

# ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Τμήμα ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

## Πτυχιακή Εργασία

Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές των νέων απέναντι στην  
ασθένεια του AIDS. Η περίπτωση των φοιτητών του ΤΕΙ  
Ηρακλείου Κρήτης



Κοθώνα Βασιλική, ΑΜ:4027  
Λιβανίου Μαρία, ΑΜ:3537  
Μακράκη Μαρία, ΑΜ:3851  
Οικονόμου Αναστασία, ΑΜ:4026

Επιβλέπουσα  
Καθηγήτρια  
Διαλυνάκη Ελένη

Ηράκλειο, Φεβρουάριος 2014

## *Ευχαριστίες*

*Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε από τις σπουδάστριες Κοθώνα Βασιλική, Λιβανίου Μαρία, Μακράκη Μαρία και Οικονόμου Αναστασία του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κρήτης κατά το Ακαδημαϊκό έτος 2013-2014 υπό την επίβλεψη της κα. Διαλυνάκη Ελένης.*

*Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την υπεύθυνη της πτυχιακής μας εργασίας κα. Διαλυνάκη Ελένη για τη πολύτιμη καθοδήγησή και την υποστήριξη της.*

*Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας, που μας συμπαράσταθηκαν καθ' όλη την πορεία της φοίτησης μας και ιδιαίτερα για τη διεκπεραίωση του απαιτητικού έργου της ολοκλήρωσης της πτυχιακής εργασίας μας.*

## Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή .....		7
<b>ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ</b>		
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Η μάστιγα του Aids και η ιστορική αναδρομή του ιού</b>		
1.1	Ο ορισμός του Aids .....	8
1.2	Ομάδες υψηλού κινδύνου .....	9
1.2.1	Η πιο επίφοβη ομάδα υψηλού κινδύνου – νέοι .....	10
1.3	Τρόποι μετάδοσης .....	11
1.3.1	Πως μεταδίδεται ο ιός του HIV και πως όχι .....	13
1.4	Θεραπεία και εμβόλιο .....	16
1.5	Παράγοντες κινδύνου μετάδοσης του AIDS .....	17
1.6	Ιστορική ανασκόπηση του ιού .....	18
1.6.1	Η πορεία της επιδημίας παγκοσμίως – Επιδημιολογικά στοιχεία .....	21
1.6.2	Η κατάσταση στην Ευρωπαϊκή Ένωση – Επιδημιολογικά στοιχεία .....	21
1.6.3	Η εξέλιξη της επιδημίας εθνικό επίπεδο – επιδημιολογικά στοιχεία .....	23
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Ανάλυση τίτλου</b>		
2.1.	Επεξήγηση εννοιών: Γνώσεις, στάσεις, συμπεριφορές .....	26
2.1.1	Γνώσεις.....	26
2.1.2	Στάσεις .....	26
2.1.2.1	Η δομή των στάσεων .....	27
2.1.2.3	Παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση .....	27
2.1.3	Συμπεριφορά .....	28
2.1.3.1	Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά .....	28
2.2	Συσχέτιση εννοιών .....	30
2.2.1	Σχέση γνώσης – στάσης .....	30
2.2.2	Σχέση γνώσης – συμπεριφοράς .....	31
2.2.3	Σχέση στάσης – συμπεριφοράς .....	31
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας - πρόληψη</b>		
3.1	Η Έννοια της Πρόληψης .....	33

3.2	Τρόποι πρόληψης .....	36
3.2.1	Πρόληψη με τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening testing) .....	36
3.2.2.	Πρόληψη σε Περιπτώσεις Κρούσματος .....	38
3.2.3.	Πρόληψη της λοίμωξης από τον ιό HIV .....	38
3.2.3.1.	Προφυλάξεις για τον υγιή πληθυσμό .....	38
3.2.3.2.1.	Υποχρεώσεις οροθετικών .....	39
3.2.4.	Πρόληψη με εμβόλιο .....	40
3.2.5.	Πρόληψη σύμφωνα με τον τρόπο μετάδοσης .....	41
3.2.5.1.	Πρόληψη μετάδοσης με αίμα και παράγωγα του πλάσματος .....	41
3.2.5.2.	Προφυλάξεις για το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό .....	41
3.2.5.3.	Πρόληψη σεξουαλικής μετάδοσης .....	43
3.2.5.3.1.	Τρόποι προφύλαξης .....	43
3.2.6.	Πρόληψη κάθετης, περιγεννητικής μετάδοσης .....	45
3.2.7.	Πρόληψη σύμφωνα με τις ομάδες υψηλού κινδύνου .....	46
3.2.7.1.	Γυναικείος Πληθυσμός .....	46
3.2.7.2.	Ηλικιακή Ομάδα Νέων και Υπερηλίκων .....	47
3.2.7.3.	Μετακινούμενοι Πληθυσμοί .....	49
3.2.7.4.	Ουσιοεξαρτώμενα Άτομα .....	50
3.2.7.5.	Άτομα υπό Καθεστώς Κράτησης .....	51
3.2.7.6.	Ομο/αμφισεξουαλική Κοινότητα .....	52
3.2.7.7.	Εκδιδόμενα Άτομα .....	53
3.2.7.8.	Οικονομικά Αδύναμα Άτομα .....	53
3.3	Είδη προληπτικών παρεμβάσεων .....	54
3.3.1	Βιοϊατρικές παρεμβάσεις .....	54
3.3.2	Προληπτικές παρεμβάσεις συμπεριφοράς .....	55
3.3.3	Δομικές προληπτικές παρεμβάσεις .....	57
3.3.3.1	Κοινωνικά προφανείς δομικές παρεμβάσεις .....	58
3.3.4	Συνδυαστική ή Ολιστική παρέμβαση .....	58
3.3.5	Δεδομένα αποτελεσματικότητας μέτρων πρόληψης .....	59

<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Οι κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας του HIV</b>		
4.1	Έλλειψη κοινωνικών αρχών, αξιών και άγραφων νόμων .....	61
4.1.1	Κοινωνική Δικαιοσύνη .....	61
4.1.2	Κοινωνική Ισότητα .....	61
4.1.3	Κοινωνική Αλληλεγγύη .....	62
4.1.4	Κοινωνικο-οικομική ένταξη .....	63
4.1.5	Συνείδηση της κοινωνικής ευθύνης .....	64
4.1.6	Ηθική συμπεριφορά .....	64
4.2	Κοινωνικές αναπαραστάσεις απέναντι στην ασθένεια του HIV .....	66
4.2.1	Κοινωνικές αντιλήψεις, απόψεις και στάσεις απέναντι στην ασθένεια του HIV .....	66
4.2.1.1	Η λοίμωξη και νόσος HIV ως μεταφορά του «κακού» .....	68
4.3	Κοινωνικές αντιδράσεις – συμπεριφορές απέναντι στην ασθένεια του HIV .....	70
4.3.1	Φόβος .....	71
4.3.1.1	Φοβίες .....	71
4.3.2	Άγχος .....	71
4.3.3	Πανικός .....	72
4.3.4	Κοινωνικές επιπτώσεις των παραπάνω αντιδράσεων .....	72
4.3.4.1	Ρατσισμός .....	72
4.3.4.2	Περιθωριοποίηση – Απομόνωση .....	72
4.3.4.3	Κοινωνικός Αποκλεισμός .....	73
4.3.4.4	Κοινωνικός Στιγματισμός – Διάκριση .....	73
<b>ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ</b>		
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Μεθοδολογία Της Έρευνας</b>		
5.1	Σκοπός και στόχοι της έρευνας .....	76
5.2	Ερευνητικά ερωτήματα .....	76
5.3	Μεθοδολογία έρευνας .....	77
5.4	Πεδίο μελέτης .....	77
5.5	Επιλογή δείγματος της έρευνας .....	77
5.6	Εργαλείο Έρευνας .....	78
5.6.1	Μορφή ερωτηματολογίου .....	79
5.7	Τεχνικές Συλλογής Στοιχείων .....	80

5.8	Μεθοδολογία Ανάλυσης Στοιχείων .....	81
5.8.1	Πιλοτική έρευνα - έλεγχος της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερευνητικού εργαλείου .....	82
5.9	Στατιστική ανάλυση δεδομένων .....	84
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Αποτελέσματα Της Έρευνας</b>		
6.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας .....	86
6.2	Γνώσεις για την ασθένεια .....	87
6.3	Σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών & φοιτητριών .....	99
6.4	Μέτρα πρόληψης .....	100
6.5	Αξιολόγηση γνώσεων μετάδοσης & μέτρων πρόληψης των φοιτητών και φοιτητριών .....	103
6.6	Έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων ως προς τα αποτελέσματα .....	107
<b>Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: Συμπεράσματα και Συζήτησή τους</b>		
7.1	Συμπεράσματα .....	110
7.2	Συζήτηση.....	114
7.3	Σύνοψη .....	123
7.4	Προτάσεις .....	124
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ .....</b>		
	ΔΙΕΘΝΗΣ .....	125
	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ .....	130
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 .....</b>		
		137
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 .....</b>		
		138
		145

## Εισαγωγή

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως σκοπό να μελετήσει τις γνώσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης σχετικά με το Aids.

Πιο συγκεκριμένα το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στο Aids και την ιστορική αναδρομή του ιού όπου παρατίθενται ο ορισμός της ασθένειας, οι ομάδες υψηλού κινδύνου, οι τρόποι μετάδοσης του ιού, πως αντιμετωπίζεται η ασθένεια καθώς και μια ιστορική ανασκόπηση επιδημιολογικών στοιχείων σε παγκόσμιο και εθνικό επίπεδο.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνεται η ανάλυση του τίτλου. Γίνεται επεξήγηση των εννοιών γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές, η συσχέτισή τους καθώς και οι παράγοντες που τις διαμορφώνουν.

Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει τη πρόληψη, αναφέροντας την έννοια της, τη σημαντικότητά της, τους τρόπους προφύλαξης καθώς και την αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης.

Το τελευταίο και τέταρτο θεωρητικό κεφάλαιο αναφέρει την έλλειψη κοινωνικών αρχών, αξιών και άγραφων νόμων, την κοινωνική Δικαιοσύνη, τη κοινωνική Ισότητα, τη κοινωνική Αλληλεγγύη, την ηθική συμπεριφορά, τις κοινωνικές αντιλήψεις και απόψεις και στάσεις απέναντι στην ασθένεια του HIV, αναφέρεται επίσης στο ρατσισμό, στο κοινωνικό αποκλεισμό, τη περιθωριοποίηση, την απομόνωση, τον κοινωνικό στιγματισμό και τις διακρίσεις.

Το ειδικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει τα κεφάλαια 5-7, και παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και η συζήτησή, τα αποτελέσματα της έρευνας και η μεθοδολογία της έρευνας.

# ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### Η μάστιγα του Aids και η ιστορική αναδρομή του ιού

#### 1.1 Ο ορισμός του Aids

Το aids είναι ένα σύνδρομο – μάστιγα, το οποίο από την αρχή της αναγνώρισής του το 1980 μέχρι και σήμερα έχει προκαλέσει το θάνατο σε εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Η συντομογραφία aids προέρχεται από τα αρχικά Acquired Immunodeficiency Syndrome (Επίκτητο Σύνδρομο Ανοσολογικής Ανεπάρκειας).

Η μετάδοση του aids πραγματοποιείται με έναν αργό ρετροϊό, τον H.I.V.



(Human Immunodeficiency Virus), ο οποίος προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα πρωτίστως τα λεμφοκύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού καθιστώντας το άτομο

ευάλωτο σε λοιμώξεις (π.χ. λοιμώδη μονοπυρήνωσης, αναπνευστική δυσχέρεια, φλεγμονές σε βλεννογόνους) ή ορισμένους τύπους καρκίνου (π.χ. σάρκωμα του Kaposi). Είναι μία λοίμωξη από ιό που μπορεί να οδηγήσει σε βαριά και επί του παρόντος μη αναστρέψιμη βλάβη του ανοσολογικού συστήματος (Μάνος, 1997· Σταθόπουλος, 2005).

Το A.I.D.S. προκαλείται από ένα ιό γνωστό σαν «λεμφοτρόπο ιό των T-κυττάρων του ανθρώπου τύπου III» (Human T-cell Lymphotropic Virus Type III ή εν HTLV-III) ή αλλιώς σαν «ιό που συνδέεται με λεμφαδενοπάθεια» (Lymphadenopath Associated Virus ή εν συν τομία LAV). Ο ιός HTLV-III είναι ένας ρετρο-ιός: τούτο σημαίνει ένα ειδικό τύπο ιού που περιέχει RNA και ο οποίος έχει την ικανότητα να παράγει DNA στα προσβεβλημένα κύτταρα. Ο ιός προσβάλλει τα κύτταρα του αίματος που είναι γνωστά σαν λεμφοκύτταρα. Αυτά είναι υπεύθυνα για το ανοσολογικό σύστημα του σώματος προστατεύοντάς 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 τη κατάσταση ονομάζουμε A.I.D.S. (Weber & Ferriman, 1991).

Άλλες επιπλοκές οι οποίες προκαλούνται στον οργανισμό από τον H.I.V. είναι η προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), καθώς προσβάλλονται αστροκύτταρα και νευρογλοϊκά κύτταρα και προκαλεί ορισμένες ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές όπως άνοια, ψύχωση και κατάθλιψη και πολύ συχνά με αυτοκτονικό ιδεασμό. Επίσης, ο φορέας του H.I.V. δεν παρουσιάζει κάποιο εμφανή σύμπτωμα νόσου, πρόκειται όμως για ένα δυνητικά, μολυσμένο άτομο (Μάνος, 1997· Σταθόπουλος, 2005).

## **1.2 Ομάδες υψηλού κινδύνου**

Λαμβάνοντας υπ' όψιν μας τις επιδημιολογικές μελέτες, ανακαλύπτουμε ότι έχουν εντοπίσει τις ομάδες εκείνες του πληθυσμού, οι οποίες είναι περισσότερο εκτεθειμένες στον ιό HIV. Κατανοώντας το γεγονός ότι παρότι η συχνότητα προσβολής είναι στατιστικά υψηλή σε αυτές τις ομάδες (ομάδες υψηλού κινδύνου), ο μεγαλύτερος κίνδυνος προέρχεται από συγκεκριμένες δραστηριότητες και πρακτικές. Οι περιπτώσεις προσβολής αφορούν πλέον ευρύτερες ομάδες πληθυσμού.

### **Οι σημαντικότερες ομάδες υψηλού κινδύνου, είναι:**

- Ομοφυλόφιλοι
- Αμφιφυλόφιλοι
- Ετεροφυλόφιλα άτομα που έχουν συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, χωρίς μέτρα προφύλαξης
- Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών που χρησιμοποιούν τις ίδιες σύριγγες με άλλους
- Αποδέκτες αίματος και προϊόντων αίματος, όπως αιμοφιλικοί και πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, άτομα τα οποία υποβάλλονται σε αιμοκαθαρκτική διαδικασία καθώς και άτομα που υπέστησαν μετάγγιση αίματος προτού εφαρμοσθεί ο εργαστηριακός έλεγχος του αίματος και των προϊόντων του.

- Άτομα που είχαν εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα άτομα προερχόμενα από χώρες στις οποίες η λοίμωξη και νόσος HIV παρουσιάζει έξαρση.
- Άτομα που έχουν εκτεθεί στον ιό κατά τη διάρκεια ιατρικών ή χειρουργικών πρακτικών όπου παραβιάστηκαν οι κανόνες υγιεινής.
- Οι μητέρες που είναι οροθετικές.
- Επαγγελματίες του χώρου της υγείας που η ειδικότητά τους απαιτεί μεγάλη έκθεση στον HIV.
- Άτομα που βρίσκονται σε οποιοδήποτε στάδιο ασθένειας που συνδέεται με τη λοίμωξη.
- Εκδιδόμενα άτομα
- Άτομα υπό καθεστώς κράτησης
- Και οι νέοι

### **1.2.1 Η πιο επίφοβη ομάδα υψηλού κινδύνου - νέοι**

Ο ιός HIV είναι μία από τις συχνότερες αιτίες ασθένειας και θανάτου μεταξύ των νέων (WHO 2002). Σύμφωνα με τα νεότερα στατιστικά στοιχεία, οι νέοι θεωρούνται η πιο επίφοβη ομάδα υψηλού κινδύνου. Πιο συγκεκριμένα, τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι οι μισές από τις 14.000 νέες μολύνσεις που συμβαίνουν κάθε μέρα, απαρτίζονται από άτομα ηλικίας 15-24 ετών (UNAIDS 2002). Επίσης, οι νεαρές γυναίκες μολύνονται περισσότερο από τον ιό HIV / AIDS με ποσοστά μόλυνσης, στα κορίτσια να είναι 2-6 φορές υψηλότερη από ό, τι για τα αγόρια της ίδιας ηλικίας (UNICEF 2002).

Πέρα από τις τεράστιες ανησυχίες γύρω από την υγεία, το AIDS έχει καταστροφικές συνέπειες για τη γενική ευημερία των νέων, όσο και για την ευρύτερη κοινωνία. Η νεολαία που έχει μολυνθεί με τον ιό HIV, σταδιακά χάνει την λειτουργικότητά της και αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα διότι παραιτείται από την εκπαίδευση και τις όποιες άλλες ευκαιρίες τους δίδονται (Rosen, 2003).

Η επιδημία του AIDS σε παγκόσμιο επίπεδο, υπολογίζοντας την χώρα-περιοχή και το στάδιο της επιδημίας, επηρεάζει διαφορετικά τους νέους. Στις γενικευμένες επιδημίες της νότιας και Ανατολικής Αφρικής, το 10% ή περισσότερο των νέων έχουν

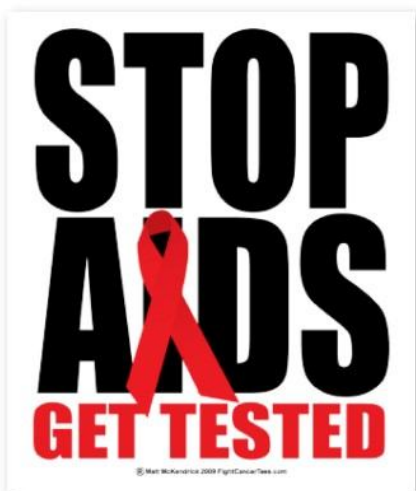
μολυνθεί με τον ιό HIV, με ετεροφυλοφιλική μετάδοση, η οποία αποτελεί τη πιο μακράν ή πιθανότερη οδό μόλυνσης. Σε περιοχές όπου τα γενικά ποσοστά της HIV λοίμωξης, είναι συνήθως λιγότερο από το 1%, η επιδημία εξακολουθεί να συγκεντρώνεται σε συγκεκριμένες ομάδες και οι περισσότεροι νέοι δεν έχουν φτάσει ακόμη σε υψηλό κίνδυνο να προσβληθούν από τον ιό HIV. Σε αυτές τις χώρες, οι νέοι που έχουν μολυνθεί με τον ιό HIV εμπλέκονται σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών, εμπορικό σεξ κ.λπ. (UNICEF 2002).

Σύμφωνα με τα καταγεγραμμένα περιστατικά, σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις ως τρόπος μετάδοσης του ιού, διαφαίνεται η μόλυνση μέσω ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής (56%), με σχεδόν το 1/3 (31%) να αφορά ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους άνδρες, ενώ 11% αφορά χρήστες ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών. Το 1/3 των περιπτώσεων αφορά γυναίκες, ενώ στο 13% φτάνουν τα ποσοστά που αναφέρονται σε ηλικίες μεταξύ των 15 έως 24 ετών (Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2008).

### **1.3 Τρόποι μετάδοσης**

Ο ιός του A.I.D.S. βρίσκεται στο αίμα και στα υγρά του σώματος των ανθρώπων που έχουν μολυνθεί και διατηρείται για πολύ μακρύ χρονικό διάστημα. Μπορεί να διαδοθεί με το αίμα, τη σεξουαλική επαφή και με τη τεχνητή γονιμοποίηση. Στη περίπτωση της μετάδοσης με το αίμα φαίνεται ότι ο ιός πρέπει να εισέρχεται απ' ευθείας μέσα στη κυκλοφορία του αίματος. Αυτό έχει συμβεί όταν άνθρωποι πήραν μεταγγίσεις αίματος από μολυσμένους δότες, όταν αιμορροφιλικοί πήραν μολυσμένους παράγοντες πήξεως και όταν μολυσμένοι

τοξικομανείς μοιράζονταν τις βελόνες με άλλους. Μπορεί επίσης να διαδοθεί με τη σεξουαλική επαφή είτε από αιμορραγία που συμβαίνει με τη συνουσία από το πρωκτό (ή σε μικρότερο βαθμό) με τη συνουσία από το κόλπο) ή από μόλυνση που υπάρχει στο σπέρμα. Τώρα πιστεύουμε ότι η συνουσία από τον πρωκτό εξαπλώνει τον ιό ευκολότερα από ότι η συνουσία από το κόλπο.



Η πλειονότητα των αρρώστων με A.I.D.S. (πάνω από 99%) ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου των ομοφυλόφιλων, τους τοξικομανείς που παίρνουν ναρκωτικά από τη φλέβα (με βελόνες), τους αρρώστους που υποβάλλονται σε μεταγγίσεις, τους αιμορροφιλικούς και τους ετεροφυλόφιλους που διατηρούν σεξουαλικές σχέσεις με μολυσμένα άτομα.

Ο ιός του A.I.D.S. έχει βρεθεί στο σπέρμα, στο σάλιο, το μητρικό γάλα και τα δάκρυα. Όμως η διάδοση της αρρώστιας μεταξύ αυτών που βρίσκονται στην ομάδα του πολύ υψηλού κινδύνου δείχνει ότι το αίμα και η σεξουαλική πράξη μεταδίδουν κατά πρώτιστο λόγο την αρρώστια.

Μόνο ένας ασήμαντος αριθμός περιπτώσεων αναφέρεται σε ανθρώπους που βρίσκονται έξω απ' αυτές τις κύριες ομάδες κινδύνου. Εάν το A.I.D.S. μεταδιδότανε ελεύθερα με το σάλιο παραδείγματος χάριν θα μπορούσε επίσης να μεταδοθεί και με το βήχα και το φτέρνισμα προκαλώντας μια πολύ διαφορετική και εκτεταμένη εικόνα κατανομής με πολλές περιπτώσεις να συμβαίνουν σε ανθρώπους που συγκατοικούν. Στη πραγματικότητα οι πολύ στενοί συγγενείς αιμορροφιλικών δεν έχουν μολυνθεί μ' αυτό τον τρόπο. (Weber & Ferriman, 1991).

Οι τρόποι μετάδοσης του HIV είναι οι εξής :

### **1) Σεξουαλική μετάδοση**

Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί τόσο κατά την ανδρική ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή, όσο και κατά την ετεροφυλική.

Η σεξουαλική πρακτική που εγκυμονεί τον υψηλότερο κίνδυνο μετάδοσης HIV, είναι η επαφή από το ορθό. Η αυξημένη διασπορά του ιού στους ομοφυλόφιλους βρίσκεται σε συνάρτηση με τη συχνή εναλλαγή των ερωτικών συντρόφων, τις παθητικές σεξουαλικές επαφές και τις ευκαιρίες τραυματισμού, που υποβοηθούν τον ενοφθαλμισμό του ιού.

Αντίθετα, η μετάδοση του ιού HIV με γυναικεία ομοφυλοφιλική επαφή, φαίνεται ότι είναι σπάνια, όπως επίσης σπάνια είναι και η μετάδοση με το στοματικό έρωτα.

Η μετάδοση του ιού κατά την ετεροφυλική επαφή είναι ευκολότερη από τον άντρα στην γυναίκα παρά το αντιστρόφως. Στη γυναίκα ο ιός δεν ανευρίσκεται στις ωοθήκες, αλλά σε όλη τη διαδρομή του υπόλοιπου γεννητικού συστήματος, σε αυξημένη

μάλιστα ταχύτητα στην εσωτερική επιφάνεια του τραχήλου της μήτρας και πολύ συχνότερα στο βλεννογόνο του κόλπου. Αντίστοιχα στον άνδρα, ο ιός δεν ανιχνεύεται στους όρχεις αλλά σε όλη τη λοιπή διαδρομή του σπέρματος.

## 2) Μετάδοση ύστερα από έκθεση σε μολυσμένο αίμα

Ο τρόπος αυτός αφορά στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, που μοιράζονται μολυσμένες σύριγγες και βελόνες, στους μεταγγιζόμενους με μολυσμένο αίμα ή παράγωγά του και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε περίπτωση εκτεταμένης επαφής με μολυσμένο αίμα ή τραυματισμό με μολυσμένες βελόνες και άλλα αιχμηρά αντικείμενα, που αφορούν κυρίως σε νυστέρια και βελόνες συρραφής τραυμάτων.

Στους τοξικομανείς η μετάδοση του ιού οφείλεται στη μεταφορά μικρών ποσοτήτων αίματος κατά τη κοινή χρήση βελονών και συριγγών, ενώ η πιθανότητα μετάδοσης του HIV με μεταγγίσεις αίματος έχει πλέον σχεδόν εκμηδενιστεί, γιατί το μεταγγιζόμενο αίμα ελέγχεται σχολαστικά και για HIV αντισώματα.

Η πιθανότητα, τέλος μετάδοσης του ιού HIV στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μετά από τρύπημα από μολυσμένη βελόνα είναι της τάξης του 0.01%

## 3) Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση

Είναι δυνατό να συμβεί μέσω του πλακούντα ενδομητρίως, κατά τη διάρκεια του τοκετού από το αίμα και τα κοιλικά υγρά ή μετά το τοκετό κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Το 15-30% των νεογνών που γεννιούνται από HIV θετικές μητέρες, μολύνονται από τον ιό, ενώ πρέπει να επισημανθεί ότι οι μητέρες φορείς του HIV που μεταδίδουν στο κύημα ή στο νεογνό τους τον ιό, είναι στη συντριπτική τους πλειοψηφία χρήστες των ενδοφλέβιων ναρκωτικών ή είχαν ερωτικό σύντροφο φορέα. Ντούφας Γ.,(χ.χ.) «Aids και Σεξουαλικός Μεταδιδόμενα Νοσήματα – Μέρος Β», <http://www.ntoufas.com/?p=567>, [5/2/2014].

### 1.3.1 Πως μεταδίδεται ο ιός του HIV και πως όχι

Μύθοι	Αλήθειες
Το AIDS προσβάλλει μόνο τους ομοφυλόφιλους	Το AIDS πρωτοδιαγνώσθηκε σε ομοφυλόφιλους στις ΗΠΑ στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Η

	ομοφυλοφιλική επαφή εξακολουθεί να αποτελεί τον κύριο τρόπο μετάδοσης στο Δυτικό κόσμο αλλά ο ιός προσβάλλει και τα δύο φύλα μέσω ετεροφυλοφιλικής απροφύλακτης επαφής, όταν ο ένας σύντροφος έχει προσβληθεί. Στην Ελλάδα, το 22,2% των οροθετικών είναι ετεροφυλόφιλοι.
Αν συναναστρέφομαι με οροθετικό κινδυνεύω να μολυνθώ από τον ιό HIV	Ο HIV δε μεταδίδεται με το άγγιγμα, τα δάκρυα, τον ιδρώτα ή το σάλιο. Δεν κινδυνεύουμε από τις κοινωνικές επαφές, την συγκατοίκηση ή την συνεύρεση στον ίδιο εργασιακό χώρο.
Το AIDS μεταδίδεται στις πισίνες και από το τσίμπημα κουνουπιών	Έχει αποδειχθεί ότι το AIDS δε μεταδίδεται στις πισίνες, επειδή ο ιός βρίσκεται σε μεγάλη αραίωση και σκοτώνεται από το χλώριο. Ο ιός αδρανοποιείται, επίσης, από το σάλιο των κουνουπιών. Άλλωστε στην Αφρική το τσίμπημα των κουνουπιών, το οποίο είναι η κύρια οδός μετάδοσης της ελονοσίας, δεν ενοχοποιείται για τη μετάδοση του AIDS.
Το AIDS μεταδίδεται με το φιλί	Έχει αποδειχθεί πως με το κοινωνικό φιλί δε μεταδίδεται. Με το ερωτικό φιλί οι πιθανότητες είναι ελάχιστες και αυξάνονται εάν στο στόμα των ερωτικών συντρόφων υπάρχουν πληγές ή αιμορραγία.
Το AIDS δε μεταδίδεται με το στοματικό έρωτα	Ο ιός υπάρχει στα κολπικά, τα προσπερματικά υγρά, καθώς και στο σπέρμα. Μεταδίδεται με κάθε είδους σεξουαλική επαφή. Η πιο επικίνδυνη θεωρείται η πρωκτική.
Το προφυλακτικό δεν προφυλάσσει	Μελέτες, που έχουν γίνει μεταξύ ζευγαριών που ο ένας σύντροφος ήταν οροθετικός, έχουν αποδείξει ότι το προφυλακτικό προφυλάσσει πλήρως αρκεί να χρησιμοποιείται σωστά από την αρχή της ερωτικής επαφής.
Το test για το AIDS δεν είναι σίγουρο	Η εξέταση για τη διαπίστωση της οροθετικότητας ανιχνεύει αντισώματα έναντι του ιού στο αίμα με τη μέθοδο Elisa. Οι νεότερης γενιάς εξετάσεις είναι πολύ

	ευαίσθητες και ιδιαίτερα αξιόπιστες. Για να δοθεί ,όμως, θετική απάντηση απαιτείται επιβεβαιωτική εξέταση με τη μέθοδο Western Blot.
Οι μεταγίσεις δεν είναι ασφαλείς	Από το 1985 πραγματοποιείται έλεγχος των μεταγίσεων και ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις μετάδοσης του ιού του AIDS. Αυτό οφείλεται στο ότι ο δότης βρισκόταν στην περίοδο του «σιωπηρού παραθύρου». Οι περιπτώσεις αυτές έχουν ελαχιστοποιηθεί με τη χρησιμοποίηση πιο ευαίσθητων Elisa, καθώς και με τη μοριακή μέθοδο NAT.
Όταν συμβεί σεξουαλικό ατύχημα με HIV θετικό άτομο, δεν υπάρχει καμία προφυλακτική θεραπεία	Όταν επισυμβεί σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη ή σπάσει το προφυλακτικό κατά τη συνεύρεση με HIV θετικό άτομο, επιβάλλεται η άμεση (μέχρι 72 ώρες) χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής.
Οι τοξικομανείς μολύνονται οπωσδήποτε από AIDS	Οι τοξικομανείς, οι οποίοι επαναχρησιμοποιούν σύριγγες και άλλα αντικείμενα για την παρασκευή και ενδοφλέβια χρήση τοξικών ουσιών, έχουν αυξημένες πιθανότητες να μολυνθούν από τους ιούς της ηπατίτιδας C και του AIDS. Εάν η χρήση γίνεται αποκλειστικά από σύριγγα μιας χρήσης δεν υφίσταται τέτοιος κίνδυνος.
Όποιος μολύνεται από τον ιό του AIDS οπωσδήποτε πεθαίνει	Υπάρχει σήμερα αποτελεσματική θεραπεία για το AIDS, η οποία όμως δεν είναι ριζική. Η αντιρετροϊκή θεραπεία καταστέλλει τον πολλαπλασιασμό του ιού και μετατρέπει τη νόσο σε μακροχρόνια ασθένεια.
Τα φάρμακα είναι πολύ δραστικά και εάν ξεχνάω μερικές φορές τις δόσεις μου δεν παθαίνω τίποτα	Τα φάρμακα είναι όντως πολύ δραστικά, αλλά έχουν συγκεκριμένη διάρκεια δράσης Έτσι, εάν παραλείπονται δόσεις, μπορεί ο ιός να γίνει ανθεκτικός στα φάρμακα με καταστροφικές επιπτώσεις λόγω της αντοχής που αναπτύσσεται.
Γυναίκα οροθετική δεν μπορεί να γεννήσει υγιές παιδί	Οροθετική γυναίκα μπορεί να αποκτήσει παιδί με πιθανότητα <1% να προσβληθεί από AIDS, εάν λάβει αγωγή από το στόμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενδοφλέβια αγωγή κατά τη διάρκεια του τοκετού, που θα

	γίνει με καισαρική τομή, και το παιδί υποβληθεί σε θεραπεία μετά την γέννησή του.
Οροθετικός άνδρας δεν μπορεί να αποκτήσει παιδί	Σε ειδικά κέντρα, το σπέρμα του οροθετικού άνδρα υφίσταται ειδική επεξεργασία, υποβάλλεται σε διαδικασία καθαρισμού και στη συνέχεια γίνεται τεχνητή γονιμοποίηση.

#### **1.4 Θεραπεία και εμβόλιο - αντιμετώπιση της λοίμωξης από τον ιό HIV**

Το AIDS παραμένει μια από τις σοβαρές και θανατηφόρες νόσους. Όμως οι νέοι συνδυασμοί αντιρετροϊκών φαρμάκων έχουν πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Επιμηκύνουν σημαντικά το χρόνο επιβίωσης ενώ συγχρόνως επιδρούν καταλυτικά στην ποιότητα ζωής των οροθετικών ατόμων. Η αγωγή δίνεται σε οροθετικούς ασθενείς ακόμα κι αν αυτοί δεν πάσχουν από AIDS. Καταφέρνουν να μειώνουν σε πολύ μεγάλο βαθμό τον αριθμό των ιών που κυκλοφορούν στο αίμα με την προϋπόθεση ότι η λήψη τους είναι συνεχής και αδιάλειπτη. Η αντιμετώπιση επίσης περιλαμβάνει θεραπεία για τις ευκαιριακές λοιμώξεις, για τα HIV σχετιζόμενα νεοπλάσματα και αντιμετώπιση των ειδικών επιπλοκών. Η Παρασκευή προφυλακτικού εμβολίου είναι ακόμη δυσχερής.

Σύμφωνα με τον Barouch, (2008), η ανάπτυξη ενός εμβολίου που μειώνει ουσιαστικά τον ιό καθώς και τη μετάδοση του HIV φαίνεται να είναι η μακροπρόθεσμη λύση, αφού για η επιδημία του ιού είναι διαρκώς αυξανόμενη στον κόσμο. Στο παρελθόν, για την αντιμετώπιση των λοιμωδών νόσων γινόταν χρήση των εμβολίων, συμπεριλαμβανομένων των ασθενειών της ευλογιάς, πολιομυελίτιδας, ιλαράς, και του κίτρινου πυρετού, καθώς αποτελούσαν τη πιο αποτελεσματική στρατηγική για την καταπολέμηση αυτών των ανθρώπινων πανδημιών. Ωστόσο, τα εμβόλια αυτά, που χρησιμοποιούνται, ως επί το πλείστον βασίζονται στη παραγωγή εξουδετερωτικών αντισωμάτων (Abs) για προστασία από παθογόνες μολύνσεις. Αντίθετα ο έλεγχος της λοίμωξης από τον HIV εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη της υψηλής συχνότητας αποκρίσεις T-κυττάρων ειδικά για την ανάπτυξη του ιού. Για αυτό το λόγω, η διατήρηση και η δυνατότητα αναστροφής σε παθογόνα μορφή αυτών των εμβολίων δεν θα είναι αποδεκτή για τη χρήση σε ανθρώπους αφού αποτελούν έναν κίνδυνο για αυτούς.



### **1.5 Παράγοντες κινδύνου μετάδοσης του AIDS**

Η Κατζανού, (2013) αναφέρει ότι υπάρχει ένα σύμπλεγμα παραγόντων που συμβάλουν στην εξάπλωση του ιού όπως είναι η αύξηση της φτώχειας και της ανεργίας, αύξηση της χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών, η πιθανή αύξηση της επανάχρησης συριγγών καθώς και η μείωση των προγραμμάτων πρόληψης κατά το διάστημα που προηγήθηκε της επιδημίας.

#### **A) Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου είναι:**

- (α) η δίχως προφύλαξη σεξουαλική επαφή (κολπική ή πρωκτική),
- (β) η συνύπαρξη άλλης σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου (π.χ. σύφιλης έρπητα, χλαμυδίων κλπ.),
- (γ) η κοινή χρήση εξοπλισμού για λήψη ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών (π.χ. σύριγγες, βελόνες κλπ.)
- (δ) μη ασφαλείς ενέσεις, μεταγγίσεις και ιατρικές διαδικασίες που περιλαμβάνουν κοπή ή διάτρηση ιστών και
- (ε) ατυχήματα του προσωπικού παροχής υπηρεσιών υγείας, που περιλαμβάνουν κυρίως τρυπήματα με μολυσμένα αντικείμενα.

#### **B) Ειδικότερα, οι παράγοντες κινδύνου σεξουαλικής μετάδοσης είναι:**

- (α) γενετικοί,
- (β) ανοσολογικοί,
- (γ) ο τύπος και η συχνότητα των σεξουαλικών επαφών,
- (δ) η παρουσία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων,
- (ε) η παρουσία HIV-RNA στο σπέρμα και στις κολπικές εκκρίσεις και
- (στ) το στάδιο της HIV λοίμωξης.

Ο κίνδυνος από συγκεκριμένες συμπεριφορές, όπως η σεξουαλική επαφή, η τρώση από μολυσμένη βελόνα και η λήψη μολυσμένου αίματος, έχει προσδιοριστεί μεγαλύτερος συγκριτικά με τους άλλους τρόπος μετάδοσης του HIV, όπως φαίνεται στον πίνακα 1. Επίσης το ιικό φορτίο έχει προσδιοριστεί ως ο σημαντικότερος προγνωστικός δείκτης του κινδύνου ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης του HIV-1. Ειδικότερα, ο κίνδυνος θεωρείται ιδιαίτερα μικρός όταν το ιικό φορτίο του HIV-1 είναι < 1.500 copies/ml (Κατζανού, Μ., κ.α., 2013).

## 1.6 Ιστορική ανασκόπηση του ιού

Είναι γνωστό ότι ορισμένοι ιοί μπορεί να περάσουν από τα ζώα στον άνθρωπο (zoonosis). Πράγματι, ο HIV είναι σχεδόν ταυτόσημος με τον αντίστοιχο ιό που προκαλεί ανοσοανεπάρκεια στους χιμπατζήδες, τον SIVcpz της ομάδας Pan troglodytes troglodytes της Κεντρικής Αφρικής. Δεν είναι ξεκάθαρο εάν ο χιμπατζής ήταν η πρωταρχική πηγή του ιού γιατί εξαιρετικά σπάνια μολύνεται από τον SIVcpz. Είναι λοιπόν πιθανό, τόσο οι πίθηκοι όσο και οι άνθρωποι να έχουν μολυνθεί από ένα τρίτο, απροσδιόριστο προς το παρόν, θηλαστικό. Δυστυχώς, οι SIV-μολυσμένοι χιμπατζήδες δεν αναπτύσσουν νόσο αντίστοιχη με αυτή του AIDS στους ανθρώπους,



αποστερώντας τους επιστήμονες από ένα μοναδικό πειραματικό μοντέλο, εξαιρετικά πολύτιμο στην προσπάθεια ανάπτυξης εμβολίου.

Σήμερα θεωρείται ότι η εισαγωγή του ιού στον άνθρωπο έγινε, είτε γύρω στο 1930 από μόλυνση χιμπατζή, είτε στη δεκαετία του '50 από μολυσμένο εμβόλιο πολιομυελίτιδας που κατασκευάστηκε από χιμπατζήδες. Η νόσος φαίνεται να έμεινε αρχικά περιορισμένη σε κάποια μικρή κοινότητα στη νότια της Σαχάρας περιοχή και αργότερα λόγω των μεγάλων κοινωνικο-οικονομικών ανακατατάξεων και της μετακίνησης των πληθυσμών εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο. Κύριο ρόλο έπαιξε η συσσώρευση πληθυσμών στα μεγάλα αστικά κέντρα που δημιούργησε συνθήκες μεγαλύτερης σεξουαλικής ελευθερίας, που σε συνδυασμό με την φτώχεια, την πορνεία και την απουσία κοινωνικής πρόνοιας οδήγησαν στην έκρηξη της νόσου. Είναι ενδιαφέρον ότι έχει αναγνωρισθεί ο άνθρωπος που έφερε τον HIV στην Β. Αμερική, ένας υπάλληλος των Καναδικών Αερογραμμών, που ταξίδευε πολύ συχνά και όλα τα αρχικά κρούσματα του AIDS στην Αμερική, προέρχονταν από άμεση ή έμμεση (από προηγούμενο ερωτικό σύντροφο) σεξουαλική επαφή με τον παραπάνω, σε διάφορες Αμερικανικές πόλεις.

Προς το παρόν δεν ξέρουμε με βεβαιότητα από πιο μέρος του κόσμου ξεκίνησε το A.I.D.S. Αλλά όταν μια καινούργια λοιμώδης νόσος αναγνωρίζεται, υπάρχει περιορισμένος αριθμός πιθανών τρόπων προέλευσής της. Ίσως να ήταν πάντα

παρούσα αλλά δεν είχε αναγνωριστεί. Ίσως είναι μία μετάλλαξη (μεταλλαγή) από μια υπάρχουσα νόσο, όπως συμβαίνει με τις επανειλημμένες επιδημίες γρίπης. Ίσως υπάρχει σε κάποιο πληθυσμό ζώων και έχει με κάποιο τρόπο μεταδοθεί στους ανθρώπους όπως έχει συμβεί και με τον κίτρινο πυρετό, ή ίσως ενδημούσε σε μεμονωμένους ανθρώπινους πληθυσμούς, με τους οποίους υπάρχει μικρή επαφή από τον υπόλοιπο κόσμο (π.χ. ο πυρετός Lassa υπάρχει σ' ένα παρόμοιο πληθυσμό της Αφρική).

Από τις αρχές της δεκαετίας του '80, όπου παρατηρήθηκε και καταγράφηκε η πρώτη περίπτωση AIDS, ο ιός εξαπλώθηκε με βασικά θύματα τις κοινότητες των αμφι/ομοφυλοφίλων, καθώς και των χρηστών τοξικών ουσιών. Το ζήτημα του AIDS αποτέλεσε ένα από τα κυριότερα θέματα για τη Δημόσια Υγεία (Μαυρογιαννάκη, 2012).

Καθώς λοιπόν το A.I.D.S. ήταν μια νέα αρρώστια για τις Η.Π.Α. και δεν πιστεύουν ότι υπήρχε πριν από το 1979, οι επιστήμονες στράφηκαν αλλού και θεώρησαν τις περιπτώσεις που βρέθηκαν στην Αφρική σαν πιθανή πηγή προέλευσης της νόσου. Τα συμπεράσματα δεν είναι ακόμα γνωστά. Ωστόσο, είναι δυνατό να υποθέσει κανείς ότι ο ιός του A.I.D.S. υπήρχε για αρκετό καιρό σε μια περιορισμένη περιοχή της Κεντρικής Αφρικής, όπου μπορούσε να περιφέρεται χωρίς να μπορεί να τον αναγνωρίσει κανείς. Επίσης είναι δυνατόν να κατοικεί σε μολυσμένα ζώα της περιοχής και να προσβάλλει τους ανθρώπους μόνο πολύ σπάνια (Weber & Ferriman, 1991).

Με τις μεγάλες μετακινήσεις των πληθυσμών της δεκαετίας του '70 και την εκτεταμένη μετανάστευση στις πόλεις, η λοίμωξη με τον ιό HTLV-III θα μπορούσε να έχει μεταφερθεί από απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές στις μεγάλες πόλεις και σ' αυτό το νέο περιβάλλον, ο ιός - έχοντας την ιδιότητα να μεταβιβάζεται με τη σεξουαλική πράξη - θα μπορούσε να επεκταθεί πολύ γρήγορα (Weber & Ferriman, 1991).

Πρόσφατα πιστεύουν ότι ταξιδιώτες που μολύνθηκαν στην Αφρική θα μπορούσαν να είχαν εισάγει τη λοίμωξη με τον ιό HTLV-III στη κοινότητα των ομοφυλοφίλων των Η.Π.Α., κάποια στιγμή κατά το τέλος της δεκαετίας του 1970 (Weber & Ferriman, 1991).

Ως προς την εξάπλωση του ιού παρατηρήθηκαν ποικίλοι τρόποι μετάδοσης της λοίμωξης στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης με επικρατέστερη την σεξουαλική επαφή.

Πιο αναλυτικά, στην Ανατολική Ευρώπη η επιδημία οφείλεται κυρίως στους χρήστες τοξικών ουσιών, όπου στην πλειοψηφία των περιπτώσεων καταγράφεται η ύπαρξη κάποιας συσχέτισης μεταξύ ετεροφυλόφιλων και χρηστών (π.χ. Σύντροφοι χρηστών). Ενώ, στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη η μετάδοση οφείλεται κατά κύριο λόγο στη σεξουαλική επαφή με τις δύο κύριες ομάδες που εκπροσωπούνται να είναι ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες και μετανάστες προερχόμενοι από χώρες με υψηλή επίπτωση. Επίσης, στη Δυτική Ευρώπη αυτοί οι μετανάστες προέρχονται κυρίως από την Υποσαχάρια Αφρική, ενώ στην Κεντρική Ευρώπη είναι κυρίως εκδιδόμενα άτομα από τη Ρωσία και την Ουκρανία.

Από το 2001, παρατηρείται αύξηση (της τάξεως 91%) του αριθμού των δηλωμένων περιστατικών μόλυνσης μέσω ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής, ενώ όσον αφορά ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους άνδρες η αύξηση αγγίζει το 76%. Αντίθετα, καταγράφεται μείωση 50% για τους χρήστες ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών.

Σύμφωνα με τις εκδόσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, η κατάσταση στην Ευρώπη χαρακτηρίζεται ως ανησυχητικά επείγουσα για την ανάληψη μέτρων για το περιορισμό της εξάπλωσης του ιού HIV. «Η τάση της επιδημίας είναι ανοδική με αυξητική μορφή στην ετεροφυλόφιλη επαφή» (Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2008).

Όπως αναφέρει ο Υφαντόπουλος (1996 στο Μαυρογιαννάκη, 2012) το πρώτο διαγνωσμένο κρούσμα λοίμωξης HIV δηλώθηκε στην Ελλάδα τον Οκτώβριο του 1983. Η διαδικασία της δήλωσης των κρουσμάτων AIDS (νόσου HIV) ξεκίνησε το 1984. Επίσης, πρόκειται για μία ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική διαδικασία σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Α1/6122/19-9-1986. Έως τότε η διαδικασία της δήλωσης των κρουσμάτων AIDS αποτελούσε τον κυριότερο τρόπο παρακολούθησης της λοίμωξης HIV στην χώρα μας, προχωρώντας σε παρακολούθηση της επιδημίας και σχεδιάζοντας τις υπηρεσίες Υγείας και φροντίδας των οροθετικών ατόμων. Με την ανάπτυξη και εξέλιξη στον τομέα των θεραπειών παρατηρήθηκε παράταση στο χρονικό διάστημα από τη βάση της λοίμωξης HIV και στο AIDS. Ακόμη, σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση (B1/5295/7-8-1998) η δήλωση των οροθετικών ατόμων

ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1998. Επίσης, πρόκειται για μια ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική διαδικασία (ΚΕΕΛ, 2000 στο Μαυρογιαννάκη, 2012).

### **1.6.1 Η πορεία της επιδημίας παγκοσμίως – Επιδημιολογικά στοιχεία**

Από το 1981, οπότε καταγράφηκαν τα πρώτα κρούσματα λοίμωξης από τον ιό του HIV, η επιδημία της HIV λοίμωξης έχει λάβει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας, με σημαντικές υγειονομικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, ιδιαίτερα σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές, όπως η Αφρική και η νοτιοανατολική Ασία. Σύμφωνα με πρόσφατες αναφορές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και του Joint United Nations Program for HIV/ AIDS (UNAIDS), εκτιμάται ότι 34 Εκατομμύριο άνθρωποι παγκόσμια παραμένουν μολυσμένοι από ιό HIV. από τα οποία τα 3,4 εκατομμύρια είναι παιδιά ηλικίας < 15 ετών. Οι νέες καταγεγραμμένες HIV λοιμώξεις υπολογίζονται στα 2,7 εκατομμύρια, από τα οποία οι 390.000 αφορούν σε παιδιά νεότερα των 15 ετών. Τέλος, για το 2010, υπολογίζεται ότι οι θάνατοι που οφείλονται στη HIV λοίμωξη ανέρχονται σε 1,8 εκατομμύρια, από τους οποίους οι 250.000 αφορούν σε παιδιά ηλικίας < 15 ετών. Το 2010, καταγράφηκαν 27.116 νέες διαγνωσμένες HIV λοιμώξεις σε 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (Ε.Ο.Κ.).- Ο αριθμός των διαγνωσμένων HIV λοιμώξεων υπήρξε σχετικά σταθερός κατά την περίοδο 2004-2010, από 6,5 ανά 100.000 πληθυσμού το 2004 σε 5,7 ανά 100.000 πληθυσμού το 2010. Στις ανωτέρω χώρες, από το 2004, περισσότερες από 27.000 νέες HIV λοιμώξεις διαγνώστηκαν και καταγράφηκαν ανά έτος. δημιουργώντας ένα συσσωρευμένο σύνολο μεγαλύτερο των 3 70.000 HIV λοιμώξεων καταγεγραμμένων από την έναρξη της επιδημίας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει, επίσης, η κατανομή των νέων διαγνωσμένων λοιμώξεων, με και χωρίς προσαρμογή ως προς την καθυστέρηση αναφοράς, ανάλογα με τον τρόπο μετάδοσης και την προέλευση, σε 26 ευρωπαϊκές χώρες για την περίοδο 2004-2010 (Κατζανού, Μ., κ.α., 2013).

### **1.6.2 Η κατάσταση στην Ευρωπαϊκή Ένωση – Επιδημιολογικά στοιχεία**

Σύμφωνα με τις εκδόσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως για το Εθνικό Σχέδιο Δράσεις HIV/AIDS 2008-2012, η κατάσταση

στην Ευρώπη χαρακτηρίζεται ως ανησυχητικά επείγουσα για την ανάληψη μέτρων για το περιορισμό της εξάπλωσης του ιού HIV. «Η τάση της επιδημίας είναι ανοδική με αυξητική μορφή στην ετεροφυλόφιλη επαφή».

Οι πρόσφατες μετρήσεις φανερώνουν ανησυχητική αύξηση της εξάπλωσης του ιού με τεράστιο αντίκτυπο για τη Δημόσια Υγεία σε όλες τις χώρες της Ευρώπης.

Ωστόσο, παρά τη μείωση των νέων μολύνσεων που παρατηρήθηκε, σε σχέση με το αποκορύφωμα του 2001 (114.000 νέες περιπτώσεις), υπάρχουν ισχυρά στοιχεία για αυξητικές τάσεις. Γεγονός, το οποίο οφείλεται στη σεξουαλική μετάδοση του ιού σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, με υπερδιπλασιασμό των περιπτώσεων το 2004 (75.000 νέες περιπτώσεις) σε σχέση με το 1998 (25.000 νέες περιπτώσεις).

Τα περισσότερα νέα κρούσματα μολύνσεων με τον ιό του AIDS για το 2004 έχουν δηλωθεί στην ανατολική Ευρώπη (περίπου 50.000) και είναι περίπου 174,2 ανά εκατομμύριο πληθυσμού.

Ως αναφορά την Ευρωπαϊκή Ένωση, σε 23 από τις 25 χώρες (εκτός Ιταλίας και Ισπανίας, λόγω έλλειψη στοιχείων στο ECDC) για το έτος 2004 διαγνώστηκαν περίπου 24.000 νέες περιπτώσεις μόλυνσης με τον ιό HIV, με συχνότητα 68 ατόμων ανά εκατομμύριο πληθυσμού και με αύξηση κατά 56% από το 2001.

Οι τρόποι μετάδοσης της λοίμωξης στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ποικίλουν με επικρατέστερη την σεξουαλική επαφή.

Πιο συγκεκριμένα, στην Ανατολική Ευρώπη η επιδημία οφείλεται κυρίως στους χρήστες τοξικών ουσιών όπου στην πλειοψηφία των περιπτώσεων καταγράφεται η ύπαρξη κάποιας συσχέτισης μεταξύ ετεροφυλόφιλων και χρηστών (π.χ. Σύντροφοι χρηστών). Ενώ, στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη η μετάδοση οφείλεται κατά κύριο λόγο στη σεξουαλική επαφή με τις δύο κύριες ομάδες που εκπροσωπούνται να είναι ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες και μετανάστες προερχόμενοι από χώρες με υψηλή επίπτωση. Επίσης, στη Δυτική Ευρώπη αυτοί οι μετανάστες προέρχονται κυρίως από την Υποσαχάρια Αφρική, ενώ στην Κεντρική Ευρώπη είναι κυρίως εκδιδόμενα άτομα από τη Ρωσία και την Ουκρανία.

