

**AIDS - Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ  
ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ / ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS  
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Μετέχουσες Σπουδάστριες:

Ιωάννου Ασημίνα  
Πιπίνου Γεωργία



Υπεύθυνος Καθηγητής:

Δετοράκης Ιωάννης

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του Πτυχίου στο Τμήμα Κοινωνικής  
Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του  
Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

**ΠΑΤΡΑ 1997**

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2313

Η τριμελής Επιτροπή για την Έγκριση της Πτυχιακής

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

## 10 - ΧΡΟΝΙΑ - ΜΑΧΗΣ

- Με την προκατάληψη
- Με την κατάκριση
- Με την ενοχή
- Με τον φόβο
- Με τον πόνο
- Με την κατηγορία
- Με την απόρριψη
- Με την προδοσία
- Με το ρατσισμό

Και όμως, είμαι παρών και ζωντανός - ευτυχισμένος με απαιτήσεις από τη ζωή, τον έρωτα τη χαρά, τη λύπη. Ευχαριστώ όσους με αγάπησαν για το «ποιος είμαι», όχι για το «τι είμαι». Όσο αυτοί με αγαπούν αυτή η θέση θα μένει κενή. Οι άνθρωποι πεθαίνουν γιατί τους ξεχνάμε.

*Από το εξώφυλλο του περιοδικού*

*Posit Hiv*

*για όσους ζουν με το AIDS/ HIV στην*

*Ελλάδα*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	8
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	10
ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	13
ΑIDS- ΓΕΝΙΚΑ	13
ΟΡΙΣΜΟΣ	13
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	14
ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	16
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ AIDS	20
ΓΕΝΙΚΑ	20
ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	23
Αναπτυσσόμενες χώρες	23
Ανεπτυγμένες χώρες	24
Η περίπτωση της Ελλάδας	26
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	27
ΜΕΣΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ/ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ	32
ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS	35
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	35
ΤΟ AIDS ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ	36
α) Τομέας θεωρίας	38
β) Τομέας Πρακτικής	39
α) Οι κοινωνικοί δεσμοί	40
β) Πολιτικοί προσανατολισμοί	47
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	55
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ/ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ AIDS, ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	55
Α) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ- ΓΕΝΙΚΑ	55
Β) ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ AIDS	59
Χρόνια ασθένεια	59
Καταληκτική ασθένεια	61
Στιγματοφόρος ασθένεια	61
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ/ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS ΚΑΙ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ	63
Υποστηρικτικός	69

Μεσολαβητικός ρόλος	78
Διαγνωστικός-θεραπευτικός	80
Δ) ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΠΕΝΘΟΥΣ/ ΘΡΗΝΟΥ	81
ΤΗΡΗΣΗ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ	91
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ AIDS	94
Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη	98
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΓΙΑ ΤΟ AIDS	100
ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ AIDS	103
ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ	103
ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ AIDS	106
<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>110</b>
ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	110
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	110
ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΣΧΕΔΙΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ	111
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	<b>116</b>
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	121
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	142
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	<b>144</b>
<b>ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	<b>151</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>155</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>171</b>

## **ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον υπεύθυνο καθηγητή κ. Δετοράκη Ιωάννη, Υγειονολόγο, για την συνεργασία, τη βοήθεια και την υποστήριξη του, κατά την διάρκεια της μελέτης αυτής.

Επίσης ευχαριστούμε τον κ. Κ. Αυγερίδη, Κοινωνιολόγο Υγείας - Κοινωνικό Λειτουργό, για τη συμβολή του στην εύρεση βιβλιογραφικού υλικού και στην διαμόρφωση του ερωτηματολογίου.

Τέλος, όλους εκείνους που μας στήριξαν ηθικά και συναισθηματικά και μας «ανέχθηκαν» καθ όλη τη διάρκεια της μελέτης αυτής.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η μελέτη αυτή στοχεύει να παρουσιάσει, μέσω της ερευνητικής προσπάθειας, τον ρόλο και την στάση του Κοινωνικού Λειτουργού που εργάζεται σε Νοσοκομείο, απέναντι σε φορείς/ ασθενείς με AIDS, στα πλαίσια της Δευτερογενούς Περίθαλψης. Η ολοκλήρωση της μελέτης αυτής, είναι αποτέλεσμα μελέτης συγγραμμάτων ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας και ερευνητικής εργασίας που πραγματοποίησαν οι μετέχουσες σπουδάστριες.

Η πρώτη ενότητα του θεωρητικού μέρους αναφέρεται σε μια μελέτη της ασθένειας του AIDS, όπου παρουσιάζεται η εξέλιξη της ασθένειας, από την εμφάνιση της μέχρι σήμερα και οι τρόποι μετάδοσης της και προφύλαξης από αυτήν. Επίσης αναφέρονται τα συμπτώματα και η κλινική εικόνα του φορέα/ ασθενή με AIDS καθώς και τα επιδημιολογικά στοιχεία της ασθένειας, τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και στον Ελλαδικό χώρο. Τέλος, παρουσιάζονται οι κοινωνικοπολιτιστικές διαστάσεις του AIDS, καθώς και η πολιτική Δημόσιας Υγείας που εφαρμόζεται στην Ελλάδα, όσον αφορά στην ασθένεια του AIDS.

Η δεύτερη ενότητα του θεωρητικού μέρους αναφέρεται στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο και στον τρόπο με τον οποίο αυτός διαμορφώνεται σε σχέση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ασθένειας και τις ανάγκες του φορέα/ ασθενή και του περιβάλλοντός του. Επίσης, παρουσιάζεται η έννοια και ο τρόπος άσκησης Συμβουλευτική για το AIDS, από τον Κοινωνικό Λειτουργό, η έννοια και



η αναγκαιότητα τήρησης του απορρήτου, καθώς και η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού στην διεπιστημονική ομάδα. Τέλος, παρουσιάζεται η θεωρία των στάσεων και, λόγω έλλειψης βιβλιογραφίας για την στάση των Κοινωνικών Λειτουργών απέναντι στους φορείς/ασθενείς με AIDS, στην Ελλάδα, γίνεται αναφορά σε αποτελέσματα ερευνών που πραγματοποιήθηκαν, όπως αυτά παρουσιάζονται σε ξένη βιβλιογραφία.

Το ερευνητικό μέρος της μελέτης πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα και στην Πάτρα, με Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται σε Νοσοκομεία. Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορά στην συγκέντρωση των δημογραφικών στοιχείων των ερωτηθέντων. Το κυρίως μέρος του ερωτηματολογίου αφορά στο επίπεδο ενημέρωσης των Κοινωνικών Λειτουργών για τη νόσο του AIDS, στο ποιος, κατά τη γνώμη τους, πρέπει να είναι ο ρόλος του επαγγελματία με τον φορέα/ασθενή με AIDS, στο αν έχουν αναλάβει περιστατικό άτομο με HIV+/AIDS και στο ποιοι παράγοντες, στην περίπτωση αυτή, πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να αποτελέσουν εμπόδιο στην εργασία τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Μέσα από την πάροδο των αιώνων, έχουν εμφανιστεί ασθένειες όπως η χολέρα και η ευλογιά, οι οποίες έχουν πάρει διαστάσεις επιδημίας και θεωρούνται χαρακτηριστικές για μεγάλες χρονικές περιόδους.

Στην εποχή, την οποία διανύουμε, η ασθένεια του AIDS, είναι αυτή που κυριαρχεί, τόσο λόγω των επιδημικών της διαστάσεων όσο και για την μέχρι στιγμής αδυναμία εύρεσης θεραπείας γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την πορεία προς τον θάνατο.

Αν και αρχικά η ασθένεια του AIDS είχε συνδεθεί αποκλειστικά με συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες και κυρίως του ομοφυλόφιλους, στην πορεία αποδείχθηκε ότι ο κίνδυνος μόλυνσης είναι υπαρκτός για όλους. Σήμερα το AIDS έχει πάψει να αποτελεί ένα αποκλειστικά ιατρικό πρόβλημα αλλά έχει εκλάβει ευρύτερες κοινωνικό - πολιτιστικές διαστάσεις που επηρεάζουν την δομή και λειτουργία του κοινωνικού συνόλου και κατ' επέκταση την αντιμετώπιση των ατόμων που έχουν προσβληθεί από αυτήν, οι οποίοι αποκάλυπτα στιγματίζονται και περιθωριοποιούνται.

Το θέμα του AIDS, είναι θέμα που αφορά το σύνολο των μελών μιας κοινωνίας. Είναι ένα θέμα που εξίσου θα πρέπει να αφορά και εμάς, ως άτομα και ως επαγγελματίες, που έχουμε την υποχρέωση να είμαστε διαρκώς σε ετοιμότητα να ανιχνεύσουμε τις ανάγκες των άλλων και

μέσω γνώσεων και δεξιοτήτων να προχωρήσουμε προς την παροχή υποστήριξης και βοήθειας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών αυτών.

Η αιφνίδια εμφάνιση της ασθένειας του AIDS αποτελεί μια σημαντική πρόκληση για τον κλάδο των κοινωνικών λειτουργών, στην οποία όμως πιστεύουμε ότι μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά έχοντας τις απαραίτητες προϋποθέσεις στους χώρους εργασίας αλλά κυρίως μέσω της κατάλληλης παρεχόμενης εκπαίδευσης.

### **ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Η ασθένεια του AIDS, από την εμφάνιση της μέχρι σήμερα, εξακολουθεί να προκαλεί έντονες αντιδράσεις, ανάμικτα συναισθήματα, τάσεις στιγματισμού και περιθωριοποίησης των ατόμων που έχουν προσβληθεί από αυτήν.

Η ραγδαία εξέλιξη και εξάπλωση της ασθένειας, η πολυπλοκότητα και η διαρκώς μεταβαλλόμενη φύση της, είναι παράγοντες που δυσχεραίνουν την μελέτη της και καθιστούν, μέχρι στιγμής, αδύνατη την εύρεση μέσου θεραπείας.

Η αδυναμία εύρεσης θεραπείας αυτόματα κατατάσσει την ασθένεια του AIDS στην κατηγορία των χρόνιων και καταληκτικών ασθενειών (όπως ο καρκίνος), ενώ παράλληλα, λόγω των τρόπων μετάδοσης της, έχει συνδεθεί με συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, που επιδέχονται λόγω του AIDS, επιπλέον απόρριψη και περιθωριοποίηση (όπως ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς). Είναι μια ασθένεια που το κοινωνικό σύνολο έχει κατεξοχήν συνδέσει με τον θάνατο, καθώς και με «μη

παραδεκτά» πρότυπα συμπεριφοράς, γεγονός που προσδίδει στην ασθένεια σημαντικές ψυχοκοινωνικές διαστάσεις.

Το θέμα του AIDS έχει πάγει να αποτελεί αποκλειστικά ζήτημα ιατρικό και αντιμετωπίζεται, πλέον, ως μείζον κοινωνικό θέμα. Το γεγονός της μόλυνσης, πέρα από τις επιπτώσεις που έχει στην υγεία του ατόμου, επηρεάζει, λόγω της φύσης και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της, όλους τους τομείς της προσωπικής και κοινωνικής του ζωής. Η διατάραξη των προσωπικών και οικογενειακών σχέσεων, ο αποκλεισμός από την γειτονιά και την ευρύτερη κοινότητα, η μεταβολές στον τομέα εργασίας με άμεσες επιπτώσεις στην οικονομική ανεξαρτησία, είναι μερικά από τα συνήδη προβλήματα που επιφέρει η ασθένεια στο άτομο.

Το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας, έχοντας ως πρωταρχικό σκοπό την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων και την προσπάθεια επίλυσης τους, καλείται να ανταποκριθεί στην νέα αυτή πρόκληση της εμφάνισης του AIDS.

Με δεδομένο ότι στην Ελλάδα ο βασικός χώρος παροχής φροντίδας φορέων/ ασθενών με AIDS αποτελεί το Νοσοκομείο, και με δεδομένο ότι η Κοινωνική Εργασία έχει πλήρως ενταχθεί στα Νοσοκομεία ως βασική δευτερογενής υπηρεσία, τίθεται ο προβληματισμός, κατά πόσο το γνωστικό επίπεδο, η ενημέρωση και η στάση των Κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στον συγκεκριμένο χώρο, αποτελούν παράγοντες άσκησης Κοινωνικής Εργασίας που να ανταποκρίνεται στη ρεαλιστική φύση των αναγκών των φορέων/ ασθενών με AIDS και του περιβάλλοντος τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

## **ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Κύριος σκοπός της μελέτης αυτής είναι να καταγράψει τις ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας του AIDS, στοιχεία για τα οποία θεωρούμε, ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να είναι ενήμερος ιδιαίτερα, όταν εργάζεται σε νοσοκομειακό πλαίσιο, ενώ παράλληλα να παρουσιάσει το πως ο ρόλος και η στάση του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο διαμορφώνεται, ασκώντας Κοινωνική Εργασία με φορείς/ ασθενείς με AIDS.

Για την προσέγγιση του σκοπού της εργασίας, κρίναμε απαραίτητο να μελετήσουμε και να παρουσιάσουμε, βάσει της βιβλιογραφίας, τα εξής θέματα:

- Ποιες είναι οι ιατρικές και οι κοινωνικοπολιτιστικές διαστάσεις του AIDS έτσι ώστε να παρουσιαστεί η εικόνα της νόσου, όπως αυτή μπορεί να γίνει κατανοητή από έναν κοινωνικό επιστήμονα.
- Ποιος είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε Νοσοκομείο γενικά.
- Ποια είναι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ασθένειας, ποιος είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε Νοσοκομείο με φορείς/ ασθενείς με AIDS και στη διαδικασία χειρισμού του πένθους και του θρήνου.
- Πως καθορίζεται ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στα πλαίσια παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών για το ζήτημα του AIDS και

ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, καθώς επίσης η αναγκαιότητα τήρησης του απορρήτου.

- Ανασκόπηση της θεωρίας των στάσεων, ώστε να μπορέσει να γίνει κατανοητή η διαδικασία διαμόρφωσης των στάσεων και πως αυτή εκδηλώνεται μέσω της συμπεριφοράς.

### **ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ**

**AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome

**ΣΕΑΑ:** Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας

**HIV:** Human Immunodeficiency Virus/ ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας

**Οροθετικός/ φορέας:** το άτομο που φέρει τον ιό HIV, χωρίς να εκδηλώνει συμπτώματα της ασθένειας του AIDS

**Κρούσμα:** ο ασθενής με AIDS

**Χρόνια ασθένεια:** η ασθένεια που διαρκεί ισοβίως

**Καταληκτική ασθένεια:** η ασθένεια που καταλήγει στον θάνατο

**Στιγματοφόρος ασθένεια:** η ασθένεια που προσδίδει στίγμα στον ασθενή

**Στιγματισμός:** διαδικασία κοινωνικής αλληλεπίδρασης, που καταλήγει στην απόρριψη των ατόμων με ειδικά χαρακτηριστικά (Μαργαριτίδου- Τιμπλαλέξη Β., 1991)

**Κοινωνικό- πολιτιστικό σύνολο:** το «κοινωνικό» αφορά τον τομέα των σχέσεων που πραγματοποιούνται ανάμεσα στα άτομα τα οποία

δρουν ατομικά ή συλλογικά, καθώς και ανάμεσα στους κοινωνικούς πρωταγωνιστές, αφορούν στους περιορισμούς, στους καταναγκασμούς που βαρύνουν αυτές τις σχέσεις, τους τύπους και τις συνέπειες αυτών των συγκεκριμένων σχέσεων. Το «πολιτιστικό» αφορά στις αρχές, στους κανόνες, στους τρόπους και στα στοιχεία που κυριαρχούν στις σχέσεις και δεν εκδηλώνονται παρά μόνο μέσα σε αυτές.

Συμβουλευτική για τον HIV/ AIDS: είναι εξελισσόμενος διάλογος και σχέση ανάμεσα στον ασθενή ή γενικότερα στο άτομο που προσφεύγει στις ανάλογες υπηρεσίες και σε εκείνον που τις παρέχει (σύμβουλο), με στόχο: α) την πρόληψη της μετάδοσης της HIV- λοίμωξης και β) την παροχή ψυχοσωματικής υποστήριξης σε εκείνους που έχουν ήδη προσβληθεί.

Π. Ο. Υ. : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Κ. Ε. Ε. Λ. : Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ II**

### **AIDS- ΓΕΝΙΚΑ**

#### **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Το AIDS-ΣΕΑΑ (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας), ορίζεται ως λοιμώδες νόσημα, το οποίο οφείλεται στον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας HIV, (Human Immunodeficiency Virus) (Δετοράκης Ι., 1992, σελ. 10)

Ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), ο οποίος προκαλεί την ασθένεια του AIDS, ανήκει στην οικογένεια ιών που ονομάζονται «ρετροϊοί». Αυτοί οι ιοί, για να πολλαπλασιαστούν χρειάζονται κάποιο ζωντανό κύτταρο του οργανισμού. (Δετοράκης Ι., 1992, σελ. 10)

Στην περίπτωση του AIDS, τα κύτταρα που λειτουργούν ως μέσο για τον πολλαπλασιασμό του ιού HIV, ονομάζονται T4 βοηθητικά λεμφοκύτταρα, τα οποία είναι δραστικά για το ανοσοποιητικό σύστημα, καθώς μια από τις λειτουργίες τους είναι να κατευθύνουν το ανοσοποιητικό σύστημα προς τις μολύνσεις που προσβάλλουν τον οργανισμό. (Δετοράκης Ι., 1992, σελ. 12)

Όταν ο ιός HIV εισέλθει στο κυκλοφορικό σύστημα του οργανισμού και εντοπίσει τα T4 λεμφοκύτταρα, εισβάλλει σε αυτά με την βοήθεια ενός ενζύμου, καταλαμβάνει το γενετικό μηχανισμό του κυττάρου και το υποχρεώνει να αναπαραγάγει αντίγραφα του εαυτού του, καταστρέφοντας το τελικά. Ο νεοκατασκευαστής ιός εξέρχεται από το λεμφοκύτταρο, που



έχει ήδη καταστρέψει και από τον οποίο έχει αναπαραχθεί, αναζητώντας νέα λεμφοκύτταρα, συνεχίζοντας έτσι το καταστροφικό του έργο. (Δετοράκης Ι., 1992, σελ. 12)

Με τον παραπάνω μηχανισμό επίδρασης του ιού HIV, ο οποίος αναπαράγει ασθενή λεμφοκύτταρα, ο ανθρώπινος οργανισμός χάνει μεγάλο αριθμό λεμφοκυττάρων και σταδιακά μειώνεται η ικανότητα του συστήματος στο να ασκήσει την φυσιολογική του λειτουργία και να αντιμετωπίσει τις λοιμώξεις που τον απειλούν. (Δετοράκης Ι., 1992, σελ. 12)

### **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Οι θεωρίες, που έχουν ως τώρα διατυπωθεί, σχετικά με την προέλευση του ιού του AIDS, είναι πολλές.

«Η θεωρία όμως για την οποία υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις και θεωρείται σήμερα ως η επικρατέστερη, είναι εκείνη που αναφέρεται στο γεγονός ότι ο άνθρωπος πρωτομολύνθηκε πριν δεκάδες χρόνια στην Κεντρική Αφρική, όταν ο ιός του AIDS πέρασε στον άνθρωπο από τον πράσινο πίθηκο.

Όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο μεταδόθηκε ο ιός είναι ένα θέμα που απασχόλησε έντονα και για χρόνια τους μελετητές της νόσου.

Μια πιθανή εξήγηση για το θέμα αυτό δόθηκε στο βιβλίο που εξέδωσε το 1973 ο ανθρωπολόγος Anicet Kashamura, ο οποίος αφού μελέτησε για χρόνια τα ήθη και τα έθιμα της φυλής Idjwi, που ζουν σε ένα νησί της λίμνης Κίνυ, αναφέρει ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι

γυναίκες της φυλής, για να αυξήσουν την σεξουαλική τους ενεργητικότητα, εμβολίαζαν τους μηρούς, την πβική χώρα και την ράχη τους με αίμα πράσινου πιθήκου. Οι άνδρες χρησιμοποιούσαν αίμα αρσενικού πιθήκου και οι γυναίκες θηλυκού. Από τα παραπάνω οι μελετητές συμπέραναν ότι η αρχική μόλυνση ήταν αιματογενής.» (Δετοράκης Ι. 1992, σελ. 10)

Το AIDS (ΣΕΑΑ) εμφανίστηκε το 1970, πιθανόν πρώτα στην Κεντρική Αφρική και δημιούργησε μικροεπιδημίες στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη αλλά αναγνωρίσθηκε μόλις το 1981 στις Η.Π.Α. (Δετοράκης Ι., 1995, σελ. 56)

Η αναγνώριση της νέας ασθένειας κινητοποίησε και προκάλεσε το ενδιαφέρον διαφόρων ερευνητικών ομάδων, που σκόπευαν στην διερεύνηση των αιτίων, των αποτελεσμάτων και των δυνατοτήτων θεραπείας της ασθένειας.

Οι προσπάθειες απέδωσαν όταν στις αρχές του 1983 η ερευνητική ομάδα του Γάλλου καθηγητή L. Montagner απομόνωσε από ομοφυλόφιλο ασθενή με λεμφαδενικό σύνδρομο, έναν ιό που ονομάσθηκε Lymphadenopathy Associated Virus. Λίγο αργότερα μια άλλη ερευνητική ομάδα με επικεφαλής τον καθηγητή Robert Gallo απομόνωσε έναν σχεδόν ταυτόσημο ιό από ασθενή με AIDS και τον ονόμασε HTLV-III. (AIDS, Πληροφορίες για το νοσηλευτικό προσωπικό, 1989)

Αυτός ο ιός που προκαλεί την ασθένεια του AIDS μετονομάσθηκε σε Ιό της Ανδρώπινης Ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV). (AIDS, Πληροφορίες για το νοσηλευτικό Προσωπικό, 1989)

«Αρχικά το AIDS ονομάσθηκε» νόσος των ομοφυλοφίλων» (gay syndrome), γιατί τα πρώτα κρούσματα παρατηρήθηκαν σε ομοφυλόφιλους.

Καθώς όμως διαπιστώθηκε ότι η νόσος προσβάλλει και άλλα άτομα όπως τοξικομανείς, μεταγγιζόμενους, αιμορροφιλικούς, άτομα που κατάγονται από Αφρική και Καραϊβική καθώς και τους ερωτικούς συντρόφους των ανθρώπων αυτών, μετονομάσθηκε σε Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας. Η μετονομασία της ασθένειας οφείλεται στο γεγονός ότι όλοι οι προσβληθέντες παρουσίασαν επίκτητη ανεπάρκεια ανοσολογικού συστήματος, που προκαλούσε μείωση της ικανότητας αντιμετώπισης διαφόρων κοινών μικροοργανισμών και δημιουργία προϋποθέσεων για ανάπτυξη νεοπλασιών.» (Παπαευαγγέλου, 1995, σελ. 21)

### **ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ**

Ο ιός της επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (HIV) έχει ανιχνευθεί στο σπέρμα, στις κολπικές εκκρίσεις, σάλιο, ιδρώτα, γάλα, εγκεφαλονωτιαίο υγρό, καθώς και σε άλλα βιολογικά υγρά. Η μεταδοτικότητα του όμως, είναι μικρή, αφού η συγκέντρωση του ιού ακόμη και στο αίμα είναι εξαιρετικά χαμηλή. Η ευαισθησία του ιού στο περιβάλλον συντελεί στην καταστροφή του σε ελάχιστο χρονικό διάστημα εκτός του οργανισμού.

Για τη μετάδοση απαιτείται άμεση είσοδος στον οργανισμό σημαντικής ποσότητας μολυσματικού υγρού. (Παπαευαγγέλου Γ., 1995, σελ. 22)

Από τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι οι τρόποι μετάδοσης του ιού που προκαλεί την ασθένεια του AIDS, είναι περιορισμένοι. Με βάση λεπτομερείς επιδημιολογικές μελέτες σε όλο τον κόσμο, έχουν τεκμηριωθεί τρεις τρόποι μετάδοσης, οι οποίοι είναι οι εξής:

#### **α) Σεξουαλική Μετάδοση**

Σε παγκόσμια βάση η συνουσία αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης του ιού της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV) που προκαλεί το AIDS (Π. Ο. Υ., 1991).

Η μετάδοση του ιού γίνεται με τα βιολογικά υγρά του ανθρώπινου οργανισμού, όπως το σπέρμα και οι κολπικές εκκρίσεις. Σε ετεροφυλική επαφή η πιθανότητα μόλυνσης με κατεύθυνση άνδρα-γυναίκα είναι μεγαλύτερη από την πιθανότητα μόλυνσης με κατεύθυνση γυναίκα-άνδρα. Η παραπάνω διαφοροποίηση στις πιθανότητες μετάδοσης του ιού είναι η ίδια, που εμφανίζεται και σε όλα τα νοσήματα, που μεταδίδονται με τη σεξουαλική πράξη. Ο Κονδάκης (1992), αναφέρει ότι «η πιθανότητα μόλυνσης/ σεξουαλικής πράξης δεν πρέπει να είναι υψηλή γιατί παρατηρείται ότι το 50% των γυναικών που συζούν με οροθετικό άνδρα και έχουν μαζί του «κανονικές» σεξουαλικές σχέσεις δεν μολύνονται από τον ιό HIV. Για ποιο λόγο το άλλο 50% μολύνεται είναι άγνωστο (ατομική ευαισθησία, είδος σεξουαλικών πράξεων).» (Κονδάκης Ξ., 1992, σελ. 297)

Η μετάδοση του ιού με ομοφυλοφιλική επαφή είναι ευχερέστερη όσο ο αριθμός των σεξουαλικών επαφών και των ερωτικών συντρόφων είναι μεγαλύτερος. Η παρουσία τοπικών λοιμώξεων, οι παθητικές σεξουαλικές επαφές που δημιουργούν εύκολα τραυματισμούς, βοηθούν τον ενοφθαλμισμό της νόσου. (Παπαευαγγέλου Γ., 1995, σελ. 23)

Ο Κονδάκης (1992) αναφέρει ότι «η πιθανότητα μόλυνσης μέσω της σεξουαλικής πράξης είναι μεγαλύτερη στους παθητικούς ομοφυλόφιλους από τους ενεργητικούς ομοφυλόφιλους» σημειώνοντας, βέβαια ότι η διάκριση αυτή είναι πρακτικά αδύνατη.

### **β) Αιματογενής ή Παρεντερική μετάδοση**

«Η αιματογενής μετάδοση γίνεται με την μετάγγιση μολυσμένου ολικού αίματος ή παραγώγων του αίματος και με την μεταφορά μικροποσοτήτων αίματος, όπως γίνεται με την κοινή χρήση μολυσμένων βελονών ή συριγγών ή άλλων εργαλείων που χρησιμοποιούνται για το τρύπημα του δέρματος, τα οποία έρχονται σε επαφή με το μολυσμένο αίμα.

Επίσης, αναφέρεται ότι η μετάδοση με μολυσμένες με HIV βελόνες και σύριγγες είναι ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα ανάμεσα στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών και όπου αλλού βελόνες και σύριγγες δεν αποστειρώνονται πριν ξαναχρησιμοποιηθούν» (Π.Ο.Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 6)

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού HIV, μέσω των μεταγγίσεων έχει σχεδόν εκλείψει, μετά την θέσπιση μέτρων που επέβαλλαν την καδιέρωση επιστημονικών μεθόδων ελέγχου του

αίματος και κριτηρίων επιλογής αιμοδοτών, και τα οποία έχουν υιοθετηθεί από όλες τις χώρες.

#### **γ) Περιγεννητική και Κάθετη μετάδοση**

Η μετάδοση της HIV-λοίμωξης από την μητέρα στο έμβryo ή στο βρέφος μπορεί να γίνει κυρίως κατά την εγκυμοσύνη και ίσως κατά τον τοκετό και κατά τον θηλασμό.

Σύμφωνα με την Π. Ο. Υ., ο γενικός κίνδυνος μετάδοσης του ιού κατά την ενδομήτρια ζωή ή κατά τον τοκετό είναι 20-40%, ενώ μικρός θεωρείται ο κίνδυνος να προσβληθεί το παιδί από τον ιό μέσω του θηλασμού. Μικρός αριθμός βρεφών έχει αναφερθεί ότι μολύνθηκε μετά την γέννηση (πιθανά μέσω θηλασμού) από μητέρες που μολύνθηκαν με HIV, το χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό. (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 6-7)

«Σήμερα, τέλος, είναι απόλυτα τεκμηριωμένο ότι ο ιός HIV δεν μεταδίδεται:

- με κοινωνικό φιλί
- με κουνούπια
- με χειραγία
- με τα σκεύη φαγητού
- με την τουαλέτα
- με τα κατοικίδια ζώα

- με κοινόχρηστους χώρους
- στη θάλασσα
- στις κολυμβητικές δεξαμενές
- στον εργασιακό χώρο
- στο σχολείο

Επίσης δεν μεταδίδεται με τα εμβόλια, την κοινή γ-αιμοσφαιρίνη, με δάκρυα, με ιδρώτα ή σάλιο, αν και μπορεί να βρίσκεται σε αυτά τα βιολογικά υγρά. Τέλος δεν μεταδίδεται μέσω της αναπνευστικής ή γαστρεντερικής οδού.» (Παπαευαγγέλου Γ., 1995, σελ. 23)

## **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ AIDS**

### **ΓΕΝΙΚΑ**

Το AIDS, από την στιγμή της εμφάνισής του, πήρε μορφή πανδημίας που συνεχώς επεκτείνεται σε όλες τις χώρες και σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. Παρόλα αυτά οι επιδημιολογικές εξελίξεις είναι τόσο γρήγορες, ώστε κάθε γνώση θεωρείται πεπαλαιωμένη μερικούς μήνες μετά. Η επιδημιολογική εικόνα μεταβάλλεται διαρκώς παράλληλα με τις μεταβολές στην ατομική συμπεριφορά και στους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την μετάδοση του ιού. (Κονδάκης Ξ., 1992, σελ. 297)

Σήμερα υπάρχουν τρία κύρια επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της πανδημίας του AIDS, που την διαφοροποιούν σε σχέση με την αρχική της εμφάνιση. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής:

α) Η ευρεία γεωγραφική της διασπορά

Ο ιός του AIDS σήμερα διασπείρεται σε όλο και μεγαλύτερη έκταση σε όλο τον πλανήτη. Ενώ αρχικά η επιδημία έλαβε τεράστιες διαστάσεις στην Κεντρική Αφρική και την Λατινική Αμερική, τα τελευταία χρόνια επεκτείνεται και προς την πολυπληθή Ασία. Σε ορισμένες, μάλιστα, περιοχές της Νότιας-Νοτιοανατολικής Ασίας η διασπορά του ιού είναι παρόμοια με εκείνη που παρουσιάστηκε στη Αφρική πριν 10 χρόνια.

Η επιδημία έχει ακόμα επεκταθεί στη Βόρεια Αφρική, στην Μέση Ανατολή και στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, στις οποίες ο ρυθμός αύξησης της επιδημίας σήμερα είναι παρόμοιος με εκείνον που υπήρχε στην Ευρώπη το 1985.

Η γεωγραφική εξάπλωση της επιδημίας δεν αφορά μόνο την επέκταση και εμφάνιση κρουσμάτων σε νέες χώρες αλλά και στην είσοδο του ιού στην ύπαιθρο. Το γεγονός αυτό, οδηγεί στη πεποίθηση ότι στο μέλλον θα υπάρχει μικρή μόνο διαφορά στον επιπολασμό και στην επίπτωση των λοιμώξεων από τον ιό HIV μεταξύ των αστικών και αγροτικών περιοχών. (Παπαευαγγέλου Γ., 1994, σελ. 65) Πίνακας 1.

β) Η προσβολή ατόμων γενικού πληθυσμού

Στην αρχική εμφάνιση της επιδημίας, ο ιός διασπείρετο κυρίως μεταξύ συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων (ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς, πολυμεταγγιζόμενοι). Στην συνέχεια παρουσιάστηκε μια ευρύτερη εξάπλωση σε ιερόδουλες και στους «συντρόφους» τους.

Σήμερα, όμως, η επιδημία έχει επεκταθεί και στα άτομα του γενικού πληθυσμού, γεγονός που αναγάγει το ζήτημα της επιδημίας του AIDS



σε καίριο ζήτημα της Δημόσιας Υγείας. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να τονισθεί η ανάγκη αναπροσανατολισμού των προγραμμάτων ενημέρωσης από τα «άτομα με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου» σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. (Παπαευαγγέλου Γ., 1994, σελ. 65)

γ) Η ταχεία επέκταση της επιδημίας σε γυναίκες και η αύξηση της ετεροφυλικής διασποράς

Στα πρώτα χρόνια της εμφάνισης της επιδημίας του AIDS, οι άνδρες αντιπροσώπευαν τα 2/3 του αριθμού των κρουσμάτων. Σήμερα, όμως, η αναλογία αυτή έχει μεταβληθεί καθώς ολοένα και μεγαλύτερος αριθμός γυναικών προσβάλλονται από τη ασθένεια του AIDS. Αυτό δεικνύει ότι υπάρχει αύξηση της συμμετοχής της ετεροφυλικής σχέσης στη διασπορά της νόσου. (Παπαευαγγέλου Γ., 1994, σελ. 66)

Η μετάδοση του ιού με ετεροφυλική σεξουαλική επαφή, παρουσιάζεται κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου ο αριθμός των κρουσμάτων μεταξύ ανδρών και γυναικών κυμαίνονται στα ίδια αριθμητικά επίπεδα (Παπαευαγγέλου Γ., 1995, σελ. 21)

Αντίθετα, στις αναπτυγμένες χώρες η αύξηση των κρουσμάτων σε γυναίκες παρουσιάστηκε μόλις τα τελευταία χρόνια, ενώ στα πρώτα χρόνια της επιδημίας επικρατούσε η ομοφυλοφιλική μετάδοση.

Η επαγρύπνηση των επιστημόνων για την ακριβή παρακολούθηση της επιδημίας του AIDS είναι σημαντικά βελτιωμένη σε σχέση με τα άλλα μεταδοτικά νοσήματα. Εντούτοις, όμως, η αδυναμία συγκέντρωσης αξιόπιστων στοιχείων από τις υπό ανάπτυξη χώρες, όπου το πρόβλημα είναι οξύτερο, αλλά και τα σημαντικά εμπόδια που αναφύουν από τις

κοινωνικές προεκτάσεις του AIDS, δεν επιτρέπουν την ακριβή εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος. (Παπαευαγγέλου Γ., 1994, σελ. 66)

### **ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Σύμφωνα με την Π. Ο. Υ., ο συνολικός αριθμός κρουσμάτων από την εμφάνιση της ασθένειας του AIDS έως το τέλος του 1996, ανήλθε σε 7, 7 εκατομμύρια ασθενείς και 27, 5 εκατομμύρια φορείς. (Παπαευαγγέλου Γ., 1997, σελ. 24)

Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του AIDS δεν είναι δυνατόν να κατηγοριοποιηθούν συνολικά, σε παγκόσμια κλίμακα, καθώς αυτά διαφέρουν ανά περιοχές και ανά πληθυσμιακές ομάδες. Όσον αφορά τις διαφορές που υπάρχουν ανά γεωγραφικό χώρο, ένας διαχωρισμός που αποπειράται από τον Παπαευαγγέλου Γ. (1997) είναι ο εξής:

#### **Αναπτυσσόμενες χώρες**

Σύμφωνα με στοιχεία της Π. Ο. Υ. «90% και άνω του συνολικού αριθμού των κρουσμάτων προέρχεται από τις αναπτυσσόμενες χώρες και η αναλογία των κρουσμάτων σε γυναίκες ανέρχεται σε 42%.» (Παπαευαγγέλου Γ., 1997, σελ. 24)

«Ειδικότερα η επιδημία του AIDS, ξεκινώντας από την Αφρική, παρουσίασε κατακόρυφη αύξηση αριθμού κρουσμάτων, κυρίως κατά την πρώτη δεκαετία εμφάνισης της ασθένειας. Σήμερα όμως, ο ρυθμός αύξησης τους στην Αφρική υπολογίζεται ότι σύντομα θα αρχίσει να μειώνεται αλλά ο ετήσιος αριθμός θα αυξάνεται για πολλά ακόμη χρόνια. Αντίθετα φαίνεται ότι ο ρυθμός αυξάνει συνεχώς στις περιοχές

της Νότιας και Νοτιοανατολικής Ασίας, όπου πρόσφατα επεκτάθηκε η επιδημία.» (Παπαευαγγέλου Γ., 1997, σελ. 25),

Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει ο Παπαευαγγέλου Γ. (1997) σήμερα σημειώνεται ίσος αριθμός κρουσμάτων στις παραπάνω περιοχές, ενώ προβλέπεται ότι σύντομα θα σημειώνονται στην Ασία περισσότερα κρούσματα από ότι στην Αφρική.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, επίσης, έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια ραγδαία αύξηση της ετεροφυλικής μετάδοσης «με αποτέλεσμα να σημειώνεται μεγαλύτερη εξάπλωση της νόσου στον γυναικείο πληθυσμό». Ήδη το γεγονός αυτό έχει εμφανιστεί σε ορισμένες χώρες «όπου σύμφωνα με μελέτες, για κάθε 4 οροθετικούς άνδρες αντιστοιχούν 6 οροθετικές γυναίκες». (Παπαευαγγέλου Γ., 1997, σελ. 26)

### **Ανεπτυγμένες χώρες**

Αντίθετα με τη δυσοίωνη πορεία της επιδημίας στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι επιδημιολογικές μελέτες στις ανεπτυγμένες παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα. Ο ρυθμός αύξησης αλλά και ο απόλυτος ετήσιος αριθμός κρουσμάτων έχουν ήδη αρχίσει να μειώνονται σε χώρες, όπως της Δυτικής Ευρώπης και τις Η. Π. Α.

