιά που εξοστρακίστηκαν από τα σχολεία τους γιατί είχαν προσβληθεί από τον ιό σαν αποτέλεσμα μολυσμένων παραγώγων αίματος, που έπαιρναν για τη θεραπεία τους, τέλος το πολύ λυπηρό πορτρέτο ενός νεαρού θύματος με έκδηλη νόσο του AIDS στον οποίο απομένουν μόνο τρεις ως έξι μήνες ακόμη για να ζήσει.

Το 1981 το κέντρο Μεταδοτικών Νοσημάτων της Ατλάντα των Η.Π.Α., αναγνώρισε ένα νέο σύνδρομο που εμφάνιζε μεγάλη θνητότητα. Το σύνδρομο αυτό ονομάστηκε Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.

Ο νέος ιός δημιουργήθηκε πιθανόν από μετάλλαξη παρόμοιου αβλαβούς ιού που προϋπήρχε στον άνθρωπο ή σε πιθήκους.

Επειδή τα πρώτα θύματα της άγνωστης ασθένειας ήταν νεαρά ομοφυλόφιλα άτομα η ασθένεια ονομάστηκε «gay syndrome» δηλ. νόσος των ομοφυλοφίλων. Λίγο αργότερα άρχισε να επικρατεί η ονομασία σύνδρομο GRID (Gay Related Immuno Deficiency) από τις παρατηρούμενες σοβαρές ανωμαλίες του ανοσολογικού μηχανισμού.

Με την πάροδο του χρόνου άρχισαν να αναφέρονται πολλά νέα κρούσματα σε τοξικομανείς, αιμορροφιλικούς και άτομα που κατάγονται από την Καραϊβική και Αφρική. Έτσι καθιερώθηκε η διεθνής ονομασία AIDS από

τα αρχικά των αντίστοιχων αγγλικών λέξεων Acquired Immune Deficiency Syndrome.

Από το 1981 μέχρι σήμερα έχει σημειωθεί καταπληκτική πρόοδος στους διάφορους τομείς των επιστημών που ασχολούνται με την έρευνα του AIDS. Η πρόοδος παρατηρήθηκε στην ιολογία, την ανοσολογία, τη μοριακή βιολογία καθώς και σε άλλους τομείς με ικανό στόχο την καταπολέμηση της καινούργιας αυτής θανατηφόρου νόσου που για πολλούς θεωρείται σαν θεία δίκη και παραλληλίζεται με την επιδημία πανούκλας του Μεσαίωνα, επιδημία από την οποία όμως οι ασθενείς είχαν πολλές ελπίδες να επιζήσουν. Η κατάρρευση της ανοσολογικής άμυνας των πασχόντων από AIDS οφείλεται κυρίως στη μείωση του αριθμού καθώς και στην αλλαγή της λειτουργικότητας των T-λεμφοκυττάρων.

Ανοσολογικές διαταραχές: σε πλήρες σύνδρομο (Full blown AIDS), ανοσολογικές διαταραχές στο σύμπλεγμα που σχετίζεται με το AIDS και ανοσολογικές διαταραχές.

Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

AIDS

Τι είναι το AIDS – Ορισμός

Το AIDS προέρχεται από τα αρχικά του αγγλικού επιστημονικού όρου «Acquired Immune Deficiency Syndrome» που στα ελληνικά αποδίδεται σαν «Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας». Είναι μια λοίμωξη από ιό που μπορεί να οδηγήσει σε βαριά και επί του παρόντος μη αναστρέψιμη βλάβη του ανοσολογικού συστήματος, αφήνοντας έτσι το θύμα του έρμαιο των λοιμώξεων και μερικών τύπων καρκίνου. Το AIDS αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά σαν καινούργια αρρώστια το 1981 όταν εμφανίστηκαν καμιά δεκαριά περιπτώσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Τώρα απλώνεται γρήγορα σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, στη Βόρειο και Νότιο Αμερική και σε τμήματα της Αφρικής με τον αριθμό των περιπτώσεων να διπλασιάζεται κάθε οκτώ με δέκα μήνες σε πολλές από τις περιοχές αυτές. Είναι μια βαριά αρρώστια της οποίας, επί του παρόντος, δεν γνωρίζουμε τη θεραπεία και η πλειονότητα των ανθρώπων που παρουσιάζουν την πλήρη συμπτωματολογία της θα πεθάνουν μέσα σε δύο χρόνια. Ως εκ τούτου πρόκειται για μια επιδημία χωρίς προηγούμενες αναλογίες στην εποχή μας. Με την «έλευση» της πενικιλίνης το 1940 και των άλλων αντιβιοτικών καθώς και τους εκτεταμένους εμβολιασμούς έχουμε προστατευτεί στον Δυτικό Κόσμο από τις περισσότερες λοιμώδεις ασθένειες. Η «έλευση» του AIDS όμως έθεσε τέρμα σ' αυτό το προνόμιο και την προστασία που είχαμε μέχρι τώρα.

Ο κλασικός ορισμός του AIDS περιλαμβάνει ασθενείς με βεβαία διάγνωση ευκαιριακής λοίμωξης (η πνευμονία από Καρίνιο Πνευμονύστη (PC) είναι η πιο χαρακτηριστική) ή νεοπλασματος [κυριότερο το Σάρκωμα Kaposi (K.S.)] που είναι αρκετά ενδεικτικό υπάρξεως κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας, χωρίς όμως να προϋπάρχουν άλλα γνωστά αίτια ή παράγοντες που να ευθύνονται για την ανοσοανεπάρκεια. Η ακριβής όμως

διάγνωση των παραπάνω ενδείξεων ανοσοανεπάρκειας απαιτεί εργαστηριακές τεχνικές και υποδομή ανύπαρκτη στις περισσότερες περιοχές της γης. Γι' αυτό το Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων (C.D.C.) των ΗΠΑ τροποποίησε τον ορισμό του και δέχεται δήλωση κρουσμάτων που η διάγνωση της ευκαιριακής παθήσεως βασίζεται μόνο σε κλινικά και όχι σε εργαστηριακά κριτήρια, εφόσον βέβαια ανιχνεύονται τα anti-HIV. Στις ευκαιριακές αυτές παθήσεις υπάγονται η *καντιτίαση του οισοφάγου*, η *πνευμονία από P.C.* και η *εγκεφαλική τοξοπλάσμωση*. Ο ορισμός υιοθετήθηκε ήδη από την Π.Ο.Υ. που επίσης δέχεται και τον κλινικό ορισμό του AIDS που είναι εξαιρετικά χρήσιμος για τις αναπτυσσόμενες χώρες που στερούνται υποδομής για εργαστηριακή διάγνωση. Σύμφωνα με τον κλινικό ορισμό πρέπει να υπάρχουν δύο από τις κύριες εκδηλώσεις:

- ◇ Απώλεια σωματικού βάρους πάνω από 10%,
- ◇ χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από 1 μήνα ή πυρετός που επιμένει πάνω από 1 μήνα

και μια από τις ακόλουθες δευτερεύουσες εκδηλώσεις:

- ◇ Βήχας που επιμένει πάνω από 1 μήνα,
- ◇ γενικευμένη κνηδωτική δερματίτιδα,
- ◇ έρπητας ζωστήρας που υποτροπιάζει,
- ◇ στοματοφαρυγγική καντιτίαση,
- ◇ χρόνιος έρπητας που προοδευτικά επεκτείνεται,
- ◇ γενικευμένη λεμφανοπάθεια.

Δεν θα πρέπει βέβαια να υπάρχει άλλη γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής.

Από τι προκαλείται το AIDS και ποια μέρη του σώματος μολύνει ο ιός του AIDS.

Το AIDS προκαλείται από ένα ιό γνωστό σαν «λεμφοτρόπο ιό των T-κυττάρων του ανθρώπου τύπου III» (Human T-cell Lymphotropic Virus Type III ή HTLV-III) ή αλλιώς σαν ιό που συνδέεται με λεμφαδενοπάθεια (Lymphadenopathy Associated Virus ή LAV). Ο ιός προσβάλλει τα κύτταρα του

αίματος που είναι γνωστά σαν λεμφοκύτταρα. Αυτά είναι υπεύθυνα για το ανοσολογικό σύστημα του σώματος προστατεύοντας μας από τις λοιμώξεις. Τα προσβεβλημένα λεμφοκύτταρα καταστρέφονται από τον ιό HTLV-III και έτσι το ανοσολογικό σύστημα βλάπτεται. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε λοιμώξεις και στην ανάπτυξη μερικών καρκίνων του σώματος και αυτή ακριβώς την κατάσταση την ονομάζουμε AIDS.

Ο ιός του AIDS, HTLV-III αρχικά μολύνει τα λεμφοκύτταρα (τα λευκά αιμοσφαίρια του αίματος) και ιδιαίτερα ένα υποπληθυσμό των λεμφοκυττάρων τα T-βοηθητικά λεμφοκύτταρα. Αυτά είναι κύτταρα πολύ κριτικά για το συντονισμό του ανοσολογικού συστήματος. Εκτός από τα T-λεμφοκύτταρα ο ιός του AIDS μπορεί να βρεθεί και ελεύθερος μέσα στο αίμα. Είναι επίσης πάρα πολύ πιθανόν ότι τα εγκεφαλικά κύτταρα μπορούν κατ' ευθείαν να μολυνθούν από τον ιό του AIDS. Η έρευνα δεν έχει δείξει ακόμη εάν και άλλα κύτταρα του σώματος μολύνονται αλλά ο ιός έχει απομονωθεί από υγρά του σώματος όπως είναι το σάλιο, το σπέρμα, το μητρικό γάλα και τα δάκρυα.

Τρόποι Μεταδόσεως

Ο HIV βρίσκεται κυρίως στα λεμφοκύτταρα και σε πολύ μικρότερη ποσότητα στον ορό του αίματος, στο σπέρμα και στις τραχηλικές εκκρίσεις. Στο αίμα βρίσκεται σε πυκνότητα πάνω από ένα εκατομμύριο φορές μικρότερη από ότι ο ιός της ηπατίτιδας B.

Ο HIV μπορεί να καλλιεργηθεί και από άλλες εκκρίσεις του ανθρώπου (σάλιο, δάκρυα κ.λ.π.), αλλά η ποσότητά του είναι τόσο μικρή που καθιστά αδύνατη τη μετάδοσή του σε άλλους ανθρώπους που ζουν μαζί με τους φορείς στο ίδιο σπίτι ή έχουν απλή κοινωνική ή εργασιακή σχέση. Σ' αυτό συμβάλλει και η κατά πολύ μεγαλύτερη ευπάθεια του HIV στο εξωτερικό περιβάλλον. Ο HIV αδρανοποιείται ταχύτατα σε υγρή θέρμανση στους 56°C και με αποστείρωση. Όλα τα κοινά χημικά απολυμαντικά αδρανοποιούν ταχύτατα τον HIV. Ιδιαίτερη χρησιμότητα έχει το οινόπνευμα πυκνότητας 70% και η κοινή

χλωρίνη σε πρόσφατο διάλυμα 1/10. Τα κοινά πλυντήρια σκευών φαγητού και ρουχισμού αδρανοποιούν τον HIV.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα γίνεται αντιληπτό ότι ο HIV δεν μεταδίδεται με απλή επαφή, ούτε με τα κουνούπια. Χρειάζεται πραγματικός «εμβολιασμός» μεγάλης ποσότητας ιού άμεσα από τον φορέα στον ευπαθή άνθρωπο, όπως γίνεται στα σεξουαλικά και στα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα. Γι' αυτό το AIDS μεταδίδεται μόνο με τους ακόλουθους τρόπους:

1) ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

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

Σε ορισμένες περιοχές των ΗΠΑ έχει προσβληθεί μέχρι το 90% των τοξικομανών (Νέα Υόρκη). Αλλά και στις γειτονικές μας μεσογειακές χώρες (Ισπανία-Ιταλία) οι τοξικομανείς έχουν προσβληθεί σε ποσοστό πάνω από 50%. Στην Ελλάδα λιγότεροι από 5% των τοξικομανών έχουν προς το παρόν μολυνθεί. Τίποτε όμως δεν αποκλείει την επέκταση της επιδημίας στην δυσκολοπροσεγγίσιμη αυτή πληθυσμιακή ομάδα.

2) ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

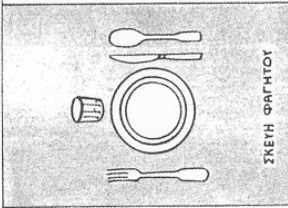
Η πιθανότητα μεταδόσεως είναι μικρότερη από 1%. Αρκεί όμως και μία σεξουαλική επαφή. Η πιθανότητα είναι σχετικά μεγαλύτερη σε ομοφυλοφιλική επαφή που είναι περισσότερο τραυματική και το επιθήλιο του εντέρου επιτρέπει ευχερέστερη διέλευση του HIV προς τα συσσωρευμένα στην περιοχή αυτή λεμφοκύτταρα. Γι'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

Σήμερα οι ομοφυλόφιλοι ορισμένων μεγαλουπόλεων των αναπτυγμένων χωρών έχουν προσβληθεί σε ποσοστό 15-70%, ενώ οι ιερόδουλες της Κεντρικής Αφρικής σε ποσοστό μέχρι 80%. Στην Ελλάδα 15% περίπου των ομοφυλοφίλων και 3,2% των ιεροδούλων βρέθηκαν φορείς του HIV.

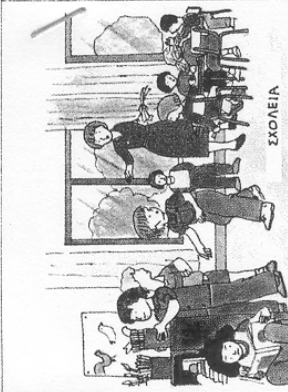
3) ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΘΕΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Το έμβρυο προσβάλλεται σε συχνότητα 50% όταν η μητέρα είναι φορέας. Ο HIV μπορεί να μεταδοθεί και με το θηλασμό. Το νεογνό όμως δεν προσβάλλεται όταν η μητέρα μολυνθεί μετά τον τοκετό. Ο τρόπος αυτός διασποράς έχει ιδιαίτερη σημασία κυρίως για τις τοξικομανείς ή τις γυναίκες που ο ερωτικός τους σύντροφος είναι τοξικομανής. Σε ορισμένες περιοχές της Κεντρικής Αφρικής 10% περίπου των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας είναι φορείς του ιού. Αυτό σημαίνει ότι 5% περίπου των νεογέννητων των περιοχών αυτών προσβάλλεται από τον HIV.

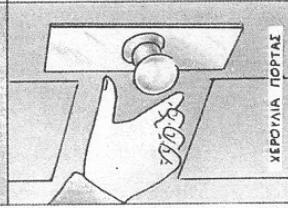
ΑΥΤΟΙ ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΥΝ ΤΟ AIDS



ΣΥΣΤΗ ΦΑΓΗΤΟΥ



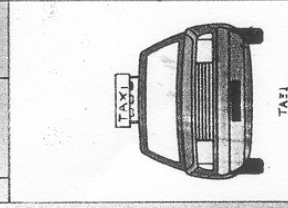
ΣΧΟΛΕΙΑ



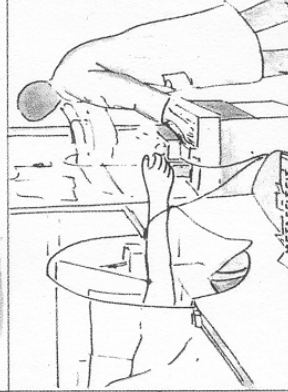
ΧΕΡΟΥΛΙΑ ΠΟΡΤΑΣ



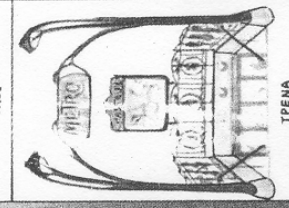
ΤΟΥΛΑΓΕΙΣ



ΤΑΞΙ

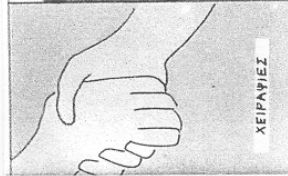


ΜΕΤΑΓΩΓΕΙΣ

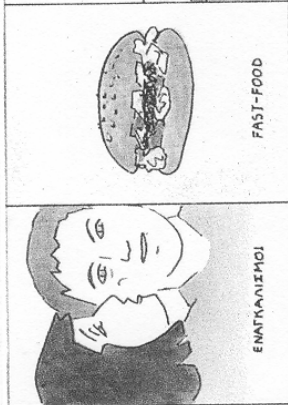


ΤΡΕΝΑ

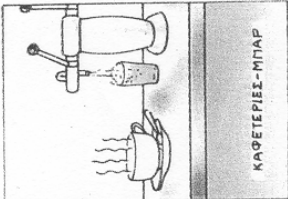
Κανένας κίνδυνος κατά την αεροδρόμια. Χρησιμοποιούνται μιας χρήσεως βελόνες και όργανα.



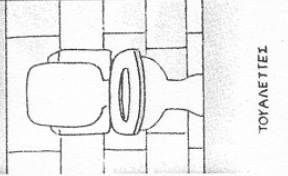
ΧΕΙΡΑΦΙΞΙΣ



ΕΝΑΓΓΛΙΣΜΟΙ

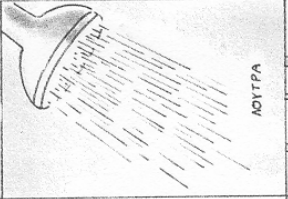


ΚΑΦΕΤΕΡΙΕΣ-ΜΠΑΡ

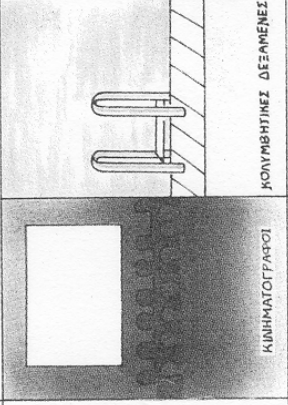


ΤΟΥΑΛΕΤΙΣ

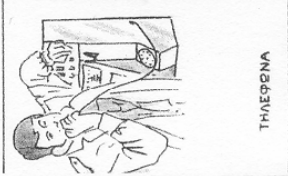
ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΥΤΟΙ ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΥΝ ΤΟ AIDS



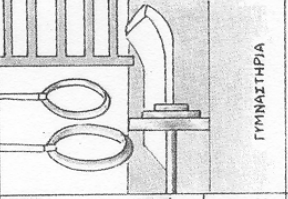
ΛΟΥΤΡΑ



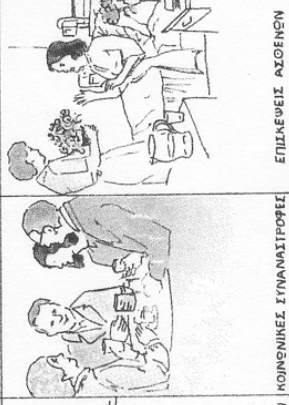
ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΙ



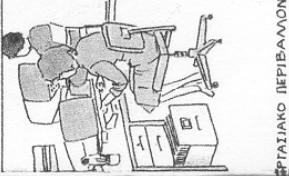
ΤΗΛΕΦΩΝΑ



ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΑ



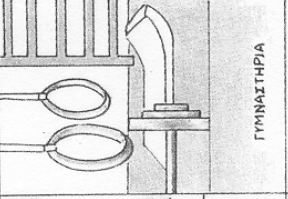
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ



ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ



ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ



ΚΟΛΥΜΒΗΤΙΚΕΣ ΔΕΞΑΜΕΝΕΣ



ΕΠΙΣΚΕΦΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ποια είναι τα συμπτώματα του AIDS

Στους αρρώστους με καθαυτό AIDS (δηλαδή το τελικό στάδιο της λοίμωξης με τον ιό AIDS που προκαλεί μη αναστρέψιμη καταστροφή του ανοσολογικού συστήματος) μπορεί να αναπτυχθεί σημαντικός αριθμός λοιμώξεων και καρκίνων. Γι' αυτό τα συμπτώματα του AIDS είναι τα συμπτώματα της λοίμωξης που θα αναπτυχθεί.

Συχνή περιοχή λοίμωξης είναι ο πνεύμονας. Η πνευμονία από πνευμονοκύστη παρουσιάζεται με πυρετό, δυσχέρεια αναπνοής και ξηρό βήχα. Μπορεί επίσης να συμβεί λοίμωξη στο έντερο που προκαλεί διάρροια και απώλεια βάρους, όπως επίσης μπορεί να συμβεί λοίμωξη στον εγκέφαλο με επιληψία και εγκεφαλικό επεισόδιο.

Σ' αυτούς που έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS, αλλά που δεν έχουν καθαυτό AIDS, τα συμπτώματα μπορεί να είναι ηπιότερα και μη ειδικά:

- ◇ πυρετός,
- ◇ νυκτερινοί ιδρώτες,
- ◇ μεγάλη κακουχία,
- ◇ αδυναμία,
- ◇ λήθαργος,
- ◇ απώλεια βάρους και
- ◇ διάρροια που επιμένει.

Τούτο είναι γνωστό σαν Σύμπλεγμα που συνδέεται με το AIDS (ARC = AIDS – Related Complex). Οι λεμφαδένες του σώματος, ιδιαίτερα του λαιμού, της μασχάλης και των βουβώνων μπορεί να διογκωθούν για πολύ μακρό χρονικό διάστημα. Η κατάσταση αυτή είναι γνωστή σαν Επιμένουσα Γενικευμένη Λεμφαδενοπάθεια.

Ποιος βρίσκεται πιο πολύ σε κίνδυνο

Οι ομάδες των ανθρώπων που έχουν κίνδυνο να πάθουν AIDS μπορούν να διακριθούν πολύ καλά σε:

- **Ομοφυλόφιλοι άνδρες** με περισσότερους από ένα ή πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους, βρίσκονται σε κίνδυνο να πάθουν τη νόσο από μολυσμένους συντρόφους, εάν έχουν πρωκτική συνουσία μαζί τους.
- **Ναρκομανείς** με χρήση ενδοφλεβίων φαρμάκων. Εάν μοιράζονται τις ίδιες βελόνες ή άλλα αντικείμενα, μπορεί να μεταβιβάσουν τη νόσο ο ένας στον άλλο.
- Η **γυναίκα** που είναι σεξουαλική σύντροφος **με άνδρα που έχει τον ιό AIDS**, η οποία μπορεί να πάθει λοίμωξη με συνουσία από το πρωκτό ή από τον κόλπο.
- **Αιμορροφιλικόι και άλλοι δέκτες αίματος ή προϊόντων του αίματος.** Αυτή η ομάδα μπορεί να ελαττωθεί διότι κατάλληλες δοκιμασίες έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποδοτικές.
- Τα **παιδιά μολυσμένων μητέρων** που μπορούν να μολυνθούν μέσα στη μήτρα ή την ώρα που γεννιούνται.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επέκταση μιας νόσου που μεταδίδεται με τη σεξουαλική πράξη μπορούν να περιληφθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1. τον αριθμό των διάφορων σεξουαλικών συντρόφων που έχει ένα άτομο και
2. την επικράτηση της αρρώστιας στον ιδιαίτερο κύκλο της κοινωνίας στον οποίο το άτομο κινείται σεξουαλικά.

Με τη σύφιλη (μια αρρώστια πολύ παλιά που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή), η αρρώστια μπορεί να μεταδοθεί με την ίδια ευκολία από τον άνδρα στη γυναίκα και αντίστροφα.

Στάδιο επώασης

Η περίοδος ανάμεσα στη λοίμωξη και στην ανάπτυξη αντισωμάτων στον ιό του AIDS φυσιολογικά είναι σαράντα με πενήντα μέρες. Μετά από την επιβεβαίωση της λοίμωξης με τον ιό μπορεί να μεσολαβήσει μεγάλο χρονικό διάστημα που η αρρώστια παραμένει εντελώς λανθάνουσα. Στη διάρκεια αυτή του σταδίου το άτομο μπορεί να αισθάνεται εντελώς καλά ενώ έχει τον ιό μέσα στο αίμα του και να προκαλεί λοιμώξεις στους άλλους. Αυτή η λανθάνουσα περίοδος μπορεί πραγματικά να κρατήσει για πολλά χρόνια. Η αιτία είναι η μακρά διάρκεια όπου μπορεί να μην υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα λοίμωξης, που κάνει το AIDS να προκαλεί τρομερό φόβο. Οι μολυσμένοι άνθρωποι μπορεί άθελά τους να μεταδώσουν την αρρώστια.

Κλινικές μορφές του AIDS – Ανοσολογικές διαταραχές: σε πλήρες σύνδρομο (Full-blown AIDS), στο σύμπλεγμα που σχετίζεται με το AIDS (ARG) και σε βρεφικό AIDS

Το σύνδρομο AIDS δεν εμφανίζεται πάντοτε υπό την αυτή κλινική εικόνα. Οι σπουδαιότερες κλινικές μορφές του συνδρόμου είναι:

α) πλήρες ή ολοκληρωμένο (Full-blown) AIDS,

β) 1. Κλινικό σύμπλεγμα που σχετίζεται με το AIDS (AIDS reputed complex, ARG), 2. Κλινικό σύνδρομο που συνοδεύεται από λεμφαδενοπάθεια (LAS) και

γ) βρεφικό AIDS.

Το πλήρες ή ολοκληρωμένο AIDS (Full-blown AIDS) χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων ή και σπάνιων μορφών κακοηθειών σ' ένα άτομο, που πριν ήταν υγιές και ακόμα από την εμφάνιση διαφόρων αυτοανοσοποιητικών νοσημάτων όπως η επίκτητη αιμολυτική αναιμία και κυρίως η θρομβοπενία. Στο πλήρες σύνδρομο AIDS έχουν περιγραφεί πάρα πολλές παρεκκλίσεις της λειτουργίας του ανοσολογικού συστήματος και

αφορούν τόσο το σύστημα της κυτταρικής ανοσίας όσο και το σύστημα της χημικής ανοσίας. Οι σπουδαιότερες και οι πλέον τεκμηριωμένες είναι:

1. Λευκοπενία,
2. Δυσλειτουργία των T-λεμφοκυττάρων και B-λεμφοκυττάρων,
3. Δυσλειτουργία της κυτταροτοξικότητας και ορολογιακές μεταβολές.

Όλοι οι ασθενείς των ομάδων αυξημένου κινδύνου που έχουν τα σημεία, τα συμπτώματα και τις νόσους που συνοδεύουν το AIDS, αλλά δεν πληρούν τα αυστηρά κριτήρια για τη διάγνωση του συνδρόμου, κατατάσσονται εμπειρικά σε μια κλινική μορφή που ονομάζεται σύμπλεγμα που σχετίζεται με το AIDS (AIDS related complex). Στην κλινική αυτή μορφή κατατάσσονται άτομα με ασυμπτωματική λεμφαδενοπάθεια, με διαταραχές της ανοσολογικής κατατομής χωρίς άλλη βασική αιτία, και με ένα μη ειδικό αδιάγνωστο σύμπλεγμα συμπτωμάτων, όπως νυχτερινή εφίδρωση, απώλεια βάρους, εξάντληση και διάρροια. Ορισμένοι κλινικοί γιατροί έχουν παρατηρήσει, ότι ασθενείς αυτής της κλινικής κατηγορίας εμφανίζουν, μετά από ένα κυμαινόμενο χρονικό διάστημα, ευκαιριακές λοιμώξεις ή κακοήθειες και τότε μετατάσσονται πλέον στην κατηγορία του πλήρους AIDS.

Μια τελείως ξεχωριστή κλινική μορφή του AIDS είναι και αυτό που εμφανίζεται στη βρεφική ηλικία. Η κλινική αυτή μορφή μπορεί εύκολα να διακριθεί από παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις, που προκαλούνται από πρωτοπαθή ανοσοανεπάρκεια ή κάποια συγγενή λοίμωξη. Τα κυριότερα ανοσολογικά ευρήματα είναι η λεμφοπενία, η αύξηση του επιπέδου των ανοσοσφαιρινών και κυρίως της IgG, η μείωση της λειτουργικότητάς τους, η ανίχνευση στον ορό κυκλοφορούντων ανοσοσυμπλεγμάτων και η αντιδραστική υπερπλασία λεμφαδένων και λεμφοζιδίων.

Ο τρόπος μετάδοσης του AIDS στα βρέφη δεν έχει διευκρινιστεί. Οι απόψεις όλες συγκλίνουν στην κατακόρυφη μετάδοση του συνδρόμου. Η οριζόντια μετάδοση είναι αμφισβητήσιμη και είναι πρακτικά αδύνατη με την συνηθισμένη ενδοοικογενειακή επαφή. Επίσης δεν είναι ακόμη γνωστό κατά πόσο ο ιός του AIDS μπορεί να μεταδοθεί από το γάλα κατά τον θηλασμό. Πέρα όμως από την κατακόρυφη μετάδοση το σύνδρομο μπορεί να μεταδοθεί

στα βρέφη με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος που προέρχονται από δότη που είναι ασυμπτωματικός φορέας του ιού. Τα βρέφη με AIDS εμφανίζουν μια χαρακτηριστική κλινική εικόνα που σε σχέση με τις ανοσολογικές διαταραχές και την προσεκτική μελέτη του ιστορικού του βρέφους μπορούν να θέσουν τη διάγνωση του συνδρόμου. Μερικά από τα σημαντικότερα κλινικά ευρήματα στο βρεφικό AIDS είναι:

- ◇ χαμηλό βάρος γέννησης,
- ◇ ελαττωμένη ή στάσιμη σωματική αύξηση,
- ◇ διόγκωση ήπατος, σπληνός,
- ◇ επίμονη διάρροια,
- ◇ συχνές μικροβιακές και ιογενείς λοιμώξεις,
- ◇ ευκαιριακές λοιμώξεις και
- ◇ διάμεση πνευμονία.

Ψυχοκοινωνικές ανάγκες - Προβλήματα **που έχουν οι άρρωστοι με AIDS**

Το AIDS είναι αρρώστια που αποτελεί καταστροφική απειλή σε όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής: σωματική, ψυχική, πνευματική, κοινωνική και οικονομική. Ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι θύματα του AIDS, όταν πληροφορούνται τη διάγνωσή τους, παθαίνουν κατάθλιψη και αυτή ασκεί αρνητική επίδραση στο ήδη ανεπαρκές ανοσοποιητικό τους σύστημα. Φαίνεται ότι υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων που αφενός επιδρούν στην πορεία της αρρώστιας και αφετέρου ωθούν τον άνθρωπο σε παθολογικό τρόπο αντιμετώπισης του άγχους.

Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των αρρώστων με AIDS απορρέουν από την αδυναμία αντιμετώπισης του άγχους, που σχετίζεται με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, το πιθανό οικογενειακό και κοινωνικό σκάνδαλο και τα ανεπαρκή υποστηρικτικά συστήματα. Τα συνηθέστερα προβλήματα που παρουσιάζει ο άρρωστος είναι:

- απόρριψη, αποξένωση
- απομόνωση, αυτουποτίμηση
- απώλεια δυνάμεων, ρόλων, αυτονομίας
- φόβοι, ενοχές, ιδέες αυτοκτονίας
- απελπισία, άγχος, κατάθλιψη
- αμείλικτα ερωτήματα: γιατί ο πόνος, η αρρώστια, ο θάνατος;
- υπαρξιακή αγωνία

Ο άρρωστος έχει το αίσθημα της απώλειας των δυνάμεών του, της σωματικής του ακεραιότητας, του ελέγχου του εαυτού του και της αρρώστιας του, της αυτονομίας του, αλλά και της ίδιας της ζωής του.

Σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα είναι και η απώλεια της εργασίας. Μερικοί άρρωστοι απολύθηκαν από την εργασία τους. Αλλά και αν δεν συμβεί αυτό, σε κάποιο σημείο της πορείας της νόσου -αρκετά νωρίς- πρέπει να

παραιτηθούν. Αυτό το αίσθημα της αχρηστίας, της απραξίας και της αναγκαστικής εξόδου στο περιθώριο μειώνει σημαντικά την αυτο-εκτίμηση και το ηθικό του αρρώστου. Η εργασία γενικώς υποστηρίζει το αίσθημα της αυτο-αξίας. Χωρίς εργασία, ο ενήλικος χάνει την ανεξαρτησία και την αυτονομία του, δύσκολα μπορεί να δικαιολογήσει το δικαίωμά του στο σεβασμό των άλλων και τη θέση του στην κοινωνία.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι άρρωστοι με AIDS έχουν αντιμετωπίσει αξιοσημείωτη διάκριση. Πολλοί έχουν χάσει τις δουλειές τους και τα σπίτια τους, και μερικοί έχουν χρεοκοπήσει με τη νοσηλεία στο νοσοκομείο. Οι άρρωστοι που έχουν διαγνωστεί με AIDS, σε πολλές περιπτώσεις, δεν μπόρεσαν να ανανεώσουν την ασφάλεια ζωής τους και στη συνέχεια πολλοί από αυτούς έχουν επιβαρυνθεί μ' ένα τεράστιο αριθμό προσωπικών λογαριασμών και οφειλών. Τόσο άσχημη έχει γίνει η κατάσταση σε μερικές πόλεις, ώστε στο Λος Άντζελες π.χ. πέρασε ένας νόμος που θεωρεί παράνομη τη διάκριση εναντίον αυτών που πάσχουν από τον ιό του AIDS. Οποιαδήποτε παρόμοια διάκριση δεν παρέχει εγγύηση και πρέπει να είναι απεχθής. Καμία μη σεξουαλικής φύσεως κοινωνική επαφή, οποιουδήποτε είδους, δεν μεταδίδει το AIDS.

Καθένας που αντιμετωπίζει την αρρώστια αντιδρά με διαφορετικό τρόπο. Σε πολλούς ανθρώπους προκαλεί μεγάλη γενναιότητα και αλτρουισμό και σε άλλους απάθεια και μοιρολατρία. Οι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί με τον ιό του AIDS χρειάζονται να τους διατεθούν, βέβαια τεράστια χρονικά διαστήματα και συμβουλές, πρώτα κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μπορέσουν να καταλάβουν την αρρώστια και να εξοικειωθούν με αυτή και δεύτερον, έτσι ώστε να μπορέσουν να αλλάξουν το είδος ζωής που κάνουν, με σκοπό να ελαττώσουν τον κίνδυνο εξάπλωσης της αρρώστιας.