Σύμφωνα με τα καταγεγραμμένα περιστατικά, σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις ως τρόπος μετάδοσης του ιού, διαφαίνεται η μόλυνση μέσω ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής (56%), με σχεδόν το 1/3 (31%) να αφορά ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους άνδρες, ενώ 11% αφορά χρήστες ενδοφλέβιων

τοξικών ουσιών. Το 1/3 των περιπτώσεων αφορά γυναίκες, ενώ στο 13% φτάνουν τα ποσοστά που αναφέρονται σε ηλικίες μεταξύ των 15 έως 24 ετών.

Από το 2001, παρατηρείται αύξηση (της τάξεως 91%) του αριθμού των δηλωμένων περιστατικών μόλυνσης μέσω ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής, ενώ όσον αφορά ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους άνδρες η αύξηση αγγίζει το 76%. Αντίθετα, καταγράφεται μείωση 50% για τους χρήστες ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών (Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2008).

### **1.6.3 Η εξέλιξη της επιδημίας εθνικό επίπεδο – επιδημιολογικά στοιχεία**

Βάση ευρημάτων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, **μέχρι την 31-10-2007**, στην Ελλάδα έχουν δηλωθεί 8.584 περιστατικά οροθετικών ατόμων, συμπεριλαμβανομένων 2.829 περιπτώσεων AIDS (με 2.392 άνδρες – 84,6% και 437 γυναίκες - 15,4%), από τους οποίους οι θάνατοι ασθενών με AIDS ανέρχονται στους 1.552.

Για το έτος 2007 (τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν τελικά στοιχεία) αναφέρθηκαν 420 νέα περιστατικά HIV, 48 νέες περιπτώσεις AIDS και 30 θάνατοι. Έπειτα, δεν υπήρξε κάποιο άλλο αρχείο το οποίο να συμπεριλαμβάνει τελικά στοιχεία για την πορεία και εξέλιξη της επιδημίας του HIV/AIDS.

Συνολικά από τα 8.584 περιστατικά HIV, τα 6.876 ήταν άνδρες σε ποσοστό 80,1%, οι γυναίκες ήταν 1.660 (19,3%), ενώ για ένα μικρό ποσοστό το φύλο δεν έχει καταγραφεί. Ακόμη, τα υφιστάμενα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η σεξουαλική επαφή αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης του ιού.

Πιο συγκεκριμένα, από τα 8.584 περιστατικά το 46,1% αφορά άνδρες που μολύνθηκαν με τη σεξουαλική επαφή με άλλους άνδρες, ενώ το 23% αφορά μολύνσεις μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής. Το ποσοστό των αδιευκρίνιστων τρόπων μετάδοσης ανέρχεται στο 22,9%. Για τους άνδρες ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης του ιού είναι η ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή που αναδεικνύει σημαντική αύξηση σε σχέση με το 2005, ενώ για τις γυναίκες ο κυριότερος τρόπος είναι η ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή.

Από την ηλικιακή διάρθρωση των οροθετικών ατόμων, η πλειοψηφία HIV περιστατικών βρίσκεται στην ηλικία μεταξύ 30 και 34 σε ποσοστό 36%.

Η ηλικιακή ομάδα με τη μεγαλύτερη συχνότητα περιστατικών HIV στους άνδρες είναι αυτή μεταξύ 30 και 34 ετών σε ποσοστό 20,1%, ενώ για τις γυναίκες η ηλικιακή ομάδα των 25 με 29 ετών σε ποσοστό 21,4%.

Για τα παραπάνω περιστατικά AIDS, ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης σε ποσοστό 56,3% ήταν η ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή, ακολουθούμενη από την ετεροφυλοφιλική σε ποσοστό 23,9%.

Ως προς την εξάπλωση του ιού, παρατηρείται σε γενικές γραμμές αυξητική τάση σε όρια επιδημίας, εξίσου και για τα δύο φύλα. Την τριετία 2000 - 2002 παρατηρείται μείωση στα περιστατικά μόλυνσης με τον ιό του AIDS δεδομένο που ανατράπηκε τα επόμενα χρόνια οπότε και έχουμε συνεχή αύξηση, φτάνοντας το 2005 να παρατηρείται μεταβολή των νέων μολύνσεων κατά 25%. Συμπεράσματα για τη Μετάδοση στην Ελλάδα Διαχρονικά η τάση της επιδημίας ήταν αυξητική, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

Στον τρόπο μετάδοσης του ιού φαίνεται ότι το μεγάλο πρόβλημα είναι στην ομάδα των αμφι/ομοφυλοφίλων όπου το ποσοστό της συγκεκριμένης ομάδας στο σύνολο ανέρχεται στο 46,1%.

Αν δούμε την ποσοστιαία αναλογία των δηλωθέντων HIV οροθετικών ατόμων κατά κατηγορία μετάδοσης διαχρονικά έως το 2007 (χωρίς τις περιπτώσεις με αδιευκρίνιστο τρόπο μετάδοσης), οι αναλογίες ως προς τον τρόπο μόλυνσης, δείχνουν αξιοσημείωτη αύξηση μετά το 2005, για τους άνδρες που έχουν επαφές με άλλους άνδρες.

Όσον αφορά στις περιπτώσεις AIDS, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι το 1993 επεκτάθηκαν τα κριτήρια για τη διάγνωση των περιπτώσεων AIDS και το 1996 είχαμε την εισαγωγή νέων συνδυασμένων θεραπειών.

Εκεί οφείλεται και η απότομη αύξηση που παρατηρείται κατά την περίοδο 1993 - 1996, ενώ η μείωση που ακολουθεί οφείλεται στις νέες αντιρετροϊκές αγωγές που καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS, 2008).

Κατά την τελευταία δεκαετία, παρά την εφαρμογή εντατικών μέτρων πρόληψης και θεραπείας της HIV λοίμωξης, καθώς και τη φαινομενική σταθεροποίηση των νέων καταγεγραμμένων κρουσμάτων, η ετήσια αναφορά του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛΠΙΝΟ) για το έτος 2011 ανακοινώνει σημαντική αύξηση των νέων κρουσμάτων. Ειδικότερα, κατά τη δεκαετία



2000-2010, ο αριθμός των καταγεγραμμένων περιστατικών ανά έτος στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 397-653 περιστατικά, ενώ για το έτος 2011 καταγράφονται 953 περιστατικά. Επισημαίνεται δε ότι την ίδια δεκαετία (2000-2010) ο ετήσιος αριθμός καταγεγραμμένων περιπτώσεων στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών (XEN) κυμαίνεται από 9-19 περιστατικά, ενώ το 2011 παρατηρείται δραματική αύξηση με συνολικό αριθμό που ανέρχεται στα 237 περιστατικά. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ανωτέρω επιδημικής έκρηξης μεταξύ των XEN στην Ελλάδα καταγράφηκαν σε πρόσφατη μελέτη με μεθόδους φυλογενετικής ανάλυσης, που διεξήχθη στο Κέντρο Αναφοράς Ρετροϊών (Κατζανού, Μ., κ.α., 2013).

# Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

## Ανάλυση τίτλου

### 2.1 Επεξήγηση εννοιών: Γνώσεις, στάσεις, συμπεριφορές

#### 2.1.1 Γνώσεις

Η προσπάθεια ορισμού της γνώσης είναι ένα από τα κεντρικά προβλήματα στην επιστημολογία. Ένας από τους επικρατέστερους ορισμούς είναι ότι γνώση είναι η αιτιολογημένη ( με την έννοια της απόδειξης / τεκμηρίωσης ) αληθής πεποίθηση, η οποία αποκτιέται τόσο με την εκπαίδευση / επιμόρφωση όσο και με την πρακτική εμπειρία . Κατά έναν άλλο ορισμό, γνώση είναι η θεωρητική και πρακτική κατανόηση ενός θέματος (αφομοίωση επεξεργασμένων πληροφοριών), πάνω στην οποία στηρίζεται στη συνέχεια η απόκτηση σχετικών με τη γνώση δεξιοτήτων. Κατά έναν τρίτο ορισμό , γνώση είναι το σύνολο των γνωστών επεξεργασμένων πληροφοριών σε κάποιο συγκεκριμένο πεδίο ή συνολικά .

Η αποκτώμενη γνώση είναι είτε ρητή γνώση (ρητή γνώση) είτε άρρητη γνώση (άρρητη γνώση). Η πρώτη μεταδίδεται με το γραπτό και προφορικό λόγο, ενώ η δεύτερη αποκτάται με την εμπειρία. Στη σημερινή εποχή, η γνώση συνδέεται με την έρευνα, την καινοτομία και τις νέες τεχνολογίες (Μάνεση 2000).

#### 2.1.2 Στάσεις

Όσον αφορά τη στάση έχουν δοθεί ποικίλοι ορισμοί ανάλογα με το χαρακτηριστικό της έννοιας με το οποίο συνδέεται κάθε φορά. Παρ' όλες τις διαφορές στους ορισμούς και τη δυσκολία που παρουσιάζεται στη διατύπωση τους, οι στάσεις (attitudes) χαρακτηρίστηκαν ως μια από τις πιο σημαντικές και πιο βασικές έννοιες της σύγχρονης ψυχολογίας. Οι Zimbardo & Leippe (1991) ορίζουν τη στάση, ως μια αξιολογική διάθεση, που στηρίζεται στις γνώσεις, τις συναισθηματικές αντιδράσεις και την προσωπική συμπεριφορά του παρελθόντος. Η στάση μπορεί από μόνη της να επηρεάσει τις γνωστικές λειτουργίες, τις συναισθηματικές ανταποκρίσεις και τις μελλοντικές εντάσεις και συμπεριφορές ενός ατόμου. Στάση είναι η τοποθέτηση , η γνώμη και η κρίση γύρω από ένα θέμα. Επίσης είναι η προδιάθεση που κάνει τα άτομα

να αντιδρούν θετικά ή αρνητικά. Οι στάσεις μαθαίνονται από άμεσες εμπειρίες ή από άλλους ανθρώπους. Τέλος, εκφράζουν αυτό που σκέφτεται το άτομο, αυτό που αισθάνεται και τον τρόπο που σκοπεύει να συμπεριφερθεί σε μία δεδομένη κατάσταση.

#### **2.1.2.1. Η δομή των στάσεων**

Τρεις διαστάσεις των στάσεων έχουν αναδειχθεί ως κρίσιμες για τον εννοιολογικό τους προσδιορισμό:

α) **η συναισθηματική διάσταση**, αναφέρεται σε αξιολογικά συναισθήματα αρέσκειας και δυσαρέσκειας ως προς το αντικείμενο της στάσης,

β) **η γνωστική διάσταση**, αναφέρεται στη γνωστική αναπαράσταση του αντικειμένου της στάσης και

γ) **η συμπεριφορική διάσταση**, αναφέρεται σε συμπεριφορικές τάσεις ή προθέσεις. (Pratkanis & Greenwald 1989).

#### **2.1.2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση**

- **Αξίες.**

Οι αξίες είναι όσα θεωρεί το άτομο στη ζωή του σημαντικά και μπορεί να περιλαμβάνουν έννοιες όπως η ισότητα, η ειλικρίνεια, η εκπαίδευση, η προσπάθεια, η επιμονή, η αφοσίωση, η πίστη, κ.λπ. Οι αξίες είναι πάρα πολύ προσωπικές και επηρεάζουν τον καθένα σε βαθύ υποσυνείδητο επίπεδο. Κάθε απόφαση που παίρνει κάθε άτομο στηρίζεται στις αξίες του, είτε τις χρησιμοποιεί για να αποφύγει πρόσωπα, πράγματα και καταστάσεις είτε για να προσεγγίσει.

- **Πεποιθήσεις**

Οι πεποιθήσεις είναι υποθέσεις που κάνει ο καθένας για τον κόσμο. Αναπτύσσονται από ό,τι βλέπει και ακούει, από την εμπειρία και την εκπαίδευσή του, αλλά και τις σκέψεις του και εφαρμόζονται όχι μόνο για το πώς βλέπει τον εαυτό του, αλλά και το πώς βλέπει τους άλλους ανθρώπους. Κάθε άτομο έχει την τάση να μην αναρωτιέται για τις πεποιθήσεις του, γιατί είναι τόσο σίγουρο γι' αυτές και πολλές από

αυτές προέρχονται από την παιδική του ηλικία. Οι πεποιθήσεις που έχει κάποιος μπορεί να αλλάξουν από το «επαναπρογραμματισμό» του υποσυνειδήτου του. Σύμφωνα με τον Όπωσ και οι αξίες, οι πεποιθήσεις μπορεί να χωριστούν σε δύο διαφορετικούς τύπους: τις πεποιθήσεις ενδυνάμωσης και τις πεποιθήσεις περιορισμού.

- **Ήθη και έθιμα**

Ένας πολύ σημαντικός τομέας της πολιτισμικής κληρονομιάς είναι τα ήθη, τα έθιμα και οι παραδόσεις που έχει ο κάθε λαός. Οι λέξεις αυτές συνδέονται στενά μεταξύ τους και συμπληρώνουν η μία την άλλη. Τα ήθη είναι οι αντιλήψεις, «οι άγραφοι νόμοι» κάθε κοινωνίας, ενώ τα έθιμα είναι οι πράξεις με τις οποίες εκφράζονται οι αντιλήψεις αυτές. Όταν τα έθιμα επαναλαμβάνονται σταθερά από γενιά σε γενιά, δημιουργούνται οι παραδόσεις.

### **2.1.3 Συμπεριφορά**

Η Συμπεριφορά κατηγοριοποιείται σε άτομα και υλικά, αλλά αναφέρεται γενικότερα σε οργανισμούς, συστήματα ή τεχνητές οντότητες και στο τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους ή άλλα αντικείμενα ή οργανισμούς. Με τον όρο εννοούμε τον τρόπο αντιμετώπισης προσώπων καταστάσεων και γεγονότων από το ένα άτομο προς το άλλο (Μάνεση, 2000).

#### **2.1.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά**

Σήμερα είναι πλέον κοινά αποδεκτό ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά διαμορφώνεται και υπό την επίδραση κοινωνικών, πολιτισμικών και οικογενειακών παραγόντων. Οι κοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με την κοινωνική τάξη και τη θέση του ατόμου στην κοινωνική ιεραρχία, καθώς και με το κοινωνικό περιβάλλον. Η κοινωνική τάξη επιδρά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς, προσδιορίζοντας σε μεγάλο βαθμό τον κοινωνικό του ρόλο, τα καθήκοντα που έχει αναλάβει και τα προνόμια που απολαμβάνει. Ο κοινωνικός περίγυρος, και κυρίως το περιβάλλον των ομηλικών, συμβάλλει στον εγκοινωνισμό του ατόμου, προσφέρει εμπειρίες και πρότυπα, διαμορφώνει κανόνες συμπεριφοράς.

Οι πολιτισμικοί παράγοντες καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τις εμπειρίες που βιώνουν τα άτομα στο πλαίσιο ενός συγκεκριμένου πολιτισμού. Κάθε πολιτισμός

χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα σχήματα επίκτητων συμπεριφορών, τελετουργιών και πεποιθήσεων, που διαμορφώνουν κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Τα χαρακτηριστικά αυτά αφορούν κυρίως την έκφραση των συναισθημάτων, τη μορφή και το περιεχόμενο των ανθρώπινων σχέσεων, την αντιμετώπιση της ζωής και του θανάτου, τη θεώρηση της υγείας και της αρρώστιας, κ.ά.

Η οικογένεια διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς. Η γονεϊκή συμπεριφορά επηρεάζει την ανάπτυξη της προσωπικότητας των παιδιών, προκαλώντας συγκεκριμένες συμπεριφερολογικές αντιδράσεις. Οι γονείς λειτουργούν ως ισχυρά πρότυπα για ταύτιση και συνηθίζουν να ανταμείβουν ορισμένες συμπεριφορές των παιδιών ενισχύοντάς τες (Kirby 2007).

Σε έρευνα των Νακοπούλου και Συν (2007) είχε τονιστεί ότι η συμπεριφορά των νέων μπορεί να επηρεαστεί από τη σχέση των ιδίων με τη θρησκεία, αλλά και τη θρησκευτικότητα της μητέρας τους καθώς η ύπαρξη έντονου θρησκευτικού συναισθήματος συνδέεται περισσότερο με συντηρητικές αντιλήψεις και πρακτικές

Ένα άλλο στοιχείο που καθορίζει τη συμπεριφορά των νέων είναι η ιδέα του στίγματος και η αμηχανία – ντροπή που νιώθουν όταν ξεχωρίζουν από το σύνολο (Cunningham et al, 2002). Σύμφωνα με τους Culkin και Perrotto (2005) το αίσθημα του «ανήκειν» αποτελεί κεντρικό σημείο αναφοράς στη ζωή κάθε ανθρώπου, και ιδιαίτερα των νέων. Οι νέοι δέχονται πολύ ισχυρές πιέσεις από τους συνομηλίκους τους για να προσαρμοστούν στα δικά τους πρότυπα. Έχει παρατηρηθεί πως άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση συμμορφώνονται ευκολότερα με τις προτιμήσεις άλλων για να γίνουν αποδεκτοί, ενώ άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση έχουν την τάση να δρουν ως μεμονωμένα άτομα. Απόρροια της πίεσης των συνομηλίκων αποτελεί και η πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής των νέων. Έχει παρατηρηθεί πως έφηβοι οι οποίοι ξεκινούν νωρίς να έχουν σεξουαλικές επαφές, πριν από την ηλικία των 16 ετών, είναι πιο πιθανόν να παίρνουν ρίσκα. Είναι τεκμηριωμένο ότι έχουν περισσότερους συντρόφους κατά τη διάρκεια της ζωής τους και εκφράζουν συχνά την μετάνοιά τους για αυτές τους τις επιλογές.

Η επίδραση όλων αυτών των εξωγενών παραγόντων στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς είναι φανερό ότι περιορίζει την έννοια της απόλυτης ελευθερίας στην

επιλογή. Πολλά άτομα δεν μπορούν να επιλέξουν μία συμπεριφορά , όχι γιατί δεν θέλουν αλλά γιατί οι εξωγενείς παράγοντες δεν τους το επιτρέπουν.

## **2.2 Συσχέτιση εννοιών**

### **2.2.1 Σχέση γνώσης – στάσης**

Ένας τομέας που έχει μελετηθεί ιδιαίτερα είναι η συσχέτιση γνώσεων και στάσεων. Από διάφορες σχετικές έρευνες φαίνεται ότι δεν μπορεί να αποδειχθεί κάθε άποψη. Έτσι ο Zimmerman (1996), ύστερα από μια ερευνητική ανασκόπηση 15 χρόνων, κατέληξε στο ότι άτομα με υψηλότερο επίπεδο γνώσεων σχετικά με κάποιο θέμα εμφανίζουν περισσότερο θετική στάση απέναντι σε αυτό από ό,τι άτομα με χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων.

Για παράδειγμα μελέτες φοιτητών δείχνουν ότι ίδιοι έχουν ένα σχετικά υψηλό επίπεδο της τεχνογνωσίας, συμπεριλαμβανομένης και της γενικής γνώσης, για την μετάδοση του ιού HIV και την πρόληψη (Svenson & Varnhagen, 1990). Οι περισσότερες από τις μελέτες ωστόσο, αναφέρουν με κάποιες επιφυλάξεις, ότι η στάση των νέων σχετίζεται με τις γνώσεις που οδηγούν σε παρανοήσεις. Σε μία από τις μελέτες αυτές, για παράδειγμα, μόνο το 61 % γνώριζε ότι οι άνθρωποι με την ασθένεια του AIDS δεν είναι απαραίτητο να φαίνονται άρρωστοι και δεν θα είχαν πρόβλημα να έχουν στο κοινωνικό τους περίγυρο άτομα που νοσούν από αυτήν ,εκδηλώνουν δηλαδή μία θετική στάση. Ενώ το 39% που δεν γνώριζαν ακριβώς τα συμπτώματα και την εικόνα των νοσούντων εκδήλωσαν μία αρνητική στάση προς αυτούς δηλώνοντας, πως δεν θα έκαναν παρέα με άτομα που νοσούν από τον ιό του aids. (Greenlee & Ridley, 1993).

Οι Singletary et al. (1990) υποστήριξαν ότι η γνώση δε θεωρείται πλέον το κυρίαρχο στοιχείο που διαμορφώνει τη στάση αλλά οπωσδήποτε σχετίζεται σε κάποιο βαθμό μ' αυτή. Σε αντίθεση η έρευνα των Yount & Horton (1992) έδειξε ότι αυξάνοντας τη γνώση των ατόμων πάνω σε κάποια θέματα δεν αλλάζει η στάση τους απέναντι σε αυτά.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές που φοιτούν σε σχολές επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας στο ΤΕΙ Αθήνας το 1996 αναφορικά με τις

γνώσεις στάσεις και αντιλήψεις τους σχετικά με άτομα που νοσούν από τον ιό του AIDS βρέθηκε, ότι ενώ είχαν ένα υψηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με την νόσο και τα άτομα που νοσούν, παρόλα αυτά διαπιστώθηκε απροθυμία ως προς την παροχή φροντίδας σε φορείς και νοσούντες. Δηλαδή αρνητική στάση απέναντι στα άτομα που νοσούν (Μεράκου 2002).

### **2.2.2 Σχέση γνώσης – συμπεριφοράς**

Υπάρχει ένας αριθμός μεταβλητών που καθορίζει τη σχέση ανάμεσα στις γνώσεις και στην εκδήλωση συγκεκριμένης συμπεριφοράς (δομικά χαρακτηριστικά της κοινωνίας, δομικά χαρακτηριστικά των ατόμων, κοινωνικές επιδράσεις κ.α). Η γνώση συνήθως σχετίζεται με τη συμπεριφορά, ωστόσο αυτό δεν σημαίνει ότι την καθορίζει απαραίτητα. Πολλά άτομα αν και έχουν αυξημένη γνώση όσον αφορά την σεξουαλικότητα, ωστόσο δεν χρησιμοποιούν επαρκή μέτρα προφύλαξης (Ford 1992). Είναι εμφανές ότι δυσκολεύονται να αλλάξουν συνήθειες, παρόλο που γνωρίζουν τις μεθόδους πρόληψης είτε μέσω της στοχευμένης διδασκαλίας, είτε μέσω των διαφόρων τμημάτων των υπηρεσιών υγείας που είναι υπεύθυνα για την προαγωγή της υγείας των νέων (Kirby 1991, Allen 1991).

Για παράδειγμα, στην Ισπανία πάνω από το μισό (56%) του σεξουαλικώς ενεργού πληθυσμού δεν είχε χρησιμοποιήσει προφυλακτικό «στην πιο πρόσφατη περιστασιακή ερωτική επαφή των τελευταίων 12 μηνών (Kirby, 2007). Επιπλέον στη χώρα μας μελέτες με αντιπροσωπευτικά δείγματα του Αθηναϊκού πληθυσμού έχουν δείξει ότι το 59,7% όσων είχαν περιστασιακές σχέσεις, εναλλάσσοντας ερωτικούς συντρόφους, κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο δεν είχαν χρησιμοποιήσει συστηματικά προφυλακτικό (WHO 1998). Τέλος έρευνες μεταξύ νέων έδειξαν ανεξαρτήτως αν πρόκειται για μόνιμες ή περιστασιακές σχέσεις, περισσότεροι από τους μισούς δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό (WHO 1998 & Ηλιάδου 2008).

### **2.2.3 Σχέση στάσης – συμπεριφοράς**

Οι στάσεις δεν προβλέπουν τη συμπεριφορά. Οι στάσεις μπορούν να αποκτήσουν μια προγνωστική αξία της συμπεριφοράς όταν στάσεις και συμπεριφορά μετρηθούν στα ίδια επίπεδα σαφήνειας, εξασφαλιστεί, δηλαδή, πλήρης αντιστοιχία ως προς την πράξη, το στόχο, το χρόνο και το πλαίσιο. Δηλαδή αν ένα άτομο πιστεύει ότι

η ανακύκλωση βοηθάει στην καλύτερευση του πλανήτη , τότε το πιο πιθανό είναι ότι θα κάνει ανακύκλωση προϊόντων. Οπότε η στάση του θα σχετίζεται άμεσα με τη συμπεριφορά του.

Οι στάσεις δεν προδικάζουν πάντα τη συμπεριφορά, όμως μία στάση μπορεί να καταλήξει σε σκοπούμενη συμπεριφορά, πρόκειται δηλαδή για πρόθεση που μπορεί να εκδηλωθεί ή όχι στις συγκεκριμένες κάθε φορά συνθήκες. Για παράδειγμα ένα άτομο νεαρής ηλικίας εάν ερωτηθεί σε περίπτωση μίας μη επιθυμητής εγκυμοσύνης εάν η ίδια θα προέβαινε σε διαδικασία έκτρωσης είναι πολύ πιθανόν να απαντήσει αρνητικά, δηλαδή ότι δεν θα το έκανε. Αργότερα όμως όταν έρθει αντιμέτωπη με μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη να προβεί στην διαδικασία της έκτρωσης. Ενώ είχε διαφορετική στάση, η πράξη –συμπεριφορά ήταν άλλη.

Ακόμα, έχει Επισημανθεί ότι η Σχέση στάσης και συμπεριφοράς δεν είναι αυτόματη ούτε δεδομένη κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες (Παρασκευόπουλος και Παντλειάδου, 1993).



## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας - Πρόληψη

#### 3.1. Η Έννοια της Πρόληψης

Ο όρος «πρόληψη της HIV λοίμωξης» περιλαμβάνει μια σειρά από ατομικές και συλλογικές δραστηριότητες, προγράμματα και υπηρεσίες που αποσκοπούν να αναστείλουν ή να ελαττώσουν τη μετάδοση του ιού HIV, στοχεύοντας σε άτομα που είναι οροθετικά ή δεν έχουν μολυνθεί ακόμη. Δεδομένου ότι τα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα και οι προβλέψεις καταδεικνύουν μια σταθερή δυναμική εξάπλωσης της επιδημίας του HIV σε παγκόσμιο επίπεδο, με μέτριες προόδους σε ορισμένες χώρες υψηλού επιπολασμού, η ανάγκη εντατικοποίησης και συστηματοποίησης των προγραμμάτων πρόληψης του HIV κρίνεται επιβεβλημένη.

Στην τριαντάχρονη ιστορία της HIV λοίμωξης, η πρόληψη έχει αποδειχθεί ως η αποτελεσματικότερη άμυνα έναντι του ιού και η πλέον αποδοτικότερη παρέμβαση σε σχέση κόστους-ωφέλειας. Εκτιμάται ότι για κάθε μία λοίμωξη από HIV που προλαμβάνεται στις ΗΠΑ, εξοικονομούνται περίπου 355.000 Ευρώ, από το κόστος περίθαλψης του κάθε ατόμου (Κατζανού, Μ., κ.α., 2013).

Ως πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) ορίζεται το σύστημα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, το οποίο εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλων των μελών ενός πληθυσμού, σε επίπεδο ατόμου και οικογένειας, αποσκοπώντας στην πρόληψη, τη διατήρηση, τη προαγωγή, την αποκατάσταση και την ενδυνάμωση της υγείας, με την αντίστοιχη παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων, φαρμάκων και την υιοθέτηση κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Ιατρικός Σύλλογος Χίου, 2008· Βραχάτης και Παπαδόπουλος, 2012· Υπουργεία Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Οι παραπάνω υπηρεσίες υγείας παρέχονται είτε από δημόσιους (κέντρα υγείας, πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας, εξωτερικά ιατρεία και οδοντιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, κέντρα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, κινητές μονάδες, Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας, υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής, μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας, κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης κατά των εξαρτησιογόνων ουσιών, κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, αντικαπνιστικά κέντρα, ανοικτή γραμμή επικοινωνίας), είτε από ιδιωτικούς φορείς

(ιδιωτικά οδοντιατρεία, διαγνωστικά και μικροβιολογικά εργαστήρια, εργαστήρια φυσικής ιατρικής, αποκατάστασης και φυσικοθεραπείας, φαρμακεία και καταστήματα ιατρικών μηχανημάτων και υλικών, ιδιωτικές μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας) (Ιατρικός Σύλλογος Χίου, 2008).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, δίνοντας έμφαση στην απειλή που αποτελεί η εξάπλωση της επιδημίας του AIDS εντός και εκτός των συνόρων της, στις διασκέψεις υπουργών στο Δουβλίνο και στο Βίλνιους το 2004, αλλά και πιο πρόσφατα στη Βρέμη το 2007, αναγνώρισε την ανάγκη επικέντρωσης των προσπαθειών στην πρόληψη, στην καταπολέμηση των διακρίσεων και του στιγματισμού των φορέων, αλλά και στην ανάγκη οικοδόμησης αποτελεσματικών συνεργασιών τόσο μεταξύ των κρατών, όσο και με την Κοινωνία των Πολιτών (ΚΕ.ΕΛ.ΠΙΝΟ, 2008· BeSTRONG-Μείνε Δυνατός, 2012).

Η σημασία, η οποία δίνεται στο τομέα της πρόληψης είναι γνωστή, γεγονός το οποίο υποδεικνύεται και από το πλήθος των δράσεων (16 στις 32), οι οποίες εμπεριέχονται στον πρώτο Άξονα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το HIV/AIDS 2008-2012.

Όπως υποστηρίζεται, τα προγράμματα τα οποία στοχεύουν στην πρόληψη και στην αγωγή υγείας πρέπει να εστιάζουν σε πολλούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν και έχουν σχέση με το φαινόμενο του HIV/AIDS. Επίσης, για το σχεδιασμό των προγραμμάτων αυτών πρέπει να συμπεριλαμβάνονται συνιστώσες, όπως τα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των τοπικών κοινωνιών, των μεταναστών/προσφύγων, των διαφόρων μειονοτήτων, καθώς και των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων και να συνδυάζονται με εύκολη πρόσβαση σε πληροφόρηση, συμβουλευτική, σε κοινωνικές υπηρεσίες και στην θεραπεία (ΚΕ.ΕΛ.ΠΙΝΟ, 2006).

Επιπλέον, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Παπαρίζος (2005:45) «Η πρόληψη επηρεάζει τους δείκτες θνησιμότητας [πολύ πιο αποτελεσματικά από] την θεραπευτική ιατρική και [αποτελεί το μοναδικό μέσο που επηρεάζει] τους δείκτες νοσηρότητας». Η έγκαιρη διάγνωση, η θεραπεία, η παρακολούθηση, η ενημέρωση, η εκπαίδευση, η αναζήτηση και θεραπεία των ερωτικών συντρόφων, αλλά και η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών, είναι βασικά συστατικά της πολιτικής πρόληψης και προϋποθέτουν επαρκές δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Το ανδρικό προφυλακτικό, ως το πιο αποτελεσματικό και ασφαλές μέσο, απετέλεσε τον άξονα ενημέρωσης για την προφύλαξη από τα ΣΜΝ, με χαμηλή ωστόσο αποδοχή και χρήση

από τον πληθυσμό.

Συμπληρώνοντας ο συγγραφέας, προσθέτει πως η διασπορά του HIV, όπως και υπόλοιπων ΣΜΝ, καθορίζεται από παράγοντες βιολογικούς, δημογραφικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς και άλλους που συντελούν στη διαμόρφωση αντιλήψεων και προτύπων συμπεριφοράς. Αιτιολογώντας καταλήγει, πως οι παρεμβάσεις, οι οποίες αποσκοπούν στη μεταβολή συμπεριφοράς προς ασφαλέστερα πρότυπα και με στόχο τη μείωση των επιπτώσεων των ΣΜΝ, συνιστούν Αγωγή Υγείας, ως αναπόσπαστο τμήμα της εκπαιδευτικής διαδικασίας, με έναρξη την παιδική και εφηβική ηλικία, στα πλαίσια της σχολικής εκπαίδευσης (ανάγκη ένταξης στην υποχρεωτική εκπαίδευση). Η Αγωγή Υγείας πρέπει να διαμορφωθεί μεθοδικά και ελεγχόμενα, με τρόπο ώστε να καταστεί πειστική και να προσδίδει ενότητα και συνέχεια στις ανάλογες παρεμβάσεις. Η μεταβολή της συμπεριφοράς και των διαμορφωμένων αντιλήψεων αποτελεί καθοριστικό αλλά και επίμοχθο, χρονοβόρο και ασταθούς αποτελεσματικότητας, έργο.

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας για τα ΣΜΝ στο γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα πριν κάποια χρόνια σύμφωνα με τον εισηγητή δεν ήταν λειτουργικά (ως επί των πλείστων σε επισημάνσεις για το ανδρικό προφυλακτικό) και δεν πραγματοποιούνται διαδικασίες αξιολόγησης των προγραμμάτων αυτών, ώστε να είναι μετρήσιμες οι συνέπιες και η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων (Παπαρίζος, 2005).

Στην Ελλάδα, χώρα με περιορισμένη σχετικά επιδημία (επιπολασμός <1% στο γενικό πληθυσμό) τα συστήματα επιδημιολογικής επιτήρησης επιτηρούν τη λοίμωξη και τη συμπεριφορά των ατόμων, τα οποία ανήκουν σε ομάδες με συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, επικεντρώνοντας τη προσοχή σε εκείνες, οι οποίες δρουν μεσολαβητικά αυτών των ομάδων και του γενικού πληθυσμού. Η αντιμετώπιση των αναγκών των ομάδων αυτών επιβάλλει το σχεδιασμό αποτελεσματικών και προσαρμοσμένων στις νέες συνθήκες παρεμβάσεων του εθνικού συστήματος υγείας και τη λήψη αποφάσεων για θέματα γνώσης, εκτίμησης των αναγκών και προσέγγισης των πληθυσμών αυτών. Ωστόσο, τα στοιχεία και οι πληροφορίες εκείνες για τις ανάγκες και την υγεία των ευπαθών ομάδων είναι στην πλειονότητα τους ελλιπής (κοινότητες ομο/αμφιφυλόφιλων, μετακινούμενοι πληθυσμοί), καθιστώντας την διακρατική συνεργασία απαραίτητη (International Organization of Migration, 2005 στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008).

Ως προς τη πρόληψη από της νόσου AIDS, οι στόχοι οι οποίοι αναγράφονται στο

Εθνικό Σχέδιο Δράσης καλύπτουν όλους τους τομείς πρόληψης (πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή) και συγκαταλέγονται σε πολιτικούς, κοινωνικούς, οργανωτικούς και επιδημιολογικούς. Πιο αναλυτικά, επικεντρώνονται στη γρηγορότερη διάγνωση του HIV (προώθηση ανώνυμου και εμπιστευτικού test, συμβουλευτικές υπηρεσίες σε όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας), στη διάγνωση και θεραπεία των Σ.Μ.Ν. στην επιτήρηση συμπεριφορών (π.χ. υψηλής κινδύνου σεξουαλική ζωή) που σχετίζονται με τη μετάδοση του ιού HIV και στην ανάπτυξη τυποποιημένων δεικτών (standardized indicators) για την αξιολόγηση των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου, στάθμισή τους και κατανόηση των ιδιαίτερων παραγόντων που προσδιορίζουν τη μετάδοση της νόσου, στην εναρμόνιση με τους διεθνείς δείκτες. Επίσης, προβλέπουν την άρση του κοινωνικού ρατσισμού και στιγματισμού με ταυτόχρονη διάδοση των αξιών του έργου, στην ενεργητική συμμετοχή της Ελλάδας στα διεθνή φόρουμ, οργανισμούς και κέντρα λήψης αποφάσεων, στην έμφαση στη διακρατική συνεργασία, την διακομματική συμφωνία και την συνέχεια της κυβερνητικής πολιτικής για την υλοποίηση του έργου και ενίσχυση των αρμόδιων φορέων (ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2008).

Οριστήκαν διάφοροι δείκτες μέτρησης και παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την εξάπλωση του HIV και την νόσο του AIDS οι οποίοι καλύπτουν κάθε πτυχή δράσης του ανάλογου σχεδιασμού. Για παράδειγμα, ορίστηκαν ετήσιες καμπάνιες ανά αντικείμενο και ομάδα-στόχο, μια σειρά προγραμμάτων πρόληψης, η ποσότητα του ενημερωτικού υλικού και των προφυλακτικών που διανέμονται, καθώς και χώροι διανομής (bar, οργανώσεις, σχολεία κ.λπ.), το ύψος του προϋπολογισμού για την πρόληψη, τα δεδομένα παρατηρητηρίου για τους μετακινούμενους πληθυσμούς και τα θύματα του trafficking, τις διάφορες μεταβολές στο νομοθετικό πλαίσιο, τη διαμόρφωση οδηγιών για τις ενδείξεις και τις πρακτικές ελέγχου έναντι των Σ.Μ.Ν. για τους επαγγελματίες υγείας (δερματολόγοι, αφροδισιολόγοι, γυναικολόγοι, παθολόγοι), το ετήσιο ποσοστό HIV λοιμώξεων και άλλων ΣΜΝ και άλλοι δείκτες (ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2008)

### **3.2. Τρόποι πρόληψης**

#### **3.2.1. Πρόληψη με τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening testing)**

Η αισιόδοξη και ικανή βελτίωσης πρόγνωση, εξαρτάτε από την έγκαιρη διάγνωση και από την πρόωμη, των συμπτωμάτων, έναρξη της θεραπείας. Η διαδικασία αυτή

είναι εφικτή χάρις τη διαθεσιμότητα αξιόπιστων, οικονομικών και εύχρηστων τεστ, όπου με ειδικές εξετάσεις αίματος ελέγχεται η ύπαρξη αντισωμάτων στο ιό, τα οποία χρειάζονται έως και τρεις μήνες για να αναπτυχθούν. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η αναμονή από την μέρα έκθεσης στον κίνδυνο της μόλυνσης μέχρι την πραγματοποίηση της εξέτασης. Τα τεστ πραγματοποιούνται δωρεάν στα εθνικά κέντρα ελέγχου και αναφοράς AIDS στα νοσοκομεία της χώρας (Κ.Α. AIDS Ι.Κ.Α. Αλεξανδρούπολης, Κ.Α. AIDS Βορείου Ελλάδος, Κ.Α. AIDS Κρήτης «Βενιζέλιο-Πανάνειο», Κ.Α. AIDS Νοτιοδυτικής Ελλάδος «Άγιος Ανδρέας», Κ.Α. AIDS «Ανδρέας Σύγγρος»). Τα αποτελέσματα της εξέτασης είναι εμπιστευτικά και ανακοινώνονται μόνο στο άτομο που εξετάστηκε (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, HIV/AIDS.gr, 2014).

Πιστεύεται ότι η γνώση της οροθετικότητας συνήθως ωθεί στην υιοθέτηση ασφαλέστερων συμπεριφορών και στην βελτιωμένη χρήση των θεραπευτικών επιλογών.

Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται δυσκολία αποδοχής των ασθενών ως προς την ενημέρωση και τον προσδιορισμό από το προσωπικό υγείας σχετικά με την επικινδυνότητα των επιλογών τους, την οποία ίσως να μην αναγνωρίζουν ή να μην είναι σε θέση να αντιληφθούν. Γεγονός, το οποίο επισημαίνεται από τον εισηγητή Δέδες (2005) με βάση τα πορίσματα μίας μελέτης για την ανάδειξη των ζητημάτων που επηρεάζουν σήμερα τα άτομα με HIV λοίμωξη σε διάφορους τομείς της ζωής τους. Στη μελέτη αναφέρεται πως παρατηρείται αδυναμία από συγγενικά και φιλικά πρόσωπα αποδοχής της κατάστασης της οροθετικότητας του ατόμου, αποτυγχάνοντας στο να παρέχουν ασφάλεια στο HIV+άτομο. Ακόμη, ότι το γεγονός ότι τα οροθετικά άτομα αποφεύγουν τη γνωστοποίηση της νόσησης ή και της ασθένειας σε κοντινά πρόσωπα φανερώνει αδυναμία αυτοαποδοχής.

Ακόμη, άκρως σημαντική κρίνεται η διενέργεια ελέγχου για AIDS, η οποία αυξάνει την πιθανότητα διάγνωσης μιας HIV λοίμωξης. Διαδικασία που επιτρέπει σε κάποιον να γνωρίζει την οροθετικότητα ή την οροαρνητικότητα του, οδηγώντας παράλληλα στην εξαγωγή καλύτερων εκτιμήσεων και στον έλεγχο της επιδημίας (ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2008).

### **3.2.2. Πρόληψη σε Περιπτώσεις Κρούσματος**

Σε περίπτωση όπου το προσυμπτωματικό τεστ βγει θετικό συνίσταται φαρμακευτική αγωγή και παρακολούθηση από εξειδικευμένα κέντρα ελέγχου και αναφοράς AIDS σε όλη τη χώρα (σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία στο Ηράκλειο Κρήτης, στην Θεσσαλονίκη, Αλεξανδρούπολη, Ιωάννινα, στην Πάτρα, στην Ρόδο και στο νοσοκομείο αφροδισιακών και δερματικών νοσημάτων Ανδρέας Σύγγρος στην Αθήνα).

Επίσης, σε περίπτωση καταστροφής του προφυλακτικού κατά την σεξουαλική πράξη με ύποπτο με HIV άτομο, τότε το άτομο πρέπει να επικοινωνήσει άμεσα με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ στη Γραμμή για τη Δημόσια Υγεία (Κέντρο ΕΠΙΧειρήσεων): 210-5212054 με 24ωρη και 7 ημέρες της εβδομάδας διαθεσιμότητα ή να επικοινωνήσουν μέσα στις πρώτες 72 ώρες στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων. Ίσως προταθεί η λήψη αντιρετροϊκής αγωγής – θεραπείας για το Aids, για την πρόληψη της μόλυνσης, η οποία ωστόσο έχει παρενέργειες και δεν εξασφαλίζει την σίγουρη αποφυγή της μετάδοσης. Στους τρεις μήνες μετά την πιθανή ημερομηνία μόλυνσης το άτομο χρειάζεται να επαναλάβει το τεστ για το AIDS (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, · ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2014). Το αισιόδοξο μήνυμα είναι πως τα επιστημονικά επιτεύγματα μετέτρεψαν μια δυνητικά θανατηφόρα αρρώστια σε μακροχρόνιο νόσημα.

### **3.2.3. Πρόληψη της λοίμωξης από τον ιό HIV**

#### **3.2.3.1. Προφυλάξεις για τον υγιή πληθυσμό**

Στη ερευνητική βιβλιογραφία για το AIDS και τον HIV καταγράφονται περιπτώσεις όπου ο κρατικός μηχανισμός οφείλει να παρέμβει καθοριστικά για την κάλυψη μεγάλων αναγκών και ελλείψεων του πληθυσμού, στα πλαίσια των οργανωμένων και καθολικών παρεμβάσεων για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της μάστιγας (π.χ. σε έρευνα για την ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου μόλυνσης από HIV σε αμερικανίδες ηλικίας 15-44 και με καταγωγή από το Μεξικό και από το Πουέρτο Ρίκο βρέθηκε ότι, σχεδόν το 60% του δείγματος δεν είχαν λάβει καμία σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από το οικογενειακό τους περιβάλλον και ότι οι γυναίκες 21% από Πουέρτο Ρίκο και 38.3% από Μεξικό δήλωσαν πως δεν είχαν καμία σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο σχολείο Zambrana et al., 2004).

Όπως αναφέρεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης η πρόληψη για τον γενικό πληθυσμό επιτυγχάνεται βάση της ενημέρωσης και της πρόληψης της μετάδοσης του ιού, μέσω της αύξησης της επαγρύπνησης και της βελτίωσης της συμπεριφοράς (διάφορες προωθητικές εκδηλώσεις), η οποία ευνοεί την πρόληψη, καθώς και την προώθηση υιοθέτησης υγιών προτύπων συμπεριφοράς. Ακόμη, υλοποιείται με βάση την αγωγής υγείας σχετικά με τα μέτρα προφύλαξης στις σεξουαλικές επαφές και την προώθηση της χρήσης προφυλακτικών.

Επιπλέον, η πρόληψη του υγιή πληθυσμού μεθοδεύεται με την παροχή υποστήριξης για την αποτελεσματικότητα των διαδικασιών της προστασίας και του ελέγχου (Θεσμοθέτηση της συνεργασίας, αναβάθμιση και αξιολόγηση των τηλεφωνικών γραμμών για τα Σ.Μ.Ν. και το HIV/AIDS, με τις υπόλοιπες των άλλων Υπουργείων). Σημαντική διεργασία αποτελεί η παροχή κατανοητής, έγκυρης και καίριας πληροφορίας στον ευρύ πληθυσμό (ανάρτηση και επικαιροποίηση του ενημερωτικού υλικού στα Μ.Μ.Ε. - τύπος, τηλεόραση, ραδιόφωνο, διαδίκτυο). Επίσης, προβλέπεται η στήριξη συμπεριφορών ενάντια στο ρατσισμό και στη διάκριση, την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, την έγκυρη ανίχνευση και πληροφόρηση για τον HIV (όπως καθιέρωση ημέρας ελέγχου για HIV, συνεργασία της εθνικής συντονίστριας αρχής, της Κοινωνίας των Πολιτών και του επιχειρηματικού κόσμου, στα πλαίσια της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης, και σύνδεση της ελληνικής εκστρατείας με την αντίστοιχη ευρωπαϊκή και παγκόσμια εκστρατεία για το AIDS), καθώς και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και την μείωση κοινωνικού στίγματος (π.χ. ετήσια εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού για τον HIV/AIDS, στόχοι: σωστή χρήση προφυλακτικού, συστηματικός έλεγχος, καταπολέμηση στιγματισμού) (ΚΕ.ΕΛ.ΠΙΝΟ, 2008).

#### **3.2.3.2.1. Υπογεώσεις οροθετικών**

Από την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων και αναγνώριση του ιού έχουν γίνει μεγάλες προσπάθειες διεθνώς για την θεσμοθέτηση νόμων και κανονισμών οι οποίοι θα διασφαλίζουν και θα προάγουν τα δικαιώματα των οροθετικών ατόμων σε όλο το φάσμα και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Έχουν θεσμοθετηθεί δικαιώματα για τους τομείς της κοινωνικής ζωής, τις διάφορες πληθυσμιακές ευάλωτες ομάδες (άπορα, εκδιδόμενα, ομο/αμφιφυλόφιλα άτομα, μετακινούμενους

πληθυσμούς, άτομα σε καθεστώς κράτησης, χρήστες ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων – ψυχοτρόπων ουσιών), την περίθαλψη, τις διακρίσεις και το κοινωνικό στίγμα, για την παιδεία και τον στρατό (Πολίτης, 2005)

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο συντονιστής της Επιτροπής Νομικής Υποστήριξης του Κ.Ε.Ε.Λ. Χάρης Τ. Πολίτης (2002:29-30) «ο ιός μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά μόνον όταν όλοι έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις». Κάθε άτομο το οποίο επηρεάζεται άμεσα ή έμμεσα από το AIDS θα πρέπει να ανταποκρίνεται «με προσωπική δέσμευση, ενδιαφέρον, θάρρος και ελπίδα για το μέλλον». Όλοι έχουν την «υποχρέωση να προστατεύσουν τους εαυτούς τους και τους άλλους από την μόλυνση».

Σημαντική πρόοδος αποτελεί το γεγονός ότι αρκετά οροθετικά άτομα (78%) ενημερώνουν τους ερωτικούς τους συντρόφους για την κατάσταση της υγείας τους, καθώς επίσης και άλλα συγγενικά πρόσωπα (72%) και τρίτα πρόσωπα (65%), δηλαδή στον στενό κύκλο των επαφών του HIV θετικού ατόμου (Ρώμπακα, 2005).

#### **3.2.4. Πρόληψη με εμβόλιο**

Στην προσπάθεια ανάπτυξης αποτελεσματικών και ασφαλών μεθόδων πρόληψης της διασποράς της νόσου, προτάθηκε η δημιουργία ανάλογου εμβολίου. Ένα θεραπευτικό εμβόλιο για τα HIV (+) άτομα, στα πλαίσια ανοσοθεραπείας με κύριο στόχο την έκλυση. Τη θεραπεία δηλαδή από τον ιό, είτε με την μεγέθυνση της φυσιολογικής ανοσολογικής απόκρισεως έναντι του HIV και περιορισμό του πολλαπλασιασμού του, είτε με την οριστική ίαση του οργανισμού.

Η προοπτική αυτή, συνάντησε και συναντά εμπόδια από ποικίλους παράγοντες, όπως η γενετική και γεωγραφική ετερογένεια του HIV. Η δυνατότητα του ιού να εισχωρεί/παρασιτεί στο ανθρώπινο γονιδίωμα, αλλά και για άλλους βιογενετικούς (ζητήματα ηθική στην έρευνα) και κοινωνικοοικονομικούς παραμέτρους, ηθικών και πολιτικών κωλυμάτων στις πειραματικές διεργασίες (αδυναμία υλοποίησης φάσεως III), καθιστούν τη δημιουργία του ανέφικτη (Nabel et al., 2011).

Πλήθος εκτεταμένων ερευνών, μελετών και πειραμάτων πραγματοποιήθηκαν με αβέβαια ωστόσο αποτελέσματα και παρά το γεγονός ότι δεν υπήρξαν προβλήματα ανοχής στους ασθενείς, δεν προέκυψαν ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα.

Η ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού θεραπευτικού εμβολιασμού για τα HIV θετικά άτομα (η πλέον επιδιωκόμενη και αναγκαία αντιμετώπιση της λοίμωξης), αυτή



παραμένει σε εξέλιξη και απαιτούνται περαιτέρω ερευνητικές προσπάθειες (Κοσμοπούλου, 2005· CSH Perspectives, 2011· CSH Perspectives,2012).

### **3.2.5. Πρόληψη σύμφωνα με τον τρόπο μετάδοσης**

#### **3.2.5.1. Πρόληψη μετάδοσης με αίμα και παράγωγα του πλάσματος**

Στα πλαίσια της πρόληψης στο χώρο της υγείας και την προαγωγή της ασφάλειας στις μεταγγίσεις αίματος, προβλέπεται η καθολική εφαρμογή των νεότερων τεχνολογιών (N.A.T.) για την ενίσχυση της ασφάλειας των μεταγγίσεων (δωρεά αίματος και πλάσματος: ορίστηκαν προϋποθέσεις για τη συλλογή, έλεγχο, επεξεργασία, φύλαξη και διανομή), καθώς και η εποπτεία εφαρμογής της αντίστοιχης κοινοτικής οδηγίας (Οδηγία του 2004/23/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου: ποιότητα στη δωρεά, προμήθεια, έλεγχο ιστών και κυττάρων, εμφύτευση ιστών, ανίχνευση παθογόνων μικροοργανισμών). Ακόμη, προβλέπεται η δημιουργία και η ενημέρωση πρωτόκολλων παρακολούθησης των πολυμεταγγιζόμενων ατόμων για όλα τα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα και η πιστοποίηση της διαδικασίας επιλογής αιμοδοτών (ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2006 · ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2008).

#### **3.2.5.2. Προφυλάξεις για το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό**

Το προσωπικό υγείας αποτελεί μια ομάδα ατόμων τα οποία εκτίθενται σε καθημερινή βάση σε διάφορες λοιμώξεις αυξάνοντας της πιθανότητες μόλυνσης και από τον ιό HIV (347 περιπτώσεις χορήγησης προφυλακτικής αγωγής, με 188 περιστατικά επαγγελματικής έκθεσης και κυρίως σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό). Η μετάδοση του ιού της ανοσοανεπάρκειας στους επαγγελματίες υγείας παρατηρήθηκε ότι πραγματοποιείται, είτε με διαδερμική έκθεση (τραυματισμό επαγγελματία από χρησιμοποιημένο σε οροθετικό άτομο αιχμηρό αντικείμενο), είτε με επαφή βλεννογόνων ή δέρματος και πιο συχνά με το αίμα ή άλλων βιολογικών υγρών του οροθετικού ασθενή (αίμα 69,7%, λοιπά βιολογικά υγρά 6,9%) (Κοντέ κ.ά., 2005· Μπαραμπούτης κ.ά., 2005).