Η μείωση αυτή, όμως, δεν αφορά το σύνολο του πληθυσμού, καθώς εξακολουθούν να υπάρχουν μειονοτικοί πληθυσμοί όπου ο ετήσιος αριθμός κρουσμάτων συνεχίζει να αυξάνεται. (Παπαευαγγέλου Γ., 1997, σελ. 25)

«Σε σχέση με την πηγή μόλυνσης, τα δεδομένα που προκύπτουν από επιδημιολογικές μελέτες είναι τα εξής:

- Ο ρυθμός αύξησης και ο απόλυτος αριθμός κρουσμάτων παρουσιάζεται στους τοξικομανείς μεγαλύτερος από ό, τι στους ομοφυλόφιλους.
- Παρουσιάζεται μεγάλη αύξηση των ετεροφυλικών κρουσμάτων όπου ο ρυθμός αύξησης είναι μεγαλύτερος από τις παραπάνω ομάδες (ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς)
- Σημαντική αύξηση επίσης, παρουσιάζει η αναλογία των κρουσμάτων μεταξύ ανδρών και γυναικών

Τα παραπάνω στοιχεία εντείνουν την ανάγκη για αλλαγή συμπεριφοράς τόσο στις Ομάδες Υψηλού Κινδύνου όσο και στο γενικό πληθυσμό καθώς οι τοξικομανείς και οι ετεροφυλόφιλοι αποτελούν τη γέφυρα επέκτασης της επιδημίας σε αυτόν.» (Παπαευαγγέλου Γ., 1997, σελ. 25-26) Πίνακας 2

Στα πλαίσια των ανεπτυγμένων χωρών, οι επιδημιολογικές μελέτες αναφέρονται ξεχωριστά στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης καθώς εκεί η επιδημία αποκτά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά μετά τις ραγδαίες πολιτικές μεταβολές.

Τα κρούσματα στις χώρες αυτές σημειώνονται κυρίως μεταξύ των τοξικομανών ενώ ένας σημαντικός αριθμός εξακολουθεί να οφείλεται σε ιατρογενή μετάδοση. Δεν παρουσιάζεται σημαντική ετεροφυλική μετάδοση, αλλά εντούτοις έχει διαπιστωθεί πρόσφατα σημαντική αύξηση

σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. (Παπαευαγγέλου Γ., 1997, σελ. 26)

### Η περίπτωση της Ελλάδας

«Στην Ελλάδα το πρώτο κρούσμα διαγνώσθηκε το 1983 και δηλώθηκε στις αρχές του 1984. Από τότε παρατηρήθηκε συνεχή αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων, ενώ αντίθετα επιβραδύνθηκε ο ρυθμός αύξησης.» (Παπαευαγγέλου Γ., 1994, σελ. 66 Πίνακας 3)

Σε γενικές γραμμές πάντως, η συχνότητα της νόσου εξακολουθεί να παραμένει χαμηλή σε σχέση με τις άλλες χώρες. Σύμφωνα με τον Παπουτσάκη Γ. (1994) «αυτό οφείλεται στο ότι πολύ έγκαιρα στη χώρα μας άρχισε συστηματική και εκτεταμένη ενημερωτική εκστρατεία».

«Μελετώντας τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του AIDS στη Ελλάδα, διαπιστώνεται ότι:

- Ο αριθμός κρουσμάτων είναι μεγαλύτερος σε νέους ενήλικες. (Πίνακας)
- Στη μετάδοση του ιού HIV από ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους οφείλεται ένα ποσοστό άνω του 50% των δηλωθέντων κρουσμάτων
- Η ετεροφυλική μετάδοση παρουσιάζει σημαντική αύξηση στην Ελλάδα, σε σχέση με τις άλλες χώρες.» (Παπαευαγγέλου Γ., 1994, σελ. 67 Πίνακας 5)
- «Προσβάλλονται περισσότερο οι άνδρες από τις γυναίκες.» (Παπουτσάκης Γ. 1994, σελ. 172).

Παρόλα αυτά, όμως, παρουσιάζεται μια σημαντική αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων στις γυναίκες, και κατ' επέκταση όλο και περισσότερων παιδιών με την κάθετη μετάδοση, από οροθετικές μητέρες. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Γρηγοριάδου Α. , «στην Ελλάδα η σχέση ανδρών - γυναικών ήταν τα προηγούμενα χρόνια 1:10, ενώ σήμερα (1995) έφθασε 1:7 με τάση μεγαλύτερης σύγκλισης» (7<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο για το AIDS, 1995)

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Η λοίμωξη με HIV υπάρχει στον ανθρώπινο οργανισμό από την στιγμή που θα εισχωρήσει σε αυτόν ο ιός HIV και διαρκεί ισοβίως. Όμως μόνο ένα ποσοστό των ατόμων που έχουν την λοίμωξη- HIV, έχουν ή πρόκειται αποκτήσουν AIDS. Ενώ τα άτομα που έχουν AIDS, έχουν και λοίμωξη HIV (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 52).

Όσον αφορά τον ρυθμό εξέλιξης προς την νόσο AIDS, «αρχικά θεωρείτο ότι μόνο ένα ποσοστό (5-10%) των μολυσμένων με HIV ατόμων θα ανέπτυσαν AIDS. Σήμερα υπάρχουν ενδείξεις ότι περίπου το 20% από όσους μολύνονται θα αναπτύξουν AIDS μέσα σε 5 χρόνια και περίπου 50% μέσα σε 10 χρόνια.

Θεωρείται ότι ακόμα περισσότεροι θα αναπτύξουν AIDS μετά τα 10 χρόνια, αφού στα άτομα με HIV- λοίμωξη, η βλάβη του ανοσοποιητικού συστήματος αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο είναι δύσκολο να προσδιοριστούν οι ακριβείς αριθμοί, εφόσον οι περισσότερες ομάδες μολυσμένων ατόμων με HIV παρακολουθούνται λιγότερο από 10 χρόνια.» (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική 1991, σελ. 3)

## 1) Στάδια της κλινικής εικόνας

Η φυσική ιστορία της λοίμωξης με HIV μπορεί να διαιρεθεί σε 4 διαφορετικά στάδια, αν και όλα τα στάδια δεν παρατηρούνται απαραίτητα σε όλα τα μολυσμένα άτομα.

### *-Οξείες πρόδρομες εκδηλώσεις-Πρωτολοίμωξη\**

Η οξεία φάση της λοίμωξης μπορεί να αρχίσει λίγες εβδομάδες μετά την μόλυνση με HIV. Στο διάστημα αυτό, που διαρκεί 6-12 εβδομάδες, το άτομα που έχει μολυνθεί με τον ιό HIV, παραμένει ασυμπτωματικό. Αυτό το διάστημα είναι γνωστό και ως περίοδος «παραθύρου», όπου δεν ανιχνεύονται τα αντισώματα στο αίμα ενώ το άτομα παραμένει μολυσματικό.

Στην οξεία φάση, οι τυπικές κλινικές εκδηλώσεις είναι πυρετός, εξανθήματα, νυκτερινές εφιδρώσεις, μυαλγίες, αρθραλγίες, λεμφαδενοπάθεια και βήχας. (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 3)

### *Στάδιο 1<sup>ο</sup> -Φάση ασυμπτωματικής πορείας\**

Το στάδιο αυτό διαρκεί από λίγους μήνες μέχρι αρκετά χρόνια. Κατά την περίοδο αυτή ο ασθενής είτε παραμένει «ασυμπτωματικός φορέας» είτε παρουσιάζει επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια (PGL).

Το σύμπτωμα της επιμένουσας γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας διαρκεί τουλάχιστον τρεις μήνες, δεν οφείλεται σε άλλη παρούσα νόσο

---

\* Οι ονομασίες των σταδίων είναι από τον Γκίκα Η.Α. «Πρώιμα συμπτώματα και σημεία - Υπογία για την ύπαρξη της νόσου». Ελληνικά Αρχεία AIDS, Τόμος 4<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος - Μάρτιος 1996.

που να προκαλεί λεμφαδενοπάθεια ενώ μπορεί να υποχωρήσει στην πορεία της νόσου. (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 3)

### **Στάδιο 2<sup>ο</sup> (Πρώιμη νόσος)**

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση τυπικών βλεννογονο-δερματικών αλλοιώσεων ή λοιμώξεων π. χ. έρπητα ζωστήρα. Επίσης χαρακτηρίζεται από «συστηματικές» εκδηλώσεις όπως μέτρια απώλεια βάρους, κόπωση, ανορεξία και νυχτερινές εφιδρώσεις. Συχνά τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται κατά διαστήματα. Σ' αυτή την φάση της νόσου, μπορεί να παρουσιαστούν αλληπάλληλες λοιμώξεις των ανώτερων αναπνευστικών οδών.

Τα είδη των ευκαιριακών λοιμώξεων εξαρτώνται σημαντικά από την προηγούμενη και την τρέχουσα έκθεση του ατόμου σε μικροβιακούς παράγοντες (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 4)

### **Στάδιο 3<sup>ο</sup> (Ενδιάμεση νόσος) - Φάση της συμπτωματικής πορείας\***

Στο τρίτο στάδιο τα τυπικά κλινικά συμπτώματα είναι στοματική καντιτίαση, πνευμονική φυματίωση, φυσαλιδώδη ερπητική δερματίτιδα των γεννητικών οργάνων, βακτηριακές λοιμώξεις, όγκο (Σάρκωμα Kaposi) που είναι πολύ χαρακτηριστικό στην HIV- λοίμωξη. Οι συστηματικές εκδηλώσεις της νόσου περιλαμβάνουν επιμένοντα πυρετό, διάρροια και απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 10% του βάρους του σώματος.

Οι κλινικές εκδηλώσεις του σταδίου αυτού «μπορεί να εμφανιστούν λίγο καιρό μετά τα πρώιμα συμπτώματα, άλλα πριν από την πλήρη



ανάπτυξη των σημείων του τελικού σταδίου της νόσου.» (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 4)

#### **Στάδιο 4<sup>ο</sup> (Τελική νόσος) -Φάση της ανοσοκαταστολής\***

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση περιστασιακών λοιμώξεων των Νεοπλασιών, οι οποίες έχουν εξαιρετικά σοβαρή πορεία και μπορεί να οφείλονται σε πρωτόζωα (π. χ. τοξοπλάσμωση), μύκητες (π. χ. κρυπτοκόκκωση), βακτήρια (π. χ. άτυπη λοίμωξη από μυκοβακτήρια) ή ιούς (π. χ. λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό). Επίσης χαρακτηρίζεται από την απευθείας προσβολή κάποιων οργάνων και ιστών από τον ίδιο τον ιό HIV, ενώ στο τελικό στάδιο της νόσου μπορεί να παρουσιαστούν ιδιαίτερα βαριές μορφές λεμφώματος και καχεξία. (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 4)

«Ο Π. Ο. Υ. καθόρισε τα κριτήρια που πρέπει να πληρούν οι ασθενείς του AIDS και τα οποία υιοθετήθηκαν από την Ελλάδα :

1. Να έχουν διαγνωστεί με ακριβή μεθοδολογία μια ή περισσότερες ευκαιριακές νοσήσεις που υποδηλώνουν με αρκετή βεβαιότητα την ύπαρξη υποκειμενικής κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας.

2. Να μην υπάρχουν άλλες γνωστές αιτίες κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας ή άλλοι παράγοντες στους οποίους αποδίδεται η μείωση της αντιστάσεως προς τις παραπάνω νοσήσεις.

Όσες περιπτώσεις πληρούν τα παραπάνω δύο διαγνωστικά κριτήρια μπορεί να μην χαρακτηρισθούν σαν AIDS εφ' όσον δεν ανεβρεθούν αντισώματα προς τον HIV με ευαίσθητη τεχνική (εκτός αν έχει ήδη απομονωθεί ο ιός). Η προϋπόθεση αυτή ισχύει βέβαια σαν τρίτο κριτήριο

μόνο όταν υπάρχει η κατάλληλη υποδομή για εκτέλεση των παραπάνω εργαστηριακών εξετάσεων. Επειδή πιθανόν στα διάφορα εργαστήρια δεν είναι δυνατή η ακριβής διάγνωση των ευκαιριακών λοιμώξεων, η Π. Ο. Υ. καθιέρωσε τον ακόλουθο κλινικό ορισμό που είναι αρκετά ακριβής για διάγνωση και δήλωση υπόπτου κρούσματος.

Προϋπόθεση: η ύπαρξη τουλάχιστον δύο κυρίων και ενός δευτερεύοντος συμπτώματος, όταν δεν συνυπάρχει γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής (π. χ. καρκίνος)

**α. Κύρια συμπτώματα**

1. Απώλεια πάνω από 10% του σωματικού βάρους
2. Χρόνια διάρροια διάρκειας πάνω από 1 μήνα
3. Πυρετός που επιμένει πάνω από 1 μήνα

**β. Δευτερεύοντα συμπτώματα**

1. Βήχας που επιμένει πάνω από 1 μήνα
2. Γενικευμένη κνηδωτική δερματίτις
3. Έρπητας ζωστήρα που υποτροπιάζει
4. Στοματοφαρυγγική καντιντίαση
5. Χρόνιος έρπητας προοδευτικά επεκτεινόμενος
6. Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια»

(AIDS, Πληροφορίες για το νοσηλευτικό προσωπικό, 1989)

## **ΜΕΣΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ/ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ**

### **α) Πρόληψη σεξουαλικής μετάδοσης του ιού HIV**

«Κάθε είδος σεξουαλικής επαφής που φέρνει σε επαφή με το αίμα, το σπέρμα ή τις κολπικές εκκρίσεις, έχει κάποιο κίνδυνο, αν δεν υπάρχει βεβαιότητα ότι ο ερωτικός σύντροφος δεν είναι μολυσμένος» (Παπαευαγγέλου, 1995, σελ. 24)

Για την μείωση, λοιπόν, του κινδύνου σεξουαλικής μετάδοσης του HIV, ο Π. Ο. Υ. (1991) υποδεικνύει την αναγκαία λήψη ορισμένων μέτρων, τα οποία συνίστανται στα εξής:

- Μείωση αριθμού των ερωτικών συντρόφων (όσο περισσότεροι σύντροφοι τόσο μεγαλύτερος ο πιθανός κίνδυνος)
- Αποφυγή σεξουαλικών επαφών με άτομα που έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους και τέλος,
- Χρήση προφυλακτικού από την αρχή ως το τέλος κάθε διεισδυτικής επαφής.

Τέλος, ως μέτρο πρόληψης της σεξουαλικής μετάδοσης του ιού HIV, συνίσταται η σεξουαλική επαφή στα πλαίσια μιας μονογαμικής σχέσης, η οποία όμως πιστοποιεί την μείωση του κινδύνου μόλυνσης, μόνο αν είναι αμοιβαία πιστή. (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 6)

### **β) Πρόληψη αιματογενούς μετάδοσης του ιού HIV**

Τα μέτρα για τον άμεσο περιορισμό της αιματογενούς μετάδοσης του HIV, λήφθηκαν αμέσως μετά την γνωστοποίηση της ασθένειας του AIDS και των οδών της μετάδοσης του. Έτσι τον Ιούλιο του 1983, η

Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, με εμπιστευτική εγκύκλιο προς όλους τους διευθυντές Αιμοδοσίας όλης της χώρας, επισημάνθηκε η ανάγκη αυστηρής επιλογής αιμοδοτών για τον αποκλεισμό όσων πιθανολογείται ότι ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Τον Ιούλιο του 1985, καθιερώθηκε υποχρεωτικός έλεγχος των εθελοντών αιμοδοτών.

Τα παραπάνω μέτρα αποτελούν μέτρα προφύλαξης των ατόμων που μεταγγίζονται περιστασιακά και των πολυμεταγγιζόμενων ατόμων (όπως άτομα με Μεσογειακή Αναιμία, αιμορροφιλικοί κ.α.) (AIDS, Πληροφορίες για νοσηλευτικό προσωπικό, 1989)

Για την πρόληψη της μετάδοσης στο νοσηλευτικό προσωπικό, μέσω ατυχημάτων, που μπορεί να τους φέρουν σε επαφή με αίμα μολυσμένο με HIV, ο Π. Ο. Υ. έχει εκδώσει μια σειρά από οδηγίες, οι οποίες αφενός ελαχιστοποιούν τα ατυχήματα που προκαλούν διασπορά του ιού, αφετέρου διασφαλίζουν την ασφαλή νοσηλεία φορέων/ ασθενών με AIDS.

Τέλος, όσον αφορά τους τοξικομανείς, που ο κίνδυνος μετάδοσης μεγιστοποιείται με την κοινή χρήση βελόνων και συριγγών, ως μέσο πρόληψης συνίσταται η χρησιμοποίηση συριγγών και βελόνων μιας χρήσεως.

#### γ) Πρόληψη κάθετης/ περιγεννητικής μετάδοσης

Σε περίπτωση που γυναίκα που έχει HIV- λοίμωξη ή AIDS, είναι και έγκυος τότε παρέχεται κατάλληλη συμβουλευτική, ώστε να αποφασίσει μονή της αν θα διακόψει την εγκυμοσύνη ή όχι, δεδομένου ότι «ο γενικός κίνδυνος μετάδοσης, κατά την ενδομήτρια ζωή ή τον τοκετό,

είναι 20-40%» (Π. Ο. Υ., 1991). Εάν όμως η γυναίκα δεν είναι έγκυος παρέχονται οι απαραίτητες συμβουλές, ώστε να αποφευχθεί μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη, που θα ενέχει τον κίνδυνο γέννησης παιδιού με HIV- λοίμωξη

Τέλος, η συμβουλευτική αποτελεί ή πρέπει να αποτελεί, μέρος όλων των στρατηγικών για την πρόληψη της λοίμωξης από HIV. Για την συμβουλευτική, η πρόληψη αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους της και μια από τις βασικές της λειτουργίες.

Ως μέσο πρόληψης, η πρωτογενής προληπτική συμβουλευτική απευθύνεται σε ανθρώπους που διατρέχουν κίνδυνο να προσληφθούν από τον HIV, αλλά δεν είναι γνωστό αν έχουν μολυνθεί. Ένα μέρος των ανθρώπων αυτών ήδη γνωρίζουν τον κίνδυνο που διατρέχουν αλλά η ενημέρωσή τους είναι ανεπαρκής, ώστε να συνειδητοποιήσουν τον κίνδυνο που συνεπάγεται η συμπεριφορά τους. Αναλυτικότερα, η πρωτογενής προληπτική συμβουλευτική εστιάζει στην ανάλυση και την συζήτηση της συμπεριφοράς που δημιουργεί κίνδυνο HIV- λοίμωξης και την επανεξέταση των παραγόντων που προσδιορίζουν την αλλαγή της.

Η προληπτική συμβουλευτική περιλαμβάνει 5 βασικά μέρη τα οποία είναι:

- Προσδιορίζει αν η συμπεριφορά ενός ατόμου ή μιας ομάδας περικλείει υψηλό κίνδυνο λοίμωξης από HIV
- Συνιστά εργασία με τα άτομα ώστε να αναλυθεί πως ο τρόπος ζωής και η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους συνδέονται με αυτή την συμπεριφορά

- Συμβάλλει στον προσδιορισμό του πως ο τρόπος ζωής και η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους συνδέονται με αυτή την συμπεριφορά
- Βοηθάει τα άτομα να προσδιορίσουν την δυναμικότητα τους για αλλαγή συμπεριφοράς
- Θεμελιώνει την συνεργασία με τα άτομα, ώστε να αρχίσουν να ακολουθούν και να διατηρήσουν ένα νέο τρόπο συμπεριφοράς. (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 10-17)

## **ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS**

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το AIDS εκτός από τις ποικίλλες και πολυδιάστατες ιατρικές διαστάσεις που έχει, είναι ένα ζήτημα το οποίο διαπλέκεται τόσο με τους προσανατολισμούς και τις βασικές διεργασίες των σημερινών και μελλοντικών κοινωνιών όσο και με την κοινωνικό-πολιτιστική πορεία τους.

Πρόκειται λοιπόν για ένα ζήτημα με κοινωνικό πολιτιστικές διαστάσεις εξίσου σημαντικές και ουσιαστικές για την καλύτερη προσέγγιση και κατανόηση του νέου αυτού φαινομένου.

Πριν όμως προχωρήσουμε στη καταγραφή και ανάλυση των κοινωνικό-πολιτιστικών διαστάσεων της ασθένειας του AIDS, θα πρέπει να οριστεί η έννοια του χαρακτηρισμού «κοινωνικό-πολιτιστικό».

Σύμφωνα με το κοινωνιολογικό λεξιλόγιο «το κοινωνικό και το πολιτιστικό σύνολο είναι κατηγορίες ανάλυσης που είναι αδύνατο να παρατηρηθούν ξεχωριστά από τον Κοινωνιολόγο που καλείται να εξετάσει ένα πρόβλημα, ένα ζήτημα σε επίπεδο κοινωνικό. Το «κοινωνικό» αφορά τον τομέα σχέσεων που πραγματοποιούνται ανάμεσα στα άτομα τα οποία δρουν ατομικά ή συλλογικά καθώς και ανάμεσα στους κοινωνικούς πρωταγωνιστές. Αφορά, επίσης, τους περιορισμούς, τους καταναγκασμούς που βαρύνουν αυτές τις σχέσεις, τους τύπους και τις συνέπειες αυτών των συγκεκριμένων σχέσεων.

Το «πολιτιστικό» αφορά τις αρχές, τους κανόνες τους σκοπούς και τα στοιχεία που κυριαρχούν στις σχέσεις και δεν εκδηλώνονται μόνο μέσα σε αυτές. (Αυγερίδης Κ., Αγραφιώτης Δ., 1995, σελ73)

### **ΤΟ AIDS ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ**

Το θέμα του AIDS, λόγω της πολυπλοκότητας των επιμέρους ζητημάτων που σχετίζονται με αυτό, μπορεί να εξεταστεί από διάφορες οπτικές γωνίες. Αναμφισβήτητα, όμως έχει λειτουργήσει έως σήμερα ως πρόκληση, η οποία μπορεί να διακριθεί σε πολλαπλά επίπεδα.

Το AIDS αποτέλεσε και εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση για τις βιοιατρικές επιστήμες καθώς, ύστερα από την αιφνίδια εμφάνιση της νέας αυτής ασθένειας, κλήθηκαν απροειδοποίητα να κατανοήσουν τι προκαλεί την ασθένεια του AIDS. Παράλληλα, κλήθηκαν σε όσο το δυνατόν μικρότερο χρονικό διάστημα, να εφεύρουν τρόπους καταπολέμησης της ασθένειας, σε ατομική και πληθυσμιακή κλίμακα, οι οποίοι να βασίζονται σε διαρκώς εξελισσόμενα επιστημονικά δεδομένα.

Πρόκληση, επίσης, αποτέλεσε και για τις σύγχρονες κοινωνίες οι οποίες κλήθηκαν να προβούν σε κοινωνικές αναπροσαρμογές προκειμένου να αντιμετωπίσουν την νέα αυτή ασθένεια, με τρόπους που θα ελαχιστοποιούσαν τις πιθανότητες απομόνωσης και στιγματισμού ορισμένων κοινωνικών ομάδων.

Ταυτόχρονα επιτάθηκε η ανάγκη κοινωνικών επαναπροσδιορισμών, ώστε να ανατραπεί ο κίνδυνος ανατροπής των ήδη διαμορφωμένων τύπων οργάνωσης της ατομικής και συλλογικής ζωής, στα πλαίσια των σύγχρονων κοινωνιών. (Αγραφιώτης Δ. 1986 σελ. 55)

Η επίδραση του AIDS στις σύγχρονες κοινωνίες, επεκτάθηκε ραγδαία και στην Διεθνή Κοινότητα, η οποία, ερχόμενη αντιμέτωπη με μια νέα ασθένεια, που με ταχύτατους ρυθμούς πήρε μορφή πανδημίας, εξωθήθηκε να βρει νέους τρόπους συνεχούς και αμοιβαίας επικοινωνίας, οι οποίοι θα διασφάλιζαν νέες διεθνείς σχέσεις αλληλεγγύης, «πέρα από τις διαιρέσεις και τις ανισότητες της παγκόσμιας κοινότητας». (Αγραφιώτης Δ., 1986, σελ. 55)

Τέλος, το AIDS αποτέλεσε σημαντικότερη πρόκληση για τις κοινωνικές, κυρίως, επιστήμες και ιδιαίτερα, όπως αναφέρει ο Αγραφιώτης για την Κοινωνιολογία και την Κοινωνιολογία της Υγείας.

Η πρόκληση του AIDS προς τις κοινωνικές επιστήμες εκτείνεται εξίσου τόσο στον τομέα της θεωρίας όσο και στον τομέα της πράξης:



### **α) Τομέας θεωρίας**

Για τις κοινωνικές επιστήμες, «η αρρώστια δεν μπορεί να θεωρηθεί ανεξάρτητα από την κοινωνία και τις κοινωνικές οργανώσεις στα πλαίσια των οποίων εμφανίζεται.» Έτσι λοιπόν, οι κοινωνικές επιστήμες αντιμετωπίζουν την ασθένεια στα πλαίσια του δίπτυχου «ασθένεια-κοινωνία». (Αγραφιώτης Δ., 1986, 57)

Ο Αγραφιώτης (1986) αναφέρει ότι, λόγω των πολλαπλών αλληλοεπιδράσεων που αναπτύσσονται στα πλαίσια αυτού του δίπτυχου (αρρώστια- κοινωνία) προσφέρονται τα εξής 2 πρότυπα αναλυτικής προσέγγισης της ασθένειας.

α. Το πρώτο πρότυπο είναι αυτό που «ορίζει ότι αν προσδιοριστεί η πορεία της αρρώστιας, δηλαδή η γέννηση, η εξέλιξη και η κατάληξη της σε σχέση με τον χρόνο και τον χώρο εμφάνισής της, τότε αυτό είναι αρκετό για να κατανοηθεί μια αρρώστια. Όσον αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας, η πρόληψη αποτελεί το βασικό μέσο, έως την φάση της περίθαλψης και της αποκατάστασης, δεδομένου ότι υπάρχουν παράγοντες όπως το κλίμα, η τροφή και το φυσικό περιβάλλον που συμβάλλουν στην εμφάνιση και ανάπτυξη της αρρώστιας.» (σελ. 60)

β. Το δεύτερο σχήμα αναλυτικής προσέγγισης της αρρώστιας προβλέπει ότι «σε μια πολιτιστική περίοδο... μπορεί να διακριθεί ένας σταθερότυπος αρρώστιας». Ειδικότερα σε μια πολιτισμική ή πολιτιστική πραγματικότητα αντιστοιχεί μια ιδιότυπη κατανομή ασθενειών, ένας τύπος παθολογίας και ταυτόχρονα ο ίδιος τύπος χαρακτηρίζει την ίδια περίοδο» (σελ. 60)

Στις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες, όπου παίζει καθοριστικό ρόλο, ο τρόπος και η οργάνωση της ατομικής και συλλογικής ζωής, η κατανομή των ασθενειών χαρακτηρίζεται ως πολιτιστική περίοδος των ασθενειών του «πολιτισμού». Βάσει αυτού, «ο αγώνας εναντίον της αρρώστιας χρωματίζεται με τον αγώνα ενάντια σε πολλαπλούς παράγοντες και πολλά επίπεδα της κοινωνικής ζωής». (Αγραφιώτης Δ., 1986, σελ. 56)

Στο ερώτημα, σε ποια από τα παραπάνω σχήματα αναλυτικής προσέγγισης της αρρώστιας, μπορεί να μετέχει θεωρητικά η ασθένεια του AIDS, ο Αγραφιώτης αναφέρει σχετικά ότι το AIDS μετέχει σε υβριδική μορφή ακόμα, και στα δύο αυτά πρότυπα ανάλυσης, «καθώς εμφανίζεται να έχει διπλό χαρακτήρα:

επιδημίας και ασθένειας του «πολιτισμού».

Η εξέλιξη της νόσου σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, θα δείξει αν πράγματι μπορούμε να αναφερόμαστε σε υβρίδιο ή είναι απαραίτητο να ανασυνταχθούν τα θεωρητικά εργαλεία της Κοινωνιολογίας της Υγείας» (Αγραφιώτης Δ., 1986, σελ. 57)

### **β) Τομέας Πρακτικής**

Εκτός από τις δυσκολίες της θεωρητικής προσέγγισης του νέου αυτού φαινομένου, η ασθένεια του AIDS διαπλέκεται με σημαντικές εκφάνσεις της κοινωνικής οργάνωσης των σύγχρονων κοινωνιών, επιφέροντας επιπτώσεις τόσο σε κοινωνικό όσο και πολιτιστικό επίπεδο.

Ζητήματα που σχετίζονται με τους ήδη διαμορφωμένους κοινωνικούς δεσμούς μιας κοινωνίας, τις ατομικές και συλλογικές αντιδράσεις σε σχέση με την νέα αυτή ασθένεια, τους πολιτιστικούς προσανατολισμούς ως προς το τι θεωρείται ανεκτό ή όχι, προέκυψαν και εξακολουθούν να υφίστανται από την εμφάνιση του AIDS έως σήμερα.

Θα αναφερθούμε αναλυτικότερα σε κάποιες από τις επιπτώσεις της ασθένειας του AIDS στο κοινωνικό-πολιτιστικό επίπεδο, επικεντρώνοντας κυρίως σε αυτές που σχετίζονται με:

- α) τους κοινωνικούς δεσμούς
- β) τους πολιτιστικούς προσανατολισμούς

#### **α) Οι κοινωνικοί δεσμοί**

Οι κοινωνικοί δεσμοί αναπτύσσονται στα πλαίσια μιας κοινωνίας, αποσκοπώντας στην συγκρότηση και την συνοχή ενός κοινωνικού συνόλου-μιας κοινωνίας, επιτρέποντας σε αυτή να λειτουργεί και να προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Οι κοινωνικοί δεσμοί που δημιουργούνται είναι πολλαπλοί και ο χαρακτήρας τους μεταβάλλεται από κοινωνία σε κοινωνία.

Σύμφωνα με τον Αγραφιώτη (1986) στις παραδοσιακές κοινωνίες οι δεσμοί αναπτύσσονταν σε ένα πλαίσιο σταθερό ακολουθώντας την πορεία οικογένεια-ευρύτερη οικογένεια (συγγενικό περιβάλλον) - ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον- εθνοτοπικότητα.

Αντίθετα, «στις σύγχρονες κοινωνίες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από την πολλαπλότητα διαφοροποιημένων δεσμών, από την συλλογική και

οργανωμένη δράση, οι δεσμοί αναπτύσσονται σε ένα μεταβαλλόμενο πλαίσιο ρόλων και υποστάσεων, σε αναφορά με την λειτουργία του συνεχούς μετασχηματιζόμενου οικονομικό-τεχνικού συστήματος. Στην περίπτωση αυτή οι δεσμοί διαφοροποιούνται στο πλαίσιο της ίδιας της κοινωνίας και βρίσκονται υπό την απειλή ενός διαρκούς επαναπροσδιορισμού.» (Αγραφιώτης Δ., 1986, σελ. 58)

Με βάση αυτό, διαπιστώνεται ότι η συνοχή μιας σύγχρονης κοινωνίας είναι δυναμική και η εξασφάλιση της εξαρτάται από την λειτουργικότητα των δεσμών της.

Ύστερα, όμως, από την αιφνίδια εμφάνιση της ασθένειας του AIDS στα πλαίσια των σύγχρονων κοινωνιών και η θεώρηση του ως κίνδυνος-πραγματικό ή φανταστικό- το AIDS τείνει να γίνει βασικός παράγοντας διάσπασης της συνοχής του πλέγματος των δεσμών.

-Το AIDS έχει διαπιστωθεί ότι αποτέλεσε παράγοντα δημιουργίας και μεταβολής κοινωνικών δεσμών. Καθώς, λόγω των οδών μετάδοσης της ασθένειας υπάρχουν κοινωνικές ομάδες (ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς, αιμοφιλικί), στις οποίες ο κίνδυνος μόλυνσης από το AIDS είναι μεγαλύτερος αυτό συνέβαλε στην ανάπτυξη σοβαρού κινδύνου αποκλεισμού των ομάδων αυτών, πραγματικά ή συμβολικό από το κοινωνικό σύστημα. Διακρίνεται, λοιπόν, μεταβολή ή ακόμα και μείωση των δεσμών ανάμεσα στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

-Μια επίσης σημαντική επίπτωση του AIDS αποτελεί το γεγονός ότι η νέα αυτή ασθένεια δεν αντιμετωπίσθηκε σαν ιατρικό και κοινωνικό περιβάλλον αλλά χρησιμοποιήθηκε ως μέσο κοινωνικού στίγματος και

κατ' επέκταση αποκλεισμού των κοινωνικών αυτών ομάδων που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης. (Μόνος Δ., AIDS-ΕΟΦ, σελ. 128)

Σύμφωνα με τον Μόνο Δ., το AIDS χρησιμοποιήθηκε σαν αφορμή για την ανακάλυψη «αποδιοπομπαίων τράγων» προς τους οποίους ενδέχεται να κατευθυνθεί η συλλογική οργή, η οποία πηγάζει από τον συλλογικό φόβο, μπροστά στον κίνδυνο προσβολής από μια χρόνια και ανίατη, η οποία οδηγεί στον θάνατο.(Μόνος Δ. AIDS ΕΟΦ, σελ.129)

Για το ίδιο θέμα ο Αγραφιώτης (1986) αναφέρει τον κίνδυνο δημιουργίας «εξιλαστήριου θύματος», στο οποίο θα αποδοθεί η υπευθυνότητα για την νόσο, είτε πρόκειται για μια ομάδα είτε για ένα κοινωνικό σύνολο. (Αγραφιώτης Δ. 1986, σελ 45)

Το φαινόμενο αυτό παρουσιάστηκε έντονα τα πρώτα χρόνια μετά την γνωστοποίηση της ασθένειας του AIDS όταν αυτή είχε συνδεθεί αποκλειστικά με τους ομοφυλόφιλους (ονομαζόταν και νόσος των ομοφυλοφίλων) και είχε αποδοθεί σε αυτούς η ευθύνη για την εμφάνιση και την διάδοση της ασθένειας.

Καθώς οι περισσότεροι πρώτοι ασθενείς με AIDS ήταν ομοφυλόφιλοι, μαύροι και τοξικομανείς, το αποτέλεσμα ήταν να στιγματιστούν ακόμα περισσότερο κοινωνικές ομάδες που ήδη κατείχαν περιθωριακές θέσεις στο κοινωνικό σύστημα. Με αποτέλεσμα η συλλογική προσπάθεια αντί να επικεντρωθεί στην επίλυση προβλημάτων, σπαταλήθηκε στην ανακάλυψη και τον στιγματισμό δήθεν ενόχων. (Μόνος Δ., AIDS-ΕΟΦ, σελ. 129)

Τα όσα αναφέρθηκαν σχετικά με το πως το AIDS επεδράσε στην μεταβολή των δεσμών και στον στιγματισμό και την περιθωριοποίηση ορισμένων κοινωνικών ομάδων, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι παράλληλα «αποτέλεσε αίτιο για να δοκιμαστούν οι σχέσεις αποκλεισμού, διαφοροποίησης αλλά και οι σχέσεις αλληλεγγύης που υπάρχουν και όπως αυτές διαμορφώνονται στα πλαίσια της σύγχρονης κοινωνίας, αναφορικά με την νέα αυτή απειλή της ασθένειας του AIDS.» (Αγραφιώτης Δ., 1986, 46)

- Μια ακόμα σημαντική επίπτωση, που σχετίζεται με τους κοινωνικούς δεσμούς αποτελεί το γεγονός ότι το AIDS αποτέλεσε έναυσμα για την ανάπτυξη νέων δεσμών ανάμεσα στα μέλη των επιμέρους κοινωνικών ομάδων, που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης αλλά που παράλληλα επιδέχονται την δυσμενή στάση των υπόλοιπων κοινωνικών ομάδων.

Στην περίπτωση αυτή η συνοχή και η συλλογική υπόσταση των ομάδων αυτών, θα τεθεί σε δοκιμασία αναφορικά με την αρρώστια και με την στάση που διαμορφώνουν οι άλλες κοινωνικές ομάδες. (Αγραφιώτης Δ., 1986, σελ. 47)

- Προχωρώντας θα αναφερθούμε στις σημαντικές επιπτώσεις που επέφερε το AIDS τόσο στις κοινωνικές απόψεις για την σεξουαλικότητα όσο και στην ηθική.

Το AIDS, ως ασθένεια του αίματος που διαδίδεται με την σεξουαλική επαφή, εμπλέκεται με τους βασικότερους διαλόγους μιας κοινωνίας και τους κύριους κανόνες της συλλογικής ζωής. Ύστερα από το αίτημα των

πολλαπλών χειραφετήσεων και την σεξουαλική επανάσταση που επικράτησε στα τέλη του 1960 αρχές 1970, η περίοδος αυτή επηρέασε ριζικά, κυρίως τον δυτικό κόσμο, αναφορικά με τις ηθικό- σεξουαλικές κατευθύνσεις. Συγκεκριμένα, σε αυτή την περίοδο, «οι δεσμοί, οι αξίες και οι διαπροσωπικές σχέσεις έγιναν λιγότερο παραδοσιακές και συντηρητικές. Η ηθική διαφοροποιήθηκε από το δρυσκευτικό της υπόβαθρο και καλλιεργήθηκε μια ανεκτικότητα, ή και σεβασμός για μη παραδοσιακούς τρόπους κοινωνικής, πολιτισμικής και σεξουαλικής συμπεριφοράς.» (Μόνος Δ., AIDS-ΕΟΦ, σελ. 129)

Στις αρχές του 1980, είναι σίγουρο προς τις δυτικές κοινωνίες ότι επικράτησε μια ανοχή ως προς τους διαφορετικούς τρόπους ικανοποίησης της σεξουαλικής επιθυμίας. Αυτό έγινε εμφανές ακόμα και στις νομοθετικές ρυθμίσεις χωρών απέναντι στο θέμα της ομοφυλοφιλίας.

Η εμφάνιση του AIDS ήλθε να τροποποιήσει τις παραπάνω απόψεις και να δώσει αφορμή για την αμφισβήτηση των προσανατολισμών αυτών. (Μόνος Δ., AIDS-ΕΟΦ, σελ. 129)

Η αμφισβήτηση αυτή φαίνεται να εντάσσεται στο πλαίσιο των σύγχρονων τάσεων για εκβιομηχάνιση, για επανάκαμψη του ορθολογισμού, την αύξηση της παραγωγικότητας και το κυνήγι της σταδιοδρομίας.

Σύμφωνα με τον Μόνο Δ., το AIDS έγινε αφορμή για μια ταχύτατη ανοικοδόμηση παραδοσιακών ηθικών αξιών, που καταδικάζουν κάθε άλλη σεξουαλική έκφραση εκτός από εκείνη που εστιάζεται στενά πάνω

στην αναπαραγωγική πράξη και συγκεκριμένα μέσα στα πλαίσια μονογαμικής συζυγικής σχέσης. (Μόνος Δ., AIDS-ΕΟΦ, σελ 129)

Ο Αγραφιώτης σχετικά αναφέρει ότι «ταυτόχρονα με την επιστροφή της σεξουαλικότητας στα πλαίσια των συζυγικών σχέσεων, ενισχύεται η «ιατρικοποίηση» ή η «υγειονομοποίηση» των σεξουαλικών σχέσεων καθώς το θέμα της ασθένειας και της επιδημίας έρχεται να δεμελιώσει το «καλώς έχειν» ενός κοινωνικοπολιτιστικού συμβατικού επινοήματος στον χώρο της σεξουαλικότητας. Παράλληλα η απειλή προσβολής από την ασθένεια του AIDS και κατ' επέκταση η απειλή του θανάτου, επανεισάγει τη διάσταση του θανάτου στην σεξουαλική πδονή και συνδέει την απόλαυση με ένα συνεχή κίνδυνο, με τρόπο άμεσο και βίαιο.» (Αγραφιώτης Δ., 1986, σελ. 130)

-Αντίθετα όμως, όπως ο Μόνος Δ. αναφέρει, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η εμφάνιση της ασθένειας του AIDS, παράλληλα με τις ηθικοκοινωνικές αντιδράσεις και επαναπροσδιορισμούς που επέφερε, κατάφερε να ανασύρει στη επιφάνεια ζητήματα, τaráσσοντας έτσι ορισμένους συντηρητικούς δεσμούς.

Θέματα, άμεσα συνδεδεμένα με την υγεία και τις σχέσεις, για τα οποία όμως οι συζητήσεις γίνονταν κρυφά και χαμηλόφωνα, έγιναν, με αφορμή το AIDS, θέματα καθημερινής συζήτησης, ανάλυσης και πληροφόρησης. (Μόνος Δ., AIDS-ΕΟΦ, σελ. 130)

Από τα θέματα αυτά, ενδεικτικά θα αναφερθούμε σε κάποια όπως: το θέμα του προφυλακτικού, ως βασικό μέτρο προφύλαξης τόσο από τη μετάδοση του AIDS όσο και από άλλα αφροδίσια νοσήματα. Η



διαφημιστική καμπάνια πρόληψης και προφύλαξης από το AIDS στηρίχτηκε σημαντικά στην προβολή της χρήσης του προφυλακτικού, το οποίο σήμερα αποτελεί μέρος της καθημερινής ζωής και μπορεί να βρεθεί πολύ πιο εύκολα, εφόσον πωλείται χωρίς περιορισμούς σε χώρους όπως περίπτερα, νυχτερινά μαγαζιά, φαρμακεία κ. α.

Το σεξ είναι ένα ακόμα θέμα που συζητάται πλέον με μεγαλύτερη άνεση, και το AIDS είναι ένας παράγοντας που συνέβαλε σε αυτό. Η συζήτηση για το σεξ δεν επικεντρώνεται αποκλειστικά στο θέμα της ηθικής ή όχι πλευράς του, αλλά συζητάται σε ουσιαστικότερες βάσεις.

-Τέλος, ο ουσιαστικός ρόλος που διαδραμάτισαν τα Μ. Μ. Ε. στην προβολή των παραπάνω θεμάτων, με δεδομένη την ευρύτατη ένταξη τους στην σύγχρονη κοινωνία και την πολύ μεγάλη ισχύ επιρροής που διαθέτουν, θέτουν το ερώτημα κατά πόσο δύνανται τα Μ. Μ. Ε. να διαμορφώσουν στάσεις και αντιλήψεις αναφορικά με το θέμα του AIDS και κατά πόσο συμβάλλουν ή όχι στην ρεαλιστική αντιμετώπιση του.

Οι παραπάνω προβληματισμοί αποκτούν ιδιαίτερη σημασία γιατί εάν τα Μ. Μ. Ε. λειτουργούν και ως «διαμορφωτές αντιλήψεων» και αυτό επιδρά σε άτομα και ομάδες, πριν ακόμα αποικίσει ο ιός στην συγκεκριμένη κοινωνία, υπάρχει κίνδυνος να «οδηγηθεί το κοινωνικό σύνολο ή σε υπέρ-προστασία και υπερβολική υγειονομική παρέμβαση σε ένα πληθυσμό ή σε πανικό με αφορμή την πρώτη εμφάνιση κρουσμάτων». (Αγραφιώτης Δ., 1986)

### **β) Πολιτικοί προσανατολισμοί**

Η ασθένεια του AIDS επέφερε μεταβολές εξίσου με τους κοινωνικούς δεσμούς, και στο πολιτιστικό υπόβαθρο της σύγχρονης κοινωνίας. Το πολιτιστικό υπόβαθρο πραγματώνεται και εκδηλώνεται στην μορφή των κανόνων που καθορίζουν ατομικές και συλλογικές πρακτικές των ορίων στις σχέσεις μεταξύ των ατόμων και των ομάδων και νοημάτων και των συμβολικών διεργασιών που συνοδεύουν την ανθρώπινη δράση. (Αγραφιώτης Δ., 1986, σελ. 59)

Η εμφάνιση της ασθένειας του AIDS, επέφερε μετατροπή και ανακατατάξεις των ορίων αυτών κυρίως σε σχέση με το τι θεωρείται «ανεκτό», «ιδιωτικό», «δημόσιο», «επικίνδυνο» και «ελεγχόμενο». Το παρακάτω παράδειγμα, όπως παρατίθεται από τον Αγραφιώτη (1986) φανερώνει ενδεικτικά τον τρόπο με τον οποίο αναπροσαρμόζονται τα όρια αυτά: «τα τελευταία χρόνια οι κοινωνίες αναγνώρισαν ότι η σεξουαλική επιθυμία εκφράζεται με πολλούς τρόπους. Όταν όμως, διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση της ομοφυλόφιλης επιθυμίας συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο του AIDS, άρχισαν ανάλογα να διαμορφώνονται, με μηχανισμούς συλλογικούς και μακροχρόνιους, τα όρια του τι είναι «φυσιολογικό» και «αποδεκτό», με αποτέλεσμα να πραγματοποιείται αναπροσαρμογή των αρχικών τους θεωρήσεων.» (Αγραφιώτης Δ., 1986, σελ. 60)

## **ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση του θέματος του AIDS στα πλαίσια της πολιτικής της Δημόσιας Υγείας, «ακολουθήθηκε το κλασσικό σχήμα αντιμετώπισης μιας μολυσματικής λοίμωξης, με την έννοια ότι κινητοποιήθηκαν/ χρησιμοποιήθηκαν οι ήδη υπάρχουσες κρατικές δομές, σε αντίθεση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες όπου αναλήφθηκαν πρωτοβουλίες από τις κοινότητες και μη κρατικούς δεσμούς». (Αγραφιώτης Δ., Τσελέπη Χ., Πάντζου Π., Μεταλληνού Ο., 1996, σελ. 22)

Το 1983 ιδρύθηκε η Εθνική Επιτροπή AIDS, με σκοπό την «επιδημιολογική διερεύνηση του AIDS, την μελέτη και έρευνα του θέματος από κάθε πλευρά, τον συντονισμό των ενεργειών, την εισήγηση για την λήψη μέτρων, την υπόδειξη για οργάνωση υπηρεσιών επαγρύπνησης και την διαφώτιση του πληθυσμού» (Αγραφιώτης Δ., Τσελέπη Χ., Πάντζου Π., Μεταλληνού Ο., 1996, σελ. 22). Στην συνέχεια δεσπίστηκαν από το Υπουργείο Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, βασικά μέτρα ελέγχου όπως :

- α) Υποχρεωτική δήλωση των κρουσμάτων (Α1/ 6824/ ΕΓΚ 4/7/83)
- β) Υποχρεωτικός έλεγχος των αιμοδοτών και του προς μετάγγιση αίματος για αντισώματα HIV (ΕΜΠ 1360/ΟΙΚ 37/ ΕΓΚ 3/9/85)
- γ) Ανίχνευση φορέων AIDS μεταξύ ομάδων υψηλού κινδύνου (1985).

Ιδιαίτερη προσπάθεια καταβλήθηκε για αποφυγή υποχρεωτικού ελέγχου σε οποιαδήποτε άλλη ομάδα εκτός των χαρακτηριζομένων

ιερόδουλων, καθώς και για την κατοχύρωση των ανδρώπων δικαιωμάτων των ασθενών και φορέων του AIDS.

δ) Υποχρεωτική εξέταση δοτών σπέρματος, οργάνων και ιστών για αντισώματα HIV (Α1 /3151/ 7 Απριλίου 1986).

ε) Δημιουργία του Κ. Ε. Ε. Λ. με την μορφή νομικού προσώπου Ιδιωτικού Δικαίου. (Άρθρο 26 του νομ. 2071/1992, Α123/1992). Το κέντρο αυτό έχει σκοπό την αντιμετώπιση, παρακολούθηση, συντονισμό και υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης μεταδοτικών νοσημάτων και για την θεραπευτική αντιμετώπιση τους.

ζ) Δημιουργία Ξενώνα δυναμικότητας 22 κλινών στην περιοχή Καμίνια του Πειραιά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και προστασία απόρων και εγκαταλελειμμένων ατόμων με AIDS. Η διαμονή στον ξενώνα είναι προσωρινή (3 μήνες) αλλά μπορεί να παραταθεί υπό όρους. Μέσα στους όρους της προσωρινής διαμονής είναι α) αυτοεξυπηρέτηση των ατόμων β) μη ύπαρξη άλλης μεταδοτικής ασθένειας. (Αγραφιώτης Δ., Τσελέπη Χ., Πάντζου Π., Μεταλληνού Ο., 1996, σελ. 22)

Το Κ. Ε. Ε. Λ. άρχισε ουσιαστικά την λειτουργία του στις αρχές του 1993. Σύμφωνα με το έντυπο, που εξέδωσε το Κ. Ε. Ε. Λ., και περιέχει τον απολογισμό έργου για την τριετία 1993-1995, μερικά από τα πιο σημαντικά σημεία του έργου που επιτελέστηκε στο διάστημα αυτό, αφορούν την λειτουργία περιφερειακών υπηρεσιών. Αυτές είναι:

#### **-Τηλεφωνική γραμμή και συμβουλευτικός σταθμός για το AIDS**

«Ο Συμβουλευτικός Σταθμός και η Τηλεφωνική Γραμμή για το AIDS λειτουργούν από τον Σεπτέμβριο του 1992, με την υποστήριξη του

Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και την επιστημονική ευθύνη του Ψυχολογικού Τμήματος της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, υπό την εποπτεία της Επίκουρης Καθηγήτριας Α. Κοκκεβή. Οι δύο αυτές υπηρεσίες έχουν έδρα το Νοσοκομείο «Α. Συγγρός» και αποτελούν τις πρώτες υπηρεσίες του είδους αυτού που δημιουργήθηκαν στη χώρα μας και έχουν σκοπό την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που συνδέονται με το AIDS και την πρόληψη.

Μερικοί από τους τομείς δραστηριότητας των υπηρεσιών αυτών είναι οι εξής: συμβουλευτική ενημέρωσης και πρόληψης, καθώς και ψυχολογική υποστήριξη τόσο των οροθετικών ατόμων, συντρόφων ή συγγενών τους, σε όλες τις φάσεις της μόλυνσης και της νόσου, όσο και ατόμων που προβληματίζονται γύρω από θέματα AIDS, επιθυμούν να υποβληθούν στο διαγνωστικό test ή βρίσκονται σε αναμονή του αποτελέσματος. Επιπλέον, στο Συμβουλευτικό Σταθμό γίνεται, με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, η ανακοίνωση του οροθετικού αποτελέσματος και παρέχεται ψυχιατρική αξιολόγηση και παρακολούθηση, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο.»

#### **-Ξενώνας ψυχοκοινωνικής υποστήριξης**

«Ο Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης άρχισε να λειτουργεί στις 16-7-93, στην περιοχή Καμίνια του Πειραιά, ως περιφερειακή υπηρεσία του Κ. Ε. Ε. Λ., με σκοπό την παροχή στέγης, τροφής, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε άπορους φορείς του AIDS, αλλά και σε άτομα προερχόμενα από

προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον, αποτελώντας ένα μοντέλο πρωτοποριακού προγράμματος για την χώρα μας. Η δυναμικότητα του Ξενώνα είναι η φιλοξενία 16 ατόμων και συνολικά, στην τριετία 1993-1995 φιλοξενήθηκαν 48 άτομα.»

#### **-Κατ' οίκον νοσηλεία**

«Το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ. Ε. Ε. Λ.), από τον Δεκέμβριο του 1995 έχει θέσει σε λειτουργία το πρόγραμμα της «κατ' οίκον νοσηλείας», με έδρα των υπηρεσιών του την Βίλα Δρακοπούλου. Η υπηρεσία αυτή στελεχώνεται από ιατρό, νοσηλεύτριες, κοινωνική λειτουργό και λοιπό διοικητικό προσωπικό. Οι υπηρεσίες του προγράμματος αυτού παρέχονται σε ασθενείς με AIDS, μετά την έξοδο τους από το Νοσοκομείο. Οι υπηρεσίες αυτές συνίστανται στα εξής:

- Παροχή ιατρικών υπηρεσιών
- Νοσηλεία και εφαρμογή θεραπευτικού σχήματος κατ' οίκον
- Ψυχολογική υποστήριξη και Συμβουλευτική των ασθενών και της οικογένειας
- Κοινωνική στήριξη και επίλυση κοινωνικών προβλημάτων
- Εκπαίδευση των ασθενών και της οικογένειας σε θέματα που αφορούν τους τρόπους πρόληψης, κανόνες υγιεινής κ. τ. λ.»

#### **Κέντρα Ελέγχου και Αναφοράς AIDS**

Αμέσως μετά την εμφάνιση των πρώτων κρουσμάτων στην χώρα μας, στις αρχές του 1985, άρχισε να λειτουργεί η εργαστηριακή διάγνωση

του ιού HIV. «Το 1985 η Υγειονομική Σχολή Αθηνών και το Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης ορίστηκαν ως τα πρώτα επίσημα Κέντρα για την εργαστηριακή επιβεβαίωση της λοίμωξης από τον ιό του AIDS. (ΕΜΠ 1266/ΟΙΚ 23/ΕΓΚ 2 26/7/85)»

Σήμερα λειτουργούν στην Ελλάδα δέκα ειδικά Κέντρα Ελέγχου και Αναφοράς του AIDS τα οποία παρέχουν διαγνωστικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες. Στα Κέντρα αυτά προσέρχονται τα άτομα για διαγνωστική εξέταση είτε με δική τους πρωτοβουλία είτε μετά από παραπομπή ιατρού.

Παράλληλα, εξετάσεις για την ανίχνευση αντισωμάτων του ιού διενεργούνται και σε Γενικά Νοσοκομεία της χώρας, τα οποία διαθέτουν τον κατάλληλο εργαστηριακό εξοπλισμό.

«Από τα δέκα Κέντρα Ελέγχου και Αναφοράς AIDS στην Ελλάδα, τα 5 βρίσκονται στην Αθήνα, 1 στην Θεσσαλονίκη, 1 στα Ιωάννινα, 1 στην Αλεξανδρούπολη, 1 στην Πάτρα και 1 στη Κρήτη». (Αγραφιώτης Δ, Τσελέπη Χ., Πάντζου Π., Μεταλληνού Ο., 1996, σελ. 23)

### **Ιατρική παρακολούθηση και νοσηλεία ασθενών AIDS**

Για την παρακολούθηση, την νοσηλεία και την θεραπεία λοιμώξεων που προσβάλλουν τους ασθενείς/ Ειδικών Λοιμώξεων: «από αυτές 9 βρίσκονται στην περιοχή των Αθηνών (στα νοσ/μεία Α. Συγγρός, Λαϊκό, Ευαγγελισμός, Ιπποκράτειο, Γεν. Κρατικό, Νοσ. Δυτικής Αττικής, ΝΝΘΑ Σωτηρία, 1<sup>ο</sup> Θεραπευτήριο ΙΚΑ, Νοσ. Παίδων Αγ. Σοφία), 3 Μονάδες στην Θεσσαλονίκη (ΑΧΕΠΑ, Ιπποκράτειο, Γ. Παπανικολάου), 1 Μονάδα

στην Πάτρα (Π. Π. Γ. Ν. Πατρών), 1 Μονάδα στην Αλεξανδρούπολη (Περιφ. Γεν. Νοσ/μείο), 1 Μονάδα στα Ιωάννινα (Περιφ. Γεν. Νοσ/μείο), και 1 Μονάδα στο Ηράκλειο Κρήτης (Περιφ. Γεν. Νοσ/μείο).

Τα αντιρετροικά φάρμακα (AZT, CDC, DDI) χορηγούνται δωρεάν μετά από την γνωμάτευση ειδικής επιτροπής. Σε κάθε Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων λειτουργεί: α) Κλινική εσωτερικών ασθενών, β) Κλινική μιας ημέρας λόγω αυξανόμενου αριθμού ασθενών και συνεπώς έλλειψης κλινών.» (Αγραφιώτης Δ., Πάντζου Π., Τσελέπη Χ., Μεταλληνού Ο., 1996, σελ. 23)

### **Εθελοντικοί/ μη κρατικοί σύλλογοι ατόμων με HIV/ AIDS στην Ελλάδα**

«Σύλλογος Ελπίδα» : ο σύλλογος αυτός ιδρύθηκε το 1989 και έχει σαν στόχο την ποιοτική βελτίωση της ζωής των ανθρώπων με AIDS, και η ψυχολογική και πρακτική υποστήριξη των μολυσμένων από τον HIV ατόμων και των οικογενειών τους.

«Κέντρο Ζωής και Έμπνευσης»:ο σύλλογος αυτός ιδρύθηκε το 1991 και μερικές από τις κύριες υπηρεσίες που προσφέρει είναι : πρόγραμμα συντροφικότητας, ομάδα στήριξης οροθετικών, συμβουλευτικές υπηρεσίες, αποκλειστική νοσοκόμα, νομική στήριξη, πλυντήρια, εκπαιδευτικά σεμινάρια, πληροφόρηση κ. α.

«Εταιρία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS»: ιδρύθηκε στην Θεσσαλονίκη το 1985 και προσφέρει οικονομική, ψυχολογική και επιστημονική υποστήριξη σε άτομα οροθετικά ή που έχουν AIDS.



Συνολικά οι μη κρατικοί σύλλογοι που ιδρύθηκαν στην Ελλάδα είναι 6, από τους οποίους 5 βρίσκονται στην Αθήνα και 1 στην Θεσσαλονίκη. Όσοι προαναφέρθηκαν είναι αυτοί που μέχρι στιγμής παρουσιάζουν το πιο σημαντικό έργο. (Αγραφιώτης Δ., Πάντζου Π., Τσελέπη Χ., Μεταλληνού Ο., 1996, σελ. 24).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ/ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ AIDS, ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

#### Α) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ- ΓΕΝΙΚΑ

Η Ιατρική Κοινωνική Εργασία είναι η πιο παλιά και η πιο σαφής δευτερογενής υπηρεσία. «Η συμμετοχή της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα Υγείας, αποτέλεσε μια από τις πρώτες ειδικεύσεις των Κοινωνικών Λειτουργών, ενώ σήμερα απορροφά το μεγαλύτερο μέρος του δυναμικού της.» (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ. 78). Η παραδοχή της ανάγκης παροχής υπηρεσιών των Κοινωνικών Λειτουργών στον τομέα Υγείας, συνέπεσε με την αναγνώριση ότι η αρρώστια δεν μπορούσε να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά, χωρίς να ληφθούν υπ' όψη οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ζωής του ασθενούς.

Στην Ελλάδα η Κοινωνική Εργασία στα νοσοκομεία ξεκίνησε ουσιαστικά το 1954 και εδραιώθηκε με την εγκύκλιο του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας της 14<sup>ης</sup> Φεβρουαρίου 1956.

Σύμφωνα με την εγκύκλιο, «η Κοινωνική Εργασία στα Νοσοκομεία αποσκοπεί στη μελέτη του ασθενούς και της κοινωνικής του θέσης, ώστε το επιστημονικό προσωπικό του Νοσοκομείου να πληροφορείται τα ατομικά στοιχεία, που σχετίζονται με τους κοινωνικούς και συναισθηματικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν και επηρεάζονται από την πάθηση του ασθενούς. Επίσης συντελεί ώστε να αποδεχθεί ο ασθενής την νέα κατάσταση της πάθησης του και να επωφεληθεί από

την παρεχόμενη σε αυτόν ιατρική και κοινωνική υπηρεσία. Η άσκηση Κοινωνικής Εργασίας σε περιπτώσεις ασθενών και των οικογενειών τους παρέχει στον ασθενή την ευχέρεια να κατανοήσει τις ανάγκες του και να χρησιμοποιήσει τις ικανότητες του για την επίλυση των προβλημάτων του.» (Εγκύκλιος 14<sup>ης</sup>/2/56, Υπ. Κοινωνικής Πρόνοιας)

Οι υπηρεσίες του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο, μαζί με αυτές του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να επενεργούν συμπληρωματικά, ως προς αυτές του ιατρού. Με αυτές τις παρεχόμενες υπηρεσίες, η φροντίδα που δέχεται ο ασθενής είναι ολοκληρωμένη και ταυτόχρονα αποδοτική.

Η κύρια προσφορά του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο είναι να τονίσει τους ψυχοκοινωνικούς και ενδοοικογενειακούς παράγοντες στην ιατρική ομάδα κατά την διαδικασία μελέτης, διάγνωσης και θεραπείας, παραμένοντας προσανατολισμένος στις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειάς του. (Πτυχιακή Εργασία, Αρβανιτίδου Ελένη, 1994, σελ. 103). Συγκεκριμένα, το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού σε Νοσοκομείο, σύμφωνα με την Εγκύκλιο της 14<sup>ης</sup> Φεβρουαρίου 1956, είναι το εξής:

- Ασχολείται με τις περιπτώσεις των ασθενών, είτε αυτές υποπίπτουν στη αντίληψη του, είτε υποδεικνύονται από τις Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, είτε γνωστοποιούνται στον Κοινωνικό Λειτουργό από τον ίδιο τον ασθενή, ή από τους συγγενείς του ή από άλλου.

- Καταγράφει το κοινωνικό ιστορικό του ασθενούς, με σκοπό της υποβοήθηση του έργου του ιατρού, όσον αφορά τη διάγνωση της νόσου.
- Ασχολείται με την αντιμετώπιση οικογενειακών προβλημάτων, που απασχολούν τον ασθενή και επηρεάζουν δυσμενώς τα αποτελέσματα της εφαρμοζόμενης θεραπείας.
- Επιλαμβάνεται των οικονομικών προβλημάτων, των άμεσων αναγκών της οικογένειας, με την παροχή διευκόλυνσης κατά τη μεταφορά του ασθενούς από το ένα θεραπευτήριο στο άλλο, ή κατά την οριστική έξοδο του.
- Χειρίζεται τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών: φόβος εγχείρησης, ανησυχίες για αναπηρία, για εργασία μετά τη νοσηλεία κτλ.
- Μεριμνά για την εισαγωγή του ασθενούς σε ειδικό θεραπευτήριο, εφ' όσον υπάρχει τέτοια ανάγκη.
- Παρακολουθεί τον ασθενή μετά την τελική έξοδο του ασθενούς από το Νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Μεριμνά για την επαγγελματική αναπροσαρμογή, ανάλογα με την εργασιακή ικανότητα του θεραπευόμενου.

Επιπλέον, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ του ασθενούς εντός του Νοσοκομείου και της κοινότητας, που ζει, γι' αυτό και θα πρέπει να γνωρίζει τους παράγοντες της

κοινότητας, είτε κρατικούς, είτε ιδιωτικούς, τους οποίους ο ασθενής θα μπορέσει να χρησιμοποιήσει για την κάλυψη των αναγκών του.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει επίσης να συζητά τα προβλήματα του ασθενούς, που θα δυσχέραιναν τη θεραπεία του και παράλληλα να είναι προσιτός στην οικογένεια του ασθενούς, για να μπορεί να τους βοηθήσει σε οικονομικά, συναισθηματικά και γενικά σε οποιαδήποτε προβλήματα που σχετίζονται με τον ασθενή. (Πτ. Εργ., Αρβανιτίδου Ε., 1994, σελ. 122-123)

Τα καθήκοντα του Κοινωνικού Λειτουργού κατά την περίοδο της νοσηλείας του ασθενούς είναι τα εξής:

α) Βοήθεια του ασθενούς για την καλή προσαρμογή του στο περιβάλλον του Νοσοκομείου.

β) Ψυχοκοινωνική μελέτη του ασθενούς και υποβοήθηση του θεραπευτικού προγράμματος του ιατρού με την ερμηνεία των πορισμάτων της μελέτης.

γ) Κοινωνική Εργασία με τον ασθενή και την οικογένεια του με σκοπό την θετική του συμμετοχή στη θεραπεία και την άμβλυση των παραγόντων εκείνων που πιθανόν την παρεμποδίζουν.

δ) Ενημέρωση των αρμοδίων Υπηρεσιών για τυχόν ειδικά προβλήματα ασθενών με σκοπό την από κοινού αναζήτηση λύσεων.

## **B) ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ AIDS**

### **Χρόνια ασθένεια**

Το AIDS είναι μια ασθένεια για την οποία δεν έχει βρεθεί ακόμα θεραπεία. Η συνεχής εξέλιξη των φαρμάκων και η παράταση προβλεπόμενης διάρκειας ζωής που «προσφέρουν» στον ασθενή, καθώς και η ισόβια διάρκεια της ασθένειας, προσδίδουν στο AIDS το χαρακτηρισμό της «χρόνιας ασθένειας».

Οι αντιδράσεις του ίδιου του πάσχοντα από τη χρόνια ασθένεια και του περιβάλλοντος του (οικογένεια, φίλοι, ερωτικός σύντροφος) εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες οι οποίοι μπορούν να ταξινομηθούν σε 3 μεγάλες κατηγορίες:

α) «στους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την ασθένεια όπως η φύση, η σοβαρότητα, η πορεία της ασθένειας, το είδος της θεραπείας, ο πιθανός στιγματισμός, οι προκαταλήψεις.

β) στους παράγοντες που συνδέονται με την χρονική στιγμή που εμφανίστηκε η ασθένεια, (βρεφική, νηπιακή, νεότητα, μέση ηλικία, γεγονότα ζωής, επαγγελματική ανέλιξη κτλ)

γ) στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, κοινωνικό, οικονομικό επίπεδο, εκπαίδευση, περιβάλλον στήριξης, προσωπικότητα)» (Αγραφιώτης Δ., Πάντζου Π., Τσελέπη Χ., Μεταλληνού Ο., 1996, σελ. 11)

Το άτομο που πάσχει από μια χρόνια ασθένεια, καλείται να προσαρμοστεί στην καινούργια αυτή κατάσταση σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, και δεσμικό πλαίσιο. Η περίοδος αυτή της

προσαρμογής του ασθενούς, διακρίνεται σε 4 φάσεις (Αγραφιώτης Δ., Πάντζου Π., Τσελέπη Χ., Μεταλληνού Ο., 1996, σελ. 11-12) :

**1<sup>η</sup> φάση: Προδιαγνωστική.** Το άτομο εδώ καλείται να δεχθεί την πιθανότητα της διαταραχής της υγείας του και να αναζητήσει την ακριβή διάγνωση της κατάστασης του.

**2<sup>η</sup> φάση: Οξεία.** Στη φάση αυτή πραγματοποιείται η ανακοίνωση της ακριβούς διάγνωσης της χρόνιας ασθένειας, η οποία συνοδεύεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου. Η ανακοίνωση της διάγνωσης πρέπει να γίνεται με πολύ προσεκτικό τρόπο, μιας και το άγχος του ατόμου, το εμποδίζει συνήθως να αφομοιώσει την πληροφορία και να κατανοήσει την ασθένεια. Εδώ ο ασθενής πρέπει να επιλέξει αν θα γνωστοποιήσει και σε ποιους την ασθένεια του και να χειριστεί άλλα πρακτικά ζητήματα. Κατόπιν, το άτομο καλείται να αναθεωρήσει πολλές απόψεις του, να πραγματοποιήσει αλλαγές στη ζωή του, προσαρμοσμένες στα δεδομένα της ασθένειας.

**3<sup>η</sup> φάση: Χρόνια.** Η φάση αυτή διαρκεί ως την τελική έκβαση της ασθένειας, την ίαση ή τον θάνατο του ατόμου. Είναι πολύ σημαντικό, με τις αλλαγές που συντελούνται στη ζωή του ατόμου, με τις ιδιαιτερότητες της ασθένειας, να εξασφαλιστεί ποιότητα ζωής, δηλαδή «η ικανοποιητική λειτουργία του ατόμου σε 4 βασικούς τομείς: τον οργανικό, τον ψυχολογικό, τον κοινωνικό, τον εργασιακό» (Αγραφιώτης Δ., 1996, σελ. 12).

Ο ασθενής στη φάση αυτή της ασθένειας καλείται να ακολουθήσει και να τηρήσει τις ιατρονοσηλευτικές οδηγίες για την καλύτερη δυνατή

έκβαση της ασθένειας, ενώ θεωρείται πολύ σημαντική η παροχή υποστήριξης στο άτομο, από την οικογένεια, τους φίλους, τον ερωτικό σύντροφο καθώς και από το προσωπικό υγείας.

**4<sup>η</sup> φάση: Ανάρρωσης και Αποθεραπείας.** Σύμφωνα με τα μέχρι στιγμής ιατρικά δεδομένα, δεν υπάρχει φάση ανάρρωσης και αποθεραπείας στη περίπτωση του AIDS, αλλά ο σκοπός της φάσης αυτής είναι η ανακούφιση του ασθενούς εν' όψει του επικείμενου θανάτου. (Αγραφιώτης Δ., Πάντζου Π., Τσελέπη Χ., Μεταλληνού Ο., 1996, σελ. 11-12)

### **Καταληκτική ασθένεια**

Με δεδομένο ότι ο ιός HIV ενοχοποιείται για την σταδιακή έκπτωση των λειτουργιών του ανοσοποιητικού συστήματος, και παρά τις επιστημονικές ανακαλύψεις φαρμάκων με σκοπό την παράταση της διάρκειας ζωής των φορέων / ασθενών με AIDS, αναπόφευκτα κάποια στιγμή ο οργανισμός του ατόμου παύει να ανταποκρίνεται στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, με αποτέλεσμα να «καταλήγει». Το γεγονός αυτό, προσδίδει στην ασθένεια του AIDS το χαρακτηρισμό της «καταληκτικής ασθένειας».

### **Στιγματοφόρος ασθένεια**

«Στιγματισμός είναι μια διαδικασία κοινωνικής αλληλεπίδρασης, που καταλήγει στη απόρριψη των ατόμων με ειδικά χαρακτηριστικά» (Β. Τιμπλαλέξη- Μαργαριτίδου, 1991, σελ. 46)



Για να χαρακτηριστεί ένα νόσημα ως στιγματοφόρο, πρέπει να «συνοδεύεται» από τους εξής παράγοντες:

«-Χαρακτηριολογικές διαταραχές

-Δυσμορφίες σώματος

-Μεταδοτικό νόσημα

-Μη αποδεκτές συμπεριφορές

- Νοσήματα με κακή πρόγνωση ή απουσία απάντησης σε θεραπεία»

(B. Τιμπλαλέξη- Μαργαριτίδου, 1991, σελ. 47)

Συγκεκριμένα, η ασθένεια του AIDS χαρακτηρίζεται ως στιγματοφόρος, διότι υποδηλώνει ότι η νόσος είναι λοιμώδης, ο κυρίαρχος, τρόπος μετάδοσης είναι ο σεξουαλικός, είναι ασθένεια καταληκτική, ενώ παράλληλα υποδηλώνεται ότι ο ίδιος ο πάσχων είναι πολλές φορές υπεύθυνος για την απόκτηση της ασθένειας, εξ' αιτίας του τρόπου ζωής του, των επιλογών των ερωτικών του συντρόφων και της συμπεριφοράς του. (B. Τιμπλαλέξη- Μαργαριτίδου, 1991, σελ. 47)

Συνήθως, τα άτομα που συγκεντρώνουν τα παραπάνω χαρακτηριστικά, αναπτύσσουν ως επί το πλείστον και αρνητική συμπεριφορά. Ο στιγματισμός δεν αποδίδεται μόνο στο άτομο που πάσχει από την ασθένεια του AIDS. Συγχρόνως, στιγματίζεται και η οικογένεια του πάσχοντα, το περιβάλλον του και ο ερωτικός του σύντροφος.

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ/ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS ΚΑΙ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ**

Η παραμονή του ατόμου με HIV- λοίμωξη στο νοσοκομείο, είναι μια κατάσταση ιδιαίτερα φορτισμένη συναισθηματικά, τόσο από το γεγονός της ίδιας της ασθένειας, όσο και από το γεγονός ότι η δομή και η λειτουργία των σύγχρονων νοσοκομείων έχει ως αποτέλεσμα «ο ασθενής να χάνει την ταυτότητα του, να γίνεται το «επιστημονικώς ενδιαφέρον» περιστατικό.» (Δελπαντώνη- Οικονόμου Χ., 1991, σελ. 66)

Στο σημείο αυτό, ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται «να περάσει το μήνυμα της οντότητας, της μοναδικότητας, της ανεπανάληπτης προσωπικότητας του ατόμου, τόσο στο ίδιο, όσο και στο προσωπικό του νοσοκομείου και στο περιβάλλον του.» (Δελπαντώνη- Οικονόμου Χ., 1991, σελ. 66)

Τα άτομα, που έχουν προσβληθεί από την ασθένεια του AIDS, αντιμετωπίζουν πληθώρα ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, τα οποία απορρέουν από την αδυναμία αντιμετώπισης του άγχους που σχετίζεται με την διάγνωση, την πρόγνωση, την θεραπεία, τον πιθανό οικογενειακό και κοινωνικό στιγματισμό και τα ανεπαρκή υποστηρικτικά συστήματα.

«Ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι οι φορείς/ ασθενείς με AIDS, όταν πληροφορούνται τη διάγνωση της πάθησής τους διέρχονται από μια περίοδο κατάθλιψης, η οποία ασκεί αρνητική επίδραση στο ήδη ανεπαρκές ανοσοποιητικό τους σύστημα. Φαίνεται λοιπόν, ότι υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων, που αφ' ενός επιδρούν στη πορεία της αρρώστιας και αφ'

ετέρου ωθούν το άτομο σε παθολογικό τρόπο αντιμετώπισης του άγχους, που προκαλεί η ασθένεια.» (Ραγιά Α., χ. χ., σελ. 67)

Σύμφωνα με τον Π. Ο. Υ., τα άτομα με HIV- λοίμωξη ή νόσο, από τη στιγμή που θα τους ανακοινωθεί το θετικό αποτέλεσμα, αντιμετωπίζουν προβλήματα, που περιστρέφονται γύρω από καταστάσεις αβεβαιότητας και προσαρμογής. Η αβεβαιότητα υποκαθιστά τις ελπίδες και τις προσδοκίες από τη ζωή, αλλά ταυτόχρονα αφορά την ποιότητα και τη διάρκεια της ζωής του, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την αντίδραση της κοινωνίας. Παράλληλα όμως, με τα αισθήματα αβεβαιότητας, το άτομο, που έχει από HIV- λοίμωξη ή νόσο, πρέπει να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα, που επιφέρει στη ζωή του η ασθένεια. (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 30)

Βάσει αυτού, αφενός το άτομο, το οποίο μαθαίνει ότι έχει μολυνθεί από τον ιό, διακατέχεται από άγχος και ανασφάλεια που αφορά όλες τις εκφάνσεις της ζωής του, αφ' ετέρου πρέπει να προσαρμοστεί στη νέα αυτή κατάσταση της υγείας του, με αποτέλεσμα να βιώνει μια διαρκή ένταση, αλλά και την αντίφαση που δημιουργείται με την σύγκρουση των δύο αυτών καταστάσεων.

Παράλληλα, όμως, η φύση και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ασθένειας, γεννούν μια σειρά από ζητήματα, στα οποία το άτομο θα πρέπει να αναπροσαρμόσει τη ζωή του και τα οποία επιδρούν καταλυτικά στον ψυχισμό του. Τα ζητήματα αυτά, σύμφωνα με τον Π. Ο. Υ. είναι:

- «η βραχυχρόνια και μακροχρόνια πρόγνωση

- ο κίνδυνος προσβολής από άλλα νοσήματα
- ο κίνδυνος να μολύνει άλλα άτομα με τον HIV ιό
- η κοινωνική, επαγγελματική, οικιακή και σεξουαλική αποστροφή και απόρριψη
- η εγκατάλειψη, η απομόνωση και ο σωματικός πόνος
- ο φόβος του θανάτου με πόνο ή χωρίς αξιοπρέπεια
- η αδυναμία μεταβολής των περιστάσεων και των συνεπειών από τη λοίμωξη
- ο τρόπος με τον οποίο θα εξασφαλιστεί η καλύτερη υγεία στο μέλλον
- η ικανότητα των προσφιλών προσώπων και της οικογένειας να ανταπεξέλθουν
- η διαθεσιμότητα κατάλληλης ιατρικής/ οδοντιατρικής περίθαλψης
- η απώλεια της ιδιωτικής ζωής και η ανησυχία για την τήρηση του απορρήτου
- η μελλοντική κοινωνική και σεξουαλική απόρριψη
- η συνεχώς μειούμενη ικανότητα να λειτουργεί αποτελεσματικά
- η απώλεια της φυσικής και οικονομικής ανεξαρτησίας»

(Π. Ο. Υ., 1991, σελ. 32)

Η προσπάθεια προσαρμογής του ατόμου στα παραπάνω ζητήματα, προκαλεί συναισθήματα που προσλαμβάνουν, κατά καιρούς, μεγαλύτερη ή μικρότερη ένταση και σημασία. Τα συναισθήματα αυτά, σύμφωνα με τον Π. Ο. Υ. (1991) είναι:

*ο φόβος:* οι άνθρωποι με HIV- λοίμωξη, κυριεύονται από πολλούς φόβους, οι οποίοι επικεντρώνονται κυρίως στο φόβο της μοναξιάς των τελευταίων στιγμών, καθώς και στον φόβο του πόνου. Οι φόβοι αυτοί μπορεί να προέρχονται τόσο από εμπειρίες θανάτου προσφιλών προσώπων από το AIDS, όσο και από ελλιπή γνώση για το θέμα αυτό.

*Αισθήματα απώλειας/ λύπη:* το άτομο που νοσεί από HIV, διακατέχεται από αισθήματα απώλειας που αφορούν εξίσου στη ζωή και τις φιλοδοξίες, τη φυσική ελκυστικότητα και δύναμη, τις ερωτικές σχέσεις, την οικονομική του σταθερότητα και ανεξαρτησία και γενικότερα του ρόλου του, ως μέλος της κοινότητας. Οι απώλειες αυτές προκαλούν συναισθήματα βαθιάς λύπης τόσο για αυτές που συντελούνται, όσο και για όσες ακολουθούν.

*Ενοχή:* η διάγνωση της λοίμωξης, συχνά προκαλεί συναισθήματα ενοχής, που δημιουργούνται από την υπογία του ατόμου ότι ενδέχεται να έχουν μολυνθεί και άλλοι, εκτός από αυτόν, καθώς και από τον οίκτο που προκαλεί η ασθένεια του στα προσφιλή του άτομα.

*Θυμός:* τα συναισθήματα θυμού των ατόμων που έχουν μολυνθεί, συχνά οφείλονται στο ότι θεωρούν την ασθένεια τους ως ατυχία, ενώ άλλοι θυμώνουν με όσους προσπαθούν να τους συμπαρασταθούν. Μερικές φορές, ο θυμός μπορεί να είναι εσωτερικός, με μορφή αυτο-

επιτίμησης ή με μορφή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (αυτοκτονία). Ο κίνδυνος αυτοκτονίας, στα άτομα που έχουν μολυνθεί, θεωρείται ιδιαίτερα αυξημένος, καθώς θεωρούν ότι αποτελεί διέξοδο για να αποφευχθεί ο πόνος και η ταλαιπωρία, ή ότι μειώνουν την ντροπή και τη λύπη του περιβάλλοντος τους. (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 31-32)

Με βάση τα παραπάνω, ο Κοινωνικός Λειτουργός που αναλαμβάνει περίπτωση με HIV- λοίμωξη ή νόσο, θα πρέπει να είναι σε θέση να ανιχνεύσει, να εξετάσει και να αξιολογήσει τα ζητήματα που συμβάλλουν στον τρόπο που επιδρά η ασθένεια στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων. «Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος να αναγνωρίσει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ψυχοσύνδεσης του ασθενούς, που θα βοηθήσουν τον επαγγελματία να ανιχνεύσει τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τους φόβους του ατόμου.» (Δελπαντώνη - Οικονόμου Χ., 1991, σελ. 65)

Σύμφωνα με την Παπαιωάννου Κ. (1989) «ο Κοινωνικός Λειτουργός, εφαρμόζοντας τις γνώσεις και τις τεχνικές παρέμβασης, θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν του, όχι μόνο τα υγιή τμήματα της προσωπικότητας του ασθενούς που μάχεται την ασθένεια, αλλά να προβαίνει και σε νέα αξιολόγηση του ρυθμού που το «εγώ» του αρρώστου εξασθενεί, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι ανάγκες εξάρτησής του. Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να δεχτεί την παλινδρόμηση χωρίς, εξαιτίας της ανημεταβίβασης, να ταυτιστεί ή να απορρίψει τον άρρωστο. Επίσης, θα πρέπει να εξετάσει και να αξιολογήσει τις δυνατότητες που μπορεί να έχει ένα διαταραγμένο από την ασθένεια «εγώ», ώστε το άτομο να

συνδεθεί με τα ενδιαφέροντα της ζωής γύρω του, να αποκτήσει ή να διατηρήσει σχέσεις, να αντικαταστήσει ικανότητες που έχασε με νέες, τις οποίες έχει ή δεν ξέρει ότι έχει.» (Παπαιωάννου Κ., 1989, σελ. 2)

Στην περίπτωση ασθενούς με AIDS, οι παραπάνω ενέργειες του Κοινωνικού Λειτουργού αποκτούν ιδιαίτερη σημασία καθώς, εκτός από τις επιπτώσεις που η ασθένεια έχει στο ίδιο το άτομο, έχει παράλληλα σημαντικές κοινωνικές προεκτάσεις, που επηρεάζουν τόσο τις διαπροσωπικές του σχέσεις όσο και τις κοινωνικές του συναλλαγές.

Πριν προχωρήσουμε στην αναλυτικότερη προσέγγιση του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο, όπως αυτός διαμορφώνεται σε σχέση με τις ανάγκες των φορέων/ ασθενών με AIDS, θα πρέπει να επισημανθεί ότι βασικό μέσο για την μεθόδευση διεργασίας λύσης προβλημάτων αποτελεί η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ επαγγελματία και ασθενούς, γεγονός το οποίο αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση σε οποιαδήποτε μορφή άσκησης της μεθόδου Κοινωνικής Εργασίας Με Άτομα.

Σύμφωνα με την Perlman (1957), στα πλαίσια της σχέσης στην Κ. Ε. Α., «παρέχεται ένα σταθερό μέσο παροχής, τροφοδότησης και υποστήριξης, ενώ συγχρόνως, το ερέθισμα της εργασίας λύσης προβλημάτων ενδοβάλλεται για να προωθήσει τις προσπάθειες του πελάτη να αισθάνεται, να είναι ή να δρα με τρόπους που οδηγούν στην καλύτερη κοινωνική του προσαρμογή. Όλες οι σχέσεις που προάγουν την ανάπτυξη, συμπεριλαμβανομένης και της Κ. Ε. Α., περιλαμβάνουν

στοιχεία παραδοχής, προσδοκίας, υποστήριξης και παρακίνησης» (Perlman, 1957, σελ. 97-98)

Στην περίπτωση άσκησης Κοινωνικής Εργασίας με ασθενείς, η σχέση ξεκινάει όταν ο ασθενής αρχίζει να μοιράζεται κάποιο μέρος του προβλήματος του και ο Κοινωνικός Λειτουργός του αποδείξει ότι αισθάνεται «μαζί του» και ότι έχει την επαγγελματική ικανότητα να χειριστεί το πρόβλημα. Η εμπειρία του ασθενούς με έναν Κοινωνικό Λειτουργό, στα πλαίσια μιας αξιόπιστης και υποστηρικτικής σχέσης, σε αυτή την κρίσιμη περίοδο, οικοδομεί μέσα στον πελάτη- ασθενή πίστη στη δυνατή, καλή θέληση άλλων προσώπων. Αυτό, μαζί με την αίσθηση αξίας του εαυτού του, τον υποβοηθά να αποπειραθεί να δημιουργήσει σχέση με ανθρώπους κάτω από τα νέα δεδομένα, ζώντας με λιγότερο αγχώδεις και περισσότερο θετικούς τρόπους. (Στρογγυλού Μ., 1991, σελ. 73)

Συγκεκριμένα, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού με φορέα/ ασθενή με AIDS σε Νοσοκομείο, μπορεί να είναι: α) Υποστηρικτικός β) Μεσολαβητικός γ) Διαγνωστικός- Θεραπευτικός.

### **Υποστηρικτικός**

Υποστηρικτικός, «με την έννοια της ψυχολογικής και της κοινωνικής υποστήριξης του ασθενούς και της οικογένειάς του και αναλυτικότερα με την έννοια της προσφοράς ουσιαστικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των κοινωνικών και άλλων προβλημάτων που δημιουργεί η ασθένεια.» (Πτυχιακή Εργασία, Αρβανιτίδου Ε., 1994, σελ. 129)



Στα πλαίσια του υποστηρικτικού ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού, οι επιμέρους στόχοι που τίθενται, στα πλαίσια της εργασίας του με τον φορέα/ ασθενή με AIDS, είναι οι εξής:

Μέσα στα πλαίσια της σχέσης ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι εκείνος που θα δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες, οι οποίες θα επενεργήσουν θετικά, ώστε το άτομο να μπορέσει να αναγνωρίσει, να παραδεχτεί και να εκφράσει τα συναισθήματα που απορρέουν από την ύπαρξη της ασθένειας.

Το AIDS, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και των κοινωνικών προεκτάσεων που προσλαμβάνει, εντείνει τα συναισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες του ατόμου που νοσεί. Αποτέλεσμα αυτής της έντασης είναι τόσο η παρεμπόδιση της θεραπευτικής διαδικασίας όσο και η διαταραχή των σχέσεων του ατόμου, που ενδέχεται να οδηγήσουν σε απόρριψη και κατ' επέκταση στην απομόνωσή του. Ο Κοινωνικός Λειτουργός λοιπόν, δημιουργώντας με την στάση του κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας, παρέχει την απαιτούμενη παραδοχή και υποστήριξη, ώστε το άτομο να προχωρήσει σε αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων αυτών.

Το γεγονός της νοσηλείας μπορεί να επιφέρει επιπρόσθετα, σε αυτά που ήδη υπάρχουν, προβλήματα και τα οποία σχετίζονται άμεσα με το ίδιο το γεγονός της ασθένειας του AIDS. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στοχεύει, παρέχοντας την δική του καθοδήγηση, να καθοδηγήσει το άτομο να ταξινομήσει- ιεραρχήσει τα προβλήματα αυτά. Ο επιμερισμός αυτός μπορεί να λειτουργήσει βοηθητικά για το ίδιο το άτομο, καθώς

απεγκλωβίζονται οι δυνάμεις του «εγώ» και επιτυγχάνεται η σαφέστερη αντίληψη και χειρισμός των προβλημάτων. Βοηθητικά επίσης, λειτουργεί και για την επίτευξη του σκοπού της διεργασίας λύσης προβλημάτων, όπως αυτός έχει τεθεί από τον Κοινωνικό Λειτουργό και τον ασθενή.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός συμβάλλει στο να βοηθήσει το άτομο να θέσει σε ρεαλιστική βάση τις διαστάσεις της ασθένειας και οι οποίες επηρεάζουν όλες τις πλευρές της ζωής του. Ο φορέας/ ασθενής με AIDS θα πρέπει έγκαιρα και έγκυρα να λάβει αντικειμενική πληροφόρηση, από το ιατρικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας του. Η παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού θεωρείται απαραίτητη, κατά την διάρκεια της ενημέρωσης αυτής καθώς, πέρα από την ιατρική διάσταση, θα προκύψουν στο άτομο προβλήματα ψυχοκοινωνικής φύσεως, τα οποία μέσα από την συνεργασία Κοινωνικού Λειτουργού- ασθενή θα πρέπει να αντιμετωπιστούν ρεαλιστικά.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, ερχόμενος σε επαφή, κατά την διάρκεια της νοσηλείας, με τον φορέα / ασθενή με AIDS, ενδέχεται να διαπιστώσει ότι το άτομο, στην προσπάθειά του να αποκτήσει συναισθηματική ισορροπία, μετά την προσβολή του από μια χρόνια, στιγματοφόρα και καταληκτική ασθένεια, κινητοποιεί ορισμένους ειδικούς αμυντικούς/ προσαρμοστικούς μηχανισμούς. Ως συχνότερος αμυντικός μηχανισμός εμφανίζεται η άρνηση, χωρίς να υστερούν οι μηχανισμοί της απώθησης της προβολής, της υπεραναπλήρωσης ή της παλινδρόμησης και της απόσυρσης. Η υιοθέτηση αυτών των αμυντικών μηχανισμών ενδέχεται να οδηγήσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το περιβάλλον του ατόμου σε λανθασμένα συμπεράσματα, όσον αφορά

στην ψυχοσυναισθηματική του κατάσταση. Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει, βάσει των γνώσεων που διαθέτει, να είναι σε θέση να ανιχνεύσει, να αξιολογήσει το βαθμό και την συχνότητα των αμυντικών αυτών μηχανισμών, ώστε να μπορέσει να τους χειριστεί. (Γιδοπούλου - Στραβολαιμού Κ., 1991, σελ. 101)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην τελική αποδοχή από τον ασθενή, της ύπαρξης της ασθένειας. Όσον αφορά στην ασθένεια του AIDS, το άτομο που νοσεί, στο στάδιο της αποδοχής θα πρέπει να προσαρμοστεί με όλες τις νέες παραμέτρους της ασθένειας, που διαμορφώνονται με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της: όσον αφορά την χρονιότητα, ο ασθενής θα πρέπει να αποδεχτεί ότι, λόγω έλλειψης θεραπείας, η ασθένεια θα διαρκέσει ισοβίως. Όσον αφορά το στίγμα που η ασθένεια επιφέρει, ο ασθενής θα πρέπει να βοηθηθεί από τον Κοινωνικό Λειτουργό, «για την εξεύρεση μιας λεπτής ισορροπίας μεταξύ των συναισθηματικών του δυνάμεων και της δύναμης του κοινωνικού στίγματος, που βιώνει» (Γιδοπούλου - Στραβολαιμού Κ., 1991, 102). Τέλος, όσον αφορά το γεγονός ότι η ασθένεια του AIDS, μέχρι σήμερα, χαρακτηρίζεται ως καταληκτική ασθένεια, αφού διανύσει τα απαραίτητα στάδια του πένθους, θα καταλήξει στην αποδοχή του επερχόμενου θανάτου και θα πρέπει να προβεί στις απαραίτητες συναισθηματικές διεργασίες για την αναμονή του αναπόφευκτου «τέλους».

Πέρα όμως, από τις συνέπειες που η ασθένεια του AIDS επιφέρει στον ψυχισμό και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, όπου ο υποστηρικτικός ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι καθοριστικής

σημασίας, υπάρχουν και ποικίλα πρακτικά ζητήματα που απορρέουν από τη φύση της ασθένειας.

Καθώς μια από τις πιο σημαντικές επιπτώσεις του AIDS, είναι ο κοινωνικός στιγματισμός και η κοινωνική απομόνωση, ο Μόνος Δ. αναφέρει μια σειρά από γεγονότα, τα οποία ενοχοποιούνται για τη δημιουργία των πρακτικών και οικονομικών προβλημάτων του φορέα/ασθενή με AIDS. Αναφέρει ενδεικτικά ότι, σε άλλες χώρες, «οι ασφαλιστικές εταιρίες αρνούνται να ασφαλίσουν άτομα που ανήκουν σε ομάδες ανθρώπων, που θεωρητικά διατρέχουν άμεσο κίνδυνο να προσβληθούν από την ασθένεια. Επίσης, αναφέρει ότι φορείς του ιού HIV καθώς και αυτοί με συμπτώματα AIDS, αποκλείονται ως υπάλληλοι ή ενοικιαστές. Τέλος, τοπικοί οργανισμοί οργανώθηκαν δυναμικά για να αποκλείσουν, από τις συνοικίες τους, την ίδρυση ειδικών θεραπευτηρίων για όσους ασθενείς με AIDS βρίσκονται στο τελικό στάδιο» Μόνος Δ., AIDS-Ε. Ο. Φ., σελ.. 129). Κάτι ανάλογο συνέβη και στην Ελλάδα, το 1996, όταν υπήρξαν πολύ έντονες αντιδράσεις για την ίδρυση οδοντιατρείου για φορείς/ ασθενείς με AIDS, από τους κατοίκους συγκεκριμένης περιοχής της Αττικής.

Αν και η έκταση τέτοιων ενεργειών δεν είναι μεγάλη στον Ελλαδικό χώρο, εντούτοις, εάν κάτι τέτοιο συμβεί υπάρχει ο κίνδυνος, ο φορέας/ασθενής με AIDS, να απομακρυνθεί από την εργασία του και να αντιμετωπίσει πρόβλημα στέγασης, καθώς υπάρχει το ενδεχόμενο να μην γίνει αποδεκτός ούτε από την οικογένεια του.

Για το θέμα της εργασίας, η Α. Ραγιά αναφέρει ότι, «εκτός από την απώλεια λόγω απομάκρυνσης από τη θέση τους, που αποτελεί ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα, ο ασθενής με AIDS, σε κάποιο σημείο της πορείας της νόσου, λόγω της κατάστασης της υγείας του, θα αναγκαστεί να παραιτηθεί. Με δεδομένο ότι η εργασία, γενικώς, υποστηρίζει το αίσθημα της αυτο-αξίας του ατόμου, η έλλειψη αυτής οδηγεί τον ενήλικα στην απώλεια της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας του, καθιστώντας δύσκολο το να δικαιολογήσει το δικαίωμα του στο σεβασμό των άλλων και τη θέση του στην κοινωνία.» (Ραγιά Α., χ. χ., σελ. 69)

Ο υποστηρικτικός ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού και σε αυτή την περίπτωση έγκειται στο να ενημερώσει κατάλληλα τον ασθενή, αφού πρώτα προβεί σε μια γρήγορη ανίχνευση και εκτίμηση αυτών των αναγκών, για τις πηγές της κοινότητας και τις αρμόδιες υπηρεσίες υποστήριξης, στις οποίες το άτομο μπορεί να απευθυνθεί, μετά την έξοδο του από το Νοσοκομείο. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί ο Κοινωνικός Λειτουργός να είναι άρτια ενημερωμένος για όλες τις προσφερόμενες υπηρεσίες, καθώς επίσης να διατηρεί ανοιχτά τα κανάλια επικοινωνίας με τις υπηρεσίες αυτές.

Ο υποστηρικτικός ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού δεν επικεντρώνεται μόνο στον φορέα/ ασθενή με AIDS, αλλά παρέχεται εξίσου και στην οικογένεια/ περιβάλλον του ατόμου, το οποίο περιλαμβάνει τόσο τους βιολογικούς συγγενείς τόσο και τους φίλους, τον ερωτικό σύντροφο και κάθε άτομο που ο ασθενής θεωρεί σημαντικό στην ζωή του. (Παπαδάτου Δ., 1995, σελ. 85)

Σύμφωνα με τον Π. Ο. Υ., τα άτομα αυτά συνδέονται στενά με τον πάσχοντα, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πορεία αντιμετώπισης της ασθένειας από τον ασθενή και ασκούν επιρροή στην υγεία και την ευεξία του πάσχοντος (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 39)

Σε κάθε περίπτωση νοσηλείας ασθενούς σε Νοσοκομείο, η οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του, διακατέχονται από συναισθήματα που κυμαίνονται από θλίψη και λύπη μέχρι απογοήτευση και επιθετικότητα για το, κατά την γνώμη τους, ανίκανο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η κατάσταση μεταξύ ζωής και θανάτου, έχει ως φυσικό επακόλουθο, η οικογένεια να εμπλέκεται συναισθηματικά και γι' αυτό να ζητά διαρκή ενημέρωση από τους ιδύνοντες. Το σύννηδες φαινόμενο, όμως, είναι λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης, η προσοχή του προσωπικού να επικεντρώνεται στον ασθενή, με αποτέλεσμα τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίζονται σαν «εμπόδιο», να εξαιρούνται από την όλη διαδικασία και να απομονώνονται σε έναν θάλαμο αναμονής. (Κ. Ε. σε Ιδρύματα, άρθρο 7)

Κάτι ανάλογο μπορεί να συμβεί στην περίπτωση του ασθενούς με AIDS. Η οικογένεια και τα πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος, λόγω των ιδιαιτεροτήτων της νόσου, βιώνουν πιο έντονα την κατάσταση αυτή. Η έντονη συναισθηματική φόρτιση, ενδέχεται να πηγάζει από:

α) την αμφίβολη εξέλιξη της νοσηλείας, που οφείλεται στην σοβαρότητα των λοιμώξεων και την καταληκτική πορεία της νόσου

β) την επίδραση που έχει στους ίδιους η συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς

γ) τον φόβο της γνωστοποίησης της ασθένειας και του επακόλουθου στιγματισμού, που μπορεί να αποξενώσει τα μέλη της οικογένειας, στερώντας τα από κάθε μορφή αλληλοϋποστήριξης, τη στιγμή που την χρειάζονται περισσότερο

δ) το φόβο ενδεχόμενης μόλυνσης, ο οποίος εντείνεται στην περίπτωση του ερωτικού συντρόφου

Σύμφωνα με την Παπαδάτου Δ., «στην αντίληψη των περισσότερων, ακόμα και των συγγενών, το AIDS ταυτίζεται με τον θάνατο, το σεξ και την παράνομη συμπεριφορά. Με την ανακοίνωση, λοιπόν, της οροθετικότητας ή της αρρώστιας, η οικογένεια συχνά κρατά μυστική τη διάγνωση και βυθίζεται σε μια συνομωσία σιωπής, από φόβο μην ξεσκεπαστεί η αλήθεια. Αυτή η «αλήθεια» δεν αφορά μόνο την διάγνωση του AIDS, αλλά και την διαπίστωση ότι ο πάσχων είχε ομοφυλόφιλες ή αμφιφυλόφιλες ή εξωσυζυγικές σχέσεις, ή ότι έκανε χρήση τοξικών ουσιών. Πολλοί γονείς δυσκολεύονται να αφομοιώσουν και να επεξεργαστούν τη σημασία αυτής της αποκάλυψης, που αποτελεί σοβαρό «ναρκισσιστικό» πλήγμα για αυτούς, καθώς συχνά νιώθουν ένοχοι, υπεύθυνοι και αποτυχημένοι ως γονείς.

Όσοι δεν μπορούν να ξεπεράσουν τις προκαταλήψεις τους, τόσο για το AIDS όσο και για τις επιλογές και τον τρόπο ζωής του παιδιού τους, το απορρίπτουν και συχνά το εγκαταλείπουν, με αποτέλεσμα να έχουν, στη συνέχεια, αυξημένες ενοχές που περιπλέκουν το πένθος τους. Άλλοι πάλι, ίσως οι περισσότεροι, απωθούν τα συναισθήματα τους για να του συμπαρασταθούν» (Παπαδάτου Δ., 1995, σελ. 83)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός λοιπόν, καθώς έρχεται σε επαφή με το περιβάλλον του ασθενούς, καλείται να αντιμετωπίσει τα έντονα συναισθήματα των ατόμων που το αποτελούν και ιδιαίτερα, συναισθήματα όπως φόβος, ανασφάλεια, αβεβαιότητα, ενοχές, άγχος, τα οποία συνδέτουν την ψυχική τους κατάσταση.

Προκειμένου τα συναισθήματα αυτά να αναγνωριστούν και να εκφραστούν, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει, μέσα από τις γνώσεις και τις τεχνικές που θα αναπτύξει, να καταρρίψει τους αμυντικούς μηχανισμούς, που τα μέλη της οικογένειας προβάλλουν σε σχέση με την φύση της ασθένειας και τη συμπεριφορά του ασθενούς. Βασικό «εργαλείο» για την παροχή υποστήριξης στο περιβάλλον του πάσχοντα, αποτελεί η μεθοδευμένη προσέγγιση των μελών και η ανάπτυξη σχέσης μέσα στην οποία τα άτομα αυτά θα μπορούν να νιώσουν ασφάλεια και αποδοχή.

Έτσι το περιβάλλον του ασθενούς, με την υποστηρικτική βοήθεια του Κοινωνικού Λειτουργού, θα μπορέσει να χειριστεί τα συναισθήματα αυτά, ώστε να μην αποτελούν εμπόδιο στη σχέση τους με τον ασθενή.

Τέλος, ο Κοινωνικός Λειτουργός ενδέχεται να κληθεί να επιλύσει διάφορα πρακτικά και οικονομικά προβλήματα, που αντιμετωπίζει η οικογένεια, και τα οποία μπορεί μεν να προϋπήρχαν, αλλά το γεγονός της νοσηλείας πιθανόν να τα εντείνει. Ο Κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να είναι ο ίδιος ενήμερος για τα προνοιακά προγράμματα, που παρέχει η κοινότητα καθώς και για όλες τις οργανώσεις (εθελοντικές και μη) που μπορούν να παρέχουν υποστήριξη και άλλες μορφές



βοήθειας. Έτσι θα μπορεί να ενημερώνει τα άτομα σύντομα και με σαφήνεια, για το που θα μπορούν να απευθυνθούν.

### **Μεσολαβητικός ρόλος**

Ο μεσολαβητικός ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο ανάμεσα στον φορέα/ ασθενή με AIDS, την οικογένεια-περιβάλλον του και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, δεν διαφοροποιείται από τον μεσολαβητικό ρόλο που διαδραματίζει σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση ασθενούς. «Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να λειτουργήσει ως μέλος της Θεραπευτικής ομάδας και ως διάμεσος μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, του περιβάλλοντος του ασθενούς και του ίδιου του ασθενούς, για να ενημερώσει, να επεξηγήσει τη σημαία της διάγνωσης και τον τρόπο της θεραπευτικής αγωγής.» (Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας, σελ. 35)

«Η σοβαρότητα της ασθένειας, η επείγουσα ανάγκη για φροντίδα, η συναισθηματική εμπλοκή της οικογένειας και του προσωπικού, είναι παράγοντες που μπορούν να δέσουν ολοκληρωτικά σε κίνδυνο κάθε είδος επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς, οικογένειας και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.» (Κοινωνική Εργασία σε Ιδρύματα, άρθρο 7)

«Στην περίπτωση αυτή, ο Κοινωνικός Λειτουργός μεσολαβεί, μπορεί να ενεργήσει σαν «γέφυρα» ανάμεσα στις παραπάνω ομάδες. Οι συχνές, έντονα προβαλλόμενες και γεμάτες ανησυχία απορίες του περιβάλλοντος του ασθενούς, μεταφράζονται και μεταφέρονται από τον Κοινωνικό Λειτουργό στον ιατρό, ο οποίος λόγω της διαρκούς ενασχόλησης του με τους ασθενείς, δεν διαθέτει τον απαιτούμενο χρόνο

για την ενημέρωση της οικογένειας. Ο ίδιος ο Κοινωνικός Λειτουργός δεν παρέχει ποτέ ιατρικές πληροφορίες, αλλά διαβεβαιώνει ότι τέτοιου είδους πληροφόρηση θα δοθεί από τον ιατρό. Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός δεν είναι «εκπρόσωπος των ιατρών, αλλά μάλλον γέφυρα ανάμεσα σε αυτούς, τον ασθενή και την οικογένεια του. Δεν είναι μια εύκολη εργασία, αλλά απαιτεί φαντασία και πρωτοβουλία για να ανταπεξέλθει κανείς ικανοποιητικά.» (Κοινωνική Εργασία σε Ιδρύματα, άρθρο 7)

Όσον αφορά στον μεσολαβητικό ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένεια- περιβάλλον του, ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι αυτός «που προετοιμάζει την οικογένεια-περιβάλλον για την επαφή τους με τον ασθενή, όταν η οξύτητα της κατάστασης του θα έχει ξεπεραστεί», ενώ παράλληλα θα επικοινωνήσει για να ενημερώσει, όσους από το περιβάλλον δεν γνωρίζουν τι έχει συμβεί». (Κ. Ε σε Ιδρύματα, άρθρο 7)

«Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι σημαντικός στην διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ των δύο πλευρών. Ο ασθενής έχει ανάγκη από σωστή υποστήριξη και σχέση, και η οικογένεια φτάνει σε αποδιοργάνωση αν δεν χρησιμοποιήσει μηχανισμούς ανασυγκρότησης, εξοικείωσης με την ασθένεια και τις συνέπειες της, καθώς επίσης στήριξης του αρρώστου της και προγραμματισμό της πορείας της οικογένειας με τα νέα δεδομένα, όπως διαμορφώθηκαν μετά την αρρώστια.» (Δελπαντώνη- Οικονόμου Χ., 1991, σελ. 67)

Τέλος, μέσω της υποστήριξης που παρέχει ο Κοινωνικός Λειτουργός και του χειρισμού των συναισθημάτων, τόσο του ασθενούς όσο και του περιβάλλοντος του, εργάζεται με το «κομμάτι» των σχέσεων μεταξύ τους, με σκοπό να αποκατασταθούν-σε περίπτωση που αυτές έχουν διαταραχθεί λόγω της ασθένειας- ή οι ήδη υπάρχουσες να τεθούν σε ρεαλιστικότερες βάσεις.

### **Διαγνωστικός-θεραπευτικός**

Σύμφωνα με την εγκύκλιο της 14<sup>ης</sup> Φεβρουαρίου 1956, ένα μέρος του έργου του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο είναι «η καταγραφή με κάθε λεπτομέρεια του ιστορικού του ασθενούς, με σκοπό την υποβοήθηση του έργου του ιατρού, όσον αφορά στη διάγνωση της νόσου».

Η Αγάθωνος-Μαρούλη (1980), αναφέρει ότι «θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού στο διαγνωστικό στάδιο, όπου η σύγχρονη αντιμετώπιση του ασθενούς σαν ένα «όλον» και όχι σαν τμηματικά μέλη του σώματος, απαιτεί τη μελέτη και αξιολόγηση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος και των προσαρμοστικών ικανοτήτων του ατόμου» (Αγάθωνος-Μαρούλη Ε., 1980, σελ. 173)

Βάσει των παραπάνω, ο Κοινωνικός Λειτουργός αφού ολοκληρώσει την ψυχοκοινωνική μελέτη, σε συνεργασία με τον ιατρό προχωρούν σε ερμηνεία των πορισμάτων της, με σκοπό τον εντοπισμό των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που παρεμποδίζουν τη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία.

Η συμβολή αυτή του Κοινωνικού Λειτουργού στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία των φορέων/ ασθενών με AIDS, αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς σύμφωνα με τον Αλτάνη Π. (1991) «η φροντίδα των ασθενών με AIDS περνάει διάφορες φάσεις, ανάλογα με την εξέλιξη των επιπτώσεων, η κεντρική φροντίδα όμως, στηρίζεται στη προοπτική ζωής και κοινωνικής λειτουργίας του ατόμου και αυτό, με την οργάνωση της ζωής του σε συνδυασμό με την οικογένεια του ή με το ευρύτερο περιβάλλον του.» (Αλτάνης Π., 1991, σελ. 118)

#### **Δ) ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΠΕΝΘΟΥΣ/ ΘΡΗΝΟΥ**

Η νόσος του AIDS, λόγω των ιδιομορφιών της, χαρακτηρίζεται ως χρόνια και καταληκτική. Το άτομο που έχει νοσήσει, σύμφωνα με τα μέχρι τώρα επιστημονικά δεδομένα, θα καταλήξει στο θάνατο. Το γεγονός αυτό, προκαλεί μια «διεργασία θρήνου, που βιώνουν τόσο ο άρρωστος, όσο και το άμεσο περιβάλλον του. Ενδείξεις αυτής της διεργασίας εμφανίζονται με τη διάγνωση του AIDS, όμως, αυξάνονται και γίνονται εντονότερες, όταν κανένα θεραπευτικό σχήμα δε βρίσκει πλέον ανταπόκριση στον οργανισμό του αρρώστου, ο οποίος προοδευτικά εξασθενεί.» (Παπαδάτου Δ., χ. χ. σελ. 76) )

Ο ασθενής που μαθαίνει πως έχει μολυνθεί με την HIV- λοίμωξη και πως θα καταλήξει αναπόφευκτα, χρησιμοποιεί ορισμένους μηχανισμούς αντιμετώπισης, οι οποίοι, σύμφωνα με την Kubler- Ross (1970), ταξινομούνται σε 5 στάδια: (Κ. Ε. Α. III, 1995, σελ. 2-4)

*1<sup>ο</sup> στάδιο: Άρνηση και απομόνωση*

Συνήθως, η αρχική αντίδραση των ασθενών που τους ανακοινώνεται πως πάσχουν από καταληκτική ασθένεια, είναι η άρνηση, μιας και δεν μπορούν να πιστέψουν πως τους συμβαίνει κάτι τέτοιο. Αυτή η αρνητική αντίδραση παρατηρείται και στους ασθενείς, στους οποίους γνωστοποιείται ευθέως η αλήθεια για την κατάσταση τους και σε εκείνους που καταλήγουν μόνοι τους στο συμπέρασμα αυτό. Σε αρκετές περιπτώσεις ασθενών μάλιστα, παρατηρείται το φαινόμενο των επισκέψεων σε πολλούς ιατρούς, με μοναδικό τους κίνητρο την ελπίδα, πως κάποιος επιστήμονας θα τους πει κάτι διαφορετικό.

Το γεγονός ότι το άτομο που έχει προσβληθεί από μια καταληκτική ασθένεια, καλείται να ζήσει για ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα με τη σκέψη δυσάρεστων και οδυνηρών γεγονότων, το οδηγεί πολλές φορές στην απομάκρυνση της σκέψης του από τα γεγονότα αυτά, γεγονός που θεωρείται υγιής αντιμετώπιση των νεοδημιουργηθέντων καταστάσεων.

Ο μηχανισμός άμυνας της άρνησης, που προβάλλει ο ασθενής, παρατηρείται και στα στάδια της ασθένειας του, αλλά και αργότερα, έως ότου, αντικατασταθεί από μερική αποδοχή.

### *2<sup>ο</sup> Στάδιο: Θυμός*

Μετά την αρχική άρνηση του ασθενούς στην ανακοίνωση της καταληκτικής πορείας της ασθένειας του, το άτομο κυριεύεται από συναισθήματα θυμού, οργής και ζήλιας. Ο θυμός του νοσούντα προβάλλεται επί πάντων, στην οικογένεια, στους φίλους, στον ερωτικό σύντροφο, στο προσωπικό υγείας.

Δεν είναι πάντα εύκολο να αντιληφθούν τα οικεία πρόσωπα και το προσωπικό υγείας, πως ο θυμός αυτός δεν στρέφεται εναντίον τους, αλλά εναντίον της ασθένειας, της κατάστασης που περνά και των μεγάλων αλλαγών που καλείται να πραγματοποιήσει στη ζωή του, από εδώ και πέρα. Οι δραστηριότητες του διακόπτονται πρόωρα και απότομα, και ο ασθενής καλείται να προσαρμόσει τη ζωή του σε νέα δεδομένα.

Τα οικεία πρόσωπα δυσκολεύονται, τις περισσότερες φορές, να αντιληφθούν και να δεχθούν τη νέα αυτή κατάσταση που έχει δημιουργηθεί, και κατ' επέκταση δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν την οργή του ασθενούς.

### *3<sup>ο</sup> Στάδιο: Παζάρεμα - Διαπραγμάτευση*

Το στάδιο αυτό είναι το «λιγότερο γνωστό από τα άλλα, αλλά εξ' ίσου βοηθητικό για τον ασθενή, για ένα σύντομο χρονικό διάστημα» (Kubler-Ross)

Στη φάση αυτή, ο ασθενής θεωρεί πως αν καταφέρει να επιτύχει ένα είδος συμφωνίας με τους ανθρώπους ή ακόμα με τον Θεό, ίσως μπορέσει να αποφύγει το αναπόφευκτο γεγονός της κατάληξης. Συνήθως, αναζητά μια παράταση ή έστω ένα ανώδυνο, χωρίς ταλαιπωρίες, υπόλοιπο της ζωής του.

Η διαπραγμάτευση «είναι μια προσπάθεια για αναβολή, μια επιβράβευση στην «καλή συμπεριφορά». Επίσης, δέτει μια προδεσμία και συμπεριλαμβάνει μια κρυφή υπόσχεση, ότι, αν δοθεί αυτή η αναβολή, τότε το άτομο δεν θα ζητήσει τίποτε άλλο.» (Kubler- Ross)

#### 4<sup>ο</sup> Στάδιο: Κατάθλιψη

Ο ασθενής πλέον, δεν μπορεί να αρνηθεί την πραγματικότητα της επερχόμενης κατάληξης του. Οι αλλεπάλληλες εγχειρήσεις, οι εισαγωγές στο Νοσοκομείο, η σταδιακή έκπτωση του ανοσοποιητικού του συστήματος, η αύξηση των συμπτωμάτων, είναι ορισμένα γεγονότα, που τον οδηγούν στη συνειδητοποίηση της κατάστασης στην οποία βρίσκεται. Τα συναισθήματα της οργής, του θυμού και της άρνησης τώρα αντικαθίστανται από την αίσθηση της απώλειας, την κατάθλιψη.

Στο στάδιο αυτό, λόγω των αυξημένων νοσηλευτικών και ιατρικών απαιτήσεων, και του μεγάλου οικονομικού τους κόστους, πολλοί ασθενείς αντιμετωπίζουν οικονομικό πρόβλημα και αναγκάζονται να πουλούν τις περιουσίες τους, για να καταφέρουν να αντεπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους.

Ο ασθενής που έχει συνειδητοποιήσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, οδηγείται στην κατάθλιψη, αφού πρώτα έχει περάσει από το στάδιο της «προκαταρκτικής θλίψης», έχοντας ως σκοπό να προετοιμάσει την αποχώρηση του από τον κόσμο αυτό.

Η κατάθλιψη, την οποία βιώνει ο ασθενής, διαχωρίζεται σε δύο κατηγορίες:

α) «Η πρώτη κατηγορία είναι η «αντιδραστική κατάθλιψη», η οποία προέρχεται από τις απώλειες που καλείται να αντιμετωπίσει ο ασθενής, είναι διαφορετικής φύσεως και χρειάζεται διαφορετική αντιμετώπιση.

β) Η δεύτερη κατηγορία είναι η «προπαρασκευαστική κατάθλιψη», η οποία δεν είναι αποτέλεσμα των απωλειών του παρελθόντος, αλλά συμβαίνει εν΄ όψη του επερχόμενου αποχωρισμού.» (Kubler- Ross)

Στην «αντιδραστική κατάθλιψη» ο ασθενής παρουσιάζει αισθήματα ντροπής και μη ρεαλιστικές ενοχές, τις οποίες καλείται να ανακουφίσει το προσωπικό υγείας, συζητώντας για τις ανησυχίες του ασθενούς και λαμβάνοντας πρακτικά μέτρα για την αντιμετώπιση των αναγκών του.

Στη φάση της «προκατασκευαστικής κατάθλιψης», κατά την οποία ο ασθενής αντιμετωπίζει απώλειες, θα πρέπει να ενθαρρυνθεί να εκφράσει την θλίψη που βιώνει, ώστε η τελική αποδοχή του γεγονότος της επερχόμενης κατάληξης να επέλθει ομαλά. (Kubler- Ross)

Οι απώλειες τις οποίες καλείται να αντιμετωπίσει ο ασθενής με AIDS αναφέρονται:

α) «στο παρελθόν, όπως σε ένα στόχο που δεν πρόλαβε να ολοκληρώσει

β) στο παρόν, όπως καθημερινές μεταβολές σε οργανικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο, που επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση, την αυτοπεποίθηση και την αίσθηση αυτοελέγχου, που νιώθει πως πλέον δεν έχει

γ) στο μέλλον, όπως αποχωρισμός από αγαπημένα πρόσωπα, προβληματισμός σχετικά με την επιβίωση του, αλλά και με την μεταθανάτια ταυτότητα του.» (Παπαδάτου Δ., χ. χ., σελ 77)



Στο στάδιο αυτό της κατάθλιψης, ο ασθενής συνήθως απόφεύγει τις συζητήσεις. Προτιμά την σιωπή, και δείχνει ιδιαίτερη προτίμηση στους ανθρώπους γύρω του που το αντιλαμβάνονται. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει πλέον το άγγιγμα, το χάδι ή ακόμα και το συναίσθημα που εκφράζεται με την οπτική επαφή.

#### 5<sup>ο</sup> Στάδιο- Αποδοχή

Ο ασθενής πλέον, εφόσον έχει βιώσει τα έντονα συναισθήματα του θυμού, της οργής, της ζήλιας είναι έτοιμος να δεχθεί το τέλος, με ένα βαθμό «ήρεμης αναμονής».

Είναι πια αδύναμος, κουρασμένος, με διαρκή ανάγκη για ύπνο, ύπνο όμως διαφορετικό από εκείνη της κατάθλιψης. Η κατάσταση αυτή του ασθενούς, δεν καταδειχνει παράδοση και παραίτηση από τη ζωή, ούτε όμως, πως είναι ευτυχισμένος. Επικρατεί ένα «κενό συναισθημάτων», μια προετοιμασία του ατόμου πριν το «μεγάλο ταξίδι», όπως χαρακτηριστικά είπε κάποιος ασθενής.

Στο στάδιο αυτό, εφόσον πλέον ο ασθενής έχει αποκτήσει ηρεμία, μειώνει σταδιακά τον κύκλο των ενδιαφερόντων του και επικρατεί η σιωπή και η μη λεκτική επικοινωνία. (Kubler- Ross, σημ. ΚΕΑΙΙΙ σελ. 1-4)

Πέρα από τα στάδια του πένθους, που διέρχεται το άτομο και τη συνειδητοποίηση του αναπόφευκτου θανάτου, βιώνει ένα διάχυτο και ακαθόριστο συναίσθημα του άγχους του θανάτου. Πίσω όμως, από το άγχος αυτό, το άτομο που καταλήγει βιώνει συγκεκριμένους φόβους, οι οποίοι διαφέρουν από άτομο σε άτομο, ως προς το περιεχόμενο, την

ένταση, και τον τρόπο έκφρασης τους. Διακρίνουμε δύο κατηγορίες φόβων:

α) «τους φόβους, που αφορούν στην πορεία προς τον θάνατο

β) τους φόβους, που αφορούν στο γεγονός του θανάτου και στην κατάσταση του νεκρού.» (Παπαδάτου Δ., χ. χ., σελ. 76) (Πίνακας 6)

Εκτός από το ίδιο το άτομο, σύμφωνα με την Παπαδάτου (1995), και η οικογένεια- περιβάλλον του βιώνουν συναισθήματα θρήνου. Καθώς τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς με AIDS, συνειδητοποιούν τον επερχόμενο θάνατο του δικού τους ανθρώπου, αυξάνουν τις εκδηλώσεις θρήνου και ενδέχεται να βιώσουν περιπλεγμένο πένθος, που οφείλεται σε παράγοντες όπως:

- «το γεγονός ότι εμπλέκονται σε μια χρόνια ασθένεια, που συνοδεύεται από βαρύ κοινωνικό στίγμα
- το γεγονός ότι συχνά πιστεύουν ότι ο θάνατος θα μπορούσε να είχε προληφθεί, αν το άτομο ή το περιβάλλον του είχαν πάρει τα κατάλληλα μέτρα, για να αποφευχθεί η HIV μόλυνση.
- το γεγονός ότι τόσο η σημασία της απώλειας όσο και ο θρήνος των ατόμων αυτών δεν αναγνωρίζεται από την κοινωνία.» (Παπαδάτου Δ., 1995, σελ. 83)

Το θρήνο για το άτομο που πεθαίνει βιώνει ιδιαίτερα έντονα ο ερωτικός σύντροφος. Αυτό συμβαίνει για τους εξής λόγους:

- ο θρήνος για την επερχόμενη απώλεια του ερωτικού συντρόφου δεν του αναγνωρίζεται, εφόσον, ιδιαίτερα σε περίπτωση

ομοφυλοφιλίας ή αμφιφυλοφιλίας, η σχέση που διατηρεί με τον ασθενή κρίνεται από το κοινωνικό, σύνολο ως απαράδεκτη, παράνομη και μη ηθική. Στην περίπτωση αυτή ο θάνατος του ατόμου θεωρείται «τιμωρία». Ο ερωτικός σύντροφος αδυνατεί να αποκαλύψει το πένθος του, εφόσον αυτό είναι κατακριτέο. Ο αποκλεισμός του ερωτικού συντρόφου από εκδηλώσεις έκφρασης συναισθημάτων προς τον ασθενή, τον οδηγεί σταδιακά στην περιθωριοποίηση, τον στιγματισμό και στο «μοναχικό πένθος»

- με δεδομένο ότι η ασθένεια του AIDS, προσβάλλει κατά κύριο λόγο άτομα νεαρής ηλικίας, το γεγονός του επερχόμενου θανάτου του συντρόφου, τους φέρνει αντιμέτωπους, ίσως για πρώτη φορά, με τον πρόωρο και άκαιρο χαμό ενός σημαντικού ατόμου στη ζωή τους.
- το δράμα του ερωτικού συντρόφου περιπλέκει η ταύτιση με τον πάσχοντα και ο διαρκής φόβος για τη δική του υγεία και τη πιθανή απώλεια της ίδιας του της ζωής. Ο δράμος αυτός ονομάζεται «υπαρξιακός δράμος» και πηγάζει από τη συνειδητοποίηση του ατόμου, ότι είναι ευάλωτο και θνητό.
- Τέλος, στην περιπλοκή του πένθους, συντείνει η συχνότητα με την οποία ο ερωτικός σύντροφος αντιμετωπίζει τον θάνατο, όχι μόνο του συντρόφου του, αλλά και άλλων ατόμων του περιβάλλοντος του.

Τα παραπάνω, μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα συναισθήματα του πένθους αλλά και του δράμου, στην περίπτωση ασθενούς με AIDS, ο

οποίος βρίσκεται στο τελικό στάδιο, εντείνονται τόσο για τού ίδιο όσο και για την οικογένεια- περιβάλλον και τον ερωτικό του σύντροφο, λόγω των ιδιαιτεροτήτων και των κοινωνικών προεκτάσεων που προσλαμβάνει η ασθένεια.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, στην περίπτωση αυτή, διαμορφώνεται βάσει της γνώσης του, ότι είναι απαραίτητα τα στάδια αυτά, που διέρχονται συναισθηματικά τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένεια- περιβάλλον και ερωτικός του σύντροφος, ως αποτέλεσμα της πορείας και του αποτελέσματος της ασθένειας. Επίσης, θα πρέπει να αναγνωρίζει το γεγονός ότι τα στάδια αυτά μπορεί να διαρκέσουν για διάφορες χρονικές περιόδους, να αντικαθίστανται ή ακόμα και να συνυπάρχουν. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ο Κοινωνικός Λειτουργός, καλούμενος να αντιμετωπίσει και να χειριστεί περιπτώσεις πένθους, ακολουθεί τις παρακάτω στρατηγικές παρέμβασής σε αυτές:

- «Δημιουργεί δετική σχέση και αξιολογεί τον πενθούντα, με σκοπό τον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων για την συγκεκριμένη περίπτωση.
- Προσεγγίζει τον πενθούντα, κάνοντας αισθητή την παρουσία του με συγκεκριμένους και πρακτικούς τρόπους παροχής βοήθειας.
- Βρίσκεται δίπλα στον πενθούντα όχι μόνο με την παρουσία του αλλά και με την υποστήριξη του.
- Επιτρέπει στον πενθούντα να θρηνήσει για την απώλεια του.

- Δεν επιτρέπει στον πενθούντα να παραμείνει απομονωμένος για μεγάλο χρονικό διάστημα, καθώς δεν υπάρχει τίποτα πιο θεραπευτικό, στη διεργασία του πένθους, από την υποστήριξη, την αποδοχή και την χωρίς κριτική, φροντίδα του πενθούντα.
- Διατηρεί για τον πενθούντα, ένα οικογενειακό σύστημα στήριξης.
- Πριν από κάθε παρεμβατικό σχεδιασμό, επιδιώκει μια ακριβή αξιολόγηση για τη θλίψη του πενθούντος, καθώς και για τον εντοπισμό των σημαντικών παραγόντων που την επηρεάζουν.
- Αξιολογεί ποιες από τις φάσεις του πένθους είναι ημιτελείς
- Λαμβάνει υπόψη ότι ο πενθών πρέπει να έχει την κατάλληλη ιατρική και φαρμακευτική θεραπεία για τα συμπτώματα του πένθους.
- Διατηρεί θεραπευτική και ρεαλιστική προοπτική
- Ενθαρρύνει την λεκτικοποίηση των συναισθημάτων και την ανάμνηση του αποθανόντος.
- Βοηθά τον πενθούντα να επισημάνει, να αναγνωρίσει και να επιλύσει «δευτερογενείς απώλειες» και «εκκρεμότητες» που έχει αφήσει στη ζωή του.
- Παρέχει υποστήριξη στον πενθούντα να αντιμετωπίσει την διαδικασία του πένθους και να επεξεργαστεί την έννοια της απώλειας.

- Βοηθά τον πενθούντα να επανεπενδύσει σε μια καινούργια ζωή
- Αναγνωρίζει ότι οι «τελετουργικές εκδηλώσεις» έχουν θεραπευτικό χαρακτήρα.» (Therese Rando, 1984, Σημειώσεις Κ. Ε. Α. ΙΙΙ, σελ. 7-8)

### ΤΗΡΗΣΗ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Η εμπιστευτικότητα και το απόρρητο στην περίπτωση παροχής φροντίδας σε ασθενείς με AIDS, αντιμετωπίζεται διεθνώς ως μια νέα κατάσταση στη δεοντολογία της περίθαλψης κυρίως λόγω του επιδημιολογικού, κοινωνικού και πολιτισμικού χαρακτήρα της ασθένειας. Οι επιπτώσεις του AIDS στους τομείς αυτούς και ταυτόχρονα οι αναθεωρήσεις που επιφέρει στο σύστημα αξιών των κοινωνικών ομάδων, ώθησαν τους διεθνείς οργανισμούς και τις επαγγελματικές ενώσεις να προτείνουν πλαίσια θεώρησης σχετικά με το απόρρητο και το AIDS. «Στην περίπτωση της περίθαλψης ασθενών με διάγνωση AIDS, η τήρηση του απορρήτου τίθεται όχι μόνο στη διάγνωση αλλά σε όλη την ιατρονοσηλευτική διάσταση, που συναρτάται με τον επαγγελματικό και κοινωνικό ρόλο των λειτουργών Υγείας.» (Β. Τιμπλαλέζη-Μαργαριτίδου, 1991, σελ. 34)

Με βάση τις αρχές του Διεθνούς Συμβουλίου Δεοντολογίας και Ηθικής για το AIDS και την λοίμωξη- HIV (Π. Ο. Υ., 1988), τις οποίες έχει ενστερνιστεί και η Υποεπιτροπή Ενημέρωσης και Δεοντολογίας της Εθνικής Επιτροπής για το AIDS, αναφέρεται ότι «το απόρρητο πρέπει να διαφυλάσσεται σε κάθε περίπτωση. Η αναφορά περιστατικών AIDS (για

επιδημιολογικούς σκοπούς) πρέπει να γίνεται με αυστηρές προϋποθέσεις, ώστε να μην είναι δυνατή η παραβίαση του απορρήτου. Αν κριθεί απαραίτητο, προκειμένου να διαφυλαχθεί το απόρρητο, μπορεί να συζητηθεί και το ενδεχόμενο καθιέρωσης ειδικών προϋποθέσεων και κανόνων με ισχύ νόμου». (Εθν. Επ. AIDS- Υποεπιτροπή Ενημέρωσης και δεοντολογίας- 1992, σελ. 5)

Μια από τις βασικές αξίες του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού, αναγνωρισμένη διεθνώς από όλους τους ισχύοντες Κώδικες Δεοντολογίας της Κοινωνικής Εργασίας, είναι εκείνη που αναφέρεται στην τήρηση του απορρήτου. Σύμφωνα με τον Ελληνικό Κώδικα Δεοντολογίας της Κοινωνικής Εργασίας, «η σχέση με τον εξυπηρετούμενο πρέπει να στηρίζεται σε αμοιβαία εμπιστοσύνη. Η εχεμύθεια από μέρους του Κοινωνικού Λειτουργού, είναι αναπόσπαστο μέρος της εργασίας του. Η συλλογή και η χρήση πληροφοριών η δεδομένων πρέπει να σχετίζεται με την παροχή της επαγγελματικής βοήθειας προς τον εξυπηρετούμενο, ο οποίος είναι απαραίτητο να ενημερώνεται για την αναγκαιότητα τους και για την χρήση τους. Στην περίπτωση που απαιτούνται πληροφορίες από τρίτους πρέπει να ενημερώνεται και να συγκατατίθεται ο εξυπηρετούμενος. Στην περίπτωση που είναι απαραίτητες κατ' οίκον επισκέψεις πρέπει να γίνονται με την ενημέρωση του εξυπηρετούμενου.

Επίσης, ο Κοινωνικός Λειτουργός κρατά το «απόρρητον» και δεν δίνει καμία πληροφορία χωρίς την συγκατάθεση του εξυπηρετούμενου, παρά μόνο σε περιπτώσεις όπου ο εξυπηρετούμενος δεν μπορεί να είναι

υπεύθυνος ή που ενδέχεται να κινδυνεύουν άλλοι.» (Σημειώσεις μαθ. Δεοντολογίας σελ. 28)

Με δεδομένη την πιθανότητα διακρίσεων -και εξοστρακισμού- σε βάρος του ατόμου με διάγνωση για HIV- λοίμωξη είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εξασφαλιστεί εχεμύθεια. (Συμβουλευτική, Π. Ο. Υ., 1991, σελ. 21)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται σε νοσοκομείο και καλείται να ασκήσει Κοινωνική Εργασία με φορέα/ ασθενή του AIDS, σεβόμενος τόσο τις δεοντολογικές αρχές του επαγγέλματος του όσο και την παγκοσμίως αναγνωρισμένη αρχή της τήρησης του απορρήτου σε περίπτωση ατόμων με AIDS, οφείλει να διαφυλάξει την εμπιστευτικότητα, ως βασικό συστατικό στοιχείο της επαγγελματικής του σχέσης με το εξυπηρετούμενο άτομο.

Όσον αφορά στο θέμα της τήρησης του απορρήτου, ο Frederick G. Reamer (1993) επισημαίνει ότι «το απόρρητο και η εμπιστευτικότητα κατέχουν κύρια θέση ανάμεσα στα περίπλοκα θέματα, που απασχολούν τον Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται με οροθετικά άτομα ή με άτομα που έχουν AIDS. Πολλά από τα ζητήματα αυτά αφορούν το καθήκον του Κοινωνικού Λειτουργού να αποκαλύψει εμπιστευτικές πληροφορίες σχετικά με ένα πελάτη, που έχει προσβληθεί από AIDS, με σκοπό να προστατέψει κάποιο άλλο άτομο που μπορεί να διατρέχει κίνδυνο (μόλυνσης). Ένα από τα πιο γνωστά διλήμματα περιλαμβάνει πελάτες που είναι οροθετικοί και οι οποίοι αρνούνται να ανακοινώσουν το γεγονός αυτό στον ερωτικό τους σύντροφο. Στην ιδανική περίπτωση



ο Κοινωνικός Λειτουργός θα δουλέψει με τον πελάτη με έναν επιδέξιο τρόπο, ώστε να τον οδηγήσει στο να ανακοινώσει ο ίδιος την οροθετικότητα του.

Σε πολλές περιπτώσεις η επιδέξια χρήση της κλινικής παρέμβασης, που απευθύνεται στις αντιστάσεις και το άγχος του πελάτη, θα τον οδηγήσει στο να αποφασίσει ο ίδιος να αποκαλύψει την κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει. Μια από τις τεχνικές που οι Κοινωνικοί Λειτουργοί χρησιμοποιούν, είναι η εφαρμογή του role- playing, με σκοπό να βοηθηθούν οι οροθετικοί πελάτες να νιώσουν πιο άνετα, ώστε να προβούν στην ανακοίνωση αυτής προς τον ερωτικό τους σύντροφο.» (Social work, Frederick G. Reamer, 1993, σελ. 415)

### **ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ AIDS**

«Η Συμβουλευτική για τον HIV/AIDS είναι εξελισσόμενος διάλογος και σχέση ανάμεσα στον ασθενή ή γενικότερα στο άτομο που προσφεύγει στις ανάλογες υπηρεσίες και σε εκείνον που τις παρέχει (σύμβουλο) με τους ακόλουθους στόχους: α) την πρόληψη της μετάδοσης της HIV- λοίμωξης, και β) την παροχή ψυχοσωματικής υποστήριξης σε εκείνους που έχουν ήδη προσβληθεί.» (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991)

Η Συμβουλευτική για τον HIV/AIDS απευθύνεται γενικά :

- Σε άτομα που ανησυχούν ότι μπορεί να έχουν μολυνθεί με HIV
- Σε άτομα που νομίζουν ότι πρέπει να εξετασθούν για HIV
- Σε άτομα που έχουν εξετασθεί για HIV (με ή χωρίς λοίμωξη)

-Σε άτομα που προτιμούν να μην εξετασθούν, παρά την προηγούμενη ή τωρινή επικίνδυνη συμπεριφορά τους

-Σε άτομα που αγνοούν τους κινδύνους από τον HIV ως επακόλουθο παλαιότερης ή τωρινής ιδιαίτερης συμπεριφοράς τους

-Σε άτομα με AIDS ή με άλλη νόσο σχετική με την λοίμωξη από HIV

-Σε άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εργασία, στη στέγαση, στις συναλλαγές, στην οικογένεια κλπ, που οφείλονται στη λοίμωξη από τον HIV

-Στις οικογένειες και στους φίλους ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον HIV

-Σε εργαζόμενους σε υπηρεσίες υγείας και άλλα άτομα που έρχονται συχνά σε επαφή με άτομα που έχουν προσβληθεί από τον HIV

Η Συμβουλευτική καθοδήγηση των ατόμων για την HIV- λοίμωξη είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους εξής λόγους:

-η HIV- λοίμωξη διαρκεί ισοβίως

-καθένας μπορεί να την αποφύγει ή να αποφευχθεί η μετάδοση της σε άλλους με αλλαγή συμπεριφοράς

-η ενημέρωση για το θετικό αποτέλεσμα που αφορά την HIV- λοίμωξη μπορεί να δημιουργήσει σοβαρότατες ψυχικές πιέσεις και ανησυχίες που πιθανόν να καθυστερήσουν την εποικοδομητική αλλαγή ή να χειροτερέψουν τη νόσο, ειδικά ενόψει του φόβου, των παρανοήσεων

και των διακρίσεων που προξενεί η επιδημία του HIV. (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 15)

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, στα πλαίσια της άσκησης του επαγγέλματος τους, θεωρούνται, μαζί με τους ιατρούς, τις νοσηλεύτριες, και τους ψυχολόγους, επαγγελματίες που μπορούν εύκολα να ενταχθούν και να εκπαιδευτούν, για την παροχή Συμβουλευτική υποστήριξης. Όσον αφορά τους χώρους όπου μπορεί να ασκείται η συμβουλευτική, ο Π. Ο. Υ. αναφέρει ότι μπορεί να ασκηθεί οπουδήποτε γίνεται - ή μπορεί να γίνει- συζήτηση για τον HIV και το AIDS. Με βάση αυτό, ο χώρος του Νοσοκομείου είναι ένας από τους κατ' εξοχήν χώρους όπου η Συμβουλευτική πρέπει να ασκείται, και ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ένας από τους πλέον κατάλληλους επαγγελματίες Υγείας για να παράσχει τέτοιου είδους υπηρεσίες. Τα άτομα που κυρίως γίνονται δέκτες των υπηρεσιών αυτών, στα πλαίσια του Νοσοκομείου, είναι άτομα που έχουν ήδη μολυνθεί ή νοσούν από την ασθένεια του AIDS και έχουν ανάγκη νοσηλείας.

Για να αντεπεξέλθει, όμως, ο Κοινωνικός Λειτουργός, όπως και κάθε άλλος επαγγελματίας που ασκεί συμβουλευτική σε φορείς/ ασθενείς με AIDS, στις δυσκολίες και τις απαιτήσεις του έργου αυτού θα πρέπει να είναι ενημερωμένος τόσο για τις λειτουργίες όσο και για τις προϋποθέσεις και τις δραστηριότητες της Συμβουλευτική σε άτομα με HIV- λοίμωξη ή AIDS.

Οι βασικές λειτουργίες της Συμβουλευτική αναφέρονται: i) στην πρόληψη και ii) την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ατόμων που έχουν προσβληθεί από την νόσο και του περιβάλλοντος των ατόμων αυτών.

### Πρόληψη

Η προληπτική λειτουργία της Συμβουλευτική αναφέρεται τόσο σε πρωτογενή όσο και σε δευτερογενή πρόληψη. Ο Κοινωνικός Λειτουργός, στα πλαίσια του Νοσοκομείου, επικεντρώνεται κυρίως στη δευτερογενή πρόληψη, εφόσον τα άτομα στα οποία απευθύνεται ήδη νοσηλεύονται, και δίνει έμφαση στις συνέπειες που επιφέρει η λοίμωξη και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να αποφευχθεί η μετάδοση.

Στα πλαίσια της δευτερογενούς προληπτικής Συμβουλευτική, ο Κοινωνικός Λειτουργός που την ασκεί, «θα πρέπει να θέτει το ζήτημα της αποφυγής μετάδοσης του ιού, συζητώντας με τα άτομα τους τρόπους και τους λόγους για τους οποίους αυτό επιβάλλεται να επιτευχθεί.

Όσον αφορά τους τρόπους, θα πρέπει να τονίζεται η σημασία της υιοθέτησης πρακτικών που ελαχιστοποιούν ή μηδενίζουν τις πιθανότητες να προσβληθούν οι ερωτικοί σύντροφοι, όπως η χρήση προφυλακτικού, σεξουαλικές πρακτικές χαμηλού κινδύνου κ. α. Για το θέμα επίσης της σεξουαλικής μετάδοσης θα πρέπει να εξετάζεται και το θέμα της ενημέρωσης των τωρινών και προηγούμενων ερωτικών συντρόφων.

Επίσης θα πρέπει να συμβουλέσουν τα άτομα ότι δεν θα πρέπει να δώσουν αίμα ή να κάνουν κοινή χρήση συριγγών, βελόνων ή άλλων εργαλείων που τρυπούν το δέρμα, ενώ σε περίπτωση που παρέχεται συμβουλευτική σε ήδη έγκυο γυναίκα, θα πρέπει να εξετάζεται από

κοινού το θέμα της πιθανής διακοπής της εγκυμοσύνης.» Για την εξέταση αυτού του ενδεχόμενου, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη, «καθ' όλη την διάρκεια της διαδικασίας, τους ποικίλους πολιτιστικούς, οικογενειακούς και ιατρικούς παράγοντες, που μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση αυτή.» (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991)

### **Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη**

Η υποστηρικτική συμβουλευτική προς τους φορείς/ ασθενείς με AIDS και τους οικείους τους, αποτελεί ένα μέρος του γενικότερου υποστηρικτικού ρόλου, που ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να διαδραματίσει, εργαζόμενος, στα πλαίσια του Νοσοκομείου, με τους συγκεκριμένους ασθενείς.

Σύμφωνα με τον Π. Ο. Υ., η υποστηρικτική συμβουλευτική πρέπει να είναι μια διαδικασία ενδυνάμωσης, ώστε τα άτομα να βοηθηθούν να αντιδράσουν θετικά στα προβλήματα τους, να ζήσουν μια παραγωγική ζωή και να εκτιμήσουν όψεις της ζωής που διαφορετικά θα είχαν παραβλέγει.

Η άσκηση της Συμβουλευτικής διαφοροποιείται τόσο μεταξύ των χωρών όσο και μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, στις οποίες απευθύνεται. Το πρότυπο και οι τεχνικές της Συμβουλευτικής που θα χρησιμοποιηθούν επηρεάζονται από τους διαθέσιμους πόρους, τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι προσλαμβάνουν τη νόσο του AIDS, τα χαρακτηριστικά του προσώπου και πλήθος παραμέτρων που σχετίζονται με τις κοινωνικές και οικογενειακές διασυνδέσεις του. (Π. Ο. Υ., Συμβουλευτική, 1991, σελ. 20)

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την άσκηση Συμβουλευτική είναι, αφενός η παροχή χρόνου προς τα άτομα που ζητούν υπηρεσίες Συμβουλευτική και αφετέρου οι χώροι παροχής αυτών των υπηρεσιών, να είναι εύκολα προσεγγίσιμες. Η παροχή χρόνου είναι σημαντική ήδη από την αρχή, καθώς το περιεχόμενο της διαδικασίας δεν επιτρέπει βιαστικές κινήσεις. Χρόνος επίσης είναι απαραίτητος για την δημιουργία κλίματος οικειότητας και εμπιστοσύνης μεταξύ ατόμου και Κοινωνικού Λειτουργού- Συμβούλου.

Σημαντικό επίσης είναι η δυνατότητα άμεσης και συνεχούς πρόσβασης του ατόμου, προς την υπηρεσία παροχής Συμβουλευτική, καθώς και η συνέπεια και η ακρίβεια των υπηρεσιών αυτών.

Τέλος, τα άτομα που προσέρχονται στην υπηρεσία θα πρέπει να αισθάνονται ότι είναι πλήρως αποδεκτοί, ανεξάρτητα από τον τρόπο ζωής του, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση, την εθνικότητα ή την θρησκευτική προέλευση τους.

Η τήρηση του απορρήτου αποτελεί και σε αυτή την περίπτωση στοιχείο, προκειμένου με δεδομένες τις προηγούμενες προϋποθέσεις, να επιτευχθούν οι σκοποί της Συμβουλευτική. (Π. Ο. Υ., 1991, σελ. 21)

Η άσκηση της Συμβουλευτική από τον Κοινωνικό Λειτουργό, στα πλαίσια του Νοσοκομείου, προσδίδει σε αυτόν την ευθύνη, ώστε μέσω προσεκτικά επιλεγμένων μεθόδων, να επιτευχθούν οι επιμέρους στόχοι αυτής της υπηρεσίας, οι οποίοι συνοπτικά είναι οι εξής:

- η Συμβουλευτική θα πρέπει να συμβάλλει πάντοτε στην διαλεύκανση και την διευθέτηση των προβλημάτων

- η Συμβουλευτική πρέπει να παρέχει πληροφορίες για τις δυνατότητες υποστήριξης
- το άτομο, που προσφεύγει στις υπηρεσίες Συμβουλευτική, πρέπει να βοηθηθεί να υιοθετήσει ρεαλιστική προσέγγιση στην αλλαγή τρόπου ζωής
- η Συμβουλευτική πρέπει να ενεργοποιεί και να διευκολύνει το άτομο στην λήψη αποφάσεων. (Π. Ο. Υ., 1991, σελ. 22-23)

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΓΙΑ ΤΟ AIDS**

Σύμφωνα με την Κ. Παπαιωάννου (1988) «είναι γενικά παραδεκτό ότι για την θεραπεία της αρρώστιας ή/ και την θετική επίδραση της θεραπευτικής στη συμπεριφορά του ασθενή και της οικογένειας στις σχέσεις του μαζί του, είναι απαραίτητη η συνεχής απόκτηση και ανανέωση γνώσεων από τους εκπροσώπους όλων των διαφορετικών επιστημονικών κατευθύνσεων και η αναγνώριση της σημασίας της συνεργασίας τους στην ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου». (Παπαϊωάννου Κ., 1988, σελ. 11)

Είναι, σήμερα, γενικά παραδεκτό ότι «η υγεία δεν είναι έλλειψη ασθένειας ή περιορισμένο υγειονομικό φαινόμενο, αλλά πολυδιάστατη έννοια που επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων, ενώ αντίστοιχα ασθένεια είναι αποτέλεσμα της διαταραχής της ισορροπίας της αρμονίας των παραγόντων αυτών. Είναι πια διεθνής παραδοχή ότι η υγεία συνδέεται με οικονομικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς και άλλους

παράγοντες με αποτέλεσμα να απαιτείται διεπιστημονική διερεύνηση». (Αλτάνης Π., 1991, σελ. 109)

Για το ίδιο θέμα, ο Ιατρίδης Δ. (1989) αναφέρει, ότι η επικράτηση του βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου στο χώρο της Υγείας είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες εξέλιξης που συντείνουν περαιτέρω στην ανάγκη διεκδίκησης από την Κοινωνική Εργασία ενός ρόλου κεντρικού και όχι απλώς βοηθητικού επαγγέλματος υγείας. Το βιο- ψυχο- κοινωνικό μοντέλο προσθέτει τους ψυχοκοινωνικούς άξονες στον βιολογικό και στοχεύει στην ανάπτυξη της υγείας, ενώ παράλληλα είναι ευρύτερο, διεπιστημονικό και αποτελεσματικότερο από το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο που στοχεύει στην αντιμετώπιση της αρρώστιας. (Ιατρίδης Δ., 1989, σελ. 76)

Το μοντέλο αυτό, αφενός απαιτεί την χρήση και ισότητα βασικών επαγγελμάτων Υγείας, αφετέρου όλα τα επαγγέλματα Υγείας, συμπεριλαμβανομένου και του Κοινωνικού Λειτουργού, καλούνται να συνειδητοποιήσουν ότι η φροντίδα για την υγεία πρέπει να είναι συντονισμένη συλλογική φροντίδα. (Α. Καραντζά, 1988, σελ. 275)

«Ως Διεπιστημονική Συνεργασία στα πλαίσια της Θεραπευτικής Ομάδας, ορίζεται η επιστημονικά σχεδιασμένη, συνεργατική και διασυνδεδετική προσπάθεια για την επίτευξη ενός σκοπού που απαιτεί αλληλοεξαρτώμενες γνώσεις, εμπειρία και υπηρεσίες διαφορετικών επιστημονικών γνωστικών αντικειμένων. Η συμμετοχή των Κοινωνικών Λειτουργών σε μια διεπιστημονική ομάδα στο χώρο της υγείας, και ιδιαίτερα σε ότι αφορά το AIDS, θεωρείται αναγκαία καθώς είναι



εκπαιδευμένοι να εργάζονται ομαδικά, να διερευνούν τις ανθρώπινες ανάγκες και να χρησιμοποιούν ειδικές επιστημονικές μεθόδους για να αναπτύσσουν τις δυνατότητες του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που τους απασχολούν. Και ακριβώς για τους παραπάνω λόγους, θεωρείται πλεονέκτημα για την Θεραπευτική ομάδα το γεγονός ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός, βάσει της εκπαίδευσής του, «διερευνά τους κοινωνικούς παράγοντες που προκαλούν ή επιβαρύνουν την ασθένεια, συνδέει το νοσοκομείο με το φυσικό του περιβάλλον, επισκέπτεται επί τόπου το οικογενειακό, κοινοτικό και εργασιακό περιβάλλον, διαθέτει μεθοδολογία διαχείρισης συναισθημάτων και κρίσεων και γνωρίζει μεθόδους υποστηρικτικές θεραπευτικές και αποκατάστασης.» (Αλτάνης Π., 1991, σελ. 117)

Παράλληλα, η ομάδα των ειδικών λειτουργεί βοηθητικά και για τον ίδιο τον Κοινωνικό Λειτουργό, καθώς αφενός διευκολύνει στο να προβεί σε έναν ορθότερο προγραμματισμό της εργασίας του, αφ' ετέρου βοηθείται ο ίδιος από τους άλλους επαγγελματίες να εκφορτισθεί από τα έντονα συναισθήματα που αντιμετωπίζει κατά την διάρκεια της εργασίας του, να αναλύσει και να οργανώσει την συμπεριφορά του, έτσι ώστε να γίνει αποδοτικότερος επαγγελματίας χωρίς μεγάλη προσωπική φθορά. (Παπαγερίδου Φ., 1991 σελ. 57)

Όσον αφορά το θέμα του AIDS, η Παπαδάτου Δ. αναφέρει, ότι επειδή η ενασχόληση με φορείς/ ασθενείς με AIDS, έχει τεράστιες και πολύπλοκες απαιτήσεις, ο μόνος τρόπος ανταπόκρισης είναι η συλλογική, διεπιστημονική συνεργασία και η αλληλοϋποστήριξη επαγγελματιών. Στα πλαίσια της συνεργασίας αυτής, «τα μέλη του

προσωπικού υγείας μπορούν να μοιραστούν τα συναισθήματα και τις εμπειρίες τους, να επεξεργαστούν τις αντιλήψεις, προκαταλήψεις και στάσεις τους απέναντι στο AIDS και να βρουν την υποστήριξη που χρειάζονται μέσα από τις σχέσεις που αναπτύσσουν ανάμεσα τους.» (Παπαδάτου Δ., 1995, σελ. 85)

## **ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ AIDS**

### **ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ**

«Οι στάσεις αντιπροσωπεύουν τον κεντρικό άξονα της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την πλευρά του ανθρώπου, επειδή, όπως η προσωπικότητα, κατευθύνουν τη συμπεριφορά του ατόμου στις συναλλαγές του με τον συνάνθρωπο, την οικογένεια, το χώρο εργασίας και γενικά με όλους τους φορείς της κοινωνίας. Η αντίληψη των κοινωνικών φαινομένων εξηγεί, πως το άτομο βλέπει και πως προσαρμόζει τη συμπεριφορά του προς τα διάφορα φαινόμενα του ψυχολογικού και κοινωνικού του περιβάλλοντος.» (Γεώργας Δ., 1995, σελ. 121)

Αναφορικά με τον ορισμό της στάσης, έχουν γίνει πολλές προσεγγίσεις από τις οποίες ενδεικτικά παραθέτουμε τους εξής ορισμούς:

«Ο Fishbein (1967) ορίζει τη στάση ως πλέγμα αισθημάτων, επιθυμιών, φόβων, πεποιθήσεων, προκαταλήψεων ή άλλων τάσεων του ανθρώπου απέναντι σε ένα πρόσωπο ή αντικείμενο. Η στάση ασκεί επίδραση στις

απαντήσεις του ατόμου προς όλα τα αντικείμενα ή καταστάσεις με τα οποία έχει σχέση.» (Μαργαριτίδου- Τιμπλαλέζη Β., 1991, σελ. 48)

«Οι Sherif και Sherif (1967) περιγράφουν τη στάση ως ο,τιδήποτε ένα άτομο έχει μάθει κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της κοινωνικοποίησής του, καθώς και ο,τιδήποτε το άτομο τείνει να ενεργοποιήσει με ένα σταθερό και χαρακτηριστικό τρόπο.» (Μαργαριτίδου-Τιμπλαλέζη Β., 1991, σελ.. 48)

Η σύγχρονη κοινωνική ψυχολογία καταλήγει, σύμφωνα με τον Γεώργα, στον εξής ορισμό της στάσης: «Με την χρήση της έννοιας στάση προς κάποιο αντικείμενο, κάποια ιδέα ή κάποιο πρόσωπο, εννοείται ένα διαρκές σύστημα με γνωστικό στοιχείο, συναισθηματικό στοιχείο και, τέλος με κάποια τάση προς την έκφραση συμπεριφοράς.» (Γεώργας Δ., 1995, σελ. 124)

Ως χαρακτηριστικά των στάσεων αναφέρονται από τον Γεώργα τα εξής: αφενός ότι οι στάσεις εμπεριέχουν το στοιχείο της σταθερότητας, με αποτέλεσμα να μην αλλάζουν εύκολα και να αντιστέκονται στην αλλαγή. Επίσης, όσον αφορά στη διαμόρφωση των στάσεων, σημαντική προϋπόθεση αποτελεί το γεγονός ότι οι στάσεις μαθαίνονται από το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον.

«Όσον αφορά το περιεχόμενο των στάσεων, ο Katz (1960), ερμήνευσε την στάση ως συνειδητή ή ασυνείδητη, προκειμένου το άτομο να ικανοποιήσει ψυχολογικές του ανάγκες. Ο ίδιος κατέγραψε και τους λειτουργικούς ρόλους των στάσεων, οι οποίοι είναι οι εξής τέσσερις:

Ο πρώτος λειτουργικός ρόλος της στάσης χαρακτηρίζεται ως ωφελιμιστικός ή προσαρμοστικός, καθώς το άτομο αναζητά θετικές ενισχύσεις από τους άλλους, ενώ αποφεύγει αρνητικές ενισχύσεις στην επίτευξη ενός ειδικού σκοπού του ή στην προσαρμογή του σε καταστάσεις της ζωής.

Ο δεύτερος λειτουργικός ρόλος της στάσης είναι γνωστικός καθώς συμβάλλει στην ικανοποίηση των αναγκών του ανθρώπου προκειμένου να διατηρεί μια ολοκληρωμένη, σταθερή και σαφή αντίληψη για το περιβάλλον του.

Ο τρίτος λειτουργικός ρόλος της στάσης περιλαμβάνει την υιοθέτηση στάσεων ως προέκταση των αξιών του ατόμου. Πολλές από τις στάσεις που το άτομο υιοθετεί αποτελούν προέκταση των αξιών του και η συνεπής έκφραση των στάσεων προς τις αξίες, δημιουργεί βαθιά ικανοποίηση στο άτομο.

Τέλος, ο τέταρτος λειτουργικός ρόλος των στάσεων αφορά μηχανισμό άμυνας του «εγώ». Ο Katz υιοθετεί ως έκφραση της στάσης το λειτουργικό ρόλο των μηχανισμών άμυνας του «εγώ» του Freud. Σύμφωνα με τις αρχές της μηχανάλυσης, ο ρόλος των μηχανισμών άμυνας είναι η μείωση του άγχους ή των ενοχών που συνοδεύουν κάθε απειλή του «Εγώ». Κατά τον Katz, ανασφαλή άτομα αναπτύσσουν στερεοτυπικές στάσεις για να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση και την άμυνα τους στις δυσκολίες της ζωής.» (Μαργαριτίδου- Τιμπλαλέξη Β., 1991, σελ. 48-49)

## **ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ AIDS**

Η ασθένεια του AIDS, από την στιγμή της εμφάνισης της, δημιουργεί στερεότυπες αντιλήψεις στο κοινωνικό σύνολο, οι οποίες συνδέονται κυρίως με την προέλευση και τους τρόπους μετάδοσης της. Ο φόβος, που σχετίζεται με τη χρονιότητα της ασθένειας, την καταληκτική της πορεία και τις διαστάσεις επιδημίας που εξέλαβε, σε συσχετισμό με την άγνοια και την παραπληροφόρηση, που επικράτησε και εξακολουθεί να υφίσταται, είναι μερικοί από τους βασικούς παράγοντες που συνετέλεσαν στη διαμόρφωση στάσης τόσο απέναντι στην ασθένεια, όσο και προς τα άτομα που προσβάλλονται από αυτήν.

«Σύμφωνα με τη Sontag, το AIDS συμβολίζει το μυστήριο, το θάνατο, την τιμωρία και τη σεξουαλικότητα. Η εμφάνιση της ασθένειας, η εξέλιξη του ιού και η αναποτελεσματική θεραπεία, συμβάλλουν στο χαρακτηρισμό της ασθένειας, ως «μυστήριο». Η ασθένεια συνδέεται άμεσα με την έννοια του θανάτου, τον οποίο το κοινωνικό σύνολο αντιλαμβάνεται ως τιμωρία για την έντονη σεξουαλική δραστηριότητα του ατόμου, και άλλες μη-κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές που υιοθετούν στιγματισμένες ομάδες ατόμων.» (Παπαδάτου Δ., 1994, σελ. 53-54)

Όσον αφορά την στάση των Κοινωνικών Λειτουργών για το θέμα του AIDS, και πως αυτή μπορεί να επηρεάσει την αντιμετώπιση των φορέων/ ασθενών στα πλαίσια του Νοσοκομείου, θεωρούμε ότι επηρεάζεται από παράγοντες, που όπως αναφέρονται στη βιβλιογραφία, επιδρούν και σε άλλες ειδικότητες που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση

ατόμων που έχουν προσβληθεί από AIDS, όπως το ιατρονόσηλευτικό προσωπικό. Σύμφωνα με την Παπαδάτου Δ. (1994), οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

«οι προκαταλήψεις και οι αντιλήψεις που επικρατούν στη κοινωνία, οι οποίες συχνά υιοθετούνται και από το προσωπικό, επηρεάζοντας τη στάση του απέναντι στους ασθενείς.

ο φόβος της μετάδοσης του ιού, ο οποίος οφείλεται κυρίως σε λανθασμένη ή ελλιπή ενημέρωση και μειώνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση. Όταν, όμως, ο φόβος είναι δυσανάλογος με τον πραγματικό κίνδυνο, που διατρέχει το προσωπικό, τότε οι αιτίες πρέπει να αναζητηθούν στις συμβολικές και κοινωνικές προεκτάσεις που αποδίδονται στο AIDS...

η θανατηφόρα φύση της ασθένειας. Η αδυναμία του προσωπικού να ανταποκριθεί στο αίτημα θεραπείας που προβάλλει ο ασθενής, προκαλεί αισθήματα ανεπάρκειας, ματαίωσης και ενοχής. Τα αισθήματα αυτά εντείνονται όταν ο ασθενής είναι νεαρής ηλικίας, ο οποίος βρίσκεται στην πιο παραγωγική περίοδο της ζωής του.» (Παπαδάτου Δ., 1994, σελ. 54) Ειδικά για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, συχνά τίθεται το ερώτημα αν όντως μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα αυτά, καθώς συχνά αισθάνονται αδύναμοι να πλησιάσουν το άτομο. Αποτέλεσμα αυτών είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός να αντιδρά, αποφεύγοντας τον ασθενή ή προσπαθώντας μόνος του να ξεπεράσει τις δυσκολίες. (Παπαγερίδου Φ., 1991, σελ. 57)

Για το ίδιο θέμα, η Γιδοπούλου- Στραβολαιμού αναφέρει, για τις περιπτώσεις καρκινοπαθών, «ότι κάθε περίπτωση που εκτυλίσσεται μπροστά στον Κοινωνικό Λειτουργό είναι ικανή να τον φέρνει αντιμέτωπο με τον εαυτό του, τονίζοντας την ανάγκη αυτογνωσίας, σε σχέση με τους φόβους και τις ανασφάλειες ως προς την έννοια του θανάτου. Η συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου είναι φυσικό να φέρνει τον Κοινωνικό Λειτουργό αντιμέτωπο με τις σκέψεις που αφορούν στον δικό του θάνατο.» (Γιδοπούλου- Στραβολαιμού Μ., 1991, σελ. 130)

Τα παρακάτω συμπεράσματα προέρχονται από έρευνες σε Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν εκτός Ελλάδας. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα δεν έχει γίνει έρευνα στάσεων των Κοινωνικών Λειτουργών για το θέμα του AIDS, πολύ περισσότερο, δε, σε Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται σε νοσοκομειακά πλαίσια, επαγγελματικά με άτομα που έχουν προσβληθεί από την ασθένεια του AIDS. «Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν πρόσφατα κληθεί να συμβάλλουν στις ψυχολογικές, κοινωνικές και άλλες σχετιζόμενες με την υγεία ανάγκες ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV. Αποτέλεσμα αυτού ήταν να αναδυθούν ανησυχίες, για το κατά πόσο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι προετοιμασμένοι (ως επαγγελματίες) να εργαστούν με φορείς/ ασθενείς με AIDS.

Έρευνες έχουν δείξει (Peterson, 1991) ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μπορεί να έχουν ελλιπή ενημέρωση σχετικά με το, κυρίως σε ότι αφορά στην επίδραση που έχει σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, παρά το γεγονός, ότι οι περισσότεροι Κοινωνικοί Λειτουργοί δείχνουν γενικά

να νιώθουν άνετα εργαζόμενοι με φορείς/ ασθενείς με AIDS, το φαινόμενο της φοβίας προς τους ομόφυλόφιλους, έχει εντοπισθεί σε πολλούς επαγγελματίες που δουλεύουν με την συγκεκριμένη ομάδα (Weiner & Siegel, 1990) Συγκεκριμένα ένα μεγάλο ποσοστό Κοινωνικών Λειτουργών αναφέρουν ότι θα αρνούνταν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, σε φορείς/ ασθενείς με AIDS. (Dhooper, Royse & Tran, 1987-88)

Προφανώς, όσο περισσότερο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί επιθυμούν να συμβάλλουν στο θέμα του AIDS, τόσο λιγότερο άνετα νιώθουν στο να εξυπηρετήσουν και να εργαστούν με φορείς/ ασθενείς με AIDS.» (Thomas O' Hare, Cynthia L. Williams, Alan Ezoviski, & Social Work, 199)



## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Το είδος της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε, για την πραγματοποίηση του σκοπού της ερευνητικής αυτής μελέτης, είναι η διερευνητική

### **ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπέδου της ενημέρωσης που έχουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι οποίοι εργάζονται σε Νοσοκομείο, για το θέμα του AIDS, καθώς και η διερεύνηση του ρόλου και της στάσης που έχουν υιοθετήσει οι επαγγελματίες, εργαζόμενοι με φορείς/ ασθενείς με AIDS.

Οι επιμέρους στόχοι που διερευνήθηκαν είναι:

- Το είδος και η πηγή της ενημέρωσης που έχουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, για το θέμα του AIDS
- Το ποσοστό των Κοινωνικών Λειτουργών που αναλαμβάνει περιστατικά φορέων/ ασθενών με AIDS, ο τρόπος με τον οποίο ο Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνει τα περιστατικά αυτά (παραπομπή, επίσκεψη Κοινωνικού Λειτουργού στο χώρο νοσηλείας κ. α.) και σε τι συνίσταται η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο με άτομα με HIV+/ AIDS
- Ο χώρος νοσηλείας στο νοσοκομείο των φορέων/ ασθενών με AIDS

- Η στάση του Κοινωνικού Λειτουργού απέναντι στη ασθένεια και κατ' επέκταση απέναντι στους φορείς/,ασθενείς με AIDS
- Οι τρόποι με τους οποίους πιστεύουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί πως θα μειωθεί η εξάπλωση της ασθένειας του AIDS

## ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΣΧΕΔΙΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

### *α) Ερευνώμενος πληθυσμός- δειγματοληψία*

Ο ερευνώμενος πληθυσμός αποτελείται από 32 επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται σε Γενικά Περιφερειακά Νοσοκομεία της Αθήνας και της Πάτρας. Ο λόγος επιλογής του συγκεκριμένου χώρου πραγματοποίησης της έρευνας, είναι το γεγονός ότι «στην Ελλάδα, η φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς με AIDS, είναι νοσοκομειοκεντρική. Για τον λόγο αυτό και ο ρόλος του Νοσοκομείου, της οργάνωσης του, του διαθέσιμου εξοπλισμού του αλλά και της εξυπηρέτησης γενικότερα, των ασθενών είναι καθοριστικός στη διαχείριση της ασθένειας και επηρεάζει στην ψυχολογική κατάσταση των ατόμων με HIV+/ AIDS.

### *β) Δείγμα*

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε, λόγω του σκοπού της έρευνας, σε επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται σε Νοσοκομεία. Ο αριθμός των 32 ατόμων, δεν θεωρείται αντιπροσωπευτικός και επομένως, τα αποτελέσματα δεν γενικεύονται για όλους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται στον τομέα Υγείας. Παρ' όλα αυτά, ο αριθμός των ερωτώμενων θεωρείται επαρκής

για μια πρώτη προσέγγιση του ζητήματος, που σκοπό έχει να εντοπίσει τα στοιχεία που συμβάλουν στη διερεύνηση των παραμέτρων του εξεταζόμενου θέματος.

#### *γ) Απόφαση για τη φύση των πληροφοριών*

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για να ληφθούν οι πληροφορίες ήταν οι εξής: πραγματοποιήθηκε μια πρώτη τηλεφωνική επικοινωνία με τον προϊστάμενο των Κοινωνικών Υπηρεσιών των Νοσοκομείων, που θεωρήσαμε ότι θα μπορούσαν να νοσηλεύουν φορείς/ ασθενείς με AIDS. Στην πρώτη αυτή επικοινωνία, ενημερώσαμε τον προϊστάμενο για την ταυτότητα μας, το είδος της έρευνας και το σκοπό της, και ερωτήθηκε για το αν θα επιθυμούσε να συμμετέχει στην έρευνα αυτή. Επίσημάναμε πως για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν είναι απαραίτητη η εμπειρία άσκησης Κοινωνικής Εργασίας με φορέα/ ασθενή με AIDS, καθώς αυτό που μας ενδιαφέρει είναι το τι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί πιστεύουν πως πρέπει να περιλαμβάνει η άσκηση Κοινωνικής Εργασίας με άτομα με HIV+/ AIDS.

Ζητήσαμε από τον Προϊστάμενο της Κοινωνικής Υπηρεσίας να ενημερώσει και τους άλλους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς, που εργάζονται στο Νοσοκομείο, για τη πραγματοποίηση της έρευνας και ότι μπορούν, εάν το επιθυμούν να συμμετάσχουν. Με όσες Κοινωνικές Υπηρεσίες δέχθηκαν τη συνεργασία στην έρευνα, ορίστηκε επόμενη τηλεφωνική επικοινωνία, κατά την οποία θα καθοριζόταν μέρα και ώρα συνάντησης.

Στη δεύτερη τηλεφωνική επικοινωνία, καθορίστηκαν ο χώρος και ο χρόνος συνάντησης. Οι συναντήσεις αυτές διήρκεσαν από τις 6 Αυγούστου έως τις 13 Αυγούστου 1997.

Κατά τη προσέλευση μας στην Κοινωνική Υπηρεσία κάθε νοσοκομείου, πραγματοποιήθηκαν οι απαραίτητες συστάσεις, καθώς και μια συνοπτική ενημέρωση για τους σκοπούς της έρευνας, ενώ η διαδικασία που ακολουθήθηκε ήταν η εξής: τα ερωτηματολόγια, τα οποία ήταν τοποθετημένα σε φακέλους, δόθηκαν στους Κοινωνικούς Λειτουργούς που δέχθηκαν να τα συμπληρώσουν. Κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης βρισκόμασταν εκτός του γραφείου της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας, συγκεντρώναμε τα ερωτηματολόγια, εφόσον σφραγίζαμε τους φακέλους για να διαφυλαχθεί η ανωνυμία του ερωτώμενου. Η διαδικασία αυτή ακολουθήθηκε για τα 30 ερωτηματολόγια, ενώ τα άλλα δύο, λόγω φόρτου εργασίας των επαγγελματιών, συλλέχθηκαν την επόμενη μέρα.

Καθ' όλη τη διάρκεια παράδοσης και συλλογής των ερωτηματολογίων, ενεπλάκησαν και οι δύο σπουδάστριες.

#### ***δ) Απόφαση για τον τρόπο συλλογής πληροφοριών***

Σαν εργαλείο για τον τρόπο συλλογής πληροφοριών, επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο. Πριν την τελική μορφή του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε προέρευνα σε δείγμα 4 σπουδαστριών Κοινωνικής Εργασίας, οι οποίες πραγματοποιούσαν την εξάμηνη πρακτική άσκηση στο επάγγελμα. Σκοπός της προέρευνας ήταν ο εντοπισμός τυχόν ασαφών διατυπώσεων. Με βάση τα αποτελέσματα της προέρευνας έγιναν

οι απαραίτητες διορθώσεις και το ερωτηματολόγιο πήρε την τελική του μορφή.

Οι ερωτήσεις, αναφορικά με το είδος και τον τύπο τους, που περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο ήταν οι εξής:

α) Όσον αφορά το είδος των ερωτήσεων, χρησιμοποιήθηκαν πραγματικές ερωτήσεις και ερωτήσεις γνώμης ή πίστης.

β) Όσον αφορά τον τύπο των ερωτήσεων, χρησιμοποιήθηκαν κλειστές, ανοιχτές και προκατασκευασμένες ερωτήσεις.

Για το λόγο ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα γινόταν χωρίς τη δική μας παρουσία, επιλέχθηκαν κυρίως, ερωτήσεις κλειστές και προκατασκευασμένες, ώστε να αποφευχθούν οι δικές μας διευκρινιστικές παρεμβάσεις που ενδεχομένως να αλλοίωναν τα αποτελέσματα της έρευνας.

Επίσης, μας ενδιέφερε η έκταση του ερωτηματολογίου, να είναι όσο το δυνατόν περιορισμένη, ώστε να μην δυσκολεύει και κουράσει τους ερωτώμενους. Τέλος, τόσο με τον τρόπο παράδοσης των ερωτηματολογίων (εντός φακέλων) όσο και με τη λεκτική επιβεβαίωση, τονίστηκε η τήρηση της ανωνυμίας όσων μετείχαν στην έρευνα.

#### *ε) Κατάρτιση πλαισίου*

Πλαίσιο έρευνας αποτέλεσαν τα εξής Νοσοκομεία:

- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός»
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Σωτηρία»
- Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά»
- Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»
- Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
- Περιφερειακό γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

Η συνεργασία των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών των παραπάνω Νοσοκομείων, οι οποίοι μετείχαν στην έρευνα, ήταν ικανοποιητική.

#### στ) Τρόπος αντιμετώπισης αποτυχιών

Από τις επικοινωνίες που κάναμε με τα Νοσοκομεία μόνο δύο από αυτά, αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Σημαντικό, όμως, εμπόδιο για την διεξαγωγή της έρευνας, αποτέλεσε το γεγονός της χρονικής στιγμής, που αυτή πραγματοποιήθηκε. Η έρευνα διεξήχθη το μήνα Αύγουστο, όπου η πλειοψηφία των Κοινωνικών Λειτουργών απουσίαζε λόγω καλοκαιρινής άδειας.

## **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

1. Στο σύνολο του δείγματος (32 άτομα), το 59, 4% είναι Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται σε Νοσοκομεία της Αθήνας και το 40, 6% του δείγματος είναι Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται σε Νοσοκομεία της Πάτρας.

Όσον αφορά το φύλο του το 90, 6% του δείγματος είναι γυναίκες και το 9, 4% άνδρες.

Η ηλικία του δείγματος κυμαίνεται από 28 έως 56 ετών. Το 37, 5% το αποτελούν άτομα ηλικίας μέχρι 35 ετών, ενώ το 59, 4% του δείγματος είναι άτομα ηλικίας άνω των 36 ετών.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 53, 1% του δείγματος είναι έγγαμοι, το 37, 5% άγαμοι και το 9, 4% διαζευγμένοι, ενώ το 50 % του δείγματος απάντησαν ότι δεν έχουν παιδιά.

Σχετικά με τις σπουδές, το 53, 1% των Κοινωνικών Λειτουργών που αποτελούν το δείγμα τις έρευνας απάντησαν ότι αποφοίτησαν από Σχολή Κοινωνικής Εργασίας πριν 16 χρόνια και άνω, ενώ μόνο το 9, 4% απάντησαν ότι έχουν προχωρήσει σε μεταπτυχιακές σπουδές.

Το 56, 3% του δείγματος των Κοινωνικών Λειτουργών απάντησαν ότι ασκούν το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας σε υπηρεσίες Υγείας έως και 10 χρόνια, ενώ στις αντίστοιχες υπηρεσίες το 31, 3% του συνόλου εργάζεται πάνω από 11 χρόνια. Επίσης, το 31, 3% του δείγματος των Κοινωνικών Λειτουργών απάντησαν ότι ασκούν το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας μέχρι 5 έτη σε άλλη υπηρεσία.

Το σύνολο του δείγματος απάντησε ότι θεωρούν ότι το AIDS είναι ασθένεια μεταδοτική.

Όσον αφορά στους τρόπους μετάδοσης της ασθένειας, το σύνολο του δείγματος απάντησε ότι ο ιός HIV μεταδίδεται μέσω της μετάγγισης αίματος, της σεξουαλικής επαφής και της κοινής χρήσης μολυσμένων βελόνων και συριγγών. Επίσης το 50% του δείγματος φάνηκε να γνωρίζει ότι είναι δυνατή η μετάδοση του ιού, από μητέρα σε παιδί, μέσω του θηλασμού, ενώ 28, 1% απάντησε ότι ο ιός δεν μεταδίδεται από κοινή χρήση αντικειμένων ατομικής υγιεινής, όπως τα ζυραφάκια και η οδοντόβουρτσα.

Όσον αφορά την ερώτηση που είχε σκοπό να διερευνήσει την ενημέρωση του δείγματος, όσον αφορά την διαφορά μεταξύ φορέα και ασθενή, το 96, 9% απάντησε ότι τόσο ο φορέας όσο και ο ασθενής μπορούν να μεταδώσουν τον ιό του AIDS, ενώ το 37, 5% του συνόλου απάντησε ότι και ο φορέας εκδηλώνει τα συμπτώματα της ασθένειας του AIDS.

Σε σχέση με τα μέσα προφύλαξης, ως αποτελεσματικότερο μέσο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, που ερωτήθηκαν, θεωρούν την χρήση προφυλακτικού, με ποσοστό 56, 3% του συνόλου, και την μονογαμική σχέση, με ποσοστό 28, 1%.

Αναφορικά με την πηγή της ενημέρωσης του δείγματος, το 87, 5% του συνόλου των Κοινωνικών Λειτουργών απάντησε ότι η ενημέρωση του προέρχεται από έντυπο ενημερωτικό υλικό. Επίσης το 78, 1% απάντησε ότι προέρχεται από τα Μ. Μ. Ε. ενώ το 71, 9% από Σεμινάρια-



Ομιλίες ειδικών. Τέλος, το ποσοστό 90, 6% του συνόλου του δείγματος, θεωρεί ότι η ενημέρωση που έχει, σχετικά με το AIDS, είναι ικανοποιητική.

Προχωρώντας, το ποσοστό 78, 1% των Κοινωνικών Λειτουργών απάντησαν ότι το AIDS είναι αποτέλεσμα της σεξουαλικής συμπεριφοράς του ατόμου, ενώ το 71, 9% θεωρεί ότι είναι αποτέλεσμα της χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Σε αυτό το σημείο, αξίζει να σημειωθεί ότι βρέθηκε ένας ερωτώμενος (3, 1% του συνόλου) που απάντησε ότι το AIDS είναι αποτέλεσμα της οργής του Θεού. Τέλος, ποσοστό 15, 6% απάντησε ότι το AIDS δεν είναι αποτέλεσμα κάποιων παραγόντων που παρουσιάζονται ως πιθανές επιλογές.

Όσον αφορά το θέμα της νοσηλείας των φορέων/ ασθενών με AIDS, το 84, 4% του δείγματος πιστεύει ότι θα πρέπει να νοσηλεύονται σε ειδική Νοσηλευτική πτέρυγα (Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων) ενώ υπάρχει ένα ποσοστό 6, 3% που πιστεύει ότι η νοσηλεία θα πρέπει να γίνεται σε οποιαδήποτε Κλινική Νοσοκομείου, σε θάλαμο χωρίς άλλους νοσηλευόμενους. Αναφορικά με τον τρόπο νοσηλείας που επικρατεί στην Ελλάδα, βρέθηκε ποσοστό 50% του δείγματος, που απάντησε, βάσει της εμπειρίας του, ότι η παρεχόμενη νοσηλεία γίνεται σε οποιαδήποτε Κλινική Νοσοκομείου, σε θάλαμο, χωρίς άλλους νοσηλευόμενους.

Ποσοστό 65, 6% του δείγματος των Κοινωνικών Λειτουργών απάντησε ότι, στη ζωή ενός φορέα/ ασθενή με AIDS, μπορεί να επιφέρει πρόσθετα προβλήματα τόσο ο στιγματισμός και η περιθωριοποίηση όσο

και οι μεταβολές στον τομέα των διαπροσωπικών και οικογενειακών σχέσεων. Επίσης, το 87, 5% του συνόλου απάντησε ότι εκτός από τους παραπάνω λόγους, προβλήματα μπορεί να προκληθούν από την καταληκτική πορεία της νόσου, από τις εκφυλιστικές εκδηλώσεις της ασθένειας και από τις μεταβολές στον τομέα εργασίας.

Αναφορικά με την ανάληψη περιστατικών, το 71, 9% απάντησαν ότι κατά την διάρκεια της εργασίας τους, έχουν ασχοληθεί επαγγελματικά με φορείς/ ασθενείς με AIDS, και από το ποσοστό αυτό το 82, 6% απάντησε ότι συνέβη ύστερα από παραπομπή που τους έγινε από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης, περιστατικά αναλαμβάνονταν μετά από προσέλευση του ασθενούς στην Κοινωνική Υπηρεσία, με ποσοστό 56, 5%, καθώς επίσης και μετά από επίσκεψη του Κοινωνικού Λειτουργού στο χώρο νοσηλείας του περιστατικού, με ποσοστό 39, 1%.

Με βάση τον αριθμό των Κοινωνικών Λειτουργών που απάντησαν ότι δεν έχουν ασχοληθεί επαγγελματικά με φορείς/ ασθενείς με AIDS (9 άτομα), το 66, 7% απάντησαν ότι αυτό συνέβη επειδή δεν τους ζητήθηκε.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο, με φορείς/ ασθενείς με AIDS, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, συνίσταται κυρίως στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και Συμβουλευτική προς τον φορέα/ ασθενή και την οικογένεια του, καθώς το σύνολο του δείγματος (100%) έδωσε αυτή την απάντηση. Επίσης, το 96, 9% απάντησε ότι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού συνίσταται και στην παραπομπή σε αρμόδιες υπηρεσίες καθώς και η επίλυση

πρακτικών προβλημάτων, που ενδεχομένως αντιμετωπίζει το άτομο, με ποσοστό 81, 3%. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 3, 1% απάντησε ότι μέρος της εργασίας του Κοινωνικού Λειτουργού αποτελεί και η συμμετοχή στη διάφορο- διάγνωση του φορέα/ ασθενή με AIDS.

Αναφορικά με τα μέτρα προφύλαξης που θα πρέπει ο Κοινωνικός Λειτουργός να λαμβάνει, στα πλαίσια της εργασίας του με φορείς/ ασθενείς με AIDS, το 87, 5% απάντησε ότι ερχόμενοι σε επαφή με φορείς/ ασθενείς με AIDS, θα πρέπει να αποφεύγουν την επαφή που ενέχει τον κίνδυνο επαφής με το αίμα του ασθενούς, το 56, 3% ότι θα πρέπει να αποφεύγουν επαφή που ενέχει κίνδυνο επαφής με σωματικά υγρά του ασθενούς. Επίσης, όσον αφορά την χρήση μάσκας και γαντιών, ως μέσο προφύλαξης, 81, 3% απάντησαν ότι δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά την διάρκεια συνομιλιών- συνεντεύξεων με τον ασθενή, ενώ μόνο 31, 3% απάντησαν ότι θα πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά την διάρκεια επισκέψεων στο χώρο νοσηλείας του ασθενούς.

Όσον αφορά τους λόγους, οι οποίοι θα μπορούσαν να αποτελέσουν εμπόδιο για τον Κοινωνικό Λειτουργό στο να παράσχει ισότιμη και εξατομικευμένη αντιμετώπιση προς τους φορείς/ ασθενείς με AIDS, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν τα εξής: το 56, 3% του δείγματος απάντησε, ότι μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο, ο φόβος μετάδοσης της ασθένειας, το 43, 8% τα εμπόδια στην συνεργασία του Κοινωνικού Λειτουργού με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων, το 28, 1% οι ισχυρές προκαταλήψεις των Κοινωνικών Λειτουργών, το 25% η έλλειψη προσωπικού στην Κοινωνική Υπηρεσία και οι ενδουπηρεσιακές δυσκολίες, το 21, 9% η θανατηφόρα εξέλιξη της ασθένειας, το 9, 4% το

γεγονός ότι η ασθένεια συνδέεται με ανεύθυνη συμπεριφορά εκ μέρους του ατόμου, και τέλος, το 6, 3% οι μεταβολές που η ασθένεια επιφέρει στην εξωτερική εμφάνιση του ασθενή και η άποψη ότι η ασθένεια συνδέεται με μη παραδεκτά πρότυπα συμπεριφοράς.

Ολοκληρώνοντας τα αποτελέσματα, το 96, 9% του συνόλου του δείγματος πιστεύει ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να έχει διαρκή ενημέρωση για τα νεώτερα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με το AIDS και δυνατότητα συμμετοχής σε επιμορφωτικά σεμινάρια για το θέμα αυτό. Επίσης το 90, 6% πιστεύει ότι θα πρέπει να παρέχεται έγκαιρη ενημέρωση για την εισαγωγή περιστατικών φορέων/ ασθενών με AIDS. Τέλος, όσον αφορά τις προτάσεις που έγιναν για τους τρόπους που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην μείωση της εξάπλωσης της ασθένειας του AIDS, το 78, 1% πρότεινε την ενημέρωση του κοινού, το 37, 5% την χρήση προφυλακτικού και την μονογαμική σχέση ενώ το 18, 8% τόνισε την αναγκαιότητα της λήψης προληπτικών μέτρων.

### **ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Πόλη

ΠΟΛΗ	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών
ΑΘΗΝΑ	19 (59, 4%)
ΠΑΤΡΑ	13 (40, 6%)

Στο σύνολο του δείγματος (32 άτομα), το 59, 4% είναι Κοιν. Λειτουργοί που εργάζονται σε νοσοκομεία της Αθήνας και το 40, 6%

του δείγματος είναι Κοιν. Λειτουργοί που εργάζονται σε νοσοκομεία της Πάτρας.

#### Φύλο

ΦΥΛΟ	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών
ΑΝΔΡΑΣ	3 (9, 4%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	29 (90, 6%)

Την πλειοψηφία του δείγματος (90, 6%) την αποτελούν γυναίκες Κοιν. Λειτουργοί.

#### Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών
Μέχρι 35	12 (37, 5%)
36 και άνω	19 (59, 4%)

Η ηλικία των ατόμων του δείγματος κυμαίνεται από 28 έως 56 ετών. Το 37, 5% το αποτελούν άτομα ηλικίας μέχρι 35 ετών, ενώ το 59, 4% του δείγματος είναι άτομα ηλικίας άνω των 36 ετών.

#### Οικογενειακή Κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών
Εγγαμος/μη	17 (53, 1%)
Αγαμος/μη	12 (37, 5%)
Διαζευγμένος/νη	3 (9, 4%)

Το 53, 1% του δείγματος το αποτελούν Κοιν. Λειτουργοί παντρεμένοι, ενώ το 37, 5% του δείγματος είναι άγαμοι.

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών
ΝΑΙ	15 (46, 9%)
ΟΧΙ	16 (50%)

Το 50% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι δεν έχουν παιδιά.

#### Έτη αποφοίτησης από Σχολή Κοινωνικής Εργασίας

ΕΤΗ	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών
Μέχρι 15	15 (46, 9%)
16 και άνω	17 (53, 1%)

Το 53, 1% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι έχουν περισσότερα από 16 χρόνια που αποφοίτησαν από την Σχολή Κοινωνικής Εργασίας.

#### Μεταπτυχιακές σπουδές

Μεταπτυχιακές Σπουδές	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών
ΝΑΙ	3 (9, 4%)
ΟΧΙ	24 (75%)

Το 75% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι δεν έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές.

Έτη ασκήσεως επαγγέλματος κοινωνικής εργασίας σε  
Υπηρεσίες Υγείας

ΕΤΗ	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών
Μέχρι 10	18 (56, 3%)
11 και άνω	10 (31, 3%)

Το 56, 3% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι ασκούν το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας σε Υπηρεσίες Υγείας έως και 10 χρόνια, ενώ το 31, 3% του συνόλου των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι εργάζονται πάνω από 11 χρόνια σε Υπηρεσίες Υγείας.

Έτη άσκησης επαγγέλματος κοινωνικής εργασίας σε άλλη  
Υπηρεσία

ΕΤΗ	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών
Μέχρι 5	10 (31, 3%)
6 και άνω	3 (9, 4%)

Το 31, 3% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι ασκούν το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας μέχρι 5 έτη σε άλλη Υπηρεσία.

Το σύνολο των Κοιν. Λειτουργών (32 άτομα) απάντησαν ότι θεωρούν ότι το AIDS είναι ασθένεια μεταδοτική και όχι κληρονομική ή κάτι άλλο.

Ποιοί από τους παρακάτω αποτελούν τρόπους μετάδοσης του ιού HIV (ο οποίος προκαλεί το AIDS)

Τρόποι μετάδοσης του ιού HIV	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μετάγγιση αίματος	32 (100%)	
Σεξουαλική επαφή	32 (100%)	
Κοινή χρήση μολυσμένων βελόνων/συρίγγων	32 (100%)	
Από την φορέα/ασθενή μητέρα στο παιδί κατά την διάρκεια του τοκετού	29 (90, 6%)	3 (9, 4%)
Από την φορέα/ασθενή μητέρα στο παιδί κατά την διάρκεια του θηλασμού	16 (50%)	16 (50%)
Ανθρώπινη επαφή (χειραγία, αγκαλιά)		32 (100%)
Κοινή χρήση αντικειμένων ατομικής υγιεινής (οδοντόβουρτσα, ξυραφάκια)	23 (71, 9%)	9 (28, 1%)
Κοινή χρήση αντικειμένων καθημερινής χρήσεως (ποτήρια, πηρούνια, κ. α)	1 (3, 1%)	31 (96, 9%)



Το σύνολο (32 άτομα) των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι τρόπος μετάδοσης του ιού HIV είναι η μετάγγιση αίματος, η σεξουαλική επαφή και η κοινή χρήση μολυσμένων βελόνων. Ενώ όλοι απάντησαν ότι ο ιός δεν μεταδίδεται με την ανθρώπινη επαφή (χειραγία, αγκαλιά). Επίσης, το 90, 6% των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι ο ιός HIV μεταδίδεται από τη φορέα/ασθενή μητέρα στο παιδί κατά την διάρκεια του τοκετού και το 71, 9% του δείγματος απάντησαν ότι ο ιός μεταδίδεται με την κοινή χρήση αντικειμένων ατομικής υγιεινής (οδοντόβουρτσα, ξυραφάκια).

	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ο φορέας μεταδίδει τον ιό του AIDS	31 (96, 9%)	“
Ο φορέας εκδηλώνει τα συμπτώματα της ασθένειας του AIDS	12 (37, 5%)	20 (62, 5%)
Ο ασθενής μεταδίδει τον ιό	30 (93, 8%)	2 (6, 3%)
Ο ασθενής εκδηλώνει τα συμπτώματα της ασθένειας του AIDS	31 (96, 9%)	1 (3, 1%)

Το 96, 9% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι ο φορέας μεταδίδει τον ιό του AIDS και ότι ο ασθενής εκδηλώνει τα συμπτώματα της ασθένειας του AIDS. Επίσης, το 93, 8% των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι ο ασθενής μεταδίδει τον ιό.

Ο πίνακας που ακολουθεί παραθέτει τις απαντήσεις των Κοιν. Λειτουργών σχετικά με τα ποιά από τα παρακάτω αποτελούν μέσα προφύλαξης από την μετάδοση του AIDS με σειρά προτεραιότητας.

	1η προτ	2η προτ	3η προτ	4η προτ	5η προτ
Χρήση προφυλακτικού	18 (56, 3%)	9 (28, 1%)	3 (9, 4%)		1 (3, 1%)
Μονογαμική σχέση	9 (28, 1%)	7 (21, 9%)	11 (34, 4%)	3 (9, 4%)	1 (3, 1%)
Ερωτικές σχέσεις με άτομα οικείου περιβάλλ.	1 (3, 1%)		5 (15, 6%)	16 (50%)	8 (25%)
Εργαστηριακός έλεγχος αίματος που προορίζεται για μετάγγιση	3 (9, 4%)	15 (46, 9%)	9 (28, 1%)	4 (12, 5%)	
Πλύσιμο χεριών μετά από επαφή με φορέα/ασθενή με AIDS			3 (9, 4%)	7 (21, 9%)	20 (62, 5%)

Το 56, 3% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών θεωρεί ότι πιο αποτελεσματικός τρόπος για την προφύλαξη από την μετάδοση του AIDS είναι η χρήση προφυλακτικού. Επίσης, το 28, 1% των Κοιν.

Λειτουργών απάντησε ότι αποτελεσματικό μέσο προφύλαξης από την μετάδοση του AIDS είναι η μονογαμική σχέση.

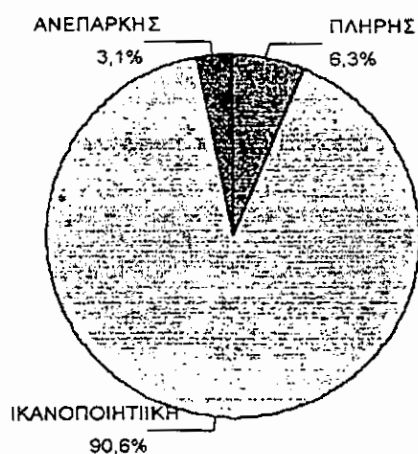
Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απαντήσεις των Κοιν. Λειτουργών σχετικά με τις πηγές από τις οποίες έχει προέλθει η ενημέρωσή τους για το AIDS

Η ενημέρωσή σας για το	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
AIDS προέρχεται από		
Τα Μ. Μ. Ε.	25 (78, 1%)	7 (21, 9%)
Έντυπο ενημερωτικό υλικό	28 (87, 5%)	4 (12, 5%)
Σεμινάρια - Ομιλίες ειδικών	23 (71, 9%)	9 (28, 1%)
Από το φιλικό περιβάλλον	5 (15, 6%)	27 (84, 4%)
Από άλλη πηγή	2 (6, 3%)	30 (93, 8%)

Το 87, 5% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι έχουν ενημερωθεί για το AIDS από έντυπο ενημερωτικό υλικό (άρθρα, φυλλάδια), το 78, 1% από τα ΜΜΕ και το 71, 9% του δείγματος έχουν ενημερωθεί από σεμινάρια ή ομιλίες ειδικών.

Θεωρείται ότι η ενημέρωσή σας για το AIDS είναι:	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών
Πλήρης	2 (6, 3%)
Ικανοποιητική	29 (90, 6%)
Ανεπαρκής	1 (3, 1%)

Το 90, 6% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι θεωρούν ότι η ενημέρωσή τους για το AIDS είναι ικανοποιητική.



Σχήμα 1. Κατανομή των Κοιν. Λειτουργών σχετικά με το πώς θεωρούν ότι είναι η ενημέρωσή τους για το AIDS

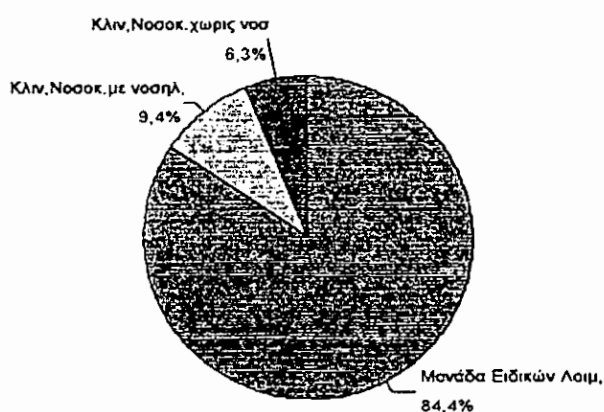
Κατά την γνώμη σας το AIDS είναι το αποτέλεσμα	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Της σεξουαλικής συμπεριφοράς του ατόμου	25 (78, 1%)	7 (21, 9%)
Της χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών	23 (71, 9%)	9 (28, 1%)
Της οργής του Θεού	1 (3, 1%)	31 (96, 9%)
Των ραγδαίων κοινωνικών εξελίξεων	9 (28, 1%)	23 (71, 9%)
Της μεταβολής του συστήματος αξιών	8 (25%)	24 (75%)
Της μεταβολής των κοινωνικών δεσμών	7 (21, 9%)	25 (78, 1%)
Όλα τα παραπάνω	2 (6, 3%)	30 (93, 8%)
Τίποτα από τα παραπάνω	5 (15, 6%)	27 (84, 4%)

Το 78, 1% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι το AIDS είναι αποτέλεσμα της σεξουαλικής συμπεριφοράς του ατόμου, ενώ το 71, 9% των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι είναι αποτέλεσμα της χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών.

Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απαντήσεις των Κοιν. Λειτουργών σχετικά με τους χώρους που πιστεύουν ότι θα πρέπει να νοσηλεύεται ένας φορέας/ασθενής με AIDS

	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών
Σε ειδική Νοσηλευτική πτέρυγα (Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων)	27 (84, 4%)
Σε οποιαδήποτε Κλινική Νοσοκομείου, σε δάλαμο μαζί με άλλους νοσηλευόμενους	3 (9, 4%)
Σε οποιαδήποτε Κλινική Νοσοκομείου, σε δάλαμο χωρίς άλλους νοσηλευόμενους	2 (6, 3%)

Το 84, 4% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι οι φορείς/ασθενείς με AIDS θα πρέπει να νοσηλεύονται σε ειδική Νοσηλευτική πτέρυγα (Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων).



Σχήμα 2. Κατανομή των Κοιν. Λειτουργών σχετικά με τους χώρους που πιστεύουν ότι θα πρέπει να νοσηλεύεται ένας φορέας/ασθενής του AIDS

Ο πίνακας που ακολουθεί παραθέτει τις απαντήσεις των Κοιν. Λειτουργών σχετικά με τους χώρους στους οποίους νοσηλεύονται οι φορείς/ασθενείς με AIDS σύμφωνα με την εμπειρία τους σε νοσοκομειακό πλαίσιο

	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών
Σε ειδική Νοσηλευτική πτέρυγα (Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων)	7 (21, 9%)
Σε οποιαδήποτε Κλινική Νοσοκομείου, σε θάλαμο μαζί με άλλους νοσηλευόμενους	7 (21, 9%)
Σε οποιαδήποτε Κλινική Νοσοκομείου, σε θάλαμο χωρίς άλλους νοσηλευόμενους	16 (50%)

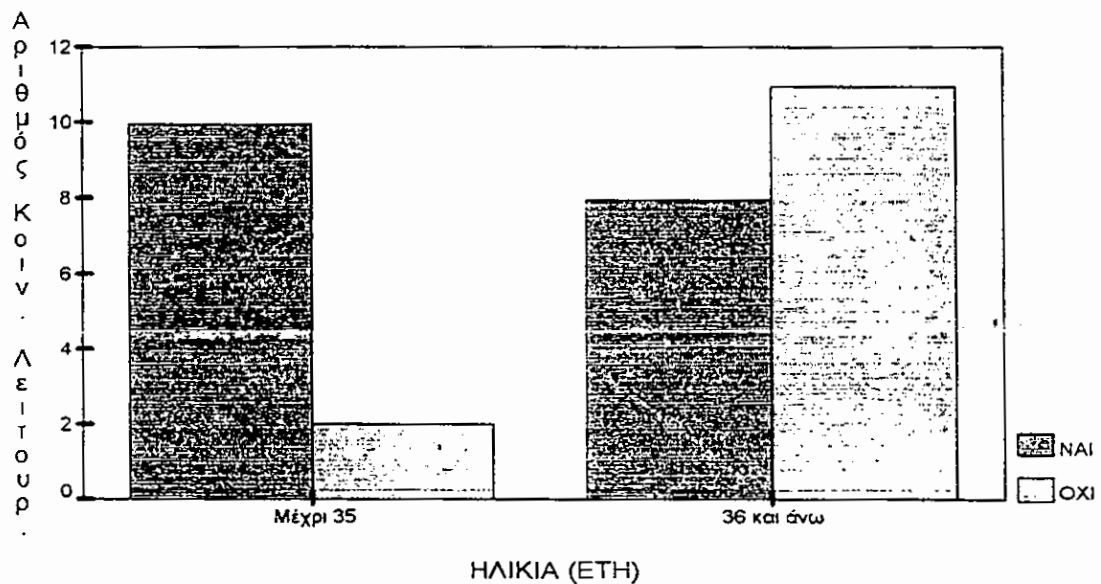
Το 50% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι οι φορείς/ασθενείς με AIDS νοσηλεύονται με οποιαδήποτε Κλινική Νοσοκομείου, σε θάλαμο χωρίς άλλους νοσηλευόμενους, ενώ μόνο το 21, 9% των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι οι φορείς/ασθενείς με AIDS νοσηλεύονται σε ειδική Νοσηλευτική πτέρυγα (Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων).

Ο πίνακας που ακολουθεί παραθέτει τις απαντήσεις των Κοιν. Λειτουργών σχετικά με τα γεγονότα τα οποία μπορούν να επιφέρουν πρόσδετα προβλήματα στη ζωή ενός φορέα/ασθενή του AIDS

	Αριθμός (%) Κοιν.Λειτουργών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Η καταληκτική πορεία της ασθένειας	19 (59, 4%)	13 (40, 6%)
Οι εκφυλιστικές εκδηλώσεις της ασθένειας	19 (59, 4%)	13 (40, 6%)
Ο στιγματισμός του φορέα/ασθενή	21 (65, 6%)	11 (34, 4%)
Η περιθωριοποίηση του φορέα/ασθενή	21 (65, 6%)	11 (34, 4%)
Οι μεταβολές στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων	20 (62, 5%)	12 (37, 5%)
Οι μεταβολές στον τομέα οικογενειακών σχέσεων	21 (65, 6%)	11 (34, 4%)
Οι μεταβολές στον τομέα της εργασίας	21 (65, 6%)	11 (34, 4%)
Όλα τα παραπάνω	28 (87, 5%)	4 (12, 5%)
Τίποτα από τα παραπάνω		32 (100%)



Το 65, 6% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι κάποια από τα γεγονότα που μπορούν να επιφέρουν πρόσθετα προβλήματα στην ζωή ενός φορέα/ασθενή με AIDS είναι ο στιγματισμός τους από την κοινωνία, η περιδωριοποίησή τους, οι μεταβολές στον τομέα των οικογενειακών σχέσεων και οι μεταβολές στον τομέα της εργασίας.



Σχήμα 4. Κατανομή Κοιν.Λειτουργ ανάλογα με την ηλικία και αν θεωρούν ότι η καταληκτική πορεία της ασθένειας επιφέρει πρόβλημα στη ζωή του φορέα

Έχετε ασχοληθεί επαγγελματικά με φορέα/ασθενή με AIDS;	Αριθμός Κοιν. Λειτουργών	(%)
ΝΑΙ	23	(71, 9%)
ΟΧΙ	9	(28, 1%)

Το 71, 9% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι κατά την διάρκεια της εργασίας τους έχουν ασχοληθεί επαγγελματικά με φορέα/ασθενή με AIDS.

Λαμβάνοντας υπόμιν αυτούς που απάντησαν ότι έχουν ασχοληθεί επαγγελματικά με φορέα/ασθενή με AIDS (23 άτομα) απάντησαν ότι αυτό συνέβη:

	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Υστερα από επίσκεψή σας στο χώρο νοσηλείας του ασθενούς με AIDS	9 (39, 1%)	14 (60, 9%)
Υστερα από προσέλευση του ασθενούς με AIDS στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκ.	13 (56, 5%)	10 (43, 5%)
Υστερα από αίτημα οικογενειακού/φιλικού περιβάλλοντος	6 (26, 1%)	17 (73, 9%)
Υστερα από παραπομπή που έγινε από το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό	19 (82, 6%)	4 (17, 4%)

Το 82, 6% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών που απάντησαν ότι έχουν ασχοληθεί επαγγελματικά με φορέα/ασθενή με AIDS δήλωσαν

ότι αυτό συνέβη ύστερα από παραπομπή που έγινε από το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ το 56, 5% των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι αυτό συνέβη ύστερα από προσέλευση του ασθενούς με AIDS στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου.

Λαμβάνοντας υπόψιν τους Κοιν. Λειτουργούς που απάντησαν ότι δεν έχουν ασχοληθεί επαγγελματικά με φορείς/ασθενείς με AIDS (9 άτομα) δήλωσαν ότι αυτό συνέβη διότι

	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Γιατί το νοσοκομείο που εργάζεστε δεν νοσηλεύει ασθενείς με AIDS	1 (11, 1%)	6 (66, 7%)
Γιατί δεν σας ζητήθηκε	6 (66, 7%)	1 (11, 1%)
Γιατί δεν παραπέμπονται τα περιστατικά	1 (11, 1%)	6 (66, 7%)
Γιατί δεν το επιθυμείτε		7 (77, 8%)

Το 66, 7% των Κοιν. Λειτουργών που δεν έχουν ασχοληθεί επαγγελματικά με φορείς/ασθενείς με AIDS απάντησαν ότι αυτό συνέβη διότι δεν τους ζητήθηκε.

Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απαντήσεις των Κοιν. Λειτουργών σχετικά με την ερώτηση σε τί συνίσταται η εργασία ενός Κοιν. Λειτουργού με φορέα/ασθενή με AIDS στο Νοσοκομείο

	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Συμμετοχή στην διαφορο- διάγνωση	1 (3, 1%)	31 (96, 9%)
Συμμετοχή στη θεραπεία	3 (9, 4%)	29 (90, 6%)
Ψυχολογική υποστήριξη- Συμβουλευτική	32 (100%)	
Υποστήριξη της οικογένειας του φορέα/ασθενή	32 (100%)	
Παραπομπή σε αρμόδιες υπηρεσίες	31 (96, 9%)	1 (3, 1%)
Επίλυση πρακτικών προβλημάτων	26 (81, 3%)	6 (18, 8%)
Διεκπεραίωση οικονομικών ζητημάτων	20 (62, 5%)	12 (37, 5%)

Το σύνολο του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών (32 άτομα) απάντησαν ότι η εργασία ενός Κοιν. Λειτουργού συνίσταται στην ψυχολογική υποστήριξη ενός φορέα/ασθενή με AIDS καθώς και στην υποστήριξη της οικογένειας του.

Ο πίνακας που ακολουθεί παραθέτει τις απαντήσεις των Κοιν. Λειτουργών σχετικά με τα μέτρα προφύλαξης που θα πρέπει να λαμβάνει ένας Κοιν. Λειτουργός που εργάζεται στο νοσοκομείο και έρχεται σε επαφή με ασθενείς με AIDS

	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αποφυγή οποιασδήποτε σωματικής επαφής	2 (6, 3%)	28 (87, 5%)
Αποφυγή σωματικής επαφής που ενέχει κίνδυνο επαφής με υγρό ασθενούς με AIDS	28 (87, 5%)	2 (6, 3%)
Αποφυγής οποιασδήποτε σωματικής επαφής που ενέχει κίνδυνο επαφής με σωματικά υγρά ασθενούς με AIDS	18 (56, 3%)	12 (37, 5%)
Χρήση μάσκας και γαντιών κατά την διάρκεια επισκέψεων στο χώρο απλείας του ασθενούς με AIDS	10 (31, 3%)	26 (81, 5%)
Χρήση μάσκας και γαντιών κατά την διάρκεια συνομιλιών-συνεντεύξεων με ασθενή με AIDS	4 (12, 5%)	26 (81, 3%)

Το 87, 5% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι θα πρέπει να λαμβάνουν ως μέτρο προφύλαξης όταν έρχονται σε επαφή με ασθενείς με AIDS την αποφυγή της σωματικής επαφής που ενέχει κίνδυνο επαφής με αίμα ασθενούς με AIDS. Επίσης, το 56, 3% των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι θα πρέπει να αποφεύγουν οποιασδήποτε σωματική επαφή που ενέχει κίνδυνο επαφής με σωματικά υγρά ασθενούς με AIDS.

Ο πίνακας που ακολουθεί παραθέτει τις απαντήσεις των Κοιν. Λειτουργών σχετικά με το τί πιστεύουν ότι θα μπορούσε να αποτελέσει εμπόδιο στην ισότιμη και εξατομικευμένη αντιμετώπιση των φορέων/ασθενών του AIDS από τον Κοιν. Λειτουργό

-	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Η θανατηφόρα εξέλιξη της αρρώστιας	7 (21, 9%)	23 (71, 9%)
Οι μεταβολές που επιφέρει η ασθένεια στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου	2 (6, 3%)	28 (87, 5%)
Ο φόβος μετάδοσης της ασθένειας	18 (56, 3%)	12 (37, 5%)
Η άποψη ότι η ασθένεια συνδέεται με μη παραδεκτά πρότυπα συμπεριφοράς	2 (6, 3%)	28 (87, 5%)

	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών	
	ΝΑΪ	ΟΧΙ
Η άποψη ότι η μόλυνση από την ασθένεια αποδεικνύει ανεύθυνη συμπεριφορά εκ μέρους του ατόμου	3 (9, 4%)	27 (84, 4%)
Οι ισχυρές προκαταλήψεις του Κοιν. Λειτουργού	9 (28, 1%)	21 (65, 6%)
Η έλλειψη προσωπικού στην Κοινωνική Υπηρεσία	8 (25%)	22 (68, 8%)
Ενδο-υπηρεσιακές δυσκολίες	8 (25%)	22 (68, 8%)
Εμπόδια στην συνεργασία του Κοιν. Λειτουργού με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων στο νοσοκομείο	14 (43, 8%)	16 (50%)

Το 56, 3% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι εμπόδιο στην ισότιμη και εξατομικευμένη αντιμετώπιση των φορέων/ασθενών του AIDS από τον Κοιν. Λειτουργό είναι ο φόβος μετάδοσης της ασθένειας, ενώ το 43, 8% των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι υπάρχουν εμπόδια στην συνεργασία του Κοιν. Λειτουργού με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων στο νοσοκομείο.

Πιστεύεται ότι ο Κοιν. Λειτουργός που εργάζεται	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
με φορείς/ασθενείς με AIDS θα πρέπει να έχει		
Διαρκή ενημέρωση για τα νεώτερα επιστημονικά δεδομένα σε σχέση με το θέμα του AIDS	31 (96, 9%)	1 (3, 1%)
Δυνατότητα συμμετοχής σε επιμορφωτικά σεμινάρια για το θέμα του AIDS	31 (96, 9%)	1 (3, 1%)
Ισότιμη συμμετοχή σε εποπτική διεπιστημονική ομάδα	26 (81, 3%)	6 (18, 8%)
Εγκαιρη ενημέρωση για την εισαγωγή των περιστατικών	29 (90, 6%)	3 (9, 4%)
Δυνατότητα επαφής με τα περιστατικά	27 (84, 4%)	5 (15, 6%)

Το 96, 9% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι ο Κοιν. Λειτουργός που εργάζεται με φορείς/ασθενείς με AIDS θα πρέπει να έχει διαρκή ενημέρωση για τα νεώτερα επιστημονικά δεδομένα σε σχέση με το θέμα του AIDS, καθώς και την δυνατότητα συμμετοχής σε επιμορφωτικά σεμινάρια για το θέμα του AIDS.



Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απαντήσεις των Κοιν. Λειτουργών σχετικά με το τί θεωρούν ότι θα μπορούσε να συμβάλει αποτελεσματικά στην μείωση της εξάπλωσης της ασθένειας του AIDS

	Αριθμός (%) Κοιν. Λειτουργών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ενημέρωση του κοινού	25 (78, 1%)	7 (21, 9%)
Πρόληψη	6 (18, 8%)	26 (81, 3%)
Χρήση προφ/Μονογ. σχέσεις, κ. α	12 (37, 5%)	20 (62, 5%)

Το 78, 1% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών απάντησαν ότι η ενημέρωση του κοινού θα μπορούσε να συμβάλει αποτελεσματικά στην μείωση της εξάπλωσης της ασθένειας του AIDS.

### **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Εφαρμόσαμε το μη παραμετρικό τεστ  $\chi^2$  για να εξετάσουμε αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ διαφόρων μεταβλητών που προσδιορίζουν την αντιμετώπιση του φορέα/ασθενή του AIDS από τους επαγγελματίες Κοιν. Λειτουργούς που εργάζονται σε νοσοκομεία της Αθήνας και της Πάτρας και μεταβλητών όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τα έτη ασκήσεως επαγγέλματος κοινωνικής εργασίας κ. α. Μετά την εμφάνιση μέσω του παραπάνω τεστ σημαντικών σχέσεων εξάρτησης μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόσαμε τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Gamma προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός εξάρτησης. Ο συντελεστής Gamma μας δείχνει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των δύο

παραμέτρων. Όταν ο ρυθμός αύξησης είναι ίδιος και για τις δύο παραμέτρους η τιμή του συντελεστή αυξάνεται, ενώ όταν ο ρυθμός αύξησης είναι αρνητικός η τιμή του ελαττώνεται. Ο συντελεστής δεν έχει μονάδες και παίρνει τιμές μεταξύ του -1 και 1. Όταν ο συντελεστής παίρνει την τιμή 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των Κοιν. Λειτουργών και το αν η καταληκτική πορεία της ασθένειας μπορεί να επιφέρει πρόσθετα προβλήματα στη ζωή ενός φορέα/ασθενή του AIDS ( $p= 0. 0191$ ,  $\text{Gamma} = 0. 74603$ )

ΗΛΙΚΙΑ	Η καταληκτική πορεία της ασθένειας μπορεί να επιφέρει πρόσθετα προβλήματα στη ζωή ενός φορέα/ασθενή του AIDS;	
(ΕΤΗ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέχρι 35	10 (83, 3%)	2 (16, 7%)
36 και άνω	8 (42, 1%)	11 (57, 9%)

Παρατηρούμε ότι το 83, 3% του δείγματος των Κοιν. Λειτουργών ηλικίας μέχρι 35 ετών απάντησαν ότι η καταληκτική πορεία της ασθένειας μπορεί να επιφέρει πρόσθετα προβλήματα στη ζωή ενός φορέα/ασθενή του AIDS, ενώ μόνο το 42, 1% των Κοιν. Λειτουργών ηλικίας άνω των 36 ετών έδωσε την ίδια απάντηση.

Δεν παρατηρήθηκε άλλη σημαντική διαφορά μεταξύ των υπολοίπων μεταβλητών.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας, που διεξήχθη σε 32 κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι εργάζονται σε νοσοκομεία της Αθήνας και της Πάτρας, δεν είναι αντιπροσωπευτικά για το σύνολο των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στον τομέα υγείας. Παρόλα αυτά καταλήξαμε βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας σε ορισμένα συμπεράσματα τα οποία ανταποκρίνονται στους επιμέρους στόχους που είχαμε θέσει. Τα συμπεράσματα αυτά αναφέρονται στους παρακάτω τομείς.

A) Τομέας Ενημέρωσης Κοινωνικών Λειτουργών για το Θέμα του AIDS.

ι) Όσον αφορά το επίπεδο ενημέρωσης των Κοινωνικών Λειτουργών για το θέμα του AIDS, και κυρίως σε ότι αφορά τους τρόπους μετάδοσης και προφύλαξης, μπορεί να θεωρηθεί, σε γενικές γραμμές ικανοποιητικό.

ιι) Βασιζόμενοι όμως στα ποσοστά απαντήσεων που δώθηκαν σε κρίσιμα ζητήματα όπως: το 50% του δείγματος που απάντησε ότι η HIV - λοίμωξη δεν μεταδίδεται κατά τη διάρκεια του θηλασμού, το 28, 1% που απάντησε ότι ο ιός HIV δεν μεταδίδεται με κοινή χρήση αντικειμένων ατομικής υγιεινής όπως οδοντόβουρτσα και ξυραφάκια, καθώς και το υψηλό ποσοστό που δεν γνωρίζει ουσιαστικά τη διαφορά μεταξύ φορέα και ασθενή με AIDS, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η ενημέρωση είναι μεν ικανοποιητική, όχι όμως σε επίπεδο που θεωρείται επαρκές για επαγγελματίες υγείας και δη Κοινωνικούς Λειτουργούς οι οποίοι έχουν ήδη εργαστεί και καλούνται καθημερινά να ασκήσουν κοινωνική εργασία και συμβουλευτική με φορείς / ασθενείς με AIDS.

Με βάση τις αποκλίσεις που παρουσιάζονται όσον αφορά τους τρόπους προφύλαξης που ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να λαμβάνει ερχόμενος σε επαφή με φορέα - ασθενή καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο ενημέρωσης επιδρά στην επιλογή των μέτρων αυτών. Η επιλογή μη ασφαλών μέτρων μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία τόσο του επαγγελματία όσο και του ίδιου του ασθενούς.

iv) Τα συμπεράσματα που προέκυψαν, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, θεωρούμε ότι αποκλίνουν από την κρίση των ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών ότι η ενημέρωσή τους κινείται σε ικανοποιητικά επίπεδα.

**B. Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο με Φορείς / Ασθενείς με AIDS.**

i) Το ποσοστό (71, 9%) των Κοινωνικών Λειτουργών που έχουν ασχοληθεί επαγγελματικά με φορείς / ασθενείς με AIDS είναι αρκετά υψηλό, γεγονός που δεικνύει πως τα περιστατικά γνωστοποιούνται στην κοινωνική υπηρεσία.

ii) Αναφορικά με τον τρόπο ανάληψης των περιστατικών, απεδείχθη ότι η πλειοψηφία των περιπτώσεων γνωστοποιείται ύστερα από παραπομπή των περιπτώσεων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ή ύστερα από προσέλευση του ενδιαφερομένου στην κοινωνική υπηρεσία.

Οι παραπάνω τρόποι ανάληψης σε συνδυασμό με το γεγονός ότι από τους επαγγελματίες που δεν έχουν αναλάβει περιπτώσεις φορέων / ασθενών με AIDS, η πλειοψηφία δήλωσε ότι αυτό συνέβη «γιατί δεν τους ζητήθηκε», μας οδηγεί στο να υποθέσουμε ότι οι επαγγελματίες

κοινωνικοί λειτουργοί, δεν έχουν «ενσωματώσει» το ρόλο τους στο Νοσοκομείο όσον αφορά στην αντιμετώπιση των περιπτώσεων, ατόμων με AIDS, μέσω της δραστηριοποίησής τους και της συνεχούς παρουσίας τους στους χώρους νοσηλείας.

iii) Η ανάληψη περιπτώσεων μετά από παραπομπή σε συνδυασμό με τα παραπάνω, φαίνεται να σημαίνει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν επιδιώκουν την εμπλοκή τους σε περιστατικά φορέων / ασθενών με AIDS, τουλάχιστον όχι με δική του πρωτοβουλία. Η διαπίστωση αυτή, χωρίς να σημαίνει ότι οι επαγγελματίες αρνούνται την παροχή υπηρεσιών, μπορεί παρόλα αυτά να δεικνύει μια μάλλον παθητική στάση απέναντι στην ανάληψη ουσιαστικού βάσει των αρχών του επαγγέλματος, ρόλου προς τα περιστατικά με HIV - λοίμωξη ή νόσο AIDS. Ένας ρόλος που μπορεί να αποβεί καθοριστικής σημασίας για την αντιμετώπιση ποικίλων και πολύπλοκων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, που ασκούν επίδραση στην πορεία της υγείας των ατόμων αυτών.

iv) Σε σχέση με το περιεχόμενο του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στην Εργασία του με φορείς / ασθενείς με AIDS, συμπεραίνουμε από τα αποτελέσματα της έρευνας ότι επικεντρώνεται κυρίως στην παροχή ψυχολογικής και Συμβουλευτική τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στην οικογένειά του, ενώ παράλληλα εμπεριέχει σε υψηλό ποσοστό και την παραπομπή σε αρμόδιες υπηρεσίες.

v) Η έμφαση που δίνεται από τους ίδιους τους επαγγελματίες που μετείχαν στην έρευνα, στον υποστηρικτικό ρόλο που πρέπει να

αναλαμβάνουν στο Νοσοκομείο εργαζόμενοι με φορείς / ασθενείς με AIDS, οδηγεί στον παραγκωνισμό του Διαγνωστικού - θεραπευτικού ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού, ο οποίος σύμφωνα με τη θεωρητική προσέγγιση που πραγματοποιήθηκε είναι εξίσου σημαντικός.

vi) Λόγω της φύσεως της ασθένειας του AIDS, η παροχή από τον Κοινωνικό Λειτουργό προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, πληροφοριών για τον ασθενή, είναι ιδιαίτερα σημαντική. Τα στοιχεία αυτά συλλέγονται με το κοινωνικό ιστορικό και αφορούν στην ψυχοκοινωνική και οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο φορέας / ασθενής αμέσως μετά την εισαγωγή τους το Νοσοκομείο. Μετά από συνεκτίμηση με την πορεία της ασθένειας, αποτελούν το σημείο αναφοράς για την αντιμετώπιση του ατόμου ως «όλον», με σκοπό την κάλυψη των ιατρικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών του.

vii) Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη του σκοπού αυτού είναι η ισότιμη συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας, που όπως συμπεραίνουμε από την έρευνα, θεωρείται απαραίτητο και από τους ίδιους τους επαγγελματίες που μετείχαν σε αυτή.

### Γ) ΕΠΙΚΡΑΤΕΣΤΕΡΟΙ ΧΩΡΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

i) Η κατά πλειοψηφία, επιλογή των Κοινωνικών Λειτουργών της Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων (Μ. Ε. Λ.) ως καταλληλότερο χώρο νοσηλείας των φορέων / ασθενών με AIDS, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι είναι γνώστες των ιδιαίτερων αναγκών προφύλαξης που έχουν τα

άτομα που έχουν προσβληθεί από την ασθένεια κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο Νοσοκομείο.

ii) Αναφορικά με το χώρο νοσηλείας φορέων/ασθενών με AIDS, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υφίσταται σε όλα τα νοσοκομεία ένας ενιαίος και δεσμοδετημένος χώρος νοσηλείας με αποτέλεσμα κάθε νοσοκομείο να ακολουθεί τη δική του πολιτική. Ο επικρατέστερος χώρος νοσηλείας φορέων / ασθενών στους χώρους όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα είναι η νοσηλεία σε οποιαδήποτε κλινική σε δάλαμο χωρίς άλλους νοσηλευόμενους. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτός ο τρόπος νοσηλείας θεωρείται μεν ασφαλής για τον πάσχοντα, αλλά ενέχει τον κίνδυνο του στιγματισμού του.

- iii) Το παραπάνω συμπέρασμα ισχύει παρά το γεγονός σε 9 νοσοκομεία της Αθήνας λειτουργούν σύμφωνα με βιβλιογραφικές πηγές Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων και πολλά από αυτά αποτέλεσαν το πλαίσιο της έρευνας. Το ίδιο συμβαίνει και σε ένα νοσοκομείο της Πάτρας.

Δ) Στάση των Κοινωνικών Λειτουργών Απέναντι σε Φορείς / Ασθενείς με AIDS

i) Όσον αφορά στη στάση των Κοινωνικών Λειτουργών απέναντι σε φορείς / ασθενείς με AIDS, όπως αυτή διαμορφώνεται από τη γνώση τους για την προέλευση της ασθένειας, η πλειοψηφία των ερωτώμενων, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας έχει συνδέσει την ασθένεια με τρόπο συμπεριφοράς του ατόμου. Αναλυτικότερα, θεωρούν ότι η ασθένεια είναι αποτέλεσμα της σεξουαλικής συμπεριφοράς του ατόμου,

καθώς και της χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Το παραπάνω αποτέλεσμα μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι Κ. Λ. έχουν συνδέσει την ασθένεια με συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, τους ομοφυλόφιλους και τους τοξικομανείς.

ii) Επίσης, θεωρούμε αξιοσημείωτο το γεγονός ότι βρέθηκε στα πλαίσια της έρευνας ένα Κοινωνικός Λειτουργός (ποσοστό 3, 1%), ο οποίος πιστεύει πως το AIDS είναι αποτέλεσμα της οργής των Θεού, γεγονός που εμφανώς δείχνει την ύπαρξη ισχυρών προκαταλήψεων, τόσο απέναντι στην ασθένεια όσο και απέναντι σε όσους έχουν προσβληθεί από αυτήν.

iii) Ο τρόπος με τον οποίο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν συνδέσει την ασθένεια του AIDS, μέσα στα πλαίσια αιτίας - αποτελέσματος με ατομικές επιλογές, όπως είναι η ομοφυλοφιλία και η τοξικομανία, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι προκαταλήψεις για το AIDS, που εκφράζονται από το κοινωνικό σύνολο, ενυπάρχουν και στους Κοινωνικούς Λειτουργούς, και πέρα από την επίδραση που μπορεί να ασκούν στις προσωπικές τους εκδηλώσεις και στάσεις ενδέχεται να επιδρούν σημαντικά και στο επαγγελματικό τους έργο.

iv) Το γεγονός ότι οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι υφίστανται εμπόδια στην ισότιμη και εξατομικευμένη αντιμετώπιση των φορέων / ασθενών με AIDS τα οποία επικεντρώνονται κυρίως σε φόβους μετάδοσης, αλλά και σε προκαταλήψεις και στάσεις απέναντι στο θάνατο και στη φύση της ασθένειας μας οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι η ανάγκη αυτογνωστικής εργασίας είναι διαρκής και επιτακτική, ιδιαίτερα όταν ο



Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να αντιμετωπίσει περιπτώσεις που συγκεντρώνουν πληθώρα αναγκών και χρήζουν μεθοδευμένης προσέγγισης και διεργασίας. Επίσης, ότι η ελλιπής ενημέρωση μπορεί να συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας στάσης, η οποία θα χαρακτηρίζεται από φόβους και ανασφάλειες.

ν) Η αναγνώριση από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς των σημαντικότερων αιτιών που μπορεί να προκαλέσουν πρόσθετα προβλήματα στη ζωή των φορέων (ασθενών με AIDS μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει από την πλευρά τους έκδηλη ευαισθητοποίηση για το θέμα αυτό καθώς και επίγνωση των επιπτώσεων που η ασθένεια επιφέρει σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο στη ζωή των ατόμων.

νι) Τέλος, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι-το γενικότερο πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού, υπάρχει και στις κοινωνικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, γεγονός που θεωρείται εμπόδιο για τους επαγγελματίες στο να προχωρήσουν σε άσκηση ουσιαστικού ρόλου, μέσα στο πλαίσιο του Νοσοκομείου. Επίσης, παρουσιάζονται εμπόδια και στη συνεργασία με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων των οποίων, όμως η κατάρτιση θεωρούμε ότι έως ένα σημείο είναι ευθύνη και μέρος του ρόλου του επαγγελματία στο χώρο του Νοσοκομείου.

## **ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Η ασθένεια του AIDS αποτελεί πλέον και στη χώρα μας μια πραγματικότητα η χρονική ένταση της οποίας παραμένει άγνωστη, δεδομένου ότι μέχρι σήμερα οι προσπάθειες εύρεσης θεραπείας, δεν φαίνεται να έχουν άμεσο αποτέλεσμα.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται σε Νοσοκομεία πιστεύουμε ότι μπορούν να διαδραματίσουν ουσιαστικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που επιφέρει η ασθένεια τόσο στον τρόπο διαβίωσης όσο και στον τομέα κοινωνικών συναλλαγών του ατόμου που έχει προσβληθεί από αυτή.

Με βάση τα συμπεράσματα που διεξήχθησαν από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, οι προτάσεις μας συνοψίζονται στα εξής:

1. Υπάρχει ανάγκη για διαρκή ενημέρωση των Κοινωνικών Λειτουργών και ιδιαίτερα όσων εργάζονται στον τομέα Υγείας, καθώς καλούνται να εργαστούν με τις επιπτώσεις μιας ασθένειας, τα δεδομένα της οποίας διαρκώς εξελίσσονται με αποτέλεσμα να διαμορφώνονται ανάλογα και οι ανάγκες των ατόμων που έχουν προσβληθεί
2. Θα πρέπει να γίνουν ουσιαστικές ενέργειες διεκδίκησης του ρόλου και της ισότιμης συμμετοχής των Κοινωνικών Λειτουργών στα πλαίσια της Διεπιστημονικής Ομάδας του Νοσοκομείου. Αυτό όμως θα πρέπει να γίνει τόσο με προσωπική όσο και με συλλογική εργασία των επαγγελματιών, ώστε μέσα από τις γνώσεις και το

έργο και την στάση τους να αποδείξουν στους επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων την σημασία του ρόλου τους, τόσο στις περιπτώσεις φορέων / ασθενών με AIDS, όσο και στη γενικότερη λειτουργία του νοσοκομείου. Αυτό θα αποτελέσει και την αρχή για την ενίσχυση του Διαγνωστικού - Θεραπευτικού ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο ο οποίος φαίνεται να έχει παραγκωνιστεί.

3. Η ανάληψη ρόλου των Κοινωνικών Λειτουργών με περιπτώσεις φορέων / ασθενών με AIDS, επαναφέρει στο προσκήνιο την ανάγκη ύπαρξης εποπτικής ομάδας των Κοινωνικών Λειτουργών. Ο Βαθμός δυσκολίας των περιπτώσεων αυτών σε συνδυασμό με την ενσυναίσθηση που απαιτείται προβάλλουν επιτακτικότερη την ανάγκη ύπαρξης εποπτικής ομάδας, στα πλαίσια της οποίας ο επαγγελματίας θα έχει την ευκαιρία να μοιραστεί τα συναισθήματα και τις εμπειρίες που βιώνει να επεξεργαστεί τις αντιλήψεις, προκαταλήψεις και στάσεις που έχει διαμορφώσει για το AIDS και του φορείς / ασθενείς ενώ παράλληλα θα μπορεί η εποπτική ομάδα να λειτουργήσει και ως μέσο υποστήριξης προς τον επαγγελματία.
4. Ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται σε Νοσοκομείο θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα επιλογής των περιστατικών, με τα οποία θα μπορεί να εργαστεί. Γνωρίζοντας όμως ότι αυτή η επιλογή δεν είναι εφικτή με το σύνολο των περιστατικών που φτάνουν στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, θεωρούμε ότι τουλάχιστον με τα περιστατικά φορέων / ασθενών με AIDS αυτό επιβάλλεται.

Θεωρούμε ότι η άρνηση από τον Κοινωνικό Λειτουργό παροχής υπηρεσιών προς περιπτώσεις φορέων / ασθενών με AIDS δεν αποτελεί αδυναμία ή έλλειψη επαγγελματικής ευσυνειδησίας όταν αυτό είναι αποτέλεσμα παραδοχής και έκφρασης προκαταλήψεων ή στάσεων που θα παρεμπόδιζαν το έργο του και είναι απόρροια ουσιαστικής αυτογνωστικής εργασίας. Στην περίπτωση αυτή είναι προτιμότερη η παραπομπή του περιστατικού σε συνάδελφο Κοινωνικό Λειτουργό.

5. Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες τόσο του Νοσοκομείου όσο και γενικότερα θα πρέπει να είναι στελεχωμένες με αριθμό επαγγελματιών, που θα είναι ανάλογος με την δυναμικότητα των εξυπηρετούμενων, ώστε να είναι εφικτή η κάλυψη των αναγκών, τουλάχιστον σε ότι αφορά την αρμοδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού.
6. Κατά την διάρκεια της διαδικασίας συγγραφής της μελέτης αυτής, διαπιστώσαμε σημαντική έλλειψη βιβλιογραφικού υλικού και άρθρων που να επικεντρώνονται σε θέματα σχετικά με την κοινωνική Εργασία και το χώρο του νοσοκομείου με περιστατικά φορέων / ασθενών της νόσου. Για το λόγο αυτό θεωρούμε απαραίτητη την έναρξη συγγραφής βιβλίων και άρθρων με σχετική θεματολογία από τους ίδιους τους Κ. Λ. για να μην παρουσιάζεται το σύννηδες φαινόμενο να αναφέρονται στον ρόλο των Κ. Λ. επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων.

7. Τέλος, για την πραγματοποίηση όλων των παραπάνω, θα πρέπει η θεματολογία που σχετίζεται με το AIDS να ενταχθεί και στα πλαίσια της εκπαίδευσης των Κ. Λ. Το περιεχόμενο στις Σχολές Κοινωνικής Εργασίας θα πρέπει να διευρυνθεί και να ανανεωθεί το ήδη υπάρχον.

Οι προτάσεις οι οποίες παρατέθηκαν γνωρίζουμε ότι δεν ειπώνονται για πρώτη φορά. Παρ' όλα αυτά πιστεύουμε ότι υλοποίησή τους θα συμβάλλει στην αναβάθμιση του ρόλου και του παραγόμενου έργου των Κοινωνικών Λειτουργών, μια προσπάθεια της οποίας η ευθύνη ανήκει σε όλους όσους επέλεξαν την άσκηση αυτού του επαγγέλματος.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο

- i) Άνδρας   
ii) Γυναίκα

2. Έτος γέννησης

is.....

3. Οικογενειακή Κατάσταση

- a) i) Έγγαμος/μη  β) Έχετε παιδιά:   
ii) Άγαμος/μη  iii) Ναι   
iii) Διαζευγμένος/νη  iv) Όχι   
iv) Χήρος/χήρα

4. Σπουδές

- a) Έτος αποφοίτησης από Εθνική Κοινωνικής Εργασίας is.....  
β) Μεταπτυχιακές σπουδές  
i) Ναι   
ii) Όχι

5. Στη άσκηση επαγγέλματος κοινωνικής εργασίας σε:

- i) Υπηρεσίες Υγείας:.....  
ii) Άλλη Υπηρεσία:.....

6. Το AIDS είναι:

- i) Ασθένεια μεταδοτική   
ii) Ασθένεια κληρονομική   
iii) Κάτι άλλο   
iv) Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ

7. Ποιοί από τους παρακάτω αποτελούν τρόπους μετάδοσης του ιού HIV (ο οποίος προκαλεί το AIDS)  
(Σημειώστε όσα ισχύουν)

- Μετάγγιση αίματος

- Σεξουαλική επαφή
- Κοινή χρήση μολυσμένων βελόνων/σιρίγγων
- Από τη φορέα/ασθενή μητέρα στο παιδί κατά τη διάρκεια του τοκετού
- Από τη φορέα/ασθενή μητέρα στο παιδί κατά τη διάρκεια του θηλασμού
- Ανθρώπινη επαφή (χειραψία, αγκαλιά)
- Κοινή χρήση αντικειμένων ατομικής υγιεινής (οδοντόβουρτσα, ξυραφάκι)
- Κοινή χρήση αντικειμένων καθημερινής χρήσης (ποτήρια, πηρούνια κλπ)

8. Ποιό από τα παρακάτω ισχύει:

- |   | ΝΑΙ                      | ΟΧΙ                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ο φορέας μεταδίδει τον ιό του AIDS <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ο φορέας εκδηλώνει τα συμπτώματα της ασθένειας του AIDS <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ο ασθενής μεταδίδει τον ιό <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ο ασθενής εκδηλώνει τα συμπτώματα της ασθένειας του AIDS <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Ποιά από τα παρακάτω αποτελούν μέσα προφύλαξης από την μετάδοση του AIDS:

- Περαρήστε τις απαντήσεις, ξεκινώντας από την πιο αποτελεσματική και αριθμώντας από το 1 έως το 5.
- Χρήση προφυλακτικού
- Μονογαμική σχέση
- Ερωτικές σχέσεις με άτομα του οικείου περιβάλλοντος
- Εργαστηριακός έλεγχος αίματος που προορίζεται για μετάγγιση
- Πλύσιμο χεριών μετά από επαφή με φορέα/ασθενή με AIDS

10.α) Η ενημέρωσή σας για το AIDS, προέρχεται από:

- Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
- Έντυπο ενημερωτικό υλικό (άρθρα, φυλλάδια κλπ)

- Σεμινάρια - Ομιλίες ειδικών
- Από το φιλικό περιβάλλον
- Από άλλη πηγή

10.β) Θεωρείτε ότι η ενημέρωσή σας για το AIDS είναι:

- Πλήρης
- Ικανοποιητική
- Ανεπαρκής

11. Κατά τη γνώμη σας το AIDS είναι το αποτέλεσμα  
(Σημειώστε όσα πιστεύετε ότι ισχύουν)

- Της σεξουαλικής συμπεριφοράς του ατόμου
- Της χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών
- Της οργής του Θεού
- Των ραγδαίων κοινωνικών εξελίξεων
- Της μεταβολής του συστήματος αξιών
- Της μεταβολής των κοινωνικών θεσμών
- Όλα τα παραπάνω
- Τίποτα από τα παραπάνω

12.α) Σε ποιούς από τους παρακάτω χώρους πιστεύετε ότι θα  
πρέπει να νοσηλεύεται ένας φορέας/ασθενής με AIDS:

- Σε ειδική Νοσηλευτική πτέρυγα (Μονάδα Ειδικών  
Λοιμώξεων)
- Σε οποιαδήποτε Κλινική Νοσοκομείου, σε θάλαμο  
μαζί με άλλους νοσηλευόμενους
- Σε οποιαδήποτε Κλινική Νοσοκομείου, σε θάλαμο  
χωρίς άλλους νοσηλευόμενους
- Σε Ειδικό Νοσοκομείο
- Σε κάποιο άλλο χώρο



12.β Αιτιολογήστε την επιλογή σας

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

13. Από την εμπειρία σας σε νοσοκομειακό πλαίσιο ποιός από τους παραπάνω τρόπους νοσηλείας κυρίως ισχύει; (Βλέπε ερώτηση 12α)

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

14. Τα παρακάτω γεγονότα μπορούν να επιφέρουν πρόσθετα προβλήματα στη ζωή ενός φορέα/ασθενή του AIDS:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
• Η καταληκτική πορεία της ασθένειας	-	-
• Οι εκφυλιστικές εκδηλώσεις της ασθένειας	-	-
• Ο στιγματισμός του φορέα/ασθενή	-	-
• Η περιθωριοποίηση του φορέα/ασθενή	-	-
• Οι μεταβολές στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων (σύζυγος, φίλοι, συνεργάτες)	-	-
• Οι μεταβολές στον τομέα οικογενειακών σχέσεων	-	-
• Οι μεταβολές στον τομέα της εργασίας	-	-
• Όλα τα παραπάνω	-	-
• Τίποτα από τα παραπάνω	-	-

15. Κατά τη διάρκεια της εργασίας σας έχετε ασχοληθεί επαγγελματικά με φορέα/ασθενή με AIDS;

- Ναι   
Οχι   
Δεν απαντώ

16.α) Αν ναι, αυτό συνέβη:

- Υστερα από επίσκεψή σας στο χώρο νοσηλείας του ασθενούς με AIDS
- Υστερα από προσέλευση του ασθενούς με AIDS στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου
- Υστερα από αίτημα οικογενειακού/φιλικού περιβάλλοντος
- Υστερα από παραπομπή που έγινε από το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό
- Με κάποιον άλλο τρόπο

16.β) Αν όχι για ποιόν από τους παρακάτω λόγους:

- Γιατί το νοσοκομείο που εργάζεστε δεν νοσηλεύει ασθενείς με AIDS
- Γιατί δεν σας ζητήθηκε
- Γιατί δεν παραπέμπονται τα περιστατικά
- Γιατί δεν το επιθυμείτε
- Για κάποιον άλλο λόγο

17. Σε τί από τα παρακάτω συνίσταται η εργασία ενός Κοινωνικού Λειτουργού με φορέα/ασθενή με AIDS, στο Νοσοκομείο

- Συμμετοχή στην διαφορο-διάγνωση
- Συμμετοχή στη θεραπεία
- Ψυχολογική υποστήριξη-Συμβουλευτική
- Υποστήριξη της οικογένειας του φορέα/ασθενή
- Παραπομπή σε αρμόδιες υπηρεσίες
- Επίλυση πρακτικών προβλημάτων
- Διεκπεραίωση οικονομικών ζητημάτων
- Κάτι άλλο

18. Ποιά από τα παρακάτω μέτρα προφύλαξης πιστεύετε ότι ένας Κοινωνικός Λειτουργός, που εργάζεται στο νοσοκομείο θα πρέπει να λαμβάνει ερχόμενος σε επαφή με ασθενείς με AIDS;

- Αποφυγή οποιασδήποτε σωματικής επαφής
- Αποφυγή σωματικής επαφής που ενέχει κίνδυνο επαφής με αίμα ασθενούς με AIDS
- Αποφυγή οποιασδήποτε σωματικής επαφής που ενέχει κίνδυνο επαφής με σωματικά υγρά ασθενούς με AIDS (ιδρώτας, σάλιο, ούρα)
- Χρήση μάσκας και γαντιών κατά τη διάρκεια επισκέψεων στο χώρο νοσηλείας του ασθενούς με AIDS
- Χρήση μάσκας και γαντιών κατά τη διάρκεια συνομιλιών-συνεντεύξεων με ασθενή με AIDS
- Κάτι άλλο \_\_\_\_\_

19. Ποιά από τα παρακάτω νομίζετε ότι θα μπορούσε να αποτελέσει εμπόδιο στην ισότιμη και εξατομικευμένη αντιμετώπιση των φορέων/ασθενών του AIDS, από τον Κοινωνικό Λειτουργό;

- Η θανατηφόρα εξέλιξη της αρρώστιας
- Οι μεταβολές που επφέρει η ασθένεια στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου
- Ο φόβος μετάδοσης της ασθένειας
- Η άποψη ότι η ασθένεια συνδέεται με μη παραδεκτά πρότυπα συμπεριφοράς
- Η άποψη ότι η μόλυνση από την ασθένεια δεικνύει ανεύθινη συμπεριφορά εκ μέρους του ατόμου
- Οποιοσδήποτε προκαταλήψεις του Κοινωνικού Λειτουργού
- Η έλλειψη προσωπικού στην Κοινωνική Υπηρεσία
- Ενδο-υπηρεσιακές δυσκολίες
- Εμπόδια στη συνεργασία του Κοινωνικού Λειτουργού με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων στο νοσοκομείο
- Κάτι άλλο \_\_\_\_\_

20. Πιστεύετε ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται με φορείς/ασθενείς με AIDS θα πρέπει να έχει:

- Διάρκη ενημέρωση για τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα σε σχέση με το θέμα του AIDS -----
- Δυνατότητα συμμετοχής σε επιμορφωτικά σεμινάρια για το θέμα του AIDS -----
- Ισότιμη συμμετοχή σε επιστημονική διεπιστημονική ομάδα -----
- Εγκαιρή ενημέρωση για την εισαγωγή των περιστατικών -----
- Δυνατότητα επαφής με τα περιστατικά -----
- Κάτι άλλο -----

21. Τί θεωρείτε ότι θα μπορούσε να συμβάλει αποτελεσματικά στην μείωση της εξάπλωσης της ασθένειας του AIDS;

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

Πίνακας Ι

Δηλωθέντα στην Π.Ο.Υ. κρούσματα AIDS  
από όλες τις χώρες (31-12-93)

Ήπειρος	Αρ. κρουσμάτων
Αμερική (ΗΠΑ: 339.250)	435.978
Ευρώπη (Ελλάδα: 891)	103.402
Αφρική	301.861
Ωκεανία	4.828
Ασία	5.559
Σύνολο	851.628

**Πίνακας 2**  
 Μεταβολή της αναλογίας κρουσμάτων AIDS  
 κατά κατηγορία κινδύνου στην Ευρώπη (1985-1993)

Έτη	Ομοφυλόφιλοι %	Τοξικομανείς %	Ετερόφιλοι %
1985	61,3	14,8	8,1
1986	56,3	20,5	6,8
1987	50,4	26,8	7,1
1988	44,2	36,2	7,6
1989	40,6	37,9	8,7
1990	39,2	39,9	9,3
1991	37,0	40,8	10,5
1992	35,1	40,7	11,7
1993	32,8	40,9	13,2

### Πίνακας 3

Κατανομή δηλωθέντων κρουσμάτων AIDS ανά έτος διάγνωσης στην Ελλάδα, 1984-30.9.1996

Έτος Διάγνωσης	Αριθμός κρουσμάτων	%
1982 *	1	0,1
1983 *	4	0,3
1984	5	0,4
1985	15	1,1
1986	23	1,6
1987	61	4,3
1988	72	5,1
1989	104	7,3
1990	141	9,9
1991	178	12,5
1992	192	13,5
1993	157	11,0
1994	197	13,9
1995	176	12,4
- 30.9.1996	95	6,7
Σύνολο	1421	100,0

**Πίνακας 4**

Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων και ενηλίκων με AIDS ηλικίας άνω των 13 ετών, κατά ηλικία και φύλο στην Ελλάδα, 1984-30.9.1996.

Ομάδες Ηλικιών	Ανδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
13 - 14 ετών	4	0,3	1	0,6	5	0,4
15 - 19 ετών	19	1,5	7	4,4	26	1,9
20 - 24 ετών	44	3,6	13	8,1	57	4,1
25 - 29 ετών	168	13,6	28	17,5	196	14,0
30 - 34 ετών	247	19,9	31	19,4	278	19,9
35 - 39 ετών	222	17,9	26	16,3	248	17,7
40 - 49 ετών	293	23,6	13	8,1	306	21,9
50 - 59 ετών	121	9,8	15	9,4	136	9,7
60 + ετών	92	7,4	20	12,5	112	8,0
Άγνωστη	29	2,3	6	3,8	35	2,5
<b>Σύνολο</b>	<b>1239</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>1399</b>	<b>100,0</b>



### Πίνακας 5

Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων και ενηλίκων με AIDS ηλικίας άνω των 13 ετών, κατά κατηγορία (τρόπο) μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα, 1984-30.9.1996

Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1. Άνδρες Ομο-/Αμφι-φυλόφιλοι	789	63,7	--	--	789	56,4
2. Χρήστες Ενδ. Ναρκωτικών	39	3,1	14	8,5	53	3,8
3. Ομο-/Αμφι-φυλόφιλοι & Χ.Ε. Ναρκωτικών	9	0,7	--	--	9	0,6
4. Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	92	7,4	5	3,1	97	6,9
5. Μετά μετάγγιση	29	2,3	20	12,5	49	3,5
6. Ετεροφυλ. Σεξουαλ. Επαφή	112	9,0	102	63,8	214	15,3
7. Απροσδιόριστη	169	13,6	19	11,9	188	13,4
Σύνολο	1239	100,0	160	100,0	1399	100,0

## Πίνακας 6

### Κατηγορίες φόβων θανάτου

---

*Φόβοι που αφορούν  
την πορεία προς το θάνατο.*

- Φόβος ταπείνωσης  
– έλλειψης αξιοπρέπειας
- Φόβος εξάρτησης
- Φόβος πόνου
- Φόβος απόρριψης  
– εγκατάλειψης
- Φόβος αποχωρισμού  
από αγαπημένα άτομα

*Φόβοι που αφορούν το γεγονός του θανάτου  
και την κατάσταση του νεκρού.*

- Φόβος οριστικότητας του θανάτου
  - Φόβος για την τύχη του σώματος  
μετά το θάνατο
  - Φόβος για τη μεταθανάτια ζωή  
ή άλλη κατάσταση
-

ΕΛΛΗΣΙΑΝ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ  
Δ/ΝΣΙΣ ΕΙ.Ο.Π.Ε.  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΝ

Αθήναις τῆ 14-2-1986

Λοιθ.Πρωτ.Ο.Α.901

Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α

Έργασια τῶν παρὰ Νοσοκομείοις Κοινωνικῶν  
Λειτουργῶν

Ἡ Κοινωνική Έργασια παρὰ Νοσοκομείοις ἀποσκοπᾷ εἰς τὴν μελέτην τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τῆς κοινωνικῆς αὐτοῦ θέσεως ὥστε τὸ ἐπιστημονικὸν πρόβλημα τοῦ Νοσοκομείου νὰ ἀρθεταὶ ἐκ ταύτης πάντα τὰ ἀποβλεπόμενα εἰς τοὺς Κοινωνικοὺς καὶ συναρτηματικὰς παραγόντας οἱ ὁποῖοι ἐκηρεάζουν ἢ καὶ ἐκηρεάζονται ἀπὸ τὴν κλῆσιν τοῦ ἀσθενοῦς καὶ συντελεῖ ὥστε νὰ ἐγκληματισθῇ αὐτὸς κρὸς τὴν κλῆσιν τοῦ καὶ νὰ ἐπωσληθῇ ἀπὸ τὴν παρεχουμένην αὐτῷ ιατρικὴν καὶ κοινωνικὴν ὑπηρεσίαν.

Διὰ τῆς Κοινωνικῆς Έργασιας ἐπὶ περιπτώσεων ἀσθενῶν ἢ μελῶν τῆς οἰκογενείας του παρέχεται εἰς τὸν ἀσθενῆ ἢ εὐχέρεια νὰ κατανοήσῃ τὰς ἀνάγκας του καὶ νὰ χρησιμοποιῇ τὰς ἰκανότητάς του κρὸς τακτοποίησιν τῶν ἀπασχολούντων αὐτὸν προβλημάτων.

Ἡ Κοινωνική Έργασια παρὰ Νοσοκομείοις συντελεῖται παρὰ τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν.

Έργων τῶν Κοινωνικῶν Λειτουργῶν τούτων εἶναι νὰ ἐπιλαμβάνονται:

- α) τῶν περιπτώσεων τῶν ἀσθενῶν εἴτε αὐτὰι ὑποπίπτουσι ἀμέσως εἰς τὴν ἀνεκλήθει των, εἴτε ὑποδεικνύονται παρὰ τῆς ὑπηρεσίας τοῦ Νοσοκομείου, εἴτε πρόβλεπται ὅτι ὄφειν αὐτῶν παρὰ αὐτοῦ τούτου τοῦ ἀσθενοῦς ἢ τῶν συγγενῶν αὐτοῦ ἢ καὶ ἄλλοθεν,
- β) τοῦ ἐν κλῆσιν λεπτομερεῶς ἱατρικοῦ τοῦ ἀσθενοῦς κρὸς ὑποβοήθειαν τοῦ ἔργου τοῦ ἱατροῦ ὅσον ἀφορᾷ τὴν διδγνωσιν τῆς νόσου.
- γ) τῶν οἰκογενειακῶν προβλημάτων τῶν ἀπασχολούντων τὸν ἀσθενῆ καὶ ἐκηρεάζόντων δυσμενῶς τὰ ἀποτελέσματα, τῆς ἐπ' αὐτοῦ ἐφαρμοζομένης θεραπείας.
- δ) τῶν οικονομικῶν προβλημάτων τῶν ἀμέσων ἀναγκῶν τῆς οἰκογενείας τῆς παροχῆς διευκολύνσεων διὰ τὴν μεταφορὰν τοῦ ἀσθενοῦς ἀπὸ θεραπευτηρίου εἰς ἕτερον ἢ κατὰ τὴν ὀριστικὴν ἐξοδὸν του.
- ε) τῶν ψυχολογικῶν προβλημάτων-φόβος ἐγχειρίσεως-ἀνησυχία

///.

(42)

- α) ανάκληση - άνησυχία δι' έργασίαν μετά τήν Ιασιν κ.λ.κ.
  - β) της μερίμνης δι' εισαγωγήν εις ειδικόν θεραπευτήριον του ασθενούς μετά τήν κλινικήν θεραπείαν του έσ' όσον συντρέχει παύση ανάγκη.
  - γ) της παρακολούθησεως του ασθενούς μετά τήν τελικήν έξοδόν του εκ του νοσηλευτικού ιδρύματος
  - δ) της μερίμνης διδ τήν επαγγελματικήν αναπροσαρμογήν άναλόγως ~~της κατάστασεως~~ προς έργασίαν ικανότητας του ύπεστάντος ~~παιδιού~~ (αυ).
  - ε) της έργασίας Κοινωνικών Λειτουργών.
- Κοινωνική Λειτουργός επίτελει τό έργον της διά:
- α) συνεντεύξεων μετά των ασθενών εις τόν αθλασον ή εις τό γραφείον της.
  - β) συνεντεύξεων μετά των συγγενών του ασθενούς κατ' οίκον ή εις τό γραφείον της.
  - γ) συμμετοχής εις τας επίσκεψεις παρά των καθηγητών ή έπιμελητών των ασθενών τουλάχιστον ός της έξοδοσός.
  - δ) επίσκεψεων εις ύπηρεσίας ή όργανισμούς καί ήμιτιούσας μετά τούτων έπιφαλοūs συνεργασίας προς επίλυσιν παρουσιαζομένων έκάστοτε προβλημάτων εις περιπτώσεις ός χειρίζεται.
  - ε) τηλεφωνικών επικοινωνιών άναλόγως των παρουσιαζομένων έπειγουσών άναγκών προς επίτευξιν του προ' αύτης έξειδικωμένου σκοπού.
  - στ) πρήσεως φακέλλου δι' έκάστην περίπτωσην ασθενούς.
  - ζ) πρήσεως έκείνου πρωτοκόλλου της προ' αύτης διαξαγομένης έλληλυγοσσίας.
- Έκεί πάντων των άνωτέρω παρά της Κοινωνικής Λειτουργού διέπεται τό άπολύτως καί άβυστηρως άπόρρητον. Πληροσοφίαί δέ έκτρέπεται νά όρίωνται εις τόν παρακολουθούντα Ιατρόν καί τήν προϊσταμένην δόξαφήν έσ' όσον αύται θά θεωρῶνται άναγκαίαι διά τήν θεραπευτικήν μεταχείρισιν του ασθενούς.
- α) πρήσεως υπαιτιστικών υπαιχεσών-κατά τό άποσταλησομένον πρόδειγμα-ύποβιαλλομένων μηνιαίων μετά περιληπτικής έκθέσεως έργασίας εις τό 'Υπουργείον καί τήν 'Επιμέριχην.

α 31 \*

δ) συμμετοχής εις μελέτες ή συζητήσεις του έπιστημονικού προσωπικού του Νοσοκομείου κατά τας όποιες εδ παρέχη τας υπηρεσίας της βάσει τών παρ'αυτής συγκεντρωθέντων στοιχείων επί τών κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων τών επηρεάζόντων τήν κατάσταση του άσθενούς.

Άνδρα και Κοινωνικής Λειτουργού.

Πρός διευκλύνειν τής Κοινωνικής Λειτουργού διεί τήν έκτέλεσιν τής υπηρεσίας της παρ'α είναι τοποθετημένη Νοσοκομείον εδ παρέχη αὐτῆ!

α) Εξέλιξη Εργαστηρίου λόγω τής ειδικῆς και επιστημονικῆς ευστροφίας

β) Τήν εκπαιδευτικόν ἑργαστήριον ἕλην και σέση-επηρεασμοῦ τακέλλων κατά τῆν ἐκτέλεσιν τῆς παρ'α ἔργου Κοινωνικῆς Προνοίας Εξέλιξη παιδικῆς Προστασίας και Κοινωνικῆς Ἑργασίας.

γ) τηλεφωνικὴν συσκευὴν εἰς τὸ Γρασεῖον της

δ) συστάσειν ἐκ τοῦ και εἰς τὸς ἑταροῦς παρεχόμενου κατ'εἰς ἡμέρας ἢ ἡμεροσφαι τῆς ἐπιπέλλου τῆν εἰς τὸ Νοσοκομείον παρεχόμενῆν της.

ε) χρηματικόν ποσόν μέχρι δραχμῶν τετρακοσίων (400) εἰς ἐποδόσει λογ/σμοῦ δι' ἐκτάκτους ἀνάγκας τῶν ἑταροῦν ἐπιπερασμοῦ, ἀγορῆν παρομῶν κ.λ.π. και ἐπ' ὅσον ἡ Κοινωνικῆ Λειτουργοῦς δέν ἐπέτυχῆ τῆν ἔλλοθεν ἐξασφάλισιν των.

Ἡ Κοινωνικῆ Λειτουργοῦς δέν ὑπαχρεοῦται νά ὑπογράψῃ εἰς τὸ βιβλίον παρουσίας τῆραῖ ὄμως λατουμερῆς οὐλλον ἡμεροσφαι κινήσεως ἐλεγχόμενον παρὰ τῆς Τομεδρχου και τιθέμενον ἐπ' ὄντιν τοῦ Διευθυντοῦ τοῦ Νοσοκομείου ὅσκις ἤσκει ζητήση τοῦτο.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
Π. ΑΒΕΛΑΝΤΗΣ

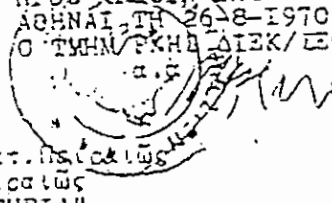
Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ  
Γ. ΚΑΤΣΟΡΑΣ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΝ  
Ο ΤΗΝΑΤΑΡΧΗΣ ΔΙΕΚ/ΕΣΣΕ  
α.σ  
Μ. ΣΕΡΕΣΟΥΔΑΚΗ

ΚΟΙΝ/ΣΙΣ

- 1) Γεν. Δ/σιον Ὑγιεινῆς
- 2) Δ/σιον Ε.Ο.Π.Ε.
- 3) Γραφ. Δ. Ἀλεξανδράκη
- 4) Νοσοκομεία
- 5) Ματευτήριον "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"
- 6) Νέας Ἰωνίας
- 7) Κρατικόν Πειραιῶς
- 8) Ενατόριον "ΕΩΤΗΡΙΑ"
- 9) Εαρυμπολιώτου Τομεδρχης Ματευτήριον ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
- 10) Μαρ. Θεοδωρουπέδκου-Κοιν. Λειτουργοῦς Νοσ. Ν. Ἰωνίας
- 11) Ναυσ. Πρωτοπαπᾶ-Κοιν. Λειτουργοῦς-Νοσ. Κρατ. Πειραιῶς
- 12) Μαρ. Μαλικούτη Κοιν. Λειτουργοῦς-Κρατ. Πειραιῶς
- 13) Κλεοκ. Ρακτοπούλου Κοιν. Λειτουργοῦς "ΕΩΤΗΡΙΑ"

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΝ ΚΟΙΝ. ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. 21/42765  
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΝ  
ΠΡΟΣ ΚΡΕΣΙΝ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
ΑΘΗΝΑΙ, ΤΗ 26-8-1970  
Ο ΤΗΝΑΤΑΡΧΗΣ ΔΙΕΚ/ΕΣΣΕ  
α.σ



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1.Αγάδωνος-Μαρούλη Ε., "Τα επαγγέλματα Υγείας στην σύγχρονη περίθαλψη. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού", Εκλογή, Δεκέμβριος 1980.
- 2.Αγραφιώτης Δ., "Υγεία και Αρρώστεια", εκδόσεις Λίτσας, 1986.
- 3.Αγραφιώτης Δ., Πάντζου Π., Τσελέπη Χ., Μεταλληνού Ο., "Διαχείριση της καθημερινής ζωής των ακόμα με HIV/AIDS", Ερευνητική Μονογραφία Νο 14, Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα 1996.
- 4.AIDS, πληροφορίες για το νοσηλευτικό προσωπικό, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα 1989.
- 5.Αλτάνης Π., "Η συμμετοχή του ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΪ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΪ στη θεραπευτική ομάδα-Διεπιστημονική συνεργασία AIDS", Κοινωνική Εργασία, τεύχος 22<sup>ο</sup>, 1991.
- 6.Αρβανιτίδου Ελένη, "Κοινωνική Εργασία και Υγεία-ο ρόλος του Κ. Λειτουργού στον Τομέα Υγείας", Πτυχιακή Εργασία τμήματος Κοινωνικής Εργασίας-Σ.Ε.Υ.Π., Πάτρα 1994.
- 7.Αυγερίδης Κ. - Αγραφιώτης Δ. "Βασικές Γνώσεις προσέλκυσης εδελοντών αιμοδοτών" Εργαστήριο αιματολογίας-αιμοδοσίας Πανεπ/μιου Πατρών - Κέντρο Αιμοδοσίας Π.Π.Γ.Ν.Π.

8. Παπαφλέσσα Θεοδ. Σημειώσεις από το μάθημα "Βασικά προγράμματα κοινωνικής προστασίας"- Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΩΝ- Τμ. Κοινωνικής Εργασίας, Αθήνα 1984.

9. "Βασικές Δεοντολογικές Αρχές και Κανόνες συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση του AIDS", Εθνική Επιτροπή AIDS- Υποεπιτροπή ενημέρωσης και Δεοντολογίας, εκδόσεις Ε.Ο.Φ., Αθήνα 1992.

10. Γεώργας Δ., "Κοινωνική Ψυχολογία", τόμος Α', εκδόσεις "Ελληνικά Γράμματα", Αθήνα 1995.

11. Γιδοπούλου - Στραβολαιμού Μ., "Η αλήθεια και ο άρρωστος- Ηθικά και Δεοντολογικά διλήμματα στην συνεργασία με ογκολογικούς αρρώστους", Σεμινάριο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ με θέμα: "Η Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου", ΣΚΛΕ Ε.Ε.Κ. "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου", εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991.

12. Γιδοπούλου - Στραβολαιμού Μ., «Εξειδικευμένη προσέγγιση ασθενών με καρκίνο ανάλογα με την εντόπιση και το είδος της θεραπείας», Σεμινάριο Κ.Λ με θέμα: «Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου», ΣΚΛΕ - ΕΕΚ «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991.

13. Γκίκας Η. Α., «Πρώιμα συμπτώματα και σημεία - Υπογία για την ύπαρξη της νόσου», Ελληνικά Αρχεία AIDS, τόμος 4<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος - Μάρτιος 1996.

14. Γρηγοριάδου Α., Πρακτικά «7<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο - AIDS», 1995

15. Δεληπαντώνη - Οικονόμου Χ., «Ιδιαιτερότητες στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού σε αντικαρκινικό νοσοκομείο», Σεμινάριο ΚΛ με θέμα «Η γυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου», ΣΚΛΕ - ΕΕΚ «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991.

16. Δετοράκης Ι - Κουτσούμπα Φ., AIDS, εκδόσεις Τεχνογραφική Πατρών, 1992

17. Δετοράκης Ι - «Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)», Βασικές γνώσεις προσέλευσης εδελοντών αιμοδοτών, Εργαστ. Αιματολογίας - Αιμοδοσίας Παν/μίου Πατρων - Κέντρο Αιμοδοσίας Π.Π.Γ.Ν. Πατρών, 1995.

18. Εγκύκλιος 14<sup>ης</sup> Φεβρουαρίου 1956, Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας, Αριθμ. Πρωτ. Ο.Α. 901

19. Ιατρίδης Δ, «Κοινωνική Εργασία και Υγείας», Κοινωνική Εργασία, τεύχος 14<sup>ο</sup> 1989

20. Καραντζά Α., Πρακτικά Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, σελ. 285-287

21. ΚΕΕΠ., «Απολογισμός έργου 1993-1995», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1996

22. Κ.Ε. σε ιδρύματα, άρθρο 7: «Κοινωνική Εργασία σε Νοσοκομειακή περίθαλψη»

23. Κονδάκης Ξ., «Στοιχεία υγιεινής και επιδημιολογίας», Πάτρα 1992



24. Kubber - Ross E, «On death and Dying» 1970, (μετάφραση Λ. Βαριδάκη) Σημειώσεις ΚΕΑ III για τη σχολή Κοινωνικής Εργασίας, 199.

25. Μαργαριτίδου - Τιμπαλέζη Β, «Ηθικοδεοντολογική στάση νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς με AIDS», Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 1991.

26. Μόνος Δ., «AIDS», Εκδόσεις Ε.Ο.Φ. Αθήνα 1990

27. Μουζακίτης Χ. Σημειώσεις μαθ. Δεοντολογίας για τη Σχολή Κοινωνικής εργασίας (επιμέλεια Λ. Βαριδάκη) 1995.

28. Παπαγερίδου Φ., «Κοινωνική Εργασία με καρκινοπαθείς σε γενικό νοσοκομείο», Σεμινάριο ΚΛ με θέμα: «Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου», ΣΚΛΕ - ΕΕΚ « Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», Εκδόσεις ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991.

29. Παπαδάτου Δ., «AIDS και επαγγελματική εξουθένωση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού», Ελληνικά Αρχεία AIDS, τόμος 2<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος - Μάρτιος 1994

30. Παπαδάτου Δ., «Ο κρυφός θρήνος του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος του ασθενή με AIDS», Ελληνικά αρχεία AIDS, τόμος 3<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος - Μάρτιος 1995.

31. Παπαδάτου Δ., «Ο άρρωστος στο τελικό στάδιο και το περιβάλλον του, χ.χ. (χωρίς χρονολογίας).

32. Παπαευαγγέλου Γ., Χαρακτηριστικά της επιδημίας του AIDS», Ελληνικά Αρχεία AIDS, τόμος 2<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος- Μάρτιος 1994

33. Παπαευαγγέλου Γ., «Νεότερα δεδομένα για την πορεία και αντιμετώπιση του AIDS», Ελληνικά αρχεία AIDS, τόμος 5<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ος</sup>, Ιανουάριος - Μάρτιος 1997.

34. Παπαευαγγέλου Γ., «Πρόληψη, η μεγάλη λεωφόρος της Υγείας» Εκδοτική επιμέλεια: Υπ. Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης, Αθήνα 1995

35. Παπαϊωάννου Κ., «Ιατροκοινωνική Εργασία», Κοινωνική Εργασία τεύχος 9<sup>ο</sup> και 10 1988.

36. Παπουτσάκης Γ., Πορεία - Προοπτικές - Εξελίξεις επιδημίας του AIDS στην Ελλάδα, Ελληνικά Αρχεία AIDS, τόμος 2<sup>ος</sup>, Απρίλιος - Ιούνιος, 1994.

37. Perlman H, «Κοινωνική εργασία με άτομα μια διεργασία - λύση προβλημάτων» (Μεταφρ. Ασπ. Καλούτση), εκδόσεις Ατλαντίς, 1957.

38. Ραγιά Α, «Ψυχοκοινωνική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με AIDS», χχ.

39. Rando Th. «Grief, dying and death» (1984) μετάφραση: Λ. Βαριδάκη σημειώσεις ΚΕΑ ΙΙΙ για τη σχολή Κοινωνική Εργασίας, 1995.

40. Στρογγυλού Μ, «Κοινωνική εργασία με άτομο - ασθενή» Σεμινάριο ΚΛ με θέμα: «Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου», ΣΚΛΕ - ΕΕΚ «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991.

41. «Συμβουλευτική για την HIV - Λοίμωξη και Νόσο» Οδηγίες, Π.Ο.Υ. - Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Reamer Frederick, «AIDS and Social Work: The Ethics and Civil liberties agenda», Social work vol 38, Number 4, July 1993
- 2) Thomas O' Hare, Cynthia L. Williams and Alan Ezoviski. «Fear of AIDS and Homophobia: Implications for direct Practice an Advocacy», Social Work, vol 41, number 1, January 1996.