Θυμηθείτε: Μόνο ένα μικρό ποσοστό από αυτούς που έχουν μολυνθεί με τον ιό θα προχωρήσουν στην ανάπτυξη του τελικού σταδίου της νόσου. Η πλειονότητα θα πρέπει να τονωθεί, να εξοικειωθεί με αυτή τη μόλυνση.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ AIDS

Η σοβαρότητα της νόσου, το μέγεθος της επιδημίας και ο ταχύς ρυθμός επεκτάσεως της σε ολόκληρο τον πληθυσμό κινητοποίησαν τόσο τις εθνικές, όσο και τις διεθνείς υγειονομικές υπηρεσίες. Τα μέτρα αφορούν: **α) τη νοσηλεία των ασθενών και την παρακολούθηση των φορέων, β) την πρόληψη και γ) την έρευνα.**

A. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΦΟΡΕΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ:

Η άγνοια της αιτιολογίας και των τρόπων της μεταδόσεως του HIV δημιούργησε σοβαρές αντιδράσεις για τη νοσηλεία των ασθενών.

Διαπιστώθηκε ότι κατά τη νοσηλεία χιλιάδων ασθενών μεγάλος αριθμός εργαζομένων στα κέντρα υγείας είχε ήδη εκτεθεί στον HIV.

Βαθμιαίως αποκτήθηκε μεγαλύτερη εμπειρία και λήφθηκαν σοβαρότερα προφυλακτικά μέτρα, που βασικά δεν διαφέρουν από εκείνα που πρέπει να τηρούνται για κάθε λοιμώδες νόσημα που μεταδίδεται αιματογενώς. Ειδικότερα μέτρα προβλέπονται για την προφύλαξη από τις ευκαιριακές λοιμώξεις (π.χ. φυματίωση) που αναπτύσσονται στους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Αυστηρότερα μέτρα προφυλάξεως πρέπει να προσαρμόζονται σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ. μάσκα όταν υπάρχει λοίμωξη του αναπνευστικού με έντονο βήχα, ή γυαλιά όταν κατά την επέμβαση υπάρχει φόβος εκτινάξεως αίματος ή άλλων εκκρινμάτων στα μάτια).

Η νοσηλεία γίνεται σε γενικά νοσοκομεία για να καθίσταται δυνατή η αντιμετώπιση των πολλαπλών, από κάθε σύστημα, παθολογικών συμπτωμάτων από όλα τα νοσηλευτικά τμήματα του γενικού νοσοκομείου. Δεν συνιστάται προς το παρόν η οργάνωση ειδικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία.

Ειδική μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται για την παροχή ισότιμης με τους άλλους ασθενείς νοσηλεία. Το υγειονομικό προσωπικό υποχρεούται να παρέχει τις νοσηλευτικές του υπηρεσίες στους ασθενείς με AIDS και να τηρεί το ιατρικό απόρρητο.

B. ΠΡΟΛΗΨΗ

Εφ' όσον δεν υπάρχει προς το παρόν προφυλακτικό εμβόλιο ή θεραπεία, ή πρόληψη ή τουλάχιστον η επιβράδυνση του ρυθμού εξάπλωσης της επιδημίας θα βασισθεί **1) στην ευαισθητοποίηση, κινητοποίηση και επαγρύπνηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, 2) στον έλεγχο των φορέων και 3) στην ενημέρωση του πληθυσμού.**

1) Επαγρύπνηση υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Η παρακολούθηση της επιδημίας επιτυγχάνεται με την υποχρεωτική δήλωση των κρουσμάτων. Στη χώρα μας η δήλωση γίνεται απ' ευθείας στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας από τον θεράποντα ιατρό, σε ειδικό επιδημιολογικό δελτίο με κώδικα, χωρίς να αναφέρεται το όνομα του ασθενούς. Τα κρούσματα αξιολογούνται από την Εθνική Επιτροπή AIDS και στη συνέχεια δηλώνονται στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Δεν δηλώνονται οι ανευρισκόμενοι φορείς. Τα κέντρα AIDS αναφέρουν περιοδικά μόνο το συνολικό αριθμό των ανακαλυπτομένων φορέων.

2) Έλεγχος φορέων

Η επιβολή **υποχρεωτικού ελέγχου των αιμοδοτών** απέκλεισε τη μετάδοση με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του. Παρόμοιοι έλεγχοι επιβλήθηκαν για μεταμόσχευση οργάνων ή ιστών και για τις τράπεζες σπέρματος. Επίσης εφαρμόζεται στη χώρα μας έλεγχος των χαρακτηρισμένων ιεροδούλων, των αλλοδαπών «καλλιτεχνών» που εργάζονται στη χώρα μας και των υποτρόφων της Ελληνικής Κυβερνήσεως από ενδημικές περιοχές. Ο έλεγχος είναι εμπιστευτικός και τηρείται το απόρρητο.

Συγχρόνως έχει δημιουργηθεί η κατάλληλη υποδομή για τον εθελοντικό έλεγχο του γενικότερου κοινού και ειδικότερα των ομάδων υψηλού κινδύνου. Ο έλεγχος προσφέρεται δωρεάν, εμπιστευτικά, τηρείται το απόρρητο και καταβάλλεται προσπάθεια προσφοράς συμβουλευτικών και κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και ψυχολογικής υποστηρίξεως.

Ο εθελοντικός έλεγχος επιδιώκεται και ιδιαίτερη προσπάθεια καταβάλλεται για την προσέλκυση των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών, ασθενών με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ατόμων που εκδίδονται ανεπίσημα ή έχουν πολλές ευκαιριακές σεξουαλικές σχέσεις και φυλακισμένων για ποινικά αδικήματα.

3) Ενημέρωση του πληθυσμού

Η ενημέρωση του πληθυσμού για τη φύση της νόσου, τους τρόπους μεταδόσεως, τα μέσα προφύλαξης και τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος αποτελεί το κυριότερο και αποτελεσματικότερο προς το παρόν μέτρο αντιμετώπισης της επιδημίας. Η ενημέρωση αποσκοπεί σε τροποποίηση των μορφών εκείνων ατομικής συμπεριφοράς που εκθέτουν σε λοίμωξη, αλλά και σε αποτροπή αδικαιολογήτου πανικού ή λανθασμένης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και τους φορείς.

Θα πρέπει να αποφευχθεί ο κοινωνικός στιγματισμός των ασθενών και να γίνουν αποδεκτοί οι φορείς στους χώρους δουλειάς, στο σχολείο, στο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον.

Θα πρέπει επομένως να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό η ενημερωτική εκστρατεία. Θα πρέπει όμως να αποφευχθεί η πρόκληση ψυχολογικών προβλημάτων που σχετίζονται με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων.

Η ενημερωτική εκστρατεία θα πρέπει να εξειδικευθεί για κάθε ειδική ομάδα «υψηλού κινδύνου». Σ' αυτές περιλαμβάνονται οι ομοφυλόφιλοι, οι τοξικομανείς, όσα άτομα εξασκούν με οποιοδήποτε τρόπο πορνεία και οι ερωτικοί τους σύντροφοι. Ειδική ενημέρωση χρειάζονται οι ναυτικοί και οι ταξιδιώτες σε ενδημικές χώρες, καθώς και οι κάτοικοι των τουριστικών περιοχών. Η εκστρατεία πρέπει να οργανωθεί σε διάφορα επίπεδα με διάφορα μέσα και να επαναλαμβάνεται με εναλλασσόμενα μηνύματα για να διατηρεί και προωθεί την τροποποίηση επικίνδυνης ή λανθασμένης συμπεριφοράς.

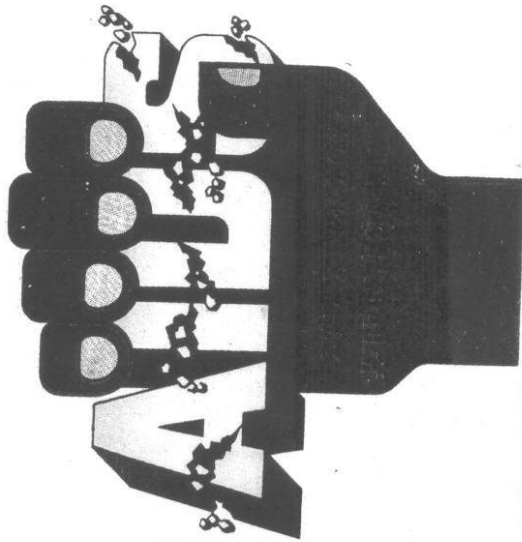
Για την ενημέρωση χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα μέσα:

- α) Ενημερωτικά slides και φυλλάδια.* Εκτός από αυτά που απευθύνονται στο γενικό κοινό, εκδίδονται ειδικά φυλλάδια για τους στρατιώτες, τους ταξιδιώτες, τους ναυτικούς, τους καθηγητές μέσης εκπαίδευσης, τους τοξικομανείς τους ομοφυλόφιλους, τους υγειονομικούς και για όσους φροντίζουν ασθενείς ή φορείς με AIDS.
- β) Μέσα μαζικής ενημέρωσης, posters.* Η συμβολή τους στην μετάδοση μνημάτων είναι καθοριστική. Spots, video και ζωντανά προγράμματα από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο συμβάλουν ουσιαστικά στη διαμόρφωση σωστής ατομικής συμπεριφοράς. Ειδικές καταχωρήσεις στον τύπο και επικολήσεις posters στους κατάλληλους χώρους υποβοηθούν στην υγειονομική διαφώτιση.
- γ) Οργάνωση σεμιναρίων - διαλέξεων:* Κάθε προσπάθεια τροποποίησης κοινωνικής και ατομικής συμπεριφοράς θα πρέπει να στηρίζεται στην εκπαίδευση στελεχών και οδηγών ομάδων που θα αναλάβουν την προώθηση των βασικών στόχων της εκστρατείας. Υπεύθυνα υγειονομικά στελέχη, κοινωνικοί λειτουργοί, ομάδες εθελοντών κλπ.
- δ) Έρευνα:* Διερευνήθηκε με κάθε λεπτομέρεια η μοριακή βιολογία του HIV. Άρχισε η παραγωγή ειδικών αντιϊκών φαρμάκων. Ήδη δοκιμάστηκαν τα πρώτα προφυλακτικά εμβόλια. Η συνέχιση της έρευνας είναι βέβαιο ότι θα πετύχει τη θεραπευτική και προληπτική αντιμετώπιση του AIDS κατά τα προσεχή χρόνια. Ειδικές διατάξεις έχουν θεσπισθεί σύμφωνα με τις διακυρήξεις διεθνών οργανισμών. Η τήρησή τους με ακρίβεια έχει ιδιαίτερη σημασία για οποιαδήποτε ερευνητική δραστηριότητα στο AIDS, αφού κάθε παράλειψη από δόλο, αμέλεια, ή απροσεξία μπορεί να δημιουργήσει τρομερά προβλήματα και βλάβες στον ασθενή.

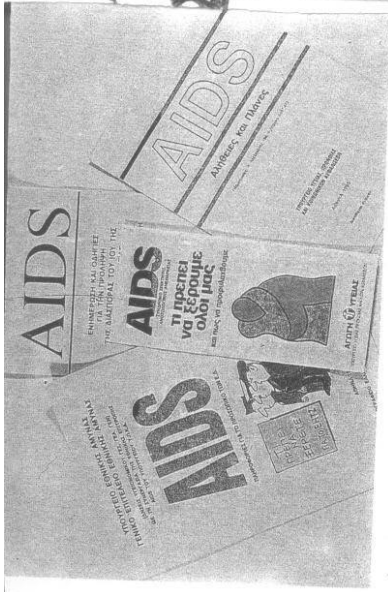
ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΛΥΚΑΒΗΤΤΟΥ 1 - ΤΗΛ. 3642383

**ΣΤΟΝ ΑΓΩΝΑ ΚΑΤΑ
ΤΟΥ ΕΙΤΖ**



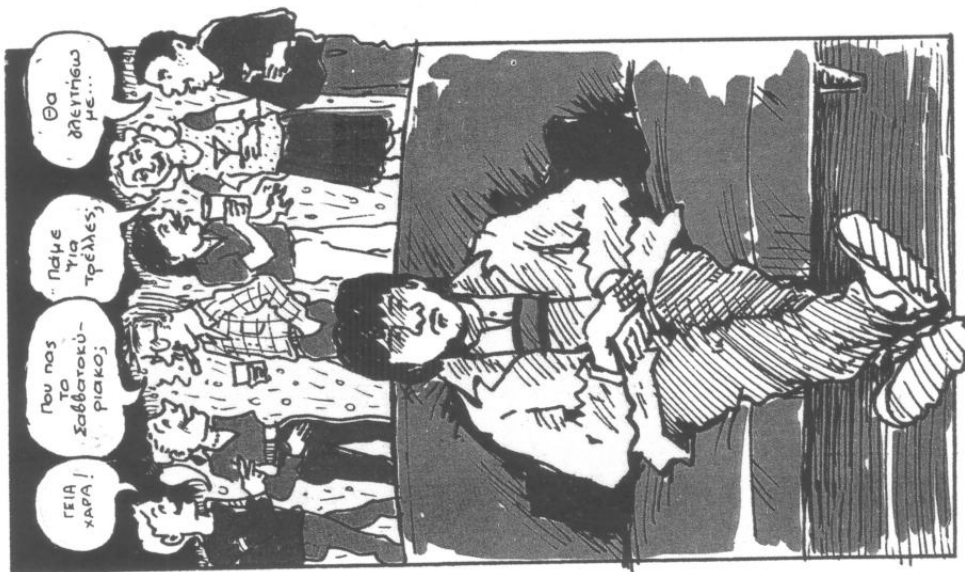
**ΝΑΙ ΣΤΗ ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ
ΝΑΙ ΣΤΗ ΣΩΣΤΗ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ
ΟΧΙ ΣΤΟΝ ΠΑΝΙΚΟ**



Ενημερωτικά φυλλάδια για διάφορες ομάδες πληθυσμού

**STOP
AIDS**

Είσαι οροθετικός;



Μη νοιώθεις
απομονωμένος!
Μάθε να προφυλάσσεσαι
και να προφυλάσσεις
τους άλλους!



Ζήτησε πληροφορίες
από τα κέντρα AIDS

Τι έχει γίνει για να βρεθεί κάποια θεραπεία

Η επιδημία του AIDS έχει προκαλέσει την ανάπτυξη τεράστιας επιστημονικής και ιατρικής δραστηριότητας με την προσπάθεια να απομονώσουν και να προσδιορίσουν τον ιό και να βρουν θεραπεία.

Οι πιθανότητες εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες:

Πρώτον, την ανάπτυξη ενός εμβολίου **δεύτερον**, την ανακάλυψη φαρμάκων τα οποία να καταστρέφουν ή να αδρανοποιούν τον ιό και **τρίτον**, την ανακάλυψη φαρμάκων που θα ενισχύσουν το ανοσολογικό σύστημα.

Ο HTLV-III (ο ιός του AIDS) είναι όπως και πολλοί άλλοι ιοί, πάρα πολύ ευαίσθητος. Μπορεί να σκοτωθεί με θέρμανση πάνω από τους 60° C για τριάντα λεπτά, ή πάρα πολύ γρηγορότερα με βραστό νερό. Πολλά απολυμαντικά συμπεριλαμβανομένης και της οικιακής χλωρίνης μπορούν επίσης να τον αδρανοποιήσουν. Όπως πολλοί άλλοι ιοί, μπορεί να καταστραφεί επίσης με συμπυκνωμένα απορρυπαντικά. Ο ιός δεν σκοτώνεται εύκολα με το υπεριώδες φως αλλά αδρανοποιείται, με το είδος της ακτινοβολίας που χρησιμοποιείται για την αποστείρωση των ιατρικών και άλλων εργαλείων. Πολλοί διαφορετικοί ιοί του AIDS έχουν απομονωθεί και τα στελέχη διαφέρουν σημαντικά. Τούτο μπορεί να σημαίνει ότι **η ανακάλυψη εμβολίου θα είναι πολύ δύσκολη**. Είναι πιθανόν, ότι ο ιός αλλάζει το εξωτερικό του περίβλημα μετά από τη λοίμωξη, που σημαίνει ότι ένα εμβόλιο δεν είναι αρκετό.

Τεράστιες προσπάθειες γίνονται στις Ηνωμένες Πολιτείες για την ανάπτυξη εμβολίου και θα ξέρουμε μέσα στα επόμενα ένα με δύο χρόνια εάν είναι δυνατή η δημιουργία του. Όμως ακόμη και αν βρεθεί εμβόλιο, θα περάσουν αρκετά χρόνια πριν χρησιμοποιηθεί σε ευρεία κλίμακα. Με την έννοια των φαρμάκων που καταπολεμούν τον ίδιο τον ιό, αυτά επί του παρόντος, βρίσκονται σε πειραματικές μελέτες. Αλλά τα περισσότερα φάρμακα φαίνονται τοξικά για τον οργανισμό, και τούτο μπορεί να περιορίσει την πρακτική εφαρμογή τους. Είναι ξεκάθαρο, ότι αυτή η περιοχή έρευνας

παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον και πολλές από τις φαρμακοβιομηχανίες είναι πρόθυμες να διαθέσουν χρήματα για την έρευνα, για να βρεθεί θεραπεία. Ο συνδυασμός αντιϊκών φαρμάκων και φαρμάκων που διεγείρουν το ανοσολογικό σύστημα είναι αναμφίβολα μια γραμμή που υπόσχεται πολλά.

Η ανακάλυψη της ειδικής αντιϊκής, δράσεως της αζινοθυμιδίνης (AZT) αναπτέρωσε τις ελπίδες για αιτιολογική θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Η τρομακτική πίεση από την συσσώρευση μεγάλου αριθμού ασθενών, που απελπισμένα ζητούν θεραπευτική παρέμβαση, οδηγεί στην επιτάχυνση και ενίστε παράβαση των θεσπισμένων οδηγιών που διέπουν τις κλινικές δοκιμές και τη συνολική διαδικασία ελεύθερης κυκλοφορίας νέων φαρμάκων.

Στη συνέχεια αναφέρονται επιγραμματικά οι ομάδες των κυριότερων ουσιών που σήμερα χρησιμοποιούνται. Η αναφορά σ' όλα τα φάρμακα είναι αδύνατη, αφού σήμερα μιλούμε για το «φάρμακο του μήνα» που τις περισσότερες φορές αποδεικνύεται αναποτελεσματικό.

A) ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ:

Θα αναφερθεί εκτενέστερα η AZT (αζινοθυμιδίνης).

Τα διαθέσιμα μέχρι σήμερα στοιχεία εξακολουθούν να είναι ενθαρρυντικά και επιβεβαιώνουν τα αρχικά συμπεράσματα σύμφωνα με οποία:

1. Το AZT δεν θεραπεύει το AIDS, δεν εξαλείφει τον ιό, αλλά απλώς αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό του.
2. Επιμηκύνει σημαντικά την επιβίωση του πάσχοντος, βελτιώνει την κλινική και υποκειμενική κατάσταση, μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης ευκαιριακών λοιμώξεων ή νεοπλασιών και επιβραδύνει την εξέλιξη της λοιμώξεως προς το AIDS.
3. Η χορήγηση του AZT πρέπει να είναι μακροχρόνια, αλλά παραμένει άγνωστο το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα, το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά και η πιθανή απώτερη τοξικολογική του δράση.

Άλλες μορφές AIDS

Αντισώματα ή ο ίδιος ο HIV έχουν ανιχνευθεί σ' ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων που δεν πληρούν τα κριτήρια του ορισμού του AIDS.

Όπως και με άλλους ιούς, οι λοιμώξεις από HIV παρουσιάζουν ευρύ κλινικό φάσμα εκτεινόμενο από την ασυμπτωματική ιοφορία μέχρι την πλήρη εκδήλωση του AIDS.

«**Ελάσσον AIDS**» χαρακτηρίζεται η μορφή που περιλαμβάνει καντιντίαση στοματικής κοιλότητας, ιδιοπαθή θρομβοκυτταροπενία, έρπητα ζωστήρα και φυματίωση. Στη μορφή αυτή παρατηρούνται μικρού βαθμού ανοσολογικές διαταραχές. Στους ασθενείς αυτούς ανιχνεύονται αντισώματα προς τον HIV.

Σημαντικός αριθμός οροθετικών ασθενών μπορεί να παρουσιάσει το **λεμφαδενικό σύνδρομο (LAS)**, δηλαδή επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Η βιοψία των λεμφαδένων δείχνει φλοιώδη υπερπλασία και ειδικότερες ιστολογικές αλλοιώσεις.

Μέτρα ελέγχου της νόσου

Από το 1983 μέχρι σήμερα μεταξύ των άλλων έχουν ληφθεί και τα εξής μέτρα ελέγχου της νόσου:

1. Υποχρεωτική δήλωση των κρουσμάτων από το γιατρό που κάνει τη διάγνωση στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
2. Εφαρμογή της απόφασης των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης για την πρόληψη της μετάδοσης του AIDS με τη μετάγγιση του αίματος και των παραγώγων του.
3. Σύσταση Εθνικής Επιστημονικής Επιτροπής Ελέγχου AIDS, που αξιολογεί κάθε δηλωνόμενο κρούσμα AIDS.
4. Στενή και συνεχής συνεργασία με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και άλλες διεθνείς επιστημονικές οργανώσεις για την παρακολούθηση των διεθνών προόδων στη διάγνωση, στη θεραπεία και στον έλεγχο της νόσου.

5. Εκπαίδευση και μετεκπαίδευση του προσωπικού σε συνδυασμό με τη διάθεση των αναγκαίων οικονομικών πόρων.
6. Χρησιμοποίηση ελεγμένων ή προθερμανθέντων παραγώγων και παραγόντων αίματος.
7. Υποχρεωτική ανίχνευση αντί-HIV αντισωμάτων στο αίμα, που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί για μετάγγιση.
8. Αποκλεισμός των μολυσμένων δοτών σπέρματος, ιστών και οργάνων για μεταμοσχεύσεις.
9. Ίδρυση του Κέντρου Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων στην Υγειονομική Σχολή Αθηνών, όπου ελέγχονται οι ομάδες υψηλού κινδύνου και παρακολουθούνται οι φορείς.

Για να συνεχίσει η χώρα μας να περιλαμβάνεται μεταξύ των χωρών, που έχουν μικρή επίπτωση της νόσου, χρειάζονται η ενεργός συμμετοχή του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στα προγράμματα ελέγχου, η ανάπτυξη αισθήματος ευθύνης των ασθενών και των φορέων έναντι του κοινωνικού συνόλου, η εφαρμογή αυστηρών προληπτικών μέτρων και η αλλαγή του τρόπου ζωής των ομάδων υψηλού κινδύνου.

ΣΥΛΛΟΓΟΣ «AIDS – ΕΛΠΙΔΑ»

Στη συνέχεια παρατίθεται μία ομιλία που μας βοηθά να δούμε το πρόβλημα μέσα από την οπτική γωνία των νοσούντων και πως βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό.

«Είμαστε άνθρωποι που ζουν με το AIDS. Είμαστε παντού. Είμαστε αδελφοί και αδελφές σας, μητέρες και πατέρες σας, αγαπημένοι σας και γονείς σας. Είμαστε τα παιδιά σας. Είμαστε κάθε φυλή και κάθε χρώμα. Είμαστε άντρες και γυναίκες που δεν θεωρούμε την ιδιαιτερότητά μας καταλυτική. Στεκόμαστε ανάμεσά σας, συμμετοχοί μιας μάχης για την επιβίωση. Θέλουμε να ξέρετε ότι δεν είμαστε μέρος του προβλήματος του AIDS, αλλά είμαστε μέρος της λύσης του... Παρ' όλα αυτά, αυτοί που πάσχουν από AIDS, σ' όλο τον κόσμο εκτίθενται σε διακρίσεις που φθάνουν πολλές φορές ακόμη και στη γελοιοποίηση. Μας συμπεριφέρονται σαν να είμαστε απειλή για τους άλλους γύρω μας και κάθε μέρα χάνουμε όλο και περισσότερα από τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ατομικές ελευθερίες μας.»

Κυρίες και κύριοι σύνεδροι, αγαπητοί φίλοι,

Αποφάσισα να ξεκινήσω τη σύντομη ομιλία μου με ένα κείμενο που παραδόθηκε στην οργανωτική επιτροπή του 5ου παγκόσμιου συνεδρίου για το AIDS, που πραγματοποιήθηκε στο Μόντρεαλ του Καναδά από τη Διεθνή Οργάνωση Φορέων και Ασθενών. Ένα κείμενο που αποτελεί συγκλονιστικό μήνυμα και κλείνει μέσα του την ψυχή και την αγωνία εκατομμυρίων ανθρώπων, αλλά και τους στόχους και τους σκοπούς που κατά κύριο λόγο έχει ο σύλλογος, τον οποίο αντιπροσωπεύω, ο οποίος είναι ο Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων του Ιού του AIDS «ΕΛΠΙΔΑ», που αποτελείται από φορείς του ιού αλλά και από πολλούς φίλους που συμπαραστέκονται στο δύσκολο αγώνα μας. Έναν αγώνα που προς το παρόν είναι άνισος και αδυσώπητος για μας. Δυστυχώς όμως, το πρόβλημα του AIDS, παρ' όλες τις προσπάθειες που γίνονται, παραμένει άλυτο. Έτσι, μπροστά σ' αυτό τον κίνδυνο, εμείς που είμαστε στο κέντρο του στόχου ενωθήκαμε όχι μόνο για να αλληλοβοηθηθούμε, αλλά και για να προσφέρουμε καλύτερη ποιότητα ζωής, που έχει προεκτάσεις την κοινωνική,

ιατρική, ηθική, ψυχολογική, νομική και κοινωνική φροντίδα των φορέων, αλλά και των οικογενειών τους.

Αρχικά, δίνουμε μεγαλύτερη έμφαση στη σωστή ενημέρωση, τόσο των μελών του συλλόγου μας, στα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν, όσο και στις οικογένειές τους, στον εργασιακό τους χώρο, στον κοινωνικό περίγυρο και γενικά στις παροχές της πολιτείας προς αυτούς. Ιδιαίτερα μας ενδιαφέρει και η συμμετοχή μας στην καλύτερη ενημέρωση της ευρύτερης κοινωνίας.

Άμεσος στόχος μας είναι να αφυπνίσουμε κάποιους αρμόδιους για την οργάνωση και τη δημιουργία σύγχρονων κέντρων και νοσηλευτικών μονάδων για τη διάγνωση, παρακολούθηση, νοσηλεία και γενικότερη φροντίδα των φορέων του ιού του AIDS, με εξασφαλισμένη τη χρηματοδότησή τους. Θα καταβάλουμε κάθε προσπάθεια να κατοχυρώσουμε θεσμικά την ποιότητα ζωής των φορέων. Είμαστε βέβαιοι ότι η συνεργασία με το κράτος, αλλά και με ιδιωτικούς φορείς, θα φέρει θετικό αποτέλεσμα, προς όφελος όλων μας.

Δεν θέλουμε να έλθουμε σε προσωπικές προστριβές με κανέναν. Αλλά, δυστυχώς, λόγω της οξύτητας του προβλήματος, αναγκαζόμαστε να έχουμε αντιπαραθέσεις.

Δεν έχουμε να αντιμετωπίσουμε μόνο την προσωπική μας μάχη για τη ζωή, αλλά και τις αντιδράσεις από αυτούς που θα έπρεπε να στέκονται δίπλα μας συμπαραστάτες. Μερικοί που βρίσκονται σε παρεμφερείς χώρους, μεμονωμένα τουλάχιστον, και θέλουμε να πιστεύουμε ότι δεν θα συμβεί στο μέλλον άλλο έκτροπο, έδειξαν στοιχεία αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς. Είναι γεγονός ότι μερικές φορές το ιατρικό απόρρητο καταργήθηκε.

Επίσης, δεν ήταν λίγες οι φορές που δεχθήκαμε την περιφρόνηση και λιγότερο την άρνηση στη λύση των προβλημάτων της υγείας μας.

Δεν κρύβουμε ότι ακόμη και σήμερα αντιμετωπίζουμε οξύ οδοντιατρικό πρόβλημα· και από την πολιτεία, αλλά και από την πλειονότητα των οδοντιάτρων, με αποτέλεσμα, προκειμένου να επιτύχουμε ιατρική κάλυψη, να αποκρύπτουμε τα προβλήματά μας.

Σήμερα, δεν ερχόμαστε ως ικέτες προς εσάς, αλλά απαιτούμε και ζητούμε με όλες τις εναπομείνουσες δυνάμεις μας πιο σωστή και αξιοπρεπή αντιμετώπιση.

Είμαστε άνθρωποι. Ζούμε μαζί σας, πονάμε, αγαπάμε.

Επιδιώκουμε την υποστήριξη και τη συμπαράστασή σας στις προσπάθειές μας. Το ότι είμαστε συσπειρωμένοι σε έναν κοινό στόχο, μας ενισχύει και αμβλύνει το πρόβλημά μας.

Εκ μέρους του συλλόγου «ΕΛΠΙΔΑ», 'θα ήθελα να ευχαριστήσω την οργανωτική επιτροπή του συνεδρίου και την Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS για την ευκαιρία που μας έδωσαν να επικοινωνήσουμε και θα ήθελα να κλείσω τη σύντομη ομιλία μου με το μήνυμα που δίνει σε όλους μας ο Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων του Ιού του AIDS «ΕΛΠΙΔΑ»

Είμαστε πίσω από κάθε λέξη, χρώμα ή γένος.

Είμαστε η καινούργια γενιά του AIDS.

Μαθαίνουμε να ζούμε μαζί του.

Είμαστε ανάμεσά σας, αδέρφια, φίλοι και πατέρες σας.

Σώμα από το σώμα σας.

Ελάτε μαζί μας, στην πιο δύσκολη μάχη για την επιβίωση του ανθρώπινου είδους.

Με την ελπίδα για μας και με αγάπη για σας.

Σας ευχαριστώ.

Επίλογος

Οι στατιστικές που αναφέρονται στη διάδοση του AIDS είναι πραγματικά ανησυχητικές. Αλλά τι συμβαίνει με τα άτομα που υποφέρουν; Πώς αντιμετωπίζουν την αρρώστια τους; Και πως επηρεάζονται οι ζωές τους, και οι ζωές αυτών που είναι κοντά τους και είναι αγαπημένα τους πρόσωπα; Χιλιάδες άνθρωποι σ' όλο τον κόσμο έχουν μολυνθεί από τον ιό του. Οι αριθμοί που υπάρχουν σήμερα μπορεί να πολλαπλασιασθούν στο προσεχές μέλλον γι' αυτό και είναι επιβεβλημένη η ενημέρωση όλων γύρω από τη φοβερή αυτή μάστιγα.

Μερικά στοιχεία δείχνουν την έκταση του προβλήματος και την σοβαρότητα της παγκόσμιας καταστροφής:

- 6,000 νέοι ηλικίας από 15 έως 24 ετών, μολύνονται καθημερινά από τον ιό HIV που προκαλεί το AIDS
- Κάθε 14 δευτερόλεπτα προσβάλλεται ένας νέος από το AIDS
- Το 50% των νέων περιστατικών AIDS, συμβαίνουν σε νέους κάτω των 25 ετών
- Το 66% των νέων περιστατικών στους νέους αφορούν γυναίκες. Σε πολλές χώρες του κόσμου μόνο ένα μικρό ποσοστό των γυναικών γνωρίζουν ή μπορούν να εφαρμόσουν μέτρα πρόληψης μετάδοσης του AIDS.

Σε πολλές περιπτώσεις οι νέες γυναίκες δεν μπορούν να αντισταθούν στις πιέσεις που τις υποβάλλουν άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας για σεξ χωρίς προστατευτικά μέτρα

Είναι επείγον να βελτιωθούν οι υπηρεσίες εκπαίδευσης, πληροφόρησης και παροχής φροντίδας για την υγεία στους νέους, σε όλες τις περιοχές του κόσμου.

Είναι επίσης αναγκαίο ορισμένες προκαταλήψεις να καταπολεμηθούν. Για παράδειγμα έρευνες έχουν δείξει ότι η διαπαιδαγώγηση και πληροφόρηση των νέων για θέματα σεξ, δεν αυξάνουν τον κίνδυνο για ασύδοτη σεξουαλική συμπεριφορά. Αντίθετα έχει φανεί ότι η ορθή σεξουαλική αγωγή καθιστά τους νέους πιο υπεύθυνους, τους ωθεί στο να προστατεύουν καλύτερα τους εαυτούς

τους και η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής εμπειρίας αυξάνεται. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος καταπολέμησης του AIDS είναι η διαπαιδαγώγηση των νέων. Η παγκόσμια καταστροφή λόγω AIDS μόνο με τον τρόπο αυτό μπορεί σύντομα να σταματήσει.

Όλα τα κράτη πρέπει να επενδύσουν στους νέους με κάθε δυνατό τρόπο. Οι προσπάθειες αυτές θα αποδώσουν τεράστια κοινωνικά και οικονομικά οφέλη. Παράλληλα είναι ο μόνος τρόπος διαρκούς προστασίας της υγείας τους και βελτίωσης της ποιότητας της ζωής τους.

ΣΥΦΙΛΙΣ

Η σύφιλις είναι ουσιαστικά μια γενικευμένη σπειροχαίτωση. Είναι νόσος μολυσματική, συστηματική σχεδόν από τη στιγμή της μόλυνσης. Οφείλεται στην ωχρά σπειροχαίτη. Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή σχεδόν αποκλειστικά. Μεταδίδεται επίσης συγγενώς στο κύημα κατά την ενδομήτρια ζωή. Η νόσος *δεν είναι κληρονομική*. Χαρακτηρίζεται από μεγάλη χρονιότητα. Χαρακτηρίζεται επίσης είτε από πλούσια ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων από όργανα και συστήματα, σε μια πρόιμη φάση, είτε παραμένει ασυμπτωματική και λανθάνουσα σε μια όψιμη φάση. Υποδύεται σωρεία νοσηρών εκδηλώσεων στο χώρο της Παθολογίας. Χειρουργικής, Νευρολογίας κ.λ.π.

