

**Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«AIDS: ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΤΗΣ ΠΟΛΕΩΣ ΤΩΝ ΠΑΤΡΩΝ»**



**ΕΠΟΠΤΗΣ:**  
**ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**  
**ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝ/ΝΑ**  
**ΒΑΧΑΒΙΩΛΟΥ ΑΡΓΥΡΟΥΛΑ**  
**ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

**ΠΑΤΡΑ 2007**

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον κ. Δετοράκη Ιωάννη, για την άψογη συνεργασία που είχαμε μαζί του, τις πολύτιμες συμβουλές του και το χρόνο που μας διέθεσε προκειμένου να έχουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για την πτυχιακή μας εργασία.

Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ, σε όλους εκείνους που στάθηκαν στο πλευρό μας, έκαναν υπομονή ένα χρόνο και στήριξαν την προσπάθειά μας να ολοκληρώσουμε την εργασία μας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

#### Α Θεωρητικό Μέρος

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμοί Εννοιών.....	1
1.2 Ιστορική Αναδρομή.....	3
1.2.1 Πορεία και Εξέλιξη.....	3
1.2.2 Χρονολογικά Στοιχεία.....	6
1.3 Επιδημιολογία.....	9
1.3.1 Γενικά.....	9
1.3.2 Επιδημιολογικά Στοιχεία μέχρι τις 31/10/2006 στην Ελλάδα.....	11

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Το Άτομο και το AIDS.....	20
2.2 Το AIDS και η γυναίκα.....	21
2.3 Το AIDS και ο Άνδρας.....	24
2.4 Το AIDS και το Ζευγάρι.....	26
2.5 Σεξουαλική Ελευθερία.....	27
2.6 Μονογαμία.....	27

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ο Κύκλος Ζωής του HIV.....	30
3.2 Οι Ομάδες Υψηλού Κινδύνου.....	31
3.3 Ο Φορέας/ Οροθετικός του AIDS.....	33
3.4 Μετάδοση.....	35
3.4.1 Τρόποι Μετάδοσης.....	35
3.4.2 Επικίνδυνες Συμπεριφορές.....	39
3.4.3 Τρόποι Μη Μετάδοσης.....	41
3.5 Συμπτώματα.....	42
3.5.1 Γενικά.....	42
3.5.2 Στάδια και Συμπτώματα της Μόλυνσης.....	42
3.6 Κλινικές Εκδηλώσεις.....	46
3.6.1 Ευκαιριακές Εκδηλώσεις του AIDS.....	46
3.6.2 Νευρολογικές Εκδηλώσεις.....	49
3.6.3 Μη Νευρολογικά.....	51
3.6.4 Ψυχιατρικά Σύνδρομα.....	52
3.7 Θεραπεία.....	55
3.8 Test αντισωμάτων του AIDS.....	58
3.9 Εμβόλιο.....	61
3.9.1 Γενικά.....	61

3.9.2 Ηθικά, Νομικά, Δεοντολογικά και κοινωνικά προβλήματα.....	62
---	----

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

4.1 Πρόληψη.....	66
4.1.1 Γενικές Οδηγίες.....	66
4.1.2 Προληπτικά Μέτρα.....	70
4.2 Αγωγή Υγείας.....	76
4.2.1 Γενικά.....	76
4.2.2 Αγωγή Υγείας στο Σχολείο.....	82
4.3 HIV και Μετακινούμενοι Πληθυσμοί.....	97
4.3.1 Ο Ταξιδιώτης με την HIV Λοίμωξη.....	99

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

5.1 Κοινωνικές Συνέπειες του AIDS.....	103
5.2 Ψυχολογικές Επιπτώσεις.....	107
5.2.1 Η Φοβία του AIDS.....	110
5.2.2 Η Πολιτική της Στρουθοκαμήλου.....	111
5.2.3 Η Απώλεια του Έρωτα.....	111
5.3 Ψυχικές Διαταραχές σε σχέση με το AIDS.....	112
5.4 Παράμετροι Κόστους της HIV/ AIDS Νόσου.....	112
5.4.1 Η Εξέλιξη του Κόστους Αντιμετώπισης της Νόσου του HIV/AIDS.....	113
5.5 Ηθικοί Προβληματισμοί στην Αντιμετώπιση του AIDS.....	115
5.6 Δεοντολογικοί Προβληματισμοί στην Αντιμετώπιση των Ασθενών του AIDS.....	118
5.7 Νομικά Θέματα.....	121

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

6.1 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού.....	125
6.2 Συμβουλευτική Παρέμβαση από τον Κοινωνικό Λειτουργό.....	127
6.2.1 Θεωρητικό Υπόβαθρο.....	129
6.2.2 Προσεγγίσεις.....	133
6.2.3 Μέθοδοι.....	134
6.2.4 Τεχνικές.....	141
6.2.5 Μέσα- Υλικά- Όργανα.....	146
6.3 Συμβουλευτική σχετικά με την Εξέταση για την Ανίχνευση του HIV	
6.3.1 Γενικά.....	147
6.3.2 Ατομική Συμβουλευτική Συνέντευξη Πριν την Εξέταση.....	149
6.3.3 Ατομική Συμβουλευτική Συνέντευξη Μετά την Εξέταση.....	155
6.4 Κατάλληλος Χρόνος για την Έναρξη της Συμβουλευτικής Διαδικασίας.....	159
6.5 Συμβουλευτική για Ενημέρωση Συντρόφων.....	160

6.5.1 Γενικά.....	160
6.5.2 Τρόποι Ενημέρωσης Συντρόφων.....	162
6.5.3 Μέθοδοι και Τεχνικές Ενημέρωσης Συντρόφων από τον Σύμβουλο.....	163
6.5.4 Χρόνος Ενημέρωσης Συντρόφων.....	164
6.5.5 Θέματα για τον Σύμβουλο.....	164
6.6 Ενημέρωση Φορέων και Ασθενών με AIDS από τον Γιατρό.....	165

## *Β' Ερευνητικό Μέρος*

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

7.1 Γενικός Στόχος της Έρευνας.....	168
7.2 Μεθοδολογία της Έρευνας.....	168
7.2.1 Μέθοδος της Έρευνας.....	168
7.2.2 Πληθυσμός- Δείγμα.....	168
7.2.3 Ερευνητικά Εργαλεία.....	169
7.2.4 Περιγραφή Φάσεων της Μελέτης.....	170
7.3 Ανάλυση των Αποτελεσμάτων.....	176
7.4 Συμπεράσματα.....	308
7.5 Προτάσεις.....	309

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Παρ' όλο που στις μέρες μας, ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, γνωρίζει για τον ιό του HIV, συνεχίζει να δείχνει αδιαφορία και να αντιμετωπίζει τα άτομα αυτά, με φόβο και προκατάληψη.

Σκοπός, λοιπόν, της εργασίας μας είναι μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και της έρευνας να συλλέξουμε πληροφορίες και να ενημερωθούμε πάνω στο θέμα του AIDS καθώς και για την έκτασή του στις μέρες μας.

Πιο συγκεκριμένα, στόχος της έρευνάς μας είναι να μελετήσουμε πόσο ενημερωμένοι και ευαισθητοποιημένοι είναι οι κάτοικοι της Πάτρας σε σύγκριση με τους σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών.

Στην αρχή της εργασίας μας κάνουμε μια σύντομη ιστορική αναδρομή για την πορεία της εξέλιξης της νόσου HIV, παραθέτουμε ορισμούς που έχουν άμεση σχέση με τον ιό καθώς και επιδημιολογικά στοιχεία ως το έτος 2006.

Στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται μια μικρή προσέγγιση της νόσου σε σχέση με την γυναίκα, τον άνδρα και το ζευγάρι.

Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται μια εκτεταμένη περιγραφή πάνω σε θέματα ιατρικού περιεχομένου (π.χ. μετάδοση, κλινικές εκδηλώσεις, θεραπεία, test, εμβόλιο) όπως επίσης αναφέρονται πιο αναλυτικά όροι όπως φορέας και ομάδες υψηλού κινδύνου.

Στο επόμενο κεφάλαιο αναφέρονται διεξοδικά το θέμα της Πρόληψης καθώς και η Αγωγή Υγείας.

Το 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιλαμβάνει τις ψυχοκοινωνικές και οικονομικές συνέπειες καθώς και τα ηθικοδεοντολογικά και νομικά προβλήματα.

Το προτελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους αναφέρεται στο γενικό ρόλο του κοινωνικού λειτουργού με τον εξυπηρετούμενο και εστιάζεται στη συμβουλευτική που πραγματοποιεί με τον ασθενή.

Τέλος, το 7<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιέχει το ερευνητικό μέρος της εργασίας.

Κλείνοντας, θα θέλαμε να αναφέρουμε πως η προσέγγιση του προβλήματος πραγματοποιήθηκε με την συνηθέστερη περιγραφική μέθοδο στην εκπαιδευτική έρευνα, την ερευνητική επισκόπηση.

# *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>*

- 1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ*
- 1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ*
- 1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ*

## 1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

**HIV** : Είναι τα αρχικά από το Human Immunodeficiency Virus, δηλαδή Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας.

**ΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ:** Σημαίνει πόσος ιός υπάρχει στο αίμα κάποιου. Το «μηδενισμένο» ή «αρνητικό» ικό φορτίο σημαίνει ότι το ικό φορτίο είναι μικρότερο από 50 αντίγραφα/ml και όχι ότι είναι μηδέν. Ο σωστός όρος είναι «μη ανιχνεύσιμο» ικό φορτίο. Οι εξετάσεις ικού φορτίου μετρούν την ποσότητα του ιού στο αίμα και όχι στο σπέρμα. Πολλές φορές, όμως, τα επίπεδα στο αίμα είναι μη ανιχνεύσιμα αλλά στο σπέρμα υπάρχει ικό φορτίο. Σε κάθε περίπτωση το ικό φορτίο δεν είναι ποτέ μηδέν, γι' αυτό υπάρχει πάντα ο κίνδυνος μετάδοσης. ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr))

**ΕΠΙΜΟΛΥΝΣΗ:** Επιμόλυνση σημαίνει να μολυνθούμε με άλλο στέλεχος του ιού HIV από αυτό με το οποίο είμαστε ήδη μολυσμένοι. Ο κίνδυνος είναι σοβαρός, διότι ίσως το νέο στέλεχος του HIV που ίσως μας μολύνει πιθανώς να είναι ανθεκτικό στα αντιρετροϊκά φάρμακα ή να είναι πιο επιθετικό. Συνεπώς, μπορεί ξαφνικά η αγωγή μας να σταματήσει να έχει αποτελέσματα επειδή ο νέος ιός μέσα μας θα έχει ήδη ανθεκτικότητα σε κάποια από τα φάρμακα που χρησιμοποιούμε.

Ακόμη κι αν είμαστε ήδη οροθετικοί, πρέπει να χρησιμοποιούμε προφυλακτικό όταν κάνουμε έρωτα με άλλα οροθετικά άτομα επειδή υπάρχει ο κίνδυνος της επιμόλυνσης. ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr))

**AIDS:** Ο όρος AIDS είναι ακρωνύμιο του αγγλικού όρου Acquired Immune Deficiency Syndrome. Ο αντίστοιχος όρος στα ελληνικά είναι Σ.Ε.Α.Α ή Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, ενώ απαντά και ως Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας ή Επίκτητη Ανοσιακή Ανεπάρκεια. Είναι το τελευταίο στάδιο της μόλυνσης από τον ιό HIV. Είναι η κατάσταση εκείνη όπου το ανοσοποιητικό σύστημα είναι εξαιρετικά εξασθενημένο και δεν μπορεί να καταπολεμήσει τις λοιμώξεις. Οι γιατροί έχουν πολύ συγκεκριμένα κριτήρια για να βγάλουν τη διάγνωση "AIDS". Έτσι είναι λάθος να λέμε ότι «έχει AIDS» για κάθε άνθρωπο που είναι μολυσμένος από τον ιό. Η σωστότερη ορολογία είναι «φορέας» του ιού HIV ή οροθετικός. ([www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm](http://www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm))



**ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ:** Ο οργανισμός του ανθρώπου διαθέτει μια τεράστια ποικιλία αμυντικών όπλων απέναντι στα χιλιάδες μικρόβια και τους μικροοργανισμούς που υπάρχουν στο περιβάλλον. Την άμυνα αυτή την έχει αναλάβει το ανοσοποιητικό σύστημα. ([www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm](http://www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm))

**ΦΟΡΕΑΣ/ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΣ:** Είναι το άτομο που έχει μολυνθεί με τον ιό, αλλά δεν έχει νοσήσει ακόμα (δηλ. δεν έχει παρουσιάσει κανένα σύμπτωμα). Λέγεται και HIV (+) άτομο ή οροθετικός για HIV. Το άτομο αυτό μεταδίδει τον ιό στους άλλους μέσω του σεξ, αίματος ή με τον τοκετό (περιγεννητική μετάδοση). ([www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm](http://www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm))

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ:** Είναι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη στιγμή της μόλυνσης, μέχρι: α. Την ορομετατροπή (την ανίχνευση δηλ. για πρώτη φορά των αντισωμάτων έναντι του ιού στο αίμα). Κατά μέσο όρο διαρκεί 3 μήνες. β. Την εμφάνιση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων γ. Την εμφάνιση του πλήρους συνδρόμου AIDS. Τα (β) και (γ) μπορεί να διαρκέσουν και χρόνια. ([www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm](http://www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm))

**ΟΜΑΔΕΣ «ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ»:** Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει τις ομάδες εκείνες του πληθυσμού, οι οποίες είναι περισσότερο εκτεθειμένες στον HIV. Αυτές ονομάζονται ομάδες «υψηλού κινδύνου». ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

**HIV ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ (ΤΕΣΤ):** Εξέταση αίματος με την οποία ελέγχονται τα αντισώματα για τον ιό HIV. Η εξέταση αυτή δείχνει αν κάποιος πάσχει από AIDS ή αν θα αναπτύξει AIDS στο μέλλον. Αν βρεθούν αντισώματα εναντίον του HIV στο αίμα τότε το άτομο είναι φορέας του HIV (ή «θετικός για τον HIV»).

**ΚΡΟΥΣΜΑ:** Ο ασθενής με AIDS

## 1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

### 1.2.1 ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ

Δεν είναι γνωστό πότε ακριβώς εμφανίστηκε το AIDS. Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι εμφανίστηκε κάποια στιγμή ανάμεσα στο 1926 και στο 1946, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που πιστεύουν ότι είχε μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη από το 1675 ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)). Στον άνθρωπο βρέθηκαν αντισώματα του AIDS σε δείγματα αίματος του 1959. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το ιατρικό περιοδικό Lancet, το σύνδρομο υπάρχει από το 1954 τουλάχιστον. Αυτό αποκαλύφθηκε από την επανεξέταση οργάνων ενός 25χρονου ναύτη από το Manchester, ο οποίος πέθανε το 1959 από μια «μυστηριώδη» ασθένεια. Τα όργανα του ναύτη είχαν φυλαχτεί γιατί η ασθένεια που τον οδήγησε στο θάνατο ήταν άγνωστη ([www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm](http://www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm)).

Οι επιστήμονες υποψιάζονταν ότι ο ιός HIV είχε κάποια σχέση με τα θηλαστικά της Αφρικής πολύ πριν αποδειχθεί η σχέση του με τους χιμπατζήδες. Η Beatrice Hahn του University of Alabama at Birmingham, η οποία εστιάζει τις έρευνές της στον HIV1, ανακοίνωσε κατά τη διάρκεια του 6<sup>ου</sup> Συνεδρίου για τους Ρετροϊούς και τις ευκαιριακές λοιμώξεις στο Σικάγο την προέλευση του ιού από τους χιμπατζήδες κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1940 ή στις αρχές του '50, σαν αποτέλεσμα της ευρείας βρώσης τέτοιου κρέατος από τους ανθρώπους. Άλλοι ερευνητές πιστεύουν ότι ο HIV1 μεταδόθηκε στον άνθρωπο όταν κυνηγοί εκτέθηκαν στο μολυσμένο αίμα ([www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm](http://www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm)).

Επίσης, κάποιοι άλλοι ερευνητές, πιστεύουν ότι ο ιός πέρασε στον άνθρωπο από ένα είδος πιθήκου της κεντρικής Αφρικής, μάλλον με τη σεξουαλική επαφή (Αβραμίδης, 1988). Υπάρχει και η άποψη του κοινωνιολόγου Anicet Kashamura, ο οποίος μέσα από το βιβλίο που έγραψε το 1973, ύστερα από μελέτη στα ήθη και στα έθιμα της φυλής Idjwi, περιγράφει ότι οι άνδρες και οι γυναίκες αυτής της φυλής που ζουν σ' ένα νησί της λίμνης Κίνυ, για να αυξήσουν την σεξουαλική τους ενεργητικότητα εμβολίαζαν με αίμα πράσινου πιθήκου τους μηρούς, την ηβική χώρα και τη ράχη τους. Οι άνδρες χρησιμοποιούσαν αίμα αρσενικού πιθήκου και οι γυναίκες θηλυκού. Συνεπώς η μόλυνση ήταν αιματογενής. (Δετοράκης- Κουτσούμπα, 1992) Σύμφωνα με τον Beil, ο Marx, του Tulane University Medical Center in N.

Orleans, βοήθησε στον εντοπισμό της προέλευσης του HIV2 σε ένα άλλο θηλαστικό, τον πίθηκο sooty mangabey. ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

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

Ακόμη δεν έχει δοθεί πλήρης εξήγηση στο φαινόμενο της έντονης εξάπλωσης της επιδημίας στην εποχή μας. Οι εκδοχές που υπάρχουν σύμφωνα με το Ινστιτούτο Παστέρ είναι κυρίως τρεις:

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

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

Όταν η Αμερικανική κυβέρνηση με σύντομη δημόσια ανακοίνωση ανέφερε μια παράξενη ασθένεια η οποία παρατηρήθηκε σε ομοφυλόφιλους άνδρες στο Λος Άντζελες, στις 5 Ιουνίου 1981, λίγοι άνθρωποι αντελήφθησαν το γεγονός. Τον Μάιο του 1983, πρώτος ο γάλλος Ζαν Λυκ Μοντανιέ και οι συνεργάτες του, του Ινστιτούτου Παστέρ στο Παρίσι, ανακοίνωσαν την απομόνωση του νέου ιού σε έναν ασθενή με λεμφαδενοπάθεια. Ένα χρόνο μετά, το 1984, ακολούθησε και ο αμερικάνος Ρόμπερτ Γκάλλο (Γκουρνέλη, 1992)

Τα πρώτα θύματα της νόσου από τη στιγμή που έγινε αντιληπτή στην Αμερική και στην Ευρώπη, ήταν νεαροί ομοφυλόφιλοι. Έτσι, οι επιστήμονες ονόμασαν αρχικά την ασθένεια Gay Syndrome ή νόσο των ομοφυλοφίλων. Σε κάποιες περιπτώσεις απάντησε και ως gay Cancer (καρκίνος των ομοφυλοφίλων) και ως Gay Plague (πανώλη των ομοφυλοφίλων). Λίγο αργότερα, άρχισε να επικρατεί η ονομασία GRID (Gay Related Immune Deficiency/ Ανοσολογική Ανεπάρκεια των Ομοφυλοφίλων) (internet). Οι επιδημιολογικές μελέτες που ακολούθησαν και τα συμπεράσματα στα οποία οδήγησαν τους επιστήμονες κατάστησαν τους παραπάνω όρους άχρηστους. Έτσι το 1985, μια διεθνής ομάδα επιστημόνων, αποφάσισε πως ο ιός πρέπει να

ονομάζεται Human Immunodeficiency Virus – HIV (ιός της ανοσοποιητικής ανεπάρκειας του ανθρώπου) (Derek Llewellyn –Jones, 1990).

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

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

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

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

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

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

Φαίνεται πως η επιστημονική πρόοδος δεν είναι αρκετή για την αναχαίτιση της επιδημίας. Η μορφή και η κλίμακα της επιδημίας εξαρτώνται από την κοινωνική ανισότητα και καθοδηγούνται από τις πολιτικές υποθέσεις και πρακτικές. Η ένδεια, η μεγάλη κλίμακα μετανάστευσης, ο πόλεμος, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες που δεν λαμβάνουν θεραπεία ευνοούν την επιδημία. ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

### 1.2.2 ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1926 -1946 ⇒ μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι ο HIV μεταδόθηκε στους ανθρώπους από τους πιθήκους στο διάστημα 1926 – 1946. Οι πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι ο HIV είχε πιθανότατα μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη το 1675. ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

1959 ⇒ σημειώθηκε ο πρώτος αποδεδειγμένος από τους ερευνητές θάνατος από AIDS. πρόκειται για το θάνατο ενός άνδρα που ήταν ναύτης στη χώρα που σήμερα ονομάζεται Κονγκό. ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

1969 ⇒ Ένας αфро-αμερικανός έφηβος από το St. Louis πεθαίνει από έναν ιό που μοιάζει με τον HIV. ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

1976 ⇒ Η οικογένεια ενός Νορβηγού ναύτη πεθαίνει εξαιτίας του HIV1.

1982 ⇒ Στις Η.Π.Α., οι ερευνητές του κέντρου ελέγχου ασθενειών, συνέδεσαν την ασθένεια με το αίμα. Χρησιμοποιείται για πρώτη φορά ο όρος AIDS.

1983 ⇒ Τον Μάιο, πρώτος ο γάλλος Ζαν Λυκ Μοντανιέ και οι συνεργάτες του, στο Ινστιτούτο Παστέρ στο Παρίσι, απομόνωσαν τον HIV. Επίσης, τον Οκτώβριο παρουσιάστηκε στην Ελλάδα το πρώτο της κρούσμα από έναν φοιτητή από τη Ζάμπια. Τέλος, τα αμερικανικά κέντρα ελέγχου των

ασθενειών προσθέτουν ψηλά στη λίστα επικινδυνότητας και τις γυναίκες συντρόφους των φορέων.

1984 ⇒ Ο αμερικάνος Ρόμπερτ Γκάλλο κατάφερε να απομονώσει και αυτός τον ιό HIV.

1985 ⇒ Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α. από την FDA (Food and Drug Administration / διεύθυνση διατροφής και φαρμάκων) το πρώτο τεστ ανίχνευσης των αντισωμάτων του HIV. Ξεκίνησε στις Η.Π.Α. και στην Ιαπωνία ο έλεγχος των προϊόντων αίματος. Πραγματοποιήθηκε η πρώτη διεθνής συνδιάσκεψη για το AIDS στην Ατλάντα των Η.Π.Α. ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

1986 ⇒ Ξεκίνησε και στη Σουηδία ο έλεγχος των προϊόντων αίματος. Ανακαλύφθηκε στο ινστιτούτο Παστέρ ο HIV2.

1987 ⇒ Η κυβέρνηση της Μεγάλης Βρετανίας ξεκινάει ειδική καμπάνια για την καταπολέμηση του ιού. Παράλληλα, εικόνες με την πριγκίπισσα Νταϊάνα να κρατάει στα χέρια της, ασθενείς με AIDS κάνουν το γύρω του κόσμου. (A:\25 χρόνια AIDS- Contra-gr-sports Web Center.htm)

Επίσης, στις 28 Σεπτεμβρίου εγκρίθηκε στις Η.Π.Α. το πρώτο αντι- HIV φάρμακο. Πρόκειται για το AZT (αζιθοθυμιδίνη) της εταιρείας Glaxo Wellcome. Οι Η.Π.Α. έκλεισαν τα σύνορά τους για τους προσβεβλημένους από τον ιό μετανάστες και τουρίστες. Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α. το πρώτο διαγνωστικό τεστ, το οποίο ανιχνεύει την παρουσία του HIV1 εντοπίζοντας κατευθείαν τις πρωτεΐνες ή τα αντιγόνα του ιού. ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

1988 ⇒ θεσμοθετείται η 1<sup>η</sup> Δεκεμβρίου ως η παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS.

1991 ⇒ Η κόκκινη κορδέλα καθιερώνεται ως το σύμβολο του AIDS (A:\25 χρόνια AIDS- Contra-gr-sports Web Center.htm). Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α. το γυναικείο προφυλακτικό. Ξεκινά στις Η.Π.Α. η κλινική δοκιμή συνδυασμού φαρμάκων κατά του ιού([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)). Σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας (WHO), 10 εκατομμύρια άνθρωποι είναι φορείς του ιού, στον οποίο οφείλονται οι περισσότεροι θάνατοι από οποιαδήποτε άλλη ασθένεια που εντοπίζονται σε άντρες ηλικίας από 25 ως 44 ετών. Επίσης, πεθαίνει από την ασθένεια ο θρυλικός σταρ του ροκ συγκροτήματος Queen, Freddie Mercury συγκλονίζοντας την παγκόσμια μουσική σκηνή ( A:\25 χρόνια AIDS- Contra-gr-sports Web Center.htm)

1995 ⇒ Εντοπίζεται ξέσπασμα στην ανατολική Ευρώπη κυρίως ανάμεσα σε χρήστες

ναρκωτικών ουσιών. Η πρώτη συνδυασμένη θεραπεία με την ονομασία HAART εγκρίνεται από τις Η.Π.Α. (A:\25 χρόνια AIDS- Contra-gr-sports Web Center.htm)

1996 ⇒ Ιδρύεται ο διεθνής οργανισμός για την καταπολέμηση της ασθένειας με το όνομα UNAIDS. (A:\25 χρόνια AIDS- Contra-gr-sports Web Center.htm)

1998 ⇒ ξεκινούν οι δοκιμές ενός εμβολίου – αντιδότη

2001 ⇒ πραγματοποιείται το Σεπτέμβριο στη Φιλαδέλφεια διάσκεψη με θέμα τα εμβόλια κατά του AIDS ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

2002 ⇒ Ιδρύεται ο Παγκόσμιος Οργανισμός για την καταπολέμηση των ασθενειών AIDS (A:\25 χρόνια AIDS- Contra-gr-sports Web Center.htm).

2003 ⇒ θετικά είναι τα πρώτα αποτελέσματα των ερευνών για το πολλά υποσχόμενο εμβόλιο με την ονομασία VAX.

2005⇒ Το G8, το συμβούλιο των ισχυρότερων κρατών του κόσμου, δεσμεύεται να προωθήσει την παγκόσμια πρόσβαση όλων σε θεραπευτικές μεθόδους. Περίπου 1,8 εκατομμύρια άνθρωποι που ζουν στις αναπτυσσόμενες χώρες έχουν πρόσβαση σε αυτές (A:\25 χρόνια AIDS- Contra-gr-sports Web Center.htm).

2006 ⇒ 38,6 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως είναι φορείς του ιού (A:\25 χρόνια AIDS- Contra-gr-sports Web Center.htm).

## 1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

### 1.3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η HIV λοίμωξη εξακολουθεί να αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας τόσο στον ανεπτυγμένο κόσμο όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Τα επιδημιολογικά δεδομένα, σε παγκόσμιο επίπεδο αλλά και στη χώρα μας, δεν επιτρέπουν κανένα εφησυχασμό ([www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr)).

Στην Ελλάδα, ο αριθμός των νέων μολύνσεων το 2006 αναμένεται να κυμανθεί στα ίδια ή ενδεχομένως και σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με το 2005, έτος κατά το οποίο σημειώθηκε η μεγαλύτερη αύξηση των τελευταίων ετών. Η σεξουαλική επαφή, κυρίως ανάμεσα σε άνδρες, αποτελεί τον κύριο τρόπο μετάδοσης της HIV λοίμωξης ενώ η ηλικιακή ομάδα των 25- 44 ετών, η οποία και συνιστά το παραγωγικό δυναμικό της ελληνικής κοινωνίας, παρουσιάζει την υψηλότερη συχνότητα HIV μολύνσεων.

Πιο αναλυτικά, το 2006 (μέχρι 31 Οκτωβρίου) δηλώθηκαν στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) 485 νέα περιστατικά HIV λοίμωξης, εκ των οποίων 391 (80,6%) ήταν άνδρες και 94 (19,4%) γυναίκες. Όσον αφορά τον τρόπο μετάδοσης, το 47% των περιπτώσεων ήταν άνδρες που είχαν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες, το 24,3% ετεροφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες ενώ δεν προσδιορίστηκε ο τρόπος μετάδοσης στο 24,3% των περιπτώσεων HIV λοίμωξης.

Η πλειονότητα των ανδρών ήταν ηλικίας 30- 34 ετών (24,6%) κατά τη στιγμή της δήλωσης ενώ στις γυναίκες προεξάρχουσα ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 35- 39 ετών (17%).

Το 2006 δηλώθηκαν στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και τρεις περιπτώσεις μετάδοσης του HIV μέσω μετάγγισης μολυσμένου αίματος. Σε δύο άτομα η μετάγγιση πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα ενώ το τρίτο περιστατικό μολύνθηκε στην αλλοδαπή.

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων, που έχουν δηλωθεί στην Ελλάδα από την αρχή της επιδημίας μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2006, ανέρχεται σε 8080, με τους άνδρες να υπερτερούν από πλευράς ποσοστού (79,9%). Η διαχρονική κατανομή των περιπτώσεων HIV λοίμωξης δείχνει μια μικρή αύξηση το 2003 και το 2004 συγκριτικά με το 2002. Το 2005, όμως, παρατηρήθηκε μια ιδιαίτερος σημαντική μεταβολή καθώς ο αριθμός των νέων μολύνσεων, που δηλώθηκαν ανά εκατομμύριο πληθυσμού, αυξήθηκε σχεδόν 25% συγκριτικά με το 2004.



Για τους μήνες Νοέμβριο και Δεκέμβριο του 2006, δεν έχει ολοκληρωθεί η συλλογή των δεδομένων. Λαμβάνοντας όμως υπόψη τη μηνιαία κατανομή των δηλώσεων εκτιμάται ότι ο αριθμός των νέων μολύνσεων, που θα δηλωθούν το 2006, θα είναι , κατά προσέγγιση, ο ίδιος ή πιθανώς υψηλότερος από τον αριθμό του 2005. Οι αναλογίες ως προς τον τρόπο μόλυνσης δείχνουν μια αξιοσημείωτη αύξηση το 2006 σε σχέση με το 2005 για τους άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άλλους άνδρες μετά από μία σταθεροποίηση που είχε παρατηρηθεί τα τελευταία έτη([www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr)).

Η επίπτωση του AIDS (ο αριθμός των νέων περιπτώσεων AIDS ανά έτος) μειώθηκε σημαντικά από το 1997 μέχρι το 2001, γεγονός το οποίο αποδίδεται στις νέες αντιρετροϊκές αγωγές. Είναι γεγονός πως, τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των νέων περιπτώσεων AIDS παραμένει χαμηλός, αν και το 2005 παρατηρείται μια μικρή αύξηση συγκριτικά με τα δύο προηγούμενα έτη. Χαμηλός παραμένει και ο αριθμός των θανάτων σε ασθενείς με AIDS.

Σύμφωνα με το UNAIDS, υπολογίζεται ότι το 2005 είχαμε παγκοσμίως 11.000 μολύνσεις την ημέρα, 95% των οποίων ήταν σε αναπτυσσόμενες χώρες, 1,500 σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 15 ετών ενώ από τις 10.000 μολύνσεις στους ενήλικες, οι μισές ήταν στις γυναίκες και το 40% σε νεαρά άτομα ηλικίας 15-24 ετών. Η υποσαχάριος Αφρική συνεχίζει να αποτελεί τη γεωγραφική περιοχή που έχει δεχτεί το μεγαλύτερο πλήγμα από την επιδημία του AIDS καθώς εκτιμάται ότι ζουν εκεί περίπου 24,5 εκατομμύρια άνθρωποι με HIV λοίμωξη. Στην Ευρωπαϊκή ήπειρο, ο υψηλότερος αριθμός νέων μολύνσεων διαπιστώθηκε στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, όπου κυριαρχεί η μετάδοση μέσω της ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών ουσιών ενώ στη Δυτική Ευρώπη, όπου ανήκει και η χώρα μας, η ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή αποτελεί τον κύριο τρόπο μετάδοσης του HIV([www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr)).

### 1.3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2006 στην Ελλάδα

- HIV οροθετικά άτομα (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS)

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS) που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2006 ανέρχεται σε 8080. Από αυτά τα 6456 (79,9%) ήταν άνδρες, τα 1574 (19,5%) γυναίκες, ενώ για ένα μικρό ποσοστό το φύλο δεν δηλώθηκε. Η κατανομή των περιστατικών HIV γίνεται διεθνώς με βάση το έτος δήλωσης. Λόγω της αναδρομικής συλλογής των δεδομένων η κατανομή των δηλώσεων ως προς το έτος δήλωσης έγινε ιεραρχικά χρησιμοποιώντας είτε την ημερομηνία δήλωσης HIV είτε την ημερομηνία έναρξης θεραπείας είτε την ημερομηνία δήλωσης AIDS είτε την ημερομηνία δήλωσης θανάτου, ανάλογα με τα διαθέσιμα στοιχεία κατά περίπτωση (πίνακας 1). Τα δεδομένα που προέρχονται από την καταγραφή των περιπτώσεων HIV θα πρέπει να ερμηνεύονται θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή καθώς δεν αντανακλούν πλήρως την επίπτωση της HIV λοίμωξης και επηρεάζονται από το χρόνο εξέτασης και από τις καθυστερήσεις στην δήλωση. Ενδεικτικά σημειώνεται ότι η υψηλή συχνότητα περιστατικών που παρουσιάζεται το έτος 1999, οφείλεται στη δήλωση μεγάλου αριθμού περιπτώσεων αναδρομικά, τα οποία όμως είχαν μολυνθεί στο παρελθόν ([www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr)).

Πίνακας 1

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά ετος δήλωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006 HIV infections by year of report and gender reported in Greece by 31/10/2006						
Ετος δήλωσης Year of report	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο * Total *	Συχνότητα ** Rate **
	N	%	N	%	N	
1984	7	(100,0)	0	(0,0)	7	(0,7)
1985	9	(90,0)	1	(10,0)	10	(1,0)
1986	39	(97,5)	1	(2,5)	40	(4,0)
1987	56	(87,5)	8	(12,5)	64	(6,4)
1988	103	(91,2)	6	(5,3)	113	(11,3)
1989	126	(86,3)	17	(11,6)	146	(14,5)
1990	192	(86,9)	27	(12,2)	221	(21,8)
1991	218	(83,8)	42	(16,2)	260	(25,5)
1992	265	(86,9)	40	(13,1)	305	(29,6)
1993	252	(84,3)	47	(15,7)	299	(28,7)
1994	197	(80,4)	48	(19,6)	245	(23,3)
1995	284	(85,5)	48	(14,5)	332	(31,3)
1996	347	(77,6)	100	(22,4)	447	(41,9)
1997	432	(83,4)	86	(16,6)	518	(48,2)
1998	520	(78,3)	122	(18,4)	664	(61,4)
1999	930	(78,7)	245	(20,7)	1181	(108,7)
2000	379	(77,0)	111	(22,6)	492	(45,1)
2001	306	(74,8)	100	(24,4)	409	(37,4)
2002	297	(75,0)	99	(25,0)	396	(36,1)
2003	328	(75,2)	106	(24,3)	436	(39,6)
2004	358	(79,9)	86	(19,2)	448	(40,6)
2005	420	(74,7)	140	(24,9)	562	(50,7)
31/10/2006	391	(80,6)	94	(19,4)	485	(43,6)
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>6456</b>	<b>(79,9)</b>	<b>1574</b>	<b>(19,5)</b>	<b>8030</b>	

\* Περιλαμβάνονται και τα περιπτώσιμα των οποίων το φύλο είναι άγνωστο  
\*\* Ανά εκατομμύριο πληθυσμού

\* Including cases of unknown gender  
\*\* Per million population

- Κατηγορία μετάδοσης

Η σεξουαλική επαφή αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης του HIV. Συγκεκριμένα, το 46,3% των περιπτώσεων HIV λοίμωξης ήταν άνδρες που δήλωσαν ότι μολύνθηκαν μέσω της σεξουαλικής επαφής με άλλους άνδρες ενώ το 23% ήταν άνδρες και γυναίκες που ανέφεραν ότι μολύνθηκαν μέσω της ετεροφυλικής σεξουαλικής επαφής. Η κατηγορία μετάδοσης παραμένει αδιευκρίνιστη σε ποσοστό 22,3% (πίνακας 2).

Στη συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται άτομα στα οποία δεν ήταν δυνατό να προσδιοριστεί ο τρόπος μετάδοσης ή αρνήθηκαν να δώσουν πληροφορία για το συγκεκριμένο θέμα ή πέθαναν ή χάθηκαν κατά τη διάρκεια της παρακολούθησής τους πριν αποσαφηνιστεί η πιθανή πηγή μόλυνσης. Αντίστοιχες περιπτώσεις παρατηρούνται και σε άλλες επιδημιολογικές εκδόσεις στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ.

Οι αναλογίες ως προς τον τρόπο μόλυνσης δείχνουν μια αξιοσημείωτη αύξηση το 2006 σε σχέση με το 2005 για τους άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άλλους άνδρες. Το σημαντικό, όμως, ποσοστό των «ακαθόριστων» περιπτώσεων πιθανότατα να εισάγει κάποιο σημαντικό σφάλμα στην εκτίμηση των τάσεων ως προς τον τρόπο μετάδοσης.

Σε σύνολο 1857 ατόμων που έχουν μολυνθεί μέσω της ετεροφυλικής σεξουαλικής επαφής, η πλειοψηφία είναι γυναίκες. Πρόκειται για τη μοναδική κατηγορία μετάδοσης στην οποία ο αριθμός των γυναικών υπερβαίνει τον αντίστοιχο των ανδρών ([www.keelrno.gr](http://www.keelrno.gr)).

## Πίνακας 2

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006 HIV infections by transmission group and gender reported in Greece by 31/10/2006							
Κατηγορία μετάδοσης	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο* - Total*		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφιλόφιλοι	3738	(57,9)	-	-	3738	(46,3)	Men who have sex with men (MSM)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	234	(3,6)	63	(4,0)	298	(3,7)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	219	(3,4)	15	(1,0)	234	(2,9)	Haemophiliacs/ Coagulation disorder
Μεταγγιζόμενοι	56	(0,9)	39	(2,5)	95	(1,2)	Transfusion recipients
Ετεροφιλόφιλοι	784	(12,1)	1067	(67,8)	1857	(23,0)	Heterosexuals
Κάθετη μετάδοση	28	(0,4)	24	(1,5)	53	(0,7)	Mother to child
Ακαθόριστοι	1397	(21,6)	366	(23,3)	1805	(22,3)	Undetermined
<b>Σύνολο</b>	<b>6456</b>	<b>(100,0)</b>	<b>1574</b>	<b>(100,0)</b>	<b>8088</b>	<b>(100,0)</b>	<b>Total</b>

\* Περιλαμβάνει και τις περιπτώσεις των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

\* Including cases of unknown gender

### - Ηλικιακές ομάδες

Η πλειοψηφία από τα δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα ήταν ηλικίας 25 έως 44 ετών κατά τη στιγμή της δήλωσης, ενώ η ηλικιακή ομάδα με τη μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες ήταν αυτή μεταξύ 30 και 34 ετών και στις γυναίκες η ομάδα των 25-29 ετών (πίνακας 3) ([www.keelrno.gr](http://www.keelrno.gr)).

Πίνακας 3

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006						
HIV infections by age group at report and gender reported in Greece by 31/10/2006						
Ομάδες ηλικιών Age group	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο * Total *	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 12 ετών - years old	47	(0,7)	28	(1,8)	75	(0,9)
13 - 14 « « «	15	(0,2)	3	(0,2)	18	(0,2)
15 - 19 « « «	59	(0,9)	24	(1,5)	83	(1,0)
20 - 24 « « «	341	(5,3)	135	(8,6)	479	(5,9)
25 - 29 « « «	971	(15,0)	339	(21,5)	1310	(16,2)
30 - 34 « « «	1304	(20,2)	280	(17,8)	1587	(19,6)
35 - 39 « « «	1133	(17,5)	216	(13,7)	1350	(16,7)
40 - 44 « « «	775	(12,0)	142	(9,0)	920	(11,4)
45 - 49 « « «	538	(8,3)	97	(6,2)	638	(7,9)
50 - 54 « « «	340	(5,3)	63	(4,0)	403	(5,0)
55 - 59 « « «	265	(4,1)	53	(3,4)	318	(3,9)
60 - 64 « « «	202	(3,1)	65	(4,1)	267	(3,3)
65 - 69 « « «	134	(2,1)	25	(1,6)	161	(2,0)
70 + « « «	95	(1,5)	14	(0,9)	109	(1,3)
Άγνωστη - Unknown	237	(3,7)	90	(5,7)	361	(4,5)
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>5456</b>	<b>(100,0)</b>	<b>1574</b>	<b>(100,0)</b>	<b>8080</b>	<b>(100,0)</b>

\* Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο \* including cases of unknown gender

- Συνολικός Αριθμός Περιπτώσεων AIDS

Ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2006, ανέρχεται σε 2741 εκ των οποίων 2327 (84,9%) ήταν άνδρες και 414 (15,1%) ήταν γυναίκες (πίνακας 4).

Η ερμηνεία των διαχρονικών τάσεων του AIDS πρέπει να γίνει υπό το πρίσμα δύο πολύ σημαντικών αλλαγών στην ιστορία της νόσου, δηλαδή την επέκταση των κριτηρίων για τη διάγνωση των περιπτώσεων AIDS το 1993 και την εισαγωγή των νέων συνδυασμένων θεραπειών (HAART) το 1996.

Η απότομη αύξηση που παρατηρείται τα έτη 1993-96 οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στον αυξημένο αριθμό κρουσμάτων ακριβώς λόγω της επέκτασης των κριτηρίων για τη διάγνωση της νόσου. Αντίθετα η μεγάλη μείωση στην επίπτωση του AIDS που παρατηρείται από το 1997 μέχρι το 2001 μπορεί να αποδοθεί στις νέες αντιρετροϊκές αγωγές. Ο αριθμός των νέων περιπτώσεων AIDS τα τελευταία έτη παραμένει χαμηλός. Ωστόσο το 2005 παρατηρείται μια μικρή αύξηση συγκριτικά με τα δύο προηγούμενα έτη. Εκτίμηση για το 2006 θα γίνει με την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων για το έτος ([www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr)).

#### Πίνακας 4

Περιπτώσεις AIDS κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006  
Cumulative AIDS cases by year of diagnosis and gender reported in Greece by 31/10/2006

Έτος διάγνωσης Year of diagnosis	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total	Συχνότητα * Rate*
	N	(%)	N	(%)	N	
1981	1	(100,0)	0	(0,0)	1	0,10
1982	2	(100,0)	0	(0,0)	2	0,20
1983	4	(100,0)	0	(0,0)	4	0,41
1984	5	(100,0)	0	(0,0)	5	0,51
1985	14	(100,0)	0	(0,0)	14	1,41
1986	25	(100,0)	0	(0,0)	25	2,51
1987	58	(90,6)	6	(9,4)	64	6,41
1988	66	(91,7)	6	(8,3)	72	7,19
1989	93	(86,9)	14	(13,1)	107	10,64
1990	126	(88,1)	17	(11,9)	143	14,13
1991	163	(88,1)	22	(11,9)	185	18,15
1992	167	(87,4)	24	(12,6)	191	18,51
1993	149	(87,1)	22	(12,9)	171	16,41
1994	184	(85,2)	32	(14,8)	216	20,55
1995	188	(87,0)	28	(13,0)	216	20,39
1996	193	(81,8)	43	(18,2)	236	22,11
1997	149	(85,6)	25	(14,4)	174	16,19
1998	109	(87,2)	16	(12,8)	125	11,57
1999	103	(79,2)	27	(20,8)	130	11,97
2000	113	(86,3)	18	(13,7)	131	12,01
2001	69	(74,2)	24	(25,8)	93	8,51
2002	81	(81,8)	18	(18,2)	99	9,03
2003	77	(81,9)	17	(18,1)	94	8,54
2004	73	(84,9)	13	(15,1)	86	7,79
2005	73	(75,3)	24	(24,7)	97	8,75
31/10/2006	42	(70,0)	18	(30,0)	60	5,40
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>2327</b>	<b>(84,9)</b>	<b>414</b>	<b>(15,1)</b>	<b>2741</b>	

\* ανά εκατ. πληθυσμού

\*per million population

#### - Κατηγορίες Μετάδοσης AIDS

Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης παραμένει η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών (56,8%) και ακολουθεί η ετεροφυλοφιλική (για άνδρες και γυναίκες) σεξουαλική επαφή (23,5%). Οι περιπτώσεις οι οποίες μολύνθηκαν μέσω των υπόλοιπων τρόπων μετάδοσης εμφανίζουν μικρά ποσοστά. Οι περιπτώσεις για τις οποίες δεν ήταν δυνατό να προσδιοριστεί ο πιθανός τρόπος μόλυνσης ανέρχονται στο 8,2% (πίνακας 5) ([www.keelrno.gr](http://www.keelrno.gr)).

## Πίνακας 5

Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006 Cumulative AIDS cases by transmission group and gender reported in Greece by 31/10/2006							
Κατηγορία μετάδοσης	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	1556	(66,9)	-	-	1556	(56,8)	Men who have sex with men (MSM)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	86	(3,7)	23	(5,6)	109	(4,0)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	116	(5,0)	5	(1,2)	121	(4,4)	Haemophiliacs/ Coagulation disorder
Μεταγγιζόμενοι	35	(1,5)	28	(6,8)	63	(2,3)	Transfusion recipients
Ετεροφυλόφιλοι	322	(13,8)	323	(78,0)	645	(23,5)	Heterosexuals
Κάθετη μετάδοση	12	(0,5)	11	(2,7)	23	(0,8)	Mother to child
Ακαθόριστοι	200	(8,6)	24	(5,8)	224	(8,2)	Undetermined
<b>Σύνολο</b>	<b>2327</b>	<b>100%</b>	<b>414</b>	<b>100%</b>	<b>2741</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>

### - Ηλικιακές ομάδες

Συσσώρευση των περιπτώσεων AIDS κατά το χρόνο διάγνωσης παρατηρείται στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 25 και 49 ετών με επίκεντρο την ηλικιακή ομάδα 30-34 ετών (πίνακας 6) ([www.keelrno.gr](http://www.keelrno.gr))

## Πίνακας 6

Περιπτώσεις AIDS, κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006 Cumulative AIDS cases by age group at diagnosis and gender reported in Greece by 31/10/2006						
Ηλικιακή ομάδα Age group	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 12 ετών - years old	23	(1,0)	13	(3,1)	36	(1,3)
13 - 14 ετών - years old	5	(0,2)	3	(0,7)	8	(0,3)
15 - 19 ετών - years old	18	(0,8)	6	(1,4)	24	(0,9)
20 - 24 ετών - years old	72	(3,1)	28	(6,8)	100	(3,6)
25 - 29 ετών - years old	278	(11,9)	69	(16,7)	347	(12,7)
30 - 34 ετών - years old	453	(19,5)	72	(17,4)	525	(19,2)
35 - 39 ετών - years old	431	(18,5)	66	(15,9)	497	(18,1)
40 - 44 ετών - years old	321	(13,8)	38	(9,2)	359	(13,1)
45 - 49 ετών - years old	233	(10,0)	30	(7,2)	263	(9,6)
50 - 54 ετών - years old	159	(6,8)	21	(5,1)	180	(6,6)
55 - 59 ετών - years old	109	(4,7)	21	(5,1)	130	(4,7)
60 - 64 ετών - years old	99	(4,3)	28	(6,8)	127	(4,6)
65 - 69 ετών - years old	62	(2,7)	7	(1,7)	69	(2,5)
70 + ετών - years old	34	(1,5)	5	(1,2)	39	(1,4)
Άγνωστη - Unknown	30	(1,3)	7	(1,7)	37	(1,3)
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>2327</b>	<b>(100,0)</b>	<b>414</b>	<b>(100,0)</b>	<b>2741</b>	<b>(100,0)</b>

- Ενδεικτικές νόσοι

Το 2006 (μέχρι τις 31 Οκτωβρίου), η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* αποτελεί τη συχνότερα εμφανιζόμενη ενδεικτική νόσο κατά τη διάγνωση των ασθενών με AIDS. Το σύνδρομο HIV απίσχυανσης παρουσιάζει συνολικά την υψηλότερη συχνότητα στις περιπτώσεις AIDS αφού ποσοστό 18% των περιστατικών (έφηβοι και ενήλικες) το έχουν εμφανίσει. Ακολουθούν σε συχνότητα, η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* και το σάρκωμα Καρσι. Στα παιδιά η συχνότερη ενδεικτική νόσος είναι η λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό, η HIV εγκεφαλοπάθεια και η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* (πίνακας 7). Τονίζουμε ότι τα ποσοστά αυτά αναφέρονται στο σύνολο των περιστατικών από την αρχή της επιδημίας μέχρι σήμερα ([www.keelrno.gr](http://www.keelrno.gr)).

Πίνακας 7

Ενδεικτικές νόσοι AIDS στους εφήβους/ενήλικες άνδρες και γυναίκες και στα παιδιά στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006									
AIDS indicative diseases in adult/adolescent men and women and children in Greece by 31/10/2006									
ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	Ανδρες		Γυναίκες		Σύνολο		Παιδιά		INDICATIVE DISEASE
	N=2304	%	N=401	%	N=2705	%	N=36	%	
HIV σύνδρομο απίσχυανσης	410	18	90	22	500	18	2	6	HIV wasting syndrome
Πνευμονία από <i>Pneumocystis carinii</i>	395	17	66	16	461	17	5	14	<i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia
Σάρκωμα Καρσι	322	14	18	4	340	13	0	0	Kaposi's sarcoma
HIV Εγκεφαλοπάθεια (Άνοια)	175	8	32	8	207	8	4	11	HIV encephalopathy (dementia)
Κοντιντίαση οισοφάγου	176	8	39	10	215	8	1	3	Candidiasis, esophageal
Πνευμονική φυματίωση*	158	7	39	10	197	7	0	0	Pulmonary tuberculosis *
Τοξοπλάσμωση εγκεφάλου	92	4	28	7	120	4	0	0	Toxoplasmosis of brain
Νόσος από τον ιό του απλού έρπητα	77	3	15	4	92	3	0	0	Herpes simplex virus disease
Αμφιβληστροειδίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό	61	3	10	2	71	3	1	3	Cytomegalovirus retinitis
Εξτραπνευμονική φυματίωση	61	3	16	4	77	3	0	0	Extrapulmonary tuberculosis
Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια	71	3	14	3	85	3	0	0	Progressive multifocal leukoencephalopathy
Λέμφωμα, μη καθοριζόμενο	59	3	1	0	60	2	0	0	Lymphoma, not specified
Πνευμονία υποτροπιάζουσα	62	3	14	3	76	3	0	0	Recurrent pneumonia
Νόσος από κυτταρομεγαλοϊό	53	2	13	3	66	2	5	14	Cytomegalovirus disease
Κρυπτοκόκκωση	55	2	12	3	67	2	0	0	Cryptococcosis
Ανοσοβλαστικό λέμφωμα	54	2	15	4	69	3	0	0	Immunoblastic lymphoma
Κρυπτοσποριδίωση	30	1	5	1	35	1	0	0	Cryptosporidiosis
Μυκοβακτηρίδια <i>avium</i> complex ή <i>M. kansasii</i>	26	1	5	1	31	1	0	0	<i>Mycobacterium avium</i> complex or <i>M. kansasii</i>
Σηψαιμία υποτροπιάζουσα από σαλμονέλλα	19	1	4	1	23	1	0	0	<i>Salmonella</i> septicæmia
Κοντιντίαση τραχείας, βρόγχων ή πνευμόνων	20	1	5	1	25	1	0	0	Candidiasis, of bronchi, trachea or lungs
Λέμφωμα Burkitt	20	1	7	2	27	1	3	8	Burkitt's lymphoma
Άλλα ή άτυπα μυκοβακτηρίδια	10	0	1	0	11	0	0	0	<i>Mycobacterium</i> , other or unidentified species
Πρωταπαθές λέμφωμα εγκεφάλου	11	0	3	1	14	1	0	0	Primary lymphoma of brain
Διηθητικός καρκίνος τραχήλου της μήτρας *			3	1	3	0			Invasive cervical cancer *
Ισοσπορίωση	2	0	0	0	2	0	0	0	Isosporiasis
Ιστοπλάσμωση	1	0	0	0	1	0	0	0	Histoplasmosis
Κοκκιδιοειδομυκητίαση	0	0	0	0	0	0	0	0	Coccidioidomycosis
Μικροβιακές λοιμώξεις, πολλαπλές ή υποτροπιάζουσες**							1	3	Multiple or recurrent bacterial infections**
Λεμφοειδής διάμεση πνευμονία**							1	3	Lymphoid interstitial pneumonia**
Επιχειματική λοίμωξη, μη καθοριζόμενη***	482	21	61	15	543	20	19	53	Opportunistic infections, not specified***

\* Για εφήβους/ενήλικες

\*\* Για τα παιδιά

\*\*\* Γνωστές από το 1993 άλλες οι λοιμώξεις κατατάσσονται σε αυτή την κατηγορία

\* In adults/adolescents

\*\* In children

\*\*\* Cases identified before 1993 were reported as not specified



- Θάνατοι σε άτομα με AIDS

Ο αριθμός των θανάτων με ασθενείς με AIDS που δηλώθηκαν το 2006 (μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2006) ανέρχεται σε 27 άτομα. Η μεγάλη πλειοψηφία των θανάτων ήταν σε άνδρες και αντανακλά τη μεγάλη αναλογία των ανδρών επί του συνόλου (πίνακας 20).

Η σημαντική μείωση στον αριθμό των θανάτων η οποία ξεκίνησε το 1997 οφείλεται στην εισαγωγή των νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων οι οποίες καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου ([www.keelrno.gr](http://www.keelrno.gr)).

Πίνακας 8

Δηλωθέντες θάνατοι σε ασθενείς με AIDS κατά έτος θανάτου και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006					
Deaths among AIDS cases by year of death and gender reported in Greece by 31/10/2006					
Έτος θανάτου Year of death	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο Total
	N	(%)	N	(%)	
1983	1	(100,0)	0	(0,0)	1
1984	6	(100,0)	0	(0,0)	6
1985	6	(100,0)	0	(0,0)	6
1986	10	(100,0)	0	(0,0)	10
1987	27	(90,0)	3	(10,0)	30
1988	32	(97,0)	1	(3,0)	33
1989	48	(92,3)	4	(7,7)	52
1990	62	(91,2)	6	(8,8)	68
1991	66	(90,4)	7	(9,6)	73
1992	97	(90,7)	10	(9,3)	107
1993	99	(91,7)	9	(8,3)	108
1994	132	(88,0)	18	(12,0)	150
1995	135	(89,4)	16	(10,6)	151
1996	129	(83,8)	25	(16,2)	154
1997	83	(84,7)	15	(15,3)	98
1998	57	(87,7)	8	(12,3)	65
1999	50	(82,0)	11	(18,0)	61
2000	57	(80,3)	14	(19,7)	71
2001	41	(82,0)	9	(18,0)	50
2002	32	(82,1)	7	(17,9)	39
2003	51	(86,4)	8	(13,6)	59
2004	24	(92,3)	2	(7,7)	26
2005	42	(85,7)	7	(14,3)	49
31/10/2006	25	(92,6)	2	(7,4)	27
Άγνωστο / Unknown	14	(73,7)	5	(26,3)	19
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>1326</b>	<b>(87,5)</b>	<b>187</b>	<b>(12,4)</b>	<b>1513</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

- 2.1 ΤΟ ΆΤΟΜΟ ΚΑΙ ΤΟ AIDS*
- 2.2 ΤΟ AIDS ΚΑΙ Η ΓΥΝΑΙΚΑ*
- 2.3 ΤΟ AIDS ΚΑΙ Ο ΆΝΔΡΑΣ*
- 2.4 ΤΟ AIDS ΚΑΙ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ*
- 2.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ*
- 2.6 ΜΟΝΟΓΑΜΙΑ*

## 2.1 ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΚΑΙ ΤΟ AIDS

Σύμφωνα με τον Ουίλι Παζίνι, σημαντικό κομμάτι της αλλαγής της νοοτροπίας των ανθρώπων είναι αναμφισβήτητα η πρόληψη.

Οι ομάδες που άλλαξαν πιο γρήγορα τη συμπεριφορά τους είναι πρώτα οι ομοφυλόφιλοι και ύστερα οι γυναίκες. Ακολουθούν με μεγαλύτερη απόσταση οι ετεροφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς.

Θέλοντας και μη, ακόμη και οι πιο νέοι είναι αναγκασμένοι να αλλάξουν την συμπεριφορά τους, να παραιτηθούν από το να ζήσουν τη σεξουαλικότητα σαν μια παιχνιδιάρικη συνάντηση ενώ η συναισθηματική τους εκπαίδευση καταλήγει έντονα εξαρτημένη.

Μερικοί νέοι καταφεύγουν στον αυνανισμό, άλλοι πάλι πιο ντροπαλοί και ανήσυχοι, χρησιμοποιούν το aids σαν πρόφαση για να περιορίσουν την κοινωνικοποίησή τους και να παραιτηθούν από την συνεύρεσή τους με το άλλο φύλο.

Εκεί όμως που το aids προκάλεσε τις πιο βαριές και ανυπολόγιστες ζημιές, είναι κυρίως στον κόσμο του φαντασιακού. Εκεί που ο έρωτας παρέπεμπε στο παιχνίδι, την επικοινωνία και το αναπάντεχο, ξαφνικά παρεμβλήθηκε το φάντασμα του θανάτου, μερικές φορές κάτω από την γελοία εμφάνιση ενός προφυλακτικού.

Περιμένοντας την ανακάλυψη ενός εμβολίου ή μιας αποτελεσματικής θεραπείας, όλοι μας πρέπει να αντιμετωπίσουμε την αλλαγή των σεξουαλικών μας συνηθειών. Όταν η ζωή βρίσκεται σε κίνδυνο πρέπει να βάζουμε μέσα σε παρένθεση την ποιότητα της ζωής ακόμα και της σεξουαλικής (Ουίλι Παζίνι, 1990).

## 2.2 ΤΟ AIDS ΚΑΙ Η ΓΥΝΑΙΚΑ

Ο ιός του AIDS μπορεί να μεταδοθεί με τέσσερις κυρίως τρόπους:

- § Όταν ένα μολυσμένο άτομο έρχεται σε σεξουαλική επαφή με ένα υγιή άτομο, χωρίς να παίρνει προφυλάξεις(χρήση προφυλακτικού)
- § Όταν γίνεται κοινή χρήση μολυσμένων βελονών ή συριγγών
- § Όταν μεταγγιστεί μολυσμένο αίμα ή παράγωγα αίματος
- § Όταν μια μολυσμένη γυναίκα μείνει έγκυος, μπορεί να μεταδώσει τον ιό στο παιδί της πριν τον τοκετό, κατά την διάρκεια του τοκετού ή μετά τον θηλασμό.(Δετοράκης, Κουτσούμπα,1992)

Όπως αναφέραμε πιο πάνω το AIDS μπορεί να μεταδοθεί κυρίως με την σεξουαλική επαφή. Επομένως και οι γυναίκες μπορεί να είναι φορείς της νόσου. Δηλαδή μπορούν να μολυνθούν , όπως και να μολύνουν άλλους ανθρώπους. Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να λαμβάνουν μέτρα προφύλαξης για να μην γίνονται η αιτία θανάτου και άλλων ανθρώπων.

Παρακάτω θα αναφέρουμε τις γυναίκες εκείνες που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να μολυνθούν και να μολύνουν σύμφωνα με τον Ι. Δετοράκη και την Δ. Κουτσούμπα:

- § Γυναίκες που έχουν σύντροφο που έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS
- § Ιερόδουλες
- § Γυναίκες που έχουν σχέσεις με αμφισεξουαλικούς άνδρες
- § Γυναίκες που χρησιμοποιούν κοινές βελόνες ή σύριγγες για να κάνουν χρήση ναρκωτικών

Παλαιότερα υπήρχε ο κίνδυνος γυναίκες που έχουν μείνει έγκυες με εξωσωματική γονιμοποίηση να έχουν μολυνθεί εξαιτίας μολυσμένου σπέρματος. Στις μέρες μας ο κίνδυνος αυτός έχει εκλείψει, γιατί όλοι οι δότες ελέγχονται. Ωστόσο, σωστό θα ήταν η γυναίκα που αποφάσισε να κάνει εξωσωματική γονιμοποίηση να απαιτήσει από το γιατρό της, να εξετάσει το αίμα του δότη για αντισώματα έναντι του ιού του AIDS. (Δετοράκης, Κουτσούμπα, 1992)

### ***Πως μπορούν να προφυλάσσονται παρ' όλ' αυτά οι γυναίκες από το AIDS***

- § Αποφυγή σχέσεων με αμφισεξουαλικούς άνδρες
- § Αποφυγή κοινής χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών
- § Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με άτομα που έχουν πολυγαμικές σχέσεις

§ Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με άτομα, των οποίων δεν γνωρίζουν την κατάσταση της υγείας τους και το παρελθόν τους

§ Αποφυγή σεξουαλικής επαφής χωρίς χρήση προφυλακτικού όταν υπάρχουν εφήμερες σχέσεις

(Δετοράκης, Κουτσούμπα, 1992)

### ***Πως μια γυναίκα φορέας του aids προστατεύει τους γύρω της***

Εφόσον μια γυναίκα φορέας του AIDS ενδέχεται να μπορεί να μεταδώσει τη νόσο και σε άλλους, θα πρέπει:

- Εάν υπάρχει μόνιμος ερωτικός σύντροφος να τον ενημερώσει για την κατάσταση της υγείας της
- Να χρησιμοποιεί σε κάθε σεξουαλική επαφή προφυλακτικό
- Να μην έχει σεξουαλικές επαφές κατά την διάρκεια της περιόδου της
- Να διπλώνει προσεκτικά το ταμπόν και τις σερβιέτες και να τις πετάει στα σκουπίδια ή ακόμα καλύτερα να τις καίει
- Να προσέχει να μην χρησιμοποιούν άλλοι τις δικές τις ξυριστικές μηχανές, οδοντόβουρτσες και άλλα είδη που μπορεί να έχουν μολυνθεί από τα υγρά του σώματός της
- Να μην μείνει ποτέ έγκυος. Εάν όμως βρεθεί σε κατάσταση εγκυμοσύνης, θα πρέπει να συμβουλευτεί τον γιατρό της, για το αν θα πρέπει να θηλάσει το μωρό της, διότι ο ιός έχει ανιχνευθεί και στο μητρικό γάλα.
- Να ενημερώσει το νοσηλευτικό, ιατρικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας της όταν πρόκειται να νοσηλευτεί

(Δετοράκης, Κουτσούμπα, 1992)

### ***Ο κίνδυνος που διατρέχει μια γυναίκα που ζει σε οικογένεια, στην οποία κάποιο μέλος της έχει AIDS***

Μια γυναίκα που ζει σε οικογένεια στην οποία κάποιο μέλος της έχει AIDS, δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο, όταν η σχέση που έχει με το μολυσμένο άτομο είναι φιλική, αδελφική ή πατρική.

Σε όλες τις έρευνες που έχουν γίνει, σε άτομα που ζουν καθημερινά με ασθενείς αυτής της νόσου, σε καμία δεν έχει βρεθεί άτομο που να έχει προσβληθεί από τον ιό του aids. Οι ίδιες έρευνες έδειξαν ότι οι γονείς που μολύνθηκαν μετά την γέννηση των

παιδιών τους δεν έχουν μεταδώσει την νόσο, και ακόμα ότι το παιδί που γεννήθηκε από μολυσμένο γονιό και δεν μολύνθηκε, στην συνέχεια δεν ακολούθησε θηλασμός.

Επίσης αδέρφια μεταξύ τους δεν έχουν κίνδυνο προσβολής

Η γυναίκα που εκτελεί χρέη νοσοκόμας μέσα στην οικογένεια(κάνει ενέσεις, νοσηλεύει ασθενείς στην οικογένεια) δεν διατρέχει κίνδυνο αν κατά την νοσηλεία χρησιμοποιεί πλαστικά γάντια μιας χρήσης.

Όταν η σχέση με το μολυσμένο άτομο που συζεί είναι ερωτική τότε θα πρέπει πάντα ο ερωτικός σύντροφος να χρησιμοποιεί προφυλακτικό κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής και η γυναίκα να αποφεύγει γενικότερα το ενδεχόμενο εγκυμοσύνης. (Δετοράκης, Κουτσούμπα, 1992)

### ***Η πιθανότητα μόλυνσης που έχουν οι γυναίκες που εργάζονται σε υπηρεσίες υγείας***

Το προσωπικό Υγείας που ασχολείται με τα υγρά του σώματος, όπως το αίμα, το σπέρμα, το τραχηλικό έκκριμα, τα ούρα, τα κόπρανα και το σάλιο των ασθενών, βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο προσβολής. Για το λόγο αυτό είναι προς όφελός τους και υποχρέωσή τους να λαμβάνουν τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα προφύλαξης για τα οποία μπορούν να πληροφορηθούν και να ενημερωθούν σωστά από τα Κέντρα Ελέγχου και Αναφοράς του AIDS.

Θα πρέπει να σημειωθεί πως αρκετά άτομα που εργάζονται σε νοσοκομεία και έρχονται σε επαφή καθημερινά με μολυσμένα άτομα, έχουν τρυπηθεί με βελόνες αλλά κανείς δεν έχει μολυνθεί με τέτοιου είδους ατυχήματα.

### ***Οι γυναίκες και η εξέταση του AIDS***

Μια γυναίκα που είναι μονογαμική, χωρίς να έχουν εξωσυζυγικές σχέσεις αυτή και ο σύντροφός της δεν διατρέχουν κανένα κίνδυνο μόλυνσης.

Όμως , ακόμη και μια μόνο επιπόλαιη σεξουαλική επαφή με διαφορετικό σύντροφο χωρίς να ληφθούν οι απαραίτητες προφυλάξεις, είναι αρκετή για να της στερήσει τη ζωή, αφού οι γυναίκες μολύνονται πιο εύκολα σε σχέση με τους άντρες κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Σε μια τέτοια περίπτωση θα πρέπει να κάνει μια εξέταση για aids. Επίσης καλό θα ήταν να επισκεφτεί ένα Κέντρο Ελέγχου και Αναφοράς του AIDS, όπου εκεί η εξέταση

γίνεται δωρεάν και υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό να της λύσει οποιαδήποτε απορία έχει για το AIDS. (Δετοράκης, Κουτσούμπα, 1992)

### ***Πόσο επικίνδυνο είναι να κολλήσουν οι ομοφυλόφιλες γυναίκες AIDS***

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι ο ιός τους AIDS μπορεί να μεταδοθεί από μια μολυσμένη γυναίκα (οροθετική) σε άλλη με την σεξουαλική επαφή. Θα πρέπει όμως να αποφεύγεται η ερωτική επαφή με την γυναίκα που έχει περίοδο και είναι μολυσμένη με τον ιό του AIDS (Δετοράκης, Κουτσούμπα, 1992).

## **2.3 ΤΟ AIDS ΚΑΙ Ο ΑΝΔΡΑΣ**

Όσο περνούν τα χρόνια, η μετάδοση του ιού του aids συνεχώς εξαπλώνεται στις γυναίκες. Παρ' όλ' αυτά οι άνδρες είναι αυτοί που εξακολουθούν να αποτελούν την πλειοψηφία των ατόμων σε αυτήν την λοίμωξη και να είναι στο επίκεντρο της επιδημίας.

Αυτό συμβαίνει διότι υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι για τους οποίους η Παγκόσμια Εκστρατεία για το aids επικεντρώνεται στους άνδρες και τους εφήβους, τους οποίους θα αναφέρουμε παρακάτω:

- ◆ Οι άνδρες που ανακαλύπτουν ότι έχουν προσβληθεί από τον HIV συχνά αντιμετωπίζουν την λοίμωξη, με μικρότερη επιτυχία απ' τις γυναίκες και αυτό γιατί στο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι άνδρες έχουν λιγότερες πιθανότητες να απευθυνθούν σε κάποιον εξειδικευμένο ιατρό σε σύγκριση με τις γυναίκες. Εξαίρεση φαίνεται να αποτελούν οι χώροι όπου ο HIV μεταδίδεται μέσω του sex μεταξύ ανδρών και όπου υπάρχουν ειδικά δίκτυα υποστήριξης για ομοφυλόφιλους.
- ◆ Οι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να ακολουθήσουν συμπεριφορές όπως κατανάλωση αλκοόλ, χρήση παράνομων ουσιών, απρόσεκτη οδήγηση που τους οδηγούν πιο εύκολα σε μη ασφαλές sex.
- ◆ Σε πολλούς πολιτισμούς οι γυναίκες είναι εξαναγκασμένες να είναι σεξουαλικά πιστές, σε έναν σύντροφο ή σύζυγο, σε αντίθεση με τον τελευταίο, ο οποίος επιτρέπεται ή και ενθαρρύνεται να έχει σεξουαλικές

σχέσεις με άλλες γυναίκες, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο, που διατρέχουν οι ίδιοι και οι σύντροφοί τους να προσβληθούν από τον HIV.

Μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είχαν δείξει ότι οι άνδρες είχαν μεγαλύτερο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων απ' ό,τι οι γυναίκες. Η συμπεριφορά αυτή ισχύει σε όλους τους πολιτισμούς. Αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς είναι να πλήττονται κυρίως οι γυναίκες, οι οποίες εκτός των άλλων βρίσκονται σε μειονεκτική θέση λόγω της μεγαλύτερης οικονομικής και κοινωνικής δύναμης των ανδρών όπως και λόγω των μη ισότιμων σχέσεων μεταξύ των δυο φύλων. Οι άνδρες είναι αυτοί που αποφασίζουν γενικά πότε και με ποιόν θα έχουν σεξουαλική επαφή και αν θα χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό. Αυτό αφήνει στις γυναίκες μικρό ή καθόλου έλεγχο σχετικά με την έκθεσή τους στον ιό. (Ελληνικά Αρχεία AIDS, 2000)

Οι παρακάτω παράγοντες συνθέτουν κατά κύριο λόγο τον κίνδυνο που διατρέχουν οι γυναίκες σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι :

- Είναι η μυστικότητα που περιβάλλει την ανδρική απιστία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών δεν αναφέρουν στις συζύγους ή μόνιμες συντρόφους τους, τις εξωσυζυγικές τους επαφές και υπάρχει περίπτωση να αντιδράσουν με θυμό ή και με βία αν ερωτηθούν ή τους ζητηθεί να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικά
- Ο κίνδυνος αυξάνεται επίσης με το στιγματισμό και την ντροπή που περιβάλλουν το aids
- Οι παραδοσιακές αντιλήψεις οι οποίες θεωρούν ότι οι άνδρες θα πρέπει να ριψοκινδυνεύουν, να έχουν συχνά σεξουαλικές επαφές και να ασκούν εξουσία στις γυναίκες. Όπως επίσης και ότι οι άνδρες θα πρέπει να επιβάλλουν την σεξουαλική επαφή σε απρόθυμους συντρόφους, να απορρίπτουν τη χρήση προφυλακτικού και την επιδίωξη ασφάλειας ως μη ανδρική συμπεριφορά και να αντιμετωπίζουν τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ως κίνδυνο που αξίζει να διατρέξουν

Οι παραπάνω παράγοντες αποθαρρύνουν τη συζήτηση στα ζευγάρια σχετικά με την πρόληψη της μετάδοσης της HIV λοίμωξης.

Η ρίζα του κακού αυτής της συμπεριφοράς βρίσκεται στην ευρύτερη κουλτούρα και στην οικογένεια. Τα αγόρια ενθαρρύνονται να μιμούνται στάσεις και συμπεριφορές των μεγαλύτερων αγοριών και ανδρών και αποθαρρύνονται να μιμούνται κορίτσια και γυναίκες. Τα αγόρια που βλέπουν τον πατέρα τους και τους άλλους άνδρες να εκδηλώνουν βίαιη συμπεριφορά απέναντι στις γυναίκες τους ή να



τους φέρονται σαν σκεύη ηδονής, μπορεί να οδηγηθούν στο συμπέρασμα ότι αυτοί είναι μια φυσιολογική ανδρική συμπεριφορά, την οποία θα έπρεπε να μιμηθούν.

Εκτός των προηγούμενων θα πρέπει να αναφερθεί ότι το sex χωρίς προφύλαξη μεταξύ των ανδρών θέτει σε κίνδυνο τόσο τους ίδιους όσο και τις γυναίκες. Πολλοί άνδρες που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με άνδρες, έχουν σεξουαλική επαφή και με γυναίκες-τις συζύγους τους ή με περιστασιακές ή σταθερές συντρόφους. Η εχθρικότητα και οι λανθασμένες απόψεις για το sex μεταξύ των ανδρών είχαν ως αποτέλεσμα την αντίληψη ανεπαρκών μέτρων πρόληψης της λοίμωξης σε πολλές χώρες. Επίσης η σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βία βοηθά στην εξάπλωση της λοίμωξης επειδή αποτρέπει τη συζήτηση σχετικά με την πρόληψη.

Έχει επίσης αποδειχτεί ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και την μετάδοση του HIV. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένου και του αλκοόλ σχετίζεται επίσης με την ασφαλής σεξουαλική δραστηριότητα που μπορεί να οδηγήσει σε λοίμωξη από τον HIV. Σε όλο τον κόσμο οι άνδρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να κάνουν χρήση ουσιών. (Ελληνικά Αρχεία AIDS, 2000)

## **2.4 ΤΟ AIDS ΚΑΙ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ**

Το aids έφερε τις πιο ριζικές αλλαγές στις σχέσεις των ζευγαριών. Πολυάριθμες έρευνες που έχουν γίνει έχουν αποκαλύψει ότι η συμπεριφορά του ζευγαριού έχει αλλάξει μετά την εξάπλωση του aids.

Κατά κύριο λόγο:

- έχει αυξηθεί η χρήση του προφυλακτικού
- έχει μειωθεί ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων
- έχουν βρεθεί νέες μορφές σεξουαλικής ικανοποίησης
- απαιτείται τεστ ανίχνευσης του ιού
- έδωσε τέλος σε μεγάλο ποσοστό στη μοιχεία
- δημιούργησε αμοιβαία δυσπιστία στο ζευγάρι

(Ουίλι Παζίνι, 1990)

## 2.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

Μέχρι πρόσφατα οι ομοφυλοφιλικές σχέσεις ήταν ταμπού. Έλεγαν στους άνδρες και στις γυναίκες ότι οι ομοφυλοφιλικές τάσεις τους ήταν απαράδεκτες, μια ανώμαλη μορφή ανθρωπίνης σεξουαλικότητας. Το aids δυστυχώς ξυπνάει την ανάμνηση πολλών συμβουλών αποφυγής του τύπου σεξ που φαίνεται πιο φυσικός και ευχάριστος.

Από τη μια πλευρά μερικά άτομα ζητάνε από τους ομοφυλόφιλους άντρες να διακόψουν κάθε σεξουαλική σχέση ή να γίνουν μονογαμικοί. Από την άλλη υπάρχει και η οπισθοδρομική άποψη ότι οι ομοφυλόφιλοι απελευθερώνονται στα μπαρ και τα χαμάμ.

Βέβαια υπάρχει και η μέση λύση. Μπορούμε να παίρνουμε τις απαραίτητες προφυλάξεις με αποτέλεσμα να ελαχιστοποιούμε το κίνδυνο εξάπλωσης του aids και των άλλων ασθενειών που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή. Μια εξαιρετικά ανησυχητική πλευρά του aids είναι ότι μπορεί να μεταδοθεί στη διάρκεια μιας μεγάλης και αργής περιόδου επώασης, όταν ένα άτομο μπορεί να μην έχει καθόλου συμπτώματα αρρώστιας. (Ken Mayer, MD-Hank Pizer, 1987)

## 2.6 ΜΟΝΟΓΑΜΙΑ

Σύμφωνα με τους Ken Mayer και Hank Pizer έχουν γίνει αρκετές συζητήσεις μεταξύ των ομοφυλόφιλων για την πολιτική σημασία της μονογαμίας. Μερικά άτομα βλέπουν τις σεξουαλικά αποκλειστικές σχέσεις σαν μια προσβολή ενάντια στην αδελφοσύνη της ομοφυλοφιλίας. Άλλοι θεωρούν την μονογαμία ή την έλλειψή της καθαρά θέμα προσωπικής επιλογής.

Στο παρελθόν οι αρρώστιες που μεταδίδονταν με την σεξουαλική επαφή, και ιδιαίτερα η σύφιλη, είχαν φοβερές ιατρικές και ψυχιατρικές συνέπειες. Μερικά από τα αυστηρά κοινωνικά ήθη σχετικά με το σεξ μπορεί να είναι αποτέλεσμα αυτής της εμπειρίας του παρελθόντος.

Το aids έχει ξαναφέρει το θέμα της μονογαμίας στην επικαιρότητα. Οι ιατρικές ενδείξεις δείχνουν ότι πιθανόν η αλλαγή πολλών σεξουαλικών συντρόφων αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την απόκτηση aids. Η σεξουαλικότητα είναι θέμα

ώριμης επιλογής, που πρέπει να βασίζεται στην επίγνωση του κινδύνου. Το aids, δεν σημαίνει ότι οι άνθρωποι πρέπει να είναι αναγκαστικά μονογαμικοί, αλλά σημαίνει ότι η σεξουαλική δραστηριότητα συνεπάγεται ορισμένους κινδύνους. Αυτή η ανησυχία είναι δικαιολογημένη, γιατί το aids μπορεί να έχει μεγάλη περίοδο επώασης.

Αλλά δεν είναι αυτός ο μοναδικός λόγος για να διαλέξουμε την μονογαμία ή τους πολλούς συντρόφους. Υπάρχουν πολλά ζητήματα στις στενές σχέσεις: αγάπη, ασφάλεια, εμπιστοσύνη, αφοσίωση, σχέδια για το μέλλον. Μ' άλλα λόγια, αν και η μονογαμία είναι μια κοινωνική και πολιτική απόφαση, είναι μια απόφαση που πρέπει να παίρνεται κάτω από το φως των πολλών παραγόντων που επηρεάζουν τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα των ομοφυλόφιλων. Το aids είναι ένας από τους παράγοντες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

- 3.1 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ HIV
- 3.2 ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
- 3.3 ΦΟΡΕΑΣ/ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΣ ΤΟΥ AIDS
- 3.4 ΜΕΤΑΔΟΣΗ
- 3.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
- 3.6 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ
- 3.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ
- 3.8 ΤΕΣΤ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ AIDS
- 3.9 ΕΜΒΟΛΙΟ

### 3.1 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ HIV

HIV σημαίνει Human Immunodeficiency Virus, δηλαδή Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας. Ο HIV είναι ένας ιός που μπαίνει στο ανθρώπινο σώμα και προσβάλλει μια συγκεκριμένη κατηγορία κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος, τα T4 λεμφοκύτταρα. Τα κύτταρα αυτά είναι σημαντικά για την άμυνα του οργανισμού απέναντι σε κάθε είδους εισβολέα (μικρόβια, ιούς, μύκητες, παράσιτα). Τα κύτταρα αυτά σιγά-σιγά καταστρέφονται από τον HIV και όταν πέσουν κάτω από ένα όριο ασφαλείας ο οργανισμός μένει απροστάτευτος ακόμα και σε παθήσεις που σε υγιείς ανθρώπους δεν δημιουργούν κανένα πρόβλημα.

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

Ο HIV μολύνει, δηλαδή ενσωματώνεται δια βίου στο γενετικό τους υλικό, τα κύτταρα με CD4 υποδοχείς, δηλαδή τα T4 λεμφοκύτταρα, τα μονοκύτταρα-μακροφάγα, τα κύτταρα του Langerhans και ομάδα νευρογλοιακών κυττάρων του κεντρικού νευρικού συστήματος και του νωτιαίου μυελού. Κατά τη διάρκεια της τυπικής εξέλιξης της λοίμωξης τα T-βοηθητικά κύτταρα (T-helper cells), τα οποία έχουν υποδοχείς κύτταρα CD4 (Cluster Destination 4), αδρανοποιούνται και καταστρέφονται. Τα κύτταρα αυτά είναι ζωτικής σημασίας για την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού καθώς δίνουν σήμα σε άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος να διαδραματίσουν τις ιδιαίτερες λειτουργίες τους. Ένα υγιές άτομο συνήθως έχει 800 έως 1200 CD4+T κύτταρα ανά κυβικό χιλιοστό (mm) αίματος. Κατά τη διάρκεια της λοίμωξης HIV, ο αριθμός αυτών των κυττάρων στο αίμα του

προσβεβλημένου ατόμου μειώνεται προοδευτικά. Όταν ο αριθμός τους πέσει κάτω από 200 ανά κυβικό χιλιοστό, ο άνθρωπος γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος στις ευκαιριακές λοιμώξεις και τους καρκίνους που χαρακτηρίζουν το AIDS, το τελικό στάδιο της νόσου HIV([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)) .

Ο κύκλος ζωής του HIV περιλαμβάνει εννέα φάσεις μέχρι το στάδιο της ωρίμανσής του. Οι φάσεις αυτές είναι:

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

Δύο ξεχωριστοί τύποι του HIV έχουν εντοπισθεί μέχρι τώρα. Ο HIV1 είναι ο ιός που ευθύνεται κατά κύριο λόγο για την παγκόσμια επιδημία του AIDS. Το γενετικό υλικό του είναι σημαντικά διαφορετικό από εκείνο του HIV2, έτσι είναι δύσκολο να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι προήλθε από αυτόν με απλή μετάλλαξη([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

### 3.2 ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι ομάδες «υψηλού κινδύνου» περιλαμβάνουν:

- Ομοφυλόφιλους άνδρες
- Αμφιφυλόφιλους άνδρες
- Ετεροφυλόφιλα άτομα που έχουν συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων
- Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών που χρησιμοποιούν τις ίδιες σύριγγες με άλλους
- Αποδέκτες αίματος και προϊόντων αίματος, όπως αιμοφιλικοί και πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, καθώς και άτομα που υπέστησαν μετάγγιση αίματος

προτού εφαρμοσθεί ο εργαστηριακός έλεγχος του αίματος και των προϊόντων του

- Άτομα που είχαν εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα άτομα προερχόμενα από χώρες στις οποίες η λοίμωξη και νόσος HIV παρουσιάζει έξαρση
- Άτομα που έχουν εκτεθεί στον ιό κατά τη διάρκεια ιατρικών ή χειρουργικών πρακτικών όπου παραβιάστηκαν οι κανόνες υγιεινής
- Οι σεξουαλικοί σύντροφοι των ατόμων των παραπάνω κατηγοριών
- Οι μητέρες που είναι οροθετικές.
- Επαγγελματίες του χώρου της υγείας που η ειδικότητά τους απαιτεί μεγάλη έκθεση στον HIV
- Όλοι όσοι θεωρούν ότι ίσως έχουν εκτεθεί στον ιό (θύματα βιασμού, σεξουαλικά)
- Άτομα που τα οποία οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι ίσως έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (π.χ. σεξουαλικά δραστήριοι έφηβοι)
- Άτομα που βρίσκονται σε οποιοδήποτε στάδιο ασθένειας που συνδέεται με τη λοίμωξη.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

Στη συνέχεια αναλύουμε ορισμένες από τις παραπάνω ομάδες τις οποίες συναντάμε συχνότερα.

Αρχικά πιστεύαμε πως οι ομοφυλόφιλοι αντιπροσωπεύουν την ομάδα υψηλότερου κινδύνου. Στην συνέχεια όμως, στο δυτικό κόσμο τουλάχιστον η θλιβερή πρωτιά πέρασε στους τοξικομανείς που χρησιμοποιούσαν ενέσιμα ναρκωτικά, δηλαδή στους χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών(Ουίλι Παζίνι,1990). Λόγω των αλλαγών στην σεξουαλική συμπεριφορά των ομοφυλόφιλων και των αμφιφυλόφιλων ανδρών και λόγω της συνεχιζόμενης διασποράς του ιού μέσω ετεροφυλόφιλου σεξ, το ποσοστό των συνολικών περιπτώσεων των ομοφυλόφιλων και των αμφιφυλόφιλων ανδρών έχει σταδιακά μειωθεί. Αλλά το ποσοστό των συνολικών περιπτώσεων άλλων ομάδων, όπως των χρηστών ενδοφλέβιων ουσιών, των γυναικών, των ετεροφυλόφιλων ανδρών, των παιδιών και των ομάδων μειονοτήτων έχει αυξηθεί ιδιαίτερα. (Kaplan and Sadock's, 2000) Στις κοινότητες των ομοφυλόφιλων, η επίδραση του aids στη σεξουαλική και τη συναισθηματική οικειότητα στάθηκε δραματική. Πληθώρα ερευνών επιβεβαιώνουν ότι ο φόβος της οροθετικότητας

σηματοδότησε την μείωση του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων και την δύση του ελεύθερου σεξουαλικού κυνηγιού μεταξύ των ομοφυλόφιλων.

Οι παλιές πρακτικές σεξουαλικής ικανοποίησης αντικαταστάθηκαν με νέες. Για παράδειγμα στο Σαν Φρανσίσκο δημιουργήθηκαν τμήματα ομαδικού αυνανισμού. Η νέα μέθοδος μπορεί να είναι λιγότερο ερεθιστική και ηδονική από τις ολοκληρωμένες σχέσεις, αλλά σίγουρα είναι λιγότερο μολυσματική.

Το σκιάχτρο του aids άλλαξε τις στενά προσωπικές συνήθειες των ομοφυλόφιλων περισσότερο από εκείνες των ετεροφυλόφιλων, αντικαθιστώντας την ευχαρίστηση με την αγωνία και φέρνοντας επικίνδυνα κοντά τον έρωτα και τον θάνατο.

Όσον αφορά τους τοξικομανείς, η επίκληση της αλληλεγγύης και του ανθρωπιστικού πνεύματος αποδεικνύεται πολύ δύσκολη, ακριβώς επειδή ο χρήστης έχει επιλέξει αυτό τον δρόμο αντιδρώντας στους κανόνες της κοινωνίας. Σε πολλές περιπτώσεις βρισκόμαστε μπροστά σε καταστρεπτικά ή αυτοκαταστροφικά φαινόμενα που ο κίνδυνος του aids μπορεί ασυνείδητα να μεγαλώσει. Επίσης όταν η ανάγκη για τα ναρκωτικά γίνει επιτακτική, κάθε προφύλαξη παραμερίζεται-το άτομο νιώθει μόνο την ανάγκη να προμηθευτεί την ουσία στην οποία είναι εθισμένος. Ακόμα οι κίνδυνοι μόλυνσης πολλαπλασιάζονται, όπως ξέρουμε από την περιοδική πορνεία των τοξικομανών που χρειάζονται χρήματα για να ικανοποιήσουν την ανάγκη τους για ναρκωτικά. (Ουίλι Παζίνι, 1990)

### **3.3 Ο ΦΟΡΕΑΣ/ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΣ ΤΟΥ AIDS**

Ο φορέας/ οροθετικός του aids, που καθημερινά ζει με το φόβο της ενεργοποίησης της αρρώστιας του, είναι ένας απόλυτα φυσιολογικός και υγιής άνθρωπος. Όταν είχαν πρωτοανακαλύψει τη νόσο, πίστευαν ότι 50% των φορέων/ οροθετικών οδηγείται στην αρρώστια στα πρώτα 5 χρόνια. Κατά την διάρκεια των 10 ετών φάνηκε ότι ο φορέας/ οροθετικός ζει πολλά χρόνια δίχως πρόβλημα, εφόσον έχει καλή ζωή, έχει αποκτήσει μόνιμη σχέση και έχει καλή ψυχολογία. Έχει αποδειχτεί ότι φορείς/ οροθετικοί του aids, οι οποίοι ζουν σε ένα υγιές κοινωνικό περιβάλλον, δεν περιθωριοποιούνται, έχουν μια φυσιολογική ζωή και δεν κινδυνεύουν από την αρρώστια.



