



Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΑΣΙΑΣ:
*«Διερεύνηση στάσεων και αντιλήψεων των νέων
σχετικά με το AIDS, σε αγροτικές- ημιαστικές περιοχές
του Νομού Ηρακλείου»*

ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Γαλενιανού Ελένη

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες σελ. 5

Εισαγωγή σελ. 6

Θεωρητικό μέρος

Κεφάλαιο 1^ο : Ορισμοί βασικών εννοιών σελ. 8

1.1. Ορισμός Αγροτικής Κοινότητας σελ. 8

1.2. Ορισμός για το «νέο» σελ. 9

1.2.1. Οι νέοι σήμερα στην αγροτική κοινότητα..... σελ. 10

1.3. AIDS – Ιστορική αναδρομή σελ. 10

1.4. Πορεία και εξέλιξη στην Ελλάδα σελ. 16

1.5. Εννοιολογικός προσδιορισμός του «φορέα - οροθετικού» σελ. 17

1.6. Στάσεις και Αντιλήψεις σελ. 18

1.7. Κοινωνική και Συναισθηματική Υποστήριξησελ. 19

Κεφάλαιο 2^ο : Τρόποι μετάδοσης και συμπτώματα του AIDS σελ. 20

2.1. Τρόποι μετάδοσης του ιού HIV σελ. 20

2.1.1. Η μετάδοση της λοίμωξης HIV σελ. 20

2.1.2. Μύθοι μετάδοσης σελ. 23

2.2. Συμπτώματα του ιού HIV σελ. 26

2.3. Στάδια ασθενών που έχουν τον ιό HIV σελ. 27

Κεφάλαιο 3^ο : Στάσεις και συμπεριφορές προς τους φορείς του ιού HIV– ασθενείς με AIDS σελ. 30

3.1. Στάσεις γονέων και Άγνοια σελ. 30

3.1.1. Ανεπαρκής η ενημέρωση των νέων για το Aids σελ. 32

3.2. Στιγματισμός – Περιθωριοποίηση σελ. 36

3.2.1. Κοινωνικός Αποκλεισμός σελ. 40

Κεφάλαιο 4^ο: Επιπτώσεις σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο σελ. 43

4.1. Επιπτώσεις στις σχέσεις με τον κοινωνικό περίγυρο σελ. 44

4.2. Οικονομικές Επιπτώσεις σελ. 48

4.3. Επιπτώσεις στον εργασιακό χώρο σελ. 48

Κεφάλαιο 5^ο : Πρόληψη και κοινωνική υποστήριξη σε ασθενείς

με τον ιό HIV σελ. 51

5.1. Πρόληψη σελ. 51

5.2. Μορφές πρόληψης σελ. 54

5.3. Μέθοδοι αντισύλληψης σελ. 57

5.4. Προγράμματα Υποστήριξης ασθενών σελ. 58

5.5. Φαρμακευτική Αγωγή ασθενών σελ. 60

5.6. Σημασία Συμβουλευτικής Παρέμβασης από επαγγελματίες
ψυχικής υγείας σελ. 61

5.7. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σελ. 64

Ερευνητικό μέρος

<u>Κεφάλαιο 6^ο</u> : Μεθοδολογία έρευνας	σελ. 66
6.1. Σκοπός και στόχοι έρευνας	σελ. 66
6.2. Ερευνητικά Ερωτήματα	σελ. 66
6.3. Το δείγμα	σελ. 67
6.4. Ερευνητικό Εργαλείο	σελ. 68
6.5. Διαδικασία Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου	σελ. 72
6.6. Δυσκολίες Έρευνας	σελ. 72
<u>Κεφάλαιο 7^ο</u> : Αποτελέσματα Έρευνας	σελ. 73
7.1. Στατιστική Ανάλυση	σελ. 73
7.2. Πίνακες Συσχετίσεων	σελ. 84
7.3. Συζήτηση	σελ. 92
7.4. Προτάσεις	σελ.101
<u>Βιβλιογραφία</u>	σελ. 102
<u>Παράρτημα I</u> : Ερωτηματολόγιο	σελ. 107

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τη διεξαγωγή της παρούσας πτυχιακής εργασίας, ορισμένοι άνθρωποι συνέβαλαν στην προσπάθεια συγγραφής της με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και στη δική μας κατεύθυνση με την καλύτερη δυνατή ψυχική ισορροπία.

Από μέρους μας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτρια μας κα. Ελένη Γαλενιανού, όπου με τις συμβουλές και τις παρατηρήσεις της συνείσφερε στην αρτιότερη δόμηση της πτυχιακής εργασίας.

Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε όλους όσους δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη διεκπεραίωση την έρευνάς μας και αφιέρωσαν πολύτιμο χρόνο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε τους φίλους και τις οικογένειές μας που προσπάθησαν να δείξουν κατανόηση, συμπαράσταση και στήριξη όλο αυτό το χρονικό διάστημα της διεξαγωγής της έρευνας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εποχή μας όλοι δέχονται πια – και η UNICEF το τονίζει με έμφαση στην πρώτη έκθεσή της για το νέο αιώνα- ότι το AIDS αποτελεί τη μεγαλύτερη απειλή που έχουν αντιμετωπίσει ποτέ οι κοινωνίες. Και ακόμη ότι : έφτασε η στιγμή για έναν «απελευθερωτικό αγώνα» κατά του AIDS, αφού 6 και πλέον νέοι κάτω των 25 χρόνων προστίθενται κάθε λεπτό στον κατάλογο των φορέων της νόσου.

Σε ότι αφορά στην Ελλάδα, μέσα σε 10 χρόνια από την 9^η θέση στην Ευρώπη – με βάση τον αριθμό αύξησης των οροθετικών και σε σχέση με τον πληθυσμό – περάσαμε στην 5^η θέση. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι οι επιστήμονες υπολογίζουν ότι ο πραγματικός αριθμός των ατόμων με AIDS και των φορέων είναι πολύ μεγαλύτερος. Χαρακτηριστικό είναι – και σημαντικό – ότι αυξητική τάση των οροθετικών στην Ευρώπη εμφανίζουν μόνο η Ελλάδα και η Μεγάλη Βρετανία σε αντίθεση με τις άλλες χώρες που τα ποσοστά μειώνονται (Τσαρούχας, 2001).

Το AIDS προέρχεται από τα αρχικά του αγγλικού επιστημονικού όρου «Acquired Immune Deficiency Syndrome» που στα ελληνικά, ο αντίστοιχος όρος αποδίδεται ως «Σ.Ε.Α.Α.» ή «Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας» και θεωρείται η μάστιγα του αιώνα.

Η αφορμή για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος προέκυψε από προσωπικό ενδιαφέρον, καθώς είναι ένα θέμα που μας αφορά όλους και ιδιαίτερα τους επαγγελματίες υγείας. Μετά από μια ημερίδα που πραγματοποιήθηκε στο ΤΕΙ Ηρακλείου, για την Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS (1^η Δεκεμβρίου), μας γεννήθηκε η απορία του τι γνώσεις έχουν οι νέοι, αγροτικών περιοχών, του Νομού Ηρακλείου, για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και πιο συγκεκριμένα για το AIDS.

Η αντίληψη, η γνώση και η στάση των ανθρώπων, κυρίως των νέων, εξετάζεται μέσα από αυτήν την πτυχιακή εργασία. Στα πλαίσια της εργασίας μας πραγματοποιήθηκε έρευνα με σκοπό την καταγραφή των παραπάνω στάσεων από τους νέους των αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου. Επιπλέον, οι στόχοι που έχουμε θέσει για την έρευνά μας είναι να ερευνήσουμε πως αντιλαμβάνονται οι νέοι σήμερα τον ιό HIV – AIDS να διερευνήσουμε τις γνώσεις που έχουν για τους τρόπους μετάδοσης του ιού αλλά και να διερευνήσουμε τις πηγές της ενημέρωσής τους σχετικά με τον AIDS.

Αναλυτικά η διάρθρωση της πτυχιακής εργασίας είναι η ακόλουθη:

Στο πρώτο κεφάλαιο ορίζουμε τις βασικές έννοιες που θα συναντήσουμε στην εργασία μας, όπως της αγροτικής κοινότητας, και του ίδιου του AIDS. Παράλληλα πραγματοποιούμε μια ιστορική αναδρομή στο AIDS και βλέπουμε την ιστορική εξέλιξη του ιού στην Ελλάδα. Τέλος εξετάζουμε τις στάσεις και τις αντιλήψεις που επικρατούν για το AIDS καθώς και το είδος της κοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης που υπάρχει στα άτομα με AIDS.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφερόμαστε στους τρόπους μετάδοσης του ιού, στους μύθους που επικρατούν σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης καθώς και στα συμπτώματα της ασθένειας και στα στάδια που περνάνε οι ασθενείς που έχουν AIDS.

Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζουμε τις στάσεις και τις συμπεριφορές που επικρατούν απέναντι στα άτομα με AIDS. Πιο αναλυτικά, εξετάζουμε την στάση των νέων και την άγνοια που έχουν σχετικά με την ασθένεια, ενώ παράλληλα αναφερόμαστε και στην ανεπαρκή ενημέρωση των νέων. Επίσης, αφιερώνουμε ένα μέρος του κεφαλαίου στον κοινωνικό στιγματισμό, την περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό που υφίστανται οι ασθενείς με AIDS.

Στο τέταρτο κεφάλαιο μελετάμε τις επιπτώσεις σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο όπως είναι στον επαγγελματικό χώρο, ενώ κάνουμε και μια αναφορά στις οικονομικές επιπτώσεις που υπάρχουν από την ασθένεια.

Στο πέμπτο κεφάλαιο εξετάζουμε την πρόληψη. Αναλυτικότερα, αναφερόμαστε στις μορφές πρόληψης και στις μορφές αντισύλληψης. Επίσης κάνουμε μια αναφορά στην φαρμακευτική αγωγή των ασθενών καθώς και στα προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών.

Στο έκτο κεφάλαιο περιλαμβάνεται το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής εργασίας, όπου αναφερόμαστε στους σκοπούς και στόχους της έρευνάς μας, στην μεθοδολογία που ακολουθήσαμε, ορίζοντας το δείγμα μας, τα ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε και τα εργαλεία που χρησιμοποιήσαμε για την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων μας. Στη συνέχεια, παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της έρευνας και η εργασία μας ολοκληρώνεται με τη συγγραφή της συζήτησης και των συμπερασμάτων.

Θεωρητικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΟΡΙΣΜΟΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

1.1. Ορισμός Αγροτικής Κοινότητας

Η λέξη Κοινότητα χρησιμοποιείται για να καθορίσει διάφορες διοικητικές λειτουργίες σε τοπικό επίπεδο (τοπική αυτοδιοίκηση). Για τους κοινωνιολόγους, όμως, η διαβίωση ενός αριθμού ανθρώπων σε ένα ενιαίο γεωγραφικό χώρο δεν επαρκεί από μόνη της για την οριοθέτηση μιας κοινότητας.

Πρώτα απ' όλα, μια κοινότητα περιλαμβάνει ένα σύνολο ατόμων. Δεύτερον, η οριοθέτηση ενός γεωγραφικού χώρου, ως βασικού στοιχείου καθορισμού μιας κοινότητας αμφισβητείται από μερικούς επιστήμονες οι οποίοι τονίζουν ότι η ανάπτυξη των σύγχρονων μέσων επικοινωνίας έχει μειώσει τη σημασία του καθορισμού συγκεκριμένων γεωγραφικών ορίων, μια και σήμερα ένας αξιόλογος αριθμός ατόμων κινείται καθημερινά σε μεγάλες αποστάσεις. Κατά τον Δαουτόπουλο (2002) για τις συνθήκες της χώρας μας και ιδιαίτερα του αγροτικού χώρου και των ορεινών και νησιωτικών περιοχών, πιστεύουμε ότι τα γεωγραφικά σύνορα πρέπει να αποτελούν στοιχείο της οριοθέτησης μιας κοινότητας.

Η κοινωνική αλληλεπίδραση είναι το τρίτο στοιχείο του ορισμού. Αυτό το στοιχείο υποδηλώνει ότι τα άτομα που κατοικούν σε ένα συγκεκριμένο χώρο συναναστρέφονται μεταξύ τους ή ότι αλληλοεξαρτώνται. Έτσι, έχουν αναπτύξει ένα σύνολο επίσημων ενώσεων (π.χ. σχολεία, σύλλογοι, συνεταιρισμοί, τοπική αυτοδιοίκηση, κ.λ.π.) και ανεπίσημων ομάδων (π.χ. φιλίες, παρέες και συνεργασίες) για κοινωνική συναναστροφή και αλληλοβοήθεια. Παράλληλα, η κοινωνική αλληλεπίδραση υποδηλώνεται από την ύπαρξη κοινών κανόνων συμπεριφοράς, αξιών, ηθών και εθίμων που είναι δυνατόν να διαφέρουν από μια περιοχή σε μια άλλη πολύ κοντινή της πρώτης.

Το τέταρτο βασικό στοιχείο του ορισμού είναι η συναισθηματική ταύτιση ή ο συναισθηματικός δεσμός των ατόμων με την κοινότητα όπου διαβιούν. Αυτό το ψυχολογικό αίσθημα του δεσίματος των ανθρώπων με τον τόπο τους είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένο στη χώρα μας. Συχνά, ακούει κανείς ανθρώπους των πόλεων να μιλούν με

περηφάνια για το χωριό της καταγωγής τους και να προσβλέπουν με χαρά τη στιγμή που θα μπορέσουν να ξαναεπιστρέψουν σε αυτό για να ζήσουν εκεί τα γεράματά τους.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η αγροτική κοινωνία είναι μια σύνθεση από άτομα, οικογένειες, κοινωνικές οργανώσεις και θεσμούς. Είναι περισσότερο μια αφηρημένη έννοια που μας βοηθάει να ερμηνεύσουμε την ατομική και ομαδική συμπεριφορά των μελών της παρά μια απτή πραγματικότητα.

(Δαουτόπουλος, κ.α., 2002:57)

1.2. Ορισμός για τον «νέο»

Νέοι: το τμήμα του πληθυσμού μιας χώρας που διανύει το στάδιο της νεανικής ηλικίας, αυτό δηλαδή που, σύμφωνα με την επικρατέστερη άποψη, βρίσκεται μεταξύ 20-30 ετών και παρουσιάζει ιδιαίτερα ψυχικά χαρακτηριστικά (αυθορμητισμό, ευαισθησία, ενθουσιασμό, ευπιστία, φαντασία, αναπτυγμένη μνήμη κ.ά.). (http://www.neagenia.gr/appdata/documents/έρευνα/research_total.doc)

Από κοινωνική και οικονομική άποψη ως νεολαία χαρακτηρίζεται το τμήμα του πληθυσμού που μόλις έχει μπει ή ετοιμάζεται να μπει στην παραγωγική διαδικασία. Η νεολαία έχει μια σύμφυτη τάση για κοινή δουλειά και δράση, πράγμα που εξηγεί τις προσπάθειες των διαφόρων κοινωνικοπολιτικών, θρησκευτικών κλπ. οργανισμών να την προσεταιριστούν.

Πιο συστηματικά, μερικά από τα βασικά γνωρίσματα των νέων τα οποία ιδιαίτερα θα πρέπει να γνωρίζει και να προσέξει όποιος ασχολείται με την ηλικία αυτή είναι τα εξής:

α) τάση για ανεξαρτησία,

β) τάση του για κοινωνική ζωή,

γ) ανάπτυξη του νέου της νοητικής ικανότητας για μάθηση,

δ) αναζήτηση των νέων για προβληματισμούς ερωτήματα και ενστάσεις τις οποίες τυχόν έχουν για τα δρώμενα της κάθε εποχής την οποία ζουν

(Γκοτοβός, χ.χ.)

1.2.1. Οι νέοι σήμερα στην αγροτική κοινότητα.

Στις σύγχρονες κοινωνίες όποιο και αν είναι το στάδιο ανάπτυξης τους οι αγροτικές κοινότητες χάνουν όλο και περισσότερο την αυτοτέλεια τους ως κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές οντότητες και εντάσσονται ως οργανικά στοιχεία σε ευρύτερους σχηματισμούς κατά τρόπο που αμβλύνει συνεχώς τις διαφορές μεταξύ αστικού και αγροτικού χώρου καθώς επίσης και τρόπου ζωής τους.

Ο νέος άνθρωπος σήμερα ζώντας σε μια αγροτική κοινότητα έχει να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις και προσκλήσεις της νέας εποχής την οποία διανύουμε καθώς είναι η εποχή έντονης ανάπτυξης της ηλεκτρονικής τεχνολογίας.

Επίσης, το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης δημιουργεί δυναμικά ερεθίσματα ως προς τον τρόπο ζωής καθώς και την στάση ζωής του κάθε νέου τόσο στην αστική όσο και στην αγροτική περιοχή. Με αποτέλεσμα ο νέος της αγροτικής κοινότητας να αισθάνεται εγκλωβισμένος ακόμα και πεισμένος καμιά φορά θέλοντας να αποδράσει και να προβεί σε συμπεριφορές που βιώνει ο νέος της αστικής περιοχής – κοινότητας. Έτσι, με αυτό τον τρόπο δημιουργεί την δική του επανάσταση έναντι του οικογενειακού, σχολικού, φιλικού και κοινωνικού περιβάλλον του.

1.3. AIDS – Ιστορική Αναδρομή

AIDS: Το AIDS προέρχεται από τα αρχικά του αγγλικού επιστημονικού όρου «Acquired Immune Deficiency Syndrome» που στα ελληνικά, ο αντίστοιχος όρος αποδίδεται ως «Σ.Ε.Α.Α.» ή «Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας». Σύνδρομο, είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων μιας ιδιαίτερης ασθένειας ή κατάστασης. Επίκτητη, σημαίνει ότι δεν είναι μια κληρονομική ασθένεια, αλλά μία ασθένεια που αποκτάται στην πορεία ζωής των ανθρώπων. Ανοσοποιητική ανεπάρκεια, είναι η εξασθένιση του ανοσοποιητικού συστήματος, άρα και της βασικής του λειτουργίας που είναι να αναγνωρίζει τους ιούς που προσβάλλουν τον ανθρώπινο οργανισμό και να αμύνεται σε αυτούς. Έτσι, το ανοσοποιητικό σύστημα καταρρέει και ο οργανισμός δεν μπορεί να αμυνθεί και να αντιμετωπίσει λοιμώξεις. (www.imop.gr, χ.χ.)

Δεν είναι γνωστό πότε ακριβώς εμφανίστηκε το AIDS. Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι εμφανίστηκε κάποια στιγμή ανάμεσα στο 1926 και στο 1946, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που πιστεύουν ότι είχε μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη από το 1675 (Garret, 2000). Οι επιστήμονες υποψιάζονταν ότι ο ιός HIV

είχε κάποια σχέση με τα θηλαστικά της Αφρικής πολύ πριν αποδειχθεί η σχέση του με τους χιμπατζήδες. (www.hiv-aids.gr, χ.χ.)

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

Ακόμη δεν έχει δοθεί πλήρης εξήγηση στο φαινόμενο της έντονης εξάπλωσης της επιδημίας στην εποχή μας. Οι εκδοχές που υπάρχουν (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998), είναι κυρίως τρεις:

1. Η εκδοχή της μετάλλαξης που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της παθογόνου δράσης του ιού.
2. Η εκδοχή της παρασκευής του ιού από τον άνθρωπο.
3. Ωστόσο, η πιθανότερη εκδοχή είναι ότι οι HIV υπήρχαν στη φύση από πολύ παλιά και μόνο η ευρεία διασπορά τους είναι καινούρια.

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

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

ταυτόχρονα και το γεγονός ότι το AIDS δε συνδέεται μόνο με τη σεξουαλική συμπεριφορά. (www.hiv-aids.gr, χ.χ.).

Η εξάπλωση της νόσου σε παγκόσμια κλίμακα οπωσδήποτε ευνοήθηκε από τις ομοφυλοφιλικές ερωτικές πρακτικές και από τις πρακτικές των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Ωστόσο, είναι αναμφισβήτητο ότι οι παραπάνω πρακτικές δεν είναι οι κύριοι παράγοντες εξάπλωσης της νόσου. Σύμφωνα με το www.hiv-aids.gr (χ.χ.), το θέμα είναι ευρύτερο και σχετίζεται και με άλλους παράγοντες όπως:

i. Η αστικοποίηση που σημειώθηκε στην Αφρική και στις αναπτυσσόμενες χώρες και η αυξανόμενη ανέχεια, φαινόμενα που ευνόησαν τη διάσπαση του παραδοσιακού κοινωνικού κυττάρου και οδήγησαν ορισμένες ομάδες σε εντονότερο σεξουαλικό συγχρωτισμό.

ii. Η εναλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων σε συνδυασμό με την απουσία χρήσης προφυλακτικού, την υψηλή συχνότητα της γονόρροιας καθώς και τη γενικότερη άγνοια του πληθυσμού σε θέματα υγείας.

iii. Η ανάπτυξη που σημειώθηκε στον τομέα των μέσων μεταφοράς και του τουρισμού. Η θεαματική αύξηση των ταξιδιών "διεθνοποίησε" τα μικρόβια.

iv. Ο μαζικός εμβολιασμός στην Αφρική που γινόταν όχι μόνο χωρίς να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής, αλλά και με χρήση της ίδιας σύριγγας σε πλήθος ανθρώπων, πρακτική που ευνοεί την ανταλλαγή υγρών και κατά συνέπεια και τη μετάδοση του ιού.

v. Η σεξουαλική απελευθέρωση και γενικότερα η δημιουργία και η μεταβολή των κοινωνικών δεσμών.

vi. Οι μορφές Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Κοινωνικού Αποκλεισμού.

vii. Η Κοινωνική Διαφοροποίηση.

viii. Η γενίκευση των μεταγγίσεων αίματος και η διανομή παραγώγων αυτού ανά τον κόσμο. Η χρήση κοινών βελόνων και συριγγών από χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών.

ix. Οι κορυφαίοι παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν το αίτιο της ύπαρξης των περισσότερων παραγόντων που συνδέονται με την εξάπλωση της επιδημίας, είναι η ένδεια και η κοινωνική ανισότητα.

x. Δεν θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα να ενίσχυσε την παθογόνο δράση του HIV κάποιος άλλος μολυσματικός παράγοντας που συνδέεται με αυτόν.

(Ινστιτούτο Παστέρ, 1998)

Στη συνέχεια παρουσιάζονται ορισμένα χρονολογικά στοιχεία που αφορούν στην εξέλιξη και παρούσα κατάσταση σε σχέση με την λοίμωξη και νόσο HIV παγκοσμίως.

1926-1946 : Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι ο HIV μεταδόθηκε στους ανθρώπους από τους πιθήκους στο διάστημα 1926-1946. Οι πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι ο HIV είχε πιθανότατα μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη το 1675. Όμως, μέχρι το 1930 δεν είχε αποκτήσει πανδημικό χαρακτήρα στην Αφρική (Garrett, 2000).

1959: Σημειώθηκε ο πρώτος αποδεδειγμένος από τους ερευνητές θάνατος από AIDS. Πρόκειται για το θάνατο ενός άνδρα στη χώρα που σήμερα ονομάζεται Κονγκό (Zhu, Tuofu, et al., 1998). Το 1983, μια ομάδα Βρετανών ερευνητών ανακοίνωσε ότι ένας ναύτης από το Manchester πέθανε το 1959 με συμπτώματα AIDS (Williams et al., 1983). Η καλλιέργεια ιστών του έδειξε την ύπαρξη HIV (Balzer, 1998). 1969 Ένας Αφρο-αμερικανός έφηβος από το St. Louis πεθαίνει από έναν ιό που μοιάζει με τον HIV (Garry et al., 1988). 1976 Η οικογένεια ενός Νορβηγού ναύτη πεθαίνει εξαιτίας του HIV1 (Froland et al., 1988).

1978: Ομοφυλόφιλοι άνδρες στις Η.Π.Α και στη Σουηδία και ετεροφυλόφιλοι στην Τανζανία και στην Αϊτή, εμφανίζουν συμπτώματα της ασθένειας που αργότερα θα ονομαστεί AIDS.

1981: Στις Η.Π.Α. οι ερευνητές του C.D.C. (Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών/Center for Disease Control) διαπίστωσαν μια ανησυχητικά μεγάλη συχνότητα μιας σπάνιας μορφής καρκίνου που ονομάζεται αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma) σε ομοφυλόφιλους άνδρες που ήταν κατά τα άλλα υγιείς. Αρχικά ονόμασαν την ασθένεια Καρκίνο των Ομοφυλοφίλων (Gay Cancer) αλλά γρήγορα τη μετονόμασαν σε GRID (Gay Related Immune Deficiency) (Taylor, 1995). Ο Michael Gottlieb, στο Λος Άντζελες, περιέγραψε τα πρώτα περιστατικά AIDS σε ομοφυλόφιλους (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

1982: Στις Η.Π.Α., οι ερευνητές του Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών (C.D.C./Center for Disease Control/Κέντρο Ελέγχου Νόσων) συνέδεσαν την ασθένεια με το αίμα. Χρησιμοποιείται για πρώτη φορά ο όρος AIDS.

1983: Το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των Η.Π.Α. προειδοποίησε τις τράπεζες αίματος για ένα πιθανό πρόβλημα με τις προμήθειες αίματος. Στο Ινστιτούτο Παστέρ (Institut Pasteur), στη Γαλλία, οι ερευνητές απομονώνουν τον HIV (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

1984: Ο Gaetan Dugas, χαρακτηρίζεται ως ο ασθενής μηδέν (patient zero) στις Η.Π.Α (Taylor, 1995).

1985: Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α από την FDA (Food and Drug Administration/Διεύθυνση Διατροφής και Φαρμάκων) το πρώτο τεστ ανίχνευσης των αντισωμάτων του HIV. Ξεκίνησε στις Η.Π.Α και στην Ιαπωνία ο έλεγχος των προϊόντων αίματος. Πραγματοποιήθηκε η πρώτη Διεθνής Συνδιάσκεψη για το AIDS στη Ατλάντα των Η.Π.Α.

1986: Ξεκίνησε και στη Σουηδία ο έλεγχος των προϊόντων αίματος. Ανακαλύφθηκε στο Ινστιτούτο Παστέρ, ο HIV2 (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

1987: Στις 28 Σεπτεμβρίου εγκρίθηκε στις Η.Π.Α το πρώτο αντί-HIV φάρμακο. Πρόκειται για το πασίγνωστο πλέον AZT (αζιθοθυμιδίνη) της εταιρείας Glaxo Wellcome. Ο Καναδάς σταμάτησε τη διανομή μολυσμένου αίματος. Οι Η.Π.Α έκλεισαν τα σύνορά τους για τους προσβεβλημένους από τον ιό μετανάστες και τουρίστες. Ο WHO (World Health Organization/Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) ανακήρυξε την Πρώτη Δεκεμβρίου σε Παγκόσμια Ημέρα AIDS (World Aids Day). Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α το πρώτο διαγνωστικό τεστ, το οποίο ανιχνεύει την παρουσία του HIV-1 εντοπίζοντας κατευθείαν τις πρωτεΐνες ή τα αντιγόνα του ιού.

1991: Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) τα κρούσματα της επιδημίας ανέρχονταν σε περισσότερα από 10 εκατομμύρια. Ξεκινά στις Η.Π.Α η κλινική δοκιμή συνδυασμού φαρμάκων κατά του ιού. Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α το γυναικείο προφυλακτικό.

1993-1996 : Πραγματοποιούνται οι πρώτες κλινικές δοκιμές εμβολίων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στον άνθρωπο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συγχորηγείς αντιϊκών σκευασμάτων είναι αποτελεσματικότερες από τις μονοθεραπείες (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

2001 : Πραγματοποιείται το Σεπτέμβριο στη Φιλαδέλφεια, διάσκεψη με θέμα τα εμβόλια κατά του AIDS (AIDS Vaccine 2001). Με 20 διαφορετικά πρότυπα εμβολίων να δοκιμάζονται αυτή τη στιγμή και πολύ περισσότερα να αναμένονται, οι επιστήμονες είναι για πρώτη φορά αισιόδοξοι και πιστεύουν ότι θα βρουν σύντομα το κατάλληλο εμβόλιο που θα σταματά την καταστροφική δράση του ιού ακόμα κι αν δεν καταφέρνει να προφυλάξει τον οργανισμό από τη μόλυνση (Sternberg, 2001).

2002: Οι επιπτώσεις φαίνεται να παρουσιάζουν μεγάλη μείωση τόσο της HIV λοίμωξης όσο και του AIDS εξαιτίας των αντιρετροϊκών αγωγών.

2000-2006: Από το 2000 μέχρι και το 2004, ο αριθμός των δηλούμενων νέων μολύνσεων ήταν περίπου σταθερός. Όμως το 2005 και το 2006, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση σε σχέση με τα προηγούμενα έτη με μία μικρή κάμψη το 2007.

2007: Σύμφωνα με τα τελευταία επίσημα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, περίπου 33 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με τον HIV, εκ των οποίων τα 2,5 εκατομμύρια είναι παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών. Τα νέα κρούσματα μέσα στο 2007 ανήλθαν σε 2,7 εκατομμύρια, ενώ περισσότεροι από 2 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν από AIDS μέσα στο έτος, μεταξύ των οποίων και 300.000 παιδιά. Τα μεγαλύτερα ποσοστά φορέων του HIV εμφανίζονται στις χώρες τις πρώην Σοβιετικής Ένωσης και τις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής.

Στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό υπολογίζεται σε 1-2 τοις χιλίοις. Αν και επισήμως ο αριθμός των δηλωμένων κρουσμάτων στη χώρα μας για το 2007, είναι 6.720 σύμφωνα με τα στοιχεία του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ , διεθνείς οργανισμοί όπως ο WHO και UNAIDS (ΟΗΕ) υπολογίζουν τον πραγματικό αριθμό (δηλαδή τα δηλωμένα και τα αδήλωτα κρούσματα), σε πάνω από 10.000, με το χειρότερο σενάριο να μιλά για 19.000 φορείς.

2008: Αν και δεν έχει ολοκληρωθεί η συλλογή των δεδομένων (τα στοιχεία αφορούν μέχρι και τον Οκτώβριο), η τάση είναι δυστυχώς και πάλι αυξητική. Μέχρι τον Οκτώβριο του 2008, δηλώθηκαν ήδη 547 νέα περιστατικά εκ των οποίων 458 (83,7%) είναι άνδρες και 89 (16,3%) γυναίκες. Εκτιμάται ότι ο τελικός αριθμός των νέων μολύνσεων που θα δηλωθούν τελικά το 2008, θα ξεπεράσει του 600 και θα κυμανθεί ενδεχομένως σε ακόμα υψηλότερα επίπεδα από εκείνα της περιόδου 2005-2006. Είναι

φανερό ότι ο αριθμός των ατόμων που ζουν με τον ιό του AIDS στη χώρα μας αυξάνει, χρόνο με το χρόνο.

1.4. Πορεία και Εξέλιξη στην Ελλάδα

Το AIDS ως πρόβλημα και ζήτημα αναδύθηκε στην κοινωνική σκηνή της Ελλάδας στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Οι πρώτες πληροφορίες μιλούσαν για μια νέα, σπάνια θανατηφόρο ασθένεια που τα πρώτα της θύματα ήταν νεαρά άτομα και γι' αυτό το λόγο η ασθένεια ονομάστηκε «gay syndrome», δηλαδή «νόσος των ομοφυλοφίλων». Με την πάροδο του χρόνου άρχισαν να αναφέρονται πολλά νέα κρούσματα σε τοξικομανείς, αιμορροφιλικούς και άτομα που κατάγονται από την Καραϊβική και την Αφρική. Έτσι, καθιερώθηκε η διεθνής ονομασία AIDS από τα αρχικά των αντίστοιχων αγγλικών λέξεων Acquired Immune Deficiency Syndrome. Τα πρώτα κρούσματα εμφανίστηκαν τον Οκτώβριο του 1983 σχεδόν με δύο χρόνια καθυστέρηση από τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες (Παπαευαγγέλου, 1988).

Την περίοδο 1985-1987 το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ξεκίνησε το σχεδιασμό για την ανάπτυξη στρατηγικής και την πρόληψη της εξάπλωσης του AIDS. Σε αυτό το σημείο έγινε εμφανής η έλλειψη πληροφοριών στις οποίες θα μπορούσε να βασιστεί μια εκστρατεία ενημέρωσης της κοινής γνώμης.