Ιστορία

Υποστηρίζεται με σχετική βεβαιότητα ότι η σπειροχαίτη μετανάστευσε από την Ν. Αμερική στην Ευρώπη με τους ναύτες του Χριστόφορου Κολόμβου. Εν συνεχεία εξαπλώθηκε πολύ γρήγορα ένεκα πολέμων κυρίως και πήρε τη μορφή επιδημίας.

Μόλις το 1905 ανακαλύφθηκε το αίτιον της συφιλίδος, η ωχρά σπειροχαίτη, από τους Schaudinn και Hoffmann.

Είναι λοιπόν φυσικό και αναμενόμενο να επικρατούν απόψεις, με προκαταλήψεις δογματικές ή λανθασμένες για το νόσημα αυτό, αν αναλογισθούμε ότι από τον 14ο αιώνα μέχρι το 1905 υπήρχε μια σοβαρή ενδημική, μολυσματική νόσος χωρίς κανέναν να ξέρει την αιτία της και από το 1905 έως το 1943 που χρησιμοποιήθηκε η πενικιλίνη, πάλι η εξουδετέρωση της νόσου και η τελική ίαση ήταν προβληματική.

Φυσική πορεία της νόσου

Η κατανόηση της φυσικής-βιολογικής συμπεριφοράς της νόσου είναι ουσιαστικό στοιχείο, που συμβάλλει στην κατανόηση των κλινικών εκδηλώσεων και της οροδιαγνωστικής της νόσου.

Φυσική πορεία της νόσου προϋποθέτει ότι καμιά θεραπευτική αγωγή δεν εφαρμόστηκε. Μετά τη μόλυνση, που γίνεται πάντα με σεξουαλική επαφή μέσω μικρών διαβρώσεων στους βλεννογόνους, ακολουθεί η γενίκευση της λοιμώξεως.

Λέγεται ότι σε διάστημα 5' της ώρας μετά τη μόλυνση έχει ήδη μεταναστεύσει στους επιχώριους λεμφαδένες και σε διάστημα μιας ώρας ανευρέθηκε η ωχρά σπειροχαίτη πειραματικώς στους πνεύμονες γορίλλα. Σε διάστημα 3 εβδομάδων -χρόνος επώσεως- αναπτύσσεται στη θέση ενοφθαλμισμού το συφιλιδικό έλκος που έχει ορισμένους χαρακτήρες.

Το Σ. Έλκος διατηρείται από 1 έως 2 ή το πολύ 3 μήνες και μετά υποστρέφεται και εξαφανίζεται.

Ωστόσο εν τω μεταξύ, στις 60 ημέρες από τη μόλυνση, αρχίζουν να φαίνονται οι εκδηλώσεις της δευτερογενούς συφιλίδος, που διατηρούνται με διάφορες κλινικές ιδιομορφίες ως τους 5 ή 6 μήνες.

Από τις 30-40 ημέρες από τη μόλυνση αναπτύσσονται παραλλήλως τα «μη ειδικά» (αντιδρασίνες) και τα «ειδικά» αντιτρεπονημικά - ακινητοποιητικά ή σπειροχαιτοκτόνα αντισώματα.

Από του 1 έως και το τέλος του 2 έτους από τη μόλυνση κανένα σύστημα δεν υπάρχει που να παρουσιάζει ενδείξεις νοσήσης . Όμως η νόσος εξελίσσεται. Τότε ονομάζεται Λανθάνουσα Σύφιλις. Και από την αρχή της μόλυνσης μέχρι τα δύο περίπου χρόνια το στάδιο λέγεται: «*πρώιμος σύφιλις*» ενώ από τα δύο περίπου χρόνια και μετά λέγεται «*όψιμος σύφιλις*». (Πίνακας 1)

Επειδή ο δεύτερος χρόνος του σταδίου της πρώιμου συφιλίδος και μερικά χρόνια μετά το όριο των δύο ετών δεν υπάρχει ενδεικτική συμπτωματολογία, οι περίοδοι αυτές ονομάζονται περίοδοι πρώιμου και όψιμου Λανθάνουσης συφιλίδος.

Η νόσος αρχίζει πια να συμπεριφέρεται με ύπουλο τρόπο και σε διάστημα που ποικίλλει από 3 έως 10 χρόνια αρχίζουν οι ενδείξεις της όψιμου συφιλίδος με σπλαχνικούς εντοπισμούς. Βέβαια, επαναλαμβάνεται ότι ο άρρωστος δεν έχει υποβληθεί καθόλου σε θεραπεία ή η θεραπεία υπήρξε πολύ ελλιπής.

Η λανθάνουσα αυτή φάση - όψιμη - διατρέχει με ήπιο τρόπο. Κανένα ανησυχητικό σύμπτωμα δεν υπάρχει μέχρι που θα αρχίσουν οι ενδείξεις από τα παρακάτω όργανα και συστήματα:

Καρδιαγγειακό, οφθαλμούς, ήπαρ, νευρικό σύστημα, δέρμα, οστά, μαλακά μόρια κ.λ.π.

Με βάση τα παραπάνω η σύφιλις ταξινομείται ως εξής:

A) Επίκτητος σύφιλις, που μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με τη σεξουαλική πράξη.

B) Συγγενής σύφιλις, που μεταδίδεται από τη μητέρα στο κύημα κατά την ενδομήτρια ζωή. Κληρονομική σύφιλις που να μεταδίδεται με τα γονίδια δεν υπάρχει.

Η Επίκτητος Σύφιλις ταξινομείται περαιτέρω, με βάση διεθνείς προδιαγραφές της Π.Ο.Υ., ως εξής:

◇ **Πρώιμος σύφιλις** δηλ. μέχρι 2 χρόνια από τη μόλυνση και

◇ **Όψιμη σύφιλις** δηλ. μετά τα 2 χρόνια από την μόλυνση.

Ματαδοτικές μορφές της επικτήτου συφιλίδος είναι μόνον οι εκδηλώσεις της πρωτογόνου και δευτερογόνου, με πιθανότητες μόλυνσεως που παραλλάσσουν ανάλογα με τον τύπο του εξανθήματος.

ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΣΥΦΙΛΙΣ

Πρωτόγονος σύφιλις

Το συφιλιδικόν έλκος και η σύστοιχος βουβωνική αδενίτις είναι οι εκδηλώσεις της πρωτογόνου συφιλίδος.

A. Το συφιλιδικόν έλκος εντοπίζεται στο βλεννογόνο ή στο δέρμα ή στο δέρματο – βλεννογόνο όριο.

Οι χαρακτήρες του είναι:

1. Σκληρό με βάση διηθημένη σκληρή
2. Ανώδυνο
3. Είναι διάβρωση και όχι έλκωση (σπανίως)
4. Έχει χείλη ομαλά
5. Έχει πυθμένα «χρoιάς ως από μυϊκής σαρκός» και
6. Συνοδεύεται από σύστοιχη βουβωνική αδενίτιδα.

Το συφιλιδικό έλκος βγάξει ορό, ιδιαίτερα με συμπίεση που βρίθει από σπειροχαίτες.

B. Η Βουβωνική Αδενίτις χαρακτηρίζεται από:

Συστοιχούς λεμφαδένες διογκωμένους, σκληρούς, ευκίνητους κάτω από το δέρμα και ανώδυνους.

Αν γίνει παρακέντηση του αδένος και ληφθεί ορός ανευρίσκονται άφθονες σπειροχαίτες μέσα στον ορό.

Δευτερόγονος σύφιλις

Η ροδάνθη είναι η συνηθισμένη μορφή δευτερογόνου συφιλίδος. Πρόκειται για εξάνθημα μικρο-κηλιδώδες, ρόδινης χροιάς, που εντοπίζεται στον κορμό κυρίως. Οφείλεται στην εμβολή μικροσκοπικών αγγείων του χορίου από σπειροχαίτες.

Οι συφιλιδικές πλάκες εντοπίζονται είτε στους βλεννογόνους των γεννητικών οργάνων, πρωκτού και στοματοφαρυγγικής κοιλότητας, ανεξάρτητα από τον τρόπο μετάδοσης, είτε στο δερματο-βλεννογόνο όριο.

Είναι γεμάτες σπειροχαίτες. Μία μορφή -σπάνια- ονομάζεται «πλατέα κονδυλώματα» γιατί μοιάζουν με οξυτενή κονδυλώματα.

Τα βλατιδώδη εξανθήματα εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία ανάλογη με το «έδαφος» δηλαδή με τη φύση του δέρματος. Διακρίνονται σε μικρό - και μεγάλο - βλατιδώδη και έχουν χρώμα σκούρο (χαλκόχροα) είναι σκληρά και ανώδυνα. Εντοπίζονται, παίρνοντας μια ιδιάζουσα κρατηροειδή μορφή, στις παλάμες και τα πέλματα.

Οι μελανοδερμίες αποτελούν εκδηλώσεις μελαγχρωματικές του δέρματος που παίρνουν διάφορα σχήματα.

Η Συφιλιδική Αλωπεκία εμφανίζεται από τον 4ο έως τον 6ο μήνα από τη στιγμή της μόλυνσεως. Οι τρίχες πέφτουν σε «μικρές τούφες», έτσι που η αλωπεκία αυτή έχει χαρακτηριστική κλινική εικόνα. Η συφιλιδική αλωπεκία φαίνεται ότι οφείλεται σε εμβολή των μικρών αγγείων από σπειροχαίτες.

Η συφιλιδική όνυξη και περιώνυξη οφείλεται επίσης σε εμβολή των μικρών αγγείων του όνυχας από σπειροχαίτες που επιπλέκεται με δευτερογενείς επιμολύνσεις. Πρόκειται για τυπική κλινική εικόνα -εξαιρετικά φλεγμονώδους- οξείας περιονύξεως.

Υπογραμμίζεται ότι κατά τη δευτερόγονο σύφιλη και ιδίως τους πρώτους δύο μήνες η μετάδοση είναι εξαιρετικά εύκολη.

Συγγενής Σύφιλη

Αυτή οφείλεται σε ενδομήτρια μόλυνση. Το έμβρυο πολλές φορές πεθαίνει. Τα παιδιά, που γεννώνται ζωντανά, εμφανίζουν μια ενεργό φλεγμονή με σπειροχαιταιμία. Χαρακτηριστικά προσβάλλονται οι βλεννογόνοι, το δέρμα και τα οστά. Παρατηρείται συγκεκριμένα ένα κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα και μια γενικευμένη οστεοχονδρίτιδα και περιχονδρίτιδα. Στην προσβολή αυτή των οστών οφείλονται οι διάφορες παραμορφώσεις της συγγενούς σύφιλης, όπως είναι η επιπιοειδής ρίνα, και οι οδόντες του Hutschinson. Επίσης παρατηρείται διάμεση πλασματοκυτταρική πνευμονία και προσβολή του ήπατος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Πρωτόγονος -Επίκτητος σύφιλις

- α) Συφιλιδικόν Έλκος
- β) Συφιλιδική Αδενίτις

Δευτερόγονος

- α) Συφιλιδική ροδάνθη
- β) Συφιλιδικές πλάκες
- γ) Συφιλιδικές βλατίδες (ποικιλόμορφα βλατιδώδη ερυθήματα)
- δ) Μελανοδερμίες – Περιδέραιον της Αφροδίτης
- ε) Συφιλιδική αλωπεκία (σημείον λεωφορείου)
- στ) Συφιλιδική όνυξη και περιώνυξη

Πρώιμος Λανθάνουσα Σύφιλις (μέχρι 2 ετών)

- α) Ορολογικές εξετάσεις - θετικές
- β) Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό - αρνητικό (δεν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις)

Όψιμος Λανθάνουσα Σύφιλις (Μετά 2 έτη)

- α) Ορολογικές εξετάσεις - θετικές
- β) Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό - θετικό ή αρνητικό (δεν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις).

Τριτόγονος Σύφιλις

- α) Κοκκιώματα
- β) Φύματα ή Οζίδια
- γ) Ελκωτικά οζίδια

Σπλαχνικοί Εντοπισμοί

- α) Καρδιαγγειακή σύφιλις
- β) Σύφιλις ήπατος, πνεύμονος, νεφρών κ.λ.π.
- γ) Σύφιλις οφθαλμών
- δ) Οστικές αλλοίωσης
- ε) Νεοροσύφιλις
 - ε₁) Ασυμπτωματική νευροσύφιλις με εγκεφαλονωτιαίο υγρό - θετικό
 - ε₂) Συμπτωματική νευροσύφιλις

Θεραπεία

Στη θεραπεία της συφιλίδος το βασικό φάρμακο που εξακολουθεί να υπερέχει και να κυριαρχεί είναι η πενικιλίνη. Η ωχρά σπειροχαίτη είχε και εξακολουθεί να έχει ευαισθησία έναντι του φαρμάκου αυτού.

Η θεραπεία της συφιλίδος είναι δυνατή, οριστική και απόλυτη εδώ και μερικές δεκαετίες.

Ειδικότερα η θεραπεία της συφιλίδος έχει ως εξής:

Φάρμακα

Η πενικιλίνη εξακολουθεί να θεωρείται το φάρμακο της πρώτης εκλογής για τη θεραπεία της συφιλίδος. Οι μορφές της πενικιλίνης που χρησιμοποιούνται διεθνώς είναι οι παρακάτω:

1. Κρυσταλλική πενικιλίνη G.
2. Προκαϊνική πενικιλίνη G (υδατοδιαλυτή).
3. Ελαιώδης προκαϊνική πενικιλίνη G (PAM).
4. Βενζαθινική πενικιλίνη G.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις πιθανής αλλεργικής ευαισθησίας προς την πενικιλίνη είναι:

1. Τετρακυκλίνες (Υδροχλωρική T- χλωροτετρακυκλίνη).
2. Ερυθρομυκίνη (Stearate-Ethylsuccinate-βάση).
3. Κεφαλοσπορίνες.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Είναι τα εξής:

1. Επιμονή ή επανεμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων
2. Τετραπλασιασμός του τίτλου των μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων
3. Διατήρηση σε υψηλά επίπεδα του τίτλου των μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων επί ένα έτος.

Η επαναληπτική θεραπεία πρέπει να είναι αυτή της όψιμου συφιλίδος.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών των Ηνωμένων Πολιτειών (Centers of Disease Control and Prevention, CDC) και της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC), οι επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές συνεχίζουν να οδηγούν σε έξαρση των περιστατικών σύφιλης και AIDS.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο τα περιστατικά σύφιλης, έχουν δεκαπλασιαστεί σε διάστημα 10 ετών. Στη Γαλλία έχουν αυξηθεί 16 φορές σε διάστημα 3 ετών. Στους άνδρες στην Ολλανδία διπλασιάστηκαν σε 4 χρόνια ενώ στη Γερμανία τριπλασιάστηκαν σε 12 χρόνια. Ανάλογες αυξήσεις καταγράφηκαν και στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Ένα από τα προβλήματα που παρατηρήθηκαν λόγω αύξησης του αριθμού νέων περιπτώσεων σύφιλης, ήταν η διάγνωση της πάθησης από τους γιατρούς. Πράγματι λόγω απουσίας προηγούμενων εμπειριών, οι γιατροί δυσκολεύονταν αρχικά να κάνουν τη διάγνωση της πάθησης.

ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ

Το μαλακό έλκος οφείλεται στον στρεπτοβάκιλλο του Dücrey (Hemophilus ducreyi). Ανακαλύφθηκε το 1889. Είναι νόσος τοπική.

Η επώαση της νόσου διαρκεί από 2-5 ημέρες. Το μαλακό έλκος εντοπίζεται κυρίως στα γεννητικά όργανα. Χαρακτηρίζεται από έλκη βαθειά και καταστρεπτικά με χαρακτήρες ακριβώς αντίθετους από εκείνους του συφιλιδικού έλκους. Έτσι πρόκειται περί ελκώσεως βαθειάς με χείλη ακανόνιστα, υπεσκαμμένα. Η έλκωση είναι επώδυνος.

Συνοδεύεται από σύστοιχο βουβωνική αδενίτιδα. Οι αδένες όμως είναι μαλακοί, επώδυνοι, φλεγμονώδεις και συμφύονται με το υπερκείμενο δέρμα. Αν ο άρρωστος μείνει χωρίς θεραπεία οι αδένες αυτοί εξέλκονται και σχηματίζουν επιφανειακά συρίγγια.

Το μαλακό έλκος αυτοενοφθαλμίζεται γι' αυτό εμφανίζονται συνήθως πολλαπλά έλκη και όχι μονήρες. Διαρκεί συνήθως αρκετές εβδομάδες.

Επιπλοκές

Εκτός από τη λεμφαδενίτιδα με τη δημιουργία συριγγίων παρατηρούνται μικρά αποστήματα και λεμφαγγειίτιδα. Έχει συμβεί να συνυπάρχει μαλακό και συφιλιδικό έλκος. Επειδή το μαλακό έλκος έχει βραχύτερο χρόνο επώσεως (5 ημέρες) από το συφιλιδικό (21 ημέρες) προηγούνται οι κλινικοί χαρακτήρες του μαλακού έλκους και προοδευτικά επικρατούν οι χαρακτήρες του συφιλιδικού έλκους.

Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με την ανεύρεση του στρεπτοβάκιλλου του Dücrey στα παρασκευάσματα ή με ενδοδερμοαντίδραση Dmelcos.

Θεραπεία

Η χρήση οποιουδήποτε αντιβιοτικού, τοπικώς ή συστηματικώς χορηγούμενου, αποφέρει έξοχο θεραπευτικό αποτέλεσμα. 1 - 2 gr αμπικιλίνης ημερησίως επί 8-10 ημέρες είναι μια καλή μέθοδος θεραπείας συγχρόνως με τοπική θεραπεία με αντιμικροβιακά σκευάσματα.

ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ ή ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ

ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΣ

Η γονοκοκκική ουρηθρίτις είναι αφροδίσιο νόσημα μολυσματικό, μεταδιδόμενο σχεδόν αποκλειστικά με τη σεξουαλική επαφή.

Αίτιον

Το αίτιο της βλεννόρροιας είναι ο γονόκοκκος που ανακαλύφθηκε το 1879 από τον Neisser. Πρόκειται για καφεοειδείς ενδοκυττάριους ή εξωκυττάριους διπλόκοκκους. Είναι αρνητικός κατά Gram. Χρωματίζεται όμως άριστα με κυανούν του μεθυλενίου.

Καλλιεργείται σε ειδικά θρεπτικά υλικά που περιέχουν αιματούχον άγαρ.

Κλινική εικόνα

Οξεία βλεννόρροια στον άνδρα

Μετά από χρόνο επώασεως 3-5 ημερών αρχίζουν τα πρώτα ενοχλήματα που είναι: αίσθημα κνησμού στην ουρήθρα. Η ούρηση είναι βασανιστική. Από το στόμιο της ουρήθρας εκρέει οροπυώδες αρχικά έκκριμα που γρήγορα γίνεται πυώδες, παχύρρευστο πυώδες ή ακόμη βαθύ κίτρινο. Αν ο άρρωστος μείνει χωρίς θεραπεία μετά από 3-6 βδομάδες τα ενοχλήματα γίνονται ηπιότερα και η κατάσταση τελικά μετατοπίζεται στη χρόνια βλεννόρροια με συνεχή αλλά ηπιότερη και αβληχρή συμπτωματολογία. Συγχρόνως αρχίζουν οι επιπλοκές όπως είναι:

Επιπλοκές στον άνδρα

1. Γονοκοκκική επιδιδυμίτιδα ή ορχεο-επιδιδυμίτιδα με τελική κατάληξη τη στέρωση στην περίπτωση όπου η ορχεο-επιδιδυμίτιδα θα είναι αμφοτερόπλευρος.
2. Γονοκοκκική προστατίτιδα. Φλεγμαίνει και αλγεί ο προστάτης.
3. Γονοκοκκική σπερματοδοχοκυτίτιδα, με αιματηρό σπέρμα.

Οξεία βλεννόρροια στην γυναίκα

Η βλεννόρροια στη γυναίκα διατρέχει με αβληχρή συμπτωματολογία αρχικά. Γι' αυτό άλλωστε δεν αντιλαμβάνεται εύκολα τη μόλυνση. Μέσα σε λίγες ημέρες όμως η έκκριση γίνεται πυώδης, δύσοσμος και συνοδεύεται από αίσθημα βάρους εις τα γεννητικά όργανα που ακολουθείται από τσούξιμο και πόνο.

Αν μείνει χωρίς θεραπεία, η συμπτωματολογία προοδευτικά ελαττώνεται. Εν τω μεταξύ αρχίζουν οι επιπλοκές.

Επιπλοκές στην γυναίκα

1. Κολπίτις. Διασπορά του γονοκόκκου στον κόλπο. Πρέπει να υπογραμμισθεί το γεγονός ότι ο γονοκόκκος εγκαθίσταται αρχικά και ενδημεί στο στόμιο της ουρήθρας και στο στόμιο του τραχήλου της μήτρας. Η ανάπτυξή του ευνοείται μόνον στο κυλινδρικό επιθήλιο και όχι στο πλακώδες (κόλπος).
2. Γονοκοκκική σαλπινγίτις ή ωοθηκίτις. Πρόκειται για επώδυνη φλεγμονή των εξαρτημάτων μετά διογκώσεως. Συνυπάρχει πυρετός. Αν προσβληθούν και οι δύο σάλπιγγες, τότε η γυναίκα παραμένει στείρα συνήθως.

Κοινές μολύνσεις ανδρών και γυναικών

- Γονοκοκκική πρωκτίτιδα. Είναι συνηθέστερη στις γυναίκες ένεκα της φυσιολογικής ροής των υγρών -με γονοκόκκους- από τον κόλπο.
- Γονοκοκκική οφθαλμία. Επί νεογέννητων αλλά και επί ενηλίκων λόγω μεταφοράς των μικροβίων.
- Γονοκοκκική σηψαιμία. Βαριά κατάσταση, σε καχεκτικά άτομα με ελαττωμένη αντίσταση και διασπορά του γονοκόκκου.

Ασυμπτωματική βλεννόρροια

Η έννοια της ασυμπτωματικής βλεννόρροιας είναι σύγχρονη. Είναι η μόλυνση με γονοκόκκους του επιθηλιακού ιστού της στοματο-φαρυγγικής κοιλότητας μετά από στοματογεννητική σεξουαλική επαφή.

Συνήθως η μόλυνση διατρέχει χωρίς συμπτωματολογία και η παρουσία του γονοκόκκου διατηρείται χωρίς ενοχλητικές εκδηλώσεις. Παραμένει όμως ως εστία μόλυνσης. Πρόκειται για ιδιαίζουσα κατάσταση που εμφανίζεται σε σημαντική αναλογία στις προηγμένες χώρες και οφείλεται κυρίως σε πλημμελή θεραπευτική αγωγή.

Θεραπεία

Η καλύτερη θεραπευτική αγωγή της βλεννόρροιας είναι η χορήγηση πενικιλίνης 6-8 εκατ. μονάδες ημερησίως για 5-6 ημέρες.

Στην περίπτωση της πενικιλίνης όμως υπάρχει ο κίνδυνος επικάλυψης συνυπαρχούσης συφιλίδος. Πρέπει η σκέψη αυτή να πρυτανεύει στον θεράποντα γιατρό και να επακολουθεί ο κατάλληλος ορολογικός έλεγχος.

Σε περιπτώσεις ευαισθησίας στην πενικιλίνη, χορηγείται καναμυκίνη 1-2 gr. ημερησίως επί 3 ημέρες ενδομυϊκώς ή, τέλος, σπεκτινομυκίνη, 2 gr εφ' άπαξ είναι αρκετή δόση για αποτελεσματική θεραπεία. Ωστε με μια ένεση σπεκτινομυκίνης ο άρρωστος ιάται ή το πολύ με μια δεύτερη την επόμενη ημέρα.

Υπενθυμίζεται ότι ο γονόκοκκος όχι σπάνια γίνεται φαρμακοάντοχος γι' αυτό χρειάζεται περίσκεψη κατά τη θεραπεία της νόσου.

ΙΩΣΕΙΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ

Αυτές είναι:

- Ο Έρπης των γεννητικών οργάνων
- Η Μολυσματική τέρμινθος
- Τα Οξυτενή κονδυλώματα
- Η Νόσος του Nicolas-Favre
- Η ηπατίτιδα -B
- Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS).

ΕΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ο απλός έρπης οφείλεται σε δύο τύπους ιών:

1. ο Herpes Virus Hominis-type I (HSV-I) που εντοπίζεται κατά προτίμηση στα νευρικά γάγγλια της κεφαλής και εκδηλώνεται στους οφθαλμούς, μύτη, μάγουλα, χείλη και
2. ο Herpes Virus-type II (HSV-II) που εδρεύει στα νευρικά γάγγλια της οσφυϊκής και ιεράς χώρας και εκδηλώνεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού.

Η πρωτομόλυνση με ιό τύπου I γίνεται συνήθως κατά την παιδική ηλικία και διατρέχει υποκλινικώς.

Πρωτομόλυνση με οιονδήποτε από τους δύο ιούς σε όψιμη φάση της ζωής δημιουργεί μεγάλη αντίδραση των ιστών και εκσεσημασμένη κλινική εικόνα.

Από επιδημιολογικής πλευράς είναι βέβαιο ότι η συχνότητα του έρπητα των γεννητικών οργάνων έχει κατά πολύ αυξηθεί παρά το γεγονός ότι δεν είναι δηλούμενο νόσημα.

Κλινική εικόνα

Πρωτομόλυνση

Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 3-20 ημέρες. Στην περιοχή που πρόκειται να εκδηλωθεί ο έρπης παρατηρούνται πρόδρομα συμπτώματα όπως είναι: ελαφρά εξοίδηση, ερυθρότητα, αίσθημα καύσου ή πόνου στο σημείο αυτό. Ακολουθεί εμφάνιση των φυσαλλίδων που περιέχουν ορρώδες υγρό και εδράζονται επί ερυθηματώδους εξοιδημένης βάσεως. Οι φυσαλλίδες ρηγνύονται και παραμένουν για 5-6 ημέρες πολυκυκλικές με επιπολής διαβρώσεις. Κατά τη φάση αυτή η νόσος είναι *πολύ μεταβατική*.

Σε 10-20 ημέρες από την ημέρα της εμφάνισης των ενοχλημάτων ο έρπης εξαφανίζεται.

Το μεγάλο πρόβλημα των ασθενών με απλό έρπητα των γεννητικών οργάνων είναι οι συχνές υποτροπές.

Ερεθίσματα για την έκλυση της υποτροπής είναι: υψηλός πυρετός, έμμηνος ρύση, δυνατό κτύπημα, έκθεση στον ήλιο για πολλή ώρα ή στο κρύο, έντονη στενοχώρια κ.λ.π.

Οι κύριες επιπλοκές του υποτροπιάζοντα έρπητα είναι:

1. Η πιθανότητα νεογνικού έρπητα, με βαριά πρόγνωση εάν και εφόσον κατά την περίοδο του τοκετού βρίσκεται έρπητας εν εξελίξει οπότε κινδυνεύει το νεογνό κατά τη διέλευσή του από τον γεννητικό σωλήνα να μολυνθεί.

Η ύπαρξη έρπητα γεννητικών οργάνων, ή η αναφορά ιστορικού έστω, αποτελεί ένδειξη καισαρικής, στις περιπτώσεις αυτές.

2. Η ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συχνότερα σε γυναίκες που έχουν έρπητα υποτροπιάζοντα και η ανεύρεση κυτταρικών εγκλειστών DNA ιού έρπητος σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η άποψη αυτή αμφισβητείται όμως.

3. Η ανάπτυξη υποτροπιάζοντος Πολυμόρφου Ερυθήματος μετά την αποδρομή του έρπητα, και

4. Η δημιουργία ιατρο-κοινωνικών και ιατρο-ψυχολογικών προβλημάτων σε άτομα που για απροσδιόριστο διάστημα «αχρηστεύονται» σεξουαλικά ένεκα των συχνών υποτροπών του έρπητα.

Θεραπεία

Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Είναι όμως νόσημα αυτοϊώμενο.

Προληπτικώς συνιστάται η αποφυγή σεξουαλικής επαφής κατά τη φάση των εκδηλώσεων (ασφαλής περίοδος - η περίοδος μεταξύ δύο υποτροπών).

Θεραπεία τοπική. Χρήση υπερτόνου διαλύματος χλωριούχου νατρίου, ή αιθέρα 50% με οινόπνευμα 5% σε απεσταγμένο νερό, ή βορικού οξέος 4% σε αλοιφή ή αλοιφές 2-deoxy-D-glycose ή χρωστικών ή Povidone iodine (Betadine 10%) ή adenine-arabinoside (Vidarabine 3%) ή idoxuridine 5% σε διάλυμα και άλλων πολλών θεραπευτικών μέσων.

Συστηματικώς έχουν χορηγηθεί πολλά φάρμακα με σκοπό την εξουδετέρωση των υποτροπών. Αναφέρονται η Cimetidine, τα εμβόλια, η Griseofulvine, η Ριφαμπισίνη κ.λ.π.

Δύο φάρμακα όμως θεωρούνται σαν πιο δραστικά:

1. το ένα είναι η ασπιρίνη με δράση κυρίως αντιπροσταγλανδινική και
2. το άλλο το acyclovir, το οποίο αδρανοποιεί το DNA του ιού ασκώντας 30 φορές ισχυρότερη έλξη προς την DNA-πολυμεράση του ιού από ό,τι προς την DNA-πολυμεράση των επιδερμικών κυττάρων.

ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Τα οξυτενή κονδυλώματα μεταδίδονται σε πολύ μεγάλο ποσοστό με τη σεξουαλική επαφή. Το ποσοστό μετάδοσης με σεξουαλική επαφή ανέρχεται σε 65% περίπου.

Αίτιο

Οφείλεται σε διηθητό DNA ιό (Papillomavirus) Δεν έχει βρεθεί μέχρι τώρα τεχνική μέθοδος καλλιέργειας του ιού αυτού. Θεωρείται σχεδόν ταυτόσημος με τον ιό των κοινών μυρμηκιών. Ο χρόνος επώασης των οξυτενών κονδυλωμάτων κυμαίνεται από 1 - 8 μήνες, με μέσο όρο 3 μήνες. Εμφανίζονται υπό τη μορφή μεμονωμένων «ανθοκραμβοειδών» εκβλαστήσεων ως μεμονωμένα ή συρρέοντα και συνενούμενα μεταξύ τους, μισχωτά ή με πλατιά βάση, μεγέθους από φακής μέχρι αυγού ή ακόμα και πορτοκαλιού. Μεταξύ των θηλωματωδών εκβλαστήσεων παράγεται δύσοσμο παχύρρευστο έκκριμα. Ενίοτε αιμορραγούν. Συνήθως είναι εξωφυτικά, όχι σπάνια όμως αναπτύσσονται μέσα στον κόλπο ή στον τράχηλο της μήτρας και τότε το πρόβλημα τίθεται σε άλλη βάση.

Κονδυλώματα του κόλπου, του τραχήλου και του ορθού:

Στον τράχηλο της μήτρας εμφανίζουν δύο διαφορετικές μορφές. Είτε είναι *επιρμένα εξωφυτικά*, εύκολα αναγνωριζόμενα, είτε είναι *ανεστραμμένα ενδοφυτικά* είτε είναι *αποπεπλατυσμένα*. Εντοπίζονται στον τράχηλο της μήτρας, στο επιθήλιο του κόλπου ή τέλος του ορθού. Το ίδιο ισχύει όταν εντοπίζονται μέσα στην ουρήθρα.

Διάγνωση

Η διάγνωση των εξωτερικών κονδυλωμάτων είναι φυσικά πολύ εύκολη από τη φύση της κλινικής εικόνας. Όταν όμως εντοπίζονται ιδιαίτερα στον κόλπο, η διάγνωση πρέπει να στηριχθεί σε κριτήρια:

Μορφολογικά - κυτταρολογικά - ιστολογικά.

Καρκινωματώδης εξαλλαγή

Η καρκινωματώδης εξαλλαγή των οξυτενών κονδυλωμάτων είναι σπάνιο φαινόμενο. Αυτό όμως δεν ισχύει σε άτομα με χαμηλό πολιτιστικό επίπεδο και μεγάλη ρυπαρότητα.

Οποσδήποτε όμως, η καρκινωμάτωσης εξαλλαγή των οξυτενών κονδυλωμάτων του κόλπου δεν είναι ασυνήθης.

Άτομα με επίμονα οξυτενή κονδυλώματα του τραχήλου της μήτρας θεωρούνται ότι βρίσκονται στην ομάδα «υψηλού κινδύνου»

Πράγματι ανευρέθησαν:

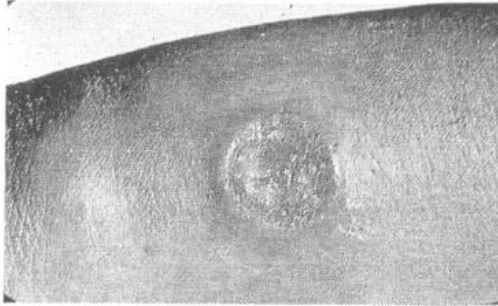
- α) στοιχεία ιού σε καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας
- β) τεχνικές ανοσοφθορισμού απέδειξαν την ύπαρξη φθορίζοντων αντισωμάτων ιών σε καρκινοπαθείς γυναίκες με Ca τραχήλου μήτρας και
- γ) υπήρξαν θετικές οι σχετικές ορολογικές δοκιμασίες.

Γενικότερα θεωρείται λογικό ότι η παρατεταμένη πρωτοπαθής φλεγμονή ακολουθείται από καρκινογένεση, ανεξάρτητα από την συμβολή ή όχι του ιού των οξυτενών κονδυλωμάτων.

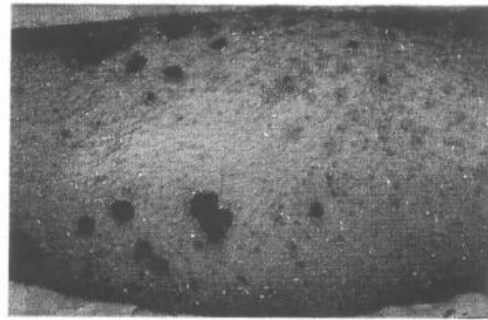
Είναι γενικά αποδεκτό ότι υπάρχει διεθνώς μια ανοδική τάση της παραμέτρου των οξυτενών κονδυλωμάτων. Στην Αγγλία το ποσοστό ανόδου ευρέθη να είναι 30% από το 1970 έως το 1973. Στον Ελληνικό χώρο το ποσοστό ήταν 40% από το 1968 ως το 1972. Η αύξηση όμως είναι πολύ μεγαλύτερη από το 1973 έως το 1983 με στοιχεία που προέρχονται από το Νοσοκομείο «Α. Συγγρός».

Θεραπεία

1. Ειδική, συγχρόνως με τη μεθοδική και επίμονη εξουδετέρωση των πιθανών προδιαθεσικών παραγόντων ώστε να αποφευχθούν οι υποτροπές.
2. Ειδική θεραπεία
Διαθερμοπηξία - χειρουργική αφαίρεση αν είναι υπερμεγέθη - συστηματική επίθειξη είτε αλοιφής Ποδοφυλλίνης 20-40% είτε Ποδοφυλλίνης σε βάμμα βενζόλης 20- 30%.
3. Μετά τη διαθερμοπηξία αλλά και κατά τη χρήση των άλλων μεθόδων συνιστάται η κατά διαστήματα επίθειξη με αλκοολούχο διάλυμα ιωδίου 2%.
4. Συστηματική θεραπεία για τα Οξυτενή Κονδυλώματα δεν υπάρχει μέχρι σήμερα.



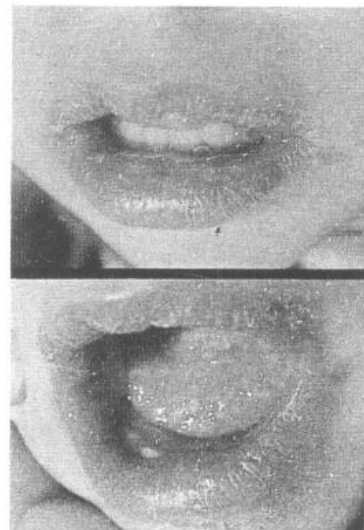
Εικόνα 1



Εικόνα 2

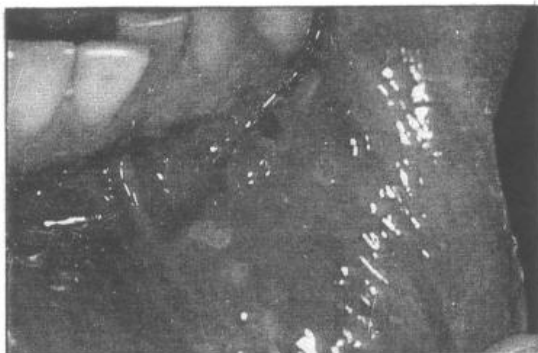


Εικόνα 3

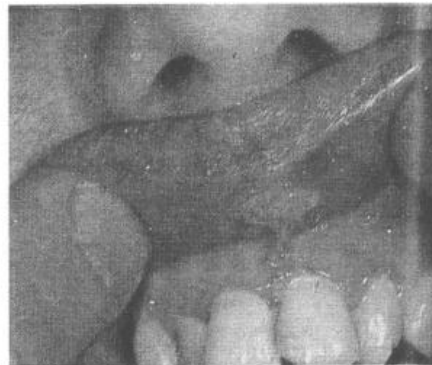


Εικόνα 4

1. Έλκωση σε λεισμανίαση
2. Πετέχιες και νεκρώσεις σε θρομβοπενική πορφύρα
3. Φυσαλίδες σε απλό έρπητα
4. Φυσαλίδες και μικροελκώσεις σε απλό έρπητα



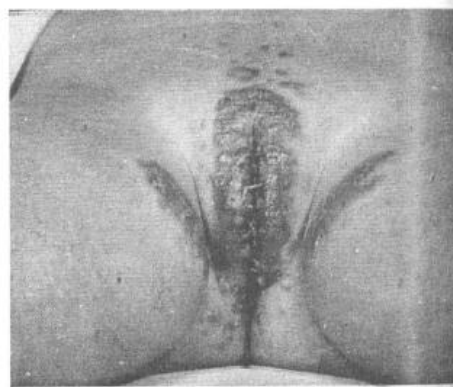
Εικόνα 5



Εικόνα 6



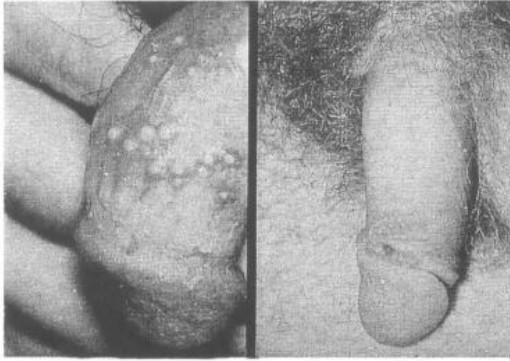
Εικόνα 7



Εικόνα 8

5. Φυσαλίδες στο στόμα από απλό έρπητα

5. Φυσαλίδες στο στόμα από απλό έρπητα
6. Ελκώσεις στο στοματικό βλεννογόνο από απλό έρπητα
7. Φυσαλίδες σε έρπητα γεννητικών οργάνων γυναίκας
8. Φυσαλίδες, μικροελκώσεις και εφελκίδες σε έρπητα γεννητικών οργάνων γυναίκας.



Εικόνα 9



Εικόνα 10



Εικόνα 11



Εικόνα 12

- 9.** Φυσαλίδες σε έρπητα γεννητικών οργάνων ανδρός
- 10.** Φυσαλίδες από απλό έρπητα σε περιγεννητική περιοχή
- 11.** Φυσαλίδες και μικροελκώσεις σε έρπητα περιπρωκτικής χώρας
- 12.** Φυσαλίδες και ελκώσεις από έρπητα ζωστήρα στο τράχηλο



Εικόνα 13



Εικόνα 14



Εικόνα 15



Εικόνα 16

- 13.* Εκβλαστήσεις οξυτενών κονδυλωμάτων στο κόλπο γυναίκας
14. Μυρμηκιώδεις εκβλαστήσεις οξυτενών κονδυλωμάτων στα γεννητικά
όργανα ανδρός
15. Θηλωματώδεις αλλοιώσεις οξυτενών κονδυλωμάτων στον ουρανίσκο
16. Θηλωματώδεις αλλοιώσεις οξυτενών κονδυλωμάτων στη γλώσσα.

ΓΟΝΝΟΡΡΟΙΑ

Πιθανά συμπτώματα περιλαμβάνουν ασυνήθιστες εκκρίσεις, καύση κατά την ούρηση, πόνο στην περιοχή της πυέλου, διαταραχές στην περίοδο. Το 80% των γυναικών και το 10% των ανδρών δεν έχουν καθόλου συμπτώματα. Η γονόρροια θεραπεύεται με την χρήση αντιβίωσης από το στόμα, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να γίνεται λήψη φαρμάκων και από τον/ την σύντροφο. Μπορεί να προκαλέσει στειρώση, αρθρίτιδα ή καρδιακά προβλήματα αν παραμείνει χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι γυναίκες ενδέχεται να αναπτύξουν φλεγμονή στην περιοχή της λεκάνης (πύελος). Λόγω μόλυνσης των οργάνων αναπαραγωγής. Οι άντρες μπορεί να εμφανίσουν μόλυνση στην ουρήθρα ή την επιδιδυμίδα. Όταν υπάρχει έκθεση στον ιό, αυξάνεται η πιθανότητα πρόσληψης και μετάδοσης του ιού HIV. Επίσης, αν η γυναίκα προσβληθεί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και δεν λάβει θεραπεία, αυξάνεται η πιθανότητα μετάδοσης γονόρροιας στο έμβρυο.

ΧΛΑΜΥΔΙΑ

Πιθανά συμπτώματα περιλαμβάνουν ασυνήθιστες εκκρίσεις, καύση κατά την ούρηση, πόνο στην περιοχή της πυέλου, αιμορραγία μεταξύ των περιόδων. Το 75% των γυναικών και το 50% των ανδρών δεν έχουν καθόλου συμπτώματα. Τα χλαμύδια θεραπεύονται με αντιβιοτικά. Διάφορα είδη αντιβίωσης διατίθενται και η δοσολογία ποικίλλει από ένα έως επτά ή περισσότερα χάπια στην διάρκεια κάποιας δεδομένης χρονικής περιόδου. Οι γυναίκες ενδέχεται να αναπτύξουν φλεγμονή στην πύελο (περιοχή της λεκάνης). Μπορεί να προκληθεί επίμονος πόνος, να επηρεασθεί η λειτουργία σαλπίγγων και ωοθηκών και να υπάρξουν προβλήματα αναπαραγωγής. Οι άντρες μπορεί να εμφανίσουν μόλυνση στην ουρήθρα ή την επιδιδυμίδα. Επίσης, αν η γυναίκα προσβληθεί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και δεν λάβει θεραπεία, αυξάνεται η πιθανότητα μετάδοσης χλαμυδίων στο έμβρυο.

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος «ηπατίτιδα» χρησιμοποιείται για μια μεγάλη κατηγορία κλινικοπαθολογοανατομικών καταστάσεων που οφείλονται στη βλάβη την

οποία προκαλεί η δράση στο ήπαρ ιών, τοξινών, φαρμακολογικών και ανοσολογικών παραγόντων. Τα πιο συχνά παθολογοανατομικά γνωρίσματα της ηπατίτιδας είναι η εστιακή ή εκτεταμένη ηπατοκυτταρική νέκρωση και η διήθηση του ήπατος από φλεγμονώδη κύτταρα, που μπορεί να επικρατεί στις πυλαίες περιοχές ή να επεκτείνεται και στο ηπατικό παρέγχυμα.

Κλινικά, παρατηρείται διόγκωση και ευαισθησία του ήπατος με ή χωρίς ίκτερο, που συνοδεύεται πάντα από τις εργαστηριακές ενδείξεις της ηπατοκυτταρικής βλάβης με τη μορφή αύξησης των τρανσαμινασών. Ανεξάρτητα από την αιτιολογία της, η κλινική πορεία της ηπατίτιδας μπορεί να κυμαίνεται από την ελαφρά ή αφανή, ως τη δραματική νόσηση, που συνοδεύεται από στοιχεία βαριάς ηπατοκυτταρικής δυσλειτουργίας, σημαντικού βαθμού ίκτερο, ελάττωση της πήκτικότητας του αίματος και νευρολογικές διαταραχές.

Η ηπατίτιδα διακρίνεται σε **οξεία** και **χρόνια** με βάση διάφορα κλινικά και παθολογοανατομικά κριτήρια.

Η **οξεία ηπατίτιδα** διαρκεί λιγότερο από 6 μήνες και καταλήγει είτε σε πλήρη ίαση της ηπατικής βλάβης, με επάνοδο της λειτουργίας και της υφής του ήπατος στα φυσιολογικά επίπεδα, ή σε γρήγορη εξέλιξη της οξείας βλάβης προς την κατεύθυνση της εκτεταμένης νέκρωσης και της θανατηφόρου έκβασης.

Ως **χρόνια ηπατίτιδα** ορίζεται η ηπατική φλεγμονή που διαρκεί περισσότερο από 6 μήνες.

Η διάκριση μεταξύ οξείας και χρόνιας ηπατίτιδας με ιστολογικά, μόνο, κριτήρια ίσως είναι αδύνατη. Για να τεθεί η διάγνωση χρόνιας ηπατίτιδας με κριτήρια αποκλειστικώς ιστολογικά, πρέπει συνήθως να διαπιστωθεί η παρουσία στοιχείων ενδεικτικών εξέλιξης προς κίρρωση, όπως είναι η σημαντικού βαθμού ανάπτυξη ουλώδους συνδετικού ιστού και η διάσπαση της αρχιτεκτονικής του ηπατικού λοβίου.

Οξεία ιογενής ηπατίτιδα

Ιογενή ηπατίτιδα προκαλούν πέντε κύριοι ιοί: της ηπατίτιδας A, B, C, D και E. Μερικές φορές προκαλούν ηπατίτιδα και ο κυτταρομεγαλοϊός και ο ιός των Epstein-Barr. Ένας ακόμα ατελής RNA-ιός, ο HBD (παράγων δ), προκαλεί ηπατίτιδα είτε ταυτόχρονα με τον ιό B είτε σε άτομα που έχουν ήδη χρόνια λοίμωξη από ιό B. Ο πρόσφατα ταυτοποιημένος ιός C ευθύνεται για τις περισσότερες περιπτώσεις ηπατίτιδας που προηγουμένως χαρακτηρίζονταν «μη A, μη B». Από όλους αυτούς τους παράγοντες, εκείνος που έχει μελετηθεί περισσότερο είναι ο ιός B. Ο πλήρης ιός B (σωμάτια του Dane) αποτελείται από συστατικά διαφορετικής αντιγονικότητας (Εικ. 1), που περιλαμβάνουν το αντιγόνο της κάψας ή επιφανειακό (HB_sAg) και τα συστατικά του πυρήνα: κυκλικό DNA, μια DNA-πολυμεράση, το πυρηνικό αντιγόνο ηπατίτιδας B (HB_cAg) και το αντιγόνο e (HB_eAg). Το αντιγόνο επιφανείας (HB_sAg) μπορεί να υπάρχει στον ορό είτε ως μέρος του σωματίου του Dane είτε ελεύθερο με τη μορφή σωματιδίων και ραβδίων. Και τα τρία αντιγόνα (s, c και e) προκαλούν την παραγωγή ιδιαίτερων αντισωμάτων από τον ξενιστή, που χρησιμεύουν για την ορολογική διάγνωση της πάθησης και για τον προσδιορισμό της κατάστασης πολλαπλασιασμού του ιού B στο ήπαρ του ασθενούς.

Μετάδοση

Ο ιός της ηπατίτιδας A (HAV) απεκκρίνεται στα κόπρανα κατά την περίοδο επώασης (Εικ. 2) και μεταδίδεται από την κοπρανοστοματική οδό, γι' αυτό και ευθύνεται για τις περισσότερες υδατογενείς και τροφογενείς λοιμώξεις και επιδημίες ιογενούς ηπατίτιδας.

Ο ιός της ηπατίτιδας B βρίσκεται σε όλα, πρακτικά, τα υγρά του σώματος και μεταδίδεται κυρίως από τις παρεντερικές οδούς. Έτσι, ο ιός αυτός μεταδίδεται συχνότερα: **α)** με το αίμα και τα προϊόντα του, **β)** με μολυσμένες βελόνες και **γ)** με τη στενή προσωπική επαφή.

Κατά συνέπεια, τα άτομα που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας B είναι:

- ◇ οι ερωτικοί σύντροφοι των ασθενών με οξεία ή χρόνια λοίμωξη, ιδιαίτερα οι άνδρες ομοφυλόφιλοι,
- ◇ τα άτομα που ασχολούνται στα επαγγέλματα υγείας, ιδιαίτερα οι χειρουργοί, οι οδοντίατροι και το προσωπικό των κλινικών εργαστηρίων και των μονάδων νεφρικής κάθαρσης,
- ◇ οι τοξικομανείς που χρησιμοποιούν ενδοφλέβια ναρκωτικά, και τα βρέφη των ασθενών μητέρων («κάθετη μετάδοση»), καθώς επίσης και
- ◇ οι ασθενείς που έρχονται συχνά σε επαφή με το αίμα και τα προϊόντα του και/ή παρουσιάζουν εξασθένηση των μηχανισμών της ανοσίας (π.χ. άτομα που υποβάλλονται σε νεφρική κάθαρση ή πάσχουν από λευχαιμία ή σύνδρομο Down).

Ο ιός της ηπατίτιδας C (HCV), ο οποίος μοιάζει με τον HBV, μεταδίδεται, όπως ο B, κυρίως από τις παρεντερικές οδούς. Η ηπατίτιδα C αποτελεί σήμερα το πιο συχνό αίτιο ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση. Ο HCV αποτελεί επίσης συχνό αίτιο ηπατίτιδας σε χρήστες ναρκωτικών ενδοφλεβίως και ευθύνεται για 50% τουλάχιστον από τις σποραδικές περιπτώσεις ηπατίτιδας.

Κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις.

Η τυπική οξεία ιογενής ηπατίτιδα αρχίζει με μια πρόδρομη φάση, που διαρκεί μερικές ημέρες και χαρακτηρίζεται από γενικά και από γαστρεντερικά συμπτώματα: κακουχία, καταβολή, ανορεξία, ναυτία, εμετό, μυαλγίες, κεφαλαλγία και ίσως ελαφρό πυρετό.

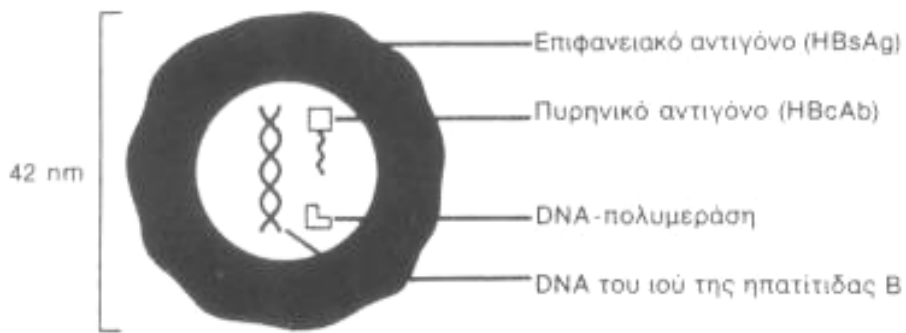
Άλλοτε είναι δυνατό να προεξάρχουν τα συμπτώματα της «γρίπης» ή να παρατηρηθεί αρθρίτιδα και κνίδωση που αποδίδεται σε εναπόθεση ανοσοσυμπλεγμάτων, ιδιαίτερα στην ηπατίτιδα B. Οι καπνιστές συχνά αναφέρουν απέχθεια προς το κάπνισμα. Σύντομα ακολουθεί ίκτερος με χολερυθρινουρία και αποχρωματισμό των κοπράνων, που συχνά συνοδεύεται από υποκειμενική βελτίωση του ασθενούς. Η ικτερική φάση της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας, που μπορεί να διαρκέσει από ημέρες μέχρι εβδομάδες,

ακολουθείται από υποχώρηση των συμπτωμάτων και αποκατάσταση των εργαστηριακών εξετάσεων.

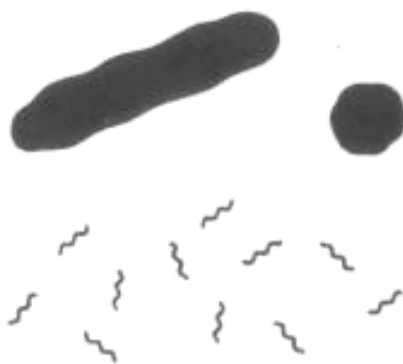
ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Η κατάσταση αυτή μπορεί να αναπτυχθεί μετά από οξεία ηπατίτιδα Β, C ή D, ενώ η ηπατίτιδα Α ποτέ δεν μεταπίπτει σε χρονιότητα. Ένδειξη εξέλιξης της οξείας ηπατίτιδας σε χρόνια αποτελεί η επιμονή της αύξησης των τρανσαμινασών για διάστημα μεγαλύτερο από 6 μήνες, αν και μερικές φορές οι λειτουργικές εξετάσεις του ήπατος είναι δυνατό να παραμείνουν παθολογικές για αρκετό διάστημα (και μετά από τους 6 μήνες), σε περιπτώσεις οξείας ηπατίτιδας που υποχωρεί με αργό ρυθμό αλλά τελικά ιάται πλήρως. Εκτός από τη χρόνια ηπατίτιδα, είναι δυνατό να παρατηρηθεί μακροχρόνια μόλυνση του οργανισμού από τον ιό της ηπατίτιδας Β, χωρίς ενδείξεις ηπατικής βλάβης, οπότε προκαλείται η κατάσταση του ασυμπτωματικού ή «υγιούς» φορέα του ιού. Πολλοί υγιείς φορείς στην Ασία και στην Αφρική φαίνεται ότι μολύνονται σε βρεφική ηλικία από τις μητέρες τους.

ΤΟ ΑΚΕΡΑΙΟ ΣΩΜΑΤΙΔΙΟ (ΤΟΥ DANE) ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β (HBV)



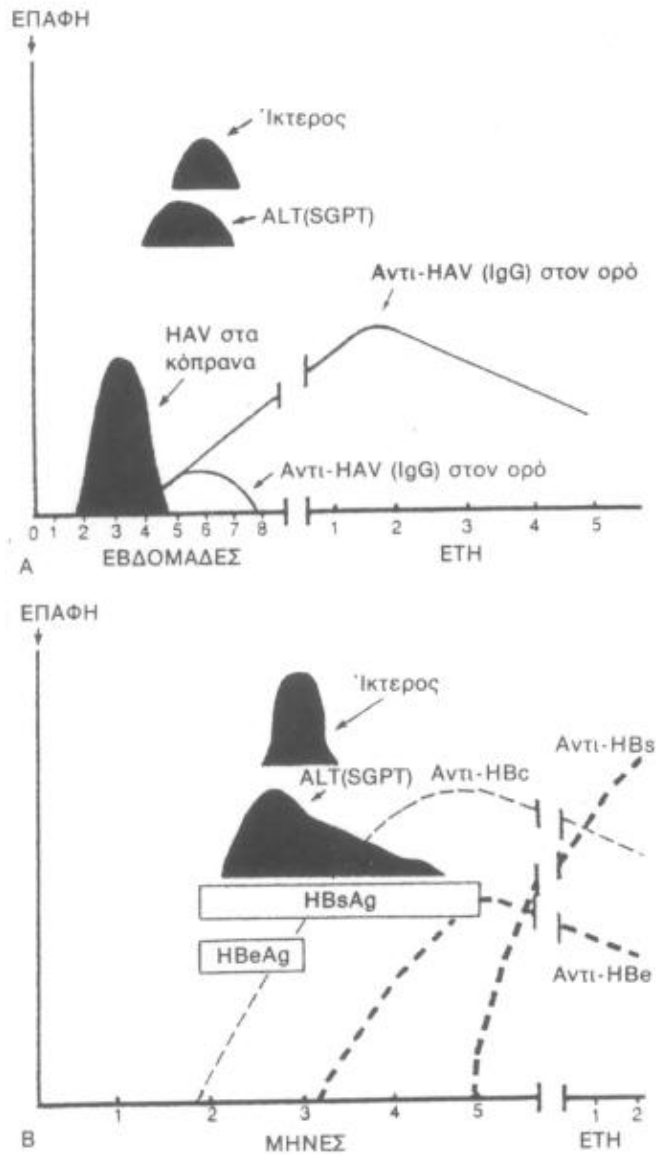
ΆΛΛΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΙΟΥ ΑΝΕΥΡΙΣΚΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΠΛΑΣΜΑ



Το επιφανειακό αντιγόνο (HBsAg) υπερπαράγεται και ανευρίσκεται με τη μορφή αποστρογγυλωμένων σωληνοειδών σωματιδίων πλάτους 22 nm και 40-400 nm

Το αντιγόνο e της ηπατίτιδας Β (HBeAg) είναι πολυπεπτιδίο, όμοιο εν μέρει με το HBcAg, και εκκρίνεται στο πλάσμα στη διάρκεια του ενεργού πολλαπλασιασμού του ιού

Εικόνα 1. Διάφοροι τύποι ανευρισκόμενων στο πλάσμα σωματιδίων του ιού της ηπατίτιδας Β.



Εικόνα 2. Η σειρά των κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων (Α) της ηπατίτιδας Α και (Β) της ηπατίτιδας Β.

Χρόνια ηπατίτιδα

Χρόνια ηπατίτιδα καλείται, αυθαίρετα, κάθε φλεγμονώδης αντίδραση του ήπατος που συνεχίζει χωρίς σημεία βελτίωσης για τουλάχιστον έξι (6) μήνες.

Η χρόνια ηπατίτιδα, ιστολογικά, ταξινομείται στους παρακάτω τρεις τύπους.

1. Χρόνια ηπατίτιδα που επιμένει: Χαρακτηρίζεται από διήθηση των πυλαίων διαστημάτων από μονοπύρρηνα κύτταρα, χωρίς επέκταση της φλεγμονής μέσα στο ηπατικό λοβίδιο και χωρίς νέκρωση του ηπατικού κυττάρου.
2. Χρόνια λοβιδιακή (lobular) ηπατίτιδα: Χαρακτηρίζεται από ενδολοβιδιακή φλεγμονή και νέκρωση, επιπλέον της φλεγμονώδους διήθησης των πυλαίων διαστημάτων.
3. Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα. Υποδιαιρείται σε 2 μορφές: α) ελαφρά (milder form) και β) βαριά (severe form). Και στις δυο μορφές, ιστολογικά, παρατηρείται επέκταση της φλεγμονής από τα πυλαία διαστήματα προς το ηπατικό λοβίδιο με αποτέλεσμα νέκρωση της γύρω περιοχής η οποία χαρακτηρίζεται από νέκρωση «σαν κυμάς».

Απ' αυτές η χρόνια που επιμένει και η χρόνια λοβιδιακή ποτέ δεν εξελίσσονται σε κίρρωση. Η ελαφρά μορφή χρόνιας ενεργού μπορεί σπάνια να εξελιχθεί, ενώ η βαριά μορφή χρόνιας ενεργού πάντοτε εξελίσσεται σε κίρρωση.

1. Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα. Η αιτιολογία της σε πολλές περιπτώσεις παραμένει άγνωστη. Μπορεί όμως να οφείλεται σε προηγηθείσα οξεία ηπατίτιδα Β ή οξεία ιογενή ηπατίτιδα «ούτε Α», «ούτε Β» (non-A, non-B). Επίσης μπορεί να είναι επακόλουθο οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας, χρόνιων φλεγμονωδών νόσων του παχέος εντέρου και αυτοάνοσων νοσημάτων (σύνδρομο του Sjogren).
2. Χρόνια λοβιδιακή ηπατίτιδα. Προκαλείται από τα ίδια περίπου αίτια που προκαλούν τη χρόνια επιμένουσα. Στη μορφή αυτή το Αυστραλιανό αντιγόνο (HBsAg) είναι αρνητικό.

3. Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα. Αιτιολογικά διακρίνεται στις παρακάτω κυρίως μορφές:
- α. Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα, με θετικό αντιγόνο επιφανείας ηπατίτιδας Β (HBsAg +).
 - β. Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα, με αρνητικά αντιγόνο επιφανείας ηπατίτιδας Β (HBsAg -). Καλείται επίσης και «λυκοειδής» (lupoid) και κατατάσσεται στα αυτοάνοσα νοσήματα. Σ' αυτή παρατηρούνται σημαντική αύξηση των γ-σφαιρινών του ορού, αντιπυρηνικά αντισώματα.
 - γ. Επακόλουθη οξείας ιογενούς ηπατίτιδας «ούτε Α», «ούτε Β». Περίπου 40% των πασχόντων μεταπίπτουν σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.
 - δ. Αποτέλεσμα της δράσης διαφόρων φαρμάκων. Αντίδραση στα φάρμακα του τύπου της «υπερευαισθησίας» μπορεί να ενοχοποιηθεί σαν η αιτία της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας.

Ορολογική διάγνωση. Η δυνατότητα ανίχνευσης των συστατικών του ιού της ηπατίτιδας Β και C και των αντισωμάτων προς τα συστατικά των ιών της Α, της Β, της C και της D έχει επιτρέψει την επιτέλεση σημαντικής πρόοδου στο πεδίο της επιδημιολογίας της ιογενούς ηπατίτιδας.

Αντιμετώπιση. Ειδική θεραπεία της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας δεν υπάρχει. Η πάθηση αντιμετωπίζεται κυρίως με θεραπεία υποστήριξης, όπως ανάπαυση ανάλογη με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, αναπλήρωση των υγρών του σώματος και καλή διατροφή. Οι περισσότεροι ασθενείς προτιμούν δίαιτα φτωχή σε λίπος και πλούσια σε υδατάνθρακες. Η αξία της συμπληρωματικής χορήγησης βιταμινών δεν έχει αποδειχθεί, αν και σε περιπτώσεις παρατεταμένης χολόστασης μπορεί να υπάρξει ένδειξη χορήγησης βιταμίνης Κ. Η καταβολή των δυνάμεων μειώνεται με περιορισμό της δραστηριότητας του ασθενούς, και το οινόπνευμα θα πρέπει να αποφεύγεται ως την επάνοδο των ηπατικών ενζύμων στα φυσιολογικά επίπεδα. Για την αντιμετώπιση της ναυτίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν και μικρές δόσεις μετοκλοπραμίδης και υδροξυζίνης. Εισαγωγή σε νοσοκομείο ενδείκνυται σε

περιπτώσεις με έντονη ναυτία και εμετό ή με ενδείξεις ελάττωσης της ηπατικής λειτουργίας, π.χ. με ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

Σπουδαία πρόοδο στο πεδίο της πρόληψης της ηπατίτιδας Β αποτέλεσε η παραγωγή ενός ασφαλούς και πολύ αποτελεσματικού εμβολίου. Τα σύγχρονα εμβόλια που παρασκευάζονται με τριπλή αδρανοποίηση του αντιγόνου επιφανείας (HBsAg), το οποίο λαμβάνεται από τον ορό χρόνιων φορέων του ιού Β ή με γονιδιακό ανασυνδυασμό, χορηγούνται σε τρεις δόσεις σε διάστημα 6 μηνών και παρέχουν ανοσία σχεδόν στο 100% των εμβολιαζομένων για περίοδο τουλάχιστον 5 ετών. Προς το παρόν συνιστάται ο εμβολιασμός των ομάδων και ατόμων που εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο, όπως είναι οι ασχολούμενοι στα επαγγέλματα υγείας, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε νεφρική κάθαρση, οι αιμοφιλικοί, οι τρόφιμοι και το προσωπικό των ιδρυμάτων (φυλακών, ψυχιατρείων κ.λ.π.) και οι ερωτικά δραστήριοι ομοφυλόφιλοι άνδρες. Φαίνεται επίσης ότι το εμβόλιο είναι χρήσιμο και σε συνδυασμό με τη χορήγηση υπεράνοσης σφαιρίνης σε οξείες περιπτώσεις επαφής με τον ιό, όπως είναι το τρύπημα με μολυσμένη βελόνα και, ιδιαίτερα, η γέννηση βρέφους από μητέρα με θετικό HB_sAg.

Η εισαγωγή και ευρεία εφαρμογή του ελέγχου του αίματος των αιμοδοτών για αντίσωμα προς τον HCV αναμένεται ότι θα μειώσει σημαντικά τη συχνότητα της ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση στο μέλλον.

Ηπατίτιδα Β

Η λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Β αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε όλες τις χώρες του κόσμου.

Παγκοσμίως, εκτιμάται ότι 350-400 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα Β και ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται 50 εκατομμύρια νέες λοιμώξεις.

Στην Ελλάδα, περίπου 2-3% του πληθυσμού πάσχει από χρόνια λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Β, αλλά υπάρχουν και περιοχές με αυξημένα ποσοστά μέχρι 25%.

Υψηλά ποσοστά παρατηρούνται μεταξύ των μεταναστών από την Αλβανία και από τα κράτη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης.

Ο ιός της ηπατίτιδας Β μεταδίδεται μέσω της επαφής με το αίμα και τα σωματικά υγρά (σπέρμα, κολπικά υγρά και λιγότερο με το σάλιο) των πασχόντων από οξεία και χρόνια ηπατίτιδα Β.

Ζει έξω από το σώμα για 10 ημέρες. Αποξηραμένο αίμα σε επιφάνειες ή άλλα αντικείμενα πιθανόν να περικλείουν τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου.

Οι βασικοί τρόποι μετάδοσης είναι οι εξής:

Η περί γεννητική ή κάθετη μετάδοση γίνεται κατά τον τοκετό 95% και την ενδομήτρια ζωή 5%.

Η μόλυνση με σεξουαλική επαφή γίνεται μέσω του σπέρματος, των κολπικών υγρών και του αίματος της εμμήνου ρήσης.

Η οριζόντια μετάδοση παρατηρείται μεταξύ παιδιών, εφήβων και ενηλίκων. Η λοίμωξη μεταδίδεται με λίγο αίμα από πληγές του δέρματος ατόμων που πάσχουν από ηπατίτιδα Β.

Η παρεντερική μετάδοση γίνεται μέσω τραυματισμού με μολυσμένα υλικά (βελόνες, τρύπημα των αυτιών, τατουάζ και με μολυσμένα ιατρικά και οδοντιατρικά εργαλεία). Κινδυνεύουν περισσότερο τα άτομα στα επαγγέλματα υγείας, οι χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών (κοινή χρήση συριγγών ή άλλων

εργαλείων προετοιμασίας πριν την χρήση), οι πολυμεταγγιζόμενοι, οι μεταμοσχευμένοι και οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση.

Δεν μεταδίδεται με τον ιδρώτα, τα δάκρυα, το μητρικό γάλα, τα ούρα, τα κόπρανα, το φιλί, τα ποτήρια ή άλλα μαγειρικά σκεύη, τα μουσικά όργανα, το νερό, την τροφή, τα έντομα, το σφίξιμο των χεριών, τον βήχα, το φτέρνισμα και τις τουαλέτες.

Όταν ένα άτομο μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας Β περνά αρχικά μία οξεία φάση, συνήθως μικρής διάρκειας με ή χωρίς συμπτώματα, η οποία ανάλογα με την ανοσολογική απάντηση του οργανισμού μπορεί να μεταπέσει σε χρόνια λοίμωξη (χρόνια ηπατίτιδα Β) ή να αποβάλλει τον ιό και να ιαθεί.

Οξεία λοίμωξη. Η διάρκειά της είναι μικρότερη από έξι μήνες και διαχωρίζεται σε τέσσερα στάδια:

Το στάδιο επώασης είναι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της εισόδου του ιού στον οργανισμό και της εμφάνισης των συμπτωμάτων. Η διάρκεια του σταδίου επώασης είναι 45-120 ημέρες και στο διάστημα αυτό το άτομο μπορεί να μεταδώσει την λοίμωξη.

Το πρόδρομο ή προϊκτερικό στάδιο διαρκεί 3-10 ημέρες και το άτομο που μολύνθηκε εμφανίζει πυρετό, αδυναμία, απώλεια όρεξης, τάση για εμετό, πόνο στις αρθρώσεις και στην κοιλιά και αίσθημα κόπωσης.

Ακολουθεί **το ικτερικό στάδιο**, στο οποίο εμφανίζεται ίκτερος δηλαδή κιτρίνισμα του δέρματος και του λευκού των ματιών.

Επίσης, μαζί με τον ίκτερο, τα ούρα έχουν σκούρο χρώμα σαν «κονιάκ» και τα κόπρανα λευκό.

Στο στάδιο ανάρρωσης τα περισσότερα συμπτώματα υποχωρούν αλλά η αδιαθεσία και η κόπωση μπορεί να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Στην **οξεία λοίμωξη** δεν δίνεται κάποια ειδική θεραπεία.

Χρόνια λοίμωξη. Όταν ο ιός παραμένει περισσότερο από έξι μήνες και δεν «καθαρίζεται» από τον οργανισμό στο τέλος της οξείας φάσης, η λοίμωξη λέγεται χρόνια. Οι ασθενείς με χρόνια λοίμωξη λέγονται και χρόνιοι «φορείς».

Ένα ποσοστό 60-70% των ασθενών αυτών δεν έχουν συμπτώματα, οι εργαστηριακές εξετάσεις του ήπατος είναι φυσιολογικές αλλά κινδυνεύουν να πάθουν ηπατική βλάβη και να αναπτύξουν ηπατοκυτταρικό καρκίνο σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα υγιή άτομα.

Από τους «φορείς» ένα ποσοστό 30-40% θα αναπτύξει χρόνια ηπατίτιδα Β.

Σήμερα, υπάρχουν θεραπείες για την χρόνια ηπατίτιδα Β οι οποίες όμως δεν εγγυώνται την κάθαρση του ιού και την ίαση.

Αν δεν χορηγηθεί θεραπεία η χρόνια ηπατίτιδα Β μπορεί να προκαλέσει ίνωση του ήπατος (δημιουργία ουλών) που μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση που με την σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

Το 25-40% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β πεθαίνει από επιπλοκές της κίρρωσης και από ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

Η διάγνωση της χρόνιας ηπατίτιδας Β γίνεται με μια ειδική αιματολογική εξέταση που ανιχνεύει τον ιό, το λεγόμενο αντιγόνο επιφανείας S του ιού της ηπατίτιδας Β (HBsAg).

Η βιοψία ήπατος είναι ο μόνος τρόπος ανίχνευσης και καθορισμού της σοβαρότητας της ηπατικής βλάβης. Η εξέταση περιλαμβάνει την λήψη ενός λεπτού κομματιού του ήπατος με μια βελόνα μετά από τοπική αναισθησία στο σημείο του τρυπήματος του δέρματος.

Η πρόληψη της λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας Β βασίζεται τον εμβολιασμό. Ο εμβολιασμός γίνεται σε 3 δόσεις: αρχική δόση, δεύτερη σε ένα μήνα και τρίτη δόση σε έξι μήνες μετά την πρώτη. **Τα εμβόλια είναι απόλυτα ασφαλή.**

Στη χώρα μας, ο εμβολιασμός είναι υποχρεωτικός στα βρέφη και στους εφήβους.

Σήμερα υπάρχουν εγκεκριμένα αποτελεσματικά φάρμακα με τα οποία επιτυγχάνεται η καταστολή του ιού και εμποδίζεται η εξέλιξη της χρόνιας ηπατίτιδας Β σε κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Τα διαθέσιμα φάρμακα ανήκουν σε δύο ομάδες: ενέσεις ιντερφερόνης και αντικά χάπια, τα ονομαζόμενα νουκλεοσ(τ)ιδικά ανάλογα.

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ AIDS ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ
ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λοίμωξη με τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) και το σύνδρομο της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (AIDS) είναι επείγοντα διεθνή προβλήματα, με ευρύτατες κοινωνικές, πολιτισμικές, οικονομικές, ηθικές και νομικές συνέπειες. Η σεξουαλική πράξη είναι ο κυριότερος τρόπος μεταδόσεως της λοιμώξεως με τον HIV. Η λεπτότητα των ζητημάτων που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά προξενεί σημαντικά προβλήματα στους υπευθύνους των υπηρεσιών υγείας και στους εκπαιδευτές που ασχολούνται με την πρόληψη και τον έλεγχο του HIV/AIDS και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ).

Σε πολλές κοινότητες, τα προβλήματα αυξάνονται, όταν τα προληπτικά μέτρα αφορούν ειδικά σε νέους των ηλικιών από 10 έως 24 ετών. Ωστόσο, αυτοί οι νέοι είναι σημαντική ομάδα-στόχος, αλλά δυνητικώς και όπλο για την πρόληψη της λοιμώξεως με τον HIV και των ΣΜΝ. Περίπου 30% του πληθυσμού της Γης έχουν ηλικία 10 έως 24 ετών σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, περισσότεροι από τα δύο τρίτα των εφήβων 15-19 ετών, αρρένων και θηλέων, έχουν έρθει σε σεξουαλική επαφή. Σε εφήβους και νέους ενηλίκους (20-24 ετών) αντιστοιχεί δυσανάλογο μερίδιο από την αύξηση των διεθνώς αναφερόμενων περιπτώσεων συφιλίδος και γονόρροιας. Στις βιομηχανικές χώρες, περισσότερες από τα δύο τρίτα του συνόλου των αναφερόμενων περιπτώσεων γονόρροιας αναλογούν σε άτομα ηλικίας μικρότερης των 25 ετών. Οι γλαμυδιακές λοιμώξεις και τα ανίατα ΣΜΝ που προκαλούνται από ιούς επίσης αυξάνονται και αποτελούν σημαντικό αίτιο νοσηρότητας για τους νέους. Επιπροσθέτως, τουλάχιστον το ένα πέμπτο του συνόλου των προσβληθέντων από το AIDS αποτελούν άτομα που διανύουν την τρίτη

δεκαετία της ζωής τους και, πιθανότατα, τα περισσότερα από αυτά μολύνθηκαν με τον HIV, ενόσω ήσαν έφηβοι. Προς το παρόν, δεν υπάρχει θεραπεία για τη λοίμωξη με τον HIV και για πολλά ΣΜΝ που προκαλούνται από ιούς, ενώ για άλλα ΣΜΝ ίσως να μη ζητείται ή να μην είναι διαθέσιμη. επομένως, η πρόληψη μέσω της αγωγής πρέπει να αποτελεί βασικό σκοπό κάθε προγράμματος δημόσιας υγείας.

Η εφηβεία είναι περίοδος σημαντικών σωματικών και ψυχολογικών μεταβολών, κατά τη διάρκεια της οποίας οι νέοι άνθρωποι αρχίζουν να χειραφετούνται και να παίρνουν ώριμες αποφάσεις, λαμβάνοντας υπόψη τους τις συνέπειες, τόσο για τους ίδιους όσο και για τους άλλους. Ωστόσο, οι ταχείες κοινωνικές μεταβολές - αστικοποίηση, εκβιομηχάνιση, περισσότερα ταξίδια, αποδοχή μη παραδοσιακών αξιών ως απόρροια της επιρροής που ασκούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, μείωση της επιρροής της εκτεταμένης οικογένειας και της υποστηρίξεως που παρείχε - επιτρέπουν σε πολλούς εφήβους τη διαμόρφωση συμπεριφοράς μέσα από πληθώρα επιλογών, μερικές από τις οποίες ενδέχεται να είναι επικίνδυνες. Δεν είναι μόνο η σεξουαλική συμπεριφορά, αλλά και εμπειρίες με ενέσιμα ναρκωτικά ή εργαλεία που τρυπούν το δέρμα, που πιθανόν να καταλήξουν σε μόλυνση. Οι νέοι πρέπει να ενημερωθούν για τις δυνητικές συνέπειες της συμπεριφοράς αυτής της μορφής και να βοηθηθούν να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες για να τις αποφύγουν.

Σε όλο τον κόσμο, πολλοί νέοι παρακολουθούν μαθήματα στο σχολείο ή γνωρίζουν άλλους που είναι μαθητές. Επομένως, γνώσεις, αξίες και δεξιότητες που διδάσκονται ή αναπτύσσονται στο σχολείο έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους. Τα εκπαιδευτικά συστήματα πρέπει να πληροφορούν επαρκώς τους νέους για τη λοίμωξη με HIV/ΣΜΝ, τη μετάδοση και τα μέσα πρόληψης και να τους βοηθούν να αναπτύξουν δεξιότητες βασισμένες στις γνώσεις τους και κατόπιν να τις διαδώσουν ευρύτερα. Ειδικότερα, τα προγράμματα πρέπει να συντελούν στη διατήρηση υγιούς συμπεριφοράς και στη μεταβολή ή αποφυγή συμπεριφοράς που ενέχει κινδύνους για τους ίδιους ή για άλλα πρόσωπα. Οι σχεδιαστές προγραμμάτων πρέπει να γνωρίζουν ότι

μερικοί μαθητές μπορεί να έχουν ήδη μολυνθεί με τον HIV· πρέπει λοιπόν να αντιμετωπισθούν οι ανάγκες και αυτών των μαθητών. Για να είναι η ενημέρωση σχετικά με τον HIV και τα ΣΜΝ αποτελεσματική, πρέπει να ενταχθεί σε σχολικό πρόγραμμα αγωγής υγείας που να καλύπτει ευρύ πεδίο γνώσεων: μεταδοτικά νοσήματα, υγεία της κοινότητας, ανθρώπινες σχέσεις, σεξουαλικότητα, χρήση ναρκωτικών και άλλα σχετικά θέματα, στα πλαίσια των τοπικών πολιτισμικών αξιών.

Επιδημιολογικές έρευνες σε όλο τον κόσμο έχουν δείξει ότι οι τρόποι μεταδόσεως της λοιμώξεως με τον HIV περιορίζονται στη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο, στην έκθεση σε μολυσμένο αίμα ή σε παράγωγα του αίματος και στη μετάδοση από μολυσμένη μητέρα στο έμβρυο ή στο βρέφος. Οι περισσότερες μολύνσεις οφείλονται σε σεξουαλική επαφή. Οι τρόποι μεταδόσεως είναι παντού οι ίδιοι, δεν περιορίζονται σε κάποια περιοχή ή πολιτισμό και δεν παίζουν ρόλο οι σεξουαλικές προτιμήσεις. Η λοίμωξη με τον HIV δεν μεταδίδεται με συνηθισμένη επαφή στο σπίτι, στο σχολείο ή στο χώρο εργασίας, με έντομα, κοινή χρήση εγκαταστάσεων υγιεινής, πιάτα και μαχαιροπίρουνα, αιμοδοσία, αγκαλιές και φιλιά ή σεξουαλική επαφή μεταξύ ατόμων που δεν έχουν μολυνθεί.

Μετάδοση του HIV στις συνήθεις σχολικές εγκαταστάσεις δεν είναι δυνατή· ωστόσο, συχνά -όταν δεν έχει κατανοηθεί η διαδικασία μεταδόσεως του HIV- οι φόβοι των γονέων, του προσωπικού, των νέων και της κοινότητας εστιάζονται στο σχολείο. Ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα θα τους βοηθήσει να κατανοήσουν τη διαδικασία και θα προλάβει το φόβο και τις διακρίσεις. Ένα τέτοιο πρόγραμμα πρέπει να τονίζει τόσο το δικαίωμα κάθε μολυσμένου με τον HIV μαθητή ή άλλου προσώπου να διαφυλάξει την προσωπική του ζωή όσο και το δικαίωμά του να συμμετέχει πλήρως στις δραστηριότητες της σχολικής κοινότητας.

Σκοποί σχολικού προγράμματος "αγωγής υγείας για το AIDS και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Με την αγωγή υγείας στο σχολείο, για το AIDS και τα ΣΜΝ, επιδιώκεται οι μαθητές να αποκτήσουν γνώσεις και να αναπτύξουν δεξιότητες που είναι απαραίτητες για υγιείς ανθρώπινες σχέσεις, αποτελεσματική επικοινωνία και συμπεριφορά βασισμένη σε υπεύθυνες αποφάσεις που θα προστατεύουν και τους ίδιους και τους άλλους από λοιμώξεις με HIV/ΣΜΝ και θα διατηρούν την υγεία τους σε άριστη κατάσταση. Οι σκοποί ενός τέτοιου προγράμματος περιλαμβάνουν ενίσχυση της συμπεριφοράς που δεν ευνοεί τη μετάδοση των HIV/ΣΜΝ, υποστήριξη των στάσεων και της συμπεριφοράς που αποτρέπουν τις διακρίσεις σε βάρος εκείνων που έχουν προσβληθεί από HIV/ΣΜΝ και συμβάλλουν στη δημιουργία καλών σχέσεων μαζί τους.

Τα προβλήματα που δημιουργούνται κατά την προσπάθεια για πρόληψη των HIV/ΣΜΝ και για καταπολέμηση των διακρίσεων αντιμετωπίζονται από την κοινότητα ως ενιαίο σύνολο και οι σχολικές δραστηριότητες που στοχεύουν στην πρόληψη της διασποράς τους πρέπει επίσης να συμβάλλουν στην προβολή των ιδεών και των αξιών που θα παρακινήσουν το ενδιαφέρον της κοινότητας, θα δημιουργήσουν διάθεση για συνεργασία και σεβασμό των δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Βασικές παραδοχές για την επίτευξη των σκοπών

Βασικό στοιχείο για τη σχεδίαση ενός σχολικού προγράμματος αποτελεί η ακριβής εκτίμηση των γνώσεων, των στάσεων, των ενδιαφερόντων και της συμπεριφοράς των νέων, οι οποίοι αποτελούν το στόχο του προγράμματος. Η εκτίμηση πρέπει να καλύπτει τόσο το AIDS όσο και τα ΣΜΝ, καθώς και γενικότερα ζητήματα, όπως η επικοινωνία μέσω των σχέσεων, της σεξουαλικότητας, της δυνατότητας αυτοελέγχου, της προσβάσεως σε πηγές και της δυνατότητας επιλογών για το μέλλον. Μια τέτοια εκτίμηση δεν είναι δυνατόν να βασισθεί αποκλειστικά στις αντιλήψεις εκείνων που ζουν ή

εργάζονται με νέους ή σχεδιάζουν προγράμματα γι' αυτούς· πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι ανησυχίες των ίδιων των νέων.

Η διαμόρφωση συμπεριφοράς και η ανάπτυξη δεξιοτήτων πρέπει να θεωρείται ατέρμων διαδικασία. Όπου ήδη εφαρμόζονται σχολικά προγράμματα αγωγής υγείας, το θέμα AIDS/ΣΜΝ πρέπει να ολοκληρώνεται στα πλαίσια αυτών των προγραμμάτων. Πρέπει να διδάσκονται θέματα σεξουαλικότητας, αυτο-εκτιμήσεως, επικοινωνίας και λήψεως αποφάσεων σε σχέση με την αγωγή για το AIDS και τα ΣΜΝ. Αν αυτό δεν είναι άμεσα εφικτό, η ειδική αγωγή για το AIDS και τα ΣΜΝ πρέπει να θεωρείται μεταβατική λύση. Μια τέτοια επιλογή δεν ενδείκνυται για μακροχρόνιο διάστημα, επειδή το θέμα μπορεί να μην καλυφθεί σε όλη την έκτασή του ή να επιβαρύνει υπέρμετρα τα εφαρμοζόμενα αναλυτικά προγράμματα.

- Ένα σχολικό πρόγραμμα αγωγής υγείας για το AIDS και τα ΣΜΝ πρέπει να δομηθεί στη βάση των παραδόσεων, των πεποιθήσεων, των αξιών, της συμπεριφοράς και των εκπαιδευτικών προτύπων της κοινωνίας. Πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες και τις ανησυχίες, τόσο των νέων ανθρώπων όσο και εκείνων που τους φροντίζουν και εργάζονται μαζί τους.
- Πολλοί σημαντικοί λόγοι επιβάλλουν τη συνεργασία με τους γονείς και με άλλα μέλη της κοινότητας, με όποιον τρόπο θεωρείται κατάλληλος, στον τομέα της αγωγής για το AIDS και τα ΣΜΝ.
- Εφόσον οι διδάσκοντες έρχονται σε καθημερινή επαφή με τους μαθητές τους και είναι καλά προετοιμασμένοι για να προσελκύσουν το ενδιαφέρον τους και να ολοκληρώσουν την αγωγή για το AIDS και τα ΣΜΝ στα πλαίσια που καθορίζει το αναλυτικό πρόγραμμα, τυπικά και άτυπα, πρέπει και οι ίδιοι και τα συλλογικά όργανά τους να λαμβάνουν ενεργό μέρος σε όλα τα στάδια της σχεδίασεως, εφαρμογής και αξιολογήσεως του αναλυτικού προγράμματος.
- Το περιβάλλον στην αίθουσα και γενικά στο σχολείο ασκεί σημαντική επίδραση στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων για το AIDS και τα ΣΜΝ. Η δημιουργία περιβάλλοντος, βασισμένου στο σεβασμό, την

εμπιστοσύνη και τη γνώση των ομοιοτήτων και των διαφορών, θα διευκολύνει την αφομοίωση των διδασκόμενων θεμάτων, την ανάπτυξη δεξιοτήτων και την αναθεώρηση αξιών. Η σχολική αγωγή υγείας στα θέματα του AIDS και των ΣΜΝ συχνά επηρεάζει τα προσωπικά συναισθήματα και τη συμπεριφορά· έτσι, πρέπει τόσο οι διδάσκοντες όσο και οι διδασκόμενοι να νιώθουν άνετα, ώστε να μπορούν να εκφράζονται ελεύθερα και να σχολιάζουν τις νέες ιδέες και αντιλήψεις, χωρίς το φόβο ότι θα υποβληθούν σε κριτική ή θα αποδοκιμαστούν.

- Στα σχολεία, δίνονται πολλές ευκαιρίες για αναφορά στο AIDS και τα ΣΜΝ έξω από τα τυπικά πλαίσια του προγράμματος. Αυτές οι άτυπες αναφορές ενισχύουν το τυπικό μέρος του προγράμματος για το AIDS και τα ΣΜΝ. Αν δεν ακολουθείται επίσημο πρόγραμμα, οι άτυπες αναφορές μπορούν να υποκαταστήσουν την αγωγή υγείας στον τομέα του AIDS και των ΣΜΝ.
- Αναπτυξιακές στρατηγικές και μέτρα εφαρμογής, με τα οποία θα επιτευχθεί αποδοχή του προγράμματος, πρέπει οπωσδήποτε να περιλαμβάνονται στη διαδικασία σχεδιασμού. Επιβάλλεται να δίνονται ευκαιρίες σε όσους διαφωνούν με το πρόγραμμα να εκφράζουν τις αντιρρήσεις τους, που πρέπει να εξετάζονται με προσοχή. Οι συζητήσεις αυτού του είδους παρέχουν καλές ευκαιρίες για μάθηση από τους σχεδιαστές του προγράμματος, αλλά και από εκείνους των οποίων ζητείται η γνώμη.
- Συχνά, οι φόβοι των γονέων, του προσωπικού, των νέων ανθρώπων και της κοινότητας εστιάζονται στο σχολείο, επειδή δεν έχει γίνει κατανοητό πώς μεταδίδεται ο HIV· ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα πρέπει να αποβλέπει στην πρόληψη του φόβου και των διακρίσεων μέσω της κατανοήσεως. Στο πρόγραμμα, πρέπει να τονίζεται το δικαίωμα των μαθητών και των μελών του προσωπικού που έχουν μολυνθεί με τον HIV να προστατεύουν την ιδιωτική τους ζωή και να συμμετέχουν πλήρως στις δραστηριότητες της σχολικής κοινότητας.
- Η ολοκλήρωση του σχολικού προγράμματος για το AIDS και τα ΣΜΝ θα διευκολυνθεί σημαντικά, αν όλα τα μέρη του είναι καλώς συντονισμένα.

Πολλά σχολεία ήδη πληρούν αρκετές από τις προϋποθέσεις αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος για το AIDS και τα ΣΜΝ. Η αγωγή για το AIDS και τα ΣΜΝ θα ολοκληρωθεί ευκολότερα μέσω της αποδοχής προσωπικών αξιών και της αναπτύξεως δεξιοτήτων. Πρέπει επομένως να περιλαμβάνεται και αγωγή σε θέματα σεξουαλικότητας, οικογενειακής ζωής, υγείας και υπευθυνότητας για τη δημιουργία οικογένειας και την ανατροφή παιδιών.

Αξιολόγηση

Πλήρης και συνεχής αξιολόγηση επιβάλλεται για την ολοκλήρωση του σχολικού προγράμματος αγωγής υγείας, για το AIDS και τα ΣΜΝ. Κατά το σχεδιασμό, πρέπει να λαμβάνεται πρόνοια για την αναθεώρηση του προγράμματος σε τακτά διαστήματα και να παρέχεται στους σχεδιαστές η ευκαιρία να το αναπροσαρμόζουν βάσει των ενδείξεων της αξιολογήσεως.

- Είναι απαραίτητο να αποφασισθεί ποιος θα αξιολογεί το πρόγραμμα. Κάποιος ειδικά εκπαιδευμένος αξιολογητής είναι το πλέον ενδεικνύμενο πρόσωπο για την αξιολόγηση. Εκπαιδευτικοί με ικανή πείρα στην αξιολόγηση εκπαιδευτικών διαδικασιών θα μπορούσαν να μετεκπαιδευθούν σε τεχνικές αξιολογήσεως για τους σκοπούς του προγράμματος. Ωστόσο, εξωτερικοί αξιολογητές θα μπορούσαν να προσδώσουν αντικειμενικότητα και να εξασφαλίζουν την εμπιστευτικότητα όπου χρειάζεται.
- Λόγω της προσωπικής φύσεως της αγωγής σε θέματα AIDS/ΣΜΝ και σεξουαλικότητας και της επιδιωκόμενης αλλαγής στη συμπεριφορά, οι αξιολογητές πρέπει να δεσμεύονται από ορισμένες ηθικές αντιλήψεις, μεταξύ αυτών και από το σεβασμό προς το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να έχει την ιδιωτική του ζωή.

Αναλυτικό πρόγραμμα

- Είναι σημαντικό να λάβουν όλοι οι μαθητές την κατά το δυνατόν καλύτερη αγωγή AIDS/ΣΜΝ, μέχρι την εποχή που θα αποφοιτήσουν. Το πρόγραμμα πρέπει να προσαρμόζεται στην ομάδα-στόχο και να καλύπτει το επίπεδο σπουδών (τάξη) ή την ηλικία, κατά την οποία το άτομο ενδέχεται να αρχίσει να συμπεριφέρεται με επικίνδυνο τρόπο.
- Η θέση της σχετικής με το AIDS και τα ΣΜΝ αγωγής στο αναλυτικό πρόγραμμα είναι σημαντική, επειδή τα συν-διδασκόμενα θέματα θα αποτελέσουν το πλαίσιο για να ληφθούν αποφάσεις για το περιεχόμενο, τον τρόπο διδασκαλίας και τους εκπαιδευτικούς που θα αναλάβουν τη διδασκαλία.
- Οι σχεδιαστές του προγράμματος πρέπει να κατανοούν τις αρχές και τους στόχους της προληπτικής αγωγής και της μεθοδολογίας σχεδίασεως προγραμμάτων. Πρέπει να γνωρίζουν τι είναι η λοίμωξη με τον HIV και τα ΣΜΝ, να είναι σε θέση να προετοιμάζουν προγράμματα, ώστε οι γνώσεις, οι δεξιότητες και οι στάσεις να αποτελέσουν ένα συμπαγές σύνολο, και να κατανοούν τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες διδασκόντων και διδασκόμενων.
- Εκτός από τις αυξανόμενες γνώσεις, τα προγράμματα AIDS/ΣΜΝ πρέπει να βοηθούν τους μαθητές να αναπτύξουν τις κατάλληλες δεξιότητες και στάσεις, να μεταβάλουν την επικίνδυνη συμπεριφορά τους και να αποθαρρύνουν τις διακρίσεις. Το περιεχόμενο του προγράμματος σε κάθε επίπεδο πρέπει να καθορίζεται σύμφωνα με τη σωματική και νοητική ανάπτυξη των μαθητών.
- Οι εκπαιδευτικοί και άλλοι παρουσιαστές του προγράμματος ίσως χρειασθεί να εκπαιδευθούν, ώστε να αποκτήσουν την ικανότητα να επιλέγουν τον καταλληλότερο τρόπο και την ανάλογη στρατηγική, για να διδάξουν τα σχετικά με το AIDS και τα ΣΜΝ θέματα.

Επιλογή διδακτικού προσωπικού

- Η ποιότητα και ο τρόπος παρουσιάσεως ενός προγράμματος AIDS/ΣΜΝ τελικά εξαρτώνται από τον παρουσιαστή· το ίδιο ισχύει και για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Πολλές εκπαιδευτικές αρχές θεωρούν ότι οι δάσκαλοι, εφόσον εκπαιδευθούν κατάλληλα, είναι ικανοί να παρουσιάσουν ένα τέτοιο πρόγραμμα, καθώς και ότι οι δάσκαλοι που είναι ιδιαίτερος αγαπητοί στους μαθητές είναι οι καλύτεροι υποψήφιοι για να εκπαιδευθούν.
- Η εκπαίδευση των παρουσιαστών του προγράμματος είναι ζήτημα με πρωταρχική σημασία για την επιτυχή ολοκλήρωση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος AIDS/ΣΜΝ. Για την κατάλληλη εκπαίδευση, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες των δασκάλων και των άλλων παρουσιαστών του προγράμματος και με βάση τις ανάγκες αυτές να σχεδιασθούν και να εφαρμοσθούν κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσεως. Οι καλώς εξοπλισμένοι και καταρτισμένοι παρουσιαστές θα μεταδώσουν ανάλογες γνώσεις στους νέους ανθρώπους, αλλά και θα επηρεάσουν τις δεξιότητες και τη συμπεριφορά τους.

Σκοπός της αγωγής υγείας

Ο σκοπός της σχολικής αγωγής υγείας είναι να προληφθεί και να ελεγχθεί η διασπορά του HIV και των ΣΜΝ και να αναβαθμισθεί το επίπεδο κατανόσεως των συναφών προβλημάτων. Το πρώτο βασικό βήμα για τη σχεδίαση σχολικών προγραμμάτων AIDS/ΣΜΝ είναι να τεθούν σαφείς σκοποί. Αν και οι σκοποί ενδέχεται να διαφοροποιούνται ανάλογα με τα τοπικά ήθη, είναι απαραίτητο τα σχολικά προγράμματα να σχεδιάζονται, να εφαρμόζονται και να αξιολογούνται έτσι, ώστε να διαπιστώνεται με βεβαιότητα ότι οι νέοι κατανόησαν τη φύση της λοιμώξεως με τον HIV και τις ενέργειες που μπορούν να κάνουν για να προστατευθούν, τόσο οι ίδιοι όσο και οι άλλοι, από τη

λοίμωξη με τον HIV και από τα ΣΜΝ και για να αντιμετωπίσουν το φόβο και τις διακρίσεις.

Στα περισσότερα εκπαιδευτικά συστήματα, διάφορα εμπόδια δεν επιτρέπουν την επίτευξη των σκοπών που έχουν τεθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα. Τα εμπόδια αυτά μπορεί να είναι μεγαλύτερα στη σχολική αγωγή υγείας που αφορά στο AIDS και τα ΣΜΝ από ό,τι σε άλλα προγράμματα και πρέπει να υπερπηδηθούν με ειλικρινή, αλλά ευαίσθητο τρόπο. Τέτοια εμπόδια πιθανόν να αντανακλούν:

- ανησυχία για την καλή υγεία και ευεξία των παιδιών
- απόρριψη των AIDS/ΣΜΝ ως υπαρκτού προβλήματος της κοινότητας·
- φόβο για την ενημέρωση των παιδιών για τους τρόπους, με τους οποίους προλαμβάνεται η διασπορά των HIV/ΣΜΝ·
- προβληματισμό· είναι το σχολείο ο κατάλληλος χώρος για αγωγή αυτού του είδους;

Για να θέσουν σαφείς στόχους και να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες εφαρμογής του προγράμματος, οι εκπαιδευτικές αρχές και οι ενώσεις των διδασκόντων χρειάζεται:

- Να υποστηριχθούν από και να συνεργασθούν με τους φορείς των εθνικών προγραμμάτων πρόληψης και ελέγχου του AIDS, τους γονείς, τους ηγέτες της κοινότητας και τις οργανώσεις νέων.
- Να διαθέτουν ικανή εμπειρία στην επίπτωση και τους αναμενόμενους ρυθμούς μεταδόσεως του HIV και των ΣΜΝ στην κοινότητα.

Χρειάζεται επίσης να διαθέτουν την ικανότητα:

- να αναλύουν και να συζητούν για τους ενδεχόμενους κινδύνους, καθώς και για τις ποικίλες μορφές επικίνδυνης συμπεριφοράς μεταξύ των νέων και των ενηλίκων,

- να επιχειρηματολογούν υπέρ της απόψεως ότι είναι απαραίτητο να περιληφθούν στη σχολική αγωγή υγείας το AIDS και τα ΣΜΝ, καθώς και η σεξουαλικότητα και άλλα συναφή ζητήματα υγείας, για να βοηθηθούν οι νέοι να αποκτήσουν γνώσεις, αξίες και δεξιότητες και να υποστηριχθούν, ώστε να διατηρούν την υγεία τους σε καλή κατάσταση και να αντιτίθενται στις διακρίσεις,
- να υποστηρίζουν ότι η σχολική αγωγή υγείας, όσον αφορά το AIDS και τα ΣΜΝ, είναι ζωτικό βήμα για να μειωθεί η διασπορά αυτών των νοσημάτων.

Μια αρχική εκτίμηση των ανησυχιών και των γνωμών που εκφράζονται, τόσο στο σχολείο όσο και στην κοινότητα, ίσως να είναι απαραίτητη· έτσι, οι σχεδιαστές θα συλλέξουν τα αναγκαία για την κατάρτιση ενός αποτελεσματικού προγράμματος στοιχεία. Συνεντεύξεις με ομάδα-πλότο, ερωτηματολόγια, έρευνες και άτυπες πληροφορίες που παρέχουν γιατροί, σύμβουλοι, εργαζόμενοι κοντά σε νέους, θρησκευτικοί ηγέτες, δάσκαλοι, νέοι και γονείς πρέπει να χρησιμοποιηθούν, για να συλλεχθούν στοιχεία για γνώσεις, στάσεις, συμπεριφορά και συνηθισμένες καταστάσεις που ενέχουν κινδύνους. Αυτά τα στοιχεία θα αποτελέσουν μια καλή βάση για συζήτηση και για το σχεδιασμό του προγράμματος.

Όσον αφορά τους περιορισμούς, οι εκπαιδευτικές αρχές πρέπει να είναι προσεκτικές στον τομέα των συμβιβασμών. Ενδέχεται να χρειασθεί να γίνουν κάποιοι συμβιβασμοί, ώστε να ληφθούν υπόψη και οι υποδείξεις ατόμων ή ομάδων που εκφράζουν ιδιόζουσες απόψεις. Ωστόσο, κάθε συμβιβασμός πρέπει να αξιολογείται έτσι, ώστε να διασφαλίζεται ότι δεν υποσκάπτει τους αρχικούς σκοπούς του προγράμματος, περιλαμβανομένης της ανάγκης να απευθύνονται σαφή μηνύματα στο νέο άνθρωπο, σχετικά με το πώς θα προστατεύει τόσο τον εαυτό του όσο και τους άλλους από τον HIV και τα ΣΜΝ και πώς θα καταπολεμά τις διακρίσεις.

Σε πολλά μέρη του κόσμου, οι σχεδιαστές προγραμμάτων θα χρειασθεί να ενημερωθούν ότι μερικοί από τους μαθητές που θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα ενδέχεται να έχουν ήδη μολυνθεί με τον HIV. Πολλοί μαθητές

ίσως να υποψιάζονται ότι είναι μολυσμένοι· όπου υπάρχει δυνατότητα ορολογικού ελέγχου, μερικοί μπορεί να το γνωρίζουν με βεβαιότητα. Οι νέοι που έχουν μολυνθεί με τον HIV αντιμετωπίζουν πολύπλοκα προβλήματα κοινωνικών-σεξουαλικών σχέσεων και εργασίας, ακριβώς όπως οι μαθητές που δεν έχουν μολυνθεί. Επιβάλλεται να καταρτισθούν προγράμματα για τη διευθέτηση προβλημάτων της μορφής αυτής, αλλά και για να βοηθηθούν οι μαθητές να αποκτήσουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες και το κουράγιο που ίσως χρειάζονται, για να αποφευχθεί μετάδοση του HIV σε άλλους. Η καλή υγεία τους είναι σημαντικό θέμα.

Οι ίδιες, πιο ασφαλείς, πρακτικές που προστατεύουν από τη λοίμωξη τους νέους που δεν έχουν μολυνθεί θα προστατεύσουν και τους νέους που έχουν μολυνθεί με τον HIV από ΣΜΝ και από περαιτέρω έκθεση στον HIV, η οποία θα επιβάρυνε περισσότερο το ανοσοποιητικό σύστημα. Ωστόσο, η αντιμετώπιση σε στενά ιατρικά πλαίσια δεν επαρκεί. Μελέτες υποδηλώνουν ότι δέκα χρόνια μετά τη μόλυνση με τον HIV σε 50% των μολυσμένων ατόμων η λοίμωξη θα εξελιχθεί σε AIDS. Επίσης, αυτό σημαίνει ότι μετά από δέκα χρόνια σε 50% των μολυσμένων ατόμων η λοίμωξη δεν θα έχει εξελιχθεί σε AIDS. Σε περιοχές όπου χρησιμοποιείται ζιδοβουδίνη ή άλλα φάρμακα, η αναλογία αυτή είναι ακόμη μεγαλύτερη. Η διάγνωση του AIDS συνήθως σημαίνει θάνατο μέσα σε λίγα χρόνια όμως, πολλοί άνθρωποι με AIDS έχουν ακόμη μπροστά τους αρκετά χρόνια παραγωγικής ζωής. Οι μολυσμένοι με τον HIV μαθητές χρειάζονται βοήθεια, για να κάνουν τις επιλογές τους στη ζωή, όχι μόνο για να αντιμετωπίσουν τη νόσο στην τελική φάση της, αλλά και για να ανταπεξέλθουν στην ενδιάμεση περίοδο, κατά την οποία σωματικώς θα αισθάνονται καλά.

Σκοποί και στόχοι της σχολικής αγωγής υγείας

AIDS/ΣΜΝ

Κατά την κατάρτιση του σχολικού προγράμματος αγωγής υγείας, όσον αφορά το AIDS και τα ΣΜΝ, οι εκπαιδευτικές αρχές σε συνεργασία με τις οργανώσεις των εκπαιδευτικών και με τις αρχές για τη δημόσια υγεία πρέπει να ορίσουν:

- το βασικό σκοπό,
- σειρά δευτερευόντων σκοπών,
- σειρά στόχων αναφορικά με τις γνώσεις, τις στάσεις, τις δεξιότητες και την υποστήριξη που είναι απαραίτητες για να επιτευχθεί ο σκοπός. Αυτοί οι στόχοι πρέπει να είναι τόσο επιτεύξιμοι όσο και μετρήσιμοι. Ωστόσο, η μέτρηση ίσως να είναι δύσκολη, ειδικά για συνιστώσες του προγράμματος, όπως η ανάπτυξη αξιών, αυτογνωσίας και δεξιοτήτων.

Στον κατάλογο που ακολουθεί αναφέρονται ο σκοπός και οι δευτερεύοντες σκοποί του σχολικού προγράμματος αγωγής υγείας που θα έχουν αποφασιστική συμβολή στο σύνολο των εθνικών προσπαθειών για την πρόληψη της περαιτέρω διασποράς του HIV και των ΣΜΝ.

Βασικός σκοπός

Προαγωγή τη συμπεριφοράς που προλαμβάνει τη μετάδοση του HIV και των ΣΜΝ.

Οι εκπαιδευτικές αρχές πρέπει να διασυνδεθούν με τις αρχές δημόσιας υγείας, τους εκπροσώπους των εκπαιδευτικών, γονείς, νέους και διάφορες ομάδες της κοινότητας, για να θέσουν στόχους που θα συμβάλουν στην εκπλήρωση των βασικών και των δευτερευόντων σκοπών του προγράμματος, αλλά και θα βρίσκονται σε αρμονία με τα τοπικά ήθη. Οι στόχοι πρέπει να καθορισθούν βάσει των δευτερευόντων σκοπών, να υπάρχει δυνατότητα να αξιολογηθούν πλήρως και, σε ιδανικές καταστάσεις, να αφορούν σε γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις σχετικές με τα ακόλουθα ζητήματα:

- Φύση του AIDS και των ΣΜΝ
- Μετάδοση του AIDS και των ΣΜΝ
- Σεξουαλική συμπεριφορά
- Επικίνδυνη συμπεριφορά
- Συμπεριφορά που μειώνει τον κίνδυνο
- Σεξουαλικές σχέσεις
- Πολιτισμικά και θρησκευτικά έθιμα
- Αυτο-εκτίμηση
- Λήψη αποφάσεων βασισμένη σε ορθές πληροφορίες
- Επικοινωνία-διαπραγμάτευση και ανθρώπινες σχέσεις
- Γενικά περί σχέσεων
- Καταπολέμηση των διακρίσεων
- Γνώσεις για τις τρέχουσες δραστηριότητες προλήψεως και ελέγχου των AIDS/ΣΜΝ (εθνικά και τοπικά προγράμματα και υπηρεσίες)

Οι στόχοι πρέπει να είναι απλοί και διατυπωμένοι με σαφήνεια και λακωνικότητα, ώστε να είναι εύκολο να αξιολογηθούν. Ο καθορισμός στόχων και η χρήση ειδικών δεικτών, για να εκτιμάται κατά πόσον εκπληρώνονται οι αντικειμενικοί σκοποί, συμβάλλουν σημαντικά στην αξιολόγηση του προγράμματος. Στοιχεία από την αρχική εκτίμηση πρέπει να χρησιμοποιούνται για να εξακριβώνεται σε ποια πεδία γνώσεων, στάσεων και πρακτικών πρέπει να εστιάζεται το πρόγραμμα. Αντικειμενικοί σκοποί και στόχοι που σχετίζονται με αυτά πρέπει να λαμβάνουν άμεση προτεραιότητα κατά την αξιολόγηση.

Αποδοχή των προγραμμάτων AIDS/ΣΜΝ

Η επιτυχημένη ολοκλήρωση της σχολικής αγωγής εξαρτάται, όσον αφορά το AIDS και τα ΣΜΝ, από την αποδοχή και την υποστήριξη της από:

- τους διευθυντές των σχολείων,
- τους εκπαιδευτικούς και τους αντιπροσωπευτικούς οργανισμούς τους,
- τους κυβερνητικούς αρμοδίους,
- την κοινότητα στο σύνολο της,
- τους γονείς,
- τους μαθητές,
- άλλες ειδικές ομάδες, όπως οι πολιτισμικές και οι θρησκευτικές.

Επίσης, είναι πιθανόν ότι το πρόγραμμα θα γίνει αποδεκτό, αν υποστηριχθεί από κάποιον σημαντικό κλάδο των εθνικών προγραμμάτων για την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS και των ΣΜΝ. Αναπτυξιακές στρατηγικές και συμπληρωματικές δραστηριότητες για να επιτευχθεί η αποδοχή του προγράμματος αποτελούν βασικό μέρος του σχεδιασμού.

Μερικές στρατηγικές, που πιθανόν να αυξήσουν την πιθανότητα αποδοχής του προγράμματος, είναι:

- Να διασφαλισθεί ότι θα ενημερωθούν πλήρως όλα τα ενδιαφερόμενα άτομα και ομάδες.
- Να προσδιορισθούν και να διευθετηθούν οι ανησυχίες ατόμων ή ομάδων, που πιθανόν να δυσκολεύονται να αποδεχθούν το πρόγραμμα.
- Να δημιουργηθούν ευκαιρίες για εκτενή ενημέρωση σχετικά με το AIDS και τα ΣΜΝ.
- Να επιδιωχθεί η συμμετοχή όσο το δυνατόν περισσότερων ατόμων και ομάδων στη λήψη αποφάσεων στα στάδια του σχεδιασμού και της εφαρμογής.

- Να προβλεφθεί διαδικασία για ευπρόσδεκτη ανατροφοδότηση.

Δεν χρειάζεται να τονισθεί η σπουδαιότητα της συμμετοχής στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ατόμων και ομάδων, που πιθανόν να αποδεχθούν με δυσκολία τα προγράμματα AIDS/ΣΜΝ. Επίσης, πρέπει να λάβουν μέρος άτομα με ιδιαίτερα προβλήματα, όπως οι γονείς των μολυσμένων με τον HIV μαθητών ή οι ίδιοι οι μαθητές. Οι ποικίλες γνώμες εξισορροπούνται και οι μύθοι, οι φόβοι και οι παρανοήσεις διαλύονται, μόνον εφόσον υπάρχει επικοινωνία· το κλειδί για να μειωθεί η αντίσταση είναι η θετική επικοινωνία. Αν πρόκειται να επηρεάσουμε όσους αφορά το πρόγραμμα, ώστε να το υποστηρίξουν, πρέπει προηγουμένως να κατασιγάσουμε τις ανησυχίες τους.

Συμμετοχή των γονέων και της τοπικής κοινότητας στα προγράμματα AIDS/ΣΜΝ

Σχεδόν σε κάθε κοινωνία και σε κάθε πολιτισμό, αναγνωρίζεται ο ρόλος των γονέων ή άλλων ενηλίκων συγγενών στην αγωγή των παιδιών ως προς την κοινωνική και σεξουαλική συμπεριφορά. Ωστόσο, σε όλο τον κόσμο οι υγειονομικές και εκπαιδευτικές αρχές αναγνωρίζουν ότι η σχολική αγωγή υγείας, περιλαμβανομένων των προγραμμάτων με αντικείμενο τη σεξουαλικότητα και τα κοινωνικά ζητήματα, έχουν σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας. Η αντίληψη περί δασκάλων που συμπληρώνουν το έργο της οικογένειας δεν είναι νέα, αλλά πρέπει να αποκτήσει μεγαλύτερη βαρύτητα, εάν πρόκειται όλοι οι νέοι να λάβουν ικανοποιητική αγωγή για το AIDS και τα ΣΜΝ.

Διατίθενται αρκετές στρατηγικές:

- (α) Η κοινότητα και οι γονείς πληροφορούνται για το σχολικό πρόγραμμα AIDS/ΣΜΝ.
 - (β) Παρέχεται στους γονείς η ευκαιρία να εγκρίνουν τη συμμετοχή των παιδιών τους στο πρόγραμμα.
 - (γ) Η κοινότητα και οι γονείς συμμετέχουν:
- λαμβάνοντας γραπτώς πληροφορίες για το σχολικό πρόγραμμα·

- λαμβάνοντας πρόσκληση ή καλούμενοι προφορικώς σε συνάντηση στο σχολείο, για να συζητήσουν για το πρόγραμμα·
- παρακολουθώντας τα μαθήματα AIDS/ΣΜΝ μαζί με τα παιδιά τους·
- βοηθώντας στην εφαρμογή του προγράμματος (για παράδειγμα, ως μέλη της ομάδας διδασκαλίας)·
- διδάσκοντας το πρόγραμμα.

Η συμμετοχή γονέων ή/και άλλων μελών της κοινότητας σε ένα πρόγραμμα AIDS/ΣΜΝ ενδέχεται να φέρει στην επιφάνεια κάποιο από τα ακόλουθα ζητήματα.

- Να αποδεχθούν οι γονείς ότι τα σχολεία έχουν τη δυνατότητα παροχής γνώσεων για το AIDS και τα ΣΜΝ με ακρίβεια, αντικειμενικότητα και σεβασμό στην ιδιωτική ζωή των ανθρώπων και ότι διατίθενται αποτελεσματικοί τρόποι διδασκαλίας γι' αυτό το σκοπό.
- Να αποδεχθούν την ευθύνη να συνδράμουν για την ανάπτυξη γνώσεων, δεξιοτήτων και αξιών που θα καλύπτουν ολόκληρο το φάσμα των αναγκών των μαθητών, τωρινών και μελλοντικών.
- Να διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει διάσταση απόψεων ανάμεσα στις απόψεις των γονέων και στους αντικειμενικούς σκοπούς του προγράμματος.

Τα πλεονεκτήματα που ενδεχομένως θα αποφέρει η συμμετοχή γονέων και μελών της κοινότητας σε κάποιο σχολικό πρόγραμμα AIDS/ΣΜΝ είναι ότι:

- Οι γονείς και άλλοι ενήλικοι αυξάνουν τις γνώσεις τους και κατανοούν καλύτερα το πρόβλημα των HIV/ΣΜΝ.
- Το πρόγραμμα γίνεται αξιόπιστο.
- Αυξάνεται η πιθανότητα να γίνει το πρόγραμμα ευρύτερα αποδεκτό.
- Αναγνωρίζεται ο ρόλος των γονέων.
- Θα κινητοποιηθούν ευκολότερα οι γονείς και θα δώσουν τη δέουσα προσοχή.

- Υποστηρίζεται ο παρουσιαστής του προγράμματος.
- Ενθαρρύνεται η επιλογή παρουσιαστών του προγράμματος, αποδεκτών από την κοινότητα.
- Αυξάνεται η πιθανότητα να υπάρχει στο μήνυμα για το AIDS και τα ΣΜΝ συνέπεια, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο.
- Ενισχύεται ο σύνδεσμος σπιτιού-σχολείου για συνεργασία και σε άλλα θέματα.
- Διευκολύνεται η επικοινωνία γονέων-παιδιών.

Μειονεκτήματα μπορεί να είναι:

- Καθυστερήσεις στην έναρξη του προγράμματος, επειδή χρειάζεται χρόνος για επαφές και διάλογο.
- Ότι κάποιοι γονείς δεν θα επιτρέψουν στα παιδιά τους να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα ή, τουλάχιστον, θα δυσαρεστηθούν.
- Ότι χρειάζεται προσεκτικός σχεδιασμός.
- Ότι χρειάζεται προσωπικό και γονείς να «ανοίξουν τα χαρτιά» τους σε μian αντιφατική περιοχή.

Παρά τα μειονεκτήματα, η εμπειρία από πολλές χώρες έχει δείξει το όφελος από την πλήρη συμμετοχή γονέων και άλλων μελών της κοινότητας στην αγωγή υγείας. Πολύ συχνά, βρίσκονται γονείς ή μέλη της κοινότητας, όπως εργαζόμενοι σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας, που υποβοηθούν το σχολικό πρόγραμμα αγωγής υγείας. Επίσης, η κοινότητα συχνά παρέχει υποστήριξη μέσω ποικίλων οργανισμών, π.χ. με ομάδες εθελοντών και ειδικές υπηρεσίες.

Ομάδες-στόχοι των τυπικών προγραμμάτων AIDS/ΣΜΝ

Είναι ουσιώδες να έχουν λάβει όλοι οι μαθητές, τελειώνοντας το σχολείο, την καλύτερη δυνατή αγωγή AIDS/ΣΜΝ. Η σχολική αγωγή υγείας για το AIDS πρέπει να συμβαδίζει με το ψυχοκοινωνικό επίπεδο αναπτύξεως των μαθητών. Αγωγή στον τομέα της προλήψεως πρέπει να παρέχεται στους μαθητές πριν φθάσουν σε ηλικία, κατά την οποία είναι πιθανόν να εμφανισθεί επικίνδυνη συμπεριφορά. Η αγωγή πρέπει να στοχεύει σε κάθε βαθμίδα σπουδών, επειδή γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες αφομοιώνονται καλύτερα με την πάροδο του χρόνου και επειδή συχνά χρειάζεται να ενισχύονται και πάλι. Σε μερικές χώρες, οι εκπαιδευτικές βαθμίδες είναι ανεξάρτητες από την ηλικία· άρα, είναι σημαντικό να έχουμε πάντοτε κατά νουν την ηλικία των μαθητών. Αν οι περισσότεροι μαθητές ολοκληρώνουν την εκπαίδευσή τους σε συγκεκριμένη βαθμίδα, η αγωγή AIDS/ΣΜΝ πρέπει να είναι σύμφωνη με την ανάπτυξή τους και να ολοκληρώνεται σε αυτή τη βαθμίδα ή σε προηγούμενη.

Μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή ομάδας-στόχου είναι οι ακόλουθοι:

- Οι πολιτισμικές, θρησκευτικές ή φιλοσοφικές αξίες της κοινότητας που σχετίζονται με την ηλικία, στην οποία θα μπορούσε να αρχίζει η αγωγή για τη σεξουαλικότητα.
- Η ύπαρξη τομέων του προγράμματος που να παρέχουν κατάλληλο πλαίσιο διδασκαλίας για το AIDS και τα ΣΜΝ.
- Η ηλικία ενάρξεως της ήβης, της ερωτικής δραστηριότητας και εφόσον σχετίζεται, της χρήσεως ενέσιμων ναρκωτικών.
- Η ωριμότητα των μαθητών για αγωγή σε θέματα AIDS/ΣΜΝ.
- Η έκταση, στην οποία γίνεται αποδεκτή η αγωγή AIDS/ΣΜΝ από μαθητές και γονείς.

Η επιλογή ομάδας-στόχου επηρεάζεται και από το βαθμό, στον οποίο το εκπαιδευτικό σύστημα δίνει έμφαση στην αγωγή AIDS/ΣΜΝ, καθώς και από το αν αυτή ολοκληρώνεται κατά την περίοδο της φοιτήσεως του παιδιού.

Συμβουλεύουμε τις εκπαιδευτικές αρχές, καθώς θα αναλύουν αυτούς τους παράγοντες, να λάβουν υπόψη τους ό,τι έχει γίνει γνωστό για την καταλληλότητα των ομάδων-στόχων σε άλλες παρόμοιες περιοχές. Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι ο πλέον κατάλληλος χρόνος για να αρχίζει η αγωγή σε θέματα ναρκωτικών, σεξουαλικότητας και πληθυσμού είναι η περίοδος πριν από την έναρξη της επικίνδυνης συμπεριφοράς.

Είναι σημαντικό, σε κάθε σχολείο, όλοι να συνειδητοποιήσουν ότι αποτελούν μέρος ενός δικτύου που παρέχει υψηλής ποιότητας αγωγή για την πρόληψη των AIDS/ΣΜΝ.

Το γενικό πλαίσιο της αγωγής AIDS/ΣΜΝ

Το γενικό πλαίσιο που θα επιλεγεί για την αγωγή AIDS/ΣΜΝ θα αποτελέσει ταυτόχρονα το πλαίσιο για να ληφθούν αποφάσεις για το περιεχόμενό της, τον τρόπο διδασκαλίας που θα υιοθετηθεί και το ποιοι θα διδάξουν το πρόγραμμα· ενδεχομένως και να διευκολύνει τη λήψη αυτών των αποφάσεων.

Χρειάζεται να διερευνηθούν τα ακόλουθα ζητήματα:

- Πρέπει η αγωγή AIDS/ΣΜΝ να αποτελέσει ξεχωριστό μάθημα του αναλυτικού προγράμματος, εκτός από αυτά που έχει ήδη προβλέψει το εκπαιδευτικό σύστημα;
- Πρέπει η αγωγή AIDS/ΣΜΝ να θεωρηθεί μέρος κάποιου μαθήματος του αναλυτικού προγράμματος, που να αναφέρεται σε θέματα υγείας;
- Πρέπει η αγωγή AIDS/ΣΜΝ να ολοκληρώνεται, με τον κατάλληλο τρόπο, στο πλαίσιο της διδασκαλίας άλλων μαθημάτων;

Η αγωγή AIDS/ΣΜΝ θα μπορούσε να αποτελέσει μέρος της διδασκαλίας ενός ή περισσότερων από τα ακόλουθα θέματα:

- Σεξουαλικότητα
- Πληθυσμός
- Υγεία
- Οικογενειακή ζωή.

Ποιος θα σχεδιάσει το αναλυτικό πρόγραμμα AIDS/ΣΜΝ και τις στρατηγικές του προγράμματος;

Για να απαντηθεί αυτό το ερώτημα, πρέπει να διευκρινισθεί, αν τα αναλυτικά προγράμματα AIDS/ΣΜΝ θα σχεδιασθούν:

- σε σχολικό επίπεδο (με βάση το σχολικό πρόγραμμα).
- σε κεντρικό επίπεδο.
- και στα δύο επίπεδα.

Σε μερικά εκπαιδευτικά συστήματα, έχουν καθιερωθεί μέθοδοι για τη σχεδίαση αναλυτικών προγραμμάτων και δεν χρειάζεται να ληφθούν ειδικές αποφάσεις. Σε άλλα, είναι απαραίτητο να ληφθεί σαφής απόφαση. Πρέπει να επιλεγούν σχεδιαστές προγραμμάτων που να είναι γνώστες των μεθόδων σχεδιασμού, εκτιμήσεως των αναγκών, κατάρτισεως αναλυτικών προγραμμάτων, διδασκαλίας και αξιολογήσεως. Επίσης, οι σχεδιαστές του προγράμματος πρέπει να αντιλαμβάνονται τα περίπλοκα ζητήματα που δημιουργούν τα AIDS/ΣΜΝ στην επικοινωνία.

Σε σχολικό επίπεδο

Το πρόγραμμα μπορούν να σχεδιάσουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα πρόσωπα:

- Επιτροπή που να αποτελείται από εκπροσώπους των οργανώσεων των εκπαιδευτικών, μέλη του προσωπικού, γονείς, μαθητές, εργαζόμενους σε σχετικές δημόσιες υπηρεσίες (π.χ. στο Υπουργείο Υγείας, στο τοπικό

κέντρο υγείας ή στην υπηρεσία οικογενειακού προγραμματισμού) και οργανώσεις (π.χ. ομάδες νέων)

- Από κάποιον ανεξάρτητο φορέα ή πρόσωπο, που να είναι σε θέση να αναλάβει και να εφαρμόσει το πρόγραμμα ή να εποπτεύει την εφαρμογή του
- Από το σχολικό σύμβουλο (ψυχολόγο).

Σε κεντρικό επίπεδο

Το πρόγραμμα μπορούν να σχεδιάσουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα πρόσωπα:

- Ειδική υπηρεσία του Υπουργείου Παιδείας (π.χ. η Υπηρεσία Αγωγής Υγείας)
- Ειδικές υπηρεσίες άλλου Υπουργείου (π.χ. η Υπηρεσία Αγωγής AIDS/ΣΜΝ του Υπουργείου Υγείας)
- Εξωτερικός φορέας (π.χ. η Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού)
- Ειδικοί της Εθνικής Επιτροπής AIDS και του Εθνικού Προγράμματος για την Πρόληψη και τον Έλεγχο των ΣΜΝ.

Αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων

AIDS/ΣΜΝ

Σκοπός της αξιολογήσεως

Η αξιολόγηση της σχολικής αγωγής υγείας AIDS/ΣΜΝ πρέπει να αφορά τόσο στην πρόοδο του προγράμματος όσο και στο τελικό αποτέλεσμα. Πρέπει να παρέχει στο σχεδιαστή του προγράμματος μια εικόνα του πώς εφαρμόστηκε το πρόγραμμα και αν οι στόχοι και οι αντικειμενικοί σκοποί εκπληρώθηκαν.

Για να βελτιωθεί η σχολική αγωγή υγείας AIDS/ΣΜΝ, οι αξιολογητές πρέπει να προσδιορίσουν το επίπεδο των γνώσεων, τις απόψεις και τη συμπεριφορά των μαθητών πριν να αρχίσει η εφαρμογή του προγράμματος και

κατόπιν να εκτιμήσουν την επίδραση του προγράμματος σε αυτούς τους παράγοντες. Οι παράγοντες μπορεί να μεταβληθούν ταχύτατα μεταξύ των μαθητικών πληθυσμών από χρόνο σε χρόνο. Με βάση αυτά τα στοιχεία, τα προγράμματα μπορούν να αναθεωρούνται, κατά τρόπο που να καλύπτει τις ανάγκες της ομάδας-στόχου. Κατόπιν, οι αξιολογητές πρέπει να εκτιμούν την επίδραση του αναθεωρημένου προγράμματος, επειδή η αξιολόγηση είναι αέναη διαδικασία. Η αξιολόγηση δεν είναι προαιρετικό συμπλήρωμα του προγράμματος· πρέπει να αποτελεί ουσιαστικό μέρος για την ολοκλήρωση ενός σχολικού προγράμματος αγωγής υγείας. Παρέχει στους συντονιστές του προγράμματος πληροφορίες, σχετικές με άλλες όψεις του εθνικού προγράμματος για την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS, καθώς και στοιχεία για την αποτελεσματικότητα του σχολικού προγράμματος.

Πλεονεκτήματα της αποτελεσματικής αξιολογήσεως ενός προγράμματος AIDS/ΣΜΝ

Εάν η σχολική αγωγή υγείας AIDS/ΣΜΝ αξιολογείται σωστά, το εκπαιδευτικό σύστημα θα είναι σε θέση:

- να βελτιώσει την παρεχόμενη εκπαίδευση·
- να διαπιστώσει σε ποιο βαθμό οι μαθητές αφομοιώνουν γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες και αν χρειάζονται υποστήριξη για να αποφύγουν προβλήματα υγείας που είναι δυνατόν να προληφθούν, όπως η λοίμωξη με τον HIV και η χρήση ναρκωτικών, και να απαλλαγούν από αδικαιολόγητους φόβους και διακρίσεις·
- να ενημερώσει το Υπουργείο Υγείας ή την Εθνική Επιτροπή AIDS ότι διεξάγονται αποτελεσματικά προγράμματα.

Αν ένα πρόγραμμα AIDS/ΣΜΝ αξιολογηθεί αποτελεσματικά, τα μεμονωμένα σχολεία θα έχουν τη δυνατότητα:

- να βελτιώσουν το πρόγραμμα, αναθεωρώντας τους αντικειμενικούς σκοπούς, το περιεχόμενο και τις στρατηγικές, σύμφωνα με τις τρέχουσες ανάγκες·
- να κάνουν τους γονείς και την κοινότητα να εκτιμήσουν τις επιτυχίες του προγράμματος και να ζητήσουν αλλαγές, όποτε το κρίνουν σκόπιμο·
- να εξακριβώσουν κατά πόσον το πρόγραμμα καλύπτει τις ανάγκες των μαθητών και τις ανησυχίες των διδασκόντων και κατά πόσον ακολουθείται ο σχεδιασμός κατά την εφαρμογή·
- να αξιολογήσουν την ποιότητα της εκπαίδευσης των διδασκόντων και τη διδασκαλία.

Ηθικά ζητήματα

Λόγω της προσωπικής φύσεως της αγωγής AIDS/ΣΜΝ και της σεξουαλικότητας, καθώς και της επιδιωκόμενης επιρροής στη συμπεριφορά, οι αξιολογητές πρέπει να έχουν υπόψη τους κάποια ηθικά ζητήματα· ανάμεσά τους, το δικαίωμα του ατόμου στην ιδιωτική του ζωή, όπως αυτό εκφράζεται με την εμπιστευτικότητα και την ανωνυμία. Η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων έχει πρωταρχική σημασία για τον έλεγχο της διασποράς των AIDS/ΣΜΝ· ωστόσο, δεν πρέπει να διακυβεύεται το δικαίωμα του ατόμου να έχει την ιδιωτική του ζωή.

Η κατάρτιση κώδικα ηθικής στη βάση της ιδιωτικής ζωής του ατόμου και άλλων συναφών ζητημάτων αποτελεί σημαντικό μέρος της αξιολογήσεως.

Στη διαδικασία της αξιολογήσεως μπορούν να ενσωματωθούν μηχανισμοί για να εξασφαλισθεί η ανωνυμία (συνεντεύξεις σε συνεργάτες που να μένουν μακριά από την περιοχή, αντικατάσταση των ονομάτων με αριθμούς στα έντυπα των συνεντεύξεων, συμπλήρωση ερωτηματολογίων ανωνύμως).

Αν δεν είναι δυνατόν να εξασφαλισθεί ανωνυμία, οι αξιολογητές μπορούν να αποφασίσουν να παραλείψουν ερωτήσεις ή εκτιμήσεις σχετικές με τα HIV/ΣΜΝ και με τις σεξουαλικές συνήθειες των ατόμων. Αντ' αυτών, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες γενικά στοιχεία για την ομάδα ως

σύνολο (π.χ. αριθμοί για τους προσβληθέντες από HIV/ΣΜΝ στην κοινότητα σύμφωνα με ευρύτερες έρευνες ή έρευνες υπηρεσιών φροντίδας υγείας).

Ύλη των αναλυτικών προγραμμάτων AIDS/ΣΜΝ

Το βασικό πλαίσιο διδασκαλίας των AIDS/ΣΜΝ θα επηρεάσει την ύλη του προγράμματος. Συχνά, η ύλη επιλέγεται σε σχολικό επίπεδο, ενώ οι γενικές κατευθύνσεις συνήθως δίνονται από το εκπαιδευτικό σύστημα. Η εκτίμηση των αναγκών των μαθητών αποτελεί βασική συνιστώσα των γενικών κατευθύνσεων. Όπως και για τους αντικειμενικούς σκοπούς, στην ύλη πρέπει να συνδυάζονται γνώσεις, δεξιότητες και αξίες.

Ακολουθούν παραδείγματα ύλης που μπορεί να περιέχει το πρόγραμμα.

Γνώσεις

- Τι είναι ο HIV; Τι είναι η λοίμωξη με τον HIV; Τι είναι το AIDS;
- Τι είναι τα ΣΜΝ;
- Τι προκαλεί το AIDS και τα ΣΜΝ;
- Πώς μεταδίδονται ο HIV και τα ΣΜΝ; Πώς δεν μεταδίδονται;
- Ποιοι μολύνονται με τον HIV και τα ΣΜΝ;
- Τι μπορούν να κάνουν τα άτομα για να προλάβουν τη μετάδοση των HIV /ΣΜΝ και να διατηρηθούν υγιή; (Αν το άτομο είναι αρνητικό για HIV; Αν είναι θετικό για HIV;)

Οι εκπαιδευτικές αρχές, οι εκπρόσωποι των εκπαιδευτικών και άλλοι σχεδιαστές χρειάζεται να εξετάσουν αρκετούς σημαντικούς παράγοντες, πριν αποφασίσουν για την ύλη του προγράμματος· σε αυτούς περιλαμβάνονται και οι ακόλουθοι:

- τα πρότυπα ενηλικιώσεως και αναπτύξεως των παιδιών και των εφήβων στη συγκεκριμένη περιοχή. Η αποτελεσματική εκπαίδευση εξαρτάται πάντοτε από τη σωματική και πνευματική ωριμότητα του εκπαιδευόμενου·

- τα ήθη και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις της κοινότητας·
- τοπικά δεδομένα, σχετικά με:
 - τους κυριότερους τρόπους μεταδόσεως των HIV/ΣΜΝ,
 - την επίπτωση των HIV/ΣΜΝ μεταξύ των εφήβων, τη χρήση ενδοφλεβίως ναρκωτικών, άλλες διατρητικές του δέρματος πρακτικές και τη σεξουαλική συμπεριφορά,
 - τον τρέχοντα και το μελλοντικό κίνδυνο να μολυνθούν οι έφηβοι με τον HIV και τα ΣΜΝ,
 - τις διαφορές μεταξύ των μαθητών από αγροτικές και των μαθητών από αστικές περιοχές.
 - την ηλικία, στην οποία ολοκληρώνεται η υποχρεωτική εκπαίδευση (σε μερικές χώρες υπάρχει διαφορά μεταξύ της ηλικίας που προβλέπει ο νόμος και της πραγματικής ηλικίας αποφοιτήσεως)·
- ζητήματα ηθικής, π.χ. παραβιάζεται η ιδιωτική ζωή του μαθητή από την οικογένειά του;

Αναγνωρίζεται σαφώς ότι το να επηρεασθεί η συμπεριφορά είναι ζήτημα περίπλοκο και ότι χρειάζονται πολλές προσπάθειες γι' αυτό.

Είναι δύσκολο να υποδειχθεί σαφώς ο αριθμός των ωρών του σχολικού προγράμματος που πρέπει να διατεθούν για την αγωγή AIDS/ΣΜΝ. Μέχρι σήμερα, σχετικώς λίγα προγράμματα έχουν εφαρμοσθεί σε σχολεία και αυτά δεν έχουν αξιολογηθεί σε έκταση. Ωστόσο, η προληπτική αγωγή είναι διαδικασία, για την οποία συχνά δαπανάται αρκετός χρόνος μέσα στην αίθουσα, ειδικά για την ανάπτυξη δεξιοτήτων. Επίσης, συχνά, υπάρχει ανάγκη για επαναλήψεις και επέκταση των μαθημάτων σε περισσότερες τάξεις, ώστε κάποιες ιδιαίτερες πλευρές να παρουσιασθούν στους μαθητές την εποχή που θα είναι σε θέση να τις κατανοήσουν καλύτερα.

Διδασκαλία AIDS/ΣΜΝ

Ένας αποτελεσματικός παρουσιαστής προγράμματος AIDS/ΣΜΝ πρέπει:

- να θέλει να διδάξει για τα AIDS/ΣΜΝ.
- να έχει ικανοποιητικές γνώσεις για τον HIV και τα ΣΜΝ, για τη μετάδοση και την πρόληψή τους.
- να γίνει αποδεκτός από το προσωπικό του σχολείου, την κοινότητα και τους μαθητές.
- να είναι εχέμυθος και αντικειμενικός.
- να ενδιαφέρεται για την ευημερία των μαθητών.
- να είναι εξοικειωμένος και να χρησιμοποιεί με άνεση τη σεξουαλική ορολογία και να συζητεί για σεξουαλικά θέματα.
- να γνωρίζει ικανοποιητικά το αναλυτικό πρόγραμμα στο σύνολό του και τους τρόπους, με τους οποίους μπορούν να εναρμονισθούν τα θέματα AIDS/ΣΜΝ με την ύλη των άλλων μαθημάτων.
- να σέβεται τις αντιλήψεις των μαθητών και των οικογενειών τους.
- να είναι αποτελεσματικός στην επικοινωνία με τους άλλους.
- να απλοποιεί με αποτελεσματικό τρόπο τη μάθηση στην αίθουσα διδασκαλίας.
- να πλησιάζεται εύκολα από τους μαθητές για συζήτηση μετά το μάθημα.
- να πλησιάζεται εύκολα από τους γονείς για συζήτηση σε γενικά θέματα.
- να γνωρίζει το πνευματικό υπόβαθρο των μαθητών.

Πολλές εκπαιδευτικές αρχές και οργανώσεις εκπαιδευτικών θεωρούν ότι εκπαιδευτικοί και άλλα πρόσωπα με τις περισσότερες από τις ιδιότητες που αναφέρθηκαν είναι κατάλληλα, για να παρουσιάσουν ένα πρόγραμμα

AIDS/ΣΜΝ. Η επιλογή πρέπει να γίνεται μεταξύ προσώπων με αυτές τις ιδιότητες, που κατόπιν να εκπαιδεύονται ειδικά γι' αυτό το σκοπό.

Κατάρτιση παρουσιαστών: Σχεδιασμός

Εκτίμηση των αναγκών για παρουσιαστές του προγράμματος

Η κατάλληλη κατάρτιση παρουσιαστών του προγράμματος έχει μεγάλη σημασία για την επιτυχή εφαρμογή ενός προγράμματος αγωγής AIDS/ΣΜΝ. Οι ανάγκες για παρουσιαστές πρέπει να εκτιμώνται γενικά, σε επίπεδο εκπαιδευτικού συστήματος, αλλά και ειδικότερα, σε επίπεδο σχολείου. Η εκτίμηση των αναγκών πρέπει να αρχίζει με αξιολόγηση των ικανοτήτων των διαθέσιμων παρουσιαστών, περιλαμβανομένων των γνώσεων, των στάσεων και των ανησυχιών τους για τα AIDS/ΣΜΝ.

Οι ανάγκες για την κατάρτιση παρουσιαστών μπορούν να εκτιμηθούν, τόσο σε επίπεδο εκπαιδευτικού συστήματος όσο και σε επίπεδο σχολείου, με:

- συνεντεύξεις με το προσωπικό και τους εκπροσώπους των οργανώσεων των εκπαιδευτικών π.χ. με το διευθυντή ή τον προϊστάμενο του σχολείου και με επιλεγμένους καθηγητές.
- ερωτηματολόγια, τα οποία να περιλαμβάνουν ερωτήσεις για το πώς οι παρουσιαστές θα αντιμετώπιζαν προβλέψιμα προβλήματα σε μαθήματα για τα AIDS/ΣΜΝ (π.χ. τι θα έκαναν, αν σε κάποιο μάθημα για τα ΣΜΝ ένα δεκατριάχρονο αγόρι έλεγε ότι πάσχει από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα).

Αυτό το πρόγραμμα θα βοηθήσει τους παρουσιαστές να αποκτήσουν δεξιότητες σε θέματα συμβουλευτικής, αναλύσεως αξιών και δημιουργίας κατάλληλου περιβάλλοντος στην αίθουσα διδασκαλίας, όπου πιθανόν να αντιμετωπίσουν δύσκολα ζητήματα. Οι διδάσκοντες πρέπει να είναι ικανοί να υποβοηθήσουν στο σχεδιασμό του εκπαιδευτικού προγράμματος, για να αξιοποιήσουν στο μέγιστο τις δεξιότητες των εκπαιδευομένων.

Μετεκπαίδευση

Τα μετεκπαιδευτικά μαθήματα είναι γενικώς δαπανηρά, αλλά αποτελούν αποτελεσματική μέθοδο μεταφοράς δεξιοτήτων και γνώσεων. Διεξάγονται:

- ως πρόγραμμα περιοχής ή περιφέρειας για όλους τους εκπαιδευτικούς που θα διδάξουν για το AIDS και τα ΣΜΝ.
- ως πρόγραμμα του τύπου «διδάξτε τους διδάσκοντες», με τη συμμετοχή ενός ή περισσότερων διδασκόντων από κάθε σχολείο, οι οποίοι επιστρέφοντας στο σχολείο θα διδάξουν ό,τι έμαθαν στους συναδέλφους τους.

Διανομή έντυπου ή οπτικοακουστικού υλικού

Οι σχεδιαστές μπορεί να προτιμήσουν να εφοδιάσουν με έντυπο ή οπτικοακουστικό υλικό τους εκπαιδευτικούς, για τους οποίους ήδη θεωρείται ότι διαθέτουν τις κατάλληλες δεξιότητες για να χρησιμοποιούν υλικό τέτοιου είδους στη διδασκαλία τους. Στο υλικό αυτό πρέπει να περιλαμβάνονται οδηγίες και υποδείξεις χρήσεως.

Μέσα μαζικής ενημερώσεως

Στις χώρες που υπάρχει η κατάλληλη υποδομή, το υλικό μπορεί να παραχθεί σε συνεργασία με τις εθνικές επιτροπές για την πρόληψη και τον έλεγχο των AIDS/ΣΜΝ και να μεταδοθεί με την τηλεόραση ή το ραδιόφωνο σε ώρες κατάλληλες για τους εκπαιδευτικούς και τα σχολεία. Ωστόσο, κάποιας μορφής μετεκπαίδευση και πάλι είναι απαραίτητη, για ερωτήσεις, διάλογο και παρακολούθηση.

Δυνητικές πηγές συνεχιζόμενης ανησυχίας για την αγωγή AIDS/ΣΜΝ

Η αγωγή AIDS/ΣΜΝ είναι δύσκολο, συχνά αντιφατικό, θέμα για τα σχολεία. Δεν θα ήταν ρεαλιστικό να καταλήξουμε ότι δεν πρέπει να συζητείται σε σχολικό επίπεδο στα αρχικά στάδια· κάποια δυσφορία είναι πιθανόν να εμφανισθεί. Ουσιαστικά, η δυσφορία αυτή αντανακλά φροντίδα και ενδιαφέρον για την καλή υγεία των νέων της κοινότητας, που μπορεί να προέρχονται από το προσωπικό του σχολείου, γονείς και μέλη της κοινότητας, καθώς και από τους ίδιους τους μαθητές.

Η πανδημία του AIDS και η ταχεία διασπορά των ΣΜΝ έχουν τόσο σοβαρές συνέπειες, ώστε έχει πρωταρχική σημασία να αντιμετωπισθούν οι αντιτιθέμενοι στα σχολικά προγράμματα AIDS/ΣΜΝ. Οι νέοι σχολικής ηλικίας είναι σημαντικοί δέκτες προληπτικής αγωγής, η οποία ενδέχεται να ασκήσει ισόβια επίδραση στην υγεία και την ευζωία τους. Ωστόσο, η κατασίγαση των ανησυχιών για την αγωγή αυτής της μορφής δεν είναι τόσο ζήτημα μεταδόσεως γνώσεων και προτάσεως λογικών επιχειρημάτων όσο ζήτημα μεταβολής της συμπεριφοράς.

Για να κατασιγάσουν οι ανησυχίες, χρειάζεται να κατανοηθούν οι φόβοι και οι παρανοήσεις που υποκρύπτει η δυσφορία. Συχνά, οι ανησυχίες για τα προγράμματα οφείλονται σε άγνοια, σε μύθους ή στο φόβο του αγνώστου. Είναι σημαντικό να αναζητηθούν λύσεις με διάλογο, ώστε να αποσαφηνισθούν οι παρανοήσεις και να διαλυθούν μύθοι και φόβοι.

Αξιολόγηση

Μέθοδοι που μπορεί να φανούν χρήσιμες για την αξιολόγηση της σχολικής αγωγής AIDS/ΣΜΝ σε κάποιο εκπαιδευτικό σύστημα ή σε μεμονωμένο σχολείο. Οι μέθοδοι αξιολογήσεως είναι απλώς παραδείγματα· δεν υπήρχε πρόθεση εξαντλήσεως του θέματος. Δεν υπάρχει κατεύθυνση προς συγκεκριμένη κουλτούρα, σκοπό, στόχο ή ομάδα ηλικίας. Οι μέθοδοι αξιολογήσεως που διατίθενται για σχολική χρήση είναι ακόμη ελάχιστες και είναι δύσκολο να αναφερθούν παραδείγματα. Για το σχολείο και τις εκπαιδευτικές αρχές, είναι ουσιώδες να επινοηθούν μέθοδοι κατάλληλες για τις ανάγκες και τους σκοπούς τους.

Παραδείγματα μεθόδων αξιολογήσεως

Γραπτές εξετάσεις

Γραπτές εξετάσεις γίνονται συχνά για την αξιολόγηση γνώσεων και αποτελούν κατ' εξοχήν μεθόδους αξιολογήσεως του αποτελέσματος. Είναι δύσκολο να επινοηθούν έγκυρες, αξιόπιστες εξεταστικές μέθοδοι, ειδικά όταν οι απαντήσεις πρόκειται να χρησιμοποιηθούν μάλλον για να αξιολογηθεί το πρόγραμμα, παρά οι γνώσεις των μαθητών.

Συνεντεύξεις

Οι συνεντεύξεις είναι χρήσιμο μέσο συλλογής στοιχείων, ειδικά για τα αποτελέσματα του προγράμματος που σχετίζονται με δεξιότητες και πεποιθήσεις. Ο ερωτών μπορεί να χρησιμοποιήσει είτε τυποποιημένο κατάλογο ερωτήσεων είτε να κάνει ελεύθερα ερωτήσεις ανάλογα με την εξέλιξη της συνεντεύξεως. Στις περισσότερες συνεντεύξεις αξιολογήσεως, προετοιμάζεται κατάλογος ερωτήσεων, ειδικά όταν επιδιώκεται σύγκριση μεταξύ ομάδων.

Κλίμακες ταξινομήσεως για την εκτίμηση στάσεων

Οι κλίμακες ταξινομήσεως είναι ιδιαιτέρως χρήσιμες, για να εκτιμηθούν πεποιθήσεις και στάσεις ως προς συγκεκριμένα ζητήματα, εφόσον είναι δυνατόν να εκτιμηθεί τόσο η διαδικασία όσο και το αποτέλεσμα. Παρέχουν στον αξιολογητή στοιχεία για τις αξίες που υποδηλώνει η συμπεριφορά και ίσως να δείξει το δρόμο για το πώς θα εξελιχθεί το πρόγραμμα στο μέλλον. Τα συλλεγόμενα στοιχεία πρέπει να είναι ανώνυμα.

Έρευνες

Οι έρευνες είναι πρωτίστως μέσο συλλογής στοιχείων για τη συμπεριφορά και τις αλλαγές της συμπεριφοράς. Όταν διεξάγονται πριν και μετά από κάποιο πρόγραμμα, δίνουν σαφείς ενδείξεις για την έκταση της επικίνδυνης συμπεριφοράς μεταξύ των συμμετασχόντων. Αυτά τα στοιχεία, σε συνδυασμό με στοιχεία για τους παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά, είναι σημαντικά εργαλεία σχεδιασμού. Το ζήτημα του πόσο συχνά και πότε πρέπει να γίνονται έρευνες είναι πάντα δύσκολο, επειδή ο σκοπός των προγραμμάτων AIDS/ΣΜΝ είναι η μόνιμη μεταβολή της συμπεριφοράς.

Γραμματοκιβώτιο υποδείξεων

Τα γραμματοκιβώτια υποδείξεων μπορεί να φανούν χρήσιμα για να εκτιμηθούν οι αντιδράσεις γονέων, διδασκόντων και μαθητών για το πώς εξελίσσεται το πρόγραμμα. Συχνά, γίνονται υποδείξεις που επηρεάζουν θετικά τις κατευθύνσεις του προγράμματος. Ωστόσο, δεν είναι ρεαλιστική η σκέψη ότι πάντοτε θα γίνονται υποδείξεις με τον τρόπο αυτόν. Κατά καιρούς, ο σχεδιαστής του προγράμματος πρέπει να δημιουργεί ευκαιρίες για να γίνονται υποδείξεις· για παράδειγμα, συναντήσεις, διαγωνισμούς, υπομνήματα.

Δελτία ανατροφοδότησεως

Τα δελτία ανατροφοδότησεως χρησιμοποιούνται για να εκτιμηθούν οι άμεσες αντιδράσεις σε κάποιο μάθημα, σεμινάριο, συνάντηση κ.λ.π. Επιτρέπουν ταχεία ανταπόκριση και παρέχουν στον παρουσιαστή στοιχεία για την εξέλιξη του προγράμματος.

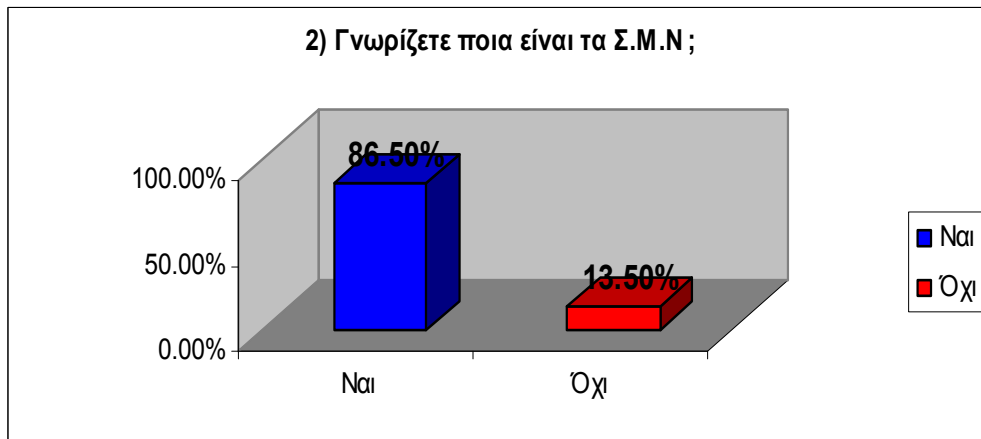
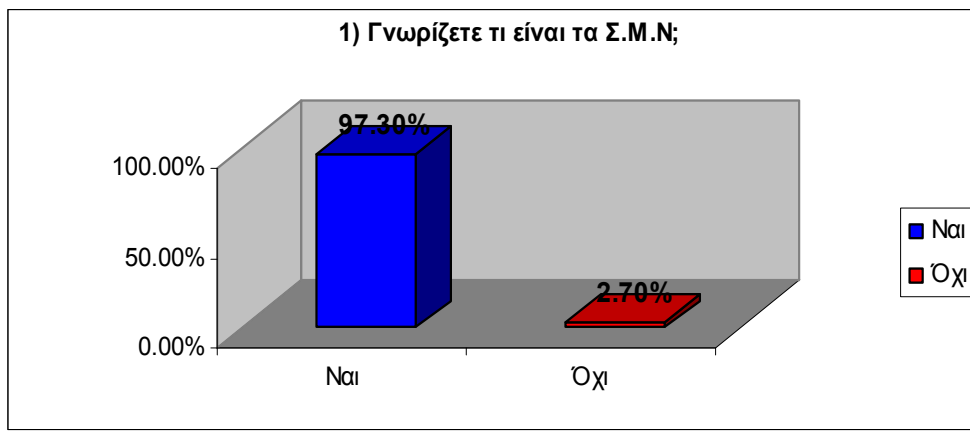
Επίλογος

Θεραπεία για το AIDS ή εμβόλιο για τη λοίμωξη με τον HIV δεν υπάρχει· ενόψει λοιπόν της αυξανόμενης αναλογίας των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων μεταξύ των νέων, η αγωγή αποκτά ζωτική σημασία για την ανακοπή της μεταδόσεως και των δύο. Η αγωγή των νέων σε αυτά τα θέματα είναι απαραίτητη, πριν να αποκτήσουν τις πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες τους, ώστε να είναι σε θέση να προστατεύουν τόσο τους εαυτούς τους όσο και τους άλλους από τη μόλυνση. Γι' αυτό, τους χρειάζονται οι κατάλληλες γνώσεις, αλλά και οι δεξιότητες και η συμπεριφορά που επιτρέπουν αποτελεσματική επικοινωνία, υπεύθυνες αποφάσεις και ανάπτυξη υγιών ανθρώπινων σχέσεων.

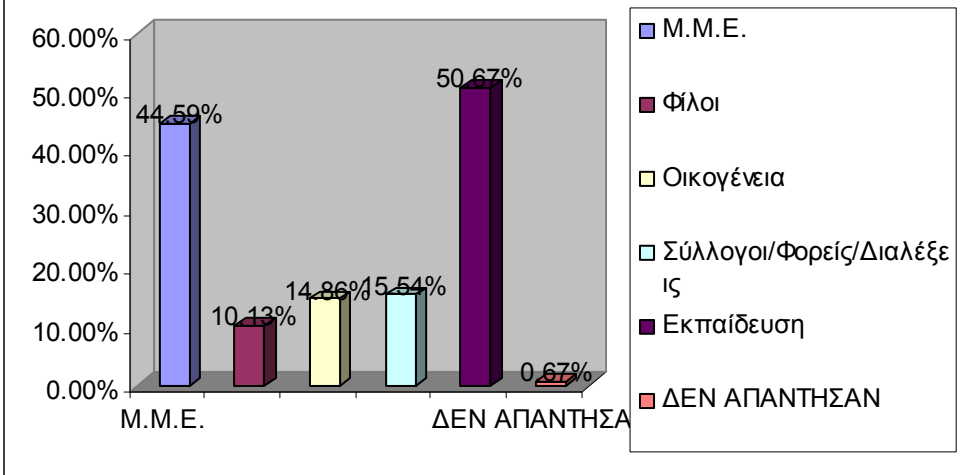
Σε αξιοσημείωτη αναλογία, μπορούμε να πλησιάσουμε τους νέους στο σχολείο και να τους διδάξουμε μέσα στη σχολική αίθουσα τα γεγονότα, τις αξίες και τις δεξιότητες που τους είναι απαραίτητα για να προστατεύονται από τη λοίμωξη με τον HIV.

ΕΡΕΥΝΑ

Η ερευνά μας θα βασιστεί σε ερωτηματολόγια κλειστού τύπου που θα απευθύνονται σε φοιτητές των Τ.Ε.Ι. ηλικίας 18-27 ετών. Σκοπός της έρευνας είναι να δούμε κατά πόσο τα άτομα στις ηλικίες αυτές είναι ενημερωμένα για το ποια είναι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, πως μεταδίδονται, τους τρόπους θεραπείας αλλά και πως μπορούν να προφυλαχτούν από αυτά. Στη συνέχεια δίδεται η κάθε ερώτηση χωριστά σε διάγραμμα με τις επί τις εκατό απαντήσεις:



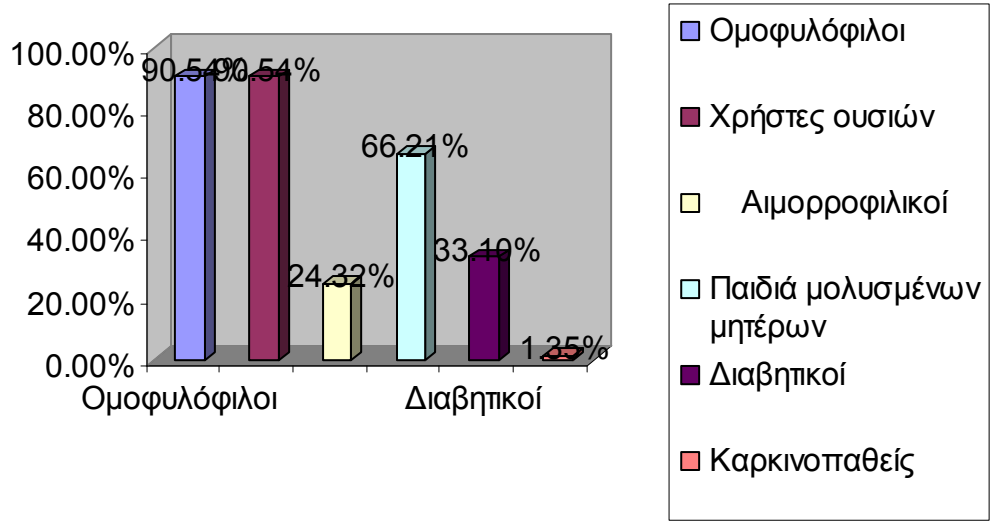
4) Από που έχετε ενημερωθεί για τα Σ.Μ.Ν. ;



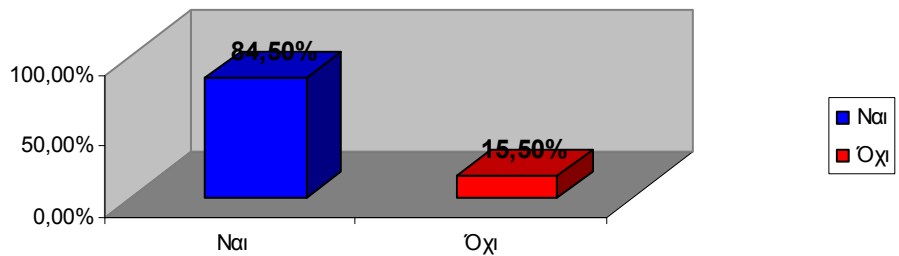
5) Γνωρίζετε πώς μεταδίδονται τα Σ.Μ.Ν. και το aids;



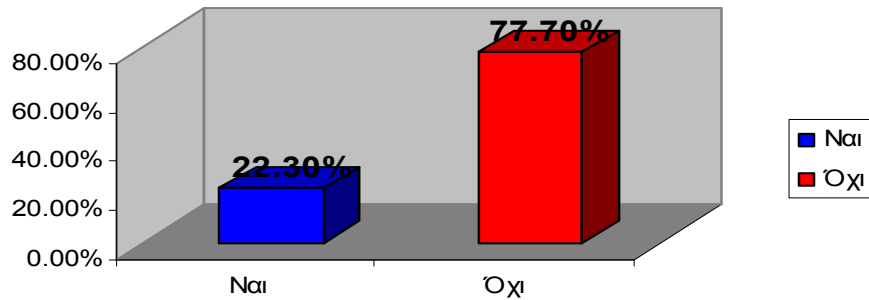
6) Ποιές ομάδες ατόμων κινδυνεύουν περισσότερο από το aids και τα Σ.Μ.Ν. ;



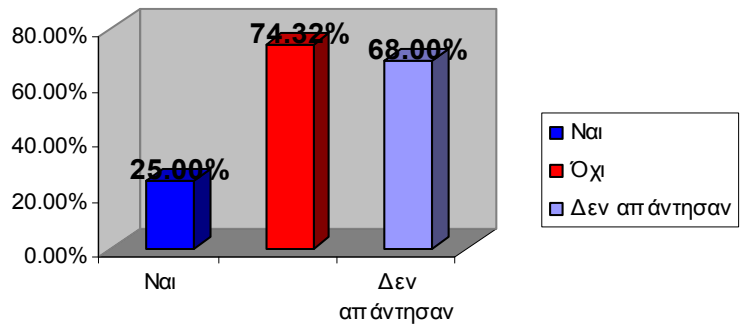
7) Θα μπορούσατε να είστε στον ίδιο εργασιακό χώρο και να έχετε απλή κοινωνική επαφή με ένα άτομο προσβεβλημένο από aids;



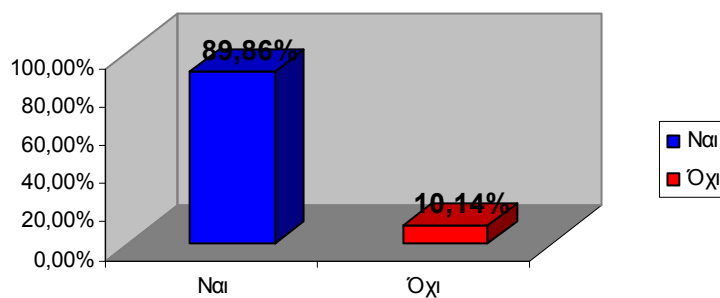
8) Εάν ήσασταν εργοδότης θα απολύατε ένα άτομο με HIV παρά τα προσόντα και τις ικανότητες του;

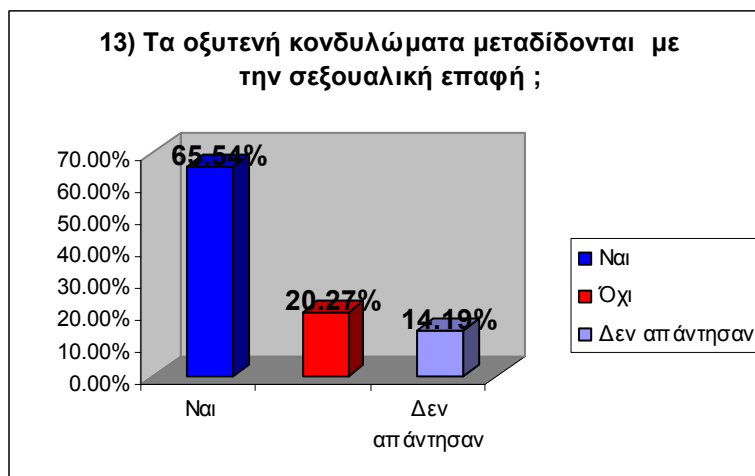
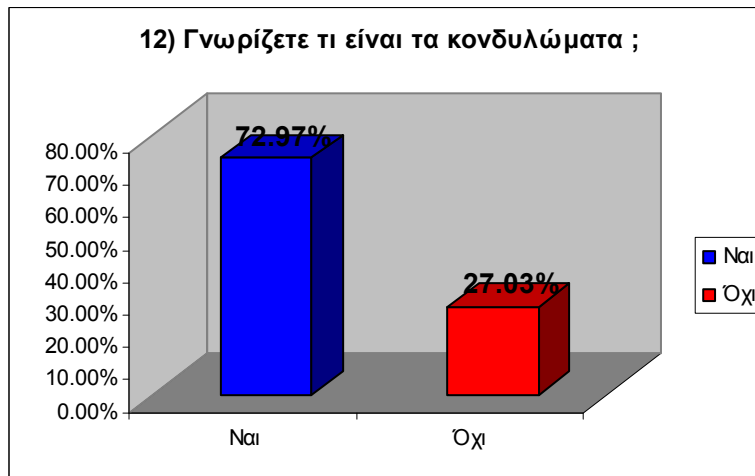
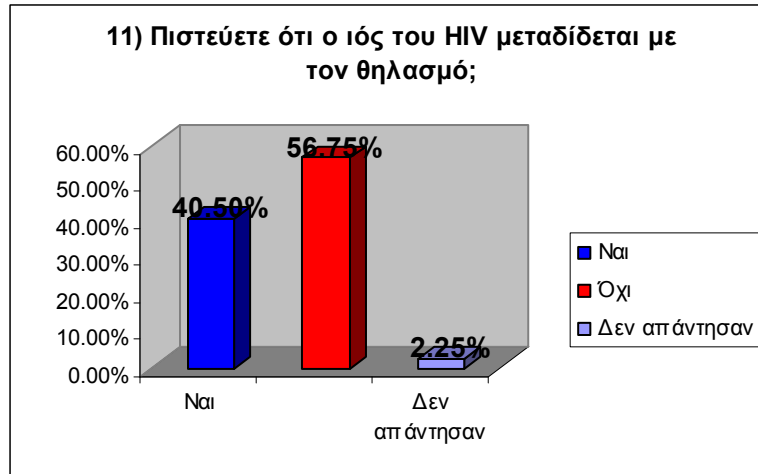


9) Πιστεύετε ότι ο ιός του HIV μεταδίδεται με το τσίμπημα των κουνουπιών ;

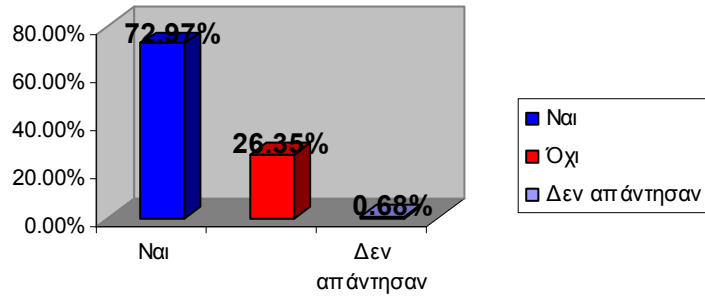


10) Πιστεύετε ότι κινδυνεύει να προσβληθεί το έμβρυο, όταν η μητέρα είναι φορέας του HIV ;

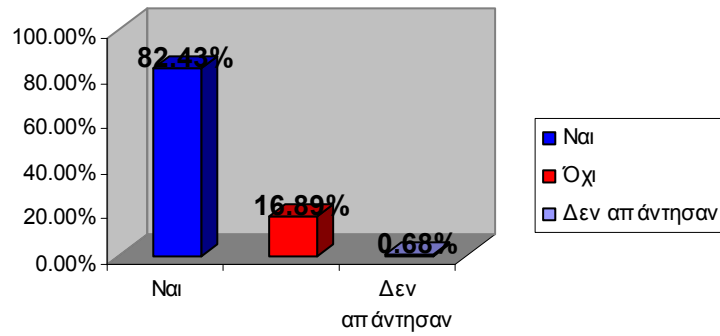




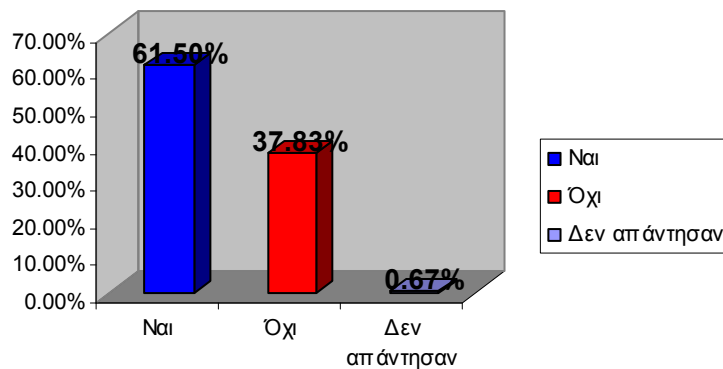
14) Ο στοματικός έρωτας μπορεί να ενοχοποιηθεί για τη μετάδοση διαφόρων Σ.Μ.Ν. ;

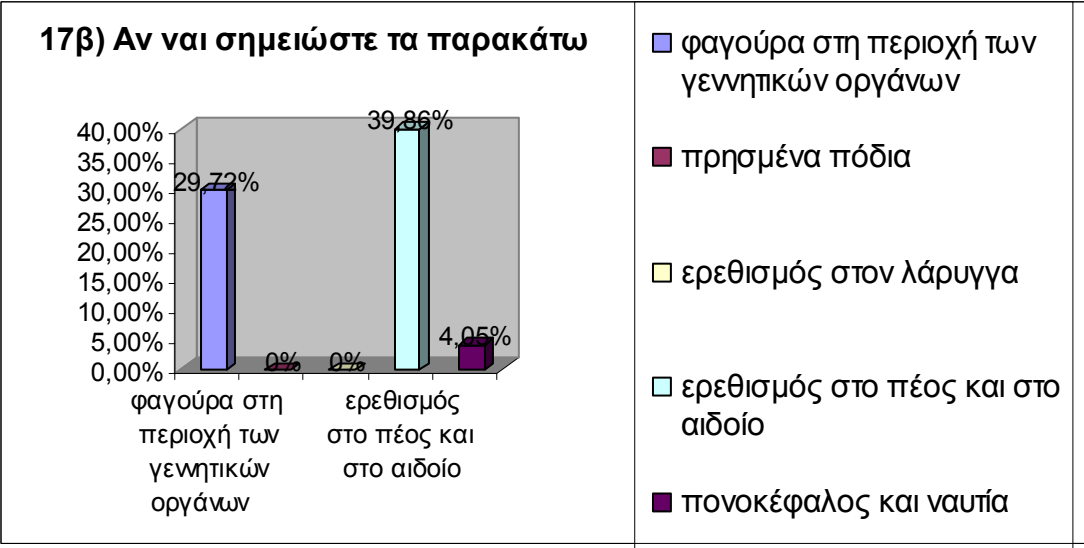
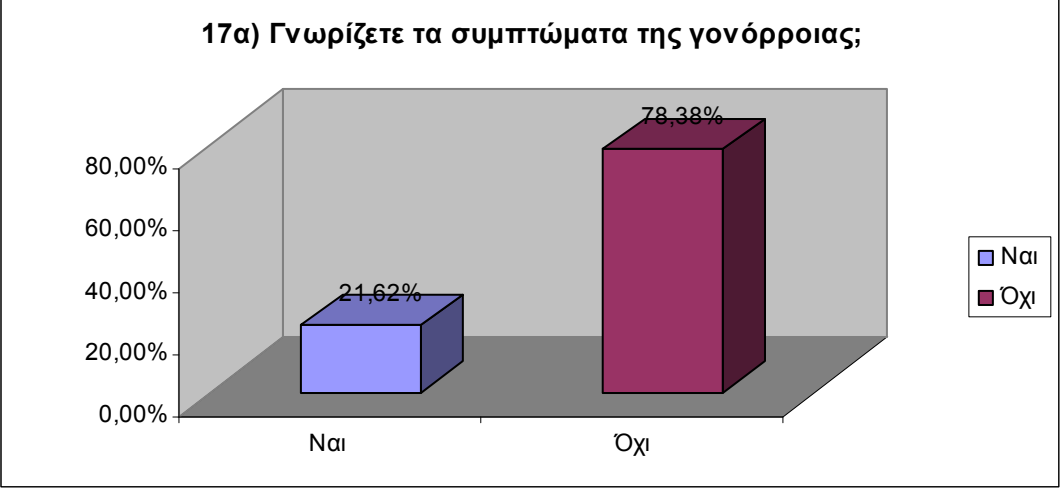


15) Γνωρίζετε πώς μεταδίδεται η ηπατίτιδα Β και Γ ;

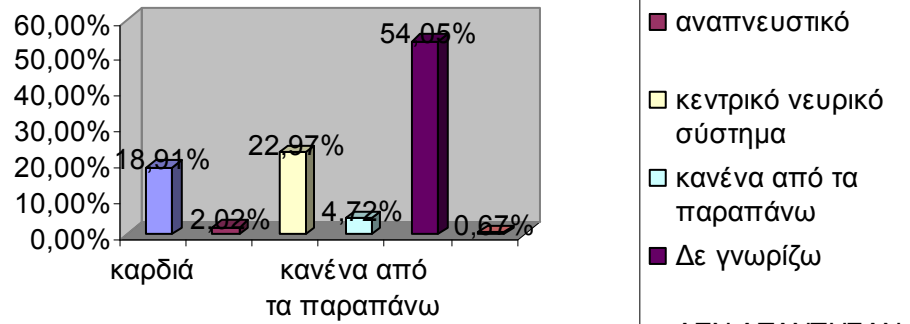


16) Γνωρίζετε τι είναι η γονόρροια;

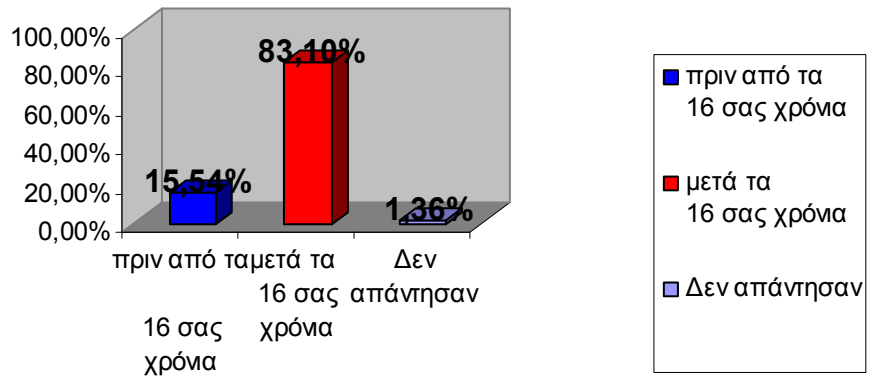




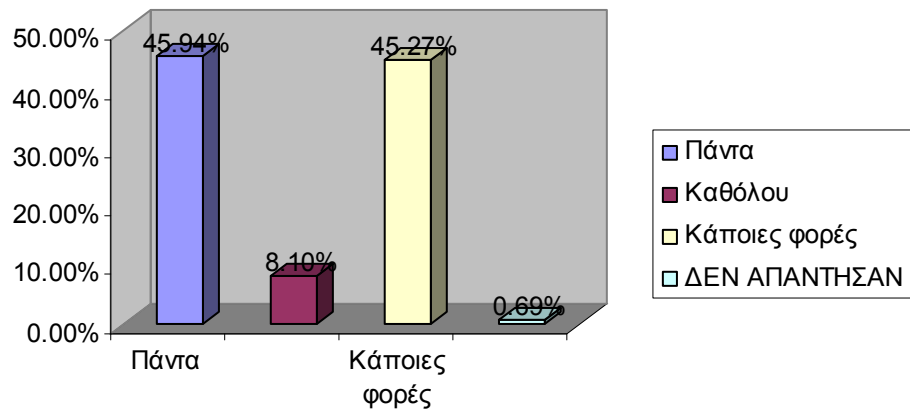
18) Γνωρίζετε σε ποιιά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού μπορεί να προκαλέσει βλάβες η σύφιλη;



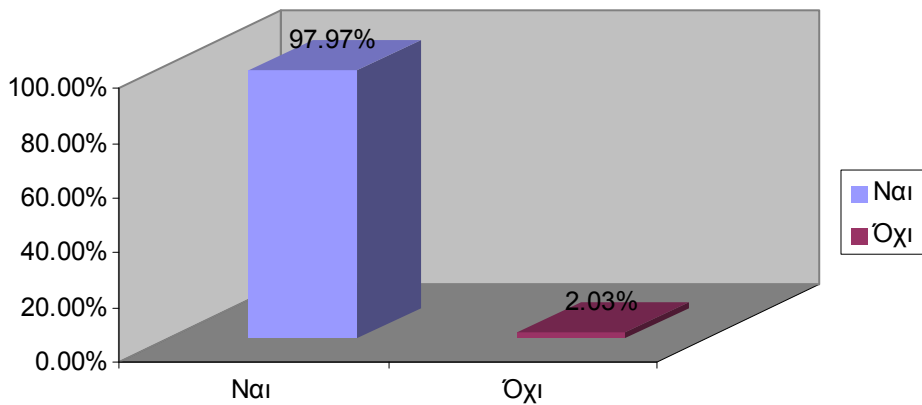
19)Πότε είχατε την πρώτη σας σεξουαλική επαφή ;



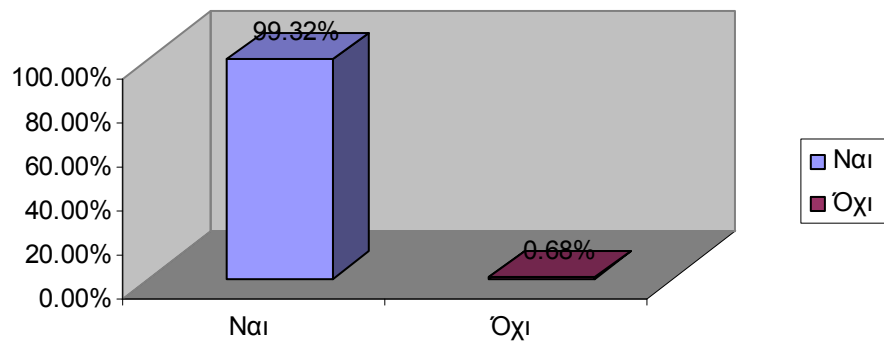
20) Χρησιμοποιείτε μέτρα προφύλαξης κατά τη σεξουαλική σας επαφή;



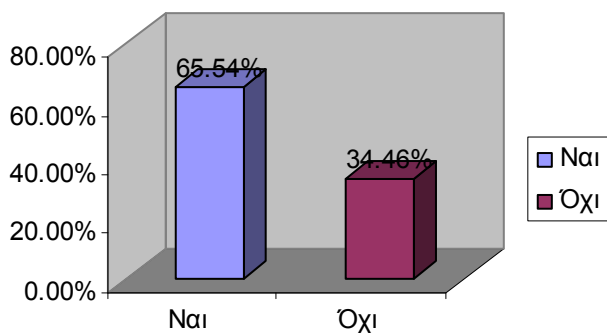
21) Συμφωνείτε ότι η χρήση προφυλακτικού είναι ευθύνη και των δύο;



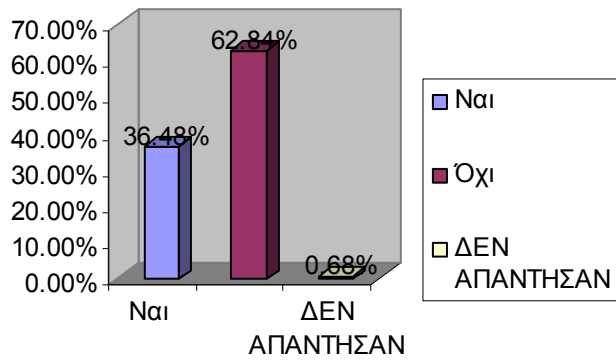
**22) Θεωρείτε ότι η συχνή εναλλαγή συντρόφων
θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο το άτομο σε σχέση
με τα Σ.Μ.Ν ;**



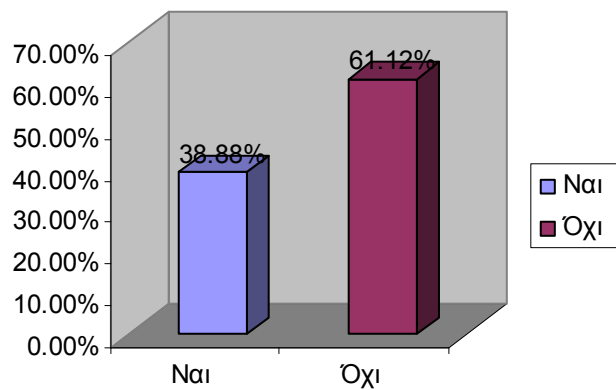
**23) Τηρείτε τον τακτικό ετήσιο
έλεγχο σε
ανδρολόγο/γυναικολόγο;**



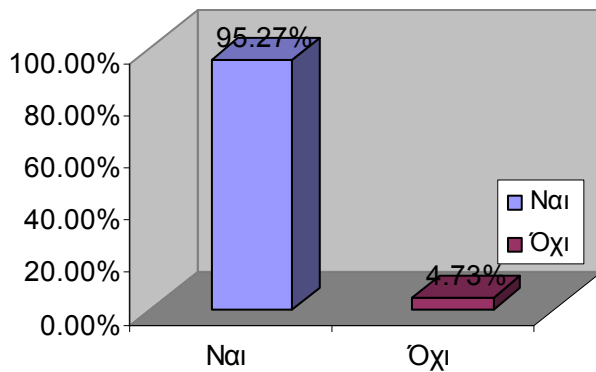
24α) Είχατε εμπειρία από κάποιο Σ.Μ.Ν.;



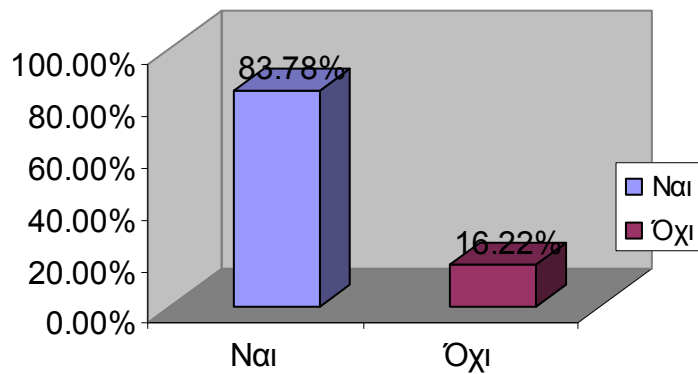
24β) Αν ναι το αναφέρατε στο/στη σύντροφό σας;



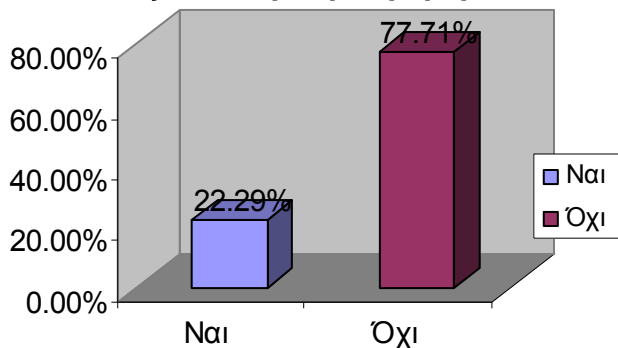
**25) Συμφωνείτε με τη σεξουαλική
διαπαιδαγώγηση στα σχολεία;**



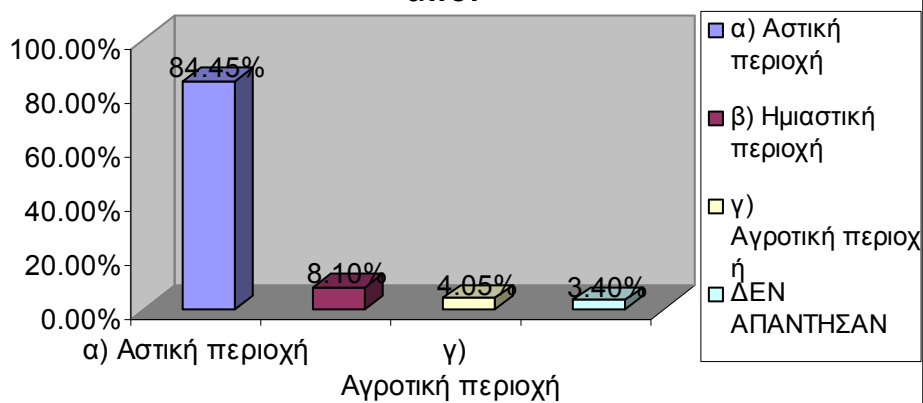
**26) Πιστεύετε ότι αν υπήρχε αγωγή
υγείας στο σχολείο για την πρόληψη του
aids και των Σ.Μ.Ν. από μικρότερες
ηλικίες, θα μειώνονταν τα κρούσματα;**



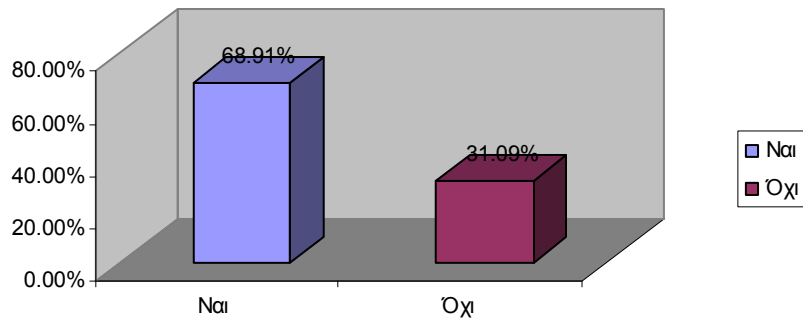
27) Η πληροφόρηση των νέων για θέματα σεξ, αυξάνουν τον κίνδυνο για "ασύδοτη" σεξουαλική συμπεριφορά;



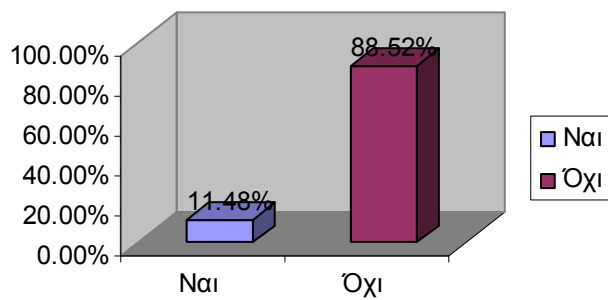
28) Ποιά παιδιά πιστεύετε ότι έχουν καλύτερη ενημέρωση για τα Σ.Μ.Ν.; Αυτά που προέρχονται από:



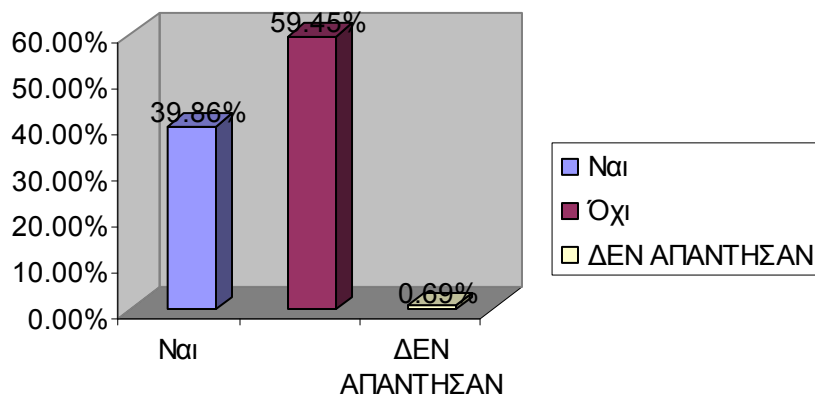
29) Πιστεύετε ότι τα οικονομικά προβλήματα μιας χώρας συμβάλλουν στην μετάδοση των aids/Σ.Μ.Ν. ;



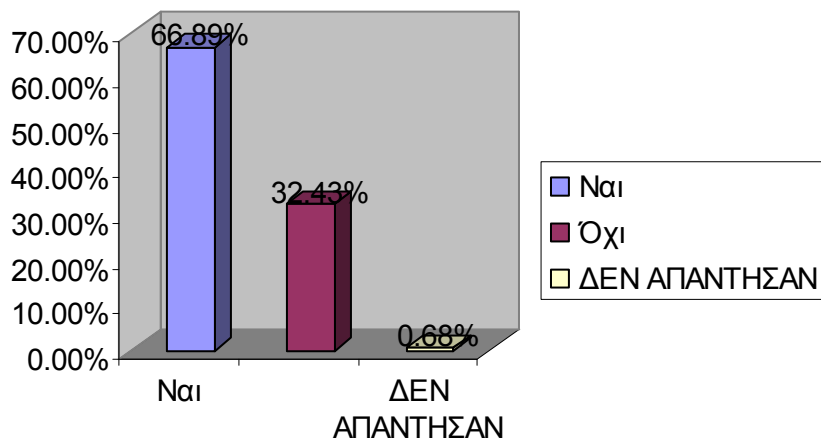
30) Πιστεύετε ότι το κράτος επενδύει για τη διαρκή προστασία της υγείας των νέων με κάθε δυνατό τρόπο;



31) Γνωρίζετε αν υπάρχει θεραπεία για το aids;

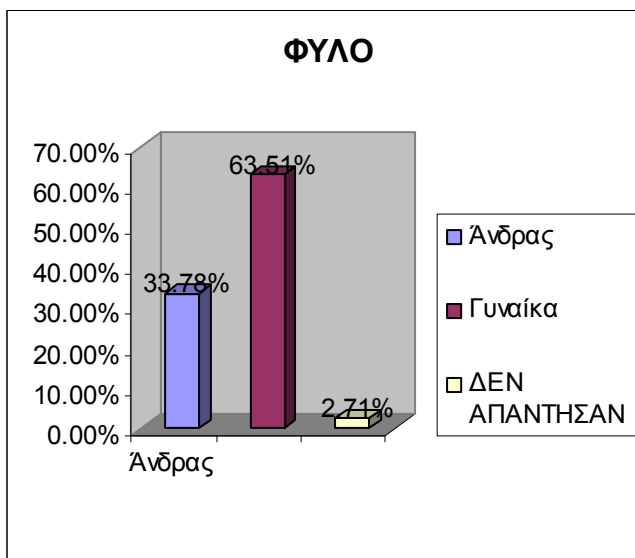


32) Γνωρίζετε αν υπάρχει θεραπεία για άλλα Σ.Μ.Ν. ;

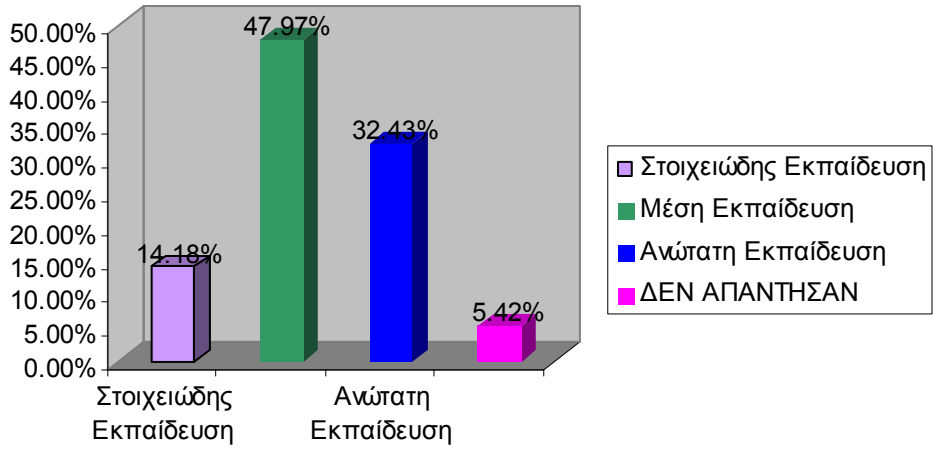


ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ

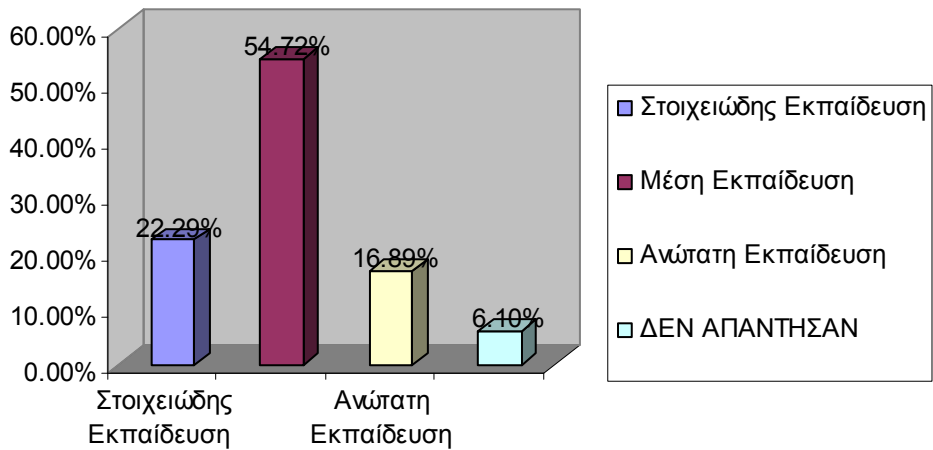
ΦΥΛΟ



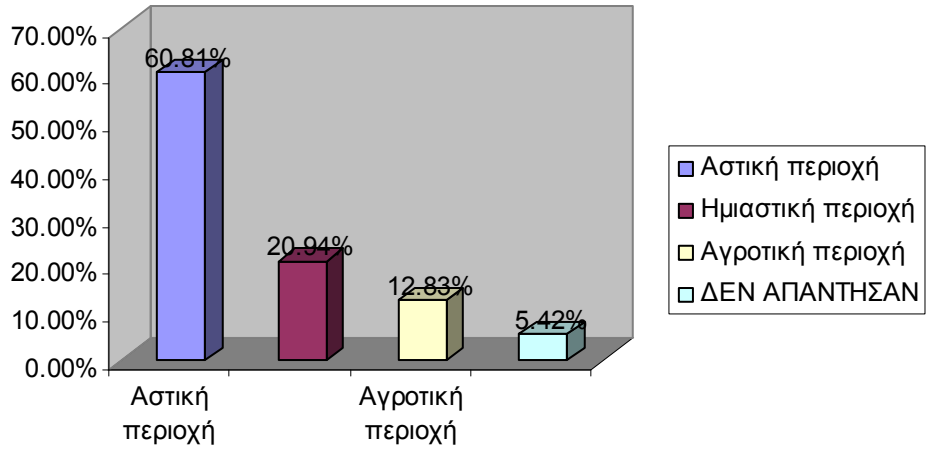
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ



ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ



ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το ερωτηματολόγιο μας θα μπορούσε να χωριστεί σε κατηγορίες ερωτήσεων. Η **πρώτη κατηγορία** περιλαμβάνει την 1 έως και την 3 ερώτηση. Σε αυτή την κατηγορία από τα ποσοστά των απαντήσεων παρατηρούμε ότι το 97,3% γνωρίζει τι είναι τα Σ.Μ.Ν., ποια είναι αυτά (86,5%) ενώ για το αν γνωρίζουν τα συμπτώματα του aids μόνο το 31% τα γνωρίζει ενώ το 52,70% γνωρίζει κάποια όχι όμως όλα.

Η 4 ερώτηση αποτελεί από μόνη της τη **δεύτερη κατηγορία** που αφορά το κομμάτι της ενημέρωσης. Η πλειοψηφία απάντησε ότι έχει ενημερωθεί από την εκπαίδευση, 50,67%, και από τα Μ.Μ.Ε 44,59%. Με ποσοστό 15,54% βρίσκονται οι Σύλλογοι/Φορείς/Διαλέξεις ισάξιοι περίπου με την ενημέρωση από την οικογένεια (14,86%) ενώ μόλις το 10,13% έχει ενημερωθεί σχετικά για το θέμα από φίλους . Οι υπόλοιποι δεν απάντησαν (0,67%).

Η **τρίτη κατηγορία** αφορά τους τρόπους μετάδοσης διαφόρων Σ.Μ.Ν. και του aids καθώς επίσης και τις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Αναλυτικότερα, στην 5 ερώτηση που αναφέρεται στους τρόπους μετάδοσης των Σ.Μ.Ν. και του aids, το 98,64% απάντησε ότι κύριος τρόπος μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή και το 90,54% ότι μεταδίδεται από την κοινή χρήση βελόνας. Το 7,43% πιστεύουν ότι μεταδίδονται από τα σκεύη φαγητού ενώ την τελευταία θέση κατέχουν η χειραψία και το εργασιακό περιβάλλον με ποσοστό 1,35%.

Πράγματι ο κύριος τρόπος μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή και η κοινή χρήση βελόνας όμως παρ'όλο που συμφωνεί η πλειοψηφία δεν συμφωνούν όλοι.

Για την ερώτηση 6 (ομάδες υψηλού κινδύνου) το 90,54% συμφώνησε ότι είναι οι ομοφυλόφιλοι και οι χρήστες ουσιών, το 66,21% τα παιδιά μολυσμένων μητέρων, το 33,10% οι διαβητικοί, το 24,32% οι αιμορροφιλικοί ενώ το 1,35% οι καρκινοπαθείς.

Ομάδες υψηλού κινδύνου θεωρούνται τα άτομα που έχουν περισσότερες ιθανότητες να προσβληθούν. Όντως είναι οι ομοφυλόφιλοι και οι χρήστες ουσιών όμως και πάλι παρατηρούμε ότι δεν έχουν συμφωνήσει όλοι.

Στην 9 ερώτηση το 74,32% απάντησε ότι ο ιός του HIV δεν μεταδίδεται με το τσίμπημα των κουνουπιών, το 25% απάντησε ότι μεταδίδεται ενώ το 0,68% δεν απάντησε. Όντως ο ιός του HIV δεν μεταδίδεται με το τσίμπημα των κουνουπιών.

Όταν η μητέρα είναι φορέας του HIV, το έμβρυο κινδυνεύει να προσβληθεί, το 89,86% συμφώνησε ενώ το 10,14% δεν συμφώνησε (ερώτηση 10).

Το 56,75% πιστεύει ότι δεν μεταδίδεται με τον θηλασμό, ενώ μόνο το 40,5% θεωρεί ότι μεταδίδεται. Το 2,75% δεν απάντησε.

Ο ιός του HIV μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο βρέφος κατά τον τοκετό και τον θηλασμό, αλλά όχι κατά την κύηση. Γι' αυτό οι οροθετικές μητέρες υποβάλλονται σε καισαρική τομή και αποθαρρύνονται να γαλουχήσουν τα παιδιά τους. Η χρήση αντιρετροϊκών φαρμάκων κατά την κύηση ή λίγο πριν τον τοκετό μειώνουν αισθητά την κάθετη μετάδοση, όπως αποκαλείται η μετάδοση του HIV από τη μητέρα στο βρέφος.

Για τα οξυτενή κονδυλώματα το 72,97% γνωρίζει τι είναι ενώ στην ερώτησή μας αν μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή το 65,54% απάντησε ότι μεταδίδονται, το 20,27% ότι δεν μεταδίδονται δυστυχώς αρκετοί δεν απάντησαν 14,19%. Το συγκεκριμένο ποσοστό μας δείχνει άγνοια κ ότι δεν υπάρχει σωστή ενημέρωση.

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι πλέον διαδεδομένα και μάλιστα με αυξητικές τάσεις σε νεαρές ηλικίες και όχι σε ηλικιωμένους. Γι' αυτό το λόγο είναι θλιβερό που πολλοί δεν μας απάντησαν. Είναι εξαιρετικά μεταδοτικά ωστόσο μικρό ποσοστό των ατόμων που προσβάλλονται από τον ιό

αναπτύσσουν τελικά συμπτώματα. Αυτό συμβαίνει περισσότερο σε ανθρώπους με αποδυναμωμένο ανοσοποιητικό σύστημα. Συχνά πρωτοεμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Στη συνέχεια το 72,97% ενοχοποιεί το στοματικό έρωτα για τη μετάδοση διαφόρων Σ.Μ.Ν. ενώ το 26,35% τον θεωρούν 'αθώ'.

Το 82,43% γνωρίζει πως μεταδίδεται η ηπατίτιδα Α και Β ενώ το 16,89% όχι.

Η **τέταρτη κατηγορία** μας δίνει μια εικόνα για την ενημέρωση που υπάρχει σχετικά με τη συμπτωματολογία διαφόρων Σ.Μ.Ν.

Συγκεκριμένα, το 61,5% γνωρίζει τι είναι η γονόρροια ενώ το 37,83% όχι.

Το 21,62% μας απάντησε ότι γνωρίζει τη συμπτωματολογία αλλά απ'ότι φαίνεται από τη συνέχεια της *ερώτησης 17 β* δεν τη γνωρίζει.

Τα πιθανά συμπτώματα της γονόρροιας είναι ασυνήθιστες εκκρίσεις, καύση κατά την ούρηση, πόνο στην περιοχή της πυέλου ενώ ένα μεγάλο ποσοστό δεν εμφανίζει συμπτώματα.

Στην *ερώτηση 18* ρωτάμε για τη σύφιλη. Η σύφιλη αν δεν θεραπευτεί μπορεί να προκαλέσει βλάβη στο νευρικό σύστημα(22,97% το γνωρίζουν), στη καρδιά(18,91%το γνωρίζουν), στον εγκέφαλο και σε κάποιες περιπτώσεις να επιφέρει τον θάνατο. Το 54,05% ,πάνω από το μισό του δείγματος δηλαδή, δε γνωρίζει σε ποια συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού μπορεί να προκαλέσει βλάβες η σύφιλη.

Η **πέμπτη κατηγορία** αναφέρεται στην κοινωνική ευαισθησία των νέων για αυτά τα θέματα και το θέμα της πληροφόρησης.

Συγκεκριμένα στην *ερώτηση 7*, το 84,5% του δείγματος θα μπορούσε να συνυπάρξει επαγγελματικά με ένα άτομο προσβεβλημένο από aids και στην *ερώτηση 8* το 77,7% απάντησε ότι δεν θα απέλυε ένα άτομο ικανό να αποδώσει στη δουλειά του μόνο και μόνο επειδή είναι φορέας. Είναι γεγονός ότι το κράτος δεν επενδύει για τη διαρκή προστασία της υγείας των νέων με κάθε δυνατό τρόπο, στην αντίστοιχη *ερώτηση 30* το 88,52% συμφωνεί.

Ένα μέτρο που θα μπορούσε να επιφέρει θετικά αποτελέσματα είναι η ένταξη του μαθήματος «Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση» στην εκπαίδευση. Έτσι επιλύεται το πρόβλημα της ενημέρωσης και υπάρχει η δυνατότητα αποφυγής του aids και θα μειώνονταν τα κρούσματα (83,78% συμφωνεί στην ερώτηση 26). Το μάθημα θα προσαρμόζονταν ανάλογα με τις ηλικίες, το μορφωτικό επίπεδο και τις ανάγκες κάθε εποχής. Η ερωτική πράξη θα μπορούσε να τοποθετηθεί στη σωστή της διάσταση, θα έφευγε από τη σφαίρα του εξωπραγματικού, των τύψεων και των ενοχών. Λιγότερα άτομα θα ανέπτυσαν αποκλίνουσα ερωτική συμπεριφορά και πολύ λιγότερα θα οδηγούταν στην πορνεία (77,71% συμφωνεί στην ερώτηση 27). Το σεξ δεν θα θεωρούνταν πλέον αντικείμενο καταξίωσης και κοινωνικής προβολής.

Η τελευταία κατηγορία περιλαμβάνει την πρόληψη.

Η μόνη 100% αποτελεσματική μέθοδος πρόληψης είναι η αποχή από τι σεξ. Επειδή όμως αυτό και ανέφικτο είναι και ανεπιθύμητο για την πλειονότητα των ανθρώπων, ο περιορισμός της εναλλαγής ερωτικών συντρόφων (99,32% συμφωνεί στην ερώτηση 22) και η χρήση προφυλακτικού (στην ερώτηση 21 συμφωνούν το 97,97% ότι είναι ευθύνη και των δύο όμως μόνο το 45,94% χρησιμοποιεί πάντα μέτρα προφύλαξης κατά τη σεξουαλική επαφή) μπορεί να προσφέρει ουσιαστική προστασία κατά των Σ.Μ.Ν και του aids.

Ένα επίσης σημαντικό μέτρο πρόληψης είναι ο τακτικός ετήσιος έλεγχος σε ανδρολόγο/γυναικολόγο. Στη σχετική ερώτηση 23 το 65,54% το τηρεί.

Επειδή τα οικονομικά προβλήματα μιας χώρας συμβάλλουν στη μετάδοση των Σ.Μ.Ν. και του aids (ερώτηση 29 68,91% συμφωνούν) είναι επιτακτική ανάγκη το κράτος να προνοήσει για το θέμα της υγείας και πόσο μάλλον για το θέμα του aids σε αυτές τις ηλικίες που αποτελούν τον ενεργό πληθυσμό της χώρας.

Σε κάθε δήμο θα μπορούσε να λειτουργήσουν τα «σχολεία γονέων» όπου θα ενημερώνονται οι γονείς για τα διάφορα θέματα που ίσως να απασχολούν και το δικό τους παιδί, θα συζητάνε με κάποιον ειδικό για το πώς

πρέπει να χειριστούν την εκάστοτε κατάσταση που προκύπτει, πώς να πλησιάσουν το παιδί τους, να το ενημερώσουν σωστά χωρίς να γίνονται πιεστικοί. Αυτό το πρόγραμμα θα μπορούσε να λειτουργήσει ακόμη και μέσα στα σχολεία.

Τα κονδύλια υπάρχουν, όμως σπαταλλόνται σε διάφορες ενημερωτικές εκπομπές. Ενημερωτικές εκπομπές που στόχο έχουν την αποβλάκωση των νέων, τη δημιουργία υλιστικών προτύπων, εύκολων στόχων και ψευδοαναγκών και όχι την όξυνση του πνεύματος και την καλλιέργεια της κριτικής σκέψης. Η παραπληροφόρηση είναι ο πιο εύκολος τρόπος για να έχεις κάποιον υποχείριό σου και να μην ασχολείται με τα πραγματικά προβλήματα του τόπου του.

Συμπερασματικά, το αξιοσημείωτο είναι ότι ναι μεν υπάρχουν κάποιες γνώσεις αλλά δυστυχώς είναι μισές και όχι ολοκληρωμένες. Και όπως σοφά είπαν οι πρόγονοι μας, **η ημιμάθεια είναι χειρότερη από την αμάθεια.**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.** Γενική Παθολογία και Παθολογική Ανατομή. Κων/νος Σ. Παπαδημητρίου
- 2.** Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας. Χαράλαμπος Μ. Μουτσόπουλος – Δημήτρης Σ. Εμμανουήλ.
- 3.** Παθολογία Cecil. Τρίτη έκδοση. Α΄ τόμος.
- 4.** Παθολογία Cecil. Τρίτη έκδοση. Β΄ τόμος.
- 5.** Μαθήματα Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας.
- 6.** Το AIDS αφορά και σένα από τους Dr Jonathan Weber και Annabel Ferriman.
- 7.** Το ανοσολογικό σύστημα και το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) Dr Νικόλαος Μαλιστοβάς λέκτορας ιατρικού τμήματος.
- 8.** Αγωγή υγείας στο σχολείο για την πρόληψη του AIDS και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Από το παγκόσμιο οργανισμό υγείας και το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS .
- 9.** Γιώργος Παπαευαγγέλου. AIDS «Παρατηρητής».
- 10.** AIDS - Τι πρέπει να γνωρίζετε. Κωνσταντίνος Κουσκούκης.
- 11.** AIDS - Διεθνή επιστημονικά δεδομένα. Ελληνική εμπειρία.
- 12.** Τι νεότερο στο AIDS 2^ο και 3^ο Πανελλήνιο συνέδριο.
- 13.** Ηπατίτιδα Β – Μάθε και προφυλάξου. Ελληνική εταιρεία μελέτης ήπατος.