Ο εθνικός μηχανισμός μεριμνά για τη πρόληψη του κινδύνου που συνδέεται με τα επαγγελματικά ατυχήματα έκθεσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και για την θεραπεία μετά την έκθεση, προβλέποντας καίρια μέτρα και πρακτικές όπως την αναθεώρηση των κατευθυντήριων οδηγιών για τη λήψη μέτρων στους χώρους παροχής υγείας και τη χορήγηση προφυλακτικής αγωγής μετά από

επαγγελματική έκθεση στον ιό HIV, καθώς και τα αντίστοιχα πρωτόκολλα και αξιολόγηση του βαθμού συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Επιπλέον, ορίζονται παράμετροι για την ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση των αντίστοιχων εκπαιδευτικών και ενημερωτικών προγραμμάτων του προσωπικού υγείας. Για την διαμόρφωση του νομοθετικού πλαισίου ως προς την προστασία του επαγγελματία υγείας, την ενίσχυση και αξιολόγηση του δικτύου για την 24ωρη παροχή συμβουλευτικής στους επαγγελματίες υγείας με έκθεση σε δυνητικώς μολυσματικά βιολογικά υγρά και την ασφαλής διαχείριση του συμβάντος με ορισμό συγκεκριμένης ομάδας διαχείρισης. Επίσης, μεριμνάτε η ύπαρξη και η εφαρμογή πρωτόκολλου χορήγησης αντιρετροϊκής θεραπείας μετά την έκθεση σε κίνδυνο (ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2008).

Κάποιες από τις σύνηθες πρακτικές, οι οποίες μειώνουν τις πιθανότητες επαγγελματικής έκθεσης από τον ιό HIV αποτελούν η τήρηση όλων των απαραίτητων μέτρων ατομικής προστασίας (Standard precautions) (όπως ο ενδεδειγμένος προστατευτικός ρουχισμός, προστασία προσώπου, χρήση γαντιών, τεχνική πλυσίματος χεριών) και η διενέργεια των απολύτως απαραίτητων παρεμβατικών τεχνικών (αποστείρωση, ασφαλής χρήση εργαλείων και αντικειμένων, σχολαστικός καθαρισμός, ασφαλής διαχείριση ακάθαρτων) (Καραΐσκου, 2005· ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2006 στο Καλεμάκη και Κοκκινάκη, 2008).

Όπως αναφέρει ο Πολίτης (2002) το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να θεωρεί κάθε ασθενή, ανεξαρτήτως αιτίας νοσηλείας, ως εν δυνάμει φορέα του ιού AIDS ή Ηπατίτιδας Β ή C και να λαμβάνει τα κατάλληλα προφυλακτικά μέσα. Σε περιπτώσεις επιβεβαιωμένης έκθεσης και σε αναλογία με τον βαθμό κινδύνου μετάδοσης του ιού συστήνεται η χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής (PEP).

Σχετικά με την εκπαιδευτική διαδικασία και τους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές από έρευνες φαίνεται πως το πρόγραμμα σπουδών πρέπει να τροποποιηθεί ώστε να εξασφαλίζει ακόμη πιο αποτελεσματικά τις γνώσεις των σπουδαστών (Διομήδους κ. ά, 2006· Βαλάρη κ. ά, 2011). Τα αποτελέσματα είναι αρκετά θετικά με ωστόσο κάποιες ανησυχητικές απαντήσεις. Γενικά φάνηκε πως οι φοιτητές νοσηλευτικής είναι αρκετά ορθά ενημερωμένοι και με αρκετά θετική συμπεριφορά σχετικά με το AIDS ( $M=70.39$ ,  $SD=18.43$ ,  $\min 18$ ,  $\max 90$ ), αν και όπως φαίνεται πως η θρησκευτικότητα επηρέαζε τη στάση απέναντι σε άτομα με AIDS ( $F=2.61$ ,  $P=0.03$ ).

Ακόμη, ως πηγές πληροφόρησης, ανέφεραν την τηλεόραση (80.7%), εφημερίδες και περιοδικά (64.6%) και διαδίκτυο (60%) (Ouzouni & Nakakis, 2012)

Όπως επισημαίνει η Καραϊσκού (2005:11-12) η διαδικασία της νοσηλείας ασθενών με HIV λοίμωξη απαιτεί «την υιοθέτηση πολιτικών, [οι οποίες] θα διασφαλίζουν την εφαρμογή από εκπαιδευμένους, συνειδητοποιημένους και ευαισθητοποιημένους εργαζόμενους, των μέτρων για την πρόληψη της διασποράς της νόσου».

### **3.2.5.3. Πρόληψη σεξουαλικής μετάδοσης**

#### **3.2.5.3.1. Τρόποι προφύλαξης**

Οι πιθανότητες μετάδοσης του ιού HIV μέσω της σεξουαλικής επαφής είναι ιδιαίτερα υψηλές, καθώς ο ιός βρίσκεται σε μεγάλη συγκέντρωση στα κοιλικά και γενετικά υγρά τα οποία εκκρίνονται κατά την σεξουαλική επαφή, αλλά κυρίως λόγω της μη χρήσης προφυλακτικών ή των ατυχημάτων και των συνηθισμένων λαθών στην χρήση τους, τα οποία παρατηρείται ότι συχνά κάνουν τα άτομα που προχωρούν σε σεξουαλική συνένωση. Το προφυλακτικό από λάτεξ αποτελεί τον πιο ασφαλή τρόπο προφύλαξης από τον HIV/AIDS από οποιαδήποτε άλλη μέθοδο προφύλαξης. Επίσης, παρέχει προφύλαξη από πληθώρα παθήσεων (χλαμύδια, ουρολοιμώξεις, τριχομονάδες, βλενόρροια, ηπατίτιδα Β, έρπητα γεννητικών οργάνων, ιό ανθρώπινων θηλωμάτων-HPV και σύφιλη) και αποτελεί σημαντική μέθοδο αντισύλληψης με μικρά ποσοστά αποτυχίας (2% ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων αν και σωστή χρήση προφυλακτικού) (Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων, 2013· ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2008).

Σύμφωνα με τον Πολίτη (2005), ένα ανησυχητικό ποσοστό της τάξεως του 28% των ερωτηθέντων οροθετικών HIV ατόμων δε λαμβάνει μέτρα προφύλαξης κατά τη σεξουαλική επαφή (11% αρνήθηκε να απαντήσει κάτι που δημιουργεί εύλογες ενδείξεις μη τήρησης των κανόνων, 3% ποτέ χρήση προφυλακτικού, 2% σπάνια, 4% συχνά, 8% πολύ συχνά).

Όπως αναφέρει το Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων (2013) κάποια άτομα αποφεύγουν τη χρήση προφυλακτικού για ψυχολογικούς λόγους. Πρόκειται για άτομα ανεξαρτήτου φύλου, τα οποία αισθάνονται ότι η χρήση του μειώνει την αισθητικότητα καθώς και την απόλαυση. Άλλα άτομα νιώθουν ότι η πράξη της διακοπής της σεξουαλικής δραστηριότητας για τη χρήση προφυλακτικού μειώνει τον αυθορμητισμό και κατά συνέπεια την επιθυμία. Τρεις στου δέκα άνδρες

νώθουν πίεση στη διατήρηση καλής στύσης προκειμένου να μη βγει το προφυλακτικό και συνεπώς στη γενικότερη αναστάτωσή τους μπορεί παρουσιάσουν κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία (απώλεια στύσης).

Σχετικά με τα πιο συνηθισμένα λάθη στη χρήση του προφυλακτικού το Κέντρο Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας του Ινστιτούτου Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων (2013) αναφέρει πως 1 στους 5 άνδρες προχωρά στα παρακάτω λάθη:

- δεν προσέχει την ημερομηνία λήξης του προφυλακτικού,
- δεν διατηρεί σωστά το προφυλακτικό σύμφωνα με τις αναγραφόμενες ενδείξεις (κυρίως δροσερό μέρος) ή το προμηθεύεται από μέρη όπου το προφυλακτικό εκτίθεται σε υψηλές θερμοκρασίες,
- προσπαθεί να το ανοίξει με λάθος τρόπο πριν από την σεξουαλική πράξη (1ας στους 5 κάνει χρήση αιχμηρού αντικειμένου),
- δεν προχωρά σε μία μόνο χρήση και από την σωστή πλευρά του προφυλακτικού.

Ακόμη, παρατηρήθηκαν λαθεμένες πρακτικές σχετικά με την χρήση του προφυλακτικού, όπως την τοποθέτησή του κατά τη διάρκεια της πράξης και όχι πριν (οι μισοί από τους ερωτώμενους) ή την αφαίρεση πριν την ολοκλήρωσή της (1ας στους 3). Επίσης, ένας στους πέντε δεν ξετυλίγει σωστά το προφυλακτικό. Είτε δεν το ξετυλίγει πλήρως με αποτέλεσμα να μην προστατεύεται αποτελεσματικά από τα διάφορα νοσήματα, είτε δεν ξετυλίγει το προφυλακτικό καθώς το τοποθετεί στο διεγερμένο πέος αφαιρώντας στον αέρα εξασφαλίζοντας χώρο για το σπέρμα το οποίο θα εκκριθεί. Επιπλέον, αρκετοί προχωρούν είτε στην μη χρήση λιπαντικών σε επαφές όπου κρίνεται ιδιαίτερα απαραίτητο (πρωκτική επαφή), είτε στη χρήση λιπαντικών, τα οποία όμως διαβρώνουν το προφυλακτικό, όπως λιπαντικά με βάση τη βαζελίνη ή το λάδι. Επίσης, 2 στους 3 κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής δεν κρατά το προφυλακτικό στη βάση του πέους κατά την έξοδο από τον κόλπο με αρνητική συνέπεια την ρήξη των γενετικών υγρών εκτός του προφυλακτικού ή την παραμονή του εντός του κόλπου.

Για την αποφυγή της καταστροφής του προφυλακτικού συνιστάται το άνοιγμα με τα χέρια, η χρήση λιπαντικών με βάση το νερό και οι σωστές σεξουαλικές πρακτικές (Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων, 2013).

Ένας τρόπος προφύλαξης από τον ιό, ως προς τη σεξουαλική μετάδοση, αποτελεί η σεξουαλική συνένευση με ένα σταθερό άτομο το οποίο δεν έχει μολυνθεί από τον ιό

με παράλληλη χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή (πρωκτικό, κολπικό ή στοματικό σεξ). Επίσης η αποχή από τη σεξουαλική συνεύρεση, αποτελεί την πλέον αποτελεσματική μέθοδο, μειώνοντας καθοριστικά τις πιθανότητες μόλυνσης από τον ιό (CDC, 2011).

### **3.2.6. Πρόληψη κάθετης, περιγεννητικής μετάδοσης**

Ένας αρκετά συχνός τρόπος μετάδοσης της λοίμωξης του HIV είναι ο προκαλούμενος από την οροθετική μητέρα στο παιδί, είτε κατά την διάρκεια του τοκετού (περιγεννητική μετάδοση), είτε κατά την διάρκεια της κύησης (κάθετη μετάδοση).

Πριν το 1993 ως καθιερωμένοι μέθοδοι (15-50% αποτελεσματικότητα) μείωση της περιγεννητική μετάδοσης ήταν η καισαρική τομή (αντί φυσιολογικού τοκετού) και η διακοπή του μητρικού θηλασμού. Έκτοτε εφαρμόζεται το κλινικό πρωτόκολλο PACTG-076 στις Η.Π.Α. και σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες με την χορήγηση του AZT (=αζιδοθυμιδίνη, η πρώτη φαρμακευτική ουσία που εγκρίθηκε για τη θεραπευτική αντιμετώπιση από τον ιό) και συχνούς ιατρικούς ελέγχους σε μητέρα και νεογνό (δύο μεγάλες κατηγορίες φαρμάκων που εφαρμόστηκαν: τα νουκλεοσιδικά ανάλογα -NRTS και τα μη νουκλεοσιδικά ανάλογα -NNRTS). Πραγματοποιήθηκαν πολλές φαρμακευτικές δοκιμές, με σημαντικές ωστόσο επιπτώσεις (αυξημένη προωρότητα, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιομυοπάθεια κ.ά).

Σχετικά με τη καισαρική τομή, για τη διαδικασία αυτή προβλέπεται, σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο, συζήτηση του προσωπικού υγείας με την έγκυο για τις ωφέλειες και τις επιπτώσεις από την επέμβαση, καθώς και τους κινδύνους της αγωγής που ακολουθεί η μητέρα ή την απόφαση για την έπειτα πρόληψη ή θεραπεία της.

Οι εθνικοί στόχοι οι οποίοι τίθενται αφορούν στην πρόληψη της μετάδοσης από τη μητέρα στο παιδί καθώς και στη θεραπεία μετά την έκθεση. Οι προβλεπόμενες ενέργειες αφορούν σε ποικίλες δράσεις όπως οι θεσμικές ρυθμίσεις για την ενσωμάτωση του ελέγχου για HIV στον καθιερωμένο προληπτικό έλεγχο για κάθε έγκυο γυναίκα (στο 1<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> τρίμηνο - συνεργασία με γυναικολογικές εταιρίες). Ακόμη, οικογενειακό προγραμματισμό για ζευγάρια που ζουν με τον ιό, την ανάπτυξη, την εφαρμογή και την αξιολόγηση προγραμμάτων πληροφόρησης, εκπαίδευσης και τροποποίησης συμπεριφοράς με σκοπό την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης του HIV. Επιπλέον, την ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση πρωτόκολλων για συμβουλευτική,

εκτίμηση του κινδύνου, παραπομπή, διάγνωση και θεραπεία των εγκύων γυναικών, καθώς και αξιολόγηση της τήρησης των κατευθυντήριων οδηγιών για τη θεραπεία των εγκύων οροθετικών γυναικών (ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2006 · ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2008· Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ).

Όπως, αναφέρει ο Πολίτης (2002), δεν επιτρέπεται η υποχρεωτική διακοπή της κύησης λόγω της οροθετικότητας, μόνο στην περίπτωσης της επιλογής από την μητέρα και εφόσον έχει προηγηθεί πλήρης ιατρική ενημέρωση όπου αναλύονται όλες οι παράμετροι. Τα όποια ηθικά και δεοντολογικά θέματα τα οποία προκύπτουν συζητιούνται με την οικογένεια και την ομάδα υποστήριξης των φορέων ή ασθενών με HIV του νοσοκομείου (ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργό και θεράποντες ιατρούς).

Στα χρόνια πολύ πέρασαν σημειώθηκε σημαντική βελτίωση στις παρεχόμενες υπηρεσίες προστατεύοντας τόσο την έγκυο, όσο και το νεογέννητο με ιδιαίτερη πρόοδο στη πρόληψη της περιγεννητικής μετάδοσης (Μοστρού, 2005).

### **3.2.7. Πρόληψη σύμφωνα με τις ομάδες υψηλού κινδύνου**

#### **3.2.7.1. Γυναικείος Πληθυσμός**

Ιδιαίτερη μέριμνα, ως προς την πρόληψη της μετάδοσης του ιού HIV, πρέπει να λαμβάνεται σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες επηρεαζόμενες από ποικίλους παράγοντες, προχωρούν συχνά σε συμπεριφορές οι οποίες αυξάνουν τις πιθανότητες μόλυνσης (άτομα εφηβικής ή νεαρής ηλικίας, το γυναικείο φύλο, οικονομικά αδύνατα άτομα, άτομα σε καθεστώς φυλάκισης ή μετανάστευσης, χρήστες ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών, εκδιδόμενα άτομα και άτομα με ομο/αμφιφυλοσεξουαλικές προτιμήσεις).

Σε πληθώρα ερευνών διακρίνεται το ευάλωτο του γυναικείου φύλου και το ρόλο τον οποίο κατέχει σε σχέση με τον HIV ιδιαίτερα όταν πρόκειται για νεαρές γυναίκες (UNAIDS, 2013). Σε έρευνα για την μελέτη της κακοποίησης και άλλων παραγόντων κινδύνου για την μόλυνση από τον HIV αποδείχτηκε πως η τραυματική εμπειρία του βιασμού αποτελεί παράγοντας επικινδυνότητας μόλυνσης για τις γυναίκες, ανεξαρτήτως φυλής (δείγμα 490 θετικών και αρνητικών στον ιό HIV άφρο-, εύρω- και λατινο- αμερικανίδων γυναικών. Οι θετικές στον ιό είχαν εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης, περισσότερους ερωτικούς συντρόφους και μολύνσεις από Σ.Μ.Ν σε σχέση με τις αρνητικές στον ιό (Wyatt et al., 2002). Επίσης, έχει αποδειχτεί

πως η ενδοσυζυγική, η ενδοσυντροφική βία και τα περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης πριν την ηλικία των 12 χρόνων αποτελούν παράγοντες κινδύνου μόλυνσης από HIV. Σε έρευνα για την εκτίμηση της τάσης και για την αναγνώριση της σχέσης της βίας με την μόλυνση από τον ιό παρατηρήθηκε ότι οι πιθανότητες δήλωσης έστω ενός περιστατικού βίας ήταν σημαντικά υψηλή στις θετικές στον ιό γυναίκες σε σχέση με τις αρνητικές στον ιό (πιθανότητες σχέσης σωματικής κακοποίησης με τον ιό  $F=2.63$  με C.I.=διάστημα εμπιστοσύνης 1.23, 5.63 και της σεξουαλικής κακοποίησης  $F=2.39$  C.I.=1.21, 4.73). Ακόμη, οι νεότερες γυναίκες κάτω των 30 ετών και θετικές στον ιό ανέφεραν 10 φορές περισσότερα περιστατικά συντροφικής βίας σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν μολυνθεί  $F=9.99$ , C.I.=2.67, 37.37 (Maman et al., 2002).

Η κρατική μέριμνα για την πρόληψη στο πληθυσμό των γυναικών εντοπίζεται στον έλεγχο της ετεροφυλικής διάδοσης της επιδημίας και της ενδυνάμωση των πιο ευάλωτων γυναικών μέσω ειδικών εκπαιδευτικών διαδικασιών ανάπτυξης δεξιοτήτων διαχείρισης καταστάσεων ανά περιφέρειες σε όλη την επικράτεια. Αυτοί οι στόχοι υλοποιούνται μέσω της διενέργειας ποικίλων προγραμμάτων, πολιτικών, διαδικασιών και εκδηλώσεων. Όπως προσαρμοσμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για τις γυναίκες με τη βοήθεια επισκεπτριών υγείας, την ενσωμάτωση της διάστασης της πρόληψης της μετάδοσης των Σ.Μ.Ν., προγράμματα πρόληψης της βίας εναντίον των γυναικών, διάφορες ενημερωτικές ημερίδες, ειδικά προγράμματα πρόληψης σε σχέση με τους ρόλους και τις μορφές της ανδρικής σεξουαλικότητας, προώθηση της χρήσης του γυναικείου προφυλακτικού καθώς και διαμόρφωση πρωτοκόλλου αντιμετώπισης θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης/ trafficking. Υπολογίζεται ότι στα μέσα του 2005, το λιγότερο 12 εκατομμύρια άτομα υπήρξαν θύματα διακίνησης και εμπορίας, περίπου ενάμισι εκατομμύριο άτομα (11%) ήταν αντικείμενα σεξουαλικής εκμετάλλευσης (ΚΕ.ΕΛ.ΠΙΝΟ, 2008). Σχεδόν σε 50 χώρες έχουν αναφερθεί περιστατικά ενδοσυντροφικής βίας μεταξύ 9% και 60% τους τελευταίους 12 μήνες σε γυναίκες ηλικίας 15 με 49 ετών (UNAIDS, 2013).

### **3.2.7.2. Ηλικιακή Ομάδα Νέων και Υπερηλίκων**

Επιπλέον, ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην ηλικιακή ομάδα των νέων (15-25 ετών) με την αρχή της ενηλικίωσης και τις ριζικές σωματικές και ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές και την ανάπτυξη της σεξουαλικής τους ζωής (Word

Health Organization, 2013·UNAIDS, 2013). Βάση ερευνών στην Αμερική μεγάλο ποσοστό νέων παρουσίασε απάθεια και αδιαφορία στην πιθανότητα μόλυνσης τους από τον ιό HIV, χαμηλά ποσοστά χρήσης προφυλακτικού, κυρίως από κοπέλες, συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων και χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και αλκοόλ. Γεγονός το οποίο βασίζεται σε έλλειψη συνειδητοποίησης της σοβαρότητας της υπάρχουσας κατάστασης και της επικινδυνότητας του ιού σε συνδυασμό με την υπέρμετρη αίσθηση ακεραιότητας, την άκρατη μίμηση και απερίσκεπτη υιοθέτηση προτύπων που χαρακτηρίζει αυτές τις ηλικίες, παράγοντες οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό δράσεων (The Kaiser Family Foundation, 2000· CDC, 2011·Adefuye et al., 2009).

Σε άλλες έρευνες παρατηρείται πως οι νέοι νομίζουν ότι γνωρίζουν αρκετά για το AIDS (43.15% των συμμετεχόντων), την αναγνωρίζουν ως κοινωνική απειλή (89.65%) και πως θα αισθάνονταν ντροπή σε περίπτωση οροθετικότητάς τους (31.75%), πως ανησυχούν για το αν είναι μολυσμένα από τον ιό λόγω της παρακινδυνευμένης παρελθούσας συμπεριφοράς τους (κυρίως αγόρια), ωστόσο θα έδειχνα συμπόνια σε ένα οροθετικό άτομο. Ακόμη, σημαντικά μεγάλα ποσοστά παίρνουν προφυλάξεις στις σεξουαλικές επαφές (80.9% για αγόρια και 56.7% για κορίτσια) (Merakou et al., 2002).

Ακόμη, όπως υποστηρίζεται η παγκόσμια θνησιμότητας των ενηλίκων ηλικίας 15 έως 59 ετών από τον ιό είναι μεγάλη (ΠΟΥ, 2005). Περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις μόλυνσης παγκοσμίως από τον ιό απαντώνται σε νέους ηλικίας 15 έως 24 ετών (Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τη δημογραφία -UNPF, 2003· amfAr,2010).

Οι στόχοι του εθνικού σχεδίου δράσης, είναι η αναγνώριση του κινδύνου της HIV λοίμωξης, η συστηματική χρήση προφυλακτικού, η ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης σεξουαλικότητας, η έγκυρη πληροφόρηση και η ανίχνευση Σ.Μ.Ν. στους νέους. Ακόμη, η υιοθέτηση ασφαλέστερων σεξουαλικών συμπεριφορών και η γνώση των τρόπων μετάδοσης και πρόληψης γενικά των Σ.Μ.Ν. Για την υλοποίησή τους κινητοποιούνται φορείς της υγείας και της εκπαίδευσης (όπως το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων - σχεδιασμός εκπαιδευτικού προγράμματος σεξουαλικής αγωγής και πρόληψης στα σχολεία, στο πλαίσιο υλοποίησης του εκπαιδευτικού προγράμματος «Η Ζωή έχει Χρώμα»).



Επίσης, σχεδιάζονται και αναπτύσσονται δράσεις ενημέρωσης και επιμόρφωσης στη μαθητική κοινότητα, προγράμματα και ενημερωτικό υλικό για τους νέους ανάλογα με το φύλο στο πλαίσιο ισότιμης και σχετικής με το φύλο, ειδικά εγχειρίδια με στόχο την ενημέρωση εκπαιδευτικών σχετικά με την πρόληψη του HIV/AIDS και των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων. Ενώ, υλοποιούνται παιδαγωγικές/εκπαιδευτικές εκστρατείες στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΚΕ.ΕΛ.ΠΙΝΟ, 2006· ΚΕ.ΕΛ.ΠΙΝΟ, 2008).

Ωστόσο, σε άλλες έρευνες υποστηρίζεται ότι χάρις το αυξανόμενο πλήθος των περιπτώσεων ατόμων με HIV ηλικίας άνω των 50 ετών, ως απόρροια της αύξησης στο προσδόκιμο ζωής και της πρώιμης κλινικής διάγνωσης του AIDS, πρέπει να δοθεί σημασία και σε αυτό το πληθυσμό, καθώς το παρατηρούνται διαφορές στο επιδημιολογικό και κλινικό πρότυπο (Metallidis et al., 2013).

Το 2007 το 12,9% των νέων κρουσμάτων HIV στην δυτική Ευρώπη ήταν πληθυσμών ατόμων άνω των 50 ετών, υψηλότερα από τα καταγεγραμμένα περιστατικά στην Κεντρική και την Ανατολική Ευρώπη (Lazarus et al., 2010 στο Metallidis et al., 2013). Στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει το 15,1% σύμφωνα με τα στοιχεία του Κ.Ε.Ε.Λ., χωρίς την παρουσία νεότερων στοιχείων (Abel et al., 2003· Gott et al., 2001 στο Metallidis et al., 2013).

### **3.2.7.3. Μετακινούμενοι Πληθυσμοί**

Στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης και λόγω της γεωγραφικής της θέσης, η χώρας μας αποτελεί σημαντική πύλη εισόδου μετακινούμενων πληθυσμών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες ενσωμάτωσης με διάφορες συνέπιες και επιφέρουν ποικίλες αλλαγές στις χώρες υποδοχής. Όπως αναφέρει ο Karmi (1993, στον Οικονόμου, 2004), αλλά και ο Βογιατζάκης (2005), οι αθρόες μετακινήσεις των πληθυσμών ενισχύουν τις πιθανότητες εκδήλωσης κοινωνικών, φυλετικών και θρησκευτικών εντάσεων. Επίσης, συντελούν ενισχύοντας την πιθανότητα εκδήλωσης καινοφανών ιατροκοινωνικών προβλημάτων, την επανεμφάνιση ή την όξυνση κάποιων τα οποία τελούνταν υπό έλεγχο, όπως η διασπορά της HIV λοίμωξης. Σε έρευνα του ΚΕ.ΕΛ.ΠΙΝΟ (Νικολόπουλος κ.ά., 2005) για τα επιδημιολογικά δεδομένα της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα σε άτομα αλλοδαπής εθνικότητας και η οποία πραγματοποιήθηκε για την χρονική περίοδο του 1984 μέχρι το α' εξάμηνο του 2005, παρουσιάζεται η αναλογία της οροθετικότητας στο δείγμα με ένα σημαντικό ποσοστό μόλυνση του μη γηγενούς

πληθυσμού από τον ιό (78,37% ελληνικής καταγωγής και 12,86% αλλοδαπής εθνικότητας στο σύνολο των δηλωθέντων στο ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, με την πλειοψηφία να προέρχεται από την Υποσαχάριο Αφρική-34,92% και την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη 21,52%).

Όσον αφορά τη πρόληψη για τα μετακινούμενα – μεταναστεύοντα άτομα, προβλέπεται η στήριξη και η αρωγή τους μέσω της επικοινωνίας (κατάλληλο διαπολιτισμικό και υποστηρικτικό περιβάλλον, μετάφραση ενημερωτικού υλικού, ενίσχυση συμπεριφορών αναζήτηση υπηρεσιών υγείας) και της εξάλειψης των φραγμών που αναστέλλουν ή επιβραδύνουν τα προγράμματα πρόληψης και παρέμβασης στα ίδια τα άτομα και τις οικογένειές τους (όπως δυσμενής συνθήκες διαβίωσης, αισθήματα απομόνωσης, ηθική εξαθλίωση, ελλιπής κοινωνική και οικονομική στήριξη). Επίσης, προβλέπεται η διάγνωση και η καταγραφή των περιστατικών λοιμωδών νοσημάτων, η παροχή άμεσης ιατρικής φροντίδας για τη διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση οξέων συμβάντων υγείας καθώς και η διασυννοριακή συνεργασία με υπηρεσίες άλλων χωρών (ηλεκτρονικό σύστημα διασύνδεσης των εμπλεκόμενων δομών και των κινητών μονάδων), με σκοπό την αναγνώριση σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων (ένταξη της επείγουσας υγειονομικής παρέμβασης στο πρόγραμμα FRONTEX). Επιπλέον, προωθείται η ανάπτυξη, η εφαρμογή και η αξιολόγηση προγραμμάτων Ενημέρωσης, Αγωγής Υγείας, Επικοινωνίας και Αλλαγής Συμπεριφοράς για τους μετανάστες συμπεριλαμβανόμενων και προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας τους στους χώρους υποδοχής. Ενώ, παράλληλα ενισχύονται δράσεις και προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης στους χώρους υποδοχής μεταναστών και προσφύγων (ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2006· ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2008).

#### **3.2.7.4. Ουσιοεξαρτώμενα Άτομα**

Όπως παρατηρήθηκε, άτομα τα οποία βρίσκονται κάτω από την επήρεια ουσιών ή αλκοόλ, ανεξαρτήτως περιστασιακής ή μακροχρόνιας χρήσης, είναι πιο πιθανό να σχετίζονται με συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως την σεξουαλική πράξη χωρίς προφυλάξεις (Leigh et al., 1993· CDC, 2011· Metsch et al., 1995· Wechsberg et al., 2003· Logan & Leukefeld, 2000). Από έρευνα προέκυψε πως οι πιθανότητες σεξουαλικής επαφής μεταξύ αρρένων σε περίπτωση μέθης είναι 1.57 και σε περίπτωση χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών 2.24, αυξάνοντας τις πιθανότητες για την απόκτηση συχνών ερωτικών συντρόφων και πραγματοποίησης πρωκτικού σεξ

χωρίς προφυλάξεις (μέθη F=1.43, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών F=1.61,) (Horvath et al.,2008·Thiede et al.,2009).

Στα πλαίσια του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Ναρκωτικά υφίσταται μία επικουρική δράση στην στρατηγική της μείωσης των κινδύνων της ομάδας των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών με αναφορές στα Σ.Μ.Ν. Οι στόχοι της δράσης συνοψίζονται στην διατήρηση της πτωτικής τάσης και στην μείωση των επιπτώσεων των λοιμώξεων τύπου HIV, ηπατίτιδας Β και C, καθώς και στη μείωση της βλάβης μέσω ενίσχυσης των ασφαλών πρακτικών (προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων), την παρέμβαση στο δρόμο (παροχή καθαρών συρίγγων) και την πρόσβαση σε υλικό και στις υποστηρικτές υπηρεσίες (συμβουλευτικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης). Ακόμη, όπως παρατηρήθηκε σε μία αισιόδοξη έρευνα σε αμερικανίδες χρήστες κρακ, η στοχευμένη παρέμβαση μπορεί να αυξήσει την παραμονή στον χώρο εργασίας και την λειτουργικότητα στις δραστηριότητες συντήρησης ενός σπιτικού, μειώνοντας αποτελεσματικά το ρίσκο της μόλυνσης από τον ιό, καθώς μειώνεται και η συχνότητα της σεξουαλικής συνεύρεσης χωρίς προφυλάξεις (Wechsberg et al., 2004).

### **3.2.7.5. Άτομα υπό Καθεστώς Κράτησης**

Όσον αφορά τα άτομα τα οποία υπόκεινται σε καθεστώς φυλάκισης σχεδιάζονται ενέργειες πρόληψης της HIV λοίμωξης και των λοιπών Σ.Μ.Ν. εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων. Ωστόσο, δεν έχουμε πληροφορίες σχετικά με τα άτομα τα οποία εξετάστηκαν εντός των φυλακών για τον HIV, ενώ από δεδομένα προκύπτουν υψηλά ποσοστά χρήσης ουσιών (ECDC,2012).

Οι στόχοι του εθνικού μηχανισμού απαντώνται στην δυνατότητα πρόσβασης των τροφίμων των φυλακών σε μέτρα πρόληψης, υποστήριξης και συμβουλευτικής για τη μείωση της επίπτωσης των Σ.Μ.Ν, της φυματίωσης και της HBV (όπως διενέργεια εμβολιασμών, ελέγχων ανίχνευσης, χορήγηση χημειοπροφύλαξης, προγράμματα πρόληψης, ενημέρωσης, αγωγής υγείας και τροποποίησης της συμπεριφορά των κρατούμενων), καθώς και προσπάθεια διατήρησης της επικοινωνίας μεταξύ συζύγων και άλλων οικείων προσώπων με τους κρατούμενους (ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2008).

### **3.2.7.6. Ομο/αμφισεξουαλική Κοινότητα**

Όπως παρατηρείται οι πιθανότητες για μόλυνση από τον ιό σε άνδρες που κάνουν σεξ με άλλους άνδρες είναι υψηλές (UNAIDS, 2013· ECDC, 2012· Μπότση κ. ά., 2005).

Λόγο της δυσκολίας από τους άνδρες στην εύρεση άλλων ανδρών για ερωτική συνέντευξη και ως ερωτικούς συντρόφους, οι άνδρες που κάνουν σεξ με άλλους άνδρες συχνάζουν σε μπαρ, ερωτικά κέντρα ή clubs χορού για αναζήτηση συντρόφου, ενώ συχνά καταφεύγουν και σε σύγχρονα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και επικοινωνίας, όπως το διαδίκτυο. Μέσω, το οποίο σε συνδυασμό με λάθος πρακτικές αυξάνει τον κίνδυνο της εξάπλωσης του HIV. Σε έρευνα για τον εντοπισμό των χαρακτηριστικών των νέων (18 έως 24 ετών) ανδρών που συνευρίσκονται ερωτικά με άλλους άνδρες και χρήστες του διαδικτύου (45-λεπτη online έρευνα και χρήση διαδικτύου τους τελευταίους 3 μήνες) και των κινδύνων που συνδέονται με την αναζήτηση ερωτικής συνέντευξη online, offline ή σε συνδυασμό και των δύο στρατηγικών, προέκυψαν σημαντικά ευρήματα. Το 43% με 29% online και 34% offline ερωτώμενων, ανέφεραν μη προστατευόμενη πρωκτική συνέντευξη σε σχέση με εκείνους που είχαν αποκλειστικά ερωτικούς συντρόφους εκτός διαδικτύου 49%, οι οποίοι είχαν λίγους συντρόφους αλλά περισσότερη προστατευμένη ερωτική συνέντευξη (Horvath et al., 2008· Thiede et al., 2009).

Οι πρακτικές και μέτρα τα οποία προβλέπονται για την πρόληψη στην ομο/αμφιφυλόφιλη κοινότητα αποσκοπούν στη μείωση των νέων μολύνσεων, την άρση του στιγματισμού και την υιοθέτηση υπεύθυνων συμπεριφορών κατά τη σεξουαλική επαφή. Ο εθνικός μηχανισμός μεριμνά μέσω μιας στρατηγική πρόληψης προσαρμοσμένης πολιτισμικά στις ιδιαιτερότητες και την κουλτούρα της ομο/αμφιφυλόφιλης κοινότητας.

Οι στόχοι ποικίλουν και αφορούν την ενίσχυση της συμμετοχής των κοινοτήτων στη διαμόρφωση παρεμβάσεων, τη μείωση της επίπτωσης της μόλυνσης από Σ.Μ.Ν. και από HIV μέσω της προσαρμογής πρακτικών πρόληψης που ανταποκρίνονται στην κουλτούρα των ομο/αμφιφυλόφιλων, την αποφυγή περιθωριοποίησης και στιγματισμού των ομο/αμφιφυλόφιλων, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για παροχή ιατρικής, νοσηλευτικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, συμβουλευτικής και διαγνωστικού ελέγχου και θεραπείας των Σ.Μ.Ν. Μέτρα τα οποία υλοποιούνται είναι τα εξής: ενημέρωση για τα Σ.Μ.Ν., διαθεσιμότητα

της χρήσης προφυλακτικού, έκδοσης στοχευμένου έντυπου υλικού, Street work και bar to bar προσέγγιση, δημιουργία ειδικής τηλεφωνικής γραμμής βοήθειας, έρευνες συμπεριφοράς με σταθμισμένα ερωτηματολόγια σε συνεργασία με τις ανάλογες οργανώσεις (ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2008).

#### **3.2.7.7. Εκδιδόμενα Άτομα**

Σχετικά με τα εκδιδόμενα άτομα σκοπός των παρεμβάσεων είναι η υγειονομική υποστήριξη και η πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα, με την δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, προγράμματα πρόληψης και παρέμβασης στα εκδιδόμενα άτομα. Στόχος αποτελεί η τροποποίηση στάσεων και συμπεριφορών που προάγουν στην πρόληψη και την αύξηση της διαθεσιμότητας και της αποδοχής της χρήσης προφυλακτικών από τα εκδιδόμενα άτομα και τους πελάτες τους (παρακινδυνευμένες πρακτικές, μη αποδοχή ταυτότητας, έλλειψη γνώσεων, λανθασμένες κοινωνικές αναπαραστάσεις, άρνηση χρήσης προφυλακτικού από πελάτη, οικονομικό δέλεαρ, παράνομη πορνεία, αλκοόλ και ναρκωτικές ουσίες). Βάση μελετών ο φόβος και η μυστικότητα αποτελούν εμπόδια στη διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών καθώς και για την εφαρμογή παρεμβάσεων σε αυτήν την ομάδα στόχο. Ακόμη, υφίσταται μέριμνα για την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τα εκδιδόμενα άτομα και λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα για τον εντοπισμό και την υποστήριξη θυμάτων δικτύων εμπορίας λευκής σαρκός - trafficking (Παπαθανασίου κ.ά., 2005· ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2008).

#### **3.2.7.8. Οικονομικά Αδύναμα Άτομα**

Θα ήταν παράληψη να μην αναφερθούμε στα άτομα τα οποία αδυνατούν για οικονομικούς λόγους να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα τα οποία προάγουν την πρόληψη από τον ιό HIV. Όπως παρατηρείται, τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με την φτώχεια, συμπεριλαμβάνοντας την πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, μπορούν άμεσα ή έμμεσα να αυξήσουν τις πιθανότητες μόλυνσης από τον ιό (Díaz et al., 1994· CDC, 2011). Για παράδειγμα, έχει αποδειχτεί πως άτομα νεαρής ηλικίας, τα οποία εγκατέλειψαν νωρίς το σχολείο και κατέφυγαν στην εργασία είναι πιο πιθανό έχουν μια πρόωμη σεξουαλικά ενεργή ζωή, χαμηλό εισόδημα, δεν λαμβάνουν τις απαραίτητες προφυλάξεις και τα μέτρα πρόληψης από τα

ΣΜΝ, ενώ παράλληλα δεν προχωρούν σε χρήση των μεθόδων αντισύλληψης (Office of the Surgeon General, 2001· CDC, 2011).

Με απώτερο σκοπό την προστασία των πιο αδύναμων μελών της κοινωνίας και την υγειονομική θωράκιση της χώρας παρέχεται δωρεάν πρόσβαση σε νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων των απαιτούμενων εξετάσεων και των συνοδών φαρμάκων, με βελτίωση της πρόσβασης στην πληροφόρηση σε επίπεδο πρόληψης και θεραπείας (ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ, 2008).

### **3.3 Είδη προληπτικών παρεμβάσεων**

Η ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης και η εξάπλωση της συνδυαστικής πρόληψης έναντι των μεμονωμένων παρεμβάσεων αναμένεται να συμβάλουν στην επίτευξη των στόχων που έχει θέσει ο παγκόσμιος οργανισμός UNAIDS μέχρι το 2015, δηλαδή τη μείωση της σεξουαλικής μετάδοσης του HIV κατά 50%, την εξάλειψη των νέων HIV λοιμώξεων μεταξύ χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών (X.E.N.), την εξάλειψη της μετάδοσης HIV από τη μητέρα στο νεογνό και, τέλος, τη μείωση της μητρικής θνησιμότητας εξ αιτίας ίου HIV κατά 50%. Τέλος, στο πλαίσιο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, είναι σημαντικό η επιλογή και η εφαρμογή συγκεκριμένων προληπτικών παρεμβάσεων έναντι της HIV λοίμωξης να επιβεβαιώνεται και να ισχυροποιείται από τεκμηριωμένες μελέτες κόστους και αποτελεσματικότητας.

#### **Η πρόληψη της HIV λοίμωξης περιλαμβάνει:**

1. Βιοϊατρικές παρεμβάσεις
2. Προληπτικές παρεμβάσεις συμπεριφοράς,
3. Δομικές προληπτικές παρεμβάσεις και
4. Συνδυαστική ή ολιστική παρέμβαση (Κατζανού, Μ., κ.α., 2013).

#### **3.3.1 Βιοϊατρικές παρεμβάσεις**

Οι βιοϊατρικές παρεμβάσεις δρουν απ' ευθείας στα βιολογικά συστήματα μέσω των οποίων ο HIV προσβάλλει ένα νέο ξενιστή και, σε ένα μεγάλο ποσοστό, αποσκοπούν στην αποφυγή της μετάδοσης του ιού HIV. Οι ανωτέρω παρεμβάσεις μπορούν να εφαρμοστούν είτε σε οροαρνητικά άτομα, είτε σε άτομα που ήρθαν

πρόσφατα (<72 ώρες) σε επαφή με τον HIV ή σε άτομα που βρίσκονται σε όψιμη φάση (>72 ώρες) μετά την επαφή τους με τον ιό.

**Οι σύγχρονες βιοϊατρικές παρεμβάσεις πρόληψης της HIV λοίμωξης είναι:**

- Τεκμηριωμένες βιοϊατρικές παρεμβάσεις πρόληψης της HIV λοίμωξης
- Ανίχνευση HIV και συμβουλευτική καθοδήγηση
- Πρόληψη της μετάδοσης του HIV από τη μητέρα στο παιδί
- Περιτομή στον άνδρα
- Αντιρετροϊκή αγωγή ως μέσο πρόληψης
- Πρωτογενής πρόληψη
- Δευτερογενής πρόληψη
- Εμβολιασμός (Κατζανού, Μ., κ.α., 2013:143).

### **3.3.2 Προληπτικές παρεμβάσεις συμπεριφοράς**

Αφορούν σε παρεμβάσεις που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ατόμων, στοχεύοντας στη μείωση του κινδύνου απόκτησης ή μετάδοσης της HIV λοίμωξης.

**Οι κυριότεροι στόχοι προληπτικών παρεμβάσεων συμπεριφοράς είναι:**

- Αύξηση των γνώσεων και πληρέστερη ενημέρωση σχετικά με θέματα HIWAIDS
- Μείωση πολλαπλότητας σεξουαλικών συντρόφων
- Διαθεσιμότητα και χρήση ανδρικού και γυναικείου προφυλακτικού
- Καθυστέρηση ηλικίας έναρξης σεξουαλικών επαφών
- Εξάλειψη στίγματος (οικογενειακού, κοινωνικού, Επαγγελματικού) που συνοδεύει το οροθετικά άτομα
- Αύξηση της ζήτησης προληπτικών υπηρεσιών (π.χ. έλεγχος για HIV, διάγνωση και θεραπεία HIV σε οροθετικές γυναίκες, ενημέρωση και παρακολούθηση εκδιδομένων ατόμων)
- Μείωση της χρήσης εξαρτησιογύνων ουσιών (ναρκωτικά, διεγερτικά, οινόπνευμα)
- Χρήση αποστειρωμένων βελονών και συρίγγων από τους XEN
- Διευκόλυνση της πρόσβασης των XEN στα προγράμματα υποκατάστασης οπιοειδών
- Ενίσχυση της συμμόρφωσης σε βιοϊατρικές στρατηγικές πρόληψης και αντιρετροϊκής θεραπείας

Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις αποσκοπούν, κυρίως, στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου σεξουαλικής μετάδοσης ή και την αύξηση της προστασίας από τον HIV. Για παράδειγμα, η παρεχόμενη προστασία του ανδρικού προφυλακτικού έναντι του HIV όταν αυτό χρησιμοποιείται ορθά και συστηματικά έχει προσδιοριστεί σε 84%" και, συνολικά, σε 46% σε πρόσφατη μετα-ανάλυση της βιβλιογραφίας.<sup>56</sup> Αναφορικά με τη χρήση γυναικείου προφυλακτικού, η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει την περιορισμένη χρήση του λόγω ποικίλων δυσκολιών και την ανάγκη διενέργειας μελετών που θα συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα του με εκείνη του ανδρικού προφυλακτικού." Η μείωση της αποτελεσματικότητας χρήσης του προφυλακτικού σε πληθυσμιακά προγράμματα πρόληψης οφείλεται στην περιορισμένη συμμόρφωση του πληθυσμού στη συστηματική χρήση του.

Πρωταρχικός στόχος των συμπεριφορικών παρεμβάσεων είναι η δημιουργία μέσων και διαύλων παροχής συμβουλών και καθοδήγησης τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε στοχευμένες ομάδες υψηλού κινδύνου. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (MME) και οι διαμορφωτές της κοινής γνώμης, δηλαδή άτομα με αναγνωρισιμότητα, ικανότητες επικοινωνίας και βαθιά γνώση των μεθόδων διασποράς της πληροφορίας και της γνώσης μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην αύξηση της ζήτησης για βασικές παρεμβάσεις πρόληψης του HIV. Η διασπορά των κατάλληλων πληροφοριών πρόληψης έναντι του HIV μέσω των MME μπορεί να επιτύχει καθυστέρηση στην έναρξη των σεξουαλικών επαφών, αύξηση χρήσης προφυλακτικού και αύξηση του προσυμπτωματικού ελέγχου HIV, καθώς και να επηρεάσει ία κοινωνικά πρότυπα, να αυξήσει τη ζήτηση HIV ελέγχου και συμβουλευτικής καθοδήγησης και να ευοδώσει άλλες προληπτικές παρεμβάσεις.

Επίσης, η ενίσχυση της διαπροσωπικής επικοινωνίας με συγκεκριμένα άτομα ή ομάδες πληθυσμού συμβάλλει στη διάδοση του μηνύματος σε άτομα που δεν θα το ελάμβαναν διαφορετικά, στην ενθάρρυνση της χρήσης ασφαλών σεξουαλικών συμπεριφορών (π.χ. προφυλακτικό), στη μείωση των σεξουαλικών επαφών μεταξύ ατόμων διαφορετικών γενεών και στην ταυτόχρονη εξυπηρέτηση ευρύτερων προγραμμάτων πρόληψης της HIV λοίμωξης. Μια άλλη σειρά συμπεριφορικών παρεμβάσεων αποσκοπούν στη βελτιστοποίηση των βιοϊατρικών μέτρων πρόληψης και βασίζονται, κυρίως, σε εκστρατείες ενημέρωσης μέσω των MME και άλλων μέσων επικοινωνίας (π.χ. τηλεφωνικά μηνύματα, e-mails, διαδίκτυο), ώστε να δημιουργηθεί προκλητή ζήτηση HIV ελέγχου και συμβουλευτικής καθοδήγησης και



ευρύτερη ενημέρωση σε θέματα πρόληψης της HIV λοίμωξης (Κατζανού, Μ., κ.α., 2013:145-146).

### **3.3.3 Δομικές προληπτικές παρεμβάσεις**

Οι δομικές παρεμβάσεις αφορούν σε αναμορφώσεις κοινωνικών, θεσμικών, νομοθετικών και υγειονομικών δομών, με σκοπό να μεταβάλλουν το περιβάλλον όπου δρουν οι άνθρωποι προκειμένου να επηρεάσουν τον τρόπο ζωής τους σε θέματα υγείας και, ειδικότερα, περιορισμού και πρόληψης της HIV λοίμωξης.

**Γενικά, οι δομικές προληπτικές συμπεριφορές στοχεύουν στη:**

1. μείωση του κοινωνικού στίγματος και των φυλετικών διακρίσεων,
2. στην αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου,
3. στη θωράκιση με ασφαλείς πρακτικές του αγοραίου έρωτα,
4. στην ενίσχυση ασφαλών συμπεριφορών μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ουσιών και
5. στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων προτύπων παιδείας, φυλετικών συμπεριφορών, οικονομικής κατάστασης και ατομικών πρακτικών (π.χ. παράλληλες σχέσεις).

**Οι δομικές παρεμβάσεις με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα είναι:**

**α. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.** Μέσα από ατομική, ομαδική και κοινωνική ενημέρωση και εκπαίδευση αποσκοπεί στην αναγνώριση και στο σεβασμό της διαφορετικότητας των φύλων και της ατομικής σεξουαλικής συμπεριφοράς στην προαγωγή πρακτικών υγιεινής στην ενημέρωση για τις πρακτικές πρόληψης και στην εκπαίδευση σε συγκεκριμένα μέτρα πρόληψης (π.χ. χρήση προφυλακτικού).

**β. Προγράμματα παροχής συριγγών και βελονών σε XEN.** Η ευρεία κλινική αξιολόγηση ανάλογων προγραμμάτων έχει καταδείξει την αποτελεσματική συμβολή τους στη μείωση της μετάδοσης της HIV λοίμωξης και την αποδοτικότητα τους ως προς τη σχέση κόστους-ωφέλειας, ενώ φαίνεται ότι δεν προάγουν τη χρήση ενδοφλέβιων ουσιών. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων ανταλλαγής συριγγών και βελονών είναι μικρή όταν εφαρμόζονται μεμονωμένα. Αντίστοιχα, η θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών θεωρείται ότι προσφέρει μικρή έως μέτρια (περίπου 40%) προστασία από τον HIV. Τα καλύτερα αποτελέσματα

(αποτελεσματικότητα 57%) έχουν επιτευχθεί με το συνδυασμό εφαρμογής προγραμμάτων παροχής συρίγγων-βελονών και υποκατάστασης οπιοειδών

**γ. Διαθεσιμότητα υγειονομικής φροντίδας και στέγης.** Η παροχή υγειονομικής και προληπτικής φροντίδας θα πρέπει να εξασφαλίζει την εξαφάνιση πιθανών φυλετικών/εθνικών διακρίσεων, την ισότιμη και ευχερή πρόσβαση σε τακτικό έλεγχο ανίχνευσης του HIV και παροχή κατάλληλης συμβουλευτικής υποστήριξης και, τέλος, την άμεση και συστηματική πρόσβαση στην ενδεικνύομενη αντιρετροϊκή θεραπεία. Αναντίρρητα, η εξασφάλιση μόνιμης στέγης περιορίζει τους κινδύνους υιοθέτησης επικίνδυνων συμπεριφορών, αυξάνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας και πρόληψης και διευκολύνει την ακριβή τήρηση του προγράμματος αντιρετροϊκής αγωγής (Κατζανού, Μ., κ.α., 2013:146-147).

#### **3.3.3.1 Κοινωνικά προφανείς δομικές παρεμβάσεις**

Πρόκειται για δομικές παρεμβάσεις με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα, όπως η νομική και η θεσμική αναμόρφωση, η ισότιμη απονομή δικαιοσύνης χωρίς διακρίσεις, η ένταξη στην εκπαίδευση από μικρή ηλικία, που συνδέεται με χαμηλότερη εγκληματικότητα και καλύτερη πνευματική κατάσταση, η αναπλήρωση εισοδήματος, η μικροοικονομία (π.χ. τραπεζικές υπηρεσίες σε όλους) και, τέλος, προγράμματα χρηματικής ανταμοιβής, όταν τηρούνται επακριβώς προταθείσες στρατηγικές πρόληψης και θεραπείας.

Στις ΗΠΑ, ως παράδειγμα αναπτυσσόμενης χώρας, οι δομικές παρεμβάσεις για τα **HIV-αρνητικά άτομα** αφορούν σε:

- (α) πολιτικές και προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και
- (β) πολιτικές που μειώνουν το στίγμα και τις διακρίσεις μεταξύ των φύλων και των φυλών.

Για τα **HIV-θετικά άτομα** εστιάζονται σε:

- (α) στη διαθεσιμότητα δωρεάν ιατρικής περίθαλψης και
- (β) στην εξασφάλιση ασφαλούς χώρου κατοικίας (Κατζανού, Μ., κ.α., 2013:147).

#### **3.3.4 Συνδυαστική ή Ολιστική παρέμβαση**

Αναντίρρητα, τα τελευταία πέντε έτη έχει επιτευχθεί μια επανάσταση στο χώρο της πρόληψης της HIV λοίμωξης, που τεκμηριώνεται από πολυάριθμες μελέτες. Ωστόσο, καμιά από τις προαναφερθείσες προληπτικές παρεμβάσεις δεν επαρκεί από

μόνη της να διαφοροποιήσει δραματικά το μέλλον της HIV λοίμωξης. Ολοένα και περισσότερο διαπιστώνεται η ανάγκη χάραξης συνδυαστικής (ολιστικής) στρατηγικής πρόληψης της HIV λοίμωξης, βασισμένη σε όσο το δυνατόν περισσότερες παρεμβάσεις, όπως ανίχνευση του HIV, χρήση προφυλακτικού, θεραπεία ΣΜΝ, περιτομή, προφύλαξη πριν και μετά από την έκθεση στον HIV, εκπαίδευση ατόμων και ευπαθών ομάδων κ.λπ. Στα προσεχή χρόνια, κεντρικό ρόλο και ενδεχομένως τη μεγαλύτερη δυναμική φαίνεται να διαδραματίζει η χρήση της αντιρετροϊκής αγωγής ως μέσο πρόληψης του HIV/AIDS (Κατζανού, Μ., κ.α., 2013:147).

### **3.3.5 Δεδομένα αποτελεσματικότητας μέτρων πρόληψης**

Πρόσφατο, η μεμονωμένη εφαρμογή και ο συνδυασμός επιτυχημένων στρατηγικών πρόληψης της HIV λοίμωξης έχει δώσει νέα ώθηση στο πεδίο αντιμετώπισης της μαστίγας του HIV/AIDS, θέτοντας φιλόδοξους στόχους για το εγγύς μέλλον. Ο παραδοσιακός διαχωρισμός μεταξύ βιοϊατρικών και συμπεριφορικών παρεμβάσεων έχει αντικατασταθεί από την εφαρμογή συνδυαστικών (ολιστικών) στρατηγικών πρόληψης.

Χαρακτηριστικά, συμφωνά με την αναφορά του UNAIDS 2010, οι στόχοι για την περίοδο 2011-2015 που έχουν τεθεί αφορούν σε:

- 50% μείωση της σεξουαλικής μετάδοσης του HIV,
- εξάλειψη της μετάδοσης HIV από τη μητέρα στο νεογνό,
- 50% μείωση της μητρικής θνησιμότητας εξ αιτίας του HIV/AIDS και
- εξάλειψη των νέων HIV λοιμώξεων μεταξύ των ανδρών που έχουν σεξουαλική δραστηριότητα με άνδρες.

Τα σύγχρονα μέτρα πρόληψης αναμένεται να δώσουν ισχυρότερο ρόλο στις γυναίκες, καθώς εστιάζονται και εφαρμόζονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε εκείνες (π.χ. τοπική εφαρμογή μικροβιοκτόνων, γυναικείου προφυλακτικού, προφυλακτική αντιρετροϊκή θεραπεία, μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί κ.λπ.). Τα νεότερα δεδομένα συνηγορούν στην ανάγκη επαρκούς χρηματοδότησης τόσο της θεραπείας όσο και της πρόληψης της HIV λοίμωξης. Παρ' όλα αυτά, η ολιστική προσέγγιση της πρόληψης της HIV λοίμωξης πρέπει να υπερβεί σημαντικά εμπόδια, όπως η προσαρμογή και η ευόδωση σύνθετων και πολυεπίπεδων προγραμμάτων, η επιτυχία των οποίων εξαρτάται από αστάθμητους παράγοντες που σχετίζονται με την παροχή και την πιστή εφαρμογή των προγραμμάτων. Η ευόδωση των στόχων πρόληψης της

HIV λοίμωξης απαιτεί αναντίρρητα επένδυση σημαντικών κεφαλαίων τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Τέλος, η οικονομική ύφεση που χαρακτηρίζει τις περισσότερες χώρες παγκόσμια και ειδικότερα τις αναπτυσσόμενες οικονομίες, όπου ο επιπολασμός της HIV λοίμωξης είναι ιδιαίτερα υψηλός καθώς και οι δυσοίωνες οικονομικές προβλέψεις για οικονομική ανάκαμψη στο εγγύς μέλλον, καθιστούν την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης της HIV λοίμωξης δυσχερή. Η ανάγκη προτεραιότητας στην εφαρμογή εξατομικευμένων προγραμμάτων πρόληψης ανά στοχευόμενο πληθυσμό και χώρα αποτελεί πλέον αναγκαιότητα στον πόλεμο εναντίον της μάστιγας του AIDS (Κατζανού, Μ., κ.α., 2013:147).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Οι κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας του HIV

#### 4.1 Έλλειψη κοινωνικών αρχών, αξιών και άγραφων νόμων

Η ύπαρξη και διατήρηση των αρχών, αξιών και άγραφων νόμων, στα πλαίσια κάθε είδους κοινωνίας, μπορεί να διαφέρουν αλλά είναι απαραίτητα στοιχεία της. Διότι, καθορίζουν εκτός από την κοινωνική της ταυτότητα και τη διαχρονική της πορεία. Η απουσία τους, μπορεί να αποτελέσει ένα πολύ μεγάλο «ρήγμα», μεταξύ των μελών της και να δημιουργήσει ή να εντείνει ήδη υπάρχοντα προβλήματα στα πλαίσιά της (Δημητρόπουλος, Ε., 1999).

##### 4.1.1 Κοινωνική Δικαιοσύνη

Η κοινωνική δικαιοσύνη αναφέρεται γενικά στην ιδέα της δημιουργίας μιας κοινωνίας ή ίδρυμα που βασίζεται στις αρχές της ισότητας και της αλληλεγγύης, η οποία αντιλαμβάνεται και εκτιμά τα ανθρώπινα δικαιώματα, και ότι αναγνωρίζει την αξιοπρέπεια του κάθε ανθρώπου. Επίσης, βασίζεται στις έννοιες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της ισότητας. Οι πολιτικές αυτές στοχεύουν στην επίτευξη των αναπτυξιακών σχέσεων, όπως αποκαλούν οι περισσότεροι οικονομολόγοι την ισότητα των ευκαιριών, από ότι μπορεί να υπάρχουν επί του παρόντος, σε ορισμένες κοινωνίες και στην κατασκευή της ισότητας των αποτελεσμάτων, σε περιπτώσεις όπου οι ανισότητες εμφανίζονται τυχαία, μόνο σε διαδικαστικά σύστημα.

Το Σύνταγμα της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας επιβεβαιώνει ότι «η καθολική και διαρκής ειρήνη μπορεί να καθιερωθεί, μόνο όταν βασίζεται στην κοινωνική δικαιοσύνη». Επιπλέον, η Διακήρυξη της Βιέννης και το πρόγραμμα δράσης της, αντιμετωπίζει την κοινωνική δικαιοσύνη ως το σκοπό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Βικιπαίδεια: Κοινωνική δικαιοσύνη, [3-6-2013]).

##### 4.1.2 Κοινωνική Ισότητα

Κοινωνική ισότητα είναι μια κοινωνική κατάσταση στην οποία όλοι οι άνθρωποι, μέσα σε μια συγκεκριμένη κοινωνία ή μεμονωμένη ομάδα, έχουν το ίδιο καθεστώς σε ορισμένα σημεία. Περιέχει τα ίσα δικαιώματα βάσει του νόμου, όπως την ασφάλεια, το δικαίωμα ψήφου, το δικαίωμα της ελευθερίας του λόγου και της ιδιοκτησίας καθώς και την ίση πρόσβαση στα κοινωνικά αγαθά και υπηρεσίες.

Ωστόσο, περιλαμβάνει τις έννοιες της οικονομικής δικαιοσύνης, δηλαδή την πρόσβαση στην εκπαίδευση, την υγειονομική περίθαλψη και άλλες κοινωνικές αξίες. Επίσης και τις ίσες ευκαιρίες και υποχρεώσεις του καθενός και γενικά του συνόλου της κοινωνίας.

Επιπλέον, απαιτεί δια του νόμου, την απουσία της κοινωνικής τάξης ή κάστας και απαγορεύει τις αδικαιολόγητες διακρίσεις. Για παράδειγμα, το φύλο, τη φυλή, την ηλικία, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την καταγωγή, την κάστα ή τάξη, το εισόδημα ή την περιουσία, τη γλώσσα, τη θρησκεία ή τις πεποιθήσεις, απόψεις, την υγεία ή αναπηρία. Όλα τα παραπάνω δεν πρέπει να οδηγούν σε άνιση μεταχείριση, σύμφωνα με το νόμο και δεν θα πρέπει να μειώνουν τις ευκαιρίες αδικαιολόγητα.

Ακόμη, αναφέρεται στις κοινωνικές, οικονομικές ή όχι, «Ίσες ευκαιρίες», οι οποίες ερμηνεύονται και κρίνονται από την ικανότητα, το οποίο είναι συμβατό με μια οικονομία της ελεύθερης αγοράς.

Η τέλεια κοινωνική ισότητα είναι μια ιδανική κατάσταση η οποία, δυστυχώς για διάφορους λόγους, δεν υπάρχει σε καμία κοινωνία, στον κόσμο, σήμερα. Οι λόγοι της ύπαρξης της κοινωνικής ανισότητας, συνήθως περιλαμβάνουν την οικονομία, τη μετανάστευση, την εξωτερική και εθνική πολιτική, την υγεία ή αναπηρία (Βικιπαίδεια: Κοινωνική ισότητα, [3-6-2013]).

#### **4.1.3 Κοινωνική Αλληλεγγύη**

Αλληλεγγύη είναι η ενσωμάτωση και ο βαθμός και το είδος της ολοκλήρωσης, που παρουσιάζεται στα πλαίσια μιας κοινωνίας ή κοινωνικής ομάδας, από την ίδια τη κοινωνία ή την ομάδα, με τον υπόλοιπο κοινωνικό περίγυρο. Αναφέρεται στις σχέσεις στα πλαίσια μιας κοινωνίας ή κοινωνικής ομάδας, που οι άνθρωποι δεσμεύονται ο ένας το άλλο. Ο όρος αυτός συνήθως χρησιμοποιείται στην κοινωνιολογία και τις άλλες κοινωνικές επιστήμες. Αυτό που αποτελεί τη βάση της αλληλεγγύης, ποικίλλει μεταξύ των κοινωνιών ή των κοινωνικών ομάδων. Στις απλές κοινωνίες ή κοινωνικές ομάδες, μπορεί να βασίζεται κυρίως γύρω από το θέμα της συγγένειας και των κοινών αξιών. Ενώ στις πολυπλοκότερες κοινωνίες ή κοινωνικές ομάδες, υπάρχουν διάφορες θεωρίες για το τι συμβάλλει σε ένα αίσθημα κοινωνικής αλληλεγγύης.

Ο Ibn Khaldun αναφέρεται στην κοινωνική αλληλεγγύη, με έμφαση στην ενότητα, την ομάδα συνείδηση και την κοινωνική συνοχή, αλλά μερικές φορές

χρησιμοποιεί και την σύγχρονη θεωρεία του εθνικισμού, καθώς τη θεωρεί ανάλογη με την αλληλεγγύη.

Ενώ σύμφωνα με τον Emile Durkheim, οι τύποι της κοινωνικής αλληλεγγύης συσχετίζονται με τους τύπους της κοινωνίας. Υποστηρίζει ότι, σε μια κοινωνία που παρουσιάζει «μηχανική αλληλεγγύη» και συνοχή, η ολοκλήρωσή της προέρχεται από την ομοιογένεια των ατόμων δηλαδή, οι άνθρωποι αισθάνονται συνδεδεμένοι με παρόμοιες εργασίες, εκπαιδευτική και θρησκευτική κατάρτιση, καθώς και στον τρόπο ζωής τους (Βικιπαίδεια: Αλληλεγγύη, [3-6-2013]).

#### **4.1.4 Κοινωνικο-οικονομική ένταξη**

«Με τον όρο «κοινωνική ένταξη» αναφερόμαστε στο συνήθως εννοούμενο ή θεωρούμενο εννοιολογικό περιεχόμενο των όρων «κοινωνική» και «οικονομική» ενσωμάτωση (Ψαθάς, Δ., 2009).

Η οικονομική ένταξη, αναφέρεται στα πλαίσια του όρου της «οικονομικής δικαιοσύνης», η οποία επικεντρώνεται στις κοινωνικές και οικονομικές «Ισες ευκαιρίες», οι οποίες είναι συμβατές με την οικονομία της ελεύθερης αγοράς. Επίσης, αντιμετωπίζει την οριζόντια ανισότητα, δηλαδή την ανισότητα μεταξύ δύο προσώπων της ίδιας κατηγορίας.

Ακόμη, χρειάζεται να τονιστεί ότι, οι λόγοι της ύπαρξης της κοινωνικής ανισότητας, συνήθως περιλαμβάνουν την οικονομία, τη μετανάστευση, τη διαφορετικότητα, την εξωτερική και εθνική πολιτική (Βικιπαίδεια: Κοινωνική ισότητα, [3-6-2013]).

Η κοινωνική ένταξη, κατορθώνεται, όταν όλα τα μέλη μιας κοινότητας, συμμετέχουν ως ενεργοί πολίτες στα έργα ή στις καθημερινές δραστηριότητες της κοινότητάς τους. Αυτά συμπεριλαμβάνουν παραγωγικές, ψυχαγωγικές, κοινωνικές, δημιουργικές ή και πολιτικές δραστηριότητες ή έργα. Η «κοινότητα» μπορεί να είναι όλοι οι άνθρωποι που ζουν σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, ή μπορεί να είναι τα μέλη μιας οργάνωσης, συλλόγου ή ομάδας (π.χ. μια μειονότητα, μια τοπική ομάδα). Προγράμματα ή δράσεις που στοχεύουν στην κοινωνική ένταξη συνήθως βρίσκονται στην κοινότητα και οργανώνονται σε μια συνεργασία μεταξύ του προσωπικού, των ληπτών των υπηρεσιών και των μελών της κοινότητας. Συχνά χρησιμοποιείται ο όρος «εκπαιδευτικοί συνέταιρου», ώστε να τονίζει ότι το κάθε μέλος της κοινότητας φέρνει στις δραστηριότητες της κοινότητας την μοναδική του

προσφορά και ότι όλα τα μέλη της κοινότητας εμπλέκονται σε μια συνεχιζόμενη διαδικασία μάθησης και ανάπτυξης (Νικάκη, Ι., Μπογέας, Θ., 2010).

Στα πλαίσια λοιπόν της προσπάθειας επίλυσης του σύνθετου προβλήματος της κοινωνικής και οικονομικής ένταξης, είναι συνεχώς διευρυνόμενη η απαίτηση για συστηματική συμβολή και συνεργασία όλων των παραγόντων της Αγωγής (οικογένεια, σχολείο, Εκκλησία, κοινωνία, πολιτεία), ενώ η προσπάθεια αυτή θα καταβάλλεται και από την πλευρά του ίδιου του ατόμου αλλά και από την πλευρά των λοιπών μελών της οποιασδήποτε υποομάδας του κοινωνικού συνόλου, για την αυτόνομη και ανεξάρτητη συμμετοχή του κοινωνικού γίνεσθαι (Ψαθάς, Δ., 2009).

Οπότε, συμπερασματικά, αυτές οι δύο έννοιες (κοινωνική και οικονομική ένταξη), είναι άμεσα συνδεδεμένες.

#### **4.1.5 Συνείδηση της κοινωνικής ευθύνης**

Η κοινωνική ευθύνη είναι μια ηθική ιδεολογία ή θεωρία, η οποία υποστηρίζει ότι μια οντότητα, (ένα άτομο ή ένα σύνολο ατόμων), έχει την υποχρέωση να ενεργεί ατομικά ή συλλογικά προς όφελος της κοινωνίας στο σύνολό της. Η κοινωνική ευθύνη είναι καθήκον κάθε ατόμου ή συνόλου και πρέπει να επιτελείται, ώστε να διατηρείται μια ισορροπία μεταξύ της οικονομίας και του οικοσυστήματος. Γενικά, κοινωνική ευθύνη σημαίνει, διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ των ατόμων και του συνόλου και αφορά όχι μόνο τις οργανώσεις, αλλά κάθε ενέργεια που επηρεάζει το κοινωνικό περιβάλλον. Η ευθύνη μπορεί να είναι παθητική, αποφεύγοντας τη συμμετοχή σε κοινωνικά επιζήμιες πράξεις, ή ενεργή, εκτελώντας τις δραστηριότητες που προωθούν άμεσα τους κοινωνικούς στόχους (Βικιπαίδεια: Κοινωνική ευθύνη, [3-6-2013]).

#### **4.1.6 Ηθική συμπεριφορά**

Μια άλλη κοινωνική επίπτωση του AIDS είναι η αντίδραση προς τις φιλελεύθερες σχέσεις που υιοθετήθηκαν τα τελευταία χρόνια. Στην περίοδο αυτή, οι θεσμοί, οι αξίες και οι διαπροσωπικές σχέσεις έγιναν λιγότερο παραδοσιακές και συντηρητικές. Επιπλέον, η ηθική διαφοροποιήθηκε από την θρησκεία και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις ενώ καλλιεργήθηκε η ανεκτικότητα για μη παραδοσιακούς τρόπους κοινωνικής, πολιτισμικής και σεξουαλικής συμπεριφοράς. Το AIDS έγινε αφορμή να αμφισβητηθεί αυτός ο προσανατολισμός (Υφαντόπουλος, Γ., κ.α., 2007).



Ο ορισμός του περιεχομένου της ηθικής καθώς και των αξιών και αρχών που θα πρέπει να διέπουν τη συμπεριφορά ενός υγιούς ή αλλιώς και ενάρετου πολίτη, προκαλούσε πάντοτε το ενδιαφέρον.

Κάτι το οποίο συνήθως παραβλέπουμε στα σχέδια μας για την πνευματική μας ανάπτυξη είναι το ζήτημα της ποιότητας του χαρακτήρα μας. Ενδιαφερόμαστε για απόκτηση εμπειριών, γνώσεων, μελετούμε βιβλία και διδασκαλίες, ξεχνούμε όμως το χαρακτήρα μας. Το ερώτημα όμως είναι: είμαστε καλοί άνθρωποι, εργαζόμαστε για τα καλό; Η ερώτηση αυτή ακούγεται απλοϊκή στα αυτιά μας, όμως έχει τεράστια σημασία για τη πρόοδό μας και η απάντηση σε αυτή δεν είναι καθόλου εύκολη υπόθεση, διότι το ονειροπαρμένο εγώ μας έχει πάντοτε τη τάση να αποδίδει στο χαρακτήρα μας προτερήματα που ενδεχομένως δεν διαθέτουμε. Έτσι νιώθουμε σπουδαίοι ή κατώτεροι από αυτό που πραγματικά είμαστε. Τέτοιου είδους αυταπάτες στέκονται εμπόδιο ανάμεσα σε εμάς και τη πραγματική μας κατάσταση, εμποδίζουν την αυτογνωσία και δε μας επιτρέπουν να σχηματίσουμε την σωστή εικόνα για τον εαυτό μας

Τι είναι άραγε η ηθική; Οι περισσότεροι θα συμφωνούσαν ότι είναι κανόνες συμπεριφοράς με μεγάλη δόση καθωσπρεπισμού και σεμνοτυφίας, που μας κάνουν σωστούς ανθρώπους, καλούς χαρακτήρες, χρήσιμους στη κοινωνία. Οι έννοιες όμως αυτές ποικίλουν από εποχή σε εποχή και από λαό σε λαό. Αν και η ηθική καθορίζεται από τα ήθη και έθιμα ενός λαού, είναι κάτι το μεταβλητό υποκειμενικό και αμφισβητήσιμο.

Υπάρχει όμως αντικειμενική ηθική, μη εξαρτωμένη από ήθη, έθιμα, συνήθειες και κοινωνικές συνθήκες. Είναι ένα είδος ηθικού νόμου, αντίστοιχου με τους φυσικούς νόμους και τη σταθερότητά τους, κάτι που δεν εξαρτάται από τις ορέξεις του καθενός. Αυτή η ηθική εκφράζεται με τη λεγόμενη φωνή της συνείδησής μας, με την φωνή της καρδιάς μας, που θα μας πληροφορήσει σαφώς πότε πράττουμε σωστά και πότε λάθος. Πάντοτε όμως με τη προϋπόθεση ότι το αισθητήριο της καρδιάς μας δεν είναι μολυσμένο, τουλάχιστον σε μεγάλο βαθμό, από τον εγωισμό και τη κακία μας και δεν έχει μπερδευτεί η λογική μας σκέψη από τις διάφορες απόψεις περί καλού που κυκλοφορούν στη κοινωνία. Η ουσιαστική ηθική λοιπόν είναι η επαφή με την ίδια τη φωνή της συνείδησής μας. Αυτό δεν είναι καθόλου εύκολο, αλλά ερευνώντας σταθερά μέσα μας, με ειλικρίνεια, με επιμονή και σε συνάρτηση πάντα με την άμεση πραγματικότητα, κατορθώνουμε σιγά σιγά να ξεδιαλύνουμε τη φωνή της ηθικής μέσα

μας και να αφουγκραζόμαστε τις υποδείξεις της. Διαπιστώνοντας ότι εμπεριέχει μεγάλη σοφία, σταθερότητα, αυστηρότητα και ευσπλαχνία ταυτόχρονα, όχι όμως διάκριση, κατάκριση και ενοχές, αλλά μεγάλη αγάπη και αποδοχή των άλλων και του εαυτού μας (Copp D., 2006).

## **4.2 Κοινωνικές αναπαραστάσεις απέναντι στην ασθένεια του HIV**

### **4.2.1 Κοινωνικές αντιλήψεις, απόψεις και στάσεις απέναντι στην ασθένεια του HIV**

Κάθε άτομο αναπτύσσει κάποιες απόψεις ή αντιλήψεις σχετικά με διάφορες ασθένειες, βασιζόμενο κυρίως σε όσα έχει ακούσει ή διαβάσει γι' αυτές και όσα βιώνει προσωπικά κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η υποκειμενική εμπειρία του ατόμου για τις απειλές της υγείας του θεωρείται μια από τις κυριότερες κοινωνικές παραμέτρους της ασθένειας. Άλλοι παράγοντες που εμπλέκονται και συντελούν στην διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ενός ατόμου, είναι το φύλο του, οι διάφορες όψεις της προσωπικότητάς του, καθώς και άλλοι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες. Οι υποκειμενικές αντιδράσεις στην ασθένεια περιλαμβάνουν μεγάλο εύρος στάσεων και συμπεριφορών. Έτσι κάθε άτομο αντιλαμβάνεται και υπολογίζει διαφορετικά μια ασθένεια, δημιουργώντας παράλληλα μια συμπεριφορά απέναντι σ' αυτή (Ravanis K., et al, 2009).

Πολύ συχνά όμως, οι αντιδράσεις στην ασθένεια εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά της εν λόγω ασθένειας.

- Διάρκεια ή εξέλιξη της
- Έκβαση ή πιθανότητα ίασης της
- Βαθμός προκαλούμενης ανησυχίας
- Πιθανό κοινωνικό στίγμα
- Όταν υπάρχει η γνώση ότι η ασθένεια είναι θανατηφόρα

Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά και στάση του ατόμου. Σε αυτά μπορούν να προστεθούν και κάποια άλλα χαρακτηριστικά, όπως:

- Η σοβαρότητα της νόσου
- Η προσωπική ευθύνη, στη πρόκληση της αρρώστιας

- Η ικανότητα έλεγχου της κατάστασης από το ίδιο το άτομο (Δημητρόπουλος, Ε., 1999).

Το AIDS μπορεί να θεωρηθεί ασθένεια μακράς διάρκειας που επισύρει κοινωνικό στιγματισμό. Καμιά από τις ασθένειες που εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια του αιώνα που διανύουμε καθώς και του προηγούμενου, δεν αναστάτωσε τόσο τις κοινωνικές δομές όλων των χώρων όσο το AIDS. Η κοινωνική κρίση που προκλήθηκε από τη νόσο οφείλεται στον τρόπο μετάδοσης της. Όπως έχει ήδη ειπωθεί, ο ιός του HIV μεταδίδεται είτε με την ερωτική πράξη, είτε με την επαφή του αίματος υγιούς ατόμου με αίμα ασθενούς (π.χ. μετάγγιση). Το γεγονός της μετάδοσης της νόσου μέσω ερωτικής επαφής επανεισήγαγε ουσιαστικά την έννοια του κινδύνου για τη ζωή από την ερωτική πράξη, κάτι που είχε εξαφανιστεί από την εποχή που τα αφροδίσια νοσήματα έγιναν ιάσιμα και δεν αντιπροσώπευαν πια κίνδυνο για τη ζωή των ανθρώπων (Δαρδαβέσης, Θ., 1999).

Στις ΗΠΑ, αλλά και σε άλλες περιοχές, συντηρητικές θρησκευτικές οργανώσεις, οι οποίες διακινούν τεράστια χρηματικά ποσά και ασκούν πολιτική πίεση, έχοντας παράλληλα απήχηση στις λαϊκές μάζες, υποστήριξαν ότι το AIDS είναι θεϊκή τιμωρία. Αντί λοιπόν η συλλογική προσπάθεια να επικεντρωθεί στην επίλυση των προβλημάτων, σπαταλήθηκε στην αποκάλυψη και τον στιγματισμό των ενόχων (Υφαντόπουλος, Γ., κ.α., 2007).

Μια άλλη συνέπεια του AIDS ήταν ο διαχωρισμός των θυμάτων σε "αθώα" και "ένοχα". Αθώοι θεωρήθηκαν οι άνθρωποι που μολύνθηκαν κατόπιν μετάγγισης αίματος και παραγώγων του και τα παιδιά οροθετικών ατόμων, ενώ ένοχοι οι τοξικομανείς και οι ομοφυλόφιλοι. Ο στιγματισμός ανθρώπων με AIDS θα μπορούσε να οδηγήσει στον αποκλεισμό τους από τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής περίθαλψης (Υφαντόπουλος, Γ., κ.α., 2007).

Πολύ συχνά η νόσος HIV συνοδεύεται από την αποκάλυψη μιας ταυτότητας που το άτομο πιθανόν δεν επιθυμούσε να γίνει γνωστή τόσο στο οικογενειακό όσο και στο κοινωνικό του περιβάλλον. Γι' αυτό, δεν είναι σπάνιο φαινόμενο ο ασθενής να προσπαθεί να κρύψει τη διάγνωση από την οικογένειά του (Mystakidou, K., et al, 2005).

Ακόμη, άτομα που ανησυχούν ότι μπορεί να έχουν μολυνθεί αποφεύγουν να υποβληθούν στην διαδικασία μιας εξέτασης. «Προτιμώ να μην ξέρω» είναι μια στάση

που την συναντάμε συχνά. Ο φόβος για το τι μπορεί να ακολουθήσει, ο φόβος του στιγματισμού, της απομόνωσης, της διάκρισης, του αποκλεισμού γίνεται μεγαλύτερος από τον φόβο του ίδιου του θανάτου (Δαμάσκος, Π., 2002).

Η σιωπή γύρω από το AIDS και την σεξουαλικότητα με την οποία αυτό άμεσα συνδέεται, αποτελεί και αυτή ένα είδος διάκρισης. Το AIDS είναι μία ασθένεια που μεταδίδεται και σεξουαλικά. Για να μπορέσουμε να μιλήσουμε αποτελεσματικά για μέτρα πρόληψης θα πρέπει να είμαστε σε θέση να μιλήσουμε ανοικτά για το σεξ και τα διάφορα είδη σεξουαλικότητας. Πολλές πολιτικές πρόληψης αποδείχθηκαν ανεπιτυχείς όταν περιόρισαν τον διάλογο σε έναν ιατρικό μονόλογο, αποφεύγοντας να μιλήσουν για θέματα που εξαιτίας της σεμινοτυφίας της κοινωνίας θεωρούνται ταμπού.

Ακόμα και ο τρόπος που πολλές φορές μιλάμε για το AIDS υποδαυλίζει τις προκαταλήψεις και οδηγεί σε διακρίσεις και στιγματισμό. Ήδη πυχάιοι τίτλοι στις εφημερίδες εν όψη της 1<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου μιλάνε για την μάστιγα του αιώνα. Όμως μάστιγα είναι το μαστίγιο, είναι το μέσο μιας τιμωρίας. Ταυτίζοντας την υγεία με την αρετή και τη νόσο με τη διαφθορά 25 χρόνια μετά την έναρξη της επιδημίας συνεχίζουμε να περιγράφουμε μεταφορικά το AIDS ως μια ενοχική νόσο, ως μία νόσο που ήρθε να επιβληθεί σαν τιμωρία για έναν τρόπο ζωής που αλλιώς θα έμενε ατιμώρητος. Συνεχίζουμε να μιλάμε για θύματα λες και πρόκειται για κάποιο έγκλημα. Συνεχίζουμε να αντιμετωπίζουμε τα οροθετικά άτομα με οίκτο, αφαιρώντας τους έτσι κάθε αξιοπρέπεια και δύναμη να υποστηρίξουν τον εαυτό τους (Δημητρόπουλος, Ε., 1999).

Σύμφωνα με τον Mann, έχει πλέον αναγνωριστεί ότι σε όλες τις κοινωνίες υπάρχουν τρεις φάσεις της επιδημίας του AIDS: Η πρώτη φάση αφορά στην επιδημία της HIV λοίμωξης. Αυτό γίνεται σιωπηλά και χωρίς προειδοποίηση. Η δεύτερη φάση αρχίζει όταν εμφανίζονται τα συμπτώματα και τα κρούσματα είναι ορατά. Τότε μιλάμε για την επιδημία του AIDS. Η τρίτη φάση αποτελεί την επιδημία του στιγματισμού, της διάκρισης, της ντροπής και της άρνησης. Αυτή η φάση είναι η πιο δύσκολα αντιμετωπίσιμη και εμποδίζει την επιτυχή αντιμετώπιση και των δύο προηγούμενων (Δαμάσκος, Π., 2002).

#### **4.2.1.1 Η λοίμωξη και νόσος HIV ως μεταφορά του «κακού»**

Οι νόσοι έχουν συχνά χρησιμοποιηθεί ως συμβολικές έννοιες που σχετίζονται με αυτό που η εκάστοτε κοινωνία θεωρεί, ηθικά ή κοινωνικά, κακό. Έτσι,

χρησιμοποιούνται ως μεταφορές του "κακού". Το φαινόμενο αυτό είναι περισσότερο έντονο στις περιπτώσεις ασθενειών με ασαφή αιτιολογία. Σύμφωνα με την Sontag "η γλώσσα που χρησιμοποιείται για μια νόσο εξελίσσεται και τροποποιείται ανάλογα με το βαθμό γνώσης μας για τα αίτια της καθώς και τους τρόπους θεραπείας της". Η νόσος που χρησιμοποιείτο κυρίως ως μεταφορά του κακού ήταν ο καρκίνος, όμως η εμφάνιση του AIDS, μιας ασθένειας όχι πλήρως κατανοητής, αφαίρεσε μέρος της χρήσης του καρκίνου ως μεταφοράς. Εκφράσεις όπως AIDS - μάστιγα του αιώνα, AIDS - λαίλαπα, AIDS - κατάρα κ.τ.λ. είναι ενδεικτικές του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζεται η ασθένεια. Σύμφωνα πάντα με την Sontag," ενώ οι κοινωνίες χρειάζονται να έχουν νόσους που να ταυτίζονται με το κακό και έτσι να μεταθέτουν την ευθύνη "στα θύματά" τους, είναι δύσκολο να έχουν περισσότερες από μία κάθε φορά" (Mystakidou, K., et all, 2005).

Οι οροθετικοί σημειώνονται κοινωνικά ως, οι διαφορετικοί, αυτοί που δεν ανήκουν σε εμάς, αυτοί που φέρουν το κακό, αυτοί που είναι κακοί γιατί μπορούν να μολύνουν. Οι συνέπειες του στιγματισμού στα οροθετικά άτομα είναι πολύμορφες. Στο ψυχολογικό επίπεδο συνδυάζονται με κατάθλιψη, έλλειψη αυτοεκτίμησης, απελπισία. Στο κοινωνικό επίπεδο, ο στιγματισμός και οι προκαταλήψεις οδηγούν στην διάκριση των οροθετικών ατόμων και στον αποκλεισμό τους από κοινωνικές διεργασίες (Δαμάσκος, Π., 2002).

Οι λόγοι που το AIDS χρησιμοποιείται ως μεταφορά του κακού είναι αρκετοί: Το AIDS συνδέεται με την παράδοση του ατόμου σε ορισμένες απολαύσεις (π.χ. παρεκκλίνουσα σεξουαλικότητα) ή στο εθισμό σε ουσίες που είναι παράνομες (π.χ. ναρκωτικά). Η μετάδοση της νόσου με την σεξουαλική επαφή ή με την κοινή χρήση μολυσμένης βελόνας κρίνεται αυστηρά επειδή θεωρείται ως εκούσια πράξη για την οποία το άτομο αξίζει να τιμωρηθεί.

Η συγκεκριμένη ασθένεια γίνεται αντιληπτή ως τιμωρία για τη μη ηθική σεξουαλική δραστηριότητα ή για άλλες κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές. Οι ασθενείς θεωρούνται "ένοχοι" γιατί κατά κάποιο τρόπο οι ίδιοι προκάλεσαν την ασθένεια τους και απειλούν έμμεσα το περιβάλλον τους. Αντίθετα, τα παιδιά και τα άτομα που υποβάλλονται σε μεταγγίσεις θεωρούνται "αθώα" θύματα της απρόσεκτης συμπεριφοράς των άλλων (Δημητρόπουλος, Ε., 1999).

### **4.3 Κοινωνικές αντιδράσεις – συμπεριφορές απέναντι στην ασθένεια του HIV**

Η έκρηξη της πανδημίας της νόσου που υπενθυμίζει στην κοινή γνώμη με έναν οδυνηρό τρόπο ότι ο άνθρωπος είναι θνητός, αποσταθεροποίησε και εξακολουθεί να αποσταθεροποιεί τις κοινωνικές συμβάσεις. Η σύγχρονη κοινωνία αντέδρασε, αρχικά τουλάχιστον, με φόβο και αγνόησε τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της επιδημίας (Δαρδαβέσης, Θ., 1999).

Είναι ευνόητο ότι μια επιδημία αυτής της έκτασης επηρεάζει σημαντικά τις ανθρώπινες σχέσεις και συμπεριφορές αφού συντελεί στη μεταβολή των κοινωνικών δεσμών και διαφοροποιεί τις μορφές αλληλεγγύης και αποκλεισμού. Η εξάπλωση της επιδημίας της λοίμωξης και νόσου HIV επέφερε κοινωνικές αντιδράσεις όμοιες μ' αυτές που εμφανίστηκαν στις μεγάλες επιδημίες του περασμένου αιώνα. Σε πολλές χώρες, παρουσιάστηκε το φαινόμενο της διαμόρφωσης της στάσης απέναντι στη λοίμωξη και νόσο HIV σε σχέση με ετεροφυλοφιλικές προτιμήσεις ή ρατσιστικές και ομοφυλοφοβικές προκαταλήψεις. Έτσι, αντί να αντιμετωπιστεί σαν ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα, χρησιμοποιείται για την ανακάλυψη αποδιοπομπαίων τράγων (Υφαντόπουλος, Γ., κ.α., 2007).

Όλες οι μολυσματικές νόσοι που η μετάδοση τους συνδέεται με την σεξουαλική συμπεριφορά, προκαλούν ανυπόστατους φόβους για μετάδοση τους με τρόπους μη σεξουαλικούς.(B7 erwthmatologio) Για το AIDS ισχύει το ίδιο. Γενικώς, το AIDS συνέβαλε σημαντικά στην αλλαγή της αντιμετώπισης της σεξουαλικότητας κυρίως μετά από μια περίοδο πλήρους απελευθέρωσης.(B9,G1, G2, G3, G4, G5,d2,d3) Όπως ισχυρίζεται η Sontag, οι μεταφορές έχουν αρνητικές συνέπειες επειδή παραμορφώνουν την εμπειρία της νόσου και επειδή αποτρέπουν τους ανθρώπους από την αναζήτηση της θεραπείας. Γι' αυτό θα έπρεπε όχι μόνο να αποφεύγονται, αλλά και να αποκαλύπτεται η λειτουργία τους (Mystakidou, K., et all, 2005).

\*Ο φόβος μπροστά στην ασθένεια και τον θάνατο, ο φόβος μπροστά στο άγνωστο, η άγνοια γύρω από το AIDS, η άγνοια για την αιτιολόγηση της κατάστασης, την προβλεψιμότητα της και την πορεία της, η μισαλλοδοξία, η έλλειψη ανοχής, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις σχετικά με διαφορετικούς τρόπους ζωής και διαφορετικές επιλογές, η προσκόλληση σε συντηρητικές παραδοσιακές ιδέες, η ανάγκη διαφοροποίησης, η ανάγκη αποστασιοποίησης από κάτι που θεωρείται επικίνδυνο και μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ζωή, οδήγησαν πολύ γρήγορα στον

στιγματισμό και την κοινωνική διάκριση των οροθετικών ατόμων (Δαμάσκος, Π., 2002).

Ο φόβος του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης οδηγεί τις περισσότερες φορές τα οροθετικά άτομα να κρατάνε κρυφή την ασθένεια τους ακόμα και από τα πιο κοντινά τους πρόσωπα όπως η οικογένεια ή ο ερωτικός σύντροφος. Στο άγχος της πορείας της ασθένειας προστίθεται το μεγαλύτερο άγχος, αυτό της αποκάλυψης. Υπάρχουν περιπτώσεις που το άγχος αυτό οδηγεί ακόμα και στην πλήρη εγκατάλειψη του ίδιου του εαυτού (Δαμάσκος, Π., 2002).

#### **4.3.1 Φόβος**

Ο φόβος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, που γίνεται αντιληπτός ή συνειδητά. Η ένταση και η διάρκεια του φόβου είναι ανάλογη προς τον κίνδυνο και ο φόβος υποχωρεί όταν το άτομο αναλάβει δράση που οδηγεί σε φυγή ή αποφυγή. Ο φόβος περιλαμβάνει τόσο υποκειμενική αίσθηση φόβου (ψυχολογική διάσταση) όσο και φυσιολογικές μεταβολές (φυσιολογική διάσταση). Οι μεταβολές αυτές προετοιμάζουν το σώμα για μυϊκή δραστηριότητα (πάλη ή φυγή) που μπορεί να είναι απαραίτητη ως απάντηση στην απειλή (Μάνου, Ν., 1997:252).

##### **4.3.1.1 Φοβίες**

Η φοβία είναι ένας επίμονος και παράλογος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, χώρο, δραστηριότητα ή κατάσταση που έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να επιθυμεί έντονα την αποφυγή αυτού που φοβάται.

Το βασικό χαρακτηριστικό της ειδικής φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος κάποιων συγκεκριμένων αντικειμένων η καταστάσεων. Το άτομο βιώνει έναν έντονο, επίμονο και υπερβολικό φόβο στην παρουσία ή σε αναμονή της συνάντησης με κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο κατάσταση ή να κολλήσει μια αρρώστια. Ο εστιασμός του φόβου μπορεί να είναι είτε σε κάποια σωματική βλάβη που μπορεί να προκληθεί από το αντικείμενο ή κατάσταση (Μάνου, Ν., 1997).

#### **4.3.2 Άγχος**

Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η

πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου (Μάνου, Ν., 1997:252).

### **4.3.3 Πανικός**

Πρόκειται για μια προσβολή έντονου φόβου (πανικού), δυσφορίας και εσωτερικής έντασης, όπου εμφανίζονται διάφορα σωματικά συμπτώματα και επικρατεί μια αίσθηση επικείμενης καταστροφής (Μάνου, Ν., 1997:255).

### **4.3.4 Κοινωνικές επιπτώσεις των παραπάνω αντιδράσεων \***

#### **4.3.4.1 Ρατσισμός**

Ρατσισμός είναι το σύνολο των πεποιθήσεων, ιδεολογιών και διαδικασιών που εδραιώνουν διακρίσεις εναντίον άλλων ατόμων με βάση τη συμμετοχή τους σε ορισμένη ομάδα. Είναι η εναντίωση σε κάθε είδος και μορφή ιδιαιτερότητα. Σημαίνει βία, γκέτο, απαγόρευση άσκησης δικαιωμάτων, ξυλοδαρμούς ακόμη και δολοφονίες. Η μισαλλοδοξία και ο ρατσισμός ξεκινούν από τον άνθρωπο και απευθύνονται σε άλλον άνθρωπο. Ο ρατσισμός ως συμπεριφορά και ως τρόπος σκέψης είναι επικίνδυνος και δύσκολα αντιμετωπίσιμος (Πουλοπούλου, Ε., 2007).

#### **4.3.4.2 Περιθωριοποίηση – Απομόνωση**

Περιθωριακός είναι ο άνθρωπος που βρίσκεται στα όρια η και στα περιθώρια δυο διαφορετικών κοινωνικών κόσμων και δεν είναι μέλος κανενός από τους κόσμους αυτούς. Η περιθωριοποίηση δεν είναι συνέπεια μόνο της ιδιαιτερότητας και διαφορετικότητας του ατόμου αλλά και της νοοτροπίας του κοινωνικού συνόλου και της αδυναμία των ιδιαίτερων ατόμων να ενταχθούν στις υποκουλτούρες, τις τάξεις, τους χώρους κ.λ.π. του ευρύτερου συνόλου (Πουλοπούλου, Ε., 2007).

Τα άτομα, απομονώνονται κοινωνικά γιατί δεν θέλουν ή δεν μπορούν να συνυπάρξουν με άτομα διαφορετικά από τα ίδια. Η απομόνωση οφείλεται προφανώς σε ένα είδος λανθάνοντος ρατσισμού που πολλές φορές μπορεί να εκδηλωθεί με την απόρριψη όχι μόνο του διαφορετικού αλλά και της κοινωνίας που ανέχεται τη διαφορετικότητα (Χατζής, Α., 2010).



#### **4.3.4.3 Κοινωνικός Αποκλεισμός**

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού δεν είναι αποκρυσταλλωμένη αλλά το περιεχόμενο της βρίσκεται σε διαδικασία προσδιορισμού. Τα κύρια στοιχεία της είναι ο πολυδιάστατος χαρακτήρας των αποστερήσεων που οδηγούν στον αποκλεισμό, η μακρόχρονη διάρκεια, η επικέντρωσή της σε ορισμένες περιοχές ή συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού.

**Ο κοινωνικός αποκλεισμός προσδιορίζεται ως το αντίθετο της κοινωνικής ενσωμάτωσης και χαρακτηρίζεται ως:**

- **διαρθρωτικός**, διότι είναι προϊόν σημαντικών διαρθρωτικών αλλαγών που αφορούν μεταξύ άλλων τις περιπτώσεις που έχουν οι βιομηχανικές αλλαγές στην αγορά εργασίας, την κατάρρευση των οικογενειακών δομών, τις μεταβολές των συστημάτων αξιών κτλ. Στα φαινόμενα που απορρέουν από τον κοινωνικό αποκλεισμό συμπεριλαμβάνετε η επανεμφάνιση των αστέγων, αστικές κρίσεις και εξεγέρσεις, φυλετικές εντάσεις, αύξηση μακροχρόνιας ανεργίας και επίμονα υψηλά επίπεδα φτώχειας.
- **πολυδιάστατος**, συνιστάται κυρίως στις αποστερήσεις που μπορεί να βιώσει το άτομο ή μια ομάδα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα. Παρατηρούνται πολύ διαφορετικοί τύποι αποκλεισμού: από το σύστημα της εργασίας, από τη μόνιμη εκπαίδευση, από τη δημόσια ασφάλιση, από την αγορά στέγης, από τα οικογενειακά επιδόματα κ.τ.λ. ορισμένες ομάδες είναι ξεκομμένες από την υπόλοιπη κοινωνία και δεν καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν με τις δικές τους δυνάμεις τη νέα κατάσταση (Πουλοπούλου, Ε., 2007).

#### **4.3.4.4 Κοινωνικός Στιγματισμός – Διάκριση**

Το AIDS από την εμφάνιση του χρησιμοποιήθηκε ως μέσο κοινωνικού στιγματισμού και αποκλεισμού. Το στίγμα ετυμολογικά έχει τις ρίζες του στην αρχαία Ελλάδα. Αναφέρεται σε σημάδια, συχνά καψίματα που γίνονταν ηθελημένα στο σώμα κάποιου (π.χ. του δούλου, του προδότη, του εγκληματία) ώστε να δηλώσουν την μειωτική του θέση και να τον αποφεύγουν οι άλλοι. Συγχρόνως το στίγμα συνδέεται με ποιοτικά χαρακτηριστικά του ατόμου, που το υποβαθμίζουν στα μάτια των άλλων,

ενώ συγχρόνως επηρεάζει και τον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το άτομο βλέπει τον εαυτό του.

Υπάρχουν διάφορα είδη στίγματος. Το στίγμα που αναφέρεται σε σωματικά γνωρίσματα όπως αναπηρία, γήρας, ή ψυχικά όπως ψυχική ασθένεια, εθισμός, ή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (π.χ. φτώχεια, ανεργία) ή σεξουαλικότητα (π.χ. ομοφυλοφιλία) ή άλλες περιπτώσεις όπως παρανομία κ.α. Τα στιγματισμένα άτομα αντιμετωπίζονται αρνητικά από την κοινωνία και αποδοκιμάζονται ηθικά ενώ τους αποδίδεται άμεσα ευθύνη για την κατάσταση τους χωρίς να εξετάζονται άλλοι παράγοντες. Είναι γνωστή η φράση «τα ήθελε και τα έπαθε».

Καθώς εμφανίστηκε με μεγαλύτερη συχνότητα σε ορισμένες ομάδες ή σε άτομα με ιδιαίτερους τρόπους ζωής, δημιούργησε αποδιοπομπαίους τράγους αποδίδοντας την ευθύνη μιας νόσου σε κοινωνικές ομάδες όπως οι ομοφυλόφιλοι και οι χρήστες τοξικών ουσιών, που ονομάστηκαν ομάδες υψηλού κινδύνου και μετατράπηκαν σε ομάδες υψηλής ενοχής.

Όμως το στίγμα δεν περιορίζεται μόνο στα οροθετικά άτομα μεταφέρεται και στους ανθρώπους που ζουν γύρω τους. Η οικογένεια χάνει το όνομα της είναι η οικογένεια με το οροθετικό παιδί ή με τον οροθετικό σύντροφο. Μιλάμε τότε για ένα δευτερογενές στίγμα που έχει ανάλογες επιπτώσεις στην ζωή του ατόμου (Δαμάσκος, Π., 2002).

Ο στιγματισμός που οδηγεί στην διάκριση και αυτή με την σειρά της στην καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αποτελεί για τα οροθετικά άτομα ένα φαύλο κύκλο από τον οποίο δύσκολα μπορούν να ξεφύγουν είτε γιατί ο φόβος και η απελπισία τα σπρώχνουν να ενταχθούν σε αυτόν είτε γιατί ο περίγυρος συνεχίζοντας να λειτουργεί στιγματιστικά, δεν τους αφήνει κάποια διέξοδο. Οι επιπτώσεις αυτού του φαύλου κύκλου δεν αφορούν μόνο στην προσωπική ζωή των οροθετικών ατόμων αλλά αποτελούν και τροχοπέδη για όλες τις ενέργειες που γίνονται για την αντιμετώπιση της επιδημίας. Στην διακήρυξη δέσμευσης του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τον HIV και AIDS επισημαίνεται στο άρθρο 13: “ Ο στιγματισμός, η σιωπή, οι διακρίσεις και η άρνηση καθώς και η έλλειψη εμπιστευτικότητας, υπονομεύουν τις προσπάθειες πρόληψης και θεραπείας και αυξάνουν τις επιπτώσεις

της επιδημίας σε άτομα, οικογένειες, κοινότητες και έθνη” (Δημητρόπουλος, Ε., 1999).

Τα κοινωνικά προβλήματα που έχουν ανακύψει από την λοίμωξη και νόσο HIV πρέπει να αντιμετωπισθούν άμεσα προκειμένου να στηριχθεί η δομή της κοινωνίας. Καθίσταται επιτακτική λοιπόν η ανάγκη κατάλληλης οργάνωσης απέναντι στη λοίμωξη HIV και αφετέρου ορθολογικής κατανομής των υφισταμένων πόρων, σύμφωνα με το παραγόμενο έργο από τις υπηρεσίες υγείας (Mystakidou, K., et all, 2005). Επιπλέον, θα πρέπει να εξευρεθούν τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι να μπορούν να εξερευνήσουν μια σειρά από ασφαλείς, ακίνδυνες, σεξουαλικές επιλογές διατηρώντας παράλληλα την ευθύνη τους για την υγεία των άλλων (Υφαντόπουλος, Γ., 1996).

Στις μέρες μας η επιστημονική πρόοδος έχει συμβάλει στην πληρέστερη κατανόηση της λοίμωξης και νόσου HIV με αποτέλεσμα αυτή να μην προκαλεί το δέος που προκαλούσε στην αρχή της εμφάνισής της. Παράλληλα, η ανακάλυψη καινούριων θεραπειών κατέστησε τη μοιραία νόσο χρόνια και άλλαξε το δυσοίωνο χαρακτήρα της έννοιας της συγκεκριμένης ασθένειας. Είναι χαρακτηριστική η αντικατάσταση του όρου AIDS από τον όρο νόσος HIV, η οποία παρατηρείται στη διεθνή βιβλιογραφία και στο διεθνή τύπο (Υφαντόπουλος, Γ., 1996).

Παρόλο που οι μέχρι σήμερα προσπάθειες ενημέρωσης αντιτίθενται σε μια τέτοια κατηγοριοποίηση της HIV λοίμωξης εξακολουθεί από πολλούς να υπάρχει η αντίληψη ότι το AIDS αφορά μόνο συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες οδηγώντας τους έτσι και σε έναν επισφαλή εφησυχασμό που όπως δείχνουν τα επιδημιολογικά στοιχεία έχει αποβεί μοιραίος γιατί όπως είναι γνωστό το AIDS αφορά όλους ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, την σεξουαλικότητα, τις επιλογές (Δαμάσκος, Π., 2002).

# ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ - ΕΙΔΙΚΟ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 5.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της εργασίας μας είναι να διερευνηθεί ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης των νέων και η ενδεχόμενη σωστή ή μη σεξουαλική συμπεριφορά τους σχετικά με την ασθένεια του AIDS. Επίσης, να κατανοήσουμε το πώς αντιλαμβάνονται, πως βιώνουν και πως αντιμετωπίζουν οι νέοι τον κίνδυνο του AIDS.

#### **Οι στόχοι της έρευνας μας είναι:**

1. Να διερευνηθεί το ποσοστό και τη ποιότητα της ενημέρωσης των νέων σχετικά με τη λοίμωξη από τον ιό HIV.
2. Να εξεταστεί ο βαθμός συνειδητοποίησής των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης, απέναντι στον κίνδυνο του συνδρόμου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.
3. Να φέρει στην επιφάνεια του πιθανούς λόγους της λανθασμένης σεξουαλικής συμπεριφοράς των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης.
4. Να εντοπιστούν οι σημαντικότεροι παράγοντες που συμβάλουν σημαντικά στην εξάπλωση του ιού HIV.
5. Να προτείνει τρόπους για τη καταστολή της εξάπλωσης της ασθένειας του AIDS.

#### 5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

- Σχετίζεται η σεξουαλική συμπεριφορά με τη μετάδοση της ασθένειας;
- Διαφέρει η ποιότητα ενημέρωσης ανάμεσα στα δυο φύλα;

- Σχετίζεται ο βαθμός συνειδητοποίησης του κινδύνου της ασθένειας με την αύξηση του αριθμού των νέων κρουσμάτων;
- Διαφέρουν οι παράγοντες της εξάπλωσης του ιού HIV σε άντρες και γυναίκες;

### **Υπόθεση**

Αυτοί που δεν έχουν συνειδητοποιήσει τον κίνδυνο της ασθένειας, αποτελούν απειλή για τη μείωση της εξάπλωσης του ιού HIV.

### **5.3 Μεθοδολογία έρευνας**

Η ερευνητική μας ομάδα έχει ως σκοπό να διερευνήσει το ποσοστό, τη ποιότητα της ενημέρωσης των νέων και την ενδεχόμενη σωστή ή μη σεξουαλική συμπεριφορά τους, σχετικά με την ασθένεια του AIDS. Επίσης, να κατανοήσει το πώς αντιλαμβάνονται, πως βιώνουν και πως αντιμετωπίζουν οι νέοι τον κίνδυνο του AIDS σήμερα. Εν συνεχεία, να κατηγοριοποιήσει τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας και επιπροσθέτως να παρουσιάσει και να αναλύσει τις απόψεις του φοιτητικού πληθυσμού του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης. Η διεκπεραίωση της, θα πραγματοποιηθεί με ποσοτική έρευνα, η οποία υποδεικνύει ότι το εργαλείο συλλογής δεδομένων θα είναι το ερωτηματολόγιο. Η συγκεκριμένη χρονική περίοδος που θα τελεστεί η εν λόγω διερευνητική διαδικασία είναι 11 Νοεμβρίου – 13 Δεκεμβρίου 2013.

### **5.4 Πεδίο μελέτης**

Το πεδίο μελέτης της έρευνας μας με θέμα: «Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές των νέων απέναντι στην ασθένεια του AIDS. Η περίπτωση των φοιτητών του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης», θα είναι επικεντρωμένο στους φοιτητές και φοιτήτριες του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης.

### **5.5 Επιλογή δείγματος της έρευνας**

Αρχικά, σκοπός της πτυχιακής μας ήταν να χρησιμοποιηθεί η μέθοδος ποσόστωσης και να επιλεγούν ισάριθμα άτομα από τις τέσσερις σχολές του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης (Σ.Ε.Υ.Π., Σ.Δ.Ο., Σ.Τ.Ε.Φ., Σ.Τ.Ε.Γ), για πιο έγκυρα

αποτελέσματα. Λόγω υπολειτουργίας του T.E.I. και συνεπώς μη πραγματοποίησης μαθημάτων, ήταν αδύνατος ο εντοπισμός του συγκεκριμένου αριθμού ατόμων από κάθε σχολή και επομένως δεν ήταν εφικτό να χρησιμοποιηθεί η προϋποθέσιμη μέθοδος. Συνεπώς, καταλήξαμε στην επιλογή της μεθόδου του διαθέσιμου δείγματος ή αλλιώς δειγματοληψία ευκολίας, ώστε να μπορέσει να ολοκληρωθεί η πτυχιακή μας έρευνα.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι κλασικοί μέθοδοι δειγματοληψίας δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστούν (Απλή τυχαία, συστηματική, στρωματοποίηση, συστάδων). Στις περιπτώσεις αυτές χρησιμοποιούνται οι μη τυχαίες μέθοδοι δειγματοληψίας, οι οποίες όμως δεν επιτρέπουν την εκτίμηση του δειγματοληπτικού σφάλματος και κατά συνέπεια, δεν είναι δυνατόν να γίνουν στατιστικές αναλύσεις που οδηγούν σε γενικότερα συμπεράσματα. Αυτού του είδους οι δειγματοληπτικές μέθοδοι μπορεί να εφαρμόζονται, επί παραδείγματι, όταν η έρευνα βρίσκεται σε αρχικό ερευνητικό στάδιο και το συγκεκριμένο θέμα της είναι ακόμη υπό διαμόρφωση όπως επίσης και όταν πρόκειται για το στάδιο της πιλοτικής ή δοκιμαστικής έρευνας. Μπορεί επίσης να επιβάλλονται εκ των πραγμάτων, όταν πολλά από τα επιλεγμένα άτομα αρνούνται να συμμετάσχουν στην έρευνα ή όταν το δειγματοληπτικό πλαίσιο του υπό έρευνα πληθυσμού δεν είναι δυνατόν να κατασκευαστεί.

Σε αυτή τη κατηγορία μεθόδων εντάσσεται η μέθοδος του διαθέσιμου δείγματος (availability sample) – ή αλλιώς δείγμα ευκολίας. Με τη μέθοδο αυτή ο ερευνητής επιλέγει άτομα που μπορεί να προσεγγίσει πιο εύκολα για την έρευνα, δηλαδή άτομα τα οποία είναι πιο εύκαιρα όπως στις περιπτώσεις όπου ζητείτε συμπλήρωση ερωτηματολογίου από τα άτομα που παρακολουθούνε ένα μάθημα μια δεδομένη χρονική στιγμή (Κυριαζή Ν., 2011:115-116).

## **5.6. Εργαλείο Έρευνας**

Το ερωτηματολόγιο είναι ένα σύνολο γραπτών (ή σε ηλεκτρονική μορφή) ερωτήσεων σχετικών με ένα πρόβλημα, τις οποίες ο ερευνητής απευθύνει ομοιόμορφα στα υποκείμενα του δείγματος με σκοπό να συγκεντρώσει τις αναγκαίες πληροφορίες. Οι ερωτήσεις μπορεί να αναφέρονται σε γνώμες, απόψεις, αντιλήψεις, στάσεις, αξίες, συμπεριφορές, γνώσεις, ενδιαφέροντα, προτιμήσεις, προσδοκίες, συναισθήματα, κ.λπ. Ο τρόπος σύνταξης και η εφαρμογή του δεν είναι καθόλου εύκολη υπόθεση, ενώ ασκεί τεράστια επίδραση στην ποιότητα των δεδομένων που

θα συλλεχθούν (είδος ερωτήσεων, διατύπωση, σαφήνεια, σειρά, έκταση ερωτηματολογίου, κ.λπ.) (Ανδρεάδης Ν., 2006-2007:1).

Η δυνατότητα συλλογής στοιχείων από μεγάλο αριθμό ατόμων για τα ίδια θέματα και συνεπώς, η συγκρισιμότητα και η δυνατότητα ποσοτικοποίησης και στατιστικής ανάλυσης των στοιχείων που συλλέγονται καθιστούν το τυποποιημένο ερωτηματολόγιο το κύριο εργαλείο της ποσοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες. Η συσχέτιση μεταβλητών, που αποτελεί το καθιερωμένο μοντέλο ανάλυσης για τη διαπίστωση εμπειρικών τάσεων και ομοιομορφιών, ταυτίζεται σχεδόν αποκλειστικά με το τυποποιημένο ερωτηματολόγιο και την τυποποιημένη συνέντευξη. Οι απαντήσεις των ερωτώμενων μετατρέπονται σε δείκτες των υπό έρευνα κοινωνικών φαινομένων, με σκοπό τη στατιστική τους επεξεργασία και την κατάδειξη εμπειρικών γενικεύσεων (Κυριαζή Ν., 2011: 117-118).

### **5.6.1 Μορφή ερωτηματολογίου**

Στις αρχικές αποφάσεις του ερευνητή σχετικά με το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου συμπεριλαμβάνεται η απόφαση για την κατάλληλη μορφή των ερωτήσεων. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις μπορεί να έχουν κλειστή μορφή (**κλειστές ερωτήσεις**) με απαντήσεις προκαθορισμένες από τον ερευνητή ή ανοιχτή μορφή (**ανοιχτές ερωτήσεις**) με τη δυνατότητα ελεύθερης διατύπωσης της απάντησης από τον ερωτώμενο. Ένας συνδυασμός κλειστών και ανοιχτών ερωτήσεων ανάλογα με το θέμα, με αντίστοιχη ποσοτική και ποιοτική επεξεργασία των στοιχείων, αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό και ολοκληρωμένο τρόπο προσέγγισης της κοινωνικής πραγματικότητας.

#### **Κλειστές ερωτήσεις**

Οι κλειστές ερωτήσεις συνοδεύονται από εναλλακτικές προκαθορισμένες απαντήσεις από τις οποίες ο ερωτώμενος επιλέγει εκείνη που τον αντιπροσωπεύει καλύτερα. Το χαρακτηριστικό στοιχείο των κλειστών ερωτήσεων είναι ότι ο ερευνητής επιβάλλει συγκεκριμένο φάσμα απαντήσεων στον ερωτώμενο. Το γεγονός ότι οι πτυχές του θέματος προσδιορίζονται από τον ερευνητή σημαίνει ότι ο ερωτώμενος δεν ανατρέχει στις δικές του εμπειρίες για να τις αναζητήσει, αλλά οργανώνει τη σκέψη του στο πλαίσιο του σχήματος που του παρουσιάζεται. Οι έτοιμες εναλλακτικές απαντήσεις, είναι μια εύκολη λύση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και την κωδικοποίηση των απαντήσεων.

#### **Ανοιχτές ερωτήσεις**

Όταν πρόκειται για ανοιχτή ερώτηση, ο ερωτώμενος καλείται να εκφράσει τις απόψεις του με το δικό του τρόπο. Έχει παρατηρηθεί όμως ότι ερωτήσεις αυτής της μορφής μένουν συνήθως κενές όταν πρόκειται για αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Μέσω της ανοιχτής ερώτησης, ο ερωτώμενος έχει τη δυνατότητα να επεκταθεί με δικούς του όρους σε σύνθετα θέματα, να προβάλει τις απόψεις του και τις συνθήκες τις οποίες μπορεί να διαφέρουν – να δώσει δηλαδή τις λεπτομερείς εκείνες πληροφορίες που χρειάζονται για μια πιο αξιόπιστη αναπαράσταση της κοινωνικής πραγματικότητας από τον ερευνητή. Χρησιμοποιούνται επίσης στο τελικό ερωτηματολόγιο της ποσοτικής έρευνας, όταν ο ερευνητής επιθυμεί να προσθέσει στα στατιστικά του στοιχεία και αυτολεξεί αναφορές σε απαντήσεις των ερωτώμενων που θα στοιχειοθετήσουν περαιτέρω κάποια συμπεράσματα και θα εμπλουτίσουν τη στατιστική ανάλυση (Κυριαζή Ν., 2011).

### **5.7 Τεχνικές Συλλογής Στοιχείων**

Ως τεχνική συλλογής στοιχείων, επιλέχθηκε η δημιουργία ενός ερωτηματολογίου, βασισμένο σε παρόμοιες έρευνες. Πιο συγκεκριμένα η έρευνα που μας έδωσε το έναυσμα για την δημιουργία του ερωτηματολογίου είχε θέμα το εξής: AIDS knowledge and educational needs of technical university students in Turkey. Για να καταστεί το ερωτηματολόγιο αυτό αντιπροσωπευτικό της έρευνας, θα πρέπει να υποστεί κάποιες τροποποιήσεις.

Το ερευνητικό μας εργαλείο έχει τίτλο «Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές των νέων απέναντι στην ασθένεια του AIDS. Η περίπτωση των φοιτητών του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης». Πιο αναλυτικά το ερωτηματολόγιο το οποίο θα δοθεί στους φοιτητές αποτελείται συνολικά από είκοσι επτά ερωτήσεις (βλ. Παράρτημα Ι). Το Α' μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από επτά ερωτήσεις, με τις οποίες αντλήθηκαν χρήσιμα στοιχεία για τη σύνθεση του δείγματος (φύλο, ηλικία, σχολή κ.τ.λ.). Οι υπόλοιπες δέκα εννέα ερωτήσεις είναι ειδικές και σχετικές με το θέμα το οποίο μελετάτε.

Αναλυτικότερα, οι δέκα ερωτήσεις του Β' μέρος του ερωτηματολογίου εξειδικεύονται να αναφερθούν στις ήδη υπάρχουσες γνώσεις τους σχετικά με τη λοίμωξη HIV και τη νόσο του AIDS.

Στο Γ' μέρος, περιλαμβάνονται πέντε ερωτήσεις οι οποίες ερευνούν τις σεξουαλικές πρακτικές των ερωτώμενων και παράλληλα οι τέσσερις ερωτήσεις που ακολουθούν



στον Δ' άξονα, διερευνούν τους τρόπους χρήσης μέτρων προφύλαξης και προσπαθούν να ερευνήσουν τους πιθανούς λόγους της μη σωστής πρόληψης.

Το ερωτηματολόγιο αυτό, αποτελείται κυρίως από κλειστού τύπου ερωτήσεις, που στην πλειοψηφία τους ήταν ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών. Θεωρήθηκε όμως απαραίτητο να συμπεριληφθούν και ορισμένες ανοιχτές ερωτήσεις με τις οποίες θα έχουμε πιο έγκυρα αποτελέσματα και να είναι «δυνατή η προσέγγιση ακόμα και των πιο λεπτών θεμάτων, η καλύτερη κατανόηση των γνωμών, στάσεων και κινήτρων των υποκειμένων και της σημασίας που αποδίδουν στις διάφορες όψεις του προβλήματος της έρευνας» (Βάμβουκας, 1998, 251). Με τον τρόπο αυτό μπορεί να δοθεί και μια ποιοτική διάσταση στα ποσοτικά δεδομένα.

Κατά τη γνώμη μας, σύμφωνα με την έρευνα μας με τίτλο «Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές των νέων απέναντι στην ασθένεια του AIDS. Η περίπτωση των φοιτητών του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης», τίγονται αρκετά ηθικά ζητήματα, γύρω από τη σεξουαλική ζωή και συμπεριφορά των ατόμων που καλούνται να συμμετάσχουν στην έρευνα. Είναι όμως ένα πολύ σοβαρό και επίκαιρο ζήτημα, ιδιαίτερα αυτή την περίοδο εφόσον δυστυχώς βρίσκεται για ακόμη μια φορά σε μεγάλη έξαρση. Στην Ελλάδα, μετά από ανασκόπηση εντοπίσαμε ότι ο αριθμός των νέων κρουσμάτων αυξάνεται με μεγάλο ρυθμό και δεν επικεντρώνετε μόνο σε άτομα που ανήκουν σε κάποια από τις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως παλιότερα. Επίσης, κάποιες Ευρωπαϊκές έρευνες, που αναφέρονται στον αριθμό νέων κρουσμάτων της ασθένειας του AIDS, μας κατατάσσουν στη πρώτη θέση.

### **5.8 Μεθοδολογία Ανάλυσης Στοιχείων**

Προτού ξεκινήσει η ανάλυση των δεδομένων, αξίζει να αναφερθούν τα βήματα που θα ακολουθηθούν ώστε να φτάσουμε στη μεθοδολογία ανάλυσης των στοιχείων. Αρχικά, πριν ετοιμαστεί «πλήρως» το ερωτηματολόγιο, θα ελεγχτεί με δύο τρόπους. **Πιλοτικά**, με το μοίρασμα σε κάποιους φοιτητές, οι οποίοι θα αναφέρουν κάποιες δυσκολίες που αντιμετώπισαν κατά τη συμπλήρωσή του και πιθανόν να δεχτεί κάποιες αλλαγές που ίσως έχουν να προτείνουν οι ίδιοι οι ερωτώμενοι. Ο δεύτερος τρόπος, θα τελεστεί με τη δημιουργία μιας **πιλοτικής** πάλι **βάσης δεδομένων**, κατά την οποία θα περαστούν τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και θα εξαχθούν τα αποτελέσματα σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα, ο λόγος αυτής της διαδικασίας είναι να βρεθούν τυχόν λάθη ή δυσκολίες και να διορθωθούν. Σκοπός

αυτής της διαδικασίας είναι να γίνει όσο το δυνατόν καλύτερη μελέτη του ερωτηματολογίου και να αποφευχθούν λάθη της τελευταίας στιγμής στα τελικά αποτελέσματα της έρευνας.

### **5.8.1 Πιλοτική έρευνα - έλεγχος της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερευνητικού εργαλείου.**

Αρχικά πραγματοποιήθηκε ένα δοκιμαστικό (pilot) για να διαπιστωθούν προβλήματα της λειτουργίας του ερωτηματολογίου σε δείγμα 5 φοιτητών, όπως παρερμηνείες ή άλλες δυσκολίες που τυχόν υπάρχουν σε σχέση με τις ερωτήσεις. Συγκεκριμένα, εκτός από τις γενικές ερωτήσεις που αφορούν τα ατομικά στοιχεία των ερωτώμενων, έγινε μία σειρά από ερωτήσεις που θα αναφέρονταν στις διαπροσωπικές σχέσεις, τη σεξουαλική συμπεριφορά και τις γνώσεις γύρω από την συγκεκριμένη πάθηση.

Παρατηρήθηκε ότι οι ανοιχτές ερωτήσεις, σε μεγάλο ποσοστό, παρέμειναν κενές, διότι κατά τη γνώμη μας η αιτιότητα αυτού του φαινομένου οφείλεται στην άγνοια ή τη βιασύνη του ερωτώμενου. Το πιλοτικό δείγμα μας δήλωσε ότι, δεν συνάντησε καμία δυσκολία στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου καθώς τους ήταν αρκετά κατανοητό και επιπλέον, αν και αρκετές ήταν πολύ προσωπικές ερωτήσεις, ο τρόπος διατύπωσής τους δεν έφερε σε δύσκολη θέση κανέναν ερωτώμενο.

#### **1.) Γενικές Δυσκολίες**

##### **Πιθανές δυσκολίες κατά την πραγματοποίηση μελέτης**

Κατά κύριο λόγο ευελπιστούμε η έρευνα μας να μην συναντήσει ιδιαίτερες δυσκολίες, βέβαια πάντα υπάρχει πιθανότητα να συναντήσουμε εμπόδια όπως τα εξής:

- Κατά τη προσπάθεια πρόσβασής μας σε κάποιο τμήμα του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης.
- Πιθανόν να παρουσιαστούν κάποιες αντιστάσεις κατά την είσοδό μας στις αίθουσες, από την πλευρά κάποιων καθηγητών ή ακόμη και φοιτητών. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει το ενδεχόμενο να αρνηθούν να συμμετέχουν ή να δεχτούν αρχικά αλλά στη πορεία να μη θέλουν, λόγω της θεματολογίας του ερωτηματολογίου.

- Να μην καταφέρουμε να συμπληρώσουμε τον απαραίτητο αριθμό «συμπληρωμένων» ερωτηματολογίων, που απαιτούνται για την πραγματοποίηση της έρευνας.
- Τέλος, υπάρχει πιθανότητα οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν να μην είναι επαρκείς ή να είναι ελλιπείς ως προς τη ποιότητα και την ποσότητά τους.

### **Δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διάρκεια τέλεσης της ερευνητικής διαδικασίας**

- Συναντήσαμε μεγάλη δυσκολία όσον αφορά τη προσπάθεια πρόσβασής μας στα τμήματα του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης (Σ.Ε.Υ.Π., Σ.Δ.Ο., Σ.Τ.Ε.Φ., Σ.Τ.Ε.Γ), λόγω της μη πραγματοποίησης μαθημάτων, δεν ήταν εφικτή η συμπλήρωση του απαιτούμενου αριθμού ερωτηματολογίων από κάθε σχολή ξεχωριστά, συνεπώς ο άνισος αριθμός συμπληρωμένων ερωτηματολογίων μπορεί να επιφέρει προβλήματα σχετικά με την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων
- η άρνηση μεγάλου αριθμού φοιτητών να συμμετάσχουν στην έρευνα με τη συνηθέστερη δικαιολογία της έλλειψης ελεύθερου χρόνου .
- η μη εγκυρότητα ενός ποσοστού συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, λόγω ασυμπλήρωτων ερωτήσεων (κυρίως ανοιχτών), καθώς και εξαιτίας αντικρουόμενων απαντήσεων πχ. Αρνητική απάντηση στην ερώτηση «έχετε σεξουαλικές σχέσεις» ενώ συνέχισαν να απαντούνε στις ερωτήσεις που ακολουθούσαν σε σχέση με το εν λόγω θέμα.

### **Πραγματοποιηθείσες ενέργειες για την επισκίαση των προαναφερθέντων δυσκολιών**

Για την εξάλειψη των παραπάνω δυσκολιών, κατέστη αναγκαίο να αλλαχτεί ο τρόπος δειγματοληψίας από ποσόστωσης σε ευκολίας. Δεν μεταβλήθηκε το πεδίο έρευνας αλλά συμπληρώθηκε άνισος αριθμός ερωτηματολογίων από τις σχολές, από τυχαίους φοιτητές του ΤΕΙ που ήταν διαθέσιμοι.

## **5.9 Στατιστική ανάλυση δεδομένων**

Η επεξεργασία των δεδομένων θα γίνει σε H/Y με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες (SPSS IBM 20.0). Πιο αναλυτικά, θα δημιουργηθεί ένα αρχείο SPSS 20.0, όπου θα καταγραφούν οι απαντήσεις των ερωτώμενων, από κάθε ερωτηματολόγιο ξεχωριστά. Στη συνέχεια, θα αναλυθεί στατιστικά η κάθε απάντηση, ώστε να καταλήξουμε στα τελικά αποτελέσματα και να διευκρινιστούν οι υποθέσεις της εν λόγω έρευνας, δηλαδή να διαπιστώσουμε τελικά εάν η αρχική μας υπόθεσή επαληθεύεται ή απορρίπτεται. Τέλος, με τη στατιστική ανάλυση αυτή, προσδοκούμε να αποκτήσουμε μια πλήρη εικόνα για τις απόψεις των φοιτητών και φοιτητριών του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης, γύρω από τις γνώσεις, τη σεξουαλική συμπεριφορά και την σωστή ή όχι εφαρμογή μέτρων πρόληψης σχετικά με την ασθένεια του AIDS.

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 20.0.

Αρχικά, και πριν την ανάλυση, έγινε εκτίμηση της βαθμολογίας Γνώσεων μετάδοσης & μέτρων Πρόληψης του ιού HIV/AIDS. Η βαθμολογία (score) καθορίστηκε από 24 ερωτήσεις Γνώσεων (Παράρτημα 1, ερωτήσεις ενότητας B7) και Πρόληψης (Παράρτημα 1, ερωτήσεις ενότητας Δ1) σωστού (+1) και λάθους (-1). Θεωρητικά το εύρος της κυμαίνεται μεταξύ -24 έως +24, με θετική υψηλή βαθμολογία να υποδηλώνει καλό επίπεδο Γνώσεων & Πρόληψης καθώς 16 ερωτήσεις λαμβάνουν αρνητική μονάδα και μόλις 8 θετική. Κάθε ερώτηση δηλαδή λάθους λάμβανε την τιμή «-1» εάν επιλεγόταν και κάθε σωστή την τιμή «+1». Αντίθετα, η μη επιλογή στις 16 αρνητικές (λανθάνουσες) ερωτήσεις παίρνει τιμή «+1» ενώ η μη επιλογή στις 8 θετικές (σωστές) ερωτήσεις την τιμή «-1». Η βαθμολογία ελέγχθηκε ως προς την κανονικότητας της με την διαγραμματική απεικόνιση Q-Q plot ενώ για την εγκυρότητας της συσχετίστηκε με την αντικειμενική αυτοαναφορά της πληροφόρησης που έχουν οι φοιτητές και φοιτήτριες σε θέματα σχετικά με το AIDS (Παράρτημα 1, ερώτηση ενότητας B1). Ο έλεγχος έδειξε έτσι σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ( $p=0.001$ ) σε όσους/όσες δηλώνουν «επαρκή» πληροφόρηση έναντι εκείνων με «μέτρια» ή «ελλιπή» (βλ. πίνακα 14). Επίσης για τον καθορισμό του επιπέδου γνώσεων & πρόληψης, η βαθμολογία αυτή μετασχηματίστηκε σε εκατοστιαία βάση και σύμφωνα με το ποσοστό των σωστών απαντήσεων στις 24 ερωτήσεις (βλ. σχήματα 9 & 10).

Έγινε εκτίμηση κατανομών συχνοτήτων των δημογραφικών χαρακτηριστικών των φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας και έλεγχος διαφοροποίησης ως προς συγκεκριμένες κατηγορίες χαρακτηριστικών όπως φύλο, ηλικία, σχολή φοίτησης, μορφωτικό επίπεδο γονέων κ.α. Οι αντίστοιχοι στατιστικοί έλεγχοι έγιναν με τη μέθοδο  $\chi^2$  (διόρθωση Fisher-Freeman-Halton exact) ενώ με τη παραμετρική μέθοδο ανάλυση διακύμανσης (post hoc συγκρίσεις με τον έλεγχο LSD) και οι μη παραμετρικοί Kruskal Wallis & Mann Whitney ακολούθησαν για τις συγκρίσεις της βαθμολογίας και του μέσου ποσοστού σωστών απαντήσεων των Γνώσεων & Πρόληψης. Σε όλες τις αναλύσεις θεωρήθηκε επίπεδο σημαντικότητας το  $p < 0,05$  (Δαφέρμος, 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### Αποτελέσματα Της Έρευνας

#### 6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας

Το συνολικό δείγμα της έρευνας ανήλθε σε 151 φοιτητές (40,1%) και 226 φοιτήτριες (59,9%) (πίνακας 1). Ηλικιακά ήταν από 17 έως και 26+ ετών ενώ η πλειοψηφία τους ή το 40,6% ήταν 20-21 ετών. Από τις σχολές Επιστημών Υγείας-Πρόνοιας ήταν επίσης η πλειοψηφία ή το 39,0%, από τις ΣΔΟ το 22,8%, τις ΣΤΕΦ το 24,7% και τέλος από τις ΣΤΕΓ το 13,5%. Το μεγαλύτερο δείγμα επιλογής και ανταπόκρισης,

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας.

		<b>v</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	<i>φοιτητές</i>	151	40,1
	<i>φοιτήτριες</i>	226	59,9
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>17-19</i>	63	16,7
	<i>20-21</i>	153	40,6
	<i>22-23</i>	103	27,3
	<i>24-25</i>	45	11,9
	<i>26+</i>	13	3,4
<b>Σχολή σπουδών</b>	<i>Σ.Ε.Υ.Π.</i>	147	39,0
	<i>Σ.Δ.Ο.</i>	86	22,8
	<i>Σ.Τ.Ε.Φ.</i>	93	24,7
	<i>Σ.Τ.Ε.Γ.</i>	51	13,5
<b>Τμήμα</b>	<i>Κοινωνικής Εργασίας</i>	75	19,9
	<i>Νοσηλευτικής</i>	72	19,1
	<i>Λογιστικής</i>	63	16,7
	<i>Τουριστικών Επιχειρήσεων</i>	5	1,3
	<i>Διοίκησης επιχειρήσεων</i>	18	4,8
	<i>Βιολογικών Θερμοκηπιακών καλλιέργειών και ανθοκομίας</i>	12	3,2
	<i>Φυτικής Παραγωγής</i>	39	10,3
	<i>Εφαρμοσμένης Πληροφορικής και πολυμέσων</i>	28	7,4
	<i>Ηλεκτρολογίας</i>	19	5,0
	<i>Πολιτικών Δομικών Έργων</i>	13	3,4
<i>Μηχανολογίας</i>	33	8,8	

προέρχεται από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας (19,9%) και το μικρότερο από το Τμήμα Τουριστικών Επιχειρήσεων (1,3%). Η διαφορές αυτές οφειλόταν όχι μόνο στον τρόπο επιλογής αλλά και στο ρυθμό ανταπόκρισης για συμμετοχή στη έρευνα.

Το επίπεδο μόρφωσης και το επάγγελμα των γονέων των φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας παρουσιάζονται στον **πίνακα 2**. Σημαντική διαφοροποίηση διαπιστώνεται στη μόρφωση των γονιών καθώς οι πατέρες φαίνεται να απλώνονται περισσότερο σε όλα τα επίπεδα μόρφωσης ενώ η πλειοψηφία των μητέρων να συγκεντρώνεται στη γυμνασιακή, λυκειακή και ανώτερη εκπαίδευση (67% έναντι 73%, αντίστοιχα,  $p=0.036$ ). Παράλληλα, Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση με κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών φαίνεται να έχουν συγκεντρωτικά το 36,7% των πατέρων και το 31,9% των μητέρων. Σχετικά με το επάγγελμα, η πλειοψηφία των πατέρων ή το 34,1% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες ενώ των μητέρων ασχολούνται με οικιακά (33,2%).

**Πίνακας 2.** Επίπεδο μόρφωσης και επάγγελμα γονέων των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας.

		<b>Πατέρας</b>		<b>Μητέρα</b>	
		<b>v</b>	<b>%</b>	<b>v</b>	<b>%</b>
<b>Μόρφωση</b>	<i>Δημοτικό</i>	58	15,4	38	10,3
	<i>Γυμνάσιο</i>	56	14,9	53	14,3
	<i>Λύκειο</i>	124	32,9	161	43,5
	<i>Ανώτερη Εκπαίδευση</i>	67	17,8	64	17,3
	<i>Ανώτατη Εκπαίδευση</i>	61	16,2	45	12,2
	<i>Κάτοχος MSc, PhD</i>	11	2,9	9	2,4
	<b>Επάγγελμα</b>	<i>Ιδιωτικός υπάλληλος</i>	102	27,6	87
<i>Δημόσιος υπάλληλος</i>		86	23,2	66	17,7
<i>Ελεύθερος επαγγελματίας</i>		126	34,1	47	12,6
<i>Επιχειρηματίας</i>		19	5,1	16	4,3
<i>Αγρότης/σα</i>		1	0,3	-	-
<i>Ανεργος/η</i>		33	8,9	33	8,8
<i>Οικιακά</i>		3	0,8	124	33,2

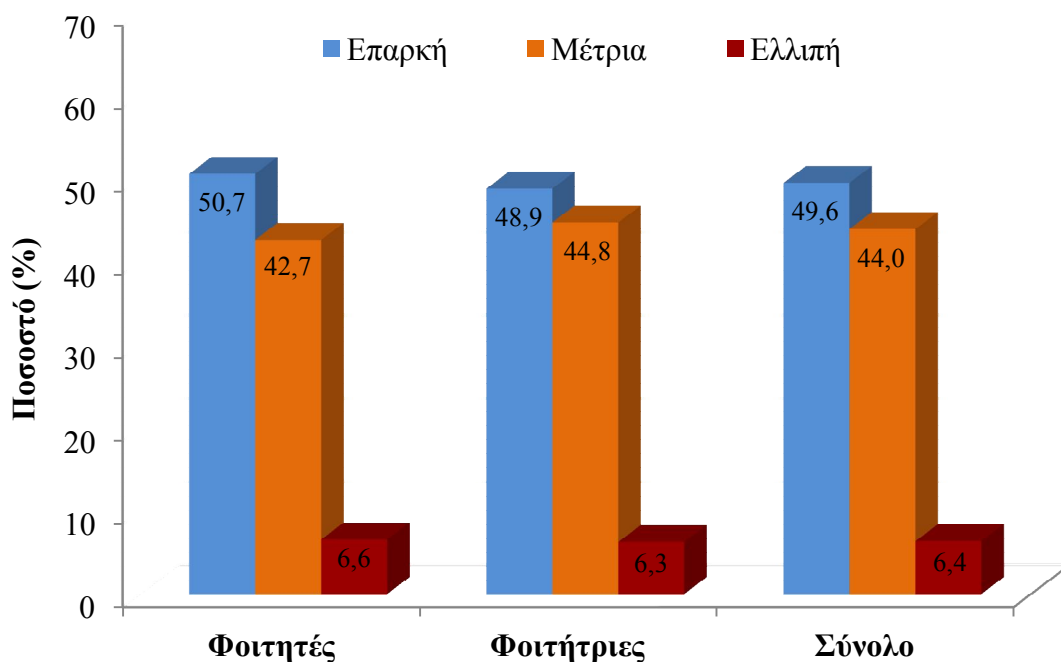
Έλεγχος  $\chi^2$  στο επίπεδο μόρφωσης (Fisher-Freeman-Halton exact),  $p=0.036$

## **6.2 Γνώσεις για την ασθένεια**

Οι μισοί περίπου από τους φοιτητές και φοιτήτριες ή το 49,6% θεωρούν τη πληροφόρηση τους για το AIDS ως «επαρκή», το 44,0% ως «μέτρια» ενώ το

υπόλοιπο 6,4% τη χαρακτηρίζει ως «ελλιπή» (**σχήμα 1**). Μεταξύ ωστόσο των φοιτητών και των φοιτητριών δεν διαφοροποιείται η σχετική εκτίμηση της πληροφόρησης καθώς το 50,7% των φοιτητών θεωρούν τη πληροφόρηση τους για το AIDS ως «επαρκή» έναντι 48,9% των φοιτητριών ( $p=0.916$ ).

**Σχήμα 1.** Κατανομή καταφατικών απαντήσεων των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας στην ερώτηση «*Θεωρείτε την πληροφόρησή σας σχετικά με το AIDS:*».



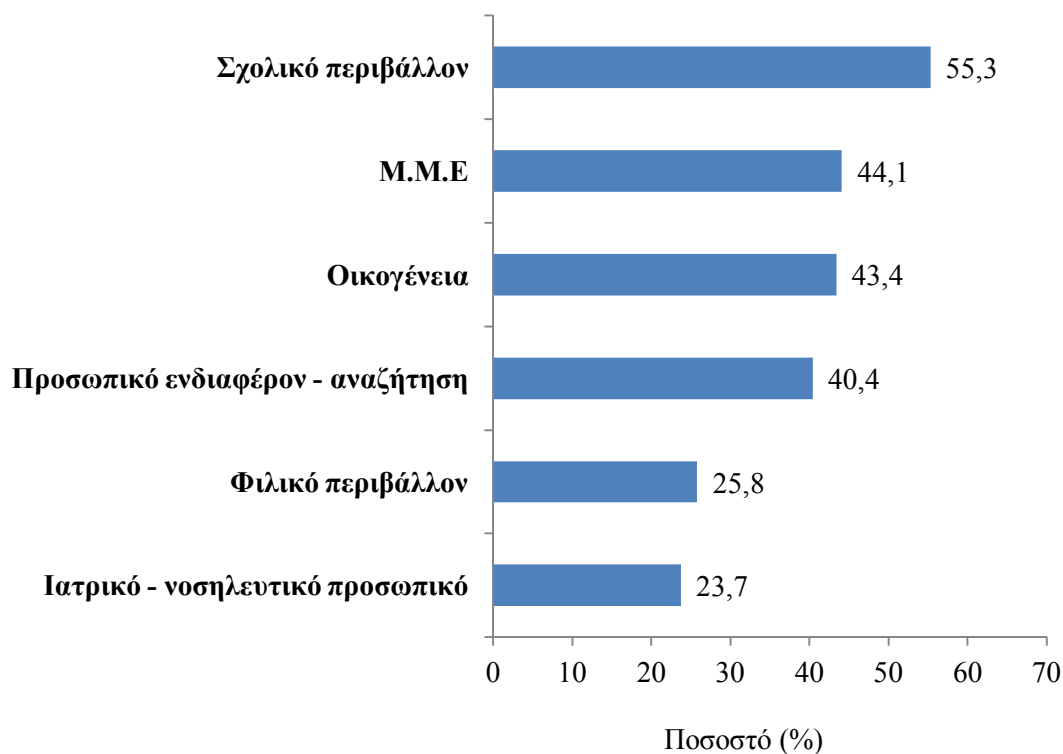
Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων,  $p=0.916$

Ωστόσο από το **σχήμα 2**, φαίνεται ότι το 55,3% των φοιτητών/φοιτητριών αναφέρει μεταξύ διαφόρων πολλαπλών πηγών ως πρώτη επιλεγμένη πηγή πληροφόρησης το «Σχολικό περιβάλλον», και ακολουθούν τα ΜΜΕ στο 44,1%, η οικογένεια στο 43,4%, το προσωπικό τους ενδιαφέρον ή η συζήτηση που αναπτύσσουν οι ίδιοι/ίδιες για το θέμα στο 40,4%, το 25,8% από το φιλικό περιβάλλον και τέλος το 23,7% φαίνεται να πληροφορείται από επαγγελματίες υγείας. Σημειώνεται πάντως ότι ενημέρωση από το «Σχολικό περιβάλλον» έχει δεχτεί το 60,3% των φοιτητών/φοιτητριών που δηλώνουν «επαρκή» πληροφόρηση για το AIDS, το 51,2% με «μέτρια» και το 41,7% με «ελλιπή» ( $p=0.029$ ) (αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται στο σχήμα). Παράλληλα όμως και σύμφωνα με τον **πίνακα 3**, οι πηγές πληροφόρησης ως προς το φύλο των φοιτητών/φοιτητριών δεν διαφοροποιούνται σημαντικά, διαπιστώνοντας ομοιογένεια στον τρόπο ενημέρωσης των νέων για το AIDS. Μοναδική εξαίρεση ωστόσο αποτελεί και η πρώτη επιλογή, το «Σχολικό



περιβάλλον», καθώς φαίνεται σημαντικά υψηλότερο ποσοστό φοιτητριών να δηλώνει ότι ενημερώθηκε από το σχολείο έναντι των φοιτητών (61,9% έναντι 45,3%, αντίστοιχα,  $p=0.002$ ).

**Σχήμα 2.** Πηγές πληροφόρησης – ενημέρωσης σχετικά με το AIDS των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας.



**Πίνακας 3.** Πηγές πληροφόρησης – ενημέρωσης σχετικά με το AIDS των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας, ως προς το φύλο τους.

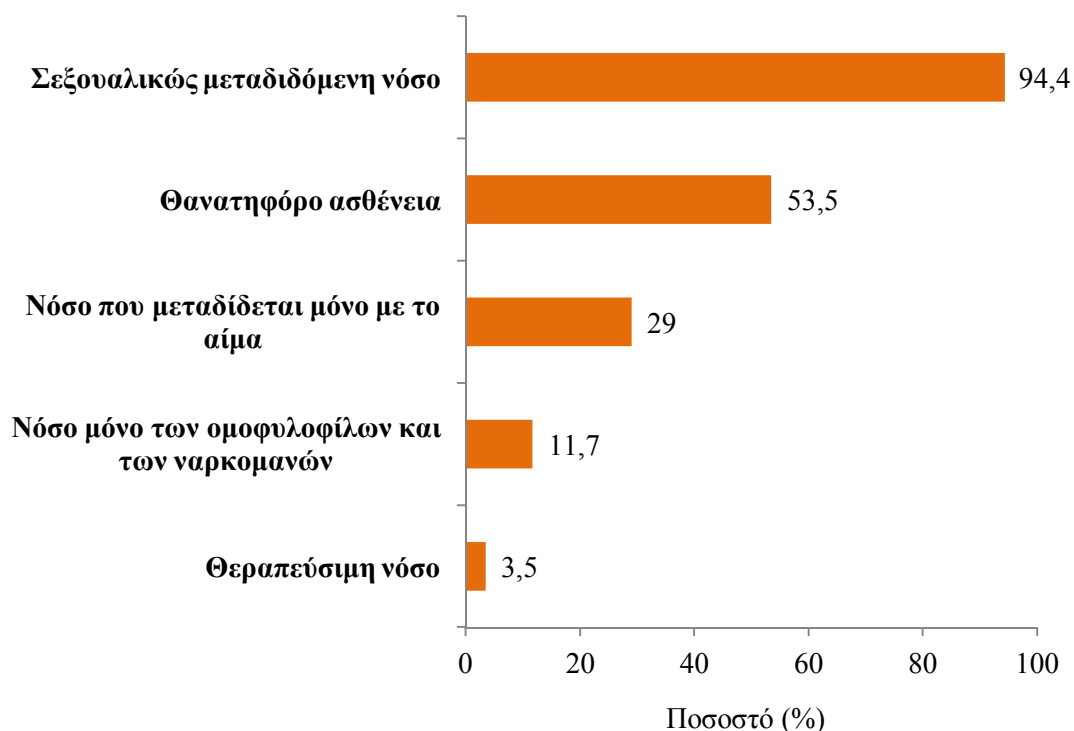
	Φοιτητές	Φοιτήτριες	<i>p</i> -value
	<i>n</i> =151	<i>n</i> =226	
	Ποσοστό (%)		
Οικογένεια	46,0	51,6	0,457
Φιλικό περιβάλλον	30,0	23,0	0,149
Σχολικό περιβάλλον	45,3	61,9	<b>0,002</b>
Μ.Μ.Ε	45,3	43,4	0,751
Ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό	18,7	27,0	0,065
Προσωπικό ενδιαφέρον - αναζήτηση	38,7	41,6	0,593

Έλεγχος  $\chi^2$

Το 94,4% των φοιτητών/φοιτητριών (**σχήμα 3**) γνωρίζουν πρωτίστως το AIDS ως μια «σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος» και έπεται η αναγνώριση της ως «θανατηφόρα ασθένεια» από 53,5% ή ως «θεραπεύσιμη νόσος» από το 3,5%. Οι παραπάνω

εκτιμήσεις και σύμφωνα με τον **πίνακα 4**, δεν διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς το φύλο των φοιτητών/φοιτητριών, διαπιστώνοντας ομοιογένεια και στην αναγνώριση του AIDS ως ασθένεια, νόσο κλπ. σε ανάλογα ποσοστά.

**Σχήμα 3.** Κατανομή πολλαπλών απαντήσεων των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας, στην ερώτηση «*Το AIDS το γνωρίζετε ως:*».



**Πίνακας 4.** Κατανομή πολλαπλών απαντήσεων των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας στην ερώτηση «*Το AIDS το γνωρίζετε ως:*», ως προς το φύλο τους.

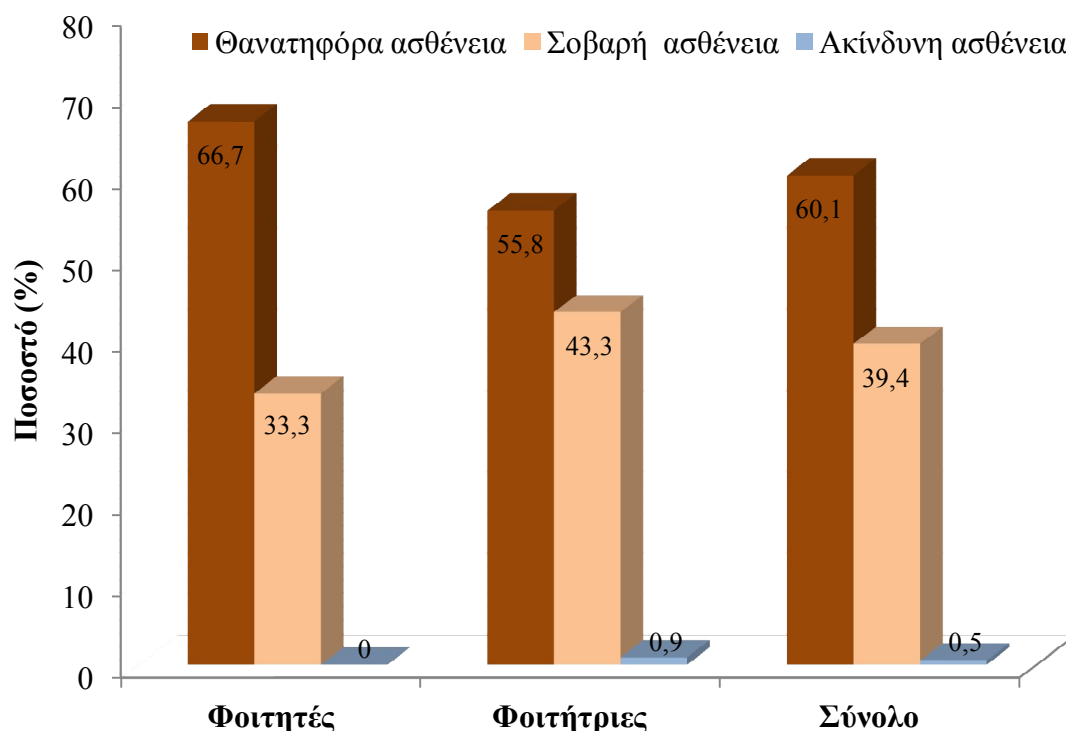
	Φοιτητές	Φοιτήτριες	p-value
	v=151	v=226	
	Ποσοστό (%)		
Σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο	93,3	95,1	0,496
Νόσο που μεταδίδεται μόνο με το αίμα	31,3	27,4	0,419
Θανατηφόρο ασθένεια	50,7	55,3	0,399
Νόσο μόνο των ομοφυλοφίλων και των ναρκομανών	11,3	11,9	0,856
Θεραπεύσιμη νόσο	2,0	4,4	0,258

<sup>1</sup>Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων.

Περιορίζοντας την επιλογή για την αναγνώριση του AIDS, και θεωρώντας τη ως «θανατηφόρα ασθένεια» ή «σοβαρή» ή «ακίνδυνη» (**σχήμα 4**), το 60,1% το θεωρούν «θανατηφόρα ασθένεια», το 39,4% ως «σοβαρή» και μόλις το 0,5% ως «ακίνδυνη».

Μεταξύ φοιτητών και φοιτητριών ωστόσο δεν διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση στην εν λόγω διάκριση, καθώς το 66,7% των φοιτητών το θεωρούν ως «θανατηφόρα ασθένεια» έναντι 55,8% των φοιτητριών ( $p=0.067$ ).

**Σχήμα 4.** Κατανομή απαντήσεων των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι το AIDS είναι:».



Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων,  $p=0.067$

Αντίθετα με τα παραπάνω, σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό φοιτητριών δηλώνουν να γνωρίζουν τι σημαίνουν τα αρχικά «AIDS» (**πίνακας 5**) έναντι των φοιτητών (22,6% έναντι 8,6%, αντίστοιχα,  $p=0.001$ ). Γενικά όμως, μόλις το 17,0% δηλώνουν ότι γνωρίζουν ενώ σημειώνεται ότι στην αντίστοιχη ερώτηση δεν απάντησε το 53,0%, είτε γιατί δεν γνώριζαν είτε γιατί δεν θέλησαν να απαντήσουν. Με περισσότερη ειλικρίνεια ωστόσο, το 30,0% απαντά να μη γνωρίζει τι σημαίνουν τα αρχικά «AIDS».

Παράλληλα όμως και ανεξάρτητα από την ετοιμολογία του όρου AIDS, ρωτήθηκαν οι φοιτητές και οι φοιτήτριες και για τον ιό HIV και κατά πόσο οι δύο όροι είναι

**Πίνακας 5.** Κατανομή απαντήσεων των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας στην ερώτηση «Γνωρίζετε τι σημαίνουν τα αρχικά AIDS;», ως προς το φύλο τους.

Σύνολο v=377	Φοιτητές v=151	Φοιτήτριες v=226
-----------------	-------------------	---------------------

	Ποσοστό (%)			p-value
<i>Ναι</i>	17,0	8,6	22,6	
<i>Όχι</i>	30,0	36,4	25,7	<b>0,001</b>
<i>Δεν απάντησαν</i>	53,0	66,0	51,8	

Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων.

ταυτόσημοι (**πίνακας 6**). Στις απαντήσεις που έδωσαν και αν συμφωνούν ή όχι, δεν διαπιστώθηκε σημαντική φυλετική διαφοροποίηση ( $p=0.056$ ). Ωστόσο, το 45,9% δήλωσαν ότι οι δύο όροι είναι ταυτόσημοι, το 22,1% ότι δεν είναι, το 3,1% ότι δεν γνωρίζουν ενώ το 29,6% δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση. Σύμφωνα ωστόσο με το **σχήμα 5**, οι φοιτητές και οι φοιτήτριες της σχολής ΣΕΥΠ φαίνεται να διαφωνούν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό για το αν είναι ταυτόσημοι οι δυο όροι σε σχέση με τους/τις φοιτητές/φοιτήτριες των σχολών ΣΔΟ, ΣΤΕΦ & ΣΤΕΓ (22,4% έναντι 22,1%, 15,1% & 5,9%, αντίστοιχα,  $p=0.006$ ), καταδεικνύοντας ενδεχομένως το γνωστικό τους πλεονέκτημα ως σπουδάζοντες σε επαγγέλματα υγείας.

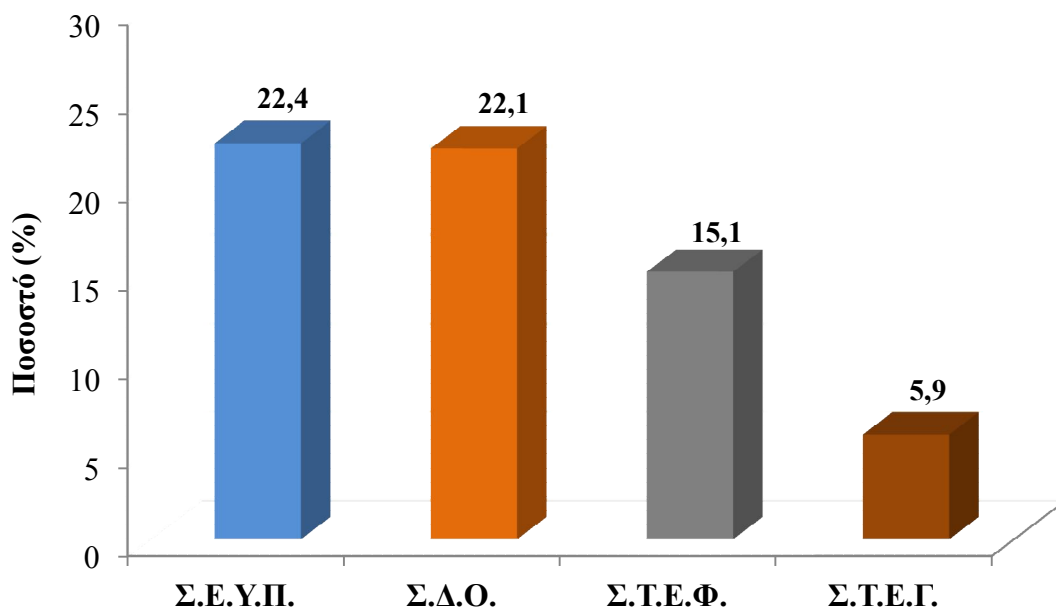
**Πίνακας 6.** Κατανομή απαντήσεων των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας στην ερώτηση «Οι όροι HIV και AIDS είναι ταυτόσημοι;», ως προς το φύλο τους.

	Σύνολο n=377	Φοιτητές n=151	Φοιτήτριες n=226	p-value
	Ποσοστό (%)			
<i>Συμφωνούν (Ναι)</i>	45,9	47,0	45,1	
<i>Διαφωνούν (Όχι)</i>	22,1	12,6	22,1	0,056
<i>Δεν γνωρίζουν</i>	3,1	6,6	3,1	
<i>Δεν απάντησαν</i>	29,6	33,8	29,6	

Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων.

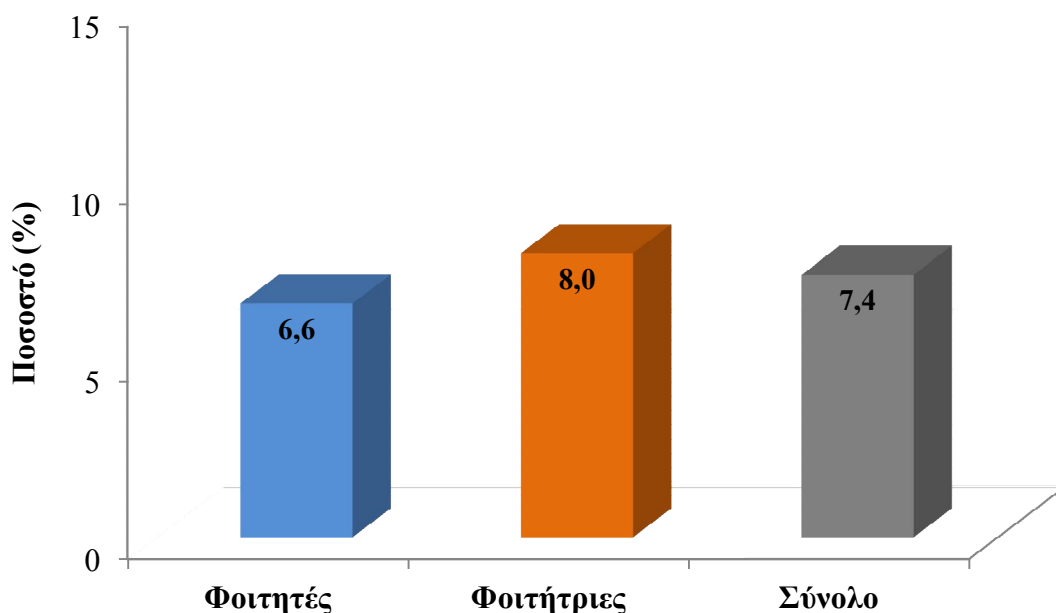
Εκτός όμως τη συμφωνία ή διαφωνία για το αν οι όροι HIV & AIDS είναι ταυτόσημοι ή όχι, αρκετοί φοιτητές και φοιτήτριες της έρευνας απέδωσαν επιγραμματικά τη σχέση των δύο όρων (**σχήμα 6**). Έτσι, το 7,4% απάντησε επιγραμματικά στην ερώτηση ότι «ο HIV είναι ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας που προκαλεί τη νόσο AIDS», χωρίς ωστόσο να διαφέρουν οι φοιτητές και οι φοιτήτριες στη συγκεκριμένη διατύπωση (6,6% έναντι 8,0%, αντίστοιχα,  $p=0.692$ ).

**Σχήμα 5.** Ποσοστά των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας ως προς τη σχολή φοίτησης που διαφωνούν ότι «Οι όροι HIV και AIDS είναι ταυτόσημοι».



Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ σχολών,  $p=0.006$

**Σχήμα 6.** Ποσοστά των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας που αναφέρουν ότι «ο HIV είναι ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας που προκαλεί τη νόσο AIDS».

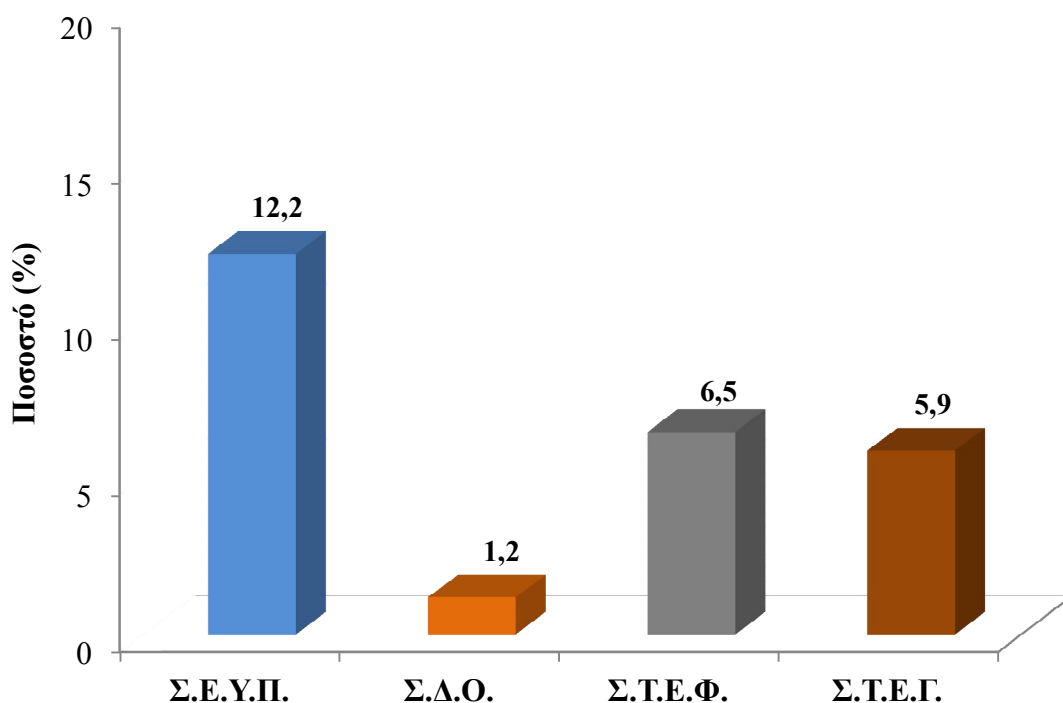


Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων,  $p=0.692$

Όπως αξιολογήθηκε μεταξύ φοιτητών/φοιτητριών διαφόρων σχολών στον αν είναι ταυτόσημοι οι όροι HIV & AIDS, στο **σχήμα 7** παρουσιάζεται πως οι φοιτητές και οι φοιτήτριες των σχολών απέδωσαν επιγραμματικά τη σχέση των δύο όρων. Γενικά

λοιπόν, οι φοιτητές και οι φοιτήτριες της σχολής ΣΕΥΠ φαίνεται να διατυπώνουν επιγραμματικά σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι «ο HIV είναι ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας που προκαλεί τη νόσο AIDS», σε σχέση με τους/τις φοιτητές/φοιτήτριες των σχολών ΣΔΟ, ΣΤΕΦ & ΣΤΕΓ (12,2% έναντι 1,2%, 6,5% & 5,9%, αντίστοιχα,  $p=0.017$ ). Επιβεβαιώνεται έτσι η γνωστική τους ικανότητα έναντι των συναδέλφων τους των άλλων σχολών σε ζητήματα γνώσεων που αφορούν το ιό HIV και την ασθένεια του AIDS.

**Σχήμα 7.** Ποσοστά των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας ως προς τη σχολή φοίτησης, που αναφέρουν ότι «ο HIV είναι ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας που προκαλεί τη νόσο AIDS».



Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ σχολών,  $p=0.017$

Πλέον όλων των παραπάνω, ελέγχοντας τέλος για τον αν είναι ταυτόσημοι οι όροι HIV & AIDS ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των γονιών των φοιτητών/φοιτητριών (πίνακας 7), δεν διαφοροποιούνται τα ποσοστά τους ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των γονιών τους, ενισχύοντας τα παραπάνω αποτελέσματα για την πληροφόρηση/ενημέρωση τους από το σχολικό περιβάλλον και το καλύτερο γνωσιακό τους επίπεδο σε σχετικά θέματα λόγω φοίτησης σε σχολές επαγγελματιών υγείας.

**Πίνακας 7.** Κατανομή απαντήσεων των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας στην ερώτηση «Οι όροι HIV και AIDS είναι ταυτόσημοι;», ως προς τη μόρφωση των γονιών τους.

	Έως Β'βάθμια v=151	Τουλάχιστον ένας ανώτερη, ανώτατη v=226	
	Ποσοστό (%)		p-value
Συμφωνούν (Ναι)	47,4	44,0	
Διαφωνούν (Όχι)	18,2	18,5	0,421
Δεν γνωρίζουν	5,7	3,0	
Δεν απάντησαν	28,7	34,5	

Έλεγχος  $\chi^2$

Για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS οι φοιτητές και φοιτήτριες της έρευνας έδωσαν πολλαπλές απαντήσεις σε σχετικές επιλογές (σχήμα 8). Μεταξύ άλλων, το 92,8% έδωσε ως βασικό τρόπο μετάδοσης «Μέσω της μετάγγισης μολυσμένου αίματος», το 88% τη «σεξουαλική επαφή με οροθετικό άτομο και χωρίς προφύλαξη» ή το 74,5% την «ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών», ενώ με πολύ μικρότερη συχνότητα εμφανίζονται περιπτώσεις απαντήσεων με επικινδυνότητα μετάδοσης όπως η «κληρονομικότητα» από το 9,3%, «η εργασία στον ίδιο χώρο με μολυσμένο άτομο» από το 2,4% ή ο «εναγκαλισμός με μολυσμένο άτομο» από το 0,5%.

Σημειώνεται πάντως ότι στην αρχική επιλογή περί μετάδοσης «Μέσω της μετάγγισης μολυσμένου αίματος», δεν βρέθηκε σημαντική, μεταξύ φοιτητών/φοιτητριών των διαφόρων σχολών ( $p=0.090$ ), αλλά το 94,6% των φοιτητών/φοιτητριών που δηλώνουν «επαρκή» πληροφόρηση για το AIDS επιλέγουν αυτό το πιο επικίνδυνο τρόπο μετάδοσης, έναντι 94,5% με «μέτρια» και 70,8% με «ελλιπή» ( $p<0.001$ ) (αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται στο σχήμα). Έτσι διαπιστώνεται ότι οι όσοι φοιτητές/φοιτήτριες δήλωσαν ελλιπή γνώση για το AIDS θεωρούν και σε χαμηλότερη συχνότητα τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος ως το βασικό τρόπο μετάδοσης της ασθένειας. Μεταξύ φύλων ωστόσο (πίνακας 8), δεν διαφέρουν οι συχνότητες επιλογής στη μετάδοση «Μέσω της μετάγγισης μολυσμένου αίματος» ενώ σημαντικά περισσότερες φοιτήτριες έναντι των φοιτητών δήλωσαν ως τρόπο μετάδοσης «κατά τη διάρκεια της κύησης» (23,6% έναντι 10,6,  $p=0.002$ ), «κατά τη διάρκεια του

τοκετού» (43,6% έναντι 26,5,  $p=0.001$ ) ή τη «σεξουαλική επαφή με οροθετικό άτομο και χωρίς προφύλαξη» (92,4% έναντι 81,5,  $p=0.002$ ).

**Σχήμα 8.** Κατανομή πολλαπλών απαντήσεων των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS.



**Πίνακας 8.** Κατανομή πολλαπλών απαντήσεων των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS.



	Φοιτητές Φοιτήτριες		p-value
	v=151	v=226	
	Ποσοστό (%)		
<i>Αν μοιράζεσαι το φαγητό σου με ένα άτομο που έχει την ασθένεια</i>	6,6	5,3	0,602
<i>Αν χρησιμοποιείς την ίδια τουαλέτα με ένα άτομο που πάσχει</i>	13,9	16,4	0,504
<i>Αν είσαι χρήστης ναρκωτικών ουσιών (ενδοφλέβια χρήση)</i>	68,9	78,2	0,053
<i>Αν αλλάζεις συχνά συντρόφους (σεξουαλική επαφή με προφυλάξεις)</i>	31,1	37,8	0,225
<i>Κατά τη διάρκεια της κήσης</i>	10,6	23,6	<b>0,002</b>
<i>Κατά τη διάρκεια του τοκετού</i>	26,5	43,6	<b>0,001</b>
<i>Αν έρθεις σε σεξουαλική επαφή με ένα οροθετικό άτομο, χωρίς προφυλάξεις</i>	81,5	92,4	<b>0,002</b>
<i>Μέσω της μετάγγισης μολυσμένου αίματος</i>	92,7	92,6	0,949
<i>Αν εργάζεται στον ίδιο χώρο με ένα μολυσμένο άτομο</i>	3,3	1,8	0,340
<i>Είναι κληρονομική ασθένεια</i>	9,9	8,9	0,722
<i>Αν κολυμπάς στην ίδια πισίνα με ένα άτομο που έχει την ασθένεια (πισίνα που δεν πληροί τους κανόνες υγιεινής)</i>	17,9	17,3	0,891
<i>Αν φιλήσεις ένα μολυσμένο άτομο</i>	23,2	18,2	0,242
<i>Αν αγκαλιάσεις ένα μολυσμένο άτομο</i>	0,7	0,4	0,776

Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων.

Σε ερωτήσεις γνώσεων συμπτωματικής συμπεριφοράς του ιού HIV και μετάδοσης του AIDS ως προς το φύλο των φοιτητών και φοιτητριών (πίνακας 9), διαπιστώνεται ότι περισσότερες φοιτήτριες έναντι των φοιτητών δήλωσαν ότι «Ένα άτομο που πάσχει από τον ιό HIV συνήθως δεν φαίνονται τα συμπτώματα της ασθένειάς του» (62,0% έναντι 56,3,  $p=0.010$ ) ενώ γενικά το 56,3% των φοιτητών/φοιτητριών συμφωνούν με την παραπάνω διατύπωση. Επίσης το 70,4% συμφωνεί στο ότι «Τα άτομα που έχουν μονογαμικές σχέσεις, δεν κινδυνεύουν να μολυνθούν από τον ιό HIV» και το 81,6% ότι «Ένας άνθρωπος με AIDS μπορεί να θεραπευτεί πλήρως αν ακολουθεί σωστά τη φαρμακευτική του αγωγή». Όλες οι παραπάνω αναφορές δεν διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά και ως προς την ηλικία των φοιτητών και φοιτητριών (αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται στο πίνακα).

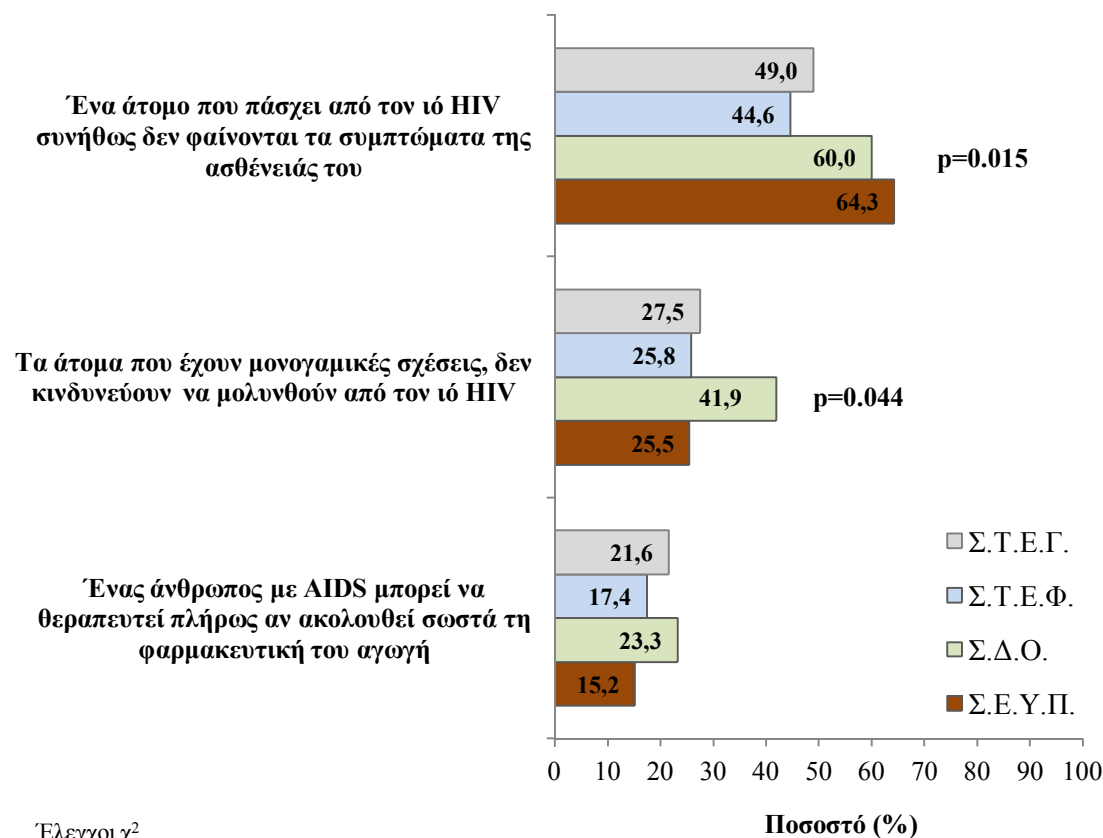
**Πίνακας 9.** Κατανομή καταφατικών απαντήσεων των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας σε γνώσεις συμπτωματικής συμπεριφοράς του ιού HIV και μετάδοσης του AIDS, ως προς το φύλο τους.

Ερωτήσεις	Σύνολο	Φοιτητές	Φοιτήτριες	p-value
	v=377	v=151	v=226	
	Ποσοστό (%)			
<i>Ένα άτομο που πάσχει από τον ιό HIV συνήθως δεν φαίνονται τα συμπτώματα της ασθένειάς του</i>	56,3	48,0	62,0	<b>0,010</b>
<i>Τα άτομα που έχουν μονογαμικές σχέσεις, δεν κινδυνεύουν να μολυνθούν από τον ιό HIV</i>	70,4	69,5	71,0	0,818
<i>Ένας άνθρωπος με AIDS μπορεί να θεραπευτεί πλήρως αν ακολουθεί σωστά τη φαρμακευτική του αγωγή</i>	81,6	81,3	81,7	0,929

Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων.

Ελέγχοντας παράλληλα τα παραπάνω ως προς τη σχολή φοίτησης (**σχήμα 9**), διαπιστώνεται ότι σημαντικά περισσότεροι φοιτητές/φοιτήτριες της σχολής ΣΕΥΠΙ

**Σχήμα 9.** Κατανομή καταφατικών απαντήσεων των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας σε γνώσεις συμπτωματικής συμπεριφοράς του ιού HIV και μετάδοσης του AIDS, ως προς τη σχολή φοίτησης.



έναντι συναδέλφων τους των σχολών ΣΔΟ, ΣΤΕΦ & ΣΤΕΓ συμφωνούν με την διατύπωση ότι «Ένα άτομο που πάσχει από τον ιό HIV συνήθως δεν φαίνονται τα συμπτώματα της ασθένειάς του» (64,3% έναντι 60,0%, 44,6% & 49,0%, αντίστοιχα,  $p=0.015$ ) ενώ αντίθετα χαμηλότερο ποσοστό παρατηρείται στη διατύπωση «Τα άτομα που έχουν μονογαμικές σχέσεις δεν κινδυνεύουν να μολυνθούν» (25,5% έναντι 41,9%, 25,8% & 27,5%, αντίστοιχα,  $p=0.044$ ).

### **6.3 Σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών & φοιτητριών**

Για τη σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας, παρουσιάζονται στον **πίνακα 10** ορισμένα χαρακτηριστικά που αφορούν συνήθειες είτε στο παρελθόν είτε στην τρέχουσα περίοδο της έρευνας. Από το σύνολο των 377 φοιτητών/φοιτητριών 31 ή 8,3% δήλωσαν ότι δεν έχουν σεξουαλικές σχέσεις (4 φοιτητές και 27 φοιτήτριες), ενώ το 34,2% δήλωσε έναρξη της σεξουαλικής του

**Πίνακας 10.** Κατανομή απαντήσεων σε ερωτήσεις σεξουαλικής συμπεριφοράς των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας, ως προς το φύλο τους.

		Σύνολο	Φοιτητές	Φοιτήτριες	<i>p</i> -value
		<i>v</i> =377	<i>v</i> =151	<i>v</i> =226	
		Ποσοστό (%)			
<b>Ηλικία έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας, χρόνια</b>	<17	32,4	49,7	20,6	<b>&lt;0,001</b>
	17-21	58,3	47,7	65,5	
	22+	1,1	0,0	1,8	
	<i>δεν έχουν σεξουαλικές σχέσεις</i>	8,3	2,6	12,1	
<b>Συχνή αλλαγή συντρόφων <sup>α</sup></b>		22,6	35,8	13,6	<b>&lt;0,001</b>
<b>Μόνιμη σχέση <sup>α</sup></b>		64,9	59,1	68,8	0,060
<i>Χρονική διάρκεια</i>	<1 εβδομάδα	2,9	4,4	2,0	<b>0,001</b>
	1-6 μήνες	32,8	47,8	23,8	
	>6 μήνες	14,5	10,0	17,2	
	1 χρόνο	9,1	8,9	9,3	
	>1 χρόνο	40,7	28,9	47,7	
<b>Παράλληλες σχέσεις <sup>α</sup></b>		15,3	27,5	6,9	<b>&lt;0,001</b>

<sup>1</sup> Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων.

<sup>α</sup> Εξαιρέθηκαν όσοι/όσες δεν έχουν σεξουαλικές σχέσεις.

δραστηριότητας πριν την ηλικία 17 ετών. Ειδικότερα, οι φοιτητές που άρχισαν σεξουαλικές σχέσεις πριν την ηλικία των 17 ετών φαίνεται να είναι σημαντικά περισσότεροι ή υπερδιπλάσιοι σε σχέση με τις φοιτήτριες (49,7% έναντι 20,6%, αντίστοιχα,  $p < 0.001$ ) όπως επίσης στη συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων (35,8% έναντι 13,6%, αντίστοιχα,  $p < 0.001$ ) ή στις παράλληλες ερωτικές σχέσεις (27,5% έναντι 6,9%, αντίστοιχα,  $p < 0.001$ ). Αντίθετα, μόνιμη σχέση για περισσότερο από ένα έτος φαίνεται να διατηρούν σε σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα οι φοιτήτριες έναντι των φοιτητών (47,7% έναντι 28,9%, αντίστοιχα,  $p = 0.001$ ).

#### **6.4 Μέτρα πρόληψης**

Από τα κυριότερα χαρακτηριστικά ωστόσο της σεξουαλικής συμπεριφοράς αποτελούν τα μέτρα πρόληψης και προστασίας της ατομικής αλλά και της δημόσιας υγείας, από τη μετάδοση του HIV. Στον **πίνακα 11** παρουσιάζονται έτσι οι

**Πίνακας 11.** Κατανομή πολλαπλών απαντήσεων για τους καταλληλότερους τρόπους προφύλαξης στη μετάδοση της λοίμωξης HIV, ως προς το φύλο των 377 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας.

	Σύνολο	Φοιτητές	Φοιτήτριες	<i>p</i> -value
	<i>v</i> =377	<i>v</i> =151	<i>v</i> =226	
	Ποσοστό (%)			
<i>Αντισυλληπτικό χάπι</i>	9,7	9,3	9,9	0,854
<i>Αποχή</i>	22,6	17,3	26,1	0,058
<i>Λήψη αντιβιοτικών φαρμάκων πριν από τη σεξουαλική επαφή</i>	4,0	6,0	2,7	0,117
<i>Προφυλακτικό</i>	95,4	92,7	97,3	<b>0,044</b>
<i>Σπιράλ</i>	12,6	12,7	12,6	0,988
<i>Διάφραγμα- καλύμματα τραχήλου</i>	12,1	11,3	12,6	0,748
<i>Διακεκομμένη συνουσία</i>	4,6	6,0	3,6	0,316
<i>Αποφυγή χειραψίας με φορέα</i>	1,6	3,3	0,5	<b>0,041</b>
<i>Πρωκτική σεξουαλική επαφή</i>	5,6	8,0	4,1	0,114
<i>Στοματική σεξουαλική επαφή</i>	7,8	10,7	5,9	0,114
<i>Τοπική πλύση μετά τη σεξουαλική επαφή</i>	15,9	12,0	18,5	0,112

Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων.

συχνότητες απαντήσεων για τους καταλληλότερους τρόπους προφύλαξης, σε έντεκα κλειστές διαμορφωμένες ερωτήσεις για την περαιτέρω αξιολόγηση των γνώσεων των φοιτητών/φοιτητριών της έρευνας. Η μεγαλύτερη συχνότητα απαντήσεων για τον καταλληλότερο τρόπο προφύλαξης για τον ιό HIV αφορά το «Προφυλακτικό» καθώς αναφέρεται από το 95,4% των φοιτητών/φοιτητριών (φοιτητές:92,7%, φοιτήτριες:97,3%,  $p=0.044$ ) και έπεται η «αποχή από το σεξ» από το 22,6%. Υπάρχουν ωστόσο διατυπωμένες μέθοδοι που δεν συνάδουν με τους κατάλληλους τρόπους προστασίας και απλά οι φοιτητές/φοιτήτριες τις επιλέγουν ως κατάλληλους τρόπους, όπως το «αντισυλληπτικό χάπι» (9,7%), η «λήψη αντιβιοτικών φαρμάκων» (4,0%), η «διακεκομμένη συνουσία» (4,6%) κ.λπ. Οι επιλογές αυτές αν και σε μικρές συχνότητες καταδεικνύουν για ένα μικρό σύνολο φοιτητών και φοιτητριών την έλλειψη ενημέρωσης για ασφάλεια και ορθή σεξουαλική συμπεριφορά. Σημειώνεται ακόμα ότι η θεώρηση του «Προφυλακτικού» ως καταλληλότερου μέτρου προστασίας έχει την ίδια συχνότητα αναφοράς από φοιτητές και φοιτήτριες με μόνιμο ή όχι δεσμό ( $p=0.311$ ), είναι διαφόρων ηλικιών ( $p=0.381$ ) ή προέρχονται από διάφορες σχολές ( $p=0.622$ ) (αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται στον πίνακα).

Αναλυτικότερα ωστόσο, και στη χρήση πλέον του προφυλακτικού στις σεξουαλικές τους επαφές (πίνακας 12), συνολικά το 43,1% των φοιτητών/φοιτητριών με ενεργή

**Πίνακας 12.** Κατανομή απαντήσεων σε ερωτήσεις για τη χρήση προφυλακτικού, ως προς το φύλο των φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας.

		Σύνολο			p-value
		Φοιτητές	Φοιτήτριες	Ποσοστό (%)	
	$n^a$	341	145	196	
<b>Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική σας επαφή;</b>	<i>πάντα</i>	43,1	43,4	42,9	0,224
	<i>σχεδόν πάντα</i>	26,4	20,7	30,6	
	<i>συνήθως</i>	17,6	21,4	14,8	
	<i>σπάνια</i>	9,7	11,0	8,7	
	<i>όχι, ποτέ</i>	3,2	3,4	3,1	
	$n^b$	370	149	221	
<b>Θεωρείτε τη χρήση προφυλακτικού, ως την ασφαλέστερη μέθοδο προστασίας;</b>	<i>ναι</i>	78,1	79,2	77,4	0,702
	<i>όχι</i>	21,9	20,8	22,6	

<sup>a</sup> Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων.

<sup>a</sup> Εξαιρέθηκαν όσοι/όσες δεν έχουν σεξουαλικές σχέσεις.

<sup>b</sup> Όλοι όσοι/όσες απάντησαν.

σεξουαλικά ζώη χρησιμοποιούν «πάντα» προφυλακτικό (φοιτητές:43,4%, φοιτήτριες:42,9%,  $p=0.224$ ) ενώ το 3,2% αναφέρει «ποτέ». Επιπλέον η θεώρηση του προφυλακτικού γενικά ως ασφαλέστερη μέθοδος προστασίας επιλέχθηκε από το 78,1% χωρίς να σημειώνεται σημαντική διαφορά μεταξύ φοιτητών και φοιτητριών ( $p=0.702$ ). Μη σημαντική διαφορά διαπιστώθηκε επίσης στα παραπάνω χαρακτηριστικά χρήσης του προφυλακτικού ως προς την ηλικία, τη σχολή φοίτησης και το επίπεδο εκπαίδευσης γονέων ( $p>0.05$ ) (αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται στον πίνακα).

Συσχετίζοντας ωστόσο τα χαρακτηριστικά χρήσης του προφυλακτικού ως προς την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας των φοιτητών/φοιτητριών (πίνακας 13), διαπιστώνεται όσοι/όσες άρχισαν πριν την ηλικία των 17 ετών τις σεξουαλικές τους σχέσεις έναντι εκείνων σε ηλικία 17-21 ή 21+, κάνουν σε μικρότερη συχνότητα καθολική («πάντα») χρήση προφυλακτικού (36,4% έναντι 46,5% και 50,0%, αντίστοιχα,  $p=0.016$ ). Επιπλέον όμως, η θεώρηση του προφυλακτικού γενικά ως ασφαλέστερη μέθοδος προστασίας δεν διαφέρει ως προς την πρωιμότητα έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων των φοιτητών και φοιτητριών ( $p=0.333$ ).

**Πίνακας 13.** Συσχέτιση απαντήσεων σε ερωτήσεις για τη χρήση προφυλακτικού με την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας των φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας.

		Ηλικία έναρξης, χρόνια			<i>p</i> -value
		<17	17-21	22+	
		Ποσοστό (%)			
	<i>n</i> <sup>a</sup>	121	213	4	
<b>Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική σας επαφή;</b>	<i>πάντα</i>	36,4	46,5	50,0	0,016
	<i>σχεδόν πάντα</i>	21,5	29,6	-	
	<i>συνήθως</i>	24,8	13,6	25,0	
	<i>σπάνια</i>	14,9	6,6	25,0	
	<i>όχι, ποτέ</i>	2,5	3,8	-	
	<i>n</i> <sup>b</sup>	119	213	4	
<b>Θεωρείτε τη χρήση προφυλακτικού, ως την ασφαλέστερη μέθοδο προστασίας;</b>	<i>ναι</i>	75,6	78,9	100,0	0,333
	<i>όχι</i>	24,4	21,1	-	

<sup>a</sup> Έλεγχος  $\chi^2$  (γραμμική τάση)

<sup>a</sup> Εξαιρέθηκαν όσοι/όσες δεν έχουν σεξουαλικές σχέσεις.

<sup>b</sup> Όλοι όσοι/όσες απάντησαν.

Οι αιτιολογίες μη χρήσης του προφυλακτικού από τους σεξουαλικά ενεργούς φοιτητές και φοιτήτριες της έρευνας παρουσιάζονται στον **πίνακα 14**. Μεταξύ άλλων, φαίνεται γενικά ότι η πλειοψηφία ή το 67,8% δικαιολογεί τη μη χρήση προφυλάξεων λόγω «μόνιμης σχέσης», το 14,9% ότι βρέθηκε «Σε περιστασιακή σχέση διότι έτυχε να μην έχει μέτρα προφύλαξης» (φοιτητές:20,8%, φοιτήτριες:10,6%,  $p=0.020$ ) ή το 8,8% λόγω «Χρήσης αντισυλληπτικών χαπιών», στοιχείο που καθορίζει προφύλαξη μόνο για ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Παράλληλα, ένα αξιόλογο σύνολο ή το 15,9% των φοιτητών και φοιτητριών αναφέρουν την «Μειωμένη αίσθηση ευχαρίστησης» (φοιτητές:24,0%, φοιτήτριες:10,0%,  $p=0.002$ ), 6,1% το «Αυξημένο οικονομικό κόστος» (φοιτητές:11,2%, φοιτήτριες:2,4%,  $p=0.002$ ) και το 5,4% ότι «Προκαλεί άγχος» (φοιτητές:10,4%, φοιτήτριες:1,8%,  $p=0.001$ ).

**Πίνακας 14.** Κατανομή πολλαπλών απαντήσεων για τις περιπτώσεις που δεν λαμβάνονται μέτρα προφύλαξης, ως προς το φύλο των φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας.

	Σύνολο $v=295^a$	Φοιτητές $v=125$	Φοιτήτριες $v=170$	$p$ -value
	Ποσοστό (%)			
<i>Σε μόνιμη σχέση</i>	67,8	63,2	71,2	0,166
<i>Σε περιστασιακή σχέση διότι έτυχε να μην έχετε μαζί σας μέτρα προφύλαξης</i>	14,9	20,8	10,6	<b>0,020</b>
<i>Λόγω χρήσης αντισυλληπτικών χαπιών</i>	8,8	7,2	10,0	0,534
<i>Μόνο την 1η φορά λόγω ανύπαρκτης πιθανότητας μόλυνσης</i>	3,1	3,2	2,9	0,898
<i>Δεν χρησιμοποιώ για να μη φανεί προσχεδιασμένη η σεξουαλική πράξη</i>	2,0	4,0	0,6	0,086
<i>Αυξημένο οικονομικό κόστος</i>	6,1	11,2	2,4	<b>0,002</b>
<i>Προκαλεί άγχος</i>	5,4	10,4	1,8	<b>0,001</b>
<i>Μειωμένη αίσθηση ευχαρίστησης</i>	15,9	24,0	10,0	<b>0,002</b>

<sup>†</sup> Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων.

<sup>a</sup> Εξαιρέθηκαν όσοι/όσες δεν έχουν σεξουαλικές σχέσεις και δεν απάντησαν στις ερωτήσεις.

## **6.5 Αξιολόγηση γνώσεων μετάδοσης & μέτρων πρόληψης των φοιτητών και φοιτητριών**

Τέλος, προσδιορίζοντας μια συνολική βαθμολογία (score) των γνώσεων για μετάδοση και των μέτρων πρόληψης του HIV/AIDS που λαμβάνουν οι φοιτητές και φοιτήτριες

της έρευνας ή θεωρείται γενικά ότι πρέπει να λαμβάνονται, έγινε προσπάθεια να αξιολογηθούν οι γνώσεις τους και η πρόληψη αυτή, σε συνδυασμό με άλλα χαρακτηριστικά τους ή συμπεριφορές κινδύνου για τη μετάδοση του ιού HIV και της νόσου του AIDS. Από τον **πίνακα 15** λοιπόν, διαπιστώνεται ότι πράγματι με βάση τη βαθμολογία αυτή όσοι δηλώνουν ήδη αντικειμενικά «ελλιπή» πληροφόρηση σχετικά με το AIDS έχουν και σημαντικά χαμηλότερη μέση βαθμολογία γνώσεων & πρόληψης σε σχέση με όσους δηλώνουν «μέτρια» ή «επαρκή (9,7 έναντι 11,8 και 12,5, αντίστοιχα,  $p=0.001$ ). Ωστόσο, η βαθμολογία γνώσεων & πρόληψης δεν φαίνεται να διαφοροποιείται ως προς άλλα χαρακτηριστικά ή συμπεριφορές και μορφές σεξουαλικής ζωής, με εξαίρεση τη σχολή σπουδών, όπου οι φοιτητές/φοιτήτριες της ΣΕΥΠ φαίνεται να έχουν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία έναντι των συναδέλφων τους μονάχα στη σχολή ΣΤΕΓ (12,4 έναντι 11,2,  $p=0.049$ ).

**Πίνακας 15.** Αξιολόγηση της γνώσης και πρόληψης των φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας μέσω εκτίμησης βαθμολογίας (score) σε ερωτήσεις γνώσεων και μέτρων πρόληψης.

		n	Βαθμολογία	
			Μέση τιμή (τυπ. απόκλιση)	p-value
<b>Πληροφόρηση σχετικά με το AIDS</b>	<i>επαρκή</i>	185	12,5 (3,4)	0,001
	<i>μέτρια</i>	164	11,8 (3,5)	
	<i>ελλιπή</i>	24	9,7 (5,1)	
<b>Φύλο</b>	<i>Φοιτητές</i>	151	11,9 (3,8)	0,907
	<i>Φοιτήτριες</i>	226	12,0 (3,7)	
<b>Σχολή σπουδών</b>	<i>Σ.Ε.Υ.Π.</i>	147	12,4 (3,5)	0,070
	<i>Σ.Δ.Ο.</i>	86	11,4 (4,3)	
	<i>Σ.Τ.Ε.Φ.</i>	93	11,4 (3,6)	
	<i>Σ.Τ.Ε.Γ.</i>	51	11,2 (3,6)	
<b>Συχνή αλλαγή συντρόφων</b>	<i>ναι</i>	84	12,0 (3,8)	0,951
	<i>όχι</i>	288	12,0 (3,7)	
<b>Μόνιμη σχέση</b>	<i>ναι</i>	240	11,9 (3,9)	0,329
	<i>όχι</i>	130	12,3 (3,5)	
<b>Παράλληλη σχέση</b>	<i>ναι</i>	56	12,6 (3,6)	0,329
	<i>όχι</i>	310	11,9 (3,8)	

Η βαθμολογία καθορίστηκε από 24 ερωτήσεις Γνώσεων (σχήμα 8) και Πρόληψης (πίνακας 11) σωστού (+1) και λάθους (-1). Το εύρος της κυμαίνεται μεταξύ -2 έως +20, με θετική υψηλή βαθμολογία να υποδηλώνει καλό επίπεδο Γνώσεων και Πρόληψης.

Ανάλυση διακύμανσης με έλεγχο ετερογένειας των Levene (οι post hoc έλεγχοι έδειξαν σημαντική διαφορά μεταξύ ΣΕΥΠ & ΣΤΕΓ,  $p=0.049$ ).



Υπολογίζοντας ακόμη τη μέση βαθμολογία γνώσεων & πρόληψης ως προς τη διατύπωση αν είναι ταυτόσημοι οι όροι HIV & AIDS (**πίνακας 16**), διαπιστώνεται ότι το επίπεδο της μέσης βαθμολογίας διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τις απαντήσεις ( $p=0.002$ ) καθώς όσοι συμφωνούν ή και διαφωνούν με τη συγκεκριμένη διατύπωση έχουν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία γνώσεων & πρόληψης σε σχέση με όσους δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη διατύπωση (12,5 ή 12,7 έναντι 10,9, αντίστοιχα,  $p<0.01$ ). Για όσους λοιπόν δεν απάντησαν, υπάρχει σαφής ένδειξη ότι έχουν χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων & πρόληψης σε θέματα σχετικά με τον ιό HIV και το AIDS.

**Πίνακας 16.** Βαθμολογία γνώσης & πρόληψης των φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας ως προς την ερώτηση «Οι όροι HIV και AIDS είναι ταυτόσημοι;».

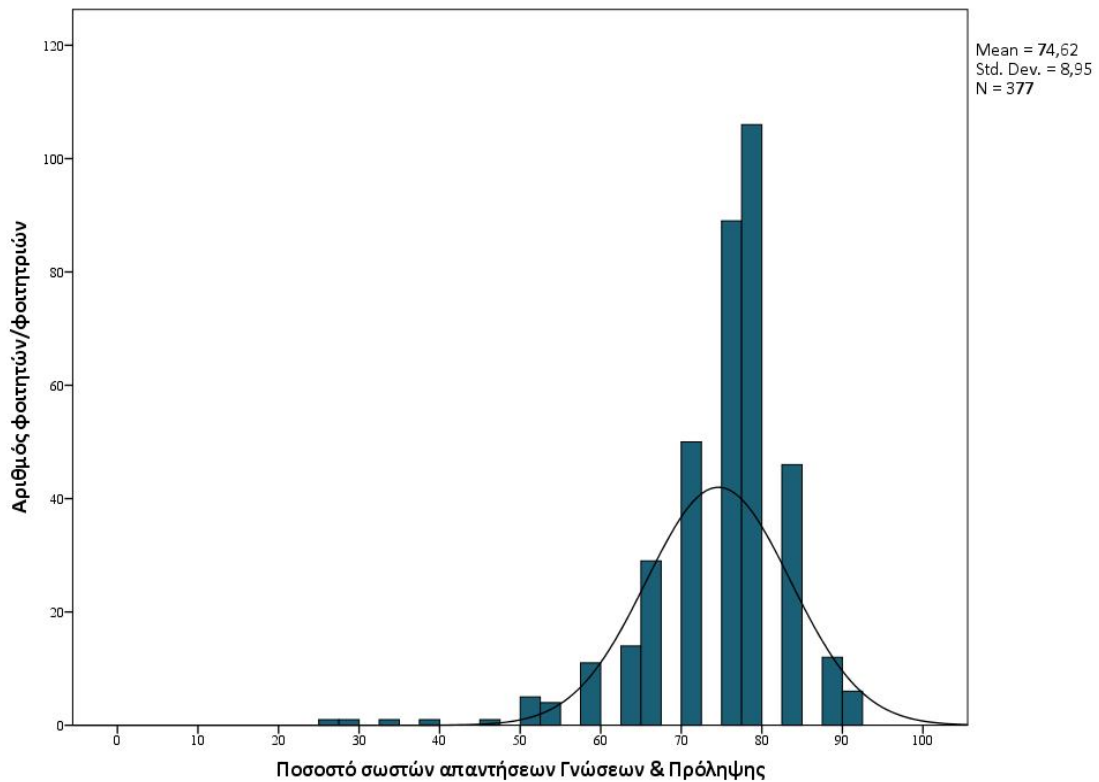
		<b>Βαθμολογία</b> Γνώσεων & Πρόληψης		
		v	Μέση τιμή (τυπ. απόκλιση)	p-value
<b>Οι όροι HIV και AIDS είναι ταυτόσημοι;</b>	<i>Συμφωνούν (Ναι)</i>	173	12,5 (3,9)	0,002
	<i>Διαφωνούν (Όχι)</i>	69	12,7 (2,6)	
	<i>Δεν γνωρίζουν</i>	17	12,2 (3,6)	
	<i>Δεν απάντησαν</i>	118	10,9 (3,9)	

Η βαθμολογία καθορίστηκε από 24 ερωτήσεις Γνώσεων (σχήμα 8) και Πρόληψης (πίνακας 11) σωστού (+1) και λάθους (-1). Το εύρος της κυμαίνεται μεταξύ -2 έως +20, με θετική υψηλή βαθμολογία να υποδηλώνει καλό επίπεδο Γνώσεων και Πρόληψης.

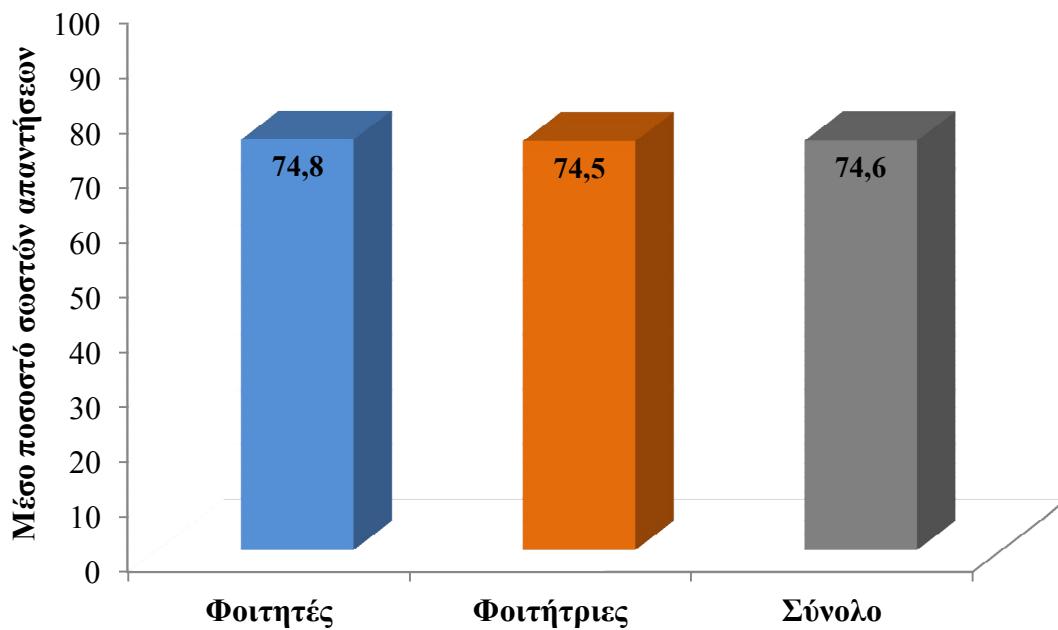
Έλεγχος με τη μέθοδο Kruskal Wallis (οι post hoc έλεγχοι έγιναν με τη μέθοδο Mann Whitney και έδειξαν σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολογία εκείνων που συμφωνούν ή διαφωνούν με εκείνους που δεν απάντησαν,  $p<0.01$ ).

Υπολογίζοντας τέλος και το μέσο ποσοστό των «σωστών» απαντήσεων που δόθηκαν στις 24 ερωτήσεις γνώσεων & πρόληψης για την ασθένεια του AIDS (**σχήματα 10 & 11**), διαπιστώνεται ότι το επίπεδο των σωστών απαντήσεων όλων των φοιτητών και φοιτητριών εκτιμάται στο 74,6% ή αρκετά υψηλό, χωρίς φυλετική διαφοροποίηση ή μεταξύ σχολών (αποτέλεσμα δεν παρουσιάζεται στο σχήμα). Είναι επίσης σε συμφωνία και με την αντικειμενική αυτοαναφορά της ενημέρωσης που έχουν ήδη λάβει οι φοιτητές/φοιτήτριες (**σχήμα 12**). Στο σημείο αυτό βρέθηκε σημαντική μείωση του μέσου ποσοστού σωστών απαντήσεων από 75,9 για όσους έχουν ήδη «Επαρκή» ενημέρωση, σε 73,8 με «Μέτρια» και 70,1 σε «Ελλιπή» ( $p=0.003$ ).

**Σχήμα 10.** Ποσοστά «Σωστών» απαντήσεων σε 24 ερωτήσεις Γνώσης & Πρόληψης των φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας.

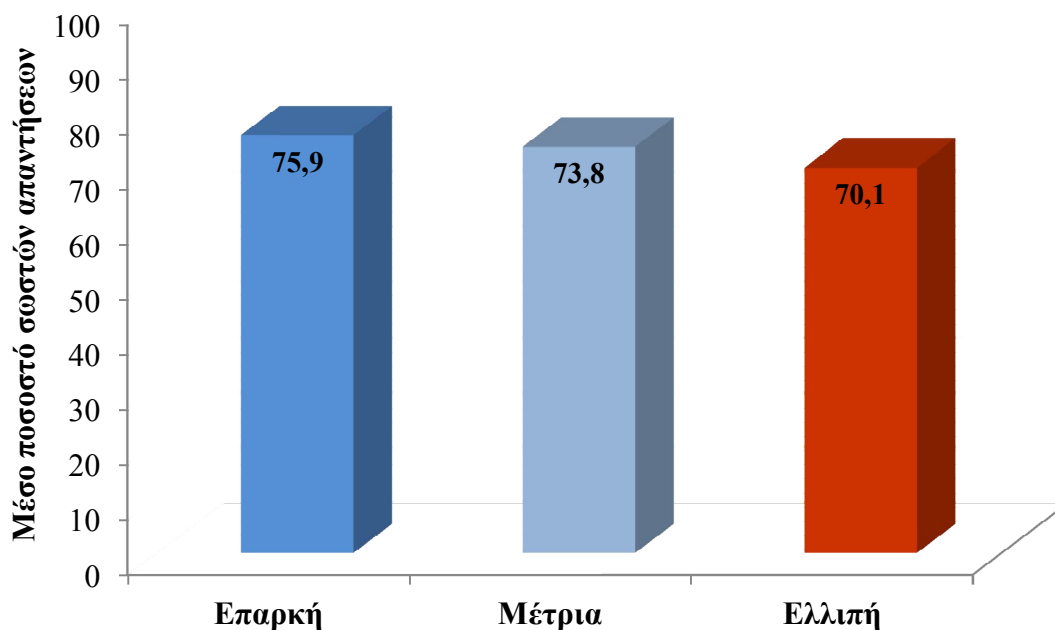


**Σχήμα 11.** Ποσοστά «Σωστών» απαντήσεων σε 24 ερωτήσεις Γνώσης & Πρόληψης ως προς το φύλο των φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας.



Ανάλυση διακύμανσης μεταξύ φύλων,  $p=0.768$

**Σχήμα 12.** Ποσοστά «Σωστών» απαντήσεων σε 24 ερωτήσεις Γνώσης & Πρόληψης των φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας ως προς την ενημέρωση που έχουν για την ασθένεια του AIDS.



Ανάλυση διακύμανσης (γραμμική τάση),  $p=0.003$

#### **6.6 Έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων ως προς τα αποτελέσματα**

Τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν στις προηγούμενες ενότητες περιλαμβάνουν ένα μεγάλο αριθμό και όγκο συνδυασμού δεδομένων όπως αυτά συλλέχτηκαν για την παρούσα μελέτη και τον προσδιορισμό σε γενικό επίπεδο των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών φοιτητών και φοιτητριών για την ασθένεια του AIDS. Ειδικά όμως, τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν στο σχεδιασμό της έρευνας της παρούσας εργασίας και αποτελούσαν οδηγό στην ολοκλήρωση της, έγινε προσπάθεια να απαντηθούν μέσω συγκεκριμένων αποτελεσμάτων. Αυτά λοιπόν αφορούν τα εξής:

**Ερώτημα 1<sup>ο</sup>.** «Σχετίζεται η σεξουαλική συμπεριφορά με τους τρόπους μετάδοσης της ασθένειας;»:

Οι πίνακες 10, 13 και 14 καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη σεξουαλική συμπεριφορά των 377 φοιτητών και φοιτητριών καθώς και τις συνήθειες που εκείνοι και εκείνες έχουν και ενδεχομένως αποτελούν κίνδυνο για τη μετάδοση της ασθένειας. Η πρόωμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων, πριν δηλαδή την ηλικία των 17 ετών, από το 1/3 των φοιτητών/φοιτητριών της έρευνας, καθώς η συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων ή οι παράλληλες σχέσεις (πίνακας 10), είναι

στοιχεία συμπεριφοράς σεξουαλικής δραστηριότητας που ενέχουν κίνδυνο. Αυτός ο κίνδυνος ενισχύεται σε μεγάλο βαθμό καθώς κάνουν σε μικρότερη συχνότητα καθολική χρήση προφυλακτικού, παρά το γεγονός ότι η χρήση προφυλακτικού θεωρείται ασφαλέστερη μέθοδος γενικής προφύλαξης (πίνακας 13). Η μη χρήση προφυλακτικού από τα 2/3 περίπου των ενεργών σεξουαλικά φοιτητών/φοιτητριών, δικαιολογείται από τους ίδιους λόγω της μόνιμης σχέσης που έχουν αναπτύξει την περίοδο της μελέτης (πίνακας 14).

**Ερώτημα 2<sup>ο</sup>.** *«Διαφέρει η ποιότητα ενημέρωσης ανάμεσα στα δυο φύλα;»:*

Τα σχήματα 1, 6, 9, 11 και οι πίνακες 3, 4, 5, 6 & 15 αποδίδουν επίσης σε πολύ μεγάλο βαθμό τον τρόπο ενημέρωσης και τις διαφορές που βρέθηκαν μεταξύ των φοιτητών και φοιτητριών. Η πιο χαρακτηριστική αποτύπωση της ενημέρωσης που έχουν δεχτεί οι φοιτητές και οι φοιτήτριες, αποτελεί η αντικειμενική αυτοαναφορά τους όπου συνολικά μόλις οι μισοί περίπου ή το 49,6% την χαρακτηρίζουν ως «επαρκή», χωρίς να διαφέρει η εκτίμηση αυτή μεταξύ φύλων (σχήμα 1). Στις πηγές πληροφόρησης με το «Σχολικό περιβάλλον» να αποτελεί την πρωταρχική πηγή για όλους, την αναφέρουν σημαντικά περισσότερες φοιτήτριες από ότι φοιτητές (πίνακας 3). Παράλληλα, δεν διαφέρει μεταξύ φύλων η αναγνώριση της επικινδυνότητας της ασθένειας του AIDS (πίνακας 4) ή κατά πόσο αναγνωρίζουν ως ταυτόσημους τους όρους HIV & AIDS (πίνακας 6, σχήμα 6), αλλά σημαντικά περισσότερες φοιτήτριες από ότι φοιτητές δηλώνουν ότι γνωρίζουν τα αρχικά της έννοιας του AIDS (πίνακας 5). Αποτιμώντας ωστόσο, ως συνέπεια της ενημέρωσης/πληροφόρησης τους, συνολικά τις γνώσεις για τη μετάδοση της ασθένειας και τα μέτρα πρόληψης, διαπιστώνεται ότι οι φοιτητές και οι φοιτήτριες της παρούσας έρευνας και μελέτης δεν έχουν σημαντικές και ουσιαστικές διαφορές στο επίπεδο γνώσεων & πρόληψης (πίνακας 15). Έτσι εκτιμήθηκε ότι οι σωστές απαντήσεις που δίνουν για τη γνώση & πρόληψη προσεγγίζει το 75%, επίπεδο αρκετά ικανοποιητικό αλλά όχι εφησυχαστικό (σχήμα 9 & 10).

**Ερώτημα 3<sup>ο</sup>.** *«Σχετίζεται ο βαθμός συνειδητοποίησης του κινδύνου της ασθένειας με την αύξηση του αριθμού των νέων κρουσμάτων;»:*

Η επίπτωση (incidence) της νόσου του AIDS, για νέα δηλαδή συμβάματα, δεν ελέγχεται στην παρούσα εργασία, παρά μόνο βιβλιογραφικά καθώς αφορά την μελέτη επιδημιολογικών δεδομένων και στατιστικών δελτίων. Ωστόσο σε

συνδυασμό και με τις αναφορές στο 2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα αλλά και τα σχήματα 3, 4, 10 και το πίνακα 15, δίνεται ο βαθμός συνειδητοποίησης του κινδύνου που ενέχει η συγκεκριμένη μεταδοτική ασθένεια, τόσο λόγω της υφιστάμενης ενημέρωσης (όπως εκείνη έχει δοθεί) αλλά και μέσω της σεξουαλικής συμπεριφοράς και των μέτρων πρόληψης. Η αυτοεκτίμηση λοιπόν ότι οι μισοί φοιτητές/φοιτήτριες έχουν «επαρκή» γνώση για την νόσο, δεν περιορίζεται μονάχα στο ότι γνωρίζει το σύνολο των φοιτητών ότι πρωτίστως το AIDS είναι «μεταδιδόμενη σεξουαλικά ασθένεια» αλλά ότι μόλις οι μισοί θεωρούν ότι είναι και «θανατηφόρος ασθένεια» ή ακόμη και «θεραπεύσιμη» ή «ακίνδυνη» (σχήμα 3 & 4). Παράλληλα, οι γνώσεις τους για τη μετάδοση της ασθένειας και τα μέτρα πρόληψης που δύναται να λαμβάνουν, φαίνεται να είναι γενικά σε καλό επίπεδο, ενώ διακρίνονται από αυτογνωσία και αντικειμενική κριτική για όσα έχουν μάθει και πληροφορηθεί για την ασθένεια του AIDS (σχήμα 10).

**Ερώτημα 4<sup>ο</sup>.** *«Διαφέρουν οι παράγοντες της εξάπλωσης του ιού HIV σε άντρες και γυναίκες;»:*

Οι παράγοντες κινδύνου για τη μετάδοση του ιού HIV και της νόσου του AIDS, καθορίζονται κυρίως από τις συνήθειες σεξουαλικής συμπεριφοράς αλλά και τις γνώσεις για την αντιμετώπιση της μετάδοσης της ασθένειας ή και τα μέτρα πρόληψης. Στον έλεγχο λοιπόν αν αυτές οι συμπεριφορές και οι γνώσεις-πρόληψη διαφέρουν μεταξύ φοιτητών/φοιτητριών έχουν ήδη αναφερθεί και για το 2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα ενώ συμπληρωματικά οι πίνακες 12 και 14 δίνουν τις σχετικές απαντήσεις. Συγκεκριμένα, αν και δεν διαφέρει η καθολική χρήση προφυλακτικού μεταξύ φοιτητών/φοιτητριών, κυρίως λόγω «μόνιμης σχέσης» (πίνακας 12), η μη χρήση του είναι περισσότερο εμφανής στους φοιτητές σε σχέση με τις φοιτήτριες που αναπτύσσουν περιστασιακή ερωτική σχέση ή λένε ότι προσφέρει «Μειωμένη αίσθηση ευχαρίστησης» ή ότι «Προκαλεί άγχος» (πίνακας 14).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

## Συμπεράσματα και Συζήτησή τους

### 7.1 Συμπεράσματα

Ο σκοπός της έρευνας της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν να διερευνηθεί ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης των νέων και η ενδεχόμενη σωστή ή μη σεξουαλική συμπεριφορά τους σχετικά με την ασθένεια του AIDS. Ως απώτερος στόχος ήταν να κατανοηθεί το πώς αντιλαμβάνονται, πως βιώνουν και πως αντιμετωπίζουν οι νέοι του ΤΕΙ Κρήτης τον κίνδυνο για τη μεταδοτική ασθένεια του AIDS. Έτσι, παρά την πληθώρα των δεδομένων που συλλέχτηκαν λόγω σπουδαιότητας του θέματος, η επεξεργασία τους με τη γενική επισκόπηση των ερευνητικών ερωτημάτων & στόχων, έδειξαν ότι:



#### *Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας*

- Περισσότερες φοιτήτριες έναντι φοιτητών συμμετείχαν στην έρευνα είτε λόγω διάρθρωσης των τμημάτων σπουδών, είτε λόγω ανταπόκρισης και συμμετοχής στην παρούσα έρευνα.

#### *Γνώσεις για την ασθένεια*

- Οι μισοί περίπου από τους φοιτητές/φοιτήτριες θεωρούν τη πληροφόρησή τους για το AIDS ως «επαρκή», χωρίς φυλετική διαφοροποίηση ( $p=0.916$ ).
- Περισσότεροι από τους μισούς φοιτητές/φοιτήτριες αναφέρει το «Σχολικό περιβάλλον» ως πρώτη πηγή πληροφόρησης ενώ ενημέρωση από αυτό έχουν δεχτεί περίπου τα 2/3 των φοιτητών/φοιτητριών που δηλώνουν ως «επαρκή» την πληροφόρηση για το AIDS.
- Οι πηγές πληροφόρησης/ενημέρωσης δεν διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς το φύλο των φοιτητών/φοιτητριών, διαπιστώνοντας ομοιογένεια στον τρόπο ενημέρωσης των νέων για το AIDS, με εξαίρεση ωστόσο το «Σχολικό περιβάλλον», καθώς περισσότερες φοιτήτριες δήλωσαν ενημέρωση από το σχολείο έναντι των φοιτητών ( $p=0.002$ ).

- Το σύνολο σχεδόν των φοιτητών/φοιτητριών πρωτίστως αναγνωρίζουν το AIDS ως μια «σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο», χωρίς να διαφοροποιούνται φυλετικά στην αναγνώριση αυτή, εκφράζοντας έτσι ομοιογένεια και στην αναγνώριση του AIDS ως ασθένεια, νόσο κλπ.
- Ωστόσο ο AIDS αναγνωρίζεται και ως «θανατηφόρα ασθένεια» από τα 2/3 περίπου των φοιτητών/φοιτητριών, χωρίς να διαφοροποιούνται φυλετικά και σε αυτή την αναγνώριση ( $p=0.067$ ).
- Σημαντικά περισσότερες φοιτήτριες δηλώνουν ότι γνωρίζουν τι σημαίνουν τα αρχικά του όρου «AIDS» ( $p=0.001$ ) αλλά περισσότεροι από τους μισούς φοιτητές/φοιτήτριες δεν αποκρίθηκαν, είτε γιατί δεν γνώριζαν είτε γιατί δεν θέλησαν να απαντήσουν. Περίπου όμως το 1/3 απάντησε ευθέως ότι δεν γνωρίζει τα αρχικά του όρου «AIDS».
- Αν και περίπου το 1/3 των φοιτητών/φοιτητριών δεν απάντησαν, οι μισοί περίπου δήλωσαν ότι οι όροι HIV & AIDS είναι ταυτόσημοι, ενώ διαφωνούν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό από τη σχολή ΣΕΥΠ ( $p=0.006$ ), έχοντας πιθανόν και το γνωστικό πλεονέκτημα των σπουδών τους.
- Μόλις 1 ανά 10 των φοιτητών/φοιτητριών απάντησε επιγραμματικά και ουσιαστικά στην ερώτηση ότι «*ο HIV είναι ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας που προκαλεί τη νόσο AIDS*», χωρίς να διαφοροποιούνται φυλετικά ( $p=0.692$ ). Και στην περίπτωση αυτή σχετική απάντηση έδωσε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό από τη σχολή ΣΕΥΠ ( $p=0.017$ ), επιβεβαιώνοντας τη γνωστική τους ικανότητα έναντι των συναδέλφων τους των άλλων σχολών σε ζητήματα γνώσεων που αφορούν το ιό HIV και την ασθένεια του AIDS.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης των γονιών των φοιτητών/φοιτητριών, δεν καθορίζει διαφοροποιήσεις στις διατυπώσεις για το αν όροι HIV & AIDS είναι ταυτόσημοι, ενισχύοντας την αναφορά τους για την πληροφόρηση/ενημέρωση τους από το σχολικό περιβάλλον και το καλύτερο γνωστικό τους επίπεδο σε σχετικά θέματα λόγω φοίτησης σε σχολές επαγγελματιών υγείας.
- Επίσης, το σύνολο σχεδόν των φοιτητών/φοιτητριών πρωτίστως αναγνωρίζουν στους τρόπους μετάδοσης του AIDS «*Μέσω της μετάγγισης μολυσμένου αίματος*» ή 9 στους/στις 10 τη «*σεξουαλική επαφή με οροθετικό άτομο και χωρίς προφύλαξη*» ή 1 στους/στις 10 η «*κληρονομικότητα*». Ωστόσο σημαντικά

περισσότερες φοιτήτριες δήλωσαν ως τρόπο μετάδοσης «κατά τη διάρκεια της κόησης» ( $p=0.002$ ), «κατά τη διάρκεια του τοκετού» ( $p=0.001$ ) ή τη «σεξουαλική επαφή με οροθετικό άτομο και χωρίς προφύλαξη» ( $p=0.002$ ).

- Στη συμπτωματική συμπεριφορά του ιού HIV και μετάδοσης του AIDS, περισσότερες επίσης φοιτήτριες συμφωνεί ότι «Ένα άτομο που πάσχει από τον ιό HIV συνήθως δεν φαίνονται τα συμπτώματα της ασθένειάς του» ( $p=0.010$ ) ενώ γενικά 7 στους/στις 10 φοιτητές/φοιτήτριες συμφωνεί στο ότι «Τα άτομα που έχουν μονογαμικές σχέσεις, δεν κινδυνεύουν να μολυνθούν από τον ιό HIV».
- Σημαντικά περισσότεροι φοιτητές/φοιτήτριες της σχολής ΣΕΥΠ συμφωνούν επίσης με την διατύπωση ότι «Ένα άτομο που πάσχει από τον ιό HIV συνήθως δεν φαίνονται τα συμπτώματα της ασθένειάς του» ( $p=0.015$ ) και λιγότεροι με ότι «Τα άτομα που έχουν μονογαμικές σχέσεις δεν κινδυνεύουν να μολυνθούν» ( $p=0.044$ ).

#### **Σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών & φοιτητριών**

- 9 στους/στις 10 δήλωσαν ότι έχουν ήδη σεξουαλικές σχέσεις, ενώ το 1/3 τους ανέφερε έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας πριν την ηλικία 17 ετών, με τους φοιτητές να είναι σημαντικά περισσότεροι ή υπερδιπλάσιοι σε σχέση με τις φοιτήτριες ( $p<0.001$ ).
- Σημαντικά περισσότεροι είναι οι φοιτητές στη συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων ( $p<0.001$ ) ή στις παράλληλες ερωτικές σχέσεις ( $p<0.001$ ), στοιχεία που υποδηλώνουν σε ορισμένες περιπτώσεις συμπεριφορά κινδύνου.
- Μόνιμη σχέση για περισσότερο από ένα έτος φαίνεται να διατηρούν σε σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα οι φοιτήτριες έναντι των φοιτητών ( $p=0.001$ ).

#### **Μέτρα πρόληψης**

- Το «Προφυλακτικό» ως καταλληλότερος τρόπος προφύλαξης για τον ιό HIV, αναφέρεται σχεδόν από το σύνολο των φοιτητών/φοιτητριών αλλά και σε σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα από τις φοιτήτριες ( $p=0.044$ ). Αποδέχονται ωστόσο και άλλες διατυπωμένες μεθόδους που δεν συνάδουν με τους κατάλληλους τρόπους προστασίας από τον HIV όπως το «αντισυλληπτικό χάπι», η «λήψη αντιβιοτικών φαρμάκων» ή η «διακεκομμένη συνουσία». Οι επιλογές αυτές καταδεικνύουν για ένα μικρό σύνολο φοιτητών και φοιτητριών την έλλειψη ενημέρωσης για ασφάλεια και ορθή σεξουαλική συμπεριφορά.



- Η θεώρηση του «Προφυλακτικού» ως καταλληλότερου μέτρου προστασίας έχει την ίδια συχνότητα αναφοράς από φοιτητές και φοιτήτριες με μόνιμο ή όχι δεσμό ( $p=0.311$ ), είναι διαφόρων ηλικιών ( $p=0.381$ ) ή προέρχονται από διάφορες σχολές ( $p=0.622$ ).
- Συνολικά, 4 στους/στις 10 των φοιτητών/φοιτητριών με ενεργή σεξουαλικά ζωή χρησιμοποιούν «πάντα» προφυλακτικό, χωρίς φυλετική διαφοροποίηση ( $p=0.224$ ).
- Αντίθετα, η θεώρηση του «Προφυλακτικού» γενικά ως ασφαλέστερη μέθοδος προστασίας αναφέρεται από 8 στους/στις 10 των φοιτητών/φοιτητριών, χωρίς να σημειώνεται επίσης σημαντική διαφορά μεταξύ φοιτητών και φοιτητριών ( $p=0.702$ ).
- Η συσχέτιση της χρήσης «Προφυλακτικού» ως προς την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας των φοιτητών/φοιτητριών, κατέδειξε ότι όσοι/όσες άρχισαν τις σεξουαλικές τους σχέσεις πριν την ηλικία των 17 ετών, κάνουν σε μικρότερη συχνότητα καθολική («πάντα») χρήση προφυλακτικού ( $p=0.016$ ).
- Η βασική αιτιολογία ωστόσο μη χρήσης του προφυλακτικού από τους σεξουαλικά ενεργούς φοιτητές και φοιτήτριες της έρευνας αφορά από τη δικαιολογία της «μόνιμης σχέσης» από τους 7 στους/στις 10. Περίπου 2 στους/στις 10 των φοιτητών και φοιτητριών αναφέρουν ακόμα την «Μειωμένη αίσθηση ευχαρίστησης», με σημαντικά περισσότερους φοιτητές ( $p=0.002$ ).

#### ***Αξιολόγηση Γνώσης & Πρόληψης των φοιτητών και φοιτητριών***

- Η συνολική βαθμολογία (score) γνώσεων και μέτρων πρόληψης που λαμβάνουν οι φοιτητές και φοιτήτριες της έρευνας ή θεωρείται γενικά ότι πρέπει να λαμβάνονται, για τη μετάδοση του ιού HIV και της νόσου του AIDS, είναι σύμφωνη με την αντικειμενική αυτοαναφορά τους για την πληροφόρηση που έχουν ήδη δεχτεί. Οι φοιτητές/φοιτήτριες με «ελλιπή» πληροφόρηση σχετικά με το AIDS βρέθηκαν έτσι να έχουν σημαντικά χαμηλότερη μέση βαθμολογία γνώσεων & πρόληψης σε σχέση με όσους δηλώνουν «μέτρια» ή «επαρκή» ( $p=0.001$ ).
- Η βαθμολογία γνώσεων & πρόληψης δεν φαίνεται να διαφοροποιείται ως προς άλλα χαρακτηριστικά ή συμπεριφορές και μορφές σεξουαλικής ζωής, με

εξαίρεση τη σχολή σπουδών, όπου οι φοιτητές/φοιτήτριες της ΣΕΥΠ φαίνεται επίσης να έχουν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία έναντι των συναδέλφων της σχολής ΣΤΕΓ ( $p=0.049$ ).

- Όσοι φοιτητές/φοιτήτριες δεν αποκρίθηκαν ως προς τη διατύπωση αν είναι ταυτόσημοι οι όροι HIV & AIDS, βρέθηκαν με σημαντικά χαμηλότερη μέση βαθμολογία γνώσεων & πρόληψης, καταδεικνύοντας ότι υπάρχει σαφής ένδειξη για χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων & πρόληψης σε θέματα σχετικά με τον ιό HIV και το AIDS ( $p<0.01$ ).
- Σε συνέχεια με τη βαθμολογία γνώσεων & πρόληψης, υπολογίζοντας το μέσο ποσοστό των «σωστών» απαντήσεων στις ερωτήσεις γνώσεων & πρόληψης για την ασθένεια του AIDS, διαπιστώνεται αρκετά υψηλό επίπεδο σωστών απαντήσεων όλων των φοιτητών και φοιτητριών, χωρίς φυλετική διαφοροποίηση ή μεταξύ σχολών.

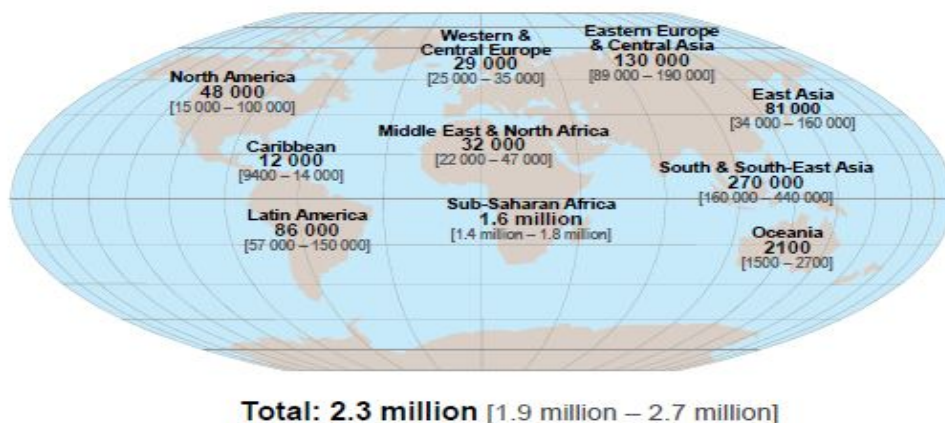
## **7.2 Συζήτηση**

Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα των συμπερασμάτων, βασικός σκοπός του ερευνητικού μέρους της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν να προσδιοριστεί ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης των φοιτητών/φοιτητριών του ΤΕΙ Κρήτης για τη μεταδοτική ασθένεια του AIDS, η ενδεχόμενη σωστή ή μη σεξουαλική συμπεριφορά τους στην αντιμετώπιση της μετάδοσης αλλά και η κατανόηση του πώς αντιλαμβάνονται, πώς βιώνουν και πώς αντιμετωπίζουν το σχετικό κίνδυνο. Βασικό στοιχείο όμως για την απάντηση όλων των παραπάνω ζητημάτων αποτελεί ο βαθμός εξέλιξης της νόσου ή γενικά της μετάδοσης του σχετικού ιού HIV, τόσο σε τοπικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο ελληνικής κοινωνίας αλλά και η τάση που επικρατεί παγκοσμίως, παρά τις συλλογικές προσπάθειες από παγκόσμιους φορείς όπως π.χ. ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) για την αντιμετώπιση της νόσου (UNAIDS, 2012).

## Επιδημιολογία

Σε επιδημιολογικό επίπεδο, τα δεδομένα για το έτος 2012 και σύμφωνα με πηγές του ΟΗΕ δείχνουν ότι νοσούν από τον HIV σε παγκόσμιο επίπεδο 35,3 εκατομμύρια άνθρωποι όλων των ηλικιών (32,1 εκατομμύρια ενήλικες), εκ των οποίων οι νέες μολυσματικές περιπτώσεις (incidence) το έτος 2012 ήταν 2,3 εκατομμύρια, με 1,6 εκατομμύρια θανάτους από το AIDS (UNAIDS, 2012). Οι περισσότερες νέες περιπτώσεις μόλυνσης συνέβησαν στις υποσαχάριες περιοχές της Αφρικής (2,3

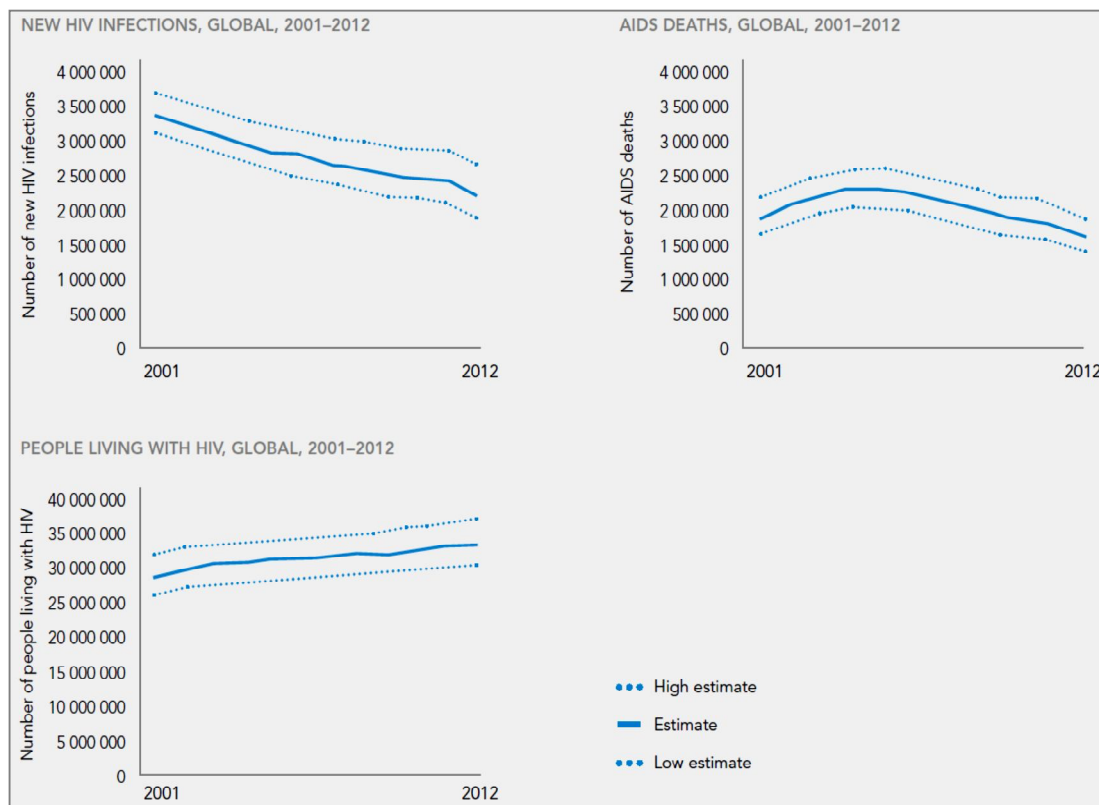
### Estimated number of adults and children newly infected with HIV | 2012



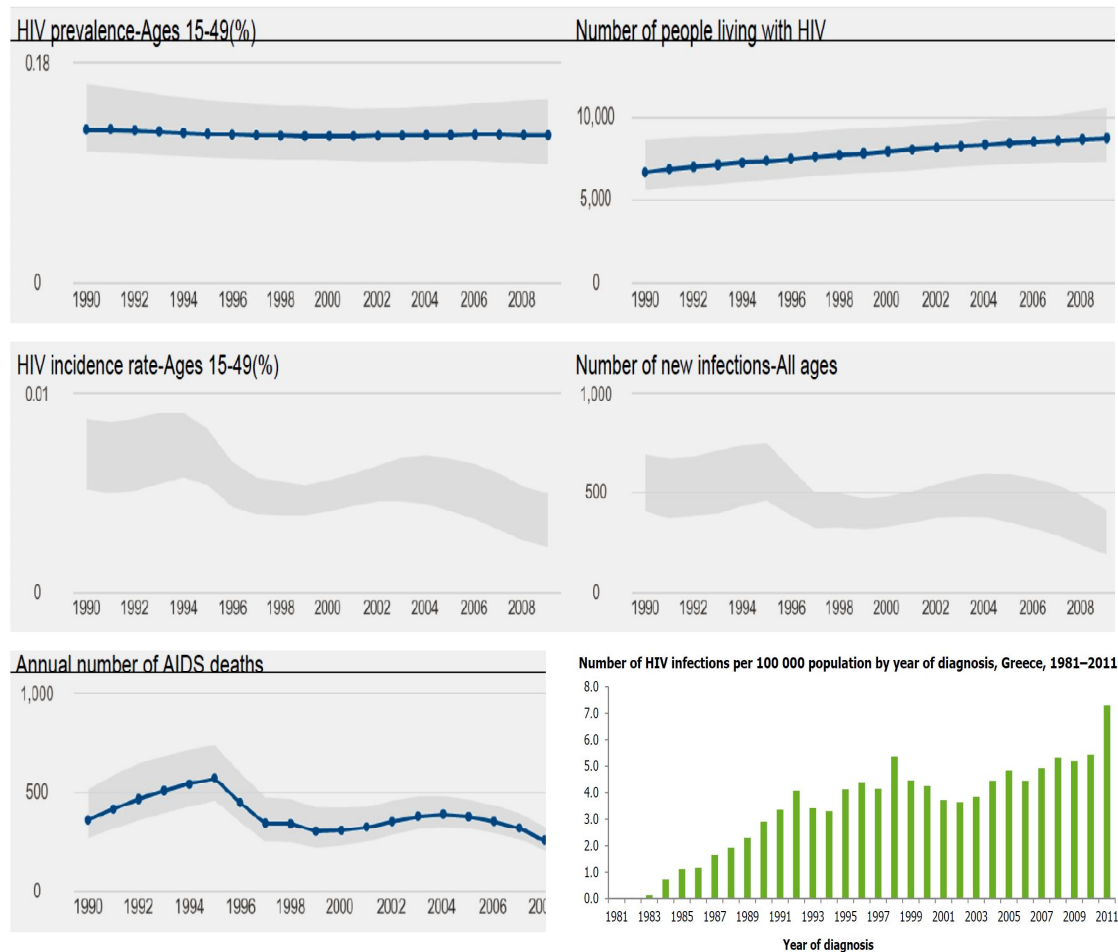
εκατομμύρια) όπως επίσης και ο αριθμός των θανάτων (1,2 εκατομμύρια). Οι εκτιμήσεις αυτές υποδηλώνουν παγκοσμίως περίπου 6.300 νέες περιπτώσεις μόλυνσης την ημέρα, όπου το 95% αφορά χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες, 700 περιπτώσεις είναι παιδιά <15 ετών, και 5.500 είναι ενήλικες όπου το 47% είναι γυναίκες και το 39% είναι νέοι 15-24 ετών. Είναι φανερό λοιπόν και όπως διατυπώνεται στα ερωτήματα της παρούσας εργασίας, ότι ο κίνδυνος σε νέους ανθρώπους είναι πολύ υψηλός καθώς η σεξουαλική συμπεριφορά είναι κατά βάση υπεύθυνη για τη μετάδοση και εξάπλωση του ιού.

Πλέον όμως των τρεχουσών εξελίξεων της νόσου και του ιού, ενδιαφέρον έχει η τάση μετάδοσης της νόσου παγκοσμίως τα τελευταία 10 χρόνια ή η έκβαση της νόσου. Από το 2001 έως το 2012 και όπως παρουσιάζεται στο παρακάτω σχήμα του ΟΗΕ, η επίπτωση του ιού HIV φαίνεται να μειώνεται κατά 33%, και από 3,4 εκατομμύρια εμφάνιση νέων περιπτώσεων το 2001 να μειώνεται σε 2,3 εκατομμύρια το 2012 (Global report – UNAIDS report on the global AIDS epidemic, 2013). Στην ίδια χρονική περίοδο οι σχετικοί θάνατοι από AIDS από 2,3 εκατομμύρια το 2001 σε 1,6

εκατομμύρια το 2012. Ως θετική συνέπεια λοιπόν της μείωσης των θανάτων αλλά και της λήψης αντιρετροϊκής θεραπείας (αύξηση ρυθμού επιβίωσης), ο αριθμός των ατόμων με AIDS φαίνεται να αυξάνεται από 29 εκατομμύρια το 2001 σε 35,3 εκατομμύρια το 2012.



Στην Ελλάδα ωστόσο η επιδημιολογία της νόσου και η εξέλιξη της διαχρονικά διαφέρει από αυτή που έχει καταγραφεί στη διεθνή εμπειρία. Το έτος 2012 εκτιμάται ότι 9.300 με 13.000 άτομα νοσούν από AIDS ενώ στις ηλικίες 15 με 49 ετών ο επιπολασμός υπολογίζεται σε 0.1-0.2% του πληθυσμού (UNAIDS,2012). Το έτος 2011 βρέθηκαν 963 νέες οροθετικές περιπτώσεις ή αύξηση +58% έναντι 609 το 2010 και 606 το 2009. Οι θάνατοι ωστόσο το 2012 από τη νόσο, υπολογίζονται σε λιγότερους από 500. Γενικά, όλοι οι προαναφερόμενοι δείκτες φαίνεται διαχρονικά από τα παρακάτω σχήματα να έχουν διακυμάνσεις. Ωστόσο, η αναγωγή σε 100.000 γενικό πληθυσμό από το 1981, δείχνει ότι οι μολύνσεις του HIV έχουν μια αυξητική αριθμητική τάση. Σημειώνεται πάντως ότι για το 2011 και τις 963 νέες περιπτώσεις μόλυνσης, το 38% οφείλεται σε ομοφυλοφιλικές σεξουαλικές σχέσεις ανδρών και το 27% σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Επίσης, αν και η αναφορά του Κέντρου Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων για το έτος 2012 αφορούσε μέχρι πληθυσμό από το 1981, δείχνει ότι οι μολύνσεις του HIV έχουν μια αυξητική αριθμητική τάση.



(πηγή: UNADISI, 2012).

Σημειώνεται πάντως ότι για το 2011 και τις 963 νέες περιπτώσεις μόλυνσης, το 38% οφείλεται σε ομοφυλοφιλικές σεξουαλικές σχέσεις ανδρών και το 27% σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Επίσης, αν και η αναφορά του Κέντρου Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων για το έτος 2012 αφορούσε μέχρι και τον Αύγουστο, για το έτος αυτό και για τις 768 νέες περιπτώσεις, οι περισσότερες αφορούσαν κάτοικους των Αθηνών, 83% άνδρες και το 22% αλλοεθνείς (ECDP, 2012· HCDCP, 2011). Έτσι όλα τα παραπάνω ποιοτικά στοιχεία για τον ελλαδικό χώρο δείχνουν μια ανησυχητική αύξηση του ιού HIV και της νόσου του AIDS, που συνάδει όμως με τις γενικότερες συμπεριφορές κινδύνου όπως τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις, τη χρήση ναρκωτικών, το trafficking και την εκδούλευση αλλοδαπών γυναικών με εξαναγκασμό στην πορνεία κλπ (Lazaridis, 2001). Κατά συνέπεια η αναφορά στα ερωτήματα της παρούσας εργασίας, και μετά από τη σχετική βιβλιογραφική αναζήτηση, δικαιολογεί την ανησυχία που υπάρχει για την αύξηση της επίπτωσης της νόσου τα τελευταία χρόνια, στοιχείο που χρίζει συνεχώς μελέτη, ιδιαίτερα για τις γνώσεις και τις συνήθειες σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων ανθρώπων.

### ***Συνήθειες σεξουαλικής συμπεριφοράς***

Ως ένα από τα κύρια ευρήματα της εργασίας αποτέλεσε το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό των φοιτητών μέρος από τους φοιτητές και τις φοιτήτριες της έρευνας



(περίπου το 1/3) έχουν έναρξη των σεξουαλικών τους σχέσεων σε πολύ πρώιμη ηλικία (<17 ετών), χωρίς να είναι γνωστό κατά πόσο υπήρξε σαφής και ασφαλής προφύλαξη τόσο κατά την πρώτη τους επαφή όσο και στη συνέχεια. Όπως αναφέρεται σε πρόσφατη μελέτη σε 358 φοιτητές/φοιτήτριες του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης μεταξύ 2009-11, βρήκαν μέση ηλικία έναρξης τα

16,9 χρόνια ενώ το 10,7% είχε έναρξη στην ηλικία 13-15 ετών (Κωνσταντινίδης κ. ά, 2012). Από τη μελέτη αυτή βρέθηκε ωστόσο ότι οι μικρότεροι σε ηλικία φοιτητές/φοιτήτριες έχουν και πιο πρώιμη ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας, ενώ διαχρονικά και όσο περνούν τα χρόνια η ηλικία έναρξης αποδεδειγμένα μειώνεται (Μπαρμπαγιάννη και Ζύγα, 2011· Patseadou et al., 2010), και με συχνότερες συνέπειες τη μετάδοση λοιμώξεων, νοσημάτων, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες κλπ (Greydanus et al. 2005· Joffe et al., 1992· Ma et al., 2009· Ma et al., 2006· Zuloaga Posada et al., 1995). Σημαντικό όμως είναι ότι οι ενεργοί σεξουαλικά φοιτητές & φοιτήτριες του τμήματος Νοσηλευτικής, ανέφεραν σε ποσοστό 96,5% χρήση ανδρικού προφυλακτικού στην πρώτη τους σεξουαλική επαφή. Η προετοιμασία αυτή και η προφύλαξη είναι φανερό ότι βρίσκεται όμως ακόμα υπό την επίδραση του οικογενειακού και σχολικού περιβάλλοντος καθώς πρόκειται για πρωτοετείς φοιτητές και φοιτήτριες, ενώ στη παρούσα μελέτη το δείγμα μελέτης προέρχεται από το σύνολο των ετών σπουδών. Η φοιτητική ζωή στη περίπτωση αυτή ενέχει μεγαλύτερους βαθμούς ελευθερίας στις επιλογές της σεξουαλικής δραστηριότητας, αλλά όπως ήδη βρέθηκε και διατυπώθηκε, οι φοιτητές και οι φοιτήτριες της παρούσας μελέτης κατά πλειοψηφία αναφέρουν τη μόνιμη σχέση ως βασικό χαρακτηριστικό των επιλογών τους.

### ***Γνώσεις, μέτρα πρόληψης & αντιλήψεις***

Άλλο κύριο εύρημα της εργασίας αποτέλεσε το γεγονός ότι οι φοιτητές και οι φοιτήτριες δεν διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ τους στις γνώσεις γύρω από το AIDS και ανάλογα για τον ιό HIV. Ωστόσο σε ερωτήσεις τόσο γνώσεων όσο και

μέτρων πρόληψης που αφορούν ειδικά το AIDS ως σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, φαίνεται να ανταποκρίνονται σε ικανοποιητικό βαθμό, ενώ οι ίδιοι/ίδιες αξιολογούν τις γνώσεις τους κατά πλειοψηφία ως επαρκείς. Οι βιβλιογραφικές αναφορές ωστόσο είναι αντικρουόμενες για το συγκεκριμένο συμπέρασμα. Οι Ηλιάδου & Παλάσκα (2008) στην ανασκόπησή τους από έρευνες για την συνολική σεξουαλική συμπεριφορά των νέων στην Ελλάδα, αναφέρουν: « ... οι γνώσεις των νέων στην Ελλάδα σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ελλιπείς, σε αντίθεση με νέους του εξωτερικού, όπου φαίνονται πιο ενημερωμένοι». Σε ερευνητική ωστόσο σε άλλη μελέτη, των Διομήδους και συν. (2013), σε 200 φοιτητές και φοιτήτριες σχολών Επαγγελματιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, για τον έλεγχο του επιπέδου γνώσεων και αντιλήψεων τους για το AIDS, αξιολογήθηκαν εξίσου ως ικανοποιητικές τις γνώσεις τους για τον τρόπο μετάδοσης και την έκβαση της νόσου. Παρόμοια, σε μελέτη σε 279 φοιτητές/φοιτήτριες Επαγγελματιών Υγείας (νοσηλευτικής) του ΑΤΕΙ Αθηνών το 2009 (Ouzouni & Nakakis, 2012), διαπιστώθηκε επίσης αρκετά καλή γνώση αν και υπολειπόταν σε ορισμένα θεματικά επίπεδα όπως η αντιμετώπιση και ο στιγματισμός φορέων του ιού. Ανάλογα με τα παραπάνω, και σε μελέτη που έγινε σε έφηβους μόλις 15 χρόνια μετά το πρώτο κρούσμα AIDS στον ελλαδικό χώρο (1997) σε συνδυασμό με την εφαρμοζόμενη προληπτική πολιτική (Merakou et al., 2002), οι απαντήσεις τους αλλά και οι γνώσεις σχετικά με τον HIV/AIDS ήταν σε ικανοποιητικό επίπεδο όπως και η υιοθέτηση σχετικών ασφαλών σεξουαλικών συμπεριφορών. Φαίνεται έτσι να συμφωνούν σε γενικές γραμμές τα συμπεράσματα με την παρούσα μελέτη ενώ τονίζεται ότι υπάρχουν σημαντικές μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των ερευνών. Από την παρούσα εργασία ωστόσο, οι φοιτητές & οι φοιτήτριες της ΣΕΥΠ φάνηκε επίσης να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι σε θέματα γνώσεων και πρόληψης.

Όλα τα παραπάνω όμως αφορούν την Ελλάδα και τους νέους της. Στο διεθνές επίπεδο και σε χώρες ή περιοχές με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης είτε λόγω ελλιπούς γνώσης και μέτρων προφύλαξης όπως στην Αφρική και την Ασία είτε λόγω του τρόπου ζωής όπως στις ΗΠΑ, είναι διαφορετικές οι σχετικές εκτιμήσεις. Οι Adefuye et al. (2009) σε δείγμα 390 φοιτητών/φοιτητριών στις ΗΠΑ και με στόχο τον προσδιορισμό της σεξουαλικής συμπεριφοράς την αντίληψη του κινδύνου για τον ιό HIV διαπίστωσαν ότι οι μεγαλύτεροι ηλικιακά απέχουν περισσότερο από τη χρήση προφυλακτικού έχοντας ταυτόχρονα χαμηλότερη ικανότητα εκτίμησης του κινδύνου.

Ωστόσο, συνήθειες όπως οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι, η χρήση μαριχουάνας αλλά και οίνοπνεύματος φαίνεται να αποτελούν τους πιο συχνούς αρνητικούς συνδυασμούς της μη εφαρμογής προφυλακτικών μέσων. Παρόμοια σχεδόν, μελέτη των Shafer & Boyer (1991) σε έφηβους μαθητές των ΗΠΑ για τη διερεύνηση των γνώσεων και των προτύπων συμπεριφοράς για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, έδειξε ότι πολλοί παράγοντες συνδέονται με το σχετικό κίνδυνο μετάδοσης. Η σύνδεση του κινδύνου μετάδοσης στα 20 χρόνια από την εμφάνιση της νόσου φαίνεται να έχει άμεση επίδραση και να είναι σε συνάρτηση με άλλες υψηλού κινδύνου συμπεριφορές των εφήβων, όπως είναι η κατανάλωση οίνοπνεύματος, η χρήση ναρκωτικών ουσιών αλλά και η επιπόλαιη σεξουαλική συμπεριφορά που αφορά αποκλειστικά τη μη χρήση ή τη λαθεμένη χρήση προφυλακτικών. Σε άλλες περιοχές επίσης όπως στην Αιθιοπία και από μελέτη σε 790 φοιτητές, το 41% φαίνεται να έχει υιοθετήσει επικίνδυνου τύπου σεξουαλικές πρακτικές όπως οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι, ενώ η μη χρήση προφυλακτικών μέσων συνδεόταν με τη μόνιμη σχέση (έγγαμοι), την κατανάλωση οίνοπνεύματος και τις νυκτερινές εξόδους σε clubs (Alamrew et al., 2013).



### **Στάσεις για το HIV/AIDS**

Στην παρούσα εργασία το σχετικό αυτό πεδίο δεν μελετήθηκε καθώς δεν αφορά το σύνολο των φοιτητών και το βαθμό που έχουν στερεοτυπικές απόψεις για ασθενείς ή φορείς. Σύμφωνα όμως με την υπάρχουσα γνώση και την ανίχνευση της βιβλιογραφίας, φαίνεται οι γνώσεις και στάσεις φοιτητών σχετικά με το HIV/AIDS να αφορά κυρίως επαγγελματίες υγείας για τη στάση/γνώση τους στην ασθένεια και τους ασθενείς αλλά και στην προσωπική τους ζωή, κάνοντας τα βιώματα τους τρόπους ζωής. Για παράδειγμα, στη προσωπική τους στάση για το προφυλακτικό, αναφέρθηκε σχεδόν από το σύνολο των φοιτητών/φοιτητριών ως καταλληλότερος τρόπος προφύλαξης για τον ιό HIV, σε σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα από τις φοιτήτριες της παρούσας μελέτης, ενώ η σχολή φοίτησης δεν φάνηκε να ενισχύει ή να ενδυναμώνει τις στάσεις τους ως προς την καθολική χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή. Σε μελέτη 150 φοιτητών/φοιτητριών ΑΤΕΙ Νοσηλευτικής και 150 Επαγγελματιών Υγείας (νοσηλευτών), η πλειοψηφία και των δύο ομάδων



ανέφερε ότι θεωρεί μετά βεβαιότητας πως δεν θα μπορούσαν ποτέ να κολλήσουν AIDS, ενώ σημαντικά περισσότεροι φοιτητές έναντι των νοσηλευτών πιστεύουν ότι η χρήση και παροχή προφυλακτικών είναι ευθύνη του άνδρα και όχι ανάλογη και των δύο φύλων. Επίσης, φάνηκε πως οι φοιτητές έχουν ανεπαρκείς γνώσεις σε σχέση με τους νοσηλευτές (Βαλάρη κ. ά,2011). Στον αντίποδα και σε μελέτη στις ΗΠΑ, πολλοί φοιτητές κοινωνικής εργασίας βρέθηκαν με ελλιπή γνώση σχετικά με το AIDS, ένιωθαν απροετοίμαστοι στο να χειριστούν καταστάσεις ασθενών με AIDS ενώ συνάμα ένιωθαν ανήσυχοι για την επαφή τους με τους ανθρώπους αυτούς (Owens, 1995). Αντίθετα μελέτη σε κοινωνικούς λειτουργούς στο Μαυρίκιο έδειξε ότι, αν και η πλειοψηφία είχε εξαιρετικά καλή γνώση σχετικά με το AIDS, δεν είχαν επαρκείς πληροφορίες σε κρίσιμους τομείς της πρόληψης του. Παράλληλα όμως σχεδόν η πλειοψηφία τους (80,2%) είχαν υποστηρικτική στάση απέναντι στους ασθενείς και φορείς της νόσου. Σημειώνεται επίσης ότι ανάμεσα στους κοινωνικούς αυτούς λειτουργούς οι γνώσεις και οι στάσεις τους δεν διαφοροποιούνταν φυλετικά, ηλικιακά, οικογενειακά ή εθνικά, δείχνοντας μια συνολική ομοιογένεια στην στάση που δύναται να ακολουθήσουν ως προς τους ασθενείς (Bhowon, 2000).

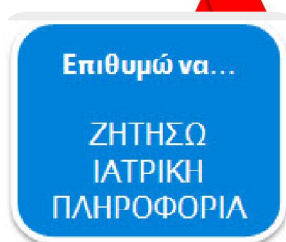
### ***Ενημέρωση & πληροφόρηση***

Έχει ιδιαίτερη σημασία για τους κοινωνικούς λειτουργούς να αναγνωρίζουν το ρόλο τους, να εκτιμούν τις συνθήκες, να εντοπίζουν και να αξιολογούν τις υφιστάμενες ανάγκες, να πρωτοπορούν, να οραματίζονται, να σχεδιάζουν παρεμβάσεις και να δρουν προασπίζοντας τα ανθρώπινα δικαιώματα και με βάση το όφελος των εκάστοτε εξυπηρετούμενων. Η διαρκής και ολοκληρωμένη κατάρτιση, η συνεχής επαγρύπνηση, η ενσυναίσθηση, η κριτική αξιολόγηση, η προσωπική βελτίωση-αυτογνωσία, αυτοκριτική, ο διεπιστημονικός διάλογος και η ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας και επικοινωνίας, αποτελούν άκρως σημαντικές πρακτικές στην κοινωνική εργασία. Η ορθή χρήση με σωστό και συνετό τρόπο προφυλακτικού, η μείωση των υψηλού κινδύνου συμπεριφορών ελάττωση συνδυασμών λανθασμένων συνηθειών όπως η κατανάλωση οινοπνεύματος ή άλλων τοξικών ουσιών και περιστασιακού σεξ, η μη συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, η κατανόηση του πλήθους και τρόπου μετάδοσης του συνόλου των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και άλλων αποτελούν. Είναι μερικά σημεία που οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να επιστήσουν την προσοχή και να αξιολογήσουν στο σχεδιασμό των παρεμβάσεών τους.

Πέρα όμως από την ενημέρωση και πληροφόρηση, για τον εντοπισμό και την ενδεδειγμένη ανασκόπηση και διερεύνηση του φαινομένου πρέπει να εξεταστούν όλες οι πτυχές του καθώς και τον τρόπο με τον οποίο επιδρά και επηρεάζει τις εκφράσεις της καθημερινότητας των ατόμων μίας οργανωμένης κοινωνίας. Έτσι, δεν ερευνάτε μόνο το θέμα της γνώσης και της πληροφόρησης για τον HIV και το AIDS, αλλά και το πώς τελικά επιδρά αυτή η αποκτημένη γνώση στη διαμόρφωση των στάσεων και απόψεων των ερωτώμενων, καθώς και τον γενικότερο αντίκτυπο των παραπάνω στην τελική εκφραζόμενη κοινωνική πράξη και συμπεριφορά τους. Για παράδειγμα, οι Ηλιάδου & Παλάσκα (2008) στην ανασκόπηση τους που αφορούν την αντισύλληψη, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, εκτιμούν ελλιπή γνώση σε σχέση με τους συνομήλικους τους στο εξωτερικό ενώ ταυτόχρονα το 98% αναφέρουν ως πρώτο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα το AIDS. Παράλληλα επιλέγουν παραδοσιακές μεθόδους ενημέρωσης, κυρίως για την αντισύλληψη, όπως φίλους ενώ η διεθνή εμπειρία καταγράφει το σχολικό περιβάλλον. Το σχολικό περιβάλλον φυσικά αναδεικνύεται και από την παρούσα μελέτη ως βασική και πρωτεύουσα πηγή ενημέρωσης καθώς είναι αποδεκτή η προσπάθεια της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Οι Maswanya et al (2000) βρήκαν από 383 φοιτήτριες στο Ναγκασάκι της Ιαπωνίας ότι η κύρια πηγή πληροφόρησης τους για το AIDS ήταν τα MME ενώ η καλύτερη γνώση για τη νόσο προερχόταν από φοιτήτριες που ζούσαν ήδη στο ίδιο σπίτι με ασθενή ενώ συμπεραίνουν ότι κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης σε κολέγια στην Ιαπωνία μπορεί να είναι απαραίτητα ώστε να μειωθεί η διαφορά μεταξύ των γενικών γνώσεων και της επιθυμητής στάσης σχετικά με το HIV/AIDS. Στην παραπάνω περίπτωση προστίθεται και το συμπέρασμα μελέτης στην Ινδία, που αφορά φοιτητές κοινωνικής εργασίας όπου διαπιστώθηκαν υψηλά ποσοστά ολοκληρωμένη γνώσης ως απόρροια της επαφής των φοιτητών με ασθενή του AIDS και της αυξημένης αίσθησης αρμοδιότητας και υπευθυνότητας στα πλαίσια της εκπαιδευτικής διαδικασίας (Sachdev, 2005).


Στα πλαίσια της εκπαίδευσης για το HIV/AIDS σε φοιτητές σχολών επαγγελματιών υγείας όπως είναι και οι κοινωνικοί λειτουργοί, η μεγαλύτερη επιτυχία εξασφαλίζεται



με πολύπλευρη και συντονισμένη προσπάθεια στο επίπεδο των ιδρυμάτων και των σχολών, της διοίκησης/εκπαιδευτών, των φοιτητών, των επαγγελματιών

υγείας, της εκπαίδευσης για την υγεία και της εξωτερικής κοινότητας των φοιτητών. Κάθε πρόγραμμα πρόληψης κατά του HIV/AIDS μπορεί να περιλαμβάνει μια πιο ολοκληρωμένη πρωτοβουλία για τη βελτίωση και τη διατήρηση της υγείας των φοιτητών. Οι δεξιότητες μαθαίνονται ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος μόλυνσης από τον ιό HIV και μπορούν να μεταφερθούν σε άλλα θέματα υγείας που να περιλαμβάνει ενδυνάμωση των μαθητευόμενων ώστε να αναλάβουν τον έλεγχο και την ευθύνη για τις πράξεις τους. Αυτή η ενδυνάμωση, σε συνδυασμό με την καλή γνώση για υγιείς συμπεριφορές, θα επιτρέψουν οι δεξιότητες που διδάχθηκαν να χρησιμοποιούνται όταν οι φοιτητές βρίσκονται εκτός σχολών φοίτησης. Με βάση τα πορίσματα λοιπόν των σχετικών μελετών, στη προαγωγή της υγείας θα πρέπει να γίνονται συνεχώς επανασχεδιασμοί, να εφαρμόζονται και να αξιολογούνται συνεχώς, καθώς η ενημέρωση αλλά και οι συμπεριφορές ιδιαίτερα των νέων ανθρώπων συνεχώς αλλάζουν (Svenson et al. 1997). Αυτό δείχνει ότι η προαγωγή της υγείας είναι ένας από τους τομείς που η θεωρία των κοινωνικών επιστημών, της έρευνας και της επιστημονικής πρακτικής είναι συνυφασμένες και οφείλουν να προχωρούν συνεργατικά ώστε να είναι αποτελεσματικές.

### 7.3 Σύνοψη

Από την παρούσα πτυχιακή εργασία, την έρευνα και μελέτη των δεδομένων που συλλέχθηκαν 377 φοιτητών & φοιτητριών διαφόρων τμημάτων του  ΤΕΙ Κρήτης, για τις στάσεις και συμπεριφορές τους για τον ιό HIV και την ασθένεια του AIDS, προέκυψαν όπως αναφέρθηκαν σημαντικά και χρήσιμα συμπεράσματα. Μεθοδολογικά θα μπορούσε και για το δείγμα της παρούσας έρευνας να εφαρμοστεί σταθμισμένο, έτοιμο εργαλείο μέτρησης των γνώσεων, στάσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών (Adefuye et al. 2009· Maswanya et al., 2000· Wen et al., 2011·WHO, 1990) ώστε να είναι εφικτή η άμεση σύγκριση με άλλες διεθνείς μελέτες αλλά είναι αναμενόμενη η αντικειμενική δυσκολία εφαρμογής (στάθμιση, πιλοτική μελέτη κλπ) διεθνών εργαλείων στα πλαίσια μιας πτυχιακής εργασίας.

Συνοπτικά λοιπόν, αν και οι φοιτητές του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κρήτης φαίνεται να αρχίζουν σε πολύ πρόωμη ηλικία τις σεξουαλικές τους επαφές και δραστηριότητες-α, στην πλειοψηφία τους έχουν ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων για τον κίνδυνο μετάδοσης. Επίσης, και αλλά λαμβάνουν επίσης μέτρα πρόληψης και προφύλαξης, σε γενικότερο βαθμό, και όχι μονάχα για το AIDS. Τα μέτρα όμως στηρίζονται περισσότερο στα πρότυπα σεξουαλικής συμπεριφοράς όπως είναι η



«μόνιμη σχέση» ενώ αυτή αποτελεί και δικαιολογία για τη μη συνεχή χρήση προφυλακτικού από τα 2/3 των νέων. Ωστόσο, δεν λείπουν και οι περιπτώσεις νέων που δεν αναγνωρίζουν σημαντικές έννοιες για μεταδοτικά νοσήματα όπως το AIDS, νομίζοντας για παράδειγμα ότι θεραπεύεται. Ακόμη, ως πηγές ενημέρωσης/πληροφόρησης παρατηρείται ότι αποτελούν το σχολικό περιβάλλον ενώ αρκετοί γνωρίζουν επακριβώς και τη σχέση των όρων HIV & AIDS. Η γενικότερη αποτίμηση ωστόσο, παρά την πληθώρα των δεδομένων και αποτελεσμάτων λόγω της σπουδαιότητας του θέματος, είναι ότι η ενημέρωση, η γνώση, η πρόληψη ή η σεξουαλική συμπεριφορά αυτών των νέων δεν διαφέρει ως προς το φύλο τους. Αποτιμάται λοιπόν σε γενικά πλαίσια μια καθολική και ομοιογενής στάση και συμπεριφορά των φοιτητών και φοιτητριών του δείγματος, με ιδιαίτερη ευθύνη για βελτίωση τόσο των παραπάνω όσο και των γνώσεων των σπουδαστών της Σ.Ε.Υ.Π., λόγω του αντικείμενου σπουδών τους που χρίζει μία ειδικότερη εκπαίδευση και εμπάθυνση σε θέματα υγείας και πρόνοιας.

#### 7.4 Προτάσεις

- Ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σε θέματα συμπεριφοράς γύρω από την ασθένεια
- Άρση προκαταλήψεων και μύθων γύρω από το AIDS
- Ανοιχτός διάλογος για το AIDS και την σεξουαλικότητα
- Ανοιχτός διάλογος για την διαφορετικότητα και τις διαφορετικές επιλογές
- Υπογράμμιση των κοινών σημείων με τα στιγματισμένα άτομα και όχι των διαφορών, υποστήριξη πασχόντων ατόμων και των οικογενειών τους
- Ευαισθητοποίηση υπηρεσιών, θεσμών και κέντρων αποφάσεων κοινωνικής πολιτικής
- Έμφαση σε δράσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης
- Συνεχή εκπαίδευση προσωπικού υγείας
- Αναβάθμιση προγράμματος σπουδών των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας
- Χρηματοδότηση προγραμμάτων παρέμβασης, υπηρεσιών και ερευνών κατά του Aids

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- ✓ Ανδρεαδάκης Ν., (2006-2007), «Παράδοση: Εισαγωγή στη ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία», Κρήτη: Πανεπιστήμιο Κρήτης
- ✓ Βαλάρη Χ, Κωστοπούλου Σ, Πέρρου Χ, Κελεπούρης Κ, Τσάρας Κ, Γκούβα Μ, Κοτρώτσιου Ε (2011). «Απόψεις φοιτητών νοσηλευτικής και επαγγελματιών νοσηλευτών σχετικά με την επίδραση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στη σεξουαλική τους συμπεριφορά». Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3(2):81-86.
- ✓ Βογιατζάκης, Ε. (2005) «HIV Λοίμωξη και Μετακινούμενοι Πληθυσμοί», Πρακτικά 17<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου AIDS, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, σ. 50.
- ✓ Βραχάτης, Δ. Α. και Παπαδόπουλος, Α. (2012) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές» Σχολή Κοινωνικών Επιστημών Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. σ. 10-17. [http://www.hjn.gr/actions/get\\_pdf.php?id=294](http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=294) [πρόσβαση 19 Νοεμβρίου 2013].
- ✓ Γαλάνης Δ & Καραγιάννης Ν (1998). «Η πορνεία των απαλών ονύχων». Εφημερίδα Το Βήμα, 15.11.1998
- ✓ Δαμάσκος, Π., (2002) «Εισήγηση στην Διήμερο Επιστημονικό Συμπόσιο AIDS του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ) και του Ε-Ιατρικά 28-29 Νοεμβρίου 2002:Στίγμα και διάκριση», Αθήνα
- ✓ Δαρδαβέσης, Θ., (1999) «Επιδημιολογία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (Σ.Ε.Α.Α.)», Εκδόσεις: Ελληνικά Αρχεία AIDS
- ✓ Δαφέρμος Β. (2005). «Κοινωνική στατιστική με το SPSS». Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
- ✓ Δέδες, Ν. (2005) «Περίθαλψη, Εργασία και Κοινωνικός Περίγυρος Ατόμων με HIV Λοίμωξη», Πρακτικά 17<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου AIDS, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, σ. 39-40.
- ✓ Δημητρόπουλος, Ε., (1999) «Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία», Αθήνα: Γρηγόρη

- ✓ Διομήδους Μ, Ζήκος Δ, Τζιμογιάννη Ε (2013). «Διερεύνηση γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων φοιτητών σχολών Επαγγελματιών Υγείας σε σχέση με το AIDS». Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 2(1):1-7.
- ✓ Διομήδους, Μ. & Ζήκος, Δ. & Τζιμογιάννη, Ε. (2006) «Διερεύνηση Γνώσεων, Στάσεων και Αντιλήψεων Φοιτητών Σχολών Επαγγελματιών Υγείας σε σχέση με το AIDS», *Εργαστήριο Επιδημιολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών*, τεύχος 01, σ.1-7.
- ✓ Ηλιάδου Μ, Παλάσκα Ε (2008). «Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι». *Νοσηλευτική*, 47(4):497-506.
- ✓ Ιατρικός Σύλλογος Χίου (2008) *Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση και Λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. <http://www.isch.gr/040208.asp> [πρόσβαση 8 Νοεμβρίου 2013].
- ✓ Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων – Κέντρο Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας (2013) *Επικίνδυνα Λάθη στη Χρήση του Προφυλακτικού*. Αθήνα: Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων – Κέντρο Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας.
- ✓ Καλεμάκη, Ε. και Κοκκινάκη, Ά. (2008) *Εφαρμογή Προληπτικών Μέτρων από το Νοσηλευτικό Προσωπικό για την Αποφυγή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων στα Χειρουργικά Τμήματα*. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης.
- ✓ Καραϊσκού, Α. (2005) «Νοσηλεία Ασθενή με HIV Λοίμωξη στο Νοσοκομείο», *Πρακτικά 17<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνέδριου AIDS*, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, σ. 11-12.
- ✓ Κατζανού, Μ., Χατζάκης, Α., (2013) «Πρόσφατες Εξελίξεις στην Πρόληψη της HIV Λοίμωξης», Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής (Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Ρετροϊών, Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή & Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών)
- ✓ Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (2002) *HIV/AIDS – Δημόσια Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα. Νομοθετικά Κείμενα και Ρυθμίσεις*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

- ✓ Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (2006) *Πρόταση Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση της HIV/AIDS Λοίμωξης*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- ✓ Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (2008) *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS και τη Δημόσια Υγεία*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- ✓ Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (2014) *Επικοινωνία με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. <http://www.keelpno.gr/elgr/%CE%B5%CF%80%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%AF%CE%B1.aspx> [πρόσβαση 11 Ιανουαρίου 2014].
- ✓ Κέντρο Ελέγχου Και Πρόληψης Νοσημάτων ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, (2005) «*Τα προφυλακτικά και πως χρησιμοποιούνται*» Ηράκλειο Κρήτης: Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- ✓ Κόλλια Ε (2012). «*Εκρηκτικό κοκτέιλ με πορνεία, AIDS και μισές αλήθειες*». Εφημερίδα Το Βήμα, 6.5.2012.
- ✓ Κοντέ, Β. και Πύλλη, Μ. και Νικολόπουλος, Γ. και Μακρή, Ε. και Τσαντές, Α. και Παρασκευά Δ. (2005) «*Επιδημιολογικά Δεδομένα της HIV Λοίμωξης στην Ελλάδα σε Άτομα Αλλοδαπής Εθνικότητας (1984-2005)*», *Πρακτικά 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιου Συνεδρίου AIDS*, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, σ. 67.
- ✓ Κοσμοπούλου, Ο. (2005) «*Εμβόλιο – Μύθος ή Πραγματικότητα*», *Πρακτικά 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιου Συνεδρίου AIDS*, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, σ. 48-49.
- ✓ Κυριαζή Ν., (2011) «*Η Κοινωνιολογική Έρευνα: Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*», Αθήνα: Πεδίο
- ✓ Κωνσταντινίδης Θ, Σκανδαλάκη Ν, Τζαγκαράκη Ε, Λιναρδάκης Μ (2012). «*Σεξουαλική συμπεριφορά και πρακτικές αντισύλληψης φοιτητών νοσηλευτικής*». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(6):710-719.
- ✓ Μάνος, Ν. (1997) *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- ✓ Μάνεση- Κυριάκη, Δ. 2000. «*Η Διαχείριση των Πληροφοριών στο Βιομηχανικό Περιβάλλον*», Συνέδριο για τα Βιομηχανικά Αρχεία, Ερμούπολη: Οκτώβριος 2000

- ✓ Μεράκου, Κ., Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ. (2002) Αγωγή υγείας με τη βιωματική μέθοδο εκπαίδευσης «Σεξουαλική Υγεία». Αθήνα
- ✓ Μαυρογιαννάκη, Β. (2011) Κοινωνική Συμπεριφορά Οροθετικών της Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- ✓ Μοστρού, Γλ. (2005) «Εγκυμοσύνη - περιγεννητική μετάδοση/πρόληψη-φροντίδα νεογνών – ηθικοί και δεοντολογικοί προβληματισμοί», *Πρακτικά 17<sup>ο</sup> Πανελληνίου Συνέδριου AIDS*, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, σ. 22-23.
- ✓ Μπαραμπούτης, Ι. και Τουρούκη, Γ. και Ντόγκα, Β. και Γεωργίου, Ο. και Παπασταμόπουλος, Β. και Πανιάρα, Ο και Σκουτέλη, Α. (2005), «Καταγραφή Περιστατικών Επαγγελματικής Έκθεσης στον Ιό HIV του Προσωπικού του Νοσοκομείου Ευαγγελισμός. Συμπεράσματα από το Πρώτο Χρόνο της Καταγραφής», *Πρακτικά 17<sup>ο</sup> Πανελληνίου Συνέδριου AIDS*, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, σ. 109-110.
- ✓ Μπαρμπαγιάννη Ε, Ζύγα Σ (2011). «*Η εφηβική σεξουαλικότητα στο προσκήνιο. Μελέτη και προβλεψιμότητα της χρήσης προφυλακτικού μέσω της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς*». Το Βήμα του Ασκληπιού, 10:239–259.
- ✓ Μπότση, Χ. και Λόϊο, Κ. και Κουρκουντή, Σ. και Γρίλλιας, Α. και Κυριάκης, Κ. και Παπαρίζος, Β. (2005) «Προφύλαξη μετά από μη Επαγγελματική έκθεση στον HIV: Πρακτική Εφαρμογή και Εμπειρία», *Πρακτικά 17<sup>ο</sup> Πανελληνίου Συνέδριου AIDS*, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, σ. 100.
- ✓ Νακοπούλου Ε, Καστρανή Θ, Κιούση Δ, Παραλίκας Θ, Κοτρώτισου Θ, Παπαχαρίτους. Διερεύνηση σεξουαλικών αντιλήψεων σε φοιτητές Νοσηλευτικής με την εφαρμογή της κλίμακας DSFI. *Νοσηλευτική 2007*, 46:109–115
- ✓ Νικάκη, Ι., Μπογέας, Θ., (2010), «*Η Εκπαιδευτική Σύμπραξη για την Κοινωνική Ένταξη μέσα από το Έργο – Εργοθεραπεία*», Εκδόσεις: ELSITO.
- ✓ Νικολόπουλος, Γ. και Τσιάρα, Χ. και Μακρή, Ε. και Ελένη Ε. και Αδράμη, Ο. και Παρασκευά, Δ. (2005) «*Προφυλακτική Αγωγή μετά από*



- Επαγγελματική και μη Επαγγελματική Έκθεση στον HIV*», Πρακτικά 17<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου AIDS, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, σ. 66.
- ✓ Οικονόμου, Χ. (2004) *«Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες»*. Αθήνα: Διόνικος.
  - ✓ Παπαθανασίου, Χ. και Ιωαννίδη, Ε. και Αγραφιώτης, Δ. (2005) *«Εκδιδόμενοι Άνδρες και Κίνδυνος Μόλυνσης από τον HIV»*, Πρακτικά 17<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου AIDS, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, σ. 108.
  - ✓ Παπαρίζος, Β. (2005) *«Πρόληψη, Αγωγή Υγείας, Προφύλαξη Έναντι των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και Aids»*, Πρακτικά 17<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου AIDS, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, σ. 45.
  - ✓ Παρασκευόπουλος Στ., Παντελειάδου Σ. 1993. *«Κέντρα Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης: Μαθητεία στην Προστασία του Περιβάλλοντος»*. Πρακτικά 3<sup>ου</sup> Συνεδρίου Περιβαλλοντικής Επιστήμης και Τεχνολογίας, Μυτιλήνη
  - ✓ Πολίτης, Χ. (2005) *«Προστασία Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών»*, Πρακτικά 17<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου AIDS, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, σ. 40-41.
  - ✓ Πουλοπούλου, Ε., (2007), *«Η μεταναστευτική πρόκληση»* ΑΘΗΝΑ: Παπαζήση
  - ✓ Σταθόπουλος, Π. (2005), *«Κοινοτική Εργασία Θεωρητική Προσέγγιση»*. Αθήνα: Παπαζήση
  - ✓ Σταθόπουλος, Π. Α. (2005) *Κοινωνική Πρόνοια. Ιστορική Εξέλιξη – Νέες Κατευθύνσεις*. Αθήνα: Παπαζήση.
  - ✓ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2010) *«Παίρνουμε τη Ζωή στα Χέρια μας. Βάζουμε Τέλος στο AIDS. Ο έρωτας είναι ανθρώπινο δικαίωμα»*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
  - ✓ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011) *Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων. Πρωτοβάθμιας Φροντίδα*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
<http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php/2011-03-08-10-56-24/2011-03-20-18-22-54> [πρόσβαση 3 Δεκεμβρίου 2013].

- ✓ Υφαντόπουλος, Γ., (1996) «Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής», Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών και Πανεπιστήμιο Αθηνών
- ✓ Υφαντόπουλος, Γ., Σκαπινάκης, Π., & Νιάκας, Δ., (2007) «Κοινωνικοοικονομικές Διαστάσεις της Υγείας και ποιότητας Ζωής» Τόμος 24, Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής
- ✓ Χατζής, Α., (2010), «Πολυπολιτισμικότητα και Κοινωνία», ΕΚΔΟΣΕΙΣ: Κέντρο Φιλελεύθερων Μελετών

## ΔΙΕΘΝΗΣ

- ✓ Abel, T. & Werner, M. (2003) *HIV risk behaviour of older persons*. Eur J Public Health 13 pp.350–352.
- ✓ Adefuye, A. & Abiona, T. C. & Balogun, J. A. & Lukobo-Durrell, M. (2009) ‘HIV sexual risk behaviours and perception of risk among college students: implications for planning interventions’ *BMC Public Health*, 9(281), pp.1-13 [assessed 13 December 2013].
- ✓ Alamrew Z, Bedimo M, Azage M (2013). ‘*Risky Sexual Practices and Associated Factors for HIV/AIDS Infection among Private College Students in Bahir Dar City, Northwest Ethiopia*’. ISRN Public Health, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/763051>.
- ✓ Allen I. (1991). Family planning and pregnancy counselling project for young people.
- ✓ AmfAr Making AIDS History (2010) Youth and HIV/AIDS in the United States: *Challenges and Opportunities for Prevention*. <http://www.amfar.org/> [πρόσβαση 14 Νοέμβριος 2013].
- ✓ Barouch, D. H. 2008. ‘*Challenges in the development of an HIV-1 vaccine*.’
- ✓ BeSTRONG- Μείνε Δυνατός (2012) *HIV/AIDS*. Αθήνα: BeSTRONG- Μείνε Δυνατός [http://www.bestrong.org.gr/el/health/healthinfo/HIV\\_AIDS/](http://www.bestrong.org.gr/el/health/healthinfo/HIV_AIDS/) [πρόσβαση 25 Ιανουαρίου 2014].
- ✓ Bhowon U (2000) ‘. *Knowledge and Attitudes towards AIDS of Social Work Students in Mauritius*’. Journal of Health Management, 2:113.
- ✓ CDC – Centres for Disease Control and Prevention (2011) *CDC HIV/AIDS Fact Sheet. HIV/AIDS among youth*. United States: CDC.

- ✓ CDC (2011) *CDC Vital Signs. New Hope for Stopping HIV*. United States: CDC.
- ✓ Copp D., (2006), *The Oxford Handbook of Ethical Theory* Oxford: Lavoisier S.A.S.
- ✓ CSH Perspectives - Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine (2012) *Human Immunodeficiency Virus Vaccine Trials*. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine.
- ✓ CSH Perspectives - Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine (2011) *The Antibody Response against HIV-1*. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine.
- ✓ Culkin, J. & Perrott, R.S. (2005) «Θεμελιώδεις αρχές της ψυχολογίας», μετάφρ. Αντωνίου, Α.Σ. και Μπακοπούλου, Γ, Αθήνα: Έλλην
- ✓ Diaz, T. & Chu, Sy. & Buehler, Jw. et al. (1994) «Socioeconomic Differences Among People with AIDS: Results from a Multistate Surveillance Project». *American Journal of Preventive Medicine*. (10), pp.217–222.
- ✓ ECDC-European Centre for Disease Prevention (2012) *Technical Report. Risk assessment on HIV in Greece*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention.
- ✓ European Centre for Disease Prevention and Control (2012). *‘Risk assessment on HIV in Greece. Stockholm’*: ECDC
- ✓ Ford N. (1992). The AIDS awareness and sexual behaviour of young people in the south-west of England. *J Adolescence* 15:393-413.
- ✓ *Global report – ‘UNAIDS report on the global AIDS epidemic’ (2013)*. “UNAIDS / JC2502 / 1/E”, Revised and reissued, November 2013, Geneva
- ✓ Gott, CM. (2001) *Sexual activity and risk-taking in later life. Health Social Care Community* 9, pp. 72–78.
- ✓ Greenlee, S. P. and Ridley, D.R. (1993) AIDS and college students: a survey knowledge, attitudes and beliefs. *Psychological*, 73. 490.
- ✓ Greydanus DE, Rimsza ME, Matytsina L (2005). *‘Contraception for college students’*. *Pediatr Clin North Am*, 52(1):135-61.
- ✓ Grunbaum, Ja., Kann, L., Kinchen, S., Hawkins, J., Lowry et al. Youth risk behaviour surveillance – United States, 2003. In *Q Surveillance summaries MMWR* 2004, 53: 1-96

- ✓ Hellenic Center for Disease Control and Prevention - HCDCP (2011). *HIV/AIDS 'Surveillance Report in Greece, 31 December 2011'*. Athens: HCDCP. *HIV & AIDS estimates (2012)*. United Nations AIDS Strategy 2011-2015. Data - Know your epidemic (<http://www.unaids.org/en/>).
- ✓ HIV/AIDS.gr Το Ελληνικό κλινικό site για το HIV/AIDS (2014) *Το τεστ για HIV*. Αθήνα: HIV/AIDS.gr <http://www.hivaids.gr/homepage.php?id=pliroforisi/test> [πρόσβαση 25 Ιανουαρίου 2014].
- ✓ Horvath, J. K. & Rosser, B. R. S. & Remafedi, G. (2008) «Sexual Risk Taking Among Young Internet-Using Men Who Have Sex With Men». *American Journal of Public Health*, 98 (6), pp. 1059-1067. [accessed 15 March 2013].
- ✓ Indicators adapted from WHO, Guide for Monitoring and Evaluation of HIV and Youth Programming (draft); *UNAIDS, 2000, National AIDS Programmes: 'A Guide to Monitoring and Evaluation'*. UNAIDS. Geneva; and UNAIDS, 2002, Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS Guidelines on Construction of Core Indicators.
- ✓ Joffe GP, Foxman B, Schmidt AJ, Farris KB, Carter RJ, Neumann S, Tolo KA, Walters AM (1992). 'Multiple partners and partner choice as risk factors for sexually transmitted disease among female college students'. *Sex Transm Dis*, 19(5):272-8.
- ✓ Kirby D. (1991). School-based clinics: research results and their implications for future research. *Evaluation and Programme Planning* 14:35-47.
- ✓ Kirby, D (2007) *Emerging Answers 2007: Research Finding on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases* Washington, D.C.: The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- ✓ Lazaridis G (2001). 'Trafficking and Prostitution: *The Growing Exploitation of Migrant Women in Greece*'. *European Journal of Women's Studies*, 2001, 8 (1):67-102
- ✓ Lazarus, JV. % Nielsen, K.K. (2010) *HIV and people over 50 years old in Europe*. *HIV Med*, 11 pp.479–81. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-1293.2009.00810.x>. [assessed 13 December 2013].
- ✓ Leigh, BC. & Stall, R. (1993) 'Substance Use and Risky Sexual. Behavior for Exposure to HIV: Issues in Methodology, Interpretation and Prevention'. *American Psychologist*, 48, pp.1035 –1045.

- ✓ Logan, TK. & Leukefeld, C. (2000) «Sexual and drug use behaviours among female crack users: a multi-site sample». *Drug Alcohol Depend.* 58. pp. 237–245.
- ✓ London: Policy Studies Institute.
- ✓ Ma Q, Ono-Kihara M, Cong L, Xu G, Pan X, Zamani S, Ravari SM, Zhang D, Homma T, Kihara M (2009). ‘*Early initiation of sexual activity: a risk factor for sexually transmitted diseases, HIV infection, and unwanted pregnancy among university students in China*’. *BMC Public Health*, 9:111.
- ✓ Ma Q, Ono-Kihara M, Cong L, Xu G, Zamani S, Ravari SM, Kihara M (2006). ‘*Sexual behavior and awareness of Chinese university students in transition with implied risk of sexually transmitted diseases and HIV infection: a cross-sectional study*’. *BMC Public Health*, 6:232.
- ✓ Maman, S. & Mbwambo, J. K. & Hogan, M. N. & Kilonzo, P. G. & Campbell, J. C. &
- ✓ Maswanya E, Moji K, Aoyagi K, Yahata Y, Kusano Y, Nagata K, Izumi T, Takemoto T (2000). ‘*Knowledge and attitudes toward AIDS among female college students in Nagasaki, Japan*’. *Health Educ Res*, 15(1):5-11.
- ✓ Merakou, K. & Costopoulos, C. & Marcopoulou, J. & Kourea-Kremastinou, J. (2002) ‘Knowledge, attitudes and behaviour after 15 years of HIV/AIDS prevention in schools’. *European Journal of Public Health*, 12, pp. 90-93. <http://eurpub.oxfordjournals.org> [accessed 13 December 2013].
- ✓ Metallidis, S. & Tsachouridou, O. & Skoura, L. & Zebekakis, P. & Chrysanthidis, T. & Pilalas, D. & Bakaimi, I. & Kollaras, P. & Germanidis, G. & Tsiara, A. & Galanos, A. & Malisiovas, N. & Nikolaidis, P. (2013) ‘Older HIV-infected patients—an underestimated population in northern Greece: epidemiology, risk of disease progression and death’. *International Journal for Infectious Diseases*. 17, pp. e883–e891. <http://www.elsevier.com/locate/ijid> [accessed 13 December 2013].
- ✓ Metsch, LR. & McCoy, CB. & McCoy, HV. et al. (1995) «HIV-related risk behaviours and seropositivity among homeless drug abusing women in Miami, Florida». *Journal of Psychoactive Drugs*. 27, pp. 435–446.
- ✓ Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa E., Katsouda, E., (Article first Published online: 14 Apr 2005), “European Journal of Cancer: Patterns and Barriers in Information

- Disclosure Between Health Care Professionals and Relatives with Cancer Patients in Greek Society”, Wiley Online Library, DOI: 10.1111/j.1365-2354.2005.00554.x
- ✓ Nabel, G. J. & Kwong, P. D. & Mascola, J. R. (2011) «Progress in the rational design of an AIDS vaccine». *Royalsocietypublishing*, 366(1579), pp.2759-2765. <http://rstb.royalsocietypublishing.org/subscriptions> [accessed 14 March 2013].
  - ✓ Office of the Surgeon General (2001) *The Surgeon General's. Call to action to Promote Sexual Health and Responsible Sexual Behavior*. <http://www.surgeongeneral.gov/library/sexualhealth/call.htm> [accessed 16 May 2006].
  - ✓ Ouzouni, C. & Nakakis, K. (2012) ‘HIV/AIDS knowledge, attitudes and behaviours of student nurses’ *Health Science Journal*, 6(1), pp. 129-150, <http://www.hsj.gr> [assessed 13 December 2013].
  - ✓ Owens S (1995). ‘Attitudes toward and knowledge of AIDS among African American social work students’. *Health Soc Work*, 20(2):110-5.
  - ✓ Patseadou M, Galli-Tsinopoulou A, Goulis DG, Arvanitidou M (2010). ‘Factors associated with the onset of sexual activity among Greek high school students’. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 15(5):357-66.
  - ✓ Pratkanis, A. R. & Greenwald, A.G. (1989) *A sociocognitive model of attitude structure and function*. In L. Berkowitz (ed.) *Advances in experimental social psychology*, 22, San Diego, Academic Press:245-286.
  - ✓ Ravanis K., Pantidos P., Vitoratos E., (2009), ‘Magnetic Field Mental Representations of 14-15 Years Old Students’, Volume 2, Publications: Acta Didactica Napocensia
  - ✓ Rosen J 2003. ‘Adolescent Health and Development: A Resource Guide for World Bank Staff and Government Counterparts’, World Bank.
  - ✓ Sachdev P (2005). ‘AIDS related knowledge, attitudes, and professional preparation among social work students in India’. *Soc Work Health Care*, 42(2):93-113.
  - ✓ Shafer MA, Boyer CB (1991). ‘Psychosocial and behavioral factors associated with risk of sexually transmitted diseases, including human immunodeficiency virus infection, among urban high school students’. *J Pediatr*, 119(5):826-33.

- ✓ Svenson L, Carmel S, Varhagen C (1997). 'A review of the knowledge, attitudes and behaviours of university students concerning HIV/AIDS'. *HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL*, 12(1):61.
- ✓ Svenson, L. W. And Varnahagen, C. K. (1990) Knowledge, attitudes and behaviours related to AIDS among first year university students. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 139-140.
- ✓ The Kaiser Family Foundation (2000) *National Survey of Teens on HIV/AIDS* <http://www.kff.org/youthhivstds/3092-index.cfm> [accessed 16 May 2006].
- ✓ Thiede, H. & Jenkins, R. A. & Carey, J. W. & Hutcheson, R. & Thomas, K. K. & Stall, R. D. & White, E. & Allen, I. & Mejia, R. & Golden, M. R. (2009) «Determinants of Recent HIV Infection Among Seattle-Area Men Who Have Sex with Men». *American Journal of Public Health*, 99 (1S), pp. S157-S164. [accessed 15 March 2013].
- ✓ UNAIDS (2013) *AIDS by the Numbers*. Switzerland: UNAIDS, (JC2571/1/E).
- ✓ UNICEF, UNAIDS, and WHO, (2002). 'Young People and HIV/AIDS, Opportunity in Crisis' <http://www.unicef.org/pubsgen/youngpeople-hiv/aids/youngpeople-hiv/aids.pdf>
- ✓ United Nations Population Fund (2003) *State of World Population 2003: Making one billion account: Investing in adolescents' health and rights*.
- ✓ Weber, J. & Ferriman, A. (1991) «To AIDS αφορά και σένα», μεταφρ. Καλμάντη Θ, Αθήνα: Επτάλοφος
- ✓ Wechsberg, W. M. & Lam, W. K. K. & Zule, W. A. and Bobashev, G. (2004) «Efficacy of a Woman-Focused Intervention to Reduce HIV Risk and Increase Self-Sufficiency Among African American Crack Abusers». *American Journal of Public Health*, 94 (7), pp. 1165-1173. [accessed 15 March 2013].
- ✓ Wechsberg, WM. & Lam, WK. & Zule, WA. & Hall, G. & Middlesteadt, R. & Edwards J. (2003) «Violence, homelessness and HIV risk among crack-using African-American women». *Subst Use Misuse*. 38, pp.671–701.
- ✓ Weiss, E. & Sweat, M. D. (2002) «HIV-Positive Women Report More Lifetime Partner Violence: Findings From a Voluntary Counselling and Testing Clinic in Dar es Salaam, Tanzania» *American Journal of Public Health*, 92 (8), pp. 1331 - 1337. [accessed 16 March 2013].

- ✓ Wen YF, Wang HD, Zhao CX, Yao YS, Ye DQ, Jiang ZJ (2011). 'Association of HIV transmissions and non-transmission knowledge with negative attitudes to HIV/AIDS'. *Chin Med J (Engl)*, 124(4):537-40.
- ✓ WHO (1990). 'Research package: knowledge, attitudes, beliefs and practices on AIDS (KABP) phase 1'. Geneva. Switzerland: World Health Organization; 163-175.
- ✓ WHO/UNAIDS. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. Geneva, Switzerland, 1998
- ✓ World Health Organization (2005) *Health and the Millennium Development Goals*. Geneva. Switzerland: WHO Press.
- ✓ World Health Organization (2013) *Core Epidemiology Slides*. Switzerland: WHO Press.
- ✓ Wyatt, G. E. & Myers, H. F. & Williams, J. G. & Kitchen, C. R. & Loeb, T. & Vargas Carmona J. & Wyatt, L. E. & Chin, D. & Presley, N. (2002) « Does a History of Trauma Contribute to HIV Risk for Women of Color? Implications for Prevention and Policy». *American Journal of Public Health*, 92 (4), pp. 660 - 665. [accessed 16 March 2013].
- ✓ Yount, J.R., & Horton, P.B. (1992). Factors influencing environmental attitude: The relationship between environmental attitude defensibility and cognitive level. *Journal of Research in Science Teaching*, 29, 1059-1078.
- ✓ Zambrana, R. & Cornelius, L. & Sims Boykin, S. & Salas Lopez, D. (2004) « Latinas and HIV/AIDS Risk Factors: Implications for Harm Reduction Strategies». *American Journal of Public Health*, 94 (7), pp. 1152 - 1158. [accessed 16 March 2013].
- ✓ Zimbardo, P G., & Leippe M R. (1991) *The Psychology of Attitude Change and Social Influence*. McGraw-Hill
- ✓ Zimmerman, B.J., Bonner, S., & Kovach, R. (1996). *Developing self-regulated learners: Beyond achievement to self-efficacy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- ✓ Zuloaga Posada L, Soto Vélez C, Vélez DJ (1995). 'Sexual behavior and health problems in university students': University of Antioquia, 1991. *Bull Pan Am Health Organ*, 29(4):299-311.



## ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ

- ✓ Βικιπαίδεια - ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια, (2012), ΠΗΓΗ:  
<http://el.wikipedia.org/wiki/Αλληλεγγύη>, [3-6-2013]
- ✓ Βικιπαίδεια - ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια, (2012), ΠΗΓΗ:  
[http://el.wikipedia.org/wiki/Κοινωνική ευθύνη](http://el.wikipedia.org/wiki/Κοινωνική_ευθύνη), [3-6-2012]
- ✓ Βικιπαίδεια - ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια, (2012), ΠΗΓΗ:  
[http://el.wikipedia.org/wiki/Κοινωνική δικαιοσύνη](http://el.wikipedia.org/wiki/Κοινωνική_δικαιοσύνη), [3-6-2013]
- ✓ Βικιπαίδεια - ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια, (2012), ΠΗΓΗ:  
[http://el.wikipedia.org/wiki/Κοινωνική ισότητα](http://el.wikipedia.org/wiki/Κοινωνική_ισότητα), [3-6-2013]
- ✓ Ψαθάς, Δ., (2009), «Κοινωνική επανένταξη, υποστήριξη ατόμων με ειδικές ανάγκες», Μέρος Β' ΗΜ.ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ: 25/5/2009, ΠΗΓΗ: [www.eduportal.gr](http://www.eduportal.gr) Πμ., [4-10-2013]

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΘΕΜΑ: Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές των νέων απέναντι στην ασθένεια του AIDS. Η περίπτωση των φοιτητών του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης.**

**Υπεύθυνη Καθηγήτρια:** *Διαλυνάκη Ελένη*

**Σπουδαστές:** *Κοθώνα Βασιλική  
Λιβανίου Μαρία  
Μακράκη Μαρία  
Οικονόμου Αναστασία*

Ηράκλειο

Αγαπητέ –ή,

Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε στα πλαίσια της εκπόνησης πτυχιακής εργασίας του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας (ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης) με θέμα: Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές των νέων απέναντι στην ασθένεια του AIDS. Μέσω του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου θα θέλαμε να μάθουμε τις δικές σας απόψεις όσον αφορά τον ιό του HIV, καθώς και για την ενημέρωσή σας γενικά για το AIDS. Σας παρακαλούμε να απαντήσετε προσεκτικά και με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις, σημειώνοντας ένα (✓) στο τετραγωνάκι που ανταποκρίνεται σε αυτό που πιστεύετε ή σε αυτό που νομίζεται ότι είναι σωστό. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, τηρείται το απόρρητο των προσωπικών πληροφοριών. Για περαιτέρω διευκρινήσεις απευθυνθείτε στους παρόντες αρμόδιους σπουδαστές.

Σας ευχαριστούμαι πολύ για τη συνεργασία

## **Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

### ***A1) Φύλο:***

- 1)  Άνδρας
- 2)  Γυναίκα

### ***A2) Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε:***

- 1)  17-19
- 2)  19-21
- 3)  21-23
- 4)  23-25
- 5)  25 και άνω

### ***A3) Σε ποια σχολή ανήκετε;***

- 1)  Σ.Ε.Υ.Π.
- 2)  Σ.Δ.Ο.
- 3)  Σ.Τ.Ε.Φ.
- 4)  Σ.Τ.Ε.Γ.

### ***A4) Σε ποιο τμήμα ανήκετε;***

- 1)  Κοινωνικής Εργασίας
- 2)  Νοσηλευτικής
- 3)  Λογιστική
- 4)  Τουριστικών Επιχειρήσεων
- 5)  Διοίκηση επιχειρήσεων
- 6)  Βιολογικών Θερμοκηπιακών καλλιεργειών και ανθοκομίας
- 7)  Φυτική Παραγωγή
- 8)  Εφαρμοσμένη Πληροφορική και πολυμέσων
- 9)  Ηλεκτρολογία
- 10)  Πολιτικών Δομικών Έργων
- 11)  Μηχανολογία

### ***A5) Μορφωτικό επίπεδο πατέρα.***

- 1)  Απόφοιτος Δημοτικού
- 2)  Απόφοιτος Γυμνασίου
- 3)  Απόφοιτος Λυκείου
- 4)  Απόφοιτος Ανώτερης Εκπαίδευσης
- 5)  Απόφοιτος Ανώτατης Εκπαίδευσης
- 6)  Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού διπλώματος

### ***A6) Μορφωτικό επίπεδο μητέρας.***

- 1)  Απόφοιτη Δημοτικού
- 2)  Απόφοιτη Γυμνασίου
- 3)  Απόφοιτη Λυκείου
- 4)  Απόφοιτη Ανώτερης Εκπαίδευσης
- 5)  Απόφοιτη Ανώτατης Εκπαίδευσης
- 6)  Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού διπλώματος

**A7) Επάγγελμα πατέρα.**

- 1)  Ιδιωτικός υπάλληλος
- 2)  Δημόσιος υπάλληλος
- 3)  Ελεύθερος επαγγελματίας
- 4)  Επιχειρηματίας
- 5)  Οικιακά
- 6)  Άνεργος

**A8) Επάγγελμα μητέρας**

- 1)  Ιδιωτική υπάλληλος
- 2)  Δημόσιος υπάλληλος
- 3)  Ελεύθερη επαγγελματίας
- 4)  Επιχειρηματίας
- 6)  Άνεργη
- 5)  Οικιακά

**B) ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

**B1. Θεωρείτε την πληροφόρησή σας σχετικά με το AIDS:**

- 1)  Επαρκή
- 2)  Μέτρια
- 3)  Ελλιπή

**B2. Ποια από τις παρακάτω, αποτέλεσε πηγή πληροφόρησης – ενημέρωσης για εσάς σχετικά με το AIDS; (σημειώστε με ✓ ως 3 απαντήσεις που σας εκφράζουν )**

- 1)  Οικογένεια
- 2)  Φιλικό περιβάλλον
- 3)  Σχολικό περιβάλλον
- 4)  Μ.Μ.Ε
- 5)  Ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό
- 6)  Προσωπικό ενδιαφέρον - αναζήτηση
- 7) Άλλη.....

**B3. Το AIDS το γνωρίζετε ως : (σημειώστε με ✓ ως 3 απαντήσεις που σας εκφράζουν)**

- 1)  Σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο
- 2)  Νόσο που μεταδίδεται μόνο με το αίμα
- 3)  Θανατηφόρο ασθένεια
- 4)  Νόσο μόνο των ομοφυλοφίλων και των ναρκομανών
- 5)  Θεραπεύσιμη νόσο
- 6) Άλλο.....

**B4. Θεωρείται ότι το AIDS είναι μία:**

- 1)  Θανατηφόρα ασθένεια
- 2)  Σοβαρή ασθένεια
- 3)  Ασθένεια μέτριας επικινδυνότητας

- 4)  Ακίνδυνη ασθένεια

**B5. Γνωρίζετε τι σημαίνουν τα αρχικά AIDS;**

(σημειώστε παρακάτω την απάντησή σας)

.....  
.....

**B6. Οι όροι HIV και AIDS είναι ταυτόσημοι;**

(σημειώστε παρακάτω την απάντησή σας)

.....  
.....

**B7) Σημειώσε με (✓) όσα από τα παρακάτω θεωρείς ότι ισχύουν:**

**Το AIDS μεταδίδεται:**

- 1)  Αν μοιράζεσαι το φαγητό σου με ένα άτομο που έχει την ασθένεια
- 2)  Αν χρησιμοποιείς την ίδια τουαλέτα με ένα άτομο που πάσχει
- 3)  Αν είσαι χρήστης ναρκωτικών ουσιών (ενδοφλέβια χρήση)
- 4)  Αν αλλάζεις συχνά συντρόφους (σεξουαλική επαφή με προφυλάξεις)
- 5)  Κατά τη διάρκεια της κύησης
- 6)  Κατά τη διάρκεια του τοκετού
- 7)  Αν έρθεις σε σεξουαλική επαφή με ένα οροθετικό άτομο, χωρίς προφυλάξεις
- 8)  Μέσω της μετάγγισης μολυσμένου αίματος
- 9)  Αν εργάζεται στον ίδιο χώρο με ένα μολυσμένο άτομο
- 10)  Είναι κληρονομική ασθένεια
- 11)  Αν κολυμπάς στην ίδια πισίνα με ένα άτομο που έχει την ασθένεια (πισίνα που δεν πληροί τους κανόνες υγιεινής)
- 12)  Αν φιλήσεις ένα μολυσμένο άτομο
- 13)  Αν αγκαλιάσεις ένα μολυσμένο άτομο

**B8) Ένα άτομο που πάσχει από τον ιό HIV συνήθως δεν φαίνονται τα συμπτώματα της ασθένειάς του**

- 1)  Ναι (Συμφωνώ)
- 2)  Όχι (Διαφωνώ)

**B9) Τα άτομα που έχουν μονογαμικές σχέσεις, δεν κινδυνεύουν να μολυνθούν από τον ιό HIV**

- 1)  Ναι (Συμφωνώ)
- 2)  Όχι (Διαφωνώ)

**B10) Ένας άνθρωπος με AIDS μπορεί να θεραπευτεί πλήρως αν ακολουθεί σωστά τη φαρμακευτική του αγωγή**

- 1)  Ναι (Συμφωνώ)
- 2)  Όχι (Διαφωνώ)

### **Γ) ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

**G1) Σε ποια ηλικία είχατε τη πρώτη σεξουαλική σας εμπειρία:**

- 1)  κάτω των 17
- 2)  17-21
- 3)  22 και άνω
- 4)  δεν έχω σεξουαλικές σχέσεις

**G2) Αλλάζεις συχνά συντρόφους;**

- 1)  Ναι
- 2)  Όχι

**G3) Έχετε μόνιμο δεσμό;**

- 1)  Ναι
- 2)  Όχι

**G4) Αν ναι. Ποια είναι η χρονική διάρκεια της σχέσεως σας:**

- 1)  λιγότερο από 1 βδομάδα
- 2)  1-6 μήνες
- 3)  Πάνω από 6 μήνες
- 4)  1 χρόνο
- 5)  Πάνω από 1 χρόνο

**G5) Έχετε παράλληλες σχέσεις;**

- 1)  Ναι
- 2)  Όχι

### **Δ) ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

**Δ1) Ποιους θεωρείτε τους καταλληλότερους τρόπους προφύλαξης από την μετάδοση της λοίμωξης HIV;**

- 1)  Αντισυλληπτικό χάπι
- 2)  Αποχή
- 3)  Λήψη αντιβιοτικών φαρμάκων πριν από τη σεξουαλική επαφή
- 4)  Προφυλακτικό
- 5)  Σπινάλ
- 6)  Διάφραγμα- καλύμματα τραχήλου

- 7)  Διακεκομμένη συνουσία
- 8)  Αποφυγή χειραψίας με φορέα
- 9)  Πρωκτική σεξουαλική επαφή
- 10)  Στοματική σεξουαλική επαφή
- 11)  Τοπική πλύση μετά τη σεξουαλική επαφή
- 12) Άλλος τρόπος.....

**Δ2) Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική σας επαφή;**

- 1)  Πάντα
- 2)  Σχεδόν πάντα
- 3)  Συνήθως
- 4)  Σπάνια
- 5)  Όχι ποτέ

**Δ3) Σε ποιες περιπτώσεις δεν παίρνετε προφυλάξεις;**

- 1)  Σε μόνιμη σχέση
- 2)  Σε περιστασιακή σχέση διότι έτυχε να μην έχετε μαζί σας μέτρα προφύλαξης
- 3)  Λόγω χρήσης αντισυλληπτικών χαπιών
- 4)  Μόνο την 1η φορά λόγω ανύπαρκτης πιθανότητας μόλυνσης
- 5)  Δεν χρησιμοποιώ για να μη φανεί προσχεδιασμένη η σεξουαλική πράξη
- 6)  Αυξημένο οικονομικό κόστος
- 7)  Προκαλεί άγχος
- 8)  Μειωμένη αίσθηση ευχαρίστησης
- 9) Άλλο.....

**Δ4) Θεωρείται τη χρήση προφυλακτικού, ως την ασφαλέστερη μέθοδο προστασίας;**

- 1)  Ναι (Συμφωνώ)
- 2)  Όχι (Διαφωνώ)



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

### **ΦΟΡΕΙΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

Παρά τον προεξέχοντα ρόλο αλλά και την ευθύνη του κράτους, στον στρατηγικό σχεδιασμό των γενικών προτεραιοτήτων για την ανάπτυξη φορέων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, στον συντονισμό της διανομής υπηρεσιών και προγραμμάτων, στον έλεγχο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην έρευνα και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, ένα μίγμα φορέων συμβάλλει στην παραγωγή και διανομή υπηρεσιών. Μπορούμε να τους κατατάξουμε σε 4 βασικούς τομείς:

- 1) Δημόσιος τομέας, στον οποίο περιλαμβάνονται οι κρατικές υπηρεσίες, ιδίως εκείνες του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας, τόσο σε Κεντρικό όσο και σε Περιφερειακό και Νομαρχιακό επίπεδο (Νομαρχιακές υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας), αλλά και άλλων υπουργείων όπως Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων κλπ., οι φορείς και υπηρεσίες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης όπως Κ.Α.Π.Η. και «Στέγες Ηλικιωμένων». Εδώ ανήκουν ΝΠΔΔ όπως ο Ο.Α.Ε.Δ. η Εργατική Εστία, το Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας, η Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων αλλά και οι τρεις πρωτογενείς υπηρεσίες: το ΠΙΚΠΑ, ο ΕΟΠ και το Ίδρυμα βρεφών «Μητέρα». Η υποχρέωση για παροχή υπηρεσιών έχει νομικό έρεισμα, δηλαδή ο Δημόσιος τομέας οφείλει να εξασφαλίζει ένα ελάχιστο έστω επίπεδο φροντίδας προς την οικογένεια. Ο υποτυπώδης χαρακτήρας της δημόσιας παροχής συνδέεται άμεσα με την ενίσχυση και ανάπτυξη άλλων φορέων που έρχονται να συμπληρώσουν τις ακάλυπτες ανάγκες που απορρέουν από αυτή την υποχρέωση.
- 2) Ιδιωτικός μη-κερδοσκοπικός τομέας, στον οποίο ανήκουν φορείς μη κυβερνητικοί όπως η Εκκλησία, οι Εθελοντικές Οργανώσεις και τα Φιλανθρωπικά σωματεία. Πρόκειται κατά κανόνα για ΝΠΔ και είναι ασφαλώς ο τομέας αυτός πολύ πιο περιορισμένος από τον δημόσιο, παρά την ανάπτυξη που άρχισε να επιτελείται από τα τέλη της δεκαετίας του 1980. Σε αυτόν τον τομέα περιλαμβάνονται πλήθος φορέων και υπηρεσιών, που μπορεί να είναι μικρές ή μεγάλες μονάδες και να δραστηριοποιούνται σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο. Από αυτές η Εκκλησία διαδραματίζει με τις προσφερόμενες υπηρεσίες της σημαντικό ρόλο στην προστασία των ηλικιωμένων ( Σπίτια Γαλήνης), των παιδιών (οικοτροφεία-ορφανοτροφεία) και των πολύτεκνων οικογενειών (οικονομική στήριξη). Η

υποχρέωση για παροχή υπηρεσιών έχει ηθικό έρεισμα όμως από τα μέσα της δεκαετίας του '80 μπορούμε να επισημάνουμε ότι η αύξηση του ρόλου του μη κερδοσκοπικού τομέα δεν φαίνεται να οφείλεται μόνο στο ηθικό κίνητρο αλλά και σε εξωτερικά ερεθίσματα που σχετίζονται με την διαθεσιμότητα πόρων από την Ε. Ε.

- 3) Ιδιωτικός Κερδοσκοπικός τομέας, στον οποίο εντάσσονται επιχειρήσεις που λειτουργούν με ιδιωτικο-οικονομικά κριτήρια. Παρέχονται υπηρεσίες για την φροντίδα του παιδιού όπως βρεφικοί - παιδικοί σταθμοί και παιδικές κατασκηνώσεις, την φροντίδα των ηλικιωμένων όπως οίκοι ευγηρίας και ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για χρονίως πάσχοντες, αλλά και συμβουλευτικές υπηρεσίες προς την οικογένεια.
- 4) Φορείς αυτοβοήθειας – Άτυπα δίκτυα φροντίδας, για τα οποία συχνά δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο λειτουργίας. Η κατηγορία αυτή χαρακτηρίζεται από τον ανεπίσημο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας. Ο όρος «ανεπίσημη φροντίδα» χρησιμοποιείται για να διακρίνεται από παρόμοιες μορφές φροντίδας η οποία όμως παρέχεται με αμοιβή από οικιακές βοηθούς, πρακτικούς νοσηλευτές, φροντιστές ηλικιωμένων κλπ. Η Στασινόπουλου αναφέρει σχετικά: «Η ανεπίσημη φροντίδα είναι η βοήθεια και η στήριξη που προσφέρουν τα λεγόμενα 'άτυπα δίκτυα' , δηλαδή τα οικογενειακά σχήματα, οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες, οι συνάδελφοι στο χώρο εργασίας» Από όλα αυτά βέβαια η οικογένεια θεωρείται το πιο σημαντικό άτυπο κοινωνικό δίκτυο καθώς παρέχει ένα μεγάλο μέρος της καθημερινής και εντατικής φροντίδας, υποκαθιστώντας σε μεγάλο βαθμό το επίσημο δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών, συχνά Δε δεν υπάρχει επιλογή, εφόσον απουσιάζουν οι απαραίτητες δομές που θα κάλυπταν αυτές τις ανάγκες. Παρά την έντονη αίσθηση της υποχρέωσης για συμπαράσταση, δεν μπορεί κανείς να αγνοεί το γεγονός ότι οι δυνατότητες παροχής άτυπης φροντίδας δεν είναι απεριόριστες, καθώς απαιτούν πολύ χρόνο, συναισθηματική φόρτιση και χρήματα. Άλλωστε κοινωνικές αλλαγές όπως η αύξηση της γυναικείας απασχόλησης και οι αλλαγές στη μορφή και τις λειτουργίες της οικογένειας, περιορίζουν την παροχή άτυπης φροντίδας. Είναι γεγονός ότι αυτή η αλλαγή, επιδρά σε βάρος της ευημερίας τμημάτων του πληθυσμού, π.χ., των ηλικιωμένων, αλλά δεν είναι πάλι δυνατόν αυτή να επιτυγχάνεται σε βάρος της ενσωμάτωσης άλλων π.χ., γυναικών.

Ως άτυπα δίκτυα φροντίδας μπορούν επίσης να αναφερθούν φιλανθρωπικές δράσεις της Εκκλησίας αλλά και ομάδες αυτό-οργάνωσης όπως σύλλογοι νεφροπαθών, ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας , οικογενειών με μέλη που πάσχουν από Alzheimer κλπ. που λειτουργούν και ως ομάδες πίεσης και επιτυγχάνουν επιμέρους ευνοϊκές ρυθμίσεις (Davis, 1988).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι:

- 1) Υπολειμματικού χαρακτήρα, καθώς το κράτος και η ιδιωτική πρωτοβουλία παρεμβαίνουν όταν τα οικογενειακά δίκτυα δεν υπάρχουν ή υπολειτουργούν. Ενδεικτικά αναφέρουμε: βρεφονηπιακοί σταθμοί, κέντρα παιδικής μέριμνας, παιδουπόλεις, ανάδοχες οικογένειες, υιοθεσία, υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία και την ψυχική υγεία, την βία στην οικογένεια, υπηρεσίες για άτομα με αναπηρία, υπηρεσίες για ηλικιωμένους κλπ. Υπηρεσίες που απευθύνονται σε γονείς, παιδιά και νέους ( κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού, οργανώσεις νέων κ.ά.), με στόχο προληπτικό ή συμβουλευτικό, διευρύνουν το πλαίσιο παρέμβασης χωρίς να ξεφεύγουν από την υπολειμματική αυτή αντίληψη.
- 2) Επιδοματικού χαρακτήρα, που χωρίς να αντιμετωπίζουν ουσιαστικά το κοινωνικό πρόβλημα συμβάλλουν τόσο στο στιγματισμό των ατόμων όσο και την υπανάπτυξη των κοινωνικών υπηρεσιών. Ενδεικτικά αναφέρουμε: πιστοποιητικό κοινωνικής προστασίας, εφ' άπαξ βοηθήματα, επίδομα μόνου γονέα, επίδομα γονέα-παιδιού με ειδικές ανάγκες κ.ά. Σχετικά με τα οικογενειακά επιδόματα και τα επιδόματα μητρότητας, αυτά αποτελούν κυρίως ασφαλιστικές παροχές και ως εκ τούτου διαφοροποιούνται ανάλογα με την απασχόληση του δικαιούχου (Davis, 1988).

Στις μέρες μας γίνονται πολλές συζητήσεις σχετικά με τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης και εφοδιασμού των Οργανώσεων. Συζητούνται νέες λύσεις, ενώ παράλληλα υπάρχει μια αυξανόμενη πίεση στο κράτος πρόνοιας. Σε γενικές γραμμές οι τάσεις δείχνουν ότι βαδίζουμε προς ένα μεγαλύτερο πλουραλισμό κοινωνικών συστημάτων, όπου το Κράτος, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι εργοδότες και οι οικογένειες θα αναλαμβάνουν όλο και περισσότερες κοινωνικές ευθύνες.

Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα, μέσα σε αυτό το πλαίσιο, συνδυάζει στοιχεία και των δύο κύριων μοντέλων πρόνοιας που συνυπάρχουν, του «υπολειμματικού» και του «θεσμικού-αναδιανεμητικού» χωρίς να είναι σαφείς οι μετατοπίσεις από τα ανεπίσημα δίκτυα, τον ιδιωτικό και εθελοντικό χώρο προς το κοινωνικό κράτος. Δεν υπάρχει σαφής εικόνα του προνοιακού μίγματος, προϋπόθεση για αξιολόγηση και ανάδειξη της σημασίας της διαμόρφωσης εθνικής κοινωνικής πολιτικής.

Επιχειρήθηκε να διαφανεί η μετατόπιση από το παραδοσιακό διοικητικό γραφειοκρατικό στο «εκσυγχρονιστικό». Η μετάβαση αυτή από το παραδοσιακό στο σύγχρονο οφείλει παράλληλα να εμπλουτίζεται με ένα σκεπτικισμό για τον εκσυγχρονισμό του παραδοσιακού. Για να δούμε όμως αν η νέα αυτή κουλτούρα διαπερνά τις Οργανώσεις είναι αναγκαίο να τις μελετήσουμε ως μικρο-κοινωνικά συστήματα και να αναλύσουμε την τυπική και άτυπη δομή τους, την κατανομή της εξουσίας και της ισχύος, την διαδικασία λήψης αποφάσεων, τους ρόλους και τις σχέσεις του προσωπικού και πώς αυτά συμβάλλουν στο παραγόμενο αποτέλεσμα (Davis, 1988).

## ***ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ, ΠΟΥ ΕΜΠΛΕΚΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ AIDS;***

### ***A. ΕΘΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS***

- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, τηλ. 2310-991.347, 992.718.
- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΝΟΤΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: Λεωφ. Αλεξάνδρας 196, Αθήνα, τηλ. 210-644.49.06, 644.79.41.
- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: Παλαιό Νοσοκομείο «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ», Ιωάννινα, τηλ. 26510-26.529.
- ΕΘΝΙΚΟ Πανεπιστήμιο Πατρών – Ρίο Πάτρας, τηλ. 2610-277.924.
- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΚΡΗΤΗΣ: Π.Γ.Ν. «BENIZELEIO & ΠΑΝΑΝΕΙΟ», Ηράκλειο Κρήτης, τηλ. 2810-237.502 (εσωτ. 269), 234.010 (εσωτ. 28).
- ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ: Π.Γ.Ν.Α. «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα, τηλ. 210-722.00.01, απευθείας 721.10.22.

- ΕΘΝΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ AIDS: Νοσοκομείο «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ», Αθήνα, τηλ. 210-723.96.11, 721.08.39.
- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΡΕΤΡΟΪΩΝ (ΕΚΑΡ): Μ. Ασίας 75, Γουδί, τηλ. 210-771.97.25, 777.11.65.
- ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ: Μ. Ασίας 75, Γουδί, τηλ. 210-777.11.39, 778.56.38.
- ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ AIDS – ΙΚΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ: Ανατολικής Θράκης 58, Αλεξανδρούπολη, τηλ. 25510-20.403, 26.810.

#### ***Β. ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ***

- ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Λ.): Μακεδονίας 6-8, Αθήνα, τηλ. 210-822.54.66, 822.99.22.
- ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ AIDS: Νοσοκομείο «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ», Αθήνα, τηλ. 210-722.22.22.
- ΞΕΝΩΝΑΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ: Βασιλικών 7, Καμίνια Πειραιά, τηλ. 210-411.1400-401
- ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Πατησίων 358, Αθήνα, τηλ. 210-211.11.10, 211.11.20.
- ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ: Πατησίων 358, Αθήνα, τηλ. 210-211.10.24.

#### ***Γ. ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ***

- ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΦΟΡΕΩΝ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΟΥ AIDS «ΕΛΠΙΔΑ»: Νάκου 4, Αθήνα, τηλ. 210-924.50.90.
- ΚΕΝΤΡΟ ΖΩΗΣ, ΔΙΟΧΑΡΟΥΣ 9 ΙΛΙΣΙΑ, 210 7257617, 210 7294747, 210 7233848 FAX 210 7240425
- ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ AIDS: Τ.Θ. 10814, Θεσσαλονίκη, τηλ. 2310-422.021.
- AIDS – ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ – ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ ΦΟΡΕΩΝ & ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS: Περικλέους 47, Χολαργός, τηλ. 210-654.92.27.

- Σύλλογος Οροθετικών Ελλάδος Θετική Φωνή άνθρωποι και HIV, τηλ: 2108627572, Fax: 2118001051, Διεύθυνση: Ανάφης 2(Ισόγειο), 11256, Αθήνα, Ώρες λειτουργίας: Δευτέρα- Παρασκευή, 9:00- 15:00, <http://www.positivevoice.gr/>

### ***ΕΘΝΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV***

Σε εθνικό επίπεδο, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, υλοποιήθηκε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS και τη Δημόσια Υγεία 2008- 2012, το οποίο αποτελεί την πρώτη οργανωμένη παρέμβαση από την μεριά του Ελληνικού κράτος για την καταπολέμηση του HIV/AIDS. Ακόμη, σηματοδοτεί την έναρξη μία νέας εποχής στο χώρο της υγείας, ως προς τον σχεδιασμό και την υλοποίηση εθνικών και βιώσιμων πολιτικών σε θέματα Δημόσιας Υγείας, αλλά και προάσπισης ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Όπως αναφέρεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία και καταπολέμηση του HIV/AIDS για το 2008- 2012, στο οποίο εντάσσεται το Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS εμπεριέχει μια σειρά από Σχέδια Δράσης τα οποία είναι τα εξής:

- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο,
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία,
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά,
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές,
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία,
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη,
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα,
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία,
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα,
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα,
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία,
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα,
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία,

- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις,

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε χώρους Παροχής Υγείας (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

### **ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΤΟΥ HIV ΣΕ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε ανακοίνωσή της προς το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, καθόρισε τις βασικές δράσεις έως το τέλος του 2011, συγκεντρώνοντας τα μέσα που διαθέτει η Ευρωπαϊκή Ένωση για την καταπολέμηση της επιδημίας, καθορίζοντας τους γενικούς στόχους, με στρατηγικές άρρηκτα συνδεδεμένες με την ενίσχυση των Ευρωπαϊκών Αξιών.

Οι δομές, οι οποίες έχουν αναπτυχθεί στην Ε.Ε. για την αντιμετώπιση HIV/AIDS είναι οι ακόλουθες:

▲ Η HIV/AIDS think tank, μία επιτροπή για την ανταλλαγή πληροφοριών και απόψεων μεταξύ των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων Ευρωπαϊκών χωρών.

▲ Η Inter-service group on HIV/AIDS, για τη συνεργασία μεταξύ των Γενικών Διευθύνσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

▲ Η HIV/AIDS task force, αποτελείται από ομάδα ειδικών και ανήκει στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Επιπροσθέτως, η Ευρωπαϊκή Ένωση συνεχίζει τη δράση της σε παγκόσμιο επίπεδο χρηματοδοτώντας το Παγκόσμιο Ταμείο για την καταπολέμηση του AIDS, της Φυματίωσης και της Ελονοσίας.