Το ερευνητικό προσωπικό του τομέα της κοινωνιολογίας και μια ομάδα σπουδαστών της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών είχαν ξεκινήσει να μελετούν τις κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις του AIDS σε γειτονιά της Αθήνας όταν επισκέφτηκαν τη χώρα μας στελέχη του προγράμματος Global Programm on AIDS της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για να βοηθήσουν στη διαμόρφωση ενός Εθνικού προγράμματος κατά του AIDS. Τον Σεπτέμβριο του 1989 υπήρχαν 226 κρούσματα επίσημα δηλωμένα. Ο αριθμός των φορέων υπολογιζόταν γύρω στις 8.000 και ο αριθμός τόσο των φορέων όσο και των ασθενών παρουσίαζαν τον υψηλότερο αριθμό αύξησης στην Ευρώπη. Η Ελλάδα βέβαια, σε εκείνο το σημείο βρισκόταν στα πρώτα στάδια της διάδοσης του ιού (Αγραφιώτης, 1997).

Παρακάτω αναφέρονται χαρακτηριστικά για τη νόσο στην Ελλάδα, τα οποία βοηθούν να κατανοήσει κάποιος καλύτερα την πορεία και εξέλιξη της επιδημίας στη χώρα μας:

Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS (νόσου HIV) ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1984. Είναι ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση

A1/6122/19-9-1986. Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS, ήταν ο κυριότερος τρόπος παρακολούθησης της λοίμωξης HIV στην Ελλάδα. Η εξέλιξη όμως που πραγματοποιήθηκε στον τομέα των θεραπειών, μεγάλωσε το διάστημα ανάμεσα στη λοίμωξη HIV και στη νόσο HIV. Το γεγονός κατέστησε αναγκαία την επέκταση του επιδημιολογικού συστήματος και τη δήλωση των οροθετικών ατόμων η οποία θεωρείται ότι θα αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμη στην παρακολούθηση της επιδημίας και στο σχεδιασμό των Υπηρεσιών Υγείας και φροντίδας των οροθετικών ατόμων. Η δήλωση των οροθετικών ατόμων ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1998. Είναι ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Β1/5295/7-8-1998 (ΚΕΕΛ, 2000).

1.5. Εννοιολογικός προσδιορισμός της έννοιας του «φορέα -οροθετικού»

Η ανίχνευση αντισωμάτων προς τον ιό του AIDS σημαίνει μόλυνση με τον ιό κατά το παρελθόν. Ο ιός εγκαταστάθηκε στα λεμφοκύτταρα, πολλαπλασιάστηκε και ο οργανισμός προσπαθεί να τον αποβάλλει με διάφορους αμυντικούς μηχανισμούς, καθώς ο ιός HIV προκαλέσει σημαντικές βλάβες στο ανοσοποιητικό σύστημα. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνεται η ανάπτυξη αντισωμάτων που ανιχνεύονται στον ορό του ασθενούς (οροθετικός). Οι οροθετικοί μπορεί να μην αναπτύξουν ουδέποτε συμπτώματα και απλώς να είναι σε όλη τους τη ζωή φορείς του ιού. Είναι όμως μολυσματικοί για τους άλλους καταλήγοντας το άτομο αυτό να μεταδίδει τον ιό μέσω του σεξ, αίματος ή με τον τοκετό (περιγεννητική μετάδοση) (<http://www.stophiv.gr>, 2009).

Γι' αυτό κάθε οροθετικός πρέπει να προσαρμοστεί σε νέες συνήθειες και συνθήκες διαβίωσης για να αποτρέψει την εξέλιξη σε νόσο αλλά και για να προστατέψει το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η ζωή του οροθετικού μπορεί να συνεχιστεί χωρίς περιορισμούς στις καθημερινές του δραστηριότητες. Συνίσταται η αποφυγή καταπονήσεων, ενώ η υγιεινή ζωή, η καλή διατροφή και η ψυχολογική υποστήριξη απομακρύνουν τον κίνδυνο εξέλιξης προς τη νόσο (Παπαευαγγέλου, 1988).

1.6. Στάσεις και Αντιλήψεις

Στάση είναι οι πεποιθήσεις ή τα συναισθήματα ενός ατόμου τα οποία καθορίζουν την προδιάθεσή του να αξιολογεί θετικά ή αρνητικά τα αντικείμενα και τα πρόσωπα που το περιβάλλουν και επηρεάζουν τη συμπεριφορά του. Διαμορφώνεται από τις απόψεις ή τις πεποιθήσεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές, παράγοντες οι οποίοι και αυτοί επηρεάζουν ο ένας τον άλλο. Οι απόψεις ενός ατόμου είναι οι ιδέες για ένα θέμα και δεν βασίζονται πάντα σε μια αντικειμενική πληροφορία. Η στάση κατευθύνει τις πράξεις, εάν η εξωτερική επιρροή πάνω σε κάτι που λέγεται ή γίνεται έχει ελάχιστη επίπτωση (Marti, etc, χχ).

Η αντίληψη είναι στενά συνδεδεμένη με τη στάση. Αντίληψη είναι ένας μηχανισμός εκμάθησης της πληροφορίας μέσω της δομημένης ενσωμάτωσης των δεδομένων που προηγούνται των αισθήσεων (Marti, etc, χχ).

Σχηματισμός Στάσεων

Πώς γίνεται ο σχηματισμός των στάσεων. Οι στάσεις επηρεάζουν τις αποφάσεις των ανθρώπων, τον οδηγό της συμπεριφοράς τους και τον αντίκτυπο αυτού που επιλεκτικά θυμούνται (που δεν είναι πάντα το ίδιο με αυτό που ακούν). Οι στάσεις μπορούν να μετρηθούν και να αλλάξουν.

Αλλαγή μιας στάσης

Πώς μπορεί να αλλάξει κάποιος μια στάση; Για να αλλάξει μια στάση και να γίνει μετασχηματισμός της απαιτείται χρόνος, προσπάθεια και αποφασιστικότητα, αλλά μπορεί να γίνει. Από την άλλη, οι στάσεις σχηματίζονται κατά τη διάρκεια της ζωής των ατόμων, μέσω της διαδικασίας της κοινωνικοποίησης. Αυτή η διαδικασία κοινωνικοποίησης του ατόμου επηρεάζει τη συμπεριφορά του απέναντι στη δουλειά του και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει (Pickens, χχ).

1.7. Κοινωνική και Συναισθηματική Υποστήριξη

Η Κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην «υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο ούτως ώστε να αναπτύξει δεσμούς και κοινωνικές σχέσεις, μέσω των οποίων οι άνθρωποι αισθάνονται ότι ανήκουν σε μια ομάδα, έχουν κάποια αξία, μια κάποια αναγνώριση, ένα νόημα ή σκοπό στη ζωή τους» (Σαρρής, 2001).

Η Κοινωνική υποστήριξη που «τυγχάνει» να έχουν τα άτομα ενισχύει την προσαρμογή τους στα γεγονότα της ζωής που τους προκαλούν άγχος, καθώς λειτουργεί ως ασπίδα ή ως ενδιάμεσο φίλτρο που απορροφά τις επιδράσεις των παραγόντων αυτών. Η τεχνική ή λειτουργική υποστήριξη, όπως για παράδειγμα η σωματική υποστήριξη, η οικονομική βοήθεια, η βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες ασκούν στοιχειώδη ρόλο ενίσχυσης του ατόμου στην ανοικοδόμηση της ζωής του μετά από ένα αγχογόνο γεγονός (Σαρρής, 2001).

Όσον αφορά στη συναισθηματική υποστήριξη, ο Σαρρής (2001), αναφέρεται στην υποστήριξη που το άτομο λαμβάνει και η οποία του παρέχει τη δυνατότητα να μετατρέψει τα αρνητικά συναισθήματα σε θετικά και να αισθανθεί ότι κάποιος του προσφέρει βοήθεια και φροντίδα που έχει ανάγκη και ότι κάποιος ενδιαφέρεται γι' αυτό. Η συναισθηματική υποστήριξη συμβάλλει στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και αυτοεικόνας του ατόμου, ιδιαίτερα στα άτομα που πάσχουν από AIDS.

2.1. Τρόποι μετάδοσης του ιού

Όπως αναφέρθηκε στο πρώτο κεφάλαιο εκτενέστερα το AIDS πιστεύεται ότι πρωτοεμφανίστηκε την δεκαετία του '30 με κύριο υπαίτιο τον χιμπαντζή αλλά και τον πίθηκο. Οι τρόποι μετάδοσης του ιού χωρίζονται σε 4 βασικές κατηγορίες που θα εξετάσουμε αναλυτικότερα πιο κάτω, αλλά η αλήθεια είναι ότι πολλοί μύθοι αλλά και η άγνοια συνοδεύουν τους τρόπους μετάδοσης.

Οι 4 βασικοί τρόποι μετάδοσης του ιού από άνθρωπο σε άνθρωπο είναι οι εξής:

- Μέσω σεξουαλικής επαφής
- Μέσω επαναχρησιμοποιημένων συριγγών για την χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών
- Μέσω μετάγγισης μολυσμένου αίματος ή παραγώγων αυτού
- Μέσω παροχής ιατρικής ή νοσηλευτικής φροντίδας, αν και ο τελευταίος τρόπος δεν είναι απόλυτα σίγουρος, σαν τρόπος μόλυνσης από τον ιό.
(Γαϊδαρτζή κ.α,2004)

2.1.1. Η Μετάδοση της Λοίμωξης HIV

Μετά τις αρχικές μελέτες για τον καθορισμό των τρόπων μετάδοσης της HIV λοίμωξης η επιδημιολογική επαγρύπνηση και τα επιδημιολογικά δεδομένα ανά τον κόσμο συνεχίζουν να υποστηρίζουν 3 τρόπους μετάδοσης: 1) την σεξουαλική επαφή, 2) την έκθεση σε αίμα και τα παράγωγά του κατά το πλείστον μέσω χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών και μεταγγίσεων και 3) την κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί (Χαλκιαδάκη Δ. ιατρικός τύπος, 2001)

A) Σεξουαλική Μετάδοση

Είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης ανά τον κόσμο, όμως η γεωγραφική κατανομή ποικίλλει. Ετεροσεξουαλική μετάδοση είναι ο κύριος τρόπος διασποράς σε Αφρική, στο μεγαλύτερο μέρος της Νότιας Αφρικής και Καραϊβική, ενώ στη Βόρεια Αμερική και Ευρώπη η ομοφυλοφιλική σεξουαλική μετάδοση ευθύνεται για την πλειοψηφία των περιπτώσεων της HIV λοίμωξης.

Η ευαισθησία του σεξουαλικού συντρόφου να μολυνθεί είναι μεγαλύτερη αν εμφανίζει ορθοπρωκτικά έλκη ή διαβρώσεις στο γεννητικό βλεννογόνο. Σεξουαλικές πρακτικές επηρεάζουν την πιθανότητα της μετάδοσης σε μια δεδομένη σεξουαλική επαφή, π.χ. η κολπική επαφή είναι υψηλότερου κινδύνου από την πρωκτική επαφή (Χαλκιαδάκη, 2001).

B) Μετάδοση μέσω Χρήσης Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών Ουσιών

Μεταξύ χρηστών ο ιός μεταδίδεται παρεντερικά με έκθεση σε μολυσμένο αίμα κατά τη χρήση κοινής βελόνας και σύριγγας. Παράγοντες που έχουν σχετιστεί με HIV λοίμωξη σε χρήστες, περιλαμβάνουν τη συχνότητα χρήσης κοινής βελόνας και τον αριθμό ατόμων που μοιράζονται την ίδια βελόνα. Οι περισσότερες μελέτες (Γαϊδαρτζή κ.α.,2004) αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά HIV λοίμωξης επί χρήσεως ενδοφλεβίως κοκαΐνης και ηρωΐνης από ότι επί ηρωΐνης μόνης. Μεταξύ χρηστών, οι φτωχές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, η έλλειψη στέγης και οι πληθυσμοί εθνικών μειονοτήτων σχετίζονται με αυξημένα ποσοστά HIV λοίμωξης.

Γ) Μετάδοση δια Αίματος και Παραγώγων

Ο HIV μπορεί επίσης να μεταδοθεί και από την επαφή με μολυσμένο αίμα. Προτού εφαρμοσθεί η εξέταση για HIV και προτού εισαχθούν οι θερμικές τεχνικές καταστροφής του HIV στα παράγωγα αίματος, το 1985, ο HIV μεταδιδόταν και μέσω της μετάγγισης αίματος ή παραγώγων του που είχαν ήδη μολυνθεί. Στις μέρες μας όμως, ο κίνδυνος προσβολής από τέτοιες μεταγγίσεις είναι υπερβολικά μικρός (NIAID, 1999).

Οι γυναίκες μπορούν να μεταδώσουν τον ιό στα παιδιά τους κατά τη διάρκεια της κύησης ή του τοκετού. Περίπου το 1/4 με 1/3 των εγκύων που έχουν προσβληθεί μεταφέρουν τον ιό στα μωρά τους. Ο κίνδυνος της περιγεννητικής μετάδοσης, ποικίλλει και προκαλείται από τους εξής παράγοντες: 1)μητρικοί παράγοντες – στάδιο της νόσου της μητέρας, 2)πλακουντιακοί παράγοντες, διότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος λόγω φλεγμονών και 3)συνθήκες κατά τον τοκετό, όπως παρατεταμένη ρήξη μεμβρανών, πρόωρος τοκετός (Χαλκιαδάκη, 2001).

Ο ιός μεταδίδεται επίσης στα βρέφη και κατά τη διάρκεια του θηλασμού μέσω του μητρικού γάλατος. Η καισαρική τομή, φαίνεται ότι μειώνει σημαντικά την περιγεννητική μετάδοση καθώς και η λήψη του AZT (Zidovudine) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Δαρδαβέσης, 1999).

Δ) Μετάδοση της HIV Λοίμωξης μέσω Παροχής Ιατρικής – Νοσηλευτικής Φροντίδας.

Ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV από γιατρό που πάσχει από AIDS κατά την άσκηση του επαγγέλματός του είναι μηδενικός μέχρι σήμερα. Έχει γίνει έλεγχος σε πολλές εκατοντάδες αρρώστων που νοσηλεύτηκαν – χειρουργήθηκαν, από γιατρούς που έπασχαν και πέθαναν από AIDS και δεν υπάρχει περίπτωση του HIV σε άρρωστο από τον πάσχοντα με AIDS γιατρό του. Υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος αμφίδρομης μετάδοσης του HIV στο οδοντιατρείο μετά από αιματηρές οδοντιατρικές πράξεις. Έχουν ανακοινωθεί 3 περιπτώσεις μετάδοσης του HIV σε αρρώστους μετά από οδοντιατρικές πράξεις από έναν οδοντίατρο που πέθανε από AIDS, ενώ 23 μετά από βέβαιη παρεντερική επαγγελματική έκθεση σε αίμα αρρώστου 80 γιατροί, νοσηλευτές και παρασκευαστές νόσησαν από HIV λοίμωξη.

Κίνδυνος μετάδοσης του HIV με σύριγγες- βελόνες, δεν υπάρχει στην Ελλάδα, γιατί στα ελληνικά νοσοκομεία, ιατρεία, εργαστήρια, χρησιμοποιούνται βελόνες μιας χρήσης. Μετάδοση του HIV με βελόνες – σύριγγες μολυσμένες με αίμα HIV (+), υπήρξε σε χώρες της τροπικής Αφρικής και της ανατολικής Ευρώπης.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η επαφή αρρώστου με ασυμπτωματική ή προχωρημένη HIV λοίμωξη / AIDS είναι συχνή στα νοσοκομεία που νοσηλεύουν ασθενείς με AIDS. Η επαγγελματική παρεντερική έκθεση στον HIV με αίμα και αιματηρά υγρά μολυσμένα από τον ιό αποτελεί τον κύριο κίνδυνο επαγγελματικής μετάδοσής του και ο κίνδυνος αυτός υπαρκτός και μετρητός φτάνει το 4%. Οι άλλοι τρόποι επαγγελματικής έκθεσης στον ιό έχουν ελάχιστο κίνδυνο μετάδοσής του (Χαλκιαδάκη, 2001).

Ο ιός έχει απομονωθεί, εκτός από το αίμα, το σπέρμα, τα κολπικά υγρά, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και το μητρικό γάλα, και στο σάλιο, τον ιδρώτα, τα δάκρυα, τα ούρα, τα κόπρανα και τα βρογχικά εκκρίματα, χωρίς ωστόσο να έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μόλυνσης από τα συγκεκριμένα βιολογικά υγρά. Το γεγονός αυτό οφείλεται αφενός στη μικρή ποσότητα του ιού που περιέχεται στα υγρά αυτά, αφετέρου στη μεγάλη ευπάθεια του ιού στο εξωτερικό περιβάλλον. Σχετικώς με το σάλιο, εργαστηριακές μελέτες αποκάλυψαν ότι το σάλιο περιέχει φυσικά συστατικά που αναχαιτίζουν τη μολυσματική δράση του ιού. Εντούτοις, κανείς δεν γνωρίζει εάν υπάρχει πιθανότητα μόλυνσης από την ανταλλαγή μεγάλης ποσότητας σάλιου κατά τη διάρκεια

αυτού που λέμε "βαθύ φιλί" ή κατά τη διάρκεια της στοματικής σεξουαλικής επαφής (NIAID, 1999).

Μελέτες σε οικογένειες με μολυσμένα μέλη, έχουν δείξει καθαρά ότι ο HIV δε μεταδίδεται με τις συνηθισμένες καθημερινές επαφές, όπως είναι η κοινή χρήση μαγειρικών σκευών ή μαχαιροπίρουνων, πετσετών, σεντονιών, τηλεφώνων, καθισμάτων τουαλέτας ή από κολύμπι στην ίδια πισίνα ούτε από τη χρήση κοινών αντικειμένων. Επίσης, δε μεταδίδεται από το τσίμπημα εντόμων όπως είναι τα κουνούπια ή οι ψύλλοι (NIAID, 1999). Είναι σαφές ότι η μετάδοση στο πλαίσιο των οικογενειακών, κοινωνικών, εργασιακών, σχολικών σχέσεων είναι αδύνατη.

Ο ιός HIV μπορεί να προσβάλει τον καθένα που έχει επικίνδυνη συμπεριφορά όπως είναι η χρήση κοινών βελόνων ή συριγγών και η σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό με κάποιο άτομο το οποίο είτε είναι προσβεβλημένο ήδη, είτε είναι άγνωστο αν είναι προσβεβλημένο ή όχι.

Η προσβολή από κάποια άλλη σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια, όπως η σύφιλη, ο έρπης, η χλαμυδιακή μόλυνση, η γονόρροια, η βακτηριακή κολπίτιδα, φαίνεται ότι καθιστά το άτομο περισσότερο ευάλωτο στη μετάδοση του ιού κατά τη σεξουαλική επαφή (NIAID, 1999).

2.1.2. Μύθοι μετάδοσης

Δύο ξεχωριστοί τύποι του HIV έχουν εντοπισθεί μέχρι τώρα. Ο HIV1 είναι ο ιός που ευθύνεται κατά κύριο λόγο για την παγκόσμια επιδημία του AIDS. Το γενετικό υλικό του είναι σημαντικά διαφορετικό από εκείνο του HIV2, έτσι είναι δύσκολο να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι προήλθε από αυτόν με απλή μετάλλαξη (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

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

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

Ο HIV2, παρέμενε περιορισμένος στη Δυτική Αφρική, όπου εκδηλώθηκε αρχικά, αλλά πρόσφατα άρχισε να απλώνεται σε κάποιες χώρες της Ασίας.

Υπάρχουν αρκετοί μύθοι σχετικά με το AIDS και τον τρόπο εξάπλωσης αυτού. Σύμφωνα με το www.myself.gr, οι κυριότεροι μύθοι που παραθέτονται είναι η εξής:

Ο ΜΥΘΟΣ: Δεν είμαι ομοφυλόφιλος, δεν κάνω ενδοφλέβια χρήση ουσιών, άρα δεν κινδυνεύω από AIDS.

Η ΑΛΗΘΕΙΑ: Το 24% των δηλωθέντων ατόμων στην Ελλάδα με HIV/AIDS είναι ετεροφυλόφιλοι, μη χρήστες ουσιών, σύμφωνα με στοιχεία της Αναφοράς της Γενικής Συνόδου των Ηνωμένων Εθνών για το HIV/AIDS στην Ελλάδα για το 2008.

Ο ΜΥΘΟΣ: Δεν χρειάζεται να ανησυχώ αν θα μολυνθώ από τον HIV, από τη στιγμή που υπάρχουν τόσα φάρμακα.

Η ΑΛΗΘΕΙΑ: Είναι αλήθεια ότι τα φάρμακα έχουν καταφέρει να μετατρέψουν μια θανατηφόρα ασθένεια σε μακροχρόνια νόσο. Ωστόσο, έχουν επίσης αρκετές παρενέργειες, είναι ακριβά, και υπάρχει πάντα ο κίνδυνος ο ιός να αναπτύξει ανθεκτικότητα απέναντι στη θεραπεία.

Ο ΜΥΘΟΣ: Μπορεί να «κολλήσω» από κουνούπι.

Η ΑΛΗΘΕΙΑ: Καμία έρευνα δεν στηρίζει αυτή τη θεωρία. Υπάρχουν δύο εξηγήσεις: Πρώτον, ο HIV επιβιώνει για πολύ λίγο στον οργανισμό των εντόμων. Δεύτερον, τα κουνούπια δεν εγχέουν στο «θύμα» τους το αίμα του προηγούμενου πλάσματος που έχουν τσιμπήσει.

Ο ΜΥΘΟΣ: Αν συναναστρέφομαι με οροθετικούς, θα μολυνθώ από τον HIV.

Η ΑΛΗΘΕΙΑ: Ο HIV δεν μεταδίδεται με το άγγιγμα, τα δάκρυα, τον ιδρώτα ή το σάλιο. Δεν κινδυνεύετε, π.χ., όταν είστε στον ίδιο χώρο με έναν οροθετικό, τον αγκαλιάζετε, τον φιλάτε στο μάγουλο, κάνετε χειραγία, μοιράζεστε τα ίδια μαχαιροπίρουνα, σερβίτσια ή σκεπάσματα, ή την τουαλέτα.

Ο ΜΥΘΟΣ: Δεν κινδυνεύω να «κολλήσω» AIDS με το στοματικό έρωτα.

Η ΑΛΗΘΕΙΑ: Ο ιός μεταδίδεται με τα κολπικά, προσπερματικά και σπερματικά υγρά, γι' αυτό φροντίστε να χρησιμοποιείτε και σε αυτή την περίπτωση προφυλακτικό.

Ο ΜΥΘΟΣ: Δεν κινδυνεύω από το AIDS με ένα φιλί στο στόμα.

Η ΑΛΗΘΕΙΑ: Οι πιθανότητες είναι ελάχιστες, αλλά όχι μηδενικές. Αν και οι δύο σύντροφοι έχουν κάποια πληγή ή αιμορραγία στο στόμα, ο ιός μπορεί να μεταδοθεί.

Ο ΜΥΘΟΣ: Οι οροθετικές έγκυοι μεταδίδουν πάντα τον ιό στο έμβρυο.

Η ΑΛΗΘΕΙΑ: Αν ακολουθούν την ειδική αγωγή που συστήνει ο γιατρός, ο κίνδυνος μετάδοσης ελαχιστοποιείται.

Ο ΜΥΘΟΣ: Με τη μετάγγιση αίματος κινδυνεύω να μολυνθώ από τον HIV.

Η ΑΛΗΘΕΙΑ: Είναι γεγονός ότι έχουν καταγραφεί στη χώρα μας μεμονωμένα περιστατικά μόλυνσης από μεταγγίσεις. Ωστόσο, αυτός ο κίνδυνος σήμερα είναι σχεδόν μηδαμινός: Οι υποψήφιοι αιμοδότες ελέγχονται για AIDS με μια νέα μέθοδο, τη NAT, η οποία είναι πολύ πιο αξιόπιστη από την παλαιότερη ELISA, καθώς εντοπίζει τον HIV σε πολύ πρώιμο στάδιο.

Παρόλα αυτά οι μύθοι μετάδοσης του ιού εξακολουθούν και είναι πάρα πολλοί σε όλο τον κόσμο. Στην μελέτη που διεξήχθη στο πανεπιστήμιο Wuhan στην Κίνα, οι ερωτηθέντες ανέφεραν ως τρόπο μετάδοσης του HIV το τσίμπημα από τα κουνούπια και το απλό φιλί (Albrektsson, et all, 2009), ενώ στην μελέτη του Πανεπιστημίου της Τεχεράνης στο Ιράν μεταξύ των Ιρανών φοιτητών, οι απαντήσεις που δόθηκαν και ήταν αρκετά δημοφιλείς αναφερόταν στη μετάδοση του ιού μέσα από τις δημόσιες τουαλέτες και τις δημόσιες πισίνες (Tavoosi, et all, 2004).

Σαν απάντηση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης βρίσκεται ακόμα και το φτέρνισμα, (Lanouette, et all, 2002), ενώ, παράλληλα ένα 8% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι δεν θα έπιναν από το ίδιο ποτήρι με ένα άτομο το οποίο θα ήταν φορέας του ιού (Eskander, et all, 2008). Δείγμα αυτών των απαντήσεων φαίνεται να δείχνει ότι η άγνοια συνεχίζει να υπάρχει και ότι οι μύθοι αυξάνονται και πολλαπλασιάζονται. Βέβαια πρέπει να αναφέρουμε ότι οι κοινωνίες μέσα από τις οποίες βγήκανε αυτές οι απαντήσεις δεν είναι δυτικές, είναι αρκετά συντηρητικές ενώ και ο θρησκευτικός φανατισμός (Ιράν, Μαλαισία) παίζει σπουδαίο ρόλο στις αντιλήψεις περί ηθικού και ανήθικου.

2.2. Συμπτώματα του ιού HIV

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

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

Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται στο 87% των ατόμων που μολύνονται από τον ιό HIV και εκδηλώνονται 2-4 εβδομάδες μετά την μόλυνση και μοιάζουν με τα συμπτώματα του κοινού κρυολογήματος ή της γρίπης (πυρετός, πονόλαιμος, πονοκέφαλος, υπνηλία, εξάντληση). Τα συμπτώματα της πρωτολοίμωξης μπορεί να είναι παρόμοια και με συμπτώματα άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και άλλων λοιμώξεων όπως η λοιμώδης μονοπυρήνωση ή η ηπατίτιδα, που είναι πιο διαδεδομένες και μεταδίδονται ευκολότερα. Επίσης το άγχος, ο φόβος και η ανασφάλεια μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα σε κάποιους ανθρώπους, ακόμα και αν δεν έχουν HIV.

Μερικοί άνθρωποι που μολύνονται με HIV παρουσιάζουν πολύ έντονα συμπτώματα, ενώ άλλοι δεν αισθάνονται τίποτα απολύτως. Όσοι έχουν συμπτώματα συνήθως παρουσιάζουν πυρετό, κούραση ή και αλλεργία. Άλλα συνηθισμένα συμπτώματα μπορεί να είναι πονοκέφαλος, πρησμένοι αδένες και πονόλαιμος. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να παρουσιαστούν μερικές μέρες ή εβδομάδες μετά την μόλυνση με τον ιό. Αυτή η περίοδος λέγεται πρωτολοίμωξη ή οξεία HIV λοίμωξη (www.hivaid.gr).

Ένα υγιές άτομο συνήθως έχει 800 έως 1200 CD4+T κύτταρα ανά κυβικό χιλιοστό (mm) αίματος. Κατά τη διάρκεια της λοίμωξης HIV, ο αριθμός αυτών των κυττάρων στο αίμα του προσβεβλημένου ατόμου μειώνεται προοδευτικά. Όταν ο αριθμός τους πέσει κάτω από 200 ανά κυβικό χιλιοστό, ο άνθρωπος γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος στις ευκαιριακές λοιμώξεις και τους καρκίνους που χαρακτηρίζουν το AIDS, στο τελικό στάδιο της νόσου HIV. Οι άνθρωποι με AIDS συχνά υποφέρουν από λοιμώξεις στα έντερα, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα μάτια και σε άλλα όργανα καθώς επίσης και από εξουθενωτική απώλεια βάρους, διάρροια, νευρολογικές διαταραχές και

καρκίνους όπως είναι η αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma) και τα λεμφώματα (Miller & Bor, 1991).

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις, συνηθισμένες σε άτομα με AIDS, προκαλούν συμπτώματα όπως: βήχα, λαχάνιασμα, αιφνιδιαστικές προσβολές, νοητικά συμπτώματα (όπως σύγχυση και αμνησία), σοβαρή και επίμονη διάρροια, πυρετό, απώλεια όρασης, σοβαρούς πονοκεφάλους, απώλεια βάρους, έντονη κόπωση, ναυτία, εμετούς, απώλεια συντονισμού, κόμα, κοιλιακές κράμπες, δύσκολη ή επίπονη κατάποση (NIAID, 1999).

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

2.3. Στάδια ασθενών που έχουν τον ιό HIV

Ένα άτομο που έχει μολυνθεί από τον ιό HIV δεν εμφανίζει τα συμπτώματα της ασθένειας αμέσως. Μόλις το άτομο μολυνθεί από τον HIV, εισέρχεται σε μία περίοδο χρόνιας λοίμωξης HIV. Ανάμεσα στους ασθενείς που έλαβαν μέρος σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στις Δυτικές χώρες, ο μέσος όρος του χρόνου που μεσολάβησε από την προσβολή μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το AIDS ήταν περίπου δέκα χρόνια.

Ωστόσο, οι ερευνητές έχουν παρατηρήσει μια μεγάλη διακύμανση ως προς την εξέλιξη της νόσου. Για το 10 % των ατόμων που έλαβαν μέρος σε αυτές τις έρευνες, η εξέλιξη του AIDS συνετελέσθη στη διάρκεια των πρώτων δύο ή τριών χρόνων που ακολουθούν τη μόλυνση, ενώ το 5-10 % των ατόμων στις μελέτες έχει σταθερό αριθμό CD 4 κυττάρων και δεν εμφανίζουν συμπτώματα ακόμα και μετά από δώδεκα χρόνια ή και περισσότερα. Παράγοντες όπως οι γενετικές ατομικές διαφορές, ο βαθμός μολυσματικότητας ενός μεμονωμένου στελέχους του ιού και η συνύπαρξη λοιμώξεων

από άλλα μικρόβια μπορεί να επηρεάσουν το ρυθμό και τη σοβαρότητα της εξέλιξης της νόσου .

Τα στάδια που διακρίνονται κατά την κλινική εξέλιξη της προσβολής είναι τέσσερα.

Το 1^ο στάδιο χαρακτηρίζεται από την «HIV- πρωτολοίμωξη». Με τον όρο αυτό, περιγράφεται το σύνολο της συμπτωματολογίας που δυνητικά αναπτύσσεται μετά την μόλυνση από τον HIV και εξαιτίας αυτής, αν και συχνά ο όρος έχει μόνο χρονική σημασία, περιλαμβάνοντας το χρονικό διάστημα των πρώτων 6 μηνών από την μόλυνση. Οξεία συμπτωματική HIV- πρωτολοίμωξη αναφέρεται στο 50-90% των περιπτώσεων.

Ο χρόνος από την στιγμή της έκθεσης στον ιό, μέχρι την εκδήλωση των συμπτωμάτων είναι 2- 6 εβδομάδες (μέση τιμή 21 ημέρες). Κατά την περίοδο της οξείας συμπτωματολογίας το ανοσολογικό σύστημα έχει ήδη αναγνωρίσει τα HIV αντιγόνα και αρχίζει να αναπτύσσει ισχυρή ανοσολογική απάντηση. Μία έως 3 εβδομάδες από την έναρξη των συμπτωμάτων καθίσταται εφικτή η ανίχνευση των αντισωμάτων με τις συνήθεις μεθόδους ρουτίνας.

Η συμπτωματολογία της HIV- πρωτολοίμωξης συχνά συγγέεται με αυτή της λοιμώδους μονοκυρήνωσης (πυρετός, λεμφαδενοπάθεια και φαρυγγίτιδα). Ωστόσο, έχει περιγραφεί μια μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων και κλινικών σημείων σε σχέση με την εμφάνισή της. Ο πυρετός, είναι το συχνότερο σύμπτωμα, ακολουθούμενο σε συχνότερο κατά σειρά από τη λεμφαδενοπάθεια, τη φαρυγγίτιδα, το δερματικό εξάνθημα, τη μυαλγία, την διάρροια και τον πονοκέφαλο. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως εξαφανίζονται μετά από μία εβδομάδα ή ένα μήνα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τα άτομα είναι πολύ "μολυσματικά" και ο HIV παρουσιάζει μεγάλη συγκέντρωση στα γενετήσια εκκρίματα. Η μέση διάρκεια των κλινικών εκδηλώσεων είναι περίπου 25 ημέρες για τους άνδρες και 32 ημέρες για τις γυναίκες.

Κατά τη διάρκεια του 2^{ου} σταδίου, το προσβεβλημένο άτομο δεν παρουσιάζει απολύτως κανένα κλινικό σύμπτωμα. Αν το άτομο δεν υποβληθεί σε βιολογική δοκιμασία ανίχνευσης της νόσου, είναι αδύνατον να γνωρίζει αν είναι ή όχι φορέας.

Η περίοδος της "ασυμπτωματικής" λοίμωξης παρουσιάζει μεγάλη χρονική διακύμανση, όπως προαναφέρθηκε. Μπορεί να μην παρουσιαστεί κανένα σύμπτωμα στη διάρκεια μιας δεκαετίας για τους ενήλικες και μιας διετίας για τα παιδιά που γεννιούνται με τον ιό, ενώ άλλοτε μπορεί να παρουσιαστούν συμπτώματα μέσα σε μερικούς μήνες. Κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού, ο ιός HIV πολλαπλασιάζεται δραστικά και μολύνει

και σκοτώνει κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Ο ιός αρχικά αχρηστεύει ή καταστρέφει τα CD4 μόρια (υποδοχείς των T4) χωρίς να προκαλέσει συμπτώματα (NIAID, 1999).

Το 3^ο στάδιο, αντιστοιχεί στην κλινική εικόνα που εμφανίζουν τα γάγγλια. Πολλαπλά, επιφανειακά, ογκώδη, μερικές φορές ευαίσθητα στην αφή τα οποία δεν σχετίζονται με κανένα άλλο σύμπτωμα.

Η προσβολή λαμβάνει ριζικά διαφορετική μορφή κατά το στάδιο αυτό, το οποίο χαρακτηρίζει την συμπτωματική φάση της νόσου. Η φάση αυτή, υποδιαιρείται σε πολλές υποομάδες, οι οποίες αντιστοιχούν σε διάφορους τύπους κλινικών εκδηλώσεων. Τον πρώτο καιρό, ο ασθενής εμφανίζει μολύνσεις, οι οποίες καλούνται "ευκαιριακές", που μπορεί να είναι οξείες (πνευμονική φυματίωση) ή χρόνιες, οι οποίες ελάχιστα μόνο εξασθενίζουν τον οργανισμό (στοματική καντιδίαση). Στο στάδιο αυτό, μπορούν επίσης να εμφανιστούν μη ειδικά συμπτώματα, όπως πυρετός ή ανεξήγητη διάρροια.

Τέλος, κατά τη διάρκεια του 4^{ου} σταδίου εμφανίζονται ένα ή περισσότερα σημαντικά κλινικά συμπτώματα, τα οποία χαρακτηρίζουν τη νόσο: ευκαιριακές λοιμώξεις (πνευμονοκύστωση, εγκεφαλική τοξοπλάσμωση κλπ), εγκεφαλοπάθειες από τον HIV και κακοήθεις όγκοι, αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma), λεμφώματα κλπ.

Εντούτοις, αυτή η προοδευτική χρονική ακολουθία μερικές φορές διαταράσσεται. Ενώ βρίσκονται στο 2^ο ή 3^ο στάδιο, χωρίς κανένα προειδοποιητικό σύμπτωμα, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να περάσουν ξαφνικά σ' αυτό το σοβαρό συμπτωματικό στάδιο. Τα γενικά συμπτώματα του 4^{ου} σταδίου και ορισμένες δευτερεύουσες ευκαιριακές λοιμώξεις που παρατηρούνται μαρτυρούν μια αλλοίωση του ανοσοποιητικού συστήματος, η οποία επιδεινώνεται για να καταλήξει στο AIDS.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ HIV – ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS.

3.1. Στάσεις Γονέων και Άγνοια

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 (Σηφακάκη, 1995) "η γλώσσα που χρησιμοποιείται για μια νόσο εξελίσσεται και τροποποιείται ανάλογα με το βαθμό γνώσης μας για τα αίτια της καθώς και για τους τρόπους θεραπείας της". Πριν από μερικά χρόνια, η νόσος που χρησιμοποιείτο κυρίως ως μεταφορά του κακού ήταν ο καρκίνος.

Τα τελευταία χρόνια όμως, η εμφάνιση του AIDS, μιας ασθένειας όχι πλήρως κατανοητής, αφαιρέσε μέρος της χρήσης του καρκίνου ως μεταφοράς. Εκφράσεις όπως AIDS - μάστιγα του αιώνα, AIDS - λαίλαπα, AIDS – κατάρα, κτλ., 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"(Σηφακάκη, 1995).

Η άγνοια επηρεάζει τη συμπεριφορά μας απέναντι στους άλλους όπως και τις επιλογές μας. Είναι θέμα άγνοιας η αύξηση και διάδοση ρατσιστικής συμπεριφοράς απέναντι στους άρρωστους με AIDS που καταγράφεται σε έρευνα ανάμεσα σε έλληνες φοιτητές (Gregoriadou et al. 1995), όπως επίσης το γεγονός ότι στην Ελλάδα ο αριθμός των νέων μολύνσεων από τον HIV το 2005 παρουσιάζει αξιοσημείωτη αύξηση, η οποία υπερβαίνει το 18% σε σχέση με το 2004 και αγγίζει το 30% σε σχέση με το 2002 (Γερούκη,2006).

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 στον 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 μεταγίσεις θεωρούνται "αθώα" θύματα της απρόσεκτης συμπεριφοράς των άλλων (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Γενικότερα, οι γονείς ενημερώνουν τα παιδιά τους σχετικά με τους κινδύνους και την ασθένεια του AIDS, αλλά δυστυχώς δεν παραλείπουν να μεταφέρουν και τους μύθους της ασθένειας στα παιδιά τους με αποτέλεσμα και αυτά να πιστεύουν λανθασμένα πράγματα σχετικά με την μετάδοση του ιού. Βασικό ρόλο στην ενημέρωση που παρέχουν οι γονείς στα παιδιά τους σχετικά με το AIDS παίζει η εθνικότητα των γονέων καθώς και η μόρφωση και το βιοτικό επίπεδο αυτών (Sigelman.etc 1993).

Οι έφηβοι θέλουν να μιλήσουν στους γονείς τους για το AIDS και τα ρίσκα της σεξουαλικής συμπεριφοράς, αλλά το βρίσκουν δύσκολο, όπως δείχνουν τα αποτελέσματα μιας έρευνας του Πανεπιστημίου του Σαν Φρανσίσκο. Αν σε μια κοινωνία που το AIDS είναι μέρος της καθημερινής τους ζωής υπάρχει τέτοια δυσκολία, πόσο μάλλον σε κοινωνίες που το AIDS και η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων αποτελούν ταμπού. Γενικά, οι έφηβοι έχουν δυσκολία να κουβεντιάσουν με τους γονείς τους λεπτά ζητήματα. Ομως, οι ειδικοί τονίζουν ότι η καλή επικοινωνία μεταξύ γονιών και παιδιών είναι το κλειδί για την πρόληψη, όχι μόνο στον τομέα του AIDS, αλλά και της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, των ναρκωτικών και άλλων συμπεριφορών με αρνητικές συνέπειες στην υγεία του εφήβου.

Οι ίδιοι οι έφηβοι παραδέχονται ότι θα ήθελαν να μπορούν να συζητούν με τους γονείς τους "καυτά" ζητήματα αλλά δεν ξέρουν πως να τους προσεγγίσουν και ντρέπονται να τα θίξουν πρώτοι. Από την άλλη, οι γονείς δεν έχουν εκπαιδευτεί στο πως να προσεγγίζουν τέτοιου είδους θέματα και συχνά, η έλλειψη εμπειρίας στο πως να μιλήσουν, η έλλειψη γνώσης, η ντροπή ή η λανθασμένη πεποίθηση ότι κάτι τέτοιο δεν πρόκειται να συμβεί στο δικό τους παιδί, τους εμποδίζει από το να ξεκινήσουν μια τέτοια συζήτηση (Βαρβόγλη 2002).

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. Για αυτό, δεν είναι σπάνιο φαινόμενο ο ασθενής να προσπαθεί να κρύψει τη διάγνωση από την οικογένειά του (Σηφακάκη, 1995).

Όλες οι μολυσματικές νόσοι που η μετάδοσή τους συνδέεται με την σεξουαλική συμπεριφορά προκαλούν ανυπόστατους φόβους για μετάδοσή τους με τρόπους μη σεξουαλικούς. Για το AIDS ισχύει το ίδιο. Γενικώς, το AIDS συνέβαλε σημαντικά στην αλλαγή της αντιμετώπισης της σεξουαλικότητας κυρίως μετά από μια περίοδο πλήρους απελευθέρωσης. 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 (Σηφακάκη, 1995).

Η συνηθέστερη ενημέρωση γύρω από θέματα για το AIDS είναι η τηλεόραση και το ραδιόφωνο και ακολουθούν οι φίλοι, τα βιβλία, τα περιοδικά ενώ το μικρότερο ποσοστό ενημέρωσης προέρχεται από τους καθηγητές στα σχολεία (Tavoosi,etc, 2004).

Επιπλέον το επίπεδο των γνώσεων των νέων σχετικά με σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και την πρόληψή τους, δεν συμβαδίζει με τη σεξουαλική συμπεριφορά, καθώς αναλαμβάνουν πιο ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (Sekirime,etc, 2008).

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 δυσοίονο 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.

3.1.1. Ανεπαρκής η ενημέρωση των νέων για το AIDS

Χωρίς προκαταλήψεις φαίνεται ότι αντιμετωπίζει η νεολαία τους φορείς του ιού του AIDS καθώς εμφανίζεται πρόθυμη για ανάπτυξη φιλικών σχέσεων με οροθετικά άτομα.

Ωστόσο, διακατέχεται από προκαταλήψεις και έχει έλλειψη γνώσεων όσον αφορά στον τρόπο μετάδοσης του AIDS ενώ ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι ότι υψηλό ποσοστό της νεολαίας δεν χρησιμοποιεί πάντα προφυλακτικό κατά τη διάρκεια των σεξουαλικών επαφών.

Τα παραπάνω προκύπτουν από στοιχεία έρευνας που διενεργήθηκε σε σπουδαστές του Κολεγίου Αθηνών, κατά το διάστημα από 25 Σεπτεμβρίου 2009 μέχρι τις 13 Οκτωβρίου 2009, από την Μονάδα Λοιμώξεων του Γ' Παθολογικού Τμήματος του ΓΝΑ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ και του Τμήματος Ψυχολογίας του Αμερικανικού Κολεγίου Ελλάδος Deree, και τα οποία παρουσιάστηκαν στο 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS.

Οι ερωτήσεις αφορούσαν τις γνώσεις τους για τον τρόπο μετάδοσης της HIV λοίμωξης, την πρόθεσή τους για ανάπτυξη φιλικών και σεξουαλικών σχέσεων με άτομα οροθετικά (θετικά στον ιό HIV που ευθύνεται για το AIDS) καθώς και στη λήψη μέτρων προφύλαξης στις σεξουαλικές τους σχέσεις.

Από τους 146 σπουδαστές, που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, προέκυψε ότι ποσοστό 6,8% θα διατηρούσαν φιλία με άτομα οροθετικά ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (95,2%) δηλώνει πρόθυμη να συνεχίσει στενές φιλικές σχέσεις με οροθετικά άτομα. Το 36,3% των ερωτηθέντων θα μοιραζόταν το ίδιο διαμέρισμα με ένα στενό φίλο θετικό στον HIV, το 26,7% δεν θα τον φιλούσε στο μάγουλο και το 70,4% δεν θα έτρωγε μαζί του στο ίδιο πιάτο. Σε αντίθεση βέβαια με το 35,5% των ιρανών σπουδαστών που θα προτιμούσε να μην είναι στην ίδια τάξη με ένα μολυσμένο άτομο και με το 23,3% που δεν θα αντάλλαζε ούτε χειραψία (Tavoosi, etc, 2004).

Η πλειοψηφία (77,4%) θα δημιουργούσε φιλικές σχέσεις με άτομα οροθετικά, το 8,2% θα είχε σεξουαλική επαφή με οροθετικό και από αυτούς το 16,7% δεν θα χρησιμοποιούσε πάντα προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή, σε αντίθεση με το Ογδόντα δύο τοις εκατό των σπουδαστών που ανέφεραν ότι έχουν αλλάξει τις σεξουαλικές συνήθειες τους ως αποτέλεσμα των εκστρατειών του HIV / AIDS (Sekirime,etc 2008).

Επιπλέον το επίπεδο των γνώσεων των νέων σχετικά με σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και την πρόληψή τους, δεν συμβαδίζει με τη σεξουαλική συμπεριφορά, καθώς αναλαμβάνουν πιο ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (Sekirime,etc, 2008).

Το 11,6% θα ήταν πρόθυμοι να παντρευτούν ένα οροθετικό άτομο και το 18,5% θα αποκτούσαν παιδιά με οροθετικό/η σύζυγο.

Εξάλλου ποσοστό 92,4% δήλωσε σεξουαλικά ενεργό τους τελευταίους 12 μήνες και από αυτούς το 57,8% δεν έκανε πάντα χρήση προφυλακτικού κατά τη διάρκεια των σεξουαλικών επαφών.

Είναι παγκοσμίως χαρακτηριστική η τάση των εφήβων να πιστεύουν ότι είναι άτρωτοι από ασθένειες, ατυχήματα και τον ίδιο το θάνατο, με αποτέλεσμα συχνά να υιοθετούν συμπεριφορές που δείχνουν ότι αψηφούν διάφορες υπαρκτές απειλές.

Έρευνα στην Αμερική που έγινε για να διαπιστωθεί αν έφηβοι ηλικίας 16-19 ετών πίστευαν ότι διατρέχουν κίνδυνο να κολλήσουν AIDS, 91% απάντησαν ότι δεν πίστευαν ότι θα μπορούσαν να κολλήσουν. Σε μια άλλη έρευνα, 73% των ερωτηθέντων εφήβων δεν έδειξαν καμία ανησυχία ότι θα μπορούσαν να κολλήσουν τον ιό του AIDS. Ακόμα και όταν 79% των εφήβων του Σαν Φρανσίσκο (που έχει τα υψηλότερα ποσοστά AIDS στην Αμερική) που ερωτήθηκαν απάντησαν ότι ανησυχούσαν μήπως κολλήσουν AIDS, περισσότεροι από τους μισούς δήλωσαν ότι δεν ήταν το είδος του ανθρώπου που θα κολλούσε AIDS (Βάρβογλη 2002).

Σε μια άλλη έρευνα παρουσιάζοντας τα αποτελέσματα του προαιρετικού προγράμματος της Αγωγής Υγείας στα σχολεία, καθώς και έρευνας που πραγματοποίησε το Ενιαίο Λύκειο Αιγινίου κατά τη σχολική χρονιά 2001 - 2002, η καθηγήτρια και υπεύθυνη του Γραφείου Σχολικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού του Αιγινίου Πιερίας, Χαρίκλεια Καρδάρá, χαρακτήρισε τα αποτελέσματα ανησυχητικά, αφού περίπου το 50% των νέων φάνηκε πως δεν έχει ξεκάθαρη εικόνα του υπάρχοντος κινδύνου, ενώ οι πληροφορίες και η γνώση τους είναι αποσπασματικές και ελλιπείς.

Από την έρευνα διαπιστώνεται επίσης ότι τα κορίτσια είναι περισσότερο ενημερωμένα σε σχέση με τα αγόρια, γεγονός που οφείλεται στην ανάγνωση του περιοδικού τύπου, ενώ και στα δύο φύλα φαίνεται να λείπει η πρέπουσα σοβαρότητα γύρω από το θέμα (Βούρτζη, 2001).

Σε έρευνα που έγινε σε μαθητές λυκείου με δείγμα 21,4% αγόρια και 78,6% κορίτσια, το 65,7% δήλωσε ότι η γνώση για το AIDS επηρέασε τη σεξουαλική του συμπεριφορά και τη στάση απέναντι στα θέματα που αφορούν το σεξ. Το 40% δηλώνει πως έχει σεξουαλική επαφή και πήρε μέτρα προφύλαξης (82,1%), χρησιμοποιώντας προφυλακτικό. Ακόμη δήλωσαν ότι ένα οροθετικό άτομο επιτρέπεται να πηγαίνει σχολείο, ποσοστό 81,4%, γιατί θεωρούν ότι δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης (64%) και ότι το οροθετικό παιδί έχει ίσα δικαιώματα στην εκπαίδευση με τα υπόλοιπα παιδιά (14,7%).

Αρκετές έρευνες έχουν γίνει σε θέματα αντισύλληψης, κυρίως σε νέους. Το 1/5 του παγκόσμιου πληθυσμού είναι ηλικίας μεταξύ 10–19 ετών. Κάθε χρόνο 15 εκατομμύρια κορίτσια μικρότερα των 20 ετών γίνονται μητέρες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες 20–60% αυτών των κυήσεων είναι ανεπιθύμητες, καταλήγουν σε ανασφαλείς

εκτρώσεις και έχουν τον υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών υγείας, πέρα των συναισθηματικών, οικονομικών και μορφωτικών συνεπειών.

Σε έρευνα που διεξήχθη από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, φάνηκε ότι οι νεαρές γυναίκες έχουν ελλειμματική γνώση σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη, καθώς και σε έρευνα του Τούντα, αποδείχθηκε πως μόνο το 30,6% των γυναικών και το 14,7% των ανδρών μπόρεσαν να απαντήσουν σωστά, στο 50% ή και άνω των ερωτήσεων (Τούντας κ.α,2004).

Όσον αφορά τη γνώση των νέων γύρω από τα ΣΜΝ φάνηκε ότι τα τρία πρώτα νοσήματα που αναγνωρίζουν οι έφηβοι ως σεξουαλικά μεταδιδόμενα είναι το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ) (σε ποσοστό 97,7%), η σύφιλη (σε ποσοστό 83,2%) και η βλεννόρροια (σε ποσοστό 59,4%).

Θεωρούν επίσης ως ΣΜΝ την ηπατίτιδα Α το 17,6% των ερωτηθέντων, την αιμορροφιλία το 22,5% και τη μεσογειακή αναιμία το 17,1%. Ως τρόπος προφύλαξης από τα ΣΜΝ δηλώθηκε το προφυλακτικό μόνο από το 81,1%.

Συνοψίζοντας, βλέπουμε ότι από τις έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα οι γνώσεις των νέων σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τα ΣΜΝ είναι ελλιπείς, σε αντίθεση με έρευνες του εξωτερικού 18–20, όπου οι νέοι φαίνονται πιο ενημερωμένοι.

Όσον αφορά τώρα τη στάση και τη συμπεριφορά των νέων ανθρώπων απέναντι σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη διαπιστώνουμε σε έρευνα του Αντωνιάδη, την εκδήλωση της δυσαρέσκειας των νέων ανθρώπων σε ότι αφορά την αντισυλληπτική στρατηγική των αρμόδιων φορέων (σε ποσοστό 44%) και ταυτόχρονα την απουσία χρήσης οποιασδήποτε αντισυλληπτικής μεθόδου έστω και για μία φορά. (Αντωνιάδης κ.α 1996)

Ακόμη, σε έρευνα που έγινε σε 836 σπουδαστές της Σχολής Βοηθών Ιατρικών Επαγγελμάτων ηλικίας 18-27 ετών, διαπιστώνεται ότι το 66,2% είχε σεξουαλικές επαφές και από αυτούς το 86,8% χρησιμοποιούσε κάποια μέθοδο αντισύλληψης. Ακόμη, το 91,5% επιθυμούσε πληρέστερη ενημέρωση, το δε 68,5% θεωρούσε την πολύπλευρη ενημέρωση καλύτερη (Ηλιάδου κ.α, 2008).

Σε άλλη έρευνα, όπου μελετήθηκαν η αντισυλληπτική συμπεριφορά και οι στάσεις των νέων της Αθήνας, φάνηκε ότι στη συντριπτική πλειονότητα τους, οι νέοι θεωρούν ότι την ευθύνη για την αντισύλληψη την έχει το ζευγάρι, ενώ στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η αντισυλληπτική συμπεριφορά βρίσκεται σε αντιστοιχία με τις

στάσεις των νέων απέναντι στην αντισύλληψη, δηλαδή οι στάσεις των νέων για την αντισύλληψη (χρήση προφυλακτικού κτλ) έχει εφαρμογή και στην πραγματική συμπεριφορά των νέων απέναντι στην αντισύλληψη (Ηλιάδου κ.α, 2008).

Επίσης φαίνεται να έχουν θετική στάση απέναντι στη χρήση του προφυλακτικού, καθώς το 58,5% θεωρεί ικανοποιητική τη χρήση του και το 89% απαντά ότι δεν απεχθάνεται το προφυλακτικό και θα το χρησιμοποιήσει ή θα ζητήσει από το σύντροφο να το χρησιμοποιήσει. Αντιθέτως, παρατηρούμε σε άλλες έρευνες όπως των Ιωαννίδη και Αγραφιώτη (2005), ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι η χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου είναι ευθύνη μόνο των ανδρών.

Επίσης στη Σουηδία τα κορίτσια αποδεικνύονται πιο ενεργά από τα αγόρια, προτείνοντας οι ίδιες συχνότερα τη χρήση προφυλακτικού, ενώ πολλοί συμμετέχοντες ντρέπονται περισσότερο να αγοράσουν προφυλακτικά από το να τα χρησιμοποιούν. Παρατηρείται εδώ μία αναντιστοιχία μεταξύ του υψηλού επιπέδου γνώσεων για το πώς να προστατέψουν οι νέοι τον εαυτό τους και των στάσεων που έχουν απέναντι στην αντισύλληψη (Ηλιάδου κ.α,2008).

3.2. Στιγματισμός – Περιθωριοποίηση

Το Στίγμα και η Διάκριση παραμένουν τα κεντρικά στοιχεία στις σημερινές Στάσεις σχετικά με τον HIV/AIDS. Το Στίγμα πηγάζει από το φόβο — το φόβο εκείνων που έχουν μολυνθεί, όσο επίσης και εκείνων που εμπλέκονται με την νόσο. Είναι ο φόβος του κοινωνικού στίγματος που συνδέεται με το να είναι κάποιος HIV-ορο-θετικός, εκείνων που έχουν γίνει ορφανοί από τη νόσο ή τέλος εκείνων που έχουν σχέση με HIV οροθετικά άτομα. Είναι επίσης ένας φόβος των βαρύτατων οικονομικών συνεπειών για τους μολυνθέντες, η απώλεια της εργασίας τους για τις κοινωνίες. Η Διάκριση παραμένει λόγω της ευρύτατης άγνοιας για τη νόσο και της ανοχής σε πολλές χώρες των διακρίσεων απέναντι στα HIV/AIDS οροθετικά άτομα».

Σύμφωνα με την έρευνα του Πανταζόπουλου που έγινε σε οδοντίατρους και αφορά εάν θα είχαν πρόβλημα να περιθάλψουν ασθενείς με HIV ,τα αποτελέσματα είναι χαρακτηριστικά. Η έρευνα έγινε σε 4 χώρες, την Ελλάδα, την Βουλγαρία, την Σλοβενία και την Ιταλία. Στην Ελλάδα και την Ιταλία ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 33% - 39% αποδέχεται την περίθαλψη ασθενών με HIV ανεπιφύλακτα σε αντίθεση με Βουλγαρία και Σλοβενία όπου το ποσοστό κυμαίνεται από 2,5%-8%. Στην ερώτηση εάν

θα αρνιόντουσαν να περιθάλψουν ασθενείς με HIV στην Ελλάδα το 62,7% θα αρνιόντουσαν να περιθάλψουν ασθενείς με HIV ενώ στην Ιταλία το ποσοστό αυτό είναι 16,5%. Στην Σλοβενία και στην Βουλγαρία το ποσοστό αυτό κυμαίνεται μεταξύ 40%-70%. Τέλος στην ερώτηση εάν θα εξυπηρετούσαν ασθενείς με HIV αλλά μετά θα έκαναν εξετάσεις, το 19,5% στην Ελλάδα απάντησε ναι, σε αντίθεση με την Ιταλία όπου το ποσοστό αυτό πέφτει στο 6,5%. Στην Βουλγαρία το ποσοστό αυτό είναι μόλις 5% αφού στην χώρα αυτή οι οδοντίατροι αρνιούνται κατηγορηματικά να περιθάλψουν ασθενείς με HIV όπως είδαμε και πιο πάνω σε ποσοστό 70%, ενώ στην Σλοβενία το ποσοστό αυτό είναι 26,2%.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι οι προκαταλήψεις και οι περιθωριοποίηση των ασθενών HIV από οδοντιατρικές υπηρεσίες είναι αρκετά υψηλή καθώς στην Ελλάδα και την Βουλγαρία ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 62%-70% αρνιούνται να περιθάλψουν ασθενείς με HIV ενώ στην Ιταλία και την Σλοβενία το ποσοστό αυτό πέφτει στο 16% και το 36% αντίστοιχα (Πανταζόπουλος 2003).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί τα τελευταία χρόνια έναν από τους παράγοντες, οι οποίοι λαμβάνονται υπόψη στη χάραξη της κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο. Η φτώχεια και η περιθωριοποίηση πολλών ομάδων του πληθυσμού στις χώρες-μέλη, σε συνδυασμό με τη μαζική και αρρυθμιστη υποδοχή μεταναστών προερχομένων από τις χώρες του λεγόμενου «τρίτου κόσμου», αλλοίωσαν σε μεγάλο βαθμό τον εύρυθμο και αρμονικό χαρακτήρα της κοινωνικής πραγματικότητας.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που είναι ικανοί να οδηγήσουν σε μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού. Ένας από αυτούς είναι η Υγεία, ένας τομέας καθοριστικός για την πρόοδο και την ενσωμάτωση όλων, αλλά κυρίως αυτών που ανήκουν στις λεγόμενες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι οροθετικοί, οι μετανάστες, οι πρόσφυγες ή οι τσιγγάνοι. Τόσο η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες Υγείας, όσο και η συνολική φυσική κατάσταση και η ψυχολογική υγεία είναι στοιχεία τα οποία είναι ικανά, να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό.

Μια από τις ευπαθείς ομάδες που βιώνουν έντονα τον κοινωνικό αποκλεισμό σε όλα τα επίπεδα είναι οι ασθενείς και φορείς του HIV AIDS. Με την έλευση του, το AIDS, στις αρχές τις δεκαετίας του '80 έγινε αντικείμενο κοινωνικής προσοχής, δημόσιας αναγνώρισης και συζήτησης. Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '90 ο ιός ήταν θανατηφόρος. Από την εμφάνιση της ασθένειας μέχρι σήμερα, ο ιός HIV έχει μολύνει

περισσότερους από 40 εκατομμύρια ανθρώπους, ενώ 25 εκατομμύρια έχουν ήδη πεθάνει. Ο ιός είναι πλέον η πρώτη αιτία θανάτου στην υποσαχάρια Αφρική και τέταρτη παγκοσμίως. 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».

Το AIDS από την εμφάνιση του χρησιμοποιήθηκε ως μέσο κοινωνικού στιγματισμού και αποκλεισμού. 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 προβλεψιμότητά 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 στο στιγματισμό και την κοινωνική διάκριση των οροθετικών ατόμων (Δαμάσκος, 2002).

Το AIDS, όπως όλες οι ασθένειες που προκαλούν φόβο, πυροδοτεί διακρίσεις εις βάρος των πασχόντων. Αυτές όμως δεν προέρχονται από «παρθενογένεση», αλλά αντικατοπτρίζουν και ενισχύουν προϋπάρχοντες φόβους και προκαταλήψεις γύρω από τις έννοιες της ανέχειας, του φύλου, της φυλής, του σεξ και της σεξουαλικότητας.

Η καθιέρωση ομάδων-στόχων στον καθημερινό λόγο, και όχι μόνο στον επιστημονικό, επιτείνει τις διαδικασίες αποκλεισμού των μελών των ομάδων αυτών, επιβεβαιώνοντας τον εσωτερικό τους φόβο και διαλύοντας κάθε υποψία για το αντίθετο: ότι είναι όντως «στιγματισμένοι». Το AIDS από την εμφάνιση του χρησιμοποιήθηκε ως μέσο κοινωνικού στιγματισμού και αποκλεισμού.

Σε πολλές χώρες του κόσμου οι άνδρες οροθετικοί και πάσχοντες από AIDS αντιμετωπίζονται ως άτομα που είχαν σεξουαλικές σχέσεις με πόρνες, ενώ οι γυναίκες σαν "ασύδοτες". Σε πολλές περιοχές της υφηλίου, ο ιός HIV θεωρείται "γυναικεία ασθένεια" - όπως άλλωστε και πολλά άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ). Αλλού, η πανδημία αποκαλείται "νόσος των τοξικομανών" ή "μάστιγα των ομοφυλόφιλων". Σχεδόν σε όλο τον κόσμο, οι άνθρωποι συνδέουν τη νόσο με τους μαύρους και την Αφρική.

Ο κοινωνικός στιγματισμός και οι διακρίσεις απέναντι στους ανθρώπους που πάσχουν από HIV/AIDS (PLWA) βασίζονται αλλά και ενδυναμώνουν κοινωνικά στερεότυπα και ανισότητες, όπως ότι "οι γυναίκες είναι κατώτερες από τους άνδρες και

οι μαύροι από τους λευκούς", "οι ιερόδουλες δεν έχουν δικαιώματα", "οι τοξικομανείς και οι ομοφυλόφιλοι τιμωρούνται για τις επιλογές τους". Κατά συνέπεια, μέλη των παραπάνω κατηγοριών πέφτουν συχνά θύματα άνισης μεταχείρισης, εξαιτίας της επικρατούσας αντίληψης που τα κατατάσσει στις ομάδες υψηλού κινδύνου (Τσαρμακλής, 2007).

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. Ο ασθενής αρνείται να επισκεφθεί τον γιατρό. 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. 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.

Η αποκάλυψη της οροθετικότητας σημαίνει σε πολλές περιπτώσεις την απώλεια μιας εργασιακής θέσης. Σημαίνει να απολύεσαι από τον στρατό με συνοπτικές διαδικασίες. Αν είσαι μαθητής, σημαίνει τη δυσκολία εύρεσης σχολείου. Σημαίνει ακόμα και την άρνηση παροχής υπηρεσιών στις οποίες έχουν δικαίωμα όλοι οι πολίτες. Σημαίνει σε κάποιες περιπτώσεις την δυσκολία να βρεθεί γιατρός να σε χειρουργήσει. Στον προσωπικό κύκλο σημαίνει ίσως την απώλεια των φίλων, του ερωτικού συντρόφου, η μιας οικογένειας.

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 (www.hivaids.gr).

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. Πυχάιοι τίτλοι στις εφημερίδες κάθε 1^η 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. Όμως το στίγμα δεν περιορίζεται μόνο στα οροθετικά άτομα, μεταφέρεται και στους ανθρώπους που ζουν γύρω τους. Από την στιγμή που το AIDS έχει να κάνει με την ανθρώπινη συμπεριφορά, με τους κοινωνικούς παράγοντες που την επηρεάζουν, από την στιγμή που δημιουργεί στάσεις και επηρεάζει την κοινωνική θέση του ατόμου, η κοινωνική προσέγγιση οφείλει να παίζει έναν καθοριστικό ρόλο στην όλη πολιτική για την HIV λοίμωξη.

3.2.1. Κοινωνικός αποκλεισμός

Ο κοινωνικός αποκλεισμός στην περίπτωση της λοίμωξης και νόσου HIV συνδέεται άμεσα με τις εξής δύο έννοιες: α) την ανισότητα στην περίθαλψη και β) την άρνηση προσφοράς υπηρεσιών. Και οι δύο παραπάνω έννοιες έχουν πολλαπλές ηθικές και δεοντολογικές προεκτάσεις (Υφαντόπουλος, 2001).

α) Ανισότητα

Σύμφωνα με τους οικονομολόγους, το αγαθό "υγεία" δεν μπορεί να αφηθεί στις δυνάμεις της ελεύθερης αγοράς. Αντίθετα, το κράτος πρέπει να εξασφαλίσει υπηρεσίες που θα καλύπτουν τις βασικές κοινωνικές ανάγκες. Στην περίπτωση της ασθένειας του

AIDS, επειδή το κόστος είναι υψηλό, εάν δεν παρέμβει το κράτος για την κάλυψη της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης υπάρχει κίνδυνος να δημιουργηθούν επικίνδυνες για την κοινωνία ανισότητες αφού όσοι ασθενείς δεν θα μπορούν να καταβάλουν το αυξημένο κόστος της θεραπείας, θα αποκλείονται από το υγειονομικό σύστημα (Υφαντόπουλος, 2001). Πολύ σωστά λοιπόν παρεμβαίνει το κράτος και προσφέρει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη χωρίς την οικονομική επιβάρυνση των φορέων και των ασθενών. Η ανισότητα στους ασθενείς του AIDS εκδηλώνεται με την επιφύλαξη στην επαφή και φροντίδα του ασθενή από το προσωπικό υγείας.

β) Άρνηση

Εκτός όμως από τις επιφυλάξεις του προσωπικού υγείας υπάρχουν και περιπτώσεις άρνησης και αποκλεισμού των ασθενών του AIDS από κάποιες βασικές υπηρεσίες υγείας. Η άρνηση παροχής νοσηλευτικών ή ιατρικών υπηρεσιών αφορά στην καθαριότητα του ασθενή καθώς και την ιατρική φροντίδα (παραδείγματος χάριν τη χορήγηση οξυγόνου) (Υφαντόπουλος, 2001). Η στάση αυτή του προσωπικού αποδίδεται στο φόβο μετάδοσης του ιού και αποδεικνύει την ελλιπή ενημέρωσή του. Για την ουσιαστική καταπολέμηση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού στα νοσοκομεία απαιτείται η συνεχής εκπαίδευση και η ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Υφαντόπουλος, 2001).

"Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού και οι ανισότητες στην πρόσβαση για υγειονομική φροντίδα δημιουργούν την ανάγκη για περαιτέρω κοινωνική έρευνα που αφορά στην κοινωνική κάλυψη, στη φροντίδα και στην παροχή κοινωνικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών πριν και μετά τη νοσηλεία" (Υφαντόπουλος, 2001).

Ειδικότερα, όσον αφορά στη στάση γύρω από το AIDS, συνετό θα ήταν να αναφέρουμε ότι η συγκεκριμένη στάση δε διαμορφώνεται μέσω άμεσης εμπειρίας. Λίγα άτομα έχουν επαρκή γνώση γύρω από το AIDS. Η προσωπική εμπειρία πιθανώς να πολλαπλασιάζεται, καθώς ο αριθμός των οροθετικών και των ασθενών συνεχώς αυξάνεται. Θεωρείται πάντως απίθανο, γονείς να έχουν προσωπική εμπειρία για το AIDS. Ωστόσο, οι γονείς μπορεί να έχουν στάση για ομοφυλόφιλους και χρήστες ναρκωτικών κατά τρόπο που να επηρεάζει τη στάση των παιδιών.

Σύμφωνα με την έρευνα του πανεπιστημίου Sains της Μαλαισίας, ένα εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό ήταν υπέρ των ξεχωριστών θαλάμων νοσηλείας για τους ασθενείς του AIDS (Ahmed, et all, 2008),

ενώ στην ίδια έρευνα φαίνεται ότι ένα ποσοστό ήταν υπέρ και των ξεχωριστών αιθουσών διδασκαλίας σε σχολεία για τα παιδιά που έχουν AIDS.

Οι σύντροφοι και άλλες ομάδες αναφοράς βοηθούν τα πρόσωπα να διαμορφώνουν στάση για τους ασθενείς με AIDS είτε πρόκειται για φορείς είτε για ασθενείς. Οι Valenti και Anarella (1986) θεωρούν ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης στις ΗΠΑ επηρέασαν τη στάση της αμερικάνικης κοινωνίας, ως προς τους ασθενείς με AIDS, περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη πηγή. Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι η τηλεόραση θεωρήθηκε για το προσωπικό υγείας των ΗΠΑ, η σπουδαιότερη πηγή πληροφοριών τους σχετικά με το AIDS. Πάντως, η πρόοδος και η εξέλιξη του θέματος AIDS είναι ταχύτατη και ίσως δεν μπορούμε να την παρακολουθήσουμε (Λανάρα 1990). Προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για νοσηλευτές, αναφέρει η Pratt (1987), πρέπει να περιλαμβάνουν εκτός των θεμάτων νοσηλείας, κυρίως θέματα εχεμύθειας, ηθικής και δεοντολογίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ HIV ΙΟΥ

Κάθε άτομο αναπτύσσει κάποιες απόψεις ή αντιλήψεις σχετικά με διάφορες ασθένειες, βασιζόμενο κυρίως σε όσα έχει ακούσει ή διαβάσει για 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. Η συμπεριφορά ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της ασθένειας του εξαρτάται και επηρεάζεται από τα εκάστοτε πολιτισμικά δεδομένα. Άλλοι παράγοντες που εμπλέκονται και συντελούν στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ενός ατόμου- κατά τη διάρκεια της ασθένειάς του-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 ασθενής αντιλαμβάνεται και υπολογίζει με διαφορετικό τρόπο, τα συμπτώματα της ασθένειας δημιουργώντας παράλληλα μια συμπεριφορά απέναντι σε αυτή (Ραβάνης, 1995).

Πολύ συχνά όμως, οι αντιδράσεις στην ασθένεια εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά της ίδιας της ασθένειας. Τέτοιου είδους χαρακτηριστικά, σύμφωνα με τον Ραβάνη (1995) είναι:

- Η διάρκεια και η εξέλιξη της ασθένειας
- Η έκβαση και η πιθανότητα ίασης
- Ο βαθμός προκαλούμενης ανησυχίας (λόγω της αρρώστιας)
- Το πιθανό κοινωνικό στίγμα

Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά και τη στάση του ασθενούς. Σε αυτά τα χαρακτηριστικά όμως, θα μπορούσαν να προστεθούν και κάποια άλλα, σύμφωνα με τους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλο (1995):

- Η σοβαρότητα της νόσου
- Η προσωπική ευθύνη του πάσχοντος στην πρόκληση της αρρώστιας και στη θεραπεία της
- Η ικανότητα ελέγχου της κατάστασης από το ίδιο το άτομο.

Συνδυάζοντας τα παραπάνω στοιχεία, οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1995) διακρίνουν κάποιους τύπους ασθένειας, οι οποίοι είναι οι εξής:

- ✚ Η οξεία ασθένεια βραχείας διάρκειας
- ✚ Η μακρόχρονη ασθένεια που δεν συνεπάγεται κοινωνικό στίγμα
- ✚ Η ασθένεια μακράς διάρκειας που επισύρει κοινωνικό στιγματισμό
- ✚ Η πνευματική ασθένεια

Η ανακοίνωση λοιπόν της διάγνωσης μιας χρόνιας ασθένειας, σοβαρής και συχνά θανατηφόρας έχει σημαντικές επιπτώσεις στην εικόνα και την αντίληψη που έχει το άτομο τόσο για τον εαυτό του, όσο και για το σώμα του. Η ανακοίνωση αυτή συνδέεται με τη συνειδητοποίηση της θνητότητας του ατόμου. Για τους περισσότερους ανθρώπους η διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας αποτελεί μία κρίσιμη καμπή καθώς χρειάζεται να επαναπροσδιορίσουν τη ζωή και τους στόχους τους και συνέχεια να ανακαλύπτουν τις αξίες, τις σχέσεις καθώς και τις προτεραιότητες που είναι σημαντικές για αυτούς. (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999)

Έτσι, κάθε σοβαρή ασθένεια καθώς και η θεραπεία της επιβάλλει κάποιους περιορισμούς (π.χ. ακινησία, απουσία από την εργασία, κ.τ.λ.), οι οποίοι είναι πιθανό να οδηγήσουν τον άρρωστο αλλά και το κοντινό του περιβάλλον σε κοινωνική απομόνωση. Η απομόνωση αυτή μπορεί να ενταθεί από το ενδεχόμενο στίγμα που συνοδεύει τη συγκεκριμένη ασθένεια. Θίγοντας την έννοια του στιγματισμού, παρακάτω αναλύεται διεξοδικά η επίπτωση του στιγματισμού, της περιθωριοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού σε άτομα με AIDS.

4.1. Επιπτώσεις στις σχέσεις με τον κοινωνικό περίγυρο

✓ Επιπτώσεις στην οικογένεια:

Είναι λογικό οι οικογενειακές αλλά και φιλικές σχέσεις να δοκιμάζονται και κάποιες φορές να τροποποιούνται μπροστά στη διάγνωση μίας χρόνιας ή ανίατης ασθένειας. Πολλές φορές χαρακτηρίζονται από μία τάση προσέγγισης ενώ κάποιες άλλες από μία τάση απομάκρυνσης. Η διαδικασία αυτή επηρεάζεται τόσο από τις κοινωνικές προκαταλήψεις σχετικά με την ασθένεια, όσο και από τον πάσχοντα και την οικογένειά του (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999). Η αντίληψη της πλειοψηφίας των ατόμων μίας κοινωνίας για κάποιες ασθένειες συντελεί στην περιθωριοποίηση των

ατόμων που πάσχουν από αυτές. Τέτοιου είδους ασθένεια είναι το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.

Η ανακοίνωση μιας σοβαρής ασθένειας ή απειλητικής για τη ζωή ενός ατόμου επηρεάζει με μοναδικό τρόπο το άτομο και την οικογένειά του. Οι αντιδράσεις από την ανακοίνωση μπορεί να διαφέρουν από άτομο σε άτομο.

Οι παράγοντες που αναφέρθηκαν επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται την ασθένεια καθώς και τον τρόπο που προσαρμόζεται σε αυτή (αποδοχή, η άρνηση κ.τ.λ.) (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Επίσης, νιώθουν φόβο για τον εαυτό τους και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας σχετικά με την πιθανότητα που υπάρχει να μολυνθούν. Οι γονείς έχουν τη πεποίθηση ότι αποκρύπτοντας την αλήθεια από τα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας, τα προστατεύουν. Υπερισχύει και πάλι ο φόβος τους σχετικά με την επίδραση που θα έχει η ανακοίνωση της θετικής διάγνωσης στα μέλη και στις σχέσεις του με το σχολείο, την εργασία, τους φίλους. (<http://www.hiv-aids.gr>, χ.χ.)

Πολύ συχνά, όταν γίνεται η διάγνωση της λοίμωξης HIV σε έναν ή και στους δύο συζύγους, κλονίζεται ο γάμος τους. Μπορεί να τεθεί το ερώτημα, εάν το AIDS μπορεί να θεωρηθεί επαρκής και ικανή αιτία για τη διακοπή της συμβίωσης. Στη νομοθεσία κάποιων κρατών (π.χ. Γερμανία) η ύπαρξη μεταδοτικής ασθένειας του ενός συζύγου δικαιολογεί την ακύρωση του γάμου. Στην Ελληνική νομοθεσία όμως κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατό επειδή ο γάμος μπορεί να ακυρωθεί μόνο εξαιτίας πλάνης ή απειλής.

Σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο, ως πλάνη θεωρείται αυτή που αφορά στην ταυτότητα του προσώπου, ενώ δεν περιλαμβάνεται η περίπτωση μεταδοτικής ασθένειας-όπως το AIDS- η οποία θεωρείται ιδιότητα του προσώπου και όχι στοιχείο της προσωπικότητάς του (Παπαζήση, 1995β). «Στην πρακτική των ελληνικών δικαστηρίων δεν υπάρχουν αποφάσεις που να αναφέρεται ως εύλογη αιτία της διάστασης ή ως λόγος διαζυγίου η ύπαρξη της οροθετικότητας του άλλου συζύγου, λόγω της δυνατότητας να λυθεί ο γάμος και χωρίς να αναφερθούν οι λόγοι» (Παπαζήση, 1995β : 181).

Καθώς το AIDS θεωρείται μία «άσχημη» αρρώστια που συμβολίζει το θάνατο, οι ερμηνείες και οι προκαταλήψεις που το συνοδεύουν προκαλούν έντονο άγχος. Παρατηρείται το φαινόμενο, αντί η οικογένεια να προσπαθεί να κρύψει την αλήθεια από τον ασθενή, να αντιστρέφονται οι ρόλοι και ο πάσχων να προσπαθεί να κρύψει τη διάγνωση από την οικογένεια. Ενώ σε οποιαδήποτε άλλη αρρώστια και απειλητική για τη ζωή ενός ατόμου, οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με συμπάθεια, οι φορείς του HIV καθώς

και οι ασθενείς με AIDS αντιμετωπίζονται εχθρικά, με φόβο και τελικά περιθωριοποιούνται. Έτσι δύσκολα ζητούν στήριξη από το περιβάλλον τους. (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

✓ **Επιπτώσεις στο φιλικό περιβάλλον**

Εκτός όμως από την οικογένεια, η οποία είναι ο σημαντικότερος τομέας και πηγή στήριξης για το άτομο, επιπτώσεις παρουσιάζονται και στο φιλικό περιβάλλον ενός ατόμου.

Το άτομο που έχει τη λοίμωξη HIV αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες στις σχέσεις που έχει με τους φίλους αλλά ταυτόχρονα αναπτύσσει το φόβο της απόρριψης από αυτούς. Έτσι, ο φόβος τον οδηγεί στην απόκρυψη της αλήθειας ή στην ανεξέλεγκτη διάδοση της χωρίς να επιλέξει τα πρόσωπα, στα οποία θέλει να μιλήσει.

Η συμπαράσταση και η γνήσια αποδοχή της κατάστασης είναι πολύ σημαντικές έννοιες για την πορεία της ασθένειας αλλά και της συμπεριφοράς ενός ατόμου με AIDS. Το φιλικό περιβάλλον πρέπει να υιοθετήσει αυτή τη συμπεριφορά, στηρίζοντας το άτομο ώστε να το βοηθήσει να μάθει να ζει με την αρρώστια αλλά πολύ περισσότερο να την αποδεχτεί. (<http://www.hiv-aids.gr>, χ.χ.)

✓ **Επιπτώσεις στα πλαίσια της σχολικής κοινότητας**

Σημαντικές όμως είναι και οι επιπτώσεις για ένα άτομο με τον ιό του HIV στη σχολική κοινότητα. Όσο η διάγνωση της ασθένειας παραμένει απόρρητη, η σχέση των παιδιών με το παιδί-φορέα του AIDS, είναι φιλική. Όταν όμως διαδοθεί ότι το παιδί πάσχει από τη συγκεκριμένη ασθένεια συχνά, τόσο τα παιδιά, όσο και οι οικογένειές τους, απομακρύνονται και απορρίπτουν τον φορέα. Αυτό συμβαίνει διότι το παιδί, το οποίο πάσχει από τον ιό HIV, θεωρείται άκρως επικίνδυνο για την υγεία των υπόλοιπων παιδιών μέσα στο σχολικό περιβάλλον, και γι' αυτό αποφεύγεται κάθε είδους επαφή μαζί του. Οι σχέσεις από φιλικές μετατρέπονται σε σχέσεις φόβου, αδιαφορίας, ακόμα και εχθρικές. Τα παιδιά-φορείς AIDS απομονώνονται και σταδιακά επέρχεται ο στιγματισμός τους και ο ολοκληρωτικός κοινωνικός αποκλεισμός (<http://www.hiv-aids.gr>, χ.χ.).

Αναμφισβήτητα, η ασθένεια αυτή είναι σοβαρή και επικίνδυνη τόσο για την υγεία του φορέα όσο και του κοινωνικού του περίγυρου. Ωστόσο, πολλές φορές γίνονται επισκέψεις στις σχολικές κοινότητες από ειδικούς πάνω σε αυτό το θέμα με σκοπό την ενημέρωση του προσωπικού και των παιδιών. Παρόλα αυτά, τέτοια δείγματα συμπεριφοράς στο σχολικό περιβάλλον θεωρούνται ακραία δείχνοντας την ελλιπή ενημέρωση τόσο του σχολικού όσου και του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Το παιδί που έχει λοίμωξη HIV δεν αποτελεί κίνδυνο για τα υπόλοιπα παιδιά στο σχολείο, εκτός αν υπάρχουν σημάδια τραυματισμού ή πάλης ή δαγκώματα μεταξύ τους. Τα παιδιά που έχουν, μολυνθεί από τον HIV είναι ευπαθή σε ασθένειες και μολύνσεις, επίσης μπορεί να παρουσιάσουν μαθησιακές δυσκολίες. (<http://www.hiv-aids.gr>, χ.χ.)

✓ Επιπτώσεις στις σεξουαλικές σχέσεις

Πολύ σοβαρές είναι οι επιπτώσεις που έχει η διάγνωση του AIDS στη σεξουαλική ζωή του ατόμου. Τα άτομα με τη συγκεκριμένη νόσο βιώνουν έντονα το συναίσθημα του φόβου και στη συναλλαγή τους με τον ερωτικό σύντροφο. Αρχικά, κυριαρχεί ο φόβος της αποκάλυψης της ασθένειας στον σύντροφο και εν συνεχεία της απόρριψής του από αυτόν. Ακόμα, ο πάσχων αισθάνεται ανησυχία και άγχος για την αποκάλυψη της τυχόν απιστίας ή ερωτικής ασυδοσίας.

Η στάση ή η συμπεριφορά των συντρόφων συχνά αλλάζει όταν ενημερωθούν για την νόσο HIV των συντρόφων τους. Πολλές φορές, τους κατηγορούν για απιστία και απέχουν από τη σεξουαλική επαφή επειδή επικρατεί ο φόβος της λοίμωξης, φτάνοντας σε σημείο να αποστασιοποιηθούν εντελώς από το σύντροφό τους. Αυτό, συμβαίνει διότι θεωρούν υπεύθυνο το σύντροφο που πάσχει, για την πιθανότητα να τους έχει μεταδώσει τη νόσο του AIDS.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι ωφέλιμο για τους ίδιους να καταφύγουν σε τεστ αντισωμάτων για τη λοίμωξη, σε ένα ανοιχτό διάλογο για ζητήματα που τους απασχολούν και εφόσον είναι εφικτό στην κοινή απόφαση για συμβουλευτική υποστήριξη. (<http://www.hiv-aids.gr>, χ.χ.)

4.2. Οικονομικές Επιπτώσεις

Η Υγεία αποτελεί έννομο ατομικό και συλλογικό αγαθό το οποίο η πολιτεία οφείλει να προάγει και να προστατεύει. Αποτελεί αγαθό που δικαιούνται όλοι οι άνθρωποι, ανεξάρτητα από την κοινωνική ή την οικονομική τους κατάσταση. Σήμερα, όλες οι αναπτυγμένες χώρες αυξάνουν σταθερά το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Α.Ε.Π) που διαθέτουν στον τομέα της υγείας. Παράλληλα, το επίπεδο υγείας των κατοίκων μιας χώρας αποτελεί σαφή ένδειξη τόσο για την οικονομική ανάπτυξη της χώρας αυτής, όσο και για το επίπεδο ζωής των κατοίκων της.

Η επιδημία της λοίμωξης HIV επηρεάζει αισθητά το επίπεδο υγείας των κατοίκων του πλανήτη και έχει τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Ως προς την οικονομική διάσταση της επιδημίας, πρέπει να σημειώσουμε μία από τις ιδιαιτερότητες της επιδημίας που έχει σημαντικό αντίκτυπο στην οικονομική ζωή. Πρόκειται για το γεγονός ότι τα περισσότερα κρούσματά της αφορούν σε άτομα νεαρής ηλικίας. Το γεγονός αυτό, έχει τεράστιο αντίκτυπο στην κοινωνική και οικονομική ζωή.

Το 1995, όπως ήδη σημειώθηκε όταν έγινε αναφορά στις κοινωνικές διαστάσεις της λοίμωξης και νόσου HIV, το 90% των ενηλίκων που είχαν προσβληθεί βρισκόταν στις ηλικίες μεταξύ 24 και 44 (Κορνάρου, 1995), δηλαδή στις ηλικίες εκείνες που αποτελούν κατά κύριο λόγο το εργατικό-παραγωγικό δυναμικό όλων των χωρών. Αντιλαμβανόμαστε εύκολα ότι το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το ρυθμό αύξησης των κρουσμάτων, έχει τεράστιο αντίκτυπο τόσο στον παραγωγικό τομέα, όσο και στον τομέα υγείας της κάθε χώρας, αλλά και τεράστιες επιπτώσεις στο ασφαλιστικό τους σύστημα.

4.3. Επιπτώσεις στον εργασιακό χώρο

Εκτός όμως από τις οικονομικές, επιπτώσεις υπάρχουν και στον επαγγελματικό τομέα. Η εμφάνιση μιας ασθένειας, δεν επηρεάζει μόνο την υγεία ενός ανθρώπου, αλλά και το επίπεδο της εργατικής του απόδοσης. Όταν η ασθένεια είναι πολύ σοβαρή, η εργατική ικανότητα του ατόμου σταδιακά μηδενίζεται. Στην περίπτωση της λοίμωξης HIV, η ικανότητα για εργασία δε μειώνεται. Οι φορείς του ιού είναι σε θέση και πρέπει να συνεχίζουν την κανονική τους εργασία. Όταν όμως το άτομο εκδηλώσει τη νόσο HIV,

οι συνθήκες εργασίας αλλάζουν. Θα αναφέρουμε ορισμένες από τις συνέπειες του γεγονότος αυτού για το άτομο, την οικογένεια του, την κοινότητα και τη χώρα του:

✓ **ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΟ**

Οι επαγγελματικές συνέπειες της λοίμωξης και νόσου HIV για το άτομο συνοψίζονται στις παρακάτω:

- ✚ απώλεια παραγωγικότητας,
- ✚ μείωση επενδυτικής ικανότητας,
- ✚ μείωση ευκαιριών προσφοράς εργασίας σε ξένες χώρες,
- ✚ αύξηση κόστους των ξένων ειδικών ως αποτέλεσμα της σπανιότητας ειδικών (Κορνάρου, 1995),
- ✚ υποαπασχόληση, εξαιτίας της φυσικής κατάστασης, η οποία συναρτάται με την πορεία της ασθένειας,
- ✚ ετεροαπασχόληση, ως αποτέλεσμα της ανάγκης του ατόμου να εργασθεί και της αδυναμίας του να αντεπεξέλθει στην προηγούμενη εργασία του,
- ✚ ανεργία εξαιτίας της αδυναμίας του ατόμου να εργαστεί και του κοινωνικού στίγματος που δεν του επιτρέπει να βρει μια νέα δουλειά,
- ✚ οικονομική επιβάρυνση ανάλογα με την εμπλοκή του ατόμου στις δαπάνες για την περίθαλψη που προβλέπει το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας του. Είναι ευνόητο ότι όταν το άτομο επιλέγει να διατηρήσει κρυφό το γεγονός ότι έχει προσβληθεί από τον ιό, επωμίζεται εξ ολοκλήρου το κόστος της ιατροφαρμακευτικής του περίθαλψης.

✓ **ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Οι επαγγελματικές συνέπειες της λοίμωξης και νόσου HIV για την οικογένεια και την κοινότητα συνοψίζονται στις παρακάτω:

- ✚ μείωση παραγωγικότητας μέσα στην οικογένεια /κοινότητα,
- ✚ μείωση παραγωγικότητας στην εργασία,
- ✚ απώλεια της κοινοτικής αγοραστικής δύναμης,
- ✚ απώλεια χρόνου λόγω φροντίδας,
- ✚ ανάγκη ενίσχυσης εργατικού δυναμικού (Κορνάρου, 1995)

✓ ΓΙΑ ΤΗ ΧΩΡΑ

Οι επαγγελματικές συνέπειες της λοίμωξης και νόσου HIV για κάθε χώρα συνοψίζονται στις παρακάτω:

- ✚ επιπτώσεις στον τουρισμό,
- ✚ επιπτώσεις στο διεθνές εμπόριο και στη διεθνή παραγωγικότητα,
- ✚ επιρροή στο συνάλλαγμα, καθώς η οικονομία επηρεάζεται από ξένους επενδυτές,
- ✚ πιθανή επιβολή κανόνων μετακίνησης σε κάποιες χώρες,
- ✚ απώλεια λόγω μείωσης της μεταναστευτικής ικανότητας,
- ✚ κόστος απασχόλησης ξένων ειδικών (Κορνάρου, 1995),
- ✚ επιπτώσεις στον ασφαλιστικό τομέα ανάλογα με τον αριθμό των κρουσμάτων και το ασφαλιστικό σύστημα της κάθε χώρας,

5.1. Πρόληψη για τον ιό HIV – Προληπτικά Μέτρα

Είναι γεγονός ότι η πρόληψη είναι προτιμότερη σε κάθε περίπτωση. Στην περίπτωση της νόσου HIV, η πρόληψη είναι, προς το παρόν, ο μόνος τρόπος περιορισμού της εξάπλωσης της επιδημίας.

Εφόσον δεν υπάρχει ακόμη απόλυτα αποτελεσματική θεραπεία του AIDS και δεν υπάρχει εμβόλιο για τον ιό, είναι απαραίτητη η εφαρμογή προληπτικών μέτρων, τα οποία έχουν σαν σκοπό την ελάττωση του ρυθμού εξάπλωσης της λοίμωξης. Αυτά τα μέτρα υποδεικνύονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ή τις Υγειονομικές Εθνικές Υπηρεσίες και απευθύνονται στο κοινό και ιδιαίτερα στις ομάδες υψηλού κινδύνου και στο υγειονομικό προσωπικό. Η σωστή ενημέρωση του κοινού αλλά και η σχολαστική τήρηση των προληπτικών μέτρων που συνιστώνται συντελούν στην αποφυγή του πανικού και στον περιορισμό του προβλήματος της δημόσιας υγείας.

Α. Προληπτικά Μέτρα για το Κοινό: η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τη φύση της νόσου, τους τρόπους μετάδοσης και τα μέσα προφύλαξης αποτελεί το κυριότερο και αποτελεσματικότερο μέτρο αντιμετώπισης της λοίμωξης. Γι' αυτό το λόγο, ο γενικός πληθυσμός πρέπει να γνωρίζει ότι η μετάδοση του ιού δεν γίνεται εύκολα. Ο ιός δεν μεταδίδεται στο περιβάλλον των φορέων ή των πασχόντων από AIDS. Η ενημέρωση αποσκοπεί στην τροποποίηση της ατομικής συμπεριφοράς αλλά και σε αποτροπή της λανθασμένης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και τους φορείς (Παπαευαγγέλου, 1988).

Τον μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι ομάδες υψηλού κινδύνου. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι ομοφυλόφιλοι, οι αμφιφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς που κάνουν χρήση ναρκωτικών με σύριγγες. Επιπλέον, μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν όσοι έχουν σεξουαλικές επαφές με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, όσοι έχουν συχνές επαφές με ιερόδουλες, που δεν υπόκεινται σε τακτικό υγειονομικό έλεγχο και όσοι έρχονται σε επαφή με τυχαίους ερωτικούς συντρόφους (Κουσκούκης, 1991).

Για την ενημέρωση του πληθυσμού χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα μέσα:

1. **Ενημερωτικά φυλλάδια:** απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό αλλά και στους στρατιώτες, τους ναυτικούς, τους ταξιδιώτες, κα.
2. **Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, posters:** προγράμματα από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο συμβάλλουν στη διαμόρφωση σωστής ατομικής συμπεριφοράς.
3. **Οργάνωση Σεμιναρίων – διαλέξεων:** συμβάλλουν στην τροποποίηση της κοινωνικής και ατομικής συμπεριφοράς.
4. **Έρευνα:** η ερευνητική προσπάθεια είχε πολλά αποτελέσματα. Μέσα σε δυο χρόνια ανακαλύφθηκε ο υπεύθυνος αιτιολογικός παράγοντας. Η συνέχιση της έρευνας θα πετύχει τη θεραπευτική και προληπτική αντιμετώπιση του AIDS.

(Παπαευαγγέλου, 1988)

B. Προληπτικά Μέτρα για τους Ομοφυλόφιλους: οι ομοφυλόφιλοι θα πρέπει να εφαρμόζουν τα παρακάτω μέτρα για να έχουν λιγότερες πιθανότητες να μολυνθούν από τον ιό.

- Διατήρηση της υγείας τους σε καλά επίπεδα και αποφυγή παραγόντων που ελαττώνουν την αντίσταση του οργανισμού.
- Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με άγνωστα άτομα και μάλιστα όταν έχουν προσβληθεί από τον ιό.
- Περιορισμός του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων, ώστε να είναι μειωμένη η πιθανότητα επαφής με το φορέα.
- Χρησιμοποίηση προφυλακτικών, ώστε να αποφεύγεται η είσοδος μολυσμένου σπέρματος στην κυκλοφορία του αίματος.
- Αποφυγή χρησιμοποίησης κοινών ερωτικών αντικειμένων χωρίς να έχουν απολυμανθεί.
- Αποφυγή άμεσης επαφής με το σπέρμα του ερωτικού συντρόφου.

Γ. Προληπτικά Μέτρα για τους Τοξικομανείς: η εφαρμογή των παρακάτω μέτρων θα ελαττώσουν τις πιθανότητες μόλυνσης από τον ιό.

- Διατήρηση της υγείας σε καλά επίπεδα και αποφυγή παραγόντων που ελαττώνουν την άμυνα του οργανισμού.
- Διακοπή της ενδοφλέβιας λήψης ναρκωτικών, όπως και προσπάθεια για αποτοξίνωση.
- Σε περίπτωση που δεν διακοπεί η χρήση ναρκωτικών πρέπει να αποφεύγεται η κοινή χρήση βελόνων, συριγγών και σκευών παρασκευής των ναρκωτικών.
- Χρήση ατομικών οδοντοβουρτσών και ξυριστικών λεπίδων.
- Αποφυγή σεξουαλικών επαφών με φορείς και πάσχοντες από AIDS, όπως και με άτομα υψηλού κινδύνου.
- Σε περίπτωση επαφών με άτομα των παραπάνω κατηγοριών, συνίσταται η χρήση προφυλακτικών και η αποφυγή της άμεσης επαφής με τα εκκρίματα αυτών.

Δ. Προληπτικά Μέτρα κατά την Αιμοδοσία: η αιμοδοσία είναι μια απλή, ανώδυνη και χρησιμότερη πράξη που σώζει ανθρώπινες ζωές. Ιδιαίτερα στη χώρα μας με το πρόβλημα της μεσογειακής αναιμίας αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σπουδαιότητα.

Επειδή ο ιός του AIDS μπορεί να μεταδοθεί με τις μεταγγίσεις αίματος, πρέπει να τηρούνται τα παρακάτω διεθνώς προληπτικά μέτρα για την αποφυγή αυτής της πιθανότητας.

- Υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού και των δοτών αίματος. Ενίσχυση της εθελοντικής αιμοδοσίας.
- Τήρηση εμπιστευτικών αρχείων αιμοδοτών στα κέντρα αιμοδοσίας.
- Πραγματοποίηση μεταγγίσεων, όταν υπάρχει απόλυτη ιατρική ένδειξη.
- Βελτίωση συνθηκών λήψης, συλλογής και ελέγχου του πλάσματος στις τράπεζες αίματος.
- Αποκλεισμός από την αιμοδοσία ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

- Χρησιμοποίηση αίματος εγχώριας προέλευσης, αφού γίνει κατάλληλη διαφώτιση, ώστε να υπάρχει επάρκεια αίματος και να αποφεύγεται η εισαγωγή του από ξένες χώρες.

(Κουσκούκης, 1991)

5.2. Μορφές Πρόληψης

5.2.1 Πρόληψη της Μετάδοσης με Μολυσμένο Αίμα και Παράγωγα του Πλάσματος

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

A) Προσεκτική επιλογή αιμοδοτών, **B)** Αποκλεισμό από την αιμοδοσία ατόμων που θεωρείται ότι ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, **Γ)** Αποκλεισμό από την αιμοδοσία τουριστών και ναυτικών ή ατόμων προερχομένων από χώρες που παρουσιάζουν επιπολασμό της λοίμωξης HIV, **Δ)** Αυστηρή τήρηση των κανόνων αιμοδοσίας, **Ε)** Αυστηρό εργαστηριακό έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος.

5.2.2 Πρόληψη της Περιγεννητικής Μετάδοσης

Στο πλαίσιο της περιγεννητικής μετάδοσης περιλαμβάνεται η ενημέρωση των εγκύων γυναικών σχετικά με τη λοίμωξη HIV, οι οποίες παράλληλα προτρέπονται να κάνουν έλεγχο για τη λοίμωξη στην αρχή της εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις οροθετικών εγκύων πρέπει να εφαρμόζεται αντιρετροϊκή θεραπεία ώστε να περιοριστούν οι πιθανότητες μετάδοσης του ιού στο έμβryo. Μετά τον τοκετό συνίσταται η αποφυγή του θηλασμού. (Δαρδαβέσης, 1999).

5.2.3 Πρόληψη με Προσυμπτωματικό Έλεγχο

Αυτή η μέθοδος έχει ως στόχο τον εντοπισμό φορέων σε διάφορες κοινωνικές ομάδες ή σε μεμονωμένα άτομα. Για να εφαρμοστεί μια τέτοια μέθοδος θα πρέπει προηγουμένως να εκπαιδευτεί ο πληθυσμός και να διαφωτιστεί, προκειμένου να κατανοήσει την αναγκαιότητα αυτής της μεθόδου πρόληψης. Οι ομάδες πληθυσμού στις οποίες συνίσταται προσυμπτωματικός έλεγχος είναι αυτές που χαρακτηρίζονται υψηλού κινδύνου (π.χ. ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι, χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι, σεξουαλικοί σύντροφοι φορέων HIV, ιερόδουλες) (Δαρδαβέσης, 1999).

5.2.4 Πρόληψη Μετάδοσης στο Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό

Ο κίνδυνος μόλυνσης από τον HIV στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, είναι ελάχιστος. Βασική προϋπόθεση βέβαια είναι η τήρηση των απαραίτητων υγειονομικών μέτρων.

Κάποιες από τις προφυλάξεις που οφείλει να παίρνει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι οι εξής: **A)** Αποστείρωση εργαλείων, **B)** Απολύμανση κάθε υλικού που ήρθε σε επαφή με αίμα ή βιολογικά υλικά, **Γ)** Χρησιμοποίηση ειδικών δοχείων στα οποία θα τοποθετούνται οι βελόνες, σύριγγες και τα υπόλοιπα υλικά που έχουν χρησιμοποιηθεί, **Δ)** Απολύμανση χεριών, **Ε)** Χρήση γαντιών, γυαλιών ή προσωπίδων όπου απαιτείται, **Στ)** Νοσηλεία ασθενών με νόσο HIV σε ειδικούς θαλάμους, **Z)** Προσπάθεια αποφυγής τραυματισμών, **H)** Αναγραφή ειδικών οδηγιών στα φιαλίδια με δείγματα αίματος ή άλλων βιολογικών υγρών υλικών (Δαρδαβέσης, 1999).

5.2.5 Πρόληψη Μετάδοσης στους Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών

Τα προγράμματα πρόληψης της μετάδοσης του HIV στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, στο έργο Friedman et al. (1989), διακρίνονται ως προς: **A)** Τον προσανατολισμό τους στη διακοπή της χρήσης ή στη μείωση των κινδύνων για όσους εξακολουθούν τη χρήση, **B)** Τη χρήση κάποιου από τα παρακάτω: αποτροπής, ανάπτυξης δεξιοτήτων, χαρακτηριστικών της ομάδας, κοινωνικής υποστήριξης, παροχής κινήτρων μείωσης κινδύνων, **Γ)** Την προσπάθεια αλλαγής του περιβάλλοντος, της χρήσης, της υποκουλτούρας της χρήσης ή της υποκουλτούρας του ατόμου, **Δ)** Το διοικητικό και νομικό έλεγχο των προγραμμάτων που μπορεί να βρίσκεται είτε στα χέρια των ειδικών, είτε στα χέρια των ίδιων των χρηστών.

5.2.6 Πρόληψη σε Περιπτώσεις Κρούσματος

Όταν σε κάποιο άτομο ανιχνεύονται αντισώματα του HIV πρέπει, σύμφωνα με τον Δαρδαβέση (1999), να γίνουν οι ακόλουθες ενέργειες: **A)** Πρέπει να δηλωθεί στην αρμόδια υγειονομική υπηρεσία. **B)** Πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε να προληφθούν διάφορα μεταδιδόμενα νοσήματα (τα οποία μεταδίδονται με το αίμα). **Γ)** Πρέπει να γίνεται απολύμανση σε μολυσμένα από αίμα ή άλλα σωματικά υγρά αντικείμενα. **Δ)** Ο ασθενής καθώς και οι ερωτικοί του σύντροφοι πρέπει να ενημερωθούν ώστε να αποκλεισθούν από αιμοδότες, δωρητές ιστών, οργάνων, σπέρματος κλπ. **Ε)** Οι ασθενείς είναι απαραίτητο να υποβληθούν σε αντιρετροϊκή αγωγή.

5.2.7 Προφυλάξεις Ατόμων που Πάσχουν από Λοίμωξη ή/ και Νόσο HIV

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να τηρούν τις ακόλουθες αρχές προφύλαξης (Δαρδαβέσης, 1999): **A)** Τήρηση των κανόνων υγιεινής, **B)** Προφύλαξη από διάφορες ασθένειες και λοιμώξεις, **Γ)** Αποφυγή κόπωσης, **Δ)** Καλή διατροφή και ειδική διαίτα όταν αυτό απαιτείται, **Ε)** Χρησιμοποίηση βελόνων και συριγγών μιας χρήσης καθώς και αποκλειστική χρησιμοποίηση των ατομικών ειδών υγιεινής, **Στ)** Επιλογή σταθερού ερωτικού συντρόφου και αποφυγή συχνής εναλλαγής ερωτικών συντρόφων, **Ζ)** Χρήση προφυλακτικών στις σεξουαλικές επαφές και λήψη μέτρων προκειμένου να αποφευχθεί η εγκυμοσύνη, **Η)** Αποφυγή του μητρικού θηλασμού, **Θ)** Ενημέρωση ερωτικών συντρόφων ή ατόμων με τα οποία έκαναν κοινή χρήση ναρκωτικών, **Ι)** Απολύμανση επιφανειών που έχουν έρθει σε επαφή με αίμα ή άλλα υγρά το σώματός τους.

5.3 Πρόληψη της Σεξουαλικής Μετάδοσης

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

5.3. Μέθοδοι Αντισύλληψης

Οι συνηθέστερες μέθοδοι αντισύλληψης είναι:

1. Το ανδρικό προφυλακτικό
2. Το γυναικείο προφυλακτικό
3. Τα Σπερματοκτόνα
4. Τα Καλύμματα τραχήλου – Διάφραγμα
5. Το Αντισυλληπτικό χάπι ή ορμονική αντισύλληψη
6. Το Ενδομήτριο Σπείραμα (Σπιράλ)
7. Η διακοπτόμενη επαφή
8. Η επείγουσα ορμονική αντισύλληψη ή χάπι της επόμενης μέρας
9. Φυσικές μέθοδοι. (η θερμομετρική μέθοδος, η προγραμματισμένη συνουσία, η διακεκομμένη συνουσία και η περιοδική αποχή)
10. Μόνιμες μέθοδοι αντισύλληψης

Ο παρακάτω πίνακας αναφέρεται στις μεθόδους αντισύλληψης και στα ποσοστά αποτυχίας που έχει η κάθε μια από αυτές. Όπως φαίνεται, το υψηλότερο ποσοστό αποτυχίας υπάρχει χωρίς την προφύλαξη, ενώ ακολουθεί το σπερματοκτόνο. Με χαμηλότερα ποσοστά ακολουθούν οι φυσικές μέθοδοι, το σπείραμα, το προφυλακτικό, το διάφραγμα και το τέλος, με λιγότερα ποσοστά αποτυχίας είναι αντισυλληπτικό χάπι.

Μέθοδοι Αντισύλληψης και ποσοστά αποτυχίας τους	
Μέθοδοι Αντισύλληψης	Ποσοστό αποτυχίας των αντισυλληπτικών μεθόδων
Αντισυλληπτικό χάπι	0,5%
Διάφραγμα σε συνδυασμό με σπερματοκτόνα	2,5%
Προφυλακτικό σε συνδυασμό με σπερματοκτόνα	2,5%
Σπείραμα	2,5%
Φυσικές μέθοδοι	10%
Σπερματοκτόνα	25,5%

Καμία προφύλαξη	82%
-----------------	-----

Πίνακας 1. Μέθοδοι Αντισύλληψης και ποσοστά αποτυχίας τους

5.4. Προγράμματα Υποστήριξης ασθενών με 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 ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΝΟΤΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: Πανεπιστήμιο Πατρών – Ρίο Πάτρας, τηλ. 2610-277.924.
- ✚ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΚΡΗΤΗΣ: Π.Γ.Ν. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ & 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 ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ 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 ΜΥΚΗΤΙΑΣΕΩΝ 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 ΚΑΙ ΕΜΠΝΕΥΣΗΣ: Αντιμάχου 7, Ιλίσια, τηλ. 210-723.38.48.
- ✚ ACT UP: Αντιμάχου 7, Ιλίσια, τηλ. 210-723.38.48..
- ✚ 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.

5.5. Φαρμακευτική Αγωγή των ατόμων με τον ιό HIV

Η επιδημία του AIDS έχει εξαπλωθεί σε ολόκληρο τον κόσμο, και αποτελεί πραγματική μάστιγα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Την τελευταία εξαετία η έρευνα σχετικά με τις βιολογικές παραμέτρους, αλλά και την θεραπευτική αντιμετώπιση της HIV-λοίμωξης έχει σημειώσει ταχύτατη πρόοδο. Αναπτύσσονται νέες εργαστηριακές μέθοδοι διερεύνησης και παρακολούθησης της νόσου, αλλά και νέα φάρμακα έχουν καθιερωθεί στην κλινική πρακτική, έτσι ώστε η μακρόχρονη επιβίωση των ασθενών και η βελτίωση της ποιότητας ζωής είναι πλέον εφικτοί στόχοι. Το υψηλό κόστος των φαρμάκων, οι παρενέργειές τους και η ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών του ιού, αποτελούν δευτερογενή προβλήματα, που η λύση τους απασχολεί μεγάλο μέρος της έρευνας. Οι εξελίξεις αναμένονται ελπιδοφόρες στο προσεχές διάστημα.

Μέχρι προ λίγων μηνών η θεραπεία του AIDS περιοριζόταν στη συμπτωματική αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων και των νεοπλασιών που αναπτύσσονται στα τελικά στάδια της λοίμωξης. Η ανακάλυψη της ειδικής αντιϊκής δράσεως της αζιτοθυμιδίνης (AZT) αναπτέρωσε τις ελπίδες για αιτιολογική θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Η τρομακτική πίεση από τη συσσώρευση μεγάλου αριθμού ασθενών που απελπισμένα ζητούν θεραπευτική παρέμβαση, οδηγεί στην επιτάχυνση και ενίοτε παράβαση των θεσπισμένων οδηγιών που διέπουν τις κλινικές δοκιμές και τη συνολική διαδικασία ελεύθερης κυκλοφορίας νέων φαρμάκων. Για τον σκοπό αυτό, συστάθηκε ειδική ομάδα και πρόγραμμα αξιολόγησης των θεραπευτικών δοκιμών (ATEU) στις ΗΠΑ. Στη συνέχεια αναφέρονται επιγραμματικά οι ομάδες των κυριότερων ουσιών που χρησιμοποιούνται σήμερα. Η αναφορά σε όλα τα φάρμακα είναι αδύνατη, αφού σήμερα μιλάμε για το «φάρμακο του μήνα», το οποίο πολλές φορές αποδεικνύεται αναποτελεσματικό.

Σήμερα το AZT κυκλοφορεί σε αρκετές χώρες της Δυτικής Ευρώπης και στις ΗΠΑ. Συγχρόνως άρχισαν νέες δοκιμές για βελτίωση των θεραπευτικών σχημάτων, επέκταση της χρήσης σε ηλικιωμένους και παιδιά, καθώς και διερεύνηση της δράσης του σε λιγότερο προχωρημένα στάδια της λοίμωξης ή ακόμα και σε ασυμπτωματικούς φορείς.

Ύστερα από έρευνες που έκαναν επιστήμονες σε πόρνες στην Αφρική, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ένας ασθενέστερος ιός του AIDS, ο HIV-2 μπορεί, ίσως, να διδάξει το σώμα πώς να αντιστέκεται στον ισχυρότερο και πιο θανατηφόρο ιό των HIV-1. Η έρευνα έγινε στη Σενεγάλη, σε πόρνες που είχαν μολυνθεί από τον ιό HIV-2 και έδειξε

ότι το 70% των περιπτώσεων είχαν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν τον ιό HIV-1. Αυτό σημαίνει ότι, ίσως αυτό το μικρόβιο, το HIV-2 μπορεί να μας οδηγήσει στην κατασκευή εμβολίου που θα δημιουργήσει ανοσία στο HIV-1, λέει ο Δρ Φίλις Καντή της σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ. Με τον ίδιο ακριβώς τρόπο από ασθενέστερο μικρόβιο που οδήγησε σε εμβόλιο έναντι ισχυρότερου, καταπολεμήθηκε η ευλογία. Ο ιός HIV-2 είναι θανατηφόρος αλλά πολύ πιο αργός από τον HIV-1. Μπορεί να χρειαστούν και 25 χρόνια για να ασθενήσει κάποιος προσβεβλημένος από AIDS. (Τσαρούχας, Κ. (2001)

Παρά την αντιμετώπιση και βελτίωση ποιότητας της ζωής των HIV οροθετικών ασθενών, η λοίμωξη αυτή δυστυχώς εξακολουθεί να παρουσιάζει αυξημένη επίπτωση. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την παράταση του χρόνου επιβίωσης θα οδηγήσει σε αυξημένο αριθμό ασθενών με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία στο μέλλον. (Σαμπατάκου, 2003, 20(4):356-383)

5.6. Η σημασία της Συμβουλευτικής Παρέμβασης από επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Α) Σε ποιους απευθύνεται η συμβουλευτική

Στο πλαίσιο της HIV λοίμωξης και του AIDS, **η συμβουλευτική απευθύνεται:**

1. Σε άτομα που ανησυχούν ότι μπορεί να έχουν μολυνθεί με τον HIV
2. Σε άτομα που νομίζουν ότι πρέπει να εξετασθούν για HIV
3. Σε άτομα που έχουν εξετασθεί για HIV (με ή χωρίς λοίμωξη)
4. Σε άτομα που προτιμούν να μην εξετασθούν, παρά την προηγούμενη ή την τωρινή επικίνδυνη συμπεριφορά τους
5. Σε άτομα που αγνοούν τους κινδύνους από τον HIV ως επακόλουθο παλαιότερης ή τωρινής ιδιαίτερης συμπεριφοράς τους
6. Σε άτομα με AIDS ή με άλλη νόσο σχετική με τη λοίμωξη από τον HIV
7. Σε άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εργασία, στη στέγαση, στις συναλλαγές, στην οικογένεια, κλπ, που οφείλονται στη λοίμωξη από τον HIV

8. Στις οικογένειες και στους φίλους των ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον HIV
9. Σε εργαζόμενους σε υπηρεσίες υγείας και σε άλλα άτομα που έρχονται συχνά σε επαφή με άτομα που έχουν προσβληθεί από τον HIV

(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991: 13)

B) Που μπορεί να ασκηθεί η συμβουλευτική

Τόσο η προληπτική όσο και η **υποστηρικτική συμβουλευτική** είναι δυνατόν να **ασκούνται** οπουδήποτε γίνεται – ή μπορεί να γίνει – συζήτηση για τον HIV και το AIDS. Περιλαμβάνονται κλινικές φροντίδας υγείας, κέντρα σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, ιδρύματα που παρέχουν περίθαλψη πριν και μετά τον τοκετό, υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, κοινοτικά κέντρα υγείας, σχολεία, ναοί και όλες οι προσεγγίσιμες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991: 13)

Γ) Ποιος πρέπει να παρέχει τη συμβουλευτική

Η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης μπορεί να δοθεί κατά κύριο λόγο από ειδικούς και πιο συγκεκριμένα από γιατρούς, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Από την άλλη, μπορούν και άλλα άτομα, όπως π.χ. εκπαιδευτικοί, εκπαιδευτές υγείας, κοινοτικοί και θρησκευτικοί ηγέτες, κ.α. να εκπαιδευτούν για την παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης και να μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες προληπτικής και υποστηρικτικής συμβουλευτικής, μόνο όμως στην περίπτωση ενός απλού ζητήματος. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991: 14)

Δ) Οι βασικές λειτουργίες της συμβουλευτικής

Η συμβουλευτική αναφέρεται στην πρόληψη της HIV λοίμωξης και της μετάδοσης της σε άλλους ανθρώπους. Η προληπτική συμβουλευτική χωρίζεται σε πέντε βασικά μέρη:

I. Προσδιορίστε, αν η συμπεριφορά ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων περικλείει υψηλό κίνδυνο λοίμωξης από τον HIV.

II. Εργαστείτε με τους ανθρώπους και αναλύστε μαζί τους πως ο τρόπος ζωής τους και η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους συνδέονται με αυτή τη συμπεριφορά.

III. Προσδιορίστε μαζί τους πως ο τρόπος ζωής και η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους συνδέεται με αυτή τη συμπεριφορά.

IV. Βοηθήστε τα άτομα να προσδιορίσουν τη δυναμικότητά τους για αλλαγή συμπεριφοράς.

V. Συνεργαστείτε με τα άτομα για να αρχίσουν να ακολουθούν και να διατηρήσουν το νέο τρόπο συμπεριφοράς.

E) Βασικά χαρακτηριστικά της συμβουλευτικής

Η άσκηση της συμβουλευτικής διαφέρει από τη μια χώρα στην άλλη, καθώς και μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Οι διαθέσιμοι πόροι, οι συμβατικοί ή παραδοσιακοί τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τη νόσο και οι τρόποι με τους οποίους ζητούνται και παρέχονται συμβουλές και βοήθεια επηρεάζουν το πρότυπο και τις τεχνικές της συμβουλευτικής. Παρά ταύτα, ορισμένα χαρακτηριστικά είναι κοινά σε όλες τις καταστάσεις που απαιτούν συμβουλευτική υποστήριξη.

Χρόνος: η παροχή χρόνου στα πρόσωπα που ζητούν υπηρεσίες συμβουλευτικής είναι σημαντική από την αρχή. Χρειάζεται χρόνος για να δημιουργηθεί οικειότητα και εμπιστοσύνη, που είναι και τα δυο απαραίτητα.

Αποδοχή: οι άνθρωποι με HIV λοίμωξη ή και νόσο πρέπει να αισθάνονται ότι είναι πλήρως αποδεκτοί από το σύμβουλο, ανεξάρτητα από τον τρόπο ζωής τους, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την εθνικότητα ή τη θρησκευτική προέλευσή τους.

Πρόσβαση: η πρόσβαση στη συμβουλευτική πρέπει να είναι εύκολη. Οι άνθρωποι που χρειάζονται συμβουλές πρέπει να αισθάνονται ότι μπορούν να ζητήσουν να συναντηθούν ή να τηλεφωνήσουν στο σύμβουλο οποιαδήποτε στιγμή.

Συνέπεια και ακρίβεια: κάθε πληροφορία που παρέχεται μέσω της συμβουλευτικής πρέπει να είναι συνεπής. Επομένως ο σύμβουλος πρέπει να έχει κατανοήσει τα γεγονότα σχετικά με την HIV λοίμωξη και να διατηρεί στενές και εμπιστευτικές επαφές με άλλους εργαζόμενους σε υπηρεσίες υγείας.

Εμπιστευτικότητα: Είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο σύμβουλο και στο άτομο που ζητάει τη συμβουλή. Η εμπιστοσύνη βελτιώνει τη συνεργασία τους και αυξάνει την πιθανότητα να χρησιμοποιηθούν οι παρεχόμενες πληροφορίες από το άτομο.

(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991: 20)

5.7 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Ο Κοινωνικός Λειτουργός λειτουργεί ως ο μεσολαβητής μεταξύ του ατόμου ή της ευπαθούς ομάδας στην οποία ανήκει και του εξωτερικού περιβάλλοντος σκοπεύοντας τόσο στην προστασία του όσο και στην επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, όσον αφορά στα άτομα που νοσούν από το AIDS, ασκεί την Κοινωνική Εργασία σε υποστηρικτικό, συμβουλευτικό και θεραπευτικό επίπεδο. Μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στη συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων της. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια, η ερμηνεία και η επεξήγησή της θεωρείται απαραίτητη καθώς στοχεύει στη ρεαλιστική αντιμετώπισή της και των επιπτώσεων της στην καθημερινότητα του ατόμου (www.bestrong.gr).

Μέσα από την ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές δυνάμεις του και να τον βοηθήσει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένειά του που θα χρησιμοποιηθούν για την θεραπεία του (www.bestrong.gr).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός φροντίζει και παρέχει υποστήριξη, αρχικά, στον ασθενή:

1. Στην προσαρμογή του στο Νοσοκομείο. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σχετίζεται τόσο με την προετοιμασία του ατόμου να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του νοσοκομείου, όσο και να αποδεχτεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα.

2. Επιδιώκει τη μείωση του άγχους του και τη ρύθμιση των συναισθημάτων του.
3. Βοηθάει στην αποδοχή της προτεινόμενης αγωγής. Θεωρείται απαραίτητη η προετοιμασία και η υποστήριξη του ασθενούς.
4. Βοηθάει στην αποδοχή των νέων δεδομένων της υγείας του. Ενημερώνει και παροτρύνει τον ασθενή να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες της κοινότητας για να καλύψει κάποιες ανάγκες του.
5. Μεριμνά, επίσης, για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα της ενημέρωσης σχετικά με τη διάγνωση, θεραπεία και προοπτική της νόσου. Επιπλέον, έχει το δικαίωμα του σεβασμού της μοναδικότητάς του, το συμφέρον του ασθενούς και την άρνησή του να γίνει αντικείμενο πειραμάτων και τέλος το δικαίωμα του σεβασμού της ιδιωτικής του ζωής και της αξιοπρέπειάς του όπως και την ίση μεταχείριση.

Από την άλλη, ο Κοινωνικός Λειτουργός παρέχει υποστήριξη και στην οικογένεια του ασθενούς. Αρχικός στόχος του είναι η ανακούφιση της οικογένειας από τα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί στα μέλη από την εμφάνιση της νόσου (σοκ, φόβος, πανικός, απογοήτευση). Βοηθάει επίσης την οικογένεια να ανασυντάξει δυνάμεις γύρω από την πραγματικότητα, έτσι ώστε να μπορεί να την αντιμετωπίσει.

Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και της οικογένειάς του. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον ασθενή αλλά να σταθεί δίπλα του, βοηθώντας στη δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της με ενθαρρυντική στάση προς τα μέλη να εκφράσουν τα συναισθήματά τους.

Ερευνητικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. Σκοπός και Στόχοι Έρευνας

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η καταγραφή των στάσεων και των αντιλήψεων, των γνώσεων και των συμπεριφορών των νέων αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου Κρήτης για το AIDS.

Επιπλέον, οι στόχοι που έχουμε θέσει για την έρευνά μας είναι οι εξής:

1. Να ερευνήσουμε πως αντιλαμβάνονται οι νέοι σήμερα τον ιό HIV – AIDS.
2. Τις γνώσεις που έχουν για τους τρόπους μετάδοσης του ιού.
3. Να διερευνήσουμε τις πηγές της ενημέρωσής τους σχετικά με τον AIDS.

6.2. Ερευνητικά Ερωτήματα

- ⊕ Πόσο ενημερωμένοι για το AIDS είναι οι νέοι των αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου;
- ⊕ Υπάρχει διαφορά στις απόψεις των νέων των αγροτικών περιοχών απ' ότι στις αστικές; Σύγκριση με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2004, με θέμα: «Στάση απέναντι στο Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Έρευνα στους φοιτητές του Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης».
- ⊕ Ποιες πηγές έχουν συμβάλει στην ενημέρωσή τους για τον ιό;
- ⊕ Ποια είναι η άποψη / στάση των νέων σχετικά με τους τρόπους / πρακτικές πρόληψης του ιού;

6.3. Το δείγμα

Ο συνολικός αριθμός του δείγματος στη μελέτη μας ήταν διακόσια άτομα (N=200). Αποτελούνταν από άντρες και γυναίκες ηλικίας 20 – 30 ετών. Το δείγμα προερχόταν από άτομα που η μόνιμη κατοικία τους είναι αγροτικές - ημιαστικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι επιλογής δείγματος, μεταξύ των οποίων επιλέχθηκε η τυχαία δειγματοληψία.

Μέθοδοι Δειγματοληψίας

Καθώς δεν είναι δυνατόν ο ερευνητής να μελετήσει κάθε άτομο στον υπό μελέτη πληθυσμό, είναι αναγκασμένος να επιλέξει ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού αυτού. Το αντιπροσωπευτικό δείγμα είναι απαραίτητο στην ποσοτική έρευνα για να μπορέσει να οδηγηθεί σε έγκυρα αποτελέσματα. Ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα επιτρέπει στον ερευνητή να γενικεύσει τα συμπεράσματά του. Εάν το δείγμα δεν είναι σωστά επιλεγμένο τότε ο ερευνητής μπορεί να διατυπώσει μόνο τάσεις που διαφαίνονται στο συγκεκριμένο δείγμα, για παράδειγμα, οι μαθητές του Γυμνασίου στην περιοχή που επιλέχθηκε το δείγμα και όχι να γενικεύει τα συμπεράσματά του.

Οι κυριότερες μέθοδοι δειγματοληψίας είναι η απλή τυχαία δειγματοληψία, η συστηματική δειγματοληψία, η δειγματοληψία κατά στρώματα, η μέθοδος κατά δεσμίδες, η πολυσταδιακή τυχαία δειγματοληψία, η διαθέσιμου δείγματος, η σκόπιμη δειγματοληψία, η δειγματοληψία αναλογίας, το εθελοντικό δείγμα και η δειγματοληψία χιονοστιβάδας. Σε αυτή την έρευνα, χρησιμοποιήσαμε απλή τυχαία δειγματοληψία μεταξύ των περιοχών που βρίσκονται 9-18χλμ από την πόλη του Ηρακλείου, για να επιλέξουμε το αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Ανάμεσα σε 10 αγροτικές – ημιαστικές περιοχές που βρίσκονται σε απόσταση από 6 έως 18 χλμ. από την πόλη του Ηρακλείου, με παρόμοιου μεγέθους πληθυσμό (Αρχάνες, Ροδιά, Κουνάβοι, Βούτες, Βασιλειές, Κρουσώνας, Τύλισσος, Φόδελε, Γούβες, Άγιος Βλάσσης) επιλέχθηκαν (με κλήρωση) οι εξής: Αρχάνες, Ροδιά, Βούτες, Βασιλειές και Κρουσώνας, οι οποίες θα αφορούσαν το δείγμα μας.

Καταβλήθηκε προσπάθεια ώστε το δείγμα μας να είναι τυχαίο, πράγμα το οποίο αποδείχθηκε δύσκολο. Πρωταρχικό μέλημα ήταν, από τη μια το μέγεθος του δείγματος να είναι όσο το δυνατόν μεγαλύτερο ώστε να αυξάνεται το επίπεδο εμπιστοσύνης στα αποτελέσματα και από την άλλη, το δείγμα να μην είναι συστηματικά προκατειλημμένο.

Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα επιλέχθηκε μέσα από επισκέψεις στην περιοχή πάνω από μια φορά και συγκεκριμένα 3 (πρωί, μεσημέρι, βράδυ) και διεξήχθη με τυχαία επιλογή ατόμων από το κεντρικότερο σημείο της εκάστοτε περιοχής. Ωστόσο, προσπαθήσαμε να διατηρήσουμε μια αναλογία ως προς τον αριθμό των ερωτηθέντων ανά περιοχή (40 άτομα ανά περιοχή).

Ο λόγος που επιλέξαμε την συγκεκριμένη προσέγγιση, είναι επειδή αναζητούσαμε μια ανάπτυξη προσωπικής επαφής με τα ίδια τα άτομα έτσι ώστε να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης και να ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης – έρευνας μας. Μέσα από τη σχέση αυτή είχαμε την ευκαιρία να διαβεβαιώσουμε για την τήρηση του απορρήτου και να τους λύσουμε απορίες που προέκυπταν και που αφορούσαν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μας.

6.4. Ερευνητικό Εργαλείο

Για τη διεξαγωγή του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος.

«Ποσοτική μέθοδος»

Οι επιστήμονες που ασπάζονται την άποψη ότι «η πραγματικότητα υφίσταται ανεξάρτητα από τα άτομα που την παρατηρούν» και ότι «η γνώση που αποκτούμε για την πραγματικότητα πηγάζει από τις εμπειρίες» δέχονται ότι τα κοινωνικά φαινόμενα είναι όπως τα φυσικά φαινόμενα, αντικειμενικά «πράγματα» που μπορούν να παρατηρηθούν επιστημονικά και να ανακαλυφθούν γενικοί αιτιακοί κανόνες που τα καθορίζουν. Έτσι τα κοινωνικά φαινόμενα μπορούν να μελετηθούν για αυτούς τους επιστήμονες με εργαλεία των Φυσικών επιστημών.

Τα πλεονεκτήματα μίας ποσοτικής έρευνας είναι:

- 1 Υπάρχει αντικειμενική πραγματικότητα
- 2 Μπορούμε να τη μελετήσουμε με τρόπο αντικειμενικό
- 3 Μπορούμε να δώσουμε εξηγήσεις
- 4 Στηριζόμαστε σε παραγωγικούς συλλογισμούς
- 5 Στηριζόμαστε σε συγκεκριμένες, καθορισμένες εκ των προτέρων ενέργειες
- 6 Σκοπός της είναι ο έλεγχος των θεωριών με εμπειρικά δεδομένα
- 7 Διατυπώνουμε ερευνητικές υποθέσεις

Η ποσοτική μέθοδος εφαρμόζεται όταν στόχος της έρευνας είναι ο έλεγχος συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων για το υπό μελέτη κοινωνικό φαινόμενο. Η ποσοτική μέθοδος που βασίζεται σε δειγματοληπτική έρευνα με τυποποιημένο ερωτηματολόγιο, προσφέρει τη δυνατότητα στον ερευνητή να προσεγγίσει μεγάλο μέρος του πληθυσμού για τον έλεγχο της θεωρίας. Όταν τα αποτελέσματα της έρευνας στηρίζονται σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, η γενική αντίληψη είναι ότι οι θεωρητικές υποθέσεις υποβάλλονται σε πιο αυστηρό και έγκυρο έλεγχο. Η τυποποίηση των στοιχείων που συλλέγονται, η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους πληθυσμού και η επιδεκτικότητα των στοιχείων σε στατιστικές μεθόδους ανάλυσης καθιστούν την ποσοτική ως την πιο διαδεδομένη μορφή εμπειρικής έρευνας για τη μελέτη των κοινωνικών φαινομένων (Κυριαζή, 2002). Για να καταλήξει ο ερευνητής σε έγκυρα και επιστημονικά αποτελέσματα δύο είναι τα βασικά ζητήματα που πρέπει να εστιάσει. Πρώτον, στη συλλογή ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος του υπό μελέτη πληθυσμού και δεύτερον, στη διαμόρφωση ενός κατάλληλου για την έρευνα ερωτηματολογίου. (Πάσχου, Μ.)

Οι τύποι της ποσοτικής έρευνας χωρίζονται σε δύο είδη: την πειραματική και τη περιγραφική. Στη συγκεκριμένη έρευνα, ακολουθήσαμε την περιγραφική ποσοτική έρευνα, καθώς συνιστά μελέτη της εκάστοτε κατάστασης και δίνει στον ερευνητή μια σαφή εικόνα για την περιγραφή του δείγματος. Στην περιγραφική ποσοτική έρευνα χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις και δημοσκοπήσεις. Στην κατηγορία αυτή, υπάγονται οι συγχρονικές (cross sectional) και οι προοπτικές (prospective) μελέτες. Επίσης, μία μελέτη περίπτωσης (case control) η οποία στηρίζεται σε μετρήσιμα δεδομένα μπορεί να ενταχθεί στην κατηγορία περιγραφικής ποσοτικής έρευνας.

Πιο συγκεκριμένα, το εργαλείο μας ήταν το ερωτηματολόγιο προκειμένου να συλλεχθούν τα απαραίτητα στοιχεία για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν.

«Ερωτηματολόγιο»

Το ερωτηματολόγιο είναι μια τεχνική συλλογής ερευνητικών δεδομένων με ένα έντυπο, στο οποίο τόσο οι ερωτήσεις όσο και οι απαντήσεις είναι στο μεγαλύτερο μέρος προκαθορισμένες. Μέχρι να λάβει την τελική του μορφή, το ερωτηματολόγιο επεξεργάζεται σε διαδοχικές φάσεις ως προς το περιεχόμενο και τη μορφή του. Παρόλο που ο ερευνητής χρησιμοποιώντας τη συγκεκριμένη μέθοδο, δεν μπορεί να εισχωρήσει

βαθιά στις σκέψεις και στις αντιλήψεις των ατόμων, μπορεί όμως να γνωρίσει τις γενικές τάσεις και να μάθει για συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς. (Hayes, 1998)

Αυτό όμως, που θα μπορούσε κάποιος απερίφραστα να αναφέρει ως πλεονέκτημα του ερωτηματολογίου, είναι η δυνατότητα που παρέχει να συλλεχθεί ένας μεγάλος όγκος ερευνητικού υλικού σε συντομότερο χρόνο από ότι με μια συνέντευξη.

Για να καταφέρει ο ερευνητής να συλλέξει πληροφορίες από ένα μεγάλο αριθμό ερωτώμενων είναι απαραίτητο να χρησιμοποιήσει τυποποιημένο ερωτηματολόγιο το οποίο στη συνέχεια θα αναλυθεί μέσα από τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων. Για να οδηγηθεί κανείς σε έγκυρα αποτελέσματα που σχετίζονται με το θέμα που διερευνά πρέπει να συμπεριλάβει στο ερωτηματολόγιο τις κατάλληλες ερωτήσεις οι οποίες:

1. Πρέπει να σχετίζονται με τις υποθέσεις της έρευνας.

2. Να περιλαμβάνουν τα απαραίτητα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ώστε στη συνέχεια μέσα από τις συσχετίσεις των μεταβλητών να είναι δυνατή η περιγραφή συγκεκριμένων ομάδων που αναδύονται μέσα από την έρευνα (για παράδειγμα, το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, μερικές φορές θρησκεία, τόπο κατοικίας, τόπο γέννησης κλπ).

3. Ερωτήσεις που σχετίζονται με τους λειτουργικούς ορισμούς που έθεσε ο ερευνητής. Εάν για παράδειγμα όπως προαναφέρθηκε, δόθηκε η ερμηνεία της βίας, θα πρέπει να υπάρχουν αρκετά ερωτήματα που να διερευνούν αυτό το ζήτημα ώστε ο ερευνητής στη συνέχεια να μπορεί να ερμηνεύσει τις αντιλήψεις και τις πρακτικές του δείγματος σε σχέση με την κατανόηση του ζητήματος (Ιωαννίδη-Καπόλου. Ε).

Τα ερωτηματολόγια που δημιουργήθηκαν αφορούσαν τις απόψεις, αντιλήψεις και στάσεις των ατόμων ηλικίας 20 – 30 ετών σε αγροτικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου. Επιπλέον, επιλέχθηκε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων να είναι ανώνυμη, προκειμένου να τηρηθεί το απόρρητο. Τέλος, η ειλικρίνεια των απαντήσεων διασφαλίστηκε σε μεγαλύτερο βαθμό, αφού ο καθένας απαντούσε χωρίς το φόβο του ελέγχου.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου προέκυψαν από το θεωρητικό μέρος της εργασίας μας και από μια παλαιότερη πτυχιακή εργασία που διεξήχθη στο ΤΕΙ Κρήτης, στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας από τους σπουδαστές Γαϊδαρτζή Μαρία & Δημαράκη Μαργαρίτα & Ξηρογιάννη Παγώνα (2004) με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Παπαχριστόπουλο Νικόλαο.

Για την ηλεκτρονική κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 7.0 σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και οι επιμέρους αναλύσεις έγιναν με τη βοήθεια του χ^2 (Chi-square Pearson test) για τις κατηγορικές μεταβλητές. Επιπλέον, εφαρμόστηκαν τεχνικές περιγραφικής στατιστικής με πίνακες συχνότητας για τις κατηγορικές μεταβλητές, όπου παρουσιάζονται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα σε μορφή ποσοστού %. Για τις συνεχείς μεταβλητές υπολογίσθηκαν περιγραφικά στατιστικά μέτρα, όπως η μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Έπειτα, για τον έλεγχο των ερευνητικών ερωτημάτων της μελέτης εφαρμόστηκαν έλεγχοι υποθέσεων (χ^2 του Pearson) για τη σύγκριση κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ τους. Για όλους τους παραπάνω ελέγχους ορίστηκε εξ' αρχής επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=5\%$ ή 95% (Norusis M. 2006, Δαφέρμος Β. κ συν. – 60 – 2005, Μακράκης Β. 1997, Κριτσωτάκης Ε. 2004).

Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 23 ερωτήσεις και ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωσή του ήταν περίπου 10 λεπτά. Οι ενότητες που περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο της έρευνάς μας ήταν οι ακόλουθες:

- A) Δημογραφικά Στοιχεία
- B) Γνώσεις γενικού περιεχομένου για τη λοίμωξη HIV και νόσο AIDS
- Γ) Στάσεις σχετικά με το AIDS

Πιο αναλυτικά, η επιλογή της πρώτης ενότητας (δημογραφικά στοιχεία) θεωρήθηκε απαραίτητη καθώς μέσω αυτής συλλέξαμε βασικά στοιχεία που αφορούν το δείγμα μας, όπως για παράδειγμα η ηλικία, το φύλλο, κλπ.

Τα στοιχεία που συλλέξαμε από την δεύτερη ενότητα (γνώσεις γενικού περιεχομένου για τη λοίμωξη HIV και νόσο AIDS) απαντούσαν στο κατά πόσο το δείγμα μας είναι ενημερωμένο για την λοίμωξη του ιού HIV και τη νόσο του AIDS.

Η τρίτη ενότητα (στάσεις σχετικά με το AIDS) μας έδειξε τις στάσεις που έχει το δείγμα μας για το AIDS.

6.5. Διαδικασία Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου

Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τον πληθυσμό μας χρειάστηκε να δώσουμε αρχικά κάποιες πληροφορίες για το σκοπό της έρευνας, όπως «η διερεύνηση των στάσεων – αντιλήψεων των νέων για το AIDS». Δώσαμε επίσης οδηγίες για το πώς θα συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο και παραμείναμε στον ίδιο χώρο μέχρι να ολοκληρωθεί η συμπλήρωση. Κάποιες φορές χρειάστηκε και μας ζητήθηκε να απαντήσουμε σε κάποιες απορίες ή να δώσουμε περαιτέρω διευκρινίσεις.

6.6. Δυσκολίες Έρευνας

Κατά τη διάρκεια της έρευνας που υλοποιήσαμε συναντήσαμε ορισμένες δυσκολίες τις οποίες και αναφέρουμε παρακάτω. Μια πρώτη δυσκολία που μπορεί να αναφερθεί αφορά στην μετακίνησή μας σε κάποιες από τις αγροτικές περιοχές που επιλέχθηκαν για να πραγματοποιηθεί η έρευνά μας.

Μια επιπλέον δυσκολία αποτελεί το γεγονός της ανωνυμίας. Κάποια άτομα δεν ήταν ιδιαίτερα πρόθυμα να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιό μας, καθώς πίστευαν εξ' αρχής ότι θα χρειαστεί να αναφέρουν προσωπικά τους στοιχεία. Αφού δόθηκαν οι απαραίτητες διευκρινήσεις από την πλευρά των ερευνητών, δέχτηκαν να το συμπληρώσουν.

7.1. Στατιστική Ανάλυση

Α' Μέρος:

Δημογραφικά στοιχεία

Στο ερευνητικό κομμάτι της εργασίας έγινε δειγματοληψία από 200 άτομα από τις περιοχές: Αρχάνες, Ροδιά, Βούτες, Κρουσώνας και Βασιλειές. Σε κάθε περιοχή συμπληρώθηκε ίσος αριθμός ερωτηματολογίων (n=40).

1^η Ερώτηση: Φύλο

Από το δείγμα των 200 ατόμων, το 46% ήταν άνδρες και το 54% γυναίκες.

Πίνακας 1:

Άνδρες	Γυναίκες
46%	54%

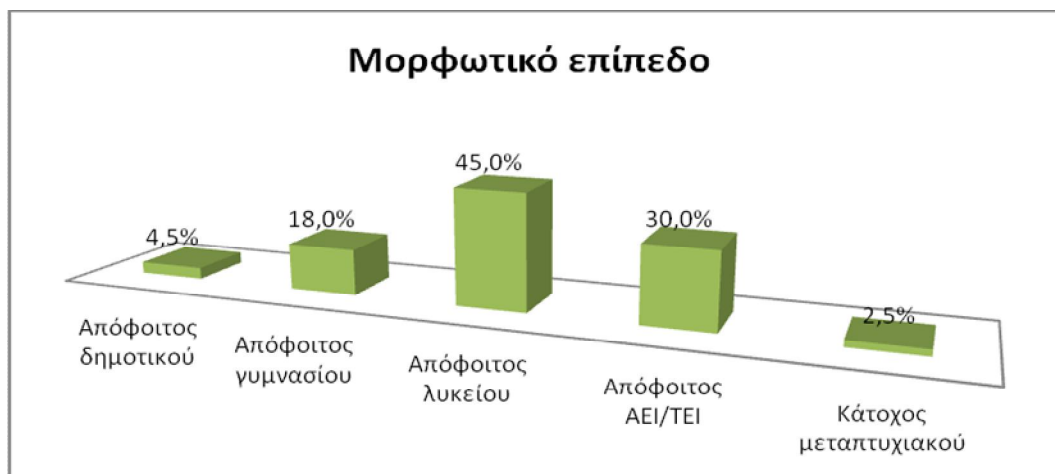
2^η Ερώτηση: Ηλικία

Η ηλικία του δείγματός μας είναι από 20-30 ετών, με μέση ηλικία να είναι 24.71 και με τυπική απόκλιση 3.22.

3^η Ερώτηση: Μορφωτικό Επίπεδο

Το 4.5% του δείγματός μας είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 18% απόφοιτοι γυμνασίου, το μεγαλύτερο ποσοστό και συγκεκριμένα το 45% είναι απόφοιτοι λυκείου ενώ το 32.5% έχουν ολοκληρώσει ανώτερες-ανώτατες σπουδές.

Γράφημα 1:



4^η Ερώτηση : Επάγγελμα

Όσον αφορά στην επαγγελματική κατάσταση των ατόμων που συμμετείχαν στο ερευνητικό κομμάτι, το 8% απασχολείται στο δημόσιο τομέα, το 20% στον ιδιωτικό, το 19% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (αυτοαπασχολούμενοι), το 24.5% είναι φοιτητές, το 15.5% είναι αγρότες, ένα 10% είναι άνεργοι και τέλος ένα 3% ασχολείται με τα οικιακά.

Γράφημα 2:



Β' Μέρος:

5^η Ερώτηση: Θεωρείτε την πληροφόρησή σας σχετικά με το AIDS:

Το μεγαλύτερο ποσοστό, 35%, δηλώνει ότι έχει μια μέτρια πληροφόρηση σχετικά με το AIDS. Μόλις το 17% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έχουν πολύ καλή γνώση, ενώ το 13.5% δήλωσε ότι η ενημέρωση του σχετικά με το AIDS είναι ελάχιστη ή και ελλιπής.

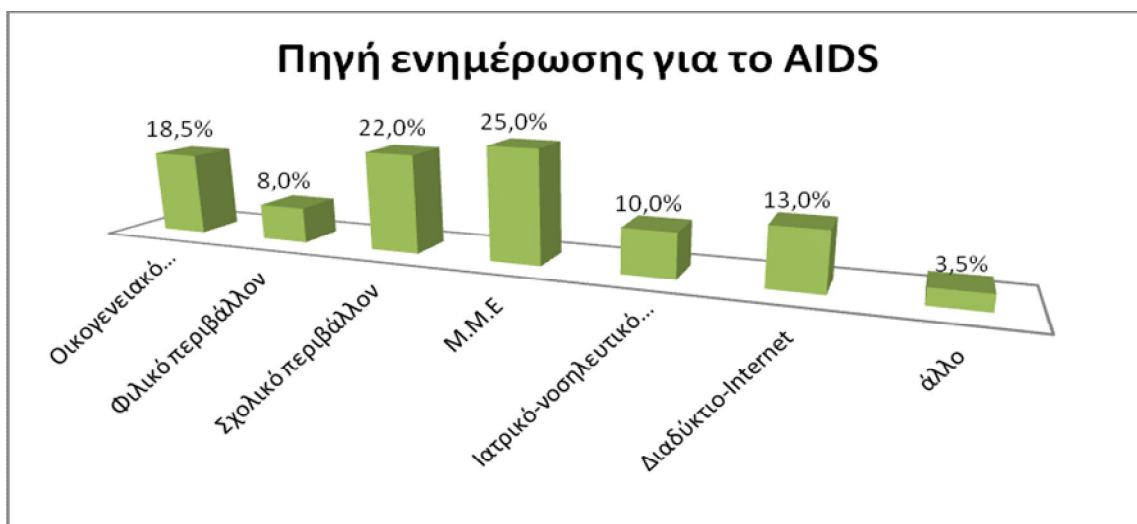
Γράφημα 3:



6^η Ερώτηση: Από πού κυρίως ενημερωθήκατε για το AIDS:

Σχετικά με την πηγή ενημέρωσης που έχουν αναφορικά με το AIDS, οι ερωτώμενοι μας είπαν ότι το 18.5% ενημερώνεται από το οικογενειακό περιβάλλον, το 8% από το φιλικό, το 22% από το περιβάλλον του σχολείου, το 25% από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, το 10% από ιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό, το 13% από το διαδίκτυο και το 3.5% από άλλες πηγές με δημοφιλέστερη να είναι ο στρατός και η σχολή που σπουδάζουν.

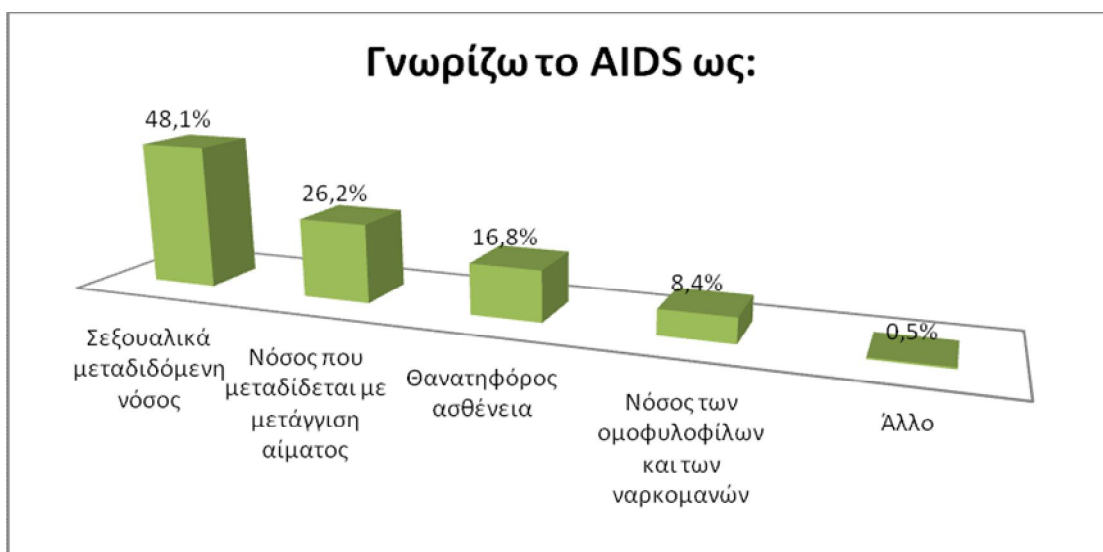
Γράφημα 4:



7^η Ερώτηση: Το AIDS το γνωρίζετε ως:

Στην ερώτηση σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται το AIDS ως ασθένεια, από το σύνολο των πολλαπλών απαντήσεων που δόθηκαν, το μεγαλύτερο ποσοστό 48.1% μας απάντησε ότι αναγνωρίζει το AIDS ως μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο, το 26.2% αντιλαμβάνεται το AIDS ως μια νόσο που μεταδίδεται με μετάγγιση αίματος, το 16.8% γνωρίζει ότι είναι μια θανατηφόρος ασθένεια και το 8.4% θεωρεί ότι είναι η νόσος των ομοφυλοφίλων.

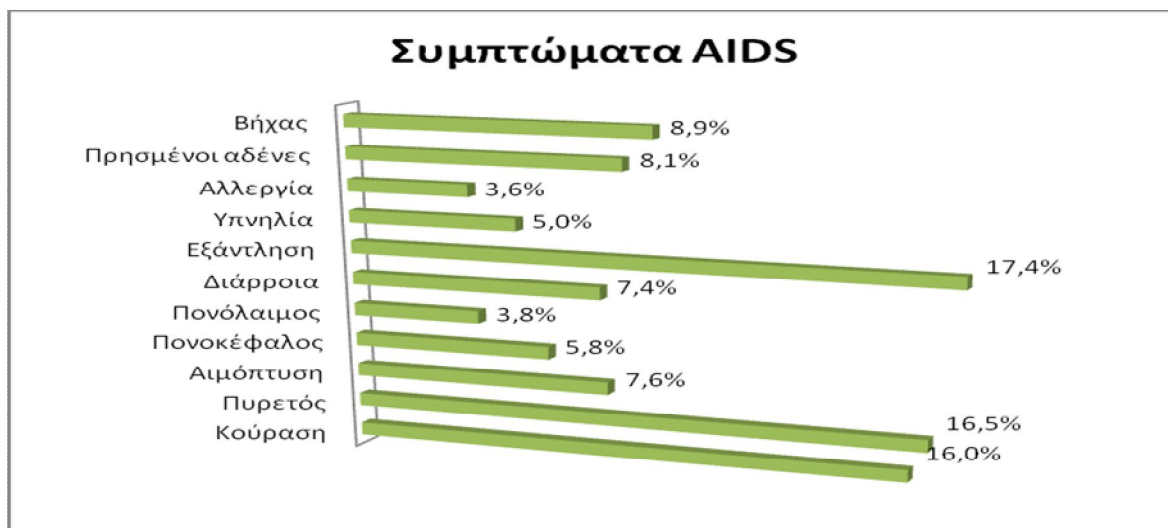
Γράφημα 5:



8^η Ερώτηση: Ποια από τα παρακάτω γνωρίζετε ως αρχικά συμπτώματα του AIDS;

Από το σύνολο των πολλαπλών απαντήσεων που δόθηκαν στην ερώτηση σχετικά με το ποια συμπτώματα γνωρίζουν ότι έχει το AIDS βλέπουμε ότι η εξάντληση, ο πυρετός και η κούραση αναγνωρίζονται ως τα πλέον πιο γνωστά συμπτώματα του ιού.

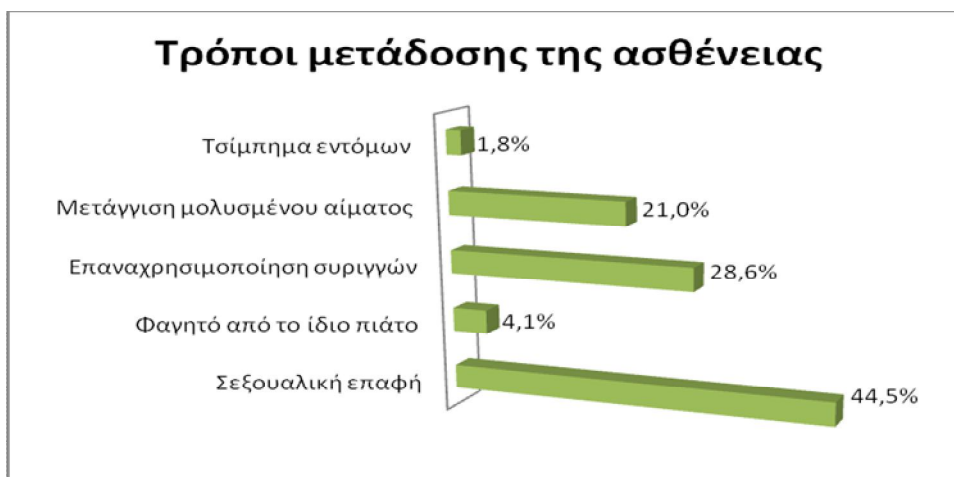
Γράφημα 6:



9^η Ερώτηση: Ποιους θεωρείτε τους κυριότερους τρόπους μετάδοσης του AIDS;

Επίσης οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν με ποιους τρόπους μεταδίδεται η νόσος. Από το σύνολο των απαντήσεων έχουμε ότι, το 44.5% που αποτελεί και το μεγαλύτερο ποσοστό γνωρίζει ότι η πιο συχνή αιτία μετάδοσης του ιού είναι η σεξουαλική επαφή, το 1,8% να πιστεύει ότι η μετάδοση γίνεται από τσίμπημα εντόμων, ενώ το 21% πιστεύει ότι η μετάγγιση μολυσμένου αίματος ευθύνεται στη μετάδοση του ιού. Επίσης, το 28.6% πιστεύει ότι ευθύνεται η επαναχρησιμοποίηση συριγγών, ενώ ένα 4.1% από φαγητό από το ίδιο πιάτο.

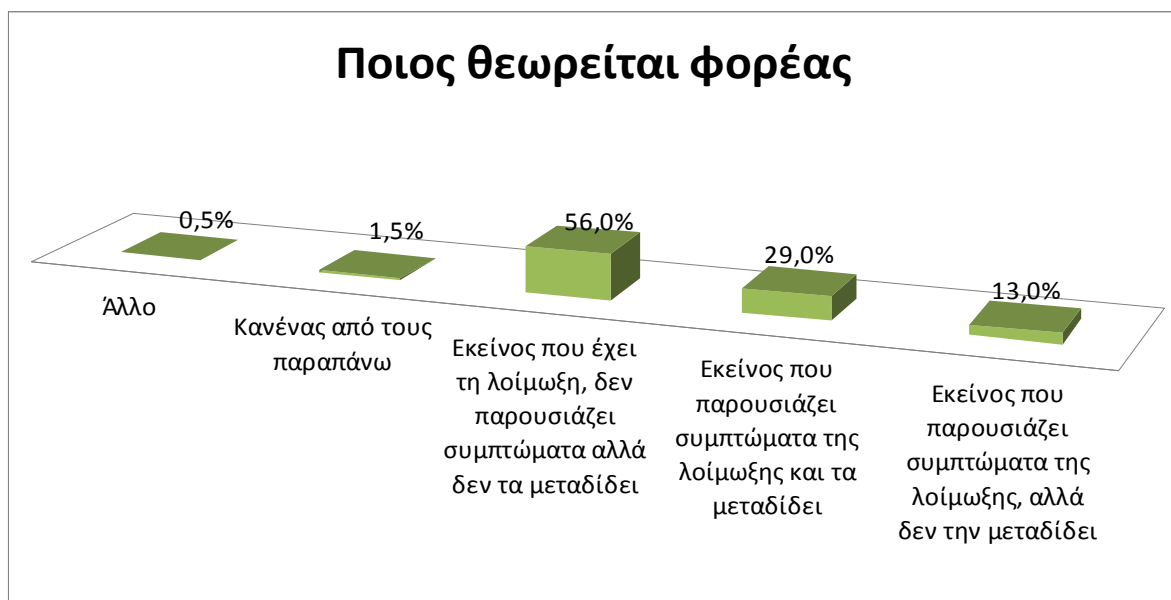
Γράφημα 7:



10^η Ερώτηση: Ποιο άτομο θεωρείτε ως «φορέα – οροθετικό»;

Σε αυτήν την ερώτηση, το μεγαλύτερο ποσοστό (56%) μας απάντησε ότι θα χαρακτήριζε εκείνο που έχει τη λοίμωξη, δεν παρουσιάζει συμπτώματα αλλά την μεταδίδει.

Γράφημα 8:



11^η Ερώτηση: Ποια άτομα θεωρείτε ότι ανήκουν στην κατηγορία της «υψηλής ομάδας κινδύνου» ως προς το AIDS;

Επίσης, στη συγκεκριμένη ερώτηση, από το σύνολο των πολλαπλών απαντήσεων που δόθηκαν, οι περισσότεροι απάντησαν πως θεωρούν ότι οι χρήστες ναρκωτικών είναι η κατηγορία με το μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου συγκεντρώνοντας το ποσοστό του 33.3% όπως φαίνεται παρακάτω.

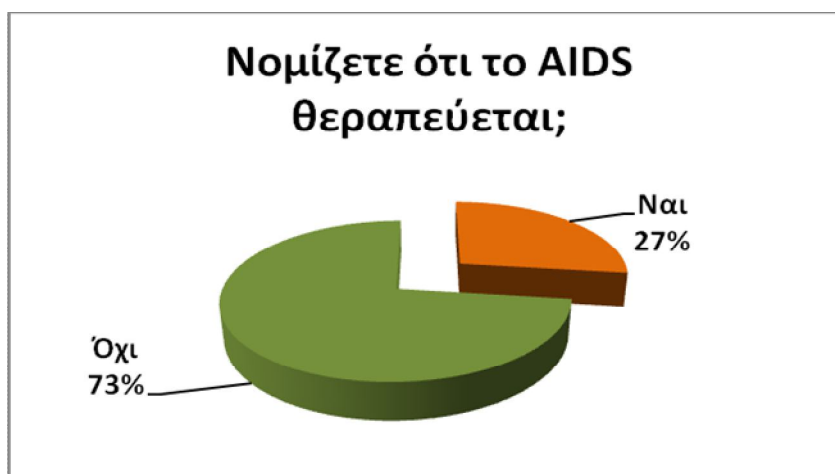
Γράφημα 9:



12^η Ερώτηση: Νομίζετε πως το AIDS θεραπεύεται;

Το 73% του δείγματος μας αντιλαμβάνεται ότι το AIDS είναι ένας ιός ο οποίος δεν θεραπεύεται.

Γράφημα 10:



13^η Ερώτηση: Σε ποια από τα παρακάτω θεωρείτε ότι υπάρχουν επιπτώσεις για τη ζωή και την καθημερινότητα του ατόμου που έχει προσβληθεί από τον ιό;

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (67%) θεωρεί ότι ένα άτομο το οποίο έχει προσβληθεί από τον ιό του AIDS έχει επιπτώσεις τόσο σε οικογενειακό, σε φιλικό, σε εργασιακό περιβάλλον όσο και στη σεξουαλική ζωή και την οικονομική του κατάσταση.

14^η Ερώτηση: Για ποιους λόγους θα αποφύγει κάποιος ένα άτομο που είναι φορέας του AIDS;

Επίσης, η πλειονότητα των ερωτηθέντων συμφωνεί ότι οι λόγοι που θα μπορούσε κάποιος να αποφύγει ένα άτομο το οποίο είναι φορέας του AIDS είναι ο φόβος να μην «κολλήσει» τη νόσο, ο κοινωνικός στιγματισμός και η περιθωριοποίηση.

15^η Ερώτηση: Θεωρείτε ότι το κράτος μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των φορέων του AIDS;

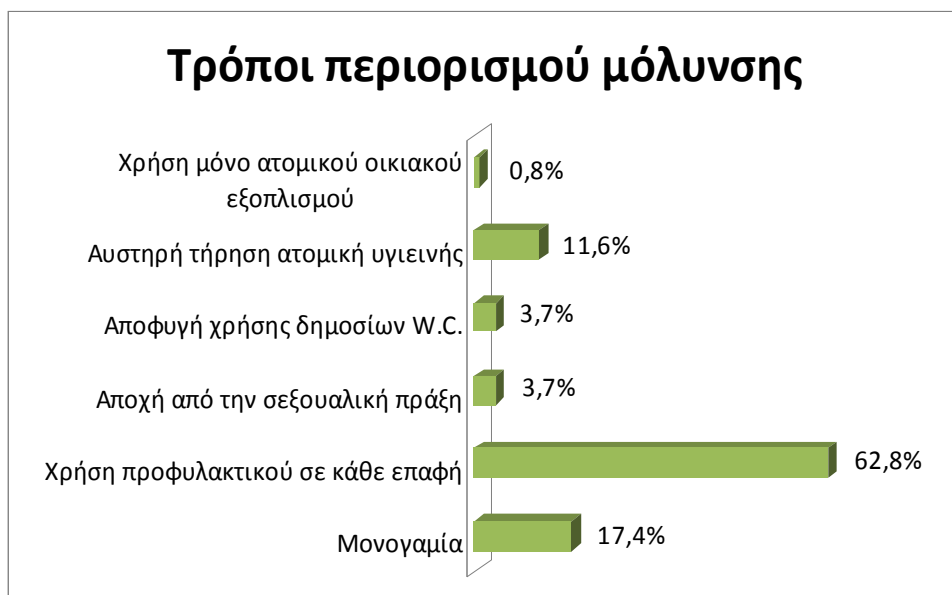
Το 83% συμφωνεί ότι το κράτος μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των φορέων του AIDS με ενημερώσεις του πληθυσμού για τη φύση και τη μετάδοση της νόσου. Από την άλλη, το 17% που ισχυρίζεται ότι το κράτος δεν μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων πιστεύει ότι το έργο αυτό είναι ανέφικτο διότι υπάρχει μεγάλο οικονομικό κόστος για αυτή την προσπάθεια.

Γ' Μέρος:

16^η Ερώτηση: Με ποιους τρόπους θεωρείτε ότι ένα άτομο μπορεί να περιορίσει τις πιθανότητες μόλυνσής του;

Όσον αφορά στις στάσεις των ατόμων σχετικά με το AIDS και συγκεκριμένα τους τρόπους περιορισμού της ασθένειας βλέπουμε ότι η χρήση προφυλακτικού σε κάθε επαφή θεωρείται από το 62.8% του δείγματός μας ως ένας αποτελεσματικός τρόπος περιορισμού της εξάπλωσης του ιού.

Γράφημα 11:



17^η Ερώτηση: Είχατε ή έχετε φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από το AIDS;

Σε γενικές γραμμές, παρατηρήθηκε ότι το 96% δεν είχε ποτέ φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από το AIDS.

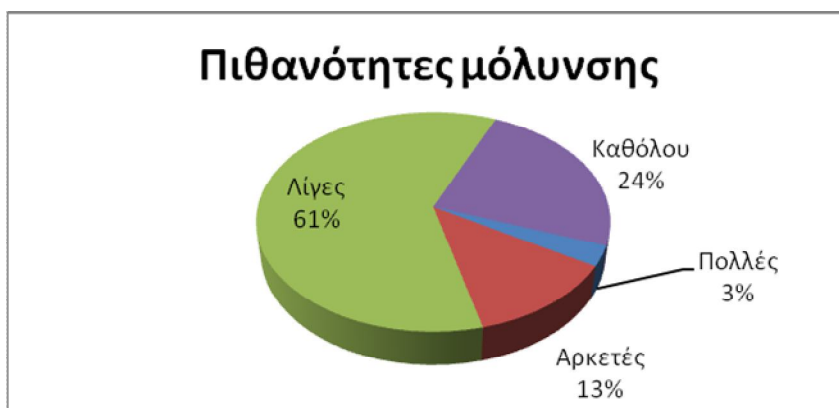
18^η Ερώτηση: Θα εντάσσατε στο φιλικό σας περιβάλλον ένα άτομο προσβεβλημένο από το AIDS;

Από την άλλη, το 50.5% ισχυρίζεται ότι θα μπορούσε να εντάξει στο φιλικό του περιβάλλον ένα άτομο προσβεβλημένο από τον ιό.

19^η Ερώτηση: Θεωρείτε εσείς προσωπικά πως έχετε πιθανότητες να μολυνθείτε από το AIDS;

Στην συγκεκριμένη ερώτηση, το 61% θεωρεί ότι έχει λίγες πιθανότητες μόλυνσης, το 24% καθόλου, το 13% αρκετές, ενώ μόλις το 3% απάντησε ότι έχει πολλές πιθανότητες να μολυνθεί από τον ιό.

Γράφημα 12:



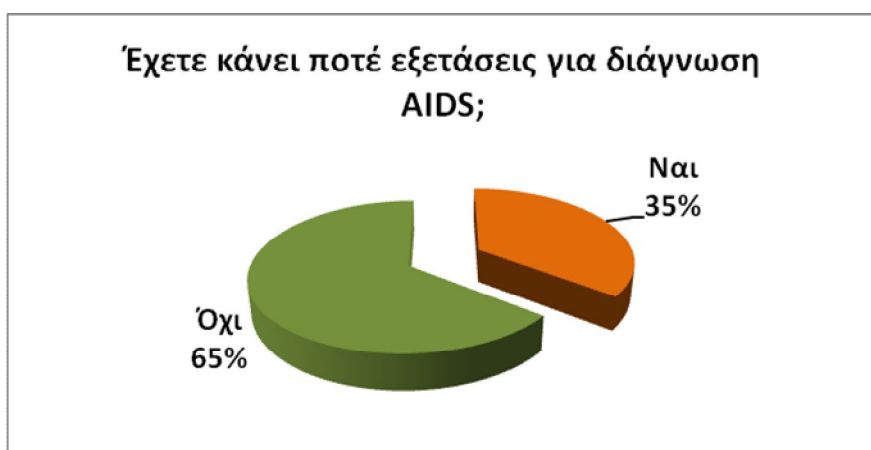
20^η Ερώτηση: Για ποιούς λόγους θεωρείτε ότι μπορεί να μολυνθείτε:

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας απάντησε ότι ο λόγος από τον οποίο μπορεί να προκληθεί η μόλυνση θεωρείται η μη χρήση προφυλακτικού.

21^η Ερώτηση: Έχετε κάνει ποτέ εξετάσεις για να διαπιστώσετε αν είστε φορέας του AIDS:

Στην παρακάτω ερώτηση, το 65% δηλώνει ότι δεν έχει κάνει ποτέ εξετάσεις για να διαπιστώσει αν είναι φορέας του AIDS.

Γράφημα 13:



22^η Ερώτηση: Αν ναι, κάτω από ποιες συνθήκες;

Στην τελευταία ερώτηση που αναφέρεται στο 35% των ερωτηθέντων που απάντησαν ότι έχουν κάνει εξετάσεις για διάγνωση της νόσου, το 45.71% αναφέρει ότι έκανε εξετάσεις με προσωπική πρωτοβουλία, το 41.43% στα πλαίσια αιμοδοσίας και το 12.86% λόγω του ότι το ζήτησε ο σύντροφος του.

Πίνακας 1:

Κάτω από ποιές συνθήκες κάνατε εξετάσεις;		
	Συχνότητα	(%)
Σας το ζήτησε η\ο σύντροφος	9	(12.86)
Στο πλαίσιο αιματολογικού ελέγχου (αιμοδοσία)	29	(41.43)
Με προσωπική πρωτοβουλία	32	(45.71)
Σύνολο	70	(100.00)

7.2. Πίνακες συσχετίσεων

Σε αυτή την ενότητα παρατίθενται τα αποτελέσματα των πινάκων διπλής εισόδου.

- **Φύλο - Από πού κυρίως ενημερωθήκατε για το AIDS;**

Πίνακας 1:

Πηγή ενημέρωσης για το AIDS * Φύλο (Crosstabulation)

			Φύλο		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Πηγή ενημέρωσης για το AIDS	Οικογενειακό περιβάλλον	N	20	17	37
		%	21,7%	15,7%	18,5%
	Φιλικό περιβάλλον	N	10	6	16
		%	10,9%	5,6%	8,0%
	Σχολικό περιβάλλον	N	20	24	44
		%	21,7%	22,2%	22,0%
	M.M.E	N	28	22	50
		%	30,4%	20,4%	25,0%
	Ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό	N	4	16	20
		%	4,3%	14,8%	10,0%
Διαδίκτυο-Internet	N	7	19	26	
	%	7,6%	17,6%	13,0%	
άλλο	N	3	4	7	
	%	3,3%	3,7%	3,5%	
Total	N	92	108	200	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Μέσα από τον πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σχετικά με την πηγή ενημέρωσης για το AIDS, αφού έχουμε ότι $\chi^2 = 14,018$ και $p\text{-value} = -0.029 < 0.05$.

Εξετάζοντας κατά πόσο η πηγή ενημέρωσης εξαρτάται από το φύλο, διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (30.4%) αναφέρει ως πηγή ενημέρωσης για το AIDS τα M.M.E., ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (22.2%) αναφέρει το σχολικό περιβάλλον.

- **Μορφωτικό Επίπεδο - Από πού κυρίως ενημερωθήκατε για το AIDS:**

Πίνακας 2:

Πηγή ενημέρωσης για το AIDS * Εκπαίδευση (Crosstabulation)

Πηγή ενημέρωσης για το AIDS		Εκπαίδευση					Total
		Απόφοιτος δημοτικού	Απόφοιτος γυμνασίου	Απόφοιτος λυκείου	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	Κάτοχος μεταπτυχιακού	
Οικογενειακό περιβάλλον	N	3	10	15	7	2	37
	%	33,3%	27,8%	16,7%	11,7%	40,0%	18,5%
Φίλικό περιβάλλον	N	2	7	3	4	0	16
	%	22,2%	19,4%	3,3%	6,7%	,0%	8,0%
Σχολικό περιβάλλον	N	2	8	23	11	0	44
	%	22,2%	22,2%	25,6%	18,3%	,0%	22,0%
M.M.E	N	2	8	24	14	2	50
	%	22,2%	22,2%	26,7%	23,3%	40,0%	25,0%
Ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό	N	0	1	5	14	0	20
	%	,0%	2,8%	5,6%	23,3%	,0%	10,0%
Διαδίκτυο-Internet	N	0	2	16	7	1	26
	%	,0%	5,6%	17,8%	11,7%	20,0%	13,0%
άλλο	N	0	0	4	3	0	7
	%	,0%	,0%	4,4%	5,0%	,0%	3,5%
Total	N	9	36	90	60	5	200
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου του δείγματός μας με την πηγή ενημέρωσης για το AIDS, καθώς το $\chi^2 = 42,20$ και το $p\text{-value} = 0.012 < 0.05$.

Εξετάζοντας το κατά πόσο η πηγή ενημέρωσης εξαρτάται από το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, παρατηρήσαμε ότι άτομα χαμηλού επιπέδου μόρφωσης (απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου) έχουν την οικογένεια ως πηγή ενημέρωσης με ποσοστό 33,3% και 27,8%, ενώ άτομα μέσου ή υψηλού επιπέδου μόρφωσης (απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και Κάτοχοι Μεταπτυχιακού) αναφέρουν τα Μ.Μ.Ε. με ποσοστά 23,3% και 40% αντίστοιχα.

- **Μορφωτικό επίπεδο - Θεωρείτε την πληροφόρησή σας σχετικά με το AIDS**

Πίνακας 3:

Πληροφόρηση σχετικά με το AIDS * Εκπαίδευση (Crosstabulation)

			Εκπαίδευση					Total
			Απόφοιτος δημοτικού	Απόφοιτος γυμνασίου	Απόφοιτος λυκείου	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	Κάτοχος μεταπτυχιακού	
Πληροφόρηση σχετικά με το AIDS	Ελάχιστη	N	4	4	0	3	0	11
		%	44,4%	11,1%	,0%	5,0%	,0%	5,5%
	Ελλιπή	N	0	8	6	2	0	16
		%	,0%	22,2%	6,7%	3,3%	,0%	8,0%
	Μέτρια	N	4	6	36	21	3	70
		%	44,4%	16,7%	40,0%	35,0%	60,0%	35,0%
	Επαρκή	N	1	14	36	16	2	69
		%	11,1%	38,9%	40,0%	26,7%	40,0%	34,5%
	Πολύ καλή	N	0	4	12	18	0	34
		%	,0%	11,1%	13,3%	30,0%	,0%	17,0%
Total		N	9	36	90	60	5	200
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Από τα παραπάνω παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου μόρφωσης και του επιπέδου πληροφόρησης σχετικά με το AIDS ($p=0.00<0.05$). Βλέπουμε ότι, το 44,4% των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτοι δημοτικού) θεωρούν ότι έχουν ελάχιστη πληροφόρηση για το AIDS, ενώ άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτοι Λυκείου, απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και κάτοχοι Μεταπτυχιακού) δηλώνουν ότι έχουν μέτρια πληροφόρηση για το AIDS με αντίστοιχα ποσοστά 40%, 35% και 60%.

- **Φύλο - Νομίζεται ότι το AIDS θεραπεύεται;**

Πίνακας 4:

Νομίζεται ότι το AIDS θεραπεύεται; * Φύλο (Crosstabulation)

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Νομίζεται ότι το AIDS θεραπεύεται;	Όχι	N	61	85	146
		%	66,3%	78,7%	73,0%
	Ναι	N	31	23	54
		%	33,7%	21,3%	27,0%

Total	N	92	108	200
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Το $\chi^2 = 3,87$ και το $p=0,049<0,05$, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και το αν νομίζουν ότι το AIDS θεραπεύεται.

Συσχετίζοντας το φύλο με την ερώτηση «Νομίζετε ότι το AIDS θεραπεύεται;» διαπιστώνεται ότι μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των γυναικών που πιστεύουν ότι το AIDS δεν θεραπεύεται (78.5%) σε σχέση με το ποσοστό των ανδρών που συγκεντρώνουν το 66.3%.

- **Φύλο – Θεωρείτε την πληροφόρησή σας σχετικά με το AIDS**

Πίνακας 5:

Πληροφόρηση σχετικά με το AIDS * Φύλο (Crosstabulation)

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Πληροφόρηση σχετικά με το AIDS	Ελάχιστη	N	9	2	11
		%	9,8%	1,9%	5,5%
	Ελλιπή	N	11	5	16
		%	12,0%	4,6%	8,0%
	Μέτρια	N	31	39	70
		%	33,7%	36,1%	35,0%
	Επαρκή	N	30	39	69
		%	32,6%	36,1%	34,5%
	Πολύ καλή	N	11	23	34
		%	12,0%	21,3%	17,0%
Total		N	92	108	200
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι το $\chi^2 = 11,82$ και το $p=0,019<0,05$, άρα υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά.

Συσχετίζοντας το φύλο με την πληροφόρηση που θεωρούν ότι έχουν για το AIDS παρατηρούμε ότι οι άντρες με ποσοστό 33,7% δηλώνουν ότι έχουν μέτρια πληροφόρηση για το AIDS, ενώ το 36,1% των γυναικών, θεωρεί ότι έχει επαρκή πληροφόρηση.

- **Φύλο - Θεωρείται ότι το κράτος μπορεί να βοηθήσει την ποιότητα ζωής των φορέων AIDS**

Πίνακας 6:

Θεωρείται ότι το κράτος μπορεί να βοηθήσει την ποιότητα ζωής των φορέων AIDS * Φύλο (Crosstabulation)

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Θεωρείται ότι το κράτος μπορεί να βοηθήσει την ποιότητα ζωής των φορέων AIDS	Όχι	N	25	9	34
		%	27,2%	8,3%	17,0%
	Ναι	N	67	99	166
		%	72,8%	91,7%	83,0%
Total	N	92	108	200	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών καθώς το $\chi^2 = 12,49$ και το $p\text{-value}=0.00 < 0.05$.

Μετά από συσχέτιση που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα στο φύλο και το αν θεωρούν ότι το κράτος μπορεί να βοηθήσει την ποιότητα ζωής των φορέων AIDS, παρατηρούμε ότι το 91,7% των γυναικών θεωρούν ότι το κράτος μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που πάσχουν από AIDS, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες είναι 72,8%.

- **Φύλο - Θεωρείτε πως έχετε πιθανότητες να μολυνθείτε από AIDS;**

Πίνακας 7:

Θεωρείτε πως έχετε πιθανότητες να μολυνθείτε από AIDS; * Φύλο (Crosstabulation)

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Θεωρείτε πως έχετε πιθανότητες να μολυνθείτε από AIDS;	Καθόλου	N	18	30	48
		% within Φύλο	19,6%	27,8%	24,0%
	Λίγες	N	54	67	121
		% within Φύλο	58,7%	62,0%	60,5%
	Αρκετές	N	18	7	25
		% within Φύλο	19,6%	6,5%	12,5%
	Πολλές	N	2	4	6
		% within Φύλο	2,2%	3,7%	3,0%
Total	N	92	108	200	
	% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%	

Το $\chi^2 = 8,67$ και το $p=0.034 < 0,05$, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και το αν θεωρούν ότι έχουν πιθανότητες να μολυνθούν από τον ιό.

Μέσα από τη συσχέτιση του φύλου με το αν το δείγμα μας θεωρεί ότι έχει πιθανότητες να μολυνθεί από τον ιό παρατηρούμε ότι το 62% των γυναικών μας απάντησαν ότι θεωρούν πως έχουν λίγες πιθανότητες μόλυνσης από τον ιό, όπως και οι άνδρες με ποσοστό 58,7%.

- **Μορφωτικό Επίπεδο - Θεωρείτε πως έχετε πιθανότητες να μολυνθείτε από AIDS;**

Πίνακας 8:

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων, καθώς το $\chi^2 = 31,33$ και το $p\text{-value}=0.02 < 0.05$.

Θεωρείτε πως έχετε πιθανότητες να μολυνθείτε από AIDS; * Εκπαίδευση (Crosstabulation)

		Εκπαίδευση					Total	
		Απόφοιτος δημοτικού	Απόφοιτος γυμνασίου	Απόφοιτος λυκείου	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	Κάτοχος μεταπτυχιακού		
Θεωρείτε πως έχετε πιθανότητες να μολυνθείτε από AIDS;	Καθόλου	N	3	8	19	18	0	48
		%	33,3%	22,2%	21,1%	30,0%	,0%	24,0%
	Λίγες	N	4	17	61	34	5	121
		%	44,4%	47,2%	67,8%	56,7%	100,0%	60,5%
	Αρκετές	N	0	11	8	6	0	25
		%	,0%	30,6%	8,9%	10,0%	,0%	12,5%
	Πολλές	N	2	0	2	2	0	6
		%	22,2%	,0%	2,2%	3,3%	,0%	3,0%
Total	N	9	36	90	60	5	200	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Σε αυτήν την ερώτηση, από το σύνολο των απαντήσεων φαίνεται ότι λίγες πιθανότητες μόλυνσης θεωρούν ότι έχουν με 67,8% οι απόφοιτοι λυκείου, ενώ από την άλλη, με ποσοστό 33,3% οι απόφοιτοι δημοτικού απάντησαν ότι δεν έχουν καθόλου πιθανότητες μόλυνσης.

- **Μορφωτικό επίπεδο - Είχατε ή έχετε φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από το AIDS;**

Πίνακας 9:

Είχατε ή έχετε φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από το AIDS; * Εκπαίδευση

			Εκπαίδευση					Total
			Απόφοιτος δημοτικού	Απόφοιτος γυμνασίου	Απόφοιτος λυκείου	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	Κάτοχος μεταπτυχιακού	
Είχατε ή έχετε φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από το AIDS;	Όχι	N	7	35	89	56	5	192
		%	77,8%	97,2%	98,9%	93,3%	100,0%	96,0%
	Ναι	N	2	1	1	4	0	8
		%	22,2%	2,8%	1,1%	6,7%	,0%	4,0%
Total	N	9	36	90	60	5	200	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, αφού το $\chi^2 = 11,19$ και το $p\text{-value}=0.024 < 0.05$.

Συγκρίνοντας το μορφωτικό επίπεδο του δείγματός μας με την ερώτηση «Είχατε ή έχετε φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από το AIDS;» παρατηρούμε ότι το 98,9% των αποφοίτων λυκείου μας αναφέρει ότι δεν είχε ή έχει φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από τον ιό. Από την άλλη, το 22,2% των αποφοίτων δημοτικού απάντησε ότι έχει ή είχε φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από τον ιό.

- **Μορφωτικό Επίπεδο - Θα εντάσσατε στο φιλικό σας περιβάλλον ένα άτομο προσβεβλημένο από το AIDS;**

Πίνακας 10:

			Εκπαίδευση					Total
			Απόφοιτος δημοτικού	Απόφοιτος γυμνασίου	Απόφοιτος λυκείου	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	Κάτοχος μεταπτυχιακού	
Θα εντάσσατε στο φιλικό σας περιβάλλον ένα άτομο προσβεβλημένο από AIDS;	Όχι	N	7	24	45	23	0	99
		%	77,8%	66,7%	50,0%	38,3%	,0%	49,5%
	Ναι	N	2	12	45	37	5	101
		%	22,2%	33,3%	50,0%	61,7%	100,0%	50,5%
Total	N	9	36	90	60	5	200	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, καθώς το $\chi^2 = 15,02$ και το $p\text{-value}=0.005<0.05$.

Θέλοντας να δούμε τη σχέση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και την ερώτησης «Θα εντάσσατε στο φιλικό σας περιβάλλον ένα άτομο προσβεβλημένο από το AIDS;» διαπιστώνουμε ότι το 77,8% των αποφοίτων δημοτικού μας δηλώνει ότι δεν θα έντασσε στο φιλικό του περιβάλλον ένα άτομο που πάσχει από τον ιό. Αντίθετα το 61,7% των αποφοίτων ΑΕΙ/ΤΕΙ απάντησε ότι θα έντασσε ένα άτομο που πάσχει από AIDS στο φιλικό του περιβάλλον.

7.3. Συζήτηση

Σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας ήταν να εξετάσουμε και να ερευνήσουμε τις στάσεις, τις αντιλήψεις και τις γνώσεις των νέων, ηλικίας 20-30 ετών, σε αγροτικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου.

Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε στις περιοχές Ροδιά, Κρουσώνας, Βασιλειές, Αρχάνες και Βούτες, σε 200 νέους. Από τους 200 συμμετέχοντες το 46% ήταν άνδρες και το 54% γυναίκες, με ηλικία να κυμαίνεται από 20-30 ετών και με μέση ηλικία 24,7. Το 45% των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι λυκείου και ακολουθούν με 30% οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Η πλειοψηφία του δείγματός μας είναι φοιτητές (24,5%) και ιδιωτικοί υπάλληλοι (σερβιτόροι, μάγειρες, κ.α.) με ποσοστό 20%. Αν και αναζητήσαμε το δείγμα μας σε αγροτικές – ημιαστικές περιοχές, ωστόσο ένα μεγάλο ποσοστό (περίπου το ¼) είναι φοιτητές, όπως και το δείγμα της έρευνας στην οποία αναφερόμαστε με τη σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Όσον αφορά την πληροφόρηση των νέων σχετικά με το AIDS, το μεγαλύτερο ποσοστό, 35% δηλώνει ότι έχει μέτρια πληροφόρηση και ακολουθεί με 34,5% η επαρκής πληροφόρηση. Αναφορικά με την πηγή ενημέρωσής τους, το 25%, δηλαδή το ¼ του δείγματός μας, ενημερώνεται από τα ΜΜΕ και φαίνεται να αντιλαμβάνονται το AIDS ως μια ασθένεια σεξουαλικά μεταδιδόμενη, με ποσοστό 48,1%. Οι περισσότεροι νέοι αναγνωρίζουν ως αρχικά συμπτώματα του AIDS την κούραση, τον πυρετό και την εξάντληση με αντίστοιχα ποσοστά 16%, 16,5% και 17,4%. Οι συμμετέχοντες με ποσοστό 44,5% θεώρησαν ότι η νόσος μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής. Τα παραπάνω ποσοστά παρόλο που είναι τα μεγαλύτερα των αποτελεσμάτων μας, ωστόσο δεν είναι ικανοποιητικά διότι αφορά βασικές γνώσεις για το AIDS και θα έπρεπε να το γνώριζε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

Επιπλέον, το 56% θεωρεί ως «φορέα - οροθετικό» το άτομο εκείνο που έχει τη λοίμωξη, δεν παρουσιάζει συμπτώματα αλλά την μεταδίδει, ενώ στην υψηλή ομάδα κινδύνου αναφέρουν ότι ανήκουν οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών συγκεντρώνοντας ποσοστό του 33,3%. Ποσοστό ιδιαίτερα μικρό που μας προκαλεί εντύπωση, καθώς οι περισσότεροι θα έπρεπε αν γνωρίζουν ότι οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (73%) αντιλαμβάνεται ότι το AIDS είναι ένας ιός ο οποίος δεν θεραπεύεται. Επίσης, το 67% των νέων θεωρεί ότι ένα άτομο το οποίο έχει προσβληθεί από τη νόσο έχει επιπτώσεις τόσο στο

οικογενειακό, φιλικό, εργασιακό περιβάλλον, όσο και στη σεξουαλική ζωή και την οικονομική του κατάσταση.

Όσον αφορά στις αντιλήψεις και στάσεις απέναντι στα άτομα που νοσούν από τον ιό, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (57,5%) δηλώνει ότι ο φόβος για τη νόσο, ο κοινωνικός στιγματισμός και η περιθωριοποίηση αποτελούν λόγους για να κρατήσουν μια απόσταση απέναντι στα άτομα αυτά. Επιπλέον, το 62,8% των νέων αναφέρει ότι η χρήση προφυλακτικού σε κάθε επαφή μπορεί να περιορίσει τις πιθανότητες μόλυνσης της νόσου. Το 83% του δείγματός μας συμφωνεί ότι το κράτος μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό μέσω ενημερώσεων του πληθυσμού για τη φύση και τη μετάδοση της νόσου, από ειδικούς φορείς.

Σε γενικές γραμμές, παρατηρήθηκε ότι το 96% του δείγματός μας δεν είχε φιλικές σχέσεις με άτομα που έχουν νοσήσει από τον ιό. Από την άλλη, το 50,5% ισχυρίζεται ότι θα μπορούσε να εντάξει στο φιλικό του περιβάλλον τέτοια άτομα.

Η πλειοψηφία των νέων ισχυρίζεται ότι έχει λίγες πιθανότητες να μολυνθεί από τον ιό HIV σε περίπτωση που δεν κάνει χρήση προφυλακτικού. Παρόλα αυτά, το 65% απάντησε ότι δεν έχει κάνει ποτέ εξετάσεις για να διαπιστώσει αν είναι φορέας του AIDS, ενώ από το 35% των ερωτηθέντων που έχουν εξεταστεί αναφέρουν ότι ο λόγος που τους οδήγησε στο να διαπιστώσουν αν είναι φορείς του AIDS έγινε έπειτα από προσωπική πρωτοβουλία.

Μέσα από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, το δείγμα μας αναφέρει ότι σαν πηγή ενημέρωσης για το AIDS, αποτέλεσε το φιλικό περιβάλλον για το 8%, για το 22% το περιβάλλον του σχολείου και για το 25% τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι επιλέγουν την οικογένεια σαν πηγή πληροφόρησής τους σε αντίθεση με άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου που επιλέγουν τα ΜΜΕ. Επιπλέον, υπήρξε μια σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε σχέση με την πηγή πληροφόρησής τους για το AIDS. Πιο συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (30.4%) δείχνει να ενημερώνεται περισσότερο για το AIDS από τα Μ.Μ.Ε., ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (22.2%) από το σχολικό περιβάλλον. Αντίστοιχα σε έρευνα του Tavoosi, etc, 2004, συνηθέστερη ενημέρωση γύρω από θέματα για το AIDS είναι η τηλεόραση και το ραδιόφωνο, ακολουθούν οι φίλοι, τα βιβλία, τα περιοδικά ενώ το μικρότερο ποσοστό ενημέρωσης προέρχεται από τους καθηγητές στα σχολεία. Βλέπουμε πράγματι, ότι τα αποτελέσματα στις παραπάνω έρευνες δείχνουν τα ΜΜΕ να έχουν την πρώτη θέση σαν πηγή ενημέρωσης για σοβαρά θέματα, όπως το

AIDS. Από την άλλη, βλέπουμε ότι το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον έχει μικρότερα ποσοστά, γεγονός που μπορεί να σημαίνει ότι το AIDS αποτελεί ακόμα ταμπού και δεν γίνεται εύκολα θέμα συζήτησης τόσο μεταξύ γονέων – παιδιών όσο και μεταξύ φίλων. Σύμφωνα με τη θεωρία μας, οι νέοι θέλουν να μιλήσουν στους γονείς τους για το AIDS και τα ρίσκα της σεξουαλικής συμπεριφοράς, αλλά το βρίσκουν δύσκολο, όπως δείχνουν τα αποτελέσματα έρευνας του Βαρβόγλη (2002).

Στην ερώτηση που αναφέρεται στο κατά πόσο υπάρχει ενημέρωση για τη νόσο, παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό φαίνεται να έχει μέτρια πληροφόρηση με ποσοστό 35%. Όπως αναφέρεται και σε έρευνα που πραγματοποίησε η Καρδαρά (2002), περίπου το 50% των νέων φάνηκε πως δεν έχει ξεκάθαρη εικόνα του υπάρχοντος κινδύνου, ενώ οι πληροφορίες και η γνώση τους είναι αποσπασματικές και ελλιπείς. Από την άλλη, στο δικό μας δείγμα τα άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης και με ποσοστό 35%, θεωρούν ότι η πληροφόρησή τους για το AIDS είναι μέτρια, σε αντίθεση με άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου που αναφέρουν ότι έχουν ελάχιστη πληροφόρηση. Η πλειοψηφία των νέων φαίνεται να έχει μέτρια πληροφόρηση, ποσοστό που θεωρούμε ότι δεν είναι ικανοποιητικό, στις μέρες μας, εφόσον υπάρχει η εύκολη πρόσβαση σε όλα τα μέσα. Είναι πιθανό, στις μέρες μας η εμφάνιση του AIDS να πυροδοτεί ακόμη φόβο μπροστά στο άγνωστο, γεγονός που κάνει τους νέους να απομακρύνονται από την ουσιαστική ενημέρωση για τον ιό.

Οι περισσότεροι νέοι γνώριζαν τους κυριότερους τρόπους μετάδοσης. Ωστόσο, μόνο το 44.5% του δείγματός μας γνωρίζει ότι η πιο συχνή αιτία μετάδοσης του ιού είναι η σεξουαλική επαφή, ποσοστό μη ικανοποιητικό συγκριτικά με την ομάδα που απευθυνθήκαμε. Δηλαδή, περιμέναμε τα νέα άτομα να είναι περισσότερο ενημερωμένα για αυτό το θέμα διότι οι τρόποι μετάδοσης αποτελούν βασικές πληροφορίες και γνώσεις όταν αναφερόμαστε στο AIDS. Αντίθετα, ένα μικρό ποσοστό 1,8% πιστεύει ότι η μετάδοση γίνεται από τσίμπημα εντόμων. Αυτό συμπίπτει με την μελέτη που διεξήχθη στο πανεπιστήμιο Wuhan στην Κίνα, όπου οι ερωτηθέντες ανέφεραν ως τρόπο μετάδοσης του HIV το τσίμπημα από τα κουνούπια και το απλό φιλί (Albrektsson, et all, 2009), ενώ στην μελέτη του Πανεπιστημίου της Τεχεράνης στο Ιράν μεταξύ των Ιρανών φοιτητών, οι απαντήσεις που δόθηκαν, αναφερόταν στη μετάδοση του ιού μέσα από τις δημόσιες τουαλέτες και τις δημόσιες πισίνες (Tavoosi, et all, 2004). Το παραπάνω, συμφωνεί με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας όπου οι ερωτηθέντες αναφέρουν σαν αποφυγή του τρόπου μετάδοσης του ιού την μη χρήση δημόσιων WC, με ποσοστό 3,7% και την τήρηση ατομικής υγιεινής, με 11,6%. Σε άλλες έρευνες (Lanouette, et all,

2002), σαν απάντηση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης βρίσκεται ακόμα και το φτέρνισμα, ενώ στην έρευνα των Eskander, et all, 2008, ένα 8% των ερωτηθέντων δεν θα έπινε από το ίδιο ποτήρι με ένα άτομο που θα ήταν φορέας του ιού, εύρημα το οποίο συμφωνεί και με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας με ποσοστό 4,1%. Σε έρευνα του Sekirime,etc, 2008, το 57,8% αναφέρει ότι δεν έκανε πάντα χρήση προφυλακτικού κατά τη διάρκεια των σεξουαλικών επαφών.

Μέσα από την έρευνά μας λοιπόν, παρατηρείται ότι υπάρχουν λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τη μετάδοση της νόσου αφού ένα μικρό ποσοστό θεωρεί σαν τρόπο μετάδοσης του ιού το τσίμπημα εντόμων και τη χρήση του ίδιου πιάτου με ένα οροθετικό άτομο. Ακόμη, αν και ένα μεγάλο ποσοστό αναφέρει ότι απαιτείται η χρήση προφυλακτικού ως τρόπος προφύλαξης, ένα 57,8% απαντάει ότι δεν κάνει συστηματική χρήση, γεγονός που ίσως να οφείλεται σε αντίληψη ότι δεν έχουν πολλές πιθανότητες μόλυνσης από τον ιό .

Αποτελέσματα έρευνας του Βάρβογλη (2002), που διεξήχθη σε νέους στην Αμερική σχετικά με την πιθανότητα μόλυνσης από το AIDS, το 91% απάντησαν ότι δεν πίστευαν ότι θα μπορούσαν να κολλήσουν, όπως επίσης και σε μια άλλη έρευνα του ίδιου, όπου το 73% των ερωτηθέντων δεν έδειξαν καμία ανησυχία ότι θα μπορούσαν να κολλήσουν τον ιό. Στην συγκεκριμένη ερώτηση, τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας δείχνουν ότι το 61% θεωρεί ότι έχει «λίγες» πιθανότητες μόλυνσης, με την πλειοψηφία των απαντήσεων να δίνεται από άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Συν τοις άλλοις, το 24% υποστηρίζει ότι δεν έχει «καθόλου» πιθανότητες μόλυνσης, απάντηση που δόθηκε από άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτοι δημοτικού), το 13% «αρκετές», ενώ μόλις το 3% απάντησε ότι έχει «πολλές» πιθανότητες να μολυνθεί από τον ιό.

Βλέπουμε εδώ ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό (24%) να δηλώνει ότι δεν έχει καθόλου πιθανότητες να μολυνθεί από τον ιό. Αυτό πιθανόν να οφείλεται είτε στην ελλιπή ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης και προφύλαξης της νόσου, είτε στο γεγονός ότι έχουν ή δεν έχουν μόνιμες σεξουαλικές σχέσεις και θεωρούν ότι δεν υπάρχει πιθανότητα να «κολλήσουν» από τον/την σύντροφό τους. Το 65% δηλώνει ότι δεν έχει κάνει ποτέ εξετάσεις για να διαπιστώσει αν είναι φορέας του AIDS, αντίθετα με το 35% που δηλώνει ότι έχει κάνει εξετάσεις, ποσοστό που είναι αρκετά μεγάλο και δηλώνει ότι το AIDS απασχολεί τους νέους εφόσον μπαίνουν στην διαδικασία να κάνουν εξετάσεις. Από την άλλη, μπορούμε να υποθέσουμε ότι η κατηγορηματική άρνηση στην ερώτηση αυτή, από το 65%, ίσως να οφείλεται στην μη παραδοχή της νόσου και ενδεχομένως

γίνεται αφορμή αποποίησης των ευθυνών των ερωτώμενων (εξέταση για τη νόσο), καθώς επίσης άρνηση για εξερεύνηση του ερωτικού-σεξουαλικού παρελθόντος του εκάστοτε συντρόφου. Επίσης, παρατηρείται ένα μεγάλο ποσοστό, 61%, να θεωρεί ότι έχει λίγες πιθανότητες μόλυνσης από τον ιό. Αυτό οφείλεται πιθανόν είτε στην συστηματική χρήση προφυλακτικού που ανέφεραν προηγουμένως με ποσοστό 62,8%, είτε στο ότι γνωρίζουν τους τρόπους πρόληψης και τους ακολουθούν.

Στην έρευνα του Tavoosi, et all, 2004, σε ερώτηση σχετικά με το αν θα είχαν ή έχουν φιλικές σχέσεις με άτομα προσβεβλημένα από το AIDS, το 6,8% αναφέρει ότι διατηρεί φιλία με άτομα οροθετικά, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (95,2%) δηλώνει πρόθυμη να συνεχίσει στενές φιλικές σχέσεις με οροθετικά άτομα. Το 36,3% των ερωτηθέντων θα μοιραζόταν το ίδιο διαμέρισμα με ένα στενό φίλο θετικό στον HIV. Βέβαια το 35,5% των ιρανών σπουδαστών που θα προτιμούσε να μην είναι στη ίδια τάξη με ένα μολυσμένο άτομο και με το 23,3% που δεν θα αντάλλαζε ούτε χειραγιά. (Tavoosi, etc, 2004). Αυτό δεν είναι σύμφωνο με τα πορίσματα της δικής μας έρευνας, όπου το 96% αναφέρει ότι δεν είχε φιλικές σχέσεις με άτομα προσβεβλημένα από το AIDS ενώ, το 50,5% υποστηρίζει ότι θα μπορούσε να εντάξει στο φιλικό του περιβάλλον ένα άτομο προσβεβλημένο από την HIV λοίμωξη.