Ο φορέας/ οροθετικός δεν πρέπει να πιστέψει ότι η ζωή του τελειώνει και να βγει από τον μέχρι τότε ρυθμό του εξ' αιτίας της μόλυνσης από τον ιό. Δεν θα πρέπει να υποκύψει στον ιό, αντίθετα θα πρέπει να διεκδικήσει το δικαίωμα στην ζωή όπως και ένας υγιής άνθρωπος. (Ασκητής, 1997)

Όταν το άτομο ανακαλύψει την οροθετικότητά του, πολύ συχνή είναι η αντίδραση να αποπειραθεί φανερά ή συγκαλυμμένα να αυτοκτονήσει.

Από την πλευρά της υπαρξιστικής οικειότητας, ο φορέας/ οροθετικός περνάει από τις φάσεις που περιγράφει ο Kubler-Ross:

**α)** την κατάθλιψη

**β)** τον "συμβιβασμό" με την ασθένεια

**γ)** ακόμα και την παραίτηση εν αναμονή των γεγονότων.

Αυτή που κυριαρχεί είναι κυρίως η καταθλιπτική αντίδραση με αποτέλεσμα τη συναισθηματική απομόνωση, την αποκοινωνικοποίηση και την πτώση της σεξουαλικής λίμπιντο. Αρκετά συχνά οι φορείς/ οροθετικοί αντιδρούν στην κατάστασή τους με μια επιθετικότητα που αγγίζει τα όρια της ψυχοπάθειας.

Ο φορέας/ οροθετικός βρίσκεται ενώπιον ενός τρομερού διλήμματος. Από την μία αν αποκαλύψει το μυστικό του, δηλαδή την πραγματική κατάσταση της υγείας του θα μείνει στο περιθώριο τόσο από τον ετεροφυλοφιλικό όσο και από τον ομοφυλοφιλικό κόσμο, από την άλλη αν την αποκρύψει θα του γίνει ένα αβάσταχτο βάρος.

Οι αντιδράσεις των φορέων/ οροθετικών διαφέρουν. Για παράδειγμα μερικές νεαρές γυναίκες ζητούν να υποβληθούν σε στείρωση για να αποκλείσουν κάθε πιθανότητα να μολύνουν ενδεχομένως ένα παιδί. Αντίθετα άλλες και σε μεγάλο ποσοστό γυναίκες προσπαθούν να ξεχάσουν την κατάστασή τους και αποφασίζουν να γίνουν μητέρες, κυρίως γιατί αυτό το παιδί αντιπροσωπεύει, το στήριγμα, που θα τις βγάλει από την κόλαση που ζουν. (Ασκητής, 1997)

Σε πολύ δραματική κατάσταση είναι και οι γυναίκες που έχουν γίνει φορείς/ οροθετικές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους εξαιτίας μιας ένεσης ηρωίνης ή ακόμη χειρότερα επειδή τις κόλλησαν οι σύντροφοί τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις εδραιώνεται μια παράλογη σχέση οικειότητας ανάμεσα στο θάνατο και στον έρωτα.

Γι' αυτό το λόγο ο φορέας/ οροθετικός θα πρέπει να σέβεται τον ερωτικό του σύντροφο, να φοράει προφυλακτικό πάντα καλά ελεγμένο και να μην αντιδρά ανώριμα, μολύνοντας άλλους αφελείς και ανυποψίαστους ανθρώπους προκειμένου να ικανοποιηθεί από αντίδραση στην κοινωνία γι' αυτό που έπαθε ο ίδιος. Δυστυχώς έχουν εμφανιστεί πολλές περιπτώσεις φορέων/ οροθετικών, οι οποίοι μολύνουν

άδικα και από θυμό άλλους ανθρώπους προκειμένου να εκδικηθούν για το κακό που τους βρήκε. Με αυτό τον τρόπο διαιωνίζουν το κοινωνικό αυτό πρόβλημα που βασανίζει την ανθρωπότητα.

Ένα βασικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως το AIDS έφερε πιο κοντά τη μονογαμική σχέση και την συντροφικότητα χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο άνδρας και η γυναίκα δεν μπορούν να έχουν ελεύθερη σεξουαλική ζωή, εφόσον έχουν πάντα στη σκέψη τους ότι sex χωρίς προφυλακτικό δεν υπάρχει.(Ασκητής,1997)

### 3.4 ΜΕΤΑΔΟΣΗ

#### 3.4.1 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ:

Το AIDS είναι μια μεταδοτική αρρώστια αλλά οι τρόποι μετάδοσής του είναι περιορισμένοι. Δεν μεταδίδεται δηλαδή εύκολα από άτομο σε άτομο όπως η γρίπη ή η ιλαρά. Για να μολύνει χρειάζεται ο ιός να διαπεράσει το δέρμα ή τις βλεννογόνους και να περάσει στην κυκλοφορία μέσα στο αίμα. Ο ιός καταστρέφεται πολύ γρήγορα όταν μένει εκτός του ανθρωπίνου σώματος. Επίσης μπορεί να καταστραφεί στους 70°C, με αραιό διάλυμα οιοπνεύματος, με την κοινή χλωρίνη κλπ.(Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Aids,1990)

Οι κυριότεροι τρόποι μετάδοσης του είναι οι εξής:

- ***Σεξουαλική Μετάδοση (ετεροφυλική- ομοφυλοφιλική επαφή) - Χρησιμοποίηση Σπέρματος Από Δότες***

Η μετάδοση με τη σεξουαλική επαφή είναι ο πιο συχνός τρόπος μετάδοσης του HIV. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί από ένα μολυσμένο άτομο στον/ στην ερωτικό του/ της σύντροφο. Αυτό συμβαίνει επειδή κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, κατά την οποία ο ιός που βρίσκεται μέσα στο αίμα, στο σπέρμα, προστατικό υγρό (το πρώτο διαφανές υγρό που βγαίνει) ή στις κολπικές εκκρίσεις, εισέρχεται στο σώμα του σεξουαλικού συντρόφου.

Στη διάρκεια της συνουσίας, λόγω των διεισδυτικών κινήσεων του πέους, προκαλούνται στην εσωτερική επιφάνεια του ορθού εντέρου ή του κόλπου, μικροσκοπικές εκδορές και αμυχές, αόρατες δια γυμνού οφθαλμού. Τέτοιου είδους βλάβες μπορεί να προκληθούν ευκολότερα στο ορθό έντερο επειδή η εσωτερική του επιφάνεια είναι πιο ευαίσθητη απ' αυτή του κόλπου και έτσι η πρωκτική επαφή οδηγεί ευκολότερα σε μια ενδεχόμενη μόλυνση από τον ιό του HIV. (Derek Clewellyn-Jones, 1990). Επίσης, οποιαδήποτε σεξουαλική πράξη που περιλαμβάνει τη διείσδυση του χεριού ή της γλώσσας στον πρωκτό μπορεί να αποτελεί κίνδυνο μόλυνσης γιατί ακόμη και εάν βρίσκονται σε καλή κατάσταση τα χέρια, θα υπάρχει κάποια εκδορά που θα επιτρέψει στον ιό του AIDS να εισέλθει στην κυκλοφορία του αίματος. (Δετοράκης – Κουτσούμπα,1992) Γενικά, πρέπει να αποφεύγονται οι δραστηριότητες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν βλάβες στις μεμβράνες (βλεννογόνο) του πρωκτού, του κόλπου ή του πέους.

Ο στοματικός έρωτας είναι μια σεξουαλική επαφή που γίνεται μεταξύ του στόματος και του πέους, του αιδοίου ή του πρωκτού. Οι μέχρι στιγμής μελέτες δείχνουν ότι ο ιός μεταδίδεται πολύ δυσκολότερα. Σίγουρα δεν είναι τόσο επικίνδυνος όσο το πρωκτικό σεξ. Ερχόμενοι, όμως, σε επαφή με τις σεξουαλικές εκκρίσεις ενός συντρόφου που είναι μολυσμένος/ -η, εκτιθέμεθα σε κάποιο κίνδυνο και ιδιαίτερα όταν εκσπερματώσει μέσα στο στόμα. Ο κίνδυνος αυξάνεται αν το άτομο που κάνει το στοματικό έρωτα έχει πληγές ή γδαρσίματα στο στόμα του, ακόμα και μικρές αμυχές που μπορεί να προκληθούν από το βούρτσισμα των δοντιών πριν από τη σεξουαλική πράξη. ([www,hiv.gr](http://www.hiv.gr))

Όσο αναφορά για το φιλί, υπό φυσιολογικές συνθήκες, ο ιός του HIV δεν βρίσκεται στο σάλιο ή βρίσκεται σε απειροελάχιστες ποσότητες. Όταν δύο «υγιή» στόματα φιλιούνται, ακόμα κι όταν η γλώσσα εισέρχεται βαθιά στο στόμα του άλλου, δεν υπάρχει ιδιαίτερος κίνδυνος. Όμως, ο καθένας μας έχει φορές που παρουσιάζει αιμορραγία από τα ούλα ή κάποια μικρή πληγή στα ούλα. Μερικοί δε, το έχουν αυτό πολύ συχνά. Αν αυτό ισχύει και για τους δύο που φιλιούνται και περάσει αίμα από το στόμα του ενός στο στόμα του άλλου, τότε υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του ιού. Πάντως δεν γνωρίζουμε ακριβώς τις πιθανότητες αυτές ([www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm](http://www.geocities.com/hotsprings/4809/aqaids.htm))

Άλλο ένα μέσο που μπορεί να μεταδοθεί ο ιός, είναι και η τεχνητή γονιμοποίηση από οροθετικούς δότες σπέρματος. Η τεχνητή γονιμοποίηση πρέπει να γίνεται μόνο

εφόσον το σπέρμα που θα χρησιμοποιηθεί έχει εξετασθεί για HIV 6 μήνες μετά τη λήψη του.

- **Παρεντερική Μετάδοση (οριζόντια μετάδοση)**

Η παρεντερική μετάδοση του HIV γίνεται με:

♦ *Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του – όργανα δωρητών*

Στο παρελθόν, ένας αριθμός ανθρώπων μολυνόταν από τον ιό εξαιτίας της μεταγγίσεως μολυσμένου αίματος. Σήμερα η πιθανότητα μιας τέτοιας μόλυνσης είναι μηδαμινή. Αυτό συμβαίνει επειδή οι δότες αλλά και οι λήπτες εξετάζονται προσεκτικά για να διαπιστωθεί ότι δεν έχει υπάρξει καμιά μόλυνση των μεν ή των δε από τον ιό. Με την εξέταση του αίματος διαπιστώνεται αν περιέχονται σ' αυτά αντισώματα του ιού HIV. (Derek Llewellyn- jones, 1992)

♦ *Με τη χρησιμοποίηση μολυσμένων βελονών, συριγγών ή άλλων εργαλείων που τρυπούν το δέρμα*

- Ναρκομανείς: μεταδίδεται στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών όταν χρησιμοποιούν τις σύριγγες από κοινού, με αποτέλεσμα να μολυνθούν από το αίμα πάσχοντος. (βρετανικός ιατρικός σύλλογος, 1998)
- Μολυσμένα αντικείμενα και τραυματισμός του δέρματος : είναι δυνατή η μετάδοση του ιού με την είσοδο μικρής ποσότητας αίματος ή άλλων μολυσματικών υγρών και εκκρίσεων από τις αμυχές του δέρματος. Αυτό μπορεί να συμβεί με τη κοινή χρήση ξυριστικών μηχανών, ξυραφάκια, οδοντόβουρτσας και ερωτικών αντικειμένων. (Δετοράκης- Κατσούμπα, ). Επίσης, η δερματοστιξία (tattoo), το τρύπημα των αυτιών και του σώματος (ear and body piercing), ο βελονισμός (acupuncture) και η δημιουργία ουλών (scarification) απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή καθώς εγκυμονούν μεγάλο κίνδυνο όταν τα αντικείμενα δημιουργίας τους δεν είναι αποστειρωμένα ([www.hivaids.gr](http://www.hivaids.gr))

♦ *Έκθεση στον HIV λόγω Επαγγελματικής Ειδικότητας*

Υπάρχουν κάποιες λιγότες περιπτώσεις μετάδοσης του HIV σε νοσηλευτικό προσωπικό και σε ερευνητικό εργαστηριακό περιβάλλον. Κίνδυνος υπάρχει όταν κάποιος από το προσωπικό εκτεθεί σε αίμα ασθενούς μολυσμένο από τον HIV, ύστερα από τρύπημα με βελόνα ή έκθεση του αίματος πάνω σε δέρμα με βλάβες ή πιπίλισμα αίματος στα μάτια ή το στόμα (βλεννογόνους). (ΠΟΥ-Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1990). Επίσης, όταν ο ασθενής αιμορραγεί ή πάσχει από διάρροια ή παρεμπίπτουσες μεταδιδόμενες νόσους όπως φυματίωση. (Γαρδίκας, 1989). Παρά το ότι τέτοια ατυχήματα συμβαίνουν αρκετά συχνά στο νοσηλευτικό περιβάλλον, πολύ σπάνια οδήγησαν σε λοίμωξη του νοσηλευτικού προσωπικού από τον HIV. (Π.Ο.Υ - Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1990)

- ***Περιγεννητική Μετάδοση (Κάθετος Μετάδοση)***

Η μόλυνση γίνεται από τη μολυσμένη μητέρα στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή στον τοκετό (με τα κοιλικά υγρά) ή με τον θηλασμό.

Οι έγκυες γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS, χρειάζονται κάποια ιδιαίτερη προσοχή. Παρά το γεγονός ότι η μόλυνση από τον ιό HIV δεν επηρεάζει δυσμενώς την εξέλιξη της εγκυμοσύνης, περίπου το 20% με 40% των εμβρύων θα μολυνθούν μέσα στη μήτρα. Όταν θα γεννηθούν θα είναι φορείς του ιού HIV και θα αναπτύξουν AIDS. Οι γυναίκες που διατρέχουν τον κίνδυνο της μόλυνσης από τον ιό πρέπει να υποβάλλονται σε εξετάσεις, είτε πριν αποφασίσουν να μείνουν έγκυες είτε στην αρχή της εγκυμοσύνης τους.

Υπάρχει, επίσης, μια πολύ μικρή πιθανότητα η μητέρα που έχει μολυνθεί από τον ιό του HIV να μολύνει το βρέφος της με το θηλασμό. Αυτό πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στην περίπτωση που η γυναίκα αποφασίσει να μην διακόψει την εγκυμοσύνη της ή αν η εγκυμοσύνη διαγνωστεί, όταν πια είναι πολύ αργά για έκτρωση. (Derek Llewellyn- Jones, 1992)

### 3.4.2 ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

Κάποιες συμπεριφορές είναι περισσότερο επικίνδυνες από άλλες. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι ο παράγοντας επικινδυνότητας δεν είναι το άμεσο αίτιο της ασθένειας. Ο HIV προσβάλλει ανθρώπους σε κάθε σημείο του φάσματος επικινδυνότητας και πολλοί άνθρωποι που θεωρούνται ως «υψηλού κινδύνου» δεν μολύνονται ποτέ ([www.hivaidsg.org](http://www.hivaidsg.org)).

Κάποιες από τις *επικίνδυνες συμπεριφορές* είναι:

- Σεξουαλική επαφή (κολπική ή πρωκτική) χωρίς προφυλακτικό με οροθετικό άτομο ή με άτομο που δεν γνωρίζει αν είναι HIV θετικό ή αρνητικό.
- Συχνή αλλαγή ερωτικών συντρόφων
- Σεξουαλική επαφή με επαγγελματίες
- Σεξουαλική επαφή με χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών
- Κοινή χρήση συριγγών
- Χρήση μη αποστειρωμένων βελονών για τρύπημα αυτιών και τατουάζ

Κάποιες από τις *λιγότερο επικίνδυνες συμπεριφορές* είναι:

- Σεξουαλική επαφή (κολπική ή πρωκτική) με προφυλακτικό
- Στοματικός έρωτας

*Άλλοι παράγοντες επικινδυνότητας*

- Κάποια άλλη σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος όπως έρπης, χλαμύδια, βλεννόρροια, τριχομονάδες ή ηπατίτιδα.
- Να έχει πέσει θύμα βιασμού
- Να έχει κάνει έρωτα υπό την επήρεια ναρκωτικών ή αλκοόλ
- Να έχει γεννηθεί από μητέρα που είχε HIV

**ΛΟΓΟΙ ΜΗ ΧΡΗΣΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ**

1. Η δυσκολία στο να βρουν ή να αγοράσουν προφυλακτικά μπορεί να δίνει κατά ένα μέρος μια λογική εξήγηση.
2. Η αμηχανία στο να αγοράσουν ή να το χρησιμοποιήσουν, η έλλειψη εμπειρίας ή η επιλογή λάθος μεγέθους του προφυλακτικού μπορεί να οδηγήσει τους

νέους άνδρες σε αποτυχία στην πρώτη τους προσπάθεια να το χρησιμοποιήσουν και να μην αποπειραθούν να το δοκιμάσουν στο μέλλον.

3. Επίσης συμβάλλουν οι δυσκολίες επίτευξης ή διατήρησης της στύσης, κάτι που μπορεί να συμβεί στους μεγαλύτερους άνδρες ή σε όσους έχουν καταναλώσει αλκοόλ ή άλλες ουσίες.
4. Η αντίσταση στη χρήση προφυλακτικού μπορεί να οφείλεται επίσης στην στάση των ανδρών απέναντι στο sex. Σε πολλούς πολιτισμούς πιστεύεται ότι η ανάγκη του άνδρα για sex είναι ανεξέλεγκτη
5. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η πεποίθηση της απώλειας της ηδονής ή ότι θα χαθεί αυτή η αίσθηση. Για ζευγάρια που επιθυμούν να κάνουν παιδιά, το ζήτημα περιπλέκεται από το γεγονός ότι τα προφυλακτικά εμπλέκονται στην τεκνοποίηση
6. Σε πολλές χώρες, μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι το γυναικείο προφυλακτικό είναι μια εναλλακτική λύση την οποία θεωρούν οι συνουσιαζόμενοι πιο άνετη από την ανδρική εκδοχή. Τα γυναικεία προφυλακτικά ωστόσο είναι πολύ πιο ακριβά και δυσεύρετα και δεδομένου ότι παραμένουν ορατά κατά την διάρκεια της συνουσίας, απαιτούν την συναίνεση του συντρόφου.

(Ελληνικά αρχεία AIDS,2000)

Παρά τις παραπάνω δυσκολίες, πολλές εκστρατείες προώθησης του προφυλακτικού με στόχο τους άνδρες είχαν επιτυχία.

Μια εναλλακτική λύση συνουσίας χωρίς κίνδυνο και χωρίς τη χρήση προφυλακτικού είναι το sex χωρίς διείσδυση. Ωστόσο και οι άνδρες και οι γυναίκες ανατρέφονται με την αντίληψη ότι μόνο η διείσδυση “μετράει” και ότι οι άλλες μορφές σεξουαλικής έκφρασης είναι παιδικές ή δεν προσφέρουν ικανοποίηση για τους ίδιους και τους συντρόφους τους.

Μεγάλο μέρος της μετάδοσης του HIV είναι συνέπεια του γεγονότος αυτού, διότι εκατομμύρια ζευγάρια σε όλο τον κόσμο δεν γνωρίζουν αν έχουν ασφαλείς συντρόφους, με αποτέλεσμα από την περίπτωση που ο στόχος είναι η αντισύλληψη, η εισαγωγή του προφυλακτικού σε μια μόνιμη σχέση μπορεί να είναι δύσκολη.

### 3.4.3 ΤΡΟΠΟΙ ΜΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ:

Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι ο HIV *δεν μεταδίδεται* με:

- § Σάλιο, φτέρνισμα, βήχα, φτύσιμο, δάκρυα, ιδρώτα, ούρα, κόπρανα, παρ' όλο που μπορεί να βρεθεί σ' αυτά τα υλικά. (Ρούσσης, 1989)
- § Κοινωνική επαφή με χειραψία, αγκάλιασμα, κοινωνικό φιλί
- § Κοινόχρηστους χώρους
- § Κοινή χρήση τουαλέτας ή ντους, πλυντηρίων
- § Αντικείμενα που έχει αγγίξει
- § Συγκατοίκηση με κάποιον οροθετικό
- § Σωματικό μασάζ ή άλλου είδους σωματικής επαφής που δεν συμπεριλαμβάνει σεξουαλική επαφή ή στοματικό σεξ (Derek Llewellyn- Jones, 1992)
- § Δεν υπάρχει κίνδυνος από επισκέψεις σε ασθενείς με AIDS ή από τη φροντίδα και περίθαλψή τους. Η συνηθισμένη υγιεινή παρέχει πλήρη προστασία.
- § Δεν έχει καταγραφεί καμία περίπτωση μετάδοσης του HIV από παιδί σε παιδί στο σχολείο ή ανάμεσα σε παιδί ή ενήλικα (βρετανικός ιατρικός σύλλογος, 1998)
- § Θάλασσα, λίμνη, ποτάμι, κολυμβητήριο, πισίνα, μπανιέρες με ζεστό νερό
- § Τηλεφωνική συσκευή, πόμολα πόρτας, μηχανές γραφείου ή έπιπλα
- § Μαγειρικά σκεύη, κύπελλα, ποτήρια, καλαμάκια, μαχαιροπίρουνα, πιάτα, ή οποιαδήποτε άλλα σκεύη φαγητού
- § Τρόφιμα, φαγητό εστιατορίου
- § Πετσέτες, κλινοσκεπάσματα
- § Κουνούπια , έντομα ή από κατοικίδια ζώα



## 3.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

### 3.5.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ο ιός HIV που προκαλεί το AIDS, καταστρέφει ένα βασικό πυλώνα της άμυνας του οργανισμού. Επιτίθεται και σταδιακά μειώνει τον αριθμό των λεμφοκυττάρων CD4 που ανήκαν στην ευρύτερη ομάδα των λεμφοκυττάρων τύπου T. Το αποτέλεσμα είναι ότι ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να εξουδετερώνει τα βακτηρίδια, τους ιούς, τα παράσιτα που του επιτίθενται. Προσβάλλεται έτσι από διάφορες ευκαιριακές λοιμώξεις.

Γενικά, η ταχύτητα της νόσου ποικίλει πολύ από άνθρωπο σε άνθρωπο. Υπάρχουν ελάχιστοι άνθρωποι που παραμένουν σε σταθερή κατάσταση και δεν νοσούν ποτέ. Στους περισσότερους, όμως, ο HIV εξαντλεί το ανοσοποιητικό σύστημα κατά μέσο όρο μέσα σε 5 χρόνια. Γι' αυτό, όσο πιο γρήγορα ανακαλύψει κάποιος ότι είναι οροθετικός τόσο καλύτερα, επειδή θα μπορέσει να αντιμετωπίσει την ασθένεια εγκαίρως, πριν πάθει ζημιά το ανοσοποιητικό του σύστημα.

### 3.5.2 ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ

Τα κλινικά σημεία και τα συμπτώματα της λοίμωξης από τον HIV είναι εξαιρετικά σύνθετα. Περιλαμβάνουν τόσο τα σημεία και τα συμπτώματα των ευκαιριακών λοιμώξεων, όσο και εκείνα που προκαλούνται άμεσα από τον ιό. (Π.Ο.Υ- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991)

Η λοίμωξη από HIV μπορεί να διαιρεθεί σε τέσσερα στάδια, που δεν είναι απαραίτητο να εμφανισθούν σε όλα τα άτομα. Τα στάδια αυτά είναι:

1. Το οξύ στάδιο
2. Το ασυμπτωματικό στάδιο(που μπορεί να περιλαμβάνει την επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια)
3. Το σύμπλεγμα που σχετίζεται με το AIDS
4. ΤΟ AIDS

Παρακάτω αναλύουμε το κάθε στάδιο ξεχωριστά.

#### Ø Οξύ στάδιο:

Το οξύ στάδιο της νόσου μπορεί να εμφανιστεί τόσο νωρίς όσο μια βδομάδα μετά την μόλυνση από τον HIV και κατά κανόνα προηγείται της ορομετατροπής που

συνήθως αναπτύσσεται 6-12 εβδομάδες μετά την μόλυνση ή και αργότερα Τα πρώτα συμπτώματα μοιάζουν με αυτά ενός κρυολογήματος ή της γρίπης, με αποτέλεσμα να μην γίνεται αρχικά η διάγνωση από τους περισσότερους ασθενείς και γιατρούς. Τα συμπτώματα στην αρχή μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Πυρετό
- Πόνο στο λαιμό
- Δερματικό Εξάνθημα
- Αναγούλες και εμετούς
- Απώλεια βάρους
- Διάρροια
- Κούραση και κακοδιαθεσία
- Πρήξιμο λεμφαδένων
- Πονοκέφαλο
- Πόνους στις αρθρώσεις και στους μυς
- Δύσπνοια και/ ή βήχας
- Ανώμαλη αιμορραγία
- νυκτερινοί ιδρώτες

(Π.Ο.Υ- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS,1991)

- Σπάνια, λίγο μετά την λοίμωξη εμφανίζεται οξεία άσηπτη μηνιγγίτιδα, όπως και εγκεφαλοπάθεια ή σύνδρομο Guillain-Barre(Kaplan and Sadock's, 2000)

Τα συμπτώματα αυτά, οποιασδήποτε εντάσεως, εξαφανίζονται ύστερα από 10 ημέρες.

#### Ø Επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια/ Το Ασυμπτωματικό Στάδιο:

Το άτομο αισθάνεται καλά, όμως, ο ιός αναπτύσσεται και εξαπλώνεται στο αίμα του και μπορεί να μολύνει άλλα άτομα με τα οποία έρχεται σε πρωκτική ή κολπική σεξουαλική επαφή. (Derek Llewellyn – Jones,1992). Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν έχουν κανένα ορατό σύμπτωμα για τα επόμενα 8 – 10 χρόνια.

Η επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια χαρακτηρίζεται από διόγκωση των λεμφαδένων, σε διάμετρο μεγαλύτερη από 1cm, με συμμετοχή δύο ή περισσότερων σημείων, εκτός της βουβονικής χώρας και διαρκεί τουλάχιστον τρεις μήνες, υπό την προϋπόθεση ότι δεν συνυπάρχει νόσος ή δεν χρησιμοποιούνται φάρμακα που

προκαλούν λεμφαδενοπάθεια. Η λεμφαδενοπάθεια, μπορεί σιγά σιγά να υποχωρήσει κατά την πορεία της νόσου. Οι πάσχοντες από επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια είναι κατά τα άλλα υγιείς (Π.Ο.Υ- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS,1991).

Ø Σύνπλεγμα σχετιζόμενο με το AIDS(AIDS – Related Complex): (ARC):

Δεν υπάρχει κάποιος γενικά αποδεκτός ή ομοιόμορφος ορισμός του ARC. Η επίμονη, όμως, των παρακάτω σημείων και συμπτωμάτων θεωρείται, γενικά χαρακτηριστική του ARC: διάρροια, απώλεια βάρους, κακουχία, εύκολη κόπωση και λήθαργος, ανορεξία, πυρετός, νυκτερινοί ιδρώτες, κοιλιακά ενοχλήματα, πονοκέφαλος, λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία, νευρολογικές βλάβες που οδηγούν σε απώλεια της μνήμης και περιφερική νευροπάθεια. Αυτά τα συμπτώματα και σημεία είναι συνήθως διαλείποντα, εκτός από την απώλεια βάρους που παρατηρείται στους περισσότερους ασθενείς και γενικά είναι προοδευτική.

Πολλοί άρρωστοι με ARC παρουσιάζουν βλεννογονοδερματικές αλλοιώσεις, που περιλαμβάνουν ζωστήρα, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, υποτροπιάζουσες και επίμονες βλάβες στο στόμα και στα χείλη και γεννητικές αλλοιώσεις οφειλόμενες σε έρπητα και σε τριχωτή λευκοπλακία του στόματος. (Π.Ο.Υ- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS,1991)

Ø AIDS:

Η περίοδος μεταξύ της μόλυνσης με τον HIV και της εμφάνισης των συμπτωμάτων του AIDS κυμαίνεται από 6 μήνες έως 7 χρόνια ή και περισσότερο. Αυτή η μακρά και συχνά αδιάγνωστη περίοδος της ασυμπτωματικής λοίμωξης, κατά την οποία ένα μολυσμένο άτομο μπορεί να μολύνει τους άλλους, δυσκολεύει τον έλεγχο της διασποράς του ιού.

Το AIDS αντιπροσωπεύει το σοβαρό, τελικό στάδιο του κλινικού φάσματος της HIV-λοίμωξης. Η κατάσταση της υγείας των περισσότερων ανθρώπων που βρίσκονται στο στάδιο αυτό επιδεινώνεται με τον καιρό και κατά συνέπεια οι πιο πολλοί θα πεθάνουν.

Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασμάτων, όπως Καρσί, που εμφανίζονται όταν ο ιός προκαλεί βαριά ανεπάρκεια της κυτταρικής ανοσίας. Οι τύποι των ευκαιριακών λοιμώξεων, κατά ένα μεγάλο μέρος, εξαρτώνται από προηγούμενες και υπάρχουσες εκθέσεις του ατόμου σε

μικροβιακούς παράγοντες. Αυτό εξηγεί τις διαφορές στη συχνότητα ορισμένων ευκαιριακών λοιμώξεων μεταξύ αφρικανών, αμερικανών και ευρωπαϊών λοιμώξεων ασθενών με AIDS. Η πνευμονία από *pneumocystis carinii* είναι μέχρι τώρα η πιο κοινή ευκαιριακή λοίμωξη στις χώρες έξω από την Αφρική. Εκτός αυτού, στην Αφρική οι λοιμώξεις εντοπίζονται κυρίως στο γαστρεντερικό σύστημα τα σημεία και τα συμπτώματα που περιγράφηκαν για τους ασθενείς με ARC, μπορούν, επίσης, να εμφανιστούν και στους ασθενείς με AIDS, αλλά οι εκδηλώσεις τους ίσως είναι πιο σοβαρές (Π.Ο.Υ- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αυτό το στάδιο χωρίζεται σε διάφορες ομάδες ανάλογα με το επικρατέστερο σύμπτωμα:

- Η πρώτη ομάδα είναι εκείνη που εκδηλώνουν πυρετούς, νυχτερινές επιδρώσεις, απώλεια βάρους και διάρροια.
- Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τους ασθενείς που εμφανίζουν εγκεφαλικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα είναι ίδια με αυτά της αρχόμενης άνοιας. Η προσοχή του ατόμου αμβλύνεται, ενώ η μνήμη, η κατανόηση και ο συντονισμός των κινήσεων εξασθενούν.
- Η τρίτη ομάδα είναι η ομάδα των ατόμων που προσβάλλονται από ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως η πνευμονία, και διάφορες σοβαρές λοιμώξεις από μύκητες.
- Η τέταρτη ομάδα αποτελείται από τους ασθενείς που αναπτύσσουν καρκίνους, όπως για παράδειγμα το σάρκωμα Kaposi.
- Η πέμπτη ομάδα περιλαμβάνει ασθενείς που αναπτύσσουν το σύνδρομο απίσχνανσης του AIDS, χάνοντας βάρος συνεχώς.

(Derek Llewellyn – Jones, 1992)

## 3.6 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

### 3.6.1 ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

Οι ασθενείς με μειωμένη άμυνα του οργανισμού, προσβάλλονται με ευκαιριακές λοιμώξεις. Αυτό γίνεται επειδή οι μικροοργανισμοί βρίσκουν την ευκαιρία να εισβάλλουν και να μολύνουν τον οργανισμό όταν η άμυνα είναι μειωμένη ή ανεπαρκής.

Σύμφωνα με τον Σουγιουλτζή, στο βιβλίο του «οι ασθένειες του AIDS», οι περισσότερες ευκαιριακές λοιμώξεις είναι:

- *Candida Albicans* (καντιντίαση): Ζει στο στόμα, στη διαδρομή του γαστρεντερικού συστήματος και στον κόλπο των υγιών γυναικών. Προκαλεί λοιμώξεις όταν υπάρχει σε υπερβολική ποσότητα.
- *Cryptococcal Infection* (Κρυπτοκοκκική λοίμωξη): Η κρυπτοκοκκική λοίμωξη προκαλείται από τον μύκητα *cryptococcus neoformans* που βρίσκεται στο περιβάλλον, στο χώμα, και στα περιπτώματα των πουλιών. Εισβάλλει με την εισπνοή του ανθρώπου στους πνεύμονες.
- *Cryptosporidiosis* (κρυπτοσποριδίαση): Η *cryptosporidiosis* προκαλείται από το πρωτόζωο *cryptosporidium* που μεταδίδεται από την άμεση ή έμμεση επαφή του ανθρώπου με τα περιπτώματα. Οι περιπτώσεις αυτές μπορεί να σχετίζονται με το στοματοπρωκτικό σεξ, με αντικείμενα που έχουν μολυνθεί από περιπτώματα ή ακόμα με μολυσμένο φαγητό.
- *Cytomegalovirus* (CMV) (Κυτταρομεγαλοϊός): Λοίμωξη που προκαλείται από τον ιό *cytomegalovirus*, μέλος της οικογένειας του έρπη. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί με τα ούρα, το σπέρμα και πιθανόν με το σάλιο.
- *Dementia* (άνοια): Ονομάζεται επίσης «AIDS Dementia Complex» (ADC) ή «HIV Εγκεφαλίτιδα». Συμπτώματα που μοιάζουν με *Dementia* (άνοια) μπορούν να προκληθούν από διάφορες λοιμώξεις, που αρχίζουν ως τοξοπλασματική εγκεφαλίτιδα, κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα και εγκεφαλίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό. Όμως, η πραγματική AIDS Dementia προκαλείται από την άμεση μόλυνση των εγκεφαλικών κυττάρων από τον ιό HIV.
- *Kaposi's Sarcoma* (K.S.) (Σάρκωμα Καπόζι): Νεοπλασματική νόσος (καρκίνος). Αποτελούσε μια σπάνια στο παρελθόν δερματική βλάβη και την

πιο κοινή ασθένεια στους φορείς του AIDS. Χαρακτηρίζεται από βλάβες του δέρματος σε χρώμα ροζ, μοβ ή καφετί (ανάλογα με το χρώμα του δέρματος). Μπορούν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε μέλος του σώματος και ειδικότερα στα πόδια, στο στόμα, στα χέρια και γενικά στο πρόσωπο. Όμως για άγνωστους λόγους το σάρκωμα *karosi* σχετίζεται πλέον λιγότερο συχνά με τους αρρώστους που πρόσφατα διαγνώστηκαν ότι έχουν AIDS.

- *Lymphoma (Λέμφωμα)*: Το λέμφωμα (καρκίνος του λεμφικού συστήματος) προκαλείται από την ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των άρρωστων κυττάρων του λεμφικού συστήματος. Αποτελεί σχετικά συχνό φαινόμενο στους ασθενείς με AIDS που έχουν επιβιώσει τουλάχιστον τρία χρόνια μετά τη διάγνωση του AIDS.
- *Mycobacterium Avium Complex (MAC) (Άτυπα Μικοβακτηρίδια)*: Πρόκειται για νόσο που προκαλείται από μυκοβακτηρίδια που σχετίζονται χωρίς να είναι τα ίδια με το μικοβακτηρίδιο που προκαλείται Φυματίωση. Η λοίμωξη, όμως, δεν εκδηλώνεται, εκτός και αν το ανοσοποιητικό σύστημα βρίσκεται σε ιδιαίτερα άσχημη κατάσταση. Η ασθένεια εκδηλώνεται σπάνια ακόμα και σε ασθενείς με AIDS.
- *Pneumocystis Carinii Pneumonia (PCP) (Πνευμονία από «Πνευμοκύστη καρίνι»)*: Η συχνότερη μόλυνση που προσβάλλει τα άτομα με HIV που έχουν AIDS είναι η πνευμονία, από πνευμονοκύστη *carinii*, η οποία χαρακτηρίζεται από χρόνια μη παραγωγικό βήχα και δύσπνοια, που μερικές φορές είναι τόσο σοβαρή, ώστε οδηγεί σε υποξαιμία, προκαλώντας γνωσιακές διαταραχές. Η διάγνωση τίθεται με βρογχοσκόπηση και εξέταση κυψελιδικού εκπλύματος. Η πνευμονία συνήθως αντιμετωπίζεται με τριμεθοπρίμη και σουλφαμεθοξαζόλη ή ισοθειονική πενταμιδίνη, τα οποία επίσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν προφυλακτικά κατά της πνευμονίας. Η ασθένεια PCP ήταν ένας σπάνιος τύπος πνευμονίας που όμως τώρα είναι η πιο συνηθισμένη λοίμωξη στους φορείς του AIDS. Η PCP ήταν υπεύθυνη για τους περισσότερους θανάτους από AIDS συγκριτικά με άλλες ασθένειες. Σήμερα, όμως, μπορεί να προληφθεί.
- *Progressive Multifocal Leukoencephalopathy (PML) (Προϊούσα Πολυεστιακή Λευκοεγκεφαλοπάθεια)*: Η ασθένεια PML προκαλείται από τους ιούς *jarovaviruses*, που μολύνουν και καταστρέφουν το περίβλημα των νευρικών

κυττάρων και τα περιφερικά νεύρα του εγκεφάλου. Η ασθένεια είναι σχετικά σπάνια.

- *Toxoplasmosis (Τοξοπλάσμωση)*: Η ασθένεια Τοξοπλάσμωση προκαλείται από το πρωτόζωο *Toxoplasma gondii* και εμφανίζεται όταν τρώμε ωμό ή μισοψημένο κρέας. Επίσης, όταν ερχόμαστε σε επαφή με περιττώματα γάτων ή σκύλων. Μόνο οι αδύναμοι ανοσολογικά φορείς εκδηλώνουν την ασθένεια.
- *Φυματίωση*: Η φυματίωση προκαλείται από ένα κοινό μυκοβακτήριο τον βάκιλο του Koch. Αν και πολλοί άνθρωποι έχουν εκτεθεί σε αυτή την «υπολανθάνουσα λοίμωξη», η ασθένεια δεν εμφανίζεται εκτός και αν το ανοσοποιητικό σύστημα είναι αδύναμο (από AIDS, προχωρημένη ηλικία, κακή διατροφή, αλκοολισμό κλπ). Οι ασθενείς με AIDS έχουν κάθε χρόνο 7% με 10% πιθανότητες να αναπτύξουν την ασθένεια κυρίως στους πνεύμονες αλλά και σε άλλα σημεία του σώματος.
- *Wasting Syndrome*: Προκαλείται από την άμεση λοίμωξη των εντερικών κυττάρων από τον ιό του AIDS.
- *Oral Hairy Leukoplakia (Τριχωτή Λευκοπλάκια του στόματος)*: προκαλείται από τον ιό Epstein Barr Virus (EBV), ο οποίος προκαλεί επίσης την ασθένεια Λοιμώδη Μονοπυρήνωση. Επειδή ο ιός EBV μεταδίδεται με το ανθρώπινο σάλιο, οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν ήδη εκτεθεί σε αυτόν. Εκδηλώνεται όμως όταν το ανοσοποιητικό σύστημα είναι αδύναμο.
- *Herpes Zoster (Έρπης Ζωστήρ)*: Ο έρπης προκαλείται από τον ιό varicella zoster virus (VZV). Στην αρχή, η πρώτη επαφή της ασθένειας με τον άνθρωπο προκαλεί ανεμοβλογιά αλλά όταν αυτή θεραπευτεί ο ιός herpes zoster παραμένει στο νευρικό σύστημα. Εάν δραστηριοποιηθεί στο μέλλον, τότε προκαλεί έρπητα ζωστήρα. Η δραστηριοποίησή του μπορεί να προκληθεί από άγχος, προχωρημένη ηλικία, στρες ή από κάποιο πρόβλημα στο ανοσοποιητικό σύστημα, αλλά και από επαφή με άλλα άτομα που πάσχουν από έρπητα ζωστήρα. Εμφανίζεται πιο συχνά στους ασθενείς με AIDS και τότε τα κρούσματα είναι πιο σοβαρά.
- *Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (Ιδιοπαθής Θρομβοπενική πορφύρα)*: Η ασθένεια ITP είναι η κατάσταση κατά την οποία το σώμα παράγει αντισώματα ενάντια στα ίδια του τα αιμοπετάλια (κύτταρα που βοηθούν στη πήξη του αίματος). Η ακριβής αιτία είναι άγνωστη, αλλά μια ποικιλία αιτιών

(συμπεριλαμβανομένου και ενός αδύναμου ανοσοποιητικού συστήματος) φαίνεται ότι δραστηριοποιούν την ITP.

- *Persistent Generalized Lymphadenopathy (PGL) (Επίμονη Γενικευμένη Λεμφαδενοπάθεια ή «πρησμένοι αδένες»*: Οι πρησμένοι αδένες είναι η φυσική αντίδραση του σώματος στις λοιμώξεις και αποτελούν ένα σημάδι δραστηριότητας του ανοσοποιητικού συστήματος γιατί δείχνουν ότι το ανοσοποιητικό σύστημα λειτουργεί. Παρ' όλα αυτά, έχουμε διάγνωση της PGL, όταν οι αδένες στα διάφορα σημεία του σώματος παραμένουν πρησμένοι για τρεις έως έξι μήνες ή και περισσότερο. Αυτό αποτελεί καθαρό σύμπτωμα της ασθένειας και εκδηλώνεται συχνά χωρίς την ύπαρξη άλλων συμπτωμάτων.
- *Thrush (Στοματίτιδα από Candida)*: Είναι ασθένεια που προκαλεί στοματική καντιντίαση.
- *Pelvic Inflammatory Disease (PID) (Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου)*: Είναι μια ασθένεια που αφορά τις γυναίκες- φορείς του AIDS. Προκαλείται από μόλυνση των σαλπίνγων και συχνά παρουσιάζεται με τη μορφή μιας περίπλοκης και σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου.

### 3.6.2 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός νευρολογικών διαταραχών διαπιστώνεται στους ασθενείς με AIDS, όπως περιφερικές νευροπάθειες και απώλεια της μνήμης. Μπορεί να αποτελούν τις πρώτες εκδηλώσεις της λοίμωξης από τον HIV, και συχνά έχουν άτυπη εμφάνιση.

Η πιο κοινή νευρολογική διαταραχή είναι η υποξεία εγκεφαλοπάθεια, που χαρακτηρίζεται από προοδευτικές αλλαγές της συμπεριφοράς και συνοδεύεται από υποφλοιώδους τύπου άνοια, η οποία σε κάποιο βαθμό εμφανίζεται στο 50% των ατόμων με HIV. (Kaplan and Sadock's,2000)

Η έναρξή της είναι συνήθως ύπουλη και αρχικά προεξάρχει διαταραχή της αντίληψης. Τα συνήθη πρώιμα συμπτώματα είναι τρόμος, μείωση της κινητικότητας και αφασία. Τα συμπτώματα αυτά προοδευτικά εξελίσσονται σε βαριά άνοια. Αλαλία, ακράτεια, απώλεια της όρασης και παραπληγία μπορεί να αναπτυχθεί στο τελικό στάδιο.



Οι εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα μπορεί να είναι άμεσα επακόλουθα της λοίμωξης από HIV. Άλλες αιτίες των νευρολογικών εκδηλώσεων των ασθενών με HIV-λοίμωξη είναι οι ευκαιριακές λοιμώξεις και οι καρκίνοι, συμπεριλαμβανομένων της κρυπτοκοκκικής μηνιγγίτιδας, της εγκεφαλικής τοξοπλάσμωσης, του λεμφώματος του εγκεφάλου, της λοίμωξης από ιούς παρρονα, της ερπητικής εγκεφαλίτιδας, της λοίμωξης με κυτταρομεγαλοϊό, της φυματιώδους και της μυκητιασικής μηνιγγίτιδας και των αποστημάτων.

Είναι δυνατόν μια επιδημία προηγούμενης νευρολογικής νόσου να συμβεί μεταξύ των ατόμων με HIV-λοίμωξη (Π.Ο.Υ- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS,1991). Γι' αυτό θα πρέπει στη διαφορική διάγνωση των αρρώστων με νευροψυχιατρικά συμπτώματα από HIV να λαμβάνονται υπόψη και άλλες νόσοι και επιπλοκές της θεραπείας. Συμπτώματα όπως φωτοφοβία, κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία, κινητική αδυναμία, απώλεια αισθητικότητας και μεταβολές του επιπέδου συνείδησης θα πρέπει να θέτουν σε εγρήγορση τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, όσον αφορά την εξέταση του αρρώστου για πιθανή ανάπτυξη ευκαιριακής λοίμωξης ή νεοπλάσματος του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η λοίμωξη HIV μπορεί επίσης να προκαλέσει μια ποικιλία περιφερικών νευροπαθειών που θα πρέπει να κάνουν τον επαγγελματία ψυχικής υγείας να αναθεωρήσει την έκταση της εμπλοκής του κεντρικού νευρικού συστήματος(Kaplan and Sadock's,2000).

## **ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ HIV**

Παρ' όλο που ο τρόπος εισόδου του ιού HIV στο κεντρικό νευρικό σύστημα παραμένει αμφιλεγόμενος, είναι γνωστό ότι όντως περνάει στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όπου κυρίως προσβάλλει τα κύτταρα της γλοίας, κατ' εξοχήν τα αστροκύτταρα. Ο ιός επίσης καταφεύγει μέσα στα κύτταρα του ανοσοποιητικού του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η νευρο-παθολογο-ανατομική εικόνα περιλαμβάνει πολυπυρηνοειδή γιγάντια κύτταρα, μικρογλοιακά οζίδια, διάχυτη αστροκυττάρωση, περιαγγειακή λεμφοκυτταρική διήθηση, φλοιώδη ατροφία, σχηματισμό κενοτοπίων και απομυελίνωση της λευκής ουσίας. Η εγκεφαλοπάθεια από HIV είχε παλαιότερα ονομαστεί «σύμπλεγμα άνοιας από aids». Ωστόσο το γεγονός ότι η εγκεφαλοπάθεια και η άνοια που σχετίζονται με τον ιό HIV μπορεί να εμφανιστούν και σε άρρωστο

που δεν πληροί τα κριτήρια για aids, καθιστούν προτιμότερο τον όρο «εγκεφαλοπάθεια HIV»

### ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ

Η εγκεφαλοπάθεια HIV είναι μια υποξεία εγκεφαλίτιδα που προκαλείται από προοδευτική υποφλοιώδη άνοια χωρίς εστιακά νευρολογικά σημεία. Το κύριο διαχωριστικό χαρακτηριστικό μεταξύ της φλοιώδους και της υποφλοιώδους άνοιας είναι η απουσία των κλασικών συμπτωμάτων από το φλοιό( π.χ. αφασία) έως τα προχωρημένα στάδια της νόσου. Οι άρρωστοι με HIV εγκεφαλίτιδα ή οι φίλοι τους συνήθως παρατηρούν σοβαρές μεταβολές στη διάθεση και την προσωπικότητα, προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης και κάποια ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Επιπρόσθετα συμπτώματα περιλαμβάνουν απάθεια, αφηρημάδα, σύγχυση, κακουχία, ανηδονία και κοινωνική απόσυρση. Μερικά από τα συμπτώματα αυτά ουσιαστικά δεν ξεχωρίζουν από αυτά των καταθλιπτικών διαταραχών, αν και η προσεκτικότερη εξέταση των γνωσιακών λειτουργιών μπορεί να βοηθήσει στην υπόνοια της ορθής διάγνωσης. Εκτός από την επικάλυψη με συμπτώματα καταθλιπτικών διαταραχών , η HIV εγκεφαλοπάθεια μπορεί να προκαλέσει ντελίριο με συμπτώματα που υπονοούν μανιακά επεισόδια ή σχιζοφρένεια. Η παρουσία διαταραχών της κινητικότητας μπορεί επίσης να υποδηλώνει εγκεφαλοπάθεια HIV. Διαταραχές της κινητικότητας που συνοδεύουν την υποφλοιώδη άνοια περιλαμβάνουν αύξηση των αντανεκλαστικών, σπαστικό ή αταξικό βάδισμα, πάρεση και αυξημένο μυικό τόνο.

Παιδιά που μολύνθηκαν με HIV κατά την ενδομήτριο ζωή εμφανίζουν ποικιλία συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν μικροκεφαλία, σοβαρά γνωσιακά ελλείμματα , αδυναμία, αποτυχία στην φυσιολογική εξέλιξη των αναπτυξιακών σταδίων, ψευδοπρομηκική παράλυση, εξωπυραμιδική ακαμψία και σπασμούς. (Kaplan and Sadock' s2000)

### **3.6.3 ΜΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ**

Για τον ψυχίατρο η σημασία αυτών των μη νευρολογικών, μη ψυχιατρικών επιπλοκών έγκειται στην βιολογική τους δράση, στην εγκεφαλική λειτουργία του αρρώστου και στην ψυχολογική τους επίδραση στην διάθεση και την κατάσταση του

άγχους του ασθενή. Επιπρόσθετα, επειδή κάθε κατάσταση συνήθως θεραπεύεται με επιπλέον φάρμακα, ο ψυχίατρος πρέπει να γνωρίζει τις παρενέργειες της μεγάλης αυτής φάρετρας των φαρμάκων από το κεντρικό νευρικό σύστημα (Kaplan and Sadock' s,2000)

### 3.6.4 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

**Άνοια** (βλέπε παρακάτω)

**Ντελίριο:** Το ντελίριο μπορεί να προκληθεί από την ίδια ποικιλία αιτιών που οδηγεί σε άνοια αρρώστους με HIV. Έχουν περιγραφεί καταστάσεις ντελίριο που χαρακτηρίζεται από την αυξημένη και από την μειωμένη δραστηριότητα. Το ντελίριο στους αρρώστους με HIV είναι πιθανό να μην διαγνώσκεται πάντα. Ωστόσο το ντελίριο θα πρέπει πάντα να αποτελεί το αίτιο πληρέστερης ιατρικής εξέτασης σε ασθενείς με HIV, ώστε να καθοριστεί η τυχούσα έναρξη κάποιας νέας διεργασίας που αφορά το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. (Kaplan and Sadock' s2000)

**Αγχώδεις διαταραχές:** οι ασθενείς με HIV μπορεί να έχουν οποιαδήποτε αγχώδη διαταραχή, αλλά η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή μετά από τραυματικό στρες και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι ιδιαίτερα συχνές. (Kaplan and Sadock' s2000)

**Διαταραχή προσαρμογής:** έχει αναφερθεί ότι η διαταραχή προσαρμογής με αγχώδη ή καταθλιπτική διάθεση εμφανίζεται στο 5-20% των μολυσμένων με HIV αρρώστων. Η συχνότητα της διαταραχής προσαρμογής είναι πιο αυξημένη από ότι συνήθως σε ορισμένους μη τυχαίους πληθυσμούς, όπως σε αυτούς που υπηρετούν στο στρατό και στους φυλακισμένους. (Kaplan and Sadock' s, 2000)

**Καταθλιπτικές διαταραχές:** Έχει αναφερθεί ότι ένα ευρύ φάσμα αρρώστων με HIV, από 4-40% πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια καταθλιπτικών διαταραχών. Σε μερικές υψηλού κινδύνου ομάδες, ο πρώτης μόλυνσης με HIV επιπολασμός καταθλιπτικών διαταραχών μπορεί να είναι υψηλότερος από ό,τι συνήθως. Ένας άλλος λόγος για την ευρύτητα των τιμών επιπολασμού, είναι η διαφορετική εφαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων, αφού μερικά από τα κριτήρια των καταθλιπτικών διαταραχών (πτωχός ύπνος και απώλεια βάρους) μπορεί επίσης να προκαλούνται από την ίδια την HIV λοίμωξη (Kaplan and Sadock' s, 2000). Η κατάθλιψη μπορεί να

είναι βαριά με έντονα αισθήματα απελπισίας/ έλλειψη ελπίδας ή ενδεχομένως ενοχής για τον προηγούμενο τρόπο ζωής( Μάνος, 1997)

**Κατάχρηση ουσιών:** Η κατάχρηση ουσιών αποτελεί πρόβλημα, όχι μόνο για τους χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών που μολύνονται με σχετικές με τον ιό HIV νόσους, αλλά επίσης και για όλους τους άλλους αρρώστους με HIV που πιθανόν να χρησιμοποιούσαν σποραδικά στο παρελθόν παράνομες ουσίες και οι οποίοι τώρα μπορεί να καταφεύγουν στη συστηματική χρήση τους , σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης της κατάθλιψης ή του άγχους. (Kaplan and Sadock' s2000)

**Αυτοκτονία:** Ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι αυξημένες σε αρρώστους με HIV λοίμωξη και AIDS. Οι παράγοντες κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας των προσβλημένων με HIV είναι η ύπαρξη φίλων που έχουν πεθάνει από AIDS, η πρόσφατη ενημέρωση της HIV οροθετικότητάς τους, οι υποτροπές, τα δυσεπίλυτα κοινωνικά θέματά που σχετίζονται με την ομοφυλοφιλία, η ανεπαρκής κοινωνική και οικονομική υποστήριξη και η παρουσία άνοιας ή ντελίριο. (Kaplan and Sadock' s, 2000).Επίσης η πιθανότητα για «επιτυχημένη» αυτοκτονία αυξάνει με το βαθμό της κατάθλιψης και τη συνύπαρξη προϋπάρχουσας διαταραχής της προσωπικότητας, όπως η μεταιχμιακή.( Μάνος, 1997)

**Οι ανησυχούντες υγιείς:** Οι ανησυχούντες υγιείς είναι άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου, οι οποίοι αν και είναι οροαρνητικοί και ελεύθεροι νόσου, έχουν άγχος ή έμμομη ιδέα ότι θα μολυνθούν από τον ιό. Μερικά από αυτά τα άτομα καθησυχάζουν μετά από επαναλαμβανόμενα αρνητικά αποτελέσματα της εξέτασης. Άλλοι, ωστόσο, σκέπτονται επίμονα το πιθανό μεγάλο στάδιο επώασης και έτσι συντηρούν τις ανησυχίες τους (Kaplan and Sadock' s2000). Επίσης ο φόβος του AIDS μπορεί να αποτελέσει βασικό ή κύριο ενόχλημα μιας πλήρως ανεπτυγμένης ψυχικής διαταραχής, όπως η υποχονδρίαση ή /και η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, το άγχος, τις προσβολές πανικού και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Στην πρώτη, το άτομο ασχολείται συνεχώς με διάφορα σωματικά συμπτώματα ή αισθήσεις ως ενδεικτικά ότι έχει AIDS, παρά τις επανειλημμένες ιατρικές διαβεβαιώσεις για το αντίθετο. Στην δεύτερη το άτομο έχει ή ψυχαναγκασμούς( έμμονες σκέψεις ότι έχει ή ότι θα αναπτύξει AIDS) ή/ και καταναγκασμούς(τελετουργίες ή αποφυγές σχετικές με τον κίνδυνο μόλυνσης από AIDS)( Μάνος, 1997)

## Η ΑΝΟΙΑ ΤΟΥ AIDS

Η άνοια του AIDS έχει συνώνυμα για την HIV-1 άνοια, την HIV-εγκεφαλοπάθεια, το σύμπλεγμα άνοιας- AIDS, την υποξεία εγκεφαλίτιδα(Μαιλλής,1989) και οφείλεται στην πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια που προκαλεί ο HIV.Μπορεί όμως να προκληθεί και από συστημικές επιπλοκές(π.χ. σηψαιμία, υποξαιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές), από όγκους του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος(π.χ. λέμφωμα) και από λοιμώξεις (π.χ. τοξοπλάσμωση, κρυπτοκοκκίωση)(Μάνος,1997)

Σημειολογικά η νόσος εκδηλώνεται με διαταραχές της μνήμης, με δυσχέρεια εγχαράξεως νέων μνημονικών δεδομένων και επιλύσεως προβλημάτων, με μείωση της προσοχής και της συγκέντρωσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση κ.α. Τα άτομα φαίνονται μάλλον απαθή, με μειωμένο τον αυθορμητισμό τους και είναι κοινωνικά αποσυρμένα. Σε μικρό ποσοστό, η νόσος μπορεί να παρουσιαστεί με σημειολογική ατυπία, σαν συναισθηματική νόσος, ψύχωση ή ακόμα με επιληπτικές κρίσεις.

Η κλινική εξέταση θα αποκαλύψει μειωμένη ικανότητα προσοχής, ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραγμένη μνήμη και κρίση. Ακόμα συχνά διαπιστώνεται τρόμος, διαταραχή στην ταχεία εναλλαγή των κινήσεων, διαταραχή της ισορροπίας, αταξία, υπέρτονια, γενικευμένη αύξηση των τενοντίων αντανεκλαστικών, σημειολογία μετωπιαίου λοβού, διαταραχή συζυγών κινήσεων οφθαλμών κ.α.

Τέλος η νευροψυχολογική διερεύνηση θα δείξει διαταραχές στις δοκιμασίες που ελέγχουν το βαθμό απόδοσης του ατόμου σε πλαίσια περιορισμένου χρόνου, στην επίλυση προβλημάτων, στη μάθηση και στις απαραίτητες λειτουργίες όπως είναι οι κινητικές λειτουργίες.( Μαΐλλης, 1989)

Παρ' όλο που η HIV εγκεφαλοπάθεια βρίσκεται σε μεγάλο ποσοστό των αρρώστων με HIV, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλες αιτίες άνοιας στους αρρώστους αυτούς. Αυτές περιλαμβάνουν λοιμώξεις, νεοπλασίες και διαταραχές του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος που προκαλούνται από συστηματικές νόσους, όπως επίσης και ενδοκρινοπάθειες ή παρενέργειες των φαρμάκων στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Η ανάπτυξη της άνοιας είναι γενικά κακό προγνωστικό σημείο. Το 50-75% των αρρώστων με άνοια πεθαίνει εντός 6 μηνών(Kaplan and Sadock' s2000).

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς με το σύνδρομο αυτό έχουν νοητικά προβλήματα, που κυμαίνονται από την ελαφριά έως την προϊούσα θανατηφόρα άνοια. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν κεφαλαλγία και επώδυνη αισθητικά νευροπάθεια.

Παρά τις προόδους που έχουν επιτευχθεί στη θεραπεία άλλων συμπτωμάτων της νόσου, η άνοια που συνοδεύει το aids παραμένει μυστηριώδης. Σύγχρονες υποθέσεις εστιάζονται σε μια έμμεση επίδραση της λοίμωξης με τον ιό της ανθρώπινης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας που σχετίζεται με προϊόντα του ιού ή με μόρια-μηνύματα που κωδικοποιούνται από το κύτταρο και ονομάζονται κυττοκίνες. Οποσδήποτε όμως η μόλυνση από τον ιό φαίνεται να είναι η κύρια υποκινούσα αιτία της άνοιας, αφού η θεραπεία εναντίον του ιού μπορεί να αποτρέψει ή να αντιστρέψει τα νοητικά προβλήματα σε μερικούς ασθενείς ( Μαΐλλης, 1989).

Η αξονική ή η μαγνητική τομογραφία μπορεί να δείξει στην αρχή τις μικρές εστιακές βλάβες και προοδευτικά την ατροφία του φλοιού.(Μάνος,1997)

### **3.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει ριζική θεραπεία για την αντιμετώπιση του HIV. Οι προοπτικές, όμως, του AIDS είναι σε γενικές γραμμές ενθαρρυντικές. Οι γνώσεις σχετικά με την μοριακή βιολογία του ιού, την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού, την παθογένεια της νόσου και τη θεραπευτική αγωγή κατά του HIV αποτελούν ελπίδα για τον έλεγχο της επιδημίας. Πρέπει, όμως, να τονίσουμε ότι τα φάρμακα δεν μπορούν να θεραπεύσουν πλήρως τη νόσο.

Είναι σημαντικό τα άτομα που δεν έχουν μολυνθεί με τον ιό HIV να παραμείνουν αρνητικοί και τα άτομα που έχουν μολυνθεί να παραμείνουν υγιή. Για τα άτομα που έχουν μολυνθεί με τον ιό, η ανάπτυξη των φαρμάκων έχει βοηθήσει στην αλλαγή της πορείας της νόσου. Η χρήση νέων φαρμάκων καθώς και ο συνδυασμός πολλών φαρμάκων – με διαφορετική δράση στις διάφορες φάσεις αναπαραγωγής του HIV-επιτυγχάνουν την αναστολή της πορείας της ιοφορίας προς τη νόσο, μεγαλύτερη περίοδο επιβίωσης των ασθενών και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Αισιοδοξία, επίσης, προκαλεί το γεγονός ότι η προληπτική χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων σε οροθετικές έγκυες γυναίκες μειώνει την πιθανότητα

μετάδοσης της λοίμωξης HIV στο κύημα περίπου κατά 80% ενώ περίπου στο ίδιο ποσοστό μειώνεται και η πιθανότητα λοίμωξης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έπειτα από επαγγελματική έκθεση στον ιό.

Οι ασυμπτωματικοί φορείς του ιού δεν χρειάζονται νοσηλεία. Απλά θα πρέπει να αποφεύγουν να εκτίθονται σε διάφορες λοιμώξεις (γρίπη, κρυολογήματα κ.α.) ή τοξικούς παράγοντες (φάρμακα, οινόπνεύματα, κάπνισμα) που οπωσδήποτε επιβαρύνουν την ανοσολογική του κατάσταση. Κάθε 6 μήνες θα πρέπει να κάνουν αιματολογικό έλεγχο. (Ρούσσης, 1989)

Όταν κάποιος αρχίσει αντιρετροϊκή θεραπεία, είναι σημαντικό να συζητά με το γιατρό του τις διάφορες επιλογές που υπάρχουν. Ο γιατρός θα του κάνει μια σειρά αιματολογικών εξετάσεων, και βάση του επιπέδου του ιικού φορτίου και των CD4 κυττάρων θα καθορίσει πότε πρέπει να ξεκινήσει η θεραπεία και με ποια φάρμακα. Για τους όγκους και τις λοιμώξεις που ενδέχεται να συνοδεύουν τη νόσο του AIDS απαιτείται θεραπεία με το κατάλληλο φάρμακο.

Επίσης, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι παρενέργειες των φαρμάκων, τα οποία είναι πολύ τοξικά. Εν συνεχεία παρατίθενται τα φάρμακα που έχουν κυκλοφορήσει μέχρι σήμερα με τις παρενέργειες που μπορούν να δημιουργήσουν σύμφωνα με τον Σουγιουλτζή:

## ▼ Φάρμακα μέχρι τέλους '95 (Reverse Transcriptase Inhibitors)

### *Νουκλεοτιδικά ανάλογα – αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης*

- AZT (Zidovudine): Αυτό το φάρμακο προέρχεται από την Αγγλία. Οι κυριότερες παρενέργειες που προκαλεί είναι αναιμία, μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων (λευκοπενία), γαστρεντερικές διαταραχές, ναυτία, ανορεξία, κοιλιακοί πόνοι, κεφαλαλγίες, πόνοι στους μυς, διαταραχές ύπνου κλπ.
- DDI (Didanosine): Προέρχεται από τις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι κυριότερες παρενέργειες που προκαλεί είναι ίδιες με εκείνες που προκαλεί το AZT. Προκαλεί όμως, λιγότερη λευκοπενία και αναιμία. Επίσης, προκαλεί διάρροιες, παγκρεατίτιδα, ηπατίτιδα, περιφερική νευρίτιδα (μούδιασμα νεύρων έως παράλυση) κλπ.
- DDC (Zalcitabine): Προέρχεται από την Ελβετία. Οι κυριότερες παρενέργειες είναι ίδιες με τα δύο προηγούμενα φάρμακα. Επίσης, προκαλεί στοματίτιδα και διαβρώσεις της βλεννογόνου του στόματος, καθώς και μη αναστρέψιμη περιφερική νευρίτιδα (μόνιμη παράλυση).

Τα φάρμακα αυτά δρουν ως ιοστατικά, ανταγωνιζόμενα τη δράση του ενζύμου «ανάστροφη μεταγραφάση» (reverse transcriptase) του HIV. Σε μονοθεραπείες (όπως συνήθως χρησιμοποιούνταν μέχρι τα τέλη του 1995) προκαλούσαν ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών του HIV, συχνότερα μετά τους 6 πρώτους μήνες της θεραπείας. Η χορήγηση τους γινόταν σε ασθενείς με πλήρες AIDS (Full Blown Syndrome) ή σε ασυμπτωματικούς με επίπεδα CD4 λεμφοκυττάρων κατώτερα των 500/ml (Σουγιουλτζής, 1996).

#### **ν Φάρμακα από τέλους '95 μέχρι σήμερα**

*Νουκλεοτιδικά ανάλογα- αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης (reverse transcriptase inhibitors)*

- 3TC (3- thia- cytidine ή Lamivudine): Προέρχεται από το Καναδά. Οι κυριότερες παρενέργειες που προκαλεί είναι κεφαλαλγία, διάρροια και μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων (λευκοπενία).
- D4T: Προέρχεται από τις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι κυριότερες παρενέργειες που προκαλεί είναι αναιμία, λευκοπενία, γαστρεντερικές διαταραχές (ναυτία, ανορεξία, κοιλιακοί πόνοι) και διαταραχές στον ύπνο.

*Αναστολείς Πρωτεάσεων του HIV (Protease Inhibitors)*

- Saquinavir : Προέρχεται από την Ελβετία. Οι κυριότερες παρενέργειες που προκαλεί είναι κεφαλαλγία και διάρροια.
- Indinavir: Προέρχεται από τις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι κυριότερες παρενέργειες που προκαλεί είναι κεφαλαλγία, διάρροια, επιβάρυνση στη λειτουργία του ήπατος και αύξηση των τριγλυκεριδίων στο αίμα.
- Ritonavir: Προέρχεται από τις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι κυριότερες παρενέργειες που προκαλεί είναι αύξηση της χολερυθρίνης και νεφρολιθίαση.

Τα φάρμακα αυτής της ομάδας δρουν αναστέλλοντας πρωτεάσες του HIV. Πήραν έγκριση από την Ευρωπαϊκή Ένωση τον Σεπτέμβριο του 1996. χρησιμοποιούνται μόνο σε συνδυασμούς με αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης (Σουγιουλτζής, 1996).

#### **ν Θεραπευτικά Σχήματα**

Ήδη από τον Οκτώβριο του 1995 καθιερώθηκε επίσημα και γενικεύτηκε η χρήση των συνδυασμών, ενώ οι μονοθεραπείες θεωρούνται πλέον αναχρονιστικές.



Σήμερα, χορηγούνται στους ασθενείς διπλά ή τριπλά σχήματα . Τα διπλά σχήματα, περιλαμβάνουν συνήθως:

- AZT + 3TC (θεωρείται το καλύτερο από τα διπλά σχήματα)
- AZT+ DDI
- AZT + DDC

Σε περίπτωση δυσανεξίας του ασθενούς στο AZT, αυτό αντικαθίσταται με D4T.

Τα τριπλά σχήματα περιλαμβάνουν συνήθως 2 αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης (π.χ. AZT+ 3TC) και έναν αναστολέα πρωτεάσης.

Σύμφωνα με τα ισχύοντα στην Ελλάδα, η θεραπευτική αγωγή με τριπλό συνδυασμό, χορηγείται σε ασθενείς που:

- Έχουν πλήρες AIDS (σύμφωνα με τον ορισμό CDC και WHO)
- Έχουν CD4 <200/ml
- Έχουν ιικό φορτίο > 30000 copies/ml

(Τα 3 αυτά κριτήρια είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους. Αρκεί και μόνο ένα από αυτά.).

Μολονότι γνωρίζουμε πως μπορούμε να προφυλαχθούμε και παρά το ότι έχουμε στη φαρμακολογική μας φαρέτρα νέα φάρμακα που αυξάνουν τις άμυνες του ανοσοποιητικού μας συστήματος, τελικός στόχος για την αντιμετώπιση του AIDS είναι η παρασκευή αποτελεσματικού εμβολίου που θα προλαμβάνει τη νόσο. Η γενετική ποικιλομορφία του ιού, όμως, καθιστά ακόμα δυσχερέστερη την παρασκευή ενός τέτοιου εμβολίου. Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω, αντιλαμβάνεται κανείς ότι το άλφα και το ωμέγα στην πολιτική κατά της ασθένειας είναι η πρόληψη. Αυτό , όμως, που κυρίως απαιτείται είναι η σωστή και διαρκής ενημέρωση του πληθυσμού για τη νόσο και τους τρόπους μετάδοσής της(Σουγιουλτζής, 1996).

### **3.8 ΤΕΣΤ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ AIDS**

Η λοίμωξη HIV, συνήθως δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα αρχικά. Έτσι, ο κύριος τρόπος εντοπισμού του ιού είναι μέσω της εξέτασης αίματος για την παρουσία αντισωμάτων (πρωτεΐνες) κατά του ιού. Τα αντισώματα αυτά, γενικά, δεν είναι ανιχνεύσιμα πριν από ένα μέχρι τρεις μήνες μετά την προσβολή από τον ιό και μπορεί να χρειαστούν περισσότεροι από έξι μήνες προτού γενικευθούν σε ποσότητες

επαρκείς ώστε να εμφανίζονται στις κανονικές εξετάσεις αίματος. Συμπληρωματικά με την εξέταση αίματος μπορούν να χρησιμοποιηθούν και εξετάσεις σιέλου ή ούρων ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

Τα άτομα που έχουν εκτεθεί στον ιό είναι καλό να εξετασθούν όσο το δυνατόν συντομότερα, ώστε να λάβουν την κατάλληλη αγωγή στο χρόνο εκείνο κατά τον οποίο είναι περισσότερο ικανά να αγωνισθούν κατά του ιού και να προλάβουν την εκδήλωση ευκαιριακών λοιμώξεων. Επιπλέον, είναι καλό για να προφυλάξουν τα προσφιλή τους πρόσωπα.

Η εξέταση για τον HIV γίνεται στα περισσότερα νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα και μπορεί να είναι ανώνυμη εάν ο ενδιαφερόμενος το επιθυμεί. Μάλιστα στις Η.Π.Α, διατίθενται και τεστ για χρήση στο σπίτι, είτε από φαρμακεία είτε μέσω τηλεφωνικής παραγγελίας.

Το 1989 οι ορολογικές μέθοδοι διάγνωσης της μόλυνσης HIV, διακρίνονταν στις παρακάτω:

- Ø *Ανοσοενζυματική μέθοδος (ELISA)*: είναι το πιο συνηθισμένο τεστ που γίνεται για τη μόλυνση από τον HIV. Είναι μια εξέταση που ψάχνει για αντισώματα στο αίμα κατά συγκεκριμένων παθογόνων μικροοργανισμών. Αν το τεστ βγει θετικό, επειδή υπάρχει μια μικρή πιθανότητα να είναι «ψευδώς θετικό», μπορεί να «ξεγελάστηκε» από την ύπαρξη άλλων αντισωμάτων. Γι' αυτό για επιβεβαίωση γίνεται ένα πιο ειδικό (και ακριβότερο) τεστ που λέγεται Western Blot.
- Ø *Μέθοδος Western Blot*: Συνήθως για την εξακρίβωση του αποτελέσματος της εξέτασης Elisa χρησιμοποιείται η τεχνική Western-blot. Αν και αυτό το τεστ βγει θετικό, τότε κάποιος μπορεί να πει με σιγουριά ότι το άτομο έχει μολυνθεί από τον ιό HIV. Η πιθανότητα για ψευδώς θετικό ELISA και Western blot (δηλ. τα δύο τεστ να βγουν θετικά, χωρίς το άτομο να έχει στη πραγματικότητα μολυνθεί) είναι ελάχιστη και έχει υπολογιστεί σε 0,0007% του γενικού πληθυσμού. Οι περιπτώσεις που τα αποτελέσματα είναι ασαφή (μη καθοριστικά) είναι 1 στα 5.000 τεστ. Στη περίπτωση αυτή το τεστ επαναλαμβάνεται μετά από ένα μήνα. Παρ' ότι ένα θετικό τεστ ELISA επιβεβαιωμένο από Western Blot είναι αδιαμφισβήτητο, ένα αρνητικό τεστ μπορεί να σημαίνει δύο πράγματα τελείως αντιδιαμετρικά:

§ ότι όντως ο εξεταζόμενος δεν έχει προσβληθεί από τον ιό HIV.

§ ότι έχει μεν μολυνθεί, αλλά βρίσκεται στην αρχική φάση της νόσου, όπου ο οργανισμός του δεν έχει ακόμη αρχίσει να αναπτύσσει αντισώματα κατά του ιού.

Αφού το τεστ μετράει αντισώματα, στη δεύτερη περίπτωση δεν θα ανιχνεύσει τίποτε. Το τεστ θα είναι «ψευδώς αρνητικό». Αυτή η χρονική περίοδος ανάμεσα στην είσοδο του ιού στον οργανισμό και στην ανάπτυξη αντισωμάτων εναντίον του ονομάζεται «περίοδος παραθύρου». Είναι δε ιδιαίτερα σημαντική, αφού ο ιός (ο οποίος ελλείπει αντισωμάτων πολλαπλασιάζεται ανεμπόδιστα μέσα στον οργανισμό) βρίσκεται σε τεράστιες ποσότητες στο αίμα και το σπέρμα του πάσχοντος. Σ' αυτή τη φάση, η πιθανότητα ο πάσχων να μολύνει τους ερωτικούς του συντρόφους είναι πάρα πολύ μεγάλη, αν δεν ακολουθεί πρακτικές ασφαλούς σεξ.

#### ∅ Μέθοδος της ραδιοανοσοκαθίζησης (RIPA)

#### ∅ Αντίδραση σε συνθετικά πεπτιδία, ομόλογα των ιικών πρωτεϊνών

Ένα πιο εξελιγμένο τεστ, που ανακαλύφθηκε πρόσφατα είναι το PCR (Polymerase Chain Reaction). Το τεστ αυτό ανιχνεύει το DNA του ιού (ενώ το ELISA και το Western-blot, τα αντισώματα στον ιό) και μπορεί να εντοπίσει την παρουσία του τέσσερις εβδομάδες μετά την προσβολή, ενώ το ELISA χρειάζεται έξι εβδομάδες έως έξι μήνες. Το τεστ αυτό έχει υψηλό κόστος και στη χώρα μας δεν παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία. Συστήνεται όμως η πραγματοποίησή του (σε ιδιωτικό εργαστήριο) στις περιπτώσεις που χρειάζονται γρήγορα αποτελέσματα, όπως για παράδειγμα, όταν πρόκειται για ένα βρέφος που η μητέρα του είναι οροθετική.

Η εξέταση για HIV καλύπτεται, ίσως αυστηρότερα από οποιαδήποτε άλλη εξέταση, από το ιατρικό απόρρητο. Αυτό σημαίνει ότι:

- Το αποτέλεσμα ανακοινώνεται αυστηρά και μόνο στον ίδιο. Άλλο πρόσωπο μπορεί να πάρει την απάντηση μόνο με έγγραφη εξουσιοδότηση και αφού έχει προηγηθεί συνεννόηση με το εργαστήριο.

- Η εξέταση μπορεί να γίνει ανώνυμα, με χρήση ψευδώνυμου, αρχικών του ονοματεπώνυμου, κωδικού αριθμού, κλπ κατά την προτίμηση του ενδιαφερομένου.
- Οι γιατροί ή οι άλλοι λειτουργοί υγείας (κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές) δεν έχουν δικαίωμα κοινοποίησης του αποτελέσματος σε κανένα άλλο πρόσωπο (ούτε σε γονείς ή σύζυγο). Αυτό μπορεί να γίνει μόνο αν το ζητήσει το άτομο που έκανε την εξέταση. Σε αντίθετη περίπτωση υπάρχουν ποινικές και αστικές ευθύνες.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

## 3.9 ΕΜΒΟΛΙΟ

### 3.9.1 ΓΕΝΙΚΑ

Στις ιογενείς λοιμώξεις η παρασκευή προφυλακτικού εμβολίου επιτυγχάνεται 7 με 10 περίπου χρόνια μετά την απομόνωση του υπεύθυνου ιού. Ήταν φυσικό κατά συνέπεια να αναπτρωθούν οι ελπίδες για αποτελεσματική προφύλαξη όταν απομονώθηκε ο ιός HIV. Δυστυχώς, γρήγορα έγινε αντιληπτό ότι βασικές αρχές που εφαρμόζονται στην ανάπτυξη των εμβολίων δεν ισχύουν για τον ιό HIV. Εμφανίστηκαν βασικές δυσκολίες και εμπόδια που θα πρέπει να υπερπηδηθούν (Λάσκαρης- Παπαευαγγέλου, 1988). Οι κυριότερες αφορούν:

- τη γενετική αστάθεια του ιού,
- την ανάγκη αναπτύξεως και κυτταρικής ανοσίας,
- την εξασφάλιση κατάλληλων πειραματόζων και τις δυσχέρειες δομικών σε ανθρώπους.

Ένα εμβόλιο μπορεί να θεωρηθεί ωφέλιμο για τη δημόσια υγεία ακόμη και αν δεν αποτρέπει την εμφάνιση της λοίμωξης. Σ' αυτή την περίπτωση πρέπει τουλάχιστον να μπορεί να παρατείνει την εμφάνιση τής νόσου, να ελαττώσει τη βαρύτητά της ή να ελαττώσει το ποσοστό μεταδοτικότητάς της από μολυσμένα άτομα σε υγιή. Στην περίπτωση του HIV, ένα εμβόλιο πρέπει να είναι ικανό να παρέχει προστασία κατά των διαφόρων στελεχών του ιού. Γιατί σε αντίθεση με άλλους ιούς, ο HIV

μεταλλάσσεται πολύ γρήγορα και εμφανίζεται με πολλές, λίγο διαφορετικές μεταξύ τους μορφές.

Παρ' όλα αυτά υπάρχουν βάσιμοι λόγοι που κάνουν τους επιστήμονες να πιστεύουν ότι ένα εμβόλιο κατά του HIV είναι τελικά εφικτό. Αυτοί είναι οι παρακάτω:

- Υπάρχουν εμβόλια κατά άλλων ιογενών νόσων (π.χ. κίτρινος πυρετός, ηπατίτιδες A- & B-, λύσσα, πολιομυελίτιδα κ.ά.).
- Πειραματικά εμβόλια κατά του HIV αποδείχτηκαν αποτελεσματικά σε χιμπαντζήδες και πιθήκους.
- Το ανθρώπινο ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί μερικές φορές από μόνο του να ελέγξει τον πολλαπλασιασμό του HIV και να καθαρίσει τον οργανισμό από τον ιό.
- Ενήλικες που μολύνθηκαν με εξασθενημένα στελέχη του ιού παρέμειναν υγιείς.
- Πειραματικά εμβόλια προκάλεσαν έντονη ανοσολογική αντίδραση σε ανθρώπους.
- Η μετάδοση του ιού μέσω των βλεννογόνων είναι σχετικά μη αποτελεσματική
- Εμβόλια που ελαττώνουν το ιικό φορτίο είναι ωφέλιμα για τη δημόσια υγεία.

Τα τεράστια, όμως, οικονομικά συμφέροντα των φαρμακοβιομηχανιών θα πληγούν ανεπανόρθωτα από την εμφάνιση ενός αποτελεσματικού εμβολίου. Αυτό εξηγεί γιατί η έρευνα προς αυτό το τομέα είναι περιορισμένη. Αλλά τελικά μόνο ένα εμβόλιο κατά του HIV θα μπορούσε να οδηγήσει στο οριστικό τέλος της επιδημίας του AIDS (Λάσκαρης- Παπαευαγγέλου, 1988).

### **3.9.2 ΗΘΙΚΑ, ΝΟΜΙΚΑ, ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

Η ανάπτυξη του εμβολίου θα πρέπει να λάβει υπόψη τις ηθικές, νομικές και κοινωνικές ιδιομορφίες του AIDS. Τα πειράματα θα πρέπει να γίνουν αρχικά σε πειραματόζωα. Οι εθελοντές θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι όσον αφορά τους πιθανούς κινδύνους που θα αντιμετωπίσουν. Η πολιτεία οφείλει να δώσει κίνητρα και παροχές. Η δωρεάν ιατρική περίθαλψη ως και η τήρηση των απαραίτητων μέτρων κατά την διάρκεια των επιστημονικών ερευνών ως και η τήρηση της απόλυτης εχεμύθειας είναι επιβεβλημένες. Υπάρχουν αρκετές επιφυλάξεις και

δισταγμοί για την τήρηση των απαραίτητων μέτρων κατά την διάρκεια των δοκιμών (Λάσκαρης- Παπαευαγγέλου, 1988).

Η παρεχόμενη πλημμελής περίθαλψη κατά την διάρκεια των επιστημονικών ερευνών ως και ο επείγον χαρακτήρας του AIDS δεν παρέχουν αρκετό χρόνο για τη σωστή ολοκλήρωση των προκαταρκτικών πειραμάτων. Γενικά τονίζεται ότι κατά τη διάρκεια των πειραμάτων, όχι μόνο θα πρέπει να παρέχεται υψηλού βαθμού ιατρικής περίθαλψης, αλλά και να τηρούνται οι προϋποθέσεις, ώστε να εξάγονται έγκυρα επιστημονικά συμπεράσματα. Οι προϋποθέσεις από ηθικής, νομικής και δεοντολογικής άποψης για την εξασφάλιση ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού εμβολίου όπως την καθόρισε η Π.Ο.Υ. είναι οι ακόλουθες:

- ♦ *Πλήρης σχεδιασμός των κλινικών πειραμάτων:* το εμβόλιο θα πρέπει να ελεγχθεί *in vitro* ως προς την χημική του σύνθεση, την καθαρότητά του και την σταθερότητά του. Η ανοσοποιητική του δύναμη και η απουσία οποιασδήποτε τοξικότητας πρέπει να αποδεικνύεται με την χρησιμοποίηση προτύπων πειραματόζων. Στις επόμενες φάσεις θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί μικρός αριθμός υγιών ενηλίκων εθελοντών (10- 20 ατόμων). Στο τέλος θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί μεγαλύτερος αριθμός εθελοντών (100-200 ατόμων) ώστε να αποκτηθεί εμπειρία ως προς την ανοσογονικότητα και αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Θα προσδιορισθεί επίσης το μέγεθος της δόσης ως και το σχήμα των εμβολιασμών.
- ♦ *Ακριβείς εκτιμήσεις εργαστηριακών και κλινικών αποτελεσμάτων:* η ανοσογονικότητα του εμβολίου θα συνεκτιμηθεί με τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα (φυσική εξέταση, αιματολογικός- βιοχημικός έλεγχος).
- ♦ *Επιλογή των κατάλληλων πληθυσμιακών ομάδων για εμβολιασμό:* απαραίτητη προϋπόθεση είναι οι συμμετέχοντες να είναι υγιείς και να μην έχουν προσβληθεί από τον HIV. Οι συμμετέχοντες αρχικά πρέπει να ανήκουν σε ομάδες χαμηλού κινδύνου, ώστε τα αποτελέσματα της ανοσοποιητικής ικανότητας του εμβολίου να μην συγχέονται με φυσική λοίμωξη που πιθανόν να έχει συμβεί κατά την περίοδο του εμβολιασμού. Σε δεύτερη φάση οι συμμετέχοντες πρέπει να ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου θα προσδιορίσουν την ανοσοποιητική ικανότητα του εμβολίου, ενώ για τα άτομα υψηλού κινδύνου η χρησιμοποίησή τους είναι μία προκαταρκτική δοκιμή για την γ- φάση όπου χρησιμοποιούνται αποκλειστικά άτομα υψηλού κινδύνου (νεαρά ενήλικα άτομα με σεξουαλική δραστηριότητα, πολυμεταγγιζόμενα

παιδιά και νεογνά που κινδυνεύουν από κάθετη μετάδοση) για εξακρίβωση της αποτελεσματικότητας του εμβολίου.

- ♦ *Δομικές του εμβολίου σε διαφορετικές περιοχές και πληθυσμιακές ομάδες:* οι υποψήφιοι πρέπει να προέρχονται από διάφορες χώρες (τροπικές, εύκρατες ζώνες κλπ) και να ανήκουν σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες.
- ♦ *Χρησιμοποίηση κατάλληλου ερευνητικού προσωπικού:* η τήρηση της εχεμύθειας ως προς την κατάσταση της υγείας ή της κοινωνικής συμπεριφοράς των εθελοντών είναι επιβεβλημένη. Θα πρέπει να ληφθεί πρόνοια για τις κοινωνικές επιπτώσεις που θα έχει το γεγονός της αποκάλυψης κατά την διάρκεια των πειραμάτων ότι ένα άτομο ανήκει στις ομάδες υψηλού κινδύνου ή πάσχει από AIDS. είναι πιθανό κάποιο άτομο να καταστεί φορέας κατά την διάρκεια των δοκιμών. Θα πρέπει το προσωπικό να έχει ενημερώσει τους εθελοντές και να έχει πάρει μέτρα για τη δωρεάν παροχή οποιασδήποτε ιατρικής υπηρεσίας στο μέλλον.

(Λάσκαρης- Παπαευαγγέλου, 1988)

Συμπερασματικά, έστω και αν κάποιο δραστικό εμβόλιο παραχθεί, δεοντολογικοί λόγοι θα εμποδίσουν τη σύντομη προκαταρκτική δοκιμή και εφαρμογή του. Γι' αυτό δε θα πρέπει να αναμένεται η εφαρμογή εμβολίου, πριν περάσουν 5-7 χρόνια. Συντονισμένες προσπάθειες πρέπει να γίνουν στη βασική και εφαρμοσμένη έρευνα. Είναι σαφές ότι ένα δραστικό εμβόλιο στηρίζεται στις γνώσεις και στην αποκτηθείσα εμπειρία. Στην έρευνα απαιτείται η συμμετοχή της πολιτείας, του επιστημονικού δυναμικού και της βιομηχανίας. Η πολιτεία θα πρέπει να παρέχει νομική κάλυψη και οικονομική ενίσχυση, ώστε να υποστηριχθεί η έρευνα και η παραγωγή (Λάσκαρης- Παπαευαγγέλου, 1988).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

**4.1 ΠΡΟΛΗΨΗ**

**4.2 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

**4.3 AIDS ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΟΙ  
ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ**



## 4.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

### 4.1.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

#### A. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

Σε περίπτωση που ένας εξεταζόμενος βρεθεί ότι έχει αναπτύξει αντισώματα έναντι του ιού του HIV, σύμφωνα με τον Κουσκούκη, είναι φορέας του ιού γι' αυτό πρέπει:

1. Να γίνει επανάληψη της ορολογικής εξέτασης με άλλη όμως μέθοδο και επιβεβαίωση του αποτελέσματος.
2. Να ενημερωθεί εμπιστευτικά και υπεύθυνα για το αποτέλεσμα και τη σημασία του.
3. Να μην πανικοβληθεί αλλά να βρίσκεται σε επαγρύπνηση.
4. Να ενημερώνει σχετικά το γιατρό ή τον οδοντίατρο που επισκέπτεται.
5. Να παρακολουθείται περιοδικά κάθε 5-6 μήνες η ορολογική και ανοσολογική κατάστασή του, γιατί ο κίνδυνος να αναπτύξει σύνδρομο λεμφαδενικό ή επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας είναι μεγαλύτερος από ένα άτομο που είναι αρνητικό.
6. Να αποκλεισθεί εφ' όρου ζωής σαν αιμοδότης ή δωρητής σώματος.
7. Να ενημερώσει τους ερωτικούς του συντρόφους κι όσους έκαναν χρήση ναρκωτικών και να τους παρακινήσει να εξετασθούν εργαστηριακά.
8. Να μην εκθέτει άλλα άτομα στα βιολογικά εκκρίματα του σώματός του και να μεταχειρίζεται ατομικές και μόνο σύριγγες, οδοντόβουρτσες και ξυριστικές λεπίδες.
9. Να τρέφεται κανονικά, να κοιμάται επαρκώς και να αποφεύγει την έντονη κόπωση και τη λήψη εθιστικών ουσιών, που μειώνουν την αντίσταση του οργανισμού.
10. Να γίνεται απολύμανση των αντικειμένων και των επιφανειών, που μολύνονται από το αίμα και τα βιολογικά υγρά του σώματός του.
11. Οι γυναίκες των οροθετικών ατόμων να αποφεύγουν την εγκυμοσύνη και το μητρικό θηλασμό, γιατί μπορούν να μεταδώσουν τον ιό στο παιδί.

## **B. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS**

Οι ασθενείς με AIDS, πρέπει να εφαρμόζουν τις οδηγίες και υποδείξεις του θεράποντα ιατρού. Εκτός από τις οδηγίες ατομικής υγιεινής πρέπει να προφυλάξουν το άμεσο περιβάλλον τους, εμφανίζοντας υψηλό αίσθημα ευθύνης και σοβαρότητας. Δηλαδή, πρέπει να συστηματοποιηθεί κατά τέτοιο τρόπο η ζωή τους, που να εξασφαλισθούν οι οικείοι τους και κυρίως οι ερωτικοί τους σύντροφοι.

Η ενημέρωση του γιατρού ή του οδοντιάτρου τους είναι απαραίτητη ώστε να λάβουν κι αυτοί τα ειδικά μέτρα προστασίας που γνωρίζουν και να αποφευχθεί τυχόν ιατρογενής διασπορά της νόσου. Τα μέτρα αυτά είναι όμοια με όσα εφαρμόζονται για την ηπατίτιδα Β, που πρέπει να σημειωθεί ότι έχει πολλαπλάσια μεταδοτικότητα.

Οι ασθενείς δεν πρέπει να εκθέτουν άλλα άτομα στα εκκρίματα του σώματός τους, ούτε να χρησιμοποιούν κοινά προσωπικά αντικείμενα. Επίσης, πρέπει να είναι ενήμεροι για τον τρόπο του ατομικού τους καθαρισμού και της απολύμανσης των ρούχων, κλινοστρωμάτων και των προσωπικών τους ειδών. (Κουσκούκης, 1988)

## **Γ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS**

Για τη νοσηλεία των ασθενών με AIDS είναι αναγκαία η λήψη των παρακάτω αυστηρών μέτρων, που είναι ταυτόσημα με όσα εφαρμόζονται για την πρόληψη της μετάδοσης της ηπατίτιδας Β:

1. Απομόνωση των ασθενών από άλλους ασθενής με λοιμώδη νοσήματα.
2. Νοσηλεία των ασθενών από προσωπικό που φέρει ιατρικές μπλούζες και γάντια. Το προσωπικό πρέπει να καθαρίζει σχολαστικά τα χέρια του πριν και μετά την άμεση επαφή με τους ασθενείς.
3. Προειδοποιητική επισήμανση με ετικέτες στα φιαλίδια που περιέχουν αίμα ή άλλα εκκρίματα των ασθενών.
4. Απολύμανση διαφόρων αντικειμένων όπως τα ιατρικά όργανα, που ενδεχομένως έχουν μολυνθεί, καθώς και κλινοσκεπασμάτων ή επιφανειών, με τις οποίες έρχονται οι ασθενείς σε επαφή.
5. Τοποθέτηση μολυσμένων αντικειμένων από εκκρίματα ασθενών σε ειδικά δοχεία και αποστείρωση αυτών.
6. Αποφυγή τραυματισμών με αιχμηρά εργαλεία μολυσμένα από αίμα και εκκρίματα ασθενών με AIDS.

Το νοσηλευτικό προσωπικό επιβάλλεται να υποστηρίζει ψυχολογικά και να συμπαραστέκεται στους ασθενείς με AIDS, οι οποίοι διακατέχονται από αίσθημα απομόνωσης (Κουσκούκης, 1988).

#### **Δ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ**

Απαραίτητη είναι η λήψη προληπτικών μέτρων κατά την οδοντιατρική πράξη, με σκοπό να αποφευχθεί τυχόν μετάδοση του ιού HIV από ασθενή σε ασθενή, στον ίδιο τον οδοντίατρο και στο βοηθητικό προσωπικό. Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν:

1. Χρήση ιατρικής μπλούζας, γαντιών μιας χρήσεως, μάσκας και γυαλιών κατά την εκτέλεση οδοντιατρικών εργασιών.
2. Πλύσιμο σχολαστικό με σαπούνι και βούρτσα των χεριών πριν να φορέσει ο οδοντίατρος τα γάντια.
3. Αποφυγή μικροτραυματισμών από αιχμηρά εργαλεία, που μπορούν να θεωρηθούν σαν μολυσμένα.
4. Χρήση καλυμμάτων μιας χρήσεως για τις επιφάνειες που έρχονται σε επαφή με τα εργαλεία.
5. Απολύμανση των υλικών αποτυπωμάτων και προσθετικών εργασιών, αφού προηγούμενα απομακρυνθούν το αίμα και τα εκκρίματα των ασθενών.
6. Επιμελή και σχολαστική απολύμανση ή αποστείρωση των οδοντιατρικών εργαλείων μετά από καθαρισμό με σαπούνι και βούρτσα ή με κατάλληλη συσκευή υπερήχων.

(Κουσκούκης, 1988)

#### **Ε. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ**

Για την πρόληψη της μετάδοσης του AIDS στο προσωπικό των εργαστηρίων πρέπει να εφαρμόζονται σχολαστικά τα παρακάτω μέτρα:

1. Υποχρεωτική χρησιμοποίηση γαντιών και ιατρικών μπλουζών σε καθημερινή βάση για τη λήψη και την εργαστηριακή διερεύνηση αίματος, εκκρισμάτων και απεκκρισμάτων ασθενών με AIDS, όπως επίσης και ασθενών υπόπτων για AIDS μέχρις ότου επιβεβαιωθεί εργαστηριακά το αρνητικό της σχετικής εξέτασης.

2. Αποφυγή τυχαίου εμβολιασμού του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας είτε με τυχαίο τραυματισμό είτε με εισρόφηση.
3. Αποστείρωση όλων των μολυσμένων αντικειμένων του εργαστηρίου σε αυτόκαυστα ή ξηρούς κλιβάνους.

(Κουσκούκης, 1988)

## **ΣΤ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ**

Παρά το γεγονός ότι μέχρι τώρα δεν έχουν αναφερθεί κρούσματα μετάδοσης του ιού HIV στις μονάδες τεχνητού νεφρού ανά τον κόσμο, καθόσον είναι αρκετά τα μέτρα που λαμβάνονται, θεωρούνται απαραίτητες οι παρακάτω προφυλάξεις σύμφωνα με τον Κουσκούκη:

1. Χρησιμοποίηση όσο το δυνατόν περισσότερων εξαρτημάτων των συσκευών μιας χρήσης, ώστε να απορρίπτονται μετά την χρησιμοποίησή τους.
2. Απόρριψη των αντικειμένων που ήλθαν σε επαφή με το αίμα των ασθενών σε σκληρούς αδιαπέραστους σάκους, οι οποίοι πρέπει να μεταφέρονται με γάντια.
3. Απολύμανση των υγρών καθάρσεως και ακόμη χρησιμοποίηση αντισηπτικών στην εξωτερική επιφάνεια των συσκευών αιμοδιάλυσης.
4. Αποφυγή μικροτραυματισμών κατά τον καθαρισμό ή την απολύμανση των αιχμηρών εξαρτημάτων των συσκευών.

Σε περίπτωση νοσηλείας φορέα ή ασθενή με AIDS είναι απαραίτητα τα παρακάτω δύο προληπτικά μέτρα:

1. Έλεγχος του προσωπικού της μονάδας τεχνητού νεφρού για αντι-HIV αντισώματα.
2. Σταδιακός έλεγχος όλων των ασθενών, που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή αιμοδιύλιση στις μονάδες τεχνητού νεφρού για τυχόν ύπαρξη αντισωμάτων έναντι του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας HIV.

## **Ζ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Σύμφωνα με το Δετοράκη και την Κουτσούμπα το παραϊατρικό προσωπικό θα πρέπει να ακολουθεί τα παρακάτω μέτρα προφύλαξης:

1. Σχολαστικό πλύσιμο των χεριών πριν και μετά από κάθε επαφή με τον άρρωστο.
2. Επιβάλλεται η χρήση γαντιών όταν έλθετε σε άμεση επαφή με τις εκκρίσεις του αρρώστου.
3. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δώσετε στο χειρισμό αιχμηρών αντικειμένων και βελόνων, οι οποίες πρέπει να πετάγονται μέσα σε ειδικό κουτί απόρριψης βελόνων.
4. Κατά την διάρκεια του πλυσίματος των εργαλείων ή άλλων αντικειμένων που έχουν έρθει σε επαφή με αίμα ή άλλες εκκρίσεις ασθενών πρέπει να γίνεται χρήση ποδιάς, γαντιών, μάσκας και προστατευτικών γυαλιών.
5. Βεβαιωθείτε ότι τα δείγματα είναι κλεισμένα σφικτά με πώμα. Αν το σωληνάριο λερωθεί από το περιεχόμενό του πρέπει να καθαριστεί. Στη συνέχεια τοποθετείτε το σωληνάριο σε πλαστικό σακουλάκι και το κλείνετε.
6. Το παραπεμπτικό το στερεώνετε στο εξωτερικό του σάκου και ποτέ δεν το τυλίγετε γύρω από το σωληνάριο.
7. Αντικείμενα και συσκευές νοσηλείας σε περίπτωση που ο άρρωστος έχει κακές συνήθειες υγιεινής πρέπει να απολυμαίνονται.
8. Στα δοχεία που περιέχουν εκκρίσεις, ούρα ή κόπρανα του ασθενούς προσθέτουμε απολυμαντικό στο περιεχόμενο του δοχείου, το αφήνουμε λίγα λεπτά και κατόπιν το αδειάζουμε μέσα στην τουαλέτα ρίχνοντας απολυμαντικό.
9. Για τα μολυσμένα σκουπίδια χρειάζεται διπλός σάκος, ο οποίος μαρκάρεται. Πρέπει να τοποθετείται πάνω σε τροχοφόρο και όχι να κείται στο δάπεδο.

#### **4.1.2 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ**

Εφόσον δεν υπάρχει ακόμη απόλυτα αποτελεσματικά θεραπεία του AIDS, είναι απαραίτητη η εφαρμογή προληπτικών μέτρων, που έχουν σαν σκοπό την ελάττωση του ρυθμού εξάπλωσης της λοίμωξης. Τα μέτρα αυτά υποδεικνύονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ή τις Υγειονομικές Εθνικές Υπηρεσίες και απευθύνονται στο κοινό και μάλιστα, στις ομάδες υψηλού κινδύνου και στο υγειονομικό προσωπικό. Η σωστή ενημέρωση του κοινού και η σχολαστική τήρηση

των προληπτικών μέτρων που συνιστώνται , συντελούν στην αποφυγή του πανικού και στο περιορισμό του μεγάλου προβλήματος δημόσιας υγείας.

## **A. ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΙΝΟ**

Βασικός στόχος στην καταπολέμηση της HIV λοίμωξης είναι η πρόληψη της μετάδοσης δια της σεξουαλικής επαφής. Σύμφωνα με το Λαζανά αυτό επιτυγχάνεται μέσα από:

1. Αποχή
2. Αμοιβαία πίστη
3. Επαφή που δεν περιλαμβάνει κολπική ή πρωκτική διείσδυση
4. Χρήση προφυλακτικού

Παρά τους παραπάνω τρόπους προφύλαξης , τα περισσότερα μηνύματα για την πρόληψη είναι απλοϊκά και δεν προσαρμόζονται στην σύνθετη και συχνά κρυμμένη πραγματικότητα των σχέσεων των ανδρών με γυναίκες ή με άλλους άνδρες. Οι εθνικές εκστρατείες κατά του aids έχουν προαγάγει την απόχή από το σεξ εκτός του γάμου και την πίστη με σχετική επιτυχία. Ωστόσο η αποχή για τους νέους άνδρες είναι δύσκολη και κατά συνέπεια είναι απαραίτητο να προσφερθούν εναλλακτικές λύσεις μείωσης του κινδύνου.

Ωστόσο τα προφυλακτικά δεν χρησιμοποιούνται αρκετά για διάφορους λόγους. Στο εμπορικό sex η χρήση του ανδρικού προφυλακτικού είναι συνηθέστερη απ' ότι στο γάμο αλλά και πάλι συχνά είναι ασυνεπής.

Ο γενικός πληθυσμός πρέπει βασικά να γνωρίζει ότι η μετάδοση του ιού δεν γίνεται εύκολα. Ο ιός δεν μεταδίδεται στο περιβάλλον των φορέων ή των πασχόντων από AIDS. Θα πρέπει, όμως, να αποφεύγονται οπωσδήποτε η χρήση κοινής ξυριστικής μηχανής, οδοντόβουρτσας ή άλλων προσωπικών αντικειμένων των ασθενών, καθώς και η επαφή με εκκρίματα ή υγρά των ασθενών με AIDS.

Το μεγαλύτερο κίνδυνο από το AIDS διατρέχουν οι ομάδες υψηλού κινδύνου, δηλαδή οι ομοφυλόφιλοι, οι αμφιφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς, που κάνουν χρήση ναρκωτικών με σύριγγες.

Μεγάλο, όμως, κίνδυνο διατρέχουν και όσοι έχουν σεξουαλικές επαφές με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, όσοι έχουν συχνές επαφές με ιερόδουλες και όσοι έρχονται σε επαφή με τυχαίους ερωτικούς συντρόφους. (Κουσκούκης, 1988)

## **B. ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΟΥΣ**

Οι ομοφυλόφιλοι πρέπει να εφαρμόζουν τα παρακάτω μέτρα, για να έχουν λιγότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τον ιό:

1. Διατήρηση της υγείας τους σε καλά επίπεδα και αποφυγή παραγόντων που ελαττώνουν την αντίσταση του οργανισμού.
2. Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με άγνωστα άτομα και μάλιστα, όταν έχουν προσβληθεί από τον ιό.
3. Περιορισμός του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων, ώστε να είναι μειωμένη η πιθανότητα επαφής με το φορέα.
4. Χρησιμοποίηση προφυλακτικών, ώστε να αποφεύγεται η είσοδος μολυσμένου σπέρματος μέσω του πεπτικού σωλήνα στην κυκλοφορία του αίματος.
5. Αποφυγή χρησιμοποίησης κοινών ερωτικών αντικειμένων χωρίς να έχουν απολυμανθεί.
6. Αποφυγή της άμεσης επαφής με το σπέρμα του ερωτικού συντρόφου, γιατί από τραυματισμούς στο βλεννογόνο του στόματος μπορεί ο ιός να μπει στην κυκλοφορία του αίματος.

(Κουσκούκης, 1988)

## **Γ. ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΕΙΣ**

Σύμφωνα με τον Κουσκούκη οι τοξικομανείς πρέπει να εφαρμόζουν τα παρακάτω προληπτικά μέτρα, για να έχουν λιγότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τον ιό.

1. Διατήρηση της υγείας σε καλά επίπεδα και αποφυγή παραγόντων που ελαττώνουν την άμυνα του οργανισμού, όπως κακή διατροφή, κόπωση, αϋπνία και κατανάλωση οινόπνευματων ποτών.
2. Διακοπή της ενδοφλέβιας λήψης ναρκωτικών, όπως και προσπάθεια για πραγματοποίηση της αποτοξίνωσης.
3. Είναι αναγκαία η χρησιμοποίηση βελονών και συριγγών ατομικής χρήσης αποκλειστικά, οι οποίες πρέπει να καταστρέφονται μετά από τη χρήση τους.
4. Χρήση ατομικών οδοντόβουρτσων και ξυριστικών λεπίδων.
5. Αποφυγή σεξουαλικών επαφών με φορείς και πάσχοντες από AIDS, όπως και με άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου.

6. Σε περίπτωση επαφών με άτομα των παραπάνω κατηγοριών συνίσταται η χρήση προφυλακτικών και η αποφυγή της άμεσης επαφής με τα εκκρίματα αυτών.

#### **Δ. ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ**

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

1. Υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού και των δοτών αίματος.
  2. Χρησιμοποίηση αίματος εγχώριας προέλευσης, αφού γίνει κατάλληλη διαφώτιση, ώστε να υπάρχει επάρκεια αίματος και να αποφεύγεται η εισαγωγή του από ξένες χώρες και ιδίως από χώρες όπου ενδημεί το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.
  3. Τήρηση εμπιστευτικών αρχείων αιμοδοτών στα κέντρα αιμοδοσίας.
  4. Αποκλεισμός από την αιμοδοσία ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.
  5. Βελτίωση των συνθηκών λήψης, συλλογής και ελέγχου του πλάσματος στις τράπεζες αίματος, όπου πρέπει να διατηρούνται δείγματα αίματος χρήσιμα για αναδρομικές έρευνες.
  6. Πραγματοποίηση μεταγγίσεων, όταν υπάρχει απόλυτη ιατρική ένδειξη.
- (Κουσκούκης, 1988)

#### **Ε. ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΥΣ**

1. Σωστός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος για ορθή εκτίμηση του προβλήματος, καθώς και συστηματική παρακολούθηση.
2. Αποφυγή σεξουαλικών επαφών ή, εφόσον υπάρχουν, ενημέρωση του σεξουαλικού συντρόφου για το πρόβλημα της οροθετικότητας και αποφυγή επαφής αυτού με βιολογικά υγρά κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.
3. Χρησιμοποίηση προφυλακτικού και αποφυγή τραυματισμών κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.



4. Δε συνίσταται η από κοινού με άλλα άτομα, χρήση οδοντόβουρτσας, ξυριστικών μηχανών και γενικά αντικειμένων που μπορεί να έχουν λερωθεί με μολυσμένο αίμα.
5. Απαγορεύεται η αιμοδοσία, η δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση σπέρματος για τεχνητή γονιμοποίηση.
6. Καθαρισμός και απολύμανση με κατάλληλα υγρά κάθε αντικειμένου και επιφάνειας που λερώθηκε με αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά.
7. Ενημέρωση ότι το άτομο είναι οροθετικό εναντίον του ιού HIV του οδοντίατρου και κάθε άλλου γιατρού, έτσι ώστε να πάρουν τα κατάλληλα μέτρα για αποφυγή διασποράς του ιού.
8. Γυναίκες οροθετικές πρέπει να αποφύγουν την εγκυμοσύνη γιατί ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού HIV στο παιδί είναι μεγάλος.

(Κουσκούκης, 1988)

#### **ΣΤ. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΜΕ ΜΟΛΥΣΜΕΝΟ ΑΙΜΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ**

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

Η διαδικασία της πρόληψης στο συγκεκριμένο τομέα περιλαμβάνει, σύμφωνα με τον Δαρδαβέση, τα ακόλουθα:

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

Στη χώρα μας, η αιμοδοσία αποτελεί τη μοναδική περίπτωση όπου πραγματοποιείται ατομική συμβουλευτική. συνέντευξη υποχρεωτικά.

## **Z. Πρόληψη της Περιγεννητικής Μετάδοσης**

Στο πλαίσιο της περιγεννητικής μετάδοσης περιλαμβάνεται η ενημέρωση των εγκύων γυναικών σχετικά με τη λοίμωξη HIV οι οποίες παράλληλα προτρέπονται να κάνουν έλεγχο για τη λοίμωξη στην αρχή της εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις οροθετικών εγκύων πρέπει να εφαρμόζεται αντιρετροϊκή θεραπεία ώστε να περιοριστούν οι πιθανότητες μετάδοσης του ιού στο έμβρυο. Μετά τον τοκετό συνιστάται η αποφυγή του θηλασμού. (Δαρδαβέσης, 1999). Η συμβουλευτική υποστήριξη θα πρέπει να είναι στη διάθεση των εγκύων γυναικών, όπως και κάθε άλλου ατόμου, είτε όταν απαιτείται ενημέρωση σχετικά με τη λοίμωξη HIV, είτε όταν αυτή ήδη έχει συντελεσθεί.

## **H. Πρόληψη με Προσυμπτωματικό Έλεγχο**

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

## **Θ. Πρόληψη σε Περιπτώσεις Κρούσματος**

Όταν σε κάποιο άτομο ανιχνεύονται αντισώματα του HIV πρέπει, σύμφωνα με το Δαρδαβέση (1999), να γίνουν οι εξής ενέργειες:

- α. Πρέπει να δηλωθεί στην αρμόδια υγειονομική υπηρεσία.
- β. Πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε να προληφθούν διάφορα μεταδιδόμενα νοσήματα (τα οποία μεταδίδονται με το αίμα).

γ. Πρέπει να γίνεται απολύμανση σε μολυσμένα από αίμα ή άλλα σωματικά υγρά αντικείμενα.

δ. Ο ασθενής καθώς και οι ερωτικοί του σύντροφοι πρέπει να ενημερωθούν ώστε να αποκλεισθούν από αιμοδότες, δωρητές ιστών, οργάνων, σπέρματος κλπ.

ε. Οι ασθενείς είναι απαραίτητο να υποβληθούν σε αντιρετροϊκή αγωγή.

Είναι, πιστεύουμε, αυτονόητο ότι η ενημέρωση τόσο του ασθενούς, όσο και των συντρόφων του θα πρέπει να γίνεται από προσωπικό εξειδικευμένο στη Συμβουλευτική.

## 4.2 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

### 4.2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Αγωγή υγείας για την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS καλείται η ενημέρωση και η εκπαίδευση που γίνονται, με σκοπό να επηρεαστεί η συμπεριφορά ομάδων και ατόμων έτσι, ώστε να περιοριστεί η εξάπλωση του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας(HIV), της αιτίας, δηλαδή, του συνδρόμου της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας. Πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα όλων των εθνικών προγραμμάτων για την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS. Η αγωγή υγείας χρησιμοποιεί διάφορες οδούς επικοινωνίας καθώς και τις κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες, προκειμένου να επιφέρει θετικές αλλαγές σε πρακτικές, που είναι αποφασιστικής σημασίας για τη Δημόσια Υγεία.

#### **Οι στόχοι της Αγωγής υγείας για το AIDS είναι:**

1. Να θέσει την πρόληψη του AIDS σε προτεραιότητα στις συζητήσεις αυτών που σχεδιάζουν και διαμορφώνουν πολιτικές υγείας
2. Να θέσει την πρόληψη του AIDS σε καλή σειρά ανάμεσα στις προτεραιότητες των δημοσίων υγειονομικών και εκπαιδευτικών συστημάτων

3. Να ενημερώσει το κοινό, ιδιαίτερα τα άτομα που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο, για το AIDS, στην τοπική τους γλώσσα και με τρόπους προσαρμοσμένους στην κουλτούρα τους
4. Να υποστηρίξει τις αλλαγές στην συμπεριφορά, που είναι απαραίτητες για να εμποδιστεί η εξάπλωση του HIV
5. Να προάγει την κοινωνική υποστήριξη για τις κατάλληλες αλλαγές σε καθιερωμένες συμπεριφορές
6. Να προάγει τη σωστή χρήση των υγειονομικών και εκπαιδευτικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα σ' αυτούς που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο
7. Να καθιερώσει την υποστήριξη του κοινού, στις ενέργειες των ιδρυμάτων και της κοινότητας, που είναι απαραίτητες για τον έλεγχο και την πρόληψη του AIDS

Ενώ είναι το σημείο κλειδί στην πρόληψη της παραπέρα εξάπλωσης της λοίμωξης από HIV, η αγωγή υγείας χρειάζεται την υποστήριξη και άλλων προγραμματισμένων δραστηριοτήτων και στρατηγικών. Δεν μπορεί να ξεπεράσει τον κακό σχεδιασμό ή τις ανεπαρκείς υπηρεσίες και παροχές. Δεν μπορεί να αντιροπήσει την ανεπαρκή κατανόηση της επιδημιολογίας του AIDS και των μορφών συμπεριφοράς που σχετίζονται μ' αυτή (Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991)

### **Τα στοιχεία του σχεδιασμού**

- *Καθορισμός στόχων:* Οι στόχοι πρέπει να ορίζονται ξεκάθαρα, στη βάση του εθνικού σχεδιασμού για το AIDS.
- *Αρχική εκτίμηση:* Πρέπει να ζητούνται πληροφορίες για την τοπική επιδημιολογία του AIDS, καθώς και για τις γνώσεις, τη συμπεριφορά, την κουλτούρα και τις πηγές πληροφόρησης του πληθυσμού.
- *Επιλογή ακροατηρίου:* Αυτοί για τους οποίους προορίζονται οι πληροφορίες και η εκπαίδευση, πρέπει να ορίζονται ως ακροατήρια-στόχοι.
- *Καθορισμός σκοπών και διαδοχικών στόχων:* Πρέπει να περιγραφεί πως θα επιτυγχάνονται οι σκοποί μέσω του προγράμματος.
- *Ανάπτυξη στρατηγικής-μηνύματα και υλικά:* Εκπαιδευτικά μηνύματα και υλικά πρέπει να σχεδιάζονται για τα ακροατήρια-στόχους.

- *Ανάπτυξη στρατηγικής-οδοί επικοινωνίας, δίκτυα ιδρυμάτων και δραστηριότητες:* Πρέπει να καθορίζονται οι οδοί επικοινωνίας, τα ιδρύματα και οι δραστηριότητες, που μπορούν να προσελκύσουν καλύτερα την προσοχή των ακροατηρίων-στόχων.
- *Υπηρεσίες υποστήριξης:* Πρέπει να γίνεται εκτίμηση των απαιτούμενων υπηρεσιών υποστήριξης και οι τρόποι προώθησής τους.
- *Παρακολούθηση και αξιολόγηση:* Πρέπει να καταστρώνεται σχέδιο για παρακολούθηση και αξιολόγηση.
- *Καθορισμός σχεδίου και προϋπολογισμού:* Πρέπει να προετοιμάζεται ο προϋπολογισμός και το σχέδιο δράσης.
- *Επανεκτίμηση:* Πρέπει να σχεδιάζεται η επανεκτίμηση και οι κατάλληλες αλλαγές του προγράμματος.

## **Η ομάδα σχεδιασμού**

Στις περισσότερες χώρες, η Εθνική Επιτροπή για το AIDS έχει μια εκπαιδευτική υποεπιτροπή, που περιλαμβάνει αντιπροσώπους από τις κύριες κυβερνητικές και μη κυβερνητικές οργανώσεις, καθώς και άτομα με πείρα στην Αγωγή υγείας, την εκπαίδευση και τα συναφή θέματα.

Ο σχεδιασμός της Αγωγής Υγείας για το AIDS πρέπει να αποτελεί ευθύνη μιας ομάδας σχεδιασμού, της ομάδας εκπαίδευσης υγείας του Υπουργείου Υγείας, συναφών ομάδων μέσα στο υπουργείο Υγείας άλλων Υπουργείων και αντιπροσώπους άλλων σωμάτων, όπως μη κυβερνητικών οργανώσεων, πανεπιστημίων και των μέσων μαζικής επικοινωνίας(π. χ. του εθνικού ραδιοσταθμού και των εφημερίδων).

Η ομάδα σχεδιασμού πρέπει να προσλαμβάνει, σύμφωνα με τις ανάγκες της, εκπαιδευμένο προσωπικό από άλλους οργανισμούς, για να ασχολείται με ειδικά τμήματα του προτεινόμενου σχεδίου (Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991)

## **Καθορισμός στόχων**

Οι στόχοι είναι ευρείς αφορισμοί των τάσεων του προγράμματος. Οι στόχοι της Αγωγής Υγείας για το AIDS πρέπει να προέρχονται από τους στόχους του εθνικού

προγράμματος για το AIDS. Έτσι, το πρώτο βήμα στην προετοιμασία ενός σχεδίου Αγωγής Υγείας για το AIDS είναι η μετατροπή των στόχων του προγράμματος σε στόχους Αγωγής Υγείας.

Οι ακόλουθοι στόχοι είναι τυπικοί σε ένα μεσοπρόθεσμο σχέδιο για ένα εθνικό πρόγραμμα AIDS:

1. Πρόληψη της λοίμωξης από HIV.
2. Μείωση των επιπτώσεων της λοίμωξης από HIV, σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.
3. Μείωση του φόβου και του στιγματισμού, που σχετίζονται με τη λοίμωξη από HIV.

Για το σχεδιασμό της Αγωγής Υγείας για το AIDS είναι επιθυμητό να γίνει επεξεργασία αυτών των στόχων του προγράμματος. Έτσι, η πρόληψη της λοίμωξης από HIV μπορεί να επεκταθεί σε ελάττωση της εξάπλωσης της λοίμωξης HIV μέσω σεξουαλικής επαφής, μολυσμένου αίματος και περιγεννητικής μετάδοσης. Αυτό, με τη σειρά του, μπορεί να διατυπωθεί με πιο κατάλληλους όρους για το σχεδιασμό της Αγωγής Υγείας:

1. να ενθαρρύνει σεξουαλική συμπεριφορά που μειώνει τον κίνδυνο λοίμωξης από HIV( π.χ. χρήση προφυλακτικού ή σχέση με ένα μη μολυσμένο σύντροφο)
2. να διδάξει στο υγειονομικό και λοιπό προσωπικό πώς να χειρίζονται σωστά το αίμα, τα όργανα των ενέσεων και τα άλλα εργαλεία, με τα οποία τρυπιέται το δέρμα
3. να υποστηρίξει προσπάθειες για τη μείωση της μετάδοσης της λοίμωξης από HIV παρέχοντας σωστές πληροφορίες για το AIDS και διαθέτοντας συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ελέγχου.
4. να ενημερώσει τους μελλοντικούς γονείς και τις μαίες για τον κίνδυνο λοίμωξης από HIV με περιγεννητική μετάδοση.

## **Αρχική Εκτίμηση**

Για να μετατραπούν οι σκοποί σε ρεαλιστικά σχέδια με προσιτούς στόχους, οι σχεδιαστές της Αγωγής Υγείας χρειάζονται πληροφορίες. Για να σχεδιαστούν προγράμματα Αγωγής Υγείας για το AIDS, χρειάζονται πληροφορίες σχετικά με :

1. την τοπική επιδημιολογία της λοίμωξης από HIV και του AIDS.

2. τις γνώσεις, τις διαθέσεις, τις πεπειθήσεις και τις πρακτικές που σχετίζονται με το AIDS στο γενικό πληθυσμό.
3. τις γνώσεις, τις διαθέσεις τις πεπειθήσεις και τις πρακτικές που σχετίζονται με τη εξάπλωση της λοίμωξης από HIV ανάμεσα σε ειδικές ομάδες-στόχους, που περιλαμβάνονται στα εθνικά σχέδια πρόληψης και ελέγχου του AIDS(π.χ. εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, έφηβοι, έγκυες, χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών)
4. τα μέσα επικοινωνίας που είναι διαθέσιμα για το πρόγραμμα(π.χ. μέσα μαζικής επικοινωνίας, εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, σχολεία) και τον τρόπο, με τον οποίο χρησιμοποιούνται από τα διάφορα ακροατήρια-στόχους
5. τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής υποστήριξης(π.χ. συμβουλευτικές υπηρεσίες, συστήματα διανομής προφυλακτικών)
6. το κόστος των στοιχείων του προγράμματος Αγωγής Υγείας
7. τις πηγές εμπειρογνομώνων, που είναι διαθέσιμοι για την εφαρμογή του προγράμματος Αγωγής Υγείας και για την παρακολούθηση και την εκτίμηση της προόδου του

### **Αναγκαίες Πληροφορίες**

*Η τοπική επιδημιολογία της λοίμωξης από HIV και του AIDS.*

Οι επιδημιολογικές πληροφορίες είναι ουσιαστικές για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων. Οι πληροφορίες για την τοπική επιδημιολογία του HIV/AIDS βοηθούν στον καθορισμό της ομάδας, που θα αποτελέσει τον πρώτο στόχο. Επίσης, καθιερώνουν ένα πλαίσιο αναφοράς για τη συγκέντρωση πληροφοριών για τα ακροατήρια-στόχους και για το πώς να τα προσεγγίσουμε. Ειδικά, οι σχεδιαστές πρέπει να γνωρίζουν πόσο διαδεδομένη είναι η λοίμωξη από HIV (επιπολασμός) και πόσο γρήγορα εξαπλώνεται(επίπτωση).

Οι επιδημιολόγοι, που εργάζονται στην Εθνική Επιτροπή για το AIDS, μπορούν να παρέχουν επιδημιολογικά στοιχεία, για να βοηθήσουν την έναρξη του σχεδιασμού. Αυτές οι πληροφορίες είναι χρήσιμες στην αναγνώριση τόσο των ειδικών πρακτικών, που είναι σημαντικές στη μετάδοση της λοίμωξης από HIV, όσο και των ομάδων που απαιτούν περισσότερη βοήθεια για την αλλαγή ή την αποφυγή αυτών των πρακτικών (Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991).

## *Γνώσεις, στάσεις, πεπιοθήσεις και πρακτικές του γενικού πληθυσμού που σχετίζονται με τον HIV/AIDS*

Η κοινή γνώμη παρέχει το κοινωνικό πλαίσιο για τη δράση εναντίον του HIV/AIDS και επηρεάζει αυτό που μπορεί να γίνει, για να εμποδιστεί η εξάπλωση της λοίμωξης. Αυτά που γνωρίζει και πιστεύει το κοινό, επηρεάζουν και την ευπάθεια στη λοίμωξη από HIV. Τι γνωρίζει το κοινό για το AIDS; Τι αισθάνεται; Ποιες είναι οι προκαταλήψεις και οι πεπιοθήσεις του; Ποια είναι η στάση του απέναντι στη χρήση των προφυλακτικών;

Οι πληροφορίες για το τι σκέπτονται οι άνθρωποι για συγκεκριμένα θέματα είναι σημαντικές στο σχεδιασμό των στρατηγικών, των μηνυμάτων, και των υλικών της Αγωγής Υγείας. Η Εθνική Επιτροπή AIDS μπορεί να διεξάγει έρευνες, για να καταγράψει τις εθνικές τάσεις στις γνώσεις, τις διαθέσεις, τις πεπιοθήσεις και τις πρακτικές. Αλλά για το σχεδιασμό της Αγωγής Υγείας για το AIDS οι πληροφορίες χρειάζονται πιο γρήγορα. Σύντομες μελέτες και σε βάθος ατομικές συνεντεύξεις με μέλη από ομάδες-στόχους κλειδιά, καθώς και με το προσωπικό της κοινότητας μπορούν να βοηθήσουν στην παροχή αυτών των πληροφοριών.

Ανάμεσα στις ειδικές ερωτήσεις, που πρέπει να απαντηθούν, είναι οι ακόλουθες :

- Τι σκέφτεται, γενικά, ο πληθυσμός για το AIDS;
- Τι σκέπτονται οι άνθρωποι για την πιθανότητα να αναπτύξει AIDS κάποιος που έχει μολυνθεί με HIV;
- Θεωρείται το AIDS πάθηση απειλητική για τη ζωή;
- Ποια είναι η στάση τους απέναντι στα άτομα που έχουν μολυνθεί με HIV;

Αυτό είναι ένα δείγμα από τις ερωτήσεις που πρέπει να τίθενται.

Οι σκοποί του προγράμματος θα δώσουν το πλαίσιο για την επινόνηση άλλων.

### **Ακροατήρια-στόχοι**

Ο ορισμός των ακροατηρίων-στόχων, που πρέπει να προσεγγισθούν με βάση το πρόγραμμα της Αγωγής Υγείας, πρέπει να αναθεωρείται περιοδικά, κάτω από το φως των τρεχουσών πληροφοριών σχετικά με την επιδημιολογία του AIDS και τις προτεραιότητες του προγράμματος. Για τους σκοπούς της Αγωγής Υγείας για το AIDS, ακροατήρια-στόχοι είναι άτομα που μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά αναφορικά με την μετάδοση του HIV, π.χ. μια συγκεκριμένη επικίνδυνη



συμπεριφορά, συμμετοχή σε ειδικούς οργανισμούς ή ομάδες αναφοράς ή παραμονή σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή.

Οι άνθρωποι προσεγγίζονται καλύτερα με πληροφορίες που είναι προσαρμοσμένες στις συγκεκριμένες ανάγκες τους. Τα μέλη μιας συγκεκριμένης ομάδα-στόχου μπορεί να έχουν κοινές προοπτικές ή κοινά προβλήματα, να χρησιμοποιούν την ίδια γλώσσα, να ακούνε τους ίδιους ραδιοφωνικούς σταθμούς ή να εμπιστεύονται πληροφορίες που προέρχονται από συγκεκριμένες πηγές. Οι ομάδες-στόχοι, που πιο συχνά περιλαμβάνονται σε εθνικά προγράμματα, είναι :γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτικό προσωπικό, τεχνικοί εργαστηρίων, οδοντίατροι, μαίες, γυναίκες και άνδρες μολυσμένοι από HIV, εργαζόμενοι και ηγετικά στελέχη της κοινότητας, δάσκαλοι, έφηβοι, ταξιδιώτες τουρίστες, ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες, φυλακισμένοι, στρατιωτικοί, χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, πόρνες και οι πελάτες τους (Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991).

Οι ομάδες-στόχοι μπορεί να οριστούν στη βάση ενός αριθμού κριτηρίων που περιλαμβάνουν :

1. *δημογραφικές ενδείξεις* : ηλικία, φύλο, εισόδημα, απασχόληση, διαμονή (αστική, αγροτική, ειδικές περιοχές)
2. *ομάδες αναφοράς* :φυλή, γλώσσα, σεξουαλικός προσανατολισμός
3. *οργανώσεις* : υγειονομικές υπηρεσίες, εργοστάσια, εκκλησίες, συνεταιρισμοί, σχολικά συστήματα, φυλακές, στρατιωτικά ιδρύματα.
4. *επικίνδυνη συμπεριφορά* : άτομα με πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους, άτομα που έχουν σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις, άνδρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες, χρήστες ναρκωτικών που μοιράζονται βελόνες.

#### **4.2.2 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ**

Η λοίμωξη με τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου(HIV) και το σύνδρομο της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου(AIDS) είναι επείγοντα διεθνή προβλήματα, με ευρύτατες κοινωνικές, πολιτισμικές, οικονομικές, ηθικές και νομικές συνέπειες. Η σεξουαλική πράξη είναι ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης της λοίμωξης HIV. Η λεπτότητα των ζητημάτων που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά προξενεί σημαντικά προβλήματα στους υπεύθυνους των υπηρεσιών υγείας και τους

εκπαιδευτές που ασχολούνται με την πρόληψη και τον έλεγχο του HIV/AIDS και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Σε πολλές κοινότητες, τα προβλήματα αυξάνονται, όταν τα προληπτικά μέτρα αφορούν ειδικά σε νέους από ηλικία 10 έως 24 ετών. Ωστόσο, αυτοί οι νέοι είναι σημαντική ομάδα-στόχος, αλλά δυνητικώς και όπλο για την πρόληψη της λοιμώξεως με τον HIV και των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. Περίπου 30% του πληθυσμού της Γης έχουν ηλικία 10 έως 24 ετών. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, περισσότεροι από τα δύο τρίτα των εφήβων 15-19 ετών, αγόρια και κορίτσια, έχουν έρθει σε σεξουαλική επαφή.

Ιδιαίτερη προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί για επίτευξη επικοινωνίας με τους εφήβους. Η εφηβεία είναι περίοδος σημαντικών σωματικών και ψυχολογικών μεταβολών, κατά τη διάρκεια της οποίας οι νέοι άνθρωποι αρχίζουν να χειραφετούνται και να παίρνουν ώριμες αποφάσεις, λαμβάνοντας υπόψιν τις συνέπειες, τόσο για τους ίδιους όσο και για τους άλλους. Ωστόσο, οι ταχείες κοινωνικές μεταβολές-αστικοποίηση, εκβιομηχάνιση, περισσότερα ταξίδια, αποδοχή μη παραδοσιακών αξιών ως απόρροια της επιρροής που ασκούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, μείωση της επιρροής της εκτεταμένης οικογένειας και της υποστήριξης που παρείχε-επιτρέπουν σε πολλούς εφήβους τη διαμόρφωση συμπεριφοράς μέσα από πληθώρα επιλογών, μερικές από τις οποίες ενδέχεται να είναι επικίνδυνες.

Για το λόγο αυτό, μέσω της πρόληψης, θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στα αγόρια και στα κορίτσια να μιλούν για τα προβλήματά τους, στα οποία περιλαμβάνονται οι ανησυχίες τους για τη σεξουαλικότητά τους, όπως επίσης και να ζητούν βοήθεια προκειμένου να προστατέψουν τους εαυτούς τους από μη ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές.

Σε όλο τον κόσμο, πολλοί νέοι παρακολουθούν μαθήματα στο σχολείο ή γνωρίζουν άλλους που είναι μαθητές. Επομένως, γνώσεις, αξίες και δεξιότητες που διδάσκονται ή αναπτύσσονται στο σχολείο έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους. Τα εκπαιδευτικά συστήματα πρέπει να πληροφορούν επαρκώς τους νέους για τη λοίμωξη με HIV/Σ.Μ.Ν., τη μετάδοση και τα μέσα προλήψεως και να τους βοηθούν να αναπτύξουν δεξιότητες βασισμένες στις γνώσεις τους και κατόπιν να τις διαδώσουν ευρύτερα. Ειδικότερα, τα προγράμματα πρέπει να συντελούν στη διατήρηση υγιούς συμπεριφοράς και στη μεταβολή ή αποφυγή συμπεριφοράς που ενέχει κινδύνους για τους ίδιους ή για άλλα πρόσωπα. Οι σχεδιαστές προγραμμάτων

πρέπει να γνωρίζουν ότι μερικοί μαθητές μπορεί να έχουν ήδη μολυνθεί με τον HIV. Πρέπει λοιπόν να αντιμετωπισθούν οι ανάγκες και αυτών των μαθητών.

Επίσης, τα αγόρια κυρίως, πολλές φορές, προσποιούνται ότι ξέρουν πάρα πολλά για το sex , ενώ συχνά αυτό δεν ισχύει ή είναι παραπληροφορημένα. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που απαιτείται ευαισθητοποιημένο και σεξουαλικά εκπαιδευμένο προσωπικό που να μπορεί να ακούει με προσοχή και να μπορεί να αντιμετωπίσει τη μερικές φορές επιθετική ενέργεια. Εκτός από την πληροφόρηση και τις πρακτικές γνώσεις για ασφαλέστερο sex, χρειάζονται ευκαιρίες, να συζητούν τις ανησυχίες τους που σχετίζονται με την σεξουαλικότητα, συμπεριλαμβανομένων της ανικανότητας , του αυνανισμού ή του μεγέθους του πέους.

Για να είναι η ενημέρωση σχετικά με τον HIV και τα ΣΜΝ αποτελεσματική, πρέπει να ενταχθεί σε σχολικό πρόγραμμα αγωγής υγείας που να καλύπτει ευρύ πεδίο γνώσεων : μεταδοτικά νοσήματα, υγεία της κοινότητας, ανθρώπινες σχέσεις, σεξουαλικότητα, χρήση ναρκωτικών και άλλα σχετικά θέματα, στα πλαίσια των τοπικών πολιτισμικών αξιών (Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1990).

### **ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο σκοπός της σχολικής αγωγής υγείας, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., είναι να προληφθεί και να ελεγχθεί η διασπορά του HIV και των ΣΜΝ και να αναβαθμισθεί το επίπεδο κατανόησης των συναφών προβλημάτων. Το πρώτο βασικό βήμα για τη σχεδίαση σχολικών προγραμμάτων AIDS/ΣΜΝ είναι να τεθούν σαφείς σκοποί. Αν και οι σκοποί ενδέχεται να διαφοροποιούνται ανάλογα με τα τοπικά ήθη, είναι απαραίτητο τα σχολικά προγράμματα να σχεδιάζονται, να εφαρμόζονται και να αξιολογούνται έτσι, ώστε να διαπιστώνεται με βεβαιότητα ότι οι νέοι κατανόησαν τη φύση της λοιμώξεως με τον HIV και τις ενέργειες που μπορούν να κάνουν για να προστατευθούν, τόσο οι ίδιοι όσο και οι άλλοι, από τη λοίμωξη με τον HIV και από τα ΣΜΝ και για να αντιμετωπίσουν το φόβο και τις διακρίσεις.

Κατά την κατάρτιση του σχολικού προγράμματος αγωγής υγείας, όσον αφορά το AIDS και τα ΣΜΝ, οι εκπαιδευτικές αρχές σε συνεργασία με τις οργανώσεις των εκπαιδευτικών και με τις αρχές για την δημόσια υγεία πρέπει να ορίσουν :

1. το βασικό σκοπό
2. σειρά δευτερευόντων σκοπών

3. σειρά στόχων αναφορικά με τις γνώσεις, τις στάσεις, τις δεξιότητες και την υποστήριξη που είναι απαραίτητες για να επιτευχθεί ο σκοπός. Ωστόσο, η μέτρηση ίσως να είναι δύσκολη, ειδικά για συνιστώσες του προγράμματος, όπως η ανάπτυξη αξιών, αυτογνωσίας και δεξιοτήτων.

#### Δευτερεύοντες σκοποί

Οι μαθητές που ολοκληρώνουν το πρόγραμμα πρέπει :

1. να έχουν κατανοήσει τη φύση και τους τρόπους μεταδόσεως του HIV και των ΣΜΝ
2. να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της λοίμωξης με τον HIV, του AIDS και των ΣΜΝ και να γνωρίζουν πού θα αναζητήσουν προστασία, συμβουλές και ιατρική φροντίδα
3. να είναι σε θέση να λάβουν βάσιμες αποφάσεις για την προσωπική και κοινωνική συμπεριφορά τους, κατά τρόπο που να μειώνεται ο κίνδυνος μεταδόσεως των HIV/ΣΜΝ
4. να έχουν αποκτήσει την ικανότητα να απορρίπτουν προκαταλήψεις και μύθος για τη λοίμωξη με τον HIV, το AIDS και τα ΣΜΝ
5. να δείχνουν αλληλεγγύη προς εκείνους που έχουν μολυνθεί με τον HIV ή με ΣΜΝ, να σέβονται το δικαίωμά τους να έχουν ιδιωτική ζωή και να αναγνωρίζουν τα οφέλη από τη συνεχιζόμενη συμμετοχή των μολυσμένων με τον HIV μαθητών και των εργαζομένων στη σχολική κοινότητα

#### **ΣΤΟΧΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι εκπαιδευτικές αρχές πρέπει να διασυνδεθούν με τις αρχές δημόσιας υγείας, τους εκπροσώπους των εκπαιδευτικών, γονείς, νέους και διάφορες ομάδες της κοινότητας, για να θέσουν στόχους που θα συμβάλουν στην εκπλήρωση των βασικών και των δευτερευόντων σκοπών του προγράμματος αλλά και θα βρίσκονται σε αρμονία με τα τοπικά ήθη. Οι στόχοι πρέπει να καθορισθούν βάσει των δευτερευόντων σκοπών, να υπάρχει δυνατότητα να αξιολογηθούν πλήρως και σε ιδανικές καταστάσεις, να αφορούν σε γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις σχετικές με τα ακόλουθα ζητήματα:

- Φύση του AIDS και των ΣΜΝ

- Μετάδοση του AIDS και των ΣΜΝ
- Σεξουαλική συμπεριφορά
- Επικίνδυνη συμπεριφορά
- Συμπεριφορά που μειώνει τον κίνδυνο
- Σεξουαλικές σχέσεις
- Πολιτισμικά και θρησκευτικά έθιμα
- Αυτό-εκτίμηση
- Λήψη αποφάσεων βασισμένη σε ορθές πληροφορίες
- Επικοινωνία-διαπραγμάτευση και ανθρώπινες σχέσεις
- Καταπολέμηση των διακρίσεων
- Γνώσεις για τις τρέχουσες δραστηριότητες προλήψεως και ελέγχου των AIDS/ΣΜΝ

(Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1990)

Οι στόχοι πρέπει να είναι απλοί και διατυπωμένοι με σαφήνεια και λακωνικότητα, ώστε να είναι εύκολο να αξιολογηθούν. Ο καθορισμός στόχων και η χρήση ειδικών δεικτών για να εκτιμάται κατά πόσο εκπληρώνονται οι αντικειμενικοί σκοποί, συμβάλλουν σημαντικά στην αξιολόγηση του προγράμματος. Στοιχεία από τη αρχική εκτίμηση πρέπει να χρησιμοποιούνται για να εξακριβώνεται σε ποια πεδία γνώσεων, στάσεων και πρακτικών πρέπει να εστιάζεται το πρόγραμμα. Αντικειμενικοί σκοποί και στόχοι που σχετίζονται με αυτά πρέπει να λαμβάνουν άμεση προτεραιότητα κατά την αξιολόγηση.

## **ΉΘΗ- ΈΘΙΜΑ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ -ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΑ-ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ AIDS/ΣΜΝ**

### *Βασικές Αρχές*

Κατά την κατάρτιση σχολικών προγραμμάτων αγωγής υγείας AIDS/ΣΜΝ, πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν τα ήθη, η σεξουαλική συμπεριφορά και το εκπαιδευτικό σύστημα της περιοχής.

### *Μέθοδοι εργασίας*

Οι σχεδιαστές του προγράμματος πρέπει να λάβουν υπόψιν τους τις θρησκευτικές απόψεις και τα ήθη της κοινότητας, στην οποία πρόκειται να

εφαρμοσθεί το πρόγραμμα. Αυτό μπορεί να γίνει με τη συμμετοχή προσωπικοτήτων της κοινότητας, συμπεριλαμβανομένων των θρησκευτικών ηγετών, σε μερικούς τομείς του προγράμματος, είτε κατά την αρχική σχεδίαση είτε σε κάποια αναθεώρηση. Μπορούν να περιληφθούν και άλλες ομάδες όπως π.χ. ομάδες νέων, οργανώσεις εκπαιδευτικών, κοινωνιολόγοι, οι ειδικοί που έκαναν την αρχική εκτίμηση και διευθυντές σχολείων, που θα βοηθήσουν να καθορισθούν οι ανάγκες που πρέπει να καλύψει το πρόγραμμα (Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1990).

### *Συζήτηση*

Μερικές φορές, είναι δύσκολο να συμβιβασθούν οι αντικειμενικοί σκοποί του προγράμματος με τα ήθη και τις ανησυχίες της κοινότητας, ειδικά σε χώρες με ποικιλία ηθών ή με ουσιαστικές διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Είναι σημαντικό να σχεδιασθεί ένα πρόγραμμα σε αρμονία με τις συνήθειες και τον πολιτισμό της κοινότητας, το οποίο να βασίζεται σε ρεαλιστική εκτίμηση της επικίνδυνης συμπεριφοράς και των καταστάσεων που προκύπτουν στην κοινότητα. Για παράδειγμα σε μια κοινότητα, στην οποία είναι κοινή συνήθεια οι ερωτικές επαφές άγαμων νέων, δεν είναι ρεαλιστικό να προβάλλονται η μονογαμία και η αποχή από ερωτικές σχέσεις σαν μοναδικές επιλογές για την πρόληψη. Έθιμα και πολιτισμικές-θρησκευτικές ή φιλοσοφικές αρχές μπορεί να αντιτίθενται ή να υποστηρίζουν τις επιλογές για την πρόληψη. Επομένως, είναι σημαντικό να συμμετάσχουν προσωπικότητες και θρησκευτικοί ηγέτες της κοινότητας, για να βρεθούν οι κατάλληλες λύσεις. Η πληροφόρηση και η συμμετοχή ατόμων που δεν ανήκουν στους τομείς της εκπαίδευσης και της υγείας έχουν να προσφέρουν πολλά. Συχνά, βοήθεια παρέχουν και οι κοινοτικές αρχές άλλες υπηρεσίες της κυβερνήσεως και μη κυβερνητικού οργανισμοί.

## **ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ AIDS/ΣΜΝ**

### *Βασικές αρχές*

Η επιτυχημένη ολοκλήρωση της σχολικής αγωγής εξαρτάται, όσον αφορά το AIDS και τα ΣΜΝ, από την αποδοχή και την υποστήριξή της από:

- Τους διευθυντές των σχολείων
- τους εκπαιδευτικούς και τους αντιπροσωπευτικούς οργανισμούς τους,

- τους κυβερνητικούς αρμοδίους,
- την κοινότητα στο σύνολό της,
- τους γονείς,
- τους μαθητές,
- άλλες ειδικές ομάδες, όπως οι πολιτισμικές και οι θρησκευτικές

(Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1990)

### *Μέθοδοι εργασίας*

Μερικές στρατηγικές, που πιθανόν να αυξήσουν την πιθανότητα αποδοχής του προγράμματος, είναι:

- Να διασφαλισθεί ότι θα ενημερωθούν πλήρως όλα τα ενδιαφερόμενα άτομα και ομάδες.
- Να προσδιορισθούν και να διευθετηθούν οι ανησυχίες ατόμων ή ομάδων, που πιθανόν να δυσκολεύονται να αποδεχθούν το πρόγραμμα.
- Να δημιουργηθούν ευκαιρίες για εκτενή ενημέρωση σχετικά με το AIDS και τα ΣΜΝ.
- Να επιδιωχθεί η συμμετοχή όσο το δυνατόν περισσότερων ατόμων και ομάδων στη λήψη αποφάσεων στα στάδια του σχεδιασμού και της εφαρμογής.
- Να προβλεφθεί διαδικασία για ευπρόσδεκτη ανατροφοδότηση.

(Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1990)

### *Συζήτηση*

Δεν χρειάζεται να τονισθεί η σπουδαιότητα της συμμετοχής στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ατόμων και ομάδων, που πιθανόν να αποδεχθούν με δυσκολία τα προγράμματα AIDS/ΣΜΝ. Επίσης, πρέπει να λάβουν μέρος άτομα με ιδιαίτερα προβλήματα, όπως οι γονείς των μολυσμένων με τον HIV μαθητών ή οι ίδιοι οι μαθητές. Οι ποικίλες γνώμες εξισορροπούνται και οι μύθοι, οι φόβοι και οι παρανοήσεις διαλύονται, μόνο εφόσον υπάρχει επικοινωνία. Το κλειδί για να μειωθεί η αντίσταση είναι η θετική επικοινωνία.

## ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ AIDS/ΣΜΝ

### *Βασικές αρχές*

Σχεδόν σε κάθε κοινωνία και σε κάθε πολιτισμό, αναγνωρίζεται ο ρόλος των γονέων ή άλλων συγγενών στην αγωγή των παιδιών ως προς την κοινωνική και σεξουαλική συμπεριφορά. Ωστόσο, σε όλο τον κόσμο οι υγειονομικές και εκπαιδευτικές αρχές αναγνωρίζουν ότι η σχολική αγωγή υγείας, περιλαμβανομένων των προγραμμάτων με αντικείμενο τη σεξουαλικότητα και τα κοινωνικά ζητήματα, έχουν σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας.

### *Μέθοδοι εργασίας*

Διατίθενται αρκετές στρατηγικές :

- Η κοινότητα και οι γονείς πληροφορούνται για το σχολικό πρόγραμμα AIDS/ΣΜΝ.
- Παρέχεται στους γονείς η ευκαιρία να εγκρίνουν τη συμμετοχή των παιδιών τους στο πρόγραμμα.

Η κοινότητα και οι γονείς συμμετέχουν :

- λαμβάνοντας γραπτώς πληροφορίες για το σχολικό πρόγραμμα
- λαμβάνοντας πρόσκληση ή καλούμενου προφορικώς σε συνάντηση στο σχολείο, για να συζητήσουν για τι πρόγραμμα
- παρακολουθώντας τα μαθήματα AIDS/ΣΜΝ μαζί με τα παιδιά τους
- βοηθώντας στην εφαρμογή του προγράμματος
- διδάσκοντας το πρόγραμμα

### *Συζήτηση*

Η συμμετοχή γονέων ή και άλλων μελών της κοινότητας σε ένα πρόγραμμα AIDS/ΣΜΝ ενδέχεται να φέρει στην επιφάνεια κάποιο από τα ακόλουθα ζητήματα :

- Να αναγνωρισθούν τα δικαιώματα και οι απόψεις των γονέων σε σχέση με την αγωγή AIDS/ΣΜΝ.
- Να αποδεχθούν οι γονείς ότι τα σχολεία έχουν την δυνατότητα παροχής γνώσεων για το AIDS και τα ΣΜΝ με ακρίβεια, αντικειμενικότητα και σεβασμό



στην ιδιωτική ζωή των ανθρώπων και ότι διατίθενται αποτελεσματικοί τρόποι διδασκαλίας γι' αυτό το σκοπό.

- Να αποδεχτούν την ευθύνη να συνδράμουν για την ανάπτυξη γνώσεων, δεξιοτήτων και αξιών που θα καλύπτουν ολόκληρο το φάσμα των αναγκών των μαθητών, τωρινών και μελλοντικών.
- Να διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει διάσταση απόψεων ανάμεσα στις απόψεις των γονέων και στους αντικειμενικούς σκοπούς του προγράμματος.

Τα πλεονεκτήματα που ενδεχομένως θα αποφέρει η συμμετοχή γονέων και μελών της κοινότητας σε κάποιο σχολικό πρόγραμμα AIDS/ΣΜΝ είναι ότι :

- Οι γονείς και άλλοι ενήλικοι αυξάνουν τις γνώσεις τους και κατανοούν καλύτερα το πρόβλημα των HIV/ΣΜΝ.
- Το πρόγραμμα γίνεται αξιόπιστο.
- Αυξάνεται η πιθανότητα να γίνει το πρόγραμμα ευρύτερα αποδεκτό.
- Αναγνωρίζεται ο ρόλος των γονέων.
- Υποστηρίζεται ο παρουσιαστής του προγράμματος.
- Ενθαρρύνεται η επιλογή παρουσιαστών του προγράμματος, αποδεκτών από την κοινότητα.
- Αυξάνεται η πιθανότητα να υπάρχει στο μήνυμα για το AIDS και τα ΣΜΝ συνέπεια, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο.
- Διευκολύνεται η επικοινωνία γονέων-παιδιών.

Μειονεκτήματα μπορεί να είναι :

- Καθυστερήσεις στην έναρξη του προγράμματος, επειδή χρειάζεται χρόνος για επαφές και διάλογο.
- Ότι χρειάζεται ευρεία συζήτηση της φιλοσοφίας του προγράμματος, που είναι χρονοβόρα και δύσκολη.
- Ότι κάποιοι γονείς δεν θα επιτρέψουν στα παιδιά τους να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα ή τουλάχιστον, θα δυσαρεστηθούν
- Ότι χρειάζεται προσεκτικός σχεδιασμός.

Παρά τα μειονεκτήματα, η εμπειρία από πολλές χώρες έχει δείξει το όφελος από την πλήρη συμμετοχή γονέων και άλλων μελών της κοινότητας στην αγωγή υγείας. Πολύ συχνά, βρίσκονται γονείς ή μέλη της κοινότητας, όπως εργαζόμενοι σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας, που υποβοηθούν το σχολικό πρόγραμμα αγωγής

υγείας. Επίσης, η κοινότητα συχνά παρέχει υποστήριξη μέσω ποικίλων οργανισμών, π.χ. με ομάδες εθελοντών και ειδικές υπηρεσίες

## **ΟΜΑΔΕΣ-ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΤΥΠΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ AIDS/ΣΜΝ**

### *Βασικές αρχές*

Είναι ουσιώδες να έχουν λάβει όλοι οι μαθητές, τελειώνοντας το σχολείο, την καλύτερη δυνατή αγωγή AIDS/ΣΜΝ. Η σχολική αγωγή υγείας για το AIDS πρέπει να συμβαδίζει με το ψυχοκοινωνικό επίπεδο ανάπτυξης των μαθητών. Αγωγή στον τομέα της πρόληψης πρέπει να παρέχεται στους μαθητές πριν φθάσουν σε ηλικία, κατά την οποία είναι πιθανό να εμφανισθεί επικίνδυνη συμπεριφορά. Η αγωγή πρέπει να στοχεύει σε κάθε βαθμίδα σπουδών, επειδή γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες αφομοιώνονται καλύτερα με την πάροδο του χρόνου και επειδή συχνά χρειάζεται να ενισχύονται και πάλι. Σε μερικές χώρες, οι εκπαιδευτικές βαθμίδες είναι ανεξάρτητες από την ηλικία. Άρα, είναι σημαντικό να έχουμε πάντοτε κατά νου την ηλικία των μαθητών. Αν οι περισσότεροι μαθητές ολοκληρώνουν την εκπαίδευσή τους σε συγκεκριμένη βαθμίδα, η αγωγή AIDS/ΣΜΝ πρέπει να είναι σύμφωνη με την ανάπτυξή τους και να ολοκληρώνεται σε αυτή τη βαθμίδα ή σε προηγούμενη (Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1990).

### *Μέθοδοι εργασίας*

Μαθήματα μπορούν να αρχίσουν:

- Από την πρώτη τάξη και να συνεχισθούν μέχρι την τελευταία
- Σε οποιαδήποτε τάξη
- Στις δυο τελευταίες τάξεις του Δημοτικού σχολείου
- Στις δυο πρώτες τάξεις του Γυμνασίου
- Στο Λύκειο
- Το τελευταίο έτος, πριν από την αποφοίτηση
- Στα πλαίσια εξωσχολικών δραστηριοτήτων, μόνο για νέους
- Στα πλαίσια εξωσχολικών δραστηριοτήτων, με τη συμμετοχή των γονέων

(Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1990)

## *Συζήτηση*

Μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν της επιλογής ομάδας-στόχου είναι οι ακόλουθοι :

- Εμφάνιση επικίνδυνης συμπεριφοράς σε ποικίλες ομάδες του σχολικού πληθυσμού, σύμφωνα με τις ενδείξεις που παρέχει εκτίμηση βασισμένη σε συνεντεύξεις με νέους, στοιχεία για την υγεία και άλλους δείκτες.
- Οι πολιτισμικές, θρησκευτικές ή φιλοσοφικές αξίες της κοινότητας που σχετίζονται με την ηλικία, στην οποία θα μπορούσε να αρχίζει η αγωγή για την σεξουαλικότητα.
- Η ύπαρξη τομέων του προγράμματος που να παρέχουν κατάλληλο πλαίσιο διδασκαλίας για το AIDS και τα ΣΜΝ.
- Η ηλικία έναρξης της ήβης, της ερωτικής δραστηριότητας και εφόσον σχετίζεται της χρήσης ενέσιμων ουσιών.
- Οι τρέχουσες αντιλήψεις του σχολικού πληθυσμού για την μετάδοση των HIV/ΣΜΝ.
- Η επίπτωση των λοιμώξεων με HIV/ΣΜΝ στην κοινότητα.
- Τα επίπεδα ενημέρωσης και ερωτικής δραστηριότητας των μαθητών των διαφόρων εκπαιδευτικών βαθμίδων.
- Η ωριμότητα των μαθητών για αγωγή σε θέματα AIDS/ΣΜΝ.
- Η έκταση στην οποία γίνεται αποδεκτή η αγωγή AIDS/ΣΜΝ από μαθητές και γονείς.

Είναι σημαντικό, σε κάθε σχολείο, όλοι να συνειδητοποιήσουν ότι αποτελούν μέρος ενός δικτύου που παρέχει υψηλής ποιότητας αγωγή για την πρόληψη των AIDS/ΣΜΝ.

## **ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ AIDS/ΣΜΝ**

### *Βασικές αρχές*

Το γενικό πλαίσιο που θα επιλεγεί για την αγωγή AIDS/ΣΜΝ θα αποτελέσει ταυτόχρονα το πλαίσιο για να ληφθούν αποφάσεις για το περιεχόμενό της, τον τρόπο διδασκαλίας που θα υιοθετηθεί και το ποιοι θα διδάξουν το πρόγραμμα ενδεχομένως και να διευκολύνει τη λήψη αυτών των αποφάσεων.

Χρειάζεται να διερευνηθούν τα ακόλουθα ζητήματα :

- Πρέπει η αγωγή AIDS/ΣΜΝ να αποτελέσει ξεχωριστό μάθημα του αναλυτικού προγράμματος, εκτός από αυτά που έχει ήδη προβλέψει το εκπαιδευτικό σύστημα;
- Πρέπει η αγωγή AIDS/ΣΜΝ να θεωρηθεί μέρος κάποιου μαθήματος του αναλυτικού προγράμματος, που να αναφέρεται σε θέματα υγείας;
- Πρέπει η αγωγή AIDS/ΣΜΝ να ολοκληρώνεται, με τον κατάλληλο τρόπο, στο πλαίσιο της διδασκαλίας άλλων μαθημάτων;

### *Μέθοδοι εργασίας*

Η αγωγή AIDS/ΣΜΝ θα μπορούσε να αποτελέσει μέρος της διδασκαλίας ενός ή περισσότερων από τα ακόλουθα θέματα :

- Σεξουαλικότητα
- Πληθυσμός
- Υγεία
- Οικογενειακή ζωή
- Ανάπτυξη της προσωπικότητας και ποικίλων δεξιοτήτων
- Βιολογία ή άλλη γενική επιστήμη
- Κοινωνικές επιστήμες
- Πολιτικές επιστήμες
- Θρησκεία και Φιλοσοφία

### *Συζήτηση*

- Κατά την επιλογή των καταλληλότερων θεμάτων, οι εκπαιδευτικές αρχές και οι εκπρόσωποι των διδασκόντων πρέπει να εξετάσουν τα ακόλουθα ζητήματα :
- Ποια θα είναι τα οφέλη και το κόστος για το εκπαιδευτικό σύστημα, αν η αγωγή AIDS/ΣΜΝ αποτελεί μέρος ενός μαθήματος του αναλυτικού προγράμματος ή εναλλακτικά αν αποτελεί ξεχωριστό μάθημα;
- Πώς θα εκπαιδευθούν εκείνοι που θα αναλάβουν τη διδασκαλία και ποιοι θα είναι αυτοί;
- Ποια από τα διδασκόμενα μαθήματα ταιριάζουν καλύτερα με τη φιλοσοφία τις κατευθύνσεις και τους σκοπούς της αγωγής AIDS/ΣΜΝ;

Αν η αγωγή AIDS/ΣΜΝ ενσωματωθεί σε κάποιο μάθημα, πρέπει οι σκοποί, οι στόχοι και το γενικό πλαίσιο διδασκαλίας του προγράμματος να ταιριάζουν με τη ύλη

του μαθήματος. Επίσης, πρέπει το μάθημα να διδάσκεται με τρόπο κατάλληλο για το γενικό πλαίσιο και τη φιλοσοφία του προγράμματος.

Η αγωγή AIDS/ΣΜΝ είναι πιο αποτελεσματική, όταν στους μαθητές δεν παρέχονται απλώς γνώσεις αλλά τους δίνεται και η ευκαιρία να αναπτύξουν αυτό-εκτίμηση και ικανότητα για επικοινωνία και για να λαμβάνουν αποφάσεις. Αν οι δεξιότητες αυτές δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα, η ενσωμάτωση των AIDS/ΣΜΝ μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για τη μετακίνηση προς ένα πιο αποτελεσματικό σχολικό πρόγραμμα, με στόχους πολύ πιο πέρα από τα AIDS/ΣΜΝ. Η αγωγή που παρέχεται με ένα πλήρες σχολικό πρόγραμμα αγωγής υγείας μπορεί να ενισχυθεί με τη διδασκαλία συναφών θεμάτων και σε άλλα μαθήματα (Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1990).

## **ΠΟΙΟΣ ΘΑ ΣΧΕΔΙΑΣΕΙ ΤΟ ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ AIDS/ΣΜΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

### *Βασικές αρχές*

Για να απαντηθεί αυτό το ερώτημα, πρέπει να διευκρινισθεί, αν τα αναλυτικά προγράμματα AIDS/ΣΜΝ θα σχεδιασθούν :

- σε σχολικό επίπεδο
- σε κεντρικό επίπεδο
- και στα δύο επίπεδα

Σε μερικά εκπαιδευτικά συστήματα, έχουν καθιερωθεί μέθοδοι για τη σχεδίαση αναλυτικών προγραμμάτων και δεν χρειάζεται να ληφθούν ειδικές αποφάσεις. Σε άλλα, είναι απαραίτητο να ληφθεί σαφής απόφαση. Πρέπει να επιλεγούν σχεδιαστές προγραμμάτων που να είναι γνώστες των μεθόδων σχεδιασμού, εκτιμήσεως των αναγκών, κατάρτισεως αναλυτικών προγραμμάτων, διδασκαλίας και αξιολόγησης. Επίσης, οι σχεδιαστές του προγράμματος πρέπει να αντιλαμβάνονται τα περίπλοκα ζητήματα που δημιουργούν τα AIDS/ΣΜΝ στην επικοινωνία (Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1990).

## *Μέθοδοι εργασίας*

### Σε σχολικό επίπεδο

Το πρόγραμμα μπορούν να σχεδιάσουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα πρόσωπα :

- Ο επικεφαλής του αρμόδιου τμήματος ή διευθύνσεως
- Επιτροπή που να αποτελείται από εκπροσώπους των οργανώσεων των εκπαιδευτικών, μέλη του προσωπικού, γονείς, μαθητές, εργαζόμενους σε σχετικές δημόσιες υπηρεσίες και οργανώσεις
- Από κάποιον ανεξάρτητο φορέα ή πρόσωπο, που να είναι σε θέση να αναλάβει και να εφαρμόσει το πρόγραμμα ή να εποπτεύει την εφαρμογή του
- Από τον προϊστάμενο ή το διευθυντή του σχολείου
- Από τη νοσηλεύτρια ή το γιατρό του σχολείου
- Από το σχολικό σύμβουλο
- Από εκπαιδευτικούς και εκπροσώπους των οργανώσεών τους.

### Σε κεντρικό επίπεδο

Το πρόγραμμα μπορούν να σχεδιάσουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα πρόσωπα :

- Εξωτερικός σύμβουλος
- Εσωτερικός σύμβουλος
- Υπάλληλοι του Υπουργείου Παιδείας
- Εκπρόσωπος των εκπαιδευτικών
- Ομάδα προσωπικοτήτων της κοινότητας και της εκκλησίας
- Ομάδα διδασκόντων
- Ομάδα πανεπιστημιακών
- Ειδική υπηρεσία του Υπουργείου Παιδείας
- Ειδικό της Εθνικής Επιτροπής AIDS και του Εθνικού Προγράμματος για την Πρόληψη και τον Έλεγχο των ΣΜΝ.

## *Συζήτηση*

Αρκετά σημαντικά ζητήματα πρέπει να συζητηθούν, προκειμένου να αποφασισθεί ποιος θα σχεδιάσει το αναλυτικό πρόγραμμα και τις στρατηγικές του προγράμματος :

- Το προσωπικό του σχολείου έχει την απαραίτητη πείρα, τόσο για τις ιατρικές όσο και για τις κοινωνικές πλευρές των HIV/ΣΜΝ, ώστε να μπορέσει να σχεδιάσει το αναλυτικό πρόγραμμα και τις στρατηγικές του προγράμματος;
- Ποιο είναι το καταλληλότερο πρόσωπο, που θα πετύχει την υποστήριξη της Εθνικής Επιτροπής για το AIDS και θα εξασφαλίσει το συντονισμό μεταξύ του γενικού προγράμματος για την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS και των προγραμμάτων των υπηρεσιών δημόσιας υγείας για την πρόληψη και τον έλεγχο των ΣΜΝ;
- Ποιος έχει την δυνατότητα να αξιολογεί καλύτερα τις ανάγκες και τις ανησυχίες των μαθητών, σύμφωνα με την αρχική εκτίμηση, και να εξασφαλίζει ότι το πρόγραμμα εστιάζεται σε αυτές;
- Ποιος έχει την καταλληλότερη θέση, για να εξασφαλίσει ότι το αναλυτικό πρόγραμμα και οι στρατηγικές του προγράμματος θα γίνουν αποδεκτά και θα υποστηριχθούν από την κοινότητα, ενώ παράλληλα θα δίνεται βάρος στη πρόληψη;
- Ποιος μπορεί να εξασφαλίσει επαρκείς πόρους, τόσο σε ανθρώπους όσο και σε κεφάλαια, για να σχεδιασθεί, να εφαρμοσθεί και να αξιολογηθεί το πρόγραμμα;

Πλεονέκτημα του προγράμματος μπορεί να αποδειχθεί η σχεδίασή του με τη συνεργασία ανθρώπων που έχουν πείρα στη διδασκαλία και τη σχεδίαση αναλυτικών προγραμμάτων για την πρόληψη των AIDS/ΣΜΝ, διευθυντών σχολείων, μαθητών και προσωπικοτήτων της κοινότητας, καθώς και άλλων ατόμων που θα συμβάλουν στην εξεύρεση πόρων σε ανθρώπους και κεφάλαια, για τους σκοπούς του προγράμματος (Π.Ο.Υ.,- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1990).

Η ομάδα εργασίας πρέπει να έχει :

- κατανοήσει τις αρχές και τις τάσεις της σχολικής αγωγής υγείας και την αγωγή για την πρόληψη των AIDS/ΣΜΝ
- γνώση των λοιμώξεων HIV/ΣΜΝ, των τρόπων μετάδοσής τους και των περίπλοκων κοινωνικών ζητημάτων που προκύπτουν
- την ικανότητα να επεξεργάζονται στρατηγικές για αναλυτικά προγράμματα και για προγράμματα που θα ενώσουν σε ένα συμπαγές σύνολο τις συνιστώσες των ποικίλων γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων

- κατανοήσει πως θα εφαρμοσθεί το πρόγραμμα
- γνώση των καταστάσεων που καθημερινώς βιώνουν μαθητές και διδάσκοντες μέσα και έξω από το σχολείο
- την ικανότητα να εκτιμά τις κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες, υπό τις οποίες οι νέοι αποφασίζουν για τη συμπεριφορά τους
- εξοικειωθεί με ποικιλία διδακτικών μεθόδων
- την ικανότητα να συνεργάζεται άμεσα με εκπαιδευτικούς, μαθητές και γενικά με την κοινότητα, ώστε να σχεδιασθεί ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα.

### 4.3 HIV ΚΑΙ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΟΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ

Ο ρόλος του φαινομένου της ανθρώπινης μετακίνησης στη διασπορά της HIV λοίμωξης είναι επαρκώς τεκμηριωμένος. Ο συσχετισμός φαίνεται να απορρέει από τις συνθήκες και τη δομή της μεταναστευτικής διαδικασίας και όχι από μια υποτιθέμενη διαδρομή του ιού κατά μήκος των μεταναστευτικών οδών.

Συμπεριφορές που καθιστούν πλέον ευάλωτους τους μετακινούμενους πληθυσμούς στη HIV λοίμωξη σχετίζονται με τη διάρρηξη του κοινωνικού ιστού, την απομόνωση και την απουσία οικονομικής, κοινωνικής και οικογενειακής στήριξης. Η επιτυχία των προγραμμάτων πρόληψης σχετίζεται στενά με την κατανόηση των μηχανισμών, που οδηγούν σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, την αποφυγή στιγματισμού και την συνεργασία των διαφόρων εθνικών κοινοτήτων στον σχεδιασμό και την εφαρμογή τους. (Χίνη, Λελέκης,2001)

#### *Κατηγορίες μετακινούμενων πληθυσμών*

Δεν υπάρχει γενικά αποδεκτός ορισμός για τη μετανάστευση. Ο χαρακτηρισμός των μεταναστών μπορεί να γίνει αναλόγως της νομικής τους υπόστασης και της εθνικότητάς τους ενώ ο χαρακτηρισμός της μετανάστευσης γίνεται με όρους διαρκείας, σκοπιμότητας και απόστασης.

Οι σημαντικότερες κατηγορίες μεταναστών είναι(Χίνη, Λελέκης,2001) :

- Οικονομικοί μετανάστες
- Πρόσφυγες



- Μόνιμοι μετανάστες
- Εσωτερικοί μετανάστες
- Εργαζόμενοι μακριά από τον τόπο κατοικίας τους
- Ταξιδιώτες

#### *Ελλάδα και μετακινούμενοι πληθυσμοί*

Η χώρα μας αποτελεί κύρια πύλη εισόδου στην Ευρωπαϊκή Ένωση για τους κατοίκους της Νοτιανατολικής Ευρώπης, της Μ. Ανατολής και σε μικρότερο βαθμό της Αφρικής.

Αναλυτικότερα, οι ιδιαίτερες πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες πρέπει να προσεγγισθούν μέσα από προγράμματα ενημέρωσης και πρόληψης για το AIDS και τα άλλα ΣΜΝ, είναι :

- Μουσουλμανικές μειονότητες
- Τσιγγάνοι Χριστιανοί Ορθόδοξοι
- Πρόσφυγες ελληνικής καταγωγής
- Επαναπατριζόμενοι Έλληνες μετανάστες
- Αιτούντες άσυλο
- Αλλοδαποί εργάτες
- Αλλοδαπές εκδιδόμενες γυναίκες
- Ναυτικοί, οδηγοί φορτηγών, τουρίστες

Ο συνολικός αριθμός κρουσμάτων AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι τις 30 Ιουνίου 2000 ανέρχεται σε 2017 από τα οποία 167 αφορούσαν σε αλλοδαπούς. Το ποσοστό των ανδρών ανέρχεται στο 63,5% ενώ ως κύριος τρόπος μετάδοσης της HIV λοίμωξης αναφέρεται η ετεροφυλική σεξουαλική επαφή (34,5%) (Χίνη, Λελέκης,2001).

#### *Στρατηγικές παρέμβασης για τη πρόληψη της HIV λοίμωξης*

Σύμφωνα με τη Χίνη και τον Λελέκη τρία είναι τα βασικά συστατικά μιας επιτυχούς στρατηγικής πρόληψης :

- § Ενίσχυση της ικανότητας αυτοπροστασίας με την κατάλληλη ενημέρωση για σωστές επιλογές.

§ Προγράμματα πρόληψης προσαρμοσμένα στις ψυχολογικές, κοινωνικές και πολιτιστικές ανάγκες των μεταναστών.

§ Πρόσβαση σε υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας φιλικές για τους μετανάστες και υποστήριξη των ατόμων με HIV λοίμωξη.

Είναι γνωστό ότι στην αρχική φάση της επιδημίας πολλές χώρες προσπάθησαν να κρατήσουν το πρόβλημα έξω από τα σύνορά τους. Ξενοφοβικές αντιλήψεις και συμπεριφορές αποτελούν ακόμη και σήμερα τον κύριο τρόπο αντιμετώπισης της πανδημίας του AIDS από τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας περίπου 60 χωρών στον κόσμο. Αποτέλεσμα αυτών των περιορισμών δεν είναι η αναχαίτιση του ιού, όπως προσδοκούσαν οι θιασώτες τους αλλά ο στιγματισμός και πολλές φορές ο θάνατος των ατόμων, που απελαύνονται.

#### **4.3.1 Ο ΤΑΞΙΔΙΩΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ**

Τα άτομα τα οποία ταξιδεύουν για την απόκτηση νέων εμπειριών συνεχώς αυξάνουν, βρίσκονται όμως σε κάποιο κίνδυνο νόσησης ή τραυματισμού λόγω της πιθανότητας ενδημικών νόσων στις χώρες προορισμού ή επειδή κατά τη διάρκεια του ταξιδιού υπάρχει μεγάλος κίνδυνος ατυχήματος, ιδιαίτερα όταν το επίπεδο υπηρεσιών δημόσιας υγείας μιας χώρας είναι εξαιρετικά χαμηλό.

Ο αριθμός των ατόμων με HIV λοίμωξη που ταξιδεύουν προς τις αναπτυσσόμενες χώρες συνεχώς αυξάνει και έτσι δημιουργείται ένα σύμπλεγμα ιατρικών θεμάτων και ειδικών χαρακτηριστικών αυτών των ταξιδιωτών. Η HIV λοίμωξη σαφέστατα αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης ιατρικών προβλημάτων που σχετίζονται με το ταξίδι, ο οποίος κυμαίνεται από δυσανεξία ή αντιδράσεις προς τα εμβόλια μέχρι την ανάπτυξη πολλαπλών μη γνωστών και εξωτικών λοιμώξεων. Οι γιατροί, οι οποίοι χειρίζονται HIV ασθενείς οφείλουν να διαθέτουν επαρκή χρόνο για να τονίσουν στους ασθενείς αυτούς τη θεμελιώδη ανάγκη της συμμόρφωσης προς την αντιρετροϊκή αγωγή, να τους εκπαιδεύσουν στα σημεία και συμπτώματα συνήθως ιατρικών προβλημάτων ώστε να εξασφαλισθεί η δυνατότητα έμμεσης αυτοθεραπείας αλλά και να επιμείνουν στην πιθανότητα ευκαιριακών λοιμώξεων κατά τη διάρκεια του ταξιδιού, περιλαμβανομένων και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επίσης, τα άτομα αυτά πρέπει να ενημερωθούν για τον κίνδυνο έκθεσης σε ειδικές παθολογικές καταστάσεις συνδεόμενες με το σχεδιασμένο δρομολόγιο, συμπεριλαμβανομένων και

νοσημάτων από νεοεμφανιζόμενα παθογόνα και ότι η απόκτηση τέτοιων νοσημάτων προάγει την εξέλιξη της HIV λοίμωξης. Προσεκτική αναφορά πρέπει να γίνεται στην αυξημένη θνητότητα από οξείες αναπνευστικές και γαστρεντερικές λοιμώξεις, όπως επίσης από τη φυματίωση, ελονοσία ή άλλα νοσήματα, ώστε να προγραμματισθεί σωστά η ιατρική παρακολούθηση μετά την επιστροφή από το ταξίδι. (Μπουτσικάκης, Σαρόγλου, 2001)

### **Ταξιδιωτικοί περιορισμοί**

Σύμφωνα με τις οδηγίες του Π.Ο.Υ. το μόνο έγγραφο που χρειάζεται ένας διεθνής ταξιδιώτης είναι το πιστοποιητικό εμβολιασμού κατά του κίτρινου πυρετού. Ορισμένες χώρες απαιτούν επίσης αρνητική εξέταση για HIV-1 αντισώματα, όταν πρόκειται για παρατεταμένη διαμονή μεγαλύτερη του ενός μήνα, για έκδοση άδειας εργασίας ή για εκπαιδευτικούς λόγους. Τουλάχιστον 50 χώρες δεν επέτρεπαν μέχρι το 1998 την είσοδο σε μετανάστες με HIV λοίμωξη, παρά το ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τη μείωση του κινδύνου μετάδοσης του ιού με αυτόν τον περιορισμό.

Σε ορισμένες περιπτώσεις κατά την άφιξη σε μια χώρα γίνεται εξέταση για HIV λοίμωξη. Επίσης, οι τελωνειακοί υπάλληλοι έχουν το δικαίωμα να παρακρατήσουν ένα άτομο ή να το υποβάλλουν σε εργαστηριακό έλεγχο όταν υποψιάζονται HIV λοίμωξη με την αναγνώριση ορισμένων στοιχείων, όπως είναι το σάρκωμα Kaposi ή τα αντιρετροϊκά φάρμακα. (Μπουτσικάκης, Σαρόγλου, 2001)

### **Εμβολιασμοί**

Η ανάγκη εμβολιασμού σε κάθε HIV(+) άτομο πρέπει να εξατομικεύεται, αφού προηγουμένως ο γιατρός απαντήσει σε δύο ερωτήματα: θα προσφέρει προστασία το εμβόλιο και θα είναι επιβλαβές στο άτομο;

Συνιστώμενοι εμβολιασμοί σε ταξιδιώτες με HIV λοίμωξη:

- § Διφθερίτιδας-Τετάνου (ανά 10 έτη)
- § Γρίπης (ανά έτος)
- § Πνευμονιόκοκκου (εφάπαξ)
- § Ηπατίτιδας Β

(Μπουτσικάκης, Σαρόγλου, 2001)

Απαιτούμενοι εμβολιασμοί από ταξιδιώτες με HIV λοίμωξη προς αναπτυσσόμενες χώρες:

- § Πολιομυελίτιδας
- § Τυφοειδούς
- § Ιλαράς- Ερυθράς-Παρωτίτιδας

Ειδικοί εμβολιασμοί σε ταξιδιώτες με HIV λοίμωξη προς αναπτυσσόμενες χώρες:

- § Χολέρας (ανά 6 μήνες, εφόσον απαιτείται)
- § Λύσσας (εφόσον ενδείκνυται και αναλόγως τίτλου αντισωμάτων)
- § Μηνιγγιτιδόκοκκου (ανά 3 έτη)
- § Ιαπωνικής εγκεφαλίτιδας (εφόσον ενδείκνυται και διατίθεται)
- § Πανώλης (εφόσον ενδείκνυται ανά έτος)

### **Ιατρικές συμβουλές πριν το ταξίδι**

Η ιατρική εκτίμηση του ταξιδιώτη πριν το ταξίδι πρέπει να περιλαμβάνει ένα πλήρες ιστορικό εμβολιασμών, αλλεργιών ή προβλημάτων κατά τη διάρκεια προηγούμενου ταξιδιού. Συνίσταται επικοινωνία με το θεράποντα γιατρό του ταξιδιώτη για ενημέρωση σχετικά με την ανοσολογική κατάσταση και το αποτέλεσμα της δερμοαντίδρασης Mantou. Επίσης, πρέπει να δοθούν επιπλέον οδηγίες για την πρόληψη των πιο συχνών λοιμώξεων και της αυτοθεραπείας τους. (Μπουτσικάκης, Σαρόγλου, 2001)

Συμβουλές προς τον HIV(+) ταξιδιώτη πριν το ταξίδι :

- § Αποφυγή κατανάλωσης τροφών και υγρών υψηλού κινδύνου
- § Εντομοαπωθητικά και κατάλληλα ρούχα κατά των παρασιτώσεων
- § Τροποποίηση σεξουαλικής συμπεριφοράς
- § Αποφυγή παρατεταμένης έκθεσης στον ήλιο

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

**5.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΡΕΣ ΤΟΥ  
AIDS**

**5.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

**5.3 ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ  
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ AIDS**

**5.4 ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ HIV/  
AIDS ΝΟΣΟΥ**

**5.5 ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ  
ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ AIDS**

**5.6 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ  
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ**

**5.7 ΝΟΜΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**

## 5.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ AIDS

Δεν υπάρχει καμία αμφισβήτηση ότι το aids, μετά τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο, είναι η πιο επικίνδυνη και θανατηφόρα νόσος και ότι η νέα αυτή ασθένεια είναι παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας, που απειλεί όλες τις χώρες και όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, με απρόβλεπτες συνέπειες στους πάσχοντες και στην κοινωνία.

Η εμφάνιση λοιπόν του aids, προκάλεσε σοβαρές και ποικίλες επιπτώσεις στους φορείς του HIV, στους ασθενείς του aids, στις ομάδες υψηλού κινδύνου, στις οικογένειές τους και στην κοινωνία γενικότερα. Οι επιπτώσεις αυτές διακρίνονται σε κοινωνικές και ψυχολογικές. (Ζακόπουλος, 1991). Γενικά τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των αρρώστων με aids, απορρέουν από την αδυναμία αντιμετώπισης του άγχους, που σχετίζεται με την διάγνωση, την πρόγνωση, την θεραπεία, το πιθανό οικογενειακό και κοινωνικό σκάνδαλο και τα ανεπαρκή υποστηρικτικά συστήματα.

Η καθηγήτρια Α. Ραγιά αναφέρει σχετικά πως τα συνηθέστερα κοινωνικά προβλήματα που παρουσιάζει ο άρρωστος είναι απόρριψη, αποξένωση, μόνωση, καθώς και η απώλεια της εργασίας.

Η απώλεια της εργασίας είναι από τα σοβαρότερα κοινωνικά προβλήματα. Μερικοί άρρωστοι απολύθηκαν από την εργασία τους. Αλλά και αν δεν συμβεί αυτό, σε κάποιο σημείο της πορείας της νόσου-αρκετά νωρίς – πρέπει να παραιτηθούν. Αυτό το αίσθημα της αχρηστίας, της απραξίας και της αναγκαστικής εξόδου στο περιθώριο μειώνει σημαντικά την αυτοεκτίμηση και το ηθικό του αρρώστου. Η εργασία γενικώς υποστηρίζει το αίσθημα της αυτό-αξίας. Χωρίς εργασία ο ενήλικος χάνει την ανεξαρτησία και την αυτονομία του, δύσκολα μπορεί να δικαιολογήσει το δικαίωμά του στο σεβασμό των άλλων και τη θέση του στην κοινωνία

Επίσης αν ο άρρωστος με aids είναι παιδί, η οικογένεια αντιμετωπίζει την κοινωνική απομόνωση και αισθάνεται μειονεκτικότητα, ενοχή και γονική ανεπάρκεια, ιδιαίτερα η μητέρα. Το παιδί φθάνει στο σημείο να αισθάνεται αδύνατο, αβοήθητο, εξαρτημένο και φοβισμένο (Ραγιά, 1991)

Ακόμα τα παιδιά με aids αντιμετωπίζουν επιθετικότητα στα σχολεία από τους συμμαθητές τους, αλλά κυρίως από τους γονείς των συμμαθητών τους ( Ken Mayer, MD-Hank Pizer, 1987) του κόστους αντιμετώπισης του aids). Σύμφωνα με τον

μητροπολίτη Αθανάσιο Ζακόπουλο, το κοινωνικό σύνολο αντιδρά προς τους πάσχοντες από aids με αμηχανία, με ασυνήθη φόβο, με πανικό και με μαζική υστερία. Επίσης θα πρέπει να αναφέρουμε αντιδράσεις όπως ο διαχωρισμός, η απομόνωση, η περιθωριοποίηση, ο ρατσισμός και η αποξένωση των ασθενών του aids από το κοινωνικό σύνολο, καθώς και από το στενότερο οικογενειακό περιβάλλον, λόγω των αισθημάτων ντροπής και ενοχής. Ο κοινωνικός στιγματισμός των φορέων του aids έγινε αφορμή να αποκλεισθούν από την εργασία τους, από το σχολείο και από τις ασφαλιστικές εταιρείες. Οι ασφαλιστικές εταιρείες αρνούνται να ασφαλίσουν ομάδες ανθρώπων που θεωρούν ότι διατρέχουν άμεσο κίνδυνο να προσβληθούν από τη νόσο, από την δυνατότητα να μπορούν να νοικιάσουν ένα σπίτι, από τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής περίθαλψης. Ιδιωτικά νοσοκομεία αρνούνται να δεχτούν ασθενείς με aids. Τοπικοί οργανισμοί έχουν οργανωθεί δυναμικά για να αποκλείσουν από τις συνοικίες τους την ίδρυση ειδικών θεραπευτηρίων γι' αυτούς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της νόσου ( Ken Mayer, MD-Hank Pizer, 1987) και από άλλες κοινωνικές παροχές. Προβλήματα και σύγκρουση δημιουργούν η ανυπαρξία της διασφάλισης των ελευθεριών και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των πασχόντων από aids, η έλλειψη προστασίας του κοινωνικού συνόλου, η μη ύπαρξη του ιατρικού απορρήτου, ο υποχρεωτικός μαζικός έλεγχος φορέων του ιού και ομάδων υψηλού κινδύνου, η έκδοση πιστοποιητικών υγείας για διορισμό, ασφάλιση, γάμο και άλλα. (Ζακόπουλος, 1991) Ο κατάλογος των κοινωνικών αυτών επιπτώσεων της νόσου είναι μεγάλος και δυστυχώς συνεχώς μεγαλώνει.

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες τα σεξουαλικά ήθη, έχουν υποστεί μεγάλη μεταμόρφωση. Έχουμε περάσει από μια κοινωνία, όπου η ετεροφυλική πυρηνική οικογένεια αποτελούσε τον κανόνα, σε μια πιο ποικίλη έκφραση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας.

Ομάδες ομοφυλόφιλων αντρών και γυναικών έχουν κάνει προσπάθειες για να κάνουν τα άτομα να αισθάνονται άνετα σχετικά με τις σεξουαλικές τους προτιμήσεις και να νομιμοποιήσουν τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις μέσα στην ευρύτερη κοινότητα. Υπήρξαν σημαντικές νίκες στον αγώνα για ισότητα, αλλά η προκατάληψη παραμένει. Δεν είναι παράξενο ότι πολλοί ομοφυλόφιλοι φοβούνται ότι το φάσμα του aids μπορεί να προκαλέσει καινούρια εχθρότητα.

Η ρίψη ευθυνών στο θύμα για την αρρώστια συμβαίνει και σε κοινωνικό και σε ατομικό επίπεδο. Ο φόβος για τα αφροδίσια νοσήματα γενικά και ιδιαίτερα για τον

έρπητα είναι ένα φανερό παράδειγμα. Υπάρχει μια τάση να θεωρούμε αυτές τις αρρώστιες μάλλον σαν σημάδι ντροπής, παρά σαν αρρώστια. Αν και είναι λογικό να αμφισβητούνται τρόποι ζωής που μπορεί να οδηγήσουν στην εξάπλωση μιας αρρώστιας, δεν είναι λογικό να βλέπουμε το aids σαν στίγμα της ομοφυλοφιλίας.

Παρ' όλ' αυτά το aids δεν πρέπει να θεωρείται δικαιολογία για να ξαναμπούμε στο καβούκι μας ή να αποφύγουμε τις καινούριες σχέσεις. Υπάρχουν τρόποι με τους οποίους η κοινότητα μπορεί να αντεπεξέλθει σε αυτή την καινούρια αρρώστια, χωρίς να παραιτηθεί από δύσκολα κερδισμένες ελευθερίες. Με άλλα λόγια το aids δεν θα πρέπει να αποτελεί εχθρό των ανθρωπίνων σχέσεων. Η κοινότητα των ομοφυλοφίλων μπορεί να βοηθήσει στη διάδοση πληροφοριών που θα περιορίσουν στο ελάχιστο την εξάπλωση του aids. Αυτή μπορεί να είναι μια θετική πλευρά των κοινωνικών συνεπειών του aids. Τελικά κάθε άτομο πρέπει να είναι υπεύθυνο για την σεξουαλικότητά του και για την υγεία εκείνων με τους οποίους έχει στενές επαφές ( Ken Mayer, MD-Hank Pizer,1987)

Στην εποχή μας , που η λύση πολλών ιατρικών προβλημάτων έχει πάρει τη μορφή της ρουτίνας μαθηματικών υπολογισμών, η ιατρική βρίσκεται σε αδυναμία να προκαλέσει ανοσοποίηση απέναντι σε ένα γνωστό αίτιο, το οποίο όμως αντιστρατεύεται και καταστέλλει ακριβώς εκείνο που επιδιώκουμε να πετύχουμε, τη δραστηριοποίηση του ανοσοποιητικού μας συστήματος

Ο φόβος στο ιατρικό προσωπικό έχει θετικές τις επιπτώσεις του πάνω στην επίταση της προσπάθειας για την αντιμετώπιση της νόσου και τη συστηματοποίηση της πρόληψης και της θεραπείας, αλλά και τις μελλοντολογικές προβλέψεις, που ενεργούν ως θετικό ερέθισμα, καθώς δεν είναι καθόλου ευσίωνες. Θα πρέπει όμως να αναφέρουμε ότι υπάρχουν και αρνητικές επιδράσεις του φόβου πάνω στο ιατρικό και νοσηλευτικό σώμα ,που ευτυχώς δεν είναι πολλές.

Η φοβία και ο πανικός στα άτομα, τις κοινωνίες και την πολιτική εξουσία, προκαλεί ανάλογες συμπεριφορές με πολλές από αυτές της εποχής των ιστορικών επιδημιών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι συμπεριφορές αυτές είναι απότοκες νοοτροπιών, όλων αυτών των παραγόντων και ότι έχουν ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές επιπτώσεις, οι οποίες με την σειρά τους, σε αλυσιδωτές αντιδράσεις, επιδρούν πάνω στις συμπεριφορές και στην συντήρηση των νοοτροπιών.

Τρία είναι τα βασικά προβλήματα στο επίπεδο των συμπεριφορών και των επιπτώσεών τους:



- Το πρώτο πρόβλημα είναι η αντιμετώπιση των ασθενών από όλους τους παράγοντες, ιατρικούς και μη, όπως από την οικογένεια, την κοινωνία και κυρίως την πολιτεία. Στις πολλές θετικές συμπεριφορές απέναντι στους ασθενείς του aids υπάρχουν και αρνητικές και μάλιστα παρά τη γνώση της μη ύπαρξης κινδύνου

Στην εποχή των ιστορικών επιδημιών η αντιμετώπιση των ασθενών είχε θετικά και αρνητικά στοιχεία, αλλά η προσπάθεια νοσηλείας τους γενικώς υπήρξε θετική. Διαφορετική όμως και πλήρης ήταν η συμπαράσταση των μουσουλμάνων, καθώς για λόγους θρησκευτικού δογματισμού δεν λάμβαναν προφυλάξεις και μέτρα και μάλιστα στο επίπεδο των επίσημων διοικητικών μέτρων, η έλλειψη των οποίων μέχρι τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα για την Οθωμανική αυτοκρατορία στοίχισε εκατομμύρια, των τότε εποχών, θύματα.

- Το δεύτερο πρόβλημα είναι η αντιμετώπιση και προστασία, από ιατρικής πλευράς των φορέων της νόσου, αλλά συγχρόνως και η αντιμετώπισή τους, από κοινωνικής και πολιτικής πλευράς, μέσα στα πλαίσια πρόληψης, προστασίας και ανάσχεσης της μελλοντικής επέκτασης της νόσου.
- Το τρίτο πρόβλημα είναι η άγνοια από ελλιπή ενημέρωση και πληροφόρηση. Ήταν πάντα από τα προβλήματα της αντιμετώπισης των επιδημιών. Αλλά και ο κίνδυνος από τις παρανοήσεις όχι μικρότερος, ιδιαίτερα στη λήψη και παραδοχή μέτρων, προστασίας, πέρα από πιθανές προσωπικές αντιδράσεις. Μαζί με όλα αυτά και ο τεράστιος κίνδυνος του πανικού στην λήψη καθοριστικών αποφάσεων. Μέσα στους κινδύνους του πανικού εμπεριέχεται και αυτός της παραδοχής δημιουργίας «αποδιοπομπαίων τράγων», είτε για τις δικές μας αμαρτίες, ή άλλες επιδιώξεις, φανερές ή κρυφές ατόμων ή ομάδων

(Σταυρόπουλος, 1989)

## 5.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ψυχολογικές επιπτώσεις παρατηρούνται σε δυο κύριες κατηγορίες πληθυσμού α) στους φορείς, στους πάσχοντες και σε αυτούς που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου β) στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα (Κουσκούκης, 1988)

Α) Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των αρρώστων με AIDS απορρέουν από την αδυναμία αντιμετώπισης του άγχους, που σχετίζεται με την διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, το πιθανό οικογενειακό και κοινωνικό σκάνδαλο και τα ανεπαρκή υποστηρικτικά συστήματα. Τα συνηθέστερα προβλήματα που αντιμετωπίζει γενικά ο άρρωστος σύμφωνα με την Ραγιά είναι:

- Απόρριψη και αποξένωση
- Μόνωση, αυτό-υποτίμηση
- Απώλεια δυνάμεων, ρόλων, αυτονομίας
- Φόβοι, ενοχές, ιδέες αυτοκτονίας
- Απελπισία, άγχος, κατάθλιψη
- Αμείλικτα ερωτήματα: γιατί ο πόνος, η αρρώστια, ο θάνατος;
- Υπαρξιακή αγωνία

Παρακάτω θα αναφερθούμε πιο συγκεκριμένα και αναλυτικά στα συμπτώματα και στις ψυχολογικές επιπτώσεις που προκύπτουν ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται ο άρρωστος.

Στο αρχικό στάδιο ο άρρωστος παθαίνει ψυχικό σοκ (shock), δοκιμάζει έντονο φόβο (Ραγιά, 1991), δύσπνοια, επιφυλακτικότητα, αβεβαιότητα, ανασφάλεια, άρνηση (Ζακόπουλος, 1991) και παρατηρούνται συμπτώματα ανησυχίας και άγχους, θλίψης, λύπης, μελαγχολίας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (κάτι που ασκεί αρνητική επίδραση στο ήδη ανεπαρκές ανοσιακό σύστημά τους (Ραγιά, 1991) για κάθε νέο σύμπτωμα (Κουσκούκης, 1988)

Βλέπει στη διάγνωση ότι έχει AIDS, τον προάγγελο του θανάτου του. Αισθάνεται έντονο άγχος. Η αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου και τη θεραπεία επιδεινώνουν την κατάστασή του και επηρεάζουν αρνητικά την απόδοση και την συνέπεια στις υποχρεώσεις του. Αισθάνεται ενοχή για τον τρόπο ζωής του και για την πιθανότητα να έχει μολύνει τη σύζυγό του και άγνωστο αριθμό φίλων ή τοξικομανών συντρόφων του.

Τα συμπτώματα που ακολουθούν σ' αυτό το αρχικό στάδιο είναι:

- Συναισθήματα οργής, ανικανότητας, αναξιότητας, ενοχής
- Συμπτώματα συγχύσεως, καταπτώσεως, απελπισίας και διάσπαση προσωπικότητας(Ζακόπουλος,1991)

Επίσης ο άρρωστος μπορεί να αισθάνεται ότι είναι βάρος συναισθηματικό και οικονομικό στην οικογένειά του, αν αυτή συνεχίζει να τον υποστηρίζει και να τον περιποιείται (Ραγιά,1991)

Χρειάζονται κοινωνική, οικονομική, θεραπευτική και κύρια ηθική υποστήριξη, η οποία γίνεται πιο δύσκολη γιατί οι ασθενείς αυτοί συνήθως ανήκουν σε περιθωριακές ομάδες.

Μετά τις πρώτες αυτές αντιδράσεις ακολουθεί ένα μεταβατικό στάδιο, όπου ο ασθενής σύμφωνα με τον Κουσκούκη:

- Σύγχυση, κατάπτωση, διάσπαση της προσωπικότητας
- Συμπτώματα απομόνωσης, ενοχής και απελπισίας.
- Οι εκδηλώσεις άγχους είναι δυνατόν να πάρουν τη μορφή πανικού,
- Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν με καχυποψία τους πάντες γύρω τους
- Πολλοί αισθάνονται έντονα την περιθωριοποίηση ακόμη και από την οικογένειά τους.
- Απειλείται από την χαλάρωση ή την απώλεια των στενών προσωπικών του σχέσεων, λόγω του υψηλού κινδύνου μετάδοσης της λοίμωξης στην ή στον σύζυγο, αλλά και λόγω αδυναμίας των δικών του να ανταποκριθούν στις ψυχικές, σωματικές και οικονομικές απαιτήσεις της αρρώστιας του.
- Είναι πιθανή και η διάσπαση μέσα στην οικογένεια.
- Αισθάνεται ντροπή για την σωματική και νοητική του κατάρρευση, που ο ίδιος προκάλεσε με την ριψοκίνδυνη συμπεριφορά του και γι' αυτό μπορεί να αποσυρθεί από κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες. Αυτή η απόσυρση πιθανόν να είναι ένας τρόπος αυτοπροστασίας από το φόβο της απόρριψης εκ μέρους του περιβάλλοντος ή μπορεί να είναι συμπτώματα μελαγχολίας, συνοδευόμενο και από ανορεξία, σωματική εξάντληση και περιορισμό επικοινωνίας με το περιβάλλον
- Ο άρρωστος έχει το αίσθημα της απώλειας των δυνάμεών του, της σωματικής του ακεραιότητάς , του ελέγχου του εαυτού του και της αρρώστιας του, της αυτονομίας του, αλλά και της ίδιας της ζωής του.
- Μερικοί άρρωστοι καταφεύγουν στα ναρκωτικά και στο οινόπνευμα

- Συνήθης είναι και η τάση αυτοκτονίας και αυτοκαταστροφής
- Σε αντίθεση με ορισμένους που έχουν αυτοκτονήσει, μερικοί με επιθετική διάθεση επαναδραστηριοποιούνται με μεγαλύτερο ζήλο

Οι ασθενείς χρειάζονται νέο περιβάλλον και νέες αξίες ώστε να προσεγγίσουν από άλλη σκοπιά το πρόβλημά τους (Κουσκούκης, 1988). Αυτό που θα πρέπει να τονίσουμε είναι πως οι ασθενείς αντιδρούν στην ίδια αρρώστια με διαφορετικό τρόπο και δεν πρέπει να περιμένει κανείς ομοιότητα αντιδράσεων μεταξύ των αρρώστων (Ραγιά,1991).

Το τελικό στάδιο χαρακτηρίζεται από την παραδοχή της νόσου και την αντιμετώπισή της με ρεαλισμό και θάρρος. Δίνουν μεγάλη βαρύτητα στην ποιότητα της ζωής και έχουν αισθήματα στοργής και αλτρουισμού. Είναι συνεργάσιμοι με τους γιατρούς και το κοινωνικό σύνολο, ενώ με την πάροδο του χρόνου προσπαθούν να αρχίσουν να εξοικειώνονται με την ιδέα του θανάτου. (Κουσκούκης, 1988)

Παρ' όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω η εξοικείωση με το θάνατο είναι κάτι που χρειάζεται πολύ «δουλειά» του καθενός με τον εαυτό του. Ώσπου όμως να φτάσει ο ασθενής σε αυτό το επίπεδο, περνάει από ένα στάδιο έντονης υπαρξιακής αγωνίας. Αμείλικτα ερωτήματα τον κατακλύζουν: γιατί ο πόνος; Γιατί η αρρώστια; γιατί ο θάνατος; Παλεύει ο άρρωστος για να βρει το νόημα της ζωής και το νόημα του θανάτου. Μπορεί να βγει κάτι καλό από αυτή την αρρώστια; Και όπως όλοι οι άνθρωποι, και αυτός διακατέχεται από τον ίδιο πόθο-να ζήσει με αξιοπρέπεια και ακεραιότητα και να πεθάνει με ειρήνη και αρμονία εντός του και με αυτούς που αγαπά. Εντούτοις πολλοί ασθενείς ομολογούν ότι ο θάνατος δεν είναι ο μεγαλύτερος πόνος για αυτούς. Περισσότερο είναι ότι η αγωνία του θανάτου συνοδεύεται και από τον κοινωνικό φόβο της αυστηρής κριτικής, του εξοστρακισμού, της εγκατάλειψης και της αποξένωσης

Υπάρχει βέβαια και η άλλη πλευρά των ασθενών, στην ψυχή των οποίων πολλές φορές διαδραματίζονται αξιόλογοι μετασχηματισμοί, οι οποίοι έχουν σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς να βγαίνουν αναγεννημένοι πνευματικώς, με ψυχικό σθένος, έτοιμοι να διδάξουν οι ίδιοι στην κοινωνία πώς προλαμβάνεται αποτελεσματικά το AIDS.(Ραγιά,1991)

Β)Ψυχολογικές επιπτώσεις στο κοινωνικό σύνολο: Η εμφάνιση της επιδημίας έθεσε σε δοκιμασία τους κοινωνικούς θεσμούς και την συνεργασία των κρατών. Πολλά

κράτη αρνούνται να δώσουν πλήρη στοιχεία για τα κρούσματα της νόσου, ενώ άλλα υποχρεώνουν τους μετανάστες ή ακόμη και τους τουρίστες σε εξετάσεις.

Ένα άλλο επακόλουθο ήταν η αλλαγή του τρόπου σκέψης, δράσης και αντίδρασης των κοινωνικών ομάδων. Έτσι πάσχοντες ή φορείς υποχρεώθηκαν να εγκαταλείψουν το σχολείο ή την εργασία τους και απομονώθηκαν από τους οικείους ή τους ερωτικούς συντρόφους τους. Ακόμη, νοσηλευτικό προσωπικό, αστυνομικοί και δεσμοφύλακες αρνήθηκαν να τους εξυπηρετήσουν.

Η ενημέρωση του υγειονομικού προσωπικού και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου από υπεύθυνα πρόσωπα έχει συμβάλλει στην κατανόηση των πραγματικών διαστάσεων του προβλήματος και στην αντικειμενικότερη προσέγγισή του. Η διασπορά ανακριβών πληροφοριών και η λανθασμένη πληροφόρηση δημιουργεί άγχος και φαντασιώσεις, που καταλήγουν σε άδικη συμπεριφορά και νοσηρές καταστάσεις.

Σήμερα το σπουδαιότερο όπλο που διαθέτουμε, πέρα από τις ανεξάντλητες προσπάθειες των ερευνητών για την ανακάλυψη της θεραπείας και του εμβολίου του aids, είναι η σωστή υγειονομική διαφώτιση του λαού. Αυτό στοχεύει πρώτον, στην αποφυγή σεξουαλικής επαφής με υπόπτους ή με πάσχοντες από aids, όπως και στην αποφυγή πολλαπλών ερωτικών συντρόφων, καθόσον έτσι αυξάνεται η πιθανότητα μεταδόσεως του aids, δεύτερον, στον ειδικό εργαστηριακό έλεγχο αυτών που πρόκειται να γίνουν δωρητές σπέρματος ή άλλων οργάνων και τρίτον, στον αποκλεισμό από την εθελοντική αιμοδοσία ατόμων που πάσχουν ή είναι ύποπτα για aids ή ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. (Κουσκούκης, 1988)

### **5.2.1 Η ΦΟΒΙΑ ΤΟΥ AIDS**

Πολλές φορές τα άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου, χωρίς να νοσούν ή να είναι φορείς, διακατέχονται από φόβο, άγχος, ανησυχία και γενικά τα συμπτώματα του αρχικού σταδίου, που περιγράφηκαν παραπάνω. Η κατάσταση αυτή που είναι γνωστή και ως *φοβία του AIDS*, εμφανίστηκε αρχικά το 1983 σε ομάδες ομοφυλόφιλων, ενώ τώρα είναι αρκετά συχνή σε υγιείς και αυξάνεται συνεχώς.

Εκδηλώνεται με επίμονες και συχνές ιατρικές εξετάσεις για την εξακρίβωση τυχούσας μόλυνσης, μετά από την εμφάνιση κάποιου από τα γενικά συμπτώματα ή ακόμη και χωρίς ιδιαίτερο λόγο. Παρατηρείται συχνότερα σε φοβικά άτομα, ενώ σε άτομα με υποχονδριακά ενοχλήματα μπορεί να έχει απρόβλεπτες συνέπειες. Η

αντιμετώπιση της φοβίας του AIDS περιλαμβάνει σωστή πληροφόρηση, διαβεβαίωση του ατόμου ότι δεν πάσχει και θεραπεία τυχούσας ψυχιατρικής πάθησης.(Κουσκούκης,1988)

### **5.2.2 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΣΤΡΟΥΘΟΚΑΜΗΛΟΥ**

Η δυσπιστία μερικές φορές μεταμορφώνεται σε εγωισμό. Οι υπερασπιστές λοιπόν της πολιτικής της στρουθοκαμήλου θεωρούν ότι εφόσον δεν υπάρχει θεραπεία για το aids, αν κατά τύχη ανακαλύψουν ότι το αποτέλεσμα της εξέτασης είναι θετικό, δεν τους μένει τίποτε άλλο παρά να αυτοκτονήσουν. Ως εκ τούτου δεν προχωρούν σε εξετάσεις για την ανίχνευση του ιού. Συνεχίζουν με το βάρος της αγωνίας τους και δεν δείχνουν σεβασμό απέναντι στους άλλους (Ουίλι Παζίνι,1990).

### **5.2.3 Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ ΕΡΩΤΑ**

Πολλοί άντρες βίωναν μια ικανοποιητική συζυγικοί σεξουαλικότητα μόνο υπό τον όρο ότι θα είχαν ευκαιριακές σεξουαλικές περιπέτειες. Με τον ερχομό όμως του aids, ζουν ένα είδος σεξουαλικής ανορεξίας και γι' αυτό προκειμένου να αντιμετωπίσουν της πτώση της λίμπιντο , μερικοί ρίχνονται στα αθλήματα (σπορ) και άλλοι παραιτούνται από τα πάντα, με αποτέλεσμα η σύζυγος να τους βρίσκει το βράδυ, ανεξήγητα κουρασμένους και βαριεστημένους (Ουίλι Παζίνι,1990).

### **5.3 ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ AIDS**

Με το πέρασμα των χρόνων και με βάση τα αποτελέσματα των ερευνών που συνεχώς γίνονταν , έγινε αντιληπτό ότι εκτός από τις ψυχολογικές / ψυχιατρικές επιπτώσεις της νόσου , υπάρχουν και ψυχιατρικές εκδηλώσεις , σοβαρότατες, που οφείλονται στην πρωτοπαθή μόλυνση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος από τον HIV , οι οποίες πολλές φορές μπορούν να προηγηθούν των σωματικών εκδηλώσεων της νόσου. Τα σημερινά δεδομένα μας γνωστοποιούν ότι καθώς προχωρεί η νόσος μέχρι και 60% των ασθενών μπορεί να παρουσιάσουν κάποιο νευροψυχιατρικό σύνδρομο. Έτσι θα μπορούσαμε να πούμε ότι σε άτομα με AIDS(ή ARC) έχουμε «πρωτοπαθείς» και «δευτεροπαθείς» ψυχικές διαταραχές. Στις πρώτες ανήκει κυρίως η άνοια από AIDS, αλλά επίσης μπορεί να παρατηρηθεί κατάθλιψη ή και / ευφορία( μανιακό σύνδρομο), ψύχωση, παραλήρημα ή και μεταβολή της προσωπικότητας. Στις δεύτερες ανήκουν η κατάθλιψη ως αντίδραση στη νόσο, διαταραχές της προσαρμογής σ' αυτήν, γενικευμένο άγχος, προσβολές πανικού, αυτοκτονικός ιδεασμός.

Αλλά και άτομα χωρίς AIDS μπορεί να εμφανίσουν ψυχικές διαταραχές σε σχέση με το φόβο μήπως έχουν ή πάθουν AIDS. Η συνεχής ενασχόληση των ατόμων αυτών με το AIDS μπορεί να παρουσιασθεί με μορφή ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής ή και / με μορφή υποχονδρίασης ( Μάνος,1997).

### **5.4 ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ HIV/AIDS ΝΟΣΟΥ**

Στην εποχή μας, η HIV/AIDS νόσος έχει αναδειχτεί σε μέγιστο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας και αποτελεί ένα ακόμα εμπόδιο στην οικονομική κρίση που αντιμετωπίζουν σήμερα τα συστήματα υγείας σε πολλές χώρες, ενώ ταυτόχρονα οι επιπτώσεις του στην λειτουργία της κοινωνίας είναι δραματικές

Μέσα από τις οικονομικές επιπτώσεις προσδιορίζονται πολλές παράμετροι της ειδικής και γενικής πολιτικής αντιμετώπισης του aids.

Οι οικονομικές επιπτώσεις των εποχών των ιστορικών επιδημιών ήταν πολλαπλές στο επίπεδο της παραγωγής και της διακίνησης των προϊόντων καθώς

και στο επίπεδο του γενικού κόστους του θεσμού των λοιμοκαθαρηρίων, από τις πολλαπλές επιπτώσεις του στο εμπόριο.

Σήμερα κυριαρχεί και το υψηλό κόστος της νοσηλείας των ασθενών, αλλά και το υπολογιζόμενο κόστος για μια γενικευμένη διερεύνηση με σκοπό τον εντοπισμό των φορέων.(Σταυρόπουλος,1989)

Είναι αλήθεια ότι μια επιδημία αυτού του μεγέθους επηρεάζει σημαντικά όλες τις ανθρώπινες σχέσεις καθώς και την οικονομία κάθε χώρας εφόσον θα επιβαρυνθεί με τις δαπάνες για ιατρική περίθαλψη και κοινωνική πρόνοια. Η επιβάρυνση αυτή θα γίνει ιδιαίτερα αισθητή από χώρες, οι οποίες βρίσκονται σε ανάπτυξη και γενικά οι πόροι τους είναι ανεπαρκείς.

Οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της HIV/AIDS νόσου τόσο στις μονάδες παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας, όσο και στο κοινωνικό σύνολο είναι αναμφισβήτητα σοβαρές, ιδιαίτερα αν ληφθεί υπόψη ότι αποτελεί μια ασθένεια η οποία επιβαρύνει συνεχώς το σύστημα με νεανικής ηλικίας χρήστες υπηρεσιών υγείας.

Το οικονομικό κόστος διαχωρίζεται σε άμεσο και έμμεσο οικονομικό κόστος. Το άμεσο οικονομικό κόστος μπορεί να υπολογιστεί αν καταγραφούν οι πρόσθετες δαπάνες με τις οποίες επιβαρύνεται το σύστημα υγείας μιας χώρας τόσο για την νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα των πασχόντων, όσο και για την πρόληψη της νόσου και την έρευνα. Ενώ το έμμεσο οικονομικό κόστος, που απορρέει από τις επιπτώσεις της νόσου στον ίδιο τον ασθενή, στην παραγωγικότητά του, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο, ιδιαίτερα με την απομάκρυνση νέων ατόμων από την παραγωγική διαδικασία, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ακριβώς(Σιγάλας,2000).

#### **5.4.1 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ HIV/AIDS**

Έχει παρατηρηθεί ότι η εξέλιξη του κόστους ακολουθεί μια προκαθορισμένη τροχιά, μικρότερης ή μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας.

Τα στάδια αντιμετώπισης της λοίμωξης:

1<sup>ο</sup> στάδιο: Αρχικά η λοίμωξη είτε είναι ανύπαρκτη, είτε δεν έχει ανακαλυφθεί ακόμα και επομένως δεν λαμβάνεται κανένα πρόσθετο μέτρο για την αντιμετώπισή της, εκτός από το τακτικό γενικό προληπτικό πρόγραμμα ελέγχου που πιθανόν εφαρμόζεται. Τότε δεν υπάρχει κόστος ή περιορίζεται στο κόστος εφαρμογής του προγράμματος ελέγχου



2<sup>ο</sup> στάδιο: Όταν ανακαλυφθεί η λοίμωξη, συνήθως οι ασθενείς υποτιμούν το μέγεθος και την έκταση της αρρώστιας. Παρ' όλ' αυτά λαμβάνονται κάποια προληπτικά μέτρα για τον έλεγχο της, με αποτέλεσμα το κόστος να αυξάνεται

3<sup>ο</sup> στάδιο: Σε αυτό το στάδιο, το πρόβλημα είναι πλέον ένα πραγματικό γεγονός για την αντιμετώπιση του οποίου λαμβάνονται πρόσθετα και συντονισμένα μέτρα. Σε αυτό το στάδιο υπάρχει απότομη αύξηση του κόστους.

4<sup>ο</sup> στάδιο: Όταν πλέον τα μέτρα που έχουν ληφθεί, αρχίζουν και αποδίδουν, το άμεσο κόστος αρχίζει να μειώνεται

5<sup>ο</sup> στάδιο: Στο τελικό στάδιο, δύσκολα φτάνουν περιπτώσεις λοιμώξεων. Σε αυτό το στάδιο η ασθένεια έχει πλέον τεθεί κάτω από αποτελεσματικό έλεγχο και πλέον είναι απαραίτητο το κόστος υποστήριξης των μέτρων ελέγχου.

Στην συγκεκριμένη περίπτωση της HIV/AIDS νόσου βρισκόμαστε παγκοσμίως ακόμη στο 3<sup>ο</sup> στάδιο.

Έτσι, το άμεσο κόστος για την αντιμετώπιση της HIV/AIDS νόσου αποτελούν όλες οι πρόσθετες δαπάνες με τις οποίες επιβαρύνονται σήμερα οι υπηρεσίες υγείας για:

- τον έλεγχο, που αφορά την διαπίστωση των φορέων
- την περίθαλψη των πασχόντων
- την πρόληψη της μετάδοσης της νόσου
- την έρευνα

Το κόστος της περίθαλψης βρίσκεται σε συνάρτηση με τις ανάγκες νοσηλείας των ασθενών με HIV/AIDS νόσο από την στιγμή της διάγνωσης μέχρι το θάνατο και εξαρτάται από την διάρκεια κάθε φορά της νοσηλείας, από την συχνότητα των επισκέψεων των ασθενών αυτών στα εξωτερικά ιατρεία αλλά και από την εφαρμοζόμενη φαρμακευτική αγωγή. Η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών εξαρτάται άμεσα από το στάδιο εξέλιξης της νόσου.

Θα πρέπει να τονιστεί πως το ποσό που θα δαπανηθεί για τη νοσηλεία ενός ασθενούς με aids είναι δυο φορές μεγαλύτερο σε σχέση με το ετήσιο κόστος νοσηλείας του μέσου ασθενή στο νοσοκομείο τα χρόνια αυτά, παρ' όλο που δεν συμπεριλαμβάνονται σε αυτά οι δαπάνες για τον εργαστηριακό έλεγχο, στον οποίο υποβλήθηκαν οι συγκεκριμένοι ασθενείς κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, οι δαπάνες διατροφής τους, οι δαπάνες διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης της λειτουργίας της Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων.

Θα πρέπει ακόμη να επισημανθεί ιδιαίτερα ότι οι υπολογισμοί του κόστους της HIV/AIDS νόσου, με βάση τα στοιχεία χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών, οδηγεί σε υποεκτίμηση του πραγματικού κόστους της ασθένειας που επιβαρύνει τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και τον ασφαλιστικό του φορέα. Η χρήση Υπηρεσιών Υγείας στον ιδιωτικό τομέα και σε μεγάλα αστικά κέντρα του εξωτερικού, που σημειώνεται εξαιτίας των σοβαρών κοινωνικών διαστάσεων της νόσου αυτής, δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί οικονομικά και να καταγραφεί.

## 5.5 ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ AIDS

Το aids είναι ένα λοιμώδες νόσημα το οποίο προκάλεσε και συνεχίζει να προκαλεί αρχικά δυστυχία και στην συνέχεια το θάνατο σε χιλιάδες ανθρώπους.

Η αδυναμία της επιστήμης μπροστά στη νόσο του aids επέφερε το άγχος, τον φόβο και τον πανικό στο πλήθος, σε τέτοια ένταση που να απειλούνται πάντοτε σοβαρές κοινωνικές ανακατατάξεις, με απροσδόκητες συνέπειες.

Δυο είναι τα βασικά στοιχεία που καλλιεργούν τον πανικό στο πλήθος:

- Ότι υπάρχει η δυνατότητα της εύκολης μόλυνσης
- Ότι δεν υπάρχει δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης

Με βάση τα δυο αυτά στοιχεία και από μια πρώτη άποψη είναι απολύτως δικαιολογημένος ο πανικός και ο φόβος που νιώθει το πλήθος. Και πως βέβαια να μην συμβαίνει κάτι τέτοιο αφού το aids μεταδίδεται με την ερωτική επαφή των ατόμων(μια λειτουργία-ένστικτο που αποτελεί τη βάση για την διαίωσιση του είδους) και με το αίμα. Ο τρόπος δηλαδή μόλυνσης παρακολουθεί μια λειτουργία απόλυτα συνυφασμένη με τη ζωή, χωρίς δικαίωμα ή δυνατότητα άρνησης (Κουτσελίνης, 2000)

Με ψυχραιμία όμως και λογική σκέψη βλέπουμε πως μπορούμε να αντιμετωπίσουμε το aids με ασφαλή μέτρα πρόληψης που μειώνουν μέχρι και εξαφανίζουν τον κίνδυνο. Η γνώση και η συμμόρφωση με τους κανόνες της πρόληψης μπορούν να αντιμετωπίσουν τη μόλυνση και να καταλαγιάσουν τον πανικό που απείλησε σοβαρά (και εξακολουθεί δυστυχώς να συμβαίνει-)το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο με σημαντικές ανακατατάξεις.

Μια πρώτη αντίδραση του πλήθους είναι οι διακρίσεις. Η ομαδοποίηση και η απομόνωση φορέων και ασθενών, η αποκοπή τους από το υπόλοιπο «υγιές

κοινωνικό σύνολο», η δημιουργία ή καλύτερα η ανασύσταση των διαφόρων μορφών “γκέτο”. Αλλά μια τέτοια αντίδραση, στηριγμένη σε μια τέτοια συλλογιστική απομόνωσης, αν υιοθετηθεί, πέρα από το σαφές αντικοινωνικό της στοιχείο, δεν μπορεί να έχει και τελειωμό. Μοιραία μια τέτοια τακτική θα προχωρήσει και σε άλλες ειδικότερες διακρίσεις με βάση άλλα κοινωνικά κριτήρια, που μπορεί, σε ορισμένες ειδικές περιπτώσεις να χρησιμοποιούνται ίσως για τη μελέτη της συγκρότησης μιας κοινωνίας, αλλά όχι για την αντιμετώπιση μιας επιδημικής νόσου. (Κουσελίνης, 2000)

Υποστηρίχθηκε αρχικά ότι το aids αφορούσε ορισμένους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Τους ομοφυλόφιλους και τους τοξικομανείς κυρίως που βρίσκονται περισσότερο κοντά στις οδούς μόλυνσης. Κοντά σε μια παρέκκλιση της γενετήσιας πράξης, του “sex”, δίπλα σε μια σύριγγα. Ήταν μια πρώτη διάκριση που υποβλήθηκε βέβαια με βάση ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία που είχαν αρχικά συγκεντρωθεί, στοιχεία που συνέδεαν πράγματι αιτία και αιτιατό στην διερεύνηση του τρόπου μόλυνσης. Σήμερα όμως είναι γνωστό ότι η μόλυνση έχει κατ’ εξοχή σχέση με συμπεριφορά που δεν αφορά μόνο τις αρχικά προσδιορισθείσες πληθυσμιακές ομάδες των ομοφυλόφιλων, των τοξικομανών ή των πολυμεταγγιζόμενων ατόμων, αλλά ολόκληρο τον πληθυσμό. Κι αυτή η συμπεριφορά είναι εκείνη που δημιούργησε το πρόβλημα σε ορισμένες ομάδες στις οποίες η περισσότερο ελευθεριάζουσα διάθεση στην αντιμετώπιση ορισμένων θεμελιωδών αξιών της ζωής, μετέτρεψε σε “υψηλού κινδύνου”.

Το αποτέλεσμα αυτής της πρώτης διάκρισης ήταν να στιγματισθούν ακόμη περισσότερο οι πληθυσμιακές αυτές ομάδες στις οποίες η διαφορετική αντίληψη για ορισμένες αρχές και ο τρόπος αντιδράσεώς τους, τις είχαν απωθήσει ώστε να κατέχουν ήδη περιθωριακές θέσεις στο κοινωνικό μας σύστημα. Και από το σημείο αυτό, η διάκριση προχώρησε ακόμα περισσότερο. «Αθώα θύματα» της νόσου από τη μια πλευρά (παιδιά αρρώστων) και «ένοχα» (π.χ τοξικομανείς) από την άλλη, διάκριση που άρχισε να καλλιεργεί και μια άλλη τελείως αντιδραστική στάση του ευρύτερου κοινωνικού περιγύρου, με την συλλογιστική του «τα ‘θελαν και τα ‘παθαν» (Κουσελίνης, 2000).

Κι ακόμη πιο πέρα. Διάκριση με βάση το φύλλο, αφού υποστηρίχθηκε ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο υπαίτιες που με την σεξουαλική τους απελευθέρωση προκάλεσαν τους άνδρες, τη φυλή με τη λαθεμένη άποψη ότι η μαύρη φυλή είναι περισσότερο επιρρεπής κ.λ.π Αντιδράσεις πανικού που απανθρωπίζουν πραγματικά και οδηγούν τελικά σε ένα στυγνό ρατσισμό.

Και υπάρχουν και οι συνέπειες. Αλυσιδωτές αντιδράσεις. Φαινόμενο όχι σπάνιο στο χώρο των κοινωνικών επιδράσεων και μάλιστα σε περιπτώσεις τέτοιες που υπάρχει μια σοβαρή διαφοροποίηση στην ψυχολογία του πλήθους, υπερευαίσθητο άλλωστε και με περίεργες ή και δυσανάλογες αντιδράσεις και σε άλλα ερεθίσματα, έξω από το χώρο της υγείας.

Έτσι, το aids άρχισε να χρησιμοποιείται ως αιτιολογία για την υιοθέτηση “πιεστικών” ή καλύτερα υποχρεωτικών μηχανισμών κοινωνικού ελέγχου ή και παραβίασης της ιδιωτικής ζωής πάνω σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Έχει π.χ συζητηθεί και ζητηθεί οι ομοφυλόφιλοι να υποβάλλονται σε υποχρεωτική εξέταση αίματος και απομόνωση. Έχει προταθεί οι γυναίκες των ελευθέρων ηθών να δηλώνονται και να υποβάλλονται σε υποχρεωτικές εξετάσεις αίματος. Έχει γίνει σύσταση για τον αυστηρότερο έλεγχο μετανάστευσης των “εγχρώμων” και για την αυστηρότερη ποινική δίωξη των τοξικομανών. Και τελικά, έχει απαιτηθεί από γυναίκες μάλλον παρά από άνδρες, η ανάληψη της ευθύνης για την πρόληψη κατά τη σεξουαλική συνομιλία.

Το aids αποτελεί σήμερα ένα σοβαρό ιατροκοινωνικό πρόβλημα που μπορεί όμως κατά τρόπο ασφαλή, να αντιμετωπισθεί με την αυστηρή τήρηση των κανόνων της πρόληψης. Είναι η κατ’ εξοχήν λοίμωξη που μπορεί να αποφευχθεί, εφ’ όσον ο καθένας πειθαρχήσει σε απλές, βασικές οδηγίες και ο καθένας αναλάβει προσωπικά την ευθύνη της προφύλαξης, βλέποντας στο χώρο τουλάχιστον της ερωτικής επικοινωνίας το σύντροφό του ως δυνητικά άρρωστο-λαμβάνοντας έτσι όλες τις απαιτούμενες προφυλάξεις. Μπορεί στο χώρο της θεραπείας να μην υπάρχουν ακόμη οριστικές λύσεις, αλλά η πρόληψη, η βάση γενικότερα στην αντιμετώπιση οποιουδήποτε ιατροκοινωνικού προβλήματος είναι απόλυτα επιτυχής, σε σημείο που να μη δικαιολογείται νόσηση, εκτός βεβαίως ορισμένων περιπτώσεων αφαιμαξομεταγγίσεων, νεογνών κ.λ.π (Κουτσελίνη, 2000).

## 5.6 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ HIV

Το AIDS είναι ένα λοιμώδες νόσημα, χωρίς διάκριση από άλλα αντίστοιχα που οφείλονται σε μόλυνση με άλλους ιούς ή παθογόνα μικρόβια. Κατά συνέπεια, δεν μπορεί να ισχύουν ιδιαίτερες αρχές και οδηγίες για την αντιμετώπιση της λοίμωξης HIV, ούτε διαφορετικοί ιατροδεοντολογικοί κανόνες συμπεριφοράς προς τον πάσχοντα. Έτσι, οι διάφοροι κανόνες που με τη μορφή «κατευθυντήριων οδηγιών» διατυπώνονται σήμερα από διεθνείς οργανισμούς, έχουν κυρίως το χαρακτήρα της υπενθύμισης των βασικών Αρχών της Δεοντολογίας κατά τη άσκηση της Ιατρικής και ανακαλούνται με τη πεποίθηση ότι η αυστηρή τήρησή τους θα συμβάλει αποφασιστικά στην καταστολή του πανικού που έχει σπείρει η εξάπλωση του AIDS και στη σωστή και ψύχραιμη αντιμετώπισή του. (Κουτσελίνης, 2000)

Η προσπάθεια για επίλυση των διάφορων ιατρικών προβλημάτων παρακολουθεί μια μεθοδολογία που στη βάση της δεν είναι τίποτε άλλο από ένας τρόπος σκέψης που οδηγεί στη λύση ενός συγκεκριμένου προβλήματος και στη χάραξη μιας τακτικής για την αντιμετώπισή του και που όμως καθοδηγείται από ορισμένους κανόνες και Αρχές, που λαμβάνονται σαν αυταπόδεικτη προϋπόθεση. Αξίες δηλαδή που επικρατούν σε μια κοινωνία και λειτουργούν μέσα στο κοινωνικό σύστημα και βοηθούν την ανάπτυξη και εξέλιξη της κοινωνικής συμπεριφοράς. Αξίες που χρησιμεύουν σαν βάση των ηθικών κανόνων που διέπουν τις ανθρώπινες σχέσεις και που πολλές φορές γίνονται και κανόνες Δικαίου (Κουτσελίνης, 1989)

Στο χώρο της Ιατρικής επικρατούν οι εξής κύριες Αρχές :

- Αρχή της Αυτονομίας
- Αρχή της Δικαιοσύνης
- Αρχή της Ωφέλειας
- Αρχή της Ισοτιμίας

Ο καθηγητής Α. Κουτσελίνης, ειδικά για το AIDS υπογραμμίζει μερικές από τις Αρχές αυτές, βασικής και καθοριστικής σημασίας για τη αντιμετώπιση της επιδημίας.

## Δικαιώματα των ασθενών

Βασίζονται στις Αρχές των Ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Εδώ περιλαμβάνονται το δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητας του ατόμου και της αυτοδιάθεσης, της λεπτομερούς ενημέρωσης και συγκατάθεσης, της διατήρησης του απορρήτου κ.λ.π. Πρωταρχικό δικαίωμα των ασθενών HIV θεωρείται η απαίτηση για άμεση παροχή ιατρικής φροντίδας και μέριμνας και στη συνέχεια για κοινωνική αποδοχή και υποστήριξη.

## Ευθύνη και δικαιώματα

Κάθε άτομο είναι υπεύθυνο για τις πράξεις του. Ο κάθε πολίτης έχει υποχρέωση να διαφυλάσσει τη δική του υγεία, παράλληλα δε να αποφεύγει τη πρόκληση βλάβης της υγείας των συνανθρώπων του. Το κράτος από την πλευρά του πρέπει να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για την προάσπιση της Δημόσιας Υγείας και των πολιτών. Για τα δικαιώματα των αρρώστων HIV δεν είναι απαραίτητη η διατύπωση ειδικού «καταστατικού χάρτη» αλλά η υπενθύμιση των όσων ισχύουν για τα δικαιώματα όλων των ασθενών.

## Το ενδεχόμενο «διακρίσεων»

Οποιοδήποτε πρόγραμμα πρόληψης του AIDS πρέπει να στηρίζεται στη διαφύλαξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και στο σεβασμό της προσωπικότητας του ατόμου. Έτσι, πρέπει να αποκλεισθεί ο περιορισμός των ασθενών σε ορισμένους ειδικούς χώρους, αποβολή τους από τα σχολεία, περιορισμό ή και αποκλεισμό από τους χώρους εργασίας, κ.λ.π. Τέτοιες ενέργειες αποτελούν κατάφωρη προσβολή της προσωπικότητας του ατόμου και των προσωπικών ελευθεριών που πρέπει να απολαμβάνει.

## Νοσηλεία

Οι ασθενείς HIV πρέπει να νοσηλεύονται όπως και οι υπόλοιποι πάσχοντες από άλλες νόσους. Ο κίνδυνος λοίμωξης στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι ελάχιστος, όπως επίσης, μικρός είναι ο κίνδυνος από ένα ατύχημα. Είναι, επομένως,

αδικαιολόγητη η άρνηση νοσηλευτικών μονάδων να περιθάλψουν ασθενείς HIV, εκτός αν συντρέχουν –κατ' εξαίρεση- άλλες συνθήκες.

### Η διαφύλαξη του απορρήτου

Το απόρρητο πρέπει να διατηρείται σε κάθε περίπτωση. Η αναφορά περιστατικών AIDS πρέπει να γίνεται με αυστηρές προϋποθέσεις.

Αν κριθεί απαραίτητο, προκειμένου να διαφυλαχθεί το απόρρητο, μπορεί να συζητηθεί και το ενδεχόμενο καθιέρωσης ειδικών προϋποθέσεων και κανόνων με ισχύ νόμου.

### Προσυμπτωματικός-προληπτικός έλεγχος

Δεν μπορεί να καθιερωθεί αναγκαστικός έλεγχος για HIV σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες ή ακόμη και σε αριθμητικά μικρότερες, έλεγχος που πρέπει να διενεργείται μόνο με τη θέληση ή και τη σύμφωνη γνώμη των ενδιαφερομένων. Σαν γενικός κανόνας πρέπει να ισχύει ότι ο έλεγχος επιτρέπεται μόνο μετά από πληροφορημένη συναίνεση του ατόμου, ενώ το αντίθετο συνιστά προσβολή της προσωπικότητας και παραβίαση του δικαιώματος για σεβασμό της ιδιωτικής ζωής του. Πρέπει να παρέχονται με ευκολία όλες οι δυνατότητες ελέγχου σε όσους ανωνύμως θέλουν να εξετασθούν, ένας τέτοιος έλεγχος, πρέπει να συνοδεύεται και από ενημέρωση, παροχή των σχετικών οδηγιών και συμβουλών. Με ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να τονισθεί η ανάγκη ελέγχου της αξιοπιστίας της μεθόδου δοκιμασίας που εφαρμόζεται, κάτι που μπορεί να γίνει μέσω ειδικών «κέντρων αναφοράς» και τη διαμόρφωση και πιστή εφαρμογή ορισμένων βασικών τεχνικών προδιαγραφών (Κουτσελίνης,1989).

## 5.7 Νομικά Θέματα

Σύμφωνα με τον Παπαζήση, στην ελληνική νομοθεσία δεν υπάρχει ειδική νομοθετική ρύθμιση για το AIDS. Εξαιρέση αποτελεί η απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Α1/6122/16-7/19.9.1986 που προβλέπει την υποχρεωτική δήλωση κάθε κρούσματος AIDS από το γιατρό που κάνει τη διάγνωση στον προϊστάμενο γιατρό της αρμόδιας διευθύνσεως του Υπουργείου και παράλληλα τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου.

### Στις Οικογενειακές Σχέσεις

- *Σχέσεις Συζύγων:* Πολύ συχνά, όταν γίνεται διάγνωση της λοίμωξης HIV σε έναν ή και στους δύο συζύγους, κλονίζεται ο γάμος τους. Μπορεί να τεθεί το ερώτημα λοιπόν, εάν το AIDS μπορεί να θεωρηθεί επαρκής και ικανή αιτία για τη διακοπή της συμβίωσης. Στη νομοθεσία κάποιων κρατών (π.χ. Γερμανία) η ύπαρξη μεταδοτικής ασθένειας του ενός συζύγου δικαιολογεί την ακύρωση του γάμου. Στην ελληνική νομοθεσία όμως, κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατό επειδή ο γάμος μπορεί να ακυρωθεί μόνο εξαιτίας πλάνης ή απειλής. Σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο, ως πλάνη θεωρείται αυτή που αφορά στην ταυτότητα του προσώπου, ενώ δεν περιλαμβάνεται η περίπτωση μεταδοτικής ασθένειας - όπως το AIDS- η οποία θεωρείται ιδιότητα του προσώπου και όχι στοιχείο της προσωπικότητάς του . Σύμφωνα με τον Παπαζήση στην πρακτική των ελληνικών δικαστηρίων δεν υπάρχουν αποφάσεις που να αναφέρεται ως εύλογη αιτία της διάστασης ή ως λόγος διαζυγίου η ύπαρξη της οροθετικότητας του άλλου συζύγου, λόγω της δυνατότητας να λυθεί ο γάμος και χωρίς να αναφερθούν οι λόγοι([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)) .
- *Σχέσεις Παιδιών-Γονέων:* Στο ελληνικό δίκαιο οι κανόνες που διέπουν την ανάθεση της γονικής μέριμνας και την άσκηση του δικαιώματος επικοινωνίας με το τέκνο σχετίζονται με το συμφέρον του τέκνου και με τους δεσμούς που έχει αναπτύξει με τα άλλα μέλη της οικογένειας και το περιβάλλον. Αντίθετα, σε περιπτώσεις υιοθεσίας, η προσβολή κάποιου από τους υποψήφιους θετούς γονείς από HIV μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα σημαντική σε περίπτωση που ο υιοθετημένος είναι ενήλικας. Ωστόσο, αποτελεί πρόβλημα στην υιοθεσία ανηλίκου, κυρίως επειδή στο δικαστήριο θεωρείται ότι μια τέτοια υιοθεσία είναι αντίθετη προς το συμφέρον του παιδιού.



Ως προς τους υιοθετούμενους, η οροθετικότητα δεν είναι πάντα αδιάφορη. Σε κάποιες νομοθεσίες υπάρχουν ήδη διατάξεις που επιβάλλουν τη διενέργεια τεστ πριν την υιοθεσία αλλοδαπών και ειδικά από την Ασία και τη Λατινική Αμερική ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

#### Στο Χώρο της Εργασίας

Η επιδημία του συνδρόμου της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV/AIDS) αποτελεί πλέον μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την κοινωνική πρόοδο, επηρεάζοντας το θεμελιώδες δικαίωμα της εργασίας και ιδιαίτερα το δικαίωμα της αξιοπρεπούς εργασίας. Οι εργαζόμενοι οροθετικοί στο HIV/AIDS είναι αναγκαίο:

- § να προστατεύονται από την απομόνωση και οποιαδήποτε κοινωνική διάκριση
- § να αντιμετωπίζονται με κατανόηση
- § να εργάζονται ανάλογα με τις δυνατότητές τους
- § να μην έχουν δυσμενείς συνέπειες

Είδαμε παραπάνω τις επιπτώσεις της λοίμωξης και νόσου HIV στο χώρο εργασίας. Καθώς οι επιπτώσεις αυτές χαρακτηρίζονται τόσο από πολυπλοκότητα, όσο και από σοβαρότητα ήταν αναμενόμενο ότι υπήρχε η ανάγκη διατύπωσης κάποιων αρχών και κανονισμών σχετικών με το πολυπαραγοντικό αυτό θέμα οι οποίες θα ίσχυαν στο χώρο της εργασίας.

Σε αποσπάσματα από την ομόφωνη διακήρυξη του WHO (World Health Organization /Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) και του ILO (International Labor Office/ Διεθνές Γραφείο Εργασίας), στις 29 Ιουνίου 1988, "Κώδικας Αρχών στους Χώρους Εργασίας", εκφράζεται η άποψη ότι η ανησυχία για τη διασπορά του ιού αποτελεί ευκαιρία για την επανεξέταση του εργασιακού περιβάλλοντος. Το γεγονός αυτό παρέχει την ευκαιρία στους εργαζομένους, στους πολίτες και, όπου αρμόζει, σε κυβερνητικές υπηρεσίες και άλλους οργανισμούς να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα κατάλληλη για φροντίδα και προαγωγή της υγείας όλων των εργαζομένων. Παρέχει, επίσης την ευκαιρία για επανεξέταση των εργασιακών σχέσεων με τρόπο που να προάγει τα ανθρώπινα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια για να αποφεύγεται η κοινωνική διάκριση και ο στιγματισμός και παράλληλα να βελτιώνονται οι εργασιακές μέθοδοι και τακτικές([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

Αμέσως παρακάτω παρουσιάζονται περιληπτικά οι αρχές αυτές ανάλογα με το συγκεκριμένο θέμα στο οποίο αφορούν:

- 1. Γενικά:** Οι φορείς του HIV είναι σε θέση και πρέπει να συνεχίσουν την εργασία τους. Όταν κάποιος εργαζόμενος εκδηλώσει τη νόσο HIV, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως όλοι όσοι πάσχουν από δυνητικά ανίατες ασθένειες.
- 2. Πρόσληψη:** Για την πρόσληψη ενός εργαζομένου δεν απαιτείται έλεγχος για τον HIV.
- 3. Ενημέρωση του εργοδότη:** Δεν είναι απαραίτητο κάποιος που είναι φορέας του HIV να ενημερώσει τον εργοδότη του, αλλά ούτε και το υπόλοιπο εργασιακό περιβάλλον του.
- 4. Εμπιστευτικότητα.** Η εμπιστευτικότητα και η εχεμύθεια αφορούν σε όλες τις ιατρικές πληροφορίες.
- 5. Προστασία του εργαζομένου.** Οι εργαζόμενοι που έχουν μολυνθεί από τον HIV, πρέπει να προστατεύονται από το στιγματισμό, την απομόνωση και οποιαδήποτε κοινωνική διάκριση από τους εργοδότες, τους συναδέλφους τους, τα σωματεία και οποιοδήποτε τρίτο πρόσωπο.
- 6. Πρόσβαση στις υπηρεσίες.** Οι εργαζόμενοι και οι οικογένειές τους θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα που σχετίζονται το AIDS, σε συμβουλευτικούς σταθμούς και σε κέντρα αναφοράς.
- 7. Οφέλη.** Ως προς τα επιδόματα, τις αναρρωτικές άδειες κλπ, ισχύουν για τους οροθετικούς στον HIV, όσα περιγράφονται στην ασφαλιστική και εργατική νομοθεσία.
- 8. Λογικές αλλαγές στις συνθήκες εργασίας.** Για τους εργαζόμενους που έχουν προσβληθεί από τον HIV, θα πρέπει να γίνονται αλλαγές στις θέσεις εργασίας τους, εάν η ικανότητά τους για εργασία μειωθεί.
- 9. Συνέχιση της εργασιακής απασχόλησης.** Η προσβολή από τον HIV δεν αποτελεί αιτία απόλυσης.
- 10. Πρώτες βοήθειες.** Σε περιπτώσεις όπου απαιτείται η παροχή πρώτων βοηθειών, πρέπει να λαμβάνονται οι απαραίτητες προφυλάξεις για την αποφυγή μετάδοσης λοιμώξεων.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

- 6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ (Κ.Λ.)
- 6.2 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ Κ.Λ.
- 6.3 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ HIV
- 6.4 ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΎΝΑΡΞΗ
- 6.5 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ
- 6.6 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΦΟΡΕΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS

## 6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Επειδή το aids είναι μια νόσος , στην οποία όποιος παγιδευτεί στα δίκτυα της δεν έχει γυρισμό, δηλαδή δεν μπορεί να θεραπευτεί, η διάγνωση της HIV-λοίμωξης είναι καταστροφική για τα άτομα, την οικογένεια και τους φίλους του ασθενούς και συχνά φορτίζει και τους κοινωνικούς λειτουργούς με μεγάλο συναισθηματικό άγχος.

Ένα από τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργεί το aids είναι η κοινωνική περιθωριοποίηση και απομόνωση, λόγω του φόβου της μετάδοσης και του στίγματος που συχνά συνοδεύουν την νόσο. Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι σε θέση να προσφέρουν φροντίδα που να δείχνει σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ατόμου και να γίνουν παράδειγμα προς μίμηση και για τους άλλους επαγγελματίες υγείας και για τα μέλη της κοινότητας (Π.Ο.Υ.- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991)

Επίσης είναι υποχρεωμένος να είναι πλήρης ενημερωμένος για όλες τις σύγχρονες εξελίξεις, από τοπικές και περιφερειακές, επίσημες και ανεπίσημες πηγές.

Η ποικιλία των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ένα άτομο με aids, πρέπει να είναι γνωστά στον κοινωνικό λειτουργό και η αντιμετώπιση δεν είναι διαφορετική από αυτή των ασθενών με άλλα παρόμοια συμπτώματα και σημεία.

Ο κοινωνικός λειτουργός με βάση τις αρχές, τις τεχνικές και τις ικανότητές του, επιδιώκει να προσφέρει την όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη βοήθεια στον εξυπηρετούμενο. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Καλλινικάκη Θεανώ, ο κοινωνικός λειτουργός:

- Μεσολαβεί μεταξύ εξυπηρετούμενων και κοινωνικών υπηρεσιών. Συστήνει και καθοδηγεί άτομα, οικογένειες και κοινότητες στις υπάρχουσες υπηρεσίες προκειμένου να αξιοποιήσουν τις παροχές τους.
- Συνηγορεί για την αναγνώριση και την προστασία των δικαιωμάτων των εξυπηρετούμενων και για την εξασφάλιση των απαιτούμενων γι' αυτούς υπηρεσιών όταν αυτές δεν τους είναι προσιτές.
- Εκπροσωπεί και υπερασπίζεται τους εξυπηρετούμενους ενώπιον της διοίκησης για την νομιμοποίηση των δικαιωμάτων τους.
- Συντάσσει εκθέσεις στις οποίες γνωμοδοτεί και εισηγείται την έγκριση της αιτούμενης βοήθειας.
- Δημοσιεύει άρθρα σχετικά με τις ανάγκες, τα κοινωνικά προβλήματα και τα δικαιώματα των εξυπηρετούμενων.

- Ενισχύει και προωθεί διαδικασίες διαπραγμάτευσης για την μείωση, διευθέτηση και απάλειψη αντιθέσεων, διαφορών και συγκρούσεων που εκδηλώνονται μεταξύ των συστημάτων στα οποία παρεμβαίνει ή και στο εσωτερικό τους.
- Αξιολογεί συνεχώς, συγκεντρώνει πληροφορίες, συσχετίζει αντιδράσεις με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Βασισμένος στα συμπεράσματά του, παίρνει αποφάσεις για παρέμβαση και δράση και εκτιμά την έκβαση των εισηγήσεων και των παρεμβάσεών του.
- Παρακινεί, ενθαρρύνει και προτρέπει τον ασθενή με aids να δοκιμάσει νέους ή εναλλακτικούς τρόπους προσέγγισης των κοινωνικών συνθηκών, ή και να υιοθετήσει νέους ρόλους προκειμένου να αποκτήσει τη δύναμη και τα απαιτούμενα μέσα για την κάλυψη των αναγκών του.
- Προτείνει και ενθαρρύνει τους εξυπηρετούμενους να επιλέξουν τους προσφορότερους και αποδοτικότερους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων που αναφέρονται στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Υπό τον ρόλο αυτόν συστήνει κατάλληλες υπηρεσίες, προγράμματα ή εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης της κατάστασης.
- Όπου χρειάζεται διδάσκει στον εξυπηρετούμενο τις δεξιότητες που απαιτούνται για την κοινωνική προσαρμογή και την προσωπική επιτυχία του. Συμβάλλει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας και θετικής συναλλαγής.
- Συγκεντρώνει, ταξινομεί και αναλύει τα δεδομένα από την κίνηση του γραφείου του. Φυλάσσει με ασφάλεια τις απόρρητες πληροφορίες που έχει στην διάθεσή του υπό μορφή σημειώσεων ή σε ηλεκτρονική καταχώρηση
- Παρέχει ψυχοθεραπευτική βοήθεια στον εξυπηρετούμενο και στην οικογένειά του

## 6.2 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ

### ΣΚΟΠΟΣ

Οι δύο βασικοί σκοποί της συμβουλευτικής για τη λοίμωξη και νόσο HIV είναι η πρόληψη και αντιστάθμιση. Όπως επισημαίνει ο Δημητρόπουλος, οι σκοποί πρέπει να ορίζονται με βάση τις ανάγκες και τις επιδιώξεις του ατόμου και όχι με άξονα τις επιθυμίες του συμβούλου ή οποιουδήποτε άλλου. Σε γενικές γραμμές, στόχος της συμβουλευτικής είναι η εξασφάλιση της συνετότερης αξιοποίησης του εαυτού, μέσω της επίτευξης των απαραίτητων αλλαγών στη συμπεριφορά του ατόμου ή των άλλων. Με αυτή την έννοια, η συμβουλευτική πρέπει να έχει χαρακτήρα περισσότερο προληπτικό παρά αντισταθμιστικό- επανορθωτικό ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

Η προληπτική συμβουλευτική έχει σαν στόχο την πρόληψη της λοίμωξης HIV, τον έλεγχο της μετάδοσης του ιού- σε περίπτωση που κάποιος έχει ήδη μολυνθεί από τον ιό- και τη δυνατότητα στήριξης προκειμένου το μολυσμένο άτομο να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα προσωπικά και κοινωνικά προβλήματα που θα ανακύψουν λόγω της ασθένειάς του.

Η αντισταθμιστική- επανορθωτική συμβουλευτική έχει ως στόχο να βοηθήσει τα άτομα που έχουν προσβληθεί από τον HIV να προετοιμαστούν ψυχολογικά για τη νέα πραγματικότητα που πρέπει να αντιμετωπίσουν στις διάφορες φάσεις της ασθένειας καθώς και να τα βοηθήσει να βρουν τρόπους αντιμετώπισης σε διάφορα προβλήματα που μπορεί να ανακύψουν. ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)) Δηλαδή έχει σκοπό:

- να βοηθήσει στην λύση και στην κατανόηση προβλημάτων
- να αυξήσει τα κίνητρα
- να προσφέρει υποστήριξη σε κρίσιμες στιγμές
- να προωθεί αλλαγές όταν χρειάζεται
- να προτείνει ρεαλιστικές λύσεις σε σχέση με διάφορες καταστάσεις της ζωής
- να βοηθάει τα άτομα να δέχονται πληροφορίες για την υγεία τους και την καλή τους κατάσταση και να προσαρμόζονται στην εφαρμογή τους
- να μπορεί να ανταποκρίνεται στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ατόμων

- να ενδιαφέρεται για τα άτομα, τα ζευγάρια, τις οικογένειες και τις ομάδες(Όλοι αυτοί έχουν παρόμοια ενδιαφέροντα, υποχρεώσεις, αισθήματα και ανάγκες αν και ο καθένας μπορεί να χρειάζεται διαφορετικό τρόπο υποστήριξης

(Π.Ο.Υ.- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991)

## **ΠΙΘΑΝΑ ΛΑΘΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Οι αρχές που διέπουν τη συμβουλευτική είναι εύκολο να μαθευτούν αλλά δύσκολο να εφαρμοστούν στην πράξη. Μερικά πιθανά λάθη είναι τα παρακάτω:

- Να ελέγχει (αντί να ενθαρρύνει) την αυθόρμητη έκφραση των συναισθημάτων και των αναγκών του ενδιαφερομένου.
- Να ασκεί κριτική που εκφράζεται από δηλώσεις που δείχνουν ότι ο ενδιαφερόμενος δεν συμφωνεί με τα πρότυπα του συμβούλου.
- Να προβαίνει σε ηθικολογία και κηρύγματα, αντί να αποδέχεται τον ενδιαφερόμενο και τις αξίες του
- Να είναι υπερβολικά συγκαταβατικός.
- Να υποδεικνύει στους άλλους το πώς πρέπει να συμπεριφέρονται και να προσπαθεί να καθοδηγήσει τις ζωές τους.
- Να χαρακτηρίζει τον ενδιαφερόμενο, αντί να προσπαθεί να ανακαλύψει τα κίνητρα, τους φόβους και τα άγχη του, αδικαιολόγητος εφησυχασμός.
- Να προσπαθεί να μεταδώσει αισιοδοξία στον πελάτη χωρίς ρεαλιστικό υπόβαθρο.
- Να μην αποδέχεται τα συναισθήματα του πελάτη και να λέει ότι πρέπει να αλλάζουν.
- Να συμβουλεύει τον πελάτη να υιοθετήσει κάποια συγκεκριμένη λύση σε κάποιο πρόβλημα αντί να έχει ο πελάτης αρκετή πληροφόρηση και αρκετό χρόνο, ώστε να βρει μόνος του κάποια λύση
- Να ανακρίνει, να χρησιμοποιεί ερωτήσεις που να κάνουν τον ενδιαφερόμενο να αισθάνεται κατηγορούμενος. Συνήθως τέτοιες είναι οι ερωτήσεις τύπου «γιατί».
- Να ενθαρρύνει την εξάρτηση, να αυξάνει την ανάγκη του ατόμου για την παρουσία και την καθοδήγηση του.

- Να καλοπιάνει τον πελάτη και να τον πείθει να αποδεχθεί νέες συμπεριφορές για κολακεία ή εξαπάτηση.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

## **ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ**

Έρευνες έχουν δείξει ότι χρήζουν ανάγκη συμβουλευτικής υποστήριξης οι ομάδες υψηλού κινδύνου καθώς και α) άτομα που είναι υγιή αλλά ανησυχούν για τη λοίμωξη β) οικογένεια, στενοί φίλοι, ίσως και συνάδελφοι ενός ασθενούς γ) παιδιά με λοίμωξη ή νόσο HIV.

Πρέπει, όμως, να λαμβάνεται υπόψη ότι παρότι η συχνότητα προσβολής είναι στατιστικά υψηλή σε αυτές τις ομάδες, ο μεγαλύτερος κίνδυνος προέρχεται από συγκεκριμένες δραστηριότητες και πρακτικές. Πλέον, οι περιπτώσεις προσβολής αφορούν ευρύτερες ομάδες πληθυσμού.

### **6.2.1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ**

Το θεωρητικό υπόβαθρο της συμβουλευτικής στην περίπτωση της λοίμωξης και νόσου HIV, εξαιτίας της ίδιας της φύσης του συγκεκριμένου αντικειμένου έχει δύο όψεις: *η μια σχετίζεται με τις διαστάσεις της λοίμωξης και της νόσου HIV, επειδή είναι πολύ σημαντικό να έχει επιστημονική κατάρτιση, ενώ η άλλη με τη συμβουλευτική, με την οποία ο σύμβουλος με την εποπτεία των θεωριών της συμβουλευτικής έχει την ευελιξία να προσαρμόζει την πρακτική του προσέγγιση ανάλογα με τις συνθήκες της ζωής και τις ανάγκες του ατόμου και ανάλογα με το εύρος των δυνατοτήτων και των περιορισμών που υπάρχουν στην πραγματικότητα στο πλαίσιο του φορέα όπου απασχολείται.*

Όλες οι θεωρίες είναι αποδεκτές από τη στιγμή που είναι προσανατολισμένες στην προσφορά βοήθειας στο άτομο. Αυτές μπορούν να προσφέρουν στη συμβουλευτική τόσο ως προς το θεωρητικό υπόβαθρο, όσο και ως προς τις μεθόδους και τεχνικές που εκπορεύονται.

Κάποιες από τις πιο σημαντικές θεωρητικές προσεγγίσεις είναι:

*Η Δυναμική Εκλεκτική Εξελικτική Συμβουλευτική*

Η δυναμική εξελικτική συμβουλευτική βασίζεται στο συγκεκριισμό αντιμετώπισης και θεώρησης. Σύμφωνα με το Δημητρόπουλο, εκπορεύεται από την πεποίθηση ότι



ενώ καμία θεωρία και καμία προσέγγιση συμβουλευτικής δεν είναι δυνατό να έχει επιτυχή εφαρμογή σε όλες τις περιπτώσεις, υπάρχει για την κάθε ξεχωριστή περίπτωση είτε κάποια θεωρία είτε συνδυασμός στοιχείων θεωριών, που επαρκέστερα και αποτελεσματικότερα θα βοηθήσουν στη λύση εκείνου του προβλήματος([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

### *Η Συστημική Συμβουλευτική*

Θεωρείται σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ως καταλληλότερη για την αντιμετώπιση θεμάτων όπως η λοίμωξη και νόσος HIV. Η συστημική συμβουλευτική μελετά την αμοιβαιότητα των σχέσεων. Σύμφωνα με αυτή, αν κάτι συμβαίνει σε ένα μέλος της οικογένειας επηρεάζει την υπόλοιπη οικογένεια, της οποίας η αντίδραση αντίστοιχα θα επηρεάσει τη συμπεριφορά του ατόμου.

Η συστημική προσέγγιση μπορεί να αφορά στο οροθετικό άτομο με τη μορφή της ατομικής συστημικής προσέγγισης ή και στην οικογένειά του. Μέσα από τις έμμεσες ερωτήσεις στο οροθετικό άτομο, ο σύμβουλος έχει την δυνατότητα να συγκεντρώσει πληροφορίες για τις σχέσεις και τις αλληλεπιδράσεις του, με αποτέλεσμα να μπορεί να το βοηθήσει:

- α) Να δει το πρόβλημα από μια διαφορετική οπτική γωνία
- β) Να βρει νέες στρατηγικές αντιμετώπισης και λύσεις των προβλημάτων του
- γ) Να ξεκαθαρίσει τις σχέσεις του με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του, ώστε να μην υπάρχουν «εκκρεμείς» υποθέσεις.
- δ) Να προσαρμοστούν τόσο αυτός, όσο και οι οικείοι του, στη νέα πραγματικότητα
  - Κάποιοι από τους τύπους ερωτήσεων που χρησιμοποιεί ο σύμβουλος στην ατομική συστημική προσέγγιση για να συλλέξει στοιχεία είναι:
  - *Γραμμική*: πώς νιώθεις
  - *Εστιασμένη στις διαπροσωπικές σχέσεις*: ποιος ανησυχεί περισσότερο με το γεγονός ότι αρρωσταίνεις; Η μητέρα σου ή ο πατέρας σου; Πως το δείχνουν; Με ποιο τρόπο αντιδράς απέναντι τους;
  - *Εστιασμένη στη διαφορά*: σου προκαλεί περισσότερο ή λιγότερο άγχος το να έχεις τα αποτελέσματα των T4 κυττάρων σου κάθε μήνα;
  - *Κυκλική*: πως φαντάζεσαι ότι θα μπορούσε να επηρεαστεί η σχέση σου με το σύντροφό σου εάν γνώριζε ότι επισκέπτεσαι το κέντρο ειδικών λοιμώξεων του νοσοκομείου; Εάν τον ρωτούσες, ποια πιστεύεις ότι θα ήταν η άποψή του;

- *Υποθετική/ με προοπτική στο μέλλον:* εάν έπρεπε να εισαχθείς στο νοσοκομείο χωρίς να έχεις ενημερώσει νωρίτερα τον/ την σύντροφό σου σχετικά με την οροθετικότητά σου, ποιες μπορεί να είναι οι επιπτώσεις στις σχέσεις σας; Ποιες δυσκολίες μπορεί να προκύψουν για εκείνον και εσένα;

Κάποια από πιο συνηθισμένα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο σύμβουλος στην προσπάθειά του να παρέχει συμβουλευτική στήριξη σ' όλη την οικογένεια είναι:

- Η άρνηση των οροθετικών ατόμων να γνωστοποιήσουν την οροθετικότητά τους στην οικογένεια τους
- Η άρνηση της οικογένειας να αποδεχθεί το γεγονός της μόλυνσης και να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση
- Η ανάγκη να κρατήσουν κρυφή τη μόλυνση του ατόμου στο ευρύ κοινωνικό περιβάλλον
- Η άγνοια της επιστημονικότητας του ρόλου του συμβούλου

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

#### *Η Θετική Συμβουλευτική για HIV (HIV Affirmative Counseling)*

Πρόκειται για νέο παράδειγμα συμβουλευτικής ειδικά για άτομα οροθετικά στον HIV που εισάγει ο συγγραφέας Craig T. Kain. Σύμφωνα με τον συγγραφέα, η λέξη «θετικός», περιέχει την ελπίδα. Στην περίπτωση όμως της λοίμωξης HIV, η ελπίδα είναι πολύ δύσκολο να διατηρηθεί, ενώ ταυτόχρονα η ανάγκη διατήρησής της είναι ζωτικής σημασίας για το άτομο. Αυτό το δυσνόητο παράδοξο καλούνται οι σύμβουλοι να κατανοήσουν.

Η «θετική» συμβουλευτική για HIV έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- *Δεν στηρίζεται σε κάποια θεωρία.* Οι στρατηγικές της στηρίζονται στη βασική ανάγκη των ατόμων με λοίμωξη HIV να τύχουν κατανόηση.
- *Είναι εξελικτική.* Οι στρατηγικές της αντανακλούν τις αλλαγές που προκύπτουν από τη διαρκή πρόοδο στον τομέα της θεραπείας και διακρίνει την ύπαρξη σταδίων στην εξέλιξη της ασθένειας.
- *Είναι ευαίσθητη σε θέματα που αφορούν το σεξουαλικό προσανατολισμό του ατόμου, το φύλο την εθνικότητα, την κουλτούρα, την κοινωνική τάξη και την ηλικία.*
- *Δεν είναι ανεξάρτητη από τις κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες.* Ο σύμβουλος εκτός από την προσπάθεια να μεταδώσει στον οροθετικό την ελπίδα, θα

πρέπει παράλληλα στον αγώνα για υπηρεσίες, προγράμματα πρόληψης και έρευνας σε τοπικό, ακόμα και σε εθνικό επίπεδο.

- *Έχει προσέγγιση διπλής εστίασης*, δηλαδή είναι σε θέση να διακρίνει ανάμεσα στα θέματα εκείνα που προκύπτουν για τον ενδιαφερόμενο από το γεγονός της οροθετικότητάς του και στα θέματα εκείνα τα οποία προκύπτουν από την προσωπικότητά του όπως αυτή είχε διαμορφωθεί πριν. Για παράδειγμα, ένας αλκοολικός δεν παύει να είναι αλκοολικός επειδή βρέθηκε οροθετικός στον HIV και το πρόβλημά του αυτό δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να αγνοηθεί.
- *Είναι συστημική*. Ένας βασικός στόχος της «θετικής» είναι η ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου που διαθέτει ο ασθενής και παράλληλα τα άτομα που το απαρτίζουν να χρειάζονται συμβουλευτική.
- *Είναι ευαίσθητη στο θέμα της σεξουαλικής ζωής του ατόμου*. Θα ήταν μεγάλο σφάλμα να θεωρείται ότι δεν πρέπει να έχει σεξουαλική ζωή ένας οροθετικός στον HIV, αρκεί να παίρνονται οι απαραίτητες προφυλάξεις.
- *Είναι σχεσιο- κεντρική*. Η συμβουλευτική σχέση μπορεί να λειτουργήσει ως αντίδοτο στην κοινωνική, συναισθηματική και πνευματική απομόνωση των ανθρώπων που βιώνουν τη λοίμωξη HIV. Ο σύμβουλος, καλό θα είναι να διατηρεί μια καλή συμβουλευτική σχέση για να αντλεί ο ασθενής υποστήριξη και αποδοχή για να μην πληγωθεί όπως μπορεί να έχει γίνει από το περιβάλλον του
- *Είναι ρεαλιστική*. Οι στόχοι της αντανακλούν την πραγματικότητα τόσο των καταστάσεων που το άτομο έχει ζήσει στο παρελθόν όσο και αυτών που ζει τη συγκεκριμένη στιγμή.
- *Είναι ανεκτική στο άγχος*. Ο ασθενής καταλαβαίνει πως υπάρχουν κάποιες πηγές άγχους που μπορεί να τις μειώσει και κάποιες άλλες που μαθαίνει να ανέχεται πιο εύκολα.
- *Εστιάζει στην ποιότητα και όχι στη διάρκεια της ζωής*.
- *Εστιάζει στη θεραπεία και όχι στην ίαση*. Η ίαση εστιάζεται στο σώμα ενώ η θεραπεία στο πνεύμα. Η ανάγκη για θεραπεία υπάρχει ακόμα και όταν ο ασθενής είναι λίγο πριν το θάνατο.
- *Σέβεται την επιλογή του ατόμου να ζήσει ή να πεθάνει*. Ο σύμβουλος πρέπει να είναι σε θέση να κατανοεί τόσο τους λόγους που θέλει το άτομο να

τερματίσει τη ζωή του με αξιοπρέπεια όσο και τους λόγους που το δυναμώνουν ώστε να αντέξει να βιώσει όλα τα στάδια μέχρι το θάνατο.

- Έχει πνευματική διάσταση. Τα θρησκευτικά και πνευματικά πιστεύω του συμβούλου ή η απουσία αυτών δεν πρέπει να τον εμποδίζουν να κατανοήσει τις πνευματικές ανάγκες του ατόμου.
- Είναι προσανατολισμένη στην ανάγκη να είναι ο σύμβουλος παράγοντας θεραπείας, όχι να φέρεται σαν παράγοντας θεραπείας. Οι στρατηγικές της ενθαρρύνουν τη γνήσια συνάντηση του συμβούλου με το συμβουλευόμενο.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

### 6.2.2 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Με τον όρο «προσέγγιση» εννοούμε τη γενικότερη προδιάθεση και στάση του συμβούλου απέναντι στο πως πρέπει να επιχειρηθεί η παρέμβαση σε κάποια περίπτωση.

Οι διάφορες πιθανές προσεγγίσεις που υιοθετεί ο σύμβουλος διακρίνονται μεταξύ τους με βάση έναν άξονα κριτηρίων. Στη βάση αυτή, οι κυριότερες προσεγγίσεις είναι:

- Σε σχέση με την αμεσότητα παρέμβασης, είναι τόσο η άμεση, όσο και η έμμεση/ περιβαλλοντική.
- Σε σχέση με τον αριθμό αποδεκτών, μπορεί να αξιοποιηθεί τόσο η ατομική όσο και η ομαδική συμβουλευτική και η μαζική παρέμβαση.
- Σε σχέση με τον αριθμό ειδικών, η συμβουλευτική παρέμβαση μπορεί να είναι είτε απλή/ μονοπρόσωπη είτε πολυπρόσωπη/ διεπιστημονική.
- Σε σχέση με το επίκεντρο πρωτοβουλιών και ελέγχου, η παρέμβαση μπορεί να είναι συμβουλοκεντρική είτε ατομοκεντρική.
- Σε σχέση με τον τρόπο επαφής, η προσωπική επαφή θα ήταν προτιμότερη χωρίς να αποκλείεται και η τεχνικά υποβοηθούμενη (π.χ. τηλεφωνική) επαφή όπου αυτή βοηθά στην προσπέλαση κάποιου πρακτικού προβλήματος.
- Σε σχέση με το σκοπό παρέμβασης, τόσο η προληπτική, αντισταθμιστική παρέμβαση είναι σκόπιμο να αξιοποιούνται.

- Σε σχέση με την έμφαση σκοπών, η παρέμβαση μπορεί να είναι τελολογική, είτε διαδικαστική.
- Σε σχέση με την επικέντρωση, η παρέμβαση μπορεί να είναι είτε προβληματοκεντρική είτε σχεσιοκεντρική.
- Σε σχέση με τη μεθοδολογική έμφαση, η παρέμβαση μπορεί να είναι είτε κλινική είτε μη κλινική.
- Σε σχέση με τη θεωρητική στάση του συμβούλου, η παρέμβαση μπορεί να είναι είτε θεωριοκεντρική είτε εκλεκτική.
- Σε σχέση με την αφετηρία παρέμβασης, στη συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί να αξιοποιηθεί η παρέμβαση ανταπόκρισης όταν πρόκειται για την ατομική συμβουλευτική συνέντευξη που σχετίζεται με την εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων HIV και η ενεργός παρέμβαση όταν πρόκειται για άλλες ενέργειες που αφορούν κυρίως στην πρόληψη.
- Σε σχέση με το χώρο παρέμβασης, η παρέμβαση μπορεί να είναι είτε γραφειοκεντρική είτε κοινωνιοκεντρική.
- Σε σχέση με τη διάρκεια παρέμβασης η παρέμβαση μπορεί να είναι είτε μακράς διάρκειας, είτε βραχείας διάρκειας.

Είναι ευνόητο ότι οι παραπάνω προσεγγίσεις συνδυάζονται ανάλογα με την περίπτωση ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

### **6.2.3 ΜΕΘΟΔΟΙ**

#### ***Γενικά***

Μετά την επιλογή της θεωρίας και της προσέγγισης (ή του συνδυασμού των προσεγγίσεων) που υιοθετούνται για την πρακτική κατά την άσκηση της συμβουλευτικής, ακολουθεί η επιλογή της μεθόδου εργασίας. Οι κύριες μέθοδοι συμβουλευτικής παρέμβασης είναι : η ατομική συμβουλευτική συνέντευξη, η ομαδική συμβουλευτική, η μαζική παρέμβαση, η βιωματική εργαστηριακή παρέμβαση, η περιβαλλοντική παρέμβαση, η εκπαίδευση- διδασκαλία, η κοινωνική συμβουλευτική, η αλληλοσυμβουλευτική, η συμβούλευση ή συμβουλευτική συνεργασία, η τεχνικά υποβοηθούμενη συμβουλευτική και φυσικά συνδυασμοί των παραπάνω ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

### **Ομαδική Συμβουλευτική:**

Με την ομαδική συμβουλευτική, ο Δημητρόπουλος (1999), αναφέρει την διαδικασία των τριών βαθμίδων:

- α.** της διερευνητικής φάσης, όπου γίνεται η γνωριμία των μελών και η διατύπωση των σκοπών και των επιδιώξεων της ομάδας.
- β.** της μεταβατικής φάσης, όπου ξεκινά η ανάπτυξη της ομάδας και η υλοποίηση των σκοπών της.
- γ.** της ενεργούς φάσης, όπου πραγματοποιείται η αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών και η συνακόλουθη τροποποίηση της συμπεριφοράς.

### **Ατομική Συμβουλευτική Συνέντευξη:**

Η μέθοδος που αξιοποιείται σχεδόν πάντοτε στη περίπτωση της συμβουλευτικής είναι η *ατομική συμβουλευτική συνέντευξη*. Οι αρχές που τη διέπουν είναι οι εξής:

- *Οι στόχοι της συνάντησης:* οι στόχοι της συνάντησης πρέπει να είναι μικροί και περιορισμένοι ώστε να είναι εφικτή η επιτυχής ενασχόληση με αυτούς.
- *Ο σύμβουλος πρέπει να κατευθύνει τη συνάντηση:* σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο, με την κατεύθυνση εννοείται η μόνιμη κατάσταση, ανάγκη και πράξη να προηγείται ο σύμβουλος, να οδηγεί να ελέγχει τη διαδικασία βοήθειας και γενικά να καθορίζει ο ίδιος την πορεία και εξέλιξη των πραγμάτων.
- *Ο σύμβουλος πρέπει να αξιοποιεί ό,τι ακούει:* η ακρόαση του ενδιαφερομένου αποτελεί ένα κρίσιμο τμήμα της συμβουλευτικής συνάντησης. Ο σύμβουλος θα πρέπει να ακούει όσα λέγονται, να παρατηρεί τον τρόπο με τον οποίο λέγονται και να εντοπίζει τους υπαινιγμούς και τις πληροφορίες που υποδηλώνονται χωρίς να έχουν εκφραστεί άμεσα για να μπορεί να βελτιώσει την εξέλιξη της συμβουλευτικής σχέσης και να κάνει αξιολόγηση της πορείας της συμβουλευτικής.
- *Ο σύμβουλος δεν πρέπει να προβαίνει σε συμπεράσματα:* η παραγωγή συμπερασμάτων εκ μέρους του συμβούλου, εμποδίζει την ροή της συζήτησης και την εξερεύνηση της πραγματικής φύσης των ανησυχιών του ενδιαφερομένου.
- *Αξιολόγηση:* η αξιολόγηση είναι διαρκής και περιλαμβάνει τις σημειώσεις της συγκεκριμένης συνάντησης και την επισκόπηση των παλαιότερων.

- *Παροχή βοήθειας στον ενδιαφερόμενο, ώστε να δει το πρόβλημά του από διαφορετική σκοπιά:* η συμβουλευτική δεν μπορεί να βοηθήσει τον ενδιαφερόμενο στην πορεία της υγείας του αλλά στο να αντιμετωπίζει καλύτερα τη νόσο. Προσπαθεί να βοηθήσει να δει τον εαυτό του και την ασθένειά του από διαφορετική σκοπιά.
- *Μείωση άγχους:* βοηθώντας τον ενδιαφερόμενο να διαχειριστεί το άγχος του, ο σύμβουλος τον καθιστά ικανό να παίρνει αποφάσεις και να αντιμετωπίζει καλύτερα την ασθένειά του.
- *Αποφυγή της εξάρτησης:* μερικές φορές, επιχειρώντας ο σύμβουλος να βοηθήσει τον ενδιαφερόμενο, τον ωθεί στην εξάρτηση, πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα να αισθάνεται απελπισία και ίσως και θυμό. Είναι πολύ σημαντικό να ενθαρρυνθεί να συνειδητοποιήσει ότι διαθέτει την ικανότητα να κάνει κάποια πράγματα μόνος του καθώς αυτό θα τον βοηθήσει να αισθάνεται ότι έχει κάποιο έλεγχο στην ασθένεια και στη ζωή του.
- *Σεβασμός στον προσωπικό τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων του ενδιαφερομένου:* ορισμένοι ασθενείς ενδέχεται να αρνούνται ότι είναι άρρωστοι ή ότι μπορεί να είναι στο μέλλον. Σε αυτή τη περίπτωση, ο σύμβουλος οφείλει να σεβαστεί αυτή την άποψη και να τη θεωρήσει μέρος μιας στρατηγικής προσαρμογής.
- *Τοποθέτηση των ορίων:* ο σύμβουλος πρέπει να καθορίσει ξεκάθαρα τα όρια σχετικά με το τι μπορεί να επιτευχθεί κατά τη διάρκεια της συνάντησης. Τα επαγγελματικά όρια πρέπει να τηρούνται έτσι ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα προσκόλλησης του ατόμου στον σύμβουλο.
- *Συνέχεια των συναντήσεων:* είναι αναγκαίο να αντιμετωπίζει ο σύμβουλος την κάθε συνάντηση ως ανεξάρτητη αλλά και ως συνδεδεμένη με την προηγούμενη, έτσι ώστε οι κύριες ανησυχίες του ενδιαφερομένου να αξιολογούνται διαρκώς.
- *Ο πλήρης καθησυχασμός πρέπει να αποφεύγεται:* αν και η έρευνα μας έχει βοηθήσει να αρχίσουμε να κατανοούμε την λοίμωξη HIV, αρκετά πράγματα μας είναι άγνωστα. Γι' αυτό είναι καλό τόσο για τον σύμβουλο όσο και για τον ασθενή να βρουν τρόπους να αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα και την ελλιπή πληροφόρηση.

- *Καταμερισμός των ευθυνών:* ο σύμβουλος πρέπει, όταν το κρίνει σκόπιμο και αναγκαίο, να προβαίνει σε παραπομπή των ενδιαφερομένων σε άλλους ειδικούς υγείας, καθώς ο χρόνος, οι πόροι, και το εύρος της ειδικότητάς του υπόκεινται σε περιορισμούς.

Η επιλογή κάποιας συμβουλευτικής τεχνικής επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως η διαθεσιμότητα των τοπικών πόρων. Οι τύποι της συμβουλευτικής που χρησιμοποιούνται θα πρέπει να βασίζονται κυρίως:

- α) στις ανάγκες των πελατών καθώς και στην ψυχολογική τους κατάσταση
- β) στον τύπο των προβλημάτων
- γ) στο στάδιο στο οποίο βρίσκεται το πρόβλημα όταν ξεκινάει η συμβουλευτική διαδικασία

Καλό είναι ο σύμβουλος να αναγνωρίζει πότε ο εξυπηρετούμενος χρειάζεται να παραπεμφθεί σε εναλλακτικές ή συμπληρωματικές υπηρεσίες (π.χ. ομάδα αυτοβοήθειας). Υπάρχουν πολλοί τύποι συμβουλευτικής. Τρεις από αυτές είναι:

#### *Συμβουλευτική για καταστάσεις κρίσης*

Οποιοδήποτε γεγονός που ένα άτομο αντιλαμβάνεται και ορίζει ως κρίση είναι πράγματι κρίση για το άτομο αυτό. Μια συναισθηματική κρίση συμβαίνει όταν ένα άτομο αισθάνεται έντονα φοβισμένο, εντελώς έκπληκτο και χωρίς επίγνωση της κατάστασής του καθώς και συναισθηματικά αναστατωμένο εξαιτίας της απώλειας του ελέγχου του. Όλες οι προσπάθειες που κάνει για να ξεπεράσει την κρίση μοιάζουν χωρίς ελπίδα και τα αποτελέσματα της ασθένειας μοιάζουν να είναι τόσο επιζήμια όσο και η ίδια η ασθένεια. Ο σύμβουλος θα πρέπει να ακούει προσεκτικά και να σχολιάζει την ένταση των συναισθημάτων του εξυπηρετούμενου, τη θλίψη του ή την προσπάθειά του να αντιμετωπίζει το πρόβλημα. Επίσης, είναι σημαντικό να μπορεί να σέβεται την αντίληψη του εξυπηρετούμενου σχετικά με το αν βρίσκεται σε κρίση και να συνεχίζει από αυτό το σημείο προκειμένου να του παρέχει στήριξη.

Η συμβουλευτική κρίση εστιάζει στα συναισθήματα του εξυπηρετούμενου και δέχεται την αντίληψή του σχετικά με το τι είναι κρίση. Μια κρίση αποτελούν τα εξής 4 στοιχεία: σοκ, η άρνηση, η απόσυρση, η αποδοχή

Το σοκ, δημιουργείται είτε από το φόβο και τη συνειδητοποίηση ότι κάτι δεν πάει καλά είτε από την επίγνωση του κινδύνου κυρίως μετά από την επιβεβαίωση θετικών αποτελεσμάτων.

Η άρνηση πολλές φορές έρχεται σαν αποτέλεσμα της έντονης προσπάθειας που καταβάλλει το άτομο να κατανοήσει τις συνέπειες της κρίσης.



Η απόσυρση αποτελεί έναν ακόμα τρόπο αντίδρασης κάποιων ατόμων στην κρίση όπως ακριβώς και η κατάθλιψη ή το έντονο άγχος, με αποτέλεσμα να οδηγείται πολύ συχνά στην απομόνωση.

Η αποδοχή μέσα από τη βοήθεια της συμβουλευτικής και της δικής τους ψυχολογικής δύναμης, τα άτομα αυτά μπορούν να ξεπεράσουν τη θλίψη χωρίς να χάσουν για πάντα την αυτοεκτίμησή τους και αποκτώντας ξανά την αίσθηση του ελέγχου του εαυτού τους.

Σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο, «κατά γενικό κανόνα τα άτομα που αναζητούν βοήθεια σε κατάσταση κρίσης εξαντλούν τη βοήθεια σε μια συνάντηση, γιατί εν τω μεταξύ ηρεμούν, αποφορτίζονται και αναζητούν πιο λογικές διεξόδους».

Στις οδηγίες της WHO το 1994, αναφέρεται ότι ανεξάρτητα από το χρόνο που θα αποκτηθεί μέχρι ο ασθενής να καταφέρει να συνέλθει, ο σύμβουλος θα πρέπει χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες τεχνικές να φροντίσει:

- Να εστιάζει στο «εδώ» και «τώρα», δηλαδή στην έκφραση των τωρινών συναισθημάτων και ανησυχιών του εξυπηρετούμενου και να επιβεβαιώνει αυτά τα συναισθήματα.
- Να ελέγχει αν ο εξυπηρετούμενος επιδεικνύει ικανότητα λήψης αποφάσεων ή δίνει την εντύπωση ότι αισθάνεται αβοήθητος, απελπισμένος και χωρίς έλεγχο των συναισθημάτων του
- Να διευκρινίσει τι ο πελάτης θεωρεί ως κρίση και να συμφωνήσει σε ένα πρόγραμμα δράσης ώστε να επιλύσει ή να μετριάσει την κρίση
- Να αρχίσει να δουλεύει σε μια πλευρά της κρίσης, προτιμότερο σε μία πλευρά που μπορεί να αντιμετωπισθεί ευκολότερα ώστε να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση του πελάτη στην αντιμετώπιση μελλοντικών προβλημάτων.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

### *Συμβουλευτική Επίλυσης Προβλημάτων*

Η συμβουλευτική για καταστάσεις κρίσης και η συμβουλευτική επίλυσης προβλημάτων συχνά λαμβάνουν χώρα ταυτόχρονα. Η συμβουλευτική επίλυσης προβλημάτων στηρίζεται αρχικά και κύρια στη συναισθηματική στήριξη και ενσυναίσθηση.

Η προσέγγιση της επίλυσης προβλημάτων, σύμφωνα με τις οδηγίες της WHO το 1994, χρησιμοποιείται για να βοηθήσει τους εξυπηρετούμενους να καταλάβουν τη φύση της ασθένειας, να σκεφτούν τις συνέπειες της αρρώστιας στην καθημερινή τους

ζωή να αποκτήσουν ή να ενδυναμώσουν προσωπικές δεξιότητες αντιμετώπισης κρίσης και να αλλάξουν συμπεριφορά ώστε να προστατέψουν τόσο τους εαυτούς τους όσο και τους άλλους.

Στη συμβουλευτική επίλυσης προβλημάτων ο σύμβουλος:

- Ενθαρρύνει την ανοιχτή συζήτηση σχετικά με τα συναισθήματα του εξυπηρετούμενου και παρέχει στήριξη και επιβεβαίωση ότι αυτά τα συναισθήματα είναι φυσιολογικά.
- Εκτιμά τις παρελθούσες και τωρινές ικανότητες επίλυσης προβλημάτων του εξυπηρετούμενου.
- Μετατρέπει το πρόβλημα σε ένα αριθμό από λιγότερο περίπλοκα και εύκολα, ως προς την επίλυσή τους, κομμάτια και καθιερώνει ένα σχέδιο δράσης για κάθε υπο- πρόβλημα.
- Συζητά θέματα οικονομικής φύσεως όπως είναι το θέμα των προσωπικών ή άλλων πόρων που είναι διαθέσιμοι και απαραίτητοι για τον εξυπηρετούμενο.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

### *Συμβουλευτική Λήψης Αποφάσεων*

Η συμβουλευτική λήψης αποφάσεων βοηθάει τον εξυπηρετούμενο να εστιάσει σε ενοχλητικές αλλά απαραίτητες αποφάσεις. Μερικές από τις αποφάσεις που ίσως χρειάζεται να παρθούν είναι:

- Ποιος πρέπει να ενημερωθεί για την κατάσταση του ασθενή, πως και πότε θα πραγματοποιηθεί αυτή η ενημέρωση.
- Πως ο εξυπηρετούμενος θα χειριστεί συγκεκριμένα νομικά, οικονομικά και άλλα θέματα, όπως π.χ. κληρονομικά.
- Από ποιόν θα ζητηθεί να παρέχει συναισθηματική υποστήριξη και σωματική φροντίδα.
- Τι είδους αλλαγές πρέπει να γίνουν στο διαίτολόγιο ή στον τρόπο ζωής του ασθενή προκειμένου να διατηρηθεί όσο το δυνατό περισσότερο υγιής.

Τέτοιου είδους ερωτήσεις μπορεί να μην είναι ευχάριστες, αλλά η εξέταση και επίλυσή τους βοηθούν στην αποκατάσταση μιας αίσθησης ελέγχου.

Η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο σύμβουλο και στο συμβουλευόμενο, είναι πιθανόν να περιορίζεται σε λίγες συναντήσεις. Κάποιες φορές όμως η σχέση

διαρκεί πολλά χρόνια κατά τη διάρκεια των οποίων διατηρείται τακτική επαφή. Διακρίνονται 3 στάδια της συμβουλευτικής σχέσης: το αρχικό, το μεσαίο και το τελικό.

*Στο αρχικό στάδιο* ο σύμβουλος ξεκινά διερευνώντας τι ακριβώς γνωρίζει ο ενδιαφερόμενος για τη συμβουλευτική και τι προσδοκεί από το σύμβουλο. Αρχικά ο σύμβουλος ίσως βρεθεί αντιμέτωπος με την αντίσταση του ενδιαφερομένου εξαιτίας της αρχικής δυσπιστίας. Εάν ο σύμβουλος το θεωρήσει αναγκαίο, θα πρέπει να εξηγήσει συνοπτικά τη διαδικασία χρησιμοποιώντας παραδείγματα και να συζητήσει τους πιθανούς φόβους του ενδιαφερόμενου γύρω απ' αυτή. Ένας τρόπος για να αισθανθεί ο εξυπηρετούμενος εμπιστοσύνη είναι να αφηθεί να πει την ιστορία του με το δικό του τρόπο. Έτσι ο σύμβουλος δείχνει ότι σέβεται τον εξυπηρετούμενο ενώ παρατηρεί τα συναισθήματά του καθώς και τον τρόπο που έχει να μοιράζεται ιδέες, γεγονότα και συναισθήματα. Ύστερα ο σύμβουλος πρέπει να πάρει ένα ιστορικό της περίπτωσης. Κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού, ο σύμβουλος θα πρέπει να παρατηρήσει τον τρόπο ομιλίας (ντροπαλός, ευθύς κλπ), τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει τον σύμβουλο (κοιτά μακριά, θυμώνει, είναι αγχωμένος κλπ) και την ύπαρξη ευκολίας ή δυσκολίας στην επικοινωνία. Έχοντας εξασφαλίσει τις απαραίτητες πληροφορίες, μπορεί να ξεκινήσει να εργάζεται μαζί με τον εξυπηρετούμενο για την προετοιμασία ενός σχεδίου δράσεως, το οποίο εξαρτάται από την κατάσταση υγείας του.

*Στο μεσαίο στάδιο*, αφού ο συμβουλευόμενος σιγουρευτεί ότι ο σύμβουλος είναι ένα άτομο άξιο εμπιστοσύνης, το οποίο θα του προσφέρει πληροφόρηση, καθοδήγηση και υποστήριξη, η συμβουλευτική σχέση περνά στο μεσαίο στάδιο. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, το σχέδιο δράσης μπαίνει σε εφαρμογή. Σε αυτό το στάδιο ο σύμβουλος πρέπει να φροντίζει τη συνέχιση της έκφρασης των συναισθημάτων του εξυπηρετούμενου καθώς και της συζήτησης γύρω από αυτά, να παραπέμπει το άτομο σε επίσημες υπηρεσίες ή ανεπίσημες (ομάδες αυτοβοήθειας), να παρακολουθεί την πρόοδο που σημειώνεται και να τροποποιεί τα σχέδια όταν αυτό είναι απαραίτητο, να προωθεί τη συνέχιση των αλλαγών στη συμπεριφορά και να βοηθά το άτομο να προχωρά με στόχο την κατάκτηση του αισθήματος της αποδοχής και του ελέγχου.

*Στο τελικό στάδιο* επειδή έχει αναπτυχθεί πολύ στενή σχέση ανάμεσα στο σύμβουλο και στον συμβουλευόμενο, είναι επώδυνη η περάτωση της συμβουλευτικής σχέσης. Για το λόγο αυτό, η περάτωση πρέπει να έχει σχεδιαστεί προσεκτικά. Ο σύμβουλος πρέπει να φροντίζει να απέχουν οι συναντήσεις του με το

εξυπηρετούμενο, αλλά να δίνει την αίσθηση ότι θα είναι πάντα διαθέσιμος σε ώρα ανάγκης. Επίσης, ο σύμβουλος θα πρέπει να περατώνει τη σχέση μόνο εφόσον ο εξυπηρετούμενος μπορεί να αντιμετωπίζει την καθημερινότητα και να σχεδιάζει τρόπους ώστε να αντεπεξέρχεται στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής του και να διαθέτει υποστηρικτικό σύστημα (π.χ. οικογένεια, φίλους, ομάδες) ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

#### 6.2.4 ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Οι τεχνικές της συμβουλευτικής τροποποιούνται από χώρα σε χώρα, ανάλογα με τα διαθέσιμα μέσα, τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την αρρώστια και το θάνατο και τα χαρακτηριστικά του ατόμου και του περιβάλλοντός του.

Επειδή οι διαθέσιμες τεχνικές είναι πάρα πολλές, ο σύμβουλος οφείλει μέσα από την εξοικείωσή του με τις διάφορες θεωρίες να είναι σε θέση να επιλέξει τις καταλληλότερες για την περίπτωση.

Η επικοινωνία είναι το βασικό εργαλείο του συμβούλου. Διατυπώνει ευθείες και σαφείς ερωτήσεις σχετικά με τις δραστηριότητες και συμπεριφορές του ατόμου για να μπορέσει να εισέλθει στο προσωπικό κόσμο αυτού. Επίσης, πρέπει να χρησιμοποιεί γλώσσα κατανοητή από τον εξυπηρετούμενο ώστε η επικοινωνία να είναι καθαρή, και να έχει κάποιες συγκεκριμένες πληροφορίες ώστε να μπορεί: να εκτιμήσει την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς, να καθορίσει μια πορεία δράσεως και να επικεντρωθεί στις συναισθηματικές αντιδράσεις, την ανάγκη για φροντίδα υγείας και για κοινωνική υποστήριξη του ατόμου.

Οι δεξιότητες που πρέπει να διαθέτει και να αξιοποιεί ο σύμβουλος είναι:

✓ Ενεργός ακρόαση: ο σύμβουλος υποδηλώνει με λέξεις, εκφράσεις και χειρονομίες ότι ακούει και καταλαβαίνει τι λέει ο ενδιαφερόμενος. Η κύρια επιδίωξη της προσεκτικής ακρόασης είναι να έχει ο ενδιαφερόμενος την απαιτούμενη βοήθεια ώστε να ξεκαθαρίσει τα γεγονότα και τα συναισθήματα και να τα οργανώσει σε ένα πρότυπο με σημασία. Η βασική αλληλουχία προσεκτικής ακρόασης, όπως προτείνεται από τους Ivey και Gluckstern είναι:

Ø *Ανοιχτές Ερωτήσεις*: αρχίζουν συνήθως με «τι, πως, πόσο, γιατί, θα μπορούσατε». Βοηθούν το σύμβουλο να αποκτήσει μια γενική εικόνα της κατάστασης καθώς καθοδηγούν τον εξυπηρετούμενο να εκφράζεται με λίγα λόγια.

- ∅ *Κλειστές ερωτήσεις*: αρχίζουν συνήθως με «είναι, νομίζεις, θέλεις, μπορείς» και απαντώνται με «ναι» ή «όχι». Βοηθούν το σύμβουλο να συγκεντρώσει περισσότερα γεγονότα και πληροφορίες. Επίσης, σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο, ορισμένες φορές είναι χρήσιμη η τεχνική της ελλιπούς ερώτησης, που ο σύμβουλος αφήνει μια ερώτηση μισοτελειωμένη με σκοπό να προκαλέσει το άτομο να την συμπληρώσει.
- ∅ *Στοιχειώδης ενθάρρυνση*: πρόκειται είτε για σαφείς λεκτικές σιωπές είτε για σύντομες λεκτικές εκφράσεις (π.χ. 'χμμ...') είτε για άμεσες επαναλήψεις των τελευταίων λόγων του πελάτη. Βοηθά το σύμβουλο να διευκολύνει τη διεξαγωγή της συζήτησης και την επεξεργασία λεπτομερειών.
- ∅ *Παράφραση*: πρόκειται για σχόλια με τα οποία ο σύμβουλος επαναλαμβάνει στο συμβουλευόμενο την ουσία των όσων του είπε, χρησιμοποιώντας τις βασικές εκφράσεις και λέξεις του. Βοηθά το σύμβουλο να ανατροφοδοτήσει τα κύρια γεγονότα της κατάστασης όπως τα άκουσε και οδηγεί στην επαλήθευση γεγονότων και σκέψεων εκ μέρους του εξυπηρετούμενου.
- ∅ *Αντανάκλαση συναισθήματος*: πρόκειται για την τεχνική με την οποία επιχειρεί να διατυπώσει προς το άτομο με δικά του λόγια τα πραγματικά συναισθήματα που αυτό εξέφρασε. Χρησιμοποιεί λέξεις φορτισμένες συναισθηματικά ("αισθάνεσαι θυμωμένη, λυπημένη" κλπ) προκειμένου να ανατροφοδοτήσει στον πελάτη τα συναισθήματα που ενυπάρχουν στη συγκεκριμένη κατάσταση. Οι αντανάκλασεις συναισθημάτων βοηθούν τόσο τη συζήτηση για τα συναισθήματα όσο και την επαλήθευση των συναισθημάτων.
- ∅ *Περίληψη*: πρόκειται για την τεχνική με την οποία επιχειρεί να οργανώσει την πληθώρα των γεγονότων και συναισθημάτων του προσώπου και της κατάστασης.
- ✓ *Ενθάρρυνση*: πολλοί άνθρωποι έχουν μάθει να μην εκφράζουν τα συναισθήματά τους ανοικτά, όσο έντονα και αν είναι. Ο σύμβουλος πρέπει να ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων.

- ✓ Αναγνώριση των συναισθημάτων: πρέπει να αναγνωρίζει τα συναισθήματα που βιώνει ο ενδιαφερόμενος καθώς επίσης και να διακρίνει το θυμό, τη θλίψη και το φόβο που ίσως υποβόσκουν.
- ✓ Ενσυναίσθηση: η ενσυναίσθηση αναφέρεται στην προσπάθεια κάποιου να τοποθετήσει τον εαυτό του στη θέση κάποιου άλλου. Ο σύμβουλος πρέπει να διαθέτει αυτή την ικανότητα αλλά παράλληλα να μπορεί να ελέγχει τα συναισθήματά του.
- ✓ Σεβασμός: θα πρέπει να σέβεται τις απόψεις και τα πιστεύω του συμβουλευόμενου, την ικανότητά του και το δικαίωμα του να αποφασίζει για τον εαυτό του καθώς επίσης την αξία του και τη μοναδικότητά του.
- ✓ Αποσαφήνιση: προσπαθεί να αποσαφηνίσει τόσο τα λόγια του ενδιαφερόμενου (π.χ. 'εννοείτε ότι') όσο και το νόημα της πληροφορίας που αναφέρεται σε γεγονότα (π.χ. 'όχι, ο ιός δεν μεταδίδεται με την χειραψία'). Έτσι το άτομο βοηθιέται να ξεκαθαρίσει τα πραγματικά του αισθήματα, τα πραγματικά του προβλήματα κλπ.
- ✓ Συσχετισμός: πολλοί άνθρωποι αδυνατούν να διακρίνουν τη σχέση ανάμεσα στη συμπεριφορά τους και τις αντιδράσεις των άλλων. Ο σύμβουλος πρέπει να τους βοηθήσει να κατανοήσουν τον τρόπο με τον οποίο αυτά τα δυο συνδέονται. Για παράδειγμα 'μήπως έχεις παρατηρήσει ότι κάθε φορά που αποτραβίσαι και δεν μιλάς στους δικούς σου, αυτοί αντιδρούν εκνευρισμένα;'
- ✓ Πρόκληση: η πρόκληση ή αντίκρουση ή αντιμετώπιση ή αμφισβήτηση είναι μια δυσάρεστη εκ πρώτης όψεως τεχνική. Ο σύμβουλος πρέπει να φέρνει τον ενδιαφερόμενο αντιμέτωπο με τις αντιφάσεις που πιθανώς παρουσιάζουν τα λόγια του ή με την αποτυχία που ίσως έδειξε ως προς την επίτευξη κάποιου συμφωνημένου στόχου. Η πρόκληση απαιτεί λεπτούς χειρισμούς, ώστε ο ενδιαφερόμενος να τη βλέπει σαν θετική πράξη και όχι σαν έκφραση κατηγορίας ή θυμού. Αυτή η τεχνική, σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο, βοηθά όμως το άτομο να επανεξετάσει τον τρόπο αλλά και το περιεχόμενο των όσων παρουσιάζει και να αναθεωρήσει τη στάση του.
- ✓ Επανάληψη: σε περιόδους άγχους και κρίσεως, οι άνθρωποι δεν μπορούν να αφομοιώσουν όλα όσα ακούν. Αυτό συμβαίνει, είτε γιατί είναι σε κατάσταση άρνησης, είτε γιατί κλείνονται υπερβολικά στον εαυτό τους. Ο Σύμβουλος δεν πρέπει να διστάζει να επαναλαμβάνει κάποια λόγια του, ειδικά όταν πρόκειται για πληροφορίες, που στην περίπτωση της λοίμωξης HIV είναι σημαντικότερες.

- ✓ Έμφαση στα πιο σημαντικά θέματα: συχνά οι άνθρωποι αποφεύγουν να εστιάσουν στο πραγματικό πρόβλημα. Σύμφωνα με την WHO, το 1994, ο Σύμβουλος πρέπει να τονίζει τα πιο κρίσιμης σημασίας θέματα. Για παράδειγμα: "Απ' όλα τα θέματα που μου μίλησες σήμερα, μου φαίνεται ότι σε απασχολεί περισσότερο...". Συναφής, σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο, είναι η έννοια της Εστίασης που αναφέρεται στην ικανότητα του συμβούλου να εντοπίζει εκείνο το στοιχείο μέσα στα άλλα που αποτελεί το κέντρο της περίπτωσης.
- ✓ Σχεδιασμός δράσης: ο σύμβουλος πρέπει να βοηθά τον ενδιαφερόμενο να ξεχωρίσει τις δυνατότητες δράσης που διαθέτει, να καταστρώνει ρεαλιστικά σχέδια και να δουλεύει πάνω σε αυτά.
- ✓ Συγκρότηση: πρέπει να ξεχωρίζει ποια από τα προβλήματα, ή τις ανησυχίες του ενδιαφερόμενου χρήζουν άμεσης προσοχής και ποια μπορούν να εξετασθούν αργότερα. Πρόκειται για βασικό μέρος του σχεδιασμού και πιθανώς μια από τις πλέον κρίσιμες συμβουλευτικές δεξιότητες.
- ✓ Παρακίνηση: πρέπει να προσπαθεί να παρακινεί τους εξυπηρετούμενους του, ενθαρρύνοντας θετικά νέες συμπεριφορές. Σύμφωνα με την WHO (1994), εάν εξηγήσει ότι η αλλαγή συμπεριφοράς μπορεί να προστατεύσει τα αγαπημένα πρόσωπα του ενδιαφερομένου, μπορεί να του παρέχει ένα σημαντικό κίνητρο. Παρακίνηση αντλείται από την ύπαρξη μεγαλύτερης πιθανότητας κέρδους απ' ότι απώλειας.
- ✓ Σύνοψη: μοιάζει πολύ με την παράφραση ως προς το γεγονός ότι βοηθά τον σύμβουλο και τον συμβουλευόμενο να βεβαιωθούν ότι καταλαβαίνουν ο ένας τον άλλο. Ο σύμβουλος πρέπει να προβαίνει σε ανασκόπηση των πιο σημαντικών απ' όσα συζητήθηκαν και των αποφάσεων που ίσως πάρθηκαν.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

Κάποιες γενικές παραδοχές και προϋπόθεσης που πρέπει να λάβει υπόψη του ο σύμβουλος είναι:

**Εμπιστευτικότητα**: Κανένας δεν πρέπει να υποβάλλεται σε εξετάσεις HIV χωρίς προηγουμένως να το γνωρίζει και να το δεχτεί. Αν και σε ορισμένες περιοχές ή ομάδες ατόμων (π.χ. ο στρατός) απαιτούν τώρα την εξέταση HIV για όλους τους κατοίκους ή τα μέλη τους.

Τα αποτελέσματα της εξέτασης μπορούν να κοινοποιούνται σε άλλα μέλη της ιατρικής θεραπευτικής ομάδας, αλλά η πληροφορία αυτή δεν θα πρέπει να δίνεται σε κανέναν άλλο, εκτός από τις ειδικές περιστάσεις που αναφέρονται παρακάτω:

Στον άρρωστο θα πρέπει να δοθούν συμβουλές να μην κοινοποιεί εύκολα τα αποτελέσματα της HIV εξέτασης σε εργοδότες, φίλους ή και σε μέλη της οικογένειάς του, αφού η πληροφορία αυτή μπορεί να αποτελέσει στοιχείο διάκρισης στην εργασία, στην κατοικία και στην ασφάλιση.

Η κύρια εξαίρεση στην προσέγγιση της περιορισμένης γνωστοποίησης είναι η ανάγκη να ειδοποιηθούν οι τωρινοί και οι παλαιοί σεξουαλικοί ή κατά την χρήση ενδοφλέβιων ουσιών σύντροφοι. Επίσης αν ο γιατρός που παρακολουθεί τον ασθενή γνωρίζει ότι ο άρρωστος θέτει σε κίνδυνο μόλυνσης ένα άλλο άτομο, θα πρέπει είτε να νοσηλεύει ακούσια τον οροθετικό άρρωστο για να προλάβει τον κίνδυνο για άλλους, είτε να ενημερώσει το εν δυνάμει θύμα. Ο κλινικός θα πρέπει να γνωρίζει τους νόμους που διέπουν τέτοια θέματα, καθώς διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Οι οδηγίες αυτές εφαρμόζονται επίσης και σε ψυχιατρικές μονάδες νοσηλείας, όταν ένας μολυσμένος με HIV ασθενής πιστεύεται ότι έχει σεξουαλικές επαφές με άλλο άρρωστο (Kaplan and Sadock's,2000)

Η εμπιστοσύνη είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες που επιδρά ανάμεσα στη σχέση συμβούλου και ασθενούς, που χρήζει ανάγκης. Αν η εμπιστοσύνη μεταξύ τους επέλθει γρήγορα, αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό στοιχείο, το οποίο μπορεί να βοηθήσει ώστε ο ασθενής να εφαρμόσει πιο εύκολα τις συμβουλές του συμβούλου. Η εξασφάλιση της εμπιστευτικότητας είναι ότι πιο σημαντικό πρέπει να γίνει, μπροστά στο ενδεχόμενο της διάκρισης, του εξοστρακισμού και της αυτοκατηγορίας, που αναφύεται μόλις τεθεί η διάγνωση ότι ένα άτομο είναι οροθετικό ή έχει aids. Η σχέση του συμβούλου με τον ασθενή που δέχεται συμβουλευτική πρέπει να αναπτύσσεται στη φάση της κατανόησης πως ότι συζητείται μεταξύ τους παραμένει απόρρητο.

*Ευχέρεια προσπέλασης:* Η συμβουλευτική θα πρέπει να είναι προσιτή σε όλους τους ασθενείς που υποφέρουν από την HIV-λοίμωξη ή άλλες νόσους και οι οποίοι έχουν την ανάγκη τους. Επίσης είναι σε θέση να καλεί για βοήθεια εκπαιδευμένα νέα πρόσωπα, τα οποία θα μπορούν να προσφέρουν βοήθεια εκεί που η συμβουλευτική υποστήριξη δεν είναι διαθέσιμη με άλλο τρόπο. Η διαθεσιμότητα δεν θα πρέπει να συγχέεται με την ευχέρεια προσπέλασης.

*Συγκατάθεση μετά από ενημέρωση:* Ένα άτομο το οποίο ζητάει να εξετασθεί για HIV-αντισώματα ή ενθαρρύνεται να κάνει τη δοκιμασία πρέπει εκ των προτέρων να του



παραχθεί πλήρης πληροφόρηση για τις προσωπικές, ψυχολογικές, νομικές και κοινωνικές επιπτώσεις ενός θετικού αποτελέσματος

*Συνέπεια:* Οι τεχνικές της συμβουλευτικής ποικίλουν ανάλογα με το πρόσωπο στο οποίο αναφέρονται και με την υποδομή του συμβούλου. Είναι σημαντικό να δίδονται συνεπείς πληροφορίες για θέματα που αφορούν την HIV-λοίμωξη, τον κίνδυνο μόλυνσης και τους τρόπους μείωσης του κινδύνου

*Αυτοδιάθεση:* Οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να καθορίσουν πως θα ρυθμίσουν τη ζωή τους και πως θα αντιμετωπίσουν την αρρώστια τους. Ο σύμβουλος είναι συμπαραστάτης τους σε αυτή την προσπάθεια για αυτοδιάθεση, κατανοώντας παράλληλα πως τα φοβισμένα ή άρρωστα άτομα νιώθουν συχνά θυμό, λύπη, ενοχή και ντροπή. Ο σύμβουλος θα πρέπει να υποστηρίξει αυτού του είδους τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις για θέματα που αφορούν τον εαυτό τους και παράλληλα με το να τους ενθαρρύνει να συνεχίσουν την προσπάθειά τους για όσο αυτό είναι δυνατόν.

*Κατανόηση της λύπης, του πένθους και της απώλειας:* Ο σύμβουλος που εργάζεται με άτομα που πάσχουν από HIV λοίμωξη και τις οικογένειες αυτών, θα αντιμετωπίζουν συχνά καταστάσεις πένθους και απώλειας. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο να είναι εφοδιασμένοι με γνώσεις τις οποίες να μπορούν να αξιοποιούν κατάλληλα για να αντεπεξέλθουν στις προαναφερόμενες περιπτώσεις. Ο σύμβουλος θα πρέπει ακόμα να έχει την ικανότητα να βοηθήσει τον ασθενή με HIV λοίμωξη, την οικογένειά του καθώς και τους φίλους του να εξοικειωθούν με το γεγονός και να αντιμετωπίσουν τον επικείμενο θάνατο κατά πρόσωπο. Θα πρέπει να σέβεται και να υποστηρίζει τις πνευματικές αξίες του ασθενή και να διευκολύνει την τήρηση των πατροπαράδοτων τελετών. Ο θάνατος προξενεί άγχος και διάσπαση στην οικογένεια και γι' αυτό ο σύμβουλος χρειάζεται να προσφέρει συμβουλευτικές υπηρεσίες, για να απαλύνει τον πόνο από την απώλεια ή την θλίψη.

(Π.Ο.Υ.- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991)

## **6.2.5 ΜΕΣΑ- ΥΛΙΚΑ-ΟΡΓΑΝΑ**

Η εφαρμογή της Συμβουλευτικής στην πράξη, συχνά απαιτεί τη χρήση διαφόρων τεχνικών μέσων, υλικών και οργάνων. Ο συνδυασμός είναι ανάλογα με τις ανάγκες

και τις δυνατότητες που υπάρχουν. Ο Δημητρόπουλος (1999) διαχωρίζει τα μέσα και τα υλικά στις εξής ομάδες:

- Γραπτά/ Έντυπα: Μπορεί να είναι δακτυλογραφημένα (φόρμα Ιστορικού, διαγράμματα, πίνακες και άλλα έντυπα που συμπληρώνει ο σύμβουλος κυρίως και γραπτά τεστ ή ερωτηματολόγια και άλλα έντυπα που συμπληρώνει ο συμβουλευόμενος κυρίως καθώς και βιβλία, φυλλάδια κλπ.) ή χειρόγραφα, όπως είναι κυρίως οι σημειώσεις που κρατά ο σύμβουλος.
- Ακουστικά: Τηλέφωνα, συσκευές καταγραφής και αναπαραγωγής ήχου και άλλα σχετικά αναλώσιμα.
- Οπτικά: Συσκευές καταγραφής και αναπαραγωγής εικόνας και άλλα σχετικά αναλώσιμα.
- Οπτικοακουστικά: Συνδυασμός των δύο προηγούμενων.
- Ηλεκτρονικά: Πρόκειται για ηλεκτρονικές συσκευές γραφείου (και όχι μόνο) καθώς και για τα μέσα που απαιτούν τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή και όλα τα σχετικά αναλώσιμα.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

## **6.3 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ HIV**

### **6.3.1 ΓΕΝΙΚΑ**

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

- § Σκέφτονται να κάνουν την δοκιμασία για HIV-λοίμωξη
- § Κινδυνεύουν από HIV-λοίμωξη και έχουν άγχος για την μείωση αυτού του κινδύνου
- § Έχουν ήδη κάνει τη δοκιμασία και περιμένουν τα αποτελέσματα
- § Έχει διαγνωσθεί ότι έχουν HIV-λοίμωξη, AIDS ή ARC
- § Μπορεί να έχουν την υποψία ότι έχουν μολυνθεί αλλά διστάζουν να προβούν σε εξετάσεις.
- § Επίσης αναφέρονται στην οικογένεια, στους φίλους και στους ερωτικούς συντρόφους των ατόμων που βρίσκονται σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω καταστάσεις και σε οποιονδήποτε άλλον χρειάζεται συμβουλή και βοήθεια με παρεμφερές περιεχόμενο.

(Π.Ο.Υ.- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991)

Πρέπει να σημειώσουμε ότι ο σύμβουλος οφείλει να δώσει έμφαση στην ανάγκη πρόληψης ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της εξέτασης.

Στη χώρα μας, δεν έχει καθιερωθεί η παροχή συμβουλευτικής πριν από την εξέταση για την ανίχνευση αντισωμάτων στον HIV, αλλά ούτε και μετά όταν το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο ή αρνητικό. Η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων γίνεται από κάποιο μέλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της μονάδας όπου πραγματοποιείται η εξέταση. Εάν το αποτέλεσμα στην εξέταση (ELISA) είναι θετικό, ενημερώνεται ο ενδιαφερόμενος ότι πρέπει να περιμένει τα αποτελέσματα μίας δεύτερης εξέτασης (Western blot). Η συμβουλευτική παρέμβαση πραγματοποιείται εάν ο ενδιαφερόμενος το ζητήσει ή εάν ο γιατρός θεωρήσει σκόπιμο να προβεί σε παραπομπή στο συμβουλευτικό σταθμό. Εάν κάποιος το ζητήσει, μπορεί να επισκεφθεί το συμβουλευτικό σταθμό και πριν εξετασθεί ή εάν λάβει ένα θετικό αποτέλεσμα. Εάν όμως το αποτέλεσμα είναι αρνητικό, αλλά ο ενδιαφερόμενος εξακολουθεί να έχει ανάγκη συμβουλευτικής υποστήριξης, παραπέμπεται σε κάποια άλλη υπηρεσία Ψυχικής Υγείας. Γενικότερα, θα λέγαμε πως στην Ελλάδα δεν έχει καθιερωθεί η συσχέτιση της εξέτασης για HIV με τη συμβουλευτική([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

Στις περισσότερες περιπτώσεις, υπάρχει μια κάποια καθυστέρηση ανάμεσα στη στιγμή πραγματοποίησης της εξέτασης και στην ανακοίνωση των αποτελεσμάτων στον ενδιαφερόμενο. Ένας αξιοσημείωτος αριθμός ανθρώπων που εξετάζονται για HIV, δεν επιστρέφει για τα αποτελέσματα. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα τον De Bruyn (1996), περιορίζει σημαντικά το πεδίο δράσης της συμβουλευτικής. Απ' την άλλη μεριά, ο χρόνος που μεσολαβεί βοηθά τα άτομα που έλαβαν συμβουλευτική πριν

από την εξέταση να συνειδητοποιήσουν τις πληροφορίες που έλαβαν και να προετοιμαστούν, όσο είναι δυνατόν, ώστε να λάβουν τα αποτελέσματα. Η πρόοδος που πραγματοποιείται στον τομέα των μεθόδων εξέτασης για HIV είναι πιθανό να περιορίσει το διάστημα και να οδηγήσει στη ματαίωση κάθε είδους συμβουλευτικής([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

Αρχικά, ο σύμβουλος πρέπει να εξασφαλίσει ένα ιστορικό του ενδιαφερομένου, το οποίο θα του επιτρέψει να εκτιμήσει, εάν αυτό είναι δυνατόν, την ύπαρξη λόγων υποβολής του ατόμου σε εξετάσεις για την ανίχνευση του HIV. Η εξέταση πρέπει πάντοτε να γίνεται με πλήρη συγκατάθεση του ατόμου έπειτα από πληροφόρησή του και εκτενή συζήτηση σχετικά με τις συνέπειές της. Η συζήτηση πρέπει να περιλαμβάνει και θέματα σχετικά με το πότε και κάτω από ποιες συνθήκες πρέπει να ανακοινώνονται τα αποτελέσματα στους άλλους.

Η συμβουλευτική για τα άτομα που προκύπτουν οροθετικά, δεν στοχεύει μόνο στη ρύθμιση των ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών μιας τέτοιας κατάστασης αλλά και στη συνέχιση της ιατρικής παρακολούθησης και την προώθηση πιο ασφαλούς συμπεριφοράς και ενημέρωσης του συντρόφου ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

### **6.3.2 ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ:**

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

Είναι μια ευκαιρία για μάθηση και εκπαίδευση και πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα μέσον έναρξης πρόληψης και συνεχούς φροντίδας. Ανεξάρτητα από το αν το άτομο προγραμματίσει τελικά την εξέταση, θα πρέπει να εκμεταλλευθεί την ευκαιρία να συζητήσουν για τη λοίμωξη HIV, τις επικίνδυνες συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτή και τους συγκεκριμένους τρόπους με τους οποίους ένα άτομο μπορεί να μειώσει ή να εκμηδενίσει τον κίνδυνο. Για την παροχή πληροφόρησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί εκπαιδευτικό υλικό, όπως φυλλάδια και βιντεοταινίες. Μπορεί επίσης να παραπεμφθεί ο ενδιαφερόμενος και σε άλλες πηγές πληροφόρησης([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

Η απόφαση για την εξέταση πρέπει πάντοτε να είναι επιλογή του ατόμου. Για τα άτομα που αρνούνται ή δεν είναι προετοιμασμένα να εξετασθούν, είναι πιθανόν να μην επαρκεί μόνο μια συμβουλευτική συνάντηση.

Είναι σημαντικό ο σύμβουλος να εξηγήσει στον ενδιαφερόμενο ότι η εξέταση για HIV, δεν είναι εξέταση για AIDS. Τα αντισώματα στον HIV είναι ένας δείκτης της λοίμωξης. Η ανίχνευση αντισωμάτων δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το άτομο πάσχει από AIDS (νόσο HIV) ή ότι θα νοσήσει στο άμεσο μέλλον. Η ανακοίνωση άσχημων νέων, όπως είναι τα θετικά αποτελέσματα, μιας εξέτασης για HIV, είναι δύσκολος στόχος. Η προετοιμασία του ενδιαφερόμενου για άσχημα νέα μέσω της Συμβουλευτικής πριν από την εξέταση, κάνει το στόχο πολύ πιο εύκολο.

Ο σύμβουλος είναι καλό με τον ενδιαφερόμενο να συζητήσει για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την εξέταση, έτσι ώστε ο δεύτερος να μπορέσει να αποφασίσει (έχοντας πλήρη επίγνωση της απόφασής του) αν θα προβεί στην εξέταση.

Μερικά από τα μειονεκτήματα είναι:

- Υπάρχει πιθανότητα το άτομο να αναπτύξει συναισθήματα έντονου άγχους και αβεβαιότητας.
- Ένα θετικό αποτέλεσμα είναι πιθανό να συνοδεύεται από κοινωνικό στιγματισμό.
- Η διατήρηση ενός μυστικού αυξάνει το άγχος.
- Ίσως προκύψουν δυσκολίες στη διατήρηση ή τη σύναψη σχέσεων.
- Ίσως προκύψουν άλλα πρακτικά οικονομικά προβλήματα.

Μερικά πλεονεκτήματα είναι:

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

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

Ο σύμβουλος πρέπει:

1. Να συστηθεί στον συμβουλευόμενο και να διευκρινίσει το ρόλο του σε σχέση με τους υπόλοιπους ειδικούς που απασχολούνται στο συγκεκριμένο χώρο.

2. Να καθορίσει το διαθέσιμο χρόνο για τη συνέντευξη.
3. Να βεβαιώσει το άτομο για την ύπαρξη εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας.
4. Να ρωτήσει το άτομο σχετικά με την αιτία που το κινητοποίησε για την εξέταση. Τίνος ιδέα ήταν;
5. Να ελέγξει τις γνώσεις του ατόμου σχετικά με τη μετάδοση και την πρόληψη της λοίμωξης HIV.
6. Σύμφωνα με τους Miller & Bor, (1991), να συζητήσει σχετικά με την "περίοδο παραθύρου" η οποία πρέπει να ληφθεί υπόψη πριν τη διενέργεια της εξέτασης.
7. Να παρέχει πληροφόρηση σχετικά με την λοίμωξη HIV και την εξέταση για αυτή. Πρέπει να εξηγήσει ότι δεν πρόκειται για εξέταση για AIDS. Επίσης, πρέπει να εξηγήσει το νόημα των αποτελεσμάτων όταν αυτά είναι θετικά, αρνητικά ή ασαφή.
8. Να διερευνήσει εάν το άτομο έχει ιστορικό δραστηριοτήτων που θεωρούνται επικίνδυνες για λοίμωξη HIV καθώς και εάν εξακολουθεί να έχει τέτοιου είδους δραστηριότητες.
9. Να συζητήσει τις επιπλοκές που προκύπτουν από την εξέταση σε προσωπικό επίπεδο καθώς και το νόημα των αποτελεσμάτων για το άτομο και τους άλλους.
10. Να συζητήσει τις πρακτικές επιπλοκές που προκύπτουν από την εξέταση καθώς και θέματα σεξουαλικών σχέσεων, ασφάλισης ζωής, εργασιακά θέματα και ιατρικής παρακολούθησης.
11. Να εξηγήσει στον ενδιαφερόμενο τη διαδικασία της αιμοληψίας και της εξέτασης γενικότερα, και να τον ενημερώσει για το χρόνο που απαιτείται για την ολοκλήρωση της διαδικασίας και για τον τρόπο με τον οποίο θα του ανακοινωθούν τα αποτελέσματα (Miller & Bor, 1991). Να συζητήσει για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την εξέταση.
12. Να συζητήσει σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο διατηρείται η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών σχετικά με τα αποτελέσματα, καθ' όλη τη διαδικασία της εξέτασης, στο συγκεκριμένο φορέα.
13. Να εξηγήσει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων σε άλλους ειδικούς.
14. Να εντοπίσει συναισθήματα άγχους που μπορεί να έχει το άτομο καθώς περιμένει για τα αποτελέσματα.

15. Να εντοπίσει τις πιθανές αντιδράσεις του ατόμου στα αποτελέσματα (θετικά ή αρνητικά).
16. Να προσδιορίσει την "περίοδο παραθύρου" αναγνωρίζοντας το πιο πρόσφατο επικίνδυνο συμβάν και έτσι να καθορίσει τον κατάλληλο χρόνο για την πραγματοποίηση της εξέτασης.
17. Να βεβαιωθεί ότι ο ενδιαφερόμενος είναι πλήρως ενημερωμένος και να εξασφαλίσει τη συγκατάθεσή του να εξετασθεί και να καταχωρήσει αυτή τη πληροφορία στο αρχείο.
18. Να συζητήσει το θέμα της ενημέρωσης του συντρόφου.
19. Να συζητήσει με ποιόν τρόπο σκέπτεται ο ενδιαφερόμενος να προστατεύσει τους σεξουαλικούς του συντρόφους στο μεσοδιάστημα.
20. Να συζητήσει σχετικά με το άτομα στα οποία ο ενδιαφερόμενος θα ήθελε να μιλήσει για την απόφασή του να εξετασθεί και αυτά στα οποία πιστεύει ότι θα έπρεπε να μιλήσει για αυτό.
21. Να εντοπίσει το εύρος και το επίπεδο της διαθέσιμης κοινωνικής υποστήριξης.
22. Να υποδείξει σε ποιόν ειδικό μπορεί να απευθυνθεί ο ενδιαφερόμενος ενόσω περιμένει τα αποτελέσματα και να του εξηγήσει ποια διαδικασία πρέπει να ακολουθήσει προκειμένου να δει κάποιον.
23. Να συνεννοηθεί για τη συνάντηση κατά την οποία θα ανακοινώσει στον ενδιαφερόμενο τα αποτελέσματα.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

Η πλήρης συγκατάθεση ενός ατόμου δεν μπορεί να θεωρηθεί αυτονόητη ή δεδομένη για να εξετασθεί για αντισώματα στον HIV. Πρέπει να εξασφαλίζεται πάντοτε, έπειτα από μια διαδικασία πληροφόρησης του ατόμου, και ιδιαίτερα όταν πρόκειται να δωρίσει αίμα, όργανα, ιστούς (συμπεριλαμβανομένων και του σπέρματος και των ωαρίων) ή μητρικό γάλα. Η διαδικασία πληροφόρησης περιλαμβάνει: ενημέρωση, αποκάλυψη των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της εξέτασης, ακρόαση των προβληματισμών του ατόμου και απάντηση στις ερωτήσεις του, εξασφάλιση της άδειάς του να συνεχίσει στα επόμενα στάδια συμβουλευτικής και της εξέτασης.

Η πληροφόρηση πρέπει να γίνεται πάντοτε με τρόπο εύληπτο και να περιλαμβάνει κάθε νέο στοιχείο. Πρέπει επίσης, να περιλαμβάνει πληροφορίες για τις τεχνικές πλευρές της εξέτασης αλλά και για τις πιθανές προσωπικές, ιατρικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και νομικές επιπτώσεις της διάγνωσης σε κάθε περίπτωση.

Η πολιτική για τη συγκατάθεση πρέπει να είναι σαφής σε κάθε περίπτωση και κάθε άτομο που θα εξετασθεί πρέπει να κατανοεί τα όρια και τις συνέπειες του ελέγχου. Ο ορολογικός έλεγχος πρέπει να συζητείται πάντοτε ως θετική ενέργεια που συνδέεται με αλλαγές στην επικίνδυνη συμπεριφορά([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

Παρ' ότι είναι πιθανό τα περισσότερα άτομα να συναινέσουν να εξετασθούν για τον HIV, υπάρχει περίπτωση κάποια άτομα να αρνηθούν. Τα αίτια της άρνησης, πρέπει σε αυτή τη περίπτωση να ερευνηθούν. Εάν κατά τη διερεύνηση προκύψουν προβλήματα, θα πρέπει να επιλυθούν μέσω Υποστηρικτικής Συμβουλευτικής. Η άρνηση του ατόμου να υποβληθεί σε εξετάσεις, πρέπει να είναι σεβαστή σε κάθε περίπτωση. Τα αίτια που ίσως υποκινούν ένα άτομο να αρνηθεί να υποβληθεί σε εξέταση για HIV, μπορεί να είναι:

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

Άλλα αίτια μπορεί να είναι:

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

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



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

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

Η εκτίμηση του κινδύνου πρέπει να γίνεται με τη χρήση απλών ερωτήσεων ανοικτού τύπου. Μερικά παραδείγματα είναι:

- Προκειμένου να μπορέσουμε να καταλάβουμε, τόσο εσείς όσο και εγώ, τον πιθανό κίνδυνο να έχετε προσβληθεί από HIV, θα μπορούσα να σας κάνω ορισμένες ερωτήσεις;
- Μήπως ο σύντροφός σας ή κάποιο άλλο άτομο που είχε σεξουαλικές σχέσεις ή κοινή χρήση ναρκωτικών με το σύντροφό σας, έχει προσβληθεί από τον HIV;
- Πότε είχατε τελευταία σεξουαλική επαφή με γυναίκα; Με άντρα;
- Τι είδους σεξουαλικές δραστηριότητες έχετε;
- Πως και πότε χρησιμοποιείτε προφυλακτικό;
- Έρχεσθε σε σεξουαλική επαφή μετά από χρήση ναρκωτικών ή οιοπνευματωδών;
- Σας έχει κάνει ποτέ κάποιος άλλος ενδοφλέβια ένεση ναρκωτικών;
- Πότε χρησιμοποιήσατε τελευταία σύριγγες ή άλλα σύνεργα χρήσης ναρκωτικών, από κοινού με άλλα άτομα;
- Είχατε ποτέ προσβληθεί από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα; Ηπατίτιδα;
- Υποβληθήκατε ποτέ σε εγχείρηση ή σε μετάγγιση αίματος;

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

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

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

Για τον προσδιορισμό της "περιόδου παραθύρου" πρέπει να βοηθηθεί το άτομο να αναγνωρίσει το πιο πρόσφατο επικίνδυνο συμβάν (π.χ. πιθανή έκθεση στον HIV) και να προγραμματίσει την εξέταση στον κατάλληλο χρόνο. Εάν ένα άτομο θεωρείται ότι διανύει την "περίοδο παραθύρου", θα πρέπει να συζητηθεί μαζί του η ανάγκη περιορισμού της επικίνδυνης συμπεριφοράς, ώστε να αποφευχθεί η έκθεση στον HIV ενόσω περιμένει να εξετασθεί ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

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

### **6.3.3 ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ:**

Η συμβουλευτική μετά τη διενέργεια της εξέτασης αποσκοπεί στην ανακοίνωση των αποτελεσμάτων που λαμβάνει χώρα κατά την έναρξη της συνέντευξης. Η φύση των αποτελεσμάτων και η αντίδραση του ατόμου σε αυτά είναι καθοριστικοί παράγοντες για την περαιτέρω πορεία και εξέλιξη της διαδικασίας. Η συμβουλευτική μετά την εξέταση περιλαμβάνει την προσπάθεια του συμβούλου να βοηθήσει το συμβουλευόμενο να κατανοήσει τα αποτελέσματα της εξέτασης και τις ψυχολογικές αντιδράσεις του σε αυτά, καθώς και να προωθήσει αλλαγές στη συμπεριφορά και τη συνειδητοποίηση της ανάγκης για μεταπαρακολούθηση και φροντίδα.

Τα αποτελέσματα δεν θα πρέπει ποτέ να ανακοινώνονται εάν δεν υπάρχει αρκετός χρόνος ώστε ο ενδιαφερόμενος να μπορεί να συζητήσει τα θέματα που τον απασχολούν σχετικά με αυτά. Στην περίπτωση θετικών αποτελεσμάτων, είναι συχνή η εμφάνιση αυτοκτονικών διαθέσεων στους ασθενείς, ιδιαίτερα όταν δεν έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν με κάποιον για το νόημα και τις επιπλοκές των αποτελεσμάτων. Πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι όλοι σχεδόν οι άνθρωποι αισθάνονται έντονο άγχος αναμένοντας τα αποτελέσματα. Όταν δε αυτά είναι θετικά, τότε τα άτομα έχουν ακόμα μεγαλύτερο άγχος και υφίστανται σοκ. Υπό αυτές τις συνθήκες συνήθως είναι αδύνατον για το άτομο να αφομοιώσει πληροφορίες. Γι αυτό, κάποια θέματα που ο σύμβουλος θεωρεί σημαντικά, θα πρέπει να επαναλαμβάνονται συχνά κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Όταν το άτομο βρίσκεται

σε κατάσταση σοκ, ο χειρισμός του συμβούλου πρέπει να είναι ιδιαίτερος. Μέσα από τη μέθοδο της υποβολής ερωτήσεων ο ενδιαφερόμενος αποκτά πιο ενεργό ρόλο στα πλαίσια της συνέντευξης και αρχίζει να συνέρχεται από το σοκ. Έτσι, το άτομο δεν χάνεται σε σκέψεις ενόσω ο σύμβουλος προχωρεί σε μακρές εξηγήσεις(www.hiv-aids.gr) .

Ο σύμβουλος, σύμφωνα με Miller & Bor, (1991), θα πρέπει πρωτίστως να ανακοινώσει κατά την έναρξη κιάλας της συνέντευξης τα αποτελέσματα της εξέτασης και να ενθαρρύνει το άτομο να εκφράσει συναισθήματα και αντιδράσεις.

### **Όταν το αποτέλεσμα είναι θετικό:**

Στην περίπτωση που το αποτέλεσμα είναι θετικό, σημαίνει ότι το άτομο έχει μολυνθεί με τον ιό HIV και έχει τη δυνατότητα να διασπείρει τη νόσο και κατά συνέπεια το θάνατο. Και σε αυτή την περίπτωση τα άτομα αυτά θα πρέπει να ενημερώνονται για τις πρακτικές ασφαλούς σεξ και την δυνατότητα θεραπευτικών επιλογών.

Η αντίδραση του ατόμου στην αναγγελία λοίμωξης HIV εξαρτάται:

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

Τα θέματα που θα απασχολήσουν το σύμβουλο είναι αυτονόητο ότι εξαρτώνται από τα αποτελέσματα Ειδικότερα:

- § Να βεβαιωθεί ότι το άτομο κατανοεί τη σημασία του θετικού αποτελέσματος
- § Να κάνει εκτίμηση των ψυχολογικών αντιδράσεων του ατόμου στο γεγονός ότι είναι οροθετικό στον ιό

- § Να καταστρώσει ένα σχέδιο για το πώς θα καταφέρει το άτομο να αντεπεξέλθει στις ψυχολογικές αντιδράσεις που ακολουθούν μια τέτοια διαπίστωση.
- § Να δίδεται στα μολυσμένα άτομα η δυνατότητα ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, σε περίπτωση που εμφανιστούν αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές.
- § Να φροντίσει να υπάρξει πρόσθετη ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη όπου χρειάζεται.
- § Να διαβεβαιώσει το άτομο ότι είναι ασφαλές και ότι η ζωή του δεν διατρέχει άμεσο κίνδυνο
- § Να φροντίσει το θέμα της ιατρικής παρακολούθησης του ατόμου, εάν φυσικά κάτι τέτοιο είναι στο πλαίσιο του ρόλου του. Εάν όχι, να πείσει το άτομο για την ανάγκη να δείξει συνέπεια τόσο στην ιατρική, όσο και στη συμβουλευτική μετα-παρακολούθηση
- § Εφόσον είναι δυνατόν, να υπενθυμίσει τους τρόπους μετάδοσης του ιού και τις στρατηγικές μείωσης του κινδύνου.
- § Να καταστήσει σαφή την ανάγκη ενημέρωσης του σεξουαλικού συντρόφου
- § Να αναλάβει ο ίδιος τη Συμβουλευτική του συντρόφου του ενδιαφερομένου
- § Να επικεντρώσει την παρέμβασή του στα θέματα εκείνα που έχουν τη μεγαλύτερη βαρύτητα καθώς αποτελούν τα κύρια σημεία της αναστάτωσης του ατόμου και χρήζουν προσοχής επείγοντως.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

**Όταν το αποτέλεσμα είναι αρνητικό:**

Σε περίπτωση που το αποτέλεσμα είναι αρνητικό θα πρέπει να παρέχονται στο άτομο ενημερωτικές πληροφορίες, κατά την μετά εξέταση συμβουλευτική για ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά και αποφυγή της από κοινού χρήσης βελονών ενδοφλεβίως, ώστε να παραμείνει ελεύθερο από HIV-λοίμωξη. Η περίπτωση ενός αρνητικού αποτελέσματος είναι μια πολύ καλή ευκαιρία για προληπτική συμβουλευτική. Η ανακοίνωσή του μπορεί να δημιουργήσει συναισθήματα ανακούφισης και χαράς. Εν τούτοις, ο σύμβουλος πρέπει:

- α. Να λάβει υπόψη του την περίοδο παραθύρου, κατά την οποία το αρνητικό αποτέλεσμα δεν μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο και να συζητήσει αν υπάρχει ανάγκη για επανάληψη της εξέτασης

- β. Να κάνει μια σύντομη ανασκόπηση των τρόπων μετάδοσης του ιού.
- γ. Να κάνει μια ανασκόπηση των συμπεριφορών που ενέχουν κίνδυνο μόλυνσης, να εκτιμήσει τη δέσμευση του ατόμου να ακολουθήσει στρατηγικές μείωσης του κινδύνου προσβολής ή μετάδοσης και να φροντίσει να ενισχύσει τις στρατηγικές αυτές.
- δ. Να προωθήσει την ανάπτυξη θετικής συμπεριφοράς υγείας. Ο Σύμβουλος πρέπει να κάνει εξάσκηση μαζί με τον συμβουλευόμενο σε μεθόδους διατήρησης και προώθησης της καινούριας συμπεριφοράς και σε άλλους.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

### **Όταν το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο:**

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

- α. Να εξηγήσει στο άτομο θέματα που αφορούν στους διάφορους τύπους εξετάσεων και στην έννοια του αβέβαιου αποτελέσματος.
- β. Να υποστηρίξει τον ενδιαφερόμενο, ο οποίος ίσως παρουσιάσει ψυχολογικές δυσκολίες εξαιτίας της αβεβαιότητας.
- γ. Να προβεί σε παραπομπή, εάν διαπιστώσει μια τέτοια ανάγκη.

Τα αποτελέσματα της εξέτασης (θετικά ή αρνητικά) πρέπει να ανακοινώνονται στον ίδιο τον ενδιαφερόμενο σε μια ατομική συνέντευξη. Η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων πρόσωπο με πρόσωπο, επιτρέπει την καλύτερη εκτίμηση της αντίδρασης του ενδιαφερομένου και την επιλογή της κατάλληλης συμβουλευτικής προσέγγισης. Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να ενθαρρύνεται να έρθει σε επαφή με κάποιο γιατρό, με άλλες υπηρεσίες και οργανισμούς και με ομάδες υποστήριξης, στην περίπτωση που διακατέχεται από άγχος, στο διάστημα που μεσολαβεί από τη λήψη του αίματος, μέχρι την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

## 6.4 ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Η συμβουλευτική διαδικασία που σχετίζεται με τη λοίμωξη και νόσο HIV, πρέπει να ξεκινά μόλις κάποιο άτομο εκφράσει ανησυχία ή την επιθυμία να λάβει ενημέρωση, σχετικώς με το θέμα. Θα πρέπει επίσης να ξεκινά μόλις κάποιος επαγγελματίας υγείας εντοπίζει κάποιο σχετικό πρόβλημα. Για παράδειγμα, ένας γιατρός μπορεί να εντοπίσει την πιθανότητα κινδύνου, κατά τη διάρκεια της λήψεως ιστορικού από μία γυναίκα που σχεδιάζει μια εγκυμοσύνη.

Η συμβουλευτική υποστήριξη πρέπει να είναι στη διάθεση ενός ατόμου κατά τη διάρκεια όλων των σταδίων της εξέτασης, της διάγνωσης ή της ασθένειας. Αυτό σημαίνει ότι η Συμβουλευτική πρέπει να λαμβάνει χώρα στις εξής περιπτώσεις:

- α.** Πριν από την εξέταση αίματος για την ανίχνευση του HIV.
- β.** Μετά από την εξέταση αίματος για την ανίχνευση του HIV, όταν δίνονται στον ενδιαφερόμενο τα αποτελέσματα. Η Συμβουλευτική σε αυτή την περίπτωση, πρέπει να λαμβάνει χώρα ανεξάρτητα από το εάν τα αποτελέσματα είναι θετικά ή αρνητικά.
- γ.** Όταν το άτομο είναι οροθετικό στον HIV και δεν έχει εμφανίσει συμπτώματα της νόσου.
- δ.** Όταν το άτομο είναι οροθετικό στον HIV και αρρωσταίνει.
- ε.** Όταν το άτομο παρουσιάζει κλινικές ενδείξεις που σχετίζονται με τη νόσο καθώς και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.
- στ.** Όταν το άτομο έχει διαγνωσθεί ότι έχει αναπτύξει τη νόσο HIV και παρουσιάζει μείζονα ιατρικά προβλήματα που προκύπτουν εξαιτίας της λοίμωξης HIV.
- ζ.** Όταν το αίμα ενός ατόμου έχει βρεθεί μολυσμένο κατά τη διάρκεια του ελέγχου που γίνεται στην περίπτωση της αιμοδοσίας.
- η.** Όταν εξετάζεται το θέμα της θεραπευτικής και ιατρικής αγωγής που θα πρέπει να ακολουθήσει ένας ασθενής.
- θ.** Όταν υπάρχει υπόνοια εμφάνισης άνοιας ή άλλων νευρολογικών διαταραχών εξαιτίας της νόσου. Σε αυτή την περίπτωση, πιστεύουμε ότι η συμβουλευτική σχετικά με την αντιμετώπιση αυτών των επιπλοκών πρέπει να είναι στη διάθεση όχι μόνο του ασθενούς αλλά και της οικογένειάς του και των φίλων του.

ι. Σε κάθε περίπτωση κρίσης τόσο του ασθενή, όσο και των ανθρώπων του στενού περιβάλλοντός του.

ια. Στο τελευταίο στάδιο της νόσου, κατά τη διάρκεια του οποίου ο ασθενής και οι άνθρωποι του στενού περιβάλλοντός του είναι πολύ πιθανόν να έχουν ιδιαίτερη ανάγκη συμβουλευτικής υποστήριξης.

ιβ. Μετά το θάνατο του ασθενούς, όταν οι συγγενείς, οι φίλοι και άλλα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενή (π.χ. νοσοκόμοι), έχουν ανάγκη συμβουλευτικής υποστήριξης προκειμένου να διαχειριστούν το αίσθημα της απώλειας του αγαπημένου προσώπου και το πένθος για το θάνατό του.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

Στην περίπτωση της Συμβουλευτικής που αποσκοπεί στην πρόληψη της λοίμωξης και της μετάδοσής της, το θέμα του κατάλληλου χρόνου για την έναρξη της διαδικασίας περιπλέκεται. Το θέμα αυτό βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με παράγοντες όπως είναι ο σχεδιασμός της προσέγγισης που ακολουθείται ανάλογα με την περίπτωση, η ομάδα του πληθυσμού στην οποία στοχεύουν τα μέτρα που ακολουθούνται, οι οικονομικοί και άλλοι περιορισμοί κλπ.

## 6.5 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ

### 6.5.1 ΓΕΝΙΚΑ

Σύμφωνα με την Κορνάρου (1997), «Ως ενημέρωση συντρόφων των θετικών στον HIV ατόμων, θεωρείται η δραστηριότητα εκείνη της δημόσιας υγείας σύμφωνα με την οποία οι ερωτικοί σύντροφοι των ατόμων αυτών, καθώς και όσων κάνουν κοινή χρήση βελόνων ή συριγγών εντοπίζονται και ενημερώνονται για τον κίνδυνο έκθεσης τους στον ιό. Επιπλέον, όπου είναι απαραίτητο, στον άτομα αυτά παρέχονται οι κατάλληλες υπηρεσίες υγείας» ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

Η ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων θεωρείται μια παραγωγική μέθοδος περιορισμού της εξάπλωσης της λοίμωξης. Από τη στιγμή που γίνεται διάγνωση της οροθετικότητας κάποιου ατόμου, οι επαγγελματίες υγείας το προτρέπουν να ενημερώσει τους σεξουαλικούς συντρόφους του και τους συντρόφους ανταλλαγής συριγγών.

Τα ζευγάρια που σκέπτονται να εξετασθούν για αντισώματα HIV θα πρέπει να αποφασίσουν ποιος θα εξετασθεί και αν θα εξετασθεί μόνος ή όχι. Ο θεραπευτής θα πρέπει να ρωτήσει γιατί σκέφτονται να εξετασθούν, επειδή συχνά οι σύντροφοι συζητούν για πρώτη φορά εκείνη τη στιγμή θέματα δέσμευσης, τιμότητας και εμπιστοσύνης. Χρειάζεται να προετοιμαστούν για την πιθανότητα του να έχουν μολυνθεί ο ένας ή και οι δυο, και για την ενδεχόμενη επίδραση στη σχέση τους (Karlan and Sadock's, 2000).

Η ενημέρωση δεν θα πρέπει να γίνεται μόνο από τους ίδιους τους ασθενείς, αλλά και από ειδικευμένο προσωπικό. Έχει αποδειχθεί ότι εάν η ενημέρωση γίνει με οργανωμένο τρόπο μπορεί να παρέχει στήριξη στον ασθενή και πρόληψη στον σύντροφο ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

Συζητώντας το θέμα της ενημέρωσης του ερωτικού συντρόφου ενός οροθετικού στον HIV ατόμου, ο σύμβουλος μπορεί να ανιχνεύσει συναισθήματα ενοχής ή άγχους σχετικά με την έκθεση και τη μετάδοση του ιού σε άλλους. Ο σύμβουλος και ο ενδιαφερόμενος, πρέπει σε αυτή την περίπτωση να συζητήσουν ποιος θα ενημερώσει τους σεξουαλικούς συντρόφους του οροθετικού στον HIV ατόμου και τι είδους πληροφορίες θα τους δώσει.

Σύμφωνα με CMA (2000), θα πρέπει να σημειωθεί ότι εάν αναλάβει ο σύμβουλος αυτό το έργο, δεν είναι υποχρεωτικό να ανακοινώσει και την ταυτότητα του ατόμου. Πρέπει, σε αυτή την περίπτωση να είναι προετοιμασμένος να δώσει απάντηση σε όλες τις απορίες που ίσως προκύψουν.

Η διαδικασία της ενημέρωσης των συντρόφων πρέπει να προχωράει μόνο αφού οι ασθενείς δώσουν τη συγκατάθεσή τους. Η εχεμύθεια θεωρείται σημαντικό στοιχείο στην ενημέρωση συντρόφων. Συγκεκριμένα:

α. Αν ο ασθενής επιθυμεί να προχωρήσει στη συγκεκριμένη διαδικασία, το όνομα των συντρόφων του μπορεί να μην αποκαλυφθεί.

β. Το αποτέλεσμα της εξέτασης των συντρόφων του ασθενή μπορεί να μην του αποκαλυφθεί.

([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr))

Τα οφέλη από την ενημέρωση των συντρόφων οροθετικών ατόμων είναι πολλά. Με την ενημέρωσή των συντρόφων:

- Προλαμβάνεται η μόλυνσή τους.



- Γίνεται έλεγχος και σε περίπτωση που ο σύντροφος του οροθετικού ατόμου έχει ήδη προσβληθεί προσέχει να μη μολύνει άλλους.
- Εάν ο σύντροφος του οροθετικού ατόμου έχει ήδη μολυνθεί, ξεκινά να παρακολουθεί την κατάσταση της υγείας του και προσέχει τον τρόπο ζωής του.
- Εάν είναι γυναίκες οι σύντροφοι που έχουν μολυνθεί επιλέγουν αν θα κάνουν παιδιά.
- Εάν δεν έχουν μολυνθεί, οι σύντροφοι οροθετικών ατόμων, προσέχουν την μελλοντική συμπεριφορά τους προκειμένου να αποφύγουν τον κίνδυνο μόλυνσης.

Οι πιθανές συνέπειες των συντρόφων μπορεί να είναι:

*Για τον ασθενή:* α. Απώλεια του μυστικού της οροθετικότητας του καθώς και των συντρόφων που θα βρεθούν οροθετικοί.

β. Κίνδυνος περιθωριοποίησης.

*Για τον σύντροφο:* α. Ανησυχία για την πιθανότητα να έχει μολυνθεί.

β. ανάγκη να αποφασίσει αν θα κάνει την εξέταση.

Η ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων των θετικών στον HIV ατόμων μπορεί να οδηγήσει στην εύρεση οροθετικών ατόμων που δεν γνωρίζουν την κατάσταση τους. Αυτή η γνώση μπορεί να επιφέρει αλλαγές στη συμπεριφορά τους, οι οποίες θα μειώσουν την εξάπλωση της λοίμωξης HIV. Η εφαρμογή της Ενημέρωσης συντρόφων μπορεί να λειτουργήσει σαν εργαλείο στο σχεδιασμό της πολιτικής υγείας για τον περιορισμό της εξάπλωσης της λοίμωξης HIV ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

### **6.5.2 ΤΡΟΠΟΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ:**

Η ενημέρωση συντρόφων επιτυγχάνεται με δυο τρόπους([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)) :

*Ενημέρωση από τον Ίδιο τον Ασθενή:* Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, το άτομο που είναι θετικό στον HIV ενθαρρύνεται να ενημερώσει τους συντρόφους του για την πιθανή έκθεσή τους στον ιό χωρίς την άμεση συμμετοχή του Συμβούλου. Ο Σύμβουλος ή ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να συζητήσει με τον ασθενή για όλους τους συντρόφους του σα να ήταν ξεχωριστή περίπτωση ο καθένας. Στη συνέχεια επιλέγεται ο τρόπος με τον οποίο προτιμά ο ασθενής να ενημερώσει τον σύντροφό του. Οι τρόποι αυτοί μπορεί να είναι:

1. Επίσκεψη (για τωρινό σύντροφο)

2. Συζήτηση πρόσωπο με πρόσωπο (για πρόσφατους συντρόφους)
3. Τηλέφωνο
4. Γράμμα

Σύμφωνα με την Κορνάρου (1997), ο σύμβουλος πρέπει να στηρίξει τον ασθενή και να τον βοηθήσει:

- α. Στον τρόπο με τον οποίο θα μιλήσει για το συγκεκριμένο θέμα.
- β. Με το να είναι διαθέσιμος αν τον χρειαστεί ο ασθενής.
- γ. Με το να είναι παρών όταν ο ασθενής ανακοινώνει τα αποτελέσματα στο σύντροφό του (εφόσον ο ασθενής επιθυμεί κάτι τέτοιο).

Ενημέρωση από Ειδικά Εκπαιδευμένο Άτομο: Σύμφωνα μ' αυτή τη μέθοδο, ο σύμβουλος είναι αυτός ο οποίος ενημερώνει τους συντρόφους του οροθετικού ατόμου, τα ονόματα των οποίων δίνονται από τον ίδιο τον ασθενή. Ο σύμβουλος ενημερώνει τον ασθενή ότι:

- α. Θα ενημερωθεί ο σύντροφος του για την πιθανή έκθεσή του στον ιό.
- β. Ο σύντροφος μπορεί να υποπτευθεί την ταυτότητα του ασθενή ακόμη και αν ο σύμβουλος τηρήσει το απόρρητο και δεν αποκαλύψει το όνομα του.
- γ. Τα άτομα που ζουν σε άλλη περιοχή απ' αυτή του ασθενούς, θα πρέπει να ενημερωθούν από κάποιο άλλο κέντρο υγείας.

### **6.5.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟ:**

Η ενημέρωση του συντρόφου από τον σύμβουλο πρέπει να γίνεται πάντοτε με την συγκατάθεση του άμεσα ενδιαφερομένου και χωρίς πίεση. Ο σύμβουλος θα πρέπει να συγκεντρώσει κάποιες πληροφορίες για το σύντροφο όπως: το όνομα του, την ηλικία και το φύλο του, τη διεύθυνση και το τηλέφωνο του. Εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία, πρέπει να αναζητήσει και στοιχεία σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης του (αν ζει με οικογένεια ή μόνος του κλπ). Η κατάλληλη μέθοδος για τη συγκέντρωση αυτών των πληροφοριών είναι η ατομική συμβουλευτική συνέντευξη με τον άμεσα ενδιαφερόμενο σε πρώτο επίπεδο και με το σύντροφό του σε δεύτερο([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

Αυτό βέβαια δεν αποκλείει τη δυνατότητα παρέμβασης με τη μέθοδο της συμβουλευτικής ζευγαριού. Ο σύμβουλος μπορεί να αξιοποιήσει τις κατάλληλες

τεχνικές προκειμένου να επικοινωνήσει με το σύντροφο (γραπτή ή τηλεφωνική επικοινωνία κλπ).

#### **6.5.4 ΧΡΟΝΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ:**

Η πιο κατάλληλη περίοδος για να ενημερωθεί ο σύντροφος θεωρείται αυτή κατά την οποία έχει αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του θετικού στον HIV ατόμου. Ο σύμβουλος συνήθως κρίνει τότε ο ασθενής είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει μια τέτοια κατάσταση. Συνήθως, η ενημέρωση συντρόφων γίνεται μετά από κάποιο χρονικό διάστημα αφότου ο ασθενής μάθει σχετικά με την οροθετικότητά του ([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)).

#### **6.5.5 ΘΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟ:**

Συνήθως, οι ασθενείς μόνοι τους εγείρουν το θέμα της ενημέρωσης των συντρόφων τους. Συνεπώς, αυτή πρέπει να γίνεται εθελοντικά με τη συνεργασία του ασθενούς. Εάν ο ασθενής δεν θέσει το θέμα θα πρέπει να το κάνει ο σύμβουλος. Πάντως, η ενημέρωση δεν μπορεί να γίνει εάν ο ασθενής δεν θέλει, ακόμη κι όταν έχουν συγκεντρωθεί αρκετές πληροφορίες για τους συντρόφους του ασθενή. Επιπλέον, επειδή ο ασθενής μπορεί στην πορεία της συμβουλευτικής παρέμβασης να αλλάξει γνώμη για το ποιος σύντροφός του και τότε θα ενημερωθεί, η επιθυμία του αυτή θα πρέπει να γίνει σεβαστή([www.hiv-aids.gr](http://www.hiv-aids.gr)) .

Ο σύμβουλος ή επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να γνωρίζει σχετικά με την ενημέρωση συντρόφων ότι:

- α.** Η ενημέρωση συντρόφων πρέπει να γίνεται με συζήτηση.
- β.** Ο ασθενής ο οποίος είναι πιθανό να βρίσκεται σε κατάσταση σοκ μετά τα αποτελέσματα της διάγνωσης πρέπει να υποστηριχθεί.
- γ.** Πρέπει να διαθέσει αρκετό χρόνο σε κάθε ασθενή.
- δ.** Ο ασθενής είναι πιθανό να νιώσει έντονο άγχος.
- ε.** Ο σύντροφος του ασθενή είναι πιθανό να νιώσει τρομερό άγχος.
- στ.** Υπάρχουν τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα για τους συντρόφους.
- ζ.** Ο ίδιος ο Σύμβουλος μπορεί να αντιμετωπίσει έντονο άγχος από την κατάσταση.

## 6.6 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΦΟΡΕΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS ΑΠΟ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ

Είναι υποχρέωση του γιατρού, σύμφωνα με την Ρενιέρη-Λιβιεράτου, να ενημερώσει τον φορέα ή τον πάσχοντα, όταν η εξέταση για AIDS είναι θετική. Ωστόσο, η αναγγελία μιας θανατηφόρας νόσου συγκλονίζει πάντοτε και τον άρρωστο και το γιατρό. Ιδιαίτερα μάλιστα στην περίπτωση του AIDS, η ενημέρωση αποτελεί ακανθώδες θέμα για το γιατρό και θα πρέπει να γίνεται με ευαίσθητη διαπροσωπική επικοινωνία γιατρού και ασθενή. Η κατανόηση από το γιατρό και ταυτόχρονα η συμπαράσταση, που είναι θεμελιώδης έκφραση της αγάπης στο συνάνθρωπο, συνιστούν βασικές και πρωταρχικές προϋποθέσεις για το χειρισμό του όλου θέματος.

Μια πάθηση με μοιραία έκβαση δημιουργεί τεράστιες επιπτώσεις βιολογικές, ψυχικές, κοινωνικές, οικονομικές, ατομικές και δημόσιες. Στην περίπτωση μάλιστα του AIDS, πολλές φορές, οι επιπτώσεις περιπλέκονται και με ορισμένες ιδιαιτερότητες, όπως είναι οι κοινωνικές προκαταλήψεις για τη νόσο, η ιδιόμορφη σεξουαλική συμπεριφορά αυτών των ατόμων και κυρίως η ιδιαιτερότητα του χαρακτήρα εκείνων που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Ο φόβος του στιγματισμού και της εγκατάλειψης αποτελεί κυρίαρχο και βασανιστικό συναίσθημα. Ο κίνδυνος ψυχικής κατάρρευσης του ατόμου είναι υπαρκτός και το δίλημμα για το γιατρό είναι μεγάλο, κυρίως στην περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις ότι το άτομο δεν είναι προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του.

Γι' αυτό το λόγο, ο τρόπος ενημέρωσης του φορέα ή του πάσχοντος απαιτεί λεπτούς χειρισμούς και εξατομίκευση. Ο γιατρός πρέπει να ενεργεί κατά περίπτωση και κατά την κρίση του στην συγκεκριμένη στιγμή και με μοναδικό κριτήριο το συμφέρον του αρρώστου. Παράλληλα, χρειάζεται διακριτικότητα, σαφήνεια και απόλυτη ειλικρίνεια από την πρώτη στιγμή, για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή συνεργασία αρρώστου-γιατρού και κυρίως η εμπιστοσύνη του πρώτου προς τον δεύτερο και στη φάση της ενημέρωσης αλλά και στην πορεία της νόσου στη συνέχεια.

Η εχεμύθεια και η τήρηση του ιατρικού απορρήτου θεμελιώνουν την καλύτερη συνεργασία. Η ταραχή, η έκπληξη, ο τρόμος, η ταχυκαρδία, το κλάμα, οι ιδρώτες είναι οι συνηθέστερες εκδηλώσεις στο αρχικό στάδιο. Άλλοτε, πάλι, η οργή και η

άρνηση για συνεργασία οδηγούν σε αδιέξοδο, συνήθως προσωρινό. Σε μερικές περιπτώσεις, σκέψεις αυτοκτονίας κυριαρχούν.

Μετά τις αντιδράσεις του αρχικού σταδίου, ακολουθούν ψυχοσωματικές διαταραχές με απρόβλεπτες πολλές φορές διαστάσεις που σχετίζονται άμεσα με το χαρακτήρα του ατόμου και τις συνθήκες διαβίωσής του.

Πολλά θα εξαρτηθούν από τη ζεστή συμπαράσταση του γιατρού, του νοσηλευτικού προσωπικού, του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά και του συνόλου της κοινωνίας γενικότερα.

Η ανοικτή συζήτηση γιατρού-πάσχοντος, η ενημέρωση για την κατάστασή του με πλήρη ειλικρίνεια και σαφήνεια αποτελούν σημαντικά βοηθητικά μέσα για την ψυχολογική του υποστήριξη. Ταυτόχρονα, η πληροφόρησή του για την πρόοδο της επιστήμης στη θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS, την επικείμενη παρασκευή του εμβολίου και για άλλα καινούρια επιτεύγματα της επιστήμης είναι προϋποθέσεις που περιορίζουν το φόβο για το επικείμενο θάνατο και δημιουργούν κάποιες δειλές ελπίδες για ζωή.

Μέσα στα καθήκοντα του γιατρού, εντάσσεται και η ηθική υποχρέωσή του να πείσει το οροθετικό άτομο για την ενημέρωση του ερωτικού του συντρόφου σχετικά με το πρόβλημά του. Εάν υπάρξουν δυσκολίες, θα συνεργασθεί μαζί του και θα αναλάβει ο ίδιος την ενημέρωση.

Αναμφισβήτητα, ο σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου και η τήρηση του ιατρικού απορρήτου συνιστούν αξίες άρρηκτα συνδεδεμένες και κάθε ενέργειά μας πρέπει να βασίζεται σε αυτές τις αξίες.

Ωστόσο, είναι καθήκον αλλά και υποχρέωση του φορέα ή του πάσχοντος να πάρει τα απαραίτητα μέτρα για την αποφυγή της μετάδοσης του ιού στον ερωτικό του σύντροφο. Οδηγίες και συμβουλές πρέπει να δίνονται με υπομονή, επιμονή και καλή προαίρεση. Συγχρόνως, απαιτείται και η συνειδητή δική του προσπάθεια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του με ψυχραιμία και γενναιότητα.

Η διακριτική συμπαράσταση και η απεριόριστη κατανόηση του γιατρού στις δύσκολες αυτές στιγμές θα βοηθήσουν ουσιαστικά τον πάσχοντα συνάνθρωπό μας. Αν δεν μπορούμε σήμερα να του προσφέρουμε την θεραπεία που περιμένει από εμάς, ας του δώσουμε ελάχιστο αντίδωρο ό,τι πολυτιμότερο κλείνουμε μέσα μας: την αγάπη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

7.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

7.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.4 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

## 7.1 ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχος της έρευνας ήταν να διερευνήσουμε το επίπεδο γνώσεων των κατοίκων της Πάτρας πάνω στο θέμα του AIDS και των σπουδαστών του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών και να το συγκρίνουμε μεταξύ τους

Βασική επιδίωξή μας με βάση τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, είναι η δημιουργία κατάλληλων προγραμμάτων στα οποία θα συμμετέχουν επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί και θα έχουν ως στόχο την πρόληψη.

## 7.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 7.2.1 ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η προσέγγιση του προβλήματος της ενημέρωσης των κατοίκων της Πάτρας και των σπουδαστών του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας σχετικά με τις γνώσεις και τις συμπεριφορές τους πάνω στο θέμα του AIDS πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της ερευνητικής επισκόπησης .

Ο λόγος επιλογής αυτής της μεθόδου σε συνδυασμό με την ποσοτική έρευνα, μας δίνει τη δυνατότητα να συλλέξουμε δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα αποσκοπώντας να περιγράψουν και να συγκρίνουν τη φύση των υπάρχουσών συνθηκών ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα (Cohen L, Manion L, 1994)

### 7.2.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ

**Ο πληθυσμός** της έρευνάς μας ήταν άνδρες και γυναίκες της πόλης των Πατρών και σπουδαστές και σπουδάστριες του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών.

**Το δείγμα** μας αποτελείτο από 600 ανώνυμα ερωτηματολόγια εκ των οποίων 300 ήταν από ενήλικους κατοίκους της Πάτρας (150 γυναίκες, 150 άνδρες) ηλικίας 18 ετών και άνω και 300 ήταν από σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών (150 γυναίκες, 150 άνδρες), τα οποία απαντήθηκαν από όλους.

Για την επιλογή του δείγματος χρησιμοποιήσαμε την απλή τυχαία δειγματοληψία. Σύμφωνα με τον ορισμό της απλής τυχαίας δειγματοληψίας, το κάθε μέλος του μελετώμενου πληθυσμού έχει ίσες ευκαιρίες να επιλεγεί. Εξαιτίας της πιθανότητας και της τύχης, το δείγμα αναμένεται να περιλαμβάνει υποκείμενα με χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά του πληθυσμού στο σύνολό του (Cohen L, Manion L, 1994).

Επίσης, η απλή τυχαία δειγματοληψία είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται πιο συχνά και θεωρείται η πιο αξιόπιστη.

Με τη μέθοδο αυτή, μοιράσαμε ερωτηματολόγια σε ενηλίκους κατοίκους και σπουδαστές της Πάτρας. Όσον αφορά τους πρώτους: η Πάτρα χωρίζεται σε 4 γεωγραφικά διαμερίσματα. Τα επισκεφτήκαμε, επιλέξαμε τυχαίες οδούς και μοιράσαμε 75 ερωτηματολόγια στο κάθε ένα. Όσον αφορά τους δεύτερους: τα Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών έχουν 3 σχολές. Επισκεφτήκαμε την είσοδο κάθε σχολής και μοιράσαμε από 100 ερωτηματολόγια στη κάθε μία.

### **7.2.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ**

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε ήταν το γραπτό ερωτηματολόγιο. Επιλέχτηκε το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο διότι εξασφαλίζει την ανωνυμία των ερωτώμενων, συμπληρώνεται σε σύντομο χρονικό διάστημα και διευκολύνει την ποσοτική ανάλυση.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 33 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 28 ήταν κλειστού τύπου (ερωτήσεις διαβάθμισης, ερωτήσεις ναι, όχι, δεν είμαι σίγουρος / η, απαντήσεις πολλαπλής επιλογής) και οι 5 ανοικτού τύπου. Υπήρχαν και 3 ερωτήσεις στις οποίες υπήρχε και η επιλογή «άλλο», στην οποία είχαν την δυνατότητα οι ερωτώμενοι να δηλώνουν κάτι διαφορετικό από τις παραπάνω απαντήσεις.

Οι παραπάνω ερωτήσεις διερευνούσαν τόσο το επίπεδο γνώσεων γύρω από το θέμα του AIDS όσο και την συμπεριφορά του εξεταζόμενου πληθυσμού πάνω στο θέμα αυτό.

Μετά από τις απαραίτητες διευκρινήσεις το ερωτώμενο άτομο κλήθηκε να συμπληρώσει μόνο του το ερωτηματολόγιο.



## 7.2.4 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΦΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η έρευνά μας διεξήχθη από 1/03/2006 ως 1/09/2006. Η μελέτη μας ξεκίνησε με την μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης με σκοπό να συλλέξουμε τις απαραίτητες πληροφορίες οι οποίες θα μας βοηθήσουν να ολοκληρώσουμε το θεωρητικό μέρος της εργασίας μας αλλά και να συντάξουμε το ερωτηματολόγιο. Γι' αυτό το λόγο ανατρέξαμε σε βιβλιογραφικές πηγές από την δημοτική βιβλιοθήκη Πατρών, την βιβλιοθήκη Α.Τ.Ε.Ι Πατρών, την Εθνική βιβλιοθήκη στην Αθήνα, την βιβλιοθήκη Α.Τ.Ε.Ι Αθηνών και το Internet.

Στη συνέχεια, εφ' όσον ολοκληρώσαμε την Α' φάση της μελέτης μας:

- βιβλιογραφική ανασκόπηση
- ολοκλήρωση του θεωρητικού μέρους
- σύνταξη ερωτηματολογίου

προχωρήσαμε στην ερευνητική διαδικασία της εργασίας μας

Η ερευνητική διαδικασία (β' φάση μελέτης) χωρίζεται σε 4 μέρη:

- πιλοτική έρευνα
- συμπλήρωση ερωτηματολογίων,
- την ανάλυση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων
- την διεξαγωγή συμπερασμάτων και
- διατύπωση προτάσεων

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε στο SPSS v12 και η στατιστική σημαντικότητα με την δοκιμασία  $\chi^2$ - τετράγωνο ( $\chi^2$ ). Η δοκιμασία αυτή ελέγχει την ανεξαρτησία γραμμών και στηλών σ' ένα πίνακα απαντήσεων. Πιθανότητα  $p < 0,05$  δείχνει ότι οι απαντήσεις δεν είναι τυχαίες αλλά επηρεάζονται από τις στήλες ή τις γραμμές του πίνακα. Ανάλογα, πιθανότητα μεγαλύτερη της παραπάνω τιμής ( $p > 0,05$ ) σημαίνει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Οι βαθμοί ελευθερίας της δοκιμασίας (B.E) είναι απλά ένα μαθηματικό μέγεθος το οποίο είναι απαραίτητο να παρουσιάζεται μαζί με την τιμή του  $\chi^2$  και το  $p$  (την πιθανότητα).

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο αυτό εκπονείται στα πλαίσια της πτυχιακής για τη λήψη του πτυχίου. Το θέμα της πτυχιακής μας είναι: «AIDS: Γνώσεις και Συμπεριφορές κατοίκων και σπουδαστών της πόλεως των Πατρών». Η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική.

**Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.**

### **1. Φύλο:**

- α) Άνδρας
- β) Γυναίκα

### **2. Ηλικία:**

- α) 18-25
- β) 26-35
- γ) 36-45
- δ) 46-55
- ε) 55+

### **3. Μορφωτικό επίπεδο:**

- α) Πρωτοβάθμια εκπαίδευση
- β) Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
- γ) Ι.Ε.Κ., Κ.Ε.Κ. κλπ
- δ) Ανώτερη/ Ανώτατη εκπαίδευση
- ε) Μεταπτυχιακές σπουδές

### **4. Οικογενειακή κατάσταση:**

- α) Άγαμος/η
- β) Έγγαμος/η
- γ) Συζώ με σύντροφο
- δ) Διαζευγμένος/η
- ε) Σε Διάσταση
- στ) Χήρος/α

### **5. Αισθάνεστε ενημερωμένοι στο θέμα του AIDS;**

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν είμαι σίγουρος/η

**6. Αναφορικά με το AIDS, ποιες πληροφορίες θα θέλατε να λάβετε; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)**

- α) Αριθμός κρουσμάτων στην Ελλάδα
- β) Αριθμός κρουσμάτων στον κόσμο
- γ) Φάρμακα
- δ) Τρόποι μετάδοσης
- ε) Οργανισμοί πρόληψης και φροντίδας
- στ) Τρόποι προφύλαξης
- ζ) Έρευνες για εμβόλιο
- η) Η ζωή των ανθρώπων με HIV/ AIDS
- θ) Τεστ για AIDS
- ι) Καμία πληροφορία
- κ) Άλλο (προσδιορίστε) \_\_\_\_\_

**7. Κατά τη γνώμη σας, το AIDS είναι μια ασθένεια που αφορά κυρίως συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού;**

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν είμαι σίγουρος/η

**8. Εάν ναι, μπορείτε να αναφέρετε αυτή την ομάδα ή αυτές τις ομάδες;**

---

---

---

**9. Θεωρείτε ότι ο κίνδυνος να κολλήσετε εσείς AIDS είναι:**

- α) Πολύ μικρός
- β) Αρκετά μικρός
- γ) Αρκετά μεγάλος
- δ) Πολύ μεγάλος

**10. Γνωρίζετε κάποιον από το περιβάλλον σας που έχει HIV ή έχει πεθάνει από AIDS;**

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν είμαι σίγουρος/η

**11. Έχετε ακούσει να μιλούν για τα φάρμακα κατά του AIDS (πολυθεραπεία, αντιρετροϊκά, αντιπρωτεάσες);**

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν είμαι σίγουρος/η

**12. Σύμφωνα με εσάς , υπάρχει εμβόλιο κατά του ιού του AIDS;**

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν είμαι σίγουρος/η

**13. Τι πιστεύετε για τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με τα φάρμακα κατά του AIDS;**

α) Οι άνθρωποι με HIV/AIDS που παίρνουν τα φάρμακα θεραπεύονται πλήρως.

- 1. Ναι
- 2. Όχι
- 3. Δεν είμαι σίγουρος/η

β) Οι άνθρωποι με HIV/AIDS που παίρνουν τα φάρμακα δεν μεταδίδουν πλέον τον ιό.

- 1. Ναι
- 2. Όχι
- 3. Δεν είμαι σίγουρος/η

γ) Οι άνθρωποι με HIV/AIDS που παίρνουν τα φάρμακα ζουν περισσότερο από παλαιότερα

- 1. Ναι
- 2. Όχι
- 3. Δεν είμαι σίγουρος/η

δ) Υπάρχει μια θεραπεία που μπορεί να εμποδίσει τη μόλυνση από τον HIV μετά από μια επικίνδυνη επαφή.

- 1. Ναι
- 2. Όχι
- 3. Δεν είμαι σίγουρος/η

**14. Μετά την εμφάνιση των φαρμάκων, εσείς προστατεύεστε:**

- α) Λιγότερο από πριν
- β) Το ίδιο με πριν
- γ) Περισσότερο από πριν
- δ) Δεν προστατεύομαι καθόλου
- ε) Δεν προστατεύομαι ποτέ

**15. Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική επαφή;**

- 1. Ναι
- 2. Όχι

**16. Εάν χρησιμοποιείται προφυλακτικό, σε τι είδος σεξουαλικής επαφής το χρησιμοποιείτε;**

- α) Κολπικό έρωτα
- β) Πρωκτικό έρωτα

- γ) Στοματικό έρωτα
- δ) Σε όλα τα παραπάνω

**17. Αν δεν χρησιμοποιείτε προφυλακτικό, γιατί δεν χρησιμοποιείτε; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)**

- α) Δεν σκέφτομαι τον κίνδυνο μόλυνσης από τον HIV
- β) Πιστεύω ότι ο κίνδυνος είναι μικρός
- γ) Φοβάμαι μήπως χάσω τον/ την ερωτικό/ή μου σύντροφο
- δ) Είμαι πολύ ερωτευμένος/η
- ε) Δεν μου αρέσει το προφυλακτικό
- στ) Ο/Η ερωτικός/ή σύντροφός δεν θέλει να χρησιμοποιούμε προφυλακτικό
- ζ) Δεν έχω πάντα μαζί μου προφυλακτικά

**18. Σας έχει σπάσει ποτέ το προφυλακτικό;**

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν είμαι σίγουρος/η

**19. Μετά από μια επικίνδυνη σεξουαλική επαφή κάνατε τεστ για AIDS;**

- α) Ναι (εάν ναι, πηγαίνετε στην ερώτηση20)
- β) Όχι (εάν όχι, πηγαίνετε στην ερώτηση27)

**20. Εάν κάνατε τεστ, μετά από πόσο καιρό το κάνατε από την σεξουαλική επαφή; (αναφέρετε αριθμό σε μέρες ή μήνες)**

- α) \_\_\_ μέρες
- β) \_\_\_μήνες

**21. Εάν κάνατε τεστ, που το κάνατε;**

- α) Σε δημόσιο νοσοκομείο
- β) Σε ιδιωτικό νοσοκομείο
- γ) Αλλού (προσδιορίστε) \_\_\_\_\_

**22. Πήγατε να πάρετε τα αποτελέσματα;**

- α) Ναι
- β) Όχι

**23. Εάν δεν πήγατε να τα πάρετε, ποιος ήταν ο λόγος ή οι λόγοι;**

---

---

---

**24. Πριν το τεστ, μιλήσατε για τη σεξουαλική σας ζωή με το γιατρό που σας πήρε αίμα;**

- α) Ναι
- β) Όχι

**25. Μετά το τεστ, μιλήσατε για τη σεξουαλική σας ζωή με το γιατρό που σας ανακοίνωσε το αποτέλεσμα;**

- α) Ναι
- β) Όχι

**26. Πως θα χαρακτηρίζατε την επαφή αυτή με το γιατρό;**

- α) Θετική
- β) Αδιάφορη
- γ) Αρνητική

**27. Γιατί δεν κάνατε τεστ για AIDS μετά από την επικίνδυνη σεξουαλική επαφή; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)**

- α) Φοβόμουν μήπως το αποτέλεσμα είναι θετικό
- β) Θα μου δημιουργούσε άγχος η μεγάλη αναμονή του αποτελέσματος
- γ) Δεν υπάρχει ανωνυμία και εμπιστευτικότητα
- δ) Δεν είχα χρήματα να πληρώσω την εξέταση
- ε) Άλλο (προσδιορίστε) \_\_\_\_\_

**28. Εάν μπορούσατε να έχετε το αποτέλεσμα μετά από μια ώρα από το τεστ, θα πηγαίνατε πιο εύκολα να κάνετε εξέταση;**

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν είμαι σίγουρος/η

**29. Πόσες φορές έχετε κάνει τεστ για AIDS; (αναφέρετε τον αριθμό)**

\_\_\_\_\_

**30. Πότε ήταν η πρώτη φορά που κάνατε τεστ; (αναφέρετε το μήνα αν θυμάστε και το χρόνο)**

\_\_\_\_\_ μήνας      \_\_\_\_\_ χρόνος

**31. Πότε ήταν η τελευταία φορά που κάνατε τεστ; (αναφέρετε το μήνα αν θυμάστε και το χρόνο)**

\_\_\_\_\_ μήνας      \_\_\_\_\_ χρόνος

**32. Έχετε δει φυλλάδια, αφίσες, τηλεοπτικά ή ραδιοφωνικά σποτ που αναφέρονται στο τεστ για AIDS στην Ελλάδα;**

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν είμαι σίγουρος/η

**33. Πως θα χαρακτηρίζατε την πρόληψη για AIDS στην Ελλάδα;**

- α) Ανύπαρκτη
- β) Λίγο ικανοποιητική
- γ) Αρκετά ικανοποιητική
- δ) Πολύ ικανοποιητική

***Ευχαριστούμε για το χρόνο που μας διαθέσατε!***

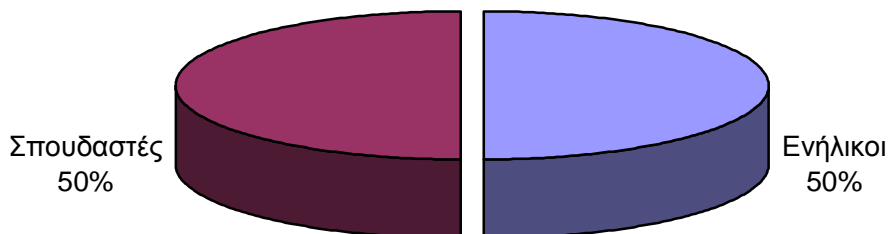
## 7.3 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

### Α. ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση των ερωτηθέντων.

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ενήλικοι	300	50,0	50,0	50,0
Σπουδαστές	300	50,0	50,0	100,0
Σύνολο	600	100,0	100,0	

Σχήμα 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση των ερωτηθέντων.

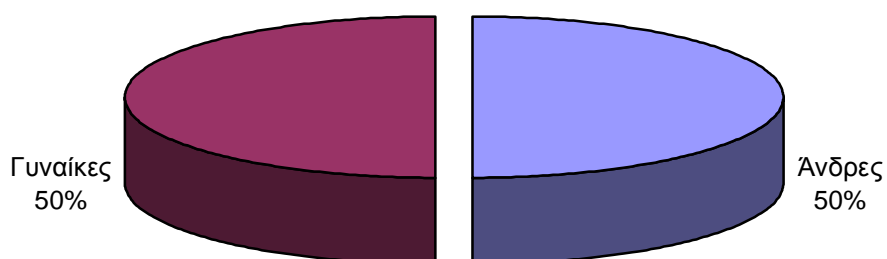


Το δείγμα είναι ισορροπημένο δεδομένου ότι έχουμε τον ίδιο αριθμό ερωτηθέντων από την πόλη των Πατρών αλλά και σπουδαστών.

**Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Άνδρες	300	50,0	50,0	50,0
Γυναίκες	300	50,0	50,0	100,0
Σύνολο	600	100,0	100,0	

**Σχήμα 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο.**



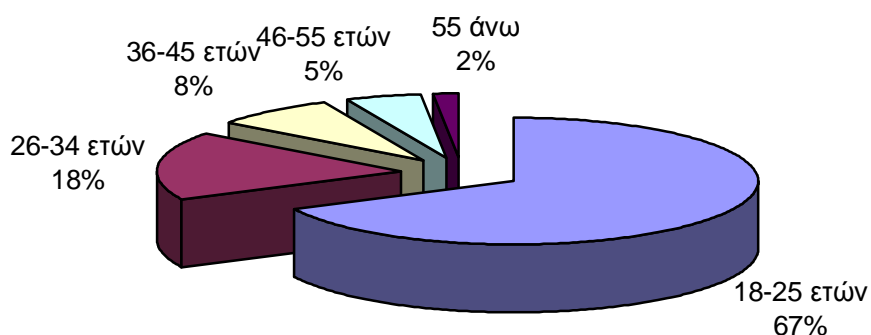
Ίσος αριθμός ανδρών και γυναικών έλαβαν μέρος στην έρευνα. Σε συνδυασμό με τον ίδιο αριθμό ενηλίκων και σπουδαστών το δείγμα της έρευνας δεν είναι αντιπροσωπευτικό αλλά είναι ζυγισμένο για συγκρίσεις ανάμεσα στις ομάδες σπουδαστές-ενήλικες.



**Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή Ομάδα**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
18-25 ετών	407	67,8	67,8	67,8
26-34 ετών	105	17,5	17,5	85,3
36-45 ετών	48	8,0	8,0	93,3
46-55 ετών	30	5,0	5,0	98,3
55 άνω	10	1,7	1,7	100,0
Σύνολο	600	100,0	100,0	

**Σχήμα 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα.**

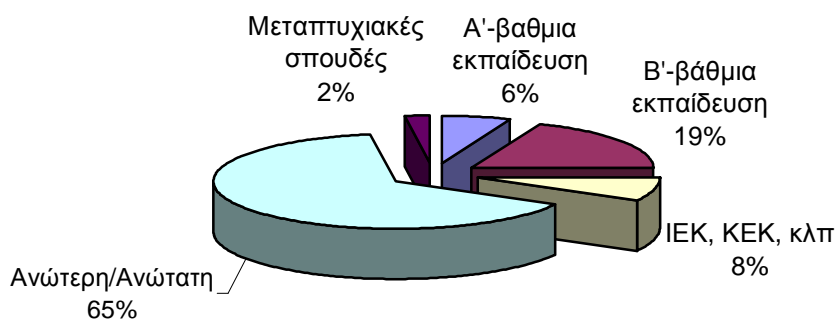


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν νεαρά άτομα που προέρχονταν τόσο από την ομάδα των σπουδαστών (αναμενόμενο) όσο και από την ομάδα των ενηλίκων κατοίκων της Πάτρας.

**Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Α'-βαθμια εκπαίδευση	37	6,2	6,2	6,2
Β'-βάθμια εκπαίδευση	113	18,8	18,8	25,0
ΙΕΚ, ΚΕΚ, κλπ	49	8,2	8,2	33,2
Ανώτερη/Ανώτατη	388	64,7	64,7	97,8
Μεταπτυχιακές σπουδές	13	2,2	2,2	100,0
Σύνολο	600	100,0	100,0	

**Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.**

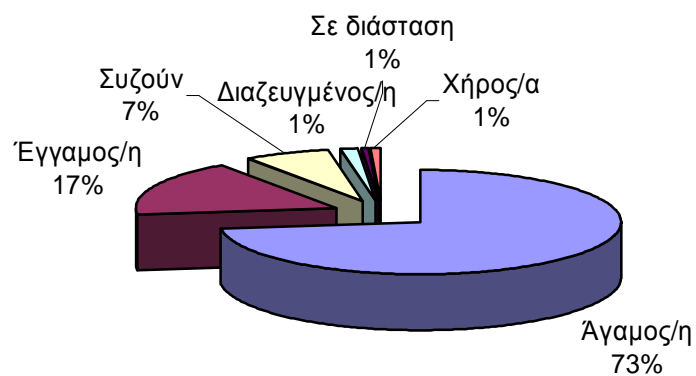


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν ανώτερης ή ανώτατης μόρφωσης κάτι που συνδυάζεται και με το νεαρό της ηλικίας της πλειοψηφίας.

**Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Άγαμος/η	438	73,0	73,0	73,0
Έγγαμος/η	103	17,2	17,2	90,2
Συζούν	42	7,0	7,0	97,2
Διαζευγμένος/η	8	1,3	1,3	98,5
Σε διάσταση	5	,8	,8	99,3
Χήρος/α	4	,7	,7	100,0
Σύνολο	600	100,0	100,0	

**Σχήμα 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.**

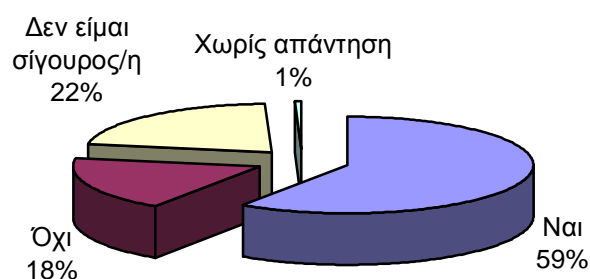


Αναμενόμενο με βάση τις απαντήσεις των ερωτήσεων 3 και 4 η οικογενειακή κατάσταση της πλειοψηφίας να είναι άγαμοι.

**Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν αισθάνονται ενημερωμένοι στο θέμα του AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	357	59,5	59,8	59,8
Όχι	110	18,3	18,4	78,2
Δεν είμαι σίγουρος/η	130	21,7	21,8	100,0
Σύνολο	597	99,5	100,0	
Χωρίς Απάντηση	3	,5		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν αισθάνονται ενημερωμένοι για το AIDS.**

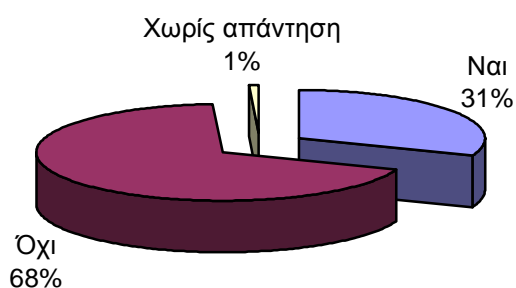


Το μεγαλύτερο ποσοστό όσων απάντησαν στην ερώτηση δηλώνουν ικανοποιημένοι με τον βαθμό ενημέρωσης στο θέμα του AIDS. Το ποσοστό όσων απαντούν αρνητικά αγγίζει το 18,4%.

**Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τον αριθμό κρουσμάτων στην Ελλάδα**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	185	30,8	31,0	31,0
Όχι	411	68,5	69,0	100,0
Σύνολο	596	99,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	4	,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 7: Θα ήθελαν να ενημερωθούν για τον αριθμό κρουσμάτων AIDS στην Ελλάδα;**

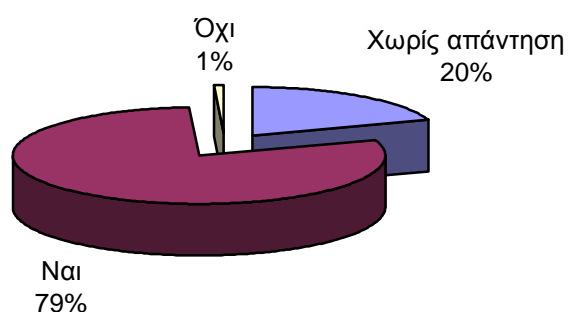


Η πλειοψηφία απαντά αρνητικά στην ερώτηση αυτή, ενώ θετικά απαντά ο ένας στους τρεις.

**Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τον παγκόσμιο αριθμό κρουσμάτων**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	118	19,7	19,8	19,8
Όχι	478	79,7	80,2	100,0
Σύνολο	596	99,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	4	,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 8: Θα ήθελαν να ενημερωθούν για τον αριθμό κρουσμάτων AIDS παγκόσμια;**

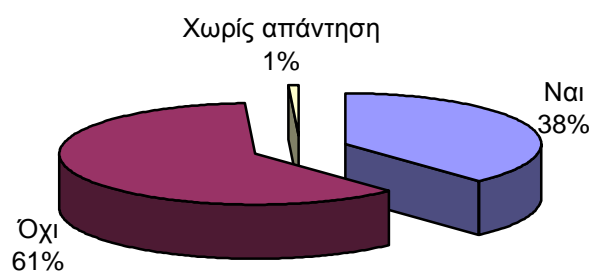


Και στην ερώτηση αυτή η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων απαντά αρνητικά.

**Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θα ήθελαν να ενημερωθούν για την φαρμακευτική αγωγή**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	228	38,0	38,3	38,3
Όχι	368	61,3	61,7	100,0
Σύνολο	596	99,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	4	,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 9: Θα ήθελαν να ενημερωθούν για την υπάρχουσα φαρμακευτική αγωγή;**

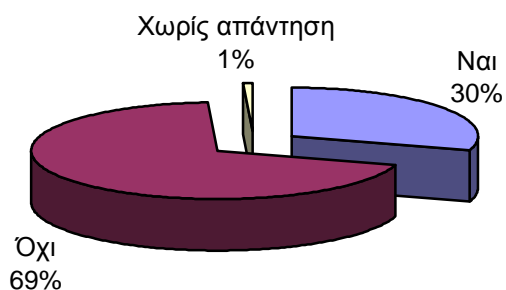


Ομοίως με τις παραπάνω απαντήσεις το 61,7% όσων απάντησαν στην ερώτηση δήλωσαν άρνηση να ενημερωθούν σχετικά.

**Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους μετάδοσης**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	178	29,7	29,9	29,9
Όχι	418	69,7	70,1	100,0
Σύνολο	596	99,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	4	,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 10: Θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους μετάδοσης;**



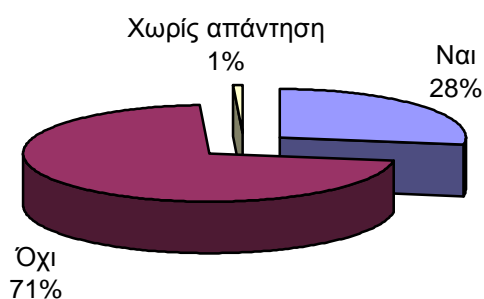
Και εδώ η πλειοψηφία απαντά αρνητικά στην ερώτηση.



**Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους Οργανισμούς πρόληψης και φροντίδας**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	165	27,5	27,7	27,7
Όχι	431	71,8	72,3	100,0
Σύνολο	596	99,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	4	,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 11: Θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους πρόληψης;**

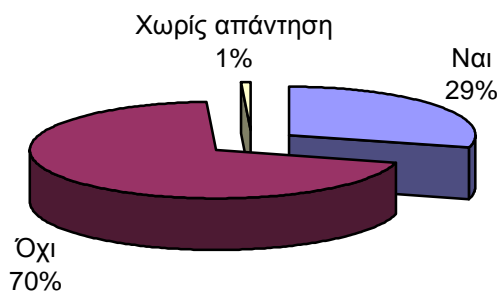


Αρνητική απάντηση από την πλειοψηφία.

**Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους προφύλαξης**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	176	29,3	29,5	29,5
Όχι	420	70,0	70,5	100,0
Σύνολο	596	99,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	4	,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 12: Θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους προφύλαξης;**

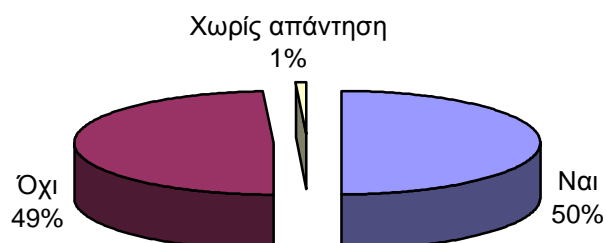


Επίσης αρνητική απάντηση από την πλειοψηφία.

**Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την επιθυμία τους να ενημερωθούν για της έρευνες για το εμβόλιο**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	300	50,0	50,3	50,3
Όχι	296	49,3	49,7	100,0
Σύνολο	596	99,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	4	,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 13: Θα ήθελαν να ενημερωθούν για τις έρευνες για το εμβόλιο;**

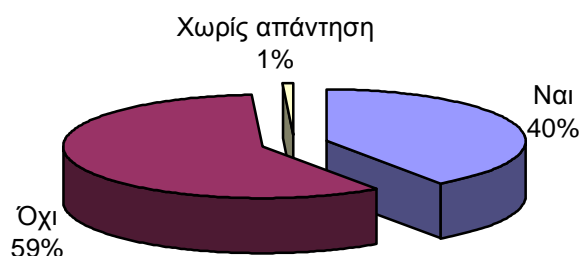


Στην ερώτηση αυτή οι απαντήσεις είναι μοιρασμένες ακριβώς στο μισό, με όσους θέλουν να ενημερωθούν για το εμβόλιο να υπερισχύει ελαφρά.

**Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την επιθυμία τους να ενημερωθούν για την ζωή των ανθρώπων με HIV/AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	241	40,2	40,4	40,4
Όχι	355	59,2	59,6	100,0
Σύνολο	596	99,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	4	,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 14: Θα ήθελαν να ενημερωθούν για την ζωή των ανθρώπων με HIV/AIDS;**

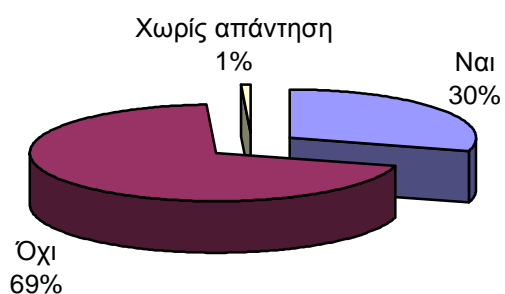


Η πλειοψηφία απαντά αρνητικά.

**Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την επιθυμία τους να ενημερωθούν για το τεστ AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	177	29,5	29,7	29,7
Όχι	419	69,8	70,3	100,0
Σύνολο	596	99,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	4	,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 15: Θέλουν να ενημερωθούν για το τεστ AIDS;**

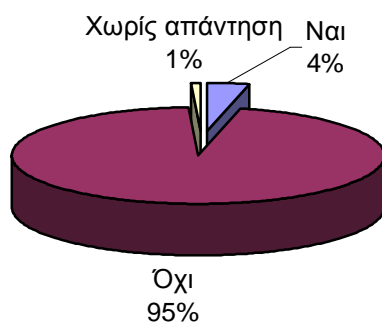


Η πλειοψηφία απαντά αρνητικά.

**Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν θα ήθελαν να ενημερωθούν για το AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	22	3,7	3,7	3,7
Όχι	574	95,7	96,3	100,0
Σύνολο	596	99,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	4	,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν θα ήθελαν να ενημερωθούν για το AIDS**

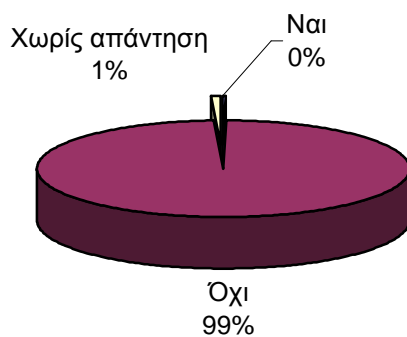


Η συντριπτική πλειοψηφία απαντά αρνητικά.

**Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν α ήθελαν να ενημερωθούν για ειδικά θέματα σχετικά με το AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	1	,2	,2	,2
Όχι	595	99,2	99,8	100,0
Σύνολο	596	99,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	4	,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θα ήθελαν να ενημερωθούν για ειδικά θέματα σχετικά με το AIDS**

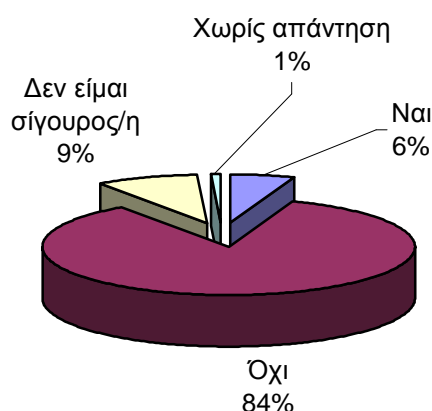


Η πλειοψηφία απαντά αρνητικά.

**Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν ότι το AIDS είναι μια ασθένεια που αφορά συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	33	5,5	5,5	5,5
Όχι	509	84,8	85,4	90,9
Δεν είμαι σίγουρος/η	54	9,0	9,1	100,0
Σύνολο	596	99,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	4	,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν ότι το AIDS είναι μια ασθένεια που αφορά συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες**



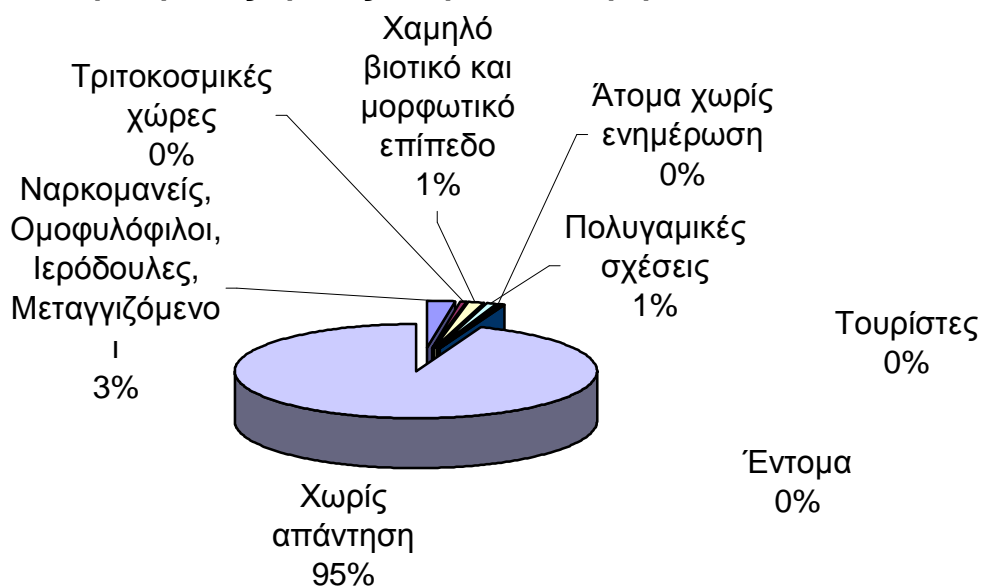
Το 85,4% όσων απάντησαν δεν θεωρούν ότι το AIDS αφορά μια συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα.



**Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποιες πληθυσμιακές ομάδες θεωρούν ότι αφορά το AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναρκομανείς, Ομοφυλόφιλοι, Ιερόδουλες, Μεταγγιζόμενοι	15	2,5	42,9	42,9
Τριτοκοσμικές χώρες	3	,5	8,6	51,4
Χαμηλό βιοτικό και μορφωτικό επίπεδο	9	1,5	25,7	77,1
Πολυγαμικές σχέσεις	5	,8	14,3	91,4
Άτομα χωρίς ενημέρωση	1	,2	2,9	94,3
Τουρίστες	1	,2	2,9	97,1
Έντομα	1	,2	2,9	100,0
Σύνολο	35	5,8	100,0	
Χωρίς Απάντηση	565	94,2		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποιες πληθυσμιακές ομάδες θεωρούν ότι αφορά το AIDS**

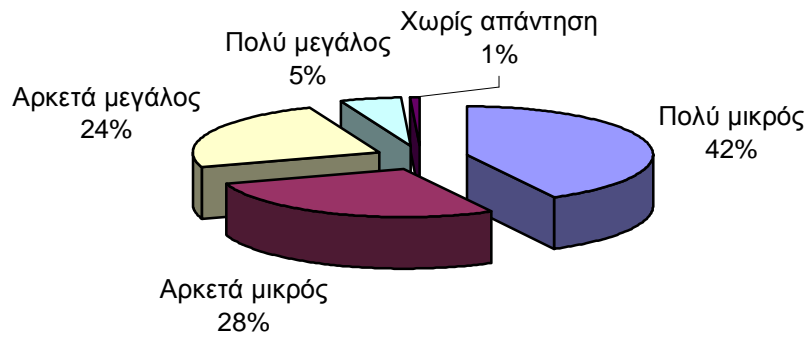


Από όσους απάντησαν θετικά στην ερώτηση 18 η πλειοψηφία θεωρεί ότι το AIDS αφορά κυρίως ναρκομανείς, ομοφυλόφιλους, ιερόδουλες και μεταγιζόμενους.

**Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θεωρούν ότι ο κίνδυνος να κολλήσουν AIDS είναι:**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Πολύ μικρός	254	42,3	42,7	42,7
Αρκετά μικρός	165	27,5	27,7	70,4
Αρκετά μεγάλος	144	24,0	24,2	94,6
Πολύ μεγάλος	32	5,3	5,4	100,0
Σύνολο	595	99,2	100,0	
Χωρίς Απάντηση	5	,8		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θεωρούν ότι ο κίνδυνος να κολλήσουν AIDS είναι:**

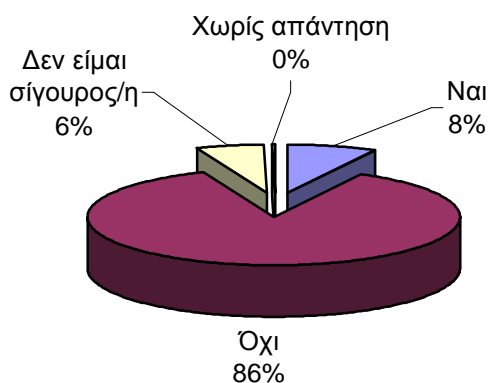


Η πλειοψηφία του δείγματος (70,4%) θεωρεί ότι ο κίνδυνος να κολλήσουν AIDS είναι αρκετά ή πολύ μικρός.

**Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν γνωρίζουν κάποιον από το περιβάλλον τους που έχει HIV ή έχει πεθάνει από AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	46	7,7	7,7	7,7
Όχι	517	86,2	86,3	94,0
Δεν είμαι σίγουρος/η	36	6,0	6,0	100,0
Σύνολο	599	99,8	100,0	
Χωρίς Απάντηση	1	,2		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν γνωρίζουν κάποιον απο το περιβάλλον τους που έχει HIV ή έχει πεθάνει από AIDS**

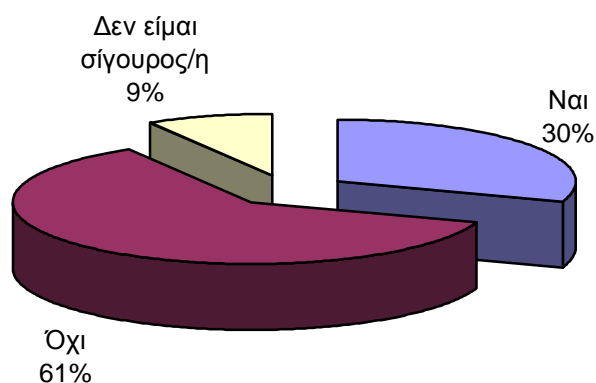


Θετικά απαντά το 7,7% του δείγματος.

**Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν ακούσει για τα φάρμακα κατά του AIDS (πολυθεραπεία, αντιρετροϊκά, αντιπρωτεάσες)**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	181	30,2	30,2	30,2
Όχι	367	61,2	61,2	91,3
Δεν είμαι σίγουρος/η	52	8,7	8,7	100,0
Σύνολο	600	100,0	100,0	

**Σχήμα 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν ακούσει για τα φάρμακα κατά του AIDS (πολυθεραπεία, αντιρετροϊκά, αντιπρωτεάσες)**

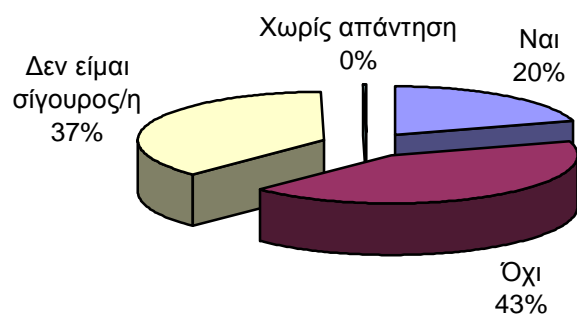


Ένας στους τρεις απαντά θετικά στην παραπάνω ερώτηση.

**Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την άποψη τους αν υπάρχει εμβόλιο κατά του ιού του AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	121	20,2	20,2	20,2
Όχι	253	42,2	42,3	62,5
Δεν είμαι σίγουρος/η	224	37,3	37,5	100,0
Σύνολο	598	99,7	100,0	
Χωρίς Απάντηση	2	,3		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αποπή τους αν υπάρχει εμβόλιο κατά του ιού του AIDS**

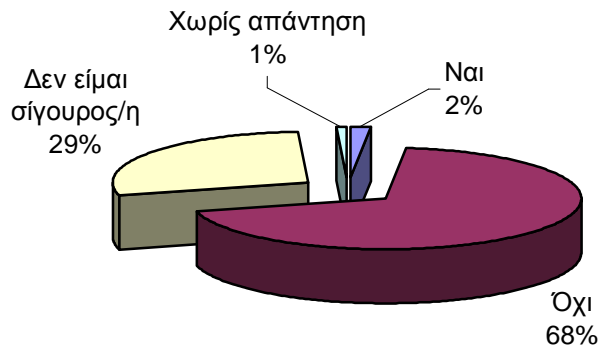


Θετικά απαντά το 20,2% ενώ αρνητικά το 42,3%.

**Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα θεραπεύονται πλήρως**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	10	1,7	1,7	1,7
Όχι	414	69,0	69,6	71,3
Δεν είμαι σίγουρος/η	171	28,5	28,7	100,0
Σύνολο	595	99,2	100,0	
Χωρίς Απάντηση	5	,8		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα θεραπεύονται πλήρως**

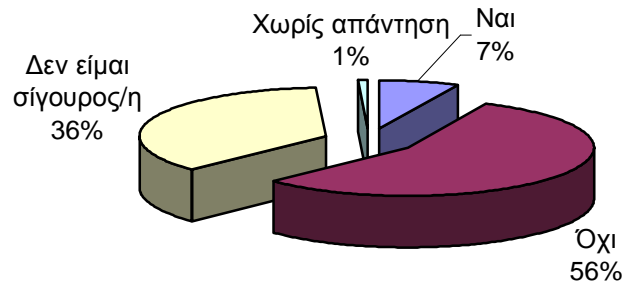


Η μεγάλη πλειοψηφία απαντά αρνητικά στην ερώτηση αυτή. Μόνο 10 στους 600 ερωτηθέντες απάντησε αρνητικά. Αβέβαιο εμφανίζεται το 25,8%.

**Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα παύουν να μεταδίδουν τον ιό**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	42	7,0	7,1	7,1
Όχι	335	55,8	56,3	63,4
Δεν είμαι σίγουρος/η	218	36,3	36,6	100,0
Σύνολο	595	99,2	100,0	
Χωρίς Απάντηση	5	,8		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα παύουν να μεταδίδουν τον ιό**



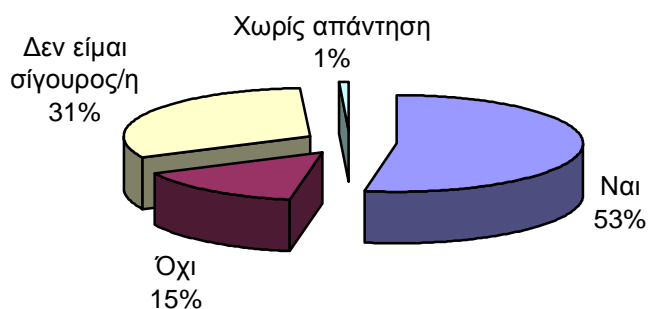
Η πλειοψηφία απαντά αρνητικά στην ερώτηση ενώ αρκετά μεγάλο (36,3%) είναι και το ποσοστό των αβέβαιων απαντήσεων.

**Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα ζουν περισσότερο από ότι παλαιότερα**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	317	52,8	53,3	53,3
Όχι	90	15,0	15,1	68,4
Δεν είμαι σίγουρος/η	188	31,3	31,6	100,0
Σύνολο	595	99,2	100,0	
Χωρίς Απάντηση	5	,8		
Σύνολο	600	100,0		



**Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα ζουν περισσότερο απο ότι παλαιότερα**

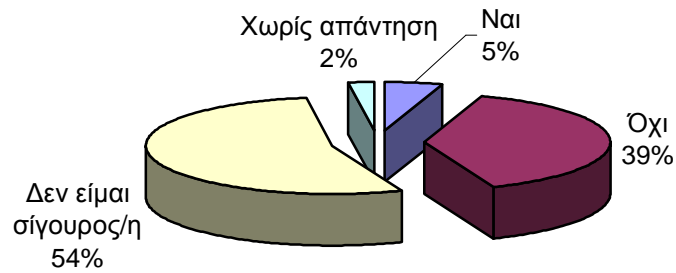


Το 53,3% απαντά θετικά στην ερώτηση.

**Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν πως υπάρχει θεραπεία ικανή να εμποδίσει τη μόλυνση του HIV μετά από μια επικίνδυνη επαφή**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	30	5,0	5,1	5,1
Όχι	233	38,8	39,8	44,9
Δεν είμαι σίγουρος/η	323	53,8	55,1	100,0
Σύνολο	586	97,7	100,0	
Χωρίς Απάντηση	14	2,3		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν πως υπάρχει θεραπεία ικανή να εμποδίσει τη μόλυνση του HIV μετά απο μια επικίνδυνη επαφή**

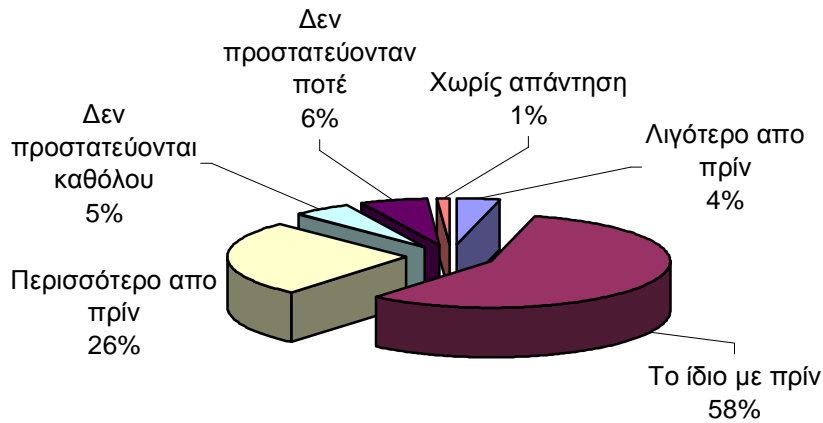


Η πλειοψηφία απαντά με αβεβαιότητα στην ερώτηση αυτή. Πολύ μικρό είναι το ποσοστό όσων απαντούν θετικά (5,0%).

**Πίνακας 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν ότι μετά την εμφάνιση των φαρμάκων προστατεύονται**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Λιγότερο από πριν	24	4,0	4,0	4,0
Το ίδιο με πριν	343	57,2	57,7	61,8
Περισσότερο από πριν	157	26,2	26,4	88,2
Δεν προστατεύονται καθόλου	32	5,3	5,4	93,6
Δεν προστατεύονταν ποτέ	38	6,3	6,4	100,0
Σύνολο	594	99,0	100,0	
Χωρίς Απάντηση	6	1,0		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν ότι μετά την εμφάνιση των φαρμάκων προστατεύονται**

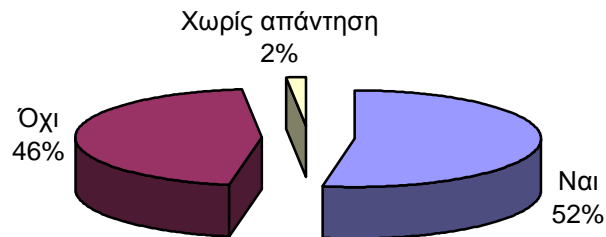


Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος θεωρεί ότι ο βαθμός προστασίας είναι ο ίδιος με αυτόν πριν την εμφάνιση των φαρμάκων.

**Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική επαφή**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	317	52,8	53,7	53,7
Όχι	273	45,5	46,3	100,0
Σύνολο	590	98,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	10	1,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική επαφή**

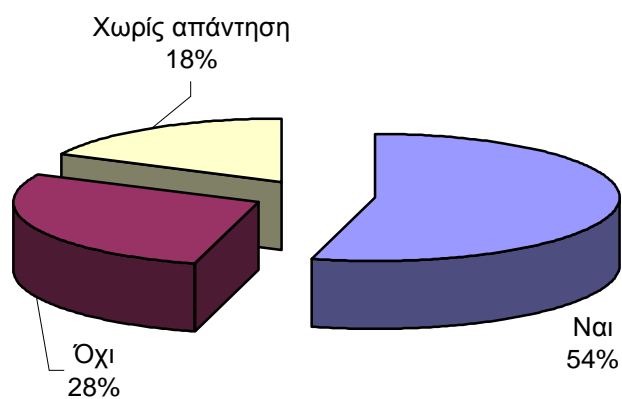


Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες απαντούν θετικά στην ερώτηση. Μεγάλο όμως είναι και το ποσοστό όσων απαντούν αρνητικά (45,5%).

**Πίνακας 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε κολπικό έρωτα**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	325	54,2	65,9	65,9
Όχι	168	28,0	34,1	100,0
Σύνολο	493	82,2	100,0	
Χωρίς Απάντηση	107	17,8		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε κολπικό έρωτα**

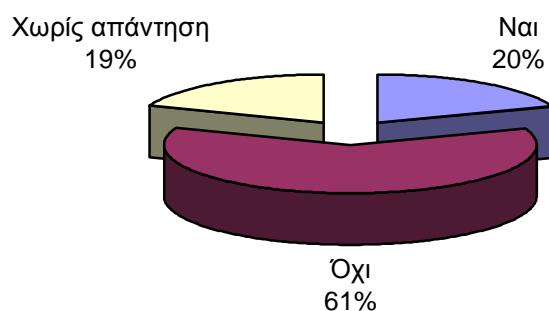


Η πλειοψηφία (65,9%) απαντά θετικά στην ερώτηση.

**Πίνακας 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τον πρωκτικό έρωτα**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	117	19,5	24,1	24,1
Όχι	368	61,3	75,9	100,0
Σύνολο	485	80,8	100,0	
Χωρίς Απάντηση	115	19,2		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τον πρωκτικό έρωτα**

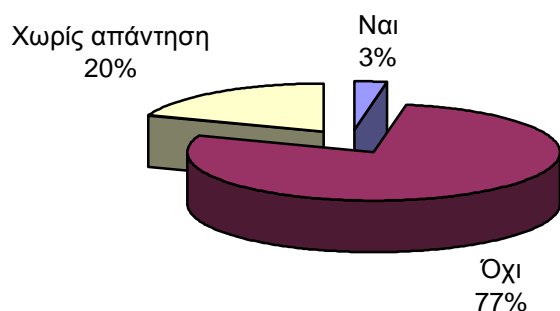


Θετικά απαντά το 19,5% του δείγματος (ή το 24,1% όσων απάντησαν στην ερώτηση).

**Πίνακας 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τον στοματικό έρωτα**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	16	2,7	3,3	3,3
Όχι	467	77,8	96,7	100,0
Σύνολο	483	80,5	100,0	
Χωρίς Απάντηση	117	19,5		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τον στοματικό έρωτα**

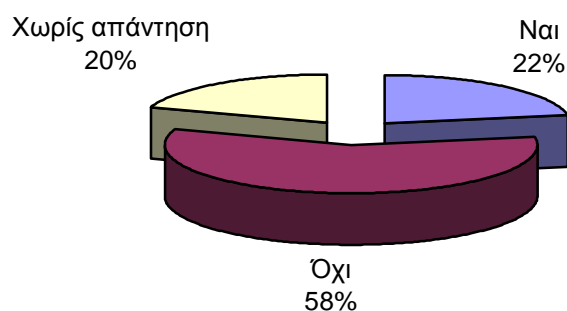


Αρνητικά απαντά η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων.

**Πίνακας 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε όλα τα είδη σεξουαλικής επαφής**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	133	22,2	27,7	27,7
Όχι	348	58,0	72,3	100,0
Σύνολο	481	80,2	100,0	
Χωρίς Απάντηση	119	19,8		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε όλα τα είδη σεξουαλικής επαφής**



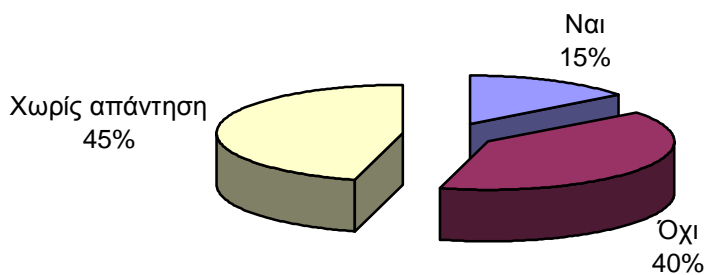
Η πλειοψηφία απαντά αρνητικά στην ερώτηση. Θετικά απαντά ο ένας στους τρεις.

**Πίνακας 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί δεν σκέφτονται τον κίνδυνο μόλυνσης**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	89	14,8	27,3	27,3
Όχι	237	39,5	72,7	100,0
Σύνολο	326	54,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	274	45,7		
Σύνολο	600	100,0		



**Σχήμα 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί δεν σκέφτονται τον κίνδυνο μόλυνσης**

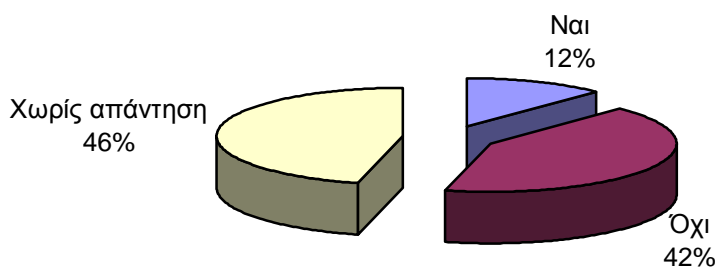


Σύμφωνα με τις απαντήσεις το 27,3% δεν χρησιμοποιεί προφυλακτικό διότι δεν σκέφτονται τον κίνδυνο μόλυνσης.

**Πίνακας 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί πιστεύουν ότι ο κίνδυνος είναι μικρός**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	74	12,3	22,9	22,9
Όχι	249	41,5	77,1	100,0
Σύνολο	323	53,8	100,0	
Χωρίς Απάντηση	277	46,2		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί πιστεύουν ότι ο κίνδυνος είναι μικρός**

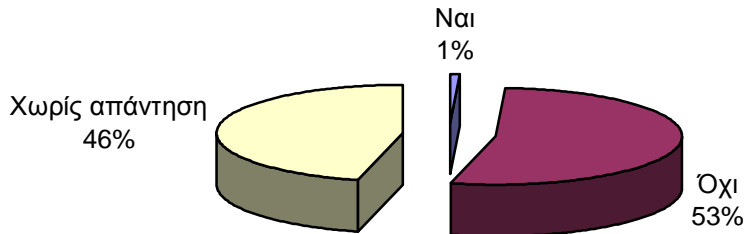


Όσοι απαντούν θετικά θεωρούν μικρό τον κίνδυνο μόλυνσης (σταθερές σχέσεις, έγγαμοι).

**Πίνακας 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί φοβούνται μήπως χάσουν τον/την ερωτικό/η σύντροφο**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	5	,8	1,5	1,5
Όχι	319	53,2	98,5	100,0
Σύνολο	324	54,0	100,0	
Χωρίς Απάντηση	276	46,0		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί φοβούνται μήπως χάσουν τον/την ερωτικό/η σύντροφο**

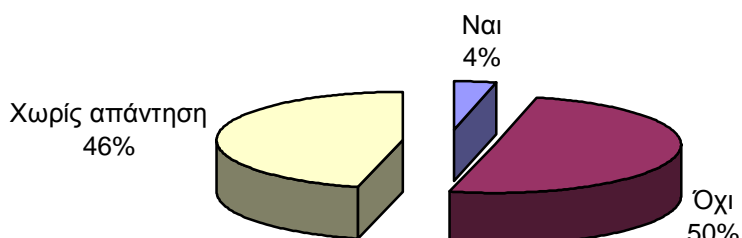


Μόνο 5 στους 324 απαντούν θετικά στην ερώτηση αυτή.

**Πίνακας 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί είναι πολύ ερωτευμένοι**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	21	3,5	6,5	6,5
Όχι	302	50,3	93,5	100,0
Σύνολο	323	53,8	100,0	
Χωρίς Απάντηση	277	46,2		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί είναι πολύ ερωτευμένοι**

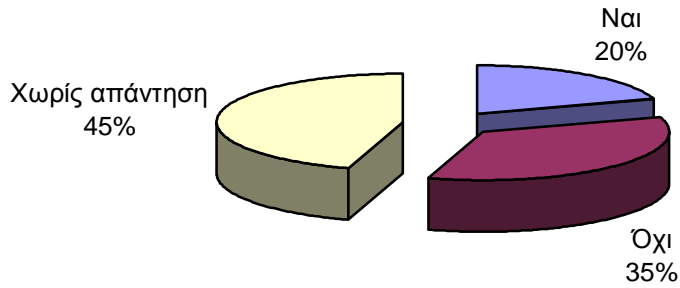


Μόνο το 3,5% απαντά θετικά στην ερώτηση.

**Πίνακας 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί δεν τους αρέσει**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	120	20,0	36,6	36,6
Όχι	208	34,7	63,4	100,0
Σύνολο	328	54,7	100,0	
Χωρίς Απάντηση	272	45,3		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί δεν τους αρέσει**

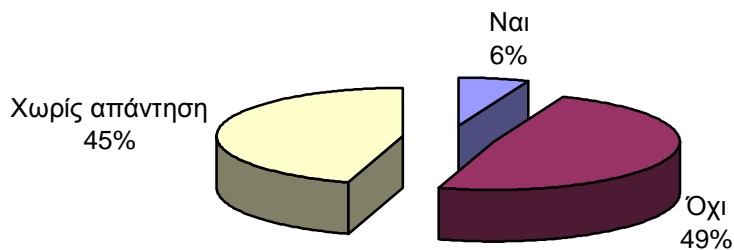


Μεγάλο ποσοστό του δείγματος είναι θετικοί. Η πλειοψηφία όμως απαντά αρνητικά.

**Πίνακας 39: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί διαφωνεί ο/η σύντροφος τους**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	36	6,0	10,9	10,9
Όχι	293	48,8	89,1	100,0
Σύνολο	329	54,8	100,0	
Χωρίς Απάντηση	271	45,2		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 39: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί διαφωνεί ο/η συντροφός τους**

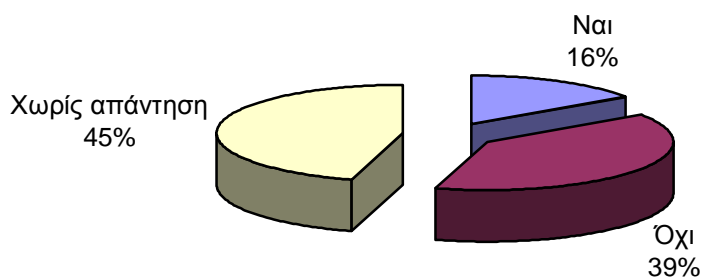


Το 11,0% απαντά θετικά στην ερώτηση.

**Πίνακας 40: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικά γιατί δεν τα έχουν πάντα μαζί τους**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	94	15,7	28,8	28,8
Όχι	232	38,7	71,2	100,0
Σύνολο	326	54,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	274	45,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 40: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικά γιατί δεν τα έχουν πάντα μαζί τους**

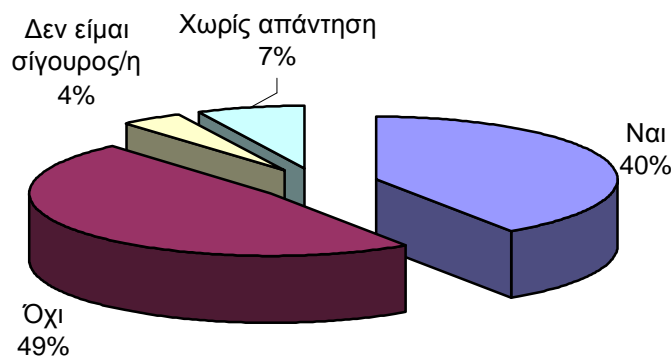


Ο ένας στους τρεις (28,8%) έχει αυτήν την άποψη.

**Πίνακας 41: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν τους έχει σπάσει ποτέ προφυλακτικό**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	243	40,5	43,6	43,6
Όχι	289	48,2	51,9	95,5
Δεν είμαι σίγουρος/η	25	4,2	4,5	100,0
Σύνολο	557	92,8	100,0	
Χωρίς Απάντηση	43	7,2		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 41: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν τους έχει σπάσει ποτέ προφυλακτικό**



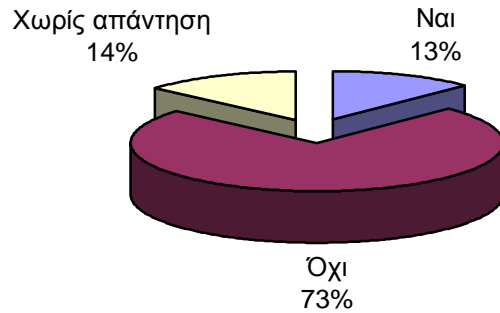
Σχεδόν οι μισοί απαντούν καταφατικά στην ερώτηση αυτή.

**Πίνακας 42: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έκαναν τεστ AIDS μετά από μια επικίνδυνη σεξουαλική επαφή**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	75	12,5	14,5	14,5
Όχι	443	73,8	85,5	100,0
Σύνολο	518	86,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	82	13,7		
Σύνολο	600	100,0		



**Σχήμα 42: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έκαναν τεστ AIDS μετά απο μια επικίνδυνη σεξουαλική επαφή**

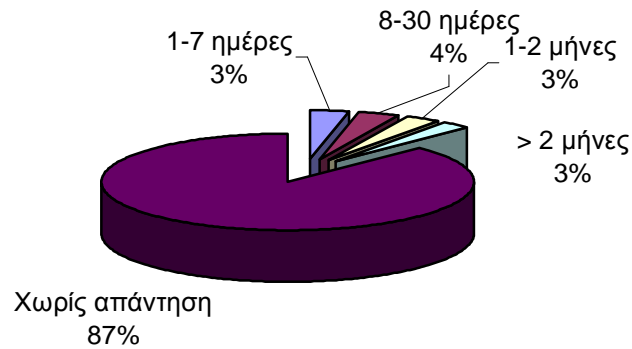


Θετικά απαντά το 14,5% των ερωτηθέντων .

**Πίνακας 43: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον χρόνο που έκαναν την εξέταση για AIDS μετά από επικίνδυνη σεξουαλική επαφή**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
1-7 ημέρες	20	3,3	26,7	26,7
8-30 ημέρες	22	3,7	29,3	56,0
1-2 μήνες	18	3,0	24,0	80,0
> 2 μήνες	15	2,5	20,0	100,0
Σύνολο	75	12,5	100,0	
Χωρίς Απάντηση	525	87,5		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 43: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον χρόνο που έκαναν την εξέταση για AIDS μετά από επικίνδυνη σεξουαλική επαφή**

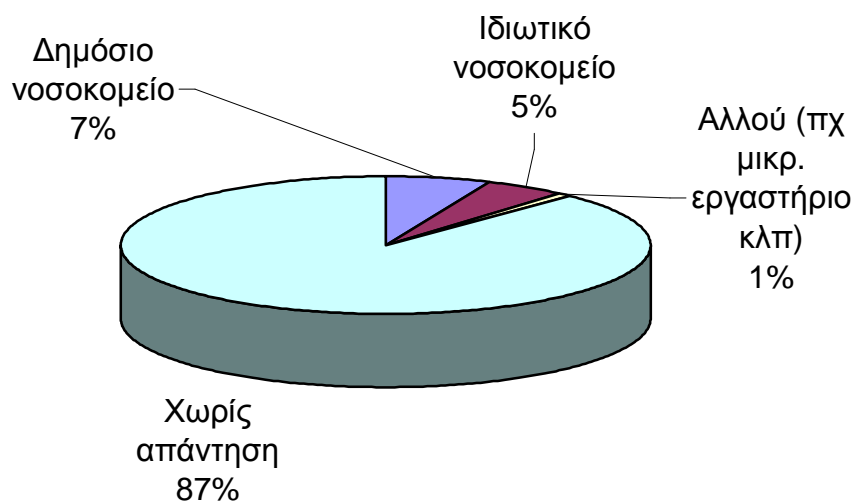


Το δείγμα είναι μοιρασμένο με τα ίδια ποσοστά απαντήσεων. Μόνο το 3,3% πήγε άμεσα να κάνει εξέταση.

**Πίνακας 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πού έκαναν εξέταση για AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Δημόσιο νοσοκομείο	39	6,5	53,4	53,4
Ιδιωτικό νοσοκομείο	30	5,0	41,1	94,5
Αλλού (πχ μικρ. εργαστήριο κλπ)	4	,7	5,5	100,0
Σύνολο	73	12,2	100,0	
Χωρίς Απάντηση	527	87,8		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πού έκαναν εξέταση για AIDS**

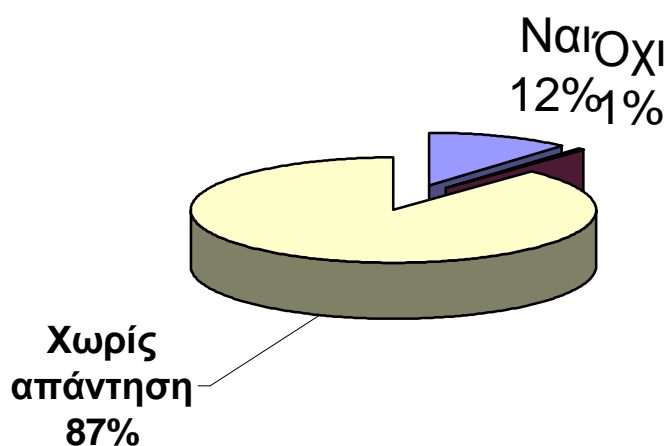


Και εδώ το δείγμα είναι μοιρασμένο ανάμεσα στα δημόσια και στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

**Πίνακας 45: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πήραν τα αποτελέσματα της εξέτασης που έκαναν**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	69	11,5	95,8	95,8
Όχι	3	,5	4,2	100,0
Σύνολο	72	12,0	100,0	
Χωρίς Απάντηση	528	88,0		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 45: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πήραν τα αποτελέσματα της εξέτασης που έκαναν**

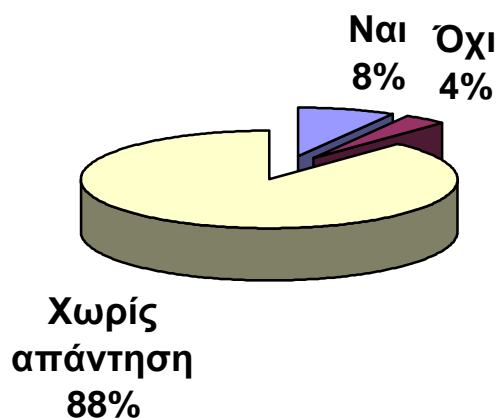


Η πλειοψηφία (95,8%) απαντά θετικά.

**Πίνακας 46: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν μίλησαν με τον γιατρό για την σεξουαλική τους ζωή πριν την εξέταση**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	50	8,3	69,4	69,4
Όχι	22	3,7	30,6	100,0
Σύνολο	72	12,0	100,0	
Χωρίς Απάντηση	528	88,0		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 46: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν μίλησαν με τον γιατρό για την σεξουαλική τους ζωή πριν την εξέταση**

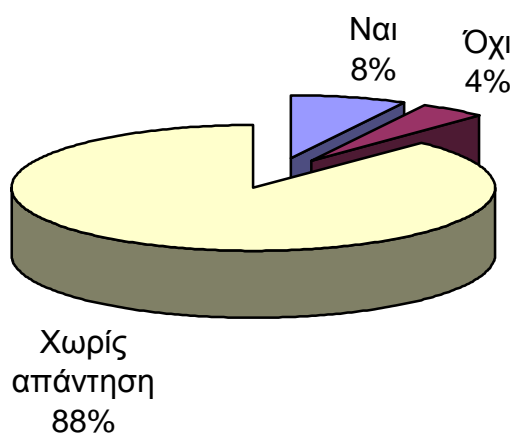


Ο ένας στους τρεις που έκανε εξέταση δηλώνει ότι δεν συζήτησε με τον γιατρό πριν την διενέργεια.

**Πίνακας 47: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν μίλησαν με τον γιατρό για την σεξουαλική τους ζωή μετά την ανακοίνωση του αποτελέσματος της εξέτασης για AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	47	7,8	64,4	64,4
Όχι	26	4,3	35,6	100,0
Σύνολο	73	12,2	100,0	
Χωρίς Απάντηση	527	87,8		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 47: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν μίλησαν με τον γιατρό για την σεξουαλική τους ζωή μετά την ανακοίνωση του αποτελέσματος της εξέτασης για AIDS**

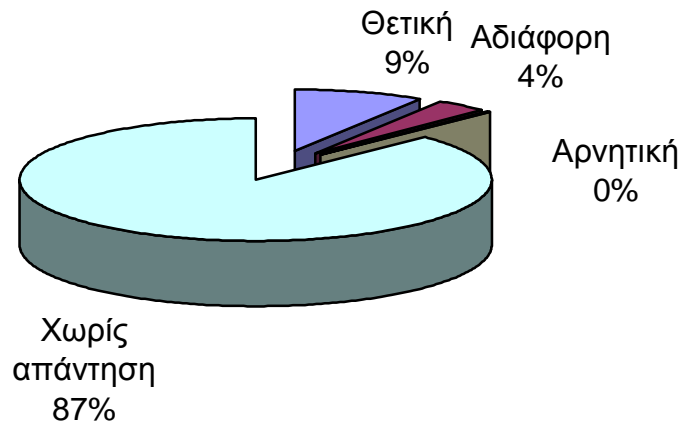


Ο ένας στους τρεις που έκανε εξέταση δηλώνει ότι δεν συζήτησε με τον γιατρό μετά την διενέργεια.

**Πίνακας 48: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πώς θα χαρακτήριζαν την επαφή με τον γιατρό κατά (ή μετά) την εξέταση για AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Θετική	53	8,8	69,7	69,7
Αδιάφορη	22	3,7	28,9	98,7
Αρνητική	1	,2	1,3	100,0
Σύνολο	76	12,7	100,0	
Χωρίς Απάντηση	524	87,3		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 48: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πώς θα χαρακτήριζαν την επαφή με τον γιατρό κατα (ή μετά) την εξέταση για AIDS**

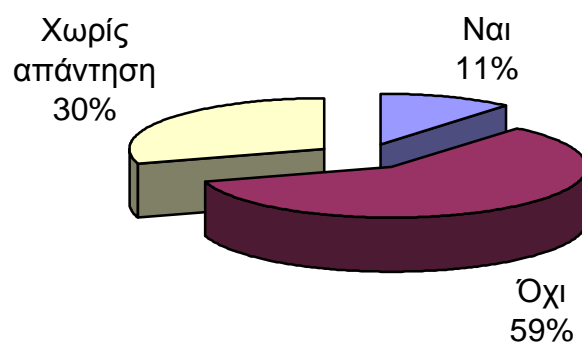


Θετική άποψη εκφράζει το 69,7% όσων απάντησαν.

**Πίνακας 49: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν έκαναν εξέταση για AIDS γιατί φοβήθηκαν ένα θετικό αποτέλεσμα**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	66	11,0	15,6	15,6
Όχι	356	59,3	84,4	100,0
Σύνολο	422	70,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	178	29,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 49: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν έκαναν εξέταση για AIDS γιατί φοβήθηκαν ένα θετικό αποτέλεσμα**



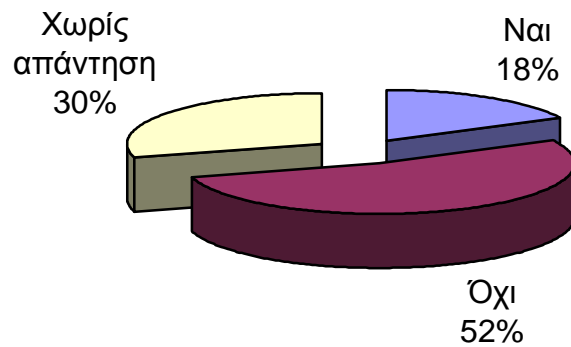
Θετικά απαντά το 15,6% του πραγματικού δείγματος.

**Πίνακας 50: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν έκαναν εξέταση για AIDS γιατί θα είχαν άγχος εν αναμονή του αποτελέσματος**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	105	17,5	24,8	24,8
Όχι	318	53,0	75,2	100,0
Σύνολο	423	70,5	100,0	
Χωρίς Απάντηση	177	29,5		
Σύνολο	600	100,0		



**Σχήμα 50: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν έκαναν εξέταση για AIDS γιατί θα είχαν άγχος εν αναμονή του αποτελέσματος**

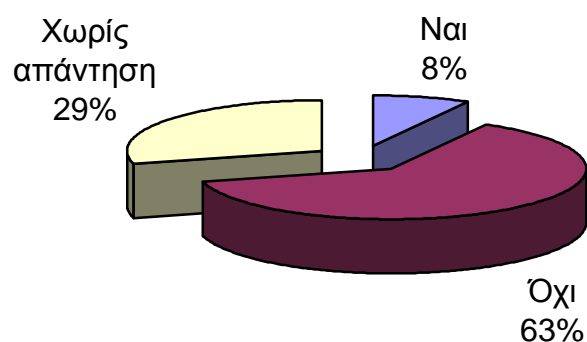


Θετικά απαντά το 24,8%, ενώ αρνητικά απαντά το 75,2% του πραγματικού δείγματος.

**Πίνακας 51: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν έκαναν εξέταση για AIDS γιατί δεν υπάρχει ανωνυμία και εμπιστευτικότητα**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	48	8,0	11,3	11,3
Όχι	376	62,7	88,7	100,0
Σύνολο	424	70,7	100,0	
Χωρίς Απάντηση	176	29,3		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 51: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν έκαναν εξέταση για AIDS γιατί δεν υπάρχει ανωνυμία και εμπιστευτικότητα**

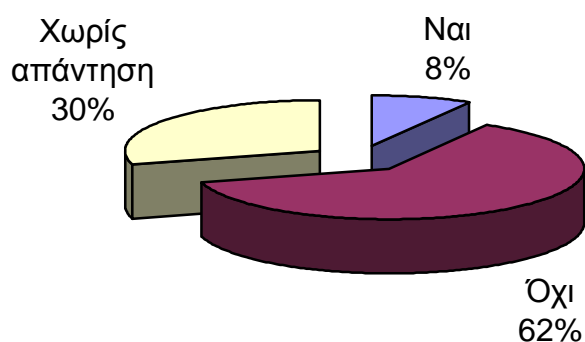


Το 11,3% δηλώνει ότι η έλλειψη ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας είναι η αιτία που δεν έκαναν εξέταση.

**Πίνακας 52: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν έκαναν εξέταση για AIDS γιατί δεν είχαν χρήματα για την εξέταση**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	50	8,3	11,8	11,8
Όχι	373	62,2	88,2	100,0
Σύνολο	423	70,5	100,0	
Χωρίς Απάντηση	177	29,5		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 52: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν έκαναν εξέταση για AIDS γιατί δεν είχαν χρήματα για την εξέταση**

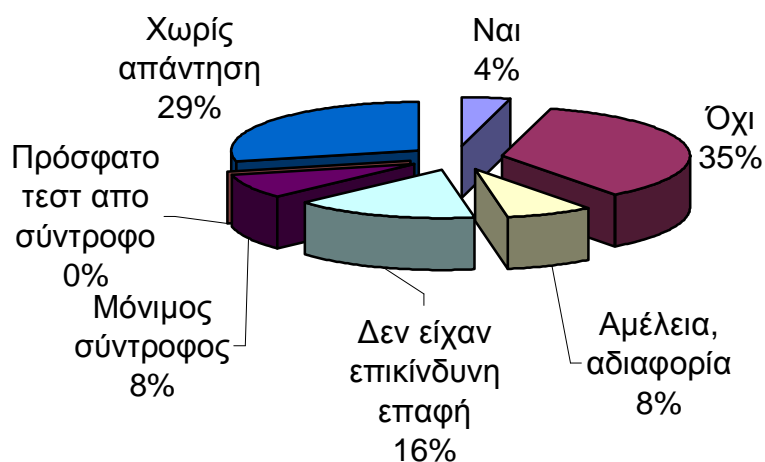


Το 11,8% απαντά ότι το κόστος της εξέτασης είναι η αιτία που δεν έκαναν εξέταση.

**Πίνακας 53: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν έκαναν εξέταση για AIDS για άλλους λόγους (πλην των ανωτέρω).**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	26	4,3	6,1	6,1
Όχι	213	35,5	49,7	55,7
Αμέλεια, αδιαφορία	45	7,5	10,5	66,2
Δεν είχαν επικίνδυνη επαφή	95	15,8	22,1	88,3
Μόνιμος σύντροφος	49	8,2	11,4	99,8
Πρόσφατο τεστ από σύντροφο	1	,2	,2	100,0
Σύνολο	429	71,5	100,0	
Χωρίς Απάντηση	171	28,5		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 53: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν δεν έκαναν εξέταση για AIDS για άλλους λόγους (πλήν των ανωτέρω).**

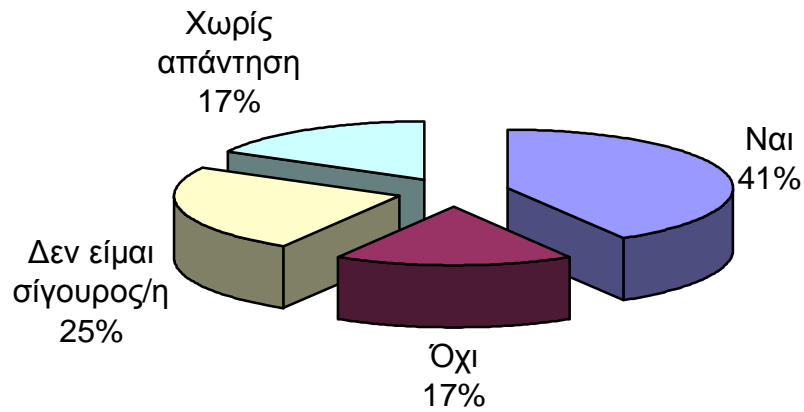


Το 4,3% δεν έκαναν εξέταση για άλλους λόγους από αυτούς που αναφέρθηκαν. Το υπόλοιπο 44,2% περιγράφει ανάλογα κάποιους από τους άλλους λόγους.

**Πίνακας 54: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θα πήγαιναν πιο εύκολα να κάνουν εξέταση για AIDS εάν τα αποτελέσματα έβγαιναν μετά από 1 ώρα**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	248	41,3	49,8	49,8
Όχι	103	17,2	20,7	70,5
Δεν είμαι σίγουρος/η	147	24,5	29,5	100,0
Σύνολο	498	83,0	100,0	
Χωρίς Απάντηση	102	17,0		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 54: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θα πήγαιναν πιο εύκολα να κάνουν εξέταση για AIDS εάν τα αποτελέσματα έβγαιναν μετά απο 1 ώρα**

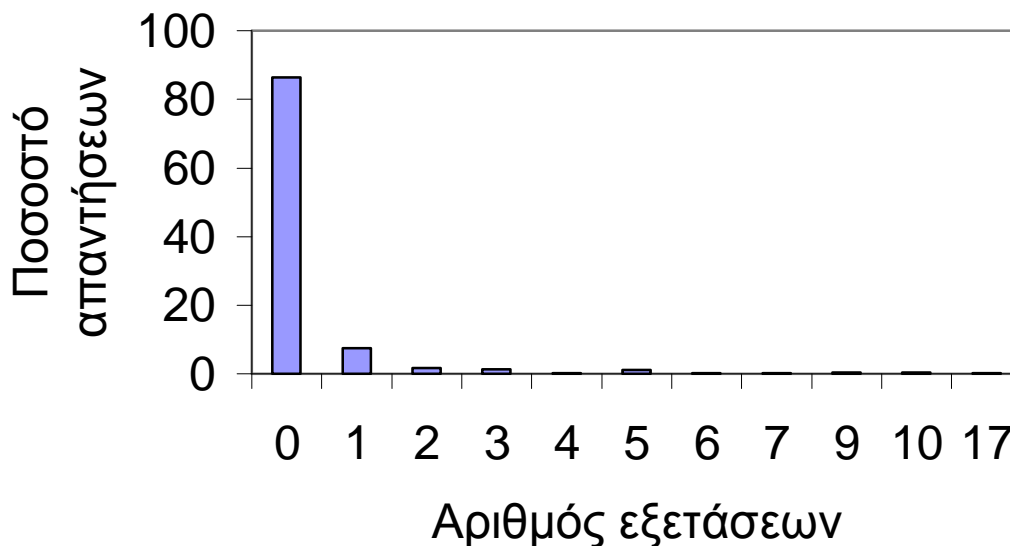


Οι μισοί (49,8%) όσων απάντησαν στην ερώτηση συμφωνούν με την άποψη αυτή.

**Πίνακας 55: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό εξετάσεων για AIDS που έχουν κάνει.**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
0	519	86,5	86,5	86,5
1	45	7,5	7,5	94,0
2	10	1,7	1,7	95,7
3	8	1,3	1,3	97,0
4	1	,2	,2	97,2
5	7	1,2	1,2	98,3
6	1	,2	,2	98,5
7	2	,3	,3	98,8
9	3	,5	,5	99,3
10	3	,5	,5	99,8
17	1	,2	,2	100,0
Σύνολο	600	100,0	100,0	

**Σχήμα 55: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό εξετάσεων για AIDS που έχουν κάνει.**

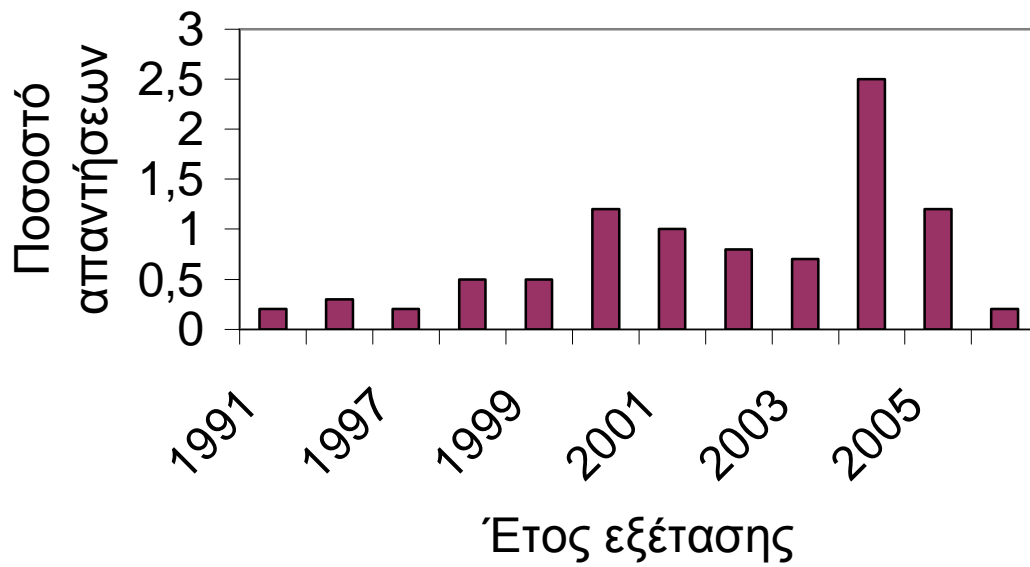


Το μεγαλύτερο ποσοστό όσων έχουν κάνει εξέταση δηλώνουν 1 ή 2 φορές (9,2%). Όσοι δηλώνουν αρκετές φορές (5 και άνω) είναι συνήθως αιμοδότες.

**Πίνακας 56: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πότε έκαναν για πρώτη φορά εξέταση για AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ποτέ	531	88,5	90,6	90,6
1991	1	,2	,2	90,8
1992	2	,3	,3	91,1
1997	1	,2	,2	91,3
1998	3	,5	,5	91,8
1999	3	,5	,5	92,3
2000	7	1,2	1,2	93,5
2001	6	1,0	1,0	94,5
2002	5	,8	,9	95,4
2003	4	,7	,7	96,1
2004	15	2,5	2,6	98,6
2005	7	1,2	1,2	99,8
2006	1	,2	,2	100,0
Σύνολο	586	97,7	100,0	
Χωρίς Απάντηση	14	2,3		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 56: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πότε έκαναν για πρώτη φορά εξέταση για AIDS**



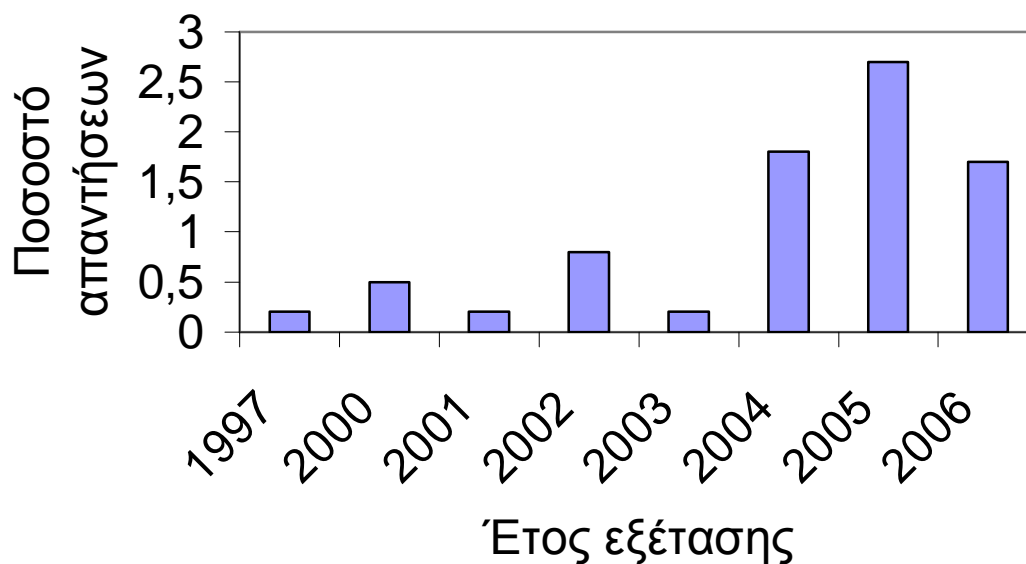
Τα μεγαλύτερα ποσοστά αφορούν το πρόσφατο παρελθόν (πριν από 2 – 4 έτη).



**Πίνακας 57: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πότε ήταν η τελευταία φορά που έκαναν εξέταση για AIDS**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ποτέ	531	88,5	91,7	91,7
1997	1	,2	,2	91,9
2000	3	,5	,5	92,4
2001	1	,2	,2	92,6
2002	5	,8	,9	93,4
2003	1	,2	,2	93,6
2004	11	1,8	1,9	95,5
2005	16	2,7	2,8	98,3
2006	10	1,7	1,7	100,0
Σύνολο	579	96,5	100,0	
Χωρίς Απάντηση	21	3,5		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 57: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πότε ήταν η τελευταία φορά που έκαναν εξέταση για AIDS**

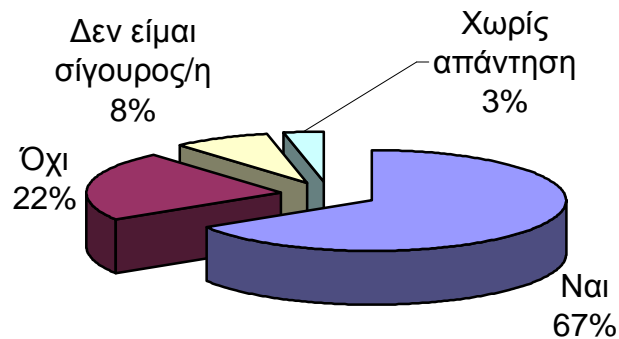


Και οι απαντήσεις της ερώτησης αυτής αφορούν το πρόσφατο παρελθόν με τον μεγαλύτερο αριθμό εξετάσεων να έχουν γίνει το 2005.

**Πίνακας 58: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν δει φυλλάδια, αφίσες, τηλεοπτικά ή ραδιοφωνικά σποτ που αναφέρονται στο τεστ για AIDS στην Ελλάδα**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ναι	397	66,2	68,3	68,3
Όχι	134	22,3	23,1	91,4
Δεν είμαι σίγουρος/η	50	8,3	8,6	100,0
Σύνολο	581	96,8	100,0	
Χωρίς Απάντηση	19	3,2		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 58: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν δει φυλλάδια, αφίσες, τηλεοπτικά ή ραδιοφωνικά σποτ που αναφέρονται στο τεστ για AIDS στην Ελλάδα**

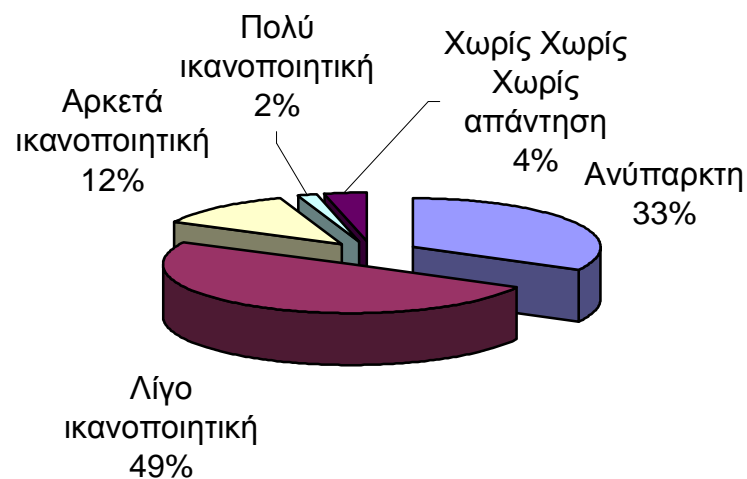


Η πλειοψηφία του δείγματος απαντά θετικά στην ερώτηση.

**Πίνακας 59: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πώς θα χαρακτήριζαν την πρόληψη για το AIDS στην Ελλάδα**

	Απαντήσεις	(%)	Πραγματικό (%)	Αθροιστικό (%)
Ανύπαρκτη	197	32,8	34,1	34,1
Λίγο ικανοποιητική	298	49,7	51,6	85,6
Αρκετά ικανοποιητική	73	12,2	12,6	98,3
Πολύ ικανοποιητική	10	1,7	1,7	100,0
Σύνολο	578	96,3	100,0	
Χωρίς Απάντηση	22	3,7		
Σύνολο	600	100,0		

**Σχήμα 59: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πώς θα χαρακτήριζαν την πρόληψη για το AIDS στην Ελλάδα**



Λίγο έως αρκετά ικανοποιητική βρίσκει η πλειοψηφία του δείγματος την πρόληψη του AIDS στην Ελλάδα.

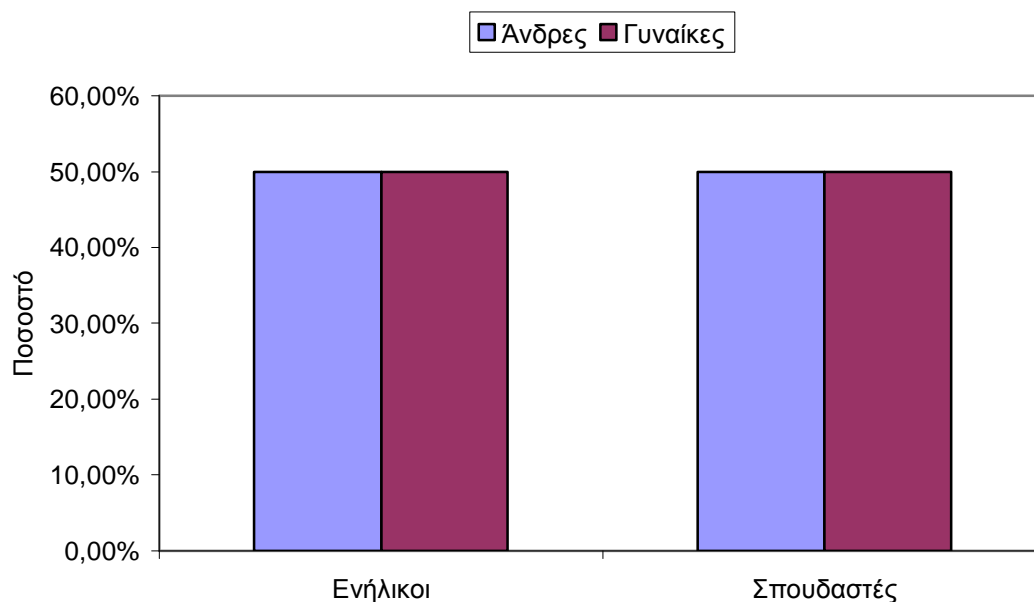
## **Β. Πίνακες Συνάφειας**

**(Με βάση τη προέλευση του δείγματος)**

**Πίνακας 60 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την προέλευση του δείγματος**

Φύλο	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Άνδρες	150 50,0%	150 50,0%	300 50,0%
Γυναίκες	150 50,0%	150 50,0%	300 50,0%
Σύνολο	300 100,0%	300 100,0%	600 100,0%

**Σχήμα 60 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την προέλευση του δείγματος**



Το δείγμα είναι μοιρασμένο ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, ενήλικους και σπουδαστές.

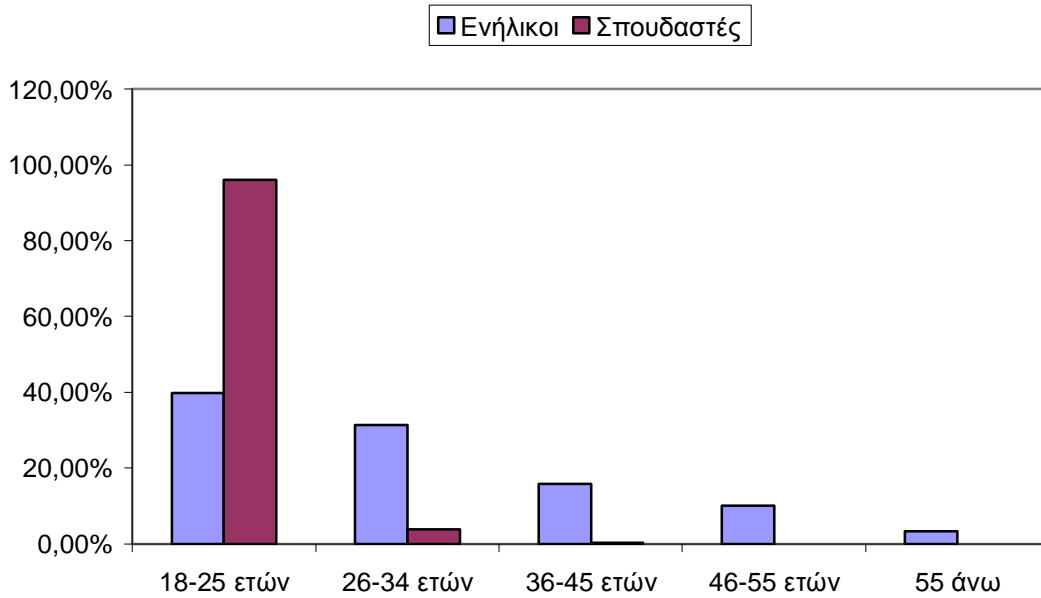
**Πίνακας 61: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την προέλευση του δείγματος**

Ηλικιακή Ομάδα	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
18-25 ετών	119	288	407
	39,7%	96,0%	67,8%
26-34 ετών	94	11	105
	31,3%	3,7%	17,5%
36-45 ετών	47	1	48
	15,7%	,3%	8,0%
46-55 ετών	30	0	30
	10,0%	,0%	5,0%
55 άνω	10	0	10
	3,3%	,0%	1,7%
Σύνολο	300	300	600
	100,0%	100,0%	100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	219,867	4	,000

**Σχήμα 61: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την προέλευση του δείγματος**



Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα οι ηλικίες των ενηλίκων καλύπτουν όλο το φάσμα ενώ αυτές των σπουδαστών καλύπτουν τις χαμηλότερες από αυτές. Η κατανομή αυτή είναι αναμενόμενη δεν είναι τυχαία και στατιστικά σημαντική ( $P < 0,05$ ).

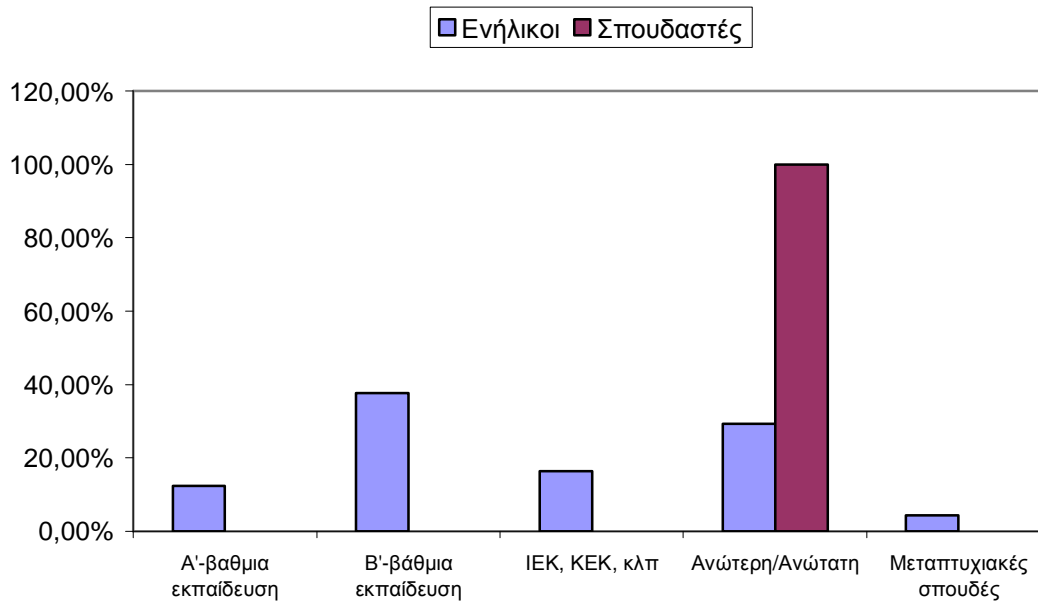
**Πίνακας 62: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο και την προέλευση του δείγματος**

Μορφωτικό επίπεδο	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
A'-βάθμια εκπαίδευση	37 12,3%	0 ,0%	37 6,2%
B'-βάθμια εκπαίδευση	113 37,7%	0 ,0%	113 18,8%
ΙΕΚ, ΚΕΚ, κλπ	49 16,3%	0 ,0%	49 8,2%
Ανώτερη/Ανώτατη	88 29,3%	300 100,0%	388 64,7%
Μεταπτυχιακές σπουδές	13 4,3%	0 ,0%	13 2,2%
Σύνολο	300 100,0%	300 100,0%	600 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	327,835	4	,000

**Σχήμα 62: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο και την προέλευση του δείγματος**



Και αυτός ο πίνακας είναι στατιστικά σημαντικός μιας και δεν αναμένουμε ομοιομορφία στα αποτελέσματα (δεδομένου ότι το σύνολο των σπουδαστών έχουν ανώτερη/ ανώτατη μόρφωση).



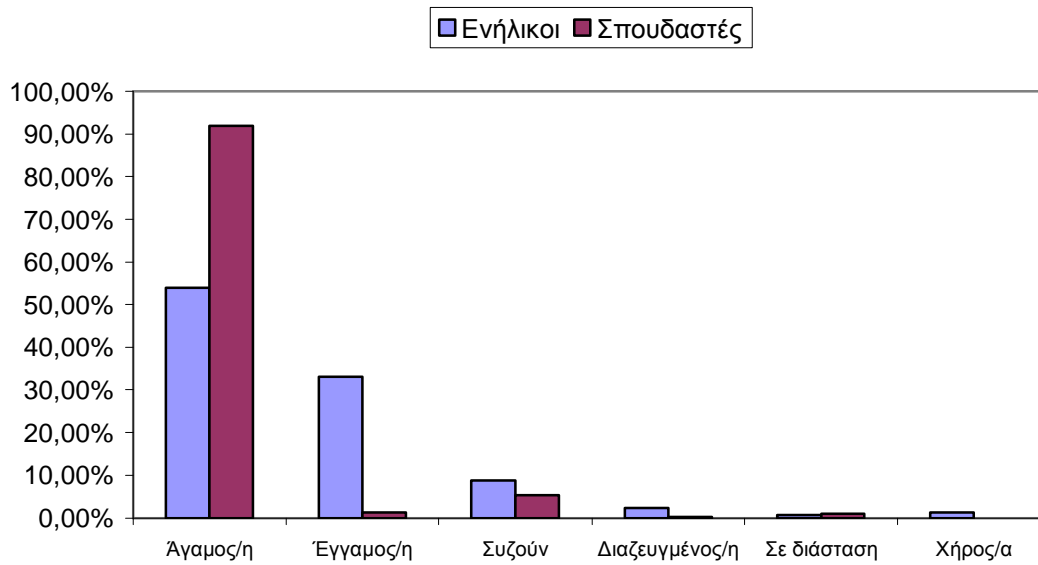
**Πίνακας 63: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και την προέλευση του δείγματος**

Οικογενειακή κατάσταση	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Άγαμος/η	162 54,0%	276 92,0%	438 73,0%
Έγγαμος/η	99 33,0%	4 1,3%	103 17,2%
Συζούν	26 8,7%	16 5,3%	42 7,0%
Διαζευγμένος /η	7 2,3%	1 ,3%	8 1,3%
Σε διάσταση	2 ,7%	3 1,0%	5 ,8%
Χήρος/α	4 1,3%	0 ,0%	4 ,7%
Σύνολο	300 100,0%	300 100,0%	600 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	128,374	5	,000

**Σχήμα 63: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και την προέλευση του δείγματος**



Υπάρχουν σαφείς (και αναμενόμενες) διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ενηλίκων και των σπουδαστών. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

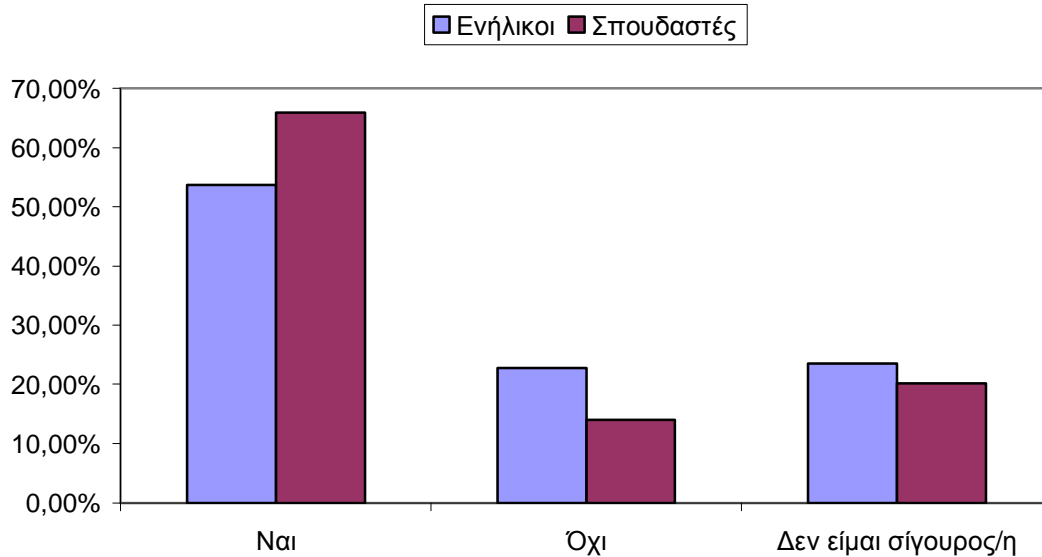
**Πίνακας 64: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση του δείγματος και εάν αισθάνονται ενημερωμένοι στο θέμα του AIDS**

Αισθάνονται ενημερωμένοι στο θέμα του AIDS	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ναι	160 53,7%	197 65,9%	357 59,8%
Όχι	68 22,8%	42 14,0%	110 18,4%
Δεν είμαι σίγουρος/η	70 23,5%	60 20,1%	130 21,8%
Σύνολο	298 100,0%	299 100,0%	597 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	10,748	2	,005

**Σχήμα 64: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση του δείγματος και εάν αισθάνονται ενημερωμένοι στο θέμα του AIDS**



Μεγαλύτερο ποσοστό σπουδαστών από ότι ενηλίκων απαντά θετικά στην ερώτηση αυτή. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

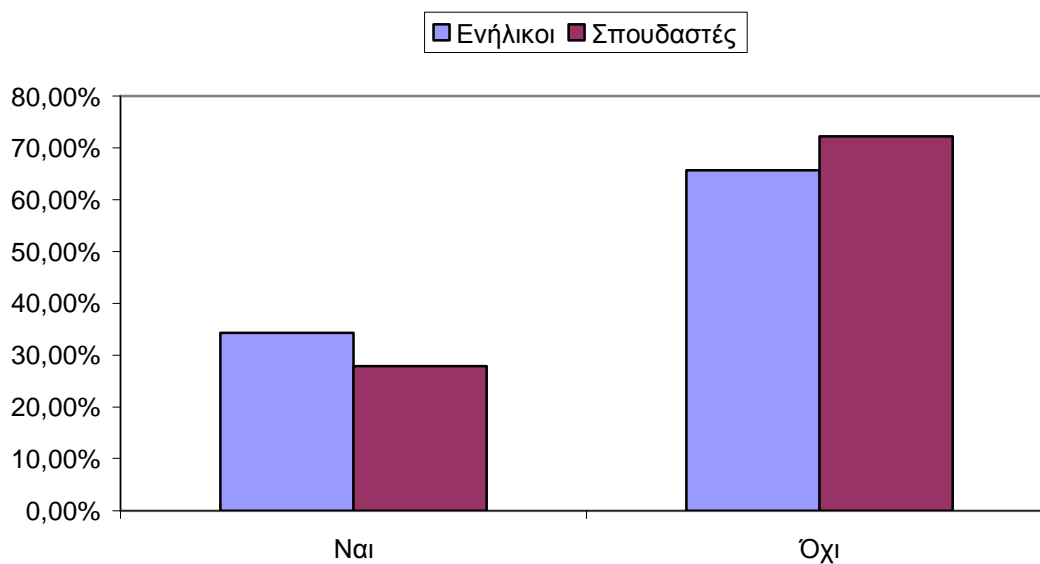
**Πίνακας 65: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση του δείγματος και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τον αριθμό κρουσμάτων στην Ελλάδα**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Θα ήθελαν να ενημερωθούν για τον αριθμό κρουσμάτων στην Ελλάδα			
Ναι	102 34,3%	83 27,8%	185 31,0%
Όχι	195 65,7%	216 72,2%	411 69,0%
Σύνολο	297 100,0%	299 100,0%	596 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	3,018	1	,082

**Σχήμα 65: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση του δείγματος και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τον αριθμό κρουσμάτων στην Ελλάδα**



Από τον πίνακα φαίνεται ότι περισσότεροι ενήλικες και λιγότεροι σπουδαστές επιθυμούν ενημέρωση για τον αριθμό των κρουσμάτων στην Ελλάδα. Η διαφορά όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική και το τελικό συμπέρασμα είναι ότι αμφότερες οι ομάδες στον ίδιο βαθμό γενικά δεν επιθυμούν αυτήν την ενημέρωση.

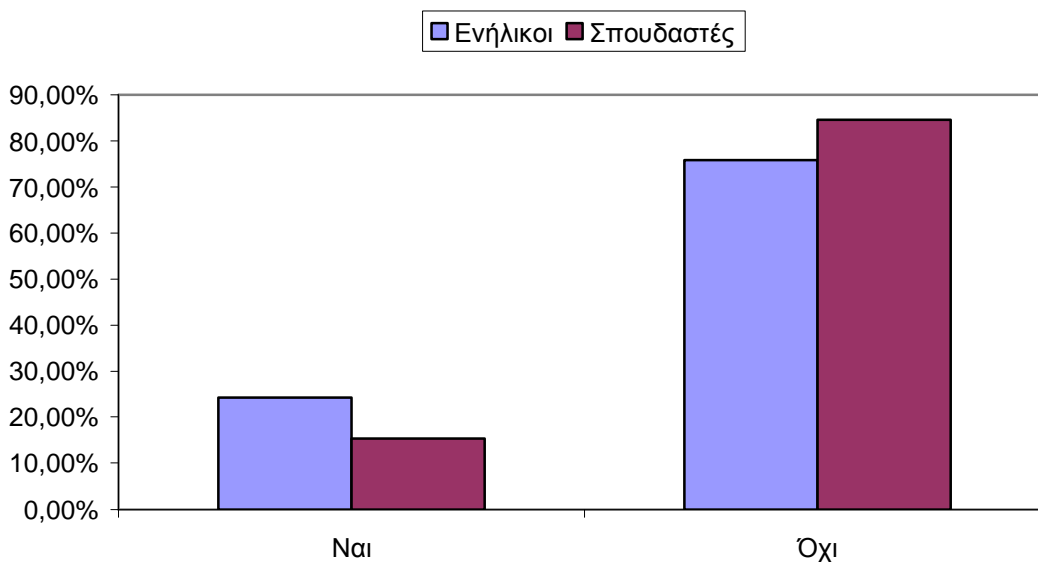
**Πίνακας 66: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τον παγκόσμιο αριθμό κρουσμάτων**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Θα ήθελαν να ενημερωθούν για τον παγκόσμιο αριθμό κρουσμάτων			
Ναι	72 24,2%	46 15,4%	118 19,8%
Όχι	225 75,8%	253 84,6%	478 80,2%
Σύνολο	297 100,0%	299 100,0%	596 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	7,362	1	,007

**Σχήμα 66: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τον παγκόσμιο αριθμό κρουσμάτων**



Είναι μεγαλύτερα τα ποσοστά των ενηλίκων που επιθυμούν ή των σπουδαστών που δεν επιθυμούν μια τέτοια πληροφόρηση. Το δείγμα δεν είναι μοιρασμένο και η στατιστική σημαντικότητα δείχνει ότι οι απαντήσεις δεν είναι τυχαία κατανομημένες αλλά επηρεάζονται από την προέλευση.

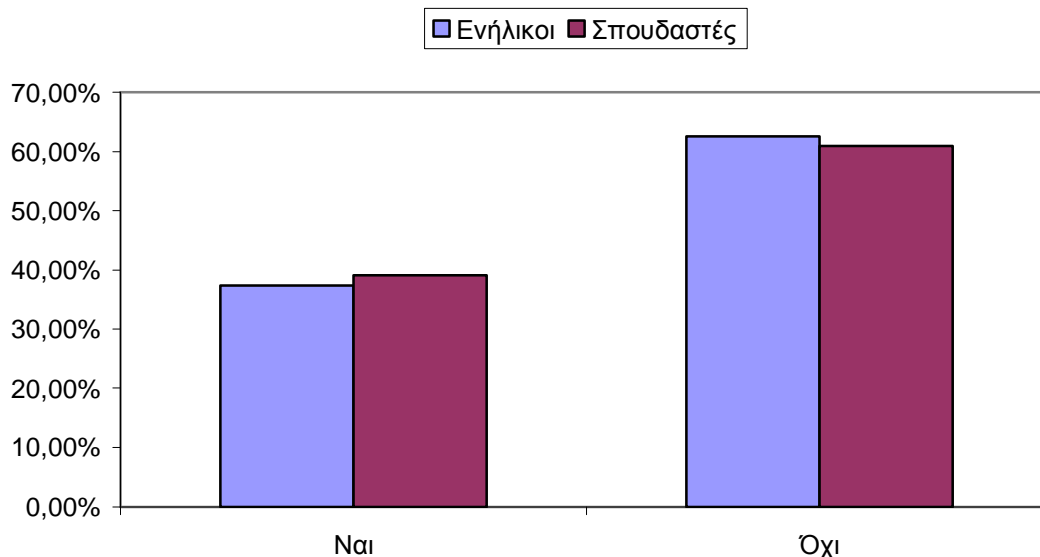
**Πίνακας 67: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για την φαρμακευτική αγωγή**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Θα ήθελαν να ενημερωθούν για την φαρμακευτική αγωγή			
Ναι	111 37,4%	117 39,1%	228 38,3%
Όχι	186 62,6%	182 60,9%	368 61,7%
Σύνολο	297 100,0%	299 100,0%	596 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,195	1	,659

**Σχήμα 67: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για την φαρμακευτική αγωγή**



Εδώ τα ποσοστά όσων επιθυμούν ή δεν επιθυμούν ενημέρωση για την φαρμακευτική αγωγή είναι μοιρασμένα. Δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ( $P > 0,05$ ) και η προέλευση του δείγματος δεν επηρεάζει τις απαντήσεις.

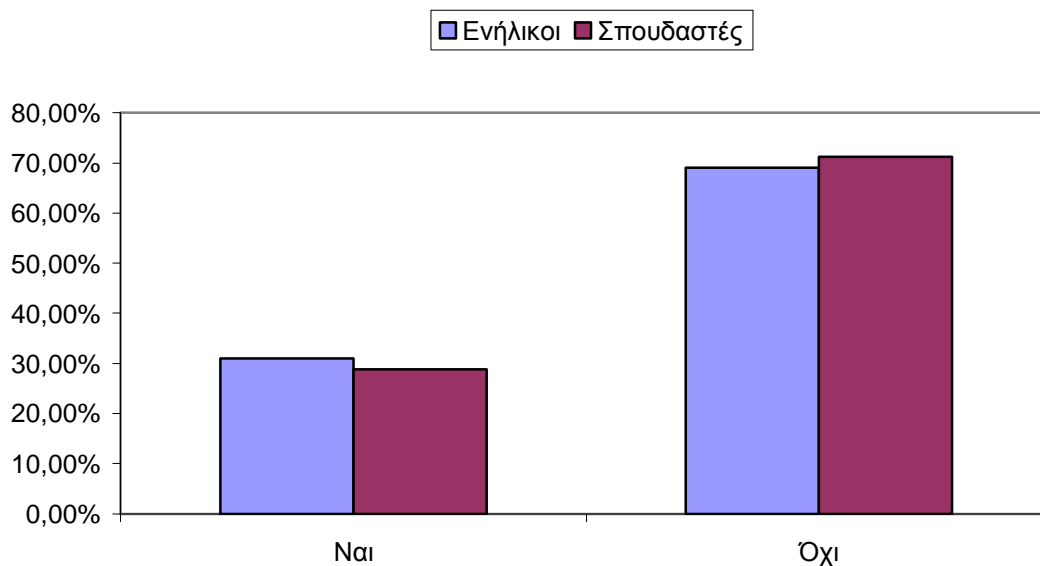
**Πίνακας 68: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους μετάδοσης			
Ναι	92 31,0%	86 28,8%	178 29,9%
Όχι	205 69,0%	213 71,2%	418 70,1%
Σύνολο	297 100,0%	299 100,0%	596 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,349	1	,555

**Σχήμα 68: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS**



Και εδώ το σύνολο του δείγματος άσχετα με την προέλευση απαντά ότι σε μεγάλο βαθμό δεν επιθυμεί ανάλογη ενημέρωση.



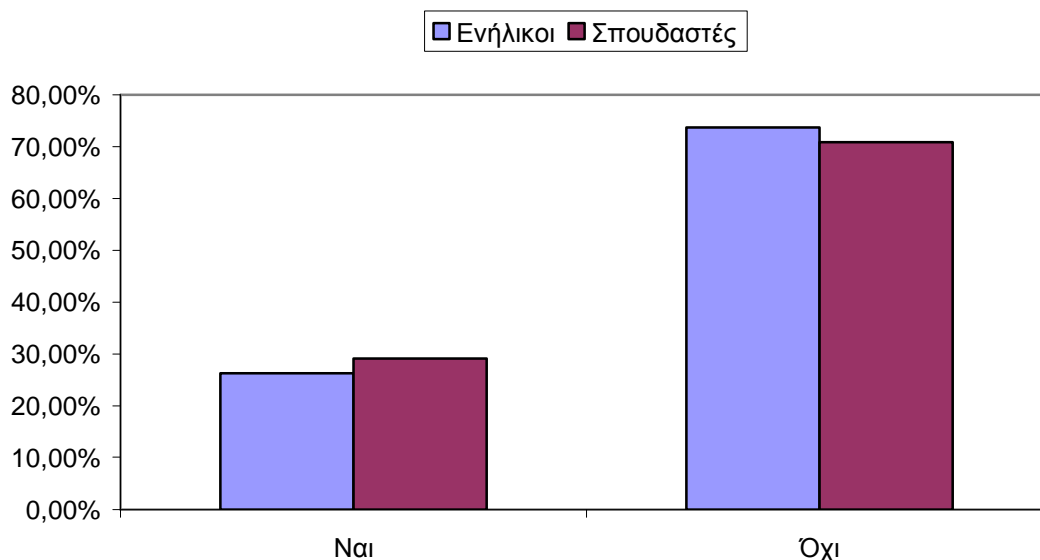
**Πίνακας 69: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους οργανισμούς πρόληψης και φροντίδας.**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους Οργανισμούς πρόληψης και φροντίδας			
Ναι	78 26,3%	87 29,1%	165 27,7%
Όχι	219 73,7%	212 70,9%	431 72,3%
Σύνολο	297 100,0%	299 100,0%	596 100,0%

#### Δοκιμασία Χ-τετράγωνο

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,598	1	,439

**Σχήμα 69: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους οργανισμούς πρόληψης και φροντίδας.**



Ομοίως απαντούν και οι δύο ομάδες στο σχετικό ερώτημα. Ο παράγοντας προέλευση δεν παίζει κανένα ρόλο.

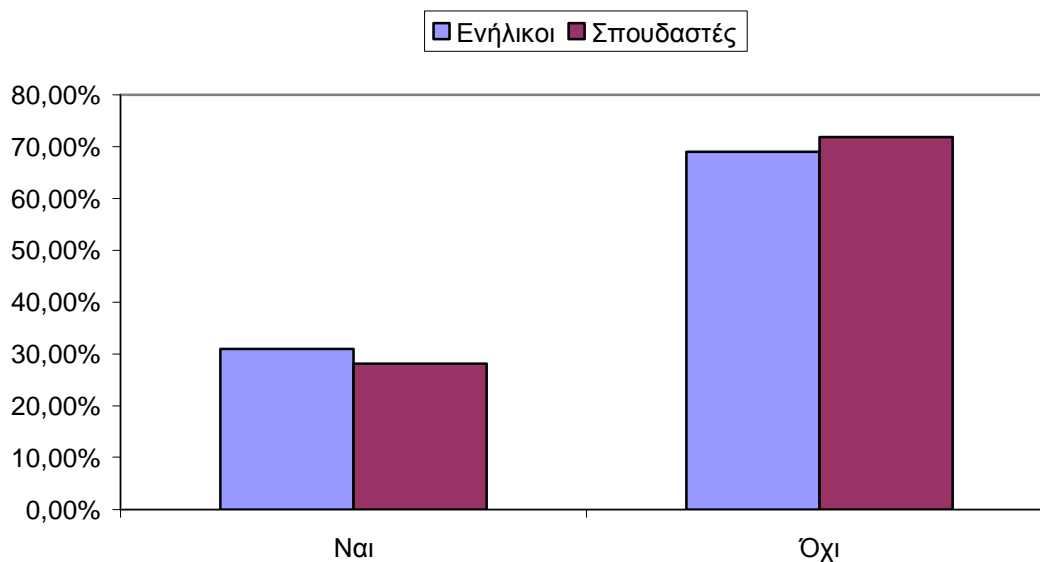
**Πίνακας 70: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους προφύλαξης**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους προφύλαξης			
Ναι	92 31,0%	84 28,1%	176 29,5%
Όχι	205 69,0%	215 71,9%	420 70,5%
Σύνολο	297 100,0%	299 100,0%	596 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,595	1	,440

**Σχήμα 70: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους προφύλαξης**



Και εδώ λαμβάνονται τα ίδια ποσοστά απαντήσεων από τις δύο ομάδες.

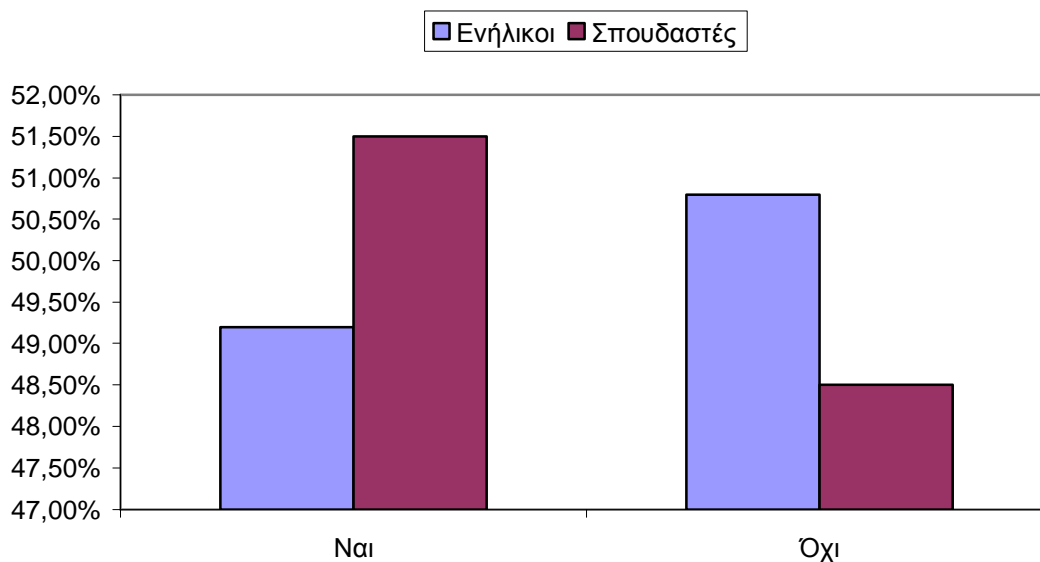
**Πίνακας 71: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τις έρευνες για το εμβόλιο.**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Θα ήθελαν να ενημερωθούν για της έρευνες για το εμβόλιο			
Ναι	146 49,2%	154 51,5%	300 50,3%
Όχι	151 50,8%	145 48,5%	296 49,7%
Σύνολο	297 100,0%	299 100,0%	596 100,0%

#### Δοκιμασία Χ-τετράγωνο

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,328	1	,567

**Σχήμα 71: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για τις έρευνες για το εμβόλιο**



Οι απαντήσεις είναι ίδιες τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικους.

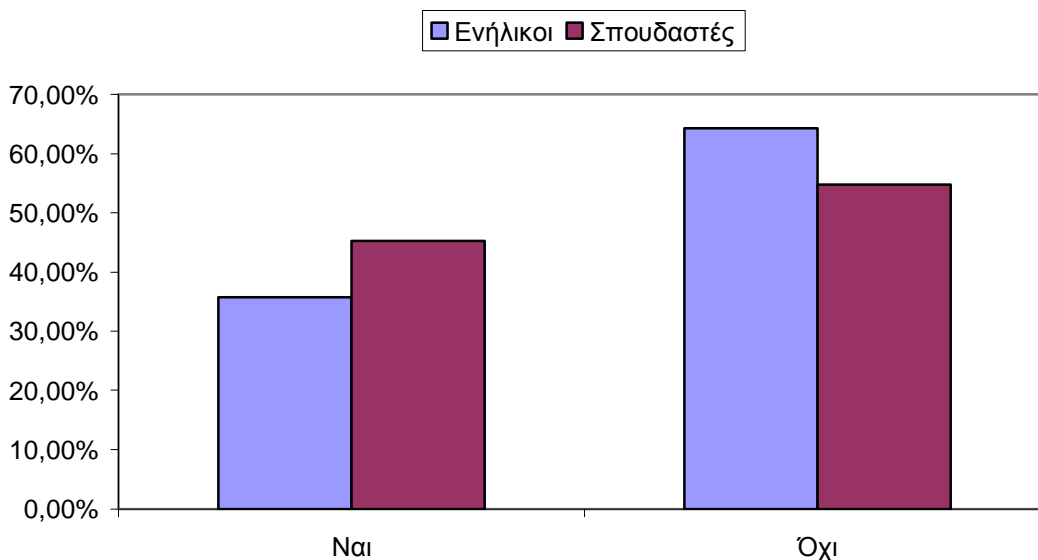
**Πίνακας 72: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για την ζωή των ανθρώπων με HIV/AIDS.**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Θα ήθελαν να ενημερωθούν για την ζωή των ανθρώπων με HIV/AIDS			
Ναι	106 35,7%	135 45,2%	241 40,4%
Όχι	191 64,3%	164 54,8%	355 59,6%
Σύνολο	297 100,0%	299 100,0%	596 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	5,536	1	,019

**Σχήμα 72: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για την ζωή των ανθρώπων με HIV/AIDS.**



Αν και οι αρνητικές απαντήσεις υπερισχύουν των θετικών, οι σπουδαστές σε μεγαλύτερο βαθμό από τους ενήλικους θα ήθελαν να ενημερωθούν για την ζωή ανθρώπων με AIDS.

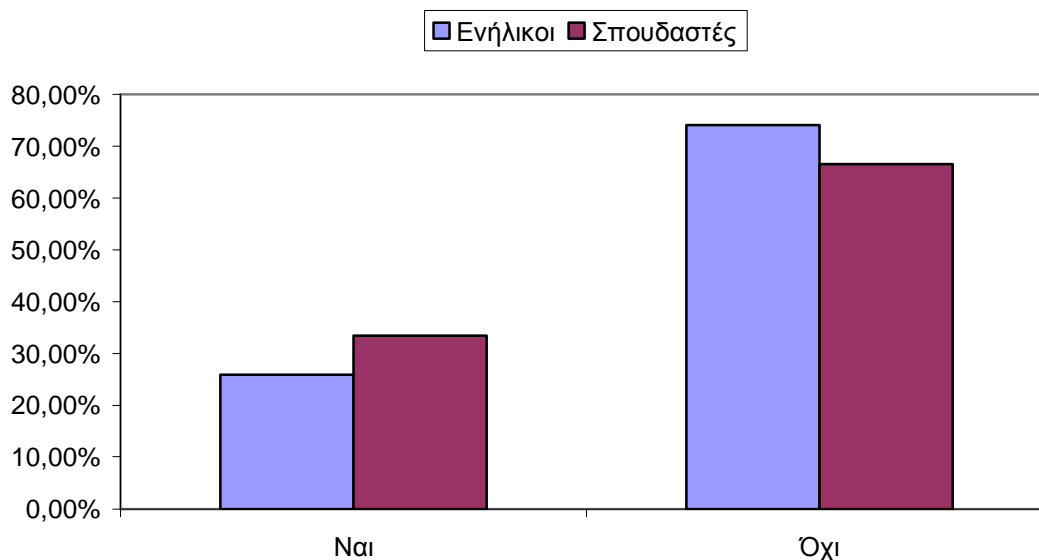
**Πίνακας 73: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για το τεστ AIDS**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Θα ήθελαν να ενημερωθούν για το τεστ AIDS			
Ναι	77 25,9%	100 33,4%	177 29,7%
Όχι	220 74,1%	199 66,6%	419 70,3%
Σύνολο	297 100,0%	299 100,0%	596 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	4,035	1	,045

**Σχήμα 73: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για το τεστ AIDS**



Η στατιστική σημαντικότητα στην ερώτηση βρίσκεται στο ότι είναι μεγαλύτερο το ποσοστό των σπουδαστών που επιθυμούν ενημέρωση σχετικά με την εξέταση για το AIDS από ότι οι ενήλικες.

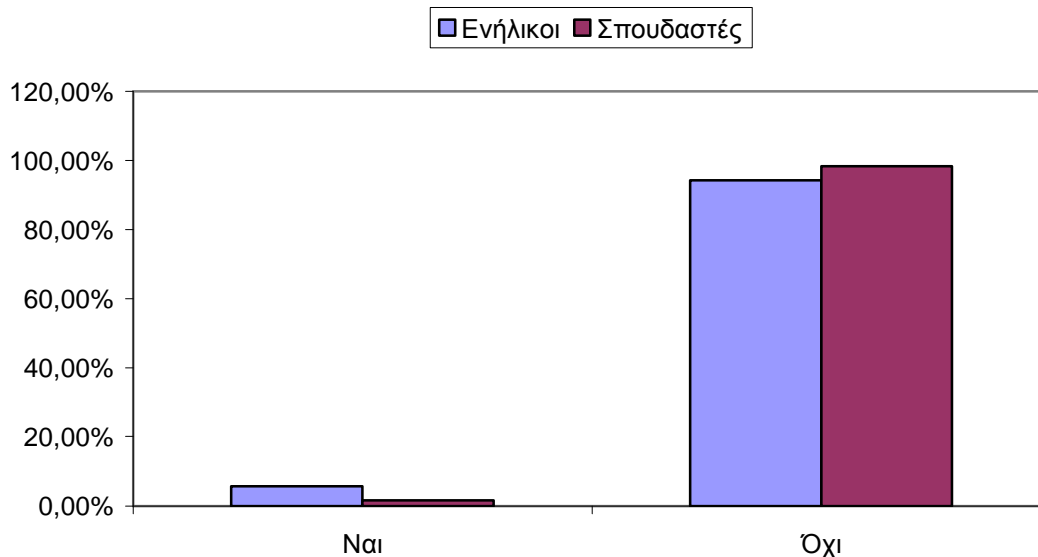
**Πίνακας 74: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για το AIDS**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Δεν θα ήθελαν να ενημερωθούν για το AIDS			
Ναι	17 5,7%	5 1,7%	22 3,7%
Όχι	280 94,3%	294 98,3%	574 96,3%
Σύνολο	297 100,0%	299 100,0%	596 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	6,880	1	,009

**Σχήμα 74: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για το AIDS**



Σε γενικές γραμμές περισσότεροι ενήλικες από ότι σπουδαστές επιθυμούν μια τέτοια ενημέρωση (γι' αυτό και η στατιστική σημαντικότητα). Σε κάθε περίπτωση όμως το ποσοστό όλων αυτών είναι πολύ μικρό σε σχέση με την πλειοψηφία που απαντά αρνητικά.

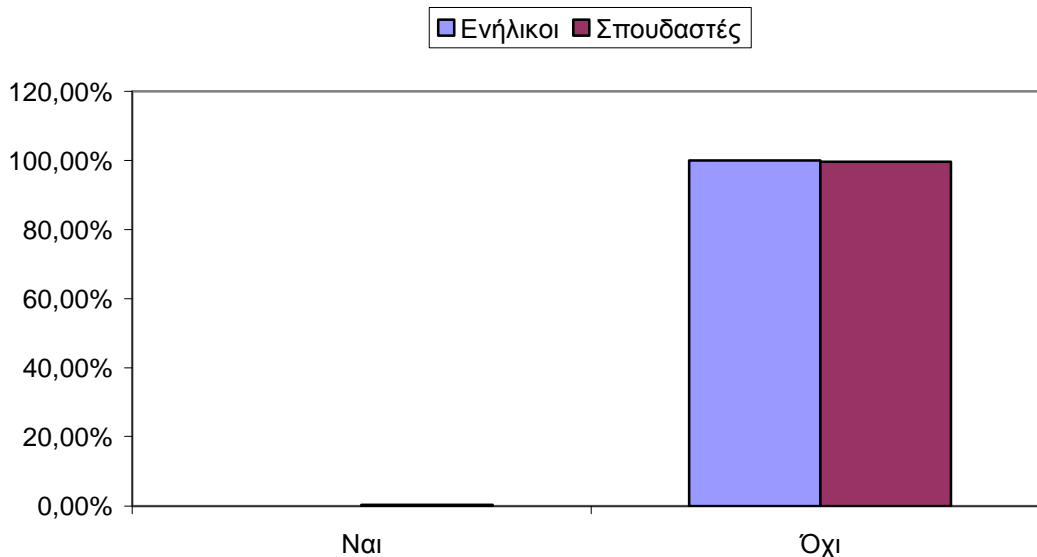
**Πίνακας 75: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για ειδικά θέματα σχετικά με το AIDS**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Θα ήθελαν να ενημερωθούν για ειδικά θέματα σχετικά με το AIDS			
Ναι	0 ,0%	1 ,3%	1 ,2%
Όχι	297 100,0%	298 99,7%	595 99,8%
Σύνολο	297 100,0%	299 100,0%	596 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,995	1	,319

**Σχήμα 75: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θα ήθελαν να ενημερωθούν για ειδικά θέματα σχετικά με το AIDS**



Το σύνολο του δείγματος απαντά αρνητικά στην ερώτηση άσχετα εάν πρόκειται για ενήλικες ή σπουδαστές. Υπάρχει ομοιομορφία στις απαντήσεις και απουσία στατιστικής σημαντικότητας.

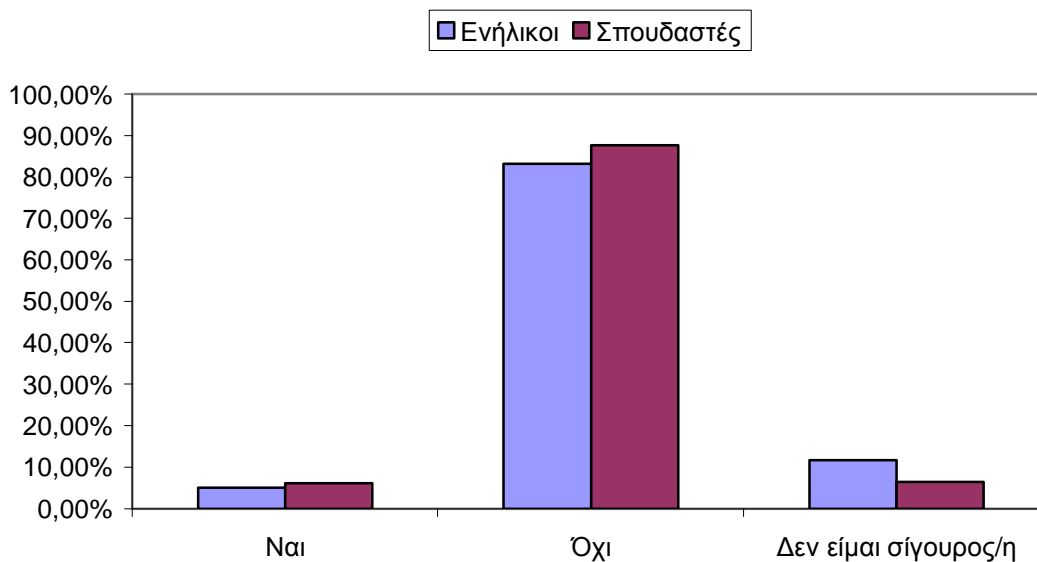
**Πίνακας 76: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θεωρούν το AIDS ως μια ασθένεια που αφορά συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Το AIDS είναι μια ασθένεια που αφορά συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες			
Ναι	15 5,0%	18 6,0%	33 5,5%
Όχι	248 83,2%	261 87,6%	509 85,4%
Δεν είμαι σίγουρος/η	35 11,7%	19 6,4%	54 9,1%
Σύνολο	298 100,0%	298 100,0%	596 100,0%

#### Δοκιμασία Χ-τετράγωνο

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	5,345	2	,069

**Σχήμα 76: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θεωρούν το AIDS ως μια ασθένεια που αφορά συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες**



Οι απαντήσεις είτε αρνητικές (πλειοψηφία) είτε θετικές είναι σαν ποσοστά όμοιες ανάμεσα στις δύο ομάδες.



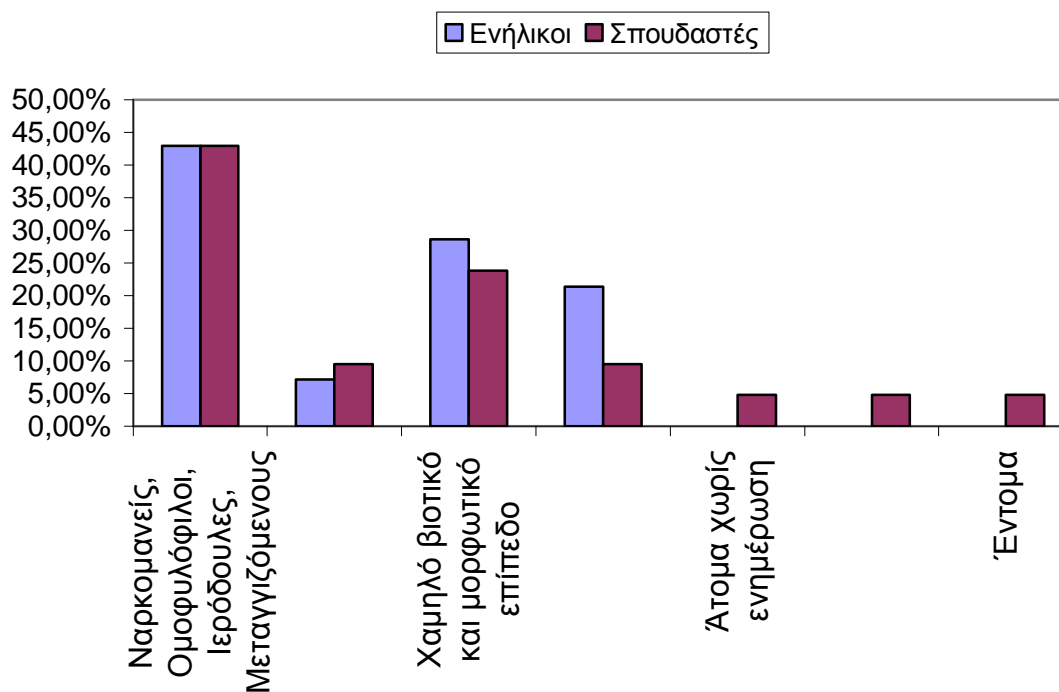
**Πίνακας 77: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και ποιες ομάδες θεωρούν ότι αφορά το AIDS**

Ποιες πληθυσμιακές ομάδες θεωρούν ότι αφορά το AIDS	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ναρκομανείς, Ομοφυλόφιλοι, Ιερόδουλες, Μεταγγιζόμενοι	6	9	15
	42,9%	42,9%	42,9%
Τριτοκοσμικές χώρες	1	2	3
	7,1%	9,5%	8,6%
Χαμηλό βιοτικό και μορφωτικό επίπεδο	4	5	9
	28,6%	23,8%	25,7%
Πολυγαμικές σχέσεις	3	2	5
	21,4%	9,5%	14,3%
Άτομα χωρίς ενημέρωση	0	1	1
	,0%	4,8%	2,9%
Τουρίστες	0	1	1
	,0%	4,8%	2,9%
Έντομα	0	1	1
	,0%	4,8%	2,9%
Σύνολο	14	21	35
	100,0%	100,0%	100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	2,963	6	,813

**Σχήμα 77: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και ποιες ομάδες θεωρούν ότι αφορά το AIDS**



Και εδώ στο σύνολο όσων απάντησαν στην ερώτηση παρατηρούμε ομοιομορφία αποτελεσμάτων.

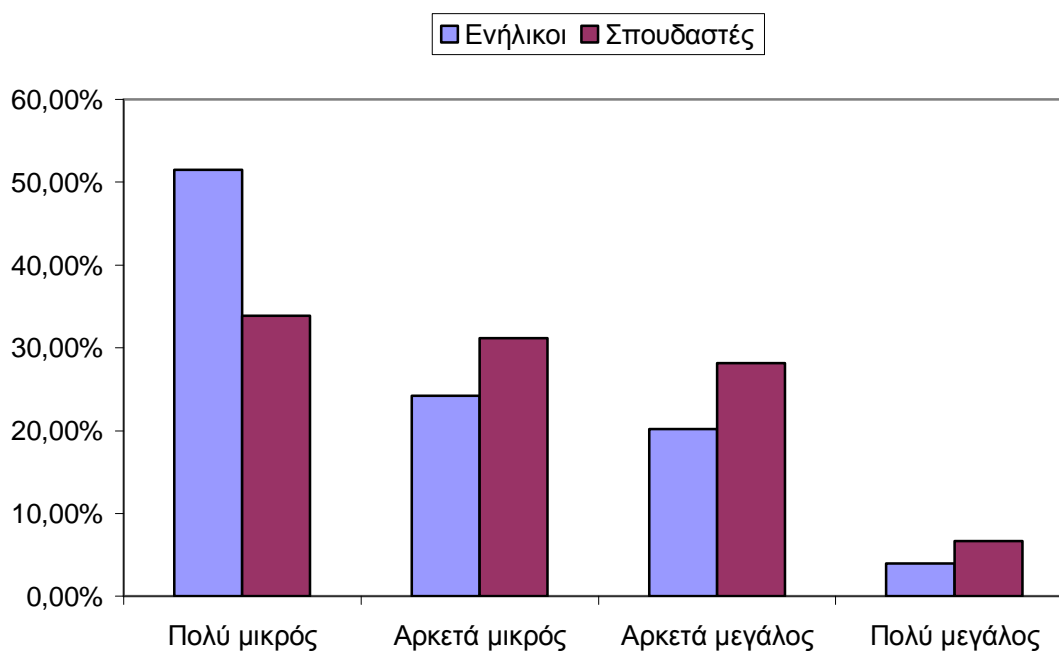
**Πίνακας 78: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και το μέγεθος του κινδύνου σχετικά με την μόλυνση από τον ιό του AIDS**

Θεωρούν ότι ο κίνδυνος να κολλήσουν AIDS είναι:	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Πολύ μικρός	153	101	254
	51,5%	33,9%	42,7%
Αρκετά μικρός	72	93	165
	24,2%	31,2%	27,7%
Αρκετά μεγάλος	60	84	144
	20,2%	28,2%	24,2%
Πολύ μεγάλος	12	20	32
	4,0%	6,7%	5,4%
Σύνολο	297	298	595
	100,0%	100,0%	100,0%

### Δοκιμασία Χ-τετράγωνο

	Τιμή	B.E.	P
X <sup>2</sup>	19,317	3	,000

**Σχήμα 78: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και το μέγεθος του κινδύνου σχετικά με την μόλυνση από τον ιό του AIDS**



Τα ποσοστά στις διάφορες απαντήσεις διαφέρουν ανάλογα με το εάν πρόκειται για ενήλικους ή σπουδαστές με τους πρώτους να πιστεύουν ότι ο κίνδυνος είναι γενικά χαμηλός. Οι σπουδαστές φαίνονται πιο επιφυλακτικοί σε σχέση με τους ενήλικες. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

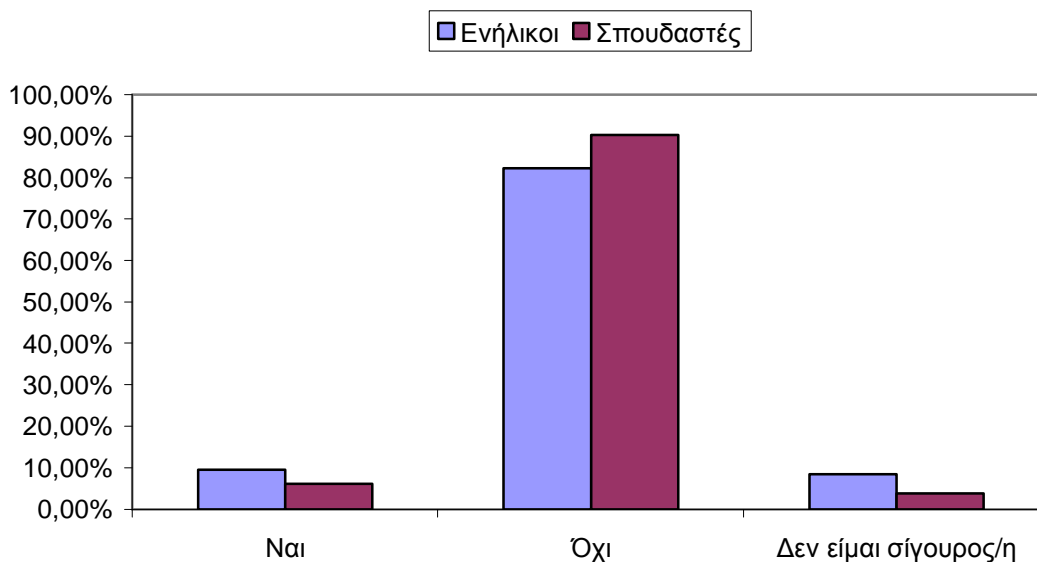
**Πίνακας 79: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν γνωρίζουν κάποιον από το περιβάλλον τους που έχει HIV ή έχει πεθάνει από AIDS**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Γνωρίζουν κάποιον από το περιβάλλον τους που έχει HIV ή έχει πεθάνει από AIDS			
Ναι	28 9,4%	18 6,0%	46 7,7%
Όχι	246 82,3%	271 90,3%	517 86,3%
Δεν είμαι σίγουρος/η	25 8,4%	11 3,7%	36 6,0%
Σύνολο	299 100,0%	300 100,0%	599 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	8,826	2	,012

**Σχήμα 79: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν γνωρίζουν κάποιον από το περιβάλλον τους που έχει HIV ή έχει πεθάνει από AIDS**



Υπάρχει μια διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις. Η διαφορά αυτή μπορεί να φαίνεται μικρή στο σύνολο του δείγματος των 600 ατόμων είναι όμως ικανή να δώσει στατιστική σημαντικότητα στην δοκιμασία.

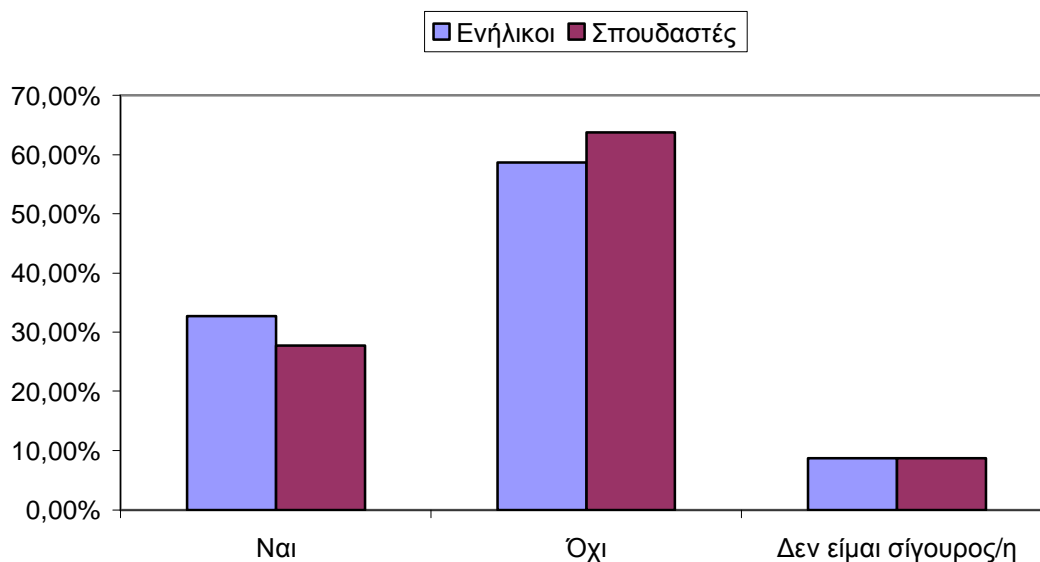
**Πίνακας 80: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν έχουν ακούσει για τα φάρμακα κατά του AIDS**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Έχουν ακούσει για τα φάρμακα κατά του AIDS (πολυθεραπεία, αντιρετροϊκά, αντιπρωτεάσες)			
Ναι	98 32,7%	83 27,7%	181 30,2%
Όχι	176 58,7%	191 63,7%	367 61,2%
Δεν είμαι σίγουρος/η	26 8,7%	26 8,7%	52 8,7%
Σύνολο	300 100,0%	300 100,0%	600 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	1,856	2	,395

**Σχήμα 80: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν έχουν ακούσει για τα φάρμακα κατά του AIDS**



ΣΤΟΝ ίδιο βαθμό κυμαίνονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων χωρίς να διαφοροποιούνται με βάση την προέλευση.

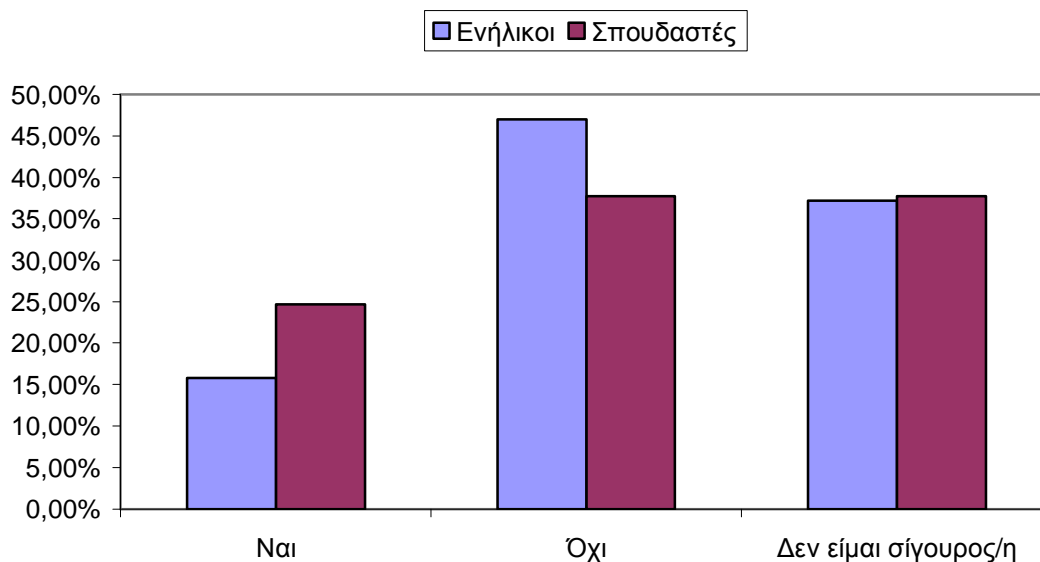
**Πίνακας 81: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θεωρούν ότι υπάρχει εμβόλιο κατά του ιού του AIDS**

Κατά την άποψη τους, υπάρχει εμβόλιο κατά του ιού του AIDS	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ναι	47	74	121
	15,8%	24,7%	20,2%
Όχι	140	113	253
	47,0%	37,7%	42,3%
Δεν είμαι σίγουρος/η	111	113	224
	37,2%	37,7%	37,5%
Σύνολο	298	300	598
	100,0%	100,0%	100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
X <sup>2</sup>	8,917	2	,012

**Σχήμα 81: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θεωρούν ότι υπάρχει εμβόλιο κατά του ιού του AIDS**



Θετικά

απαντά μεγαλύτερο ποσοστό σπουδαστών από ότι ενηλίκων στην ερώτηση αυτή ενώ αβεβαιότητα εκφράζει το ίδιο ακριβώς ποσοστό. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

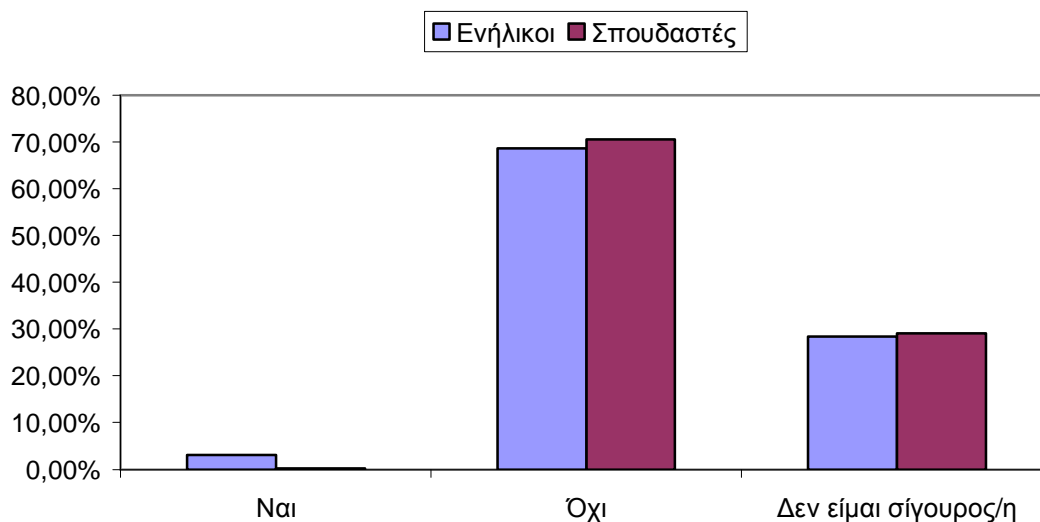
**Πίνακας 82: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα θεραπεύονται πλήρως**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα θεραπεύονται πλήρως			
Ναι	9 3,0%	1 ,3%	10 1,7%
Όχι	203 68,6%	211 70,6%	414 69,6%
Δεν είμαι σίγουρος/η	84 28,4%	87 29,1%	171 28,7%
Σύνολο	296 100,0%	299 100,0%	595 100,0%

### Δοκιμασία Χ-τετράγωνο

	Τιμή	B.E.	P
Χ2	6,592	2	,037

**Σχήμα 82: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα θεραπεύονται πλήρως**



Μεγαλ  
ύτερο ποσοστό ενηλίκων από ότι σπουδαστών απαντά καταφατικά στην ερώτηση.  
Τα ποσοστά αβέβαιων απαντήσεων είναι σχεδόν όμοια.



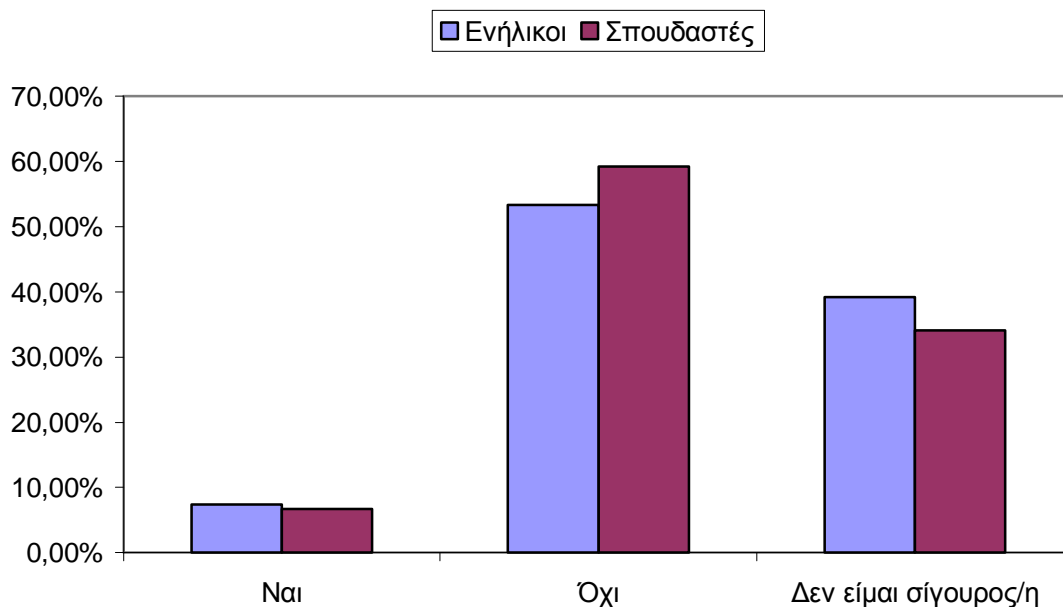
**Πίνακας 83: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα παύουν να μεταδίδουν τον ιό**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα παύουν να μεταδίδουν τον ιό			
Ναι	22 7,4%	20 6,7%	42 7,1%
Όχι	158 53,4%	177 59,2%	335 56,3%
Δεν είμαι σίγουρος/η	116 39,2%	102 34,1%	218 36,6%
Σύνολο	296 100,0%	299 100,0%	595 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ2	2,057	2	,358

**Σχήμα 83: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα παύουν να μεταδίδουν τον ιό**



Ίδια ποσοστά απαντήσεων λαμβάνονται για την ερώτηση αυτή άσχετα με την προέλευση του δείγματος.

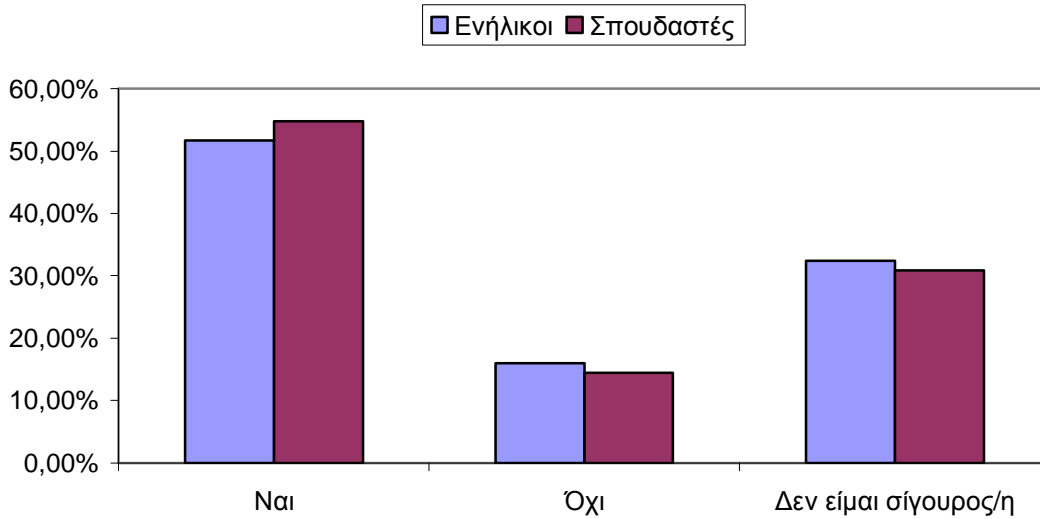
**Πίνακας 84: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα ζουν περισσότερο από ότι παλαιότερα**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα ζουν περισσότερο από ότι παλαιότερα			
Ναι	153 51,7%	164 54,8%	317 53,3%
Όχι	47 15,9%	43 14,4%	90 15,1%
Δεν είμαι σίγουρος/η	96 32,4%	92 30,8%	188 31,6%
Σύνολο	296 100,0%	299 100,0%	595 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,629	2	,730

**Σχήμα 84: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με HIV/AIDS που παίρνουν φάρμακα ζουν περισσότερο από ότι παλαιότερα**



Και εδώ λαμβάνονται ίσα ποσοστά απαντήσεων άσχετα με την προέλευση.

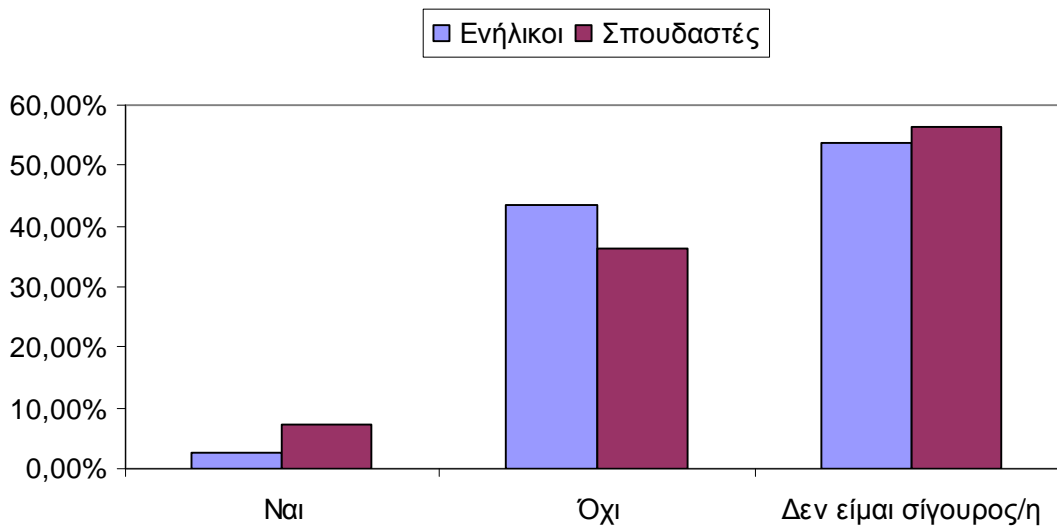
**Πίνακας 85: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν πιστεύουν πως υπάρχει θεραπεία ικανή να εμποδίσει τη μόλυνση του HIV μετά από μια επικίνδυνη επαφή**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Πιστεύουν πως υπάρχει θεραπεία ικανή να εμποδίσει τη μόλυνση του HIV μετά από μια επικίνδυνη επαφή			
Ναι	8 2,8%	22 7,4%	30 5,1%
Όχι	125 43,4%	108 36,2%	233 39,8%
Δεν είμαι σίγουρος/η	155 53,8%	168 56,4%	323 55,1%
Σύνολο	288 100,0%	298 100,0%	586 100,0%

### Δοκιμασία Χ-τετράγωνο

	Τιμή	B.E.	P
Χ2	8,129	2	,017

**Σχήμα 85: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν πιστεύουν πως υπάρχει θεραπεία ικανή να εμποδίσει τη μόλυνση του HIV μετά από μια επικίνδυνη επαφή**



Θετικά απαντά μεγαλύτερο ποσοστό σπουδαστών από ότι ενηλίκων ενώ αντίστοιχα μεγαλύτερο είναι και το ποσοστό των αβέβαιων απαντήσεων.

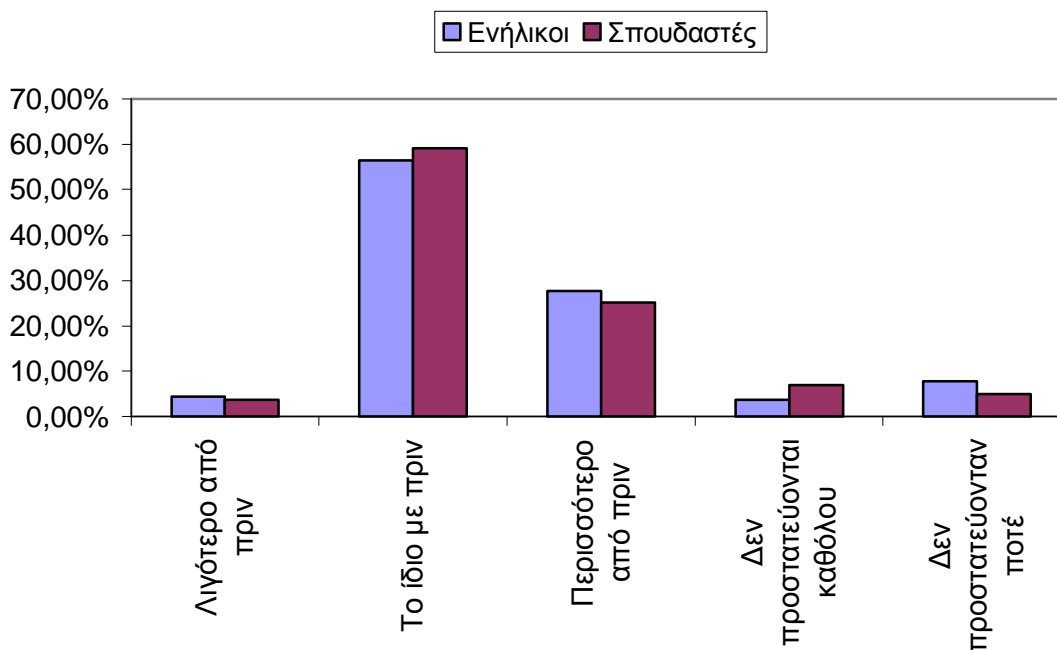
**Πίνακας 86: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν πιστεύουν ότι μετά την εμφάνιση των φαρμάκων προστατεύονται ενάντια στον ιό του AIDS**

Πιστεύουν ότι μετά την εμφάνιση των φαρμάκων προστατεύονται	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Λιγότερο από πριν	13 4,4%	11 3,7%	24 4,0%
Το ίδιο με πριν	167 56,4%	176 59,1%	343 57,7%
Περισσότερο από πριν	82 27,7%	75 25,2%	157 26,4%
Δεν προστατεύονται καθόλου	11 3,7%	21 7,0%	32 5,4%
Δεν προστατεύονταν ποτέ	23 7,8%	15 5,0%	38 6,4%
Σύνολο	296 100,0%	298 100,0%	594 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	5,517	4	,238

**Σχήμα 86: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν πιστεύουν ότι μετά την εμφάνιση των φαρμάκων προστατεύονται ενάντια στον ιό του AIDS**



Στην ερώτηση αυτή απαντούν το ίδιο ενήλικες και σπουδαστές.

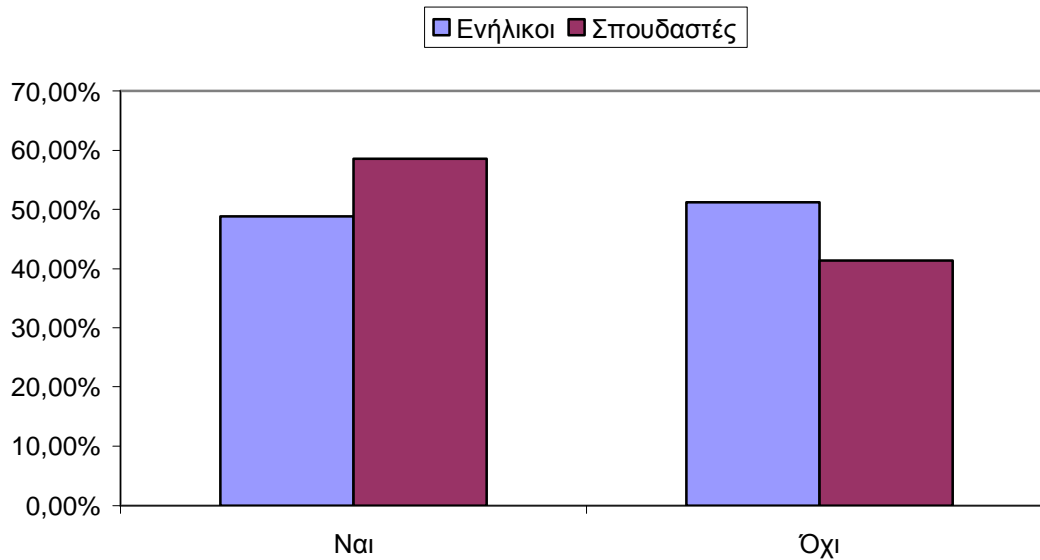
**Πίνακας 87: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική επαφή**

Χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική επαφή	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ναι	144 48,8%	173 58,6%	317 53,7%
Όχι	151 51,2%	122 41,4%	273 46,3%
Σύνολο	295 100,0%	295 100,0%	590 100,0%

### Δοκιμασία Χ-τετράγωνο

	Τιμή	B.E.	P
Χ2	5,734	1	,017

**Σχήμα 87: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική επαφή**



Σε μεγαλύτερο ποσοστό απαντούν θετικά οι σπουδαστές. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

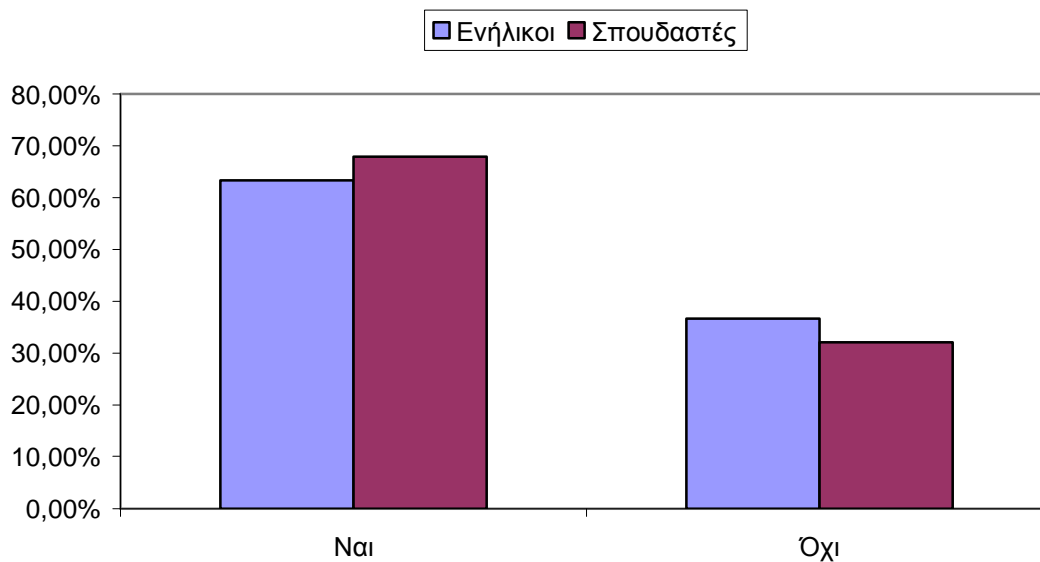
**Πίνακας 88: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν χρησιμοποιούν προφυλακτικό στον κολπικό έρωτα**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε κολπικό έρωτα			
Ναι	137 63,4%	188 67,9%	325 65,9%
Όχι	79 36,6%	89 32,1%	168 34,1%
Σύνολο	216 100,0%	277 100,0%	493 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ2	1,067	1	,302

**Σχήμα 88: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν χρησιμοποιούν προφυλακτικό στον κολπικό έρωτα**



Δεν υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά των απαντήσεων της ερώτησης.



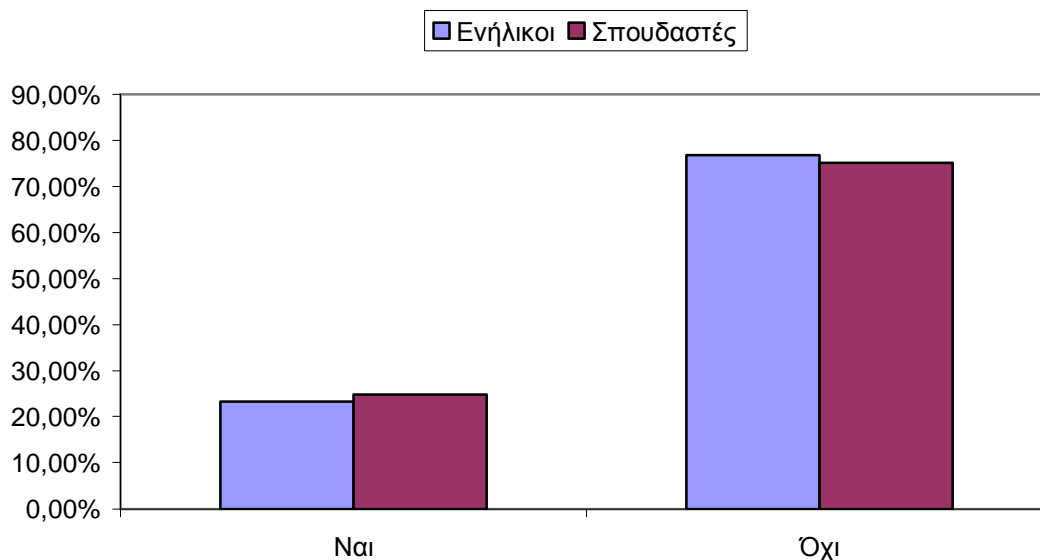
**Πίνακας 89: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τον πρωκτικό έρωτα**

Χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τον πρωκτικό έρωτα	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ναι	49 23,2%	68 24,8%	117 24,1%
Όχι	162 76,8%	206 75,2%	368 75,9%
Σύνολο	211 100,0%	274 100,0%	485 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,166	1	,684

**Σχήμα 89: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τον πρωκτικό έρωτα**



Δεν υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά των απαντήσεων.

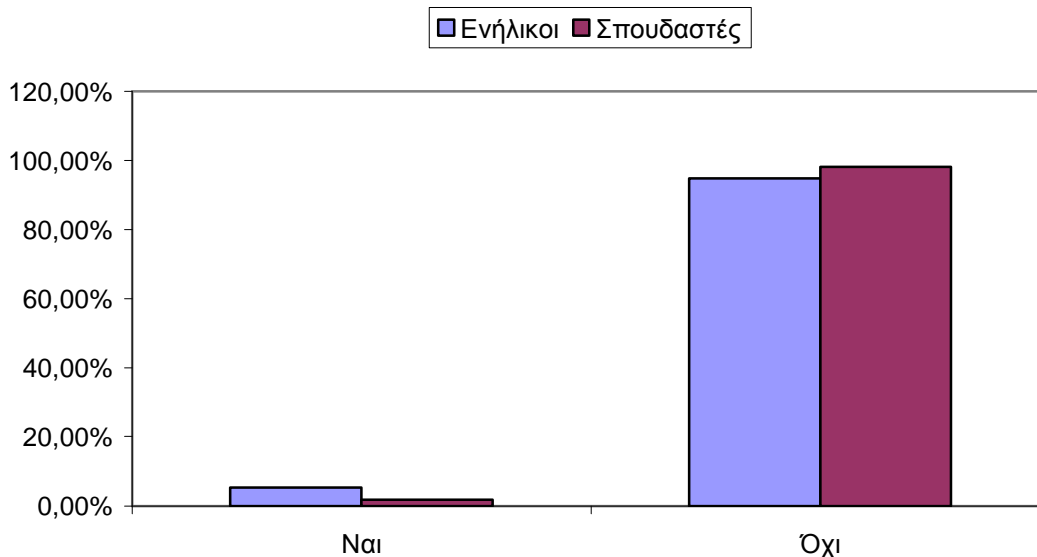
**Πίνακας 90: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τον στοματικό έρωτα**

Χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τον στοματικό έρωτα	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ναι	11 5,2%	5 1,8%	16 3,3%
Όχι	200 94,8%	267 98,2%	467 96,7%
Σύνολο	211 100,0%	272 100,0%	483 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	4,226	1	,040

**Σχήμα 90: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τον στοματικό έρωτα**



Εδώ εμφανίζονται κάποιες διαφορές (έστω και μικρές) στα ποσοστά των απαντήσεων ιδιαίτερα όσον αφορά τις θετικές.

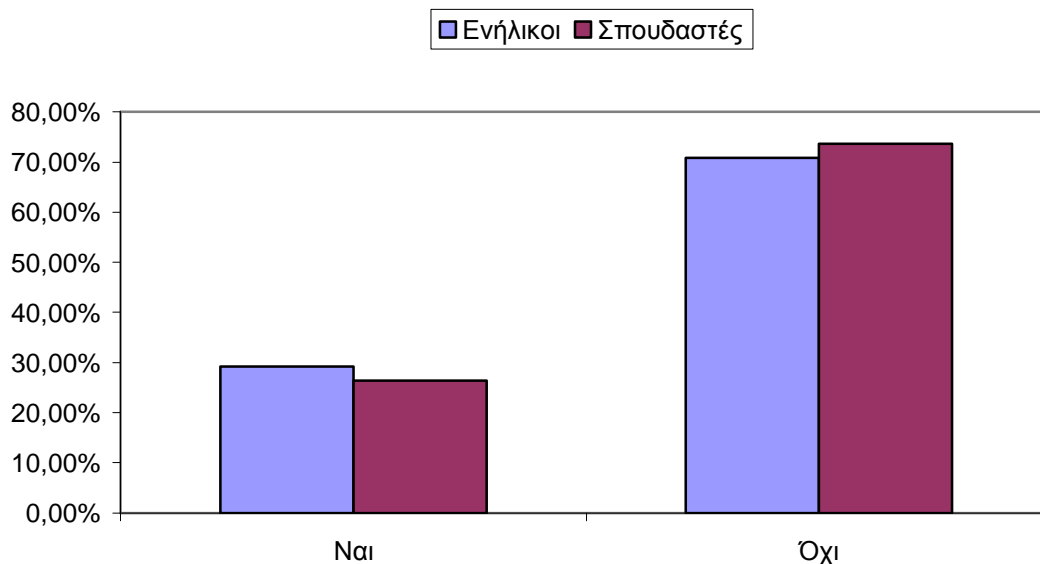
**Πίνακας 91: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε όλα τα είδη σεξουαλικής επαφής**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε όλα τα είδη σεξουαλικής επαφής			
Ναι	62 29,2%	71 26,4%	133 27,7%
Όχι	150 70,8%	198 73,6%	348 72,3%
Σύνολο	212 100,0%	269 100,0%	481 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,482	1	,488

**Σχήμα 91: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε όλα τα είδη σεξουαλικής επαφής**



Δεν υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά των απαντήσεων ανάμεσα στις δύο ομάδες.

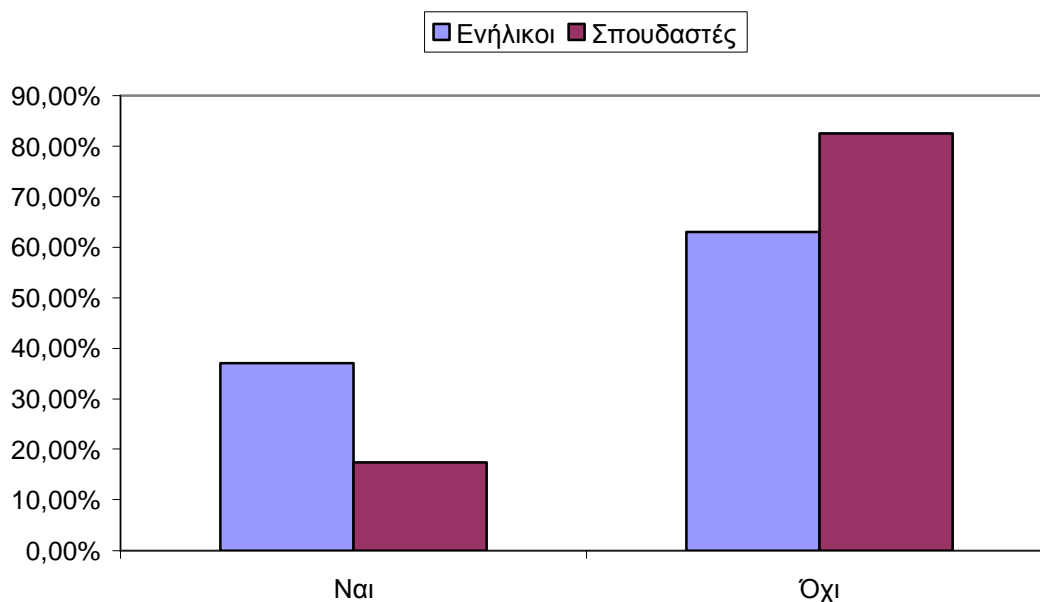
**Πίνακας 92: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί δεν σκέφτονται τον κίνδυνο μόλυνσης			
Ναι	61 37,0%	28 17,4%	89 27,3%
Όχι	104 63,0%	133 82,6%	237 72,7%
Σύνολο	165 100,0%	161 100,0%	326 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	15,738	1	,000

**Σχήμα 92: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**



Φαίνεται ότι οι ενήλικες αφηφούν τον κίνδυνο σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι σπουδαστές με αποτέλεσμα την στατιστική σημαντικότητα των απαντήσεων.

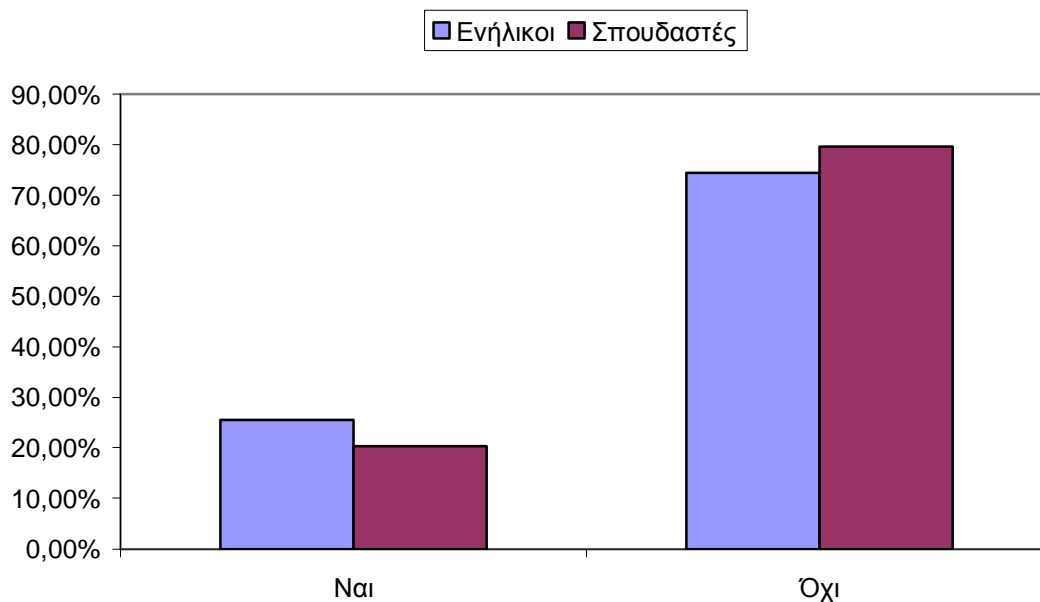
**Πίνακας 93: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί πιστεύουν ότι ο κίνδυνος είναι μικρός			
Ναι	42 25,5%	32 20,3%	74 22,9%
Όχι	123 74,5%	126 79,7%	249 77,1%
Σύνολο	165 100,0%	158 100,0%	323 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	1,236	1	,266

**Σχήμα 93: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

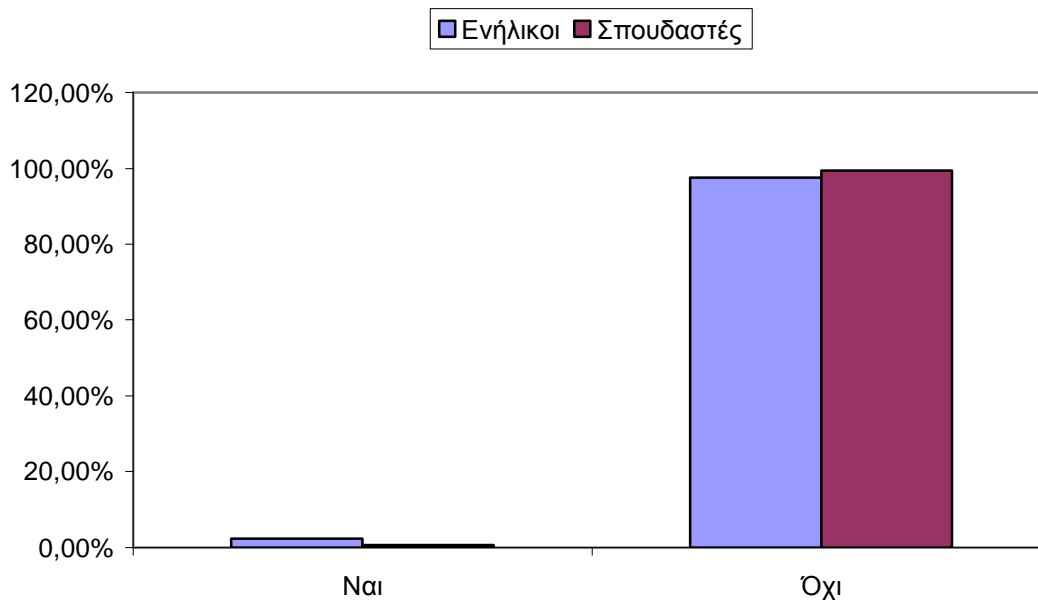
**Πίνακας 94: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί φοβούνται μήπως χάσουν τον/την ερωτικό/η σύντροφο			
Ναι	4 2,4%	1 ,6%	5 1,5%
Όχι	161 97,6%	158 99,4%	319 98,5%
Σύνολο	165 100,0%	159 100,0%	324 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	1,718	1	,190

**Σχήμα 94: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

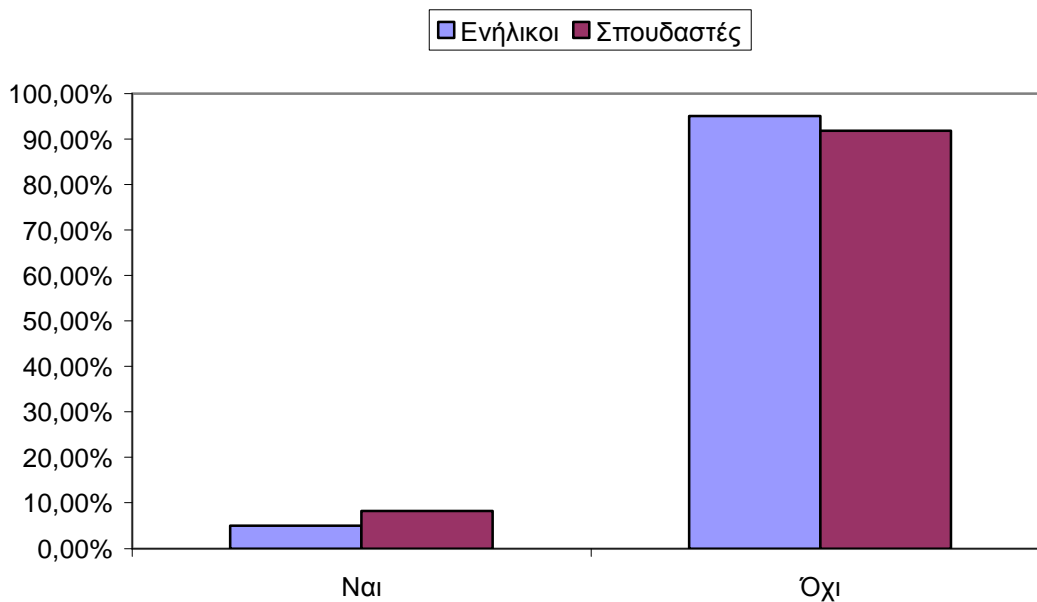
**Πίνακας 95: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**

Δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί είναι πολύ ερωτευμένοι	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ναι	8 4,9%	13 8,2%	21 6,5%
Όχι	156 95,1%	146 91,8%	302 93,5%
Σύνολο	164 100,0%	159 100,0%	323 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	1,445	1	,229

**Σχήμα 95: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

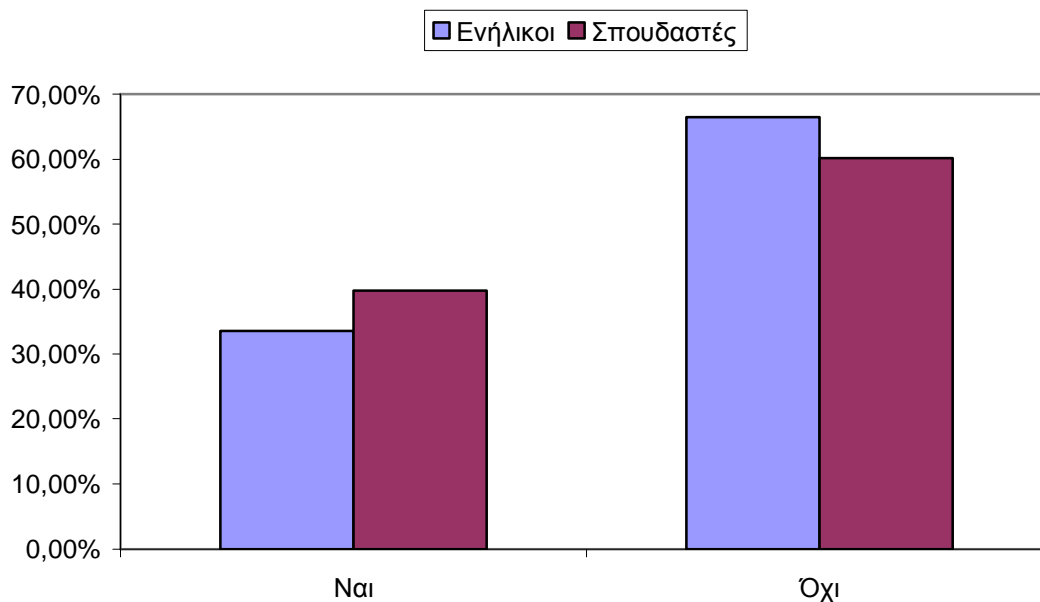
**Πίνακας 96: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**

Δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί δεν τους αρέσει	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ναι	56 33,5%	64 39,8%	120 36,6%
Όχι	111 66,5%	97 60,2%	208 63,4%
Σύνολο	167 100,0%	161 100,0%	328 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	1,366	1	,242

**Σχήμα 96: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.



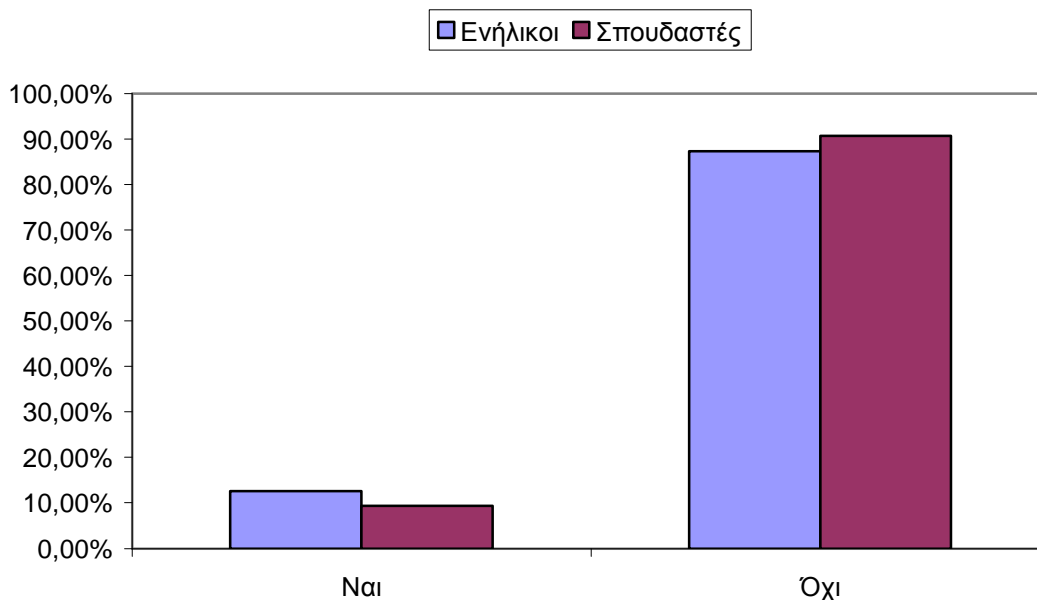
**Πίνακας 97: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό γιατί διαφωνεί ο/η σύντροφος τους			
Ναι	21 12,6%	15 9,3%	36 10,9%
Όχι	146 87,4%	147 90,7%	293 89,1%
Σύνολο	167 100,0%	162 100,0%	329 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,928	1	,335

**Σχήμα 97: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

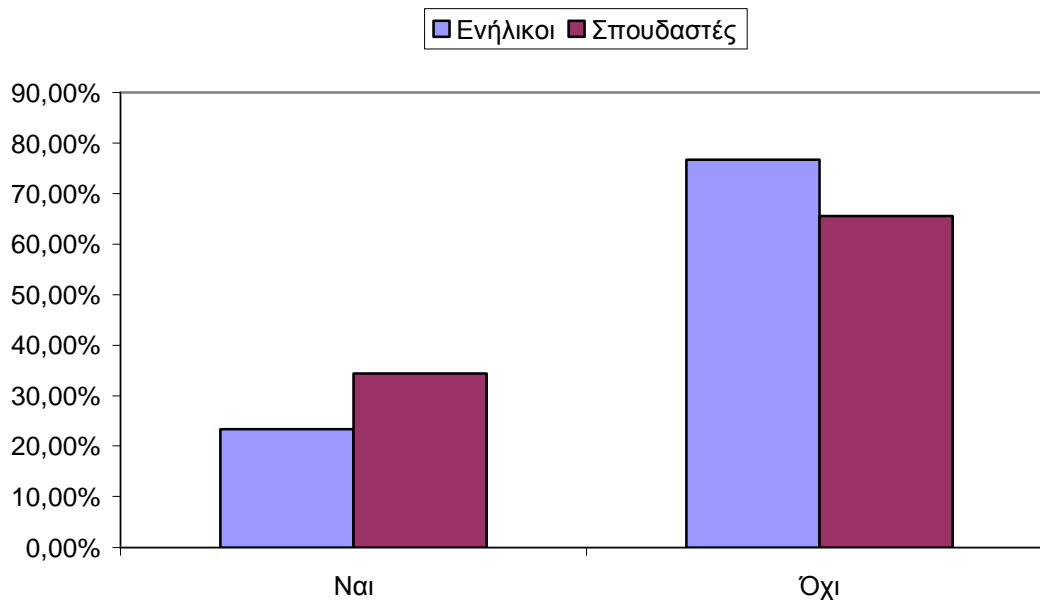
**Πίνακας 98: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικά γιατί δεν τα έχουν πάντα μαζί τους			
Ναι	38 23,3%	56 34,4%	94 28,8%
Όχι	125 76,7%	107 65,6%	232 71,2%
Σύνολο	163 100,0%	163 100,0%	326 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	4,843	1	,028

**Σχήμα 98: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία μη χρήσης προφυλακτικού**



Σε μεγαλύτερο ποσοστό οι σπουδαστές από ότι οι ενήλικες απαντούν θετικά στην ερώτηση αυτή.

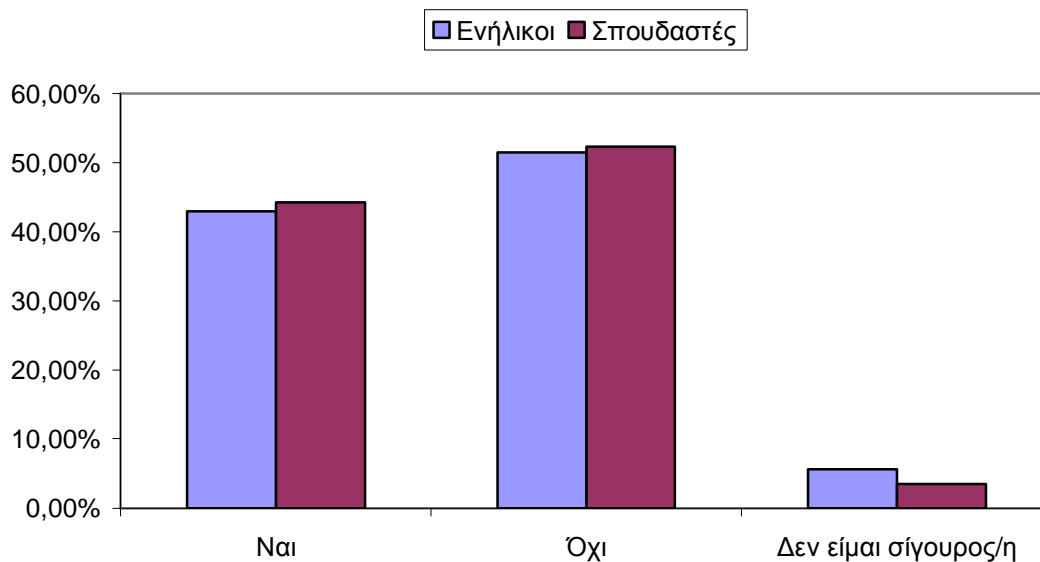
**Πίνακας 99: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν τους έχει σπάσει ποτέ προφυλακτικό**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Τους έχει σπάσει ποτέ προφυλακτικό			
Ναι	116 43,0%	127 44,3%	243 43,6%
Όχι	139 51,5%	150 52,3%	289 51,9%
Δεν είμαι σίγουρος/η	15 5,6%	10 3,5%	25 4,5%
Σύνολο	270 100,0%	287 100,0%	557 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
X <sup>2</sup>	1,399	2	,497

**Σχήμα 99: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν τους έχει σπάσει ποτέ προφυλακτικό**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

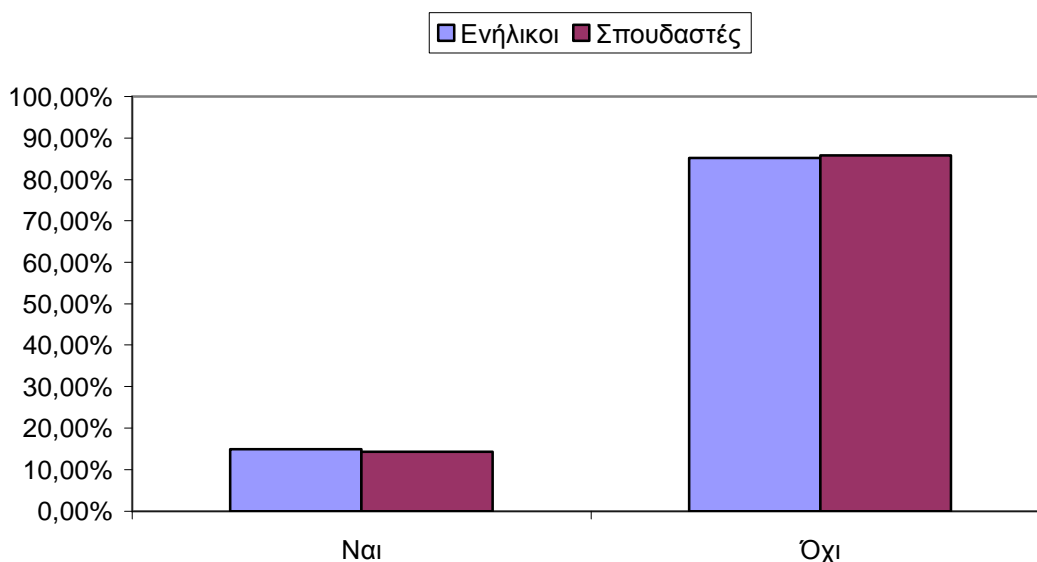
**Πίνακας 100: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν έχουν κάνει τεστ AIDS μετά από μια επικίνδυνη σεξουαλική επαφή**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Έκαναν τεστ AIDS μετά από μια επικίνδυνη σεξουαλική επαφή			
Ναι	38 14,8%	37 14,2%	75 14,5%
Όχι	219 85,2%	224 85,8%	443 85,5%
Σύνολο	257 100,0%	261 100,0%	518 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,039	1	,844

**Σχήμα 100: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν έχουν κάνει τεστ AIDS μετά από μια επικίνδυνη σεξουαλική επαφή**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

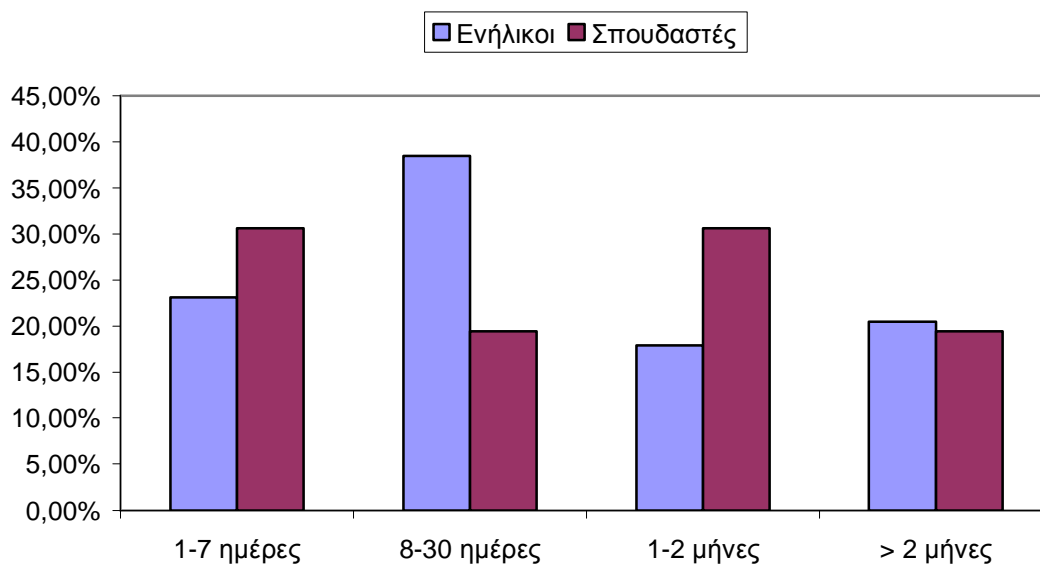
**Πίνακας 101: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και πόσο καιρό μετά την σεξουαλική επαφή έκαναν την εξέταση για AIDS**

Πόσο καιρό μετά την σεξουαλική επαφή έκαναν την εξέταση για AIDS	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
1-7 ημέρες	9 23,1%	11 30,6%	20 26,7%
8-30 ημέρες	15 38,5%	7 19,4%	22 29,3%
1-2 μήνες	7 17,9%	11 30,6%	18 24,0%
> 2 μήνες	8 20,5%	7 19,4%	15 20,0%
Σύνολο	39 100,0%	36 100,0%	75 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	3,951	3	,267

**Σχήμα 101: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και πόσο καιρό μετά την σεξουαλική επαφή έκαναν την εξέταση για AIDS**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

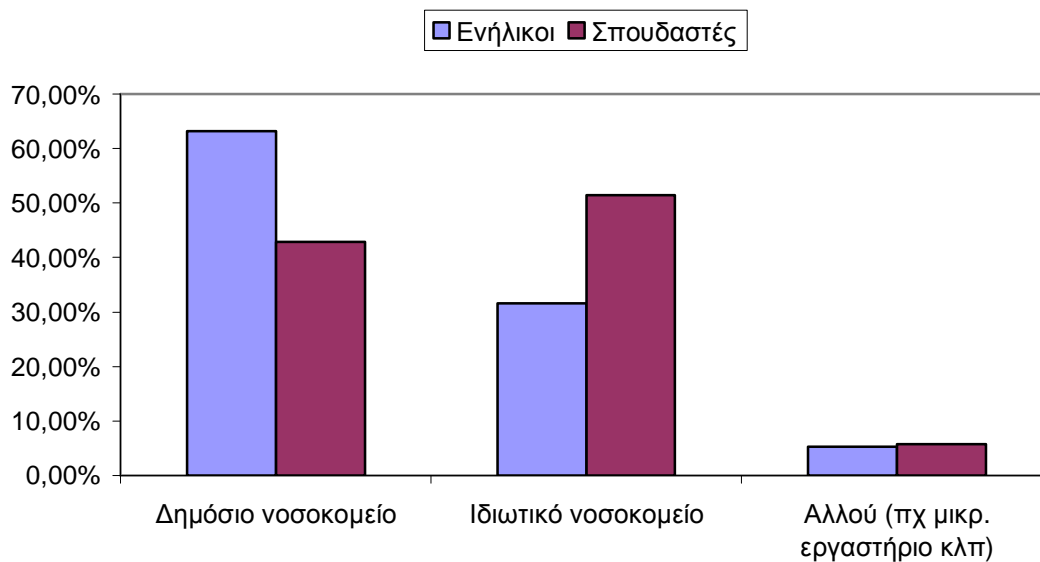
**Πίνακας 102: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και τον χώρο που έκαναν την εξέταση για AIDS**

Που έκαναν εξέταση για AIDS	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Δημόσιο νοσοκομείο	24 63,2%	15 42,9%	39 53,4%
Ιδιωτικό νοσοκομείο	12 31,6%	18 51,4%	30 41,1%
Αλλού (πχ μικρ. εργαστήριο κλπ)	2 5,3%	2 5,7%	4 5,5%
Σύνολο	38 100,0%	35 100,0%	73 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	3,159	2	,206

**Σχήμα 102: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και τον χώρο που έκαναν την εξέταση για AIDS**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

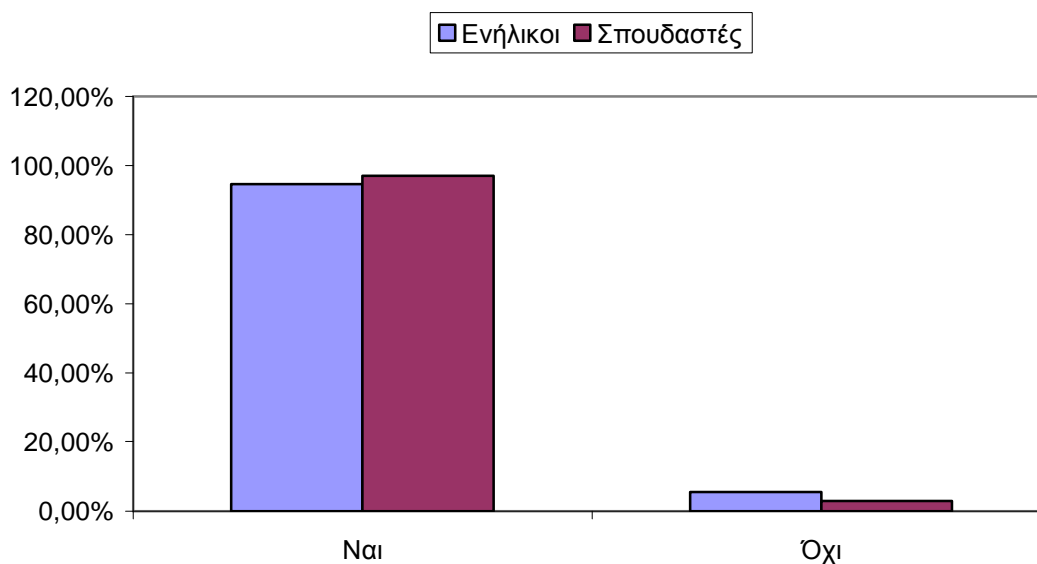
**Πίνακας 103: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν πήραν τα αποτελέσματα της εξέτασης που έκαναν**

Πήραν τα αποτελέσματα της εξέτασης που έκαναν	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ναι	35 94,6%	34 97,1%	69 95,8%
Όχι	2 5,4%	1 2,9%	3 4,2%
Σύνολο	37 100,0%	35 100,0%	72 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
X <sup>2</sup>	,292	1	,589

**Σχήμα 103: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν πήραν τα αποτελέσματα της εξέτασης που έκαναν**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

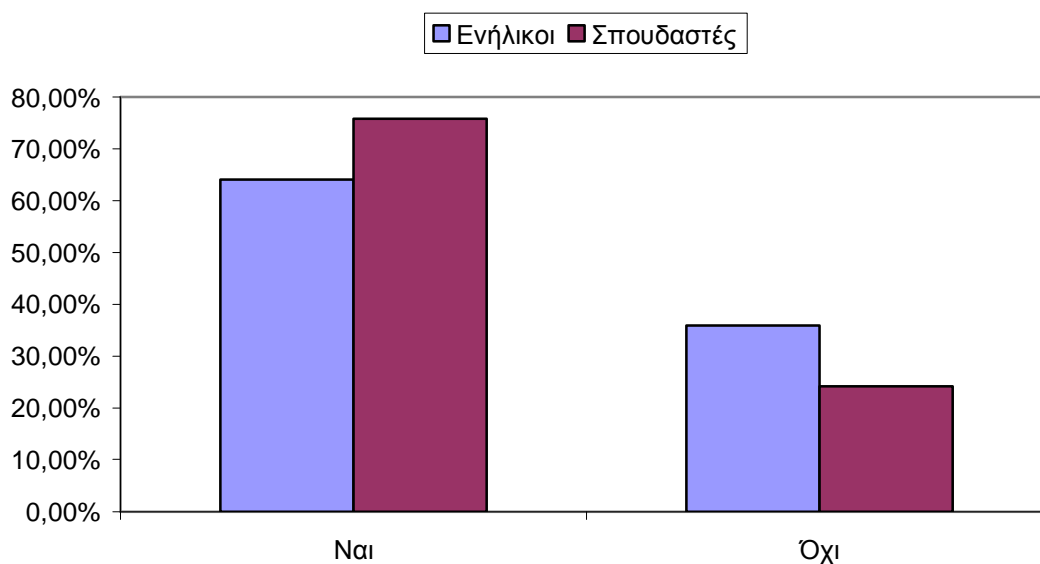
**Πίνακας 104: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν μίλησαν με τον γιατρό για την σεξουαλική τους ζωή πριν την διενέργεια της εξέτασης**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Μίλησαν με τον γιατρό για την σεξουαλική τους ζωή πριν την εξέταση			
Ναι	25 64,1%	25 75,8%	50 69,4%
Όχι	14 35,9%	8 24,2%	22 30,6%
Σύνολο	39 100,0%	33 100,0%	72 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	1,144	1	,285

**Σχήμα 104: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν μίλησαν με τον γιατρό για την σεξουαλική τους ζωή πριν την διενέργεια της εξέτασης**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.



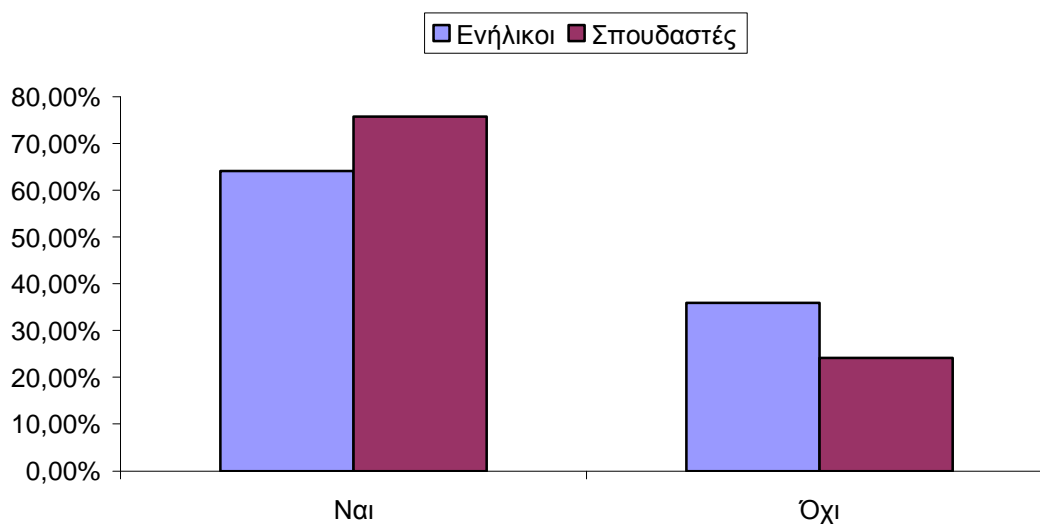
**Πίνακας 105: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν μίλησαν με τον γιατρό για την σεξουαλική τους ζωή μετά την ανακοίνωση του αποτελέσματος της εξέτασης**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Μίλησαν με τον γιατρό για την σεξουαλική τους ζωή μετά την ανακοίνωση του αποτελέσματος της εξέτασης για AIDS			
Ναι	21 52,5%	26 78,8%	47 64,4%
Όχι	19 47,5%	7 21,2%	26 35,6%
Σύνολο	40 100,0%	33 100,0%	73 100,0%

#### Δοκιμασία Χ-τετράγωνο

	Τιμή	B.E.	P
X <sup>2</sup>	5,449	1	,020

**Σχήμα 105: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν μίλησαν με τον γιατρό για την σεξουαλική τους ζωή μετά την ανακοίνωση του αποτελέσματος της εξέτασης**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε υψηλότερα ποσοστά θετικών απαντήσεων από τους σπουδαστές σε σχέση με τους ενήλικες.

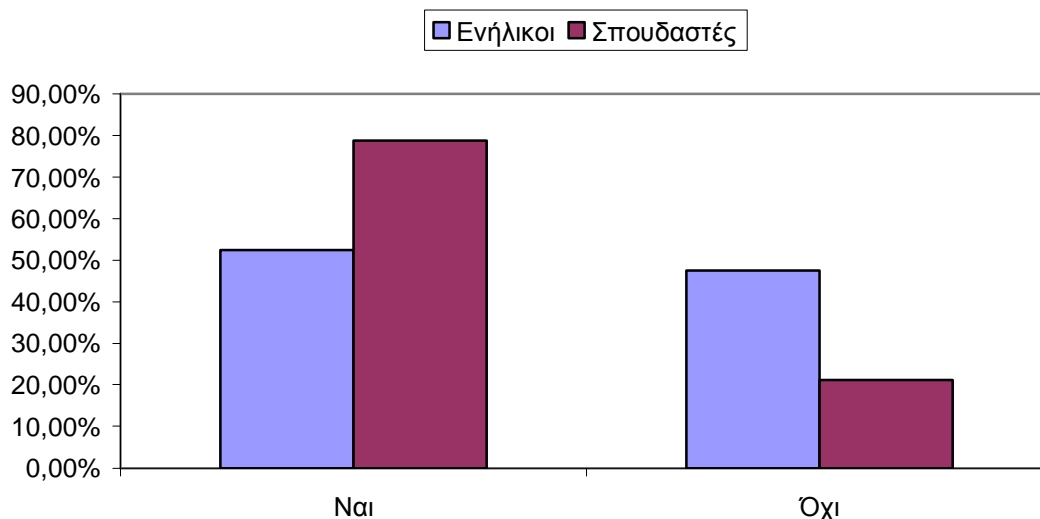
**Πίνακας 106: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και πως θα χαρακτήριζαν την επαφή με τον γιατρό κατά την εξέταση για την AIDS**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Πως θα χαρακτήριζαν την επαφή με τον γιατρό κατά (ή μετά) την εξέταση για AIDS			
Θετική	28 68,3%	25 71,4%	53 69,7%
Αδιάφορη	12 29,3%	10 28,6%	22 28,9%
Αρνητική	1 2,4%	0 ,0%	1 1,3%
Σύνολο	41 100,0%	35 100,0%	76 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
X <sup>2</sup>	,883	2	,643

**Σχήμα 105: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν μίλησαν με τον γιατρό για την σεξουαλική τους ζωή μετά την ανακοίνωση του αποτελέσματος της εξέτασης**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

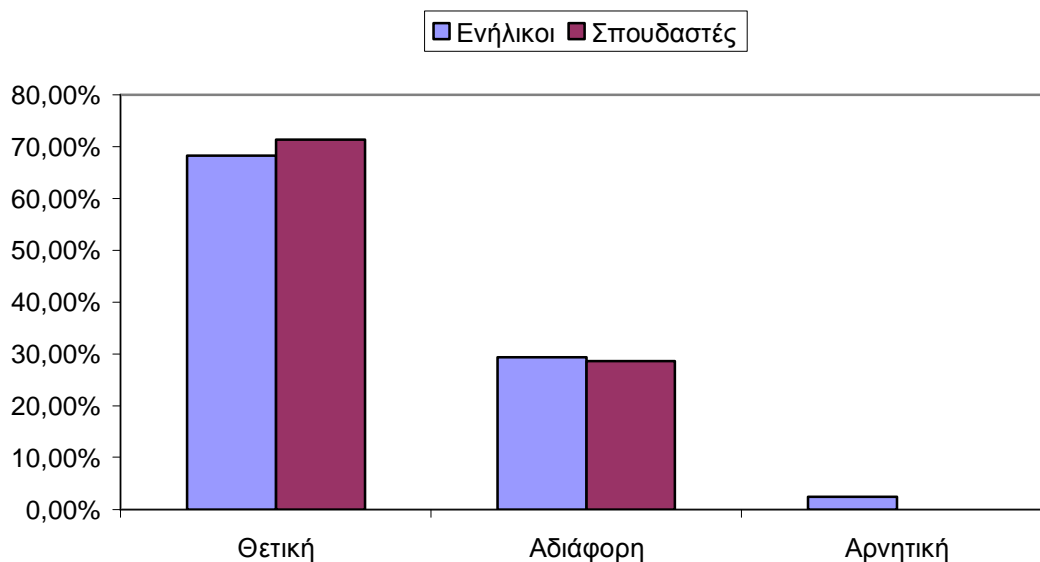
**Πίνακας 107: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία για την οποία δεν έκαναν εξέταση για AIDS**

Δεν έκαναν εξέταση για AIDS γιατί φοβήθηκαν ένα θετικό αποτέλεσμα	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ναι	37 18,5%	29 13,1%	66 15,6%
Όχι	163 81,5%	193 86,9%	356 84,4%
Σύνολο	200 100,0%	222 100,0%	422 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ2	2,357	1	,125

**Σχήμα 106: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και πως θα χαρακτήριζαν την επαφή με τον γιατρό κατά την εξέταση για την AIDS**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

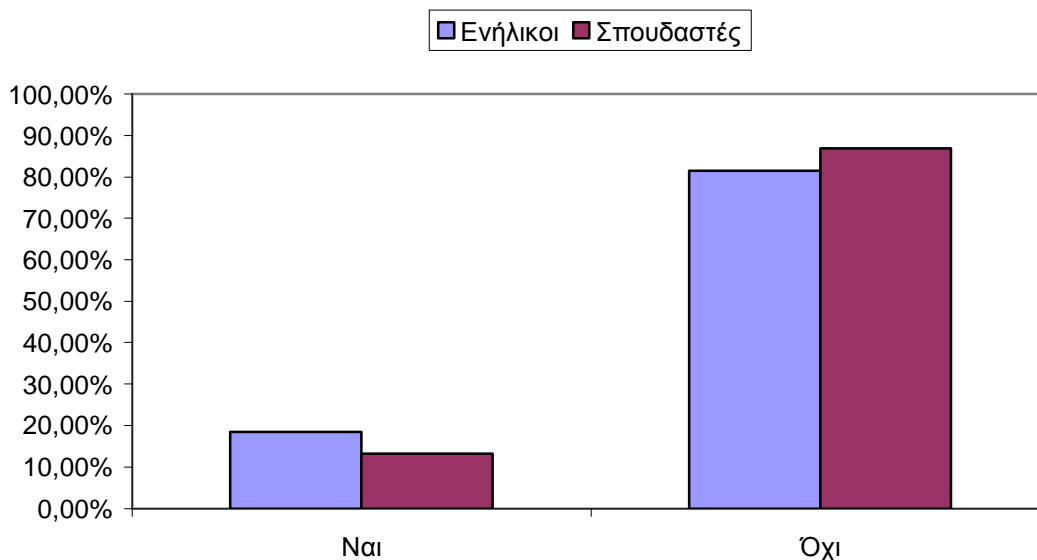
**Πίνακας 108: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία για την οποία δεν έκαναν εξέταση για AIDS**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Δεν έκαναν εξέταση για AIDS γιατί θα είχαν άγχος εν αναμονή του αποτελέσματος			
Ναι	43 21,3%	62 28,1%	105 24,8%
Όχι	159 78,7%	159 71,9%	318 75,2%
Σύνολο	202 100,0%	221 100,0%	423 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	2,590	1	,108

**Σχήμα 107: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία για την οποία δεν έκαναν εξέταση για AIDS**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

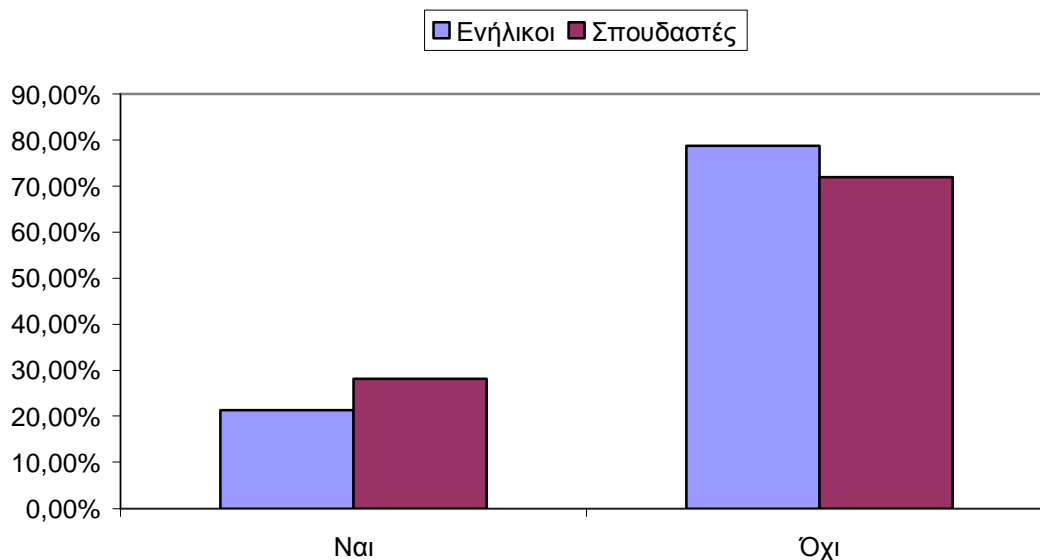
**Πίνακας 109: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία για την οποία δεν έκαναν εξέταση για AIDS**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Δεν έκαναν εξέταση για AIDS γιατί δεν υπάρχει ανωνυμία και εμπιστευτικότητα			
Ναι	34 16,7%	14 6,3%	48 11,3%
Όχι	169 83,3%	207 93,7%	376 88,7%
Σύνολο	203 100,0%	221 100,0%	424 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	11,430	1	,001

**Σχήμα 108: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία για την οποία δεν έκαναν εξέταση για AIDS**



Σε μεγαλύτερο ποσοστό οι ενήλικες σε σχέση με τους σπουδαστές θέτουν αμφιβολίες για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των αποτελεσμάτων.

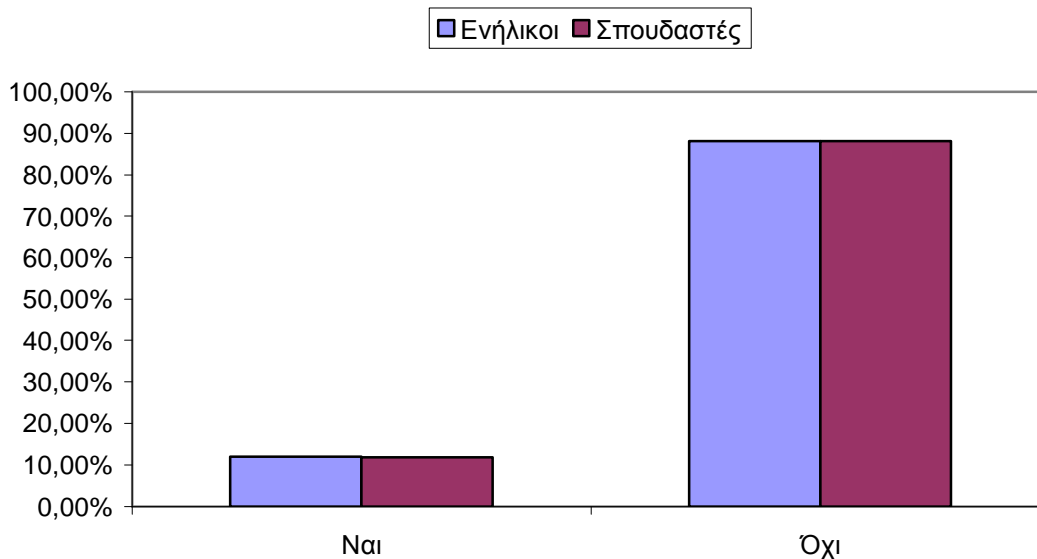
**Πίνακας 110: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία για την οποία δεν έκαναν εξέταση για AIDS**

	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Δεν έκαναν εξέταση για AIDS γιατί δεν είχαν χρήματα για την εξέταση			
Ναι	24 11,9%	26 11,8%	50 11,8%
Όχι	178 88,1%	195 88,2%	373 88,2%
Σύνολο	202 100,0%	221 100,0%	423 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,001	1	,970

**Σχήμα 110: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία για την οποία δεν έκαναν εξέταση για AIDS**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

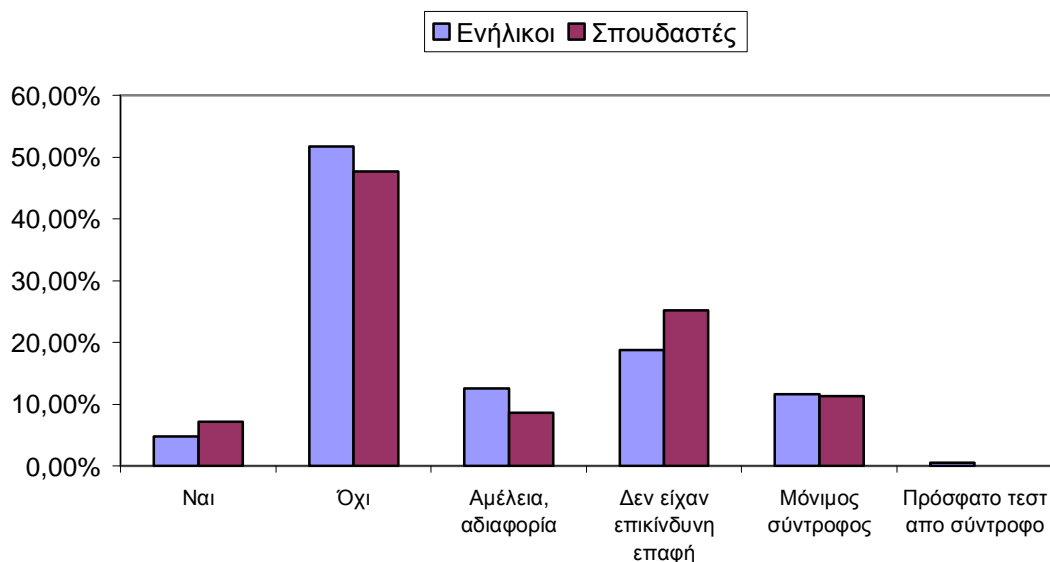
**Πίνακας 111: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία για την οποία δεν έκαναν εξέταση για AIDS**

Δεν έκαναν εξέταση για AIDS για άλλους λόγους	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ναι	10 4,8%	16 7,2%	26 6,1%
Όχι	107 51,7%	106 47,7%	213 49,7%
Αμέλεια, αδιαφορία	26 12,6%	19 8,6%	45 10,5%
Δεν είχαν επικίνδυνη επαφή	39 18,8%	56 25,2%	95 22,1%
Μόνιμος σύντροφος	24 11,6%	25 11,3%	49 11,4%
Πρόσφατο τεστ από σύντροφο	1 ,5%	0 ,0%	1 ,2%
Σύνολο	207 100,0%	222 100,0%	429 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ2	6,024	5	,304

**Σχήμα 111: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την αιτία για την οποία δεν έκαναν εξέταση για AIDS**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

**Πίνακας 112: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θεωρούν τον χρόνο εξαγωγής αποτελεσμάτων σαν ανασταλτικό παράγοντα για την εξέταση**

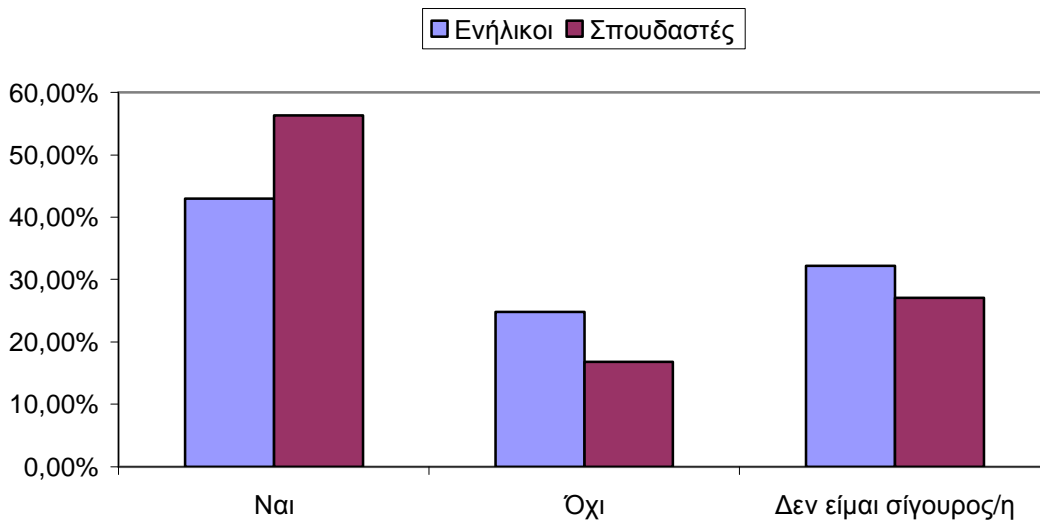
	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Θα πήγαιναν πιο εύκολα να κάνουν εξέταση για AIDS εάν τα αποτελέσματα έβγαιναν μετά από 1 ώρα			
Ναι	104 43,0%	144 56,3%	248 49,8%
Όχι	60 24,8%	43 16,8%	103 20,7%
Δεν είμαι σίγουρος/η	78 32,2%	69 27,0%	147 29,5%
Σύνολο	242 100,0%	256 100,0%	498 100,0%



### Δοκιμασία Χ-τετράγωνο

	Τιμή	B.E.	P
Χ2	9,422	2	,009

**Σχήμα 112: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν θεωρούν τον χρόνο εξαγωγής αποτελεσμάτων σαν ανασταλτικό παράγοντα για την εξέταση**



Το ποσοστό των σπουδαστών που απαντά θετικά στην ερώτηση είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των ενηλίκων. Ο πίνακας είναι στατιστικά σημαντικός.

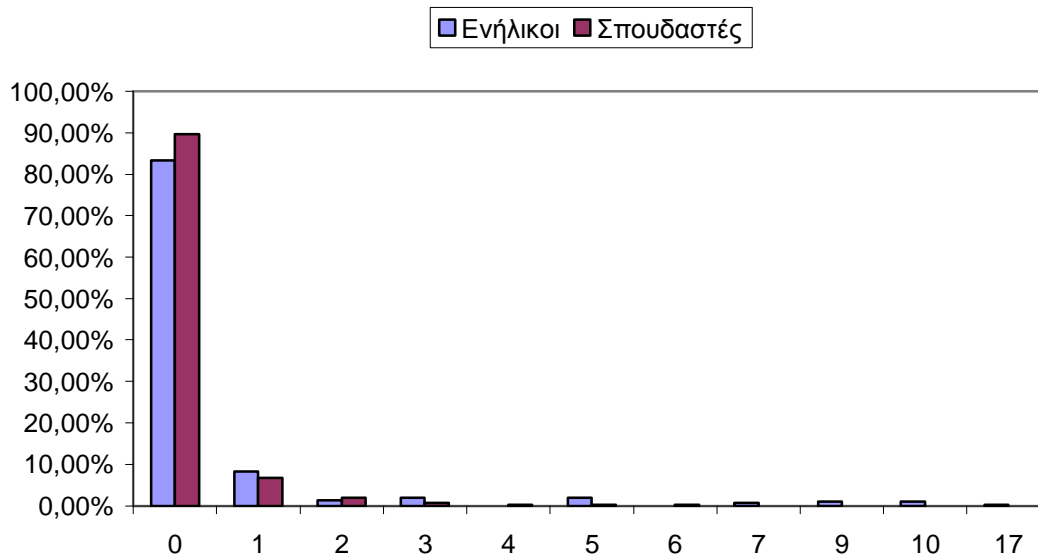
**Πίνακας 113: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και πόσες φορές έχουν κάνει εξέταση για AIDS**

Πόσες φορές έχουν κάνει εξέταση για AIDS	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
0	250 83,3%	269 89,7%	519 86,5%
1	25 8,3%	20 6,7%	45 7,5%
2	4 1,3%	6 2,0%	10 1,7%
3	6 2,0%	2 ,7%	8 1,3%
4	0 ,0%	1 ,3%	1 ,2%
5	6 2,0%	1 ,3%	7 1,2%
6	0 ,0%	1 ,3%	1 ,2%
7	2 ,7%	0 ,0%	2 ,3%
9	3 1,0%	0 ,0%	3 ,5%
10	3 1,0%	0 ,0%	3 ,5%
17	1 ,3%	0 ,0%	1 ,2%
Σύνολο	300 100,0%	300 100,0%	600 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	18,223	10	,051

**Σχήμα 113: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και πόσες φορές έχουν κάνει εξέταση για AIDS**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε στην ουσία όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες. Η οριακότητα της στατιστικής σημαντικότητας οφείλεται στον κατακερματισμό των διαφόρων ομάδων.

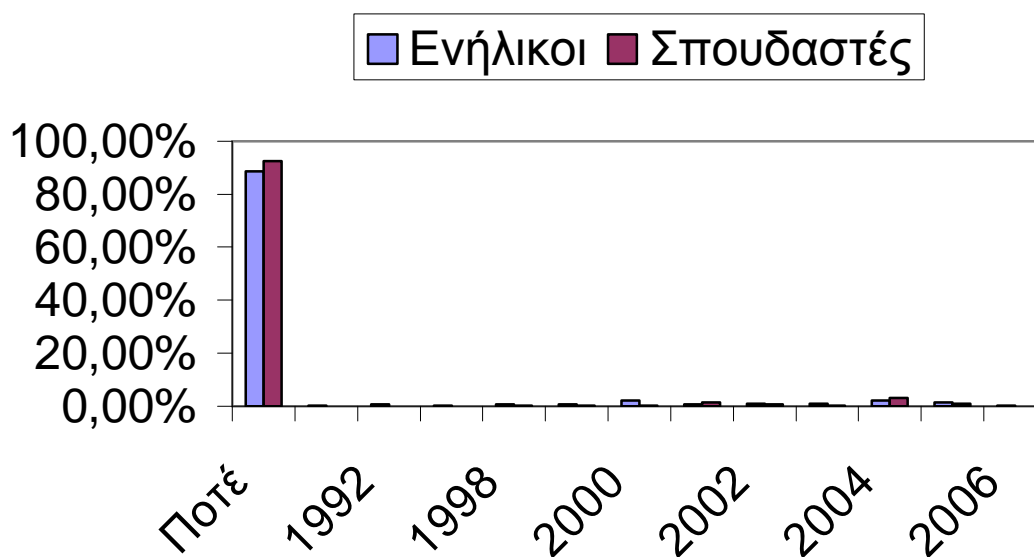
**Πίνακας 114: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και πότε έκαναν για πρώτη φορά εξέταση για AIDS**

Πότε έκαναν για πρώτη φορά εξέταση για AIDS	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ποτέ	258 88,7%	273 92,5%	531 90,6%
1991	1 ,3%	0 ,0%	1 ,2%
1992	2 ,7%	0 ,0%	2 ,3%
1997	1 ,3%	0 ,0%	1 ,2%
1998	2 ,7%	1 ,3%	3 ,5%
1999	2 ,7%	1 ,3%	3 ,5%
2000	6 2,1%	1 ,3%	7 1,2%
2001	2 ,7%	4 1,4%	6 1,0%
2002	3 1,0%	2 ,7%	5 ,9%
2003	3 1,0%	1 ,3%	4 ,7%
2004	6 2,1%	9 3,1%	15 2,6%
2005	4 1,4%	3 1,0%	7 1,2%
2006	1 ,3%	0 ,0%	1 ,2%
Σύνολο	291 100,0%	295 100,0%	586 100,0%

### Δοκιμασία Χ-τετράγωνο

	Τιμή	B.E.	P
Χ2	12,245	12	,426

Σχήμα 113: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και πόσες φορές έχουν κάνει εξέταση για AIDS



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

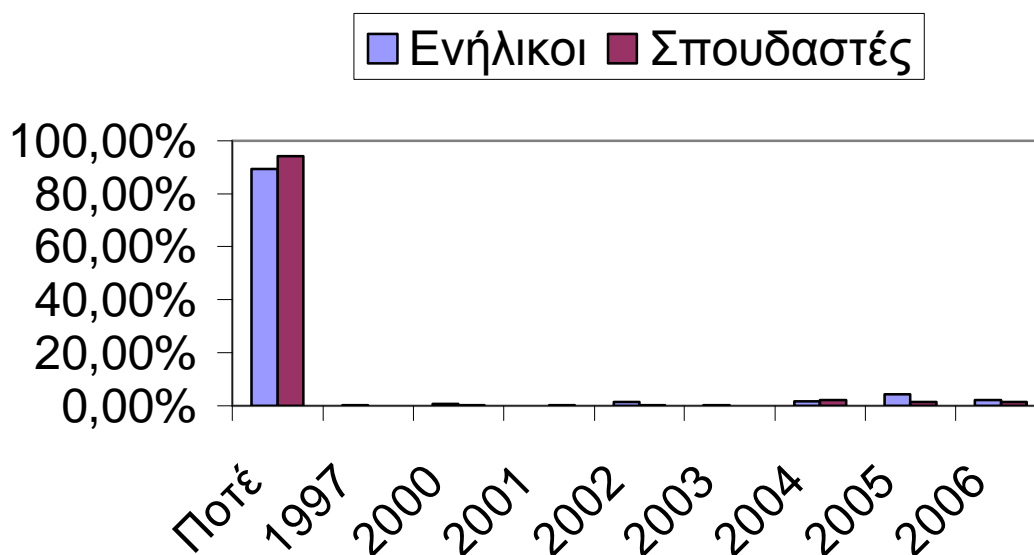
**Πίνακας 115: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και πότε έκαναν τελευταία φορά που έκαναν εξέταση για AIDS**

Πότε ήταν η τελευταία φορά που έκαναν εξέταση για AIDS	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ποτέ	255 89,2%	276 94,2%	531 91,7%
1997	1 ,3%	0 ,0%	1 ,2%
2000	2 ,7%	1 ,3%	3 ,5%
2001	0 ,0%	1 ,3%	1 ,2%
2002	4 1,4%	1 ,3%	5 ,9%
2003	1 ,3%	0 ,0%	1 ,2%
2004	5 1,7%	6 2,0%	11 1,9%
2005	12 4,2%	4 1,4%	16 2,8%
2006	6 2,1%	4 1,4%	10 1,7%
Σύνολο	286 100,0%	293 100,0%	579 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	10,372	8	,240

**Σχήμα 115: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και πότε έκαναν τελευταία φορά που έκαναν εξέταση για AIDS**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

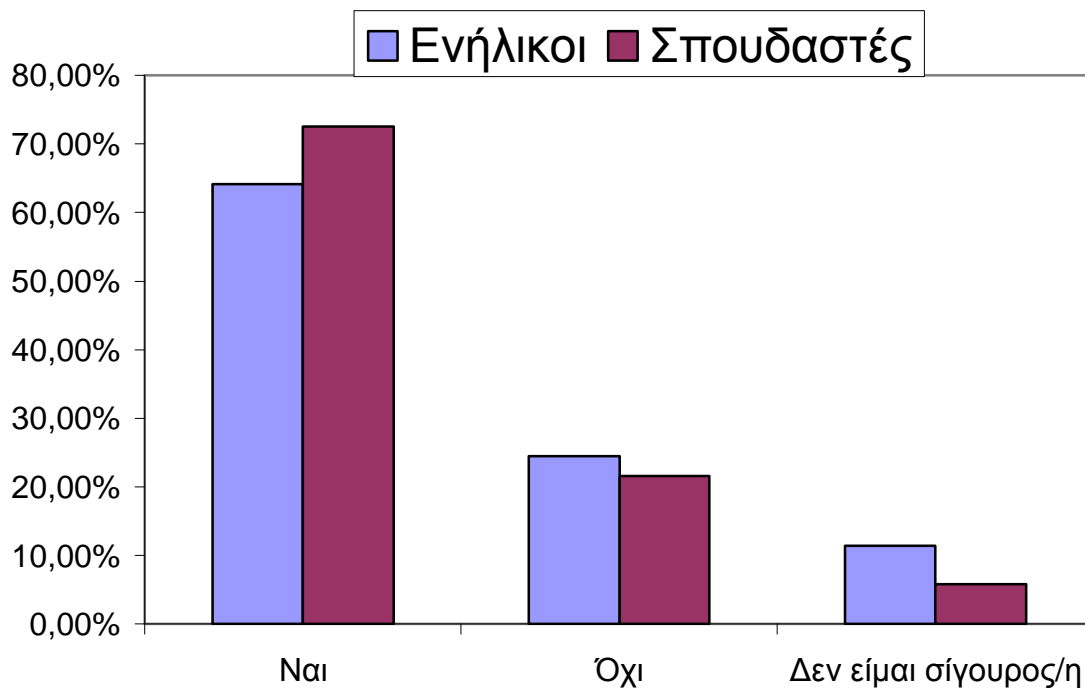
**Πίνακας 116: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν έχουν δει διαφημιστικό υλικό που να αναφέρεται στο τεστ AIDS στην Ελλάδα**

Έχουν δει φυλλάδια, αφίσες, τηλεοπτικά ή ραδιοφωνικά σποτ που αναφέρονται στο τεστ για AIDS στην Ελλάδα	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ναι	186 64,1%	211 72,5%	397 68,3%
Όχι	71 24,5%	63 21,6%	134 23,1%
Δεν είμαι σίγουρος/η	33 11,4%	17 5,8%	50 8,6%
Σύνολο	290 100,0%	291 100,0%	581 100,0%

### Δοκιμασία Χ-τετράγωνο

	Τιμή	B.E.	P
Χ2	7,170	2	,028

**Σχήμα 116: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και εάν έχουν δει διαφημιστικό υλικό που να αναφέρεται στο τεστ AIDS στην Ελλάδα**



Σε μεγαλύτερο ποσοστό οι σπουδαστές απαντούν θετικά στην ερώτηση αυτή σε σχέση με τους ενήλικες. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.



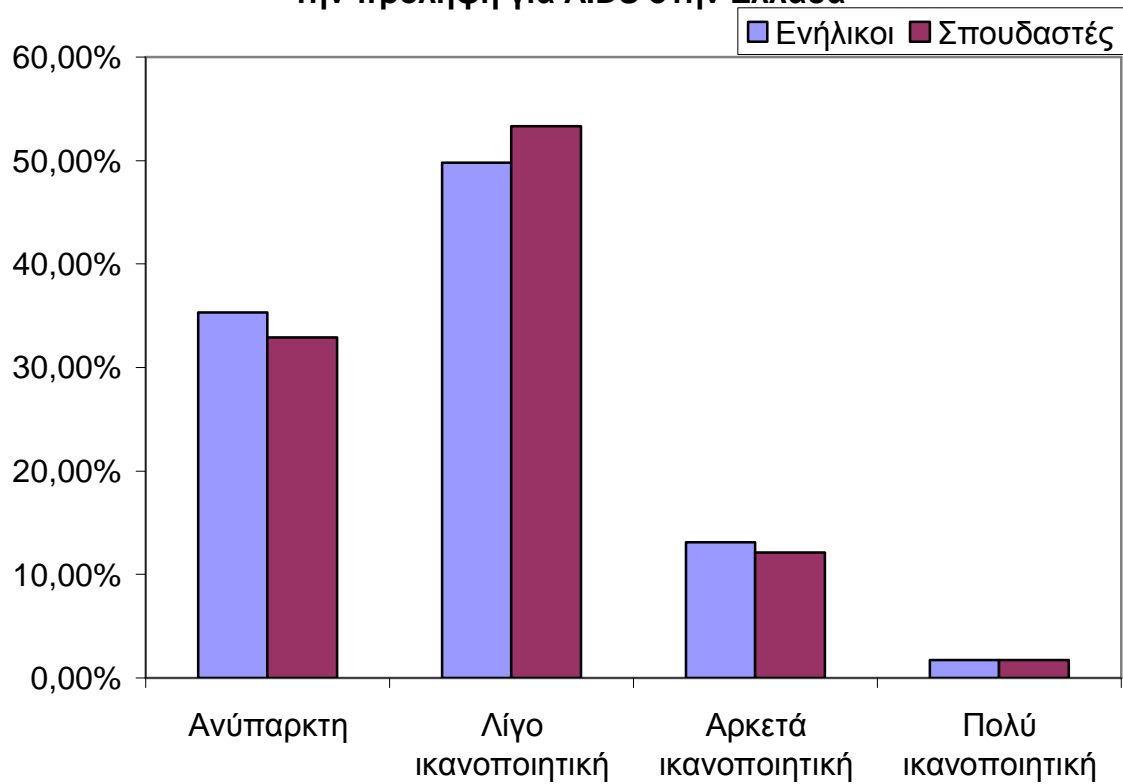
**Πίνακας 117: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την γνώμη τους για πως θα χαρακτήριζαν την πρόληψη για AIDS στην Ελλάδα**

Πως θα χαρακτήριζαν την πρόληψη για AIDS στην Ελλάδα	Προέλευση δείγματος		Σύνολο
	Ενήλικοι	Σπουδαστές	
Ανύπαρκτη	102 35,3%	95 32,9%	197 34,1%
Λίγο ικανοποιητική	144 49,8%	154 53,3%	298 51,6%
Αρκετά ικανοποιητική	38 13,1%	35 12,1%	73 12,6%
Πολύ ικανοποιητική	5 1,7%	5 1,7%	10 1,7%
Σύνολο	289 100,0%	289 100,0%	578 100,0%

**Δοκιμασία Χ-τετράγωνο**

	Τιμή	B.E.	P
Χ <sup>2</sup>	,708	3	,871

**Σχήμα 117: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την προέλευση και την γνώμη τους για πως θα χαρακτήριζαν την πρόληψη για AIDS στην Ελλάδα**



Στην ερώτηση αυτή έχουμε όμοια ποσοστά απαντήσεων τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ενήλικες.

## 7.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τα αποτελέσματα που διεξήχθησαν από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, το συμπέρασμά μας είναι το εξής:

Τόσο οι σπουδαστές όσο και οι ενήλικοι κάτοικοι της πόλης των Πατρών παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό αδιαφορίας για την ενημέρωσή τους πάνω στο θέμα του AIDS.

Το παραπάνω συμπέρασμά μας στηρίζεται στις απαντήσεις που έχουν δοθεί σε θέματα που αφορούν:

- § Το εμβόλιο: το 20% του δείγματος, πιστεύει ότι υπάρχει εμβόλιο κατά του ιού του HIV και ένα ποσοστό 38% δεν γνωρίζει για την ύπαρξή του.
- § Τα φάρμακα: ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν γνωρίζουν πως οι ασθενείς του AIDS που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή ζουν περισσότερο απ' ότι παλαιότερα, ότι δεν θεραπεύονται πλήρως και ότι δεν σταματούν να μεταδίδουν τον ιό.
- § Τη θεραπεία: μόνο το 39% γνωρίζει πως δεν υπάρχει θεραπεία ικανή να εμποδίσει την μόλυνση του ιού HIV μετά από μια επικίνδυνη επαφή ενώ το 54% δεν είναι σίγουρο για την ύπαρξή της.
- § Συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες: ακόμα και στις μέρες μας υπάρχει ένα μικρό ποσοστό περίπου 15% που πιστεύει ότι το AIDS είναι μια ασθένεια που αφορά συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες όπως ναρκομανείς, ομοφυλόφιλους, ιερόδουλες, μεταγγιζόμενους.
- § Τη χρήση προφυλακτικού: αίσθηση προκαλεί το μεγάλο ποσοστό του δείγματος (46%) το οποίο δεν χρησιμοποιεί προφυλακτικό κατά την σεξουαλική επαφή γενικά, αλλά και ιδιαίτερα ούτε κατά τον πρωκτικό έρωτα (61%)ου παρουσιάζει τις μεγαλύτερες πιθανότητες μόλυνσης σύμφωνα με την βιβλιογραφία. Ο κύριος λόγος μη χρήσης προφυλακτικού αναφέρουν πως είναι α) γιατί δεν τους αρέσει β) γιατί δεν συμφωνεί ο/ η σύντροφος και γ) γιατί δεν έχουν πάντα μαζί τους.

Όσον αφορά τα άτομα που χρησιμοποιούν προφυλακτικό συχνό είναι το φαινόμενο, 40%, που τους σπάει. Αιτία αυτού του «ατυχήματος» συμπεραίνουμε πως είναι ότι δεν γνωρίζουν πώς να χρησιμοποιούν και να

διατηρούν το προφυλακτικό, αλλά ίσως και να οφείλεται στην ελαττωματική προέλευσή του.

§ Το test του AIDS: Μετά από μια επικίνδυνη σεξουαλική επαφή τραγικά υψηλό εμφανίζεται το ποσοστό 73,8% των ατόμων που δεν έκαναν εξέταση για AIDS με την πρόφαση πως τους προξενεί άγχος η αναμονή και το αποτέλεσμα, ότι δεν υπάρχει ανωνυμία και εμπιστευτικότητα, δεν έχουν χρήματα για την εξέταση, και ότι έχουν μόνιμο σύντροφο και δεν κινδυνεύουν.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε πως ενώ το 66% των σπουδαστών και το 54% των ενηλίκων κατοίκων δηλώνουν ενημερωμένοι πάνω στο θέμα του AIDS, κάθε άλλο παρά κάτι τέτοιο ισχύει με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας. Το γεγονός αυτό κατά την άποψή μας οφείλεται αφενός στην λανθασμένη αντίληψή τους πως δεν κινδυνεύουν να μολυνθούν από τον ιό του HIV (κυρίως έγγαμοι) και όσοι έχουν σταθερές σχέσεις και αφετέρου στην έλλειψη βασικών γνώσεων αυτού.

## 7.5 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η θανατηφόρα ασθένεια του AIDS αποτελεί ακόμα και στις μέρες μας μια τραγική πραγματικότητα για την οποία δεν γνωρίζουμε πόσο ακόμα θα στερεί τη ζωή σε χιλιάδες ανθρώπους καθημερινά. Με βάση ότι μέχρι σήμερα οι προσπάθειες εύρεσης θεραπείας έχουν αποβεί άκαρπες, η σωστή και πολύπλευρη ενημέρωση, κατά την γνώμη μας, με άμεσο στόχο την πρόληψη, θα βοηθήσει να βελτιωθεί η κατάσταση που επικρατεί.

Για την καλύτερη επίτευξη αυτού του στόχου η πρόληψη θα πρέπει να αφορά όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλου, καταγωγής, θρησκείας και οικογενειακής κατάστασης.

Για το λόγο αυτό οι προτάσεις μας συνοψίζονται στα εξής:

§ Σεμινάρια Γονέων και Εκπαιδευτικών: Το κράτος μέσα από τους φορείς τους κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς συλλόγους θα μπορούσε να

οργανώνει διάφορα σεμινάρια στα οποία να ενημερώνει και να ευαισθητοποιεί τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς πάνω στο θέμα του AIDS και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

§ Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση: Το Υπουργείο Παιδείας θα πρέπει να ενσωματώσει στο σχολικό πρόγραμμα μαθήματα σεξουαλικής αγωγής, ανάλογα με την ηλικία που βρίσκονται τα παιδιά (δημοτικό- γυμνάσιο- λύκειο- ανώτατη εκπαίδευση). Εφοδιάζοντας τα παιδιά με τις κατάλληλες γνώσεις από μικρή ηλικία καταφέρνουν μεγαλώνοντας να γίνουν πιο ώριμα και να αντιμετωπίζουν με σοβαρότητα το θέμα αυτό.

Παράλληλα με την σχολική σεξουαλική αγωγή οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνουν και να μιλούν ελεύθερα στα παιδιά τους γι' αυτό το θέμα και όχι να διακατέχονται από ταμπού και κοινωνικά στερεότυπα.

§ Βιωματικά Εργαστήρια: Επίσης, η πρόληψη θα μπορούσε να προωθηθεί μέσα από την οργάνωση βιωματικών εργαστηρίων στα οποία θα έχουν την δυνατότητα να συμμετέχουν όλες οι ηλικιακές ομάδες. Ανάλογα με την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση που βρίσκεται, το άτομο θα λαμβάνει μέσω βιωματικών ασκήσεων/ δραστηριοτήτων γνώσεις και τεχνικές που θα μπορεί να χρησιμοποιεί στην καθημερινή του ζωή. Για παράδειγμα:

- Ένας γονιός θα μπορούσε να μάθει πώς να αντιμετωπίζει πιθανές καταστάσεις του συντρόφου του και ερωτήσεις του παιδιού του.
- Ένας έφηβος αντίστοιχα, θα μπορούσε μέσα από π.χ. Role Playing και τηλεοπτικό υλικό να αναπτύξει σεξουαλική συνείδηση, αυτοεκτίμηση και ωριμότητα καθώς επίσης να δώσει απαντήσεις σε πολύ σημαντικά ζητήματα που τον απασχολούν πάνω στο θέμα του έρωτα.

§ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού: με την δημιουργία κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού σε κάθε πόλη δίνεται η ευκαιρία σε κάθε πολίτη ατομικά ή ομαδικά να ενημερωθεί οποιαδήποτε στιγμή το θελήσει.

§ M.M.E.: Τα M.M.E., καθώς όλοι γνωρίζουμε, έχουν την μεγαλύτερη δύναμη για να μεταδώσουν μηνύματα και πληροφορίες σε όλο τον κόσμο. Γι' αυτό το λόγο μπορούν να συμβάλλουν άμεσα, παρουσιάζοντας με ευαισθησία το θέμα του AIDS και αγγίζοντάς το σε όλες του τις πτυχές.

Ιδιαίτερα η τηλεόραση, μέσω της οπτικοακουστικής δυνατότητας που διαθέτει, θα μπορούσε να προβάλλει ενημερωτικές εκπομπές και διαφημιστικά μηνύματα σε τακτά χρονικά διαστήματα με σκοπό να ενημερωθούν, να προβληματιστούν και να ευαισθητοποιηθούν για το θέμα του AIDS όλες οι ηλικιακές ομάδες τόσο για ότι συμβαίνει στην χώρα τους όσο και στην παγκόσμια κοινότητα.

§ Ο Κοινωνικός Λειτουργός στο σχολείο: Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο σχολείο είναι αναγκαίος και σημαντικός και αυτό γιατί πιστεύουμε ότι η πρόληψη από μικρή ηλικία είναι η καλύτερη θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα ο κοινωνικός λειτουργός θα μπορούσε:

- Να οργανώνει ενημερώσεις στις οποίες θα μπορεί να καλεί εξειδικευμένους ομιλητές πάνω στο θέμα του AIDS οι οποίοι θα απευθύνονται στους γονείς, στους εκπαιδευτικούς και στους μαθητές.
- Να πραγματοποιεί προγράμματα πρόληψης AIDS μαζί με τους μαθητές ανάλογα με την ηλικία που βρίσκονται και τα οποία να τα συντονίζει ο ίδιος.
- Να πραγματοποιεί μαθήματα σεξουαλικής αγωγής εφόσον έχει λάβει την απαραίτητη γνώση
- Να έχει άμεση επικοινωνία με τους μαθητές για να τον εμπιστεύονται και να τους συμβουλεύει σε ότι απορίες έχουν σε ότι αφορά την σεξουαλική ζωή.

Άμεσος στόχος των παραπάνω προτάσεων μας είναι η ευαισθητοποίηση και ο προβληματισμός του κοινού αφενός, και αφετέρου το κάθε άτομο να αντιληφθεί την ανάγκη επίλυσης αυτού του προβλήματος και της δικής του συμμετοχής στον αγώνα καταπολέμησης του *AIDS*.



**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΒΙΒΛΙΑ

- ✓ Αβραμίδης Β, Αθανάσιος, «Η αλήθεια για τα ναρκωτικά», 8 έκδοση, Αθήνα, εκδ. Ακρίτας, 1988.
- ✓ Αλιμπουτάκη Τζίνα, «AIDS: Ελληνική Πραγματικότητα», Αθήνα, εκδ. Νέα Σύνορα, 1985.
- ✓ Ασκητής Θάνος, «Η σεξουαλική Αφύπνιση της εφηβείας», Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 1997.
- ✓ Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος, «Το ζην επικινδύνως: Πρόληψη και Αντιμετώπιση των Κινδύνων στην καθημερινή ζωή», Αθήνα, εκδ. Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τραπέζης, 1998, μτφ. Μπαρούξης Γιώργος.
- ✓ Cohen L., Lawrence M., «Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας», Αθήνα, εκδ. Μεταίχμιο, 1994, μτφ. Μητσοπούλου Χ, Φιλοπούλου Μ)
- ✓ Γαρδίκας Κ.Δ., «Αιματολογία», ε έκδοση, Αθήνα, εκδ. Γρηγόριος Κ. Παριστανός, 1989.
- ✓ Γκουρνέλη Κ. Θωμά, «Υγιεινή», Θεσσαλονίκη, εκδ. Μπαχαρίδη, 1992.
- ✓ Δετοράκης Ιωάννης – Κουτσούμπα Δήμητρα, «AIDS. Απαντήσεις στις ερωτήσεις που δεν βρήκατε την ευκαιρία να ρωτήσετε», Πάτρα, Πανεπιστήμιο, 1992.
- ✓ Kaplan and Sadock's, «Ψυχιατρική», ζ έκδοση, Αθήνα, εκδ Λίτσας, 2000, τόμος β.
- ✓ Καλλινικάκη Θεανώ, «Κοινωνική Εργασία: Εισαγωγή στην θεωρία και στην πρακτική της κοινωνικής εργασίας», γ έκδοση, Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 1998.
- ✓ Κουσκούκης Κων/νος, «AIDS: Τι πρέπει να γνωρίζετε», Αθήνα, εκδ. Σμυρνιωτάκης, 1988.
- ✓ Llewellyn-Jones Derek, «Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Ασθένειες», Αθήνα, εκδ. Λύχνος, 1992, μτφ Καββαδία Μ.
- ✓ Leon Renard, «Πώς να δαμάσετε τον καρκίνο: Οι ανεκμετάλλευτες δυνάμεις της ανθρώπινης ύπαρξης», Αθήνα, εκδ. Ααγής, 1990, μτφ. Τζίνα Τραμπάζαλη.
- ✓ Λάσκαρης Γ-Παπαευαγγέλου Ι.Γ, «AIDS και οδοντιατρική», Αθήνα, εκδ Ζήτα, 1988.



- ✓ Mayer Ken, MD – Pizer Hann, «AIDS: Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας», Αθήνα, εκδ. Φλώρος, 1987, μφ. Ταμβάκη Ελένη.
- ✓ Μάλλιναρ Τζίλ, «Λεξικό Σεξουαλικής Αγωγής», Αθήνα, εκδ. Πατάκη, 1992, μφ Μαρία-Αδαμαντία Μαλλιαρού
- ✓ Μάνου Νίκος, «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», Θεσσαλονίκη, εκδ. University Studio Press, 1997.
- ✓ Μαργαρίτης Λούκας, «Κυτταρική Βιολογία», Γ έκδοση, Αθήνα, Ιατρικές Εκδ. Λίτσας, 1989, τόμος β.
- ✓ Ουίλι Παζίνι, « Μάθε ν' αγαπάς τον σύντροφό σου: Τα προβλήματα και η αντιμετώπισή τους στις σχέσεις των ζευγαριών», Αθήνα, εκδ. Οδυσσέας, 1993, μφ Λένα Ταχμαλίδου – Τάκης Μπονάνος
- ✓ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, « AIDS και πρώτες βοήθειες στους χώρους εργασίας:Οδηγίες», Αθήνα, εκδ. Βήτα, 1990.
- ✓ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, «Αγωγή Υγείας στο σχολείο για την πρόληψη του AIDS και των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων», Αθήνα, εκδ. Βήτα 1992.
- ✓ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, «Μέθοδοι αποστείρωσης και απολύμανσης, δραστικές κατά του ιού της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας», Αθήνα, εκδ. Βήτα, 1990.
- ✓ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, «Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοεπάρκειας (HIV), Αθήνα, εκδ. Βήτα, 1991.
- ✓ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, «Σχεδιασμός Αγωγής Υγείας για την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS», Αθήνα, εκδ. Βήτα, 1991.
- ✓ Πετρίδης Α., «Εγχειρίδιο Χειρουργικής», β έκδοση, εκδ.Ελλήν,1998.
- ✓ Ρούσσης Αρ. Ξενοφών, «Η αθλητιατρική στην πράξη:Απαραίτητες βασικές γνώσεις για κάθε αθλούμενο», Αθήνα, εκδ. Θ. Χριστόπουλος και Σία Ο.Ε, 1989.
- ✓ Society for Neuroscience, «Τι γνωρίζουμε για τον εγκέφαλο: Ένα αλφαβητάρι για τον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα», Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 1996, μφ Ελληνική Εταιρεία για τις νευροεπιστήμες.
- ✓ Σουγιουλτζής Χρήστος, «Οι ασθένειες του AIDS», β έκδοση, Αθήνα, εκδ. Ήβος, 1996.

- ✓ Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS-Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε, «AIDS:Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας», Αθήνα, 1989.

## ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- ✓ Κουτσελίνης Α, «Ηθικοδεοντολογικοί προβληματισμοί στην αντιμετώπιση του AIDS», Ελληνικά Αρχεία AIDS, τόμος 8<sup>ος</sup> ,Τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος – Μάρτιος 2000, σελ. 14-16
- ✓ Λαζανάς Μ.Κ., «Παγκόσμια Ημέρα για το AIDS.1<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2000. Οι άνδρες κάνουν την διαφορά», Ελληνικά Αρχεία AIDS, τόμος 8<sup>ος</sup>, τεύχος 4<sup>ο</sup>, Οκτώβριος - Δεκέμβριος,2000, σελ. 278-283
- ✓ Μπουτσικάκης Ι.Ε – Σαρόγλου Γ, «Ο ταξιδιώτης με την HIV λοίμωξη», Ελληνικά Αρχεία AIDS, τόμος 9<sup>ος</sup> ,τεύχος 4<sup>ο</sup> , Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2001, σελ. 271-278
- ✓ Παπαζήση Θ, «Ζητήματα ευθύνης και άλλα νομικά προβλήματα από το AIDS», Ελληνικά Αρχεία AIDS, τόμος 8<sup>ος</sup>, τεύχος 2<sup>ο</sup>, Απρίλιος – Ιούνιος 2000, σελ. 123-129
- ✓ Σιγάλας Ι.Ι, «Παράμετροι κόστους της HIV/AIDS νόσου», Ελληνικά Αρχεία AIDS, τόμος 8<sup>ος</sup> , τεύχος 1<sup>ο</sup> , Ιανουάριος – Μάρτιος 2000, σελ. 40-45
- ✓ Χίνη Μ – Λελέκης Μ, «HIV και μετακινούμενοι πληθυσμοί», Ελληνικά αρχεία AIDS, τόμος 9<sup>ος</sup>, Τεύχος 1<sup>ο</sup> , Ιανουάριος – Μάρτιος 2001, σελ. 14-16

## ΣΥΝΕΔΡΙΑ

- ✓ Ζακόπουλος Αθ, «Κοινωνικές και Ηθικές Διαστάσεις του AIDS», 3<sup>ο</sup> πανελλήνιο συνέδριο AIDS, “Τι νεότερο στο AIDS:Αμφιλεγόμενες απόψεις και προβληματισμοί”, Αθήνα, εκδ. Βήτα,1991.
- ✓ Κοσμίδης Ι, «Νοσηλεία-Θεραπεία», 1<sup>ο</sup> πανελλήνιο συνέδριο AIDS, “Τι νεότερο: Κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS”, Αθήνα, εκδ. Βήτα, 1989.
- ✓ Κουτσελίνης Α, «Ηθικοδεοντολογικοί προβληματισμοί στην αντιμετώπιση ασθενών HIV», 1<sup>ο</sup> πανελλήνιο συνέδριο, “Τι νεότερο: Κοινωνικές επιπτώσεις AIDS”, Αθήνα, εκδ. Βήτα, 1989.
- ✓ Λαζανάς Μ, «Σπάνιες Κλινικές Εκδηλώσεις στο AIDS», 3<sup>ο</sup> πανελλήνιο συνέδριο AIDS, “Τι νεότερο στο AIDS: Αμφιλεγόμενες απόψεις και προβληματισμοί”, Αθήνα, εκδ. Βήτα, 1991.

- ✓ Μαΐλλης Α, «Νευρολογικές και Ψυχιατρικές επιπτώσεις του AIDS», 1<sup>ο</sup> πανελλήνιο συνέδριο AIDS, “Τι νεότερο:Κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS”, Αθήνα, εκδ. Βήτα, 1989.
- ✓ Ραγιά Α, «Ψυχοκοινωνικές ανάγκες του αρρώστου με AIDS», 3<sup>ο</sup> πανελλήνιο συνέδριο AIDS, “Τι νεότερο στο AIDS: Αμφιλεγόμενες απόψεις και προβληματισμοί”, Αθήνα, εκδ. Βήτα, 1991.
- ✓ Ρενιέρη Β-Λιβιεράτου Ν, «Ενημέρωση φορέων και ασθενών με AIDS», 3<sup>ο</sup> πανελλήνιο συνέδριο AIDS, “Τι νεότερο στο AIDS: Αμφιλεγόμενες απόψεις και προβληματισμοί”, Αθήνα, εκδ. Βήτα, 1991
- ✓ Σταυρόπουλος Α, «AIDS:Ιστορική αναδρομή και κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις, 1<sup>ο</sup> πανελλήνιο συνέδριο AIDS, “Τι νεότερο:Κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS”, Αθήνα, εκδ. Βήτα, 1989.

#### INTERNET

- ✓ [WWW.KEELPNO.GR](http://WWW.KEELPNO.GR), 10/Δεκ/ 2006
- ✓ [WWW.HIVAIDS.GR](http://WWW.HIVAIDS.GR), 20/Ιούλη/2006
- ✓ [WWW.HRI.ORG/MOD/THITEIA/40/AIDS/AIDS.HTM-13K](http://WWW.HRI.ORG/MOD/THITEIA/40/AIDS/AIDS.HTM-13K), 20/Δεκ/2006
- ✓ [WWW.MEDLOOK.NET/CATEGORY.ASP?CATEGORY=2-22K](http://WWW.MEDLOOK.NET/CATEGORY.ASP?CATEGORY=2-22K), 20/Ιούλη/2006
- ✓ [WWW.MEDNET.GR/GREEK/SOC/AIDS/-2K](http://WWW.MEDNET.GR/GREEK/SOC/AIDS/-2K), 20/Ιούλη/2006
- ✓ [WWW.HIV-AIDS.GR](http://WWW.HIV-AIDS.GR), 15/Οκτ/2006
- ✓ [WWW.ONEVISION2006.ORG](http://WWW.ONEVISION2006.ORG), 15/Οκτ/2006
- ✓ [HTTP//TECH.PATHFINDER.GR/TECH/236237.HTM](http://HTTP//TECH.PATHFINDER.GR/TECH/236237.HTM), 15/Οκτ/2006
- ✓ [TECH.PATHFINDER.GR/TECH/236884.HTML.-21K](http://TECH.PATHFINDER.GR/TECH/236884.HTML.-21K), 15/Οκτ/2006
- ✓ [A:\25 χρόνια AIDS-CONTRA-GR-SPORTSWEBCENTER.HTM](http://A:\25 χρόνια AIDS-CONTRA-GR-SPORTSWEBCENTER.HTM), 15/Οκτ/2006
- ✓ [WWW.HIV.GR](http://WWW.HIV.GR), 15/Οκτ/2006
- ✓ [WWW.GEOCITIES.COM/HOTSPRINGS/4809/AQAIDS.HTM](http://WWW.GEOCITIES.COM/HOTSPRINGS/4809/AQAIDS.HTM), 15/Οκτ/2006
- ✓ [WWW.FOTOARTMAGAZINE.GR](http://WWW.FOTOARTMAGAZINE.GR), 4/Δεκ/2006
- ✓ [WWW.ETHNOS.GR/SUMMURYTWOCOL.ASP?CