



ΤΕΙ Κρήτης
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

Τεχνολογικό κι εκπαιδευτικό ίδρυμα Κρήτης

ΣΕΥΠ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Ερευνητική Πτυχιακή εργασία

**Η προκατάληψη κατά των οροθετικών ατόμων από φοιτητές του ΑΤΕΙ
Ηρακλείου Κρήτης**



Δημησιάνου Δέσποινα YN6607

Κοκολάκη Μαρία YN6667

Κουμαδωράκη Ζωή YN6625

Επιβλέπων Καθηγητής: Τζουανάκης Ιωάννης

Ηράκλειο Κρήτης 2018-2019



Εγκρίθηκε σύμφωνα με την με α.π. 2565 απόφαση του Προέδρου του τμήματος από:

Κύριο Τζουανάκη Ιωάννη(Ψυχολόγος,Ph.D)

Δημησιάνου Δέσποινα

Κοκολάκη Μαρία

Κουμαδωράκη Ζωή

© Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, με αριθμό Πρωτοκόλλου 916 και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης και των συγγραφέων (Ν. 2121 /1993).



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε τον καθηγητή μας Κύριο Τζουανάκη Ιωάννη για την καθοδήγηση και τη βοήθεια του στην εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Επίσης ευχαριστούμε όσους συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα για τον χρόνο και την πολύτιμη βοήθεια τους.

Τέλος ευχαριστούμε τους καθηγητές και τους συναδέλφους μας που ήταν δίπλα μας σε αυτό το υπέροχο ταξίδι γνώσης.

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Περίληψη.....σελ.7-8

Abstract.....page 7-8

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή.....σελ.8-11

Κεφάλαιο 1^ο: Γενικές πληροφορίες για τον HIV.....σελ.12

1.1 Ορισμός HIV-AIDS.....σελ.12-13

1.2 Παθοφυσιολογία και εκδηλώσεις.....σελ.13-14

1.3 Σταδιοποίηση της νόσου – Συμπτώματα.....σελ.14

1.4 Διάγνωση της νόσου.....σελ.15-16

1.4.1. Εθνικές πολιτικές και πρακτικές για τον έλεγχο του HIV στην Ευρώπη.....σελ.16

1.5 Θεραπεία.....σελ.17

1.6 Ιστορική αναδρομή.....σελ.18

1.7 Επιδημιολογία του HIV στην Ελλάδα.....σελ.18

1.8 Επιδημιολογία του AIDS παγκοσμίως.....σελ.19

Κεφάλαιο 2^ο: AIDS, επικινδυνότητα κι επαγγελματίες υγείαςσελ.21

2.1 Επικίνδυνες συμπεριφορές.....σελ.21-22

2.2 Ομάδες υψηλού κινδύνου.....σελ.22

2.3 Παράγοντες ατομικής ευπάθειας ως προς τον HIV/AIDS.....σελ.23-24

2.4 Μετάδοση στους επαγγελματίες υγείας.....σελ.24-25

2.5 Ευάλωτες ομάδες ανθρώπων στην Νότια Αφρική.....σελ.25-26

2.6 Δικαιώματα και υποχρεώσεις οροθετικών ατόμων.....σελ.26-27

2.7 Φροντίδα ατόμων με AIDS στην κοινότητα: ο ρόλος του νοσηλευτή.....σελ.28-29

2.8 Ηθικές αρχές HIV/AIDS και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας.....σελ.29-30



2.9	Ηθικά θέματα των νοσηλευτών στα νοσοκομεία σχετικά με τον HIV.....σελ.30-31
Κεφάλαιο 3^ο: Είδη λοιμώξεων και κακοήθειες στον HIV.....σελ.32	
3.1	Ευκαιριακές λοιμώξεις.....σελ.31
3.1.1.	Πρωτοζωϊκές λοιμώξεις.....σελ.32
3.1.2.	Μυκητιασιακές λοιμώξεις.....σελ.32-33
3.1.3.	Βακτηριακές λοιμώξεις.....σελ.33
3.1.4.	Ιογενείς λοιμώξεις.....σελ.34
3.1.5.	Λοιμώξεις από τον απλό έρπητα (HSV).....σελ.34
3.2	Νεοπλασίες.....σελ.35
3.2.1.	Σάρκωμα Kaposi.....σελ.35
3.2.2.	Κακοήθη λεμφώματα.....σελ.35
3.3	Ενδοκρινείς επιπλοκές.....σελ.36
3.4	Σύμπλεγμα άνοιας στο AIDS.....σελ.36
3.5	Αλλαγές στο δέρμα.....σελ.36
Κεφάλαιο 4ο: HIV και προφύλαξη.....σελ.37	
4.1	Πρόληψη.....σελ.37-38
4.2	Προφύλαξη πριν από την έκθεση.....σελ.38-39
4.3	Προφύλαξη μετά την έκθεση.....σελ.39
4.4	AIDS, εγκυμοσύνη και αντισυλληπτικές μέθοδοι.....σελ.40
4.4.1.	HIV και θνησιμότητα σχετιζόμενη με την εγκυμοσύνη.....σελ.40
4.4.2.	Μέθοδοι αντισύλληψης.....σελ.40-43
4.4.3.	Μέθοδοι φραγμού.....σελ.44-46
4.4.4.	Ορμονικές μέθοδοι.....σελ.46-49
4.4.5.	Ενδομήτριο σπείραμα.....σελ.49-50



4.4.6. Στεροποίηση γυναίκας.....σελ.50	σελ.50
4.4.7. Στεροποίηση άνδρα.....σελ.50	σελ.50
Κεφάλαιο 5^ο: HIV και ψυχική υγεία.....σελ.51	σελ.51
5.1 Συμπτώματα.....σελ.51-53	σελ.51-53
5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως προς την εντόπιση ψυχικών προβλημάτων στους οροθετικούς.....σελ.54-56	σελ.54-56
5.3 Ψυχικά προβλήματα σε παιδιά και γονείς προσβεβλημένους από HIV και η οικογενειακή πρόληψη.....σελ.56-57	σελ.56-57
5.4 Οι επιπτώσεις της αντιρετροϊκής θεραπείας στην κατάθλιψη...σελ.57-58	σελ.57-58
5.5 Η σχέση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων με τον κίνδυνο λοίμωξης από τον HIV σε ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άνδρες.....σελ.58-59	σελ.58-59
5.6 Το AIDS σαν κοινωνική νόσος.....σελ.60-62	σελ.60-62
5.7 Κοινωνική διάταξη και κοινωνιολογία των ατόμων που ζουν με τον HIV/AIDS.....σελ.62-63	σελ.62-63
5.8 Στιγματισμός των οροθετικών ασθενών από τους γιατρούς...σελ.63-64	σελ.63-64
5.9 Η σημαντικότητα της τήρησης της αντιρετροϊκής θεραπείας και της υποστήριξης σε ασθενείς με AIDS.....σελ.64-65	σελ.64-65
5.10 Κοινωνικό στίγμα του HIV/AIDS.....σελ.65-66	σελ.65-66
5.11 Μορφές διακρίσεων, στιγματισμού και άρνησης σχετικά με τον HIV/AIDS.....σελ.66	σελ.66
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 1ο: Μέθοδοι Έρευνας.....σελ.67-70	σελ.67-70
Κεφάλαιο 2ο: Αποτελέσματα.....σελ.71-82	σελ.71-82
Κεφάλαιο 3ο: Συζήτηση.....σελ.83-84	σελ.83-84
Κεφάλαιο 4ο:Περιορισμοί Μελέτης.....σελ.84-85	σελ.84-85
Συμπεράσματα – Προτάσεις.....σελ.86	σελ.86
Παράρτημα 1:Ερωτηματολόγιο.....σελ.87-94	σελ.87-94
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.95-104	σελ.95-104



Περίληψη

Η μόλυνση από τον ιό της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας HIV (Human Immunodeficiency Virus), χαρακτηρίζεται από την προοδευτική καταστροφή και ρήξη του ανοσοποιητικού συστήματος, η οποία οδηγεί σε μία σειρά επαναλαμβανόμενων ευκαιριακών λοιμώξεων οι οποίες καταστρέφουν προοδευτικά τον ανθρώπινο οργανισμό και τελικά οδηγούν στην πλήρη εξασθένηση του που καταλήγει σε θάνατο. Ο HIV έκανε την έξαρση του γύρω στην δεκαετία του 1980 κι ενώ έκτοτε έχουν βρεθεί αρκετά αντιρετροϊκά φάρμακα που καταστέλλουν την εξάπλωση του δεν έχει βρεθεί ακόμη μία πλήρης θεραπεία. Παρόλες τις έρευνες και τις ανακαλύψεις που έχουν γίνει για το AIDS τόσα χρόνια λοιπόν και τη διαπίστωση ότι δεν μεταδίδεται εύκολα από άνθρωπο σε άνθρωπο, παρά μόνο με σεξουαλική επαφή ή με επαφή αίματος ή μεγάλης ποσότητας σωματικών υγρών από έναν οροθετικό σε έναν υγιή οργανισμό, υπάρχουν αποδεδειγμένα ακόμη και σήμερα αρκετοί που αμφιβάλλουν για τις παραπάνω διαπιστώσεις και δείχνουν ένα ποσοστό προκατάληψης απέναντι σε οροθετικά άτομα. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται κι αρκετοί επαγγελματίες υγείας σύμφωνα με σχετικές έρευνες. Η παρούσα εργασία μελετά την προκατάληψη αυτή πάνω σε ένα δείγμα φοιτητών, εφαρμόζοντας ερωτήσεις που μας δείχνουν αν κι αυτοί φέρουν κάποιο ποσοστό προκατάληψης απέναντι σε οροθετικά άτομα και πως αυτό έχει αντίκτυπο σε εκείνους μα και τους οροθετικά ασθενείς.

Λέξεις κλειδιά: HIV, AIDS, οροθετικοί, προκατάληψη, φοιτητών

Abstract

Infection with the virus of human immunodeficiency HIV (Human Immunodeficiency Virus), is characterized by progressive destruction and disruption of the immune system, leading to a series of repetitive opportunistic infections which gradually deplete the body and eventually result in complete attenuation of resulting in death. HIV is made the flare around the 1980s and since then have found while several antiretroviral drugs that suppress the spread has not yet found a complete cure. Despite all the research and discoveries made about AIDS so many years so and the fact that is not easily transmitted from person to person only by sexual contact or by blood contact or large amounts of body fluids from an HIV-positive in a healthy organism, there proven even today many who doubt the above findings, and show a percentage of prejudice against HIV-positive people. These include too many health professionals under investigations. This paper studies the bias is on



a sample of students applying questions and show us if they have a percentage bias against infections and how this impacts on those but also their seropositive patients.

Key words: HIV, AIDS, HIV positive, bias, students

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Η ερευνητική εργασία επικεντρώνεται στην πιθανή προκατάληψη της φοιτητικής κοινότητας του ΤΕΙ Κρήτης όσο αναφορά τα οροθετικά άτομα. Ο HIV είναι ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας και προκαλεί το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (Aids). Όσοι φέρουν τον ιό θεωρούνται χρόνια πάσχοντες. Αποτελείται από κύτταρα στόχους όπως τα Τ-λεμφοκύτταρα τα οποία λειτουργούν ως μηχανισμοί άμυνας του οργανισμού. Οι συνεχείς λοιμώξεις που προκαλούνται από τον ιό οδηγούν στην προοδευτική καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος. (ΚΕΛΠΝΟΟ, γενικές πληροφορίες για τον HIV)

Ως οροθετικός λοιπόν θεωρείται ο άνθρωπος που φέρει τον ιό του HIV. Αυτοί οι ασθενείς είναι ευάλωτοι στην ανάπτυξη ευκαιριακών ιογενών ιώσεων και διαφόρων νεοπλασιών. Παρόλο που στην εποχή μας το AIDS μαστίζει και πολλοί άνθρωποι γίνονται οροθετικοί χωρίς να λαμβάνουν τις απαραίτητες προφυλάξεις για την αυτοσυντήρησή τους, υπάρχει μία σύγχυση όσον αφορά την μετάδοση της νόσου και μία σχετική αδιαφορία ή άγνοια για το πώς η νόσος μεταδίδεται, ακόμα και μετά από τόσα χρόνια που έχει ανακαλυφθεί. Παρόλο την ενημέρωση λοιπόν υπάρχει ακόμα μία αρνητική στάση-προκατάληψη από τον υγιή πληθυσμό απέναντι σε οροθετικά άτομα. (ΚΕΛΠΝΟΟ, γενικές πληροφορίες για τον HIV)

Ο Allport, ο οποίος δημοσίευσε το 1954 το βιβλίο του "The Nature of Prejudice" δίνει ως ορισμό της προκατάληψης τον ακόλουθο: "Η προκατάληψη είναι μια αντιπάθεια που βασίζεται σε ελαττωματική και άκαμπτη γενίκευση, μπορεί να γίνει αισθητή ή εκφρασμένη, μπορεί να απευθυνθεί σε μια ομάδα ή ένα άτομο αυτής της ομάδας". Τα παραπάνω λοιπόν, οδήγησαν στην απόφαση εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας, η οποία θα εξετάσει αν και κατά πόσο υπάρχει προκατάληψη από φοιτητές στο ΤΕΙ Κρήτης όπως και την στάση τους σε θέματα που αφορούν τους οροθετικούς ασθενείς.



Η αναγκαιότητα εκπόνησης της παρούσας εργασίας ήταν να διαπιστωθεί αν υπάρχει ακόμα και τώρα προκατάληψη απέναντι στα οροθετικά άτομα, κατά πόσο επηρεάζει τους πάσχοντες οροθετικούς, αν υπάρχει αντίκτυπο για εκείνους, πράγμα το οποίο ερευνήσαμε βιβλιογραφικά κι από άλλες έρευνες.

Ο σκοπός μας ήταν να διαπιστώσουμε αν μία μικρή κοινότητα φοιτητών έχει προκατάληψη πάνω στους οροθετικούς ασθενείς.

Στην παρούσα εργασία υπάρχουν γενικές πληροφορίες για τον HIV, τους τρόπους μετάδοσης του, πρόληψη για την μετάδοση του, πώς συσχετίζεται με την ψυχική υγεία και στους φορείς και στον υγιείς ανθρώπους όπως κι έρευνες που αφορούν την προκατάληψη κι από την κοινότητα ή ακόμα κι από επαγγελματίες υγείας.

Το ερευνητικό μέρος επικεντρώνεται στην πιθανή προκατάληψη της φοιτητικής κοινότητας του ΤΕΙ Κρήτης όσο αναφορά τα οροθετικά άτομα.

Η ιστορική ανάλυση και οι θεωρίες της νόσου μέχρι σήμερα είναι πολλές και ποικίλλουν. Πιο συγκεκριμένα:

Το 1981 Στις Η.Π.Α. οι ερευνητές του C.D.C. (Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών/Center for Disease Control) διαπιστώνουν με μία ραγδαία συχνότητα μια σπάνια μορφή καρκίνου που ονομάζεται αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma) ή αλλιώς σάρκωμα Kaposi. Οι ασθενείς ήταν ομοφυλόφιλοι άντρες που ως τότε δεν παρουσίαζαν κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας. Η νόσος αρχικά ονομάστηκε Καρκίνος των Ομοφυλοφίλων (Gay Cancer) αλλά γρήγορα τη μετονόμασαν σε GRID (Gay Related Immune Deficiency) (Taylor, 1995).

Ο Gottlieb, στο Λος Άντζελες, περιέγραψε την εμπειρία του από τα πρώτα περιστατικά AIDS σε ομοφυλόφιλους (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

Το 1982 Στις Η.Π.Α, οι ερευνητές του Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών (C.D.C/ Center for Disease Control) αποδεικνύουν και συνδέουν ότι η ασθένεια έχει να κάνει με το αίμα. Χρησιμοποιείται για πρώτη φορά ο όρος AIDS.

Στην Ελλάδα ο HIV εντοπίστηκε πρώτη φορά τον Οκτώβριο του 1983 και ο πάσχων ήταν ένας φοιτητής από τη Κεντρική Αφρική. (Υφαντόπουλος, 1996).



Έπειτα από χρόνια ερευνών και αναλύσεων για τον HIV τελικά πραγματοποιείται μία έρευνα στο Ινστιτούτο Παστέρ (Institut Pasteur), στη Γαλλία, όπου καταφέρνουν να απομονώσουν για πρώτη φορά τον HIV (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998). Φθάνοντας στις αρχές της δεκαετίας του 2000 ο HIV ευθύνεται για τους περισσότερους θανάτους σε παγκόσμιο επίπεδο, έχει πάρει μορφή πανδημίας και το φάσμα ηλικιών που προσβάλλει είναι από 15 έως 59 ετών. Παράλληλα στις ΗΠΑ αποφάνθηκε από την διεύθυνση Διατροφής και Φαρμάκων (FDA) να πραγματοποιούνται τα πρώτα στιγμιαία τεστ με τρύπημα του δαχτύλου. Το 2003 γίνονται οι πρώτες μεγάλες δοκιμές για την δράση του εμβολίου κατά του HIV με το AIDS VAX το οποίο έφερε πολύ καλά αποτελέσματα. Σε μία πιο πρόσφατη έρευνα του 2012 οι ερευνητές στο NYU Langone Medical Center που αναφέρουν στο περιοδικό Nature Immunology ότι μία πρωτεΐνη που εν ονόματι SAMHD1 μεταλλάσσει τα κύτταρα του HIV από ενεργά σε ανενεργά. Οι συγγραφείς εξηγούν ότι αυτή η ανακάλυψή τους θα μπορούσε να διευκολύνει την δημιουργία θεραπειών για να επιβραδύνει την μετατροπή του ιού HIV σε AIDS.

Ερευνητικά στοιχεία

Σε μία έρευνα που διεξήχθη από τους Millett A. G. et al το 2003 από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των Η.Π.Α. με τίτλο ‘Μεγαλύτερο ρίσκο μόλυνσης σε άνδρες που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες από τον HIV’ έδειξε ότι το 63% των λοιμώξεων ήταν σε ομοφυλόφιλους άνδρες. Συγκεκριμένα ήταν υψηλότερα σε μαύρους ομοφυλόφιλους καθώς και ότι το ποσοστό αυτό ανέβηκε το 2006, παρόλο που υπήρχαν λιγότεροι ατομικοί κίνδυνοι σε σχέση με τους λευκούς ομοφυλόφιλους άνδρες. Μια άλλη έρευνα πάλι από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων που έγινε το 2004-2005 έδειξε ότι η λοίμωξη επηρεάζει τους λευκούς ομοφυλόφιλους άνδρες σε ποσοστό 21% ενώ τους μαύρους το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται ανερχόμενο στο 46%. (Millett A. G. et al, 2003)

Μια ξεχωριστή από την προηγούμενη έρευνα από τους Mayer C. και Beyer (2007) με τίτλο ‘Η επιδημιολογία του HIV και οι παράγοντες μετάδοσης’, στην οποία αναφέρθηκαν και στην μόλυνση από τον HIV σε ναρκομανείς, συσχετίζοντας τον ‘δανεισμό’ των βελόνων μεταξύ των ναρκομανών καθώς και του υπόλοιπου εξοπλισμού σε χώρες όπως το Ιράν την Ταϊλάνδη, την Ρωσία, την Κίνα και το Τατζικιστάν όπου και βρέθηκαν πολλά ευρήματα κινδύνου. Άλλα ευρήματα συγκαταλέγουν τον αριθμό των ενέσεων σε καθημερινή βάση και ιστορικό φυλάκισης. Επίσης περιλαμβάνονται σε αυτά και οι κίνδυνοι από τις χρήσεις ναρκωτικών που είναι σε ενέσιμη μορφή. Η θεραπευτική αντιμετώπιση με οποιούχα προλαμβάνει την λοίμωξη από τον HIV καθώς



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

και η συμμετοχή σε προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συριγγών για την μείωση εξάπλωσης του ιού. (Kenneth H. Mayer C. Beyrer, 2007)

Τρόποι εξάπλωσης του HIV σε παγκόσμιο επίπεδο

Η εξάπλωση της νόσου λέγεται ότι ευνοήθηκε από τοξικομανείς και τον αντρικό ομοφυλοφιλικό πληθυσμό. Όμως αργότερα αποδείχθηκε πως οι παραπάνω δεν ήταν οι κύριες αιτίες εξάπλωσης της νόσου, μα σε αυτό συνέβαλαν και άλλοι παράγοντες, όπως:

Η αστικοποίηση στη Αφρική και στις αναπτυσσόμενες χώρες και οι άσχημες οικονομικές συνθήκες ήταν από αυτά που οδήγησαν σε πλήγμα της κοινωνίας και οδήγησαν ορισμένα άτομα σε ανεξέλεγκτες σεξουαλικές δραστηριότητες (Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

Οι πολλοί ερωτικοί σύντροφοι και η αδυναμία συμμόρφωσης πραγματοποίησης ασφαλούς σεξουαλικής δραστηριότητας καθώς και η έλλειψη γνώσεων πάνω στο θέμα της υγείας (Taylor, 1995).

Ο τουρισμός έπαιξε σημαντικό ρόλο στην αύξηση των κρουσμάτων σε παγκόσμιο επίπεδο.(Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).

Οι εμβολιασμοί που έγιναν στην Αφρική δεν πληρούσαν καμία υγιεινή πράξη, διότι χρησιμοποιούνταν η ίδια σύριγγα σε μεγάλες ομάδες ανθρώπων, μία λανθασμένη ενέργεια, η οποία ευνόησε την μετάδοση μέσω των σωματικών εκείνων που εμβολιάστηκαν. (Taylor, 1995).

Μεγάλοι παράγοντες είναι επίσης η διαφοροποίηση των κοινωνικών στρωμάτων και η φτώχεια σε κάποια από αυτά.

Λέγεται ότι υπάρχει πιθανότητα η παθογόνος δράση του HIV να συνδέεται με κάποιον άλλο παράγοντα μόλυνσης και εξάπλωσης που έχει σχέση με αυτόν.(Ινστιτούτο Παστέρ, 1998).



Κεφάλαιο 1^ο :Γενικές πληροφορίες για τον HIV

1.1 Ορισμός HIV-AIDS

Ο HIV (Human Immunodeficiency Virus) ή αλλιώς ο ιός της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας είναι ο ιός που προκαλεί το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). Τα κύτταρα που αποτελούν στόχο για τον συγκεκριμένο ιό είναι τα Τ-λεμφοκύτταρα, τα οποία είναι υπεύθυνα για τους μηχανισμούς άμυνας του οργανισμού. Η δράση λοιπόν του HIV προκαλεί την προοδευτική καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος με αποτέλεσμα, όταν τα αμυντικά Τ-λεμφοκύτταρα μειωθούν σημαντικά, ο οργανισμός να γίνει επικίνδυνα ευάλωτος σε παθογόνους οργανισμούς και μικρόβια, αυτά να προκαλέσουν σοβαρές λοιμώξεις και τέλος να παρουσιαστεί η κλινική εικόνα του AIDS. (ΚΕΕΛΠΝΟ, Γενικές ερωτήσεις για τον HIV, 2017)

Ετυμολογικά ο όρος επίκτητη σημαίνει πως η νόσος δεν κληρονομείται αλλά μπορεί να αποκτηθεί κατά την διάρκεια της ζωής κάποιου ατόμου. Η ανοσοανεπάρκεια αναφέρεται στην αδυναμία του οργανισμού να αναπτύσσει μηχανισμούς άμυνας και τέλος το σύνδρομο δηλώνει μία κατάσταση κατά την οποία εμφανίζονται ποίκιλα συμπτώματα από διαφορετικά συστήματα του οργανισμού ταυτόχρονα. (ΚΕΕΛΠΝΟ, Γενικές ερωτήσεις για τον HIV, 2017)

Ο ορισμός του HIV με του AIDS συχνά συγχέονται, καθώς είναι δυνατόν ένας οργανισμός να έχει μολυνθεί από τον ιό μα να μην νοσεί από το σύνδρομο γιατί δεν θα το έχει εκδηλώσει. Όμως ο οργανισμός αυτός που δεν θα γνωρίζει ότι έχει AIDS μα θα φέρει τον ιό του HIV ορίζεται ως φορέας και μπορεί να μεταδώσει την νόσο σε άλλους ανθρώπους αντίστοιχα. (ΚΕΕΛΠΝΟ, Γενικές ερωτήσεις για τον HIV, 2017)

1.2 Παθοφυσιολογία και εκδηλώσεις

Ο HIV ανήκει στην ομάδα των ρετροϊών, πράγμα που σημαίνει ότι οι πληροφορίες μεταβιβάζονται με ένα μόριο RNA. Όταν εισαχθεί στον οργανισμό στοχεύει τα Τ λεμφοκύτταρα και συγκεκριμένα τα CD4 τα οποία περιέχουν και το αντιγόνο, όπου στόχος του είναι να μετατρέψει το RNA σε



DNA και αυτό το καταφέρει μέσω της αντίστροφης μεταγραφάσης, ενός δηλαδή ενζύμου. Έτσι, αφού καταφέρει να μετατρέψει το RNA (του ιού) σε DNA, με την σειρά του μετά “εντάσσεται” μαζί με το DNA του κυττάρου που είναι κ ο ξενιστής και συμμετέχει στην διαδικασία διπλασιασμού με το DNA του κυττάρου-ξενιστή. Ο ιός μετά μπορεί να παραμείνει σε κατάσταση αδράνειας ή να ενεργοποιηθεί και να δημιουργήσει καινούριο RNA εγκαταλείποντας στην συνέχεια το κύτταρο-ξενιστή καταστρέφοντας το. (McPhee & Papadakis, 2009)

Συνήθως ο ιός μένει σε λανθάνουσα κατάσταση για πολλά έτη, χωρίς όμως να σημαίνει ότι ο οργανισμός δεν θα δημιουργήσει αντισώματα, μια κατάσταση που ονομάζεται ορομετατροπή. Τα αντισώματα αυτά μπορούν να εντοπισθούν 6 εβδομάδες έως 6 μήνες από την είσοδο του HIV στον οργανισμό. Πέρα από τα Τ λεμφοκύτταρα ο ιός στοχεύει και τα μακροφάγα καθώς και ορισμένα κύτταρα του ΚΝΣ. (McPhee & Papadakis, 2009)

Ο ρόλος των βοηθητικών Τ είναι η φροντίδα της ομαλής λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, αναγνωρίζει τα ξένα αντιγόνα και κύτταρα που έχουν μολυνθεί και ενεργοποιεί τα Β κύτταρα για να παράγουν αντισώματα. Επίσης, κατευθύνουν την κυτταροεξαρτώμενη ανοσολογική αντίδραση και επηρεάζουν την φαγοκυτταρική δραστηριότητα των μονοκυττάρων και των μακροφάγων. Η μείωση του αριθμού των κυττάρων οδηγεί στην σταδιακή δημιουργία ανοσοανεπάρκειας. (McPhee & Papadakis, 2009)

Τα συμπτώματα που δείχνουν ότι υπάρχει λοίμωξη από τον HIV μπορεί να είναι από κανένα απολύτως σύμπτωμα έως και την σοβαρή ανοσοανεπάρκεια με πολλές ευκαιριακές λοιμώξεις και νεοπλασίες. Οι πιο συνήθεις εκδηλώσεις είναι ο πυρετός, ο πονόλαιμος, οι πόνοι στις αρθρώσεις, οι πόνοι στους μυς, οι πονοκεφάλι, εξανθήματα και λεμφαδενοπάθεια. Επίσης μπορεί να παρατηρηθούν ναυτία, έμετοι και κολλοειδείς πονόκοιλοι. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται με την μορφή μιας απλής ίωσης όπως γρίπη, μια αναπνευστική λοίμωξη ή μια γαστρίτιδα. (McPhee & Papadakis, 2009)

Μόλις περάσει αυτή η φάση, δεν υπάρξει καμία εκδήλωση για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, συγκεκριμένα 8 με 10 χρόνια. Ο ιός το χρονικό αυτό διάστημα μπορεί να μολύνει και άλλους ανθρώπους. (McPhee & Papadakis, 2009)

Ορισμένοι από αυτούς που νοσούν από την άλλη εμφανίζουν σαν σύμπτωμα μόνο μια λεμφαδενοπάθεια που επιμένει. Δηλαδή, μεγαλώνουν δύο ή παραπάνω λεμφαδένες εκτός της βουβωνικής χώρας χωρίς να υπάρχει παράλληλα κάποιο νόσημα που να δικαιολογεί το σύμπτωμα αυτό. (McPhee & Papadakis, 2009)

Μόλις περάσει η ασυμπτωματική περίοδος (ή η περίοδος της λεμφαδενοπάθειας) ξεκινάει η περίοδος της πλήρους εκδήλωσης των κλινικών συμπτωμάτων του AIDS. Μερικά από τα



συμπτώματα αυτά είναι ο πυρετός, η κόπωση, η απώλεια βάρους με ακούσιο τρόπο και η νυκτερινή εφίδρωση. Επίσης μπορούν να εμφανιστούν και δερματικά προβλήματα όπως ξηροδερμία και εξανθήματα. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν την διάρροια, τις λευκοπλακίες (βλάβες στο στόμα), την καντιντίαση, την ουλίτιδα και τις εξελκώσεις του βλεννογόνου του στόματος. Το πώς γενικότερα θα εξελιχθεί η κλινική εικόνα του AIDS στον κάθε ασθενή έχει να κάνει με το ικό φορτίο, το πώς εξελίσσεται η νόσος και στην ανθεκτικότητα που θα αναπτυχθεί ενάντια στην αντιρετροϊκή θεραπεία. Ο χρόνος επιβίωσης των πρόσφατα διαγνωσμένων ατόμων που τους παρέχεται θεραπεία HAART είναι 20,4. (McPhee & Papadakis, 2009)

χρόνια (Knoll, Lassman & Temesgen, 2007), σε σχέση με τους 13 μήνες που είχαν δοθεί σε όποιον νοσούσε με AIDS όταν πρωτοεμφανίστηκε. Σήμερα όμως, με την πρόοδο που έχει κάνει η φαρμακευτική πολλοί από αυτούς που νοσούν ζουν πολλά χρόνια από την στιγμή της διάγνωσής τους. Η θεραπεία HAART συγκεκριμένα είναι υπεύθυνη για την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών καθώς μειώνει σημαντικά το ποσοστό των ευκαιριακών λοιμώξεων και των επιπτώσεων τους αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο το προσδόκιμο ζωής (McPhee & Papadakis, 2009).

1.3 Σταδιοποίηση της νόσου - Συμπτώματα

Σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΙΝΟ η σταδιοποίηση της νόσου χωρίζεται σε τρία στάδια. Αυτά φέρουν διαφορετικά συμπτώματα για κάθε στάδιο. (ΚΕΕΛΠΙΝΟ, Γενικές πληροφορίες για τον HIV, 2017)

Στο στάδιο Α αναφέρεται ότι το 50-70% ξεκινάει ασυμπτωματικά και αργότερα εκδηλώνει συμπτώματα όπως υψηλό πυρετό, απώλεια βάρους και όρεξης, μυαλγίες, διάρροια, πονοκεφάλους, φαρυγγίτιδα, γενικευμένες λεμφαδενοπάθειες, γενικευμένα εξανθήματα. (ΚΕΕΛΠΙΝΟ, Γενικές πληροφορίες για τον HIV, 2017)

Στο στάδιο Β η νόσος ξεκινά να εκδηλώνει πιο εμφανή συμπτωματολογία όπως βακτηριακή αγγειομάτωση, αιδιοκολπική καντιντίαση στις γυναίκες, στοματοφαρυγγική καντιντίαση, δυσπλασία του τράχηλου της μήτρας, τριχωτή λευκοπλακία, περιφερική νευροπάθεια, λιστερίωση ,



έρπητα ζωστήρα, φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, ιδιοπαθή θρομβοπενική πορφύρα και συστηματικά συμπτώματα από το στάδιο Α όπως διάρροιες, πυρετούς. (ΚΕΕΛΠΝΟ, Γενικές πληροφορίες για τον HIV, 2017)

Στο τρίτο στάδιο C, τα συμπτώματα εκδηλώνονται διαρκώς, το ανοσοποιητικό σύστημα έχει καταστραφεί, και ο οργανισμός είναι ευάλωτος σε διάφορες καιροσκοπικές λοιμώξεις και νοσήματα. (ΚΕΕΛΠΝΟ, Γενικές πληροφορίες για τον HIV, 2017)

Το χρονικό διάστημα εκδήλωσης των συμπτωμάτων ποικίλλει ανάλογα με την κατάσταση υγείας του ατόμου, την ηλικία, τους γενετικούς παράγοντες και τις συμπεριφορές υγείας που ακολουθεί. Κατά μέσο όρο όμως τα συμπτώματα κάνουν την εμφάνιση τους σε διάστημα έξι εβδομάδων ως έξι μηνών μετά από την μόλυνση κάποιου οργανισμού από τον HIV. (ΚΕΕΛΠΝΟ, Γενικές πληροφορίες για τον HIV, 2017).

1.4 Διάγνωση της νόσου

Η διάγνωση του HIV γίνεται με εργαστηριακές εξετάσεις και με rapid tests τα οποία είναι η ταχεία δοκιμασία ανίχνευσης. Αυτά πραγματοποιούνται με λήψη σιέλου απ' τον πιθανόν μολυσμένο κι έπειτα γίνεται συνδυαστικά εργαστηριακός έλεγχος για να πιστοποιηθεί το γεγονός της μόλυνσης. (ΚΕΕΛΠΝΟ, Γενικές ερωτήσεις για τον HIV, 2017)

Ένας ακόμη τρόπος να εξεταστεί αν κάποιος έχει μολυνθεί απ' τον ιό του HIV είναι ο μοριακός έλεγχος. Αυτός πραγματοποιείται σε διάστημα σύντομο απ' αυτό της μόλυνσης, αλλά γενικότερα δεν ενδείκνυται ως μία αποτελεσματική μέθοδος διάγνωσης της νόσου. (ΚΕΕΛΠΝΟ, Γενικές ερωτήσεις για τον HIV, 2017)

Για να γίνουν οι παραπάνω διαγνώσεις χρειάζεται ανάμεσα στο διάστημα μόλυνσης να μεσολαβεί η «περίοδος παραθύρου». Αυτή είναι μία περίοδος που διαρκεί απ' τη στιγμή της μόλυνσης μέχρι την εκδήλωση αντισωμάτων για τον Ιό. (ΚΕΕΛΠΝΟ, Γενικές ερωτήσεις για τον HIV, 2017)

Ο έλεγχος που πραγματοποιείται για τον HIV είναι ανώνυμος κι εμπιστευτικός. Αυτό σημαίνει πως ο άμεσα ενδιαφερόμενος που θέλει να μάθει αν μολύνθηκε έχει το δικαίωμα να μην αποκαλύψει τα στοιχεία του και να μην εκδώσει αληθείς πληροφορίες όπως το ονοματεπώνυμο του, εφόσον δε ζητείται κάποιο στοιχείο ταυτοποίησης ή κάποιο σχετικό έγγραφο που να αποκαλύπτει τα στοιχεία του. Τα στοιχεία όμως θα πρέπει σε μία περίπτωση μόνο να φαίνονται αληθή. Αυτή είναι σε



περίπτωση που ο άνθρωπος θέλει να παραλάβει το αποτέλεσμα των εξετάσεων του γραπτώς κι άρα να αποκαλύψει τα πραγματικά του στοιχεία. (ΚΕΕΛΠΝΟ, Γενικές ερωτήσεις για τον HIV, 2017)

Λίγο αναλυτικότερα η ανίχνευση του ιού γίνεται με:

Δοκιμασία ταχείας ανίχνευσης αντισωμάτων HIV (HIV rapid antibody test): είναι ένα τεστ όπου υπάρχουν ταινίες οι οποίες έχουν εμποτιστεί με αντιγόνο HIV. Το τεστ βγαίνει θετικό αν η ταινία αλλάξει χρώμα μόλις βάλουμε λίγο από το αίμα του εξεταζόμενου δείχνοντας ότι υπάρχουν αντισώματα ενάντια στον ιό. Αν βγει θετικό χρειάζεται να επαληθευτεί από την δοκιμασία αντισωμάτων Western blot. Η δοκιμασία αυτή χρησιμοποιείται συχνά καθώς είναι άμεση και δεν απαιτεί κάποια περεταίρω εξειδίκευση από το προσωπικό. Επιπλέον η γρήγορη ενημέρωση των ανθρώπων είναι πολύ σημαντική γιατί πολλοί δεν επιθυμούν να γνωρίζουν αν είναι θετικοί και να εκπαιδευτούν για τις ασφαλείς πρακτικές, ενώ άλλοι δεν μπορούν να εντοπιστούν για να πάρουν τα αποτελέσματα των εξετάσεων. (McPhee & Papadakis, 2009)

Η δοκιμασία ELISA (Enzyme – linked immunosorbent assay): είναι η εξέταση που χρησιμοποιείται περισσότερο. Επειδή η δοκιμασία αυτή βρίσκει μόνο αντισώματα ενάντια στον ιό, μπορεί κάποιες φορές να βγει ψευδώς αρνητική, όταν δηλαδή ο ιός έχει εισέλθει στον οργανισμό αλλά είναι πολύ νωρίς για να έχει δημιουργήσει αντισώματα ο οργανισμός. Η δοκιμασία βγαίνει θετική σε ποσοστό 99,5% των περιπτώσεων όπου υπάρχουν αντισώματα ενάντια στον HIV στο αίμα όταν γίνεται περίπου 3 μήνες μετά την λοίμωξη. Αυτό σημαίνει ότι κάθε δοκιμασία που βγαίνει θετική θα πρέπει να επανεξετάζεται για να εξακριβωθεί αν είναι όντως σωστή και συνήθως χρησιμοποιείται η μέθοδος Western blot. (McPhee & Papadakis, 2009)

Η δοκιμασία ανίχνευσης αντισωμάτων με Western blot: είναι η πιο έγκυρη εξέταση αλλά και αυτή που θέλει και περισσότερο χρόνο για να γίνει και είναι πιο δαπανηρή από την ELISA. Εδώ ο ορός του εξεταζόμενου ανακατεύεται με πρωτεΐνες του HIV για να δείξει αν υπάρχει αντίδραση. Αν υπάρχουν αντισώματα θα γίνει αντίδραση αντιγόνου-αντισώματος. (McPhee & Papadakis, 2009)

Οι δοκιμασίες του ιικού φορτίου HIV (HIV viral load tests): οι δοκιμασίες αυτές λογαριάζουν την ποσότητα του HIV που αναπαράγεται ενεργά. Το μέγεθος του ιικού φορτίου δείχνει την κατάσταση της νόσου, δηλαδή σε ποιο στάδιο βρίσκεται και την αντίδραση στην αντιρετροϊκή



θεραπεία. Αν τα ποσοστά είναι από 5000-10000 αντίγραφα/ml τότε ο εξεταζόμενος θα πρέπει να ξεκινήσει άμεσα θεραπεία. (McPhee & Papadakis, 2009)

Γενική αίματος: γίνεται για να εξακριβωθεί αν υπάρχει κάποια αναιμία, λευκοπενία ή θρομβοπενία, παθήσεις που συχνά συνοδεύουν τον HIV όπως είναι και τα χαμηλά επίπεδα λεμφοκυττάρων. (McPhee & Papadakis, 2009)

Η μέτρηση του βαθμού των CD4 κυττάρων: είναι η εξέταση που χρησιμοποιείται περισσότερο σε ότι αφορά την συστηματική παρατήρηση της πορείας της νόσου και την καθοδήγηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Το ποσοστό των CD4 κυττάρων υποδεικνύει την καλή ή μη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος το οποίο βιώνει διάφορες διαταραχές όταν κάποιος νοσεί με AIDS. Η συγκεκριμένη εξέταση θα πρέπει να γίνεται κάθε τρίμηνο η εξάμηνο από όλους όσους είναι οροθετικοί. (McPhee & Papadakis, 2009)

Καλλιέργεια αίματος για τον HIV: η εξέταση αυτή είναι πολύ ακριβή και δύσκολη και δεν είναι προσβάσιμη σε όλες τις Ηνωμένες Πολιτείες. (McPhee & Papadakis, 2009)

1.4.1. Εθνικές πολιτικές και πρακτικές για τον έλεγχο του HIV στην Ευρώπη

Όπως αναφέρει η Deblonde J. στην πτυχιακή της εργασία, αμέσως μόλις έγινε διαθέσιμη η εξέταση για τον HIV, οι διάφορες υγειονομικές εκπαιδευτικές εκστρατείες στην Σουηδία ενέπνευσαν το κοινό να δοκιμάσουν την εξέταση αυτήν. Ο νόμος για τις μεταδοτικές νόσους στην Σουηδία άλλαξε έτσι ώστε να περιλαμβάνει και τους ανθρώπους που βρέθηκε ότι είναι θετικοί στον HIV. Επιπρόσθετα με αυτά παρείχαν και υποστηρικτικά μέτρα στους ανθρώπους αυτούς καθώς και την κατάλληλη ιατρική και ψυχολογική υποστηρικτική φροντίδα. Το τεστ για τον HIV εγκρίθηκε στην Σουηδία από το 1990 και εφαρμόστηκε σε όλη την χώρα, επιτυγχάνοντας το υψηλότερο ποσοστό δοκιμών σε ολόκληρη την Ευρώπη. Όλοι όσοι βγήκαν θετικοί στην εξέταση αυτή έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στις μετέπειτα προσπάθειες της χώρας στην πρόληψη του HIV. (Dazinger 1999, J. A. Harrington 2002).

Στην υπόλοιπη δυτική Ευρώπη η προσέγγιση ήταν διαφορετική επειδή δεν υπήρχαν αποδείξεις ότι η εξέταση του HIV είχε “προληπτική συμπεριφορά”, η ευαισθητοποίηση και η εκπαιδευτική ενημέρωση πήρε την προτεραιότητα (Dubois-Aber & Paccaud 1994). Συγκεκριμένα, εκπαιδευτικές για την υγεία εκστρατείες πληροφορούσαν για την νόσο καθώς και για τους τρόπους που θα ελαττώσουν τον κίνδυνο. Η κοινότητα των ομοφυλόφιλων είχαν σπουδαίο ρόλο στο να πάρει η έννοια της πρόληψης μια νέα σημασία ενισχύοντας την θέληση των ανθρώπων έτσι ώστε να



ακολουθήσουν προληπτικές μεθόδους για την νόσο αυτήν. Ειδικότερα αυτοί που ήταν οροθετικοί άλλαξαν τις συνήθειες με τις οποίες μπορούσαν να μεταδώσουν τον ιό και όσοι δεν είχαν μολυνθεί θα υιοθετούσαν συνήθειες έτσι ώστε να μην μολύνονταν στο μέλλον (Delor & Hubert 2000, J. A. Harrington 2002, Rosenbrock et al 2000). Η εξέταση για τον HIV παρουσιάστηκε σαν ένα ιατρικό εργαλείο που ήταν στην διάθεση σε όποιον ήθελε να μάθει αν νοσεί. Η εξέταση αυτή για το ευρύτερο κοινό θα ήταν διαθέσιμη μόνο αν μελλοντικά υπήρχε και η αντίστοιχη θεραπευτική αντιμετώπιση (Frieden et al 2005).

Τέλος, στην ανατολική Ευρώπη η πρόληψη και ο έλεγχος της νόσου ήταν σχεδόν ίδιος με τον παλιό, δηλαδή το μοντέλο προσδιορισμού-απομόνωσης του ελέγχου της νόσου. Γινόταν σε γενικές γραμμές η εξέταση για τον HIV χωρίς συνειδητή συναίνεση από τους ανθρώπους οι οποίοι νοσηλεύονταν σε ειδικούς θαλάμους για HIV θετικά άτομα. Το 1987 το Σοβιετικό Υπουργείο Υγείας εξέδωσε έναν νέο κανονισμό όπου προβλεπόταν συστηματική δοκιμή της εξέτασης του HIV σε υποομάδες του πληθυσμού, αν και τον ίδιο καιρό δεν έγιναν ιδιαίτερες προσπάθειες ως προς την ενημέρωση και την εκμάθηση μορφών πρόληψης για την νόσο αυτήν (Dehne, Khodakevich, Hamers & Schwartlander 1999, F. F. Hamers & Downs 2003).

1.5 Θεραπεία

Θεραπεία που να εξαλείφει εντελώς τον AIDS δεν έχει βρεθεί μέχρι τώρα. Η αντιμετώπιση του HIV γίνεται με συνδυασμό αντιρετροϊκών φαρμάκων των οποίων στόχος είναι να μειώσουν το ιικό φορτίο για να μπορέσει να αναδημιουργηθεί το ανοσοποιητικό σύστημα. (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Υπάρχουν τρεις ομάδες αντιρετροϊκών φαρμάκων: οι νουκλεοσιδικοί αναστολείς αντίστροφης μεταγραφάσης NPT1 (π.χ. ζιδοβουδίνη), οι μη νουκλεοσιδικοί αναστολείς αντίστροφης μεταγραφάσης NNPT (π.χ. νεβιραπίνη) και οι αναστολείς πρωτεασών PL. (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Αφού υπολογιστεί το ιικό φορτίο και ο αριθμός των CD4 λεμφοκυττάρων προτού ξεκινήσει η θεραπεία, συνδυάζονται με βάση των αποτελεσμάτων, δυο φάρμακα από δυο διαφορετικές ομάδες το ένα το άλλο. Το ιικό φορτίο και ο αριθμός των CD4 λεμφοκυττάρων συνεχίζεται να μετρούνται και μετά ανά συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Εάν η θεραπεία είναι αποτελεσματική θα έχει μειώσει το ιικό φορτίο κάτω από 400/ml και θα έχει αυξήσει τα CD4 λεμφοκύτταρα. Επίσης ένας άλλος



στόχος είναι η πρόληψη ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασμάτων εφόσον και αν εμφανιστούν (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Συνοπτικά με την θεραπεία:

Δεν εξαλείφεται το AIDS, ούτε ο HIV απλά σταματά τον πολλαπλασιασμό του ιού

Αυξάνουν τα χρόνια ζωής αυτού που πάσχει, καλυτερεύοντας την σωματική και ψυχική κατάσταση του και κρατάνε χαμηλά τα ποσοστά εμφάνισης ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασμάτων (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Ως προς την θεραπεία και συγκεκριμένα για το εμβόλιο κατά του HIV ότι δεν έχει δημιουργηθεί ακόμα καθώς είναι δύσκολο εξαιτίας πρώτον της ιδιαίτερης βιολογικής φύσης του ιού, επειδή δεν υπάρχει κάποιο πειραματικό πρότυπο σε ζώα, η ιδιαίτερη δυσκολία ώστε να γίνουν δοκιμές σε ανθρώπους, το γεγονός ότι δεν υπάρχει ανοσογόνος παράγοντας ο οποίος θα προκαλέσει ανοσολογική αντίδραση και άλλα. (Νταρακτσή Χ., 2012).

1.6 Ιστορική αναδρομή

Ο ιός HIV, σύμφωνα με ερευνητές από το History.com προήλθε από τους χιμπατζήδες οι οποίοι είχαν έναν ιό, τον SIV (Simian Immunodeficiency Virus), ο οποίος και αυτός στοχεύει το ανοσοποιητικό σύστημα των πιθήκων. Το 1999 ανακαλύφθηκε ένα στέλεχος του SIV που ονομάστηκε SIVcpz το οποίο επίσης είναι πανομοιότυπο του HIV. Ο SIVcpz δημιουργήθηκε από δυο στελέχη SIV που υπήρχαν στους μολυσμένους λεγόμενους spot-nosed monkeys (πίθηκος με στίγματα) και τον κοκκινωπό μαγγάη (red-capped manabeys) τους οποίους έτρωγαν οι χιμπατζήδες. Ο SIVcpz μεταδόθηκε στους ανθρώπους από τους κυνηγούς που έτρωγαν το κρέας των πιθήκων αυτών ή από το αίμα τους που έπεσε σε πληγές των κυνηγών. Αυτό στη συνέχεια το 1920 οδήγησε στην έξαρση του ιού στην Κινσάσα της Λαϊκής Δημοκρατίας του Κονγκό από τους μετανάστες και από το σεξουαλικό εμπόριο. Την δεκαετία του '60 πέρασε από την Αφρική στην Καραϊβική και στην Αϊτή. Μετά στα μέσα της δεκαετίας του '70 κατάφερε να επεκταθεί και στην Νέα Υόρκη από την Αφρική και τα επόμενα δέκα χρόνια στο Σαν Φρανσίσκο. Ο HIV ξεκίνησε να



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

μεταφέρεται στις υπόλοιπες χώρες του κόσμου μέσω των ταξιδιών από τις Ηνωμένες Πολιτείες.

(History.com Editors, 2018)

1.7 Επιδημιολογία του HIV στην Ελλάδα

Σύμφωνα με μία έρευνα του ΚΕΕΛΠΝΟ το 2015 στην χώρα μας μέχρι τα τέλη του Οκτωβρίου εκείνου του έτους σημειώθηκαν περίπου 15.000 περιστατικά HIV εκ των οποίων το 82.7% ήταν άντρες. Εκ του συνόλου αυτού 3.700 περίπου άτομα είχαν μόλις εμφανίσει AIDS, περίπου 7.700 ακολουθούσαν αντιρετροϊκή θεραπεία και ο αριθμός θανάτων είχε φτάσει περίπου στους 2.500. Σαν συμπέρασμα, αναφέρει πως οι περισσότερες μεταδόσεις του ιού στην χώρα μας γίνονται κατά την σεξουαλική επαφή και όχι μέσω χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών, όπου αναφέρει ότι υπήρξε μία έξαρση κατά την περίοδο 2011-2013, αλλά τα περιστατικά έπειτα μειώθηκαν σημαντικά. (ΚΕΛΠΝΟΟ, 2015)

1.8 Επιδημιολογία του AIDS παγκοσμίως

Το 2012 περίπου 35,3 εκατομμύρια άνθρωποι γίνανε “θύματα” του ιού σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι άνδρες είχαν την πρωτιά με 31,8 εκατομμύρια μολυσμένους με πολύ μεγάλη διαφορά από τις γυναίκες με 16 εκατομμύρια μολυσμένες από τον HIV. Το 2001 παρουσιάστηκε σχετικά μεγάλη μείωση, 33% συγκεκριμένα, κυρίως σε παιδιά. (Κιτσοπάνου Ε. 2014)

Το 2005 πέθαναν 2,3 εκατομμύρια άτομα από τον AIDS και το 2012 ο αριθμός αυτός ελαχιστοποιήθηκε σε 1,6 εκατομμύρια. (Κιτσοπάνου Ε. 2014)

Η χώρα που είναι πρώτη σε αριθμό μολυσμένων από τον HIV είναι η υποσαχάρια Αφρική με 25 εκατομμύρια ανθρώπους μαζί και παιδιά. Αντιθέτως η Κεντρική και Δυτική Ευρώπη έχει 860.000 οροθετικούς, πολύ μεγάλη διαφορά, και βόρεια των Ηνωμένων Πολιτειών με 1,3 εκατομμύρια οροθετικούς. (Κιτσοπάνου Ε. 2014)

Συγκριτικά από το 2005 όπου έχουν καταγραφεί 30 εκατομμύρια θάνατοι από τον AIDS, το υψηλότερο ποσοστό θανάτων που έχει υπάρξει, ο οποίος μέχρι σήμερα έχει ελαχιστοποιηθεί κατά 30%. (Κιτσοπάνου Ε. 2014)



Κεφάλαιο 2^ο: AIDS, επικινδυνότητα κι επαγγελματίες υγείας

2.1 Επικίνδυνες συμπεριφορές

Όπως είναι γνωστό ο HIV μεταδίδεται από άτομο σε άτομο κυρίως μέσω της σεξουαλικής επαφής καθώς και με την χρήση κοινών συρίγγων με HIV θετικούς ανθρώπους. Επιπλέον, η χρήση ουσιών ενισχύει τους κινδύνους αυτούς με έμμεσο τρόπο μειώνοντας τις αναστολές των ανθρώπων καθώς και η κατάποση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ μειώνουν τα ποσοστά χρήση προφυλακτικών κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. (Division of HIV/AIDS Prevention, 2018)

Παρακάτω αναφέρονται οι επικίνδυνες συμπεριφορές που συμβάλλουν στην μετάδοση του HIV σε υγιείς ανθρώπους:

Πρωκτικό σεξ:

Είναι ο πιο επικίνδυνος τύπος σεξουαλικής επαφής ως προς την μετάδοση του HIV. Είναι η διείσδυση του πέους στον πρωκτό του συντρόφου. Ο σύντροφος που βρίσκεται από κάτω έχει πιθανότητες 13 φορές μεγαλύτερες να μολυνθεί από αυτόν που βρίσκεται από πάνω. Όμως ο ιός μπορεί να μεταδοθεί και στον σύντροφο που είναι από πάνω από το άνοιγμα του πέους (ή της ουρήθρας) ή και από μικρές ανοικτές πληγές. Ωστόσο είναι ίσες οι πιθανότητες και για τους δύο συντρόφους να μολυνθούν από τον ιό μέσω του πρωκτικού σεξ με μερικά σωματικά υγρά, συγκεκριμένα το αίμα, το σπέρμα (cum), το προ-σπερματικό υγρό (pre-cum) ή πρωκτικά ρευστά. (Division of HIV/AIDS, 2018)

Κολπικό σεξ:

Είναι η διείσδυση του πέους στον κόλπο. Μια γυναίκα μπορεί να “κολλήσει” τον HIV στο κολπικό σεξ καθώς ο τρόπος που είναι φτιαγμένος ο κόλπος και ο τράχηλος μπορεί να αφήσει τον ιό να εισέλθει στον οργανισμό αν ο σύντροφός της είναι φορέας.



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Οι άνδρες με την σειρά τους μπορούν και αυτοί να κολλήσουν από την οροθετική σύντροφό τους έσω του ανοίγματος του πέους από τα κολπικά υγρά και το αίμα. Μπορεί επίσης να μεταδοθεί μέσω ανοιχτών πληγών που φέρει το πέος. (Division of HIV/AIDS Prevention, 2018)

Στοματικό σεξ:

Είναι ο τύπος σεξουαλικής που αφορά την διέγερση του πέους, κόλπου, πρωκτού μέσω του στόματος. Το στοματικό σεξ είναι ο τρόπος με τις λιγότερες πιθανότητες μετάδοσης του ιού, δεν είναι ωστόσο αδύνατο. Ο πιο επικίνδυνος τύπος στοματικού σεξ είναι αυτός του στόματος-πέους. Υπάρχουν όμως και επιπλέον επικίνδυνες συμπεριφορές που συμβάλλουν στην μετάδοση του ιού όπως οι πληγές στο πέος, τα ούλα που αιμορραγούν, το αίμα της εμμήνου ρύσης και αν είναι φορείς άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. (Division of HIV/AIDS Prevention, 2016)

Χρήση ενέσιμων ναρκωτικών:

Η χρήση κοινών συρίγγων, η ανταλλαγή βελονών και λοιπού εξοπλισμού αυξάνουν κατά πολύ τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV σε μη οροθετικά άτομα. (Division of HIV/AIDS Prevention, 2018)

2.2 Ομάδες υψηλού κινδύνου

Στις ομάδες υψηλού κινδύνου περιλαμβάνονται: (Λεμπιδάκη, 2012)



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Ομοφυλόφιλοι (gay) – αμφιφυλόφιλοι (bisexual) άνδρες

Ναρκομανείς που μοιράζονται σύριγγες

Αυτοί που κάνουν πολλές μεταγγίσεις

Άνθρωποι που μένουν σε περιοχές που υπάρχουν πολλά κρούσματα

Άνθρωποι με πολλαπλούς συντρόφους

Άτομα με σεξουαλικούς συντρόφους που είναι οροθετικοί

Παιδιά ασθενών με AIDS

Ιερόδουλες και οι πελάτες τους (Λεμπιδάκη, 2012)

Οι ομοφυλόφιλοι (gay) και αμφιφυλόφιλοι (bisexual) άνδρες είναι αυτοί που είναι πιο επιρρεπείς στον HIV ακολουθούμενοι από τους ναρκομανείς που κάνουν χρήσεις ενδοφλέβιων ναρκωτικών και μοιράζονται τις σύριγγες τους και τον λοιπό εξοπλισμό τους. Επίσης είναι άξιο να σημειωθεί ότι οι αμφιφυλόφιλοι άνδρες είναι αυτοί που συνήθως μεταδίδουν τον ιό στον ετεροφυλοφιλικό (straight) πληθυσμό και έχουν σχέση και με την εμφάνιση της νόσου και στα παιδιά. (Λεμπιδάκη, 2012)

2.3 Παράγοντες ατομικής ευπάθειας ως προς τον HIV/AIDS

Ο Rosenstock (1974) είπε ότι οι άνθρωποι όταν γνωρίζουν για τις συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους ενθαρρύνονται να αλλάξουν την στάση τους και να υιοθετήσουν μια προστατευτική συμπεριφορά.

Σε έρευνα που έγινε στην Νιγηρία, βρέθηκε ότι η γενικότερη γνώση των ανθρώπων σχετικά με την πρόληψη και την μετάδοση του AIDS είναι παράγοντες οι οποίοι εκτιμούν το πόσο ευαίσθητο είναι το άτομο απέναντι στον ιό HIV (Awosan et al, 2014, Eluwa et al, 2015, Lammers et al, 2013, Osonwa et al, 2013).



Αυτό είναι απόδειξη ότι το σύνολο των γνώσεων του κάθε ανθρώπου συμβάλλει στην ανάπτυξη προστατευτικών μέτρων. Αυτά, μαζί με τις επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές μπορεί να επηρεάσει την οπτική του ατόμου πάνω στο θέμα αυτό.

Στην Νιγηρία, θεωρείται ότι οι σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου είναι η μόλυνση από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλά άτομα, όταν κάποιος ξεκινά να είναι σεξουαλικά ενεργός από νεαρή ηλικία, όταν χρησιμοποιεί λίγες φορές ή και καθόλου προφυλακτικό, περιστασιακές σεξουαλικές επαφές (casual sex) και η δεκτική πρωκτική σεξουαλική πράξη (Amu, 2014; Awosan et al, 2014, Eluwa et al, 2015, Makwe & Ahmad, 2013, Mukoro et al, 2013, Wusu, 2011).

Όσο αφορά τους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες, απεδείχθη ότι τα νέα άτομα ήταν πιο ενήμερα σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία για τους παράγοντες που τους καθιστούν ευαίσθητους στον HIV/AIDS (Eluwa et al, 2015, Fagbamigbe et al, 2011). Αυτό πιθανόν να σχετίζεται με το γεγονός ότι οι νέοι είναι και αυτοί που υιοθετούν τις περισσότερες σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.

Η οικογενειακή κατάσταση από την άλλη δεν έδειξε να έχει κάποια σχέση παρόλο που άλλες έρευνες έδειξαν ότι ένας παράγοντας ευθύνης που μπορεί να οδηγήσει σε μόλυνση από τον HIV είναι η οικογένεια (Adebayo, et al, 2013, Kiposoma, 2013, Shisana, et al 2004).

Η οικονομική κατάσταση από την άλλη φάνηκε να έχει σχέση. Βρέθηκε ότι τα άτομα ευκατάστατων οικογενειών είναι πολύ πιο πιθανόν να μολυνθούν από τον ιό από ότι αυτοί από άπορες οικογένειες. Αυτό σχετίζεται με το γεγονός ότι οι πιο πλούσιοι άνθρωποι πιθανώς να έχουν περισσότερες ευκαιρίες να αποκτήσουν πολλαπλούς συντρόφους. (Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας της Νιγηρίας, 2013).

Το επίπεδο εκπαίδευσης παίζει και αυτό με την σειρά του σημαντικό ρόλο καθώς βρέθηκε ότι τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευσή αντιλαμβάνονταν περισσότερο τον κίνδυνο, υποστηρίζοντας αυτό που αναφέρθηκε και παραπάνω, το ότι οι νέοι έχουν μεγαλύτερη επίγνωση του κινδύνου από τους πιο μεγάλους σε ηλικία ανθρώπους. (Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας της Νιγηρίας, 2013).

Ένας άλλος εξίσου σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την αυτογνωσία για την ευπάθεια προς τον HIV είναι η θρησκεία. Ειδικότερα φάνηκε ότι οι Χριστιανοί έχουν περισσότερη αυτογνωσία για την ευπάθεια από τους Μουσουλμάνους. (Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας της Νιγηρίας, 2013).



Σχετικά με το φύλο, η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τόσο οι άνδρες όσο οι γυναίκες είναι το ίδιο ενήμεροι για τους παράγοντες που τους καθιστούν ευάλωτους στον HIV. (Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας της Νιγηρίας, 2013).

Τέλος, αυτά που βοηθούν στο να αντιμετωπισθούν τυχόν ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις από τον HIV είναι η προσφορά συμβουλών και εξετάσεων για την διάγνωση του ιού αυτού (Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας της Νιγηρίας, 2013). Όταν κάποιος γνωρίζει εάν είναι ή δεν είναι φορέας του ιού, αλλάζει και ο τρόπος που αντιλαμβάνεται την πιθανή ευπάθεια του στο AIDS.

Οι Eluwa et al (2015) εξήγησαν ότι όταν δεν εξετάζονται τα άτομα για να δουν αν μολύνθηκαν επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο (τα άτομα) εκτιμούν το ατομικό τους ρίσκο να κολλήσουν (Fagbamigbe A., Lawal A. & Idemudia E., 2017).

2.4 Μετάδοση στους επαγγελματίες υγείας

Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία και άλλα συστήματα υγείας, κυρίως οι νοσηλευτές και οι τεχνικοί εργαστηρίων είναι εκτεθειμένοι πολλές φορές στον HIV. Μπορούν να κολλήσουν τον ιό από τρύπημα από βελόνα, από εκτεθειμένο αίμα ή από βλεννογόνους των ασθενών σε ποσοστό 0,3% εκτίμησε το CDC το 2001. Άλλοι παράγοντες κινδύνου μόλυνσης των επαγγελματιών υγείας είναι μέσω του μολυσμένου αίματος από ανοικτές πληγές ή όπως προαναφέρθηκε από βαθύ τρύπημα (NIOSH, 1999).

Αυτό ώθησε το CDC μαζί με την Συμβουλευτική Επιτροπή Νοσοκομειακών Πρακτικών Ελέγχου Λοιμώξεων (HICPAC) να φτιάξουν κανόνες έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος της έκθεσης των επαγγελματιών υγείας στα σωματικά υγρά και το αίμα. Επίσης, η Δράση Ασφάλειας και Πρόληψης του Τρυπήματος Βελόνας καθιερώθηκε σαν νόμος το 2000, ενθαρρύνοντας να μην χρησιμοποιούνται συσκευές με βελόνες έτσι ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος έκθεσης στον ιό και όταν δεν γίνεται να αποφευχθεί η χρήση της βελόνας να χρησιμοποιούνται πάντα τα πώματα ασφαλείας που διατίθενται και τα αιχμηρά να αποβάλλονται σε ειδικά δοχεία. (CDC, 2005).

Αν κάποιος εργαζόμενος εκτεθεί στα πλαίσια της εργασίας του στον ιό τότε με βάση τον Χειρισμό των Επαγγελματικών Εκθέσεων σε Αίμα (2001) από το CDC, αυτός που εκτέθηκε θα πρέπει κατευθείαν να πλύνει το σημείο με άφθονο νερό και σαπούνι και θα πρέπει να υποβληθεί αμέσως σε τεστ για τον HIV καθώς και να ενημερώσει τον προϊστάμενο του για το συμβάν. (CDC, 2005).



Επιπλέον θα πρέπει να ξεκινήσει να παίρνει αντιρετροϊκή θεραπεία σύμφωνα με το CDC αμέσως μετά το περιστατικό ή και μέχρι 72 ώρες μετά ανάλογα με το τι αρμόζει και διαρκεί 4 εβδομάδες. Υπάρχει όμως και ένα δίλλημα καθώς τα αντιρετροϊκά φάρμακα μπορεί να έχουν ισχυρές παρενέργειες (CDC, 2005).

2.5 Ευάλωτες ομάδες ανθρώπων στην Νότια Αφρική

Σήμερα περίπου 7,1 εκατομμύρια άνθρωποι είναι φορείς του HIV στην Νότια Αφρική (UNAIDS 2016), πράγμα που την κάνει την πρώτη χώρα του κόσμου με τον μεγαλύτερο αριθμό οροθετικών (Beaubien 2013). Εκτιμάται ότι το 18,9% των ενηλίκων ηλικιών 15 με 49 είναι οροθετικοί από τους οποίους 4,1 εκατομμύρια είναι γυναίκες και 320.000 είναι παιδιά ηλικιών μικρότερες από 15. Συγκριτικά με το 2002 όπου το ποσοστό των κρουσμάτων σε ενήλικους των 15 με 49 ετών ήταν 15,6%, 16,2% το 2005 και 16,9 το 2008. Αν και το ποσοστό εμφάνισης του ιού έχει μειωθεί ο αριθμός των ανθρώπων που διαγιγνώσκονται με χρόνια HIV έχει ανέβει στα 100.000 άτομα ετησίως. Τέλος, ο αριθμός θανάτων από την νόσο έχει μειωθεί από 257.000 άτομα το 2005 σε 194.000 το 2010 και το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατά 8 χρόνια στα μέσα του 2000.

Το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο της Νότιας Αφρικής το 2012 τόνισε ότι υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου στον πληθυσμό (Republic of South Africa 2012). Αρχικά οι γυναίκες ηλικιών 15 έως 24 είναι 4 φορές πιο πιθανόν να κολλήσουν τον ιό από ότι οι άνδρες σε αυτές τις ηλικίες. Την μεγαλύτερη όμως πιθανότητα να κολλήσουν τον ιό είναι οι άνδρες που δεν έχουν κάνει περιτομή, αυτοί που έχουν κάνει αλλαγή φύλου και οι ομοφυλόφιλοι άνδρες. Μία άλλη ομάδα που βρίσκεται σε κίνδυνο να γίνει φορέας είναι τα ορφανά παιδιά και οι νέοι. Επιπρόσθετα, οι άνθρωποι που ζουν στην φτώχεια λέγεται ότι είναι ήδη φορείς του ιού. Αυτά μαζί με την χρήση απαγορευμένων ουσιών, την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ και την σεξουαλική εργασία λέγεται ότι κάνει τον πληθυσμό ευάλωτο στον HIV. Τέλος, η μετανάστευση αυξάνει αρκετά τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου.

Ο Singer et al. (2017) τονίζει ότι τα φαινόμενα αυτά είναι περισσότερο πιθανόν να εμφανιστούν σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν καλές συνθήκες υγείας οι οποίες υπάρχουν εξαιτίας της φτώχειας, το στίγμα, το άγχος και την βία. Επίσης στην Νότια Αφρική συνυπάρχουν και διάφορες άλλες αρρώστιες όπως η φυματίωση και άλλες μολυσματικές ασθένειες. Οι Talman, Bolton και Walson (2013) αναφέρουν ότι οι ανάγκες που έχουν οι άνθρωποι σε φυσικούς πόρους και οι πρακτικές



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

διαβίωσης έχουν σχέση με το να γίνουν φορείς του AIDS, κάτι που δείχνει πως το φύλο και η κοινωνικοοικονομική τάξη παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην διάπλαση της σοβαρότητας της νόσου και στην ιδιότητα διαχείρισης της υγείας.

Συνεχίζοντας, η πολιτική της οικολογίας στο πλαίσιο της υγείας αναφέρει ότι η αντιμετώπιση των ασθενειών θα πρέπει να γίνεται με συνδυασμό κοινωνικής δυναμικής η οποία ταλαντεύεται από τα συστήματα κατοχής γης, την δυναμική διαβίωσης και τις περιφερικές πολιτικές οικονομίες και ότι το AIDS δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο σαν ασθένεια αλλά και σαν κοινωνικό-οικολογική εμπειρία. (Brian King, Margaret S. Winchester, 2018).

2.6 Δικαιώματα και υποχρεώσεις οροθετικών ατόμων

Δικαιώματα και υποχρεώσεις των οροθετικών ατόμων: (Φερλέ Σ., Μαμασούκα Α., 2017)

Δικαιώματα:

Τα HIV θετικά άτομα μπορούν να δουλέψουν σε εστιατόρια, καταστήματα τροφίμων και πολυκαταστήματα καθώς δεν μπορούν να μεταδώσουν τον ιό με απλή επαφή.

Επιτρέπεται να έχουν πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες, εκπαιδευτικές και άλλες παρόμοιες υπηρεσίες.

Έχουν το δικαίωμα να κάνουν ταξίδια σε όλον τον κόσμο για δουλειά ή διασκέδαση.

Απαγορεύονται οι ελαττώσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των ασθενών. Επίσης δεν χρειάζεται καμία ειδική φροντίδα για την κοινή χρήση σκευών φαγητού και του μπάνιου.

Τα παιδιά που είναι φορείς του AIDS μπορούν να πηγαίνουν κανονικά στο σχολείο καθώς δεν διατρέχουν κανένα κίνδυνο τα υπόλοιπα υγιή παιδιά.



Τέλος, έχουν κάθε δικαίωμα όπως και οι υγιείς άνθρωποι στην ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη. Θα πρέπει όμως να ενημερώνουν τον γιατρό ο οποίος με την σειρά του θα τηρεί το απόρρητο ασθενή – γιατρού. (Φερλέ Σ., Μαμασούκα Α., 2017)

Υποχρεώσεις:

Ένα οροθετικό άτομο υποχρεούται να γνωρίζει την σωστή χρήση του προφυλακτικού. Για αυτό πρέπει να μιλήσει με ειδικούς για να πάρει συμβουλές για επιπλέον ασφαλείς τρόπους σεξουαλικής επαφής. Υποχρεούνται επίσης να ενημερώνουν τους συντρόφους τους για την κατάστασή τους αλλιώς διαπράττουν έγκλημα και μπορούν και να καταδικαστούν για αυτό αν μολυνθεί ο σύντροφος. Επίσης απαγορεύεται να φέρουν στον κόσμο παιδιά εάν ένας από τους δυο είναι θετικός στον HIV διότι αν μολυνθεί η έγκυος έχει 50% πιθανότητες να μεταδώσει την νόσο στο έμβρυο. (Φερλέ Σ., Μαμασούκα Α., 2017)

Επίσης, θα πρέπει να σταματήσει την χρήση ναρκωτικών καθώς μπορεί να επισπεύσει την εξέλιξη της νόσου, ή τουλάχιστον να χρησιμοποιεί την σύριγγα μόνο μια φορά και να μην παίρνει από άλλους. Τέλος, δεν θα πρέπει να γίνεται δωρητής οργάνων, αιμοδότης, δότης σπέρματος και γάλακτος. (Φερλέ Σ., Μαμασούκα Α., 2017)

2.7 Φροντίδα ατόμων με AIDS στην κοινότητα: ο ρόλος του νοσηλευτή

Όταν κάποιος ζει με AIDS συνεχίζει να είναι μέλος της υπόλοιπης υγιούς κοινωνίας όπου δουλεύει και ζει κανονικά. Θα αντιμετωπίσει φυσικά, περιόδους έξαρσης της νόσου και μετά περιόδους ύφεσης όπου μπορούν να συνεχίσουν κανονικά την ζωή τους. (CDC, 2006).



Ο ρόλος του νοσηλευτή όταν η ασθένεια του πάσχων βρίσκεται σε έξαρση είναι να ενημερώνει τον ίδιο καθώς και το συγγενικό του περιβάλλον για την προσωπική υγιεινή και φροντίδα, να του παρέχει πληροφορίες για τα φάρμακα που παίρνει, να τους μιλήσει για τους Κανόνες Προφύλαξης έτσι ώστε να επιτευχθεί ο έλεγχος της λοίμωξης και ο σωστός τρόπος ζωής με πολλή ξεκούραση, σωστή διατροφή και γυμναστική. Είναι μεγάλης σημασίας να εξηγήσει πόσο σημαντικό είναι να λαμβάνει τακτικά τα φάρμακα του τονίζοντας την αναποτελεσματικότητα της αγωγής εφόσον δεν ληφθεί σωστά. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να βρει τις κατάλληλες υπηρεσίες κοινωνικοοικονομικής στήριξης, να φροντίσει έτσι ώστε τα σχολεία και οι χώροι εργασίας να εφαρμόσουν τις σχετικές πολιτικές και να φροντίσουν έτσι ώστε τα στελέχη του εργασιακού χώρου και κυρίως οι διευθυντές να εκπαιδευτούν στον χειρισμό περιπτώσεων όπου ο εργαζόμενος είναι οροθετικός φροντίζοντας να διατηρηθεί το απόρρητο του εργαζόμενου αρχικά και την αποτροπή λανθασμένων και βιαστικών ενεργειών όπως η απόλυση. (CDC, 2006).

Στην Αμερική το 1990 συντάχθηκε νόμος ο οποίος προστατεύει άτομα που είναι οροθετικά σε ότι έχει να κάνει με “διαχωρισμό” τους από τους μη νοσούντες σε ότι έχει σχέση με στέγαση, την εργασιακή τους απασχόληση και άλλες δραστηριότητες στην δημόσια ζωή (US Department of Justice, 2010). Το ίδιο ισχύει και για τα σχολεία όσον αφορά τα παιδιά που νοσούν με AIDS. Αυτά συνεχίζουν κανονικά την φοίτηση τους στα σχολεία, εκτός αν χρειαστεί σε κάποιες περιπτώσεις να σταματήσουν να πηγαίνουν. Δηλαδή, αν υπάρχουν κρούσματα στο σχολείο ιλαράς ή ανεμοβλογιάς ή αν το ίδιο το παιδί έχει επικίνδυνες συμπεριφορές με τις οποίες μπορεί να μεταδώσει την νόσο, για παράδειγμα αν δαγκώνει τους συμμαθητές του. (CDC, 2006).

Τα οροθετικά άτομα έχουν όλο και περισσότερη βοήθεια και υποστήριξη. Αυτή έρχεται από εθελοντές, θρησκευτικούς, κοινοτικούς ή οργανισμούς που στηρίζουν ανθρώπους που είναι οροθετικοί με όποιον τρόπο μπορούν. Ειδικότερα, προσφέρουν νομική και συμβουλευτική βοήθεια μέσω ομάδων που έχουν φτιαχτεί για αυτόν τον λόγο και διάφορες υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής εδώ δρα σαν σύμβουλος των κοινοτικών οργανισμών στα σπίτια για να κάνουν την δουλειά τους πιο εύκολη και σωστή. Επίσης έχουν δημιουργηθεί δωρεάν γραμμές υποστήριξης και ιστοσελίδες. (CDC, 2006).

Σε γενικές γραμμές θα χρειαστεί πολλή προσπάθεια από πολλές διαφορετικές ομάδες για να εμποδίσουν την εξάπλωση του HIV/AIDS. Η πληροφόρηση για την προληπτική συμπεριφορά θα πρέπει να διαμορφωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να τονίζει και την σημαντικότητα του κινδύνου της κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ και ναρκωτικών (CDC, 2006).



2.8 Ηθικές αρχές HIV/AIDS και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Υπάρχουν τέσσερις αρχές που αφορούν την ηθική της υγείας και αυτές είναι: η αυτονομία, η ευημερία, η αρχή που δεν επιτρέπει το βλάψιμο (του ασθενούς) και της δικαιοσύνης (Beauchamp and Childless, 2001).

Η αυτονομία έχει να κάνει με το δικαίωμα του ασθενούς να έχει ελεύθερη βούληση. Μαζί με την αρχή αυτή, περιλαμβάνεται και το δικαίωμα του ασθενούς να γνωρίζει οποιοσδήποτε κινδύνους και οφέλη που μπορούν να υπάρξουν από οποιαδήποτε ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση που επρόκειτο να γίνει. Επίσης, μπορεί ακόμα και να μην αποδεχτεί κάποια θεραπευτική αγωγή ή παρέμβαση εφόσον το επιθυμεί.

Η αρχή της ευημερίας συνδυάζεται με την αρχή που δεν επιτρέπει το βλάψιμο του ασθενούς καθώς και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει πάντα να έχουν υπόψιν τους το συμφέρον του ασθενούς σε ότι και να κάνουν και να εξασφαλίζουν ότι δεν θα πάθει κάτι κακό και ότι οι ίδιοι δεν θα βλάψουν τον ασθενή αντίστοιχα (Beauchamp and Childless, 2001). Ειδικότερα, θα φροντίζουν για την ασφάλεια του από τυχόν τραυματισμούς.

Η δικαιοσύνη είναι η αρχή που αφορά την διατήρηση του ισάριθμου διαχωρισμού των θετικών και των αρνητικών της περίθαλψης της υγείας και του ισάξιου μοιράσματος των σπάνιων ιατρικών πόρων.

Οι ηθικές αυτές αρχές συμπεριλαμβάνονται στους κώδικες δεοντολογίας των νοσηλευτών του Διεθνούς Συμβουλίου των Νοσηλευτών της Νότιας Αφρικής και της Αμερικανικής Ένωσης Νοσηλευτών. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε όλο αυτό είναι να γνωρίζει καταρχάς τι ορίζει ο νόμος σχετικά με το θέμα αυτό και να τον τηρεί καθώς και να συμπεριφέρεται σαν σωστός επαγγελματίας και να χτίζει σχέσεις με τους ασθενείς βασισμένες στην ευαισθητοποίηση και τον σεβασμό (Relf M., et al, 2009).

2.9 Ηθικά θέματα των νοσηλευτών στα νοσοκομεία σχετικά με τον HIV

Μερικά ηθικά θέματα που έρχεται αντιμέτωπος ο νοσηλευτής σχετικά με κάποιον που έχει μόλις διαγνωσθεί με HIV είναι το θέμα των (σεξουαλικών) συντρόφων ή σε περίπτωση που είναι



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ναρκομανής, όλους με όσους έχει μοιραστεί βελόνες και άλλον εξοπλισμό έγχυσης. Ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να φοβάται και να μην θέλει να φανερώσει στους συντρόφους του την διάγνωση του βάζοντας τους σε κίνδυνο καθώς μπορεί να έχουν κολλήσει και να μην το μάθουν έγκαιρα για να μπορέσουν να λάβουν την κατάλληλη θεραπεία. (CDC, 2003)

Σε αυτήν την περίπτωση ο νοσηλευτής υποχρεούται να τηρήσει το απόρρητο ασθενούς-νοσηλευτή αλλά και ταυτόχρονα να προσπαθεί να ωθήσει τον ασθενή να ενημερώσει τους συντρόφους του και όποιον άλλο χρειάζεται για την κατάσταση του. Θα το κάνει αυτό εξηγώντας στον ασθενή πόσο σημαντικό είναι να γνωρίζουν, να του λύνει ότι απορίες έχει και να τον καθησυχάζει. Επίσης θα πρέπει να μιλήσει με την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου έτσι ώστε αυτοί να μιλήσουν με τους συντρόφους του ασθενούς. Οι σύντροφοι θα ειδοποιηθούν από το νοσοκομείο για να μπορέσουν να εξεταστούν και να λάβουν θεραπεία εφόσον χρειάζεται, αλλά δεν θα μάθουν ποιος είναι αυτός που πιθανώς τους μετάδωσε τον ιό, διατηρώντας με αυτόν τον τρόπο την ανωνυμία του και το απόρρητο. (CDC, 2003)

Σε γενικές γραμμές, καθήκον του νοσηλευτή όταν ένας ασθενής του διαγιγνώσκεται με HIV, είναι να στραφεί στους ειδικούς για να τον συμβουλέψουν για το πώς να βοηθήσει συναισθηματικά τον ασθενή και το συγγενικό του περιβάλλον να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. (CDC, 2003)



Κεφάλαιο 3ο: Είδη λοιμώξεων και κακοήθειες στον HIV

3.1 Ευκαιριακές λοιμώξεις

Οι ασθενείς με AIDS κάποια στιγμή θα παρουσιάσουν λοιμώξεις από παθογόνους και ευκαιριακούς μικροοργανισμούς. Οι ευκαιριακές, όπως λέγονται, λοιμώξεις δημιουργούνται από μικροοργανισμούς που απαρτίζουν την φυσιολογική χλωρίδα και συνήθως βρίσκονται υπό τον έλεγχο της ανοσιακής λειτουργίας του οργανισμού. Αυτό σημαίνει ότι οι μικροοργανισμοί αυτοί μπορούν να προκαλέσουν λοίμωξη μόνο αν η ανοσιακή λειτουργία του οργανισμού είναι υπό καταστολή. (James G. Sampson, 2008)

Αυτές είναι υπεύθυνες για πολλά από τα συμπτώματα του AIDS και μπορεί να είναι: ιογενούς, βακτηριακής, μυκητιασικής ή πρωτοζωϊκής προέλευσης. (James G. Sampson, 2008)

3.1.1. Πρωτοζωϊκές λοιμώξεις

Η συχνότερη ευκαιριακή λοίμωξη πρωτοζωϊκής προέλευσης σε άνθρωπο με HIV είναι η πνευμονία από *Pneumocystis carinii*. Τα συμπτώματα της είναι δύσπνοια όταν καταβάλει μεγάλη προσπάθεια, ταχύπνοια, έντονο μη παραγωγικό βήχα και μερικές φορές ακροαστικά. (James G. Sampson, 2008)

Μια άλλη πρωτοζωϊκή λοίμωξη είναι η τοξοπλασμική εγκεφαλίτιδα προκαλούμενη από το *Toxoplasma gondii*, το οποίο μεταδίδεται από μολυσμένες εκκρίσεις γάτας ή α ο ασθενής καταναλώνει μολυσμένο κρέας ή κρέας που δεν έχει μαγειρευτεί καλά. Τα κλινικά συμπτώματα της τοξοπλασμικής εγκεφαλίτιδας είναι αλλαγές στην νοητική κατανόηση, νευρολογικά συμπτώματα, πονοκεφάλους και πυρετό. Επίσης μπορεί να παρουσιάσει δυσκολίες στο να μιλήσει,



να περπατήσει, να δει καθαρά καθώς και επιληπτικές κρίσεις, λήθαργο και σύγχυση. Για τον λόγο αυτόν θα πρέπει να γίνεται λεπτομερής εξέταση της βασικής νοητικής λειτουργίας του ασθενούς και στενή παρακολούθηση για παρατήρηση τυχόν μεταβολών σε αυτές. (James G. Sampson, 2008)

Η κρυπτοσποριδία είναι μια λοίμωξη του εντέρου προκαλούμενη από τα κρυπτοσπορίδια. Όταν ο ασθενής με AIDS προσβληθεί από την κρυπτοσποριδία παρουσιάζει από διάρροια η οποία μπορεί να προκαλέσει σοβαρή απώλεια υγρών, συγκεκριμένα 15-20 L/ημέρα, έως ηλεκτρολυτικές διαταραχές. (James G. Sampson, 2008)

3.1.2. Μυκητιασικές λοιμώξεις

Στα άτομα με AIDS η καντιντίαση, δηλαδή η λοίμωξη από την *Candida albicans* είναι αρκετά συχνή και οφείλεται στο ότι ο οργανισμός δεν μπορεί να ελέγξει τον πολλαπλασιασμό αυτού του μύκητα ο οποίος υπάρχει ήδη στον οργανισμό όλων των ανθρώπων καθώς αποτελεί φυσιολογική μικροχλωρίδα του γαστρεντερικού σωλήνα. Ένα άλλο συχνό εύρημα σε ανθρώπους με AIDS οφειλόμενο στην *Candida* είναι η στοματίτιδα και οισοφαγίτιδα. Αυτοί που νοσούν αναφέρουν ότι το φαγητό έχει ‘‘περίεργη’’ γεύση, στοματικό άλγος, δυσκολία στο να καταπιούν και πόνο πίσω από το στέρνο (οπισθοστερνικό πόνο). Συνοδεύεται από λευκοκίτρινες πλάκες και σημεία φλεγμονής κατά την εξέταση του στόματος και του πίσω μέρους του λαιμού. Η οισοφαγίτιδα διαγιγνώσκεται ενδοσκοπικά με βιοψία και καλλιέργεια. (James G. Sampson, 2008)

Οι γυναίκες με AIDS μπορεί να εμφανίσουν κολπική καντιντίαση με κνησμό, ερεθισμό του πρωκτού και παχύρρευστες λευκές κολπικές εκκρίσεις. (James G. Sampson, 2008)

Μια σοβαρή μορφή μηνιγγίτιδας, η κρυπτοκοκκίωση που προκαλείται από *Cryptococcus neoformans* συναντάται συχνά σε ανθρώπους με AIDS. Τα συμπτώματά της είναι πυρετός, πονοκεφάλι, διαταραχές στην όραση, ναυτία και έμετοι, δυσκαμψία του αυχένα, σύγχυση και διαταραχές πνευματικής κατάστασης. Κάποιοι εμφανίζουν κρίσεις απληψίας και άλλα νευρολογικά προβλήματα. (James G. Sampson, 2008)

Η ιστοπλάσμωση προκαλούμενη από *Histoplasma capsulatum* πρώτα εμφανίζεται σαν αναπνευστική λοίμωξη και μετά γίνεται γενικευμένη. Χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην αναπνοή, πυρετό, βήχα και απώλεια βάρους ενώ ο σπλήνας, το ήπαρ και οι λεμφαδένες μπορεί να διογκωθούν. (James G. Sampson, 2008)



3.1.3. Βακτηριακές λοιμώξεις

Η πιο συχνή βακτηριακή λοίμωξη σχετιζόμενη με το AIDS είναι το *Mycobacterium avium complex*. Προκαλείται από το *Mycobacterium intracellulare* ή το *Mycobacterium avium* που υπάρχουν φυσιολογικά στο αναπνευστικό ή γαστρεντερικό σύστημα. Στα κλινικά συμπτώματα της περιλαμβάνονται πυρετός, αδιαθεσία, λεμφαδενοπάθεια, ατονία, οργανική βλάβη και απώλεια βάρους. (James G. Sampson, 2008)

Το 2-10% των ασθενών με AIDS μπορεί να εμφανίσει φυματίωση. Αυτή προκαλείται από το *Mycobacterium tuberculosis*. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, τρέμουλο, μείωση βάρους, ανορεξία και νυκτερινή εφίδρωση. Πιο συγκεκριμένα η φυματίωση χωρίζεται σε πνευμονική και εξωπνευμονική. Στην πνευμονική οι κλινικές εκδηλώσεις είναι βήχας, άλγος στο στήθος και δυσκολία στην αναπνοή. Τα συμπτώματα της εξωπνευμονικής διαφέρουν ανάλογα με το σημείο εμφάνισης αλλά γενικότερα επηρεάζουν το γαστρεντερικό, το ΚΝΣ, το δέρμα, τα οστά, το σπλήνα και το ήπαρ. (James G. Sampson, 2008)

Η υποτροπιάζουσα βακτηριακή πνευμονία είναι επίσης αρκετά συχνή. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται δυσκολία στην αναπνοή, πυρετός, άλγος στο στήθος και παραγωγικός βήχας. (James G. Sampson, 2008)

3.1.4. Ιογενείς λοιμώξεις

Ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV) προσβάλλει πολλά σημεία του οργανισμού. Συγκεκριμένα προκαλεί λεμφαδενοπάθεια, αδιαθεσία, εξάντληση, πυρετό και μείωση βάρους. Επίσης το CMV μπορεί να προκαλέσει αμφιβληστροειδοπάθεια η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μερική έως πλήρη τύφλωση. Το CMV μπορεί ακόμα να "χτυπήσει" και στο γαστρεντερικό και στο ΚΝΣ, καθώς και να προκαλέσει εγκεφαλίτιδα, κοιλιακή διάταση, επινεφρίτιδα, κολίτιδα με διάρροια, ηπατίτιδα, μείωση βάρους και πνευμονίτιδα. (James G. Sampson, 2008)



3.1.5. Λοιμώξεις από τον απλό έρπητα (HSV)

Εμφανίζεται στην πρωκτική και στοματική περιοχή καθώς και στα γεννητικά όργανα. Ο ασθενής νιώθει πόνο στην προσβεβλημένη περιοχή και έχει φαγούρα που μπορεί να διαρκέσει και 24 ώρες όπου και ακολουθεί ο σχηματισμός φυσαλίδων. Επιπροσθέτως μπορεί να παρουσιάσει αιμορραγία, τοπικό άλγος, πυρετό, λεμφαδενίτιδα καθώς και καθώς και κακουχία, πονοκέφαλος και μυϊκό άλγος. (James G. Sampson, 2008)

Τα συμπτώματα από την λοίμωξη αυτή είναι άλγος και αίσθημα καύσου των αισθητηρίων νευρικών οδών και μετά εμφανίζονται μεγάλες φλύκταινες με υγρό, πονοκεφάλι και χαμηλός πυρετός. (James G. Sampson, 2008)

3.2 Νεοπλασίες

3.2.1. Σάρκωμα Kaposi

Είναι το συχνότερο νεόπλασμα που συναντάται, σε ποσοστό 1-21% των ασθενών με AIDS. Εμφανίζεται με μικρές καφέ-ιώδες δερματικές αλλοιώσεις που συνήθως δεν είναι επώδυνες και δεν προκαλούν φαγούρα αλλά μπορεί να κάνουν την εμφάνιση τους σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Διαγιγνώσκεται με βιοψία και ιστολογικές εξετάσεις. (James G. Sampson, 2008)



3.2.2. Κακοήθη λεμφώματα

Είναι τα μη-Hodgkin B-λεμφώματα όπως για παράδειγμα το λέμφωμα Burkitt, τα ανοσοβλαστικά λεμφώματα και το πρωτογενές λέμφωμα του εγκεφάλου. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται νυκτερινές εφιδρώσεις, πυρετός και μείωση βάρους. (James G. Sampson, 2008)

3.3 Ενδοκρινείς επιπλοκές

Σε πολλούς HIV-θετικούς άνδρες και HIV-θετικές γυναίκες παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης και ανωμαλίες στην έμμηνου ρύση αντίστοιχα. Η μείωση της μυϊκής μάζας και οι αλλαγές στην libido συνοδεύουν τις διαταραχές αυτές και στα δύο φύλλα. (James G. Sampson, 2008)

Μια άλλη επιπλοκή είναι η επινεφριδιακή δυσλειτουργία η οποία προκαλεί επινεφριδιακή ανεπάρκεια. Τα συμπτώματα που την συνοδεύουν είναι κόπωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ναυτία, υπόταση και έμετος, ενώ μπορεί ακόμα και να οδηγήσει και στον θάνατο. (James G. Sampson, 2008)

3.4 Σύμπλεγμα άνοιας στο AIDS

Είναι αρκετά συχνό καθώς συναντάται στο 70% των HIV-θετικών ατόμων. Συμβαίνει επειδή τα κύτταρα του νευρικού συστήματος ‘‘μολύνονται’’ από το AIDS και οι κλινικές της εκδηλώσεις είναι συμπεριφορικές, κινητικές και γνωσιακές διαταραχές. (James G. Sampson, 2008)



3.5 Αλλαγές στο δέρμα

Σε πολλούς ασθενείς που νοσούν παρατηρείται φαγούρα, έκζεμα ή ψωρίαση και ξηρό δέρμα που είναι και ερεθισμένο. Μπορεί επίσης να εμφανίσουν αιμορραγία στα ούλα. (James G. Sampson, 2008)



Κεφάλαιο 4ο: HIV και προφύλαξη

4.1 Πρόληψη

Για την εμπόδιση της μετάδοσης του HIV στους υγιείς συντρόφους τους, τα οροθετικά άτομα θα πρέπει να μιλήσουν στους συντρόφους τους για την κατάστασή τους-σε περίπτωση που έχουν πρόσφατα διαγνωστεί- έτσι ώστε να εξεταστούν και εκείνοι εφόσον κριθεί απαραίτητο. Αν η HIV-θετική γυναίκα κυοφορεί, τότε θα πρέπει να ενημερώσει άμεσα τον γιατρό της ο οποίος θα την παραπέμψει στην κατάλληλη θεραπεία. Οι άνδρες καλό θα ήταν να προχωρήσουν σε περιτομή καθώς έχει αποδεχθεί ότι ελαττώνει τον κίνδυνο να μολυνθούν από τον ιό. (Mayo Clinic Staff, 2018)

Όσον αφορά την σεξουαλική επαφή και ειδικότερα το πρωκτικό ή κολπικό σεξ αρχικά θα πρέπει να φοράει ο σύντροφος προφυλακτικό με τον σωστό τρόπο σε κάθε σεξουαλική επαφή και να το αλλάζει. Θα πρέπει επίσης να περιορίσει τους σεξουαλικούς συντρόφους του καθώς μπορεί κάποιος από αυτούς να είναι φορέας και να του μεταφέρει τον ιό. Να απευθυνθεί στον θεράπων ιατρό του για να δει αν χρειαστεί να λάβει (οι οποίες αναλύονται παρακάτω). (CDC, 2018). Και τέλος όσον αφορά το στοματικό σεξ, όπως αναφέρθηκε και στο 2ο κεφάλαιο, είναι ο λιγότερο επικίνδυνος τρόπος σεξουαλικής μετάδοσης του ιού αλλά δεν είναι όμως και ακατόρθωτο και αυτό μπορεί να συμβεί όταν υπάρχουν πληγές στην γεννητική περιοχή ή στην στοματική κοιλότητα καθώς και αιμορραγικά ούλα. Ο τρόπος προστασίας είναι η χρήση προφυλακτικού ή και κάποιου οδοντικού φράγματος καθώς και αν ο οροθετικός σύντροφος λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή που χρειάζεται. (CDC, 2018)

4.2 Προφύλαξη πριν από την έκθεση

Η προφύλαξη πριν από την έκθεση (Pre-exposure prophylaxis ή PrEP) είναι η λήψη φαρμάκων σε καθημερινή βάση από ανθρώπους που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου τα οποία εάν λαμβάνονται τακτικά μειώνουν τις πιθανότητες να κολλήσουν. (U.S. Department of Health and Human Services, 2018)



Αναλυτικότερα, ελαττώνεται η πιθανότητα μετάδοσης του HIV με την συνουσία περισσότερο από 90%. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται αν συνδυαστεί με την χρήση προφυλακτικών και λιπαντικών και 70% αντίστοιχα σε ανθρώπους που παίρνουν ναρκωτικά χρησιμοποιώντας τα ίδια εργαλεία. (U.S. Department of Health and Human Services, 2018)

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την προφύλαξη πριν την έκθεση είναι το tenofovir και το emtricitabine (με εμπορική ονομασία Truvada). Είναι εγκεκριμένα για ενήλικες και εφήβους άνω των 35kg και πρέπει φυσικά να είναι HIV-αρνητικοί. Επίσης άλλες ομάδες ανθρώπων που καλό θα ήταν να λαμβάνουν τα φάρμακα αυτά είναι αυτοί που έχουν σχέση με πολλούς συντρόφους, οι ομοφυλόφιλοι ή αμφιφυλόφιλοι άνδρες που έκαναν πρωκτικό σεξ χωρίς προφύλαξη ή είχαν διαγνωσθεί με ΣΜΝ τους τελευταίους 6 μήνες και οι ετεροφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες που δεν χρησιμοποιούν τακτικά προφυλακτικά (U.S. Department of Health and Human Services, 2018)

4.3 Προφύλαξη μετά την έκθεση

Η προφύλαξη μετά την έκθεση (Post-Exposure prophylaxis ή PEP) περιλαμβάνει την λήψη αντιρετροϊκών φαρμάκων έως και 72 ώρες μετά την πιθανή έκθεση όσον αφορά την σεξουαλική επαφή και την κοινή χρήση βελόνων και άλλων εργαλείων στους ναρκομανείς. (U.S. Department of Health and Human Services, 2015).

Το PEP είναι αποτελεσματικό αλλά όχι 100% και για αυτό θα πρέπει να συνεχιστεί η χρήση προφυλακτικού και ατομικών βελονών για όσους κάνουν χρήση (U.S. Department of Health and Human Services, 2015).

4.4 AIDS, εγκυμοσύνη και αντισυλληπτικές μέθοδοι

4.4.1. HIV και θνησιμότητα σχετιζόμενη με την εγκυμοσύνη



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί όσον αφορά τους θανάτους που σχετίζονται με τις εγκυμονούσες γυναίκες που είναι φορείς του AIDS, έχει βρεθεί ότι οι θάνατοι ανέρχονται σε ποσοστά από 7-21%. Οι έρευνες αυτές οι οποίες ξεκίνησαν σε περιοχές της ανατολικής και νότιας Αφρικής από το 1989 και ολοκληρώθηκαν το 2012 έβγαλαν σαν συμπέρασμα ότι οι θάνατοι όταν οι γυναίκες –οι οποίες είναι HIV-θετικές- εγκυμονούσαν ή και ως και 42 μέρες μετά την γέννα θεωρήθηκαν HIV-σχετιζόμενες. (Zaba, et al, 2013)

Συγκεκριμένα ένα συνολικό δείγμα αποτελούμενο από 138074 γυναίκες εκ των οποίων οι 49568 είχαν 86963 εγκυμοσύνες. Από αυτές, οι 6760 πέθαναν και από αυτές οι 235 κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή την περίοδο μετά την εγκυμοσύνη. (Zaba, et al, 2013)

4.4.2. Μέθοδοι αντισύλληψης

Αυτό μας δείχνει ότι η προφύλαξη κατά την σεξουαλική επαφή είναι ύψιστης σημασίας καθώς όχι μόνο οι θάνατοι των εγκύων και νέων μητέρων θα μειωθούν αλλά θα μειωθούν και τα ποσοστά μετάδοσης του ιού στο παιδί καθώς μπορεί να μεταδοθεί κατά την διάρκεια της κύησης, στον τοκετό και με τον θηλασμό. (ΚΕΕΛΠΝΟ, Γενικές πληροφορίες για τον HIV, 2018)

Για τον λόγο αυτόν οι γυναίκες οι οποίες είναι φορείς του AIDS και το γνωρίζουν και δεν θέλουν για προφανείς λόγους να φέρουν ένα παιδί στον κόσμο, είναι καλό να έχουν ασφαλή σεξουαλική δραστηριότητα με τους συντρόφους, και με τα σημερινά δεδομένα, υπάρχουν ποικίλες επιλογές τόσο για τις γυναίκες, όσο και για τους άνδρες σε ότι αφορά μεθόδους αντισύλληψης οι οποίες αναλύονται παρακάτω. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Διακεκομμένη συνουσία

Είναι η ‘‘απομάκρυνση’’ του πέους από τον κόλπο και τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας από τον σύντροφο πριν την εκσπερμάτιση.



Το ποσοστό επιτυχίας εξαρτάται από το πόσο πειθαρχημένος είναι ο άνδρας ως προς το να καταφέρει να διακόψει την συνουσία. Αυτό αποδεικνύεται ιδιαίτερα δύσκολο σε νεαρούς άνδρες και εφήβους. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Η μέθοδος αυτή δεν κοστίζει, είναι άμεση και δεν χρειάζεται να ληφθούν διάφορες ορμόνες και χημικές ουσίες. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Μέθοδοι επίγνωσης της γονιμότητας

Είναι η εύρεση μέσω διάφορων μεθόδων και εργαλείων της αρχής και του τέλους του εμμηνορυσιακού κύκλου. Συγκεκριμένα θα πρέπει να αναγνωρίζονται 3 φάσεις:

Μη γόνιμη φάση: μέρες πριν την ωοθυλακιορρηξία

Γόνιμη φάση: οι 5 με 7 μέρες της μέσης του εμμηνορυσιακού κύκλου συμπεριλαμβανομένου μερικές μέρες πριν, κατά την διάρκεια και την ημέρα μετά την ωοθυλακιορρηξία.

Μη γόνιμη φάση: μετά την ωοθυλακιορρηξία.

Παρόλο που η μέθοδος αυτή δεν είναι πάντα αποτελεσματική σε ορισμένες γυναίκες, είναι καλό να γνωρίζουν την διαδικασία αναγνώρισης των τριών φάσεων αυτών για να παρατηρούν με άμεσο τρόπο τα πρότυπα γονιμότητας. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Όλα αυτά υπολογίζονται με την βοήθεια διάφορων διαγραμμάτων, καταγραφών, υπολογισμών και παρατηρήσεων. Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι ότι η εκμάθηση αυτής της τεχνικής είναι πολύ χρονοβόρα και αρκετά δύσκολη. Επίσης δεν είναι πολύ αποτελεσματική σε γυναίκες και κυρίως έφηβες που δεν τους έχει σταθεροποιηθεί ο κύκλος. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Φυσικός οικογενειακός προγραμματισμός



Είναι η αποφυγή της σεξουαλικής επαφής στις γόνιμες μέρες και συγκεκριμένα 4 μέρες πριν και 3 με 4 μέρες μετά την ωοθλακιορρηξία. Το σπέρμα μπορεί να ‘επιβιώσει’ στην μήτρα ή στους ωαγωγούς έως και 60 ώρες μετά την συνουσία. Ωστόσο θα έχει την ικανότητα να γονιμοποιήσει το ωάριο από 24 με 48 ώρες. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Ημερολογιακή μέθοδος του ρυθμού

Φτιάχνεται με βάση τις ημέρες του κάθε κύκλου με αφετηρία την πρώτη μέρα της εμμηνορυσίας. Για να βρεθεί αυτή η μέρα πρώτα παρακολουθείται η έναρξη και η διάρκεια του κάθε κύκλου για 6 μήνες. Η αρχή των γόνιμων ημερών υπολογίζεται αφαιρώντας 18 μέρες από τον μικρότερο κύκλο. Το τέλος της γόνιμης περιόδου βγαίνει αφαιρώντας 11 μέρες από την διάρκεια του μεγαλύτερου κύκλου. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Μέθοδος οικογενειακού προγραμματισμού δύο ημερών

Βασίζεται στην εμφάνιση η μη των τραχηλικών εκκρίσεων. Είναι η πιο εύκολη και απλή μέθοδος από τις προηγούμενες και η γυναίκα απλά θα πρέπει να αποφεύγει την συνουσία αν παρατηρήσει εκκρίσεις για 2 συνεχόμενες μέρες. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Μέθοδος ωοθλακιορρηξίας:

Μέθοδο αυτή, η γυναίκα παρακολουθεί τις εκκρίσεις βλέννης που έχει οι οποίες αποτελούν ένδειξη της ωοθλακιορρηξίας. Ειδικότερα παρατηρεί την ποσότητα και την σύσταση της βλέννης που εκκρίνεται από τον κόλπο τοποθετώντας τα δάχτυλα ή ένα κομμάτι χαρτί στον κόλπο κάθε μέρα για μερικούς μήνες για να μπορέσει να προσδιορίσει την φάση αυτή του κύκλου της.



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η βλέννη αυτή είναι ζωτικής σημασίας για την σύλληψη καθώς αυτή προσαρμόζει το επίπεδο του pH, βοηθώντας έτσι το σπέρμα να επιζήσει για να γίνει η γονιμοποίηση. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Μέθοδος συνδυασμού της θερμοκρασίας του σώματος με τα συμπτώματα του εμμηνορρυσιακού κύκλου.

Στην μέθοδο αυτή γίνεται συνδυασμός 2 μεθόδων, της αλλαγής της θερμοκρασίας και από την αναγνώριση διάφορων συμπτωμάτων. Σε αυτά περιλαμβάνονται η αιμορραγία στα μέσα του κύκλου, η αυξημένη σεξουαλική επιθυμία, ο πόνος στην περιοχή της μήτρας, το αίσθημα πληρότητας στο αιδούο, η πυελική ευαισθησία. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Επίσης η γυναίκα καλείται να ψηλαφίσει τον τράχηλο έτσι ώστε να αναγνωρίσει πότε είναι στην φάση της ωοθυλακιορρηξίας. Ειδικότερα όταν γίνεται η ωοθυλακιορρηξία, ο τράχηλος γίνεται πιο σκληρός, κατεβαίνει προς τα κάτω και το στόμιό του κλείνει. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

4.4.3. Μέθοδοι φραγμού

Σπερματοκτόνα

Οι χημικές ουσίες που βρίσκονται μέσα στα σπερματοκτόνα στοχεύουν τα μαστίγια και το σώμα του σπερματοζωαρίου μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο την κινητικότητά τους, καθιστώντας το αδύνατο να φτάσουν στο τραχηλικό στόμιο. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Ένα χημικό σπερματοκτόνο που χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ είναι η νονοξυνόλη 9 (N-9) της οποίας η δράση είναι η φθορά της κυτταρικής μεμβράνης του σπέρματος. Η συνεχής χρήση αυτής όμως



έρευνες έχουν δείξει ότι αυξάνει τις πιθανότητες μετάδοσης του AIDS. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Προφυλακτικό

Ανδρικό προφυλακτικό: Είναι το προφυλακτικό που χρησιμοποιούν οι περισσότεροι άνδρες το οποίο καλύπτει το πέος και τοποθετείται πριν την έναρξη της συνουσίας, είναι μιας χρήσης και απορρίπτεται μετά την έξοδο του πέους από τον κόλπο μετά την εκσπερμάτιση. Τα ανδρικά προφυλακτικά έχουν φτιαχτεί από λάτεξ και πολυουθεράνη. Πέρα από ότι εμποδίζουν την επιτυχία της σύλληψης, αποτρέπουν την μετάδοση ορισμένων ΣΜΝ όπως γονόρροια, χλαμύδια, τριχομονάδωση καθώς και τον HIV. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Μερικά προφυλακτικά κατασκευάζονται από φυσικό δέρμα ζώων (και συγκεκριμένα το τυφλό έντερο των προβάτων) δεν είναι και τα ασφαλέστερα σε ότι αφορά την μετάδοση των ΣΜΝ και τον HIV καθώς έχουν μικρούς πόρους μέσω των οποίων μπορούν να περάσουν διάφοροι ιοί όπως της ηπατίτιδας Β, του απλού έρπητα και τον HIV. Όσο αφορά τα ποσοστά αποτυχίας της χρησιμοποίησης του ανδρικού προφυλακτικού στον πρώτο χρόνο χρήσης, ανέρχεται στο 15%. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Γυναικείο προφυλακτικό: Η αλλιώς κολπική καλύπτρα αποτελείται από πολυουθεράνη και φέρει ελαστικούς δακτύλους στα 2 άκρα. Η κλειστή άκρη της θήκης μπαίνει μέσα στον κόλπο και παίρνει θέση γύρω από τον τράχηλο και ο ανοικτός δακτύλιος καλύπτει τα χείλη. Είναι και αυτό μιας χρήσης και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται μαζί με το ανδρικό γιατί η τριβή μεταξύ τους μπορεί να προκαλέσει διάτρηση ενός από τα δύο ή και των δύο. Τα ποσοστά αποτυχίας του γυναικείου προφυλακτικού στο πρώτο έτος το ποσοστό ανέρχεται στο 21%. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)



Διάφραγμα

Το διάφραγμα είναι κατασκευασμένο από λάτεξ ή σιλικόνη το οποίο περιέχει έναν ευλύγιστο δακτύλιο που καλύπτει τον τράχηλο. Για να αγοραστεί χρειάζεται συνταγή από τον γιατρό. Το ποσοστό επιτυχίας του με την χρησιμοποίηση σπέρματοκτόνου παράλληλα στο πρώτο έτος χρήσης ανέρχεται στο 16%, ενώ η απόδοση του μειώνεται όταν δεν συνδυάζεται σπέρματοκτόνο.

(Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Επειδή το διάφραγμα είναι διαθέσιμο σε διάφορα μεγέθη, θα πρέπει να εκτιμηθεί το σωστό μέγεθος για την κάθε γυναίκα σε συνδυασμό με το βάρος της, πράγμα που σημαίνει ότι αν αλλάξει το βάρος της θα πρέπει να αλλάξει και το ίδιο το διάφραγμα. Αφού βρεθεί το κατάλληλο μέγεθος η γυναίκα πάντα πριν το χρησιμοποιήσει θα πρέπει να το ελέγχει και να το αλλάζει κάθε διετία ή νωρίτερα εφόσον χρειαστεί. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Το διάφραγμα είναι καλό να τοποθετείται 6 ώρες πριν την συνουσία και η γυναίκα θα πρέπει να έχει ουρήσει για να μην πιέσει την ουρήθρα κατά την εισαγωγή αλλά και μετά την συνουσία.

(Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Θα πρέπει να αφαιρείται 6-8 ώρες μετά την σεξουαλική επαφή και να μην τοποθετείται κατά την διάρκεια της εμμήνου ρύσης. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Τραχηλική καλύπτρα

Οι τραχηλικές καλύπτρες είναι φτιαγμένες από ελαστικό υλικό ή σιλικόνη χωρίς λάτεξ, με έναν μαλακό θόλο και σταθερά χείλη με σπέρματοκτόνο μέσα της. Τοποθετείται στην βάση του τραχήλου, κοντά στην ένωσή του με τον κόλπο. Πρέπει να παραμείνει εκεί από 6-48 ώρες κάθε φορά. Μπορεί να αφαιρεθεί 6 ώρες μετά από την σεξουαλική πράξη. Ο τρόπος τοποθέτησης της είναι παρόμοιος με αυτόν του διαφράγματος. Για να τοποθετηθεί σωστά θέλει εξάσκηση και απαιτείται έλεγχος από την γυναίκα ότι είναι σωστά τοποθετημένη πριν από κάθε συνουσία.

(Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Οι καλύπτρες δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά την διάρκεια της περιόδου και μέχρι 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Όπως το μέγεθος του διαφράγματος έτσι και το μέγεθος της



καλύπτρας είναι ανάλογο με το βάρος της γυναίκας και θα πρέπει να αλλάζει μέγεθος αν αλλάξει και το βάρος της. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Οι γυναίκες στις οποίες δεν συνίσταται η καλύπτρα ως αντισυλληπτική μέθοδος είναι αυτές που δυσκολεύονται να την τοποθετήσουν και να την αφαιρέσουν, αυτές που έχουν παθολογικά ευρήματα από τεστ Pap, αυτές που κανένα μέγεθος δεν τους ταιριάζει και αυτές που παρουσιάζουν συχνά κολπίτιδες, τραχηλίτιδες, το σύνδρομο τοξικής καταπληξίας και όσες έχουν αλλεργία στην καλύπτρα από λάτεξ ή στα σπερματοκτόνα. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Αντισυλληπτικός σπόγγος

Είναι μικρός στο μέγεθος και στρογγυλός από πολυουθεράνη. Τοποθετείται πάνω στον τράχηλο και είναι διαθέσιμο σε ένα μέγεθος που είναι κατάλληλο για όλες τις γυναίκες. Η πλευρά που τοποθετείται προς τον κόλπο έχει ένα κορδόνι από πολυεστέρα με το οποίο αφαιρείται όταν χρειαστεί. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

Προτού τοποθετηθεί θα πρέπει να βρέχεται με νερό. Ο σπόγγος μπορεί να αφαιρεθεί αφού περάσουν 6 ώρες από την τελευταία συνουσία. Αν η παραμονή του ξεπεράσει τις 24 έως 30 ώρες αυξάνει τις πιθανότητες η γυναίκα να πάθει το σύνδρομο τοξικής καταπληξίας. Τα ποσοστά αποτυχίας για τις άτοκες και πολύτοκες γυναίκες είναι 16% και 325 αντίστοιχα στο πρώτο έτος χρήσης. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010)

4.4.4. Ορμονικές μέθοδοι

Αντισυλληπτικά από το στόμα: Όταν η γυναίκα έχει περίοδο παράγονται η ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH) και η ωχρινोटρόπος ορμόνη (LH) σαν ανταπόκριση στα οιστρογόνα και την προγεστερόνη που παράγουν οι ωοθήκες. Οι ορμόνες που βρίσκονται στα αντισυλληπτικά σταματούν την δράση του υποθαλάμου και του προσθίου λοβού της υπόφυσης προκαλώντας με αυτόν τον τρόπο μη επαρκή παραγωγή της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της



ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH). Με αυτόν τον τρόπο καταστέλλεται η ωοθυλακιορρηξία και τα ωοθυλάκια δεν ωριμάζουν. . (U.S. FDA, 2009)

Θετικά: Επειδή είναι εύκολη η λήψη τους και δεν είναι άμεσα σχετιζόμενα με την συνουσία, είναι πιο αποδεκτά από τις γυναίκες. (U.S. FDA, 2009)

Ένα άλλο θετικό των χαπιών αυτών είναι ότι μειώνουν την ροή του αίματος στην περίοδο, όπως επίσης μειώνουν και την πιθανότητα να εμφανίσουν σιδηροπενική αναιμία. Επιπροσθέτως, ελέγχει την μηνορραγία καθώς και ρυθμίζει τους ανώμαλους κύκλους όπως και τον πόνο που βιώνουν πολλές γυναίκες στην περίοδο. Επίσης τα αντισυλληπτικά που λαμβάνονται per os μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης αδενοκαρκινώματος του ενδομητρίου και από τον καρκίνο των ωοθηκών. Λιγότευουν τις πιθανότητες εμφάνισης καλοηθών παθήσεων του μαστού και καλύτερεύουν την ακμή. Προφυλάσσουν επίσης από την σαλπινγίτιδα και τις έκτοπες κυήσεις. Είναι η ιδανικότερη επιλογή για τις μη καπνίστριες μέχρι την εμμηνόπαυση. Το ποσοστό αποτυχίας από τον πρώτο χρόνο λήψης είναι μόλις 5%. (U.S. FDA, 2009)

Αρνητικά: Η λήψη των αντισυλληπτικών χαπιών επόμενο θα ήταν όπως και όλα τα φάρμακα να έχουν και ορισμένες παρενέργειες. Ξεκινώντας, ο συνδυασμός των αντισυλληπτικών χαπιών αντενδείκνυται στις γυναίκες που έχουν ιστορικό θρομβοεμβολικών διαταραχών, ΑΕΕ, στεφανιαία νόσο, βαλβιδοπάθεια, Ca μαστού κ.α. (Nelson, 2007).

Δεύτερον, οι παρενέργειες που έχουν σχέση με την υπερβολική δόση των οιστρογόνων, την προγεστίνη ή και των δύο, περιλαμβάνουν το ΑΕΕ, έμφραγμα μυοκαρδίου, φλεβοθρόμβωση, υπέρταση, χολοκυστίτιδα, όγκοι ήπατος. (Nelson, 2007)

Τέλος, οι παρενέργειες σχετιζόμενες με την υπερβολική ποσότητα προγεστίνης περιλαμβάνουν αυξημένη όρεξη, κόπωση, κατάθλιψη, ευαισθησία μαστών και ακανόνιστες αιμορραγίες που είναι και οι πιο συνηθισμένες. (Nelson, 2007)



i. Διαδερμικό σύστημα αντισύλληψης

Το διαδερμικό σύστημα αντισύλληψης (transdermal contraceptive system) είναι στην ουσία ένα αυτοκόλλητο που είναι συνταγογραφούμενο το οποίο τοποθετείται είτε στον άνω και έξω βραχίονα, στο ανώτερο τμήμα του θώρακα μπροστά ή πίσω αποφεύγοντας όμως τους μαστούς, στην κατώτερη περιοχή της κοιλιάς ή στην περιοχή των γλουτών. (Trussell, 2007).

Το αυτοκόλλητο τοποθετείται μια φορά την εβδομαδιαίως την ίδια μέρα για 3 εβδομάδες και ακολουθεί μια βδομάδα που δεν τοποθετείται το αυτοκόλλητο. Το σημείο τοποθέτησης είναι καλό να αλλάζει κάθε φορά καθώς μπορεί να υπάρξει δερματική αντίδραση. (Trussell, 2007).

Το αρνητικό στο σύστημα αυτό είναι ότι μπορεί να προκαλέσει θρομβοεμβολικά επεισόδια (Courtney, 2006). Το ποσοστό αποτυχίας στο πρώτο έτος κυμαίνονται στο 8% (Trussell, 2007).

Κολπικός αντισυλληπτικός δακτύλιος

Είναι ένας εύκαμπτος δακτύλιος, που δίνεται μόνο με συνταγή από τον γιατρό, τοποθετείται στον κόλπο από την ίδια την γυναίκα και εκκρίνει προγεστερόνη (συγκεκριμένα ετονοργεστρέλη) και αιθανιλική οιστραδιόλη. Όπως και το διαδερμικό σύστημα αντισύλληψης, ο κολπικός δακτύλιος τοποθετείται για 3 εβδομάδες και έπειτα αφαιρείται για 1 εβδομάδα. Σε μερικές γυναίκες μπορεί να εμφανιστεί κολπίτιδα, λευκόρροια και κνησμός (Nanda, 2007).

Το ποσοστό αποτυχίας στον πρώτο χρόνο ανέρχεται στο 8% (Trussell, 2007).

Λήψη προγεστίνης από το στόμα (minipill)



Το ποσοστό αποτυχίας ανέρχεται στο 8% στον πρώτο χρόνο χρήσης (Trussell, 2007). Συνίσταται τα χάπια αυτά να τα παίρνει η γυναίκα την ίδια ώρα σε καθημερινή βάση για να έχουν καλύτερη αποτελεσματικότητα (Raymond, 2007). Η ακανόνιστη αιμορραγία είναι παρενέργειά της. (Raymond, 2007).

Ενέσιμη προγεστίνη

Χορηγούνται IM 150mg οξείκης μεδροξυ-προγεστερόνης. Η έγχυση ξεκινά τις 5 πρώτες μέρες του εμμηνορρυσιακού κύκλου και χορηγείται κάθε 12 εβδομάδες. (Trussell, 2007).

Τα πλεονεκτήματα είναι το ίδιο ποσοστό επιτυχίας με αυτής των χαπιών, η μεγάλη διάρκειά τους και η έγχυσή τους που γίνεται 4 φορές τον χρόνο. (Trussell, 2007).

Τα μειονεκτήματα της περιλαμβάνουν την αύξηση του βάρους, μεταβολές στους μαστούς, φλεβική θρόμβωση καθώς και η μη προστασία ενάντια στα ΣΜΝ, μαζί και του HIV. Το ποσοστό αποτυχίας ανέρχεται στο 3% στον πρώτο χρόνο (Trussell, 2007).

Εμφυτεύματα προγεστίνης

Τα εμφυτεύματα προγεστίνης τοποθετούνται από τον γιατρό στην εσωτερική μεριά του άνω άκρου υποδοριώς. Μόλις γίνει η τοποθέτηση ξεκινά η έκκριση προγεστίνης. Το εμφύτευμα παραμένει στην θέση του για 3 χρόνια και έπειτα αφαιρείται. (Trussell, 2007).

Μια αρκετά συχνή τους παρενέργεια είναι η ανώμαλη εμμηνορρυσία. Άλλα μειονεκτήματα είναι ότι μπορεί να προκαλέσουν πονοκεφάλους, νευρικότητα, ναυτία, αλλαγές στο δέρμα και ίλιγγο (Fischer, 2008). Τα εμφυτεύματα όμως δεν προσφέρουν προστασία ενάντια στα ΣΜΝ, συμπεριλαμβανομένου του HIV και για αυτό καλό θα ήταν να συνδυάζονται με προφυλακτικό. Το ποσοστό αποτυχίας στο πρώτο έτος είναι 0,05% (Trussell, 2007).



4.4.5. Ενδομήτριο σπείραμα

Το ενδομήτριο σπείραμα είναι μια συσκευή που έχει σχήμα ‘‘T’’ το οποίο τοποθετεί ο γιατρός ή η μαία στην μήτρα και οι δύο βραχίονες (που σχηματίζουν το ‘‘T’’) ανοίγουν μπροστά από τις σάλπιγγες εμποδίζοντας με αυτόν τον τρόπο το σπέρμα να περάσει μέσα. Η συσκευή αυτή έχει τοποθετηθεί σωστά εάν κρέμονται δύο κλωστές από τον κόλπο (Grimes, 2007).

Προτού γίνει η τοποθέτηση η γυναίκα θα πρέπει πρώτα να κάνει τεστ κύησης και να βγει αρνητικό καθώς και τραχηλικές καλλιέργειες για να δουν αν έχει κάποιο ΣΜΝ και θα πρέπει όλη η διαδικασία να έχει συγκατατεθεί από την ίδια. (Grimes, 2007).

Στα θετικά της μεθόδου αυτής συμπεριλαμβάνεται η μακράς διάρκειας αντισύλληψη και άμεση ‘‘επαναφορά’’ της γονιμότητας αμέσως μόλις αφαιρεθεί το σπείραμα. (Grimes, 2007).

Στα αρνητικά περιλαμβάνονται η πιθανότητα φλεγμονής της πυέλου, η αποβολή του σπειράματος ακούσια, λοιμώξεις και διάτρηση της μήτρας. (Grimes, 2007).

Το ενδομήτριο σπείραμα δεν προστατεύει από τα ΣΜΝ και τον HIV (Grimes, 2007).

4.4.6. Στεροποίηση γυναίκας

Η στεροποίηση της γυναίκας γίνεται με απολίνωση των δύο σαλπίγγων η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί και αμέσως μετά τον τοκετό ή την έκτρωση σε διάστημα 48 ωρών όπως και συνηθίζεται. Ακόμα, μπορεί να γίνει και σε κάθε φάση του κύκλου αφού πρώτα επιβεβαιωθεί ότι η γυναίκα δεν είναι έγκυος (Pollack et al, 2007).

4.4.7. Στεροποίηση άνδρα



Οι τύποι της στειροποίησης είναι η βασεκτομή (και αυτή χωρίζεται σε απόφραξη, απολίνωση ή εκτομή των δύο σπερματικών πόρων) όπου το σπέρμα αδυνατεί να προχωρήσει από τον όρχι στο πέος (FDA, 2009). Είναι μια πολύ απλή διαδικασία που μπορεί να πραγματοποιηθεί και εκτός του νοσοκομείου (ιατρείο). Ως επιπλοκές μπορεί να εμφανιστεί πόνος, αιμορραγία, λοίμωξη κ.α. (FDA, 2009).

Η μέθοδος αυτή είναι μόνιμη και μη αναστρέψιμη. Η επαναφορά στις καθημερινές δραστηριότητες γίνεται μέσα σε λίγες μέρες και όσον αφορά την σεξουαλική δραστηριότητα, γίνεται όποτε ο ίδιος ο άνδρας επιθυμεί, αλλά θα καλό θα ήταν να χρησιμοποιεί προφυλακτικό ή κάποια άλλη μέθοδο προφύλαξης τις πρώτες 12 εβδομάδες καθώς οι σπερματικοί πόροι δεν θα έχουν αδειάσει εντελώς αμέσως μετά την επέμβαση. (Trussell, 2007).

Δεν επηρεάζεται η στυτική ικανότητα ούτε τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου (Pollack et al, 2007). Το ποσοστό αποτυχίας στο πρώτο έτος κυμαίνεται στο 0,15% (Trussell, 2007).



Κεφάλαιο 5ο: HIV και ψυχική υγεία

5.1 Συμπτώματα

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών των ΗΠΑ (US Department of Health and Human Services), όταν κάποιος διαγιγνώσκεται με AIDS η ψυχολογική του κατάσταση θα επηρεαστεί στον μεγαλύτερο βαθμό. Μια από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές νόσους που παρουσιάζουν οι άνθρωποι με AIDS είναι η κατάθλιψη, η οποία μπορεί να είναι από μια ελαφριά έως και πολύ σοβαρή κατάθλιψη, απειλητική για την ζωή η οποία όπως είναι επόμενο επηρεάζει την καθημερινότητα του ασθενή. (US Department of Health and Human Services, 2018)

Τα συμπτώματά της είναι:

Αίσθημα λύπης ή ανησυχίας συνέχεια.

Αποχή από δραστηριότητες που τις έκανε για ευχαρίστηση.

Θυμώνει εύκολα και είναι ανήσυχος.

Δυσκολεύεται να κοιμηθεί το βράδυ ή να ξυπνήσει το πρωί.

Ξυπνάει πολύ νωρίς ή κοιμάται πολλές ώρες.

Καταναλώνει περισσότερη ή λιγότερη τροφή από συνήθως ή δεν έχει καθόλου όρεξη.

Βιώνει συχνές κεφαλαλγίες ή στομαχικό άλγος που δεν βελτιώνεται με θεραπεία.

Δυσκολία στην συγκέντρωση, στην λήψη αποφάσεων και αντιμετωπίζει προβλήματα μνήμης.

Αισθάνεται κούραση μετά από έναν καλό ύπνο.

Έχει τάσεις αυτοκτονίας (hiv.gov, US Department of Health and Human Services, Μάιος, 2018)

Τα άτομα που διαγιγνώσκονται με HIV περνάνε από 3 ψυχολογικά στάδια από την στιγμή της διάγνωσης έως και τον θάνατο τους. (Διαλεκτάκη Α., Σγουράκη Κ. 2004)

Στάδιο αρχικής κρίσης: Το πρώτο πράγμα που παρουσιάζει το άτομο είναι η άρνηση συνδυασμένη με πολύ άγχος. Το γεγονός ότι το άτομο βρίσκεται σε άρνηση τον κάνει αδιάφορο να ακούσει οποιαδήποτε συμβουλή του γιατρού ή μπορεί και να ‘αλλοιώσει’ στο



μυαλό του αυτά που θα του πει ο γιατρός, συγκρατώντας μόνο αυτό που θέλουν ή να καταλάβουν κάτι διαφορετικό από αυτό που τους είπε. Όσον αφορά τους ομοφυλόφιλους, αν θέλουν να μιλήσουν στην οικογένεια τους για την διάγνωσή τους ενώ δεν τους έχει μιλήσει για τις σεξουαλικές του προτιμήσεις, γίνεται πιο δύσκολο να το κάνουν και αυτό επιβαρύνει επιπλέον την ψυχολογική τους κατάσταση καθώς τους υποχρεώνει να κάνουν δυο τεράστιες αποκαλύψεις. Μόλις περάσει το διάστημα της άρνησης τότε έρχεται ο θυμός και τα καταθλιπτικά επεισόδια. Ο ασθενής αισθάνεται ενοχές, είναι λυπημένος, δεν έχει αυτοεκτίμηση, πιστεύει ότι κανείς δεν μπορεί να τον βοηθήσει και ότι δεν μπορεί να σωθεί και μπορεί ακόμα και να φτάσει σε σημείο να σκέφτεται ή και να επιχειρήσει να βάλει τέλος στην ζωή του. Μαζί με τις διαθέσεις αυτές μπορούν να συνυπάρξουν κρίσεις άγχους ή κρίσεις πανικού, διαταραχές του ύπνου, ταχυκαρδίες και να χάσει την όρεξή του. (Διαλεκτάκη Α., Σγουράκη Κ. 2004)

Μεταβατικό στάδιο: Είναι μια περίοδος όπου το άτομο έχει σύγχυση και οι στάσεις που έχει η κοινωνία απέναντι σε αυτά τα άτομα μπορεί να χειροτερεύσουν την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Στην φάση αυτή το άτομο είναι γεμάτο με θυμό, άγχος, ενοχές και αυτολύπηση. Δεν δέχεται καμία στήριξη, απομονώνεται από το φιλικό και οικογενειακό του περιβάλλον καθώς και δεν θέλει να επισκέπτεται τον γιατρό. Κάποιοι μπορεί και να στραφούν πάλι στις επικίνδυνες, κυρίως σεξουαλικές συμπεριφορές, που τους οδήγησαν εξ αρχής σε αυτήν την κατάσταση. Καλό θα ήταν για τα άτομα αυτά να αλλάξουν περιβάλλον, ακόμα και να ξεκινήσουν να πηγαίνουν σε ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης για τα άτομα αυτά, πράγμα που ενδέχεται να τους βοηθήσει να ανοιχτούν για αυτό το θέμα. Αυτό θα τους βοηθήσει και να προσαρμοστούν στις αλλαγές που γίνονται στην ζωή τους εξαιτίας της νόσου, μαθαίνοντας να είναι ρεαλιστές, πράγμα που θα τους κάνει πιο υπεύθυνους και λιγότερο εγωιστές και να αρχίσουν να απολαμβάνουν πράγματα τα οποία θεωρούσαν δεδομένα πριν. Έχουν αποδεχθεί την διάγνωσή τους και είναι ανοιχτοί στο να μιλήσουν για την νόσο τους σε άλλα άτομα που είναι καινούριοι σε αυτό. (Διαλεκτάκη Α., Σγουράκη Κ. 2004)

Στάδιο παραδοχής: Το στάδιο αυτό είναι το τελευταίο. Τα άτομα σε αυτό έρχονται πρόσωπο με πρόσωπο με τον προθανάτιο φόβο, μια αίσθηση που ενισχύεται από τα διάφορα παθολογικά συμπτώματα που έχουν όπως οι διάφορες ευκαιριακές λοιμώξεις, την σταδιακή δυσκολία στο να αυτοεξυπηρετηθούν, καθώς και αν κάποιος φίλος ή συγγενής πεθάνει από την ίδια νόσο. Τέλος είναι άξιο να σημειωθεί ότι αυτοί που μόλις διαγνώστηκαν με HIV είναι πιο επιρρεπείς στο να εμφανίσουν ψυχολογικό άγχος από αυτούς που το HIV έχει ήδη εξελιχθεί σε AIDS. (Διαλεκτάκη Α., Σγουράκη Κ. 2004)



5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως προς την εντόπιση ψυχικών προβλημάτων στους οροθετικούς

Σύμφωνα με τις Mantji J. και Mokholelana M. σε μια έρευνα που έκαναν το 2013 για τον έλεγχο της ψυχικής υγείας των οροθετικών ασθενών από τους νοσηλευτές στην Νότια Αφρική βρέθηκε ότι υπάρχει άνοδος των ψυχικών νοσημάτων στα οροθετικά άτομα με ποσοστό 50% παρά τις οδηγίες που παρείχαν στους νοσηλευτές. Αυτό με την σειρά του δημιούργησε ερωτήματα ως προς το πόσο ξεκάθαρες είναι οι οδηγίες αυτές για το νοσηλευτικό προσωπικό. (Mantji J., Mokholelana M., 2/2013)

Οι οδηγίες αυτές οι οποίες εκδόθηκαν το 2010 και απευθύνονταν σε ενήλικες και εφήβους, τονίζουν ότι θα πρέπει να γίνονται σε άτομα με HIV μελέτες που αφορούν: αρχικά την παρακολούθηση της πορείας του HIV και τον έλεγχο των CD4 κυττάρων και του ιικού φορτίου, αν έχει φυματίωση, αν υπάρχει κάποια ευκαιριακή λοίμωξη, να υποβληθούν οι γυναίκες σε Pap-test, σε έλεγχο για άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, να γίνει οικογενειακός προγραμματισμός και να διεξαχθούν έλεγχοι και διάφορα τεστ για να διαπιστωθεί η καλή ή μη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών όπως εξετάσεις για στρες, κατάθλιψη, αϋπνίες καθώς και για πιθανή κατάχρηση ουσιών και ανάλογα με τα αποτελέσματα θα παραχθεί η κατάλληλη βοήθεια σε κάθε περίπτωση. Επίσης αναφέρεται, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι υπεύθυνο για την αντιρετροϊκή αγωγή θα έχει λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση για να μπορέσει να αντιμετωπίζει σωστά το άτομο που νοσεί με AIDS αλλά συνήθως δεν θα έχει εκπαιδευτεί στην ψυχιατρική νοσηλευτική. (Mantji J., Mokholelana M., 2/2013)

Ωστόσο οι οδηγίες αυτές δεν εξηγούσαν ακριβώς τον τρόπο που θα πρέπει να εφαρμόζονται. Αντιθέτως αυτό θεωρήθηκε καθήκον των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να αξιολογήσουν την ψυχοκοινωνική κατάσταση των ασθενών. Οι Bongongo et al (2013) ανακάλυψαν ότι σε δομές οι οποίες δεν είναι ψυχιατρικές, το υγειονομικό προσωπικό συνήθως αδυνατεί να εντοπίσει τα σημάδια-συμπτώματα που δείχνουν την ύπαρξη κάποιας ασθένειας. Και για τον λόγο αυτόν γεννήθηκε η ανάγκη να εξετασθεί το πώς αντιλαμβάνονταν οι νοσηλευτές τις οδηγίες αυτές καθώς και πως τις εκτελούν. (Mantji J., Mokholelana M., 2/2013)

Στο πεδίο της έρευνας αυτής συμμετείχε νοσηλευτικό προσωπικό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλοι όσοι πήραν μέρος στην έρευνα έβλεπαν τις οδηγίες σαν ένα εργαλείο που τους βοηθούσε να αντιμετωπίσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και φροντίδα αυτούς που είχαν διαγνωσθεί με HIV όσον αφορά την θεραπευτική τους αγωγή, μερικοί νοσηλευτές όμως



είπαν ότι παρόλο που οι οδηγίες τους κατεύθυναν σε ένα σωστό δρόμο για την φαρμακευτική αντιμετώπιση του ιού, δεν έλαβαν ωστόσο καμία οδηγία που να τους επιδεικνύει πώς να αξιολογούν ψυχικά τους ασθενείς. (Mantji J., Mokholelana M., 2/2013)

Συγκρίνοντας τους νοσηλευτές που είχαν εκπαίδευση για την ψυχική υγεία με αυτούς που δεν είχαν διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές που δεν είχαν εκπαιδευτεί στην ψυχική υγεία δεν είχαν αρκετή αυτοπεποίθηση καθώς δεν γνώριζαν πώς να αξιολογήσουν τους οροθετικούς ασθενείς ως προς την ψυχική τους ευημερία διότι οι οδηγίες που τους δόθηκαν δεν ανέφεραν τίποτα σχετικά με αυτό. Αντίθετα αυτοί που είχαν εκπαιδευτεί στην ψυχική υγεία- οι οποίοι ήταν πολύ λιγότεροι- ήταν πιο άνετοι καθώς μπορούσαν να εντοπίσουν τυχόν αλλαγές στην ψυχική υγεία των ασθενών και στην συνέχεια μπορούσαν να κατασκευάσουν ένα πλάνο φροντίδας. (Mantji J., Mokholelana M., 2/2013)

Ως λύση οι νοσηλευτές πρότειναν να γίνουν μαθήματα ψυχικής υγείας σε όλους τους νοσηλευτές ανεξαρτήτως σε ποιες δομές εργάζονται, καθώς και την ίδρυση ενός κέντρου αναφοράς όπου όλοι οι νοσηλευτές θα μπορέσουν να έχουν πρόσβαση στις απαραίτητες και πιο πρόσφατες πληροφορίες από έγκυρες πηγές και στην εκπαίδευση τους αυτή θα πρέπει να συμβάλλουν και οι νοσηλευτές που έχουν ήδη τι γνώσεις αυτές έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένα κατάλληλο πρόγραμμα. (Mantji J., Mokholelana M., 2/2013)

5.3 Ψυχικά προβλήματα σε παιδιά και γονείς προσβεβλημένους από HIV και η οικογενειακή πρόληψη.

Σύμφωνα με τους Betancourt et al (2014), σε όλον τον κόσμο, περισσότερα από 16 εκατομμύρια παιδιά έχουν μείνει ορφανά από έναν ή και τους δυο γονείς από τον HIV και τουλάχιστον 5 εκατομμύρια παιδιά ζουν με οροθετικούς γονείς, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό είναι στην υποσαχάρια Αφρική. Η κατάσταση αυτή επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό τα παιδιά σε σημείο να αναπτύξουν ψυχολογικά προβλήματα και να έχουν φτωχές αναπτυξιακές εκβάσεις. Πιο συγκεκριμένα τα παιδιά αυτά είναι πιθανόν να εκδηλώσουν κατάθλιψη, άγχος και διάφορα κοινωνικά προβλήματα εξαιτίας των προβλημάτων που δημιουργούνται στην σχέση τους με τους γονείς τους. Πέρα από αυτό, μπορούν να υπάρξουν προβλήματα οικονομικά, στιγματισμός, φτωχή εκπαίδευση των παιδιών, κατάθλιψη των γονέων μέχρι και σωματική βία. Επίσης, όταν νοσούν οι γονείς τα παιδιά αναγκάζονται να αναλάβουν πολλές ευθύνες και αυτό είναι πολύ πειστικό για αυτά. Παρόλα αυτά έχουν δημιουργηθεί διάφορα προγράμματα για να βοηθήσουν στην ομαλή “λειτουργία” της οικογένειας και να μειώσουν ή και να εξαλείψουν την πιθανότητα να αναπτυχθούν ψυχικά προβλήματα στα παιδιά. (T. Betancourt, 2014).



Οι προληπτικές παρεμβάσεις με βάση την οικογένεια (FBPI= Family Based Prevented Interventions) είναι ένα πρόγραμμα που συμβάλλει στην σωστή λειτουργία της οικογένειας και στην πρόληψη ψυχολογικών προβλημάτων στα παιδιά καθώς καταβάλλει προσπάθειες για να εξαλείψει τις επικίνδυνες συμπεριφορές των παιδιών που τα καθιστά ευάλωτα στο να κολλήσουν τον HIV. Σήμερα επειδή όλο και περισσότερες εξετάσεις και θεραπευτικές αγωγές γίνονται διαθέσιμες, θα ήταν καλό να γίνονται ανά τακτικά χρονικά διαστήματα από τις οικογένειες που είναι οροθετικές και ειδικότερα οικογένειες όπου οι οροθετικοί γονείς ή γονέας έχουν παιδιά. Η Οικογενειακή Ενίσχυση Παρεμβάσεων (FSI=Family Strengthening Intervention) είναι ένα είδος υπηρεσίας που γίνεται κατευθείαν στα σπίτια η οποία αντιμετωπίζει τις επικίνδυνες συμπεριφορές στις οικογένειες αυτές. (T. Betancourt, 2014).

Το FSI έχει σαν στόχο να καλυτερεύσει την σχέση των γονέων με τα παιδιά τους, να φέρουν κοντά τις οικογένειες που έχουν χάσμα έτσι ώστε να υπάρξει καλή συναισθηματική κατάσταση των μελών της. Αυτό θα βοηθήσει τα μέλη των οικογενειών αυτών να ανοιχτούν για παρελθοντικές τραυματικές εμπειρίες και για άλλα θέματα που τους απασχολούν. (T. Betancourt 28/7/2014)

5.4 Οι επιπτώσεις της αντιετροϊκής θεραπείας στην κατάθλιψη

Σε μια έρευνα των Okeke E. και Wanger G. (2013) στην Ουγκάντα, αναφέρουν ότι πολλοί άνθρωποι από νοσούν με HIV είχαν αρκετά υψηλές πιθανότητες να παρουσιάσουν κάποια ψυχική ασθένεια και ειδικότερα το ποσοστό κυμαίνεται από 44% με 58% (Brandt, 2009). Από αυτές, η κατάθλιψη είναι αυτή που εμφανίζεται τις περισσότερες φορές. Στην υποσαχάρια Αφρική το 10% με 20% των οροθετικών πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη και ένα άλλο 20% με 30% εμφανίζει αρκετά καταθλιπτικά συμπτώματα ή όχι βαριά κατάθλιψη (Brandt, 2009; Collins, Homan, Freeman & Patel, 2006; Meyer et al, 2008).

Επίσης, γίνεται αναφορά στο γεγονός ότι η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών που σχετίζεται με τον HIV μπορεί να έχει δύο εκδοχές.

Οι άνθρωποι που έχουν ψυχικά προβλήματα είναι περισσότερο πιθανόν να εμφανίσουν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου που θα οδηγήσουν στην μόλυνση από τον ιό όπως η σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία, την σεξουαλική επαφή με πολλά άτομα, την κατάχρηση ουσιών (ενδοφλεβίως) (Carey et al, 2004; Meade & Sikkena 2005; Roseberg et al, 2001). Μια άλλη υπόθεση είναι ότι ο ίδιος ο ιός επειδή προκαλεί νευρολογικές διαταραχές, οδηγεί σε επιδείνωση



της ψυχικής υγείας του ατόμου (Freeman, Patel, Collins & Bertole, 2005) καθώς αισθάνεται ότι δεν μπορεί να φροντίσει την οικογένεια του λόγω της κατάστασής του και από την γενικότερη άσχημη εικόνα που έχει η κοινωνία για την νόσο αυτήν και από τις προκαταλήψεις. (Chandra, Ravi, Desai & Subbakrishna, 1998; Tostes, Chalub & Botega, 2004).

Για να διαπιστωθεί τι ισχύει, διεξήχθη έρευνα για την επίρεια της αντιρετροϊκής αγωγής στην κατάθλιψη. Θεωρήθηκε ότι αν ο HIV όντως δημιουργεί κατάθλιψη τότε τα αντιρετροϊκά φάρμακα επειδή θα ευνοήσουν τον ασθενή σωματικά θα ελαχιστοποιήσουν τις πιθανότητες να εμφανίσει κατάθλιψη. Από την άλλη αν ο HIV δεν παίζει ρόλο στην ψυχική υγεία τότε τα αντιρετροϊκά φάρμακα δεν θα επηρεάσουν καθόλου την κατάθλιψη. (Okeke E., Wanger G., 2013)

Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην έλλειψη μελετών που να αναφέρονται σε τυχόν επιδράσεις των αντιρετροϊκών φαρμάκων στην ψυχική υγεία. Μερικές από τις λίγες αυτές μελέτες έχουν βρει ότι η αγωγή φέρει θετικά αποτελέσματα (Bock et al, 2008; Jelsman, et al 2005), άλλες δεν έχουν βρει ότι έχει κάποια επίδραση (Adewuya et al, 2007; Freeman, Nkome, Kafaar & Kelly, 2007), ενώ άλλες έχουν βρει ότι τα αντιρετροϊκά φάρμακα έχουν αρνητική επίδραση στην ψυχική υγεία (Pearson et al, 2009). Συγκεκριμένα μια έρευνα που διεξήχθη στην Μοζαμβίκη έδειξε ότι η κατάθλιψη των ασθενών χειροτέρευσε μετά από ένα χρόνο θεραπείας. (Okeke E., Wanger G., 2013)

Η συγκεκριμένη έρευνα εξετάζει τι επιπτώσεις έχουν τα αντιρετροϊκά φάρμακα στην κατάθλιψη, χρησιμοποιώντας και ομάδες σύγκρισης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 29,3% είχαν ελαφριά κατάθλιψη και το 8,3% είχαν βαριά κατάθλιψη. Ανάμεσα σε αυτούς που είχαν βαριά κατάθλιψη, το 6% είχε λίγο βαριά κατάθλιψη, το 1,5% είχε σχετικά σοβαρή κατάθλιψη και το 0,8% είχε πολύ σοβαρή κατάθλιψη. (Okeke E., Wanger G., 2013)

Το 12,8% των συμμετεχόντων που τους χορηγήθηκαν τα αντιρετροϊκά φάρμακα και το 3,1% της συγκριτικής ομάδας παρουσίασαν βαριά κατάθλιψη και το 38,9% παρουσίασε ελαφριά κατάθλιψη και η αντίστοιχη ομάδα σύγκρισης 18,2%. Όλα αυτά τα αποτελέσματα βγήκαν όταν ξεκίνησε η έρευνα. Μετά από ένα εξάμηνο παρατηρήθηκαν πολλές αλλαγές. Το 12,8% του δείγματος με βαριά κατάθλιψη μειώθηκε και έφτασε στο 3% και μετά από ένα χρόνο θεραπείας είχε φτάσει περίπου στο μηδέν. Το ποσοστό της ομάδας σύγκρισης όμως παρουσίασε αύξηση στο εξάμηνο από 3,1% σε 6,4% αλλά ελαττώθηκε σε 4,8% όταν πέρασε ο ένας χρόνος. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι τα αντιρετροϊκά φάρμακα επηρεάζουν αρκετά την κατάσταση της σοβαρής κατάθλιψης. (Okeke E., Wanger G., 2013)



Από ότι φαίνεται τα αντιρετροϊκά φάρμακα επηρεάζουν και την ελαφριά κατάθλιψη με το ποσοστό της ομάδας που έλαβε θεραπεία να πέφτει στο 16% σε σχέση με την συγκριτική ομάδα. Πάνω στον χρόνο η διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων αυξήθηκε κατά 27%. (Okeke E., Wanger G., 2013)

Τέλος, σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι η αντιρετροϊκή αγωγή μετά από ένα χρόνο χορήγησης της είχε σχεδόν εξαλείψει την βαριά κατάθλιψη των συμμετεχόντων ενώ τα ποσοστά της ομάδας σύγκρισης δεν είχαν σχεδόν καθόλου διαφορά από όταν ξεκίνησε η έρευνα έως την συμπλήρωση ενός χρόνου από την έναρξή της. Τα ίδια περίπου αποτελέσματα είχε και η ομάδα της ελαφριάς κατάθλιψης (Okeke E., Wanger G., 2013)

5.5 Η σχέση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων με τον κίνδυνο λοίμωξης από τον HIV σε ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άνδρες

Οι Stall et al (2003) προσπαθούν να βρουν στην έρευνα που διεξήγαγαν την σύνδεση μεταξύ διάφορων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι άνδρες που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες και αν αυτά συμβάλλουν στο να αποκτούν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου ως προς το να μολυνθούν από τον HIV. Τα προβλήματα αυτά περιλαμβάνουν την βία μεταξύ των συντρόφων, την σεξουαλική κακοποίηση στα παιδικά χρόνια, την κατάχρηση ουσιών και την κατάθλιψη στους άνδρες αυτούς. Τα ευρήματα αυτά όμως, είναι άξιο να σημειωθεί, δεν αφορούν μόνο τους ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους άνδρες. Αλλά σύμφωνα με την βιβλιογραφία της έρευνάς τους, το AIDS είναι η ασθένεια που είναι πιο γνωστή στις πληθυσμιακές αυτές ομάδες σε σχέση με τις υπόλοιπες σοβαρές νόσους που θα μπορούσαν να αντιμετωπίζουν. (Stall et al, 2003)

Στην συγκεκριμένη έρευνα των Stall et al (2003) εξετάζεται κατά πόσο μια πληθώρα ψυχοκοινωνικών προβλημάτων είναι αυτή που οδηγεί σε επιδημία του AIDS σε ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άνδρες. (Stall et al, 2003)

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι τα τέσσερα προβλήματα που προαναφέρθηκαν παραπάνω σχετίζονται μεταξύ τους με διάφορους τρόπους. Ένας τρόπος είναι η σύνδεση μεταξύ της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης η οποία οδηγεί σε κατάθλιψη και τη μετέπειτα κακοποίηση του συντρόφου. Ένας άλλος τρόπος είναι η ανεξάρτητη σύνδεση μεταξύ της κατάθλιψης με την παιδική σεξουαλική κακοποίηση, την κατάχρηση ουσιών και την μετέπειτα κακοποίηση του συντρόφου. Η κατάχρηση ουσιών με την σειρά της είναι συνδεδεμένη με την κατάθλιψη και με την κακοποίηση από τον σύντροφο και τέλος η κακοποίηση του συντρόφου από το άτομο έχει να κάνει



με την κακοποίηση του ίδιου από όταν ήταν παιδί, την κατάθλιψη και την κατάχρηση ουσιών.

(Stall et al, 2003)

Στο ερώτημα για το αν τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα αυτά οδηγούν σε συμπεριφορές που καθιστά τα άτομα αυτά πιο ευάλωτα στον HIV, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει σύνδεση, καθώς και έχουν διεξαχθεί και άλλες έρευνες στο παρελθόν οι οποίες εξέταζαν ξεχωριστά το καθένα από τα προβλήματα αυτά και την σχέση τους με τον HIV/AIDS και συγκεκριμένα όταν πρωτοξεκίνησε η επιδημία. Στη συνέχεια τονίζεται ότι στην συγκεκριμένη έρευνα αποδεικνύεται ότι για να γίνουν πιο ευάλωτες στον HIV οι ομάδες αυτές δεν αρκεί να έχουν μόνο ένα από τα προβλήματα που εξετάστηκαν αλλά έναν συνδυασμό από αυτά. Επίσης παρατηρείται ότι όταν ένας οροθετικός άνδρας αναζητήσει θεραπεία για την οροθετικότητα του, θα αναζητήσει παράλληλα και βοήθεια και για άλλα προβλήματα υγείας που πολύ πιθανόν θα έχει. Άρα αυτό σημαίνει ότι το ποσοστό των υπόλοιπων προβλημάτων υγείας και της οροθετικότητας στον HIV δεν έχει μεγάλη σχέση, όπως τα σημερινά προβλήματα υγείας με τις επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές καθώς αν ίσχυε η πρώτη περίπτωση σήμερα, οι περισσότεροι άνδρες θα είχαν βρει λύση για τα υπόλοιπα προβλήματα υγείας τους. Τέλος, τονίζεται ότι όσο πιο πολλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα έχει κάποιος τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να υιοθετήσει επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές οι οποίες θα τον κάνουν πιο ευάλωτο σε πιθανή λοίμωξη από τον HIV. (Stall et al, 2003)

Συμπερασματικά, ο στιγματισμός και η ‘‘εκτόπιση’’ που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι αυτοί από τον υπόλοιπο πληθυσμό, μπορεί να οδηγήσουν σε πολλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και να τους ωθήσουν να υιοθετήσουν σεξουαλικές πρακτικές υψηλού κινδύνου ως προς τον HIV. (Stall et al, 2003)

5.6 Το AIDS σαν κοινωνική νόσος

Η Ιωσηφίδου Α. στην πτυχιακή της εργασία μιλά για τους λόγους που το AIDS κατατάσσεται στις νόσους που είναι κοινωνικές. Αρχικά όμως, πρέπει να εξηγηθεί η σημασία της κοινωνικής νόσου η οποία ερμηνεύεται σε τρία στάδια (Σιβρή, 2001):

Το πρώτο στάδιο, αυτό της θεωρητικής πρόσληψης της νόσου από την κοινωνία,

Το δεύτερο στάδιο, της επίδρασης της κοινωνίας όταν η νόσος αυτή εμφανίζεται, εξελίσσεται και την γενικότερη πορεία της και



Το τρίτο στάδιο όπου εξηγείται πως επιδρά η νόσος στην κοινωνία και στις δομές της.

(Ιωσηφίδου Α., 2014).

Για να γίνει η κατάταξη της νόσου ως κοινωνική θα πρέπει να πληρεί και τις τρεις κατηγορίες που προαναφέρθηκαν καθώς και το πώς αντιλαμβάνεται η νόσος από την κοινωνία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στο τι στάση θα κρατήσει συνολικά στη συνέχεια. Και τέλος, η στάση που θα διατηρήσει η κοινωνία απέναντι στην νόσο θα συντελέσει στην επίδρασή της νόσου στην κοινωνία. (Ιωσηφίδου Α., 2014).

Στο πρώτο στάδιο, αυτό της θεωρητικής πρόσληψης της νόσου από την κοινωνία εξαρτάται από το πώς μεταδίδεται η νόσος, από το πώς εξαπλώνεται, αν μπορεί να θεραπευτεί, γενικότερα πως εξελίσσεται καθώς και εξαρτάται και από την ίδια την κοινωνία, από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τα πράγματα, από τις δομές της, τις αξίες της και από τα πρότυπα της. Τονίζεται επίσης ότι όταν μια νόσος μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής, οι άνθρωποι το συνδέουν αυτό με την πεποίθηση ότι μεταδίδεται μέσω της απλής επαφής με τον ‘‘έξω κόσμο’’ (Sontag). Όσον αφορά τον HIV, υποστηρίζεται επιπλέον ότι επειδή μεταδίδεται και μέσω της χρήσης μολυσμένων βελονών από την έγχυση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, φορτίζεται επιπρόσθετα η νόσος ιδεολογικά και ηθικά. (Ιωσηφίδου Α., 2014).

Στο δεύτερο στάδιο, αυτό της επίδρασης της κοινωνίας όταν η νόσος αυτή εμφανίζεται, εξελίσσεται και την γενικότερη πορεία της έχει να κάνει με τον τρόπο με τον οποίο η ίδια η κοινωνία το αντιμετωπίζει. Στη συνέχεια αναφέρεται ότι η κοινωνία μπορεί να επηρεάζεται από ‘‘ανεπίσημες στάσεις’’ όπως χαρακτηρίζονται και συμπεριφορές προς την ασθένεια ή και απέναντι σε συγκεκριμένους ανθρώπους ή συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων που νοσούν από την νόσο αυτήν ή που βρίσκονται στις ευπαθείς ομάδες αλλά μπορεί και να προέλθει (η επιρροή της κοινωνίας) και από διάφορες καταστάσεις που άλλες φορές μπορεί να καθυστερήσουν ή και να εμποδίσουν τους ανθρώπους από το να εκτεθούν σε αυτή και άλλες φορές να επισπεύσουν την έκθεσή τους. Μια τέτοια ομάδα που βλέπεται ως διαφορετική από την κοινωνία είναι αυτή των ομοφυλοφίλων η οποία εξαιτίας της στάσης της κοινωνίας απέναντί τους, τους κάνει να μην θέλουν να αποκαλύψουν τις προτιμήσεις τους. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι τα άτομα αυτά δεν έχουν την ανάγκη να εκφραστούν και αναγκάζονται να το κάνουν αυτό σε απόκρυφους χώρους και πολλές φορές με βίαιους τρόπους. Και μπορεί να ειπωθεί ότι ο τρόπος αυτός με τον οποίο εκφράζονται αποτελεί και τρόπο που διαχειρίζονται το γεγονός της διάκρισης τους από την κοινωνία (Σιβρή, 2001). Από αυτό φαίνεται ότι η κοινωνία είναι υπεύθυνη και με το παραπάνω στην εμφάνιση, στον τρόπο που αναπτύσσεται και εξαπλώνεται η νόσος στις ομάδες αυτές αλλά και στον υπόλοιπο πληθυσμό και για αυτό υποχρεούται να εφαρμόσει κοινωνική πολιτική. (Ιωσηφίδου Α., 2014).



Τέλος, το τρίτο στάδιο όπου εξηγείται πως επιδρά η νόσος στην κοινωνία και στις δομές της έχει να κάνει από τις διαστάσεις της μόλυνσης από την νόσο στην κοινωνία, πράγμα που σημαίνει ότι η νόσος θα πρέπει να έχει αγγίξει το μεγαλύτερο μέρος της για να θεωρηθεί κοινωνική. Για παράδειγμα, στα παλαιότερα χρόνια μια από τις κοινωνικές αυτές ασθένειες, η πανούκλα, η οποία πέρα από ότι σκόρπισε τον θάνατο, ισοπέδωσε την οικονομία και το εμπόριο μαζί με την ψυχολογία των ανθρώπων και των ανθρώπινων σχέσεων. (Ιωσηφίδου Α., 2014).

Το AIDS έχει επηρεάσει τόσο την κοινωνία όσο και την ψυχολογία των ανθρώπων. Οι τρόποι με τους οποίους μεταδίδεται έχουν σημαδέψει ολόκληρη την νόσο. Η στενή σχέση της με τον θάνατο και την σεξουαλικότητα μπορεί να δημιουργήσει φοβίες, προκαταληπτικές στάσεις και σύμφωνα με την Παπανικολάου (2002), ο HIV δημιουργεί ιδεολογικές απόψεις για την σεξουαλικότητα και δημιουργεί στους ανθρώπους τάσεις φυγής και προσέγγισης. (Ιωσηφίδου Α., 2014).

Επιπροσθέτως, υποστηρίζεται ότι επειδή ο HIV είναι μια σχετικά καινούρια νόσος η οποία μεταδίδεται μέσω και της σεξουαλικής επαφής ασκεί μεγάλη επήρεια στην κοινωνική ομαλότητα. (Ιωσηφίδου Α., 2014).

Όσον αφορά την οικονομία, ο HIV έχει άμεση και έμμεση επίδραση. Άμεσα έχει να κάνει με την νοσηλεία και την φροντίδα των ασθενών είτε βρίσκονται στο νοσοκομείο, είτε βρίσκονται στο σπίτι. Έμμεσα έχει να κάνει με το οικονομικό κόστος που πέφτει στους "ώμους" της κοινωνίας και του οικονομικού-παραγωγικού συστήματος εξαιτίας των θανάτων από την νόσο αυτή. (Ιωσηφίδου Α., 2014).

Τέλος είναι άξιο να σημειωθεί ότι δεν έχει υπολογισθεί το κόστος των υπηρεσιών που στηρίζουν, συμπαραστέκονται και πληροφορούν τα άτομα, από εθελοντές και μη κερδοφόρες οργανώσεις. (Ιωσηφίδου Α., 2014).

5.7 Κοινωνική διάταση και κοινωνιολογία των ατόμων που ζουν με τον HIV/AIDS

Όσον αφορά την κοινωνική διάσταση που παίρνει η νόσος αυτή πέρα από τον ίδιο τον ασθενή, επηρεάζει την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον του. Πολλές φορές η παρέα, ακόμα και η οικογένεια μπορεί να απομακρυνθεί από τον πάσχοντα από φόβο μήπως κολλήσουν. (Αικατερίνη Μολλά, Δεκέμβριος 2010).



Και επειδή το AIDS φαίνεται να εμφανίζεται σε κάποιες ομάδες ανθρώπων περισσότερο από άλλες, οι υπόλοιποι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν με πολύ αρνητικό και άσχημο τρόπο οδηγώντας στην προκατάληψη απέναντί τους. (Αικατερίνη Μολλά, Δεκέμβριος 2010).

Αυτά με την σειρά τους κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται τύψεις, θυμό και ότι φταίει ο ίδιος. Φοβάται για το πώς θα εξελιχθεί η νόσος και τον θάνατο. (Αικατερίνη Μολλά, Δεκέμβριος 2010).

Σύμφωνα με τον Ebot M. (2009) τα άτομα που δεν έχουν καλούς οικογενειακούς δεσμούς, που δεν έχουν καλή εκπαίδευση ή αυτοί που δυσκολεύονται να βρουν δουλειά και αυτοί που έχουν ποινικά μητρώα είναι αυτοί με τις περισσότερες πιθανότητες να κολλήσουν τον ιό ή ότι είναι ήδη φορείς (Berk 1987), καθώς τις περισσότερες φορές παρομοιάζονται ως άτομα που “δεν έχουν πολλά να χάσουν” και ότι “έχουν καταστρεπτικές συνέπειες για την κοινωνία” (Messeri 1988).

Συνεχίζοντας, οι λαϊκές οργανώσεις ήταν αυτές που διέδωσαν σημαντικές πληροφορίες για την μετάδοση και την αποφυγή του ιού μέσω ασφαλούς σεξουαλικής πράξης όταν οι κρατικές υπηρεσίες δεν ήθελαν να αναγνωρίσουν το σύνδρομο αυτό, αν και η εκπαίδευση της κοινωνίας για σωστή αποφυγή μετάδοσης θα μπορούσε να συγκριθεί με τον τρόπο που οι “ειδικοί” μπορούν να πείσουν αυτούς που δεν είναι πληροφορημένοι για την ανάγκη της μείωσης των κινδύνων (Altman 1987). Με τον τρόπο αυτόν τα κρατικά έργα των μαζικών μέσων ενημέρωσης στράφηκαν προς τον πληθυσμό που είχε χαμηλό ποσοστό κινδύνου μετάδοσης, ενώ οι ομοφυλόφιλοι, οι μαύροι, οι Ισπανοί και οι ναρκομανείς αναγκάστηκαν να εξαρτώνται από πιο “φτωχούς” πόρους των κοινοτικών οργανώσεων. Όπως, παραδείγματος χάρη η χρηματοδότηση για το AIDS στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Μεγάλη Βρετανία είχε εξειδικευτεί ρητά με απαγορεύσεις από τον νόμο για την “προώθηση” της ομοφυλοφιλίας στα έντυπα. (Ebot M., 2009)

5.8 Στιγματισμός των οροθετικών ασθενών από τους γιατρούς

Σύμφωνα με έρευνα των Jeffrey et al (1987) για τον στιγματισμό των ασθενών με AIDS από το ιατρικό προσωπικό που διεξήχθη σε 6 νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών η οποία εξέταζε την στάση των γιατρών απέναντι σε ασθενείς με AIDS, συγκρίνοντας τους με ασθενείς που είχαν λευχαιμία. Επιλέχθηκαν τυχαία ονόματα γιατρών οι οποίοι έλαβαν διάφορα έγγραφα σχετιζόμενα με τους ασθενείς ώστε να μελετήσουν και να συμπληρώσουν. (Jeffrey et al, 1987)



Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ως προς τους οροθετικούς ασθενείς οι γιατροί θεωρούσαν οι ίδιοι οι ασθενείς ήταν εκείνοι που είχαν την ευθύνη που τους μεταδόθηκε ο ιός, ότι άξιζαν να πονάνε περισσότερο και ότι δεν αξίζει να τους καταλαβαίνουν και να τους συμπονούν όπως τους υπόλοιπους ασθενείς. Έτσι, βλέποντας την γενικότερη εικόνα, οι γιατροί θεώρησαν ότι οι οροθετικοί ασθενείς χρήζουν πιο “σκληρής” αντιμετώπισης σε σχέση με τους ασθενείς που πάσχουν από λευχαιμία. (Jeffrey et al, 1987)

Από τα αποτελέσματα που βγήκαν από την κλίμακα κοινωνικής αλληλεπίδρασης, το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών δεν επιθυμούσαν να ξεκινήσουν συζήτηση με ασθενή που έχει AIDS, αντιθέτως με τους νοσούντες με λευχαιμία, δεν επιθυμούσαν να παρευρίσκονται στον ίδιο χώρο εργασίας ή διασκέδασης, να διατηρήσει φιλικές σχέσεις με κάποιον οροθετικό καθώς και δεν ήθελαν να επιτρέψουν σε παιδιά να πάνε κοντά τους. (Jeffrey et al, 1987)

Η αρνητική συμπεριφορά των γιατρών απέναντι στους ασθενείς αυτούς έχουν, όπως είναι επόμενο, σημαντικές επιδράσεις στην παροχή φροντίδας σε αυτούς τους ασθενείς. Μόλις αναλάβουν έναν οροθετικό ασθενή αυτόματα σχηματίζονται άσχημες εντυπώσεις σε βάρος τους και αυτό στέκεται εμπόδιο έτσι ώστε να χτιστεί μια σχέση ασθενούς-γιατρού θετική και καλή. (Jeffrey et al, 1987)

Η έρευνα ολοκληρώνεται αναφέροντας ότι οι γιατροί πέρα από την εκπαίδευση που λαμβάνουν ως προς το πώς να αντιμετωπίσουν ιατρικά έναν τέτοιο ασθενή θα πρέπει και οι ίδιοι να δουν τι προσωπική γνώμη έχουν πάνω σε αυτό το θέμα και αυτούς τους ασθενείς καθώς και να πληροφορηθούν και για τους τρόπους ζωής που επηρεάζουν την υγεία των οροθετικών έτσι ώστε να αποκτήσουν μια ευαισθησία προς τα άτομα αυτά. (Jeffrey et al, 1987)

5.9 Η σημαντικότητα της τήρησης της αντιρετροϊκής θεραπείας και της υποστήριξης σε ασθενείς με AIDS

Η ανακάλυψη φαρμάκων για τον HIV/AIDS έχει αποτελέσει ένα τεράστιο επίτευγμα για την βελτίωση της υγείας των οροθετικών ανθρώπων. Όμως, όπως τόνισαν οι Rabkin & Cheusey (1999), οι ασθενείς θα πρέπει να συμμορφώνονται πλήρως με τις δόσεις τους αλλιώς η θεραπεία θα είναι αναποτελεσματική. Το να παρουσιάσουν αύξηση τα ποσοστά των ασθενών που είναι συνεπείς



στην λήψη των φαρμάκων τους αποτελεί και μέχρι σήμερα ένα δύσκολο έργο. Καθώς και η μέτρια ή η ευκαιριακή μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να κάνει την θεραπεία μη αποτελεσματική. Για παράδειγμα, όταν ένα άτομο λαμβάνει δυνατή αντιρετροϊκή θεραπεία (HAART) μπορεί και να πάρει έως και 22 χάπια ημερησίως, πράγμα που το καθιστά δύσκολο και περίπλοκο στο να τηρηθούν σωστά οι δόσεις (Friedland & Williams, 1999). Ένα παράδειγμα παρουσιάζουν οι Montaner et al (1998) όπου έστω να μην πάρθηκε μια μόνο δόση σε διάστημα 28 ημερών, σταμάτησε να φέρει αποτελέσματα η θεραπεία. Αυτό ενισχύεται από μια άλλη έρευνα των Paterson et al (2000) όπου βρέθηκε ότι μόνο το 50% των ανθρώπων που τήρησαν το 80% με 90% των δόσεων τους δεν μπορούσαν να ανιχνευτούν ιικά φορτία στο αίμα τους. Αυτό σημαίνει ότι ακόμα και η πιο ‘‘ασήμαντη’’ ασυμμόρφωση στις δόσεις μπορεί να έχει μεγάλο αντίκτυπο σε ολόκληρη την πορεία της θεραπείας. (Gonzalez et al , 2004).

Ένας εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας που βοηθά στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι η κοινωνικό-ψυχολογική υποστήριξη. Έρευνες πάνω σε οροθετικούς ασθενείς που λαμβάνουν αντιρετροϊκά φάρμακα έδειξε μια σχέση ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη και στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch & McAuliffe, 2000) καθώς και στην τήρηση των επισκέψεων στον γιατρό (Catz, McClure, Jones & Banley, 1999). Ενώ όταν δεν υπάρχει αρκετή ή καλή κοινωνική στήριξη τότε τα ποσοστά της κατάθλιψης ελαττώνονται (S. Cohen & Willis, 1985). Γενικότερα όταν κάποιος διατηρεί ‘‘θετική κατάσταση του νου’’ (PSOM= Positive State Of Mind) και έχει καλή κοινωνική στήριξη, βρέθηκε ότι τον βοηθά να αντιμετωπίζει αγχωτικές καταστάσεις (Horowitz, Adler & Kegeles, 1988). Σε έρευνα των Terner – Cobb et al (2002) βρέθηκε ότι σε ότι έχει να κάνει με οροθετικούς ασθενείς, η κοινωνική στήριξη συμβάλλει στην ανάπτυξη της ‘‘θετικής κατάστασης του νου’’ (PSOM) τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Παράλληλα μια άλλη έρευνα έδειξε ότι διάφοροι άλλοι παράγοντες όπως το να αφιερώνει το άτομο λίγο από τον χρόνο του για σημαντικά πράγματα, ότι έχει μια ζωή γεμάτη νόημα και να αξιοποιεί σωστά τον χρόνο του τον έκανε συνεπή στην φαρμακευτική του αγωγή. (Holzemer et al, 1999). (Gonzalez et al , 2004).

5.10 Κοινωνικό στίγμα του HIV/AIDS

Η Κιμισκίδου Ο. (2018) μιλώντας για τον τρόπο που έχει στιγματίσει το AIDS την κοινωνία και συγκεκριμένα για την γενικότερη εικόνα που έχουν οι υγιείς άνθρωποι για τους οροθετικούς η οποία αντιπροσωπεύει αυτήν που παρουσίαζαν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης από παλαιότερα χρόνια η οποία δεν αντιστοιχεί καθόλου στο πως είναι πραγματικά σήμερα. (Κιμισκίδου Ο., 2018)



Ειδικότερα, παρουσιάζουν τον οροθετικό ως κάποιον που θα πεθάνει νωρίτερα από την ώρα του, ότι είναι επικίνδυνος για τους υγιείς συνανθρώπους του και ότι μπορεί να τους μολύνει ανά πάσα στιγμή στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής του και πέρα από αυτό, ότι παραμορφώνεται το σώμα στα πλαίσια της νόσου αυτής. Πρέπει να τονιστεί ότι ο HIV/AIDS έχει καταταχθεί από την επιστήμη ως χρόνια νόσο και όχι θανατηφόρα ασθένεια που παρουσιαζόταν μέχρι σήμερα. Ένας HIV θετικός άνθρωπος ζει κανονικά την ζωή του όπως κάθε άλλος μη οροθετικός με την προϋπόθεση να λαμβάνει με σωστό τρόπο τα φάρμακά του. (Κιμισκίδου Ο., 2018)

Μια άλλη λανθασμένη “φοβία” των ανθρώπων είναι ότι το AIDS μπορεί να μεταδοθεί με καθημερινές συνήθειες όπως η αγκαλιά, ο ασπασμός, η χειραψία, η χρήση της ίδιας τουαλέτας, των ίδιων ρούχων και άλλων ενδυμάτων καθώς και μαχαιροπίρουνων, πράγμα που δεν είναι καθόλου αληθές. Πέρα από το κοινωνικό επίσης υπάρχει και ηθικό στίγμα καθώς ο οροθετικός αντιμετωπίζεται με οργή, κατηγορείται ότι αυτός φταίει που νοσεί, ότι δεν προσέχει, ότι δεν έχει καμία υπευθυνότητα, ότι είναι βρώμικος, γκέι, εγκληματίας και άλλα πολλά προκαταληπτικά σχόλια σε σχέση με τις υπόλοιπες νόσους όπου αυτός που νοσεί θεωρείται το “θύμα” και αντιμετωπίζεται με συμπάθεια και λαμβάνει την μέγιστη φροντίδα. (Κιμισκίδου Ο., 2018)

Τα οροθετικά άτομα, όπως τονίζει η αρθρογράφος, δεν πρέπει να λαμβάνουν λύπηση και υπέρβοηθεια, αλλά κατανόηση, αποδοχή και στήριξη από τους συνανθρώπους τους. . (Κιμισκίδου Ο., 2018)

Καταλήγοντας, τα οροθετικά άτομα δεν φέρουν μια ασθένεια που σπέρνει φόβο και θάνατο. Πρέπει απλά να εφαρμόζονται σωστά τα προληπτικά μέτρα και να μην υπάρχει ανησυχία για μια κατάσταση που μπορεί πλέον να αντιμετωπισθεί. (Κιμισκίδου Ο., 12/4/2018)

Η Πιλάι Ν. σε δικό της άρθρο που δημοσιεύθηκε στην ιστοσελίδα του Περιφερειακού Κέντρου Πληροφόρησης των Ηνωμένων Εθνών, αναφέρει ότι ακόμα και σήμερα δίνεται ποινή στα άτομα που μεταδίδουν την νόσο. Επίσης οι μη Έλληνες οροθετικοί εκδιώχνονται από την χώρα και οι κοινότητες που δεν μπορούν να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους είναι πολύ πιο “ευαίσθητες” στην μόλυνση από τον HIV. (Πιλάι Ν., 2012)

Επίσης, τονίζει ότι ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα είναι η αποτυχία προστασίας των ανθρώπινων δικαιωμάτων και συγκεκριμένα ορισμένων ομάδων ανθρώπων. Αυτές είναι: οι φυλακισμένοι, οι ιερόδουλες, οι ναρκομανείς, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι μετανάστες, οι πρόσφυγες, αυτοί που αναζητούν άσυλο, οι ομοφυλόφιλοι. Μερικές όμως ενέργειες και στάσεις των ανθρώπων



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

εμποδίζουν την σωστή διαχείριση και την μείωση μετάδοσης του HIV. Αυτές είναι: η ομοφοβία, οι φυλετικές διακρίσεις και η βία ενάντια στις γυναίκες. (Πιλιά Ν., 2012)

Το πρόβλημα αυτό είναι πιο έντονο σε μερικές χώρες καθώς η πολιτική καταδικάζει αυτούς που μεταδίδουν εν αγνοία τους τον ιό, συγκεκριμένες ομάδες γίνονται στόχοι και υποβάλλονται σε υποχρεωτικές εξετάσεις για τον HIV. (Πιλιά Ν., 2012)

Κλείνοντας, προτείνει να υπάρξει πρόσβαση από όλους στα αντιρετροϊκά φάρμακα καθώς και να δημιουργηθούν προγράμματα για τα ανθρώπινα δικαιώματα, την οργάνωση παροχών υγειονομικής περίθαλψης και των αξιωματούχων επιβολής του νόμου καθώς και η ενημέρωση των νέων για την σεξουαλική πράξη. (UNRIC Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης των Ηνωμένων Εθνών 20/7/2012)

5.11 Μορφές διακρίσεων, στιγματισμού και άρνησης σχετικά με τον HIV/AIDS

Οι μορφές της διάκρισης, του στιγματισμού και της άρνησης (DSD: Discrimination, Stigmatization and Denial) σε ότι έχει σχέση με τον HIV/AIDS διακρίνονται:

Στα νοσοκομεία:

Οι εργαζόμενοι δεν θέλουν να παρέχουν θεραπεία σε ότι έχει να κάνει με την συγκεκριμένη νόσο
Δεν επιθυμούν να αναλάβουν τα άτομα αυτά στο νοσοκομείο ή την κλινική στην οποία εργάζονται
Δεν επιτρέπεται στους ασθενείς να χρησιμοποιούν τις τουαλέτες και τα σκεύη διατροφής και πόσης που χρησιμοποιούν οι άλλοι ασθενείς.

Οι ασθενείς τοποθετούνται σε ξεχωριστό θάλαμο, τις περισσότερες φορές μόνοι τους

Τους διώχνουν από το νοσοκομείο νωρίτερα από ότι πρέπει

Υποβάλλονται σε αναγκαστικές για αυτούς εξετάσεις για την νόσο πριν από κάποια χειρουργική παρέμβαση και κατά την διάρκεια της κήσης

Δεν τους επιτρέπεται να μετακινούνται μέσα στην κλίνη

Το προσωπικό εφαρμόζει μέτρα ατομικής προστασίας χωρίς λόγο (π.χ. σκούφοι, μάσκες, ρόμπες κλπ)

Το προσωπικό αρνείται να ακουμπήσει και να φροντίσει νεκρό οροθετικό άτομο καθώς και



Όταν πεθάνει ένας οροθετικός ασθενής τυλίγουν το σώμα του με ειδικά πλαστικά φύλλα (Bharat S. 2001)

Στο σπίτι και στην κοινότητα:

Σχέσεις που έχουν χάσμα έως και αποκοπεί εντελώς, οι συγγενείς αρνούνται να μοιραστούν το σπίτι τους με τους οροθετικούς συγγενείς τους, οι υγιείς σύντροφοι δεν αφήνουν τον οροθετικό σύντροφο να έχει επαφή με τους ίδιους και με τα παιδιά τους καθώς και λοιπά συγγενικά πρόσωπα. Οι υγιείς σύντροφοι/σύζυγοι κάνουν “διαχωρισμό” στο σπίτι έτσι ώστε να βρίσκονται οι ίδιοι ή και τα παιδιά τους σε “ασφαλή” απόσταση από τους ασθενείς, όπως για παράδειγμα να κοιμούνται σε ξεχωριστά δωμάτια, δεν τους αφήνουν να χρησιμοποιούν την ίδια τουαλέτα που χρησιμοποιούν οι υπόλοιποι, δεν τους επιτρέπουν να πηγαίνουν σε διάφορα μέρη όπως στην γειτονιά καθώς και τους βάζουν “ταμπέλες” και τους κακοποιούν λεκτικά (βρίσιμο). (Bharat S. 2001)

Στην εργασία:

Απολύονται από την δουλειά τους αμέσως μόλις γίνει γνωστή η κατάσταση της υγείας τους ή τους υποχρεώνουν να παραιτηθούν οι ίδιοι. Διακόπτεται η ασφάλιση και οι παροχές υγείας με αποτέλεσμα να απομονώνονται κοινωνικά ή και να κακοποιούνται λεκτικά από τους συναδέλφους τους. (Bharat S. 2001)



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1ο: Μέθοδοι Έρευνας

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εύρεση τυχόν προκατάληψης απέναντι στα οροθετικά άτομα. Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι είναι να διευκρινιστεί: εάν υπάρχει προκατάληψη, αν υπάρχει γενικότερη γνώση για τον HIV καθώς και αν όντως υπάρχει προκατάληψη, αν αυτή σχετίζεται με τα δημογραφικά στοιχεία (καταγωγή, ηλικία) και σχολή φοίτησης και τέλος αν οι φοιτητές της ΣΕΥΠ έχουν περισσότερες γνώσεις για τα οροθετικά άτομα και τον ιό του HIV σε σχέση με τις υπόλοιπες σχολές του ΤΕΙ.

Δειγματοληψία

Για την δειγματοληψία χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος ποσόστωσης καθώς είχε αποφασισθεί ότι ο αριθμός των ερωτηματολογίων θα χωριζόταν ισάριθμα σε κάθε σχολή. (Έτσι η επιλογή των ατόμων ήταν τυχαία όσον αφορά το έτος και το φύλλο αλλά εξασφαλίστηκε έτσι ώστε τα άτομα από κάθε σχολή να είναι ίσα).

Πεδίο μελέτης

Το πεδίο μελέτης της έρευνας επικεντρώθηκε στους φοιτητές του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης.



Ερευνητικό εργαλείο – Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο, από το οποίο τυπώθηκαν 100 συνολικά αντίγραφα, συντάχθηκε εξ ολοκλήρου από την ομάδα χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη. Το πρώτο περιλαμβάνει πέντε ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά στοιχεία.

Το 2ο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις που αφορούν προκαταλήψεις ή στερεότυπα διαμορφωμένα για τους οροθετικούς ασθενείς με HIV (ερωτήσεις 4,8,9,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,22). Σε κάθε ερώτηση υπήρχε δυνατότητα επιλογής απάντησης «ναι», «όχι», «δεν γνωρίζω, δεν απαντώ». Σε κάθε μια ερώτηση αντιστοιχεί μια αρνητική απάντηση (συμπεριλαμβανομένου του «δεν γνωρίζω, δεν απαντώ»). Καθορίστηκε βαθμολογία Στάσεων/Προκαταλήψεων σε κλίμακα από 0-100 ή ως ποσοστό αρνητικών αποκρίσεων για τους ασθενείς. Υψηλή βαθμολογία υποδηλώνει αυξημένη προκατάληψη. Ο έλεγχος αξιοπιστίας των 14 ερωτήσεων ερωτηματολογίου έδωσε συντελεστή Kuder-Richardson 0,721.

Γενικές δυσκολίες

Δυσκολίες στην σύνταξη της εργασίας:

Η μεγαλύτερη μας δυσκολία ήταν στην εύρεση πληροφοριών από πρόσφατες και έγκυρες ελληνικές πηγές και συγκεκριμένα στην βιβλιοθήκη του ΤΕΙ από όπου και ξεκινήσαμε την έρευνα. Έπειτα στραφήκαμε στο διαδίκτυο από όπου βρήκαμε μερικές πληροφορίες στα ελληνικά αλλά οι περισσότερες δεν ήταν από έγκυρες πηγές. Για τον λόγο αυτό καταλήξαμε στα βιβλία που μας δόθηκαν στην σχολή από όπου βρήκαμε μερικές πληροφορίες ‘γενικής φύσεως’ σε σχέση με τον HIV και πιο εξειδικευμένες σε ξενόγλωσσες πηγές όπου υπήρχαν στο διαδίκτυο προσφάτων ερευνών και άρθρων, τα οποία έπρεπε να μεταφράσουμε για να τα συμπεριλάβουμε στην εργασία, καθώς δεν υπήρχαν αρκετές ελληνικές έρευνες για το AIDS που να μιλάνε για την προκατάληψη και την ψυχολογία ή και βασικά δεν υπήρχαν αρκετά άρθρα και έρευνες για τον HIV/AIDS που να έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα.

**Δυσκολίες στην σύνταξη και στο μοίρασμα των ερωτηματολογίων:**

Ως προς την σύνταξη του ερωτηματολογίου δεν αντιμετωπίσαμε ιδιαίτερα προβλήματα αλλά ως προς το μοίρασμα, πέρα από την ΣΕΥΠ, είχαμε δυσκολία ως προς το να βρούμε συμμετέχοντες στο ΤΕΙ επειδή η είσοδος στις τάξεις δεν ήταν επιτρεπτή και για το λόγο αυτόν καταφύγαμε στις φοιτητικές εστίες του ΤΕΙ και στις καφετέριες πράγμα που απεδείχθη αρκετά χρονοβόρο καθώς έπρεπε να βρούμε συγκεκριμένο αριθμό συμμετεχόντων από κάθε σχολή.

Στατιστική ανάλυση:

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 24.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών των φοιτητών και φοιτητριών ελέγχοντας για τυχόν διαφορές μεταξύ φύλων μέσω της μεθόδου χ^2 . Στις κατανομές εκτιμήθηκαν επίσης για σύγκριση τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης μέσω τεχνικών bootstrap. Παράλληλα χρησιμοποιήθηκαν οι τεχνικές των Mann-Whitney & Kruskal-Wallis στον έλεγχο των διαφορών των επιπέδων της βαθμολογίας (score) έκφρασης προκατάληψης στις ερωτήσεις για τον HIV και τους οροθετικούς. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 5%.

**Κεφάλαιο 2^ο: Αποτελέσματα**

		v	%
Φύλο	♂	50	50,0
	♀	50	50,0
Ηλικία, χρόνια	18-20	27	27,0
	21-25	58	58,0
	26-30	5	5,0
	>30	10	10,0
	μέση ηλικία±τυπ. απ.	23,4±4,6	
Τόπος καταγωγής	Κρήτη	57	57,0
	Αθήνα	9	9,0
	Θεσσαλονίκη	11	11,0
	Άλλη περιοχή	23	23,0
Έτος Σπουδών	1 ^ο	9	9,0
	2 ^ο	20	20,0
	3 ^ο	17	17,0



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

	4 ^ο	35	35,0
	≥5 ^ο	19	19,0
Σχολή	ΣΕΥΠ	25	25,0
	ΣΔΟ	25	25,0
	ΣΤΕΦ	25	25,0
	ΣΤΕΓ	25	25,0

Έλεγχοι διαφοράς φύλων: Έλεγχοι χ^2 (βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην Σχολή φοίτησης, $p < 0.001$).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των 100 φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται η αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή δείγματος με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Ξεκινώντας το 100 % των 2 φύλων χωρίστηκε ισάριθμα (50% φοιτητές και 50% φοιτήτριες), με εντελώς τυχαίο τρόπο.

Όσον αφορά την ηλικία το 58%, το οποίο είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν από 21-25 ετών. Ακολουθούν οι ηλικίας 18-20 που αποτελούν το 27% του δείγματος, οι φοιτητές άνω των 30 με ποσοστό 10% και οι φοιτητές των 26-30 που αποτελούν το 5%.

Ως προς το τόπο καταγωγής, το 57% του δείγματος είναι από την Κρήτη, το 9% από Αθήνα, το 11% από Θεσσαλονίκη και το 23% από άλλες περιοχές.

Συνεχίζοντας, το 9% του δείγματος ήταν πρωτοετείς, 20% δευτεροετείς, 17% τριτοετείς, 35% τεταρτοετείς που αποτελούν και την πλειοψηφία και το 19% που αντιστοιχεί σε φοιτητές από το πέμπτο και άνω έτος σπουδών.

Τέλος, το ποσοστό των ατόμων από κάθε σχολή αντιστοιχεί στο 25% σκόπιμα καθώς είχε αποφασισθεί όπως προαναφέρθηκε ότι ο αριθμός των συμμετεχόντων από κάθε σχολή θα είναι ίσος.

**Πίνακας 2.** Συχνότητα αποκρίσεων σε ερωτήσεις γνώσεων για τον HIV των 100 φοιτητών και

	ναι	όχι
ερ ωτ ήσ εις	%	
<i>Γνωρίζετε τι είναι ένα οροθετικό άτομο;</i>	70,0	30,0
<i>Γνωρίζετε τι είναι ο ιός του AIDS/HIV;</i>	100,0	-
<i>Γνωρίζετε πως μεταδίδεται ο HIV;</i>	98,0	2,0

φοιτητριών της μελέτης.



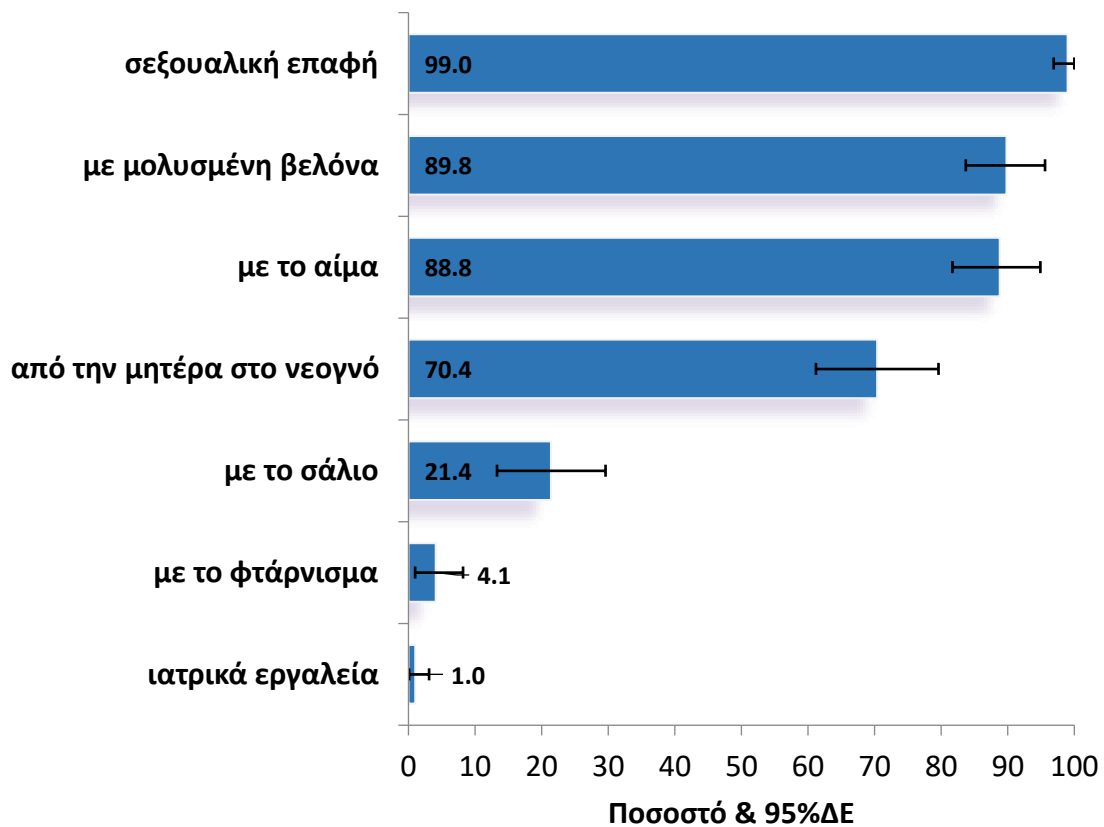
Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των φοιτητών σχετιζόμενες με τις γνώσεις τους για τον HIV.

Στην πρώτη ερώτηση, το 70% απάντησε ότι γνωρίζει τι είναι ένα οροθετικό άτομο και το 30% ότι δεν γνωρίζει.

Στην δεύτερη ερώτηση που αναφέρεται στο HIV/AIDS το 100% απάντησε ότι γνωρίζει τι είναι.

Τέλος, στην Τρίτη ερώτηση το 98% απάντησε “ναι” στο αν γνωρίζει πως μεταδίδεται ενώ το 2% “όχι”.

Σχήμα 1. Συχνότητα τρόπων μετάδοσης του HIV που γνωρίζουν και αναφέρουν (επιλέγουν) οι φοιτητές και φοιτήτριες της έρευνας.





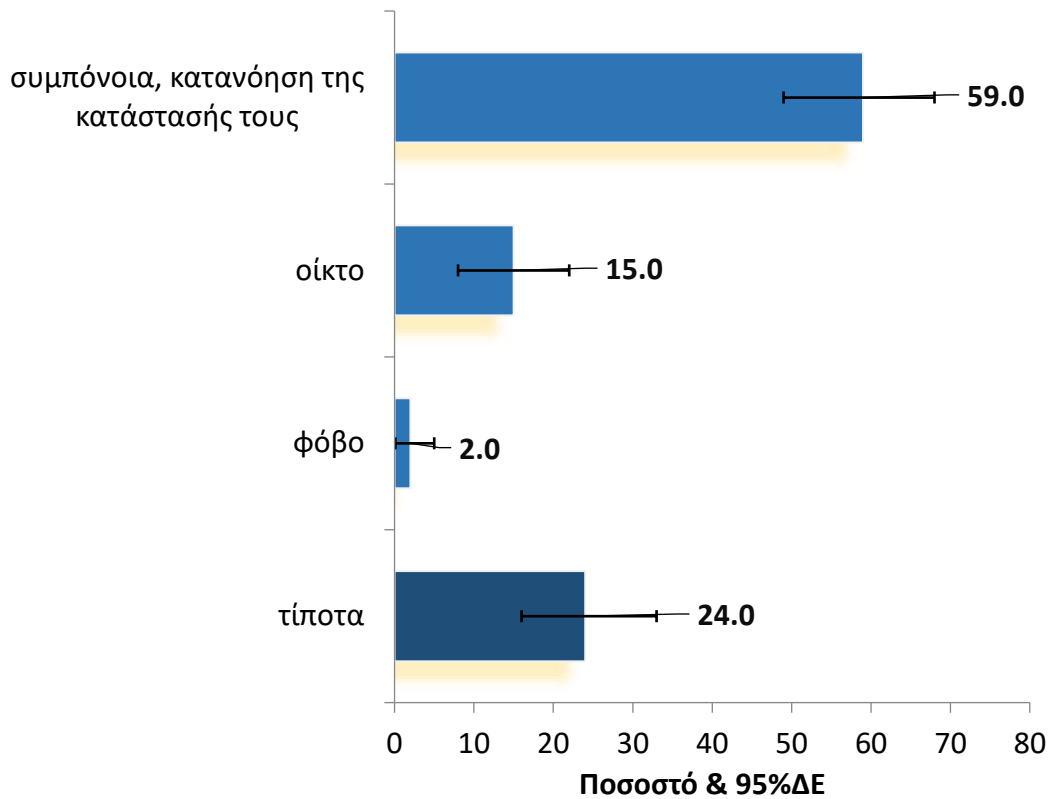
Στο σχήμα 1 παρουσιάζονται οι τρόποι μετάδοσης του HIV. Οι φοιτητές είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μια απάντηση.

Αρχικά το 99% απάντησε ότι μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή. Το 89,8% απάντησε πως μεταδίδεται με μολυσμένη βελόνα. Συνεχίζοντας, το 88,8% απάντησε ότι μεταδίδεται με το αίμα και το 70% από την μητέρα στο νεογνό.

Τέλος, το 21,4% απάντησε ότι μεταδίδεται με το σάλιο, το 4,1% με το φτάρνισμα και το 1% με ιατρικά εργαλεία.



Σχήμα 3. Κατανομή αποκρίσεων στην ερώτηση «Πώς αισθάνεστε για τα οροθετικά άτομα;».



Στο σχήμα 3 παρουσιάζονται οι αποκρίσεις των φοιτητών ως προς το πώς αισθάνονται για τα οροθετικά άτομα.

Αρχικά το 59% απάντησε ότι συμπονάει και κατανοεί την κατάστασή τους. Το 15% απάντησε ότι νιώθει οίκτο, το 2% ότι νιώθει φόβο και τέλος το 24% ότι δεν νιώθει τίποτα.

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω, Δεν απαντώ

%



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Πιστεύετε ότι οι οροθετικοί ασθενείς θα έπρεπε να περιθωριοποιούνται	0,0%	85,0%	15,0%
Πιστεύετε ότι το AIDS μεταδίδεται με το σάλιο	22,0%	71,0%	7,0%
Πιστεύετε ότι οι οροθετικοί άνθρωποι χρήζουν ειδικής μεταχείρισης	1,0%	77,0%	22,0%
Θα κάνατε παρέα με ένα οροθετικό άτομο	79,0%	8,0%	13,0%
Πιστεύετε ότι ο H.I.V. Είναι η ασθένεια των ομοφυλοφίλων	15,0%	74,0%	11,0%
Πιστεύετε ότι μεταδίδεται κυρίως από τους ομοφυλόφιλους	19,0%	67,0%	14,0%
Πιστεύετε ότι τα οροθετικά άτομα μπορούν να έχουν μια «υγιή» σεξουαλική δραστηριότητα με τους συντρόφους τους που δεν είναι οροθετικοί	44,0%	35,0%	21,0%
Αν μαθαίνατε ότι ένας συμφοιτητής σας είναι οροθετικός θεωρείτε ότι θα πρέπει να σταματήσει να έρχεται σε επαφή με άλλους συμφοιτητές του για να μην μεταδώσει την νόσο	4,0%	88,0%	8,0%
Πιστεύετε ότι τα οροθετικά άτομα θα πρέπει να ζούνε μόνο με άλλα οροθετικά άτομα στο ίδιο περιβάλλον και μακριά από τον υγιή πληθυσμό	4,0%	89,0%	7,0%
Πιστεύετε ότι είστε σε θέση να δώσετε έγκυρες πληροφορίες σε κάποιους φίλους, συμφοιτητές, οικογένεια για το AIDS και για τα οροθετικά άτομα	54,0%	26,0%	20,0%



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Γνωρίζετε την επιδημιολογία του HIV στη χώρα μας	23,0%	76,0%	1,0%
Πιστεύετε ότι το AIDS έχει πάρει μορφή «πανδημίας»	18,0%	62,0%	20,0%
Πιστεύετε ότι ορισμένα οροθετικά άτομα θέλουν να μεταδώσουν επίτηδες την νόσο τους σε υγιείς για να μην νιώθουν «μοναξιά» λόγω της αρνητικής στάσης της κοινωνίας εναντίον τους	62,0%	38,0%	-
Νομίζετε ότι είστε σε θέση να υπερασπιστείτε τα δικαιώματα ενός οροθετικού ατόμου	55,0%	16,0%	29,0%

Με έντονα παρουσιάζονται οι αρνητικές απαντήσεις.

**Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις στις υπόλοιπες ερωτήσεις της μελέτης.**

Ξεκινώντας, το 85% απάντησε ότι τα οροθετικά άτομα δεν πρέπει να περιθωριοποιούνται έναντι του 15% που απάντησε ότι δεν γνωρίζει/δεν απαντά, ενώ 0% απάντησε θετικά.

Συνεχίζοντας, το μεγαλύτερο ποσοστό, 77% απάντησε ότι οι οροθετικοί δεν χρήζουν ειδική μεταχείριση, έναντι σε αυτούς που δεν γνώρισαν/δεν απάντησαν που ήταν το 22% ενώ 1% απάντησε θετικά.

Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό, 79% όταν ρωτήθηκε αν θα έκανε παρέα με ένα οροθετικό άτομο απάντησε θετικά σε σχέση με το 13% που δεν γνώριζε/δεν απάντησε, ενώ το 8% απάντησε πως δεν θα έκανε.

Επιπρόσθετα, στην ερώτηση για το αν θα μπορούσαν τα οροθετικά άτομα να έχουν μια υγιή σεξουαλική ζωή με τους μη οροθετικούς συντρόφους τους η πλειοψηφία απάντησε θετικά με ποσοστό 44% έναντι του ‘όχι’ που απάντησε το 35%, ενώ το 21% δεν γνώριζε/δεν απάντησε.

Στην ερώτηση για το αν ένας οροθετικός συμφοιτητής θα πρέπει να μην έρχεται σε επαφή με τους υπόλοιπους φοιτητές για να μην μεταδώσει την νόσο η πλειοψηφία απάντησε ‘όχι’ έναντι σε αυτούς που δεν γνώριζαν/δεν απάντησαν, συγκεκριμένα 88% έναντι 8% αντίστοιχα, ενώ το 4% απάντησε θετικά.

Στην ερώτηση για το αν τα οροθετικά άτομα θα πρέπει να μένουν μαζί και μακριά από τον υγιή πληθυσμό η πλειοψηφία με μεγάλη διαφορά έδωσε αρνητική απάντηση σε σχέση με αυτούς που δεν γνώριζαν/δεν απάντησαν, συγκεκριμένα 89% έναντι 7% αντίστοιχως, ενώ θετικά απάντησε το 4%.

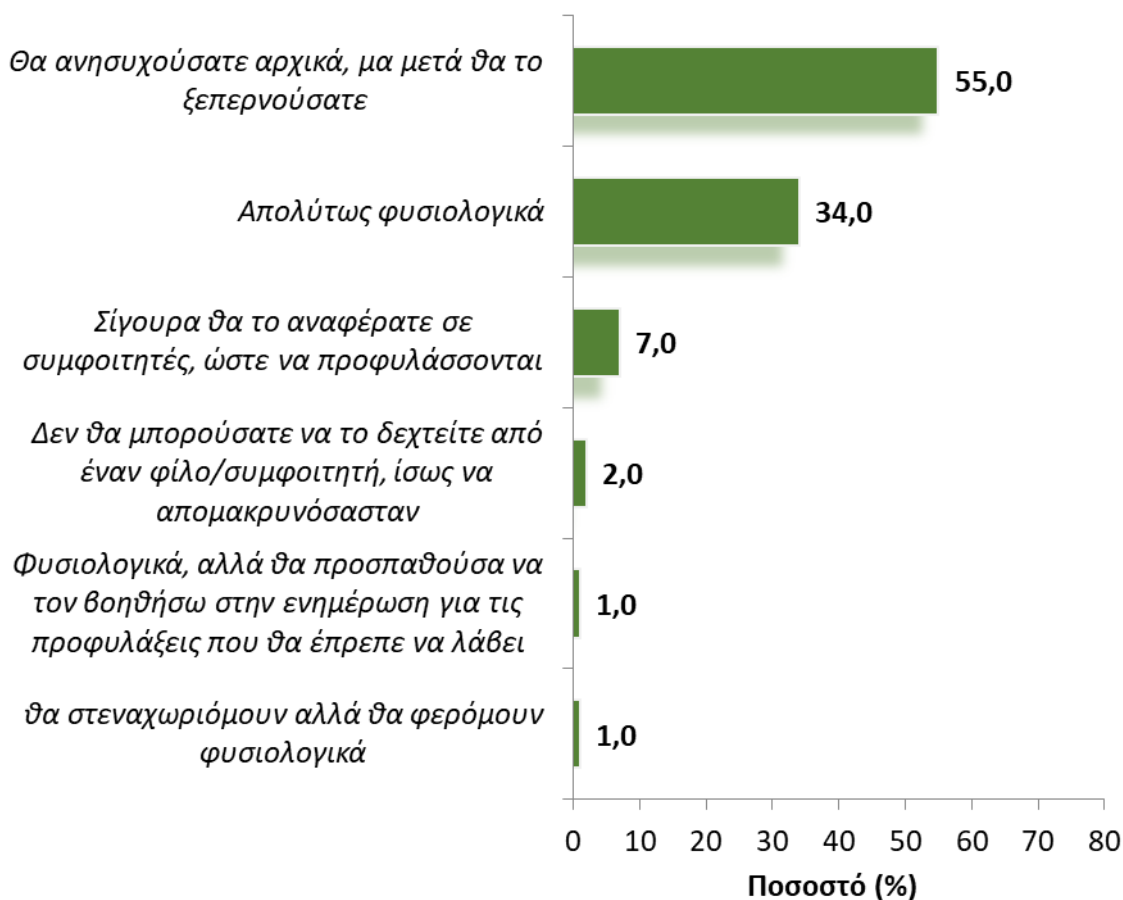
Επιπλέον το 76% όταν ρωτήθηκε αν γνωρίζει την επιδημιολογία του HIV στην Ελλάδα απάντησε ότι δεν γνωρίζει έναντι στο 23% που απάντησε θετικά, ενώ 1% απάντησε ότι δεν γνωρίζει.

Στην ερώτηση για το αν πιστεύουν ότι το AIDS έχει πάρει μορφή πανδημίας στην Ελλάδα το 62% απάντησε ‘όχι’ έναντι στο 20% που απάντησε ότι δεν γνωρίζει/δεν απαντά και το 18% απάντησε θετικά.

Τέλος όταν ρωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι ορισμένα άτομα θέλουν να μεταδώσουν επίτηδες την νόσο για να μην νιώθουν μοναξιά λόγω της αρνητικής στάσης της κοινωνίας απέναντι τους οι περισσότεροι απάντησαν θετικά με ποσοστό 62% έναντι στο 38% που απάντησε αρνητικά.



Σχήμα 4. Κατανομή αποκρίσεων στην ερώτηση «Πώς θα αντιμετωπίζατε έναν συμφοιτητή/φίλο εάν αυτός σας εκμυστηρεύονταν ότι είναι οροθετικός;



Στο σχήμα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση για το πώς θα αντιμετώπιζαν έναν φίλο/συμφοιτητή αν τους αποκάλυπτε ότι είναι οροθετικός.

Ξεκινώντας, η πλειοψηφία και συγκεκριμένα το 55% απάντησε ότι θα ανησυχούσε αλλά μετά θα το ξεπερνούσε. Το 34% απάντησε ότι φερόταν απολύτως φυσιολογικά.

Το 7% απάντησε ότι θα το ανέφερε σε συμφοιτητές σε άλλους συμφοιτητές για να προφυλάσσονται, ενώ το 2% ότι δεν θα μπορούσε να το δεχτεί και πιθανόν να απομακρυνόταν.

Τέλος, σαν επιπρόσθετες απαντήσεις που είχαν δυνατότητα να δώσουν οι συμμετέχοντες, το 1% απάντησε ότι θα φερόταν φυσιολογικά αλλά πρόσθεσε ότι θα προσπαθούσε να βοηθήσει στην ενημέρωση για τις προφυλάξεις και το άλλο 1% ότι θα στεναχωριόταν αλλά θα φερόταν απολύτως φυσιολογικά.



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
Σύνολο

v

Βαθμολογία
Στάσεων/Προκαταλήψεων*

Μέση τιμή ± Τυπ. απ.

			Τμήμα Νοσηλευτικής
100			35,3±20,5
♂	Φύλο	50	40,3±19,5
♀		50	30,3±20,3
18-20	Ηλικία, χρόνια	27	38,4±23,3
21-25		58	34,0±20,0
26-30		5	31,4±14,8
>30		10	36,1±18,6
Κρήτη	Τόπος καταγωγής	57	35,0±18,4
9		Αθήνα	25,3±16,0
11		Θεσσαλονίκη	44,2±27,4
23		Άλλη περιοχή	35,7±22,4
1 ^ο	Έτος Σπουδών	9	37,3±25,2
20		2 ^ο	33,2±23,2
17		3 ^ο	35,3±18,3
35		4 ^ο	34,9±21,4
19		≥5 ^ο	37,2±16,6



ΣΕΥΠ	Σχολή	25	19,4±10,4
25		ΣΔΟ	37,1±23,2
25		ΣΤΕΦ	38,9±15,4
25		ΣΤΕΓ	45,7±21,1

* Βαθμολογία 0-100 με
υψηλότερη να εκφράζει σε
μεγαλύτερο Στάσεις &
Προκαταλήψεις για τον HIV &
τους οροθετικούς.

Έλεγχοι Mann-Whitney &
Kruskal-Wallis.

Πίνακας 5. Βαθμολογία (score) έκφρασης προκατάληψης στις ερωτήσεις για τον HIV και τους οροθετικούς των 100 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

Στον πίνακα 5 παρουσιάζεται η βαθμολογία της προκατάληψης των φοιτητών και φοιτητριών ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

Αρχικά παρατηρείται ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη προκατάληψη από τις γυναίκες, τονίζοντας το γεγονός ότι αν και τυχαία, τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν ίσα στα δύο φύλα. Τα ποσοστά προκατάληψης ανέρχονται με μέση τιμή για τους άνδρες 40,3 και στις γυναίκες 30,3 με σημαντική διαφορά (p-value 0,014).

Δεύτερον ως προς την ηλικία παρατηρείται ότι τα άτομα ηλικίας 18-20 έχουν την μεγαλύτερη προκατάληψη με μέση τιμή 38,4 έναντι στα άτομα ηλικίας 26-30 με μέση τιμή 31,4. Ανάμεσα τους μεσολαβούν τα άτομα ηλικίας άνω των 30 με μέση τιμή 36,1 και τα άτομα ηλικίας 21-25 με μέση τιμή 34 (p-value 0,789).

Συνεχίζοντας ως προς τον τόπο καταγωγής, τα άτομα με καταγωγή την Θεσσαλονίκη φαίνεται να έχουν την μεγαλύτερη προκατάληψη με μέση τιμή 44,2 έναντι στα άτομα από την Αθήνα που έχουν μέση τιμή 25,3. Ανάμεσα τους μεσολαβούν αυτοί που κατάγονται από άλλες περιοχές της



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Ελλάδας με μέση τιμή 35,5 και αυτοί που κατάγονται από την Κρήτη με μέση τιμή 35 (p-value 0,324).

Ως προς το έτος σπουδών οι πρωτοετείς φοιτητές έχουν τον υψηλότερο βαθμό προκατάληψης με μέση τιμή 37,3 έναντι στους δευτεροετείς που έχουν μέση τιμή 33,2. Ανάμεσα τους μεσολαβούν οι φοιτητές άνω του πέμπτου έτους σπουδών με μέση τιμή 37,2, πολύ μικρή διαφορά με τους πρωτοετείς, οι τριτοετείς με μέση τιμή 35,3 και οι τεταρτοετείς με μέση τιμή 34,9 (p-value 0,767).

Τέλος σε σχέση με την σχολή όπου εκεί τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν ίσα όπως και προαναφέρθηκε, φάνηκε ότι οι φοιτητές της ΣΤΕΓ έχουν τον υψηλότερο βαθμό προκατάληψης με μέση τιμή 45,7 έναντι στους φοιτητές της ΣΕΥΠ με μέση τιμή μόλις 19,4, μια σημαντική διαφορά. Ανάμεσα τους μεσολαβούν η ΣΤΕΦ με μέση τιμή 38,9 και η ΣΔΟ με μέση τιμή 37,1 (p-value <0,001).



Κεφάλαιο 3ο: Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε στην εύρεση πιθανής προκατάληψης ενάντια στα οροθετικά άτομα από τους φοιτητές του ΑΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν συνολικά ότι υπάρχει σχετικά μικρό ποσοστό προκατάληψης.

Αρχικά το keelrno.gr αναφέρει ότι οι τρόποι μετάδοσης του HIV είναι η σεξουαλική πράξη, η κάθετη μετάδοση από την μητέρα στο νεογνό, μέσω μολυσμένων βελονών και άλλων μη αποστειρωμένων εργαλείων και μέσω μετάγγισης (αίμα). Συγκριτικά με τα δικά μας αποτελέσματα, απαντήθηκαν όλα τα παραπάνω σωστά και ειδικότερα η σεξουαλική επαφή με ποσοστό 99%, η κάθετη μετάδοση από την μητέρα στο νεογνό με ποσοστό 70,4%, με μολυσμένες βελόνες με ποσοστό 89,8% και μέσω του αίματος με ποσοστό 88,8% και ως λανθασμένες απαντήσεις ήταν το σάλιο με ποσοστό 21,4% και το φτάρνισμα με ποσοστό 4,1%. Στην έρευνα της M.Q. Galindo, αναφέρει ότι οι απαντήσεις που έδωσαν φοιτητές που σπουδάζουν ένα επάγγελμα υγείας όσον αφορά τον τρόπο μετάδοσης του HIV ως προς την σεξουαλική επαφή, την οποία ταξινομεί σε τρεις κατηγορίες, το στοματικό σεξ με ποσοστό 84,6%, το πρωκτικό σεξ με ποσοστό 94% και το κολπικό σεξ με ποσοστό 92,3%. Η μετάδοση από την μητέρα στο νεογνό είχε ποσοστό 86,3%, με την χρήση μολυσμένων βελονών είχε ποσοστό επίσης 86,3% και μέσω μετάγγισης (αίμα) έχει ποσοστό 93,2%. Αντιστοίχως οι λανθασμένες απαντήσεις αντιστοιχούν σε 57,3% μέσω του ασπασμού (σάλιο) και το 64% μέσω του φταρνίσματος/βήχα.

Οι απαντήσεις που έδωσαν οι φοιτητές που δεν σπουδάζουν κάποιο επάγγελμα υγείας είναι στην σεξουαλική επαφή και συγκεκριμένα στο στοματικό σεξ 80,2%, στο πρωκτικό σεξ 92,5% και στο κολπικό σεξ 95,9%. Η μετάδοση από την μητέρα στο νεογνό αντιστοιχεί στο 66,4%, με την χρήση μολυσμένων βελονών 51,5% και 85,1% μέσω μετάγγισης (αίμα). Οι λανθασμένες απαντήσεις αντιστοιχούσαν σε 58,6% στον ασπασμό (σάλιο) και 31% στο φτάρνισμα/βήχα.

Συνεχίζοντας, όταν οι φοιτητές ρωτήθηκαν πώς αισθάνονται για τα οροθετικά άτομα, το μεγαλύτερο μέρος με ποσοστό 59% απάντησε ότι συμπονάει και κατανοεί την κατάστασή τους, το 15% νιώθει οίκτο, το 2% νιώθει φόβο και το 24% δεν αισθάνεται τίποτα. Στην ερώτηση στο πως θα αντιμετώπιζαν έναν συμφοιτητή ή φίλο αν τους αποκάλυπτε ότι είναι οροθετικός το 55% του δείγματος απάντησε ότι θα ανησυχούσε στην αρχή και μετά θα το ξεπερνούσε, στάση η οποία



δείχνει εν μέρει προκατάληψη την οποία στην συνέχεια θα ξεπερνούσαν και το 34% απολύτως φυσιολογικά. Το 7% και 2% απάντησαν ότι θα το ανέφεραν σε συμφοιτητές για να προφυλάσσονται και ότι δεν θα μπορούσαν να το δεχτούν από κάποιο φίλο ή συμφοιτητή και ίσως να απομακρύνονταν αντίστοιχα, συμπεριφορές που δείχνουν καθαρή προκατάληψη.

Στην ερώτηση για το αν θεωρούν ότι τα οροθετικά άτομα θα πρέπει να ζουν μόνο με άλλα οροθετικά άτομα και μακριά από τον υγιή πληθυσμό, το 89% απάντησε πως δεν πρέπει, ενώ το 4% απάντησε καταφατικά και το 7% απάντησε ότι δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Το ‘‘όχι’’ που απάντησε το μεγαλύτερο ποσοστό δείχνει μια υποστηρικτική στάση απέναντι στα οροθετικά άτομα. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Aluafi, Meer, Shabkah, Medawi, El-haddad, Bahabri και Almoallim όπου το 40,73% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι τα HIV-θετικά άτομα θα πρέπει να απομονώνονται από την υπόλοιπη κοινωνία.

Τέλος, όσον αφορά τα ποσοστά προκατάληψης των φοιτητών όλων των σχολών το μικρότερο ποσοστό προκατάληψης το έχουν οι φοιτητές του 2ου έτους με μέση τιμή 33,2 (τυπική απόκλιση 23,2) και το μεγαλύτερο ποσοστό προκατάληψης το έχουν οι φοιτητές του 1^{ου} έτους με μέση τιμή 37,3 (τυπική απόκλιση 25,2). Συγκρίνοντας με την έρευνα των Moral, Robledo, Cid, Sanchez, Camps, Castano, και Serrano, βρήκαν ότι το υψηλότερο ποσοστό θετικών συμπεριφορών το έχουν οι φοιτητές της νοσηλευτικής του 4^{ου} έτους με ποσοστό 80%. Το χαμηλότερο ποσοστό θετικών συμπεριφορών το έχουν οι φοιτητές της νοσηλευτικής του 1^{ου} έτους με ποσοστό 55,9%.



Κεφάλαιο 4ο: Δυσκολίες Μελέτης

Ως προς τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε μόνο ένα μικρό δείγμα φοιτητών από το ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης και απομονώθηκε μόνο στη φοιτητική κοινότητα και τους φοιτητές που την απαρτίζουν. Περιοριστικός επίσης ήταν ο παράγοντας επιλογής ίσου μοιράσματος ερωτηματολογίων σε όλες τις σχολές του ΤΕΙ με σκοπό να μπορέσουμε να αποκτήσουμε μία σφαιρική εικόνα για την κατάσταση που επικρατεί, ενώ δεν υπήρξε σκοπός να διερωτηθούν άνθρωποι που δε φέρουν κάποιο επίπεδο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίοι βέβαια ίσως να έφεραν διαφορετική αντίληψη και στάση. Διερωτήθηκαν τελικά φοιτητές μόνο της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που αντιπροσωπεύουν τη στάση και την προκατάληψη που υπήρξε σε μικρά ποσοστά κι οι οποίοι αποτέλεσαν αντιπροσωπευτικό δείγμα της φοιτητικής κοινότητας κι ένα μικρό δείγμα απέναντι στη στάση της κοινωνίας.

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε η πιθανή προκατάληψη κατά των οροθετικών από τους φοιτητές του ΑΤΕΙ Ηρακλείου, Κρήτης. Από το συνολικό αποτέλεσμα φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών δεν είναι προκατειλημμένο και αυτό, υποθέτουμε, ότι οφείλεται στο γεγονός ότι οι περισσότεροι αρχικά γνωρίζουν τους τρόπους μετάδοσης άρα ξέρουν και πώς να προστατευτούν από πιθανή έκθεση στον ιό.

Όμως, υπήρχε ένα σχετικά μικρό ποσοστό το οποίο έδωσε λανθασμένες απαντήσεις, αρχικά, ως προς τον τρόπο που μεταδίδεται ο ιός. Ειδικότερα το 21,4% απάντησε ότι ο HIV μεταδίδεται με το σάλιο και το 4,1% ότι μεταδίδεται με το φτάρνισμα. Αυτό μας οδηγεί στο να υποθέσουμε ότι τα άτομα αυτά πιστεύουν ότι ο HIV μεταδίδεται με πολύ απλούς και καθημερινούς τρόπους όπως για παράδειγμα με ένα φιλί ή το φτάρνισμα, όπως δηλαδή μεταδίδεται ένα κρυολόγημα και αυτό τους κάνει να θέλουν να κρατήσουν μια απόσταση από τα άτομα αυτά. Αυτό μπορεί να συνδυαστεί με το 2% που απάντησε ότι νιώθει φόβο όταν ρωτήθηκαν πώς αισθάνονται για τα οροθετικά άτομα, πράγμα το οποίο μπορεί να τους έκανε να απομακρυνθούν αν μάθαιναν ότι ένας φίλος ή συμμαθητής τους είναι οροθετικός, όπως απάντησε ένα 2% και ότι θα το ανέφεραν σε άλλους συμμαθητές για να προφυλαχθούν όπως ανέφερε ένα 7%.



Τα συναισθήματα αυτά και τα μέτρα που πιστεύουν ότι πρέπει να ληφθούν για τα άτομα αυτά, όπως το ότι οι οροθετικοί πρέπει να ζουν μαζί με άλλους οροθετικούς και όχι μαζί με τους υγιείς που απάντησε το 4% καταφατικά, ενώ το 8% απάντησε ότι δεν γνωρίζει/δεν απαντά, πράγμα που μπορεί να δείξει προκατάληψη, καθώς μπορεί να μην θέλουν να παραδεχτούν ότι η στάση τους δείχνει προκατάληψη. Αυτά μας δείχνουν ότι δεν έχουν λάβει σωστή πληροφόρηση ή ότι η πληροφορίες τους σχετικά με αυτό το θέμα είναι ελλιπείς. Επιπροσθέτως ένα 1% απάντησε ότι οι οροθετικοί χρειάζονται ειδική μεταχείριση και ένα 22% ότι δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Επίσης ένα 15% στην ερώτηση αν τα οροθετικά άτομα θα πρέπει να περιθωριοποιούνται απάντησαν ότι δεν ξέρουν/δεν απαντούν. Και στην ερώτηση για το εάν θα έκαναν παρέα με οροθετικά άτομα ένα 8% απάντησε πως δεν θα έκανε ενώ ένα 13% πως δεν γνωρίζει/δεν απαντά.

Καλό θα ήταν τα σχολεία, κυρίως τα γυμνάσια γιατί τότε είναι που ξεκινά συνήθως η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, να παρέχουν περισσότερες και πιο λεπτομερείς πληροφορίες για τους τρόπους μετάδοσης του ιού και τους τρόπους προφύλαξης των παιδιών από αυτόν καθώς και τι οδηγίες πρέπει να ακολουθήσουν σε περίπτωση έκθεσής τους. Όλα τα σχετικά με το AIDS καθώς και τα άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και όχι μόνο θα μπορούσαν να διδαχθούν στα πλαίσια ενός μαθήματος ‘Αγωγής Υγείας’.

Επίσης καλό θα ήταν τα πανεπιστήμια και τα ΑΤΕΙ να διοργανώνουν σεμινάρια ενημέρωσης για το AIDS ή και να ενθαρρύνουν τους φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής να κάνουν οι ίδιοι τις ομιλίες στις οποίες θα μιλήσουν και για την γενικότερη πρόοδο που έχει κάνει η ιατρική σε ότι έχει να κάνει με την εξέλιξη της θεραπείας, τους τρόπους προφύλαξης, μετάδοσης και άλλα καθώς θα ενθαρρυνθούν να κάνουν έρευνα οι ίδιοι και θα συγκρατήσουν τις πληροφορίες που μαθαίνουν καλύτερα και οι συμφοιτητές τους ίσως να ενδιαφερθούν περισσότερο να παρακολουθήσουν τις ομιλίες αν προέρχονται από φίλους/συμφοιτητές τους και να είναι ανοιχτές (οι ομιλίες) για όλες τις σχολές.

Επίσης καλό θα ήταν να διοργανώνονται και δημόσια σεμινάρια, ανοικτά για όλον τον κόσμο και δωρεάν που να ενημερώνονται για τον HIV/AIDS και που θα τους ωθεί να κάνουν εξετάσεις όπως επίσης να ενημερωθούν ότι κάθε χρόνο στις 1 Δεκεμβρίου, που είναι και η παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS, γίνονται δωρεάν εξετάσεις σε διάφορα λεγόμενα ‘check points’ στην Αθήνα που λειτουργούν από το 2012 και στην Θεσσαλονίκη που λειτουργούν από το 2014 όπου έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα 86000 εξετάσεις σε σχεδόν 60000 ατομικούς ωφελούμενους για το AIDS αλλά και για τα άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς και παρέχεται και συμβουλευτική για ασφαλέστερες πρακτικές. (mycheckpoint.gr)



Τα παραπάνω συμπεράσματα υποδεικνύουν λοιπόν πως θα έπρεπε να υπάρχει μεγαλύτερη ενημέρωση από τους παραπάνω φορείς και φυσικά, μέριμνα που να προστατεύει τους φορείς του HIV-AIDS και να προσφέρει μεγαλύτερη ψυχολογική και πρακτική υποστήριξη σε εκείνους και τις οικογένειες τους. Επίσης αν υπάρχει πιο μεγάλης σημασίας ενημέρωση τα ποσοστά των ανθρώπων που φέρουν τα παραπάνω ποσοστά προκατάληψης θα μειωθούν σημαντικά.

Οι φοιτητές που σπουδάζουν κάποιο επάγγελμα υγείας έδειξαν μικρότερα ποσοστά άγνοιας και προκατάληψης σε σύγκριση με εκείνους άλλων σχολών.

Βάση άλλων εμπειρικών μελετών λοιπόν, υποστηρίζεται πως η προκατάληψη δεν υπάρχει μόνο στην κοινότητα, όπως και αποδείχθηκε τελικά κατόπιν της έρευνας σε μία μικρή φοιτητική κοινότητα, αλλά και σε πολλές κοινωνικές κατηγορίες και βαθμίδες με εκπληκτικό εύρημα ότι εντοπίζεται ακόμα και σε επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι πιο ενήμεροι και έμπειροι πάνω στο θέμα των οροθετικών ασθενών.

Η προκατάληψη τελικά είναι μία κατάσταση η οποία δηλώνει φόβο και κρούση της ανθρώπινης ψυχής κι ύπαρξης απέναντι σε κάποιον ξεχωριστό άνθρωπο, οποιουδήποτε είδους, πόσο μάλλον απέναντι σε κάποιον που είναι χρόνια πάσχοντας με μία μεταδοτική νόσο όπως ο φορέας του HIV.

Μπορεί ολοκληρωτικά λοιπόν αυτή να μην εξαλειφθεί τελείως, αλλά φυσικά να μειωθεί ακόμα περισσότερο με καλύτερη ενημέρωση (π.χ. μάθημα ‘Αγωγής Υγείας’ όπως αναφέρθηκε και πριν) και για τις παλαιότερες γενεές μα και τους πιο νέους ανθρώπους που από όσο φαίνεται την φέρουν απλά σε μικρότερα ποσοστά.



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Παράρτημα 1

Ερωτηματολόγιο

Ερευνητική Εργασία

Τίτλος: Η προκατάληψη κατά των οροθετικών ατόμων από φοιτητές του ΤΕΙ Κρήτης.

Φοιτήτριες: Δημησιάνου Δέσποινα

Κοκολάκη Μαρία

Κουμαδωράκη Ζωή

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας, έχει συνταχθεί στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας του τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης και σκοπό έχει να ερευνήσει τις γνώσεις των φοιτητών για το AIDS και την προκατάληψη των φοιτητών για τα οροθετικά άτομα. Θα σας παρακαλούσαμε να απαντήσετε με ειλικρίνεια.

Ερωτηματολόγιο

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

Ηλικία:

- 18-20
- 21-25



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

- 26-30
- άνω των 30

Τόπος καταγωγής:

- Κρήτη
- Αθήνα
- Θεσσαλονίκη
- Άλλο.....

Σχολή:

- ΣΕΥΠ
- ΣΔΟ
- ΣΤΕΦ
- ΣΤΕΓ

Έτος σπουδών:

- 1ο
- 2ο
- 3ο
- 4ο
- 5ο και άνω

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Γνωρίζετε τι είναι ένα ορθοτικό άτομο;



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΝΑΙ

ΟΧΙ

2.Γνωρίζετε τι είναι ο ιός του AIDS/HIV;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

3.Γνωρίζετε πως μεταδίδεται ο HIV; (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απάντηση)

Σεξουαλική επαφή

Με το σάλιο

Με το φτάρνισμα

Με μολυσμένη βελόνα

Από την μητέρα στο νεογνό

Με το αίμα

Δεν γνωρίζω

Άλλο:.....

4.Πιστεύετε ότι οι οροθετικοί ασθενείς θα έπρεπε να περιθωριοποιούνται;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ



5. Αν ναι γιατί;

6. Υπάρχουν οροθετικά άτομα στο συγγενικό σας περιβάλλον;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

7. Πώς αισθάνεστε για τα οροθετικά άτομα; (μπορείτε να δώσετε μία μόνο απάντηση)

- Φόβο
- Λύπηση
- Απέχθεια
- Τίποτα
- Συμπόνια/Κατανόηση της κατάστασής τους

8. Πιστεύετε ότι το AIDS μεταδίδεται με το σάλιο;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

9. Πιστεύετε ότι οι οροθετικοί άνθρωποι χρήζουν ειδικής μεταχείρισης;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

- Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

10. Αν απαντήσατε ναι στην παραπάνω ερώτηση γιατί;

11. Θα κάνατε παρέα με ένα οροθετικό άτομο;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

12. Πιστεύετε ότι ο Η.Ι.Υ. Είναι η ασθένεια των ομοφυλοφίλων;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

13. Πιστεύετε ότι μεταδίδεται κυρίως από τους ομοφυλόφιλους;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

14. Πιστεύετε ότι τα οροθετικά άτομα μπορούν να έχουν μια «υγιή» σεξουαλική δραστηριότητα με τους συντρόφους τους που δεν είναι οροθετικοί;

- ΝΑΙ



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

15. Αν μαθαίνατε ότι ένας συμφοιτητής σας είναι οροθετικός θεωρείτε ότι θα πρέπει να σταματήσει να έρχεται σε επαφή με άλλους συμφοιτητές του για να μην μεταδώσει την νόσο;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

16. Πιστεύετε ότι τα οροθετικά άτομα θα πρέπει να ζούνε μόνο με άλλα οροθετικά άτομα στο ίδιο περιβάλλον και μακριά από τον υγιή πληθυσμό;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

17. Πιστεύετε ότι είστε σε θέση να δώσετε έγκυρες πληροφορίες σε κάποιους φίλους, συμφοιτητές, οικογένεια για το AIDS και για τα οροθετικά άτομα;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

18. Γνωρίζετε την επιδημιολογία του HIV στη χώρα μας;



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΝΑΙ

ΟΧΙ

19. Πιστεύετε ότι το AIDS έχει πάρει μορφή «πανδημίας»;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Δεν γνωρίζω τι είναι πανδημία

20. Πιστεύετε ότι ορισμένα οροθετικά άτομα θέλουν να μεταδώσουν επίτηδες την νόσο τους σε υγιείς για να μην νιώθουν «μοναξιά» λόγω της αρνητικής στάσης της κοινωνίας εναντίον τους;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

21. Πως θα αντιμετωπίζατε έναν συμφοιτητή/φίλο εάν αυτός σας εκμυστηρευόταν ότι είναι οροθετικός; (κυκλώστε την απάντηση που θεωρείτε σωστή)

A) Απολύτως φυσιολογικά

B) Θα ανησυχούσατε αρχικά, μα μετά θα το ξεπερνούσατε

Γ) Δεν θα μπορούσατε να το δεχτείτε από έναν φίλο/συμφοιτητή, ίσως να απομακρυνόσασταν.

Δ) Σίγουρα θα το αναφέρατε σε συμφοιτητές, ώστε να προφυλάσσονται.



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Ε) Άλλο:.....

22. Νομίζετε ότι είστε σε θέση να υπερασπιστείτε τα δικαιώματα ενός οροθετικού ατόμου;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας!!!



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- www.keepno.gr/el-gr/νοσήματαθέματαυγείας/λοιμώδηνοσήματα/hivaidσάλλασεξουαλικώςμεταδιδόμενανοσήματα/hivaidσ/hivaidσfaq.aspx

(γενικές πληροφορίες για τον HIV)

- Allport, G. (1954). The Nature of Prejudice. Boston: Beacon Press.
- <http://www.hiv-aids.gr/pages/k1b.htm#doctop>

Γενικές πληροφορίες για τον HIV

- <http://www.hivaidσ.gr/i/pliroforisi/hivaidσ#symptoms>
- http://www.keepno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/HIV/2015/%CE%A3%CE%A5%CE%9D%CE%9F%CE%A0%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%9F%20%CE%95%CE%A0%CE%99%CE%94%CE%97%CE%9C%CE%99%CE%9F%CE%9B%CE%9F%CE%93%CE%99%CE%9A%CE%9F_31-10-2015.pdf

Επιδημιολογία του HIV στην Ελλάδα

- Greater Risk for HIV Infection of Black Men Who Have Sex With Men: A Critical Literature Review [Gregorio A. MillettMPH, ,John L. PetersonPhD, ,Richard J. WolitskiPhD, and ,Ron StallPhD, MPH] <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2005.066720>

- HIV Epidemiology Update and Transmission Factors: Risks and Risk Contexts—16th International AIDS Conference Epidemiology Plenary [Kenneth H. Mayer Chris Beyrer] <https://academic.oup.com/cid/article/44/7/981/463297>



- HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men--five U.S. cities, June 2004-April 2005 [MMWR Morb Mortal Wkly Rep]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15973239>
- Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users [Aceijas, Carmen; Stimson, Gerry V; Hickman, Matthew; Rhodes, Timon behalf of the United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries
http://journals.lww.com/aidsonline/Abstract/2004/11190/Global_overview_of_injecting_drug_use_and_HIV.10.aspx
- HIV Prevalence and Risks Among Injection and Noninjection Drug Users in Northern Thailand: Need for Comprehensive HIV Prevention Programs [Myat Htoo Razak, Jaroon Jittiwutikarn, Vinai Suriyanon, Tassanai Vongchak, Namtip Srirak, Chris Beyrer, Surinda Kawichai, Sodsai Tovanabutra, Kittipong Rungruengthanakit, Pathom Sawanpanyalert, and David D. Celentano]
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31602328/razak2003.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1511450811&Signature=Rx4XmcV8ZQaZNVupP9y3ck9wTxs%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DHIV_Prevalence_and_Risks_Among_Injection.pdf
- Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran [Zamani, Samana; Kihara, Masahiroa; Gouya, Mohammad Mehdi; Vazirian, Mohsenc,d; Ono-Kihara, Masakoa; Razzaghi, Emran Mohammadc,d; Ichikawa, Seiichie]
http://journals.lww.com/aidsonline/Abstract/2005/04290/Prevalence_of_and_factors_associated_with_HIV_1.8.aspx
- Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia [Rhodes, Tima; Lowndes, Catherinea; Judd, Alia; Mikhailova, Larissa A.b;



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Sarang, Anyac; Rylkov, Andrey; Tichonov, Mikhail; Lewis, Kimd; Ulyanova, Ninae; Alpatova, Tatiana; Karavashkin, Victor; Khutorskoy, Mikhail; Hickman, Matthew; Parry, John V.d; Renton, Adrian]

http://journals.lww.com/aidsonline/Abstract/2002/09060/Explosive_spread_and_high_prevalence_of_HIV.2.aspx

- HIV prevention among injection drug users: The need for integrated models [David S. Metzger Helen Navaline] <https://link.springer.com/article/10.1093%2Fjurban%2Fjtg083?LI=true>
- Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic [Tyndall, Mark Wa,b; Currie, Suea; Spittal, Patriciaa,b; Li, Kathya; Wood, Evana,b; O'Shaughnessy, Michael Va,c; Schechter, Martin] http://journals.lww.com/aidsonline/Abstract/2003/04110/Intensive_injection_cocaine_use_as_the_primary.14.aspx
- Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection [DrSusan FHurleyPhDaDamien JJolleyMScJohn MKaldorPhDb] <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673696113805>
- 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS [Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS].
- Βιβλίο: Παθολογική – Χειρουργική νοσηλευτική, κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα ασθενούς, LeMone P., Burke K. Bauldoff G., 5η έκδοση, Τόμος Α
- Thesis: ‘HIV testing in Europe: mapping policies and exploring practices in the era of increased treatment availability’ by Jessika Deblonde 2014
- <http://icrhb.org/sites/default/files/Thesis%20Jessika%20Deblonde%20finale%20versie.pdf>
- Βιβλίο: Σύγχρονη εσωτερική παθολογία, Ελένη Χαράτση – Γιωτάκη, 2014)



- <http://digilib.teiemt.gr/jspui/bitstream/123456789/3937/1/DIDZ01Z01169.pdf>
- https://www.history.com/topics/1980s/history-of-aids#section_1
- <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/steg/dd/2014/KitsopanouEva/attached-document-1442219855-475824-28976/KitsopanouEva2014.pdf>
- <https://www.cdc.gov/hiv/risk/index.html>
- <https://www.cdc.gov/hiv/risk/analsex.html>
- <https://www.cdc.gov/hiv/risk/vaginalsex.html>
- <https://www.cdc.gov/hiv/risk/oralsex.html>
- <https://www.cdc.gov/hiv/risk/drugs/index.html>
- http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2012/LempidakiStavroula,LeonardouAmalia,FragkioudakiEvangelia/attached-document-1384032459-753470-29032/Lempidaki_Leonardou_Fragkioudaki.2012.pdf
- (Amu, 2014; Awosan et al, 2014; Eluwa et al, 2015; Makwe & Ahmad, 2013; Mukoro. Ogbuku & Tabowei, 2013, Wusu, 2011). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5678227/>
- (Adebayo, Olykolade, Idogho, Aukomah, 2013; Kiposoma, 2013; Shisana, Toefy, Simbayi , Malik & Zuma, 2004). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5678227/>
- (Fagbamigbe A., Lawal A. & Idemudia E. , 2017)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5678227/>



- Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, προετοιμασία για τη νοσηλευτική πρακτική, Osborn, Wraa, Watson, Holleran τόμος 2ος, 2016
- <https://ideas.repec.org/a/eee/socmed/v208y2018icp64-71.html>
- <http://repository.library.teimes.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/6043/AIDS%20-%20CE%94%CE%99%CE%91%CE%93%CE%9D%CE%A9%CE%A3%CE%97%20%CE%91%CE%9D%CE%A4%CE%99%CE%9C%CE%95%CE%A4%CE%A9%CE%A0%CE%99%CE%A3%CE%97%20%CE%9A%CE%91%CE%99%20%CE%9F%20%CE%A1%CE%9F%CE%9B%CE%9F%CE%A3%20%CE%A4%CE%9F%CE%A5%20%20%CE%9D%CE%9F%CE%A3%CE%97%CE%9B%CE%95%CE%A5%CE%A4%CE%97..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Βιβλίο: Κοινωνική νοσηλευτική, Marcia Stanhope, Jeanette Lancaster, 4η Αγγλική Έκδοση – 2η Ελληνική Έκδοση
- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074890900159X?fbclid=IwAR0OQhrqIb51cq4VQGB2ejZqF1_rF77QWfOvExN1O5byAwEyww-KyI0ibPA
- Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, προετοιμασία για τη νοσηλευτική πρακτική, Osborn, Wraa, Watson, Holleran τόμος 2ος, 2016
- ΒΙΒΛΙΟ: Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα 5η έκδοση, Ignatavicius, Workman 1ος τόμος
- <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hiv-aids/symptoms-causes/syc-20373524>
- <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prevention.html>
- <https://www.hiv.gov>
- (Zaba, Calvert, Marston, Singo, Miuro, Lutalo, Crampin, Robertson, Herbst, Newell, Todd, Byass, Boerma, Ronsman, May 2013) <https://www.hiv.gov>
- (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010) <https://www.hiv.gov>



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

- (Nelson 2007). <https://www.hiv.gov>
- (Courtney 2006) <https://www.hiv.gov>
- (Trussel 2007) <https://www.hiv.gov>
- (Raymond 2007) <https://www.hiv.gov>
- (Grimes 2007) <https://www.hiv.gov>
- http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2004/DialektakiAnna,SgourakiKleio/attached-document-1301566665-33679-32354/dialektaki_sgouraki2004.pdf
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139116300385>
- (T. Betancourt, Lauren C. Ng, C. M. Kirk, M. Munyanah, C. Mushashi, C. Ingabire, S. Teta, W. R. Beardslee, R. T. Brennan, I. Zahn, S. Stulac, F. R. Cyamatare, V. Seziberaf, 28/7/2014)
Family-based prevention of mental health problems in children affected by HIV and AIDS: an open trial <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4315615/#R15>
- (Okeke E., Wanger G., 2013)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953613003006>
- American Journal of Public Health
<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.93.6.939#>
- <http://ir.lib.uth.gr/bitstream/handle/11615/42564/12963.pdf?sequence=1>



- (Αικατερίνη Μολλά, Δεκέμβριος 2010).
www.farmakeutikoskosmos.gr/article-k/hiv-aids-h-pyhologiki-diastash-ths-noso/6445
- Thesis: ‘‘Perception of HIV/AIDS among students at the university of Joensuu’’ by Ebot Mathias
http://epublications.uef.fi/pub/URN_NBN_fi_joy-20100001/URN_NBN_fi_joy-20100001.pdf
- <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdfplus/10.2105/AJPH.77.7.789>
(American Public Health Association)
- (Gonzalez et al , 2004).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15264978>
- (‘‘Η οροθετικότητα στην Ελλάδα’’ 12/4/2018) https://www.huffingtonpost.gr/entry/e-orothetikoteta-sten-ellada_gr_5abea935e4b0357e00d26055
- (UNRIC Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης των Ηνωμένων Εθνών 20/7/2012 δημοσιεύτηκε στο www.athina984.gr
- https://unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=26905:-hiv-&catid=4:latest-news&Itemid=18
- (Bharat S. 2001) http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc587-india_en.pdf
- https://www.researchgate.net/publication/294108958_Knowledge_and_Attitude_on_HIV_and_AI_DS_Standpoint_of_College_Students_of_the_University_of_the_Immaculate_Conception



- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034117301314>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1322769616301330>
- <https://mycheckpoint.gr/%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%B7%CF%84%CE%AE-%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CE%AC%CE%B4%CE%B1-checkpoint/>
 - ΒΙΒΛΙΟ: Νοσηλευτική Μητρότητας Lowdermilk, Perry, Cashion 8η έκδοση