

Τ.Ε.Ι ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πτυχιακή εργασία

Στάση απέναντι στο Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Έρευνα στους φοιτητές του Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης.

Σπουδαστές:

Γαΐδαρτζή Μαρία

Δημαράκη Μαργαρίτα

Ξηρογιάννη Παγώνα

Τομέας Μαθημάτων: Α΄ Τομέας

Υπεύθυνος Καθηγητής:

Παπαχριστόπουλος Νικόλαος

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Ο ΙΟΣ ΤΟΥ HIV.....	9
1.1 Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις.....	9
1.2 Περιγραφή του HIV.....	9
1.2.1 Προέλευση των Ιών HIV 1 και HIV 2.....	11
1.2.2 Ο Κύκλος Ζωής του HIV.....	12
1.3 Πορεία της Λοίμωξης HIV.....	12
1.4 Κλινική Εικόνα του HIV – AIDS.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	16
2.1 Πορεία και Εξέλιξη της Επιδημίας Παγκοσμίως.....	16
2.1.1 Χρονολογικά Στοιχεία για την Εξέλιξη της Επιδημίας.....	18
2.1.2 Πορεία και Εξέλιξη της Επιδημίας στην Ελλάδα.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ.....	22
3.1 Η Μετάδοση της Λοίμωξης HIV.....	22
3.1.1. Η Σεξουαλική Μετάδοση.....	22
3.1.2 Μετάδοση μέσω Χρήσης Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών.....	22
3.1.3 Μετάδοση δια Αίματος και Παραγώγων Ουσιών.....	23
3.1.4 Μετάδοση της HIV Λοίμωξης Μέσω Παροχής Ιατρικής – Νοσηλευτικής Φροντίδας.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ HIV	26
5.1 Προγράμματα Πρόληψης.....	26
5.2 Μορφές Πρόληψης.....	33
5.2.1. Πρόληψη της Μετάδοσης με Μολυσμένο Αίμα και Παράγωγα του Πλάσματος.....	33
5.2.2. Πρόληψη της Περιγεννητικής Μετάδοσης.....	33

5.2.3. Πρόληψη με Προσυμπτωματικό Έλεγχο.....	34
5.2.4 Πρόληψη Μετάδοσης στο Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό.....	34
5.2.5 Πρόληψη Μετάδοσης στους Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών.....	34
5.2.6 Πρόληψη σε Περιπτώσεις Κρούσματος.....	36
5.2.7 Προφυλάξεις Ατόμων που Πάσχουν από Λοίμωξη ή / και Νόσο HIV.....	36
5.3 Πρόληψη της Σεξουαλικής Μετάδοσης.....	37
5.3.1. Προφυλακτικά και Σπερματοκτόνα.....	37
5.3.2. Ανδρικό Προφυλακτικό από latex.....	38
5.3.3. Ανδρικό Προφυλακτικό από Φυσική Μembrάνη.....	38
5.3.4. Προφυλακτικά από Άλλα Συνθετικά Υλικά.....	38
5.3.5. Γυναικείο Προφυλακτικό.....	38
5.3.6. Καλύμματα Τραχήλου – Διάφραγμα.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ HIV.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ.....	42
7.1 Θεσμοθετημένοι Φορείς.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ.....	50
8.1 Ιστορική Αναδρομή Επιπτώσεων.....	50
8.2 Κοινωνικές Διαστάσεις της Ασθένειας.....	53
8.2.1 Η Λοίμωξη και Νόσος HIV Ως Μεταφορά του «Κακού».....	53
8.3 Λοίμωξη και Νόσος HIV και Κοινωνικός Αποκλεισμός.....	55
8.4 Επαγγελματικές Επιπτώσεις.....	57
8.5 Οικονομικές Διαστάσεις.....	58
8.5.1 Το Οικονομικό Κόστος της Λοίμωξης HIV.....	59
8.5.2 Παράγοντας Διόγκωσης και Οικονομικού Κόστους της Λοίμωξης HIV....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 : ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	63
9.1 Αυτοαντίληψη – Εικόνα Εαυτού.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ HIV..	69
10.1 Έννοια, Περιεχόμενο και Σημασία της Συμβουλευτικής.....	69
10.2 Συμβουλευτική Σχετικά με την Εξέταση για Ανίχνευση του HIV.....	74
10.2.1 Μέθοδοι Εξέτασης για HIV και η Συμβουλευτική.....	75

10.2.2 Η Συμβουλευτική Σχετικά με τη Μέθοδο Εξέτασης για Ανίχνευση του HIV που Εφαρμόζεται στην Ελλάδα.....	76
10.3 Ατομική Συμβουλευτική Συνέντευξη Πριν την Εξέταση.....	77
10.4 Συνέπειες της Εξέτασης.....	82
10.5 Η Εξέταση για την Ανίχνευση του HIV.....	83
10.6 Η Συμβουλευτική Συνέντευξη Μετά την Εξέταση.....	84
10.7 Παροχή Πληροφοριών για τις Δυνατότητες Υποστήριξης.....	89
10.8 Τρόποι Ενημέρωσης Φροντιστών.....	91
10.9 Συμβουλευτική για την Προώθηση Ασφαλούς Ερωτικής Επαφής.....	91
10.10 Συμβουλευτική για την Προώθηση Ασφαλούς Χρήσης Ναρκωτικών.....	92
10.11 Συμβουλευτική για την Εκμηδένιση Άλλων Κινδύνων.....	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 : ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ HIV.....	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	100
12.1 Η Προβληματική της Έρευνας.....	100
12.2 Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας.....	100
12.3 Περιορισμοί της Έρευνας.....	101
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	102
13.1 Μέθοδος Στατιστικής Ανάλυσης.....	102
13.2 Τα Μέσα Συλλογής Δεδομένων.....	103
13.2.1 Περιγραφή Ερωτηματολογίου.....	103
13.3 Ο Πληθυσμός Αναφοράς και το Δείγμα Έρευνας.....	104
13.3.1 Η Σύνθεση του Δείγματος.....	105
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: Η ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ	106
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15:	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	111
15.1 Συμπεράσματα Σύγκρισης Θεωρητικού με Ερευνητικό Μέρος.....	111
15.2 Γενικά Συμπεράσματα και Προτάσεις.....	112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	114

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	119
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι : ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ.....	119
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	152
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ : ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΙΧΑΝ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ....	162

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας ορισμένοι άνθρωποι συνέβαλαν στο να περατωθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και με την καλύτερη δυνατή ψυχική ισορροπία. Ένα δύσκολο και «ψυχοφθόρο» θέμα όπως το συγκεκριμένο χρειάζεται και ψυχικό και σωματικό σθένος ώστε να μπορέσει να ολοκληρωθεί με το καλύτερο τρόπο. Για τους προαναφερθέντες λόγους θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Πάνο Γιώργο , Διευθυντής Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων του 1^{ου} Καταστήματος Ι.Κ.Α. Αθηνών , τον κ. Κατσαράκη Γιάννη , Προϊστάμενο του Νοσοκομείου Λοιμώξεων «Ανδρέας Συγγρός», Αθηνών , καθώς και τις οικογένειες και φίλους μας που προσπάθησαν να δείξουν κατανόηση και συμπαράσταση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία είχε να ασχοληθεί με ένα θέμα ευαίσθητο κατά πολλούς αλλά μεγίστης σημασίας κατά την ολότητα του κοινωνικού συνόλου· το θέμα της συνειδητοποίησης του κινδύνου απέναντι στο Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Η προαναφερθείσα διαπίστωση δεν αποτελεί το μοναδικό λόγο επιλογής του θέματος. Σε αυτή έρχεται να προστεθεί η ραγδαία διάσταση που η HIV λοίμωξη λαμβάνει, η γενικότερη παθητικότητα -ακόμη και σε θέματα απειλής υγείας , απειλές όπως το AIDS - που διακρίνει τη νέα γενιά , αλλά και σε τι μπορεί να συμβάλλει η επιστήμη της κοινωνικής εργασίας ως μία επιστήμη που ασχολείται με τέτοιας φύσεως κοινωνικά ζητήματα.

Για το συγκεκριμένο θέμα δεν είναι λίγες οι απόψεις επιστημόνων που έχουν διατυπωθεί. Τούτο αποτέλεσε σημαντικό πλεονέκτημα για τη συγγραφή της πτυχιακής εργασίας καθώς μελετήθηκαν οι απόψεις και επιλέχθηκαν εκείνες που συμφωνούσαν με τον τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης των πραγμάτων από τους συγγραφείς της εργασίας. Εντούτοις, σημαντική δυσκολία αναφορικά με τη βιβλιογραφία αποτέλεσε το γεγονός ότι ενώ υπήρχε πλούσιο υλικό σχετικά με την HIV λοίμωξη , εξειδικευμένα για τη συνειδητοποίηση του κινδύνου πρόσληψης αυτής από το κοινωνικό σύνολο η βιβλιογραφία ήταν αρκετά περιορισμένη.

Οι ερευνητές περάτωσαν την πτυχιακή τους εργασία στα επιτρεπόμενα χρονικά πλαίσια. Το αρχικό χρονικό διάστημα το αξιοποίησαν για τη συλλογή και μελέτη της βιβλιογραφία που αφορούσε στο συγκεκριμένο θέμα, ενώ στη συνέχεια προέβησαν στην καταγραφή του θεωρητικού μέρους. Η διεξαγωγή της έρευνας και η ανάλυση αυτής ήταν το μέρος της εργασίας που ακολούθησε. Οι ερευνήτριες δε δυσκολεύτηκαν ιδιαίτερα στον εντοπισμό του ερευνητικού τους πεδίου αφού ήταν οι φοιτητές του Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης οι οποίοι μάλιστα ήταν πρόθυμοι στην πλειοψηφία τους να συμμετέχουν στην έρευνα.

Η δυσκολία εντούτοις που οι συγγραφείς συνάντησαν κατά την εκπόνηση της εργασίας ήταν αφενός η μετάβαση σε άλλες πόλεις της Ελλάδος όπως Αθήνα προκειμένου να συλλεχθεί όσο το δυνατόν περισσότερο υλικό καθώς και να συμπεριληφθεί και η άποψη επιστημόνων ειδημόνων στο υπό μελέτη θέμα, ενώ παράλληλα οι ίδιοι οι συγγραφείς συχνά επιβαρύνονταν ψυχολογικά μελετώντας «εξονυχιστικά» ένα θέμα που αποτελεί απειλή για όλους μηδενός εξαιρουμένου.

Προκειμένου , να γίνουν κατανοητά τόσο τα προαναφερθέντα αλλά και όσα έπονται συνετό θα ήταν να γίνει λόγος για τη δομή της εν λόγω πτυχιακής εργασίας. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η γενική εικόνα και η περιγραφή του ιού της HIV λοίμωξης και στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την ιστορική εξέλιξη και την

παρούσα κατάσταση της λοίμωξης. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά των προσπαθειών κλινικής αντιμετώπισης του φαινομένου και στο κεφάλαιο τέσσερα αναφέρονται τα χαρακτηριστικά των επονομαζόμενων ομάδων υψηλού κινδύνου. Ακολούθως, γίνεται λόγος για την πρόληψη της HIV λοίμωξης , τα προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για το σκοπό αυτό, τα μέτρα προφύλαξης , ενώ το επόμενο κεφάλαιο αναφέρεται στη θεραπεία της συγκεκριμένης λοίμωξης. Η συγγραφή της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας δε θα μπορούσε να μη συμπεριλάβει στο περιεχόμενό της την κοινωνική διαχείριση του φαινομένου (έβδομο κεφάλαιο) καθώς και τις κοινωνικές διαστάσεις αυτού (όγδοο κεφάλαιο). Εν συνεχεία , στο ένατο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τη διαχείριση της ασθένειας, περιλαμβάνοντας την αυτοαντίληψη και την αυτοεικόνα του φορέα και ασθενή της λοίμωξης ενώ στα δύο τελευταία κεφάλαια του θεωρητικού μέρους της εν λόγω πτυχιακής εργασίας περιγράφεται η μεθοδολογία της συμβουλευτικής παρέμβασης (δέκατο κεφάλαιο) και η συνειδητοποίηση του κινδύνου προσβολής από την HIV λοίμωξη (ενδέκατο κεφάλαιο). Κατόπιν , η συγγραφή περιλαμβάνει το ερευνητικό μέρος με την αναφορά στο δωδέκατο κεφάλαιο των σκοπών , στόχων της έρευνας και τους περιορισμούς αυτής ,στο δέκατο τρίτο κεφάλαιο της περιγραφής της μεθοδολογίας της έρευνας και τέλος στο δέκατο τέταρτο κεφάλαιο την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της. Η πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται με την συγγραφή των συμπερασμάτων που προέκυψαν τόσο από τη σύγκριση ερευνητικού και θεωρητικού μέρους όσο και από τη γενική εικόνα εκπόνησης της εργασίας αυτής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Ο ΙΟΣ ΤΟΥ HIV

1.1 Εννοιολογικές Αποσαφηνίσεις

Με τους όρους λοίμωξη HIV και νόσος HIV, περιγράφουμε τις δύο μεγάλες φάσεις που σηματοδοτούν την εξέλιξη της ασθένειας που συνήθως ονομάζουμε AIDS. Ο όρος AIDS είναι ακρωνύμιο του αγγλικού όρου Acquired Immune Deficiency Syndrome. Ο αντίστοιχος όρος στα ελληνικά είναι Σ.Ε.Α.Α ή Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, ενώ απαντά και ως Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας ή Επίκτητη Ανοσιακή Ανεπάρκεια. Ο αντίστοιχος όρος στα Γαλλικά είναι SIDA (Syndrome Immuno-Deficitaire Acquis). Στην εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, αναφέρεται: "Όταν διευκρινισθεί η αιτιολογία και η παθογένεια ενός συνδρόμου, ο όρος δεν έχει πια θέση. Έτσι ο όρος AIDS, μετά την ανακάλυψη του αιτίου και της γένεσης και εξέλιξης της παθολογικής αυτής κατάστασης, δεν δικαιολογείται. Πρόκειται πια για τη νόσο, την "επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια".

Συνετό θα ήταν να αναφερθούμε και στη διευκρίνιση που πρέπει να γίνει για τους όρους: φορέας, οροθετικός και ασθενής. Φορέας του ιού HIV, είναι το άτομο το οποίο έχει μολυνθεί με τον ιό αλλά δεν έχει νοσήσει ακόμα (δηλαδή δεν έχει παρουσιάσει κανένα από τα συμπτώματα). Λέγεται και HIV (+) άτομο ή οροθετικός για HIV. Το άτομο αυτό μεταδίδει τον ιό στους άλλους μέσω της σεξουαλικής δραστηριότητας, του αίματος ή με τον τοκετό (περιγεννητική μετάδοση). Δε θα πρέπει ο φορέας του ιού να συγχέεται με τον ασθενή διότι ασθενής είναι το άτομο που ο HIV έχει καταστρέψει σε σημαντικό βαθμό το ανοσοποιητικό του σύστημα και ο οργανισμός του δεν μπορεί πλέον να αμυνθεί αποτελεσματικά σε διάφορες λοιμώξεις ή άλλες ασθένειες που συνήθως δεν προκαλούν ιδιαίτερα προβλήματα στους υπόλοιπους ανθρώπους.

Προτιμήσαμε, στο πλαίσιο αυτής της εργασίας, να χρησιμοποιήσουμε την έκφραση νόσος HIV αντί για AIDS. Εν τούτοις, δεν ήταν δυνατόν να αποφύγουμε, σε κάποιες περιπτώσεις, τη χρήση του όρου AIDS καθώς απαντά συχνότατα στη βιβλιογραφία και ιδίως όταν χρησιμοποιείται για να δηλώσει μαζί τη λοίμωξη HIV και τη νόσο HIV (π.χ. "η επιδημία του AIDS...").

1.2 Περιγραφή του HIV

Όλοι οι παραπάνω όροι αναφέρονται σε μία εξαιρετικά επίφοβη για τον άνθρωπο ίωση που οφείλεται σε ομάδα ιών γνωστών ως ομάδα ιών HIV. Ο όρος

αυτός είναι ακρωνύμιο του αγγλικού όρου Human Immunodeficiency Virus, δηλαδή Ανθρώπινος Ιός Ανοσοανεπάρκειας.

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

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

Ο HIV μολύνει, δηλαδή ενσωματώνεται δια βίου στο γενετικό τους υλικό, τα κύτταρα με CD4 υποδοχείς, δηλαδή τα T4 λεμφοκύτταρα, τα μονοκύτταρα-μακροφάγα, τα κύτταρα του Langerhans και ομάδα νευρογλοιακών κυττάρων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και του νωτιαίου μυελού (Καλοταιράκης, 1989). Κατά τη διάρκεια της τυπικής εξέλιξης της λοίμωξης τα T-βοηθητικά κύτταρα (T-helper cells), τα οποία έχουν υποδοχείς κύτταρα CD4 (Cluster Destination 4), αδρανοποιούνται και καταστρέφονται. Τα κύτταρα αυτά είναι ζωτικής σημασίας για την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού καθώς δίνουν σήμα σε άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος να διαδραματίσουν τις ιδιαίτερες λειτουργίες τους. Ένα υγιές άτομο συνήθως έχει 800 έως 1200 CD4+T κύτταρα ανά κυβικό χιλιοστό (mm) αίματος. Κατά τη διάρκεια της λοίμωξης HIV, ο αριθμός αυτών των κυττάρων στο αίμα του προσβεβλημένου ατόμου μειώνεται προοδευτικά. Όταν ο αριθμός τους πέσει κάτω από 200 ανά κυβικό χιλιοστό, ο άνθρωπος γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος στις ευκαιριακές λοιμώξεις και τους καρκίνους που χαρακτηρίζουν το AIDS, το τελικό στάδιο της νόσου HIV. Οι άνθρωποι με AIDS συχνά υποφέρουν από λοιμώξεις στα έντερα, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα μάτια και σε άλλα όργανα καθώς επίσης και από εξουθενωτική απώλεια βάρους, διάρροια, νευρολογικές διαταραχές

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

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

1.2.1 Προέλευση των ιών HIV1 και HIV2

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

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

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

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

1.2.2 Ο Κύκλος Ζωής του HIV

Ο κύκλος ζωής του HIV περιλαμβάνει εννέα φάσεις μέχρι το στάδιο της ωρίμανσής του (NIAID, 1998). Οι φάσεις αυτές είναι:

- α. Επαφή - είσοδος του ιού.
- β. Αντίστροφη μεταγραφή.
- γ. Μεταφορά στον πυρήνα των κυττάρων.
- δ. Ενσωμάτωση.
- ε. Αντιγραφή του ιού.
- στ. Σύνθεση της πρωτεΐνης του ιού.
- ζ. Συγκρότηση του ιού.
- η. Απελευθέρωση του ιού.
- θ. Ωρίμανση.

1.3 Πορεία της Λοίμωξης HIV

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 (NIAID, 1998).

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

Το στάδιο 1 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 στο 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. 1 έως 3 εβδομάδες από την έναρξη των συμπτωμάτων καθίσταται εφικτή η ανίχνευση των αντισωμάτων με της συνήθεις μεθόδους ρουτίνας.

Η συμπτωματολογία της HIV- πρωτολοίμωξης συχνά συγχέεται με αυτή της λοιμώδους μονοπυρήνωσης (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 σταδίου 2, 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 του. 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 στάδιο 3, 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" μπορεί να είναι οξείες (πνευμονική φυματίωση) ή χρόνιες, οι οποίες ελάχιστα μόνο εξασθενίζουν τον οργανισμό (στοματική καντιδίωση). 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 (πνευμονοκύτωση, 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 στάδιο 2 ή 3, χωρίς κανένα προειδοποιητικό σύμπτωμα, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να περάσουν ξαφνικά σ' αυτό το σοβαρό συμπτωματικό στάδιο. Τα γενικά συμπτώματα του σταδίου 4 και ορισμένες δευτερεύουσες ευκαιριακές λοιμώξεις που παρατηρούνται μαρτυρούν μια αλλοίωση του ανοσοποιητικού συστήματος, η οποία επιδεινώνεται για να καταλήξει στο AIDS.

1.4 Κλινική Εικόνα Του HIV/AIDS

Ο όρος νόσος HIV/AIDS, αναφέρεται στο πιο προχωρημένο στάδιο της λοίμωξης HIV. Η κλινική διάγνωση του AIDS, σύμφωνα με τις οδηγίες της WHO (World Health Organization / Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) απαιτεί την παρουσία μιας σειράς συμπτωμάτων. Από αυτά, κάποια θεωρούνται κύρια, ενώ κάποια άλλα δευτερεύοντα. Η κλινική διάγνωση θεωρείται θετική όταν υπάρχουν τουλάχιστον δύο από τα εξής κύρια συμπτώματα: α) απώλεια βάρους 10% ή μεγαλύτερη (στα παιδιά αρκεί η ανακοπή της αύξησης του βάρους τους), β) διάρροια περισσότερο από ένα μήνα και γ) πυρετός περισσότερο από ένα μήνα. Τα δευτερεύοντα συμπτώματα είναι: βήχας περισσότερο από ένα μήνα, καθολική δερματίτιδα με κνησμό, έρπης ζωστήρας σε υποτροπή, καντιδίωση του στόματος και του φάρυγγα. Σε κάθε περίπτωση, η κλινική διάγνωση απαιτεί εργαστηριακή επιβεβαίωση, με την ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων (Κιόρτσης και Παπασπηλιόπουλος, 1997).

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε το 1993 από το CDC (Center for Disease Control / Κέντρο Ελέγχου Νόσων) των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Η.Π.Α), θεωρείται ότι έχουν αναπτύξει AIDS τα άτομα των οποίων ο αριθμός των Τ4 λεμφοκυττάρων είναι μικρότερος από 200 (NIAID, 1999) ή μικρότερος από το 14% του συνόλου των λεμφοκυττάρων του οργανισμού τους, ανεξάρτητα από την κλινική τους κατάσταση (Δαρδαβέσης, 1999).

Επιπρόσθετα, ο ορισμός περιλαμβάνει 26 κλινικές καταστάσεις-διαγνωστικά κριτήρια που προσβάλλουν άτομα με ανεπτυγμένη νόσο HIV (NIAID, 1999). Η

πλειονότητα αυτών είναι ευκαιριακές λοιμώξεις οι οποίες πολύ σπάνια μπορεί να βλάψουν υγιή άτομα. Όμως, για τα άτομα με AIDS οι λοιμώξεις αυτές είναι σοβαρές και μερικές φορές μοιραίες εξαιτίας του γεγονότος ότι το ανοσοποιητικό τους σύστημα είναι τόσο κατεστραμμένο από τον HIV που ο οργανισμός δεν είναι σε θέση να καταπολεμήσει ορισμένα βακτήρια, ιούς και άλλα μικρόβια.

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, κώμα, κοιλιακές κράμπες, δύσκολη ή επίπονη κατάποση (NIAID, 1999).

Τα άτομα με AIDS είναι ιδιαίτερος επιρρεπή στην εμφάνιση διαφόρων καρκίνων, ιδιαίτερα εκείνων που προξενούνται από ιούς, όπως είναι η αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma), καθώς και σε καρκίνους του τραχήλου ή καρκίνους του ανοσοποιητικού συστήματος, γνωστούς ως λεμφώματα. Οι καρκίνοι αυτοί είναι συνήθως πιο επιθετικοί και ως εκ τούτου είναι πιο δύσκολο να θεραπευτούν στα άτομα με νόσο HIV.

Κατά την πορεία της λοίμωξης HIV η μείωση των T4 λεμφοκυττάρων είναι σταδιακή για τα περισσότερα άτομα, αλλά ραγδαία για κάποια άλλα. Ένα άτομο με T4 λεμφοκύτταρα λιγότερα από 200, μπορεί να αναπτύξει κάποια από τα πρώιμα συμπτώματα της νόσου HIV. Υπάρχουν όμως άτομα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα ακόμη κι όταν ο αριθμός αυτός είναι μικρότερος από 200.

Πολλοί άνθρωποι εξουθενώνονται από τα συμπτώματα του AIDS σε τέτοιο βαθμό που δεν είναι σε θέση να αντεπεξέλθουν κανονικά στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις αλλά ούτε και στη συντήρηση του νοικοκυριού τους. Κάποιοι άλλοι μπορεί να βιώνουν φάσεις κατά τις οποίες η ασθένεια είναι ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή τους, οι οποίες όμως, εναλλάσσονται με φάσεις κανονικής λειτουργικότητας (NIAID, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

2.1 Πορεία και Εξέλιξη της Επιδημίας Παγκοσμίως

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. Η Beatrice Hahn του University of Alabama at Birmingham, η οποία εστιάζει τις έρευνές της στον HIV1, ανακοίνωσε κατά τη διάρκεια του 6ου Συνεδρίου για τους Ρετροϊούς και τις Ευκαιριακές Λοιμώξεις στο Σικάγο, την προέλευση του ιού από τους χιμπατζήδες (Beil, 1999). Ο Marx, του Tulane University Medical Center in N. Orleans, βοήθησε στον εντοπισμό της προέλευσης του HIV2 σε ένα άλλο θηλαστικό, τον πίθηκο sooty mangabey (Beil, 1999).

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

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

- α. Η εκδοχή της μετάλλαξης που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της παθογόνου δράσης του ιού, είναι μάλλον απίθανη.
- β. Η εκδοχή της παρασκευής του ιού από τον άνθρωπο αποκλείεται, καθώς η τεχνολογία που θα απαιτούσε ένα τέτοιο εγχείρημα δεν είχε ακόμη ανακαλυφθεί.
- γ. Η πιθανότερη εκδοχή είναι ότι οι HIV υπήρχαν στη φύση από πολύ παλιά και μόνο η ευρεία διασπορά τους είναι καινούρια.

Όταν η αμερικανική κυβέρνηση με σύντομη δημόσια ανακοίνωση ανέφερε μια παράξενη ασθένεια η οποία παρατηρήθηκε σε ομοφυλόφιλους άνδρες στο Λος Άντζελες, στις 5 Ιουνίου 1981, λίγοι άνθρωποι αντελήφθησαν το γεγονός (Balasegaram, 2001). Τα πρώτα θύματα της νόσου (εννοούμε εδώ, τα πρώτα θύματα από τη στιγμή που έγινε αντιληπτή η νόσος στην Αμερική και στην Ευρώπη) ήταν νεαροί ομοφυλόφιλοι. Έτσι οι επιστήμονες ονόμασαν αρχικά την ασθένεια Gay Syndrome ή νόσο των ομοφυλοφίλων. Σε κάποιες περιπτώσεις απάντησε και ως

Gay Cancer (Καρκίνος των Ομοφυλοφίλων) και ως Gay Plague (Πανώλη των Ομοφυλοφίλων). Λίγο αργότερα, άρχισε να επικρατεί η ονομασία GRID (Gay Related Immune Deficiency/Ανοσολογική Ανεπάρκεια των Ομοφυλοφίλων) (Δαρδαβέσης, 1999). Οι επιδημιολογικές μελέτες που ακολούθησαν και τα συμπεράσματα στα οποία οδήγησαν τους επιστήμονες κατέστησαν τους παραπάνω όρους άχρηστους. Έτσι χρησιμοποιήθηκε, ως πιο ικανοποιητικός, ο όρος AIDS.

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

Η εξάπλωση της νόσου σε παγκόσμια κλίμακα οπωσδήποτε ευνοήθηκε από τις ομοφυλοφιλικές ερωτικές πρακτικές και από τις πρακτικές των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Ωστόσο, είναι αναμφισβήτητο ότι οι παραπάνω πρακτικές δεν είναι οι κύριοι παράγοντες εξάπλωσης της νόσου. Το θέμα είναι ευρύτερο και σχετίζεται και με άλλους παράγοντες όπως είναι:

- α.** Η αστικοποίηση, που σημειώθηκε στη Αφρική και στις αναπτυσσόμενες χώρες, και η αυξανόμενη ανέχεια, είναι φαινόμενα που ευνόησαν τη διάσπαση του παραδοσιακού κοινωνικού κυττάρου και οδήγησαν ορισμένες ομάδες σε εντονότερο σεξουαλικό συγχρωτισμό (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).
- β.** Η εναλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων σε συνδυασμό με την απουσία χρήσης προφυλακτικού, την υψηλή συχνότητα της γονόρροιας καθώς και τη γενικότερη άγνοια του πληθυσμού σε θέματα υγείας (Taylor, 1995).
- γ.** Η ανάπτυξη που σημειώθηκε στον τομέα των μέσων μεταφοράς και του τουρισμού. Η θεαματική αύξηση των ταξιδιών "διεθνοποίησε" τα μικρόβια (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).
- δ.** Ο μαζικός εμβολιασμός στην Αφρική, που γινόταν όχι μόνο χωρίς να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής αλλά και με χρήση της ίδιας σύριγγας σε πλήθος ανθρώπων, ήταν πρακτική που ευνόησε την ανταλλαγή υγρών και κατά συνέπεια και τη μετάδοση του ιού (Taylor, 1995).
- ε.** Η σεξουαλική απελευθέρωση και γενικότερα η δημιουργία και η μεταβολή των κοινωνικών δεσμών.
- στ.** Οι μορφές κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικού αποκλεισμού.
- ζ.** Η κοινωνική διαφοροποίηση.
- η.** Η γενίκευση των μεταγίσεων αίματος και η διανομή παραγώγων αυτού ανά τον κόσμο. Η χρήση κοινών βελόνων και συριγγών από χρήστες ενδοφλεβίων

ναρκωτικών (Taylor, 1995).

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

ι. Δε θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα να ενίσχυσε την παθογόνο δράση του HIV κάποιος άλλος μολυσματικός παράγοντας που συνδέεται με αυτόν (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

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

2.1.1 Χρονολογικά Στοιχεία για την Εξέλιξη της Επιδημίας

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, ακολούθως 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 (Balter, 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 υγείς. 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 συγχորηγήσεις 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 καταφέρει 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.

2.1.2 Πορεία και Εξέλιξη της Επιδημίας 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 έρχεται «από έξω», για αυτό κρατήθηκε και ο μη ελληνικός τίτλος AIDS. Τα πρώτα κρούσματα εμφανίστηκαν τον Οκτώβριο του 1983 σχεδόν με δύο χρόνια καθυστέρηση από τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Την περίοδο 1985-1987 το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ξεκίνησε το σχεδιασμό για την ανάπτυξη στρατηγικής και την πρόληψη της εξάπλωσης του AIDS. Σε αυτό το σημείο έγινε εμφανής η έλλειψη πληροφοριών στις οποίες θα μπορούσε να βασιστεί μια εκστρατεία ενημέρωσης της κοινής γνώμης. Το ερευνητικό προσωπικό του τομέα της κοινωνιολογίας και μια ομάδα σπουδαστών της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών είχαν ξεκινήσει 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 εκτυλίσσονται χαρακτηριστικά για την νόσο στην Ελλάδα , τα οποία μας βοηθούν να κατανοήσουμε καλύτερα την πορεία και εξέλιξη της επιδημίας στη χώρα μας:

Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS (νόσου HIV) ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1984. Είναι ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Α1/6122/19-9-1986. Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS, ήταν ο κυριότερος τρόπος παρακολούθησης της λοίμωξης HIV στην Ελλάδα. Η εξέλιξη όμως που πραγματοποιήθηκε στον τομέα των θεραπειών, 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).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

3.1 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) σεξουαλική επαφή 2) έκθεση σε αίμα και τα παράγωγά του κατά το πλείστον μέσω χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών και μεταγγίσεων 3) κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί. (Χαλκιαδάκη Δ. ιατρικός τύπος 2001)

3.1.1 Σεξουαλική Μετάδοση

Είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης ανά τον κόσμο, όμως η γεωγραφική κατανομή ποικίλλει. Ετεροσεξουαλική μετάδοση είναι ο κύριος τρόπος διασποράς σε Αφρική, το 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 μολυσματικότητα του σεξουαλικού συντρόφου με HIV λοίμωξη είναι μεγαλύτερη επί υψηλού ιϊκού φορτίου (πρωτολοίμωξη και τελικά στάδια της νόσου, μη λήξη αντιρετροϊκής αγωγής), επί υπάρξεως γεννητικών ελκών και νυν ελκωτικών σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (συσχέτιση με αύξηση της ιϊκής απέκκρισης στο σπέρμα και τραχηλοκολπικές εκκρίσεις).

Η ευαισθησία του σεξουαλικού συντρόφου να μολυνθεί είναι μεγαλύτερη αν εμφανίζει ορθοπρωκτικά έλκη ή διαβρώσεις στο γεννητικό φλενογόνο. 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 Δ. ιατρικός τύπος 2001)

3.1.2 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 σχετίζονται με HIV λοίμωξη σε χρήστες, περιλαμβάνουν τη συχνότητα χρήσης κοινής βελόνας και τον αριθμό ατόμων που μοιράζονται την ίδια βελόνα. Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά HIV λοίμωξης επί χρήσεως ενδοφλεβίως κοκαΐνης και ηρωΐνης από ότι επί ηρωΐνης μόνης. Μεταξύ χρηστών, φτωχές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, έλλειψη στέγης και πληθυσμοί εθνικών μειονοτήτων

σχετίζονται με αυξημένα ποσοστά HIV λοίμωξης. (Χαλκιαδάκη Δ. ιατρικός τύπος 2001)

3.1.3 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 ένα τέταρτο με ένα τρίτο 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 – στάδιο της νόσου της μητέρας, 2) πλακουντιακοί, διότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος λόγω φλεγμονών 3) συνθήκες κατά τον τοκετό, όπως παρατεταμένη ρήξη μεμβρανών, πρόωρος τοκετός. (Χαλκιαδάκη Δ. ιατρικός τύπος 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). Ο συνδυασμός των δύο, μπορεί να μειώσει την πιθανότητα μετάδοσης στο 1% (NIAID, 1999). Βρέφη που γεννήθηκαν από οροθετικές μητέρες, έχουν παθητικά αποκτήσει μητρικά αντισώματα έναντι του HIV που επιμένουν για 12 με 18 μήνες.

3.1.4 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 τρεις περιπτώσεις μετάδοσης του HIV σε αρρώστους μετά από οδοντιατρικές πράξεις από έναν οδοντίατρο που πέθανε από AIDS ενώ

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 Δ. ιατρικός τύπος 2001)

Ο ιός έχει απομονωθεί, εκτός από το αίμα, το σπέρμα, τα κολπικά υγρά, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και το μητρικό γάλα, και από το 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 μεν στη μικρή ποσότητα του ιού που περιέχεται στα υγρά αυτά, αφετέρου δε 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).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει τις ομάδες εκείνες του πληθυσμού, οι οποίες είναι περισσότερο εκτεθειμένες στον HIV. Οι περιπτώσεις προσβολής αφορούν πλέον σε πολύ ευρύτερες ομάδες πληθυσμού από αυτές που θεωρούμε ομάδες "υψηλού κινδύνου". Ωστόσο θεωρούμε σκόπιμο να αναφέρουμε τις ομάδες "υψηλού κινδύνου", όπως αυτές απαντούν στη βιβλιογραφία.

Οι ομάδες υψηλού κινδύνου, περιλαμβάνουν:

- α.** Ομοφυλόφιλους άνδρες.
- β.** Αμφιφυλόφιλους άνδρες.
- γ.** Ετεροφυλόφιλα άτομα που έχουν συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων.
- δ.** Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών που χρησιμοποιούν τις ίδιες σύριγγες με άλλους.
- ε.** Αποδέκτες αίματος και προϊόντων αίματος, όπως αιμοφιλικοί και πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, καθώς και άτομα που υπέστησαν μετάγγιση αίματος προτού εφαρμοσθεί ο εργαστηριακός έλεγχος του αίματος και των προϊόντων του.
- στ.** Άτομα που είχαν εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα άτομα προερχόμενα από χώρες στις οποίες η λοίμωξη και νόσος HIV παρουσιάζει έξαρση.
- ζ.** Άτομα που έχουν εκτεθεί στον ιό κατά τη διάρκεια ιατρικών ή χειρουργικών πρακτικών όπου παραβιάστηκαν οι κανόνες υγιεινής.
- η.** Οι σεξουαλικοί σύντροφοι των ατόμων των παραπάνω κατηγοριών.
- θ.** Οι μητέρες που είναι οροθετικές.
- ι.** Επαγγελματίες του χώρου της υγείας που η ειδικότητά τους απαιτεί μεγάλη έκθεση στον HIV.
- ια.** Όλοι όσοι θεωρούν ότι ίσως έχουν εκτεθεί στον ιό (θύματα βιασμού, σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά).
- ιβ.** Άτομα που τα οποία οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι ίσως έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (σεξουαλικά δραστήριοι έφηβοι).
- ιγ.** Άτομα που βρίσκονται σε οποιοδήποτε στάδιο ασθένειας που συνδέεται με τη λοίμωξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ HIV

Είναι γεγονός ότι η πρόληψη είναι προτιμότερη σε κάθε περίπτωση. Στη περίπτωση δε της λοίμωξης και νόσου HIV, η πρόληψη είναι, για την ώρα, ο μόνος τρόπος περιορισμού της εξάπλωσης της επιδημίας.

Δεδομένου ότι δεν υπάρχει εμβόλιο για τον ιό, ο μόνος τρόπος πρόληψής του είναι η αποφυγή επικίνδυνης συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, επικίνδυνη συμπεριφορά καταδεικνύουν 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. Προς την κατεύθυνση αυτή, η μόνη πραγματικά αποτελεσματική πρόληψη είναι η σωστή ενημέρωση.

5.1 Προγράμματα Πρόληψης

Η σημασία των προγραμμάτων μεταβολής της συμπεριφοράς στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής είναι μεγαλύτερη όταν λείπει μια αποτελεσματική θεραπεία για τη νόσο, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση του AIDS. Από την έως τώρα εμπειρία, έχει γίνει σαφές ότι ξέρουμε λίγα για τους παράγοντες που επηρεάζουν την μείωση των συμπεριφορών κινδύνου αλλά αυτό που έχει διαφανεί καθαρά είναι ότι τα ενημερωτικά μηνύματα πρέπει να σέβονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά – την οικολογική ισορροπία – της κοινότητας στην οποία απευθύνονται και τα χαρακτηριστικά των τρόπων μετάδοσης που ισχύουν για κάθε χώρα. Η ταχύτερη εξάπλωση της λοίμωξης και νόσου HIV σε κάθε περιοχή της γης και σε κάθε πληθυσμιακή ομάδα, σε συνάρτηση με την έλλειψη αποτελεσματικού εμβολίου για πρόληψη της λοίμωξης ή για θεραπεία μετά τη λοίμωξη, επιβάλλουν την προληπτική αντιμετώπιση του προβλήματος ως κύριο μέσο προστασίας του πληθυσμού.

Προγράμματα πρόληψης περιέχουν στρατηγικές που αφορούν το μακρό-επίπεδο, δηλαδή το εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, όπως επίσης και αυτές που αφορούν το μικρό-επίπεδο, δηλαδή το επίπεδο παρέμβασης στην κατά περιοχές τοπική κοινωνία. Στο μακρό-επίπεδο, οι πολιτικές που αφορούν τη δημόσια υγεία και την εφαρμογή του νόμου και της τάξεως έχουν ως πρωταρχικό στόχο τη μείωση της πιθανότητας μετάδοσης της HIV λοίμωξης. Οι εθνικές και οι τοπικές πολιτικές καταστρώνονται και εφαρμόζονται σε κάθε περίπτωση και σε κάθε χώρα με σχετική αυτονομία, έτσι ώστε να προάγεται με βελτίωση η ελάττωση της μετάδοσης της HIV λοίμωξης. Όσον αφορά στα προγράμματα πρόληψης της HIV λοίμωξης στο μικρό – επίπεδο της εκάστοτε κοινωνίας αξιοποιούνται και λαμβάνονται πάντα υπόψιν

στοιχεία που αφορούν και σχετίζονται με τον τοπικό τρόπο συμπεριφοράς αλλά και κοινωνικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά περιφερειών.

Η διαδικασία της πρόληψης μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

- α.** Πρωτογενή πρόληψη του AIDS, που αφορά στη συνεχή ενημέρωση όλων των κοινωνικών ομάδων σχετικά με την αιτιολογία, τους τρόπους μετάδοσης της λοίμωξης καθώς και τα μέτρα προφύλαξης.
- β.** Εκπαίδευση, η οποία είναι σημαντικό να ξεκινά από τη σχολική ηλικία με στόχο την αποφυγή επικίνδυνων ερωτικών συμπεριφορών, καθώς και την αποφυγή μελλοντικής εμπλοκής με ναρκωτικές ουσίες που επιτείνουν τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV (Δαρδαβέσης, 1999).
- γ.** Επαγρύπνηση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας
- δ.** Πολιτιστική, θρησκευτική, κοινωνική ευαισθησία
- ε.** Σχεδιασμός αντιμετώπισης του στιγματισμού, της απομόνωσης και της περιθωριοποίησης.
- στ.** Συνδυασμός υπηρεσιών και χρηματοδότησης
- ζ.** Αντιμετώπιση της άρνησης
- η.** Δημιουργία συνεργατών και συνεργασιών
- θ.** Διασφάλιση της εφαρμογής παγκόσμιων οδηγιών πρόληψης.

Θεωρούμε σκόπιμο να παρουσιάσουμε αναλυτικά μέτρα πρόληψης που θεωρούνται τα πλέον σημαντικά στον τομέα της πρόληψης της λοίμωξης και της μετάδοσής της:

α. πρωτογενής πρόληψη του AIDS

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

Η ενημέρωση, γενικότερα, έχει σαν στόχο την τροποποίηση των μορφών συμπεριφοράς που εκθέτουν το άτομο στη λοίμωξη και παράλληλα στην αποτροπή του πανικού ή λανθασμένης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και τους φορείς. Μια ενημερωτική εκστρατεία, θα πρέπει λοιπόν να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό ενώ θα ήταν αποτελεσματικότερο να εξειδικευθεί για κάθε ειδική ομάδα "υψηλού κινδύνου". Ειδική ενημέρωση χρειάζονται επίσης οι ταξιδιώτες από χώρες όπου η νόσος θεωρείται ενδημική, οι ναυτικοί καθώς και οι κάτοικοι των τουριστικών περιοχών. Τέλος, πρέπει να εκπαιδευτεί σωστά και το υγειονομικό προσωπικό της

χώρας, ώστε να εξαλειφθούν φαινόμενα αδικαιολόγητου πανικού και λανθασμένης συμπεριφοράς απέναντι σε άτομα με λοίμωξη και νόσο HIV (Παπαευαγγέλου, 1989).

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

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

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

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

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

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

Για να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι νέοι (18-30 ετών) την ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά καθώς και οι τρόποι προφύλαξής τους από τον HIV, η Ιωαννίδη-Καπόλου πραγματοποίησε έρευνα που σαν στόχο είχε να δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα σχετικά με το πώς βιώνουν οι νέοι τον κίνδυνο τους AIDS, ποιες προφυλάξεις παίρνουν και ποια θεωρούν ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά. Το δείγμα, επιλέχθηκε ανάμεσα σε νεαρά άτομα, εντελώς τυχαία, χωρίς να προηγηθούν ειδικές δειγματοληπτικές, εξαιτίας του γεγονότος ότι η έρευνα αυτή στόχευε σε επαλήθευση παλαιότερης έρευνας. Η βασική ερώτηση που έγινε προσπάθεια να απαντηθεί στη συγκεκριμένη έρευνα ήταν ποιες είναι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των νέων για τη σεξουαλική συμπεριφορά που καθορίζουν και τα μέτρα προφύλαξης που υιοθετούν για την αντιμετώπιση του AIDS (Ιωαννίδη-

Καπόλου, 1997). Η έρευνα στηρίχτηκε στη θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων την οποία θεμελίωσε και ανέπτυξε ο Serge Moscovici και σύμφωνα με την οποία "οι κοινωνικές ψυχολογικές, πολιτισμικές, συμβολικές αλλά και φαντασιακές διαστάσεις που παρεμβαίνουν και καθορίζουν τη στάση και τη συμπεριφορά των ατόμων απέναντι σε ένα γνωστικό αντικείμενο, στη συγκεκριμένη περίπτωση το AIDS, συμπεριλαμβάνονται στον όρο αναπαράσταση" (Ιωαννίδη-Καπόλου, 1997). Στόχος λοιπόν της έρευνας ήταν η αποτύπωση των απόψεων των στάσεων και της σεξουαλικής συμπεριφοράς σχετικά με την αντιμετώπιση του AIDS και διερευνώντας τις κοινωνικές αναπαραστάσεις τους μέσα από νέες μεθοδολογικές προσεγγίσεις.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν, οι νέοι εμφανίστηκαν αρκετά ενημερωμένοι ως προς την ασθένεια και τους τρόπους μετάδοσής της. Το AIDS αναγνωρίζεται ως ασθένεια του ανοσοποιητικού συστήματος το οποίο μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή. Οι νέοι πιστεύουν ότι οι ομάδες των ομοφυλόφιλων και τοξικομανών κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από τον ιό, σε σύγκριση με άλλες πληθυσμιακές ομάδες. Στην Ελλάδα όμως, η ομάδα με τα περισσότερα κρούσματα μετά τους ομοφυλόφιλους είναι οι ετεροφυλόφιλοι. Πάραυτα, ενώ οι νέοι έχουν κατανοήσει ότι χρειάζεται να αλλάξουν τη σεξουαλική τους συμπεριφορά προκειμένου να αποφύγουν το AIDS, εμφανίζονται συγχυσμένοι σχετικά με τους τρόπους προφύλαξης και τις αλλαγές της συμπεριφοράς τους. Έτσι απαντούν με γενικεύσεις και δηλώνουν ότι λαμβάνουν "κάποια μέτρα προφύλαξης" χωρίς να αναφέρουν συγκεκριμένες μεθόδους προφύλαξης. Σύγχυση όμως επικρατεί και στον τρόπο με τον οποίο οι νέοι επιλέγουν σύντροφο, πράγμα που είναι σημαντικό, αφού η λοίμωξη HIV μπορεί να υπάρχει χωρίς όμως να διακρίνονται τα συμπτώματα του ατόμου που έχει μολυνθεί όσο διάστημα είναι φορέας. Έτσι λοιπόν, αφενός οι νέοι θεωρούν ότι επιλέγουν προσεκτικά το σύντροφό τους και αισθάνονται ασφαλείς και αφετέρου όταν ρωτήθηκαν σχετικά με τα κριτήρια με τα οποία τον επιλέγουν, οι περισσότεροι ανέφεραν την "ομορφιά".

Αποδείχθηκε επίσης ότι οι νέοι της έρευνας δεν προφυλάσσονται σωστά για να αποφύγουν μια πιθανή μόλυνση από τον HIV. Η κοινωνική αναπαράσταση εμπειριέχει την έννοια του κινδύνου και της σωστής προφύλαξης σε θεωρητικό όμως επίπεδο. Όταν μετατρέπεται σε συμπεριφορά, η σύγχυση που επικρατεί για τους τρόπους προφύλαξης δεν βοηθάει στην σωστή αντιμετώπιση του AIDS. Ακόμη, σύμφωνα με τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας, μια μερίδα νέων θεωρούν ότι δεν κινδυνεύουν επειδή έχουν "μόνιμες" σχέσεις -που διαρκούν κάποιο χρονικό διάστημα- και πιστεύουν ότι μπορούν να καταλάβουν πότε κινδυνεύουν και να λάβουν έγκαιρα τα μέτρα τους (Ιωαννίδη-Καπόλου, 1997). Φαίνεται λοιπόν, ότι ο

φόβος για την ασθένεια και η ανάγκη τροποποίησης της σεξουαλικής συμπεριφοράς δεν αποτελούν επαρκή στοιχεία για να συμβάλλουν στην υιοθέτηση μέτρων σωστής προφύλαξης. Επομένως, η γνώση και η στάση των νέων για το AIDS και τους τρόπους προφύλαξης σε σχέση και με τη σεξουαλική τους συμπεριφορά, δεν τους έχει ωθήσει στην τροποποίηση τη συμπεριφορά τους ούτε στην υιοθέτηση μίας ασφαλέστερης σεξουαλικής συμπεριφοράς (Ιωαννίδη-Καπόλου, 1997).

β. Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση για τους τρόπους μετάδοσης του ιού και για τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να ελαττωθεί ή και να εξαφανιστεί η έκθεση σε αυτόν είναι το πιο σημαντικό μέσο περιορισμού της διασποράς του. Μια τέτοια εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που η συμπεριφορά τους τα εκθέτει στον κίνδυνο της λοίμωξης.

Καθώς η σεξουαλική συμπεριφορά είναι θέμα προσωπικό, η εκπαίδευση πρέπει να απευθύνεται σε όλο τον πληθυσμό ώστε να έχουν πρόσβαση εκείνοι οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο. Οι έφηβοι και οι ενήλικες που μπαίνουν στην ηλικία της σεξουαλικής δραστηριότητας πρέπει να τυγχάνουν ιδιαίτερης προσοχής. Συγκεκριμένα, τα εκπαιδευτικά μηνύματα πρέπει να είναι κατανοητά, σαφή και ακριβή και να έχουν την απαιτούμενη ευαισθησία (ΠΟΥ, 1991β). Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να δίνουν πληροφορίες στα άτομα, οι οποίες τα βοηθούν να κατανοήσουν τις συνέπειες της λοίμωξης και με αυτό τον τρόπο να τα ωθήσουν να τροποποιήσουν τη σεξουαλική τους συμπεριφορά με στόχο την ελάττωση του κινδύνου της μόλυνσης (ΠΟΥ, 1991β).

Επιπλέον, μέρος αυτών των προγραμμάτων πρέπει να είναι και η εξάσκηση σε διαπροσωπικές δεξιότητες όπως συζητήσεις για σεξουαλικές πρακτικές, συζητήσεις με το σύντροφο για την αποφυγή κινδύνων (ΠΟΥ, 1991β).

γ. Επαγρύπνηση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

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

δ. Πολιτιστική, θρησκευτική, κοινωνική ευαισθησία

Δεν υπάρχει ένα και μοναδικό πρόγραμμα που να έχει την ίδια σημασία, να είναι συνέχεια αποτελεσματικό και να αφορά όλους τους ανθρώπους ταυτόχρονα. Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να είναι σχεδιασμένα και αντίστοιχα

ευαισθητοποιημένα στα τοπικά έθιμα, τις πολιτιστικές συνήθειες και πρακτικές, τα θρησκευτικά πιστεύω και τις επικρατούσες κοινωνικές αξίες όπως επίσης και σε άλλους παραδοσιακούς κανόνες και πρακτικές. Όμως, όπου αυτά δεν συμβιβάζονται και αντιτίθενται σε οδηγίες πρόληψης, μετάδοσης του HIV (πρακτικές για περιτομή, σκαρφισμός του δέρματος, σεξουαλική κακοποίηση ή έκδοση παιδιών) πρέπει να συζητούνται και να επανεξετάζονται αφού δοθούν σαφείς επεξηγήσεις. Σημαίνονται πρόσωπα της τοπικής κοινωνίας και άτομα που υπηρετούν στις Υπηρεσίες Υγείας έχουν να παίξουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία πρόληψης της λοίμωξης.

ε. Σχεδιασμός αντιμετώπισης του στιγματισμού, της απομόνωσης και της περιθωριοποίησης

Πέρα από τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και οι μαίες έχουν την υποχρέωση και την ευθύνη να παρέχουν φροντίδα σε όλους τους ανθρώπους ανεξάρτητα από την ιατρική ή κοινωνική τους κατάσταση. Λειτουργούν ως πρότυπα προς τους άλλους ανθρώπους και συμβάλλουν έτσι στη βοήθεια του αγώνα ενάντια στο στιγματισμό, στην απομόνωση και στο ρατσισμό κατά των HIV οροθετικών ασθενών. Οι στρατηγικές πρόληψης καθίστανται περισσότερο επιτυχείς όταν η HIV λοίμωξη αντιμετωπίζεται από το σύστημα υγείας όπως όλες οι χρόνιες ασθένειες.

στ. Συνδυασμός υπηρεσιών και χρηματοδότησης

Ο συνδυασμός των υπηρεσιών συμβουλευτικής, εκπαίδευσης, υποστήριξης, φροντίδας, χρηματοδότησης και αξιοποίησης πόρων είναι αναγκαίος για να επιτευχθεί μια ολιστική στρατηγική πρόληψης και φροντίδας. Παραδείγματος χάριν, ο προγεννητικός έλεγχος και ο οικογενειακός προγραμματισμός, STD προγράμματα, η κατά οίκων νοσηλεία, η νοσοκομειακή φροντίδα, η κρατική μέριμνα όπως και άλλοι πόροι και υπηρεσίες πρέπει να συνδυάζονται για να υποστηρίξουν ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα. Έτσι, μέσω κάθε υφιστάμενου προγράμματος με πρόσβαση στο ευρύ κοινό επιτυγχάνεται η επιμόρφωση με στόχο την αποτελεσματική πρόληψη χωρίς να διαφαίνεται διάκριση ή στιγματισμός κοινωνικών ομάδων.

ζ. Αντιμετώπιση της άρνησης

Η HIV λοίμωξη προκαλεί άρνηση και σκεπάζεται από τους οροθετικούς ή πάσχοντες από μια « συνομωσία σιωπής». Οι περισσότεροι αποφεύγουν να ελεγχθούν για τον HIV ή να παραδεχτούν ότι είναι οροθετικοί γιατί φοβούνται τη διάκριση, τη βία, το στιγματισμό και την απομόνωση. Στην αντιμετώπιση της άρνησης, σημαντικό ρόλο μπορούν να παίξουν οι συντεταγμένες δημόσιες και ιδιωτικές ιατρικές υπηρεσίες και κυρίως οι νοσηλεύτριες, μαίες, επισκέπτριες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί και εργασιοθεραπευτές. Οι στρατηγικές πρόληψης που αφορούν στα πολύπλοκα και διαφορετικά θέματα σχετιζόμενα με την μετάδοση του

HIV μπορούν ευχερέστερα και με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα να εφαρμοστούν όταν η HIV λοίμωξη καθίσταται πρόβλημα του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.

η. Δημιουργία συνεργατών και συνεργασιών

Κυβερνήσεις, νομοθέτες, φορείς εφαρμογής του νόμου, προσωπικό φορέων υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, μη κυβερνητικές οργανώσεις, θρησκευτικοί αρχηγοί και θρησκευτικές ομάδες είναι σημαντικοί συνεργάτες που με ενωμένες τις δυνάμεις τους μπορούν να επιφέρουν σημαντικά αποτελέσματα στον αγώνα για την πρόληψη της μετάδοσης του HIV.

θ. Διασφάλιση της εφαρμογής παγκόσμιων οδηγιών πρόληψης.

Οι θεσμοθετημένες Παγκόσμιες Οδηγίες Πρόληψης υιοθετούνται και εφαρμόζονται σε κάθε επίπεδο. Οι νοσηλεύτριες και οι μαίες έχουν κεντρικό ρόλο στην επίβλεψη και διασφάλιση της εφαρμογής των παγκόσμιων οδηγιών πρόληψης στο χώρο εργασίας τους. Η εφαρμογή προγραμμάτων εξασφάλισης ποιοτικών υπηρεσιών και η διασφάλιση της παροχής επαρκών προμηθειών και ανθρώπινων πόρων βοηθούν στην ανάπτυξη ενός ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας. Επιπλέον, η παροχή επαρκούς φροντίδας για το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό που παρέχει υπηρεσίες αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για τη συνέχιση παροχής ιατρικών υπηρεσιών στο κοινωνικό σύνολο.

Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί ότι το όλο πρόβλημα της πρόληψης έγκειται στο γεγονός ότι τα μέσα πρόληψης του AIDS πρέπει να βασιστούν στην υπευθυνότητα του ατόμου -παράγοντας εντελώς υποκειμενικός- ο οποίος εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους. Ακόμη και σήμερα, το AIDS εναπόκειται στη γνώση και τις πρακτικές οι οποίες αφορούν σε ένα μικρό τμήμα της κοινωνίας. Το ευρύ κοινό αρνείται να αντιμετωπίσει το θέμα στις αληθινές του διαστάσεις και υπό αυτή την έννοια, η πρόληψη παρεμποδίζεται.

Τα παραπάνω συμπεράσματα, δεν φαίνεται να ισχύουν όμως και για τους σπουδαστές της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Δαρδαβέση και συνεργάτες του (Δαρδαβέσης., 1997) με σκοπό την καταγραφή και αξιολόγηση των στάσεων και της συμπεριφοράς των σπουδαστών του συγκεκριμένου ΤΕΙ -δεδομένης της υπεύθυνης θέσης και του ρόλου των νοσηλευτικών και των παρασκευαστών στο Σύστημα Υγείας- διαπιστώθηκε ότι το AIDS είχε σαφή επίδραση στη διαμόρφωση των στάσεων και της συμπεριφοράς των συγκεκριμένων σπουδαστών (το δείγμα αποτελούσαν σπουδαστές του τμήματος Ιατρικών Εργαστηρίων και Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Θεσσαλονίκης). Η επίδραση αυτή σε επίπεδο σεξουαλικής συμπεριφοράς εμφανίζεται με την επιδίωξη σύναψης σταθερών ερωτικών σχέσεων και έπειτα από

προσεκτική επιλογή του συντρόφου σε συνδυασμό με την αυξημένη συχνότητα χρήσης προφυλακτικών.

Σε επίπεδο άσκησης του επαγγέλματος, η επίδραση της λοίμωξης και νόσου HIV στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των στάσεων και της συμπεριφοράς σχετίζεται με τον προσεκτικό χειρισμό χρησιμοποιημένων αιχμηρών αντικειμένων και την αποδοχή της φροντίδας και νοσηλείας φορέων και ασθενών από την πλειοψηφία των σπουδαστών. Η θετική εικόνα των αποτελεσμάτων της έρευνας μπορεί να οφείλεται στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Σχολής επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ ενώ, δεν πρέπει να υποτιμηθεί και το γεγονός ότι έστω και ένα μικρό ποσοστό, είχε αρνητική στάση και αναστολές.

5.2 Μορφές Πρόληψης

5.2.1 Πρόληψη της Μετάδοσης με Μολυσμένο Αίμα και Παράγωγα του Πλάσματος

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

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

- α.** Προσεκτική επιλογή αιμοδοτών.
- β.** Αποκλεισμό από την αιμοδοσία ατόμων που θεωρείται ότι ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.
- γ.** Αποκλεισμό από την αιμοδοσία τουριστών και ναυτικών ή ατόμων προερχομένων από χώρες που παρουσιάζουν επιπολασμό της λοίμωξης HIV.
- δ.** Αυστηρή τήρηση των κανόνων αιμοδοσίας.
- ε.** Αυστηρό εργαστηριακό έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος.

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 έμβρυο. Μετά τον τοκετό συνίσταται η αποφυγή του θηλασμού. (Δαρδαβέσης, 1999).

5.2.3 Πρόληψη με Προσυμπτωματικό Έλεγχο

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

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:

- α.** Αποστείρωση εργαλείων.
- β.** Απολύμανση κάθε υλικού που ήρθε σε επαφή με αίμα ή βιολογικά υλικά.
- γ.** Χρησιμοποίηση ειδικών δοχείων στα οποία θα τοποθετούνται οι βελόνες, σύριγγες και τα υπόλοιπα υλικά που έχουν χρησιμοποιηθεί.
- δ.** Απολύμανση χεριών.
- ε.** Χρήση γαντιών, γυαλιών ή προσωπίδων όπου απαιτείται.
- στ.** Νοσηλεία ασθενών με νόσο HIV σε ειδικούς θαλάμους.
- ζ.** Προσπάθεια αποφυγής τραυματισμών.
- η.** Αναγραφή ειδικών οδηγιών στα φιαλίδια με δείγματα αίματος ή άλλων βιολογικών υγρών υλικών (Δαρδαβέσης, 1999).

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:

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

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

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

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

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

Εφαρμογή προγραμμάτων όπου θα παρέχονται δωρεάν σύριγγες.

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

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

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

Προμήθεια προφυλακτικών.

Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών αποτελούν τη βασική αιτία διασποράς του HIV στον ετερόφυλο πληθυσμό, αφού μεταδίδουν τον ιό όχι μόνο αιματογενώς αλλά και με τη σεξουαλική οδό. Για αυτό, πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για την εφαρμογή μεθόδων ασφαλούς σεξουαλικής επαφής. Ένας τρόπος για να διευκολυνθεί αυτό είναι με την προμήθεια προφυλακτικών η οποία πρέπει να είναι ελεύθερη και εύκολη. Η προμήθεια των προφυλακτικών πρέπει να γίνεται από τα

φαρμακεία και από άλλες πηγές καθώς και από αυτόματους πωλητές. Η διασπορά του AIDS μπορεί να περιοριστεί και με την προμήθεια προφυλακτικών και συριγγών μέσα στις φυλακές όμως μόνο σε μερικές χώρες εφαρμόζονται τέτοια προγράμματα (Παπαευαγγέλου, 1995).

Οργάνωση δικτύου θεραπευτικών κοινοτήτων.

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

Προσπάθειες για την κοινωνική επανένταξη των χρηστών.

Με αυτό τον τρόπο, μειώνονται οι πιθανότητες διασποράς του ιού αφού το άτομο επανεντάσσεται κοινωνικά και διακόπτει ή τουλάχιστον προσπαθεί να διακόψει τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

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:

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

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):

- α. Τήρηση των κανόνων υγιεινής.
- β. Προφύλαξη από διάφορες ασθένειες και λοιμώξεις.
- γ. Αποφυγή κόπωσης.
- δ. Καλή διατροφή και ειδική δίαιτα 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).

5.3.1. Προφυλακτικά και Σπερματοκτόνα

Η συστηματική χρήση προφυλακτικού, σε συνδυασμό με τη χρήση κάποιου σπερματοκτόνου, αποτελεί τον καλύτερο ίσως και πιο αποτελεσματικό τρόπο πρόληψης. Ακόμη όμως και τα ελαστικά προφυλακτικά δεν προσφέρουν πλήρη προστασία στην πρόληψη της μετάδοσης του HIV (όπως δεν εξασφαλίζουν απόλυτα την αντισύλληψη). Αυτό οφείλεται, κατά ένα μέρος τουλάχιστον, στον κίνδυνο να σπάσει το προφυλακτικό. Η ορθή χρήση των προφυλακτικών συμβάλλει στην αποτελεσματικότητά τους.

Για να είναι αποτελεσματικά στην πρόληψη της μετάδοσης του HIV, τα προφυλακτικά πρέπει να τοποθετούνται πριν και να χρησιμοποιούνται σε όλη τη διάρκεια της διεισδυτικής σεξουαλικής επαφής. Τα προφυλακτικά δεν πρέπει να ξαναχρησιμοποιούνται. Η προώθηση και η προσφορά των προφυλακτικών θεωρείται ειδικό μέτρο ελέγχου της νόσου. Παράλληλα, τα σπερματοκτόνα χαρακτηρίζονται ως τα χημικά μέσα που χρησιμοποιούνται ως τρόποι αντισύλληψης και διαθέτουν την ικανότητα εξουδετέρωσης ή αδρανοποίησης σπερματοζωαρίων αλλά και παθογόνων

υπεύθυνων για σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων συμπεριλαμβανομένου και του HIV. Κατόπιν πληθώρας εξειδικευμένων κλινικών δοκιμασιών, σπερματοκτόνα που περιέχουν το συστατικό nonoxonyl-9 αποδείχθηκε ότι δε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ως μέσο για την προστασία από την HIV λοίμωξη. Αντίθετα, έρευνες κατέδειξαν ότι το συστατικό menfegol- benzalkonium chloride είναι δραστικό κατά της HIV λοίμωξης.

5.3.2 Ανδρικό Προφυλακτικό από latex

Εργαστηριακές και κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι το ανδρικό προφυλακτικό από latex προστατεύει αποτελεσματικά έναντι μεγάλου εύρους παθογόνων υπεύθυνων για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μεταξύ αυτών και το aids.

5.3.3 Ανδρικό Προφυλακτικό από Φυσική Μεμβράνη

Το προφυλακτικό από φυσική μεμβράνη κατασκευασμένο συνήθως από έντερο προβάτου χρησιμοποιείται πλέον σπανίως. Στις Η.Π.Α. εξακολουθεί να αποτελεί εναλλακτικό μέσο για άτομα με αλλεργία στο latex. Το υλικό του είναι εκ φύσεως πορώδες και οι πόροι του επιτρέπουν τη διόδο παθογόνων μικροοργανισμών. Σε πληθώρα εργαστηριακών μελετών έχει αποδειχθεί ότι η φυσική μεμβράνη δεν αποτελεί επαρκή φραγμό για ιούς όχι μόνο μικρού μεγέθους αλλά και μεγαλύτερους όπως ο HIV.

5.3.4 Προφυλακτικά από άλλα Συνθετικά Υλικά

Νεότερα προϊόντα είναι κατασκευασμένα από άλλα συνθετικά υλικά (πολυουρεθάνη). Είναι ευκολότερα στην εφαρμογή τους από τα latex, λεπτότερα και άοσμα. Ωστόσο, σε δύο μεγάλες προοπτικές μελέτες σε σύγκριση με τα latex, εμφάνισαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό υψηλότερη συχνότητα συμβάντων όπως ρήξης ή διολίσθησης. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι εξαιτίας αυτού τα προφυλακτικά αυτά προσφέρουν πιθανώς μικρότερη προστασία έναντι του ιού HIV.

5.3.5 Γυναικείο Προφυλακτικό

Έχει αποδειχθεί αποτελεσματικός φραγμός έναντι του HIV σε εργαστηριακές έρευνες. Όμως το μεγαλύτερο μειονέκτημά του έγκειται στη δυσκολία τοποθέτησής του που απαιτεί προηγούμενη εκπαίδευση της γυναίκας. Η δυσχέρεια αυτή περιορίζει τις δυνατότητες ευρείας διάδοσης και χρήσης του, εφόσον μάλιστα η απαιτούμενη εκπαίδευση δεν είναι η απλούστερη δυνατή.

5.3.6 Καλύμματα Τραχήλου-Διάφραγμα

Το διάφραγμα και τα καλύμματα του τραχήλου σε αναδρομικού τύπου κυρίως μελέτες έχουν αποδειχθεί ότι δεν έχουν προστατευτική δυνατότητα έναντι στον ιό HIV.

Μέχρι την ανάπτυξη βελτιωμένων προϊόντων, οι φυσικοί φραγμοί, με κυριότερο εκπρόσωπο τα ανδρικά προφυλακτικά, και με παράλληλη χρήση συγκεκριμένων σπερματοκτόνων παραμένουν τα αποτελεσματικότερα και ασφαλέστερα μέσα προστασίας από τη σεξουαλική μετάδοση του HIV (ΠΟΥ, 1991β).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ HIV

Όταν πρωτοεμφανίστηκε το AIDS, δεν υπήρχαν φάρμακα ικανά να αναχαιτίσουν την κατάρρευση του ανοσοποιητικού συστήματος, ενώ τα φάρμακα για την αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων ήταν ελάχιστα. Έκτοτε αναπτύχθηκαν πολλές θεραπευτικές αγωγές που είχαν ως στόχο την αντιμετώπιση τόσο της λοίμωξης, όσο και των σχετικών με αυτή λοιμώξεων και καρκίνων (NIAID, 1999). Οι προοπτικές για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS είναι σε γενικές γραμμές ενθαρρυντικές. Οι γνώσεις μας σχετικά με την μοριακή βιολογία του ιού, την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού, την παθογένεια της νόσου και τη θεραπευτική αγωγή κατά του HIV αποτελούν ελπίδα για τον έλεγχο της επιδημίας.

Επιπλέον, η χρήση νέων φαρμάκων καθώς και ο συνδυασμός πολλών φαρμάκων -με διαφορετική δράση στις διάφορες φάσεις αναπαραγωγής του HIV- επιτυγχάνουν την αναστολή της πορείας της ιοφορίας προς τη νόσο, μεγαλύτερη περίοδο επιβίωσης των ασθενών και βελτίωση της ποιότητας ζωής του (Δαρδαβέσης, 1999).

Τα πρώτα φάρμακα που δημιουργήθηκαν ήταν οι αναστολείς της αντίστροφης τρανσκριπτάσης, οι οποίοι σταματούν την προσβολή των CD4 από τον ιό καθώς σταματούν τη μεταγραφή του γενετικού υλικού του ιού στη "γλώσσα" του ανθρωπίνου γενετικού υλικού. Άλλα φάρμακα είναι οι αναστολείς της τρανσκριπτάσης και οι αναστολείς της πρωτεάσης.

Αισιοδοξία προκαλεί το γεγονός ότι η προληπτική χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων σε οροθετικές έγκυες γυναίκες μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης της λοίμωξης HIV στο κύημα περίπου κατά 80% ενώ περίπου στο ίδιο ποσοστό μειώνεται και η πιθανότητα λοίμωξης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έπειτα από επαγγελματική έκθεση στον ιό (Δαρδαβέσης, 1999). Η απομόνωση το ιού του AIDS οδήγησε σε προβλέψεις υπέρ του δέοντος αισιόδοξες για την ανακάλυψη ενός αποτελεσματικού εμβολίου. Οι σύγχρονες γνώσεις των ερευνητών σχετικά με την ιολογία και την ανοσολογία, τους επιτρέπουν να πιστεύουν ότι έχει επιτευχθεί μια θεωρητική προσέγγιση στα εμβόλια. Παρά ταύτα, η ανάπτυξη ενός εμβολίου εναντίον του HIV μπορεί να φαίνεται πιθανή, δεν είναι όμως εύκολη. Πάντως, η χρήση του θα αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική, κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το πρόβλημα είναι έντονο και στις οποίες η χρήση του προφυλακτικού είναι αδιανόητη (απόδειξη γι' αυτό αποτελούν οι εκστρατείες ενημέρωσης οι οποίες δεν πέτυχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα) (Δαρδαβέσης, 1999).

Οι ελπίδες για τη δημιουργία αποτελεσματικού εμβολίου στηρίζονται στις γνώσεις μας τόσο για τον ιό όσο και για τον ανοσολογικό μηχανισμό του οργανισμού

αλλά και στις ενδείξεις που έχουμε ότι είναι δυνατό να επιτευχθεί ανοσία από τροποποιημένα εξασθενημένα στελέχη του HIV.

Σε συνδιάσκεψη που πραγματοποιήθηκε στη Φιλαδέλφεια, με θέμα τα εμβόλια για τον HIV, οι ερευνητές παρουσιάστηκαν πολύ αισιόδοξοι καθώς τα ερευνητικά προγράμματα προχωρούν. (για παράδειγμα, οι ερευνητές από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Harvard, ανακοίνωσαν ότι το εμβόλιο που χορήγησαν σε πιθήκους πειραματόζωα, τους κατέστησε απρόσβλητους για 600 μέρες-μέχρι τότε που πραγματοποιήθηκε η ανακοίνωση). Μέχρις ότου αναπτυχθεί και εφαρμοστεί κάποια αποτελεσματική θεραπεία ίασης και προληπτικού εμβολίου, ο έλεγχος της λοίμωξης θα εξακολουθήσει να στηρίζεται στην συστηματική ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και των ομάδων συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

7.1 Θεσμοθετημένοι φορείς

Η ταχύτατη εξάπλωση της επιδημίας κινητοποίησε τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Από το 1983 και πριν ακόμα εμφανισθεί το πρώτο κρούσμα στη χώρα μας, με την πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Υ.Υ.Π) δημιουργήθηκε Εθνική Επιτροπή AIDS.

Η κινητοποίηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας στράφηκε σε τρεις παράλληλους άξονες:

- α) ενημέρωση νοσηλευτικού προσωπικού – διαφώτιση ομάδων υψηλού κινδύνου και γενικού πληθυσμού.
- β) ανάπτυξη της κατάλληλης εργαστηριακής υποδομής
- γ) εφαρμογή μέτρων ελέγχου και επαγρυπνήσεως.

Προσπάθειες καταβλήθηκαν για την ορθή ενημέρωση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού με αποστολή ενημερωτικών εγκυκλίων και σχετικών οδηγιών. Παράλληλα, δημοσιεύτηκαν αρκετά άρθρα ενημερώσεως για τη φύση της νόσου, τους τρόπους μεταδόσεως και τη λήψη μέτρων προλήψεως αλλά και επιστημονικές εργασίες. Η Εθνική Υπηρεσία Αιμοδοσίας εξέδωσε οδηγίες για την όσο δυνατόν καλύτερη επιλογή των αιμοδοτών και ειδικότερα την αποφυγή συλλογής αίματος από άτομα που μπορεί να είναι φορείς του αιτιολογικού παράγοντα του AIDS.

Ταυτόχρονα, η Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του ΥΥΠ και Κέντρου Αναφοράς (ΚΑ) εξέδωσε φυλλάδια για το νοσηλευτικό προσωπικό, το ευρύτερο κοινό, για τους ομοφυλόφιλους και τους τοξικομανείς. Συγχρόνως, πραγματοποιήθηκαν ενημερωτικές ομιλίες και συζητήσεις στρογγυλής τραπέζης σε διάφορα νοσοκομεία και ιδρύματα.

Παράλληλα με την ενημέρωση – διαφώτιση άρχισε η ανάπτυξη της κατάλληλης εργαστηριακής υποδομής. Το ανοσολογικό εργαστήριο του θεραπευτηρίου «Ευαγγελισμός» ορίσθηκε υπεύθυνο για τη μελέτη της ανοσολογικής καταστάσεως των περιστατικών με AIDS. Το 1983 το Εθνικό Κέντρο Ιογενούς Ηπατίτιδος της Υ.Σ.Α. άρχισε να αναπτύσσει την κατάλληλη υποδομή για τη διάγνωση της λοιμώξεως από τον HIV. Έτσι, δημιουργήθηκε το Κέντρο Αναφοράς AIDS της Υ.Σ.Α. που προσφέρει σήμερα διαγνωστικές υπηρεσίες για τα εμφανιζόμενα ύποπτα κρούσματα και επιβεβαιώνει θετικά ευρήματα άλλων εργαστηρίων.

Με τις ενέργειες αυτές, την εκπαίδευση προσωπικού και τη συμπαράσταση της Διευθύνσεως Δημόσιας Υγιεινής του ΥΥΠ και ΚΑ άρχισε να γίνεται ο έλεγχος των

αιμοδοτών από τα Κέντρα και Σταθμούς Αιμοδοσίας. Ιδρύθηκαν άλλα δύο Κέντρα Αναφοράς, ένα στην Θεσσαλονίκη και άλλο ένα στα Ιωάννινα, ενώ από τον Οκτώβριο του 1985 ιδρύθηκε και λειτουργεί το Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νόσων στο Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών υπό την επιστημονική εποπτεία της Έδρας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής της Υ.Σ.Α.. Εκεί, γινόταν ο έλεγχος των ομάδων υψηλού κινδύνου.

Από το 1985 καθιερώθηκαν επιπλέον ο υποχρεωτικός έλεγχος των αιμοδοτών, η χρησιμοποίηση ελεγμένου αίματος ή παραγώγων του, η εισαγωγή μόνο ασφαλών παραγώγων αίματος και ο αποκλεισμός των μολυσμένων δοτών σπέρματος και οργάνων προς μεταμόσχευση. Ιδρύθηκε ειδικό οδοντιατρικό ιατρείο προς εξυπηρέτηση των φορέων στο Λαϊκό Νοσοκομείο και έγινε η κατάλληλη οργάνωση των νοσοκομείων για τη νοσηλεία των υπόπτων περιστατικών. (Παπαευαγγέλου Γ., Καλλίνικος Γ. 1986).

Σήμερα, η πολιτική υγείας περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υγειονομικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων που απαιτούν τη συνεργασία και το συντονισμό μεταξύ όλων των φορέων, οργανώσεων, ιδρυμάτων και ατόμων που απασχολούνται στον αγώνα κατά της μάστιγας του AIDS. (Υφαντόπουλος Γ. 2002).

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει δημιουργήσει και στελεχώσει τις ακόλουθες Μονάδες για την πρόληψη και αντιμετώπιση κρουσμάτων AIDS:

ΚΕΝΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

- Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα
- Κέντρο Έλεγχου AIDS Βορειοδυτικής Ελλάδας το οποίο λειτουργεί στα Ιωάννινα (Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων)
- Κέντρο Ελέγχου AIDS Νοτιοδυτικής Ελλάδας το οποίο λειτουργεί στην Πάτρα (Πανεπιστήμιο Πατρών)
- Κέντρο Ελέγχου Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα (Νοσοκομείο "Α. Συγγρός",)
- Κέντρο Ελέγχου AIDS Ι.Κ.Α. το οποίο λειτουργεί στην Αλεξανδρούπολη

ΕΘΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

- Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορείου Ελλάδας το οποίο λειτουργεί στη Θεσσαλονίκη (Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο "Α.Χ.Ε.Π.Α.")
- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτίου Ελλάδας το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα (υγειονομική Σχολή Αθηνών)

- Κέντρο Αναφοράς Κυτταρικής Ανοσίας Περιπτώσεων AIDS το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα (Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ")
- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων & AIDS το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα(Νοσοκομείο Αφροδισίων & Δερματικών Νοσημάτων "Α.ΣΥΓΓΡΟΣ")
- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Ρετροϊών (Ε.Κ.Α.Ρ.) το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα
Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα (Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών)
- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτιοδυτικής Ελλάδος το οποίο λειτουργεί στην Πάτρα (Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ")
- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορειοδυτικής Ελλάδος το οποίο λειτουργεί στα Ιωάννινα (Πανεπιστημίου Ιωαννίνων)
- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Κρήτης το οποίο λειτουργεί στο Ηράκλειο Κρήτης (Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ & ΠΑΝΑΝΕΙΟ")
- Κέντρο Αναφοράς AIDS το οποίο λειτουργεί στην Αλεξανδρούπολη (Ι.Κ.Α. Αλεξανδρούπολης)
- Νοσοκομείο "Α. Συγγρός", το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα (Πανεπιστημιακή κλινική αφροδισίων και δερματικών νόσων)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο "Ευαγγελισμός" , το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο "Λαϊκό", το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γεώργιος Γεννηματάς", το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο "Ίπποκράτειο", το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα
- 1ο Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. Αθηνών, το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα
- Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής, το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Παίδων "Αγ. Σοφία", το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα
- Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών, το οποίο λειτουργεί στην Αθήνα

- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Α.Χ.Ε.Π.Α.", το οποίο λειτουργεί στην Θεσσαλονίκη
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Ιπποκράτειο", το οποίο λειτουργεί στην Θεσσαλονίκη
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων "Γ. Χατζηκώνστα", το οποίο λειτουργεί στα Ιωάννινα
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, το οποίο λειτουργεί στα Ιωάννινα

ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης : ο οποίος βρίσκεται στον Πειραιά
- Τηλεφωνική Γραμμή και Συμβουλευτικός Σταθμός για Θέματα AIDS
- Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) κατά οίκον νοσηλεία το οποίο βρίσκεται στην Αθήνα.

ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

Εκτός όμως, από το Δημόσιο τομέα στην ευρύτερη μορφή του, δηλαδή το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, κ.α. υπάρχουν και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις που λειτουργούν είτε ως Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου είτε υπό τη μορφή επιστημονικών εταιριών ή εθελοντικών οργανώσεων και συμβάλλουν ουσιαστικά στην προσπάθεια για την κοινωνική αποκατάσταση, την ηθική και ψυχολογική υποστήριξη των φορέων και πασχόντων. Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, λόγω της ευέλικτης νομικής τους διάρθρωσής, έχουν αναπτύξει διεθνώς αξιοσημείωτες δραστηριότητες που αποσκοπούν:

1. στην ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας και ενημέρωσης του κοινού για την πρόληψη και υγειονομική φροντίδα.
2. στην ευρύτερη ευαισθητοποίηση του κοινού για τους πάσχοντες και τη μείωση ή τον περιορισμό των αντικοινωνικών στάσεων και ενεργειών που οδηγούν είτε στην ασυλοποίηση είτε στον κοινωνικό αποκλεισμό των φορέων και πασχόντων.
3. στην εφαρμογή των ηθικών και δεοντολογικών κανόνων Δικαίου για την προάσπιση των δικαιωμάτων για απασχόληση, κοινωνική συμμετοχή και αποφυγή στιγματισμού και απομόνωσης.
4. στην ανάπτυξη ενός ευρέως φάσματος εθελοντικών υπηρεσιών για την υποστήριξη και φροντίδα των ασθενών στο σπίτι, στη γειτονιά, στον εργασιακό χώρο.

5. στην κοινωνική οργάνωση, την έρευνα και τη συνεχή παρακολούθηση των τάσεων της ασθένειας και την ανάπτυξη νέων θεραπειών που συμβάλλουν στην καλύτερη ποιότητα ζωής. (Καραντινός Δ., Μαράτου Λ., Φρονίμου Ε, 2002).

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις οι οποίες βρίσκονται στην Ελλάδα είναι οι εξής :

- Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων του Ιού του AIDS «Ελπίδα» ο οποίος βρίσκεται στην Αθήνα και διατηρεί παράρτημα και στη Θεσσαλονίκη.
- ACT UP – “Δράσε”: ο οποίος βρίσκεται στην Αθήνα
- Κέντρο Ζωής και Έμπνευσης: το οποίο βρίσκεται στην Αθήνα
- Ε.Σ.Υ. κατά του AIDS: το οποίο βρίσκεται στην Αθήνα

Ακολουθεί ενδεικτική ανάλυση συγκεκριμένων οργανώσεων των οποίων οι δομές είναι χαρακτηριστικές και παραδειγματικές :

- **Κέντρο Ζωής**

Το “Κέντρο Ζωής” ιδρύθηκε το Νοέμβριο 1991 και είναι ένα αναγνωρισμένο , μη κερδοσκοπικό σωματείο. Προσφέρει υπηρεσίες που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα αναγκών των ατόμων που ζουν με HIV/AIDS , των οικογενειών τους , αλλά και του ευρύτερου πληθυσμού. Το Κέντρο λειτουργεί χάρη στην πολύτιμη και ακούραστη προσφορά των εθελοντών του , μέσα στα πλαίσια σεβασμού προς το συνάνθρωπο και απόλυτης εχεμύθειας. Οι εθελοντές του Κέντρου εκπαιδεύονται σε ειδικά σεμινάρια , τα οποία διοργανώνονται δύο φορές ετησίως. Το Κέντρο συνεργάζεται με το αρμόδιο όργανο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας Κ.Ε.Ε.Λ., τη Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς και συμμετέχει στην Επιτροπή μη κυβερνητικών οργανώσεων , την Επιτροπή Ενημέρωσης Πληθυσμού, την Ομοσπονδία Εθελοντικών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και στην Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία (CHANGE).

Υπηρεσίες/ Δραστηριότητες Του Κέντρου Ζωής:

- Δωρεάν κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη
- Κέντρο ημέρας : ένας ειδικά διαμορφωμένος χώρος συνάντησης, ενημέρωσης και ψυχαγωγίας των ατόμων που ζουν με HIV/AIDS.
- Το πρόγραμμα συντροφικότητας στα νοσοκομεία , στο σπίτι και στις φυλακές.
- Έκτακτη οικονομική ενίσχυση.
- Συνάνθρωπος: περιοδικό ενημερωτικού χαρακτήρα σε θέματα που αφορούν το HIV/AIDS , καθώς και θέματα γενικού ενδιαφέροντος.
- Πρόγραμμα ενημέρωσης πληθυσμού σε θέματα πρόληψης (διεξαγωγή ομιλιών, επαφές με εκπαιδευτικά ιδρύματα , χώρους εργασίας κ.λ.π.).

- Διοργάνωση εκδηλώσεων με σκοπό την ευρύτερη ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του πληθυσμού για το έργο του Κέντρου Ζωής καθώς και για την εξεύρεση οικονομικών πόρων.
- Συμμετοχή σε Ευρωπαϊκά – διακρατικά δίκτυα.

- Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης

Ο Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Πειραιά, άρχισε να λειτουργεί το έτος 1993, ως περιφερειακή υπηρεσία του Κ.Ε.Ε.Λ., αποτελώντας ένα μοντέλο πρωτοποριακού προγράμματος για τη χώρα μας.

Σκοποί της λειτουργίας του είναι:

- Παροχή ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών σε νοσούντες με AIDS (συνεργασία με την Μονάδα Κατά οίκον Νοσηλείας).
- Παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε οροθετικά άτομα.
- Συνεργασία με κοινωνικούς φορείς με σκοπό την εξεύρεση εργασίας σε οροθετικά άτομα (Δήμος, Εκκλησία κλπ).
- Συνεργασία - Σύνδεση με οικογένειες οροθετικών ατόμων.
- Συνεργασία με φυλακές. Παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε οροθετικούς κρατούμενους.
- Επίσημη συνεργασία με μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.
- Αγωγή Κοινότητας (Πρόγραμμα γειτονιάς). Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση.
- Συνεργασία - Εποπτεία εθελοντών.
- Αξιοποίηση ομαδικών διεργασιών, ανάπτυξη κοινωνικών επαφών μεταξύ οροθετικών ατόμων, μείωση κοινωνικού στίγματος, εξομάλυνση ενδοοικογενειακών σχέσεων.
- Επανεένταξη - Αποκατάσταση των φιλοξενουμένων.

Μολονότι στο ξεκίνημα εκδηλώθηκαν αντιδράσεις, τόσο από τη γειτονιά, όσο και από την ευρύτερη κοινότητα, με αποκορύφωμα την κατάληψη σχολείου της περιοχής από μαθητές, γρήγορα η ένταση αποκλιμακώθηκε, μετά από ενημέρωση και χάρη στη υποστήριξη των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και οι ίδιοι οι μαθητές κυριολεκτικά "αγκάλιασαν" τους φιλοξενούμενους του Ξενώνα. Σήμερα διανύει μια περίοδο ηρεμίας και αποδοχής, η πορεία του δε, είναι ικανοποιητική, χωρίς να έχουν πάψει να υπάρχουν δυσκολίες που προέρχονται από την ανομοιογένεια των φιλοξενουμένων και βέβαια τα διάφορα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί, καθημερινά.

Συνολικά, την πενταετία που μας πέρασε:

- Φιλοξενήθηκαν 93 άτομα εκ των οποίων 11 γυναίκες.

- Βρέθηκε εργασία σε 22 άτομα.
- Επανασυνδέθηκαν με την οικογένεια 23 άτομα.
- Σήμερα διαβιούν 13 άτομα εκ των οποίων 3 γυναίκες.

Ο Ξενώνας, λειτουργώντας σαν ενδιάμεση δομή και γέφυρα επικοινωνίας, βοήθησε καταρχήν στην απο-συμφόρηση των μονάδων των Νοσοκομείων και βεβαίως στο να μειωθούν οι προκαταλήψεις που αφορούν τους φορείς/ασθενείς του AIDS.

- **Σύλλογος Ελπίδα**

Ομάδες εθελοντών υποστηρίζουν και συμπαρίστανται ψυχολογικά, οικονομικά, νομικά και νοσηλευτικά τους ενδιαφερόμενους.

Ειδικευμένα μέλη του "ΕΛΠΙΔΑ" (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί) παρέχουν στους φορείς, ασθενείς, καθώς και στις οικογένειές τους ψυχολογική υποστήριξη και συμπαράσταση, είτε ατομικά είτε ομαδικά. Ακόμα, ειδικευμένοι εθελοντές βοηθούν ασθενείς ή φορείς στο σπίτι τους ή στο νοσοκομείο σε θέματα νοσηλείας.

Ο Σύλλογος, συνεργάζεται στενά με τους Φροντιστές Υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κ.λ.π.), ώστε από μέρους τους οι προσφερόμενες υπηρεσίες να είναι οι καλύτερες.

Όποτε υπάρχουν οικονομικά προβλήματα επεμβαίνει ενισχύοντας τους ενδιαφερόμενους σε βραχυπρόθεσμη βάση, προσπαθώντας ταυτόχρονα να λύσει το πρόβλημα (εξεύρεση θέσεων εργασίας, έκδοση επιδόματος)

Δικηγόροι -μέλη του "ΕΛΠΙΔΑ" - παρέχουν αφιλοκερδώς τη βοήθειά τους σε νομικά θέματα που δημιουργούνται (τυχόν δυσκολίες στην εργασία, συνηγορία σε δίκες).

Υπηρεσίες στέγασης

Ο Σύλλογος συνεργάζεται με τον ξενώνα του Κ.Ε.Ε.Λ. στα Καμίνια του Πειραιά εξασφαλίζοντας στέγη στους ενδιαφερόμενους. Το 1995 συμμετείχε στην υλοποίηση προγράμματος στέγασης με την οικονομική συμπαράσταση της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Υπηρεσίες πληροφόρησης και ενημέρωσης

Ομάδες από τον Σύλλογο ενημερώνουν το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο σε θέματα πρόληψης και απάλειψης του κοινωνικού ρατσισμού, με συνεντεύξεις και εκπομπές στα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας, καθώς και με ομιλίες σε εργασιακούς ή σχολικούς χώρους.

Μέλη του "ΕΛΠΙΔΑ" λαμβάνουν μέρος σε Παγκόσμια Συνέδρια, συμμετέχοντας με επιστημονικές εργασίες. Στόχος είναι η πληροφόρηση σχετικά με

τις νεότερες επιστημονικές εξελίξεις και τις προοπτικές που διαμορφώνονται στον αγώνα κατά του ιού.

Στα γραφεία του Συλλόγου λειτουργεί τηλεφωνική γραμμή βοήθειας (πάνω από 1.000 κλήσεις τον χρόνο), που ενημερώνει και υποστηρίζει, αν ζητηθεί, αυτούς που καλούν.

Η δημιουργία μιας πλούσιας σε υλικό, σχετικό με την HIV λοίμωξη, βιβλιοθήκης έχει αρχίσει να γίνεται πραγματικότητα. Στόχος η πληροφόρηση όχι μόνο των ασθενών ή φορέων, αλλά και άλλων κοινωνικών ομάδων (φοιτητών κ.ά.).

Υπηρεσίες κατάρτισης εθελοντών σε προγράμματα παροχής υπηρεσιών

Οι νέοι εθελοντές πριν αναλάβουν κάποιες υποχρεώσεις καταρτίζονται και ενημερώνονται από ειδική ομάδα εθελοντών, με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των ενδιαφερομένων. Με την οικονομική υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ο Σύλλογος συμμετείχε (1993-94) σε πρόγραμμα ανταλλαγής μελών με αντίστοιχους ξένους εθελοντικούς συλλόγους για αποκόμιση εμπειριών, ανταλλαγή ιδεών και υιοθέτηση καινούριων μοντέλων παροχής υπηρεσιών.

Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης

Ο Σύλλογος "ΕΛΠΙΔΑ" φέρνει σε επαφή άτομα που αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα για ανταλλαγή εμπειριών, πληροφόρηση και ψυχολογική υποστήριξη.

- **Σωματείο Σύνθεση**

Η "Σύνθεση" είναι ένα μη κερδοσκοπικό, μη κυβερνητικό σωματείο, με σκοπούς ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και έρευνας σε θέματα που αφορούν τον HIV και το AIDS στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα που προβάλλονται κατά διαστήματα για την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του (ειδήσεις, ιατρικά άρθρα, απαντήσεις σε ερωτήσεις σας, το φωτορομάντζο της Αζετίας, κάρτες, φυλλάδια για οροθετικούς στα νοσοκομεία, φυλλάδια για την πρόληψη, το περιοδικό 10%) είναι αποτέλεσμα :

- Εθελοντικής προσφοράς .
- Εργασίας που στο μεγαλύτερο μέρος της διεξάγεται από 4 άτομα.

Η μόνη επιχορήγηση που έχει πάρει το Σωματείο η "Σύνθεση" έχει διοχετευθεί στην έκδοση του **περιοδικού 10%** που διανέμεται δωρεάν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ

8.1 Ιστορική Αναδρομή Επιπτώσεων

Η φοβία και ο πανικός ήταν πάντοτε τα χαρακτηριστικά στοιχεία που προσδιόριζαν τις ατομικές και κοινωνικές συμπεριφορές κατά τις επιδημίες, μέσα από τις οποίες διαμορφώνονταν όλες οι παρεκτροπές και οι αποτυχίες στην προσπάθεια της αντιμετώπισής τους από το ατομικό μέχρι το κρατικό επίπεδο.

Η προσπάθεια για την ανεύρεση ενός αποτελεσματικού προφυλακτικού μέσου είναι μία πραγματική εποποιία της λαϊκής και επιστημονικής ιατρικής, με επιτεύγματα στην ανοσοποίηση, πριν από την ανακάλυψη του αιτίου, όπως στην ευλογία ή μετέπειτα όπως σε όλες τις άλλες.

Τα επιτεύγματα αυτά απαίτησαν θυσίες και αυτό-πειραματισμούς των γιατρών με αρκετά θύματα.

Θα αναφέρουμε μόνο όσα χαρακτηριστικά έλεγε ο Pasteur : « ας μη λησμονούμε ποτέ ότι ο δρόμος των μεγάλων προσπαθειών συχνά ταυτίζεται με το δρόμο των μεγάλων θυσιών». (Δαρδαβέσης, 1999).

Η φοβία και ο πανικός στα άτομα, τις κοινωνίες και την πολιτική εξουσία προκαλεί ανάλογες συμπεριφορές με πολλές από αυτές της εποχής των ιστορικών επιδημιών. Η άγνοια από ελλιπή ενημέρωση και πληροφόρηση ήταν πάντα από τα προβλήματα της αντιμετώπισης των επιδημιών αλλά και ο κίνδυνος από τις παρανοήσεις όχι μικρότερος ιδιαίτερα στη λήψη και παραδοχή μέτρων προστασίας πέρα από πιθανές προσωπικές αντιδράσεις. Στο παρελθόν, οι λεπροί αλλά και οι Εβραίοι θεωρήθηκαν υπαίτιοι τουλάχιστον για τις επιδημίες. Στην Ευρώπη, την εποχή της Μαύρης Πανώλης του 14^{ου} αιώνα κάηκαν μερικές χιλιάδες Εβραίοι ως εξιλαστήρια θύματα. Έτσι γλίτωσαν οι χρεώστες τους, την πληρωμή των χρεών τους.

Το AIDS μπορεί να θεωρηθεί ασθένεια μακράς διάρκειας που επισύρει κοινωνικό στιγματισμό. Οι εργασιακοί και κοινωνικοί διωγμοί που υφίστανται οι φορείς του ιού και οι ασθενείς του AIDS αποτελούν απόδειξη γι' αυτό. Καμιά από τις ασθένειες που εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια του αιώνα που διανύουμε καθώς και του προηγούμενου, δεν αναστάτωσε τόσο τις κοινωνικές δομές όλων των χώρων όσο το AIDS. Η κοινωνική κρίση που προκλήθηκε από τη νόσο οφείλεται στον τρόπο μετάδοσης της. Όπως έχει ήδη ειπωθεί, ο ιός του AIDS μεταδίδεται είτε με την ερωτική πράξη, είτε με την επαφή του αίματος υγιούς ατόμου με αίμα ασθενούς (π.χ. μετάγγιση). Το γεγονός της μετάδοσης της νόσου μέσω ερωτικής επαφής επανεισήγαγε ουσιαστικά την έννοια του κινδύνου για τη ζωή από την ερωτική πράξη, κάτι που είχε εξαφανιστεί από την εποχή που τα αφροδίσια νοσήματα έγιναν

ιάσιμα και δεν αντιπροσώπευαν πια κίνδυνο για τη ζωή των ανθρώπων. (Δαρδαβέσης, 1999).

Η έκρηξη της πανδημίας της νόσου που υπενθυμίζει στην κοινή γνώμη με έναν οδυνηρό τρόπο ότι ο άνθρωπος είναι θνητός, αποσταθεροποίησε και εξακολουθεί να αποσταθεροποιεί τις κοινωνικές συμβάσεις. Η σύγχρονη κοινωνία αντέδρασε, αρχικά τουλάχιστον, με φόβο και αγνόησε τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της επιδημίας. Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της πανδημίας είναι: η ευρύτατη γεωγραφική διασπορά, η προσβολή του γενικού πληθυσμού, η αύξηση της ετεροφυλικής διασποράς και τέλος η ταχεία επέκταση της επιδημίας σε γυναίκες (Δαρδαβέσης, 1999).

Είναι ευνόητο ότι μια επιδημία αυτής της έκτασης επηρεάζει σημαντικά τις ανθρώπινες σχέσεις και συμπεριφορές αφού συντελεί στη μεταβολή των κοινωνικών δεσμών και διαφοροποιεί τις μορφές αλληλεγγύης και αποκλεισμού. Ταυτόχρονα, προκαλεί οδυνηρές ψυχοσωματικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στα άτομα τα οποία έχουν προσβληθεί από τον ιό (Δαρδαβέσης, 1999). Από το εύρος και την ένταση των επιπτώσεων δεν είναι φυσικά δυνατόν να μην επηρεαστεί και το οικογενειακό, φιλικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον των οροθετικών ατόμων. Η εξάπλωση της επιδημίας της λοίμωξης και νόσου HIV επέφερε κοινωνικές αντιδράσεις όμοιες μ' αυτές που εμφανίστηκαν στις μεγάλες επιδημίες του περασμένου αιώνα. Σε πολλές χώρες, παρουσιάστηκε το φαινόμενο της διαμόρφωσης της στάσης απέναντι στη λοίμωξη και νόσο HIV σε σχέση με ετεροφυλοφιλικές προτιμήσεις ή ρατσιστικές και ομοφυλοφοβικές προκαταλήψεις. Έτσι, αντί να αντιμετωπιστεί σαν ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα, χρησιμοποιείται για την ανακάλυψη αποδιοπομπαίων τράγων (Υφαντόπουλος, 2001).

Στις ΗΠΑ, αλλά και σε άλλες περιοχές, συντηρητικές θρησκευτικές οργανώσεις -οι οποίες διακινούν τεράστια χρηματικά ποσά και ασκούν πολιτική πίεση, έχοντας παράλληλα απήχηση στις λαϊκές μάζες- υποστήριξαν ότι το AIDS είναι θεϊκή τιμωρία. Αντί λοιπόν η συλλογική προσπάθεια να επικεντρωθεί στην επίλυση των προβλημάτων, σπαταλήθηκε στην αποκάλυψη και τον στιγματισμό των ενόχων (Υφαντόπουλος, 2001).

Μια άλλη κοινωνική επίπτωση του AIDS είναι η αντίδραση προς τις φιλελεύθερες σχέσεις που υιοθετήθηκαν τα τελευταία χρόνια. Στην περίοδο αυτή, οι θεσμοί, οι αξίες και οι διαπροσωπικές σχέσεις έγιναν λιγότερο παραδοσιακές και συντηρητικές. Επιπλέον, η ηθική διαφοροποιήθηκε από την θρησκεία και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις ενώ καλλιεργήθηκε η ανεκτικότητα για μη παραδοσιακούς τρόπους κοινωνικής, πολιτισμικής και σεξουαλικής συμπεριφοράς. Το AIDS έγινε αφορμή να αμφισβητηθεί αυτός ο προσανατολισμός (Υφαντόπουλος, 2001).

Μια άλλη συνέπεια του AIDS ήταν ο διαχωρισμός των θυμάτων σε "αθώα" και "ένοχα". Αθώοι θεωρήθηκαν οι άνθρωποι που μολύνθηκαν κατόπιν μετάγγισης αίματος και παραγώγων του και τα παιδιά οροθετικών ατόμων, ενώ ένοχοι οι τοξικομανείς και οι ομοφυλόφιλοι. Ο στιγματισμός ανθρώπων με AIDS θα μπορούσε να οδηγήσει στον αποκλεισμό τους από τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής περίθαλψης (Μόνος, 1991).

Η ετεροφυλική διασπορά δραματοποιεί κυριολεκτικά το ρόλο της γυναίκας και του παιδιού στην οικογένεια και στην κοινωνία. Εκτός από τα παιδιά που έχουν μολυνθεί και θα πεθάνουν, πρόβλημα δημιουργείται και γι' αυτά των οποίων οι γονείς είναι φορείς της λοίμωξης HIV ή νοσοούν ήδη. Έτσι πολλά παιδιά μένουν ορφανά, ενώ προβλήματα δημιουργούνται και με τα μολυσμένα παιδιά τα οποία δεν θα μπορούν να αξιοποιηθούν σαν εργατικό δυναμικό μιας χώρας μελλοντικά. (Σιγάλας, 1998).

Η λοίμωξη HIV αποτελεί μια ασθένεια που επιβαρύνει συνεχώς το σύστημα υγείας με χρήστες υπηρεσιών υγείας νεανικής ηλικίας (Σιγάλας, 1998). Το 90 % των ενηλίκων που έχουν μολυνθεί από τον HIV βρίσκεται στις ηλικίες μεταξύ 24 και 44 ετών. Τα άτομα αυτών των ηλικιών αποτελούν κατά κύριο λόγο το πλέον παραγωγικό τμήμα του πληθυσμού και το συστατικό στοιχείο του εργατικού δυναμικού κάθε χώρας (Σιγάλας, 1998).

Έτσι, ένα μεγάλο τμήμα του συνολικού πληθυσμού το οποίο δεν είχε προβλεφθεί ότι θα χρειαστεί τις υπηρεσίες υγείας, έχει ανάγκη από φροντίδα με υψηλό οικονομικό κόστος. Εκτός όμως από το άμεσο οικονομικό κόστος, υπάρχει και το έμμεσο που απορρέει από τις επιπτώσεις της ασθένειας στον ίδιο τον ασθενή, στην οικογένεια του, στην παραγωγικότητα του, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο - σαν αποτέλεσμα της απομάκρυνσης νέων ατόμων από την παραγωγική διαδικασία. Το έμμεσο κόστος είναι αυτό το οποίο είναι και πιο δύσκολο να εκτιμηθεί (Σιγάλας, 1998).

Τα κοινωνικά προβλήματα που έχουν ανακύψει από την λοίμωξη και νόσο HIV πρέπει να αντιμετωπισθούν άμεσα προκειμένου να στηριχθεί η δομή της κοινωνίας. Καθίσταται επιτακτική λοιπόν η ανάγκη αφενός κατάλληλης οργάνωσης της φροντίδας ασθενών με λοίμωξη HIV και αφετέρου ορθολογικής κατανομής των υφισταμένων πόρων, σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών καθώς και με το παραγόμενο έργο από τις υπηρεσίες υγείας (Σιγάλας, 1998). Επιπλέον, θα πρέπει να εξερευνηθούν τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι να μπορούν να εξερευνήσουν μια σειρά από ασφαλείς, ακίνδυνες, σεξουαλικές επιλογές διατηρώντας παράλληλα την ευθύνη τους για την υγείας των άλλων (Υφαντόπουλος, 2001).

8.2 Κοινωνικές Διαστάσεις της Ασθένειας

Κάθε άτομο αναπτύσσει κάποιες απόψεις ή αντιλήψεις σχετικά με διάφορες ασθένειες, βασιζόμενο κυρίως σε όσα έχει ακούσει ή διαβάσει γι' αυτές και σε 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 ασθένειάς του εξαρτάται και επηρεάζεται από τα εκάστοτε πολιτισμικά δεδομένα. Άλλοι παράγοντες που εμπλέκονται και συντελούν στην διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ενός ατόμου -κατά τη διάρκεια της ασθένειας του- είναι το φύλο του, οι διάφορες όψεις της προσωπικότητάς του, καθώς και άλλοι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες (Ραβάνης, 1995).

Οι υποκειμενικές αντιδράσεις στην ασθένεια περιλαμβάνουν μεγάλο εύρος στάσεων και συμπεριφορών. Έτσι κάθε ασθενής αντιλαμβάνεται και υπολογίζει διαφορετικά τα συμπτώματα μιας 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. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι, σύμφωνα με τον Ραβάνη (1995):

- α. η διάρκεια και εξέλιξη της ασθένειας,
- β. η έκβαση και η πιθανότητα ίασης,
- γ. ο βαθμός προκαλούμενης ανησυχίας (λόγω της ασθένειας),
- δ. το πιθανό κοινωνικό στίγμα.

Τα χαρακτηριστικά αυτά, αποτελούν παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά και τη στάση του ασθενούς.

Σε αυτά, μπορούν να προστεθούν και κάποια άλλα χαρακτηριστικά, όπως (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1995):

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

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

- α. την οξεία ασθένεια βραχείας διάρκειας
- β. την μακρόχρονη ασθένεια που δεν συνεπάγεται κοινωνικό στίγμα
- γ. την ασθένεια μακράς διάρκειας που επισύρει κοινωνικό στιγματισμό,
- δ. την πνευματική ασθένεια.

Στην πρώτη περίπτωση ασθενειών τα πράγματα φαίνονται αρκετά ξεκάθαρα αφού μια αρρώστια συνοδεύεται από γνωστά και σαφή συμπτώματα με συγκεκριμένη θεραπεία. Στην περίπτωση όμως των χρόνιων ασθενειών η κατάσταση δεν είναι τόσο ξεκάθαρη αφού όχι μόνο η διάρκεια και η εξέλιξη της ασθένειας δεν μπορούν να προβλεφθούν, αλλά ούτε επίσης οι κοινωνικές της επιπτώσεις.

Η διαφορά ανάμεσα στους δύο τύπους χρόνιων ασθενειών έγκειται στο ότι σε αυτές που δεν επισύρουν κοινωνικό στίγμα, ο ασθενής μπορεί να έχει έναν σχετικό έλεγχο στον τρόπο ζωής του ενώ αντίθετα, οι ασθένειες με κοινωνικό στίγμα έχουν διαφορετική μορφή. Αυτό συμβαίνει γιατί τα στιγματισμένα άτομα αναγκάζονται να περιορίζουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες εξαιτίας της ασθένειας τους, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που αποχωρούν από τη δουλειά τους ή το δημόσιο βίο τους γιατί έρχονται αντιμέτωπα με την εχθρότητα των άλλων. (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1995)

8.2.1 Η Λοίμωξη και Νόσος HIV ως Μεταφορά του "Κακού"

Οι νόσοι, έχουν συχνά χρησιμοποιηθεί ως συμβολικές έννοιες που σχετίζονται με αυτό που η εκάστοτε κοινωνία θεωρεί, ηθικά ή κοινωνικά, κακό. Έτσι, χρησιμοποιούνται ως μεταφορές του "κακού". Το φαινόμενο αυτό είναι περισσότερο έντονο στις περιπτώσεις ασθενειών με ασαφή αιτιολογία. Σύμφωνα με την Sontag (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, αφαίρεσε μέρος της χρήσης του καρκίνου ως μεταφοράς. Εκφράσεις όπως AIDS - μάστιγα του αιώνα, AIDS-λαίλαπα, AIDS-κατάρρα 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).

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

Η συγκεκριμένη ασθένεια γίνεται αντιληπτή ως τιμωρία για τη μη ηθική σεξουαλική δραστηριότητα ή για άλλες κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές. Οι ασθενείς θεωρούνται "ένοχοι" γιατί κατά κάποιον 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 Αναγνώστοπουλος, 1999).

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).

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 δυσοίωνα 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.

8.3 Λοίμωξη και Νόσος HIV και Κοινωνικός Αποκλεισμός

Ο κοινωνικός αποκλεισμός στην περίπτωση της λοίμωξης και νόσου HIV συνδέεται άμεσα με τις εξής δύο έννοιες:

- α. την ανισότητα στην περίθαλψη
- β. την άρνηση προσφοράς υπηρεσιών.

Και οι δύο παραπάνω έννοιες έχουν πολλαπλές ηθικές και δεοντολογικές προεκτάσεις (Υφαντόπουλος, 2001).

- α. Ανισότητα

Σύμφωνα με του 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 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.

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 ταχύτερη 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.

8.4 Επαγγελματικές Επιπτώσεις

Όταν εξετάζαμε τις οικονομικές επιπτώσεις της λοίμωξης αναφερθήκαμε συχνά στον τομέα της εργασίας. Ωστόσο, θα θέλαμε να αναφερθούμε εκτενέστερα στον τομέα αυτό. 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 εκμηδενίζεται. Στην περίπτωση της λοίμωξης HIV, η ικανότητα για εργασία δεν 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:

1. για το Άτομο

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

- α. απώλεια παραγωγικότητας.
- β. μείωση επενδυτικής ικανότητας.
- γ. μείωση ευκαιριών προσφοράς εργασίας σε ξένες χώρες.
- δ. αύξηση κόστους των ξένων ειδικών ως αποτέλεσμα της σπανιότητας ειδικών (Κορνάρου, 1995).
- ε. υποαπασχόληση, εξαιτίας της φυσικής κατάστασης, η οποία συναρτάται με την πορεία της ασθένειας.
- στ. ετεροαπασχόληση, ως αποτέλεσμα της ανάγκης του ατόμου να εργασθεί και της αδυναμίας του να αντεπεξέλθει στην προηγούμενη εργασία του.
- ζ. ανεργία εξαιτίας της αδυναμίας του ατόμου να εργαστεί και του κοινωνικού στίγματος που δεν του επιτρέπει να βρει μια νέα δουλειά.
- η. 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.

2. για την οικογένεια και την κοινότητα

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

- α. μείωση παραγωγικότητας μέσα στην οικογένεια /κοινότητα.
- β. μείωση παραγωγικότητας στην εργασία.
- γ. απώλεια της κοινοτικής αγοραστικής δύναμης.
- δ. απώλεια χρόνου λόγω φροντίδας.
- ε. ανάγκη ενίσχυσης εργατικού δυναμικού (Κορνάρου, 1995).

3.για τη Χώρα

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

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

8.5 Οικονομικές Διαστάσεις

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.

8.5.1 Το Οικονομικό Κόστος της Λοίμωξης HIV

Δεν είναι δυνατόν να υπάρξει μια ακριβής εικόνα του συνολικού οικονομικού κόστους της επιδημίας HIV σε όλο τον κόσμο αλλά ούτε και να συγκριθεί το κόστος της σε διάφορες χώρες. Αυτό οφείλεται σε παράγοντες όπως:

- α. οι διαφορές που παρουσιάζουν τα εθνικά συστήματα υγείας και ο τρόπος χρηματοδότησης των υπηρεσιών αντιμετώπισης της επιδημίας από χώρα σε χώρα.
- β. οι διαφορές που παρουσιάζουν οι συναλλαγματικές ισοτιμίες και η διάρθρωση της "αγοραστικής ικανότητας" για υπηρεσίες υγείας στις διάφορες χώρες.
- γ. η πλημμελής τήρηση αρχείων (ιατρικών, νοσηλευτικών, διαχειριστικών) από τις υπηρεσίες υγείας.
- δ. οι διαφορές που παρουσιάζουν οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις στις διάφορες έρευνες. (Κορνάρου κ.α., 1993).

Εν τούτοις, δύναται να σκιαγραφηθούν οι παράμετροι εκείνες οι οποίες συνεκτιμώνται προκειμένου να υπολογισθεί το κόστος μιας/ της ασθένειας. Σύμφωνα με τον Σιγάλα (1998), η εξίσωση που παραδοσιακά χρησιμοποιείται στη σχετική βιβλιογραφία είναι:

Συνολικό κόστος = Άμεσο κόστος + Έμμεσο κόστος + Απροσδιόριστο κόστος.

Οι παράμετροι αυτές σκιαγραφούνται παρακάτω:

α. Άμεσο Κόστος

Οι παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη για τον υπολογισμό του άμεσου κόστους είναι:

α. το κεφάλαιο, το οποίο περιλαμβάνει αξία κτιριακών εγκαταστάσεων και εξοπλισμού των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και έξοδα συντήρησης, ανανέωσης και αναμενόμενης καλής χρήσης των δυνατοτήτων που παρέχουν (Σιγάλας, 1998).

β. η μισθοδοσία του ιατρικού, νοσηλευτικού, εργαστηριακού, διοικητικού και βοηθητικού δυναμικού που απασχολείται στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας (Σιγάλας, 1998). Εδώ, πρέπει να προστεθεί και το κόστος εκπαίδευσης και συνεχούς κατάρτισης του προσωπικού αυτού.

γ. η αξία των υλικών που απαιτούνται για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ασθένειας και για την παραμονή του ασθενή σε κάποια μονάδα νοσηλείας είτε νοσοκομειακής είτε εξωτερικής φροντίδας (Σιγάλας, 1998). Οι δαπάνες για την περίθαλψη των ασθενών (νοσηλεία, εξωτερική φροντίδα, ιατρικές επισκέψεις).

δ. οι δαπάνες, στην περίπτωση της λοίμωξης HIV, για την πρόληψη της μετάδοσης της: δαπάνες για τον έλεγχο του αίματος πριν από μετάγγιση, για το διερευνητικό έλεγχο του αίματος των ατόμων που εξετάζονται προληπτικά και για τα προγράμματα αγωγής υγείας του πληθυσμού (Σιγάλας, 1998).

ε. δαπάνες για την έρευνα. Πρέπει εδώ να σημειώσουμε ότι οι διαρκώς αυξανόμενες δαπάνες για την έρευνα αντικατοπτρίζονται στις τιμές των φαρμακευτικώνσκευασμάτων.

στ. δαπάνες για το σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κορνάρου (1995), διακρίνει το άμεσο κόστος σε προσωπικό, κόστος ιατρικής φροντίδας και σε μη-προσωπικό, κόστος για ενημέρωση, βιοϊατρική έρευνα και εξετάσεις.

β. Έμμεσο Κόστος

Το έμμεσο κόστος αναφέρεται στις συνέπειες της νόσου για το προσβεβλημένο άτομο, την οικογένειά του, την κοινωνία. Δεδομένου ότι το άτομο εκλαμβάνεται ως Ανθρώπινο Κεφάλαιο στην παραγωγική διαδικασία, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι το έμμεσο κόστος επιβαρύνει τον γεωργικό τομέα, το βιομηχανικό και τον τομέα παροχής υπηρεσιών. Οι παράμετροι που συνθέτουν το κόστος της επιδημίας σε γενικές γραμμές είναι:

α. απώλειες παραγωγικότητας εξαιτίας των απουσιών από την εργασία, τόσο του ασθενούς, όσο και των προσώπων που του συμπαραστέκονται, καθώς

και επιπρόσθετες δαπάνες για την κάλυψη των απουσιών αυτών ή των κενών στις περιπτώσεις θανάτου.

β. διαφυγόν εισόδημα για το άτομο και την οικογένειά του εξαιτίας των απουσιών αλλά και της πτώσης της αποδοτικότητας.

γ. πτώση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών τόσο στον εργασιακό χώρο, όσο και στο σπίτι.

δ. απώλεια επένδυσης σε εκπαίδευση, τόσο για το κράτος, όσο και για τους ιδιωτικούς φορείς που αναλαμβάνουν την εκπαίδευση του δυναμικού τους.

Ειδικά στον τομέα της υγείας, είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι καθώς το βάρος της χρηματοδότησης πέφτει στην αντιμετώπιση της λοίμωξης HIV και στη σχετική έρευνα, άλλα καίρια θέματα δημόσιας υγείας υποχρεωτικά υποτιμούνται. Ο Υφαντόπουλος (1996), γράφει: "έχει προσδιοριστεί ότι το έμμεσο κόστος που αποτιμά το διαφυγόν εισόδημα και τη διαφυγούσα παραγωγή στην οικονομία είναι 4-5 φορές μεγαλύτερο από το άμεσο κόστος".

γ. Απροσδιόριστο Κόστος

Με τον όρο απροσδιόριστο κόστος, εννοείται το κόστος εκείνο το οποίο δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί αριθμητικά και δεν είναι χρηματικό. Οι παράμετροί του έχουν ποιοτική διάσταση. Μερικές από αυτές είναι:

α. ο πόνος.

β. η ψυχολογική-συναισθηματική κατάσταση.

γ. οι μεταβολές στη σχεσιοδυναμική της οικογένειας και του ευρύτερου περιβάλλοντος του πάσχοντος.

δ. ο κοινωνικός στιγματισμός και μερικές φορές αποκλεισμός και οι συνέπειές του για το άτομο και την οικογένειά του.

8.5.2 Παράγοντες Διόγκωσης του Οικονομικού Κόστους της Λοίμωξης HIV

Ο μεγάλος αριθμός και η συνεχής αύξηση των κρουσμάτων της λοίμωξης HIV, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών για την υγεία και την ποιοτική και ποσοτική αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την αλματώδη ανάπτυξη της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, έχει ιδιαίτερη οικονομική βαρύτητα τόσο σε μακρο-επίπεδο, όσο και σε μικρο-επίπεδο (Σιγάλας, 1998).

Άλλοι παράγοντες διόγκωσης του κόστους της επιδημίας είναι:

α. η νοσοκομειοκεντρική αντιμετώπιση των προσβεβλημένων ατόμων (Κορνάρου, 1993). Ο Σιγάλας, αναφέρει ότι το 1998, ο νοσοκομειακός τομέας απορροφούσε το

60% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας σε όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες (Σιγάλας, 1998).

β. το γεγονός ότι τα περισσότερα κρούσματα αφορούν σε άτομα νεαρής ηλικίας για τα οποία η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων δεν ήταν αναμενόμενη (Κορνάρου, 1993, Σιγάλας, 1998).

γ. η παράταση της διάρκειας ζωής για τα προσβεβλημένα άτομα που κατέστη δυνατή με την ανακάλυψη νέων φαρμάκων. Η λοίμωξη HIV, έχει γίνει πλέον ένα χρόνια νόσημα.

δ. η φαρμακευτική αγωγή, η οποία γίνεται ολοένα και πιο δαπανηρή, όπως προαναφέρθηκε.

ε. η ανάγκη περισσότερο και πιο εξειδικευμένου ανθρωπίνου δυναμικού.

στ. η ανάγκη παρέμβασης για την πρόληψη της μετάδοσης της λοίμωξης με προγράμματα ενημέρωσης καλύτερης ποιότητας, απαιτητικότερου σχεδιασμού και παροχής σε πιο διευρυμένες ομάδες πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

9.1 Αυτοαντίληψη – Εικόνα Εαυτού

Η ανακοίνωση της διάγνωσης μιας χρόνιας, σοβαρής και συχνά θανατηφόρας ασθένειας 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 μια κρίσιμη καμπή καθώς χρειάζεται να επαναπροσδιορίζουν τη ζωή και τους στόχους τους και συχνά ανακαλύπτουν τις αξίες, τις σχέσεις καθώς και τις προτεραιότητες που είναι σημαντικές γι' αυτούς (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Μπροσ στη διάγνωση μιας χρόνιας ή ανίατης ασθένειας, είναι λογικό οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις να δοκιμάζονται και κάποιες φορές να τροποποιούνται. Αρκετές φορές χαρακτηρίζονται από μια τάση προσέγγισης ενώ κάποιες άλλες από μια 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 μιας κοινωνίας για κάποιες ασθένειες συντελεί στην περιθωριοποίηση των ατόμων που πάσχουν από αυτές. Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας είναι μία από αυτές.

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

Συνήθως εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες οι οποίοι θα μπορούσαν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες:

- α. τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την ασθένεια (σοβαρότητα, είδος θεραπείας, τις κοινωνικές προκαταλήψεις που τη συνοδεύουν κλπ.),
- β. τους παράγοντες που συνδέονται με το εξελικτικό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το άτομο κατά την εμφάνιση της νόσου (εφηβεία, νεότητα, μέση ηλικία) και
- γ. τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, υποστηρικτικό δίκτυο).

Οι παράγοντες αυτοί βρίσκονται σε αλληλεπίδραση και επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται την ασθένεια καθώς και τον τρόπο που προσαρμόζεται σε αυτή (αποδοχή ή άρνηση της) (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999). Σχεδόν κάθε σοβαρή ασθένεια καθώς και η θεραπεία της

επιβάλλει κάποιους περιορισμούς (για παράδειγμα ακινησία, απουσία από την εργασία) οι οποίοι είναι πιθανό να οδηγήσουν τον άρρωστο και την οικογένεια του σε κοινωνική απομόνωση. Η απομόνωση αυτή μπορεί να ενταθεί από το ενδεχόμενο στίγμα που συνοδεύει τη συγκεκριμένη ασθένεια.

Καθώς το AIDS θεωρείται μια "κακιά" αρρώστια που συμβολίζει το θάνατο, οι ερμηνείες και οι προκαταλήψεις που το συνοδεύουν προκαλούν έντονο άγχος. Παρατηρείται λοιπόν 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 σοβαρή και απειλητική για τη ζωή αρρώστια 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).

Ειδικότερα, οι ψυχολογικές αντιδράσεις στη μόλυνση με HIV και στη νόσηση με AIDS μοιάζουν με τις αντιδράσεις που παρατηρούνται αφενός στον καρκίνο και αφετέρου στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το στίγμα που συνδέεται με τη νόσο, ο φόβος του κοινωνικού συνόλου για μεταδοτικότητα, η απόρριψη που υφίστανται πολλοί ασθενείς από το οικογενειακό, το κοινωνικό και το εργασιακό τους περιβάλλον σε συνδυασμό με ένα νεαρό ηλικιακό φάσμα όπου υπό συνήθεις συνθήκες δεν αναμένεται μοιραία νόσος δημιουργούν τις ιδιαίτερες συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσονται τα νευροψυχιατρικά προβλήματα. αυτά είναι δύο ειδών: νευροβιολογικά φαινόμενα που προκαλεί η νόσος (λόγω προσβολής του Κεντρικού και Περιφερικού Νευρικού Συστήματος από τον ιό ή τις επιπλοκές του) και ψυχοβιολογικά φαινόμενα που αφορούν προσπάθειες να αντιμετωπιστούν ψυχολογικά οι μεταβάσεις από το ένα στάδιο της νόσου στο επόμενο.

Τέτοια κομβικά σημεία είναι:

- α. η αποκάλυψη της οροθετικότητας
- β. η προσαρμογή στην ασυμπτωματική περίοδο της νόσου (στάδιο 2^ο)
- γ. η αντίδραση στα πρώτα παθολογικά συμπτώματα (λεμφαδενοπάθεια, πυρετοί, διάρροιες, νεφροπάθειες ή εγκεφαλοπάθειες – στάδιο 3^ο και 4^ο)
- δ.η μετάβαση σε καθαυτό AIDS με την έναρξη των λοιμώξεων και νεοπλασμάτων (στάδιο 4^ο)

Συμπτώματα άγχους και μηχανισμοί άμυνας που πυροδοτούνται από το άγχος (άρνηση, οργή , απόσυρση, υποχονδριακή ενασχόληση) συνοδεύουν αυτά τα σημεία μετάβασης. Κατάθλιψη επίσης εμφανίζεται σε πληθυσμούς οροθετικών ασθενών που έχουν αυξημένο κίνδυνο για ψυχιατρικές διαταραχές. Χαρακτηριστικό επίσης είναι το υψηλό ποσοστό αυτοκτονίας που τροφοδοτούμενο από τις κοινωνικές

διατρήσεις και κοινωνικές προκαταλήψεις σε βάρος των ασθενών είναι μεγαλύτερο από οποιαδήποτε άλλη χρόνια νόσο. Στο πρώτο κομβικό σημείο, την ανακάλυψη της οροθετικότητας, εκτός από την κακή πρόγνωση ο ασθενής έρχεται και αντιμέτωπος με ένα πλήθος άλλων ζητημάτων: την αποκάλυψη μιας κοινωνικά μη αποδεκτής συμπεριφοράς - μη αποδεκτής σε φίλους, συγγενείς ή συνεργάτες -, την αντιμετώπιση των φόβων τους σχετικά με την μεταδοτικότητα, την προσπάθεια να αποφύγει να μολύνει άλλους και την ανάγκη να προστατευτεί ο ίδιος από ευκαιριακές λοιμώξεις. Σε αυτή τη φάση "της πρώτης κρίσης", η οξεία ψυχολογικά αντίδραση συνήθως συνίσταται σε άρνηση που εναλλάσσεται με περιόδους έντονου άγχους. Η άρνηση μπορεί να είναι τόσο έντονη που ο ασθενής μπορεί να αδιαφορήσει για τις ιατρικές συμβουλές και να οδηγηθεί σε ρισκοκίνδυνη συμπεριφορά. Ακολουθεί μια πλειάδα συναισθηματικών αντιδράσεων που ποικίλει από το σοκ, την άρνηση, την ενοχή, το φόβο, το θυμό ως τη θλίψη και το "παζάρεμα". Η ψυχολογική υποστήριξη και η συμβουλευτική παρέμβαση σκόπιμο είναι να αρχίσουν αμέσως αλλά το άγχος δυσκολεύει τη συγκράτηση των πληροφοριών που παρέχονται και παραμορφώνει τις πληροφορίες αυτές. Ο τρόπος με τον οποίο ανακοινώνεται το αποτέλεσμα των διαγνωστικών εξετάσεων παίζει ρόλο και δεν είναι τυχαίο ότι τουλάχιστον στην Αγγλία τα 2/3 των ασθενών δεν είναι ικανοποιημένα από τον τρόπο με τον οποίο τους ανακοινώθηκε η διάγνωση. Η ικανοποίηση είχε να κάνει με την ποιότητα της πληροφορίας και με το πώς ένιωσαν όταν η διάγνωση έγινε σε κλίμα υποστήριξης και αποδοχής.

Στην δεύτερη φάση, "το μεταβατικό στάδιο", αρχίζει σταδιακά να γίνεται η προσαρμογή στη μακρά ασυμπτωματική περίοδο της νόσου. Αρχικά εμφανίζονται κύματα θυμού, πένθους, αυτό-οικτιρμού και άγχους που ξεπερνούν την άρνηση ενώ γίνεται μία μηρυκαστική ανασκόπηση του παρελθόντος στην προσπάθεια να καταλάβουν τι έκαναν για να αξίζουν τέτοια μοίρα. Σε αυτή την περίοδο αναστάτωσης, σύγχυσης και αναταραχής οι απορρίψεις βιώνονται έντονα, η αυτοεκτίμηση πέφτει, μπορεί να υπάρξει αποξένωση από την οικογένεια και την κοινότητα και οι σκέψεις αυτοκτονίας είναι συχνές. Πολλοί επιλέγουν να απομονωθούν και αποφεύγουν να επισκεφτούν φίλους ή γιατρούς. Ο θυμός των ασθενών μπορεί να μετατεθεί σε έντονη σεξουαλική συμπεριφορά και αυξημένη χρήση ουσιών θέτοντας σε κίνδυνο τον εαυτό τους και άλλους. Άλλοι, ελπίζοντας να «παζαρέψουν» τη γιατρεία τους με το να είναι «καλοί», καταπιέζουν το θυμό τους και εμφανίζουν περισσότερο αγχώδη και καταθλιπτικά επεισόδια. Σε αυτή την περίοδο υπάρχει μεγάλη ανάγκη για ψυχολογική στήριξη η οποία μπορεί να είναι εξαιρετικά αποτελεσματική. Χρειάζεται να δημιουργηθεί ένα νέο σύστημα αξιών, νέα αίσθηση του εαυτού και νέα κοινότητα. Οι ομάδες ασθενών είναι ιδιαίτερα βοηθητικές, αν και

στην αρχή μπορεί να είναι δύσκολη η επαφή με ασθενείς σε ποιο προχωρημένα στάδια της νόσου. Φαίνεται πάντως πως οι ασθενείς που υιοθετούν πιο αποφευκτικούς μηχανισμούς προσαρμογής δεν αναζητούν ομάδες υποστήριξης και βιώνουν μεγαλύτερη ψυχολογική ένταση και δυσφορία.

Οι περισσότεροι τελικά προσαρμόζονται στην ιδέα ότι είναι οροθετικοί και μετρήσεις ψυχολογικής δυσφορίας προσαρμογής και ποιότητας ζωής δείχνουν σημαντική βελτίωση σε επανειλημμένες μετρήσεις μέσα στους πρώτους δεκαοκτώ μήνες από τη διάγνωση. Η εμφάνιση όμως νέων συμπτωμάτων αναζωπυρώνει την κρίση και τις ανησυχίες και είναι ουσιαστικά το δεύτερο κομβικό σημείο καθώς η απειλή της προόδου της νόσου αναγκάζει τους ασθενείς σε νέες δοκιμασίες των προσαρμοστικών τους μηχανισμών. Στη συνέχεια, κάθε αλλαγή στην κλινική κατάσταση, απομόνωση ή εγκατάλειψη, αδυναμία συντρόφου ή οικογένειας να συμπαρασταθούν επαρκώς, απώλεια οικονομικής και σωματικής ανεξαρτησίας, δυσκολίες στην ανεύρεση ιατρικής περίθαλψης και θάνατος φίλων ή συντρόφων από τη νόσο μπορεί να προκαλέσει έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις. Η διαδικασία του πένθους που σχετίζεται με αυτές τις απώλειες είναι πολύ σημαντική δεδομένου ότι το ποσοστό ανεπίλυτου πένθους είναι υψηλό σε αυτούς τους ασθενείς και συνδέεται με αύξηση της συχνότητας κατάθλιψης και άγχους.

Οι αιτίες της κατάθλιψης της νόσου από HIV είναι ποικίλες : πρώτον , ο ψυχολογικός αντίκτυπος της διάγνωσης όπως αναφέρθηκε παραπάνω είναι μεγάλος και η δοκιμασία στην οποία υποβάλλει τους ψυχολογικούς προσαρμοστικούς μηχανισμούς, αντίστοιχη. Δεύτερον, ο ιός ο ίδιος είναι νευρότροπος και προσβάλλει υποφλοιώδη κέντρα(βασικά γάγγλια, βάλανο, στέλεχος) που είναι γνωστό ότι συνδέονται βιολογικά με την εκδήλωση της κατάθλιψης. Τρίτον, οι ομάδες που προσβάλλει (αμφιφυλόφιλους και ομοφυλόφιλους, χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών) στο δυτικό κόσμο είναι γνωστό ότι έχουν επίσης υψηλό κίνδυνο για καταθλιπτικά συμπτώματα και σύνδρομα ανεξαρτήτως μόλυνσης από τον ιό. Τέταρτον , αλλά με μικρή συνεισφορά στην αιτιολογία , η AZT και πολλά από τα αντι νεοπλασματικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται μπορούν δυνητικά να προκαλέσουν κατάθλιψη.

Η ίδια η διάγνωση της κατάθλιψης είναι δύσκολη γιατί πολλά από τα σωματικά συμπτώματα, όπως οι διαταραχές της όρεξης και του ύπνου, η κόπωση και η απώλεια βάρους μπορεί να οφείλονται στην ίδια τη νόσο, γεγονός που ισχύει και για πολλά νευροψυχολογικά συμπτώματα (ψυχολογικά επιβράδυνση , δυσκολίες στη μνήμη και τη συγκέντρωση)που προκαλεί η ίδια η επίδραση του ιού στον εγκέφαλο. Επίσης , πολλές από τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις στα κομβικά σημεία μετάβασης της νόσου , μπορεί να θυμίζουν κατάθλιψη αλλά είναι παροδικές και αυτοπεριοριζόμενες.

Για να διαγνωσθεί μείζον κατάθλιψη θα πρέπει να βασιστεί κανείς κυρίως σε συμπτώματα όπως επίμονη (άνω των 2 εβδομάδων) καταθλιπτική διάθεση, μειωμένη ευχαρίστηση και ενδιαφέρον σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες και επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός.

Ειδικά η «αυτοκτονικότητα» είναι μείζον θέμα σε αυτούς τους ασθενείς και πρέπει κανείς να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας. Ως παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία θεωρούνται οι πολλαπλές απώλειες εξαιτίας της νόσου, ο στενός σύνδεσμος με κάποιον που πέθανε από τη νόσο, αλλαγή σταδίου της νόσου, πρόσφατη ενημέρωση οροθετικότητας και σημαντικά προβλήματα εξαιτίας της κοινωνικής προκατάληψης. Ο σχετικός κίνδυνος (η συχνότητα αυτοκτονίας ασθενών με AIDS διαιρεμένη με τη συχνότητα αυτοκτονίας στον γενικό πληθυσμό) είναι 20 φορές μεγαλύτερος στην αντίστοιχη ηλικιακή ομάδα τουλάχιστον για τη Νέα Υόρκη. (Στρατηγός 2004).

Λίγο χαμηλότερα επίπεδα σχετικού κινδύνου αναφέρονται για ασθενείς που προέρχονται από άλλα μέρη της Αμερικής. Όταν όμως συγκρίνει κανείς τους ασθενείς με AIDS όχι με το γενικό πληθυσμό αλλά με τις αντίστοιχες λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου για AIDS που είναι οροαρνητικές οι διαφορές στα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας γίνονται μικρές έως ανύπαρκτες. Από επιδημιολογική άποψη αυτό είναι ένα σημαντικό στοιχείο που ισχύει και για τη γενικότερη συχνότητα της κατάθλιψης στο AIDS.

Σε ελληνική μελέτη που έγινε σε δείγμα αιμοφιλικών ασθενών δε βρέθηκε διαφορά σε βαθμολογία μεταξύ οροθετικών και οροαρνητικών ασθενών ανεξαρτήτως σταδίου.

Παράγοντες κινδύνου που έχουν προσδιοριστεί για την κατάθλιψη στο AIDS περιλαμβάνουν ιστορικό κατάθλιψης, παρουσία διαταραχής προσωπικότητας, παρουσία σωματικών συμπτωμάτων από τη νόσο, ανεπάρκεια κοινωνικών στηριγμάτων και χρήση «αποσυνδεδετικών» προσαρμοστικών μηχανισμών (αποστασιοποίηση, αυτοσυγκράτηση και γνωσιακή δραπέτευση - αποφυγή). Αν και αρκετές εργασίες δείχνουν ότι η κατάθλιψη δεν συνδέεται με μείωση των ανοσολογικών δεικτών των ασθενών, εντούτοις, σε πρόσφατη ελληνική μελέτη βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στη μείωση του δείκτη CD και την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων με βάση αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες.(Στρατηγός 2004).

Η ψυχολογική αναστάτωση που σχετίζεται με τη διάγνωση και τη νόσο μπορεί να αντιμετωπιστεί με ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία. Ειδικά η τελευταία μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική με φαρμακευτική αγωγή, τουλάχιστον σε ασθενείς με αντιδραστική κατάθλιψη. Αυτό δείχνει η μόνη μελέτη που συνέκρινε δομημένη

ομαδική θεραπεία βασισμένη σε εκπαίδευση για εκμάθηση προσαρμοστικών δεξιοτήτων σε σύγκριση με χορήγηση φλουοξετίνης για 12 εβδομάδες σε 20 ασυμπτωματικούς οροθετικούς ομοφυλόφιλους υπό αγωγή με AZT. Η ομαδική θεραπεία ήταν επίσης αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του άγχους και της θλίψης που συνδέονταν με το πένθος δύο ομάδων ασθενών (οροθετικών και οροαρνητικών) που είχαν χάσει στενό φίλο ή σύντροφο λόγω AIDS μέσα στο τελευταίο εξάμηνο. Γεγονός παραμένει πάντως ότι σε κλινική κατάθλιψη η φαρμακευτική αγωγή είναι η πρώτη θεραπευτική αγωγή. (Στρατηγός 2004).

Συμπερασματικά, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψιν ότι οι ασθενείς με οροθετικότητα για HIV και AIDS αποτελούν μια ομάδα με αυξημένο κίνδυνο τόσο για κατάθλιψη όσο και για «αυτοκτονικότητα». Τα ψυχιατρικά και χαρακτηρισολογικά προβλήματα που προδιαθέτουν πολλούς από τους πάσχοντες στην εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους συνδυασμένα με τα σοβαρά κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούνται εξαιτίας της προκατάληψης δημιουργούν ιδιαίτερες ανάγκες για υποστήριξη και ψυχιατρική παρέμβαση σε αυτή την ομάδα ασθενών. Άσχετα με το αν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτού του πληθυσμού δικαιολογούν την αυξημένη επίπτωση κατάθλιψης το μήνυμα στους θεράποντες θα πρέπει να είναι ότι, εφόσον υπάρχει μείζον κατάθλιψη, αυτή θα πρέπει να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά σε ό,τι και αν οφείλεται και όσο «δικαιολογημένη» και αν φαίνεται. Το κρίσιμο ζητούμενο σε ασθενείς με νόσους όπως ο καρκίνος και το AIDS θα πρέπει να είναι η αποδοχή, η υποστήριξη, η ανακούφιση και η συνεχής προσπάθεια παροχής μιας αποδεκτής ποιότητας ζωής προς τον ασθενή (Στρατηγός 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. Μεθοδολογία Συμβουλευτικής Παρέμβασης για HIV

10.1 Έννοια, Περιεχόμενο και Σημασία της Συμβουλευτικής

Έννοια

Είναι αρκετά δύσκολο να δοθεί ένας σαφής και πλήρης ορισμός της Συμβουλευτικής Ψυχολογίας ως επιστήμης αλλά και της Συμβουλευτικής ως διαδικασίας. Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρία (American Psychological Association) όρισε τη Συμβουλευτική Ψυχολογία ως "την ειδικότητα σύμφωνα με την οποία ο Σύμβουλος-Ψυχολόγος βοηθά το συμβουλευόμενο να βελτιώσει την προσωπική του κατάσταση, να ανακουφιστεί από τη λύπη και τη στενοχώρια, να επιλύσει τις κρίσιμες καταστάσεις που αντιμετωπίζει, να αναπτύξει την ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων του και να μπορεί να παίρνει μόνος του αποφάσεις. Επίσης, υποστηρίζει την ψυχολογική ανάπτυξη και εξέλιξη του συμβουλευόμενου, βοηθώντας τον να κάνει καλύτερη χρήση των αποθεμάτων και των ικανοτήτων που διαθέτει ή δείχνοντάς του το δρόμο για την ανάπτυξη νέων μεθόδων που θα τον διευκολύνουν να βοηθήσει μόνος του τον εαυτό του.

Ο Συμβουλευτικός Ψυχολόγος, για να πλησιάσει τον συμβουλευόμενο, χρησιμοποιεί συστηματικές προσεγγίσεις που στηρίζονται στην έρευνα, ώστε να βοηθήσει τον εαυτό του, αλλά και τον συμβουλευόμενο να κατανοήσει πληρέστερα τα προβλήματά του και να αναπτύξει πιθανούς τρόπους επίλυσής τους. Τα προβλήματα που οδηγούν έναν άνθρωπο να ζητήσει τη βοήθεια του Συμβουλευτικού Ψυχολόγου, ξεπηδούν από περιβαλλοντικές επιδράσεις και επιρροές ή από εσωτερικές συγκρούσεις και μπορεί να είναι επαγγελματικά, εκπαιδευτικά, συναισθηματικά, κοινωνικά, εξελικτικά ή προβλήματα υγείας" (Μαλικιώση - Λοϊζου, 1999).

Ο Δημητρόπουλος (1999), ορίζει τη Συμβουλευτική σε σχέση με τη λειτουργία και τη μορφή της ως "τη διαδικασία εκείνη κατά την οποία είτε κατά τρόπο ατομικό είτε κατά τρόπο ομαδικό, ένας ειδικός που υπό ορισμένες προϋποθέσεις λέγεται Σύμβουλος, συνεξετάζει με ένα άτομο (ή κάποια άτομα) θέματα ή προβλήματα που απασχολούν το άτομο (ή τα άτομα) και διευκολύνει τη λύση τους" (σελ. 21). Σε σχέση με τον επιστημονικό χαρακτήρα της Συμβουλευτικής στην ίδια πηγή συναντάμε: "Η Συμβουλευτική είναι ένα ξεχωριστό γνωστικό Αντικείμενο μια ξεχωριστή επιστημονική περιοχή. Αποδίδεται, λοιπόν, με τον όρο "Συμβουλευτική" και το επιστημονικό περιεχόμενο αυτού του χώρου, ως θεωρία και ως εφαρμογή χρηστική εφαρμογή". Σε σχέση με το σκοπό της, ο ίδιος συγγραφέας, ορίζει τη Συμβουλευτική ως "μία μέθοδο

προσέγγισης και παρέμβαση βοήθειας, ένα μέσο για εξασφάλιση αυτής της βοήθειας, προς το άτομο που αντιμετωπίζει ή προσπαθεί να προλάβει κάποιο πρόβλημα".

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει υπογραμμίσει τη σημασία της Συμβουλευτικής σε σχέση με το τεστ ανίχνευσης αντισωμάτων στον HIV. Ανεξάρτητα από το χώρο όπου πραγματοποιείται το τεστ, η Συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση της υγείας τους, να προετοιμαστούν για μια διάγνωση με πιθανά άσχημα νέα, καθώς και να εκπαιδευτούν σε θέματα πρόληψης της νόσου.

Η Συμβουλευτική μπορεί ακόμη να οριστεί ως ένας δημιουργικός παραγωγικός διάλογος ανάμεσα σ' αυτόν που την παρέχει και τον ενδιαφερόμενο. Όσον αφορά στη λοίμωξη και νόσο HIV, η Συμβουλευτική έχει ως στόχο, μεταξύ άλλων, την πληροφόρηση για τις επιπτώσεις από τη λοίμωξη και την ψυχολογική υποστήριξη των φορέων και ασθενών με λοίμωξη HIV.

Ο Σύμβουλος ατόμων με λοίμωξη ή νόσο HIV, είναι συχνά ο διαμεσολαβητής ανάμεσα σε ασθενείς, εραστές, μέλη οικογενειών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής διαδικασίας όλα τα προβλήματα που ανακύπτουν εξ αιτίας της λοίμωξης αναγνωρίζονται και στη συνέχεια μελετάται η καλύτερη δυνατή αντιμετώπισή τους (Miller & Bor, 1991).

Σημασία Συμβουλευτικής

Η λοίμωξη HIV είναι απειλητική για την ανθρώπινη ζωή. Ταυτόχρονα, οι επιπτώσεις της, όπως σκιαγραφήθηκαν παραπάνω είναι τεράστιες. Εξαιτίας της λοίμωξης ανακύπτουν θέματα τα οποία ενδεχομένως προξενούν οδύνη, φόβο και αίσθημα απειλής στον ασθενή και το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται σε εργασίες κατά τις οποίες έρχεται σε επαφή με διάφορες διαστάσεις της νόσου.

Η Συμβουλευτική στην περίπτωση της λοίμωξης και νόσου HIV είναι αναγκαία για τους παρακάτω λόγους:

Δεν υπάρχει θεραπεία. Οι άνθρωποι που έχουν προσβληθεί από τον HIV, είναι πιθανό να αναζητούν ευκαιρίες να συζητήσουν με κάποιον θέματα όπως: πώς να ζήσουν με μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή πώς να αντιμετωπίσουν την προοπτική του θανάτου.

Η λοίμωξη HIV είναι, σχεδόν πάντοτε, μοιραία. Οι ασθενείς, οι σύντροφοί τους και οι συγγενείς τους έρχονται αντιμέτωποι με μια χρόνια και σε κάποιες περιπτώσεις οξεία και θανατηφόρα ασθένεια. Στο πλαίσιο αυτής της ασθένειας είναι υποχρεωμένοι να ρυθμίσουν διάφορα θέματα που ανακύπτουν. Τα θέματα αυτά

μπορεί να είναι πρακτικά ή ψυχολογικά και κυμαίνονται από θέματα νοικοκυριού και οικονομικών μέχρι την παρακολούθηση της επικαιρότητας για την εξέλιξη των θεραπειών.

Ο ιός HIV είναι μεταδοτικός. Οι άνθρωποι που έχουν προσβληθεί θα παραμείνουν προσβεβλημένοι και θα μπορούν να μεταδώσουν τον ιό, σε όλη τους τη ζωή. Καθώς δεν έχει ανακαλυφθεί ακόμη θεραπεία για τη λοίμωξη και νόσο HIV, η πληροφόρηση σχετικά με την πρόληψη και τη μετάδοση είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της Συμβουλευτικής. Οι ασθενείς πρέπει να καταλάβουν ότι έχει μεγάλη σημασία αφ' ενός να μη μεταδώσουν τον ιό και αφ' ετέρου να προστατεύσουν τον οργανισμό τους από άλλες λοιμώξεις και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για τα νεαρά άτομα. Η υγεία και η μακροζωία, παραδοσιακά θεωρούνταν χαρακτηριστικά της νεότητας. Μέχρι την εμφάνιση της λοίμωξης HIV, οι νέοι δεν υπήρξαν ποτέ το κέντρο του ενδιαφέροντος στον τομέα της υγείας. Με την εμφάνιση της Λοίμωξης HIV, παρουσιάστηκε η ανάγκη εξεύρεσης τρόπων προσέγγισης των νέων ανθρώπων. Αυτό αποτελεί μια πρόκληση, ιδιαίτερα για τους ανθρώπους εκείνους που αισθάνονται άβολα όταν συζητούν για θέματα σεξουαλικότητας ή σεξ. Επίσης πρέπει να σκεφτούμε ότι η διάγνωση της λοίμωξης HIV μπορεί να σημάνει για το άτομο απώλεια της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ανεξαρτησίας του. Το γεγονός αυτό είναι επώδυνο για το άτομο σε όλες της ηλικίες, με τη διαφορά ότι τα κοινωνικά στερεότυπα είναι τέτοια που καθιστούν τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα πιο καλά προετοιμασμένα (τουλάχιστον θεωρητικά) για τη σταδιακή έκπτωση των σωματικών λειτουργιών.

Η αβεβαιότητα και η ελλιπής γνώση προξενούν φόβο. Είναι γεγονός ότι η λοίμωξη HIV μπορεί να παραμείνει ασυμπτωματική για πολλά χρόνια και υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με το πότε ένα άτομο μπορεί να αναπτύξει τη νόσο. Η βάση του φόβου μπορεί να είναι εύλογη ή παράλογη.

Η πληροφόρηση είναι συγκεχυμένη. Οι ασθενείς μπορεί να πληροφορούνται από διαφορετικές πηγές και να συλλέγουν πληροφορίες πολύ διαφορετικές μεταξύ τους, ακόμα και αντικρουόμενες. Η Συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει τους ενδιαφερομένους να αξιολογήσουν τις πληροφορίες και να τις αξιοποιήσουν ώστε να καταλήξουν σε κάποια συμπεράσματα. Ακόμη και η καλή διαχείριση των ψυχολογικών θεμάτων που προκύπτουν από τη λοίμωξη HIV μπορεί να ελλοχεύει προβλήματα. Εάν οι δυσκολίες εντοπισθούν έγκαιρα, ο Σύμβουλος έχει το περιθώριο να κάνει σχεδιασμό, σε συνεργασία με τον Συμβουλευόμενο, για την υπέρβαση μιας

κρίσης ή ακόμα και να προβεί σε παραπομπή του Συμβουλευόμενου σε κάποιον ειδικό, εάν το κρίνει αναγκαίο. Φυσικά, αυτό αντιστοιχεί σε εξοικονόμηση χρόνου αλλά και οικονομικών πόρων. Η παροχή έγκαιρης, κατάλληλης και επαρκούς υποστήριξης μπορεί να βοηθήσει ώστε κάποιες ψυχιατρικές διαταραχές (ή επεισόδια) να αποφευχθούν.

Ο συντονισμός είναι απαραίτητος. Η νόσος HIV επηρεάζει διαφορετικά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού καθώς και διαφορετικούς τομείς της ζωής. Ως αποτέλεσμα του γεγονότος αυτού, ο ασθενής συναντά διάφορους ειδικούς που αντιμετωπίζουν τα θέματα που προκύπτουν. Μπορεί έτσι να παρουσιαστούν προβλήματα στη διαχείριση των θεμάτων αυτών και ο ασθενής να αισθανθεί σύγχυση. Ο συντονισμός των ενεργειών των ειδικών που φροντίζουν τον ασθενή είναι απολύτως αναγκαίος.

Σκοπός

Οι δύο βασικοί σκοποί της Συμβουλευτικής για τη λοίμωξη και νόσο HIV είναι η πρόληψη και αντιστάθμιση. Όπως επισημαίνει ο Δημητρόπουλος (1999), " οι σκοποί πρέπει να ορίζονται με βάση τις ανάγκες και τις επιδιώξεις του ατόμου και όχι με άξονα τις επιθυμίες του Συμβούλου ή οποιουδήποτε άλλου"(σελ. 29). Σε γενικές γραμμές, στόχος της Συμβουλευτικής είναι η εξασφάλιση της συνετότερης αξιοποίησης του εαυτού, μέσω της επίτευξης των απαραίτητων αλλαγών στη συμπεριφορά του ατόμου ή των άλλων. Με αυτή την έννοια, η Συμβουλευτική πρέπει να έχει χαρακτήρα περισσότερο προληπτικό παρά αντισταθμιστικό-επανορθωτικό (Δημητρόπουλος, 1999). Παράλληλα, βασικός στόχος μιας συμβουλευτικής παρέμβασης είναι η στήριξη του ασθενούς. Χρήσιμο είναι να διαχωρίζονται τα διάφορα είδη στήριξης που υπάρχουν έτσι ώστε ο ειδικός να μπορεί να οργανώσει καλύτερα την παρέμβασή του ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς.

Τα είδη στήριξης είναι:

- α.** συναισθηματική στήριξη: η οποία προέρχεται κυρίως από συγγενείς και φίλους και είναι η πιο γνωστή μορφή στήριξης. Περιλαμβάνει κατανόηση, ενδιαφέρον, φροντίδα, αγάπη και εμπιστοσύνη. Ψυχοθεραπευτικές ομάδες μπορούν επίσης να προσφέρουν τέτοιου είδους στήριξη.
- β.** αξιολογική στήριξη: η οποία αφορά πληροφόρηση του ασθενούς για το πώς βλέπουν οι άλλοι την κατάστασή του, π.χ η οικογένεια, οι φίλοι, οι συνάδελφοι, οι

γιατροί κ.τ.λ με στόχο την επιβεβαίωση της βελτίωσης της υγείας τους, τη θετική αξιολόγηση της πορείας της θεραπείας του, τη σύγκριση με άλλους ασθενείς κ.τ.λ..

γ. πληροφοριακή στήριξη: η οποία αφορά παροχή πληροφοριών (π.χ για την ασθένειά του, συμβουλών, ιατρικών οδηγιών, κατεύθυνσης, πρόγνωσης, κ.τ.λ). αυτές μπορούν να παρέχονται και σε κοινωνικό ή κοινοτικό επίπεδο.

δ. υλική στήριξη: με την μορφή χρημάτων, χρόνου, βοήθεια σε είδος και άλλες συγκεκριμένες παρεμβάσεις υπέρ του ατόμου. Η στήριξη αυτή μπορεί να παρέχεται σε κοινωνικό ή κοινοτικό επίπεδο με διάφορα προγράμματα, επιδοτήσεις κ.τ.λ.

Λειτουργοί

Ποιοι Πρέπει να Είναι

Η Συμβουλευτική μπορεί να είναι η κατεξοχήν απασχόληση κάποιου ειδικού. Μπορεί όμως να είναι μέρος του επικουρικού ρόλου οποιουδήποτε επαγγελματία υπηρεσιών υγείας. Στο έργο Δημητρόπουλος (1999) συναντήσαμε την έννοια των "επικουρικών" και "περιστασιακών" λειτουργιών. Πρόκειται για "μη επαγγελματίες" που χρησιμοποιούνται σε διάφορους χώρους, με διάφορους ρόλους και για διάφορους σκοπούς, όπως για παράδειγμα, στην περίπτωση χρήσης νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες Υγείας για σκοπούς συμβουλευτικούς. Η επιλογή και εκπαίδευση των "βοηθητικών λειτουργιών" που ονομάζονται και "παρασυμβουλευτικό προσωπικό" θα πρέπει να γίνεται με τον ίδιο τρόπο που γίνεται και για τους επαγγελματίες Συμβούλους, τηρουμένων πάντοτε των αναλογιών. Οι δεξιότητες και οι γνώσεις που σχετίζονται με τη Συμβουλευτική για τη λοίμωξη HIV και νόσο μπορεί και πρέπει να περιλαμβάνονται στα καθήκοντα των διαφόρων επαγγελματιών. Αμέσως παρακάτω αναφέρουμε τους επαγγελματίες αυτούς.

Στο χώρο του νοσοκομείου:

- α. Γιατροί
- β. Νοσοκόμοι
- γ. Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, γενικότερα
- δ. Φυσιοθεραπευτές
- ε. Εργοθεραπευτές
- στ. Κοινωνικοί λειτουργοί
- ζ. Ψυχοθεραπευτές
- η. Θεραπευτές οικογένειας
- θ. Ψυχολόγοι
- ι. Νοσοκομειακοί ιερείς.

10.2 Συμβουλευτική Σχετικά με την Εξέταση για Ανίχνευση του HIV

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, η Συμβουλευτική πρέπει να λαμβάνει χώρα τόσο πριν από τη διενέργεια της εξέτασης για την ανίχνευση του HIV όσο και μετά από αυτή. Η Συμβουλευτική, σε συνδυασμό με τον έλεγχο αντισωμάτων στον HIV, παρέχει στα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο λοίμωξης από τον ιό, πληροφορίες καθώς και την ψυχολογική στήριξη που χρειάζονται, ώστε να πάρουν τις κατάλληλες αποφάσεις για να αποφύγουν τη λοίμωξη ή αν έχουν μολυνθεί να αποφύγουν τη μετάδοση του HIV σε άλλους και να αρχίσουν την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Σε γενικές γραμμές, τα άτομα που γνωρίζουν την κατάσταση της υγείας τους είναι ικανότερα να πάρουν αποφάσεις για το τι πρέπει να κάνουν, σε σχέση με εκείνα που την αγνοούν. Στην περίπτωση της ύπαρξης λοίμωξης, η έγκαιρη χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής είναι δείκτης θετικότερης πρόγνωσης. Η εξέταση για ανίχνευση των αντισωμάτων του HIV, σε συνδυασμό με την παροχή Συμβουλευτικής πριν και μετά τον έλεγχο, βοηθά σημαντικά στην πρόληψη της λοίμωξης HIV (ΠΟΥ, 1991). Πρέπει να σημειώσουμε ότι ο Σύμβουλος οφείλει να δώσει έμφαση στην ανάγκη πρόληψης ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της εξέτασης (WHO, 1994).

Στη χώρα μας, δεν έχει καθιερωθεί η παροχή Συμβουλευτικής πριν από την εξέταση για την ανίχνευση αντισωμάτων στον HIV, αλλά ούτε και μετά όταν το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο ή αρνητικό. Η κ. Νικολοπούλου, υπεύθυνη του Συμβουλευτικού Σταθμού Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Κ.Ε.Ε.Λ, ο οποίος στεγάζεται στο Νοσοκομείο Α. Συγγρός, μας διαφώτισε σχετικά: η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων γίνεται από κάποιο μέλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της μονάδας όπου πραγματοποιείται η εξέταση. Εάν το αποτέλεσμα στην εξέταση (ELISA) είναι θετικό, ενημερώνεται ο ενδιαφερόμενος ότι πρέπει να περιμένει τα αποτελέσματα μίας δεύτερης εξέτασης (Western blot). Η συμβουλευτική παρέμβαση πραγματοποιείται εάν ο ενδιαφερόμενος το ζητήσει ή εάν ο γιατρός θεωρήσει σκόπιμο να προβεί σε παραπομπή στο Συμβουλευτικό Σταθμό. Εάν κάποιος το ζητήσει, μπορεί να επισκεφθεί το Συμβουλευτικό Σταθμό και πριν εξετασθεί ή εάν λάβει ένα θετικό αποτέλεσμα. Εάν όμως το αποτέλεσμα είναι αρνητικό, αλλά ο ενδιαφερόμενος εξακολουθεί να έχει ανάγκη συμβουλευτικής υποστήριξης, παραπέμπεται σε κάποια άλλη υπηρεσία Ψυχικής Υγείας. Γενικότερα, θα λέγαμε πως στην Ελλάδα δεν έχει καθιερωθεί η συσχέτιση της εξέτασης για HIV με τη Συμβουλευτική.

Στις χώρες όπου η Συμβουλευτική περιλαμβάνεται σε όλα τα στάδια της διαδικασίας της εξέτασης έχει ήδη αρχίσει ο προβληματισμός για το ρόλο της

Συμβουλευτικής έπειτα από τη ραγδαία εξέλιξη που πραγματοποιείται στις μεθόδους εξέτασης. Στην ενότητα αυτή, αναφερόμαστε στη μέθοδο εξέτασης που εφαρμόζεται στη χώρα μας. Η μέθοδος Συμβουλευτικής που περιγράφουμε είναι η ατομική συμβουλευτική συνέντευξη γιατί αυτή απαντά στη σχετική βιβλιογραφία αλλά και στην πράξη, όπου εφαρμόζονται τέτοια προγράμματα.

10.2.1 Μέθοδοι Εξέτασης για HIV και η Συμβουλευτική

Στις περισσότερες περιπτώσεις, υπάρχει μια κάποια καθυστέρηση ανάμεσα στη στιγμή πραγματοποίησης της εξέτασης και στην ανακοίνωση των αποτελεσμάτων στον ενδιαφερόμενο. Η πείρα έχει δείξει ότι ένας αξιοσημείωτος αριθμός ανθρώπων που εξετάζονται για HIV, δεν επιστρέφει για τα αποτελέσματα. Το γεγονός αυτό, περιορίζει σημαντικά το πεδίο δράσης της Συμβουλευτικής (De Bruyn 1996). Απ' την άλλη μεριά, ο χρόνος που μεσολαβεί βοηθά τα άτομα που έλαβαν Συμβουλευτική πριν από την εξέταση να συνειδητοποιήσουν τις πληροφορίες που έλαβαν και να προετοιμάσουν, όσο είναι δυνατόν, ώστε να λάβουν τα αποτελέσματα. Η πρόοδος που πραγματοποιείται στον τομέα των μεθόδων εξέτασης για HIV είναι πιθανό να περιορίσει το διάστημα και να οδηγήσει στη ματαίωση κάθε είδους Συμβουλευτικής.

Μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί στη δημιουργία γρήγορων τεστ για HIV, των οποίων τα αποτελέσματα είναι διαθέσιμα μέσα σε λίγα λεπτά. Ο WHO υποστηρίζει ότι αυτό σημαίνει ότι οι ενδιαφερόμενοι μπορεί να μην είναι συναισθηματικά και ψυχολογικά προετοιμασμένοι όταν θα λαμβάνουν τα αποτελέσματα. Γι' αυτό θα πρέπει να αναπτυχθούν στρατηγικές που θα εξασφαλίζουν ότι οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να λαμβάνουν αρκετή Συμβουλευτική πριν την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων ανεξάρτητα από το είδος της εξέτασης στην οποία υποβλήθηκαν (WHO, 1995).

Εκτός από τα γρήγορα τεστ, είναι πλέον διαθέσιμα, στην Αμερική κυρίως, και τεστ τα οποία μπορεί να εφαρμόσει ο ίδιος ο ενδιαφερόμενος. Πρόκειται για δύο ειδών τεστ. Αυτά που διαθέτουν κουτί για συλλογή δείγματος στο σπίτι και αυτά που είναι κανονικά τεστ για το σπίτι. Στην περίπτωση του πρώτου, ο ενδιαφερόμενος συλλέγει το δείγμα, το στέλνει σε κάποιο εργαστήριο και τηλεφωνεί για να μάθει τα αποτελέσματα. Στην περίπτωση του δεύτερου, ο ενδιαφερόμενος διαβάζει ο ίδιος τα αποτελέσματα στο σπίτι, όπως γίνεται με τα τεστ εγκυμοσύνης. Ο WHO, σημειώνει ότι αυτά τα τεστ θα ήταν ευπρόσδεκτα σε χώρες όπου υπάρχει πολύ έντονο πρόβλημα κοινωνικών διακρίσεων εξαιτίας του HIV (WHO, 1995).

Οπωσδήποτε, η προσφορά στο άτομο της δυνατότητας να μαθαίνει εάν έχει προσβληθεί από HIV με τρόπο απόλυτα προσωπικό και εμπιστευτικό αποτελεί ένα τεράστιο βήμα προόδου. Εν τούτοις, η εξέλιξη αυτή έχει και σοβαρά μειονεκτήματα τα οποία πρέπει να εξετασθούν σοβαρά. Αποτέλεσμα της ευρείας διάδοση αυτών των τεστ μπορεί να είναι οι άνθρωποι που τα χρησιμοποιούν να μην αναζητούν συμβουλευτική υποστήριξη ούτε πριν, ούτε μετά την εξέταση.

Είναι πέρα από τα όρια αυτής της εργασίας η προβληματική σχετικά με την εξέλιξη των τεστ και το ρόλο της Συμβουλευτικής καθότι στην Ελλάδα οι μέθοδοι εξέτασης για την ανίχνευση του HIV είναι συγκεκριμένες (σε πρώτη φάση πραγματοποιείται το τεστ ELISA και εφόσον το αποτέλεσμα είναι θετικό, γίνεται επιβεβαίωση με Western blot) και αυτές λαμβάνουμε ως δεδομένες παρακάτω.

10.2.2 Η Συμβουλευτική σχετικά με τη Μέθοδο Εξέτασης για Ανίχνευση του HIV που Εφαρμόζεται στην Ελλάδα

Ο Σύμβουλος ή ο επαγγελματίας υγείας που αναλαμβάνει συμβουλευτικό ρόλο, πρέπει αρχικά να εξασφαλίσει ένα ιστορικό του ενδιαφερομένου, το οποίο θα του επιτρέψει να εκτιμήσει, εάν αυτό είναι δυνατόν, την ύπαρξη λόγων υποβολής του ατόμου σε εξετάσεις για την υποβολή του ατόμου σε εξέταση για την ανίχνευση του HIV (WHO, 1994). Στις μέρες μας, τα τεστ για την ανίχνευση του HIV είναι ακριβή και παρέχονται δωρεάν. Όταν δε, συνδυάζονται με Συμβουλευτική, τότε το όφελος μπορεί να αντισταθμίσει τη ζημιά που συνοδεύει τα τεστ που γίνονται χωρίς πληροφόρηση ή χωρίς συνειδητή συγκατάθεση καθώς και την άρνηση του ατόμου να υποβληθεί σε αυτά.

Ο σκοπός της εξέτασης για HIV πρέπει να είναι πάντοτε το όφελος του ατόμου που υποβάλλεται σε αυτήν. Τα άτομα πρέπει να είναι σε θέση να εξασφαλίσουν φροντίδα και Συμβουλευτική ώστε να συμπεριφέρονται με τρόπο ασφαλέστερο για τα ίδια και για τους άλλους. Η εξέταση πρέπει πάντοτε να γίνεται με πλήρη συγκατάθεση του ατόμου έπειτα από πληροφόρησή του και εκτενή συζήτηση σχετικά με τις συνέπειές της. Η συζήτηση πρέπει να περιλαμβάνει και θέματα σχετικά με το πότε και κάτω από ποιες συνθήκες πρέπει να ανακοινώνονται τα αποτελέσματα στους άλλους.

Η Συμβουλευτική για τα άτομα που προκύπτουν οροθετικά, δεν στοχεύει μόνο στη ρύθμιση των ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών μιας τέτοιας κατάστασης αλλά και στη συνέχιση της ιατρικής παρακολούθησης και την προώθηση πιο ασφαλούς συμπεριφοράς και ενημέρωσης του συντρόφου.

10.3 Ατομική Συμβουλευτική Συνέντευξη Πριν την Εξέταση

Έννοια και Σημασία

Η Συμβουλευτική συνέντευξη πριν τη διενέργεια της εξέτασης για την ανίχνευση του HIV είναι ένας διάλογος μεταξύ του ενδιαφερομένου ατόμου και του επαγγελματία παροχής φροντίδας, ο οποίος στοχεύει στη συζήτηση της εξέτασης και των πιθανών επιπλοκών εξαιτίας των αποτελεσμάτων αυτής (WHO, 1994).

Η εξέταση για την ανίχνευση του HIV, όταν δεν συνοδεύεται από Συμβουλευτική, έχει ένα ψυχολογικό ιατρικό και κοινωνικό αντίκτυπο στους ασθενείς. Γι αυτό, οι ειδικοί συμφωνούν ότι κατάλληλη Συμβουλευτική από καταρτισμένο ή έμπειρο προσωπικό πρέπει να προηγείται της εξέτασης αλλά και να την ακολουθεί.

Η Συμβουλευτική πριν από την εξέταση είναι μια ευκαιρία για μάθηση και εκπαίδευση και πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα μέσον έναρξης πρόληψης και συνεχούς φροντίδας. Η απόφαση για την εξέταση πρέπει πάντοτε να είναι επιλογή του ατόμου. Για τα άτομα που αρνούνται ή δεν είναι προετοιμασμένα να εξετασθούν, είναι πιθανόν να μην επαρκεί μόνο μια Συμβουλευτική συνάντηση (CMA, 2000).

Το Αντικείμενο της Συμβουλευτικής Συνέντευξης Πριν την Εξέταση

Τα θέματα που θα απασχολήσουν το Σύμβουλο είναι τα ίδια, τόσο όταν ο ενδιαφερόμενος έχει αποφασίσει ο ίδιος να εξετασθεί, όσο και όταν τον έχει παραπέμψει κάποιος γιατρός. Είναι σημαντικό ο Σύμβουλος να εξηγήσει στον ενδιαφερόμενο ότι η εξέταση για HIV, δεν είναι εξέταση για AIDS. Τα αντισώματα στον HIV είναι ένας δείκτης της λοίμωξης. Η ανίχνευση αντισωμάτων δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το άτομο πάσχει από AIDS (νόσο HIV) ή ότι θα νοσήσει στο άμεσο μέλλον. Η ανακοίνωση άσχημων νέων, όπως είναι τα θετικά αποτελέσματα, μιας εξέτασης για HIV, είναι δύσκολος στόχος. Η προετοιμασία του ενδιαφερόμενου για άσχημα νέα μέσω της Συμβουλευτικής πριν από την εξέταση, κάνει το στόχο πολύ πιο εύκολο (Miller & Bor, 1991).

Στο έργο Miller & Bor (1991) τονίζεται ότι είναι σημαντικό να συζητήσει ο Σύμβουλος με τον ενδιαφερόμενο για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την εξέταση, έτσι ώστε ο δεύτερος να μπορέσει να αποφασίσει (έχοντας πλήρη επίγνωση της απόφασής του) αν θα προβεί στην εξέταση.

Μερικά μειονεκτήματα είναι:

α. Υπάρχει πιθανότητα το άτομο να αναπτύξει συναισθήματα έντονου άγχους και αβεβαιότητας.

- β. Ένα θετικό αποτέλεσμα είναι πιθανό να συνοδεύεται από κοινωνικό στιγματισμό.
- γ. Η διατήρηση ενός μυστικού αυξάνει το άγχος
- δ. Ίσως προκύψουν δυσκολίες στη διατήρηση ή τη σύναψη σχέσεων.
- ε. Ίσως προκύψουν άλλα πρακτικά οικονομικά προβλήματα.

Μερικά πλεονεκτήματα είναι:

- α. Η γνώση του αποτελέσματος είναι δυνατόν να μειώσει το άγχος
- β. Πιθανή διευκόλυνση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για το μέλλον.
- γ. Περισσότερα κίνητρα για την προστασία των σεξουαλικών συντρόφων.
- δ. Προφυλακτική αγωγή μπορεί να προωθηθεί.
- ε. Εάν διαγνωσθούν έγκαιρα συμπτώματα της λοίμωξης μπορούν να αντιμετωπισθούν κατάλληλα.

Θέματα για το Σύμβουλο

Ο Σύμβουλος πρέπει:

- α. Να συστηθεί στον συμβουλευόμενο και να διευκρινίσει το ρόλο του σε σχέση με τους υπόλοιπους ειδικούς που απασχολούνται στο συγκεκριμένο χώρο.
- β. Να καθορίσει το διαθέσιμο χρόνο για τη συνέντευξη.
- γ. Να βεβαιώσει το άτομο για την ύπαρξη εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας.
- δ. Να ρωτήσει το άτομο σχετικά με την αιτία που το κινητοποίησε για την εξέταση. Τίνος ιδέα ήταν;
- ε. Να ελέγξει τις γνώσεις του ατόμου σχετικά με τη μετάδοση και την πρόληψη της λοίμωξης HIV.
- στ. Να συζητήσει σχετικά με την "περίοδο παραθύρου" η οποία πρέπει να ληφθεί υπόψη πριν τη διενέργεια της εξέτασης (Miller & Bor, 1991).
- ζ. Να παρέχει πληροφόρηση σχετικά με την λοίμωξη HIV και την εξέταση για αυτή. Πρέπει να εξηγήσει ότι δεν πρόκειται για εξέταση για AIDS. Επίσης, πρέπει να εξηγήσει το νόημα των αποτελεσμάτων όταν αυτά είναι θετικά, αρνητικά ή ασαφή (Miller & Bor, 1991, CMA, 2000).
- η. Να διερευνήσει εάν το άτομο έχει ιστορικό δραστηριοτήτων που θεωρούνται επικίνδυνες για λοίμωξη HIV καθώς και εάν εξακολουθεί να έχει τέτοιου είδους δραστηριότητες (Miller & Bor, 1991, CMA, 2000).
- θ. Να συζητήσει τις επιπλοκές που προκύπτουν από την εξέταση σε προσωπικό επίπεδο καθώς και το νόημα των αποτελεσμάτων για το άτομο και τους άλλους.
- ι. Να συζητήσει τις πρακτικές επιπλοκές που προκύπτουν από την εξέταση καθώς και θέματα σεξουαλικών σχέσεων, ασφάλισης ζωής, εργασιακά θέματα και ιατρικής

παρακολούθησης.

ια. Να εξηγήσει στον ενδιαφερόμενο τη διαδικασία της αιμοληψίας και της εξέτασης γενικότερα, και να τον ενημερώσει για το χρόνο που απαιτείται για την ολοκλήρωση της διαδικασίας και για τον τρόπο με τον οποίο θα του ανακοινωθούν τα αποτελέσματα (Miller & Bor, 1991). Να συζητήσει για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την εξέταση.

ιβ. Να συζητήσει σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο διατηρείται η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών σχετικά με τα αποτελέσματα, καθ' όλη τη διαδικασία της εξέτασης, στο συγκεκριμένο φορέα.

ιγ. Να εξηγήσει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων σε άλλους ειδικούς.

ιδ. Να εντοπίσει συναισθήματα άγχους που μπορεί να έχει το άτομο καθώς περιμένει για τα αποτελέσματα.

ιε. Να εντοπίσει τις πιθανές αντιδράσεις του ατόμου στα αποτελέσματα (θετικά ή αρνητικά).

ιστ. Να προσδιορίσει την "περίοδο παραθύρου" αναγνωρίζοντας το πιο πρόσφατο επικίνδυνο συμβάν και έτσι να καθορίσει τον κατάλληλο χρόνο για την πραγματοποίηση της εξέτασης.

ιζ. Να βεβαιωθεί ότι ο ενδιαφερόμενος είναι πλήρως ενημερωμένος και να εξασφαλίσει τη συγκατάθεσή του να εξετασθεί και να καταχωρήσει αυτή τη πληροφορία στο αρχείο. (CMA, 2000)

ιη. Να συζητήσει το θέμα της ενημέρωσης του συντρόφου.

ιθ. Να συζητήσει με ποιόν τρόπο σκέπτεται ο ενδιαφερόμενος να προστατεύσει τους σεξουαλικούς του συντρόφους στο μεσοδιάστημα.

κα. Να συζητήσει σχετικά με το άτομα στα οποία ο ενδιαφερόμενος θα ήθελε να μιλήσει για την απόφασή του να εξετασθεί και αυτά στα οποία πιστεύει ότι θα έπρεπε να μιλήσει για αυτό.

καα. Να εντοπίσει το εύρος και το επίπεδο της διαθέσιμης κοινωνικής υποστήριξης.

καβ. Να υποδείξει σε ποιόν ειδικό μπορεί να απευθυνθεί ο ενδιαφερόμενος ενόσω περιμένει τα αποτελέσματα και να του εξηγήσει ποια διαδικασία πρέπει να ακολουθήσει προκειμένου να δει κάποιον.

καγ. Να συνεννοηθεί για τη συνάντηση κατά την οποία θα ανακοινώσει στον ενδιαφερόμενο τα αποτελέσματα (Miller & Bor, 1991, CMA, 2000).

Συγκατάθεση Μετά από Πληροφόρηση

Η πλήρης συγκατάθεση ενός ατόμου να εξετασθεί για αντισώματα στον HIV, πρέπει να εξασφαλίζεται πάντοτε έπειτα από μια διαδικασία πληροφόρησης του ατόμου, που περιλαμβάνει: ενημέρωση, αποκάλυψη των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της εξέτασης, ακρόαση των προβληματισμών του ατόμου και απάντηση στις ερωτήσεις του, εξασφάλιση της άδειάς του να συνεχίσει στα επόμενα στάδια της Συμβουλευτικής και της εξέτασης.

Η συγκατάθεση του ατόμου δεν μπορεί ποτέ να θεωρηθεί αυτονόητη ή δεδομένη. Η συγκατάθεση μετά από πληροφόρηση είναι επιβεβλημένη όταν η εξέταση για HIV απαιτείται, όπως για παράδειγμα, όταν το άτομο έχει αποφασίσει να δωρίσει αίμα, όργανα, ιστούς (συμπεριλαμβανομένων και του σπέρματος και των ωαρίων) ή μητρικό γάλα. Ο Searight (1998), συστήνει να ακολουθείται η τακτική εξασφάλισης συγκατάθεσης πριν από την εξέταση για HIV όπως και πριν από κάθε ιατρική εξέταση. Προκειμένου να εξασφαλισθεί η συγκατάθεση για την εξέταση για HIV το άτομο πρέπει να είναι σε θέση να κατανοεί τη σκοπιμότητα, τους κινδύνους, τη ζημιά ή το όφελος που προκύπτουν, τόσο από το να εξετασθεί, όσο και από το να μην εξετασθεί (CMA, 2000).

Η πληροφόρηση πρέπει να γίνεται πάντοτε με τρόπο εύληπτο και να περιλαμβάνει κάθε νέο στοιχείο. Πρέπει επίσης, να περιλαμβάνει πληροφορίες για τις τεχνικές πλευρές της εξέτασης αλλά και για τις πιθανές προσωπικές, ιατρικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και νομικές επιπτώσεις της διάγνωσης σε κάθε περίπτωση. Η πολιτική για τη συγκατάθεση πρέπει να είναι σαφής σε κάθε περίπτωση και κάθε άτομο που θα εξετασθεί πρέπει να κατανοεί τα όρια και τις συνέπειες του ελέγχου. Ο ορολογικός έλεγχος πρέπει να συζητείται πάντοτε ως θετική ενέργεια που συνδέεται με αλλαγές στην επικίνδυνη συμπεριφορά (ΠΟΥ, 1991α).

Άρνηση του Ατόμου να Εξετασθεί

Παρότι είναι πιθανό τα περισσότερα άτομα να συναινέσουν να εξετασθούν για τον HIV, υπάρχει περίπτωση κάποια άτομα να αρνηθούν. Τα αίτια της άρνησης, πρέπει σε αυτή τη περίπτωση να ερευνηθούν. Εάν κατά τη διερεύνηση προκύψουν προβλήματα, θα πρέπει να επιλυθούν μέσω Υποστηρικτικής Συμβουλευτικής. Η άρνηση του ατόμου να υποβληθεί σε εξετάσεις πρέπει να είναι σεβαστή σε κάθε περίπτωση (CMA, 2000).

Τα αίτια που ίσως υποκινούν ένα άτομο να αρνηθεί να υποβληθεί σε εξέταση για HIV, μπορεί να είναι:

- α. Λανθασμένες ή ανακριβείς πληροφορίες
- β. Ανεπαρκής ψυχολογική ή συναισθηματική προετοιμασία
- γ. Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης
- δ. Φόβος παραβίασης της εχεμύθειας
- ε. Φόβος της διαδικασίας της εξέτασης
- στ. Φόβος απώλειας της εργασίας, της κατοικίας, της ασφάλειας ή άλλης οικονομικής υποστήριξης.
- ζ. Φόβος απώλειας των φίλων, του συντρόφου ή της κηδεμονίας παιδιού.
- η. Ιστορικό φυσικής ή σεξουαλικής κακοποίησης ή και των δύο.
- θ. Προσωπικές ή πολιτιστικές αξίες και πιστεύω (CMA, 2000).

Άλλα αίτια μπορεί να είναι:

- α. Ανάγκη του ατόμου να σκεφτεί περισσότερο το θέμα.
- β. Απουσία της αίσθησης πιθανού κινδύνου.
- γ. Φόβος για κοινωνικό αποκλεισμό.
- δ. Για τις γυναίκες, η ανάληψη της εξουσίας προκειμένου για αποφάσεις που αφορούν στην οικογενειακή ζωή από τον άντρα σύζυγο.
- ε. Ο κοινός φόβος για το AIDS.

Έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στη Νέα Υόρκη, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διάρκεια της Συμβουλευτικής επηρέασε σημαντικά την αποδοχή της εξέτασης (Sorin, 1996).

Εκτίμηση της Επικινδυνότητας της Συμπεριφοράς

Κατά την εκτίμηση της πιθανότητας να έχει εκτεθεί το άτομο στον HIV, πρέπει να διερευνώνται κάποιες συγκεκριμένες πλευρές της ζωής του κατά την τελευταία δεκαετία (ΠΟΥ, 1991α), όπως:

- α. Η σεξουαλική συμπεριφορά. Οι πρακτικές σεξουαλικής συμπεριφοράς. Η χρήση ή όχι προφυλακτικού κατά τις σεξουαλικές επαφές.
- β. Η τοποθέτηση του ατόμου σε κάποια από τις "ομάδες υψηλού κινδύνου".
- γ. Η υποβολή του ατόμου σε μετάγγιση αίματος, μεταμόσχευση οργάνων ή ιστών.
- δ. Η τήρηση των κανόνων αποστείρωσης σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος έκανε τρυπήματα στο σώμα για καλλωπισμό ή δερματοστιξία, τρύπημα αυτιών ή του σώματος, βελονισμό ή δημιουργία ουλών.

Είναι σημαντικό να γνωρίζει ο Σύμβουλος ότι οι παράγοντες που συνιστούν την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς αλληλεπιδρούν και ενισχύουν την πιθανότητα έκθεσης στον ιό. Για παράδειγμα, τα άτομα που συνηθίζουν να εναλλάσσουν ερωτικούς συντρόφους αλλά και να κάνουν έρωτα υπό την επήρεια ναρκωτικών ή

αλκοόλ (που έχει ως πιθανή συνέπεια να μην σκέπτονται καν το θέμα της προφύλαξης την κατάλληλη στιγμή) βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο (Searight, 1998).

Εκτίμηση της "Περίοδου Παραθύρου"

Το διάστημα ανάμεσα στην έκθεση στον HIV και στην εμφάνιση αντισωμάτων για HIV είναι γνωστό ως "περίοδος παραθύρου". Μετά την προσβολή από HIV, το 95% των ενηλίκων και των νέων αναπτύσσει αντισώματα σε διάστημα 3 μηνών, ενώ το 99% σε διάστημα 6 μηνών. Το άτομο μπορεί να προτιμά να εξετασθεί για HIV 3 μήνες ή 6 μήνες μετά από το πιο πρόσφατο επικίνδυνο συμβάν. Μπορεί επίσης να προτιμά να εξετασθεί και έπειτα από 3 μήνες αλλά και έπειτα από 6 μήνες (CMA,2000).

Για τον προσδιορισμό της "περίοδου παραθύρου" πρέπει να βοηθηθεί το άτομο να αναγνωρίσει το πιο πρόσφατο επικίνδυνο συμβάν (π.χ. πιθανή έκθεση στον HIV) και να προγραμματίσει την εξέταση στον κατάλληλο χρόνο. Εάν ένα άτομο θεωρείται ότι διανύει την "περίοδο παραθύρου", θα πρέπει να συζητηθεί μαζί του η ανάγκη περιορισμού της επικίνδυνης συμπεριφοράς, ώστε να αποφευχθεί η έκθεση στον HIV ενόσω περιμένει να εξετασθεί (CMA,2000).

Παροχή Πληροφόρησης

Ανεξάρτητα από το αν το άτομο προγραμματίσει τελικά την εξέταση, θα πρέπει να εκμεταλλευθούμε την ευκαιρία να συζητήσουμε για τη λοίμωξη HIV, τις επικίνδυνες συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτή και τους συγκεκριμένους τρόπους με τους οποίους ένα άτομο μπορεί να μειώσει ή να εκμηδενίσει τον κίνδυνο.

Για την παροχή πληροφόρησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί εκπαιδευτικό υλικό, όπως φυλλάδια και βιντεοταινίες. Μπορεί επίσης να παραπεμφθεί ο ενδιαφερόμενος και σε άλλες πηγές πληροφόρησης (CMA, 2000).

10.4 Συνέπειες της Εξέτασης

Θέματα που προκύπτουν από την εξέταση πρέπει να εξετάζονται και να συζητούνται. Δίνεται έτσι, στον ενδιαφερόμενο, η ευκαιρία να σταθμίσει τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα της εξέτασης και να προετοιμασθεί για τις πιθανές συνέπειες ενός θετικού ή ενός αρνητικού αποτελέσματος. Η εξέταση πρέπει να πραγματοποιείται μόνο εφόσον ο ενδιαφερόμενος θεωρεί ότι τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν από αυτή είναι μεγαλύτερα από τα μειονεκτήματα (CMA, 2000).

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να συζητηθούν θέματα εμπιστευτικότητας και αποτελεσμάτων, σε συνδυασμό με τις διαδικασίες που ακολουθούνται στο συγκεκριμένο χώρο (νοσοκομείο ή κλινική κλπ). Επίσης, θέματα που αφορούν στη γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων σε άλλους ειδικούς υγείας και στο σύντροφο του ενδιαφερομένου (CMA, 2000).

Θα πρέπει επίσης να υπάρξει οπωσδήποτε εκτίμηση της δυνατότητας του ατόμου να αντιμετωπίσει την περίπτωση ενός θετικού αποτελέσματος της εξέτασης.

Καθορισμός του Χρόνου Εξέτασης και Συμβουλευτικής Μετά την Εξέταση

Οι περιπτώσεις κατά τις οποίες τα αποτελέσματα της εξέτασης για HIV είναι τόσο απαραίτητα, ώστε αυτή πρέπει να πραγματοποιηθεί επείγοντως, είναι σπάνιες. Οι ανησυχίες του ατόμου πρέπει να εξετάζονται λεπτομερώς έτσι ώστε να μπορεί να καθορισθεί εάν η εξέταση πρέπει να πραγματοποιηθεί αμέσως αφότου ζητηθεί αρχικά ή εάν πρέπει να αναβληθεί.

Κατά τη "περίοδο παραθύρου", η εξέταση μπορεί να μην είναι αξιόπιστη. Η εξέταση πρέπει να γίνεται 3 μήνες μετά το πιο πρόσφατο επικίνδυνο συμβάν. Πρέπει να γίνεται εκτίμηση αυτού του συμβάντος και μετά να καθορίζεται ο κατάλληλος χρόνος για την εξέταση.

Η συνάντηση για Συμβουλευτική μετά την εξέταση πρέπει να προγραμματίζεται έτσι ώστε να υπάρχει αρκετός χρόνος για την ολοκλήρωση των εργαστηριακών διαδικασιών της εξέτασης (CMA, 2000).

10.5 Η Εξέταση για την Ανίχνευση του HIV

Οι ασθένειες που προκαλούνται από τους ιούς HIV1 και HIV2 είναι παρόμοιες. Μια υποκατηγορία του HIV1 έχει αναγνωρισθεί ως υπο-τύπος O. Τα αντισώματα σε αυτόν τον υπο-τύπο είναι πιθανό να μην ανιχνευθούν από τη δοκιμασία ELISA και να απαιτείται η διενέργεια εξέτασης με άλλο τεστ. Οι εξετάσεις για HIV γίνονται δωρεάν. Η συχνότερα χρησιμοποιούμενη δοκιμασία είναι η ELISA (ή EIA). Ωστόσο, όλα τα θετικά αποτελέσματα επαληθεύονται με μια δεύτερη, ανεξάρτητη δοκιμασία, συνήθως την Western blot.

10.6 Η Συμβουλευτική Συνέντευξη Μετά την Εξέταση

Έννοια και Σημασία

Η συμβουλευτική συνέντευξη μετά τη διενέργεια της εξέτασης για την ανίχνευση του HIV, είναι ένας διάλογος μεταξύ του ενδιαφερομένου ατόμου και του Συμβούλου ή του επαγγελματία παροχής φροντίδας, ο οποίος στοχεύει στη συζήτηση των αποτελεσμάτων αλλά και στην παροχή κατάλληλης πληροφόρησης, υποστήριξης και ενθάρρυνσης για μείωση της επικίνδυνης συμπεριφοράς (WHO, 1994).

Η συμβουλευτική συνέντευξη μετά τη διενέργεια της εξέτασης για την ανίχνευση του HIV, αποτελεί την έναρξη μιας διαδικασίας η οποία ξεκινά με την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων και μπορεί να συνεχιστεί σε πολλές συναντήσεις προκειμένου ο συμβουλευόμενος να μπορέσει να διαχειριστεί τη διάγνωση αλλά και να σχεδιάσει τη ζωή του με βάση αυτό το καινούριο δεδομένο, τόσο στην περίπτωση ενός θετικού αποτελέσματος όσο και στην περίπτωση ενός αρνητικού (WHO, 1994).

Η συμβουλευτική συνέντευξη μετά την εξέταση, παρότι είναι ξεχωριστή από τη συνέντευξη που προηγήθηκε της εξέτασης, δεν παύει να είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με αυτή. Ο τρόπος με τον οποίο τα αποτελέσματα της εξέτασης θα ανακοινωθούν στο άτομο και ο τρόπος με τον οποίο το άτομο θα αντιμετωπίσει τα αποτελέσματα εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο έχει προετοιμασθεί κατά τη διάρκεια της συνέντευξης που προηγήθηκε (Miller & Bor, 1991).

Τα αποτελέσματα δεν θα πρέπει ποτέ να ανακοινώνονται εάν δεν υπάρχει αρκετός χρόνος ώστε ο ενδιαφερόμενος να μπορεί να συζητήσει τα θέματα που τον απασχολούν σχετικά με αυτά. Στην περίπτωση θετικών αποτελεσμάτων, είναι συχνή η εμφάνιση αυτοκτονικών διαθέσεων στους ασθενείς, ιδιαίτερα όταν δεν έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν με κάποιον για το νόημα και τις επιπλοκές των αποτελεσμάτων. Είναι προτιμότερο να ανακοινώνονται τα αποτελέσματα στο ξεκίνημα της εβδομάδας καθώς περισσότερο προσωπικό είναι διαθέσιμο να προσφέρει υποστήριξη και περαιτέρω πληροφόρηση μέσα στις επόμενες μέρες (Miller & Bor, 1991). Πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι όλοι σχεδόν οι άνθρωποι αισθάνονται έντονο άγχος αναμένοντας τα αποτελέσματα. Όταν δε αυτά είναι θετικά, τότε τα άτομα έχουν ακόμα μεγαλύτερο άγχος και υφίστανται σοκ. Υπό αυτές τις συνθήκες συνήθως είναι αδύνατον για το άτομο να αφομοιώσει πληροφορίες. Γι αυτό, κάποια θέματα που ο Σύμβουλος θεωρεί σημαντικά, θα πρέπει να επαναλαμβάνονται συχνά κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση σοκ, ο χειρισμός του Συμβούλου πρέπει να είναι ιδιαίτερος. Μέσα από

τη μέθοδο της υποβολής ερωτήσεων ο ενδιαφερόμενος αποκτά πιο ενεργό ρόλο στα πλαίσια της συνέντευξης και αρχίζει να συνέρχεται από το σοκ. Έτσι, το άτομο δεν χάνεται σε σκέψεις ενόσω ο Σύμβουλος προχωρεί σε μακρές εξηγήσεις (Miller & Bor, 1991).

Αντικείμενο

Η Συμβουλευτική μετά τη διενέργεια της εξέτασης αποσκοπεί στην ανακοίνωση των αποτελεσμάτων που λαμβάνει χώρα κατά την έναρξη της συνέντευξης. Η φύση των αποτελεσμάτων και η αντίδραση του ατόμου σε αυτά είναι καθοριστικοί παράγοντες για την περαιτέρω πορεία και εξέλιξη της διαδικασίας.

Η Συμβουλευτική μετά την εξέταση περιλαμβάνει την προσπάθεια του Συμβούλου να βοηθήσει το συμβουλευόμενο να κατανοήσει τα αποτελέσματα της εξέτασης και τις ψυχολογικές αντιδράσεις του σε αυτά, καθώς και να προωθήσει αλλαγές στη συμπεριφορά και τη συνειδητοποίηση της ανάγκης για μεταπαρακολούθηση και φροντίδα (CMA, 2000).

Κατάλογος Θεμάτων για το Σύμβουλο

Ο Σύμβουλος θα πρέπει πρωτίστως να ανακοινώσει κατά την έναρξη κιάλας της συνέντευξης τα αποτελέσματα της εξέτασης και να ενθαρρύνει το άτομο να εκφράσει συναισθήματα και αντιδράσεις (Miller & Bor, 1991). Τα θέματα που θα απασχολήσουν το Σύμβουλο είναι αυτονόητο ότι εξαρτώνται από τα αποτελέσματα.

Ειδικότερα:

Όταν το Αποτέλεσμα είναι Θετικό

- α.** Να βεβαιωθεί ότι το άτομο κατανοεί τη σημασία του θετικού αποτελέσματος (WHO, 1994).
- β.** Να κάνει εκτίμηση των ψυχολογικών αντιδράσεων του ατόμου στο γεγονός ότι είναι οροθετικό στον ιό (Miller & Bor, 1991, WHO, 1994, CMA, 2000).
- γ.** Να καταστρώσει ένα σχέδιο για το πώς θα καταφέρει το άτομο να αντεπεξέλθει στις ψυχολογικές αντιδράσεις που ακολουθούν μια τέτοια διαπίστωση (WHO, 1994, CMA, 2000).
- δ.** Να φροντίσει να υπάρξει πρόσθετη ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη όπου χρειάζεται (CMA, 2000).
- ε.** Να διαβεβαιώσει το άτομο ότι είναι ασφαλές και ότι η ζωή του δεν διατρέχει άμεσο

κίνδυνο (CMA, 2000).

στ. Να φροντίσει το θέμα της ιατρικής παρακολούθησης του ατόμου, εάν φυσικά κάτι τέτοιο είναι στο πλαίσιο του ρόλου του. Εάν όχι, να πείσει το άτομο για την ανάγκη να δείξει συνέπεια τόσο στην ιατρική, όσο και στη συμβουλευτική μετα-παρακολούθηση (Miller & Bor, 1991, WHO, 1994, CMA, 2000).

ζ. Εφόσον είναι δυνατόν, να υπενθυμίσει τους τρόπους μετάδοσης του ιού και τις στρατηγικές μείωσης του κινδύνου,

η. Να καταστήσει σαφή την ανάγκη ενημέρωσης του σεξουαλικού συντρόφου (CMA, 2000).

θ. Να αναλάβει ο ίδιος τη Συμβουλευτική του συντρόφου του ενδιαφερομένου (WHO, 1994).

ι. Να επικεντρώσει την παρέμβασή του στα θέματα εκείνα που έχουν τη μεγαλύτερη βαρύτητα καθώς αποτελούν τα κύρια σημεία της αναστάτωσης του ατόμου και χρήζουν προσοχής επειγόντως (Miller & Bor, 1991).

Συγκεκριμένα:

α. Να συζητήσει σε ποιόν θα μιλήσει ο ενδιαφερόμενος για τα αποτελέσματα

β. Να συζητήσει τι θα πει ο ενδιαφερόμενος στους άλλους.

γ. Να συζητήσει πότε ο ενδιαφερόμενος θα το πει στους άλλους.

δ. Να συζητήσει πως ο ενδιαφερόμενος θα το πει στους άλλους

ε. Να συζητήσει τι θα κάνει ο ενδιαφερόμενος τις επόμενες ώρες και μέρες.

στ. Να διαπιστώσει τι είδους δυσκολίες πρόκειται να αντιμετωπίσει το άτομο και πως μπορεί να τις αντιμετωπίσει.

ζ. Να βοηθήσει το άτομο να σκεφθεί αν υπάρχει κάποιος άλλος (και ποιος είναι κατάλληλος) να του συμπαρασταθεί.

η. Να ενθαρρύνει τον ενδιαφερόμενο να του κάνει ερωτήσεις.

θ. Να συζητήσει για τις συμπεριφορές που προάγουν τη διατήρηση της καλής υγείας όπως το ασφαλές σεξ, η καλή διατροφή, ο ύπνος, η σωματική άσκηση κλπ.

ι. Να διαβεβαιώσει το άτομο ότι το σοκ, ο θυμός ή η δυσπιστία αποτελούν κοινές αντιδράσεις.

ια. Να δώσει πληροφορίες για τους τοπικούς φορείς που παρέχουν υποστήριξη.

ιβ. Πάντα να προσφέρει την ευκαιρία μιας νέας συνάντησης.

Όταν το Αποτέλεσμα είναι Αρνητικό

Η περίπτωση ενός αρνητικού αποτελέσματος είναι μια πολύ καλή ευκαιρία για προληπτική Συμβουλευτική (De Bruyn, 1996). Είναι σημαντικό να συζητηθεί η

σημασία ενός αρνητικού αποτελέσματος. Η ανακοίνωση ενός αρνητικού αποτελέσματος ίσως δημιουργήσει συναισθήματα ανακούφισης και χαράς.

Εν τούτοις, ο Σύμβουλος πρέπει:

α. Να λάβει υπόψη του την περίοδο παραθύρου, κατά την οποία το αρνητικό αποτέλεσμα δεν μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο και να συζητήσει αν υπάρχει ανάγκη για επανάληψη της εξέτασης (Miller & Bor, 1991, ΠΟΥ, 1991α, WHO, 1994, CMA, 2000).

β. Να κάνει μια σύντομη ανασκόπηση των τρόπων μετάδοσης του ιού (CMA, 2000).

γ. Να κάνει μια ανασκόπηση των συμπεριφορών που ενέχουν κίνδυνο μόλυνσης (WHO, 1994, CMA, 2000), να εκτιμήσει τη δέσμευση του ατόμου να ακολουθήσει στρατηγικές μείωσης του κινδύνου προσβολής ή μετάδοσης (CMA, 2000) και να φροντίσει να ενισχύσει τις στρατηγικές αυτές (Miller & Bor, 1991).

δ. Να προωθήσει την ανάπτυξη θετικής συμπεριφοράς υγείας. Ο Σύμβουλος πρέπει να κάνει εξάσκηση μαζί με τον συμβουλευόμενο σε μεθόδους διατήρησης και προώθησης της καινούριας συμπεριφοράς και σε άλλους (ΠΟΥ, 1991α, WHO, 1994).

Όταν το Αποτέλεσμα είναι Αβέβαιο

Στην περίπτωση ενός αβέβαιου αποτελέσματος, προκύπτουν τα ίδια θέματα που προκύπτουν και στην περίπτωση ενός αρνητικού (CMA, 2000). Επιπρόσθετα, ο Σύμβουλος θα πρέπει:

α. Να εξηγήσει στο άτομο θέματα που αφορούν στους διάφορους τύπους εξετάσεων και στην έννοια του αβέβαιου αποτελέσματος.

β. Να υποστηρίξει τον ενδιαφερόμενο, ο οποίος ίσως παρουσιάσει ψυχολογικές δυσκολίες εξαιτίας της αβεβαιότητας.

γ. Να προβεί σε παραπομπή, εάν διαπιστώσει μια τέτοια ανάγκη. (WHO, 1994).

Ανακοίνωση των Αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της εξέτασης πρέπει να ανακοινώνονται στον ίδιο τον ενδιαφερόμενο, στην αρχή της συνεδρίας, με τρόπο ευθύ. Το πιο πιθανό είναι ότι το άτομο έχει ανησυχήσει για τα αποτελέσματα και είναι τόσο ανυπόμονο να τα πληροφορηθεί, όσο και φοβισμένο: Όταν ο ενδιαφερόμενος είναι παιδί και δεν είναι δυνατόν να κατανοήσει το νόημα των αποτελεσμάτων, θα πρέπει αυτά να ανακοινώνονται πρώτα στους κηδεμόνες του. Η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων σε ένα παιδί είναι μια πολύπλοκη διαδικασία και πρέπει να γίνεται από κάποιο Σύμβουλο ειδικευμένο σε αυτόν τον τομέα (CMA, 2000).

Εκτίμηση της Κατανόησης των Αποτελεσμάτων

Όταν το Αποτέλεσμα είναι Θετικό

Η αντίδραση του ατόμου στην αναγγελία λοίμωξης HIV εξαρτάται:

- α. Από την κατάσταση της υγείας του. Άτομα που πάσχουν από κάποια ασθένεια ίσως αντιδράσουν καθυστερημένα.
- β. Από το βαθμό προετοιμασίας του για μια τέτοια είδηση. Πάντως, όσο προετοιμασμένος και να είναι κάποιος, δεν αποκλείεται να παρουσιάσει διάφορες ψυχοκοινωνικές δυσκολίες.
- γ. Από το δίκτυο υποστήριξης που διαθέτει και τη γενικότερη κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Οπωσδήποτε αναμένεται να είναι σε πολύ πιο δύσκολη κατάσταση τα άτομα που είναι απομονωμένα και φτωχά.
- δ. Από την προσωπικότητα και την ψυχική του κατάσταση πριν την εξέταση. Το ψυχολογικό ή και ψυχιατρικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.
- ε. Από τις πολιτιστικές και πνευματικές αξίες που συνδέονται με την ασθένεια και την υγεία, τη ζωή και το θάνατο και βέβαια με το AIDS (ΠΟΥ, 1991α).

Μετά την ανακοίνωση ενός θετικού αποτελέσματος, το άτομο, συνήθως, δεν είναι σε θέση να αφομοιώσει περισσότερες πληροφορίες.

Η Canadian Medical Association (CMA, 2000) υποδεικνύει ότι έπειτα από αρκετές συναντήσεις, ο Σύμβουλος θα πρέπει:

- α. Να διαβεβαιώσει το άτομο ότι μπορεί να παραμείνει υγιές και παραγωγικό για ένα μεγάλο διάστημα
- β. Να δώσει έμφαση στη σημασία της ιατρικής μεταπαρακολούθησης.
- γ. Να παραπέμψει το άτομο σε άλλους ειδικούς, όταν χρειάζεται.
- δ. Να προωθήσει θέματα υγείας του ατόμου
- ε. Να βοηθήσει το άτομο να μειώσει το άγχος.
- στ. Να ενημερώσει το άτομο για τις συνέπειες της μετάδοσης σε άλλα άτομα.
- ζ. Να φέρει το άτομο σε επαφή με υπηρεσίες ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης.
- η. Να ενθαρρύνει το άτομο να ενημερώνεται μόνο του για τη θεραπεία και φροντίδα για τη λοίμωξη.

Όταν το Αποτέλεσμα είναι Αρνητικό

Τα άτομα που εξετάζονται για HIV και παίρνουν αρνητικό αποτέλεσμα είναι πιθανό να εκφράσουν διάφορα συναισθήματα όπως: ανακούφιση, έκπληξη, δυσπιστία, παντοδυναμία και ενοχή. Η Συμβουλευτική πρέπει να είναι δομημένη

ώστε να βοηθά το άτομο να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του προκειμένου να αποφύγει ή να μειώσει τον κίνδυνο έκθεσης στον HIV στο μέλλον (CMA, 2000).

Όταν το Αποτέλεσμα είναι Αβέβαιο

Για τα άτομα που το αποτέλεσμα της εξέτασής τους είναι αβέβαιο, προμηνύεται μια περίοδος άγχους και αβεβαιότητας. Η πραγματική κατάσταση του οργανισμού, μπορεί να χρειαστεί αρκετούς μήνες για να εξακριβωθεί. Σε όλο αυτό το διάστημα τα άτομα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες Συμβουλευτικής ώστε να τους παρέχεται η κατάλληλη υποστήριξη (CMA, 2000). Από την αβεβαιότητα της περιόδου αναμονής είναι πιθανό να προκύψουν οξυμένες και σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες (ΠΟΥ, 1991α). Ο Σύμβουλος πρέπει να εκτιμήσει και να χειριστεί τέτοιες επιπλοκές, ακόμα και αν χρειαστεί να παραπέμψει το άτομο σε κάποιον άλλο ειδικό.

10.7 Παροχή Πληροφόρησης για τις Δυνατότητες Υποστήριξης

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου, στο πλαίσιο της προσέγγισης κάποιου συγκεκριμένου ζητήματος και της συμβουλευτικής σχέσης γενικότερα, είναι χρήσιμο ο ενδιαφερόμενος να αποκτήσει ορισμένες πληροφορίες επί του θέματος. Ο Σύμβουλος μπορεί να προβεί στην παροχή πληροφόρησης είτε επειδή αυτό αποτελεί αίτημα του ενδιαφερομένου είτε επειδή ο ίδιος κρίνει ότι κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο. Έτσι ο Σύμβουλος αποφασίζει να αξιοποιήσει την πληροφόρηση για τους σκοπούς της παρέμβασης και τη διευκόλυνση της υλοποίησης των στόχων της συμβουλευτικής διαδικασίας (Δημητρόπουλος, 1999).

Με την εμφάνιση της λοίμωξης HIV προκύπτουν -όπως έχουμε δει στην ενότητα Διαστάσεις και Επιπτώσεις- ποικίλες ιατρικές ψυχοκοινωνικές και οικονομικές ανάγκες του προσβεβλημένου ατόμου. Η ύπαρξη αυτών των αναγκών επιβάλλει την παροχή πληροφόρησης. Η πληροφόρηση μπορεί να είναι σχετική με τις υπάρχουσες δυνατότητες υποστήριξης, τις ομάδες αυτοβοήθειας, τους κοινοτικούς πόρους και τη διαθέσιμη ιατρική υποστήριξη. Μπορεί επίσης να είναι σχετική με τις αλλαγές του τρόπου ζωής που είναι απαραίτητες για την ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών που προαναφέραμε. Η προβολή ασφαλέστερων τρόπων συνουσίας ή αποφυγής εγκυμοσύνης, για παράδειγμα, πρέπει να συνοδεύεται από πληροφορίες για το που μπορεί κάποιος να προμηθευτεί προφυλακτικά ή αντισυλληπτικά (ΠΟΥ, 1991α).

Παροχή Υποστήριξης και Μεταπαρακολούθηση

Τα αποτελέσματα της εξέτασης (θετικά ή αρνητικά) πρέπει να ανακοινώνονται στον ίδιο τον ενδιαφερόμενο σε μια ατομική συνέντευξη. Η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων μέσω τηλεφώνου, ακόμα και όταν είναι αρνητικά, είναι απαράδεκτη. Σε μια τέτοια περίπτωση, υπάρχει ο κίνδυνος να ανακοινωθούν τα αποτελέσματα σε κάποιο άλλο άτομο και όχι στον άμεσα ενδιαφερόμενο (CMA, 2000). Η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων πρόσωπο με πρόσωπο, επιτρέπει την καλύτερη εκτίμηση της αντίδρασης του ενδιαφερομένου και την επιλογή της κατάλληλης συμβουλευτικής προσέγγισης. Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να ενθαρρύνεται να έρθει σε επαφή με κάποιο γιατρό, με άλλες υπηρεσίες και οργανισμούς και με ομάδες υποστήριξης, στην περίπτωση που διακατέχεται από άγχος, στο διάστημα που μεσολαβεί από τη λήψη του αίματος, μέχρι την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων (ΠΟΥ, 1991α).

Συγκατάθεση Μετά από Πληροφόρηση

Η πλήρης συγκατάθεση ενός ατόμου να εξετασθεί για αντισώματα στον HIV, πρέπει να εξασφαλίζεται πάντοτε έπειτα από μια διαδικασία πληροφόρησης του ατόμου, που περιλαμβάνει: ενημέρωση, αποκάλυψη των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της εξέτασης, ακρόαση των προβληματισμών του ατόμου και απάντηση στις ερωτήσεις του, εξασφάλιση της άδειάς του να συνεχίσει στα επόμενα στάδια της Συμβουλευτικής και της εξέτασης.

Η συγκατάθεση του ατόμου δεν μπορεί ποτέ να θεωρηθεί αυτονόητη ή δεδομένη. Η συγκατάθεση μετά από πληροφόρηση είναι επιβεβλημένη όταν η εξέταση για HIV απαιτείται, όπως για παράδειγμα, όταν το άτομο έχει αποφασίσει να δωρίσει αίμα, όργανα, ιστούς (συμπεριλαμβανομένων και του σπέρματος και των ωαρίων) ή μητρικό γάλα. Ο Searight (1998), συστήνει να ακολουθείται η τακτική εξασφάλισης συγκατάθεσης πριν από την εξέταση για HIV όπως και πριν από κάθε ιατρική εξέταση. Προκειμένου να εξασφαλισθεί η συγκατάθεση για την εξέταση για HIV το άτομο πρέπει να είναι σε θέση να κατανοεί τη σκοπιμότητα, τους κινδύνους, τη ζημιά ή το όφελος που προκύπτουν, τόσο από το να εξετασθεί, όσο και από το να μην εξετασθεί (CMA, 2000).

Η πληροφόρηση πρέπει να γίνεται πάντοτε με τρόπο εύληπτο και να περιλαμβάνει κάθε νέο στοιχείο. Πρέπει επίσης, να περιλαμβάνει πληροφορίες για τις τεχνικές πλευρές της εξέτασης αλλά και για τις πιθανές προσωπικές, ιατρικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και νομικές επιπτώσεις της διάγνωσης σε κάθε περίπτωση. Η πολιτική για τη συγκατάθεση πρέπει να είναι σαφής σε κάθε περίπτωση και κάθε άτομο που θα εξετασθεί πρέπει να κατανοεί τα όρια και τις συνέπειες του ελέγχου. Ο

ορολογικός έλεγχος πρέπει να συζητείται πάντοτε ως θετική ενέργεια που συνδέεται με αλλαγές στην επικίνδυνη συμπεριφορά (ΠΟΥ, 1991α).

10.8 Τρόποι Ενημέρωσης φροντιστών

Η ενημέρωση φροντιστών επιτυγχάνεται με δύο τρόπους:

1. Ενημέρωση από τον Ίδιο τον Ασθενή

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, το άτομο που είναι θετικό στον HIV ενθαρρύνεται να ενημερώσει τους φροντιστές του για την πιθανή έκθεση τους στον ιό χωρίς την άμεση συμμετοχή του Συμβούλου. Ο Σύμβουλος ή ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να συζητήσει με τον ασθενή για όλους τους συντρόφους του σα να ήταν ξεχωριστή περίπτωση ο καθένας. Στη συνέχεια επιλέγεται ο τρόπος με τον οποίο προτιμά ο ασθενής να ενημερώσει τον φροντιστή του.

2. Ενημέρωση από Ειδικά Εκπαιδευμένο Άτομο

Σύμφωνα μ' αυτή τη μέθοδο, ο Σύμβουλος ή κάποιος άλλος ειδικά εκπαιδευμένος επαγγελματίας υγείας είναι αυτός ο οποίος ενημερώνει τους φροντιστές του οροθετικού ατόμου, τα ονόματα των οποίων δίνονται από τον ίδιο τον ασθενή.

10.9 Συμβουλευτική για την Προώθηση Ασφαλούς Ερωτικής Επαφής

Οι δραστηριότητες του ατόμου που εμπεριέχουν μεγάλο βαθμό επικινδυνότητας για έκθεση στον HIV μπορούν να ανιχνευθούν κατά τη διάρκεια της λήψης ολοκληρωμένου ιστορικού. Σε ένα ενημερωμένο ιστορικό περιγράφονται οι υπάρχοντες αλλά και οι παρελθόντες σεξουαλικοί σύντροφοι καθώς και συγκεκριμένες σεξουαλικές πρακτικές του παρόντος και του παρελθόντος. Επίσης αναφέρεται η ύπαρξη ιστορικού σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών ή σεξουαλικής κακοποίησης.

Ο κίνδυνος που προκύπτει από συγκεκριμένες σεξουαλικές πρακτικές, μπορεί να μειωθεί με τη χρήση προφυλακτικών που εμποδίζουν την ανταλλαγή σωματικών υγρών. Δύο σύντροφοι που έχουν μονογαμική σχέση, πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτικά μέχρι να σιγουρευτούν και οι δύο ότι δεν έχουν τον HIV, ούτε κάποιο άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Η επανειλημμένη έκθεση στον HIV, πρέπει να αποφεύγεται. Όταν δύο σεξουαλικοί σύντροφοι, είναι οροθετικοί στον HIV, πρέπει να κάνουν ασφαλές σεξ, ώστε να μειώσουν την πιθανότητα μετάδοσης διαφορετικών τύπων του HIV ή άλλων μολύνσεων. Όταν μόνο ο ένας

σύντροφος είναι οροθετικός στον HIV, το ζευγάρι πρέπει να μειώσει στο ελάχιστο τη μη-ασφαλή ερωτική επαφή (CMA, 2000).

10.10 Συμβουλευτική για την Προώθηση Ασφαλούς Χρήσης Ναρκωτικών

Ένα πλήρες ιστορικό χρήσης ουσιών που δεν έχουν ιατρικό σκοπό, όπως για παράδειγμα στεροειδών αναβολικών, μπορεί να δώσει στο Σύμβουλο τη δυνατότητα να εκτιμήσει τις πιθανότητες έκθεσης στον HIV μέσω αυτών των ουσιών. Οι ουσίες αυτές συνδέονται με τον κίνδυνο προσβολής από τον HIV όταν γίνεται χρήση από κοινού εργαλείων ενδοφλέβιας χρήσης. Παράλληλα, κίνδυνος προκύπτει και εξαιτίας του γεγονότος ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν τέτοιου είδους ουσίες δεν έχουν πάντοτε το επίπεδο ελέγχου που απαιτείται ώστε να προνοήσουν για την προστασία τους κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

10.11 Συμβουλευτική για την Εκμηδένιση Άλλων Κίνδυνων

Μολυσμένα Αντικείμενα και Τραυματισμός του Δέρματος

Κάθε αντικείμενο τρυπήματος του δέρματος, το οποίο έρχεται σε επαφή με το αίμα κάποιου άλλου, μπορεί να μεταδώσει τον HIV. Η δερματοστιξία (tattoo), το τρύπημα των αυτιών και του σώματος (ear and body piercing), ο βελονισμός (acupuncture) και η δημιουργία ουλών (scarification) απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή καθώς εγκυμονούν μεγάλο κίνδυνο όταν τα αντικείμενα δημιουργίας τους δεν είναι αποστειρωμένα (CMA, 2000).

Τεχνητή Γονιμοποίηση από Οροθετικούς Δότες Σπέρματος

Η τεχνητή γονιμοποίηση πρέπει να γίνεται μόνο εφόσον το σπέρμα που θα χρησιμοποιηθεί έχει εξετασθεί για HIV έξι μήνες μετά τη λήψη του. Ο Σύμβουλος οφείλει να είναι ενημερωμένος για τη διαδικασία που ακολουθείται και να μπορεί να βοηθήσει την ενδιαφερόμενη να ελέγξει αν έχουν τηρηθεί οι προδιαγραφές ασφαλείας προτού προχωρήσει στη λήψη του σπέρματος (CMA, 2000).

Μεταγγίσεις - Μεταμοσχεύσεις

Ο Σύμβουλος οφείλει να εξηγήσει στον ενδιαφερόμενο θέματα σχετικά με τη διαδικασία ελέγχου του αίματος, ώστε εκείνος να μπορέσει να λάβει αποφάσεις σχετικά με τη λήψη αίματος. Το ίδιο ισχύει και για την περίπτωση που το άτομο λαμβάνει παράγωγα αίματος, ιστούς και όργανα.

Τα άτομα που πρόκειται να υποβληθούν σε μετάγγιση ή μεταμόσχευση μπορεί να μην έχουν ανησυχία για την παρούσα κατάστασή τους, ως προς τη λοίμωξη HIV, αλλά να βιώνουν έντονο άγχος για τον κίνδυνο προσβολής από HIV. Η Συμβουλευτική πρέπει να εστιάζει σε τέτοια θέματα αλλά πρώτιστα πρέπει να κατευθύνεται στη μείωση του κινδύνου προσβολής ή μετάδοσης δίνοντας έμφαση στο ασφαλές σεξ (CMA, 2000).

Στη χώρα μας, δεν έχει καθιερωθεί η παροχή Συμβουλευτικής πριν από την εξέταση για την ανίχνευση αντισωμάτων στον HIV, αλλά ούτε και μετά όταν το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο ή αρνητικό. Ο κ Κωνσταντινίδης, Κοινωνικός Λειτουργός του Συμβουλευτικού Σταθμού Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του ΚΕΕΛ, ο οποίος στεγάζεται στο Νοσοκομείο Α. Συγγρός, μας διαφώτισε σχετικά: η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων γίνεται από κάποιο μέλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της μονάδας όπου πραγματοποιείται η εξέταση. Εάν το αποτέλεσμα στην εξέταση (ELISA) είναι θετικό, ενημερώνεται ο ενδιαφερόμενος ότι πρέπει να περιμένει τα αποτελέσματα μίας δεύτερης εξέτασης (Western blot). Η συμβουλευτική παρέμβαση πραγματοποιείται εάν ο ενδιαφερόμενος το ζητήσει ή εάν ο γιατρός θεωρήσει σκόπιμο να προβεί σε παραπομπή στο Συμβουλευτικό Σταθμό. Εάν κάποιος το ζητήσει, μπορεί να επισκεφθεί το Συμβουλευτικό Σταθμό και πριν εξετασθεί ή εάν λάβει ένα θετικό αποτέλεσμα. Εάν όμως το αποτέλεσμα είναι αρνητικό, αλλά ο ενδιαφερόμενος εξακολουθεί να έχει ανάγκη συμβουλευτικής υποστήριξης, παραπέμπεται σε κάποια άλλη υπηρεσία Ψυχικής Υγείας. Γενικότερα, θα λέγαμε πως στην Ελλάδα δεν έχει καθιερωθεί η συσχέτιση της εξέτασης για HIV με τη Συμβουλευτική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ HIV

Η νεολαία όλου του κόσμου απειλείται από το AIDS. Από τα σαράντα εκατομμύρια ανθρώπων που ζουν με AIDS , περισσότεροι από τον ένα στους τέσσερις (11,8 εκατομμύρια) είναι ηλικίας 15 με 24 ετών. Αυτή τη στιγμή , οι μισές από τις νέες μολύνσεις παρουσιάζονται μεταξύ νέων.

Οι νέοι και τα παιδιά που βρίσκονται σε προεφηβική ηλικία είναι ένας ζωτικός παράγοντας για την αναχαίτιση της διάδοσης του AIDS και χρειάζονται τη γνώση και την απαραίτητη υποστήριξη για να προστατεύσουν τον εαυτό τους από τον ιό HIV.

Παρόλο που η κρίση έχει ξεπεράσει τις δύο δεκαετίες ακόμα και η βασική πληροφόρηση για την επιδημία είναι ανησυχητικά χαμηλή.

Στα προαναφερθέντα , ενδεικτικά είναι τα λόγια του δημοσιογράφου Ν.Κωνσταντίνου :

«Ως δημοσιογράφος με ειδικότητα τα θέματα υγείας , θα προσπαθήσω να σας μεταφέρω την εμπειρία που απέκτησα μετά από δύομισι χρόνια στο ραδιόφωνο , όπου είχα την ευθύνη των εκπομπών υγείας του Δευτέρου Προγράμματος της Ελληνικής Ραδιοφωνίας.

Είναι προφανές ότι θα αναφερθώ στις δυνατότητες , αλλά και στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο δημοσιογράφος του ραδιοφώνου και οι οποίες σίγουρα διαφέρουν από εκείνες που συναντούν οι συνάδερφοι στα έντυπα ή στην τηλεόραση. Βιάζομαι να πω ότι αυτές οι εκπομπές για την υγεία είχαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον , γιατί γίνονταν σε απευθείας μετάδοση με συμμετοχή των ακροατών – ακροατριών που επικοινωνούσαν τηλεφωνικώς , δίνοντας τις απορίες και τα ερωτήματά τους. Γεγονός που υποστήριζε κατά κάποιον τρόπο το διάλογο , στα πλαίσια βέβαια της συνεργασίας μου με τον εκάστοτε καλεσμένο , γιατρό , ειδικό.

Αυτό ακριβώς το υποστηρικτικό , συμμετοχικό κλίμα , μετά την εμφάνιση του ιού του AIDS και των πρώτων δραματικών πληροφοριών που μας δίνονταν , μας έβαλε μπροστά σε νέους όρους. Γεννήθηκαν καινούρια ερωτήματα. Είχαμε πλέον να αντιμετωπίσουμε ένα πρόβλημα που ξεπερνούσε τις ιατρικές του διαστάσεις , για να αναδειχτεί σε μείζον κοινωνικό.

Ως δημοσιογράφος που ασχολείται με το χώρο της υγείας , έχω να αντιμετωπίσω θέματα που απαιτούν οπωσδήποτε σοβαρότητα και υπευθυνότητα. Μεγάλα ιατροκοινωνικά θέματα , όπως το κάπνισμα , τα ναρκωτικά , ο αλκοολισμός , ο καρκίνος περιλαμβάνονται σταθερά στο χώρο των ενδιαφερόντων μου.

Όμως , η γνωριμία με το AIDS άγγιξε θέματα ζωής και θανάτου και μάλιστα με μία σκληρότητα που ποτέ πριν δεν είχαν γνωρίσει οι νεότερες γενιές , ακριβώς γιατί

έμαθαν -μάθαμε όλοι- ότι η μετάδοση του ιού μπορεί να γίνει σε στιγμή χαράς και ευτυχίας. Ότι άτομα που αγάπησαν πολλά χρόνια πριν , όταν αγνοούσαμε και αυτή την ύπαρξη του ιού , είχαν νοσήσει ή είχαν χάσει τη ζωή τους. Κι όλα εκείνα που συνιστούν τη φυσιολογικότητα των ανθρώπινων σχέσεων και δεσμών , έτσι όπως ορίζονται από την ίδια την ουσία του ανθρώπου ανατράπηκαν , μπήκαν σε επαναπροσδιορισμό.

Η ανάγκη της πληροφόρησης έγινε εντελώς επιτακτική , όταν μάθαμε ότι ο ιός δεν γνώριζε σύνορα , φυλές , κοινωνικές ομάδες , κοινωνικές τάξεις , φύλα · όταν χάσαμε και την ψευδαίσθηση ότι πλήττει μόνο τους άνδρες ομοφυλόφιλους ή τους τοξικομανείς της σύριγγας , όπως πιστεύαμε στο πρώτο διάστημα της εμφάνισής του , θεωρώντας ότι είμαστε απολύτως ασφαλείς οι υπόλοιποι.

Το καθήκον του δημοσιογράφου ήταν η μετάδοση έγκυρων πληροφοριών με στόχο την ενημέρωση που θα γεννούσε τον προβληματισμό , δίχως να υποβάλλει στο κοινό τον άλογο φόβο και τον πανικό. Στόχος , λοιπόν , η προαγωγή της ατομικής και συλλογικής ευθύνης · ακόμη και της ευθύνης του ίδιου απέναντι σε ένα πεδίο που απαιτούσε χειρισμούς προσεκτικούς , αν λάβουμε υπόψη τη ψυχосύνθεση του Έλληνα και την ιδιαιτερότητα της ελληνικής οικογένειας και της κοινωνίας γενικότερα.

Το καθήκον του δημοσιογράφου στην περίπτωση της πληροφόρησης σχετικά με το AIDS έρχεται να συνταιριάξει απολύτως με το καθήκον του ειδικού. Στόχος η επαγρύπνηση του κοινωνικού συνόλου.

Κάθε δημοσιογράφος που επιθυμεί να συμβάλλει στην πληροφόρηση , και μάλιστα πάνω σε εξαιρετικά σημαντικά ιατροκοινωνικά θέματα , οφείλει καταρχήν να διασφαλίσει το κύρος και την άποψη του ειδικού μεταδίδοντάς την ακέραιη , ολοκληρωμένη και διασφαλίζοντας έτσι τις αρχές και το ήθος του ίδιου.

Όσοι από το ακροατήριο έχετε σχέση με το χώρο της υγείας , γνωρίζετε καλύτερα από τον καθένα ότι η εμφάνιση του AIDS φανέρωσε πολλές αδυναμίες ή έλλειψη συνεργασίας. Υπάρχουν ειδικοί που κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου. Υπάρχουν ειδικοί που διαφωνούν , κρίνοντας ότι τα πράγματα δεν είναι δα και τόσο δραματικά , δεν συνιστούν τέτοιας έντασης πρόβλημα , τουλάχιστον στην Ελλάδα.

Αυτό είναι το ένα σκέλος του προβλήματος , καθόλου οδυνηρό στο κάτω κάτω , γιατί η διαφορά άποψης θα μπορούσε να προαγάγει το διάλογο σε επίπεδο εκπομπής , άρα και τον προβληματισμό του ακροατή.

Όμως , από την άλλη , είχα ως δημοσιογράφος να αντιμετωπίσω ένα εξαιρετικά σημαντικό ζήτημα. Το επιθυμητό είναι η συνεργασία με έναν ενημερωμένο επιστήμονα. Αυτό εγγυάται ασφαλώς τη σωστή μετάδοση του μηνύματος υγείας. Όμως , η ικανότητα και η πειστικότητα του ειδικού δεν αποτελεί και απόδειξη ότι στο

χώρο της δουλειάς του κινείται στα πλαίσια που ορίζουν η ιατρική ηθική και δεοντολογία. Αυτό με ενδιαφέρει καιρία , γιατί το γεγονός πιστοποιεί τη φερεγγυότητα και της δικής μου δημοσιογραφικής δουλειάς.

Η οδυνηρή πραγματικότητα και οι διαστάσεις του AIDS , οι ανταγωνισμοί των ειδικών , η αδυναμία των φορέων – ασθενών με AIDS και των οικογενειών τους να καταγγέλλουν τις υπερβάσεις καθήκοντος ορισμένων γιατρών, είτε γιατί φοβούνται ότι θα εκτεθούν δημοσίως είτε γιατί τους τρομάζει η ιδέα ότι θα τους εγκαταλείψει ο γιατρός που τους παρακολουθεί -ακόμα και αν δεν έχει την ειδικότητα ή τις απαιτούμενες γνώσεις - , μου έθετε διλήμματα σχετικά με την επιλογή των προσώπων που θα αναλάβουν το εξαιρετικά υπεύθυνο έργο της ενημέρωσης.

Την άλλη συνιστώσα του προβλήματος έθετε η ελληνική πραγματικότητα , δηλαδή το κοινό με τα ερωτήματά του. Αν και οι πιο συχνά μεταδιδόμενες πληροφορίες ήταν και είναι οι τρόποι μετάδοσης του ιού του AIDS (το AIDS μεταδίδεται αποκλειστικά με το αίμα ή το σπέρμα και κάθετα από τη μητέρα στο παιδί) , τα πιο συχνά επαναλαμβανόμενα ερωτήματα αφορούν σε αυτούς ακριβώς τους τρόπους μετάδοσης.

Νομίζω ότι είναι χρήσιμο να σας μεταφέρω μερικά από αυτά τα ερωτήματα , όπως ακριβώς διατυπώθηκαν:

- Το AIDS μεταδίδεται με το τσίμπημα των κουνουπιών;(έρχεται πρώτο σε συχνότητα)
- Το AIDS μεταδίδεται με το φιλί;
- Υπάρχει κίνδυνος για τα παιδιά που πηγαίνουν σε οίκους ανοχής;
- Η ουλίπιδα μπορεί να ευθύνεται για τη μετάδοση του ιού;
- Μπορεί να κολλήσουμε AIDS από τον οδοντίατρο; Και συμπληρωματικά : από τον τροχό του οδοντιάτρου;
- Υπάρχει κίνδυνος από το τρύπημα των αυτιών με μηχανήμα;
- Μεταδίδεται από τα πιρουνία και τα πιάτα των εστιατορίων;
- Μεταδίδεται με το ξυράφι;
- Μήπως οι επιστήμονες αναθεωρήσουν αργότερα την άποψη ότι το AIDS δεν μεταδίδεται παρά μόνο με το αίμα και το σπέρμα;

Είναι προφανές ότι , πριν τεθούν τα ερωτήματα αυτά , οι ενδιαφερόμενοι έχουν ήδη ακούσει σχετικές πληροφορίες και έχουν ήδη δεχθεί κάποια μηνύματα · όμως , η βαθιά ριζωμένη δυσπιστία προσπερνά τη λογική , δείχνοντας τις δυσκολίες που έχει να αντιμετωπίσει μία εκστρατεία ενημέρωσης.

Οι ακροατές με τα ερωτήματά τους , που συχνά έφερναν στην επιφάνεια ανθρώπινες αδυναμίες , επιφυλάξεις και προκαταλήψεις συνέβαλαν με μία έννοια

στο ρυθμό , την ποιότητα , τη συχνότητα και το ύψος , με το οποίο έπρεπε – ή με το οποίο ήθελαν σε τελευταία ανάλυση – να τους δοθεί η πληροφορία.

Κάποτε αναρωτιόμουν μήπως τα ερωτήματα με την αφέλεια ή τη στερεοτυπία τους επισήμαιναν την ύπαρξη κενών στην πληροφόρηση ή ως αναποτελεσματική τη μέθοδο που ακολουθούσαμε.

Από την άλλη , όμως , ήταν και συχνά τα ερωτήματα που , παρά τη διατύπωσή τους , εξέφραζαν άλλη στάση ή σοβαρότερους προβληματισμούς. Τα μεταφέρω , όπως ακριβώς , είχαν καταγραφεί στη διάρκεια των εκπομπών υγείας :

- Να γίνεται ενημέρωση στα σχολεία
- Οι δάσκαλοι να δείχνουν τη χρήση προφυλακτικού στα παιδιά
- Να γίνει η κοινωνική ανατροφή υποκατάστατο της οικογενειακής , ώστε να αποφευχθεί η εξάπλωση του ιού
- Αιμοδότες διαμαρτύρονται , γιατί κατά την αιμοληψία οι ίδιοι οι γιατροί δεν παίρνουν μέτρα προστασίας
- Οφείλουμε τη συμπαράστασή μας στους πάσχοντες. Την αρρώστια δεν την αγοράζουμε. Έρχεται εκεί που δεν περιμένεις.
- Οι γιατροί δεν έχουν χρόνο , είτε στα νοσοκομεία είτε στα ιατρεία τους, για να μας ενημερώσουν πλήρως για την όποια αρρώστιά μας. Αυτό δεν βοηθά καθόλου στην πληροφόρηση.
- Πώς να πεισθούμε για αυτά που λέτε , όταν διαβάζουμε στις εφημερίδες ότι ο γιατρός αρνήθηκε να χειρουργήσει ασθενή με AIDS;

Τέλος , για να σχηματισθεί περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα , πρέπει να αναφερθώ και σε μία ακόμη ομάδα ερωτημάτων , αλλά και διαπιστώσεων , που νομίζω είναι εξαιρετικά αντιπροσωπευτικές των απόψεων που διακρίνουν σημαντική μερίδα του πληθυσμού. Και αυτά , όπως ακριβώς διατυπώθηκαν :

- Οι ηθικές αρχές βοηθούν στην υγιεινή ζωή
- Το AIDS είναι κατάρα του Θεού στην ανθρωπότητα. Όχι μόνον ενημέρωση , αλλά και εγκράτεια
- Εξετάζονται οι τουρίστες; Μήπως θα έπρεπε;
- Πώς μπορούμε να αναγνωρίσουμε ένα φορέα και κυρίως την ψυχολογική του κατάσταση για να προφυλαχθούμε;
- Όλοι οι φορείς είναι ομοφυλόφιλοι;

Τα πρώτα αισθήματά μου απέναντι σε τέτοιου είδους προκαταλήψεις και στενοκεφαλιά ήταν αγανάκτηση και θυμός. Αργότερα , αντικαταστάθηκαν από κατανόηση · αυτό έγινε όταν άκουσα και γιατρούς να θέτουν παρόμοια ερωτήματα.

Εξαιρετικά εντυπωσιακό ήταν το φαινόμενο να ανησυχούν για τη μεταδοτικότητα του ιού του AIDS εκείνοι που δεν είχαν απολύτως κανένα λόγο για κάτι τέτοιο. Σε κάθε σφυγμομέτρηση το δείγμα των ακροατών αντιπροσώπευε ηλικίες μεγαλύτερες από εκείνες που θεωρούμε ότι αντιστοιχούν στο σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό.

Η νεολαία που όλοι επιθυμούμε να είναι ο κατεξοχήν δέκτης αυτών των μηνυμάτων συνήθως απουσιάζει. Αυτό μάλλον οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η αγωγή υγείας πρέπει να περάσει από άλλα κανάλια , με διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης. Η αποτελεσματικότητα ενός μηνύματος υγείας πρέπει να περάσει από άλλα κανάλια , με διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης. Η αποτελεσματικότητα ενός μηνύματος υγείας είναι συνάρτηση και της συχνότητας με την οποία μεταδίδεται.

Αυτό προϋποθέτει επαναληπτικότητα , που συγχρόνως βοηθάει και στην υπέρβαση του εφήμερου χαρακτήρα της δημοσιογραφικής δουλειάς. Από την άλλη , όμως , έρχεται κάποτε σε αντίθεση με τη διάθεση του κοινού (είτε αναγνώστες είτε ακροατές είτε θεατές λέγονται) που «ξορκίζει» το κακό , αποφεύγοντας να αναφέρεται σε αυτό.

Η κατεξοχήν κοινωνική διάσταση του AIDS έδειξε και μιαν ακόμη ανάγκη. Το δικαίωμα συμμετοχής στην πληροφόρηση και αυτών των ίδιων των φορέων ή ασθενών με AIDS · που έχουν να εκφράσουν άποψη και συγκεκριμένα αιτήματα και που , είτε ατομικά είτε συσπειρωμένοι στον Πανελλήνιο Σύλλογο υποστήριξης φορέων του ιού του AIDS «ΕΛΠΙΔΑ» ,διεκδικούν το βέλτιστο στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών και άλλων επιπτώσεων , οι οποίες βρίσκουν απροετοίμαστους τόσο τους ίδιους όσο και τις οικογένειές τους.

Παράλληλα , διεκδικούν τη θεσμική κατοχύρωση της ποιότητας ζωής των των φορέων με απόλυτο σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους. Αυτό είναι ανάγκη να το πληροφορηθεί ο ακροατής και ο αναγνώστης και να το σεβαστεί ο δημοσιογράφος , αρνούμενος να καταφεύγει στην ευκαιριακή αξιοποίηση των ατόμων με εποχικού και επετειακού χαρακτήρα συνεντεύξεις.

Το AIDS δεν είναι μόδα (όπως άλλωστε όλα τα μεγάλα προβλήματα υγείας). Το AIDS είναι μία κατάσταση που ξεπερνά τα καθιερωμένα και συμβατικά σχήματα πληροφόρησης. Έτσι , ο δημοσιογράφος που θέλει να παρέχει κοινωνική υπηρεσία , οφείλει να παίρνει υπόψη του όλες τις διαστάσεις του προβλήματος. Στα χρόνια μας , στα χρόνια που έρχονται θα δοκιμασθούν :

- Το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας
- Η καλλιέργεια των γιατρών και γενικότερα της νοσηλευτικής ομάδας που , θα καθορίσει και τη συμπεριφορά τους στην κλινική πράξη

- Οι αντοχές , η ανθρωπιά και η αλληλεγγύη μας
- Η ατομική και συλλογική συνείδηση , άρα και η συνείδηση του δημοσιογράφου.

Ολοκληρώνοντας , θέλω να αναφέρω ότι η συμμετοχή μου σε αυτή τη συζήτηση την αφιερώνω στην «ΕΛΠΙΔΑ» , τον Πανελλήνιο Σύλλογο υποστήριξης φορέων του ιού του AIDS , και στους γενναίους εκείνους ανθρώπους που παλεύουν για την υγεία και τη ζωή τους με ήθος και αξιοπρέπεια.»(Κωνσταντίνου Ν.,1991)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

12.1 Η Προβληματική της Έρευνας

Παρά τη μεγάλη διάσταση που έχει λάβει σήμερα η ενημέρωση σχετικά με το AIDS και τους κινδύνους του, τόσο από εξειδικευμένους ή οργανωμένους φορείς αλλά και από την προβολή του στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, παρατηρείται πως ο αριθμός των φορέων και των ασθενών που έχουν προσβληθεί συνεχίζει να αυξάνει. Θεωρώντας πως το φαινόμενο αυτό σχετίζεται με τη μη συνειδητοποίηση του κινδύνου που συνεπάγεται η ασθένεια, και κυρίως με την έλλειψη μέτρων πρόληψης από τον ίδιο τον πληθυσμό. Θα διερευνηθεί συνολικά τη στάση του πληθυσμού απέναντι στο φαινόμενο αυτό. Κρίνοντας τους νέους ως τους πιο επιρρεπείς ηλικιακά ως προς τον κίνδυνο και εστιάζοντας έτσι σε φοιτητές του Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης, θα εξεταστεί ο βαθμός της ενημέρωσης που έχουν για τον κίνδυνο του AIDS, με ποιο τρόπο διαχειρίζονται την εικόνα του φορέα του AIDS και ουσιαστικά θα εντοπιστεί ο δικός τους βαθμός ευαισθητοποίησης για την πρόληψη του κινδύνου σε ατομικό επίπεδο.

12.2 Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας

Σκοπός της εργασίας μας είναι η διερεύνηση της στάσης των νέων απέναντι στην HIV λοίμωξη, αναφορικά με την εικόνα του άλλου, ως φορέα κινδύνου, αλλά κυρίως ως προς τη συσχέτιση του φαινομένου με την εικόνα του εαυτού και της πιθανότητας συσχετισμού με την κίνδυνο της ασθένειας.

Οι ειδικότεροι στόχοι της έρευνάς μας είναι:

α) Να εξετάσει τις στάσεις και απόψεις των φοιτητών του Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης απέναντι στη σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής, β) να εντοπίσει τα σημαντικότερα εμπόδια που εμπλέκονται στην έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση αναφορικά με την πρόληψη εξάπλωσης της HIV λοίμωξης, γ) να προτείνει τρόπους για μια επιτυχημένη ενημερωτική εκστρατεία για τους κινδύνους μη χρήσης μέτρων προφύλαξης.

Μόνο μέσα από την καταγραφή των στάσεων και των απόψεων των φοιτητών θα είναι δυνατόν να υπάρχει μια ολοκληρωμένη εικόνα για την ενημέρωση και αντίληψη των φοιτητών απέναντι στο σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.

12.3 Περιορισμοί της έρευνας

Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας υπήρξαν δυσκολίες σημαντικές οι οποίες έπρεπε να ξεπεραστούν προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα και να φέρει τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Αρχικά , σημαντικό θα ήταν να αναφερθεί η χρονική περίοδος περάτωσης της έρευνας. Η έρευνα λόγω καθυστέρησης στη διαδικασία οργάνωσης και καταγραφής του θεωρητικού μέρους , έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια της εξεταστικής περιόδου. Αν αναλογιστεί κανείς , ότι η συγκεκριμένη έρευνα είχε ως σύνθεση δείγματος τους φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης , αντιλαμβάνεται ότι η διεξαγωγή τούτης της έρευνας δυσκόλεψε και τους ερωτώμενους και τους ερευνητές. Τούτη , όμως η δυσκολία ξεπεράστηκε με την κρίση των ερευνητών οι οποίοι έκριναν τις κατάλληλες στιγμές που θα μπορούσαν να ζητήσουν από ένα φοιτητή να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο μη δημιουργώντας προβλήματα.

Μία επιπλέον δυσκολία ήταν η διασφάλιση του ανωνύμου του ερωτώμενου καθώς το ερωτηματολόγιο άγγιζε και θέματα προσωπικών δεδομένων. Τούτο προσπεράστηκε με το ανώνυμο του ερωτηματολογίου καθώς και με τη χρήση φακέλων στους οποίους οι ερωτώμενοι εσώκλειαν τα ερωτηματολόγια.

Σημαντική δυσκολία που επίσης αντιμετώπισαν οι ερευνήτριες ήταν το γεγονός ότι αρκετοί ερωτώμενοι δε δέχονταν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο. Οι λόγοι που επικαλούνταν ήταν λόγοι έλλειψης χρόνου , μη σοβαρής αντιμετώπισης του θέματος , προκατάληψης επί του θέματος. Τούτη η δυσκολία προσπεράστηκε με τη χρήση της πειθούς από τη μεριά των ερευνητριών και της διατύπωσης από τη μεριά τους , των σκοπών της έρευνας. Παράλληλα , ανέφεραν στους ερωτώμενους ότι θα έχουν στη διάθεσή τους τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης έρευνας. Τούτη η συγκεκριμένη τελευταία αναφορά προκάλούσε το ενδιαφέρον των ερωτώμενων και τους δημιουργούσε την αίσθηση για συνετή συμπλήρωση ερωτηματολογίου.

Αυτό σημαίνει βέβαια ότι δεν μπορούμε σε καμία περίπτωση να γενικεύσουμε τα συμπεράσματά μας από την ανάλυση των δεδομένων του δείγματος των φοιτητών (Βάμβουκας, 1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

13.1 Μέθοδος Στατιστικής Ανάλυσης

Η αρχική ενέργεια για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, ήταν η κατηγοριοποίηση των ανοιχτών ερωτήσεων που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας. Ακολούθησε η κωδίκευση (κωδικοποίηση) όλων των απαντήσεων στα ερωτήματα των ερωτηματολογίων, και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή τους στον ηλεκτρονικό υπολογιστή προκειμένου να επιτευχθεί η στατιστική τους επεξεργασία με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος S.P.S.S./ V10 για Windows.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων των δειγμάτων της έρευνας σε περιγραφικό επίπεδο περιλαμβάνει: πίνακες κατανομής συχνότητας των απαντήσεων των υποκειμένων (φοιτητών) σε κάθε μια από τις ερωτήσεις που τους τέθηκαν, αλλά και συνοπτικούς δείκτες σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως είναι ο μέσος όρος.

Τέλος, σε επίπεδο επαγωγικής στατιστικής προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων των υποκειμένων καθώς και η ύπαρξη ή μη σχέσεων των απαντήσεων των υποκειμένων με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά (παραδείγματος χάριν φύλο), εφαρμόστηκαν τα εξής μη-παραμετρικά στατιστικά κριτήρια^{*}:

α) το κριτήριο Mann-Whitney-U, το οποίο χρησιμοποιείται όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι κατηγορική και έχει μόνο δύο κατηγορίες και όταν η κλίμακα μέτρησης της εξαρτημένης μεταβλητής είναι η τακτική (παραδείγματος χάριν Καθόλου, Λίγο, Αρκετά, Πολύ). Το Mann-Whitney, U TEST είναι μια εξαιρετική εναλλακτική χρήση του αντίστοιχου t παραμετρικού κριτηρίου (Ferguson & Takane, 1989, Μακράκης, 1997), και β) το κριτήριο Kruskal-Wallis το οποίο «αποτελεί προέκταση του Mann-Whitney» (Μακράκης, 1997, 156), χρησιμοποιείται όταν η ανεξάρτητη κατηγορική μεταβλητή έχει περισσότερες από δύο κατηγορίες και η εξαρτημένη μεταβλητή είναι σε τακτική κλίμακα. «Το κριτήριο αυτό είναι το αντίστοιχο Oneway της παραμετρικής στατιστικής ανάλυσης» (Μακράκης, 1997, 156)

* Χρησιμοποιήσαμε μη-παραμετρικά κριτήρια διότι δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις εφαρμογής των παραμετρικών κριτηρίων (π.χ. η κλίμακα μέτρησης των δεδομένων πρέπει να είναι η ισοδιαστημική, ενώ στη δική συγκεκριμένη μελέτη τα δεδομένα είναι μετρήσιμα σε κατηγορική και τακτική κλίμακα) (Μακράκης, 1997).

13.2 Τα Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας επιλέχθηκε δείγμα ηλικίας από 17 ετών και άνω, χωρίς επιπλέον περιορισμό στο φύλο ή στην τόπο καταγωγής. Κρίθηκε σκόπιμη η επιλογή και η χρήση ερωτηματολογίου, ως τεχνική συλλογής στοιχείων. Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου έγινε με κριτήριο τη φύση των πληροφοριών που ήταν σκόπιμο να συλλεχθούν. Εξάλλου, πρόκειται για ένα όργανο έρευνας « με το οποίο συγκεντρώνονται έμμεσα πολλές και διάφορες πληροφορίες» (Βάμβουκας, 1998, 246).

Με τον τρόπο αυτό θα διερευνηθούν οι στάσεις και οι απόψεις των φοιτητών του Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης αναφορικά με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, την πληροφόρησή τους, το βαθμό συνειδητοποίησης απέναντι στον κίνδυνο νόσησης από την HIV λοίμωξη καθώς και τις σεξουαλικές πρακτικές των ίδιων των ερωτώμενων. Η έρευνα αφορούσε σε όλα τα τμήματα του Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης και πραγματοποιήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2003-2004.

Κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δόθηκε στα υποκείμενα από τις ερευνήτριες.

Στα συγκεκριμένα 147 ερωτηματολόγια η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία και η προσέγγιση των υποκειμένων έγινε κατόπιν επισκέψεων των ερευνητριών στο χώρο του Τεχνολογικού Ιδρύματος.

Θα θεωρείτο σημαντική παράλειψη αν δεν γινόταν αναφορά στο γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και παράλληλα οι ερευνήτριες στην προσπάθειά τους να διασφαλιστεί το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων των ερωτώμενων διέθεταν μαζί με τα ερωτηματολόγια και φακέλους στους οποίους οι ερωτώμενοι εσώκλειαν τα ερωτηματολόγια.

13.2.1 Περιγραφή Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο το οποίο δόθηκε στους φοιτητές αποτελείται συνολικά από σαρανταέξι ερωτήσεις (βλ. Παράρτημα II). Το Α' μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από τρεις ερωτήσεις, με τις οποίες αντλήθηκαν χρήσιμα στοιχεία για τη σύνθεση του δείγματος (φύλο φοιτητών, ηλικία, καταγωγή). Οι υπόλοιπες σαραντατρείς ερωτήσεις είναι ειδικές και σχετικές με το θέμα το οποίο μελετάτε. Αναλυτικότερα, στο Β' μέρος του ερωτηματολογίου εξειδικεύονται οι ερωτήσεις και ζητείται από τους ερωτώμενους να αναφερθούν στις ήδη υπάρχουσες γνώσεις τους σχετικά με τη λοίμωξη HIV και τη νόσο του AIDS.

Στο Γ΄ μέρος, ερευνώνται οι στάσεις τους σχετικά με τη νόσο του AIDS και παράλληλα στο Δ΄ άξονα καταθέτουν τις απόψεις τους αναφορικά με την κοινωνική πολιτική του κράτους. Στο συγκεκριμένο σημείο ενδεικτικά γίνεται λόγος για το αν πρέπει ή όχι η πολιτεία να λάβει επιπλέον μέτρα πρόληψης από τη λοίμωξη, ποιος θεωρείτε ο κατάλληλος χώρος για την φροντίδα ατόμων με AIDS καθώς και ποιος φορέας θεωρούν ότι θα πρέπει να είναι ο αρμόδιος για τα έξοδα νοσηλείας των ασθενών.

Παράλληλα, στο Ε΄ μέρος του ερωτηματολογίου ερευνώνται οι πεποιθήσεις και στάσεις των ερωτώμενων αναφορικά με την παροχή ιατρικών υπηρεσιών μέσω χρήσης ερωτημάτων από τα οποία διαφαίνεται και η γενικότερη κρίση και προκατάληψη των υποκειμένων έναντι του θέματος που ερευνάται.

Τέλος, στον ΣΤ΄ άξονα γίνεται διερεύνηση γνώσεων και τρόπων χρήσης μέτρων προφύλαξης, διερεύνηση η οποία επαληθεύεται στον Ζ΄ άξονα ο οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με τις σεξουαλικές πρακτικές των ερωτώμενων.

αποτελείται από.

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

13.3 Ο Πληθυσμός Αναφοράς και το Δείγμα Έρευνας

Ο πληθυσμός αναφοράς των φοιτητών που τέθηκε από τις ερευνήτριες ως αρχικός στόχος αντιστοιχούσε στα 200. Από αυτούς, δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα οι 147 οι οποίοι και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας ενώ παράλληλα το γεγονός ότι η εκλογή των υποκειμένων των δειγμάτων έγινε με τυχαίο τρόπο, σήμαινε ότι «όλα τα άτομα του πληθυσμού έχουν ίσες πιθανότητες να επιλεγούν ως υποκείμενα του δείγματος» (Βάμβουκας, 1998, 159).

13.3.1 Η Σύθεση του Δείγματος

Από το σύνολο των φοιτητών όλων των σχολών του Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης , επιλέχθηκαν 200 συνολικά φοιτητές από τους οποίους οι 200 δέχτηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιό μας οι 147. Ως προς το φύλο, οι 77 φοιτητές (54,1%) ήταν άνδρες και οι 67 (45,9%) ήταν γυναίκες

Ως προς την ηλικιακή ομάδα, 4 φοιτητές (2,7%) ανήκουν στην κατηγορία των 17 - 19 ετών, 38 (25,9%) ανήκουν στην κατηγορία των 19 – 21 ετών, 79 φοιτητές ανήκουν στην κατηγορία των 21-23(53,7%), 6 (4,1%)φοιτητές ανήκουν στην κατηγορία των 25 και άνω.

Ως προς την περιοχή καταγωγής οι 109 (74,1%) φοιτητές δηλώνουν αστική περιοχή ενώ οι 38 (25,9%) δηλώνουν ότι κατάγονται από αγροτική περιοχή. Στη συγκεκριμένη μεταβλητή δεν υπήρχε περιορισμός. Συμπεριλαμβάνονται όλα τα μέρη της Ελλάδος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: Η ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

Στο σημείο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα των απαντήσεων των υποκειμένων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου καθώς και τα αποτελέσματα συσχετίσεων στις απαντήσεις συγκεκριμένων μεταβλητών βάσει των δημογραφικών στοιχείων των ερωτώμενων.

Όσον αφορά στην αξιολόγηση της πληροφόρησής τους σχετικά με το AIDS, τα 60 (40,8%) άτομα κρίνουν επαρκή την πληροφόρησή τους, τα 68 (46,3%) κρίνουν μέτρια την πληροφόρησή τους, ενώ τα 19 (12,9%) την κρίνουν ελλιπή.

Στην ερώτηση αναφορικά με την πηγή ενημέρωσής τους, για τους 35(23,8%) αποτέλεσε η οικογένεια, για τους 40(27,2%) αποτέλεσε το φιλικό περιβάλλον, για τους 52 (35,4%) το σχολικό περιβάλλον, για τους 113 (76,9%) τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε), για τους 34 (23,1%) το ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό, για τους 60(40,8%) αποτέλεσε το προσωπικό ενδιαφέρον, και για τους 6 (4,1%) άλλη πηγή πληροφόρησης.

Ειδικότερα, οι φοιτητές γνωρίζουν το AIDS ως σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο είναι 139 (94,6%), ως νόσο που μεταδίδεται με μετάγγιση αίματος είναι 90(61,2%), ως θανατηφόρα ασθένεια είναι 83(56,5%) και ως νόσο των ομοφυλόφιλων και των ναρκομανών είναι 24(16,3%).

Ακολούθως, οι 31 φοιτητές(21,7%) γνωρίζουν τι σημαίνουν τα αρχικά AIDS ενώ οι 112(78,3%) δεν έχουν τέτοια γνώση. Παράλληλα, οι 85(57,8%) θεωρούν ότι οι όροι AIDS και HIV είναι ταυτόσημοι σε αντίθεση με τους 62(42,2%) που θεωρούν ότι οι προαναφερθέντες όροι διαφοροποιούνται. Από το τελευταίο ποσοστό, οι 20(29,4%) γνωρίζουν τη διαφορά των δύο όρων ενώ οι 48 (70,6%) δεν τη γνωρίζουν.

Τα 81(55,5%) υποκείμενα του δείγματος απάντησαν ότι θεωρούν το AIDS πολύ σοβαρή απειλή για την υγεία τους σε σχέση με άλλα νοσήματα, τα 47(32,2%) απάντησαν ότι θεωρούν το AIDS σοβαρή απειλή και τα 18(12,3%) ότι το θεωρούν μέτριας σοβαρότητας απειλή.

Όταν ζητήσαμε από τους φοιτητές να μας αναφέρουν συμπτώματα του AIDS οι 46(32,4%) ανέφεραν ως σύμπτωμα το πρήξιμο των λεμφαδένων, οι 87(61,3%) την κούραση, οι 30(21,1%) τη δύσπνοια, οι 49(34,5%) τον πυρετό, οι 102(71,8%) την απώλεια βάρους, οι 32 (22,5%) τη διάρροια, οι 89(62,7%) τα δερματικά προβλήματα, οι 25(17,6%) τη νυχτερινή εφίδρωση, οι 59(41,5%) το βήχα, οι 10(7%) τη φαρυγγίτιδα, οι 31(22%) την αιμόπτυση, οι 13(9,2%) τον πονοκέφαλο, και οι 15(10,6%) την περιορισμένη σεξουαλική επιθυμία.

Αναφορικά με τις γνώσεις τους για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS οι 115(78,8%) θεωρούν τη μη χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή, οι 40

(27,4%) τη σεξουαλική με άλλο/ η σύντροφο εκτός μόνιμης σχέσης, οι 70(47,9%) τη σεξουαλική επαφή με πολλά άτομα , οι 6(4,1%) το φιλί , οι 40(27,4%) το στοματικό έρωτα, οι 41 (28,1%) τη σεξουαλική επαφή άντρα με άλλο άντρα. Οι 19(13%) τη σεξουαλική επαφή γυναίκας με άλλη γυναίκα , οι 137(93,8%) τη χρήση της ίδιας βελόνας – σύριγγας για λήψη ναρκωτικών ουσιών, οι 115(78,8%) τη μετάγγιση αίματος , οι 9 (6,2%) το τσίμπημα εντόμων , οι 9(6,2%) το φαγητό από το ίδιο πιάτο ή χρήση σκευών ατόμων με AIDS. Όσο αφορά στο βαθμό επικινδυνότητας των προαναφερθέντων τρόπων μετάδοσης του AIDS , οι 69(48,6%) θεωρούν τη μη χρήση προφυλακτικού , οι 8(5,6%) το σεξ εκτός μόνιμης σχέσης . οι 21(14,8%) το σεξ με πολλά άτομα , οι 3(2,1%) το στοματικό έρωτα, 1 (0,7%) το σεξ μεταξύ αντρών , 23 (16,2%) τη χρήση της ίδιας βελόνας , οι 16 (11,3%) τη μετάγγιση αίματος, 1 (0,7%) φαγητό από το ίδιο πιάτο.

Στην ερώτηση αναφορικά με τη διαφορά μεταξύ φορέα και πάσχοντος οι 62(44,6%) θεωρούν ότι μόνο ο πάσχων παρουσιάζει συμπτώματα , οι 27 (19,4%) απάντησαν ότι ο φορέας έχει μεγαλύτερη διάρκεια επιβίωσης , οι 24(17,3%) θεωρούν ότι ο φορέας μεταδίδει πιο εύκολα τη λοίμωξη , οι 7 (5%) απάντησαν ότι ο πάσχων μεταδίδει πιο εύκολα τη λοίμωξη , οι 10 (7,2%) θεωρούν ότι δεν υπάρχει καμία διαφορά μεταξύ τους , ενώ 8 άτομα δεν απάντησαν.

Σχετικά με τους τρόπους πρόληψης μετάδοσης του AIDS που θα έπρεπε να ακολουθήσει κάποιος που είναι φορέας τα 34 (23,3 %) υποκείμενα θεωρούν την αποχή από τη σεξουαλική επαφή ως τρόπο πρόληψης , τα 53 (36,3 %) τη σεξουαλική επαφή με προφυλάξεις , τα 24 (16,6 %) την αποστείρωση προσωπικών ειδών , τα 2 (1,4%) την αποφυγή κοινωνικών επαφών , τα 111 (76 %) τη χρήση προφυλακτικού , τα 93 (63,7 %) την αποφυγή αιμοδοσίας – μεταγγίσεων και το 1 (0,7%) την απομόνωσή τους.

Οι 111(77,1%) από τους ερωτώμενους θεωρούν ότι οι χρήστες ναρκωτικών κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από το AIDS , οι 58 (40,3%)θεωρούν τους ομοφυλόφιλους , οι 13 (9%) τους αιμοδότες , οι 58 (40,3%) τα μεταγγιζόμενα άτομα , οι 79 (54,9%) τα εκδιδόμενα άτομα , οι 89 (61,8%) τα άτομα με συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων και τα 12 (8,3%) το ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτώμενων , 100(71,9%) άτομα θεωρούν ότι η λοίμωξη HIV δεν θεραπεύεται και από τα 39 άτομα (28,1%) που πιστεύουν ότι η λοίμωξη θεραπεύεται ,τα 23 (54,8%) θεωρούν ότι αυτό επιτυγχάνεται με τη χορήγηση κοκτέιλ φαρμάκων.

Αναφορικά με τις στάσεις των ερωτώμενων απέναντι στην HIV λοίμωξη ,σε ερώτηση σχετικά με το αν ένα άτομο μπορεί να περιορίσει τις πιθανότητες μόλυνσης του από την λοίμωξη HIV οι 133 (91,7%) ερωτώμενοι απάντησαν ότι μπορεί να

υπάρχει τέτοιος περιορισμός μέσω της μονογαμίας 31,2% , μέσω της αυστηρής – συστηματικής χρήσης προφυλακτικού το 84,8% , μέσω της αποχής από τη σεξουαλική επαφή το 6,5% , μέσω αυστηρών κριτηρίων επιλογής ερωτικού συντρόφου το 32,6% , μέσω αποφυγής χρήσης δημοσίων WC το 14,5% , μέσω αυστηρής τήρησης ατομικής υγιεινής 27,5% και μέσω χρήσης μόνο ατομικού οικιακού εξοπλισμού 5,1%.

Εν συνεχεία, μόνο 6(4,1%) από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι είχαν ή έχουν φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από την HIV λοίμωξη και οι 10 (6,8%) απάντησαν πως θα συνάπτανε ερωτική σχέση με φορέα / ασθενή του AIDS. Παράλληλα , μόνο οι 14 (9,5%) απάντησαν ότι γνωρίζουν κάποιο άτομο προσβεβλημένο από την HIV λοίμωξη. Σχετικά με την πιθανότητα μόλυνσης των ιδίων των ερωτώμενων από την HIV λοίμωξη οι 65 (44,5%) απάντησαν ότι έχουν πιθανότητα από τους οποίους οι 2 (2,9%) σε πολύ μεγάλο βαθμό , οι 13 (18,6%) σε μεγάλο , οι 55 (78,6%) σε μικρό βαθμό. Ο λόγος που οι ερωτώμενοι έχουν αυτή την πεποίθηση είναι για τους 26 (40%) η συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων , για τους 32 (49,2%) η μη χρήση προφυλακτικού . για τους 4 (6,2%) η χρήση τοξικών ουσιών ,για τους 3 (4,6%) οι συχνές μεταγίσεις – αιμοδοσίες , για τους 3 (4,6%) οι ομοφυλοφιλικές σχέσεις , για τους 14 (21,5%) η ενασχόληση με τον παραϊατρικό κλάδο , για τους 7 (10,8%) η κοινή χρήση μπάνιου/ WC. Σε ερώτηση αν έχουν υποβληθεί σε εξετάσεις ανίχνευσης της HIV λοίμωξης οι 34 (23,3%) απάντησαν θετικά από τους οποίους οι 12 (35,3%) με προσωπική τους πρωτοβουλία , οι 18 (52,9%) στο πλαίσιο αιμοδοσίας και οι 4 (11,8%) λόγω απαίτησης του/της συντρόφου τους.

Στο 3^ο κεφάλαιο του ερωτηματολογίου, που αναφέρεται στην κοινωνική πολιτική του AIDS, 142(96,6%) από τα υποκείμενα πιστεύουν πως η πολιτεία είναι αυτή που πρέπει να λάβει επιπλέον μέτρα που αφορούν στην πρόληψη εξάπλωσης του ιού ενώ μόνο 5(3,4%) πιστεύουν ότι δεν πρέπει να κινητοποιηθεί επιπλέον η πολιτεία. Παράλληλα, στην ερώτηση τι είδους μέτρα πιστεύουν ότι πρέπει τελικά να λάβει η πολιτεία οι περισσότεροι ερωτώμενοι, 113(80,1%) στον αριθμό, θεωρούν ότι πρέπει να υπάρχει περισσότερη πληροφόρηση και ενημέρωση, 42(29,8%) θεωρούν ότι πρέπει να ιδρυθούν ειδικά διαμορφωμένα νοσοκομεία, και 79(56,0%) προτείνουν ως μέτρο την ίδρυση ειδικών ερευνητικών κέντρων και οργανισμών μελέτης της λοίμωξης.

Σε ερώτηση για τον ποιον θεωρούν ότι είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα ατόμου που είναι φορέας / ασθενής του AIDS οι 116(78,9%) από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι οι υπεύθυνοι πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευόμενοι γιατροί /νοσηλευτικό προσωπικό αντίθετα με 11(7,5%) ερωτώμενους που υποστηρίζουν

πως κατάλληλοι για τη φροντίδα τους είναι οι γενικοί γιατροί/ νοσηλευτές των νοσοκομείων. 89(60,5%) πιστεύουν ότι δεν είναι υπεύθυνοι οι φίλοι για τη φροντίδα τους σε αντίθεση με 58(39,5%) που πιστεύουν ότι θα έπρεπε να είναι υπεύθυνο και το φιλικό τους περιβάλλον. 86(58,5%) από τα υποκείμενα πιστεύουν ότι η οικογένεια του ασθενούς/ φορέα της λοίμωξης θα έπρεπε να είναι υπεύθυνη για τη φροντίδα του ενώ οι 61(41,5%) από αυτούς δε θεωρούν την οικογένεια υπεύθυνη για τον τομέα της φροντίδας.

Εν συνεχεία, μόνο 23(15,6%) απάντησαν πως άλλοι πάσχοντες ή άτομα που ανήκουν στις λεγόμενες υψηλές ομάδες κινδύνου πρέπει να αναλαμβάνουν τη φροντίδα τους, μόνο 8(5,4%) υποστηρίζουν ότι είναι ευθύνη φιλανθρωπικών ιδρυμάτων και εκκλησιαστικών οργανώσεων και 11(7,5) θεωρούν ότι μόνος του ο ασθενής/ φορέας της λοίμωξης πρέπει να αναλαμβάνει τη φροντίδα του.

Αναφορικά με το ποιον θεωρούν κατάλληλο χώρο για τη φροντίδα ατόμων με AIDS, 88(60,7%) υποστηρίζουν ότι είναι το ειδικό νοσοκομείο/ κλινική, 48(33,1%) ότι είναι η οικία του και τέλος 8(5,5%) ότι είναι το γενικό νοσοκομείο. Επιπλέον, οι 91(63,2%) από τους ερωτηθέντες θεωρούν ότι για τη φροντίδα, νοσηλεία του φορέα/ ασθενή πρέπει να πληρώνει η πολιτεία, οι 42(29,2%) θεωρούν ότι είναι υπόθεση ασφαλιστικών ταμείων, οι 7(4,9%) θεωρούν ότι τα έξοδα πρέπει να αναλαμβάνει η οικογένειά τους και οι 3(2,1%) ότι πρέπει να αναλαμβάνουν οι ίδιοι τα έξοδα νοσηλείας και φροντίδας τους.

Ακολουθως το ερωτηματολόγιο ερευνά μια επιπλέον στάση των ερωτώμενων, αυτή αναφορικά με την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Κατά αυτόν τον τρόπο, μόνο οι 38(26,2%) πιστεύουν ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα μόλυνσης στο χώρο των νοσοκομείων, 74(51%) θεωρούν ότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος μόλυνσης στα κέντρα αιμοδοσίας, 25(17,2%) στα οδοντιατρεία, 90(62,1%) στους χώρους μη τήρησης κανόνων αποστείρωσης, 21(14,5%) στα μικροβιολογικά εργαστήρια, 50(34,5%) σε νοσοκομεία που νοσηλεύονται ασθενείς με AIDS και μόνο 3(2,1%) στα γυναικολογικά ιατρεία. Σε ερώτηση για το αν θα συνέχιζαν να επισκέπτονται γιατρό / οδοντίατρο αν γνώριζαν ότι εξυπηρετεί άτομα προσβεβλημένα από τον ιό HIV οι 46(31,3%) από τους 147 απάντησαν θετικά ενώ σχετικά με το αν θα επισκέπτονταν ιατρό/ οδοντίατρο φορέα του AIDS οι 36(24,5%) απάντησαν πως θα το έπρατταν.

Οι ερωτώμενοι στη συνέχεια κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν στις γνώσεις και χρήση των μεθόδων αντισύλληψης. Αρχικά, ως καταλληλότερους τρόπους προφύλαξης από την μετάδοση της λοίμωξης HIV 8(5,6%) από αυτούς υποστηρίζουν το αντισυλληπτικό χάπι, 15(10,4%) την αποχή από τη σεξουαλική επαφή, 2(1,4%) τη λήψη αντιβιοτικών φαρμάκων πριν από τη σεξουαλική επαφή, 139(96,5%) το προφυλακτικό, 8(5,6%) το σπιράλ, 12(8,3%) το

διάφραγμα, 3(2,1%) τη διακεκομμένη συνουσία, 97(67,4%) τις αποστειρωμένες και μιας χρήσεως σύριγγες και βελόνες, 4(2,8%) την αποφυγή χειραψίας με φορέα, 17(11,8%) την πρωκτική σεξουαλική επαφή, 16(11,1%) τη στοματική σεξουαλική επαφή και 9(6,3%) την τοπική πλύση μετά τη σεξουαλική επαφή. Αναφορικά με το ποια μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιούν οι 15(10,5%) χρησιμοποιούν το αντισυλληπτικό χάπι, οι 2(1,4%) την αποχή από τη σεξουαλική επαφή, οι 115(80,4%) το προφυλακτικό, οι 2(1,4%) το σπιράλ και οι 9(6,3%) τη διακεκομμένη συνουσία. Ενώ στην ερώτηση εάν κάνουν χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική τους επαφή, οι 39(27,3%) υποστηρίζουν ότι χρησιμοποιούν πάντα, οι 65(45,5%) σχεδόν πάντα, οι 23(16,1%) συνήθως, οι 12(8,4%) σπάνια, και 4(2,8%) ποτέ. Από τους ερωτώμενους που δε χρησιμοποιούν σε κάθε σεξουαλική τους επαφή προφυλακτικό οι 87(81,3%) επικαλούνται τη μόνιμη σχέση τους ως αιτία μη χρήση του συγκεκριμένου προφυλακτικού μέσου, οι 8(7,5%) δε χρησιμοποίησαν προφυλακτικό σε περιστασιακή σχέση διότι έτυχε να μην έχουν μαζί τους, οι 8(7,5%) επικαλέστηκαν τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, οι 5(4,7%) χρησιμοποίησαν μόνο σκατά τη διάρκεια της πρώτης τους σεξουαλικής δραστηριότητας διότι θεωρούν ανύπαρκτη την πιθανότητα μόλυνσης. Τέλος, από τα 147 υποκείμενα τα 77(52,7%) έκριναν ως μειονέκτημα της χρήσης προφυλακτικού τη μειωμένη αίσθηση ευχαρίστησης, τα 10(6,8%) την απουσία προφύλαξης από άλλα αφροδίσια νοσήματα, τα 23(15,8%) το γεγονός ότι η χρήση του τους προκαλεί άγχος και τα 28(15,8%) το αυξημένο οικονομικό κόστος.

Ο τελευταίος θεματικός άξονας του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τις σεξουαλικές πρακτικές των ερωτώμενων. Αρχικά λοιπόν , σε ερώτηση σχετικά με το αν οι ερωτηθέντες διατηρούν μόνιμη ερωτική σχέση τους τελευταίους 12 μήνες , οι 68 (46,6%) απάντησαν θετικά , από αυτούς ,οι οποίοι διατηρούν σχέση, οι 43 (35,5%) έχουν έρθει σε ερωτική επαφή με άτομο πέραν της σχέσης αυτής. Οι 42 (62,7%) πήραν μέτρα προφύλαξης , οι 8 (11,9%) δεν πήραν μέτρα προφύλαξης και οι 17 (25,4%) κάποιες φορές έκαναν χρήση μέτρων προφύλαξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

15.1 Συμπεράσματα Σύγκρισης Θεωρητικού με Ερευνητικό Μέρος

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας συμπεράσματα που προέκυψαν από την καταγραφή του θεωρητικού μέρους , διαπίστωσαν οι συγγραφείς παρόμοια ή και αντίθετα συμπεράσματα από αυτά του ερευνητικού. Αρχικά , στο θεωρητικό μέρος κατά την περιγραφή της κλινικής αντιμετώπισης του φαινομένου καταγράφηκαν λεπτομερώς οι τρόποι μετάδοσης της HIV λοίμωξης. Κατά το ερευνητικό μέρος προέκυψε η διαπίστωση πως η μεγάλη πλειοψηφία των φοιτητών φαίνεται να είναι καλά ενημερωμένοι για τους τρόπους μετάδοσης της λοίμωξης HIV αφού το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι είναι η χρήση της ίδιας βελόνας – σύριγγας για λήψη ναρκωτικών ουσιών και ακολουθεί η μη χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή, άποψη που οδηγεί στην εικόνα των καλά ενημερωμένων φοιτητών απέναντι στους τρόπους μετάδοσης της λοίμωξης.

Στο θεωρητικό μέρος γίνεται εκτενής αναφορά στα προγράμματα ενημέρωσης για την πρόληψη της λοίμωξης HIV που κατά καιρούς έχουν σχεδιαστεί από συγκεκριμένους και εξειδικευμένους φορείς όπως τα Κέντρα Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων. Εντούτοις , στο ερευνητικό μέρος τούτο δεν επιβεβαιώνεται. Οι φοιτητές υποστηρίζουν ότι την ενημέρωση για την λοίμωξη HIV την έλαβαν κυρίως από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Κατά τη συγγραφή του κεφαλαίου αναφορικά με τη θεραπεία της εν λόγω λοίμωξης, το συμπέρασμα που προέκυψε είναι πως παρ' όλες τις προσπάθειες στην παρούσα χρονική στιγμή δεν έχει βρεθεί τρόπος θεραπείας της λοίμωξης. Το προαναφερθέν γεγονός παρουσιάζεται μέσα από την έρευνα να το γνωρίζουν καλά οι φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου αφού η πλειοψηφία τους υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει θεραπεία της HIV λοίμωξης.

Μία σημαντική αλλά δυσάρεστη διαπίστωση που προέκυψε από τη συγγραφή του θεωρητικού μέρους αποτέλεσε το γεγονός ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός υπάρχει έντονος απέναντι στους ασθενείς και φορείς της συγκεκριμένης λοίμωξης και μάλιστα παρουσιάζει ο αποκλεισμός αυτός και μία χρονική διάρκεια. Ακόμη πιο δυσάρεστη , όμως , αποτέλεσε η διαπίστωση ότι τούτο ενισχύεται και από την άποψη των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου οι οποίοι ισχυρίζονται ότι δε θα συνάπτανε ερωτική σχέση με ασθενή ή φορέα της λοίμωξης και ότι δε θα επισκέπτονταν γιατρό που είναι ο ίδιος φορέας ή ασθενής της λοίμωξης ή που εξυπηρετεί ασθενείς ή φορείς της λοίμωξης. Απαντήσεις που όχι μόνο ενισχύουν το συμπέρασμα ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός απέναντι στον ιό HIV υπάρχει αλλά και ότι θα συνεχίσει να υπάρχει αφού οι φοιτητές είναι νέοι άνθρωποι , το μέλλον του εκάστοτε κοινωνικού συνόλου.

Τέλος , σημαντικό κομμάτι τόσο του θεωρητικού όσο και του ερευνητικού μέρους αποτέλεσε η διερεύνηση του κατά πόσο συνειδητοποιημένοι είναι οι νέοι άνθρωποι κυρίως απέναντι στον κίνδυνο προσβολής της λοίμωξης HIV. Κατά το θεωρητικό μέρος το συμπέρασμα που προέκυψε ήταν πως οι νέοι δεν έχουν ουσιαστικά συνειδητοποιήσει τον κίνδυνο. Συμπέρασμα που επιβεβαιώθηκε και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Οι νέοι αν και θεωρούν το προφυλακτικό ως τον κατάλληλο τρόπο προφύλαξης από τον ιό HIV υποστηρίζουν ότι στα πλαίσια μίας μόνιμης σχέσης δεν είναι απαραίτητη η χρήση του.

15.2 Γενικά Συμπεράσματα και Προτάσεις

Η συγγραφή της πτυχιακής εργασίας με θέμα « Στάση απέναντι στο Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας» αποτέλεσε μία πραγματική ανακάλυψη για τους συγγραφείς λόγω των πολλαπλών και πολύπλοκων συμπερασμάτων που προέκυψαν.

Αρχικά, συνετό θα ήταν να αναφερθεί ότι η διαπίστωση που μπορεί να προκύψει είναι ότι οι νέοι έχουν γνώση και κάνουν χρήση των μεθόδων προφύλαξης από την HIV λοίμωξη. Παράλληλα, είναι γνώστες των κινδύνων που ελλοχεύουν από την πρόσληψη ενός τέτοιου ιού. Ωστόσο δε διαφαίνεται τόσο μέσα από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας όσο και κατόπιν επεξεργασίας των αποτελεσμάτων της έρευνας ότι έχουν συνειδητοποιήσει ότι η προσβολή από το συγκεκριμένο ιό αφορά σε όλους και δεν κάνει εξαίρεση. Αντίθετα , η νέα γενιά κάνει λόγο για επονομαζόμενες «ομάδες υψηλού κινδύνου» και για ασφάλεια από την προσβολή της HIV λοίμωξης εάν τηρούν μία μόνιμη ερωτική σχέση. Παρόλα αυτά , ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι η νέα γενιά αντιμετωπίζει με περισσότερη ευαισθησία το συγκεκριμένο θέμα και τούτο διαπιστώνεται μέσα από την ωριμότητα της σκέψης τους αναφορικά με τη φροντίδα των ασθενών και φορέων της HIV λοίμωξη αφού κάνουν λόγο για τη δημιουργία ειδικών χώρων ώστε να είναι καλύτερη η φροντίδα τους ή για μεγαλύτερη κρατική μέριμνα επί του θέματος.

Τα προαναφερθέντα μας οδηγούν στο γενικότερο συμπέρασμα ότι η νέα γενιά διακρίνεται από ελλιπή ενημέρωση αναφορικά με την HIV λοίμωξη -παρ' όλες τις κρατικές προσπάθειες για το σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης - ,και θεωρούν το AIDS ως κάτι το μακρινό , το ξένο για εκείνους.

Αυτό που θα μπορούσε να γίνει ώστε να αρχίσει να επέρχεται η συνειδητοποίηση του κινδύνου προσβολής και να διαψευστεί μία τέτοια λανθασμένη εκτίμηση είναι αρχικά να γίνει αντιληπτό και κατανοητό από όλους ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης δεν είναι η ασφαλέστερη πηγή πληροφόρησης για τέτοια

μεγίστης σημασίας θέματα. Η κρατική παρέμβαση θα πρέπει να είναι αυστηρή στα μηνύματα που εκπέμπονται από τα Μέσα Ενημέρωσης μέσω ενός ελεγκτικού συστήματος που θα μπορούσε να δημιουργηθεί. Παράλληλα , η κρατική μέριμνα δε θα πρέπει να προβάλλει εκστρατείες ευαισθητοποίησης μόνο κατά τις «επετειακές ημερομηνίες» όπως Παγκόσμια Μέρα Καταπολέμησης του AIDS αλλά να υπάρχει μία προγραμματισμένα διαρκής ενημέρωση.

Στα πλαίσια μίας τέτοιας προσέγγισης συνειδητοποίησης του κινδύνου του AIDS από τη νέα γενιά , δε θα μπορούσε να μην περιληφθούν και οι σχολικοί χώροι , ως «κοινωνικές εστίες» συσσώρευσης της συντριπτικής πλειοψηφίας των νέων. Με την ένταξη ειδικών συμβούλων στο προσωπικό των σχολείων θα μπορούσε να ενημερώνονται οι νέοι από τα πρώτα στάδια της ωρίμανσής τους για τούς κινδύνους προσβολής από την HIV λοίμωξη καθώς και για τους τρόπους προφύλαξης από μία τέτοια προσβολή , υπεύθυνα και σωστά.

Αναμφισβήτητα , το υπό μελέτη θέμα είναι ένα θέμα όχι μόνο επιστημονικής διερεύνησης και επεξεργασίας αλλά και κοινωνικής ασφάλειας και ευημερίας. Ως εκ τούτου , δε θα πρέπει να το αντιμετωπίζουμε ανεύθυνα και επιπόλαια. Χρειάζεται από όλους ευαισθησία , υπευθυνότητα και σύνεση ώστε να επέλθουν στο μέλλον θετικά αποτελέσματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

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

Balter, M. (1998). Virus from 1959 sample marks early years of HIV. *Science*. 1998, Vol. 279, No. 801, pp. 44-51.

Beardsell, S. (1994). Should wider HIV testing be encouraged on the grounds of HIV prevention? *AIDS Care*, Vol. 6, No. 1, pp. 5-19.

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

Γεωργούλιας, Β. (1989). Διάγνωση της μόλυνσης. Στο: *HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας*. Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS. Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., σελ. 75-85.

Γκόμα, Φ. (1995). Δυνατότητα συμβουλευτικής παρέμβασης στην οικογένεια και μεταβολή στη δυναμική των σχέσεων. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 3, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1995, σελ. 168-171.

CMA (Canadian Medical Association), Expert Working Group on HIV Testing. (2000). *Counselling guidelines for HIV testing*. Ottawa: Canadian Public Health Association.

Δαρδαβέσης, Θ., Δελίδου, Κ., Στοφορόπουλος, Η., Λοϊζίδης, Θ. και Αγγελίδου, Α. (1997). Στάσεις και συμπεριφορά σπουδαστών Τ.Ε.Ι σε σχέση με την HIV λοίμωξη. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 5, 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1997, σελ. 269-275.

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

Δημητρόπουλος, Ε. (1999). *Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Γρηγόρη.

De Bruyn, M. (1996). *HIV Testing and Counselling as a Prevention Method*. Amsterdam: AIDS Coordination Bureau.

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

Froland, S.S., Jenum, P., Lindboe, C.F., Wefring, K.W., Linnestad, P.J. & Bohmer, T. (1988). HIV-1 infection in Norwegian family before 1970. *Lancet*, 1988, issue, 1344-5.

Garret, L. (2000). AIDS virus traced to 1675. *Newsday*, July 11, 2000.

Garry, R.F., Witte, M.H., Gottlieb, A.A., Elvin-Lewis, M., Gottlieb, M.S., Witte, C.L., Alexander, S.S., Cole, W.R. & Drake W.L Jr. (1988). Documentation of an AIDS virus infection in the United States in 1969, *Jama (The journal of American Medical Association)*, Vol. 260, No.14, pp. 2085.

Humphrey, G.M. & Zimpfer, D.G. (1996). *Counselling for Grief and Bereavement*. Sage Publications.

Hutchinson, M. (2001). AIDS 20 years on, *BBC News Online*, June 4, 2001.

Ινστιτούτο Παστέρ. (1998). *AIDS. Τα δεδομένα, οι προσδοκίες*. Paris: EDITIONS 21.

Ιωαννίδη-Καπόλου, Ε. Ν. (1997). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της σεξουαλικής συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση του AIDS. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 3, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1997, σελ. 165-174.

Ivey, A.E, Gluckstern, N.B & Ivey, B.M. (1993). *Συμβουλευτική: Μέθοδος Πρακτικής Προσέγγισης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ivey, A.E & Gluckstern, N.B. (1995). *Συμβουλευτική: Βασικές Δεξιότητες Επιρροής*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καλοταιράκης, Α. (1989). AIDS: θεραπευτική αντιμετώπιση, νοσηλευτικά προβλήματα. Στο: *HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας*, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., σελ. 115-127.

ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων), Επιτροπή Νομικής Υποστήριξης και Νομικών Προβλημάτων, Επιτροπή Ενημέρωσης. (1995). *Θεμελιώδεις Αρχές για την Προστασία Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών σε Σχέση με το AIDS*. Αθήνα: ΚΕΕΛ, Υπουργείο Υγείας.

ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων). (2000α). *Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα*, τ.11, Ιούνιος 2000.

ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων). (2000β). *Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα*, τ.12, Δεκέμβριος 2000.

ΚΕΕΛ, ΣΕΒ και ΓΣΕΕ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, Σύλλογος Ελ-λήνων Βιομηχάνων και Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος). (xxxx). *Κώδικας Αρχών, AIDS, ώρα για δράση, στους χώρους εργασίας*. Ενημερωτικό Φυλλάδιο.

Κιόρτσος Β. και Παπασπηλιόπουλος Π.Ι. (1997). Ιώσεις: *Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος, Λαρούς, Μπριτάννικα*, 31, σελ. 85-92. Αθήνα: Πάπυρος.

Κορνάρου, Ε. (1995). Οι οικονομικές επιπτώσεις του AIDS στους χώρους εργασίας. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 3, 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1995, σελ. 392-398.

Κορνάρου, Ε., Παπαθανασίου, Σ. και Ρουμελιώτου, Α. (1997). Η ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων οροθετικών αιμοδοτών για HIV. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 5, 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1997, σελ. 300-307.

- Κορνάρου, Ε., Υφαντόπουλος, Γ. και Παπαευαγγέλου Γ.** (1993). Οι οικονομικές επιπτώσεις του AIDS διεθνώς και στην Ελλάδα. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ.1, 2, Οκτώβριος-Νοέμβριος 1995, σελ. 96-108.
- Κωνσταντίνου, Ν.**, (1991), 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Αθήνα: Βήτα, 2001, σελ. 132-135
- Kaplan, R.M., Sallis, J.F Jr. & Patterson T.L.** (1993). *Health and Human Behavior*. Mc Graw-Hill, Inc.
- Kain, C.T.** (1998a). Counseling HIV-positive clients: The tenets of HIV Affirmative Counseling-Part 1, *ACAeNews*, Vol. 1, No. 9. May 1998.
- Kain, C.T.** (1998b). Counseling HIV-positive clients: The tenets of HIV Affirmative Counseling-Part 2, *ACAeNews*, Vol. 1, No. 10. May 1998.
- Kain, C.T.** (1998c). Counseling HIV-positive clients: The tenets of HIV Affirmative Counseling-Part 3, *ACAeNews*, Vol. 1, No. 11. June 1998.
- Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ.** (1999). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- 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., σελ. 127-134.
- Miller, R. & Bor, R.** (1991). *AIDS. A guide to clinical counseling*. Ed. Dilley J.W. London: Science Press Ltd.
- NIAID** (National Institute of Allergy and Infectious Diseases). (1998). *How HIV causes AIDS*. Ενημερωτικό φυλλάδιο της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α (U.S Public Health Service).
- NIAID** (National Institute of Allergy and Infectious Diseases). (1999). *HIV Infection and Aids*, Ενημερωτικό φυλλάδιο της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α (U.S Public Health Service). Bethesda.
- ΠΟΥ** (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) και Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS (1991α). *Συμβουλευτική για την HIV λοίμωξη και νόσο*. Αθήνα: BHTA medical arts.
- ΠΟΥ** (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) και Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS (1991β). *Πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης του ιού της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας*. Αθήνα: BHTA medical arts.
- Πάνος Γ.** (2001), Επιδημιολογία – μετάδοση HIV λοίμωξης, 13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο, Ιατρικός Τύπος, τ. 244, Νοέμβριος – Δεκέμβριος 2001, σελ. 8
- Παπαδάτου, Δ.** (1995). Ο κρυφός θρήνος του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος του ασθενή με AIDS. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 3, !, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995, σελ. 61, 82-86.

Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ: 127

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

Παπαευαγγέλου, Γ., Καλλίνικος Γ. (1986). AIDS. Αθήνα: λίτσας, σελ: 23-24, 167-173, 175-181

Παπαευαγγέλου, Γ., Richardson, C. S., Κορκοντζέλου, Ε., Παπουτσάκης, Γ. και Κρεμαστινού, Τζ. (1995). Μέτρα πρόληψης του AIDS στους τοξικομανείς της Ευρωπαϊκής Ένωσης. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 3, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1995, σελ. 142-145.

Παπαζήση, Θ. (1995α). Ιατρικό απόρρητο και προσωπικότητα ατόμων με AIDS. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 3, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1995, σελ. 176-180.

Παπαζήση, Θ. (1995β). Οικογένεια και προσωπικότητα ατόμων με AIDS: νομικά θέματα στις οικογενειακές σχέσεις. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 3, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1995, σελ. 180-183.

Ραβάνης, Χ. (1995). Κοινωνία και Υγεία. Στο: Ποταμιάνος Γ. (Επιμ.) *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ρουμελιώτου, Α. (1991). Ο ιός HIV. Στο: *HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας*. Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS. Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., σελ. 9-14.

Σηφακάκη, Γ. (1995). Αντιμετωπίζοντας την ανίατη ασθένεια και το θάνατο: η σκοπιότητα της ψυχολογίας. Στο: Γ. Ποταμιάνος (Επιμ.) *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ. 131-181.

Σιγάλας, Ι. (1995). Οικονομική διάσταση της HIV-λοίμωξης. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 3, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1995, σελ. 164-168.

Σιγάλας, Ι. (1998). Κοινωνικο-οικονομική θεώρηση της HIV λοίμωξης. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ.6, 3, Σεπτέμβριος 1998, σελ. 238-245.

Στρατηγός Ι. (2004). Αφροδισιολογία, Αθήνα: Παρισιανού Α.Ε., 2001, σελ: 487-491, 659-663

Searight, H.R. (1998). *Behavioral Medicine: A Primary Care Approach*. Brunner/Mazel.

Sorin, M.D. (1996). Correlates of acceptance of HIV testing and post-test counseling in the obstetrical setting. *AIDS Education Preview*, Vol. 8, No.1, pp. 72-85.

Sternberg, S. (2001). Closer to AIDS vaccine? 20 prototypes are in trials; researchers feel they'll beat the virus. *USA Today*, May 9, 2001.

Taylor, S.T. (1995). *Health Psychology*. New York: Mc Graw-Hill, Ink.

Υφαντόπουλος, Γ. (1996). 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), σελ. 13-54.

Υφαντόπουλος Γ. (2002). AIDS και κοινωνικός αποκλεισμός, Στο: Καραντίνου Δ., Μαράτου Λ., Φρονίμου Ε., *Διαστάσεις του Κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, τ: β', 3^η έκδοση, 2002, σελ: 16, 46-48, 48-50

Χατζηβασιλείου Μ.(1991). Επιδημιολογική επαγρύπνηση, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Αθήνα: Βήτα , 2001, σελ: 38

UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, (2000). *AIDS epidemic update: December 2000*. UNAIDS/WHO.

Weber J., Ferriman A. Το AIDS αφορά και εσένα, Αθήνα: Επτάλοφος, σελ: 31

Williams, G., Stretton, T.B. & Leonard, J.C. (1983). AIDS in 1959? *Lancet*, 1983, issue: 1136.

WHO (World Health Organisation), (1994). *Source Book for HIV/AIDS Counselling Training*. (Draft), May 1994.

WHO (World Health Organisation), (1995). *Counselling for HIV/AIDS: a key to caring for policy-makers, planners and implementers of counselling activities*. Geneva.

Zhu, T., Korber, B. & Nahinias A. (1998). An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic. *Nature*, May 2 1998, Vol. 391, No. 6667, pp. 594.

Διαθέσιμο στο URL <http://www.elpida.Gr/1stdec1.htm>

Διαθέσιμο στο URL <http://www.geocities.com>

Διαθέσιμο στο URL <http://www.greekgov.ariadne-t.gr>

Διαθέσιμο στο URL <http://www.hiv-aids.Gr>

Διαθέσιμο στο URL <http://www.keel.org.gr/home/>

Διαθέσιμο στο URL <http://www.unicef.gr/index.htm>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι : ΦΥΛΛΟ

	συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
μεταβλητές άνδρας	79	53,7	54,1	54,1
γυναίκα	67	45,6	45,9	100,0
σύνολο	146	99,3	100,0	
χαμένες τιμές	1	,7		
σύνολο	147	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ : ΗΛΙΚΙΑ

	συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
μεταβλητές 17-19	4	2,7	2,7	2,7
19-21	38	25,9	25,9	28,6
21-23	79	53,7	53,7	82,3
23-25	20	13,6	13,6	95,9
25 άνω	6	4,1	4,1	100,0
Total	147	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ : ΚΑΤΑΓΩΓΗ

	συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
μεταβλητές αστική	109	74,1	74,1	74,1
αγροτική	38	25,9	25,9	100,0
σύνολο	147	100,0	100,0	

**ΠΙΝΑΚΑΣ IV: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ AIDS**

καταγωγή			συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
αστική	μεταβλητές	επαρκή	44	40,4	40,4	40,4
		μέτρια	52	47,7	47,7	88,1
	ελλιπή	13	11,9	11,9	100,0	
	σύνολο	109	100,0	100,0		
αγροτική	μεταβλητές	επαρκή	16	42,1	42,1	42,1
		μέτρια	16	42,1	42,1	84,2
	ελλιπή	6	15,8	15,8	100,0	
	σύνολο	38	100,0	100,0		

**ΠΙΝΑΚΑΣ V : ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΓΝΩΣΗ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ AIDS**

α. ΠΡΗΞΙΜΟ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ

καταγωγή			συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
αστική	μεταβλητές	ναι	35	32,1	33,3	33,3
		όχι	70	64,2	66,7	100,0
		σύνολο	105	96,3	100,0	
	χαμένες	4	3,7			
	σύνολο	109	100,0			
αγροτική	μεταβλητές	ναι	11	28,9	29,7	29,7
		όχι	26	68,4	70,3	100,0
		σύνολο	37	97,4	100,0	
	χαμένες	1	2,6			
σύνολο	38	100,0				

β. ΚΟΥΡΑΣΗ

καταγωγή			συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
αστική	μεταβλητές	ναι	60	55,0	57,1	57,1
		όχι	45	41,3	42,9	100,0
	Total		105	96,3	100,0	
	χαμένες τιμές		4	3,7		
	σύνολο		109	100,0		
αγροτική	μεταβλητές	ναι	27	71,1	73,0	73,0
		όχι	10	26,3	27,0	100,0
	Total		37	97,4	100,0	
	χαμένες τιμές		1	2,6		
	σύνολο		38	100,0		

γ. ΔΥΣΠΝΟΙΑ

καταγωγή			συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
αστική	μεταβλητές	ναι	18	16,5	17,1	17,1
		όχι	87	79,8	82,9	100,0
	σύνολο		105	96,3	100,0	
	χαμένες τιμές		4	3,7		
	σύνολο		109	100,0		
αγροτική	μεταβλητές	ναι	12	31,6	32,4	32,4
		όχι	25	65,8	67,6	100,0
	σύνολο		37	97,4	100,0	
	χαμένες τιμές		1	2,6		
	σύνολο		38	100,0		

δ. ΠΥΡΕΤΟΣ

καταγωγή			συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
αστική	μεταβλητές	ναι	38	34,9	36,2	36,2
		όχι	67	61,5	63,8	100,0
	σύνολο		105	96,3	100,0	
	χαμένες τιμές		4	3,7		
	σύνολο		109	100,0		
αγροτική	μεταβλητές	ναι	11	28,9	29,7	29,7
		όχι	26	68,4	70,3	100,0
	σύνολο		37	97,4	100,0	
	χαμένες τιμές		1	2,6		
	σύνολο		38	100,0		

ε. ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

καταγωγή			συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
αστική	μεταβλητές	ναι	72	66,1	68,6	68,6
		όχι	33	30,3	31,4	100,0
		σύνολο	105	96,3	100,0	
	χαμένες τιμές		4	3,7		
	σύνολο		109	100,0		
αγροτική	μεταβλητές	ναι	30	78,9	81,1	81,1
		όχι	7	18,4	18,9	100,0
		σύνολο	37	97,4	100,0	
	χαμένες τιμές		1	2,6		
	σύνολο		38	100,0		

στ. ΔΙΑΡΡΟΙΑ

καταγωγή			συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
αστική	μεταβλητές	ναι	24	22,0	22,9	22,9
		όχι	81	74,3	77,1	100,0
		σύνολο	105	96,3	100,0	
	χαμένες τιμές		4	3,7		
	σύνολο		109	100,0		
αγροτική	μεταβλητές	ναι	8	21,1	21,6	21,6
		όχι	29	76,3	78,4	100,0
		σύνολο	37	97,4	100,0	
	χαμένες τιμές		1	2,6		
	σύνολο		38	100,0		

ζ. ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

καταγωγή			συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
αστική	μεταβλητές	ναι	65	59,6	61,9	61,9
		όχι	40	36,7	38,1	100,0
		σύνολο	105	96,3	100,0	
	χαμένες τιμές		4	3,7		
	σύνολο		109	100,0		
αγροτική	μεταβλητές	ναι	24	63,2	64,9	64,9
		όχι	13	34,2	35,1	100,0
		σύνολο	37	97,4	100,0	
	χαμένες τιμές		1	2,6		
	σύνολο		38	100,0		

η. ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΕΦΙΔΡΩΣΗ

καταγωγή			συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
αστική	μεταβλητές	ναι	19	17,4	18,1	18,1
		όχι	86	78,9	81,9	100,0
		σύνολο	105	96,3	100,0	
	χαμένες τιμές		4	3,7		
	σύνολο		109	100,0		
αγροτική	μεταβλητές	ναι	6	15,8	16,2	16,2
		όχι	31	81,6	83,8	100,0
		σύνολο	37	97,4	100,0	
	χαμένες τιμές		1	2,6		
	σύνολο		38	100,0		

θ. ΒΗΧΑ

καταγωγή			συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
αστική	μεταβλητές	ναι	39	35,8	37,1	37,1
		όχι	66	60,6	62,9	100,0
		σύνολο	105	96,3	100,0	
	χαμένες τιμές		4	3,7		
	σύνολο		109	100,0		
αγροτική	μεταβλητές	ναι	20	52,6	54,1	54,1
		όχι	17	44,7	45,9	100,0
		σύνολο	37	97,4	100,0	
	χαμένες τιμές		1	2,6		
	σύνολο		38	100,0		

ι. ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ

καταγωγή			συχνότητα	ποσοστό	σχετική συχνότητα	αθροιστικό ποσοστό
αστική	μεταβλητές	ναι	6	5,5	5,7	5,7
		όχι	99	90,8	94,3	100,0
		σύνολο	105	96,3	100,0	
	χαμένες τιμές		4	3,7		
	σύνολο		109	100,0		
αγροτική	μεταβλητές	ναι	4	10,5	10,8	10,8
		όχι	33	86,8	89,2	100,0
		σύνολο	37	97,4	100,0	
	χαμένες τιμές		1	2,6		
	σύνολο		38	100,0		

κ. ΑΙΜΟΠΤΗΣΗ

ΚΑΤΑΓΩΓΗ			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
αστική	Valid	ναι	23	21,1	22,1	22,1
		όχι	81	74,3	77,9	100,0
		Total	104	95,4	100,0	
	Missing	System	5	4,6		
	Total		109	100,0		
αγροτική	Valid	ναι	8	21,1	21,6	21,6
		όχι	29	76,3	78,4	100,0
		Total	37	97,4	100,0	
	Missing	System	1	2,6		
	Total		38	100,0		

λ. ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ

ΚΑΤΑΓΩΓΗ			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
αστική	Valid	ναι	8	7,3	7,6	7,6
		όχι	97	89,0	92,4	100,0
		Total	105	96,3	100,0	
	Missing	System	4	3,7		
	Total		109	100,0		
αγροτική	Valid	ναι	5	13,2	13,5	13,5
		όχι	32	84,2	86,5	100,0
		Total	37	97,4	100,0	
	Missing	System	1	2,6		
	Total		38	100,0		

μ. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΕΞΟΥ. ΕΠΙΘΥΜΙΑ

ΚΑΤΑΓΩΓΗ			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
αστική	Valid	ναι	13	11,9	12,4	12,4
		όχι	92	84,4	87,6	100,0
		Total	105	96,3	100,0	
	Missing	System	4	3,7		
	Total		109	100,0		
αγροτική	Valid	ναι	2	5,3	5,4	5,4
		όχι	35	92,1	94,6	100,0
		Total	37	97,4	100,0	
	Missing	System	1	2,6		
	Total		38	100,0		

**ΠΙΝΑΚΑΣ VI: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ AIDS**

*valid: μεταβλητή
 *frequency: συχνότητα
 *percent: ποσοστό
 *valid percent: σχετική συχνότητα
 *cumulative percent: αθροιστική συχνότητα

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
άνδρας	21-23	Valid	μέτρια	1	100,0	100,0	100,0
		Valid	επαρκή	18	40,9	40,9	40,9
			μέτρια	19	43,2	43,2	84,1
			ελλιπή	7	15,9	15,9	100,0
		Total	44	100,0	100,0		
	17-19	Valid	μέτρια	2	100,0	100,0	100,0
		Valid	επαρκή	6	35,3	35,3	35,3
			μέτρια	7	41,2	41,2	76,5
			ελλιπή	4	23,5	23,5	100,0
		Total	17	100,0	100,0		
	23-25	Valid	επαρκή	4	30,8	30,8	30,8
		Valid	μέτρια	7	53,8	53,8	84,6
			ελλιπή	2	15,4	15,4	100,0
Total			13	100,0	100,0		
25 άνω	Valid	επαρκή	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	επαρκή	16	47,1	47,1	47,1
		Valid	μέτρια	16	47,1	47,1	94,1
			ελλιπή	2	5,9	5,9	100,0
			Total	34	100,0	100,0	
	17-19	Valid	επαρκή	2	100,0	100,0	100,0
		Valid	επαρκή	7	33,3	33,3	33,3
			μέτρια	12	57,1	57,1	90,5
			ελλιπή	2	9,5	9,5	100,0
		Total	21	100,0	100,0		
	23-25	Valid	επαρκή	3	42,9	42,9	42,9
		Valid	μέτρια	3	42,9	42,9	85,7
			ελλιπή	1	14,3	14,3	100,0
			Total	7	100,0	100,0	
25 άνω	Valid	επαρκή	1	33,3	33,3	33,3	
	Valid	μέτρια	1	33,3	33,3	66,7	
		ελλιπή	1	33,3	33,3	100,0	
		Total	3	100,0	100,0		

**ΠΙΝΑΚΑΣ VII: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ
ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ AIDS**

*valid: μεταβλητή
 *frequency: συχνότητα
 *percent: ποσοστό
 *valid percent: σχετική συχνότητα
 *cumulative
 percent: αθροιστική συχνότητα

α. μη χρήση προφυλακτικού

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
άνδρας	21-23	Valid	ναι	1	100,0	100,0	100,0
			Total	1	100,0	100,0	100,0
	21-23	Valid	ναι	32	72,7	74,4	74,4
			όχι	11	25,0	25,6	100,0
			Total	43	97,7	100,0	
			Missing System	1	2,3		
	21-23	Total		44	100,0		
	17-19	Valid	ναι	2	100,0	100,0	100,0
			Total	2	100,0	100,0	100,0
19-21	Valid	ναι	9	52,9	52,9	52,9	
		όχι	8	47,1	47,1	100,0	
		Total	17	100,0	100,0		
23-25	Valid	ναι	11	84,6	84,6	84,6	
		όχι	2	15,4	15,4	100,0	
		Total	13	100,0	100,0		
25 άνω	Valid	ναι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναι	27	79,4	79,4	79,4
			όχι	7	20,6	20,6	100,0
			Total	34	100,0	100,0	
	17-19	Valid	ναι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	ναι	18	85,7	85,7	85,7
			όχι	3	14,3	14,3	100,0
			Total	21	100,0	100,0	
	23-25	Valid	ναι	7	100,0	100,0	100,0
	25 άνω	Valid	ναι	3	100,0	100,0	100,0

β. σεξουαλική επαφή με άλλο/ σύντροφο

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0		
			ναί	11	25,0	25,6	25,6		
	21-23	Valid	όχι	32	72,7	74,4	100,0		
			Total	43	97,7	100,0			
			Missing System	1	2,3				
	21-23	Total		44	100,0				
			17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
			19-21	Valid	ναί	4	23,5	23,5	23,5
	19-21	Valid	όχι	13	76,5	76,5	100,0		
			Total	17	100,0	100,0			
			23-25	Valid	ναί	4	30,8	30,8	30,8
	23-25	Valid	όχι	9	69,2	69,2	100,0		
			Total	13	100,0	100,0			
			25 άνω	Valid	ναί	2	66,7	66,7	66,7
25 άνω	Valid	όχι	1	33,3	33,3	100,0			
		Total	3	100,0	100,0				
		γυναίκα	21-23	Valid	ναί	7	20,6	20,6	20,6
όχι	27	79,4			79,4	100,0			
21-23	Valid	Total	34	100,0	100,0				
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0	
		19-21	Valid	ναί	8	38,1	38,1	38,1	
19-21	Valid	όχι	13	61,9	61,9	100,0			
		Total	21	100,0	100,0				
		23-25	Valid	ναί	3	42,9	42,9	42,9	
23-25	Valid	όχι	4	57,1	57,1	100,0			
		Total	7	100,0	100,0				
		25 άνω	Valid	ναί	1	33,3	33,3	33,3	
25 άνω	Valid	όχι	2	66,7	66,7	100,0			
		Total	3	100,0	100,0				

γ. σεξουαλική επαφή με πολλά άτομα

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
άνδρας	21-23	Valid	ναι	1	100,0	100,0	100,0
			Total	1	100,0	100,0	
	21-23	Valid	ναι	20	45,5	46,5	46,5
			όχι	23	52,3	53,5	100,0
			Total	43	97,7	100,0	
			Missing System	1	2,3		
			Total	44	100,0		
	17-19	Valid	ναι	1	50,0	50,0	50,0
			όχι	1	50,0	50,0	100,0
			Total	2	100,0	100,0	
	19-21	Valid	ναι	11	64,7	64,7	64,7
			όχι	6	35,3	35,3	100,0
			Total	17	100,0	100,0	
23-25	Valid	ναι	3	23,1	23,1	23,1	
		όχι	10	76,9	76,9	100,0	
		Total	13	100,0	100,0		
25 άνω	Valid	ναι	2	66,7	66,7	66,7	
		όχι	1	33,3	33,3	100,0	
		Total	3	100,0	100,0		
γυναίκα	21-23	Valid	ναι	13	38,2	38,2	38,2
			όχι	21	61,8	61,8	100,0
			Total	34	100,0	100,0	
	17-19	Valid	ναι	1	50,0	50,0	50,0
			όχι	1	50,0	50,0	100,0
			Total	2	100,0	100,0	
	19-21	Valid	ναι	12	57,1	57,1	57,1
			όχι	9	42,9	42,9	100,0
			Total	21	100,0	100,0	
	23-25	Valid	ναι	5	71,4	71,4	71,4
			όχι	2	28,6	28,6	100,0
			Total	7	100,0	100,0	
	25 άνω	Valid	ναι	1	33,3	33,3	33,3
			όχι	2	66,7	66,7	100,0
			Total	3	100,0	100,0	

δ. φιλί

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0		
			ναί	2	4,5	4,7	4,7		
	21-23	Valid	όχι	41	93,2	95,3	100,0		
			Total	43	97,7	100,0			
			Missing System	1	2,3				
	21-23	Total		44	100,0				
			17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
			19-21	Valid	ναί	1	5,9	5,9	5,9
	19-21	Valid	όχι	16	94,1	94,1	100,0		
			Total	17	100,0	100,0			
			23-25	Valid	ναί	1	7,7	7,7	7,7
23-25	Valid	όχι	12	92,3	92,3	100,0			
		Total	13	100,0	100,0				
		25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναί	1	2,9	2,9	2,9		
			όχι	33	97,1	97,1	100,0		
			Total	34	100,0	100,0			
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0		
	19-21	Valid	ναί	1	4,8	4,8	4,8		
			όχι	20	95,2	95,2	100,0		
			Total	21	100,0	100,0			
	23-25	Valid	όχι	7	100,0	100,0	100,0		
	25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0		

ε. στοματικός έρωτας

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0		
			ναί	9	20,5	20,9	20,9		
	21-23	Valid	όχι	34	77,3	79,1	100,0		
			Total	43	97,7	100,0			
			Missing System	1	2,3				
	21-23	Total		44	100,0				
			17-19	Valid	ναί	1	50,0	50,0	50,0
					όχι	1	50,0	50,0	100,0
	17-19	Valid	Total	2	100,0	100,0			
			19-21	Valid	ναί	6	35,3	35,3	35,3
	όχι	11			64,7	64,7	100,0		
	Total	17			100,0	100,0			
	23-25	Valid	ναί	1	7,7	7,7	7,7		
όχι			12	92,3	92,3	100,0			
Total			13	100,0	100,0				
25 άνω	Valid	ναί	1	33,3	33,3	33,3			
		όχι	2	66,7	66,7	100,0			
		Total	3	100,0	100,0				
γυναίκα	21-23	Valid	ναί	8	23,5	23,5	23,5		
			όχι	26	76,5	76,5	100,0		
			Total	34	100,0	100,0			
	17-19	Valid	ναί	1	50,0	50,0	50,0		
			όχι	1	50,0	50,0	100,0		
			Total	2	100,0	100,0			
	19-21	Valid	ναί	10	47,6	47,6	47,6		
			όχι	11	52,4	52,4	100,0		
			Total	21	100,0	100,0			
	23-25	Valid	ναί	2	28,6	28,6	28,6		
			όχι	5	71,4	71,4	100,0		
			Total	7	100,0	100,0			
	25 άνω	Valid	ναί	1	33,3	33,3	33,3		
όχι			2	66,7	66,7	100,0			
Total			3	100,0	100,0				

στ. σεξουαλική επαφή άνδρα με άνδρα

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0		
			ναί	11	25,0	25,6	25,6		
	21-23	Valid	όχι	32	72,7	74,4	100,0		
			Total	43	97,7	100,0			
			Missing System	1	2,3				
	21-23	Total		44	100,0				
			17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
			19-21	Valid	ναί	6	35,3	35,3	35,3
	19-21	Valid	όχι	11	64,7	64,7	100,0		
			Total	17	100,0	100,0			
			23-25	Valid	ναί	3	23,1	23,1	23,1
23-25	Valid	όχι	10	76,9	76,9	100,0			
		Total	13	100,0	100,0				
		25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναί	11	32,4	32,4	32,4		
			όχι	23	67,6	67,6	100,0		
			Total	34	100,0	100,0			
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0		
	19-21	Valid	ναί	7	33,3	33,3	33,3		
			όχι	14	66,7	66,7	100,0		
			Total	21	100,0	100,0			
	23-25	Valid	ναί	2	28,6	28,6	28,6		
			όχι	5	71,4	71,4	100,0		
			Total	7	100,0	100,0			
	25 άνω	Valid	ναί	1	33,3	33,3	33,3		
			όχι	2	66,7	66,7	100,0		
			Total	3	100,0	100,0			

ζ. σεξουαλική επαφή γυναίκα με γυναίκα

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0
	21-23	Valid	ναι	7	15,9	16,3	16,3
			όχι	36	81,8	83,7	100,0
			Total	43	97,7	100,0	
		Missing	System	1	2,3		
	Total			44	100,0		
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	ναι	3	17,6	17,6	17,6
			όχι	14	82,4	82,4	100,0
			Total	17	100,0	100,0	
23-25	Valid	όχι	13	100,0	100,0	100,0	
25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναι	5	14,7	14,7	14,7
			όχι	29	85,3	85,3	100,0
			Total	34	100,0	100,0	
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	ναι	3	14,3	14,3	14,3
			όχι	18	85,7	85,7	100,0
			Total	21	100,0	100,0	
	23-25	Valid	ναι	1	14,3	14,3	14,3
			όχι	6	85,7	85,7	100,0
			Total	7	100,0	100,0	
25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	

η. χρήση ίδιας βελόνας για λήψη ναρκωτικών ουσιών

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
άνδρας	21-23	Valid	ναι	1	100,0	100,0	100,0
	21-23	Valid	ναι	39	88,6	90,7	90,7
			όχι	4	9,1	9,3	100,0
		Total	43	97,7	100,0		
	21-23	Missing	System	1	2,3		
		Total		44	100,0		
	17-19	Valid	ναι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	ναι	15	88,2	88,2	88,2
			όχι	2	11,8	11,8	100,0
Total		17	100,0	100,0			
23-25	Valid	ναι	13	100,0	100,0	100,0	
25 άνω	Valid	ναι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναι	32	94,1	94,1	94,1
			όχι	2	5,9	5,9	100,0
		Total	34	100,0	100,0		
	17-19	Valid	ναι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	ναι	20	95,2	95,2	95,2
			όχι	1	4,8	4,8	100,0
		Total	21	100,0	100,0		
	23-25	Valid	ναι	7	100,0	100,0	100,0
	25 άνω	Valid	ναι	3	100,0	100,0	100,0

θ. μετάγγιση αίματος

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
	21-23	Valid	ναι	1	100,0	100,0	100,0	
άνδρας	21-23	Valid	ναι	33	75,0	76,7	76,7	
			όχι	10	22,7	23,3	100,0	
			Total	43	97,7	100,0		
		Missing	System	1	2,3			
	Total	44	100,0					
	17-19	Valid	ναι	1	50,0	50,0	50,0	
	όχι		1	50,0	50,0	100,0		
Total	2		100,0	100,0				
	19-21	Valid	ναι	13	76,5	76,5	76,5	
	όχι		4	23,5	23,5	100,0		
Total	17		100,0	100,0				
	23-25	Valid	ναι	9	69,2	69,2	69,2	
	όχι		4	30,8	30,8	100,0		
Total	13		100,0	100,0				
	25 άνω	Valid	ναι	2	66,7	66,7	66,7	
	όχι		1	33,3	33,3	100,0		
Total	3		100,0	100,0				
γυναίκα	21-23	Valid	ναι	28	82,4	82,4	82,4	
			όχι	6	17,6	17,6	100,0	
			Total	34	100,0	100,0		
		17-19	Valid	ναι	1	50,0	50,0	50,0
		όχι		1	50,0	50,0	100,0	
	Total	2		100,0	100,0			
		19-21	Valid	ναι	18	85,7	85,7	85,7
		όχι		3	14,3	14,3	100,0	
	Total	21		100,0	100,0			
		23-25	Valid	ναι	6	85,7	85,7	85,7
		όχι		1	14,3	14,3	100,0	
	Total	7		100,0	100,0			
		25 άνω	Valid	ναι	3	100,0	100,0	100,0

Ι. τσίμπημα εντόμων

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
άνδρας	21-23	Valid	ναι	1	100,0	100,0	100,0
			όχι	41	93,2	95,3	100,0
			Total	43	97,7	100,0	
		Missing	System	1	2,3		
		Total		44	100,0		
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	ναι	1	5,9	5,9	5,9
			όχι	16	94,1	94,1	100,0
			Total	17	100,0	100,0	
	23-25	Valid	όχι	13	100,0	100,0	100,0
25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναι	2	5,9	5,9	5,9
			όχι	32	94,1	94,1	100,0
			Total	34	100,0	100,0	
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	ναι	3	14,3	14,3	14,3
			όχι	18	85,7	85,7	100,0
			Total	21	100,0	100,0	
	23-25	Valid	όχι	7	100,0	100,0	100,0
	25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0

κ. κοινή χρήση σκευών ατόμου με AIDS

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0
	21-23	Valid	ναι	3	6,8	7,0	7,0
			όχι	40	90,9	93,0	100,0
		Total	43	97,7	100,0		
	21-23	Missing	System	1	2,3		
		Total		44	100,0		
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	ναι	3	17,6	17,6	17,6
			όχι	14	82,4	82,4	100,0
Total		17	100,0	100,0			
23-25	Valid	όχι	13	100,0	100,0	100,0	
25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναι	1	2,9	2,9	2,9
			όχι	33	97,1	97,1	100,0
		Total	34	100,0	100,0		
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	ναι	2	9,5	9,5	9,5
			όχι	19	90,5	90,5	100,0
		Total	21	100,0	100,0		
	23-25	Valid	όχι	7	100,0	100,0	100,0
	25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ VIII: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟ AIDS

*valid: μεταβλητή
 *frequency: συχνότητα
 *percent: ποσοστό
 *valid percent: σχετική συχνότητα
 *cumulative
 percent: αθροιστική συχνότητα

α. αντισυλληπτικό χάπι

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0	
		Valid	ναι	4	9,1	9,3	9,3	
		Total			39	88,6	90,7	100,0
					43	97,7	100,0	
			Missing System		1	2,3		
	Total			44	100,0			
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	ναι		2	11,8	11,8	11,8
			όχι		15	88,2	88,2	100,0
			Total		17	100,0	100,0	
23-25	Valid	όχι	13	100,0	100,0	100,0		
25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0		
γυναίκα	21-23	Valid	ναι	2	5,9	6,1	6,1	
			όχι	31	91,2	93,9	100,0	
			Total	33	97,1	100,0		
	Total	Missing System		1	2,9			
				34	100,0			
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0	
	19-21	Valid	όχι		20	95,2	100,0	100,0
			Missing System		1	4,8		
			Total		21	100,0		
	23-25	Valid	όχι	7	100,0	100,0	100,0	
25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0		

β.αποχή από τη σεξουαλική επαφή

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent			
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0			
			ναί	6	13,6	14,0	14,0			
				όχι	37	84,1	86,0	100,0		
				Total	43	97,7	100,0			
				Missing System	1	2,3				
		Total			44	100,0				
				17-19	Valid	ναί	1	50,0	50,0	50,0
						όχι	1	50,0	50,0	100,0
	Total	2	100,0	100,0						
		19-21	Valid	ναί	1	5,9	5,9	5,9		
				όχι	16	94,1	94,1	100,0		
Total				17	100,0	100,0				
	23-25	Valid	όχι	13	100,0	100,0	100,0			
			25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναί	5	14,7	15,2	15,2			
			όχι	28	82,4	84,8	100,0			
				Total	33	97,1	100,0			
				Missing System	1	2,9				
				Total	34	100,0				
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0		
				19-21	Valid	ναί	2	9,5	10,0	10,0
	όχι	18	85,7			90,0	100,0			
	Total	20	95,2			100,0				
				Missing System	1	4,8				
				Total	21	100,0				
	23-25	Valid	όχι	7	100,0	100,0	100,0			
			25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	

γ.λήψη αντιβιοτικών πριν από τη σεξουαλική επαφή

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0
		Valid	ναι	1	2,3	2,3	2,3
			όχι	42	95,5	97,7	100,0
			Total	43	97,7	100,0	
		Missing	System	1	2,3		
		Total		44	100,0		
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	ναι	1	5,9	5,9	5,9
			όχι	16	94,1	94,1	100,0
		Total		17	100,0	100,0	
23-25	Valid	όχι	13	100,0	100,0	100,0	
25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	όχι	33	97,1	100,0	100,0
		Missing	System	1	2,9		
		Total		34	100,0		
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	όχι	20	95,2	100,0	100,0
		Missing	System	1	4,8		
		Total		21	100,0		
	23-25	Valid	όχι	7	100,0	100,0	100,0
	25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0

δ.προφυλακτικό

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
,	21-23	Valid	ναι	1	100,0	100,0	100,0	
άνδρας	21-23	Valid	ναι	40	90,9	93,0	93,0	
			όχι	3	6,8	7,0	100,0	
			Total	43	97,7	100,0		
		Missing	System		1	2,3		
	Total			44	100,0			
		17-19	Valid	ναι	1	50,0	50,0	50,0
				όχι	1	50,0	50,0	100,0
	Total			2	100,0	100,0		
	19-21	Valid	ναι	16	94,1	94,1	94,1	
			όχι	1	5,9	5,9	100,0	
			Total	17	100,0	100,0		
	23-25	Valid	ναι	13	100,0	100,0	100,0	
	25 άνω	Valid	ναι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναι	33	97,1	100,0	100,0	
			Missing	System		1	2,9	
					Total	34	100,0	
		17-19	Valid	ναι	2	100,0	100,0	100,0
		19-21	Valid	ναι	20	95,2	100,0	100,0
	Missing			System		1	4,8	
					Total	21	100,0	
	23-25	Valid	ναι	7	100,0	100,0	100,0	
	25 άνω	Valid	ναι	3	100,0	100,0	100,0	

ε.σπιράλ

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
,	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0	
άνδρας	21-23	Valid	ναι	3	6,8	7,0	7,0	
			όχι	40	90,9	93,0	100,0	
			Total	43	97,7	100,0		
		Total	Missing	System	1	2,3		
			Total		44	100,0		
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
		19-21	Valid	όχι	17	100,0	100,0	100,0
		23-25	Valid	όχι	13	100,0	100,0	100,0
		25 άνω	Valid	ναι	1	33,3	33,3	33,3
				όχι	2	66,7	66,7	100,0
	Total			3	100,0	100,0		
γυναίκα	21-23	Valid	ναι	2	5,9	6,1	6,1	
			όχι	31	91,2	93,9	100,0	
			Total	33	97,1	100,0		
		Total	Missing	System	1	2,9		
			Total		34	100,0		
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
		19-21	Valid	ναι	1	4,8	5,0	5,0
				όχι	19	90,5	95,0	100,0
				Total	20	95,2	100,0	
			Total	Missing	System	1	4,8	
	Total			21	100,0			
	23-25	Valid	ναι	1	14,3	14,3	14,3	
			όχι	6	85,7	85,7	100,0	
			Total	7	100,0	100,0		
	25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	

στ.διάφραγμα- καλύμματα τραχήλου

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
,	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0	
άνδρας	21-23	Valid	ναι	6	13,6	14,0	14,0	
			όχι	37	84,1	86,0	100,0	
			Total	43	97,7	100,0		
		Total	Missing	System	1	2,3		
			Total		44	100,0		
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
		19-21	Valid	ναι	1	5,9	5,9	5,9
	όχι			16	94,1	94,1	100,0	
	Total			17	100,0	100,0		
		23-25	Valid	ναι	2	15,4	15,4	15,4
όχι	11			84,6	84,6	100,0		
Total	13			100,0	100,0			
	25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναι	2	5,9	6,1	6,1	
			όχι	31	91,2	93,9	100,0	
			Total	33	97,1	100,0		
		Total	Missing	System	1	2,9		
			Total		34	100,0		
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
		19-21	Valid	ναι	1	4,8	5,0	5,0
	όχι			19	90,5	95,0	100,0	
	Total			20	95,2	100,0		
		Total	Missing	System	1	4,8		
	Total			21	100,0			
	23-25	Valid	όχι	7	100,0	100,0	100,0	
	25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	

ζ.διακεκομμένη συνουσία

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0	
			ναί	1	2,3	2,3	2,3	
				όχι	42	95,5	97,7	100,0
				Total	43	97,7	100,0	
				Missing System	1	2,3		
		Total			44	100,0		
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
		19-21	Valid	ναί	1	5,9	5,9	5,9
	όχι			16	94,1	94,1	100,0	
	Total			17	100,0	100,0		
		23-25	Valid	όχι	13	100,0	100,0	100,0
		25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0
	γυναίκα	21-23	Valid	ναί	1	2,9	3,0	3,0
όχι				32	94,1	97,0	100,0	
				Total	33	97,1	100,0	
				Missing System	1	2,9		
				Total	34	100,0		
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
		19-21	Valid	όχι	20	95,2	100,0	100,0
Missing System				1	4,8			
Total				21	100,0			
		23-25	Valid	όχι	7	100,0	100,0	100,0
		25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0

η.αποστειρωμένες και μίας χρήσεως βελόνες και σύριγγες

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent			
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0			
			ναί	27	61,4	62,8	62,8			
				όχι	16	36,4	37,2	100,0		
				Total	43	97,7	100,0			
				Missing System	1	2,3				
	Total			Total	44	100,0				
				17-19	Valid	ναί	1	50,0	50,0	50,0
						όχι	1	50,0	50,0	100,0
	Total	2	100,0	100,0						
	19-21	Valid	ναί	6	35,3	35,3	35,3			
			όχι	11	64,7	64,7	100,0			
			Total	17	100,0	100,0				
	23-25	Valid	ναί	10	76,9	76,9	76,9			
			όχι	3	23,1	23,1	100,0			
Total			13	100,0	100,0					
25 άνω	Valid	ναί	2	66,7	66,7	66,7				
		όχι	1	33,3	33,3	100,0				
		Total	3	100,0	100,0					
γυναίκα	21-23	Valid	ναί	25	73,5	75,8	75,8			
			όχι	8	23,5	24,2	100,0			
				Total	33	97,1	100,0			
				Missing System	1	2,9				
				Total	34	100,0				
	17-19	Valid	ναί	2	100,0	100,0	100,0			
	19-21	Valid	ναί	15	71,4	75,0	75,0			
			όχι	5	23,8	25,0	100,0			
			Total	20	95,2	100,0				
				Missing System	1	4,8				
				Total	21	100,0				
	23-25	Valid	ναί	6	85,7	85,7	85,7			
			όχι	1	14,3	14,3	100,0			
			Total	7	100,0	100,0				
25 άνω	Valid	ναί	3	100,0	100,0	100,0				

θ.αποφυγή χειραψίας με φορέα

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0
		Valid	ναι	3	6,8	7,0	7,0
	Total		όχι	40	90,9	93,0	100,0
			Total	43	97,7	100,0	
		Missing System	1	2,3			
	Total			44	100,0		
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0
	19-21	Valid	όχι	17	100,0	100,0	100,0
	23-25	Valid	ναι	1	7,7	7,7	7,7
			όχι	12	92,3	92,3	100,0
Total		13	100,0	100,0			
25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	όχι	33	97,1	100,0	100,0
		Missing System	1	2,9			
		Total	34	100,0			
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	όχι	20	95,2	100,0	100,0
			Missing System	1	4,8		
		Total	21	100,0			
	23-25	Valid	όχι	7	100,0	100,0	100,0
	25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0

Ι.ΠΡΩΚΤΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0		
			ναί	6	13,6	14,0	14,0		
	21-23	Valid	όχι	37	84,1	86,0	100,0		
			Total	43	97,7	100,0			
			Missing System	1	2,3				
	21-23	Total		44	100,0				
			17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
			19-21	Valid	ναί	1	5,9	5,9	5,9
	19-21	Valid	όχι	16	94,1	94,1	100,0		
			Total	17	100,0	100,0			
			23-25	Valid	ναί	1	7,7	7,7	7,7
23-25	Valid	όχι	12	92,3	92,3	100,0			
		Total	13	100,0	100,0				
		25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναί	4	11,8	12,1	12,1		
			όχι	29	85,3	87,9	100,0		
	21-23	Valid	Total	33	97,1	100,0			
			Missing System	1	2,9				
			Total	34	100,0				
	17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0		
	19-21	Valid	ναί	5	23,8	25,0	25,0		
			όχι	15	71,4	75,0	100,0		
			Total	20	95,2	100,0			
	19-21	Missing System		1	4,8				
			Total	21	100,0				
23-25	Valid	όχι	7	100,0	100,0	100,0			
25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0			

κ.στοματική σεξουαλική επαφή

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0	
			ναί	2	4,5	4,7	4,7	
			Valid	όχι	41	93,2	95,3	100,0
				Total	43	97,7	100,0	
				Missing System	1	2,3		
		Total			44	100,0		
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
		19-21	Valid	ναί	2	11,8	11,8	11,8
	όχι			15	88,2	88,2	100,0	
Total	17			100,0	100,0			
	23-25	Valid	όχι	13	100,0	100,0	100,0	
	25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναί	6	17,6	18,2	18,2	
			όχι	27	79,4	81,8	100,0	
			Valid	Total	33	97,1	100,0	
				Missing System	1	2,9		
				Total	34	100,0		
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
		19-21	Valid	ναί	6	28,6	30,0	30,0
	όχι			14	66,7	70,0	100,0	
	Total			20	95,2	100,0		
			Missing System	1	4,8			
	Total		21	100,0				
	23-25	Valid	όχι	7	100,0	100,0	100,0	
	25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	

Λ.τοπική πλύση μετά τη σεξουαλική επαφή

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
άνδρας	21-23	Valid	όχι	1	100,0	100,0	100,0	
			ναί	2	4,5	4,7	4,7	
			Valid	όχι	41	93,2	95,3	100,0
				Total	43	97,7	100,0	
				Missing System	1	2,3		
		Total			44	100,0		
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
		19-21	Valid	ναί	1	5,9	5,9	5,9
	όχι			16	94,1	94,1	100,0	
Total	17			100,0	100,0			
	23-25	Valid	όχι	13	100,0	100,0	100,0	
	25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	ναί	2	5,9	6,1	6,1	
			όχι	31	91,2	93,9	100,0	
			Valid	Total	33	97,1	100,0	
				Missing System	1	2,9		
				Total	34	100,0		
		17-19	Valid	όχι	2	100,0	100,0	100,0
		19-21	Valid	ναί	2	9,5	10,0	10,0
	όχι			18	85,7	90,0	100,0	
	Total			20	95,2	100,0		
			Missing System		1	4,8		
Total	21			100,0				
	23-25	Valid	ναί	2	28,6	28,6	28,6	
		Valid	όχι	5	71,4	71,4	100,0	
			Total	7	100,0	100,0		
	25 άνω	Valid	όχι	3	100,0	100,0	100,0	

μ.άλλος τρόπος

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,	21-23	Valid	2,00	1	100,0	100,0	100,0
άνδρας	21-23	Valid	2,00	43	97,7	100,0	100,0
		Missing	System	1	2,3		
		Total		44	100,0		
	17-19	Valid	2,00	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	2,00	17	100,0	100,0	100,0
	23-25	Valid	2,00	13	100,0	100,0	100,0
	25 άνω	Valid	2,00	3	100,0	100,0	100,0
γυναίκα	21-23	Valid	1,00	1	2,9	3,0	3,0
			2,00	32	94,1	97,0	100,0
		Total		33	97,1	100,0	
		Missing	System	1	2,9		
	Total		34	100,0			
	17-19	Valid	2,00	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	2,00	20	95,2	100,0	100,0
		Missing	System	1	4,8		
		Total		21	100,0		
	23-25	Valid	2,00	7	100,0	100,0	100,0
25 άνω	Valid	2,00	3	100,0	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ VIII: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ

φύλο	ηλικία			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
άνδρας	21-23	Valid	συνήθως	1	100,0	100,0	100,0
	21-23	Valid	πάντα	7	15,9	15,9	15,9
			σχεδόν πάντα	26	59,1	59,1	75,0
			συνήθως	7	15,9	15,9	90,9
			σπάνια	4	9,1	9,1	100,0
			Total	44	100,0	100,0	
	17-19	Valid	πάντα	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	πάντα	6	35,3	35,3	35,3
			σχεδόν πάντα	6	35,3	35,3	70,6
			συνήθως	3	17,6	17,6	88,2
			σπάνια	1	5,9	5,9	94,1
			όχι ποτέ	1	5,9	5,9	100,0
			Total	17	100,0	100,0	
	23-25	Valid	πάντα	2	15,4	15,4	15,4
			σχεδόν πάντα	5	38,5	38,5	53,8
			συνήθως	5	38,5	38,5	92,3
			σπάνια	1	7,7	7,7	100,0
			Total	13	100,0	100,0	
	25 άνω	Valid	πάντα	1	33,3	33,3	33,3
			σχεδόν πάντα	2	66,7	66,7	100,0
			Total	3	100,0	100,0	
γυναίκα	21-23	Valid	πάντα	7	20,6	21,9	21,9
			σχεδόν πάντα	16	47,1	50,0	71,9
			συνήθως	5	14,7	15,6	87,5
			σπάνια	2	5,9	6,3	93,8
			όχι ποτέ	2	5,9	6,3	100,0
			Total	32	94,1	100,0	
			Missing System	2	5,9		
	Total	34	100,0				
	17-19	Valid	πάντα	2	100,0	100,0	100,0
	19-21	Valid	πάντα	10	47,6	52,6	52,6
			σχεδόν πάντα	6	28,6	31,6	84,2
			συνήθως	1	4,8	5,3	89,5
			σπάνια	2	9,5	10,5	100,0
			Total	19	90,5	100,0	
			Missing System	2	9,5		
	Total	21	100,0				
	23-25	Valid	πάντα	2	28,6	28,6	28,6
			σχεδόν πάντα	3	42,9	42,9	71,4
			σπάνια	2	28,6	28,6	100,0
			Total	7	100,0	100,0	
	25 άνω	Valid	σχεδόν πάντα	1	33,3	33,3	33,3
συνήθως			1	33,3	33,3	66,7	
όχι ποτέ			1	33,3	33,3	100,0	
Total			3	100,0	100,0		

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ερωτηματολόγιο

Σημειώστε √ σε κάθε απάντηση της επιλογής σας.

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε:

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

3. Ο τόπος καταγωγής σας αφορά σε:

Αστική περιοχή

Αγροτική περιοχή

Αναφέρετε το νομό καταγωγής σας:.....

B. ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ HIV ΚΑΙ ΝΟΣΟ AIDS

1. Θεωρείτε την πληροφόρησή σας σχετικά με το AIDS:

Επαρκή

Ελλιπή

Μέτρια

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

- Οικογένεια
- Φιλικό περιβάλλον
- Σχολικό περιβάλλον
- Μ.Μ.Ε
- Ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό
- Προσωπικό ενδιαφέρον – αναζήτηση
- Άλλη

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

- Σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο
- Νόσο που μεταδίδεται με μετάγγιση αίματος
- Θανατηφόρο ασθένεια
- Νόσο των ομοφυλοφίλων και των ναρκομανών
- Άλλο.....

4. Γνωρίζετε τι σημαίνουν τα αρχικά AIDS;

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

5. Γνωρίζετε αν οι όροι HIV και AIDS είναι ταυτόσημοι;

- Ναι
- Όχι

6. Αν όχι γνωρίζεται τη διαφορά τους;

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

7. Πόσο σοβαρή απειλή θεωρείτε πως αποτελεί το AIDS σε σύγκριση με άλλα νοσήματα; (καρκίνος, φυματίωση, καρδιαγγειακά νοσήματα)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Πολύ σοβαρή | <input type="checkbox"/> Μέτριας σοβαρότητας |
| <input type="checkbox"/> Σοβαρή | <input type="checkbox"/> Καθόλου σοβαρή |

8. Ποια από τα παρακάτω συμπτώματα γνωρίζετε ως συμπτώματα του AIDS;

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Πρήξιμο λεμφαδένων | <input type="checkbox"/> Νυχτερινή εφίδρωση |
| <input type="checkbox"/> Κούραση | <input type="checkbox"/> Βήχα |
| <input type="checkbox"/> Δύσπνοια | <input type="checkbox"/> Φαρυγγίτιδα |
| <input type="checkbox"/> Πυρετός | <input type="checkbox"/> Αιμόπτυση |
| <input type="checkbox"/> Απώλεια βάρους | <input type="checkbox"/> Πονοκέφαλος |
| <input type="checkbox"/> Διάρροια | <input type="checkbox"/> Περιορισμένη σεξουαλική επιθυμία |
| <input type="checkbox"/> Δερματικά προβλήματα | |

9. Ποιους θεωρείτε ως τρόπους μετάδοσης του AIDS;
(σημειώστε με ✓ τις απαντήσεις που σας εκφράζουν):

- Μη χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή
- Σεξουαλική επαφή με άλλο/ η σύντροφο εκτός μόνιμης σχέσης
- Σεξουαλική επαφή με πολλά άτομα
- Το φιλί
- Στοματικό έρωτα
- Σεξουαλική επαφή άνδρα με άλλο άνδρα
- Σεξουαλική επαφή γυναίκας με άλλη γυναίκα
- Χρήση της ίδιας βελόνας – σύριγγας για λήψη ναρκωτικών ουσιών
- Μετάγγιση αίματος
- Τσίμπημα εντόμων, όπως τα κουνούπια
- Φαγητό από το ίδιο πιάτο ή χρήση σκευών ατόμου με AIDS

10. Ποιον από τους προαναφερθέντες τρόπους θεωρείτε ως τον πιο επικίνδυνο;

.....
.....

11. Ποια θεωρείτε ότι είναι η διαφορά μεταξύ φορέα και πάσχοντος της HIV λοίμωξης:

- Μόνο ο πάσχων παρουσιάζει συμπτώματα
 - Ο φορέας έχει μεγαλύτερη διάρκεια επιβίωσης
 - Ο φορέας μεταδίδει πιο εύκολα τη λοίμωξη
 - Ο πάσχων μεταδίδει πιο εύκολα τη λοίμωξη
 - Καμία διαφορά
- Άλλο.....

12. Ποιον τρόπο πρόληψης μετάδοσης του AIDS θεωρείτε ότι θα έπρεπε να ακολουθήσει κάποιος που είναι φορέας;
(σημειώστε με √ τις απαντήσεις που σας εκφράζουν)

- Αποχή από τη σεξουαλική επαφή
 - Σεξουαλική επαφή με προφυλάξεις (χάπι, σπερματοκτόνο)
 - Αποστείρωση προσωπικών ειδών
 - Αποφυγή κοινωνικών επαφών
 - Χρήση προφυλακτικού
 - Αποφυγή αιμοδοσίας/ μεταγγίσεων
 - Απομόνωσής του
- Άλλο

13. Ποια άτομα θεωρείτε ότι κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από την HIV λοίμωξη;
(σημειώστε με √ ως 3 απαντήσεις που σας εκφράζουν)

- Χρήστες ναρκωτικών ουσιών
 - Ομοφυλόφιλοι
 - Αιμοδότες
 - Μεταγγιζόμενα άτομα
 - Εκδιδόμενα άτομα
 - Άτομα με συχνή εναλλαγή συντρόφων
 - Αθλητές
 - Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό
- Άλλο

14. Νομίζετε πως η HIV λοίμωξη θεραπεύεται;

- Ναι Όχι

15. Αν ναι, ποια από τις παρακάτω μορφές θεραπείας ενδείκνυται;

- Κοκτέιλ φαρμάκων
- Εμβόλιο
- Χειρουργική επέμβαση
- Μετάγγιση αίματος
- Ακτινοβολίες

Γ. ΣΤΑΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ AIDS

1. Πόσο σημαντική θεωρείτε την πιθανότητα μετάδοσης του AIDS;

Πάρα πολύ

Πολύ

Αρκετά

Λίγο

Πολύ λίγο

Καθόλου

2. Θεωρείτε ότι ένα άτομο μπορεί να περιορίσει τις πιθανότητες μόλυνσής του από την HIV λοίμωξη με την αλλαγή της συμπεριφοράς του;

Ναι

Όχι

3. Ποιες αλλαγές θεωρείτε ότι θα έπρεπε να είναι αυτές;

Μονογαμία

Αυστηρή - συστηματική χρήση προφυλακτικού μέσου σε κάθε επαφή

Αποχή

Αυστηρά κριτήρια επιλογής ερωτικού συντρόφου

Αποφυγή χρήσης δημόσιων W.C

Αυστηρή τήρηση ατομικής υγιεινής

Χρήση μόνο ατομικού οικιακού εξοπλισμού (πιάτα, ποτήρια)

4. Είχατε ή έχετε φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από την HIV λοίμωξη;

Ναι

Όχι

5. Θα συνάπτατε ερωτική σχέση με φορέα / ασθενή του AIDS;

Ναι

Όχι

6. Γνωρίζετε κάποιον στον κοινωνικό σας κύκλο που να έχει μολυνθεί από τον ιό HIV;

Ναι

Όχι

7. Θεωρείτε προσωπικά πως έχετε πιθανότητες να μολυνθείτε από την HIV λοίμωξη;

Ναι

Όχι

8. Αν ναι, σε ποιο βαθμό;

- Πολύ μεγάλο
 Μεγάλο

Μικρό

9. Για ποιο λόγο;

- Λόγω συχνής εναλλαγής ερωτικών συντρόφων
 Λόγω μη χρήσης προφυλακτικού
 Λόγω χρήσης τοξικών ουσιών
 Λόγω συχνών μεταγγίσεων/ αιμοδοσιών
 Λόγω ομοφυλοφιλικών σχέσεων
 Λόγω ενασχόλησής μου με τον παραϊατρικό κλάδο
 Λόγω κοινής χρήσης μπάνιου / W.C

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

- Ναι
 Όχι

11. Αν ναι, κάτω από ποιες συνθήκες;

- Με προσωπική πρωτοβουλία
 Στο πλαίσιο αιματολογικού ελέγχου (αιμοδοσία)
 Σας το ζήτησε η\ ο σύντροφός σας

Άλλο.....

Δ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

1. Θεωρείτε πως η πολιτεία πρέπει να λάβει κάποια επιπλέον μέτρα για την πρόληψη εξάπλωσης του AIDS;

Ναι

Όχι

2. Αν ναι , τι είδους μέτρα οφείλει να λάβει;

- Περισσότερη πληροφόρηση και ενημέρωση
- Ίδρυση ειδικά διαμορφωμένων νοσοκομείων
- Ειδικές ενημερωτικές εκστρατείες
- Ίδρυση ειδικών ερευνητικών κέντρων και οργανισμών μελέτης της λοίμωξης
- Άλλο.....

3. Ποιος θεωρείτε ότι θα πρέπει να φροντίζει ένα άτομο που είναι φορέας / ασθενής του AIDS;

- Ειδικά εκπαιδευόμενοι γιατροί / νοσηλευτικό προσωπικό
- Γενικοί ιατροί / νοσηλευτικό προσωπικό
- Φίλοι
- Οικογένεια
- Άλλοι πάσχοντες ή άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου
- Φιλανθρωπικά ιδρύματα / εκκλησιαστικές οργανώσεις
- Μόνο του
- Άλλο.....

4. Ποιος θεωρείτε ότι είναι ο κατάλληλος χώρος για τη φροντίδα ατόμου με AIDS ;

- Ειδικό νοσοκομείο / κλινική
- Γενικό νοσοκομείο
- Η οικία του
- Άλλο.....

5. Ποιος θεωρείτε ότι θα πρέπει να πληρώνει για τη φροντίδα, νοσηλεία του φορέα / ασθενή του AIDS;

- Η πολιτεία / κράτος
- Είναι υπόθεση ασφαλιστικών ταμείων
- Η οικογένεια
- Προσωπικές πηγές εσόδων
- Άλλο.....

Ε. ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

1. Σε ποιους από τους παρακάτω χώρους ιατρικών υπηρεσιών θεωρείτε ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα μόλυνσης από την HIV λοίμωξη;
(σημειώστε με ✓ ως 3 απαντήσεις που σας εκφράζουν)

- Νοσοκομεία
- Κέντρα αιμοδοσίας
- Οδοντιατρεία
- Σε χώρους μη τήρησης κανόνων αποστείρωσης
- Μικροβιολογικά εργαστήρια
- Νοσοκομεία που νοσηλεύονται ασθενείς με AIDS
- Γυναικολογικά ιατρεία
- Άλλο.....

2. Θα συνεχίζατε να επισκέπτεστε γιατρό / οδοντίατρο αν γνωρίζατε ότι εξυπηρετεί άτομα προσβεβλημένα από τον ιό HIV;

- Όχι , θα απέφευγα Ναι , δε θα είχα πρόβλημα

3. Θα επισκεπτόσασταν ιατρό / οδοντίατρο φορέα του AIDS;

- Ναι Όχι

ΣΤ. ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

1. Ποιους θεωρείτε τους καταλληλότερους τρόπους προφύλαξης από την μετάδοση της λοίμωξης HIV;

- Αντισυλληπτικό χάπι
- Αποχή από τη σεξουαλική επαφή
- Λήψη αντιβιοτικών φαρμάκων πριν από τη σεξουαλική επαφή
- Προφυλακτικό
- Σπιράλ
- Διάφραγμα- καλύμματα τραχήλου

- Διακεκομμένη συνουσία
- Αποστειρωμένες και μιας χρήσεως σύριγγες και βελόνες
- Αποφυγή χειραψίας με φορέα
- Πρωκτική σεξουαλική επαφή
- Στοματική σεξουαλική επαφή
- Τοπική πλύση μετά τη σεξουαλική επαφή
- Άλλος τρόπος.....

2. Ποια μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιείτε;

- Αντισυλληπτικό χάπι
- Αποχή
- Προφυλακτικό
- Διάφραγμα/ καλύμματα τραχήλου
- Σπιράλ
- Διακεκομμένη συνουσία
- Σπερματοκτόνο
- Άλλο.....

3. Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική σας επαφή;

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Πάντα | <input type="checkbox"/> Σπάνια |
| <input type="checkbox"/> Σχεδόν πάντα | <input type="checkbox"/> Όχι ποτέ |
| <input type="checkbox"/> Συνήθως | |

4. Εάν όχι, σε ποιες περιπτώσεις δεν παίρνετε προφυλάξεις;

- Σε μόνιμη σχέση
- Σε περιστασιακή σχέση διότι έτυχε να μην έχετε μαζί σας μέτρα προφύλαξης
- Λόγω χρήσης αντισυλληπτικών χαπιών
- Μόνο την 1^η φορά λόγω ανύπαρκτης πιθανότητας μόλυνσης
- Δεν χρησιμοποιώ για να μη φανεί προσχεδιασμένη η σεξουαλική πράξη
- Άλλο.....

5. Ποια θεωρείτε ότι είναι τα μειονεκτήματα της χρήσης προφυλακτικού;

- Κανένα
- Μειωμένη αίσθηση ευχαρίστησης
- Δεν προφυλάσσει από άλλα αφροδίσια νοσήματα
- Προκαλεί άγχος
- Αυξημένο οικονομικό κόστος
- Άλλο.....

Z. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ

1. Τους τελευταίους 12 μήνες, διατηρείτε μόνιμη ερωτική σχέση;

Ναι

Όχι

2. Έχετε έρθει σε ερωτική επαφή με πρόσωπο πέραν της σχέσης σας αυτής;

Ναι

Όχι

3. Αν ναι, με πόσα άτομα;

.....
.....

4. Πήρατε μέτρα προφύλαξης;

Ναι

Όχι

Μερικές φορές

**Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή
σας !**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ : ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΙΧΑΝ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

- 1^ο Κατάστημα Ι.Κ.Α Αθηνών
- Νοσοκομείο Λοιμώξεων «Ανδρέας Συγγρός» Αθηνών
- Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, Αθηνών
- Κέντρο Αναφοράς AIDS Βενιζελείου Νοσοκομείου, Ηρακλείου Κρήτης
- Κέντρο Αναφοράς AIDS Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, Ηρακλείου Κρήτης
- Κέντρο Αναφοράς AIDS Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου "Α.Χ.Ε.Π.Α." Θεσσαλονίκης
- Σωματείο "Κέντρο Ζωής"