Τα άτομα δεν συνάπτουν φιλικές σχέσεις με οροθετικούς ασθενείς, διότι επικρατεί ο φόβος του να μην νοσήσουν από τον ιό και ίσως αυτό να οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωσή τους, αλλά ταυτόχρονα και στον φόβο του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Ακόμα αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει ένδειξη ότι ο στιγματισμός εξακολουθεί να είναι σημαντικό πρόβλημα, ακόμη και μεταξύ των καλά ενημερωμένων και μορφωμένων ατόμων. Επιπλέον, από την έρευνα μας παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι δεν είχε φιλικές σχέσεις με οροθετικά άτομα, που πιθανόν η απάντησή τους να οφείλεται στο ότι δεν είχαν επίγνωση του αν συναναστρέφονται με άτομα που έχουν τον ιό, καθώς ο φόβος του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης οδηγεί τις περισσότερες φορές τα οροθετικά άτομα να κρατάνε κρυφή την ασθένειά τους απέναντι στο οικογενειακό, φιλικό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Επιπλέον, παρατηρείται ότι το 50,5% του δείγματός μας δήλωσε ότι θα μπορούσε να εντάξει στο φιλικό του περιβάλλον άτομο προσβεβλημένο από τον ιό. Πιο συγκεκριμένα, απόφοιτοι δημοτικού δήλωσαν ότι δεν θα ενέτασσαν στο φιλικό τους περιβάλλον κάποιο άτομο που έχει νοσήσει από τον ιό, ενώ αντίθετη άποψη έχουν οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ με ποσοστό 61,7%. Η απάντηση που έδωσαν οι απόφοιτοι δημοτικού πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι δεν είναι σωστά ενημερωμένοι σχετικά

με τους τρόπους μετάδοσης της νόσου, γι' αυτό το λόγο ακολουθούν αυτή τη στάση απέναντι στους φορείς του AIDS.

Η πλειοψηφία του δείγματος μας με ποσοστό 83% υποστηρίζει ότι το κράτος μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των φορέων του AIDS μέσω ενημερώσεων του πληθυσμού σχετικά με τη φύση της νόσου και τη μετάδοσή της, εν αντιθέσει με ένα ποσοστό 17% που θεωρεί ότι κάτι τέτοιο είναι ανέφικτο καθώς υπάρχει μεγάλο οικονομικό κόστος.

Σχετικά με το επίπεδο ενημέρωσης των νέων των αγροτικών - ημιαστικών περιοχών αναφορικά με το AIDS, διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έχει **μέτρια πληροφόρηση** για το θέμα αυτό. Την πρώτη θέση στην προτίμηση των νέων για την ενημέρωσή τους για το AIDS κατέχουν τα ΜΜΕ. Όσον αφορά στη στάση και άποψη του δείγματός μας για τις πρακτικές πρόληψης του ιού, υιοθετείται από ένα μεγάλο ποσοστό η συστηματική χρήση προφυλακτικού, όχι όμως από όλους και όχι πάντα.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας με αντίστοιχη έρευνα που έγινε το 2004 με πληθυσμό αναφοράς τους φοιτητές του ΤΕΙ Ηρακλείου διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν πολλές ομοιότητες.

Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με την ενημέρωση γύρω από το AIDS στον αγροτικό – ημιαστικό πληθυσμό του Ηρακλείου, το μεγαλύτερο ποσοστό (35%) δηλώνει ότι έχει μια μέτρια πληροφόρηση σχετικά με το AIDS. Στην αντίστοιχη ερώτηση που τέθηκε στον αστικό πληθυσμό των φοιτητών του ΤΕΙ Ηρακλείου, το 40.8% κρίνουν επαρκή την πληροφόρησή τους και το 46.3% μέτρια.

Τόσο στην αστική όσο και στην αγροτική – ημιαστική μερίδα της νεολαίας παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί μέτρια την ενημέρωση σχετικά με το AIDS. Παρά το γεγονός ότι η 1^η Δεκεμβρίου τα τελευταία χρόνια έχει θεσπιστεί ως η παγκόσμια μέρα κατά του AIDS, ότι έχουν περάσει 6.5 περίπου χρόνια από την 1^η έρευνα στο Ηράκλειο, παρατηρούμε ότι δεν έχουμε σημαντική διαφοροποίηση στην ενημέρωση σχετικά με το AIDS. Ίσως λοιπόν θα πρέπει να εντατικοποιηθούν οι προσπάθειες ενημέρωσης γύρω από το συγκεκριμένο θέμα.

Στην ερώτηση αναφορικά με την πηγή ενημέρωσής για το AIDS το 2004 έχουμε ότι, για το 35.4% το σχολικό περιβάλλον αποτελεί πηγή ενημέρωσης και για το 76.9% τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε). Αντίστοιχα και στη δική μας έρευνα για τις

αγροτικές – ημιαστικές περιοχές, τα ΜΜΕ είναι η δημοφιλέστερη πηγή πληροφόρησης όπως σημειώθηκε παραπάνω συγκεντρώνοντας το 25% των προτιμήσεων.

Στην ερώτηση σχετικά με το πώς αντιλαμβάνεται το AIDS ως ασθένεια ο αγροτικός – ημιαστικός πληθυσμός παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, 48.1%, αναγνωρίζει το AIDS ως μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο. Αντίστοιχα, στην έρευνα του 2004 οι φοιτητές γνωρίζουν το AIDS ως σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο με ποσοστό 94.6% και ως νόσο που μεταδίδεται με μετάγγιση αίματος με αντίστοιχο ποσοστό 61.2%. Βλέπουμε ότι οι φοιτητές έχουν περισσότερες γνώσεις για το AIDS, αφού σχεδόν όλοι (94,6%) το αντιλαμβάνονται ως σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο.

Οι φοιτητές το 2004 αναφέρουν ως συμπτώματα του AIDS με 61.3% την κούραση και με 34.5% τον πυρετό. Οι νέοι των αγροτικών – ημιαστικών περιοχών του Ηρακλείου αναγνώρισαν ως συμπτώματα της νόσου τον πυρετό με 16.5% και την κούραση με 16%. Παρατηρούμε λοιπόν, ότι τόσο οι νέοι από τις αστικές όσο και από τις αγροτικές περιοχές αναγνωρίζουν την κούραση και τον πυρετό ως χαρακτηριστικά συμπτώματα της ασθένειας.

Αναφορικά με τις γνώσεις τους για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS το 78.8% του αστικού πληθυσμού το 2004 θεωρούν τη μη χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή και το 93.8% τη χρήση της ίδιας βελόνας – σύριγγας για λήψη ναρκωτικών ουσιών. Στην έρευνα του 2011 των αγροτικών – ημιαστικών περιοχών, οι ερωτώμενοι απαντούν με ποσοστό 44.5%, που αποτελεί και το μεγαλύτερο ποσοστό, ότι η πιο συχνή αιτία μετάδοσης του ιού είναι η σεξουαλική επαφή, όπως επίσης και το 28.6% που πιστεύει ότι ευθύνεται η επαναχρησιμοποίηση συριγγών.

Αναφορικά με τις ομάδες κινδύνου έχουμε ότι οι νέοι των αγροτικών – ημιαστικών περιοχών στην έρευνα του 2011 αναγνώρισαν ως άτομα υψηλής ομάδας κινδύνου κατά 33.3% του χρήστες ναρκωτικών και κατά 20.7% τους ομοφυλόφιλους. Στην αντίστοιχη ερώτηση το 2004, το 77.1% των ερωτώμενων θεωρούν ότι οι χρήστες ναρκωτικών κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από το AIDS και το 40.3% θεωρούν τους ομοφυλόφιλους. Βλέπουμε ότι, τόσο οι απόψεις από τις αστικές όσο και από τις αγροτικές περιοχές συγκλίνουν στο ότι οι χρήστες ναρκωτικών είναι τα άτομα που θεωρούνται ως ομάδα υψηλού κινδύνου.

Άλλη μια ερώτηση που υπήρχε η δυνατότητα σύγκρισης με την αντίστοιχη εργασία του 2004 ήταν η ερώτηση «Νομίζετε ότι το AIDS θεραπεύεται;». Το 2004 η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτώμενων από αστική περιοχή, 71.9%, δήλωσαν πως θεωρούν ότι η

λοίμωξη HIV δεν θεραπεύεται, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των αγροτικών – ημιαστικών περιοχών είναι 73% .

Εν συνεχεία, μόνο το 4,1% από τους ερωτώμενους του 2004 απάντησαν ότι είχαν ή έχουν φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από την HIV λοίμωξη. Ομοίως το 2011 το αντίστοιχο ποσοστό των νέων από αγροτικές περιοχές ήταν 4%.

Το 2004 σχετικά με την πιθανότητα μόλυνσης των ιδίων των ερωτώμενων από AIDS, το 44.5% απάντησαν ότι έχουν πιθανότητα, από τους οποίους το 18.6% σε μεγάλο βαθμό και το 78.6% σε μικρό βαθμό. Στις αγροτικές – ημιαστικές περιοχές, το 2011, το 61% θεωρεί ότι έχει λίγες πιθανότητες μόλυνσης και το 24% καθόλου.

Σχετικά με την κινητοποίηση της πολιτείας απέναντι στο AIDS οι νέοι αστικών περιοχών κατά 96.6% πιστεύουν πως η πολιτεία είναι αυτή που πρέπει να λάβει επιπλέον μέτρα που αφορούν στην πρόληψη εξάπλωσης του ιού, ενώ αντιστοίχως τα ποσοστά των νέων των αγροτικών – ημιαστικών περιοχών είναι 83%. Από αυτό φαίνεται ότι στις αστικές περιοχές η πολιτεία φαίνεται να έχει περισσότερες ευθύνες στα μάτια των πολιτών συγκριτικά με τις αγροτικές – ημιαστικές.

Οι νέοι των αστικών περιοχών στην ερώτηση τι είδους μέτρα πιστεύουν ότι πρέπει τελικά να λάβει η πολιτεία οι περισσότεροι ερωτώμενοι, 80.1%, θεωρούν ότι πρέπει να υπάρχει περισσότερη πληροφόρηση και ενημέρωση. Στην αντίστοιχη ερώτηση για τις αγροτικές - ημιαστικές περιοχές το 2011 έχουμε ότι το 53.6% θεωρεί πως χρειάζονται ενημερώσεις του πληθυσμού για τη φύση και τη μετάδοση της νόσου.

Στην ερώτηση ποιος θεωρείται ως καταλληλότερος τρόπος προφύλαξης από την μετάδοση της λοίμωξης HIV, το 96.5% των νέων αστικών περιοχών δήλωσαν το προφυλακτικό. Ομοίως και οι νέοι αγροτικών – ημιαστικών περιοχών θεωρούν ως καταλληλότερο τρόπο προφύλαξης κατά 62.8% την χρήση προφυλακτικού σε κάθε επαφή.

Και πάλι γίνεται φανερό ότι οι φοιτητές σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό θεωρούν τη χρήση προφυλακτικού ως τον καταλληλότερο τρόπο προφύλαξης σε σχέση με τους νέους αγροτικών – ημιαστικών περιοχών.

Μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας φάνηκε ότι τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο δεν είναι σωστά ενημερωμένα για τη νόσο. Το αποτέλεσμα αυτό δεν είναι ικανοποιητικό καθώς στις μέρες μας η έννοια του «χωριού» δεν αντιστοιχεί στις σημερινές αγροτικές – ημιαστικές περιοχές, διότι η πρόσβαση είναι ευκολότερη με μέσα

όπως η τηλεόραση και το ίντερνετ. Ιδιαίτερα μια τέτοια πληθυσμιακή ομάδα (νέοι) που ξεκινά από πολύ μικρή ηλικία να ασχολείται με την τεχνολογία, θα έπρεπε να έμπαινε στη διαδικασία να αποκτήσει τις βασικές γνώσεις για ένα θέμα όπως το AIDS.

Συν τοις άλλοις, παρατηρείται ότι οι άνδρες έχουν μέτρια πληροφόρηση για τη νόσο, εν αντιθέσει με τις γυναίκες που δηλώνουν ότι έχουν επαρκή. Παρόλα αυτά, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, επικρατεί η άποψη ότι έχουν λίγες πιθανότητες μόλυνσης. Ακόμη, διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ενημερωμένες από τους άνδρες πάνω σε θέματα υγείας και αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες ξεκινούν από νεαρή ηλικία να πληροφορούνται και να ενημερώνονται για τέτοια θέματα.

Συμπερασματικά, προκύπτει ότι οι νέοι των αγροτικών – ημιαστικών περιοχών φαίνεται να έχουν μέτρια πληροφόρηση για το AIDS και κάνουν χρήση των μεθόδων προφύλαξης όχι όμως σε σημαντικά υψηλό ποσοστό.

Ωστόσο δε φαίνεται να έχουν συνειδητοποιήσει ότι η προσβολή από το συγκεκριμένο ιό αφορά σε όλους και δεν κάνει εξαίρεση. Αντίθετα, η νέα γενιά κάνει λόγο για «ομάδες υψηλού κινδύνου» και για ασφάλεια από την προσβολή της HIV λοίμωξης εάν ακολουθούν και τηρούν τους κανόνες πρόληψης. Παρόλα αυτά, ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι έστω ένα μικρό ποσοστό των νέων ατόμων δείχνει να έχει την διάθεση να εντάξει στο φιλικό του περιβάλλον άτομα που νοσούν.

7.4. Προτάσεις

Προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με AIDS αλλά και του ευρύτερου πληθυσμού, θα πρέπει να συνεχιστεί η σωστή ενημέρωση από όλους τους εξειδικευμένους φορείς που ασχολούνται με θέματα όπως το AIDS, για τη φύση, τη μετάδοση του ιού, αλλά και τις πρακτικές πρόληψης της νόσου.

Μια ακόμη πρόταση αφορά στην κρατική παρέμβαση η οποία θα πρέπει να ελέγχει τα μηνύματα που εκπέμπονται από τα Μέσα Ενημέρωσης, καθώς ο περισσότερος πληθυσμός προτιμά τα ΜΜΕ για την ενημέρωση του.

Επίσης, αναγκαίο θα ήταν να περιληφθούν στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση μαθήματα σεξουαλικής αγωγής και συμπεριφοράς, όσον αφορά θέματα υγείας όπως π.χ. το AIDS.

Ακόμη, θα μπορούσε να επιτευχθεί συνεργασία των σχολείων και ειδικών φορέων που ασχολούνται με θέματα υγείας, και να γίνονται ενημερώσεις από τους ειδικούς στο χώρο του σχολείου.

Κάθε κοινότητα θα μπορούσε σε συνεργασία με τους φορείς της να διοργανώνει σε πολιτιστικά κέντρα, πλατείες και χώρους συνεστίασης των νέων εκδηλώσεις προκειμένου να ενημερώνεται ο πληθυσμός για το συγκεκριμένο θέμα και όχι μόνο την 1^η Δεκεμβρίου (Παγκόσμια Ημέρα Κατά του AIDS), που συνήθως γίνονται εκδηλώσεις κατά την ημέρα αυτή.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο δραστηριοποιείται έχει ενεργό ρόλο είτε παρέχοντας συμβουλευτική υποστήριξη τόσο σε άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV, όσο και στις οικογένειές τους, είτε στα προγράμματα προαγωγής υγείας.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός σε συνεργασία με άλλους φορείς να διοργανώνουν είτε ενημερωτικές ομιλίες, είτε ομάδες όπου ο πληθυσμός θα μπορεί να έχει άμεση επαφή με ειδικούς, έχοντας με αυτόν τον τρόπο τη δυνατότητα να συζητήσουν για το συγκεκριμένο θέμα και να θέσουν ερωτήσεις και προβληματισμούς, συμβάλλοντας έτσι στην καταπολέμηση του φόβου απέναντι στην ασθένεια και του κοινωνικού αποκλεισμού των ασθενών.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσσες Βιβλιογραφικές Πηγές

- 01) Γαϊδαρτζή Μ, Δημαράκη Μ, Ξηρογιάννη Π, Στάση απέναντι στο Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Έρευνα στους φοιτητές του Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης, Ηράκλειο, 2004. Υπεύθυνος καθηγητής Παπαχριστόπουλος Νικόλαος.
- 02) Γκόμα, Φ. (1995). Δυνατότητα συμβουλευτικής παρέμβασης στην οικογένεια και μεταβολή στη δυναμική των σχέσεων. Ελληνικά Αρχεία AIDS
- 03) Γκούβρα, Μ. et al, (2005) Αγωγή Υγείας και Σχολείο. Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση, Αθήνα: Τυπωθήτω.
- 04) Δαουτόπουλος, Γ., Καζακόπουλος, Λ., Κούση Μ. (2002) Αγροτική Κοινωνιολογία, β' έκδοση, Θεσσαλονίκη: Ζυγός.
- 05) Δαρδαβέσης, Θ. Επιδημιολογία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ). Ελληνικά Αρχεία AIDS. τ. 7, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999.
- 06) Ινστιτούτο Παστέρ. AIDS. Τα δεδομένα, οι προσδοκίες. Paris: EDITIONS 21, 1998
- 07) Ιωαννίδη-Καπόλου, Ε. Ν. (1997). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της σεξουαλικής συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση του AIDS. Ελληνικά Αρχεία AIDS
- 08) Καλαϊτζιδάκη, Μ και Πανταζίδης, Γ. (2005). Βιολογία. Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων.
- 09) Κιόρτσης Β. και Παπασπηλιόπουλος Π.Ι. Ιώσεις: Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος, Λαρούς, Μπριτάνικα, 31. Αθήνα, 1997
- 10) Κορνάρου, Ε. Οι οικονομικές επιπτώσεις του AIDS στους χώρους εργασίας. Ελληνικά Αρχεία AIDS, 1995
- 11) Κορνάρου, Ε., Παπαθανασίου, Σ. και Ρουμελιώτου, Α. (1997). Η ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων οροθετικών αιμοδοτών για HIV. Ελληνικά Αρχεία AIDS
- 12) Κουσκούκης, Κ. (1991) AIDS: Τι πρέπει να γνωρίζετε, Αθήνα: Σμυρنيωτάκης.
- 13) Μόνος, Δ. (1991). Κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS. Στο: HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS. Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε.

- 14) 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο. (1991) AIDS: Ζήτημα ζωής. Εμπειρία και δραστηριότητες στην Ελλάδα. Τι νεότερο στο AIDS. Αμφιλεγόμενες απόψεις και προβληματισμοί, Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- 15) Παπαδάτου, Δ. (1995). Ο κρυφός θρήνος του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος του ασθενή με AIDS. Ελληνικά Αρχεία AIDS.
- 16) Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1999
- 17) Παπαευαγγέλου, Γ. και Καλλίνικος, Γ. (1986). AIDS: Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα- Ελληνική Εμπειρία. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- 18) Παπαευαγγέλου, Γ. (1988) AIDS, Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής.
- 19) Παπαζήση, Θ. (1995). Οικογένεια και προσωπικότητα ατόμων με AIDS: νομικά θέματα στις οικογενειακές σχέσεις. Τόμος Β. Ελληνικά Αρχεία AIDS.
- 20) ΠΟΥ (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) και Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS. (1991α) Συμβουλευτική για την HIV λοίμωξη και νόσο, Αθήνα: ΒΗΤΑ medical arts.
- 21) Ραγιά, Α. , Ρενιέρη – Λυβιερατου, Ν. και Στεργίου, Γ. (1991). AIDS- Εμπειρία και δραστηριότητα στην Ελλάδα. Πρακτικά 3^{ου} Πανελλαδικού Συνεδρίου AIDS. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS.
- 22) Σαρρής, Μ. (2001) Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής, Αθήνα: Παπαζήση.
- 23) Σηφακάκη, Γ. «Αντιμετωπίζοντας την ανίατη ασθένεια και το θάνατο: η σκοπιά της ψυχολογίας» στο: Γ. Ποταμιάνος (Επιμ.) Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1995
- 24) Σταυρόπουλος, Α. (1989). Τι νεότερο στο AIDS- Κοινωνικές Επιπτώσεις του AIDS. Πρακτικά 2^{ου} Πανελλαδικού Συνεδρίου AIDS. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS.
- 25) Υφαντόπουλος, Γ. «AIDS και Κοινωνικός Αποκλεισμός» στο: Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Τόμος Β. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), 1996

Ξενόγλωσσες Βιβλιογραφικές Πηγές

- ✓ Anahita Tavoosi, Azadeh Zaferani, Enzevaei Anahita, Parvin, και Zahra Ahmadinezhad, Πανεπιστήμιο Tehran των Ιατρικών Επιστημών, Τεχεράνη, Ιράν, Μάιος 2004
- ✓ Balasegaram, M.. AIDS: The worst yet to come. BBC News Online. June 4, 2001.
- ✓ Beil, L.. Tracing origins of AIDS raises new questions. Study of HIV's history could offer look at future. The Dallas Morning News, February 22, 1999.
- ✓ Gamal S. Eskander, M.S. Jahan, και Richard A. Carter, Τελεσσί, 2004
- ✓ Garret, L. AIDS virus traced to 1675. Newsday, July 11, 2000.
- ✓ Chlioutakis, J. , Trakas, D. J (1996). *Stigmatization, Discrimination and fear of AIDS in Greece Implications for Health Policy*. Ethnicity and Health, L (4), pg. 359-371
- ✓ Hickman, P., Robberts, S. & Larson, A. (2001). *Intergranted Principle of Zoology*. U.S.A.:Mc Graw – Hill Higher Education.
- ✓ Hutchinson, M. AIDS 20 years on, BBC News Online, June 4, 2001.
- ✓ Jane Goudge, Bulelwa Ngoma, Lenore Manderson, Helen Schneider, Stigma, identity and resistance among people living with HIV in South Africa, *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* VOL. 6 NO. 3 NOVEMBER 2009
- ✓ Madelene Albrektsson, Alm Louise, Tan Xiaodong, και Rune Andersson Τομέας Λοιμωδών Νοσημάτων, Ινστιτούτο Βιοϊατρικής, Ακαδημίας Sahlgrenska του Πανεπιστημίου του Γκέτεμποργκ, Σουηδία, Τμήμα Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Wuhan, Κίνα Research και Κέντρο Ανάπτυξης, Skaraborg Νοσοκομείο, Skövde, Σουηδία, 2008
- ✓ Miller, R. & Bor, R. AIDS. A guide to clinical counseling. Ed. Dilley J.W. London: Science Press Ltd, 1991
- ✓ NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases). (1998). How HIV causes AIDS. Ενημερωτικό φυλλάδιο της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α (U.S Public Health Service).

- ✓ Nicole Lanouette M., Noelson Rivo,, Ramamonjisoa Andriamahenina, Jacobson Sheldon, και Jeffrey M. Jacobson, Νέα Υορκή, Απρίλιος 2002
- ✓ Shapiro, P. (2001) Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, μτφ. Σιορφανέ, Α & Καραχάλιος, Γ. Αθήνα: Ελλην.
- ✓ Sigelman CK, Derenowski EB, Mullaney HA, Siders AT., Parents' contributions to knowledge and attitudes regarding AIDS.,Η.Π.Α,1993
- ✓ Syed Imran Ahmed, Mohamed Azmi Hassali και Noorizan Abdul Aziz, School of Pharmacy and Health Sciences, International Medical University (IMU),School of Pharmaceutical Sciences, University Sains Malaysia (USM),Μαλαισία,2008
- ✓ Taylor, S.T. Health Psychology. New York: Mc Graw-Hill, Ink, 1995
- ✓ Wilberforce Kigongo Sekirime, Jerome Tamale, John Lule και Fred Wabwire-Mangen, Makerere Medical School, Kampala, Uganda, 2008

Πηγές από το Internet

1. AIDS Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης <http://www.imop.gr> , 2000-2009 σελ.1 [πρόσβαση 20 Νοεμβρίου 2009]
2. AIDS, Καδής Α. (2000-2009) <http://www.phigita.net> σελ.1 [πρόσβαση 15 Νοεμβρίου 2009]
3. AIDS, συμπτώματα, μετάδοση, στατιστικά στοιχεία <http://www.rethimno.gr> (2005-2009) σελ.1 [πρόσβαση 15 Νοεμβρίου 2009]
4. Where Did AIDS Come From? Admin (2008) <http://www.aids-armenicum.com> σελ.1 [πρόσβαση 15 Νοεμβρίου 2009]
5. Λοίμωξη και νόσος HIV Δαλώση Α. και Karoly Szoke (χ.χ.) <http://www.hiv-aids.gr> σελ. 1 [πρόσβαση 15 Νοεμβρίου 2009]
6. Στίγμα και διάκριση Δαμάσκος Π. (2009) <http://www.hivaid.gr> σελ.1 [πρόσβαση 15 Νοεμβρίου 2009]
7. Τα συναισθηματικά στάδια της οροθετικότητας <http://www.hiv.gr> (2000-2009) σελ.1 [πρόσβαση 15 Νοεμβρίου 2009]
8. Τι είναι το AIDS, Ποια είναι τα συμπτώματα της HIV λοίμωξης

9. <http://www.scopus.com/h> & Greece & Psychology [πρόσβαση 09 December 2010]
10. www.health.in.gr, [πρόσβαση 14 Ιουλίου 2010]
11. <http://www.voreini.gr/?p=15003#respond>, [Πρόσβαση 14 Ιουλίου 2010]
12. <http://www.hivaid.gr/homepage.php?id=pliroforisi/hivaid>, Προσπελάστηκε στις 02/08/2010
13. <http://www.stophiv.gr> (2009) σελ. 1-2 [πρόσβαση 15 Νοεμβρίου 2010]
14. www.bestrong.gr, [πρόσβαση 16 Νοεμβρίου 2010]
15. http://www.neagenia.gr/appdata/documents/έρευνα/research_total.doc, [πρόσβαση 10 Δεκεμβρίου 2010]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Ερωτηματολόγιο

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

Το AIDS τα τελευταία χρόνια αποτελεί μια μάστιγα για την κοινωνία μας. Γίνονται συχνά έρευνες για τα αίτια, τη φύση αλλά και τους τρόπους μετάδοσης της νόσου.

Η έρευνα που πραγματοποιούμε διεξάγεται μέσα στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με σκοπό την καταγραφή των στάσεων, των αντιλήψεων και των γνώσεων των νέων ατόμων σε διάφορες περιοχές του Νομού Ηρακλείου σχετικά με το AIDS.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι σύντομη και γίνεται ανώνυμα.

**Οι φοιτήτριες: Κοκολάκη Αναστασία
Παπαδάκη Σμαραγδή
Χατζάκη Δήμητρα**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2010

B.9. Ποια από τα παρακάτω γνωρίζετε ως αρχικά συμπτώματα του AIDS; (όσες επιλογές θέλετε)

- | | |
|----------------|---------------------|
| α) Κούραση | στ) Εξάντληση |
| β) Πυρετός | η) Υπνηλία |
| γ) Αιμόπτυση | θ) Αλλεργία |
| δ) Πονοκέφαλος | ι) Πρησμένοι αδένες |
| ε) Πονόλαιμος | ια) Βήχας |
| ζ) Διάρροια | |

B.10. Ποιους θεωρείτε τους κυριότερους τρόπους μετάδοσης του AIDS;
(Μπορείτε να κυκλώσετε μέχρι 2 επιλογές)

- α) Την σεξουαλική επαφή
- β) Το φαγητό από το ίδιο πιάτο ή χρήση σκευών ατόμου με AIDS
- γ) Τη χρήση επαναχρησιμοποιημένων συριγγών για την χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών
- δ) Τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος
- ε) Το τσίμπημα εντόμων, όπως τα κουνούπια
- στ) Την παροχή ιατρικής ή νοσηλευτικής φροντίδας
- ζ) Άλλο

B.11. Ποιο άτομο θεωρείτε ως «φορέα – οροθετικό»;

- α) Εκείνος που παρουσιάζει συμπτώματα της λοίμωξης, αλλά δεν την μεταδίδει
- β) Εκείνος που παρουσιάζει συμπτώματα της λοίμωξης και την μεταδίδει
- γ) Εκείνος που έχει τη λοίμωξη, δεν παρουσιάζει συμπτώματα αλλά τη μεταδίδει
- δ) Κανένας από τους παραπάνω
- ε) Άλλο

B.12. Ποια άτομα θεωρείτε ότι ανήκουν στην κατηγορία της «υψηλής ομάδας κινδύνου» ως προς το AIDS; (Μπορείτε να κυκλώσετε μέχρι 2 επιλογές)

- α) Χρήστες ναρκωτικών ουσιών
- β) Ομοφυλόφιλοι
- γ) Αιμοδότες
- δ) Μεταγγιζόμενα άτομα
- ε) Εκδιδόμενα άτομα
- στ) Άτομα με συχνή εναλλαγή συντρόφων
- ζ) Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό
- η) Άλλο

B.13. Νομίζετε πως το AIDS θεραπεύεται;

- α) Ναι
- β) Όχι

B.14. Σε ποια από τα παρακάτω θεωρείτε ότι υπάρχουν επιπτώσεις για τη ζωή και την καθημερινότητα του ατόμου που έχει προσβληθεί από τον ιό;

- α) Επιπτώσεις στο οικογενειακό του περιβάλλον
- β) Επιπτώσεις στη σεξουαλική του ζωή
- γ) Επιπτώσεις στο φιλικό του περιβάλλον
- δ) Επιπτώσεις στην οικονομική του κατάσταση
- ε) Επιπτώσεις στο εργασιακό του περιβάλλον
- στ) Άλλο.....
- ζ) Όλα τα παραπάνω

B.15. Για ποιους λόγους θα αποφύγει κάποιος ένα άτομο που είναι φορέας του AIDS;

- α) Φόβος μην «κολλήσει» τη νόσο
- β) Κοινωνικός στιγματισμός
- γ) Περιθωριοποίηση
- δ) Όλα τα παραπάνω
- ε) Άλλο.....

B.16. Θεωρείτε ότι το κράτος μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των φορέων του AIDS;

α) Ναι	β) Όχι
Αν ναι, με ποιους τρόπους; α.1. Ενημερώσεις του πληθυσμού για τη φύση και μετάδοση της νόσου α.2. Παροχή οικονομικής βοήθειας μέσω επιδόματος α.3. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς α.4. Άλλο.....	Αν όχι, γιατί; β.1. Έχει μεγάλο οικονομικό κόστος β.2. Υπάρχει ο φόβος της μετάδοσης της νόσου β.3. Άλλο.....

Γ. ΣΤΑΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ AIDS

Γ.17. Με ποιους τρόπους θεωρείτε ότι ένα άτομο μπορεί να περιορίσει τις πιθανότητες μόλυνσής του;

- α) Μονογαμία
- β) Αυστηρή - συστηματική χρήση προφυλακτικού μέσου σε κάθε επαφή
- γ) Αποχή από την σεξουαλική πράξη
- δ) Αποφυγή χρήσης δημόσιων W.C
- ε) Αυστηρή τήρηση ατομικής υγιεινής
- στ) Χρήση μόνο ατομικού οικιακού εξοπλισμού (πιάτα, ποτήρια)

Γ.18. Είχατε ή έχετε φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από το AIDS;

- α) Ναι β) Όχι

Γ. 19. Θα εντάσσατε στο φιλικό σας περιβάλλον ένα άτομο προσβεβλημένο από το AIDS;

- α) Ναι β) Όχι

Γ.20. Θεωρείτε εσείς προσωπικά πως έχετε πιθανότητες να μολυνθείτε από το AIDS;

- α) Πολλές β) Αρκετές γ) Λίγες δ) Καθόλου

Γ.21. Για ποιούς λόγους θεωρείτε ότι μπορεί να μολυνθείτε;

(Μπορείτε να κυκλώσετε μέχρι 2 επιλογές)

- α) Λόγω συχνής εναλλαγής ερωτικών συντρόφων
- β) Λόγω μη χρήσης προφυλακτικού
- γ) Λόγω χρήσης τοξικών ουσιών
- δ) Λόγω συχνών μεταγγίσεων/ αιμοδοσιών
- ε) Λόγω ομοφυλοφιλικών σχέσεων
- στ) Λόγω κοινής χρήσης μπάνιου / W.C

Γ.22. Έχετε κάνει ποτέ εξετάσεις για να διαπιστώσετε αν είστε φορέας του AIDS;

- α) Ναι β) Όχι

Γ.23. Αν ναι, κάτω από ποιες συνθήκες;

- α) Με προσωπική πρωτοβουλία
- β) Στο πλαίσιο αιματολογικού ελέγχου (αιμοδοσία)
- γ) Σας το ζήτησε η\ ο σύντροφός σου

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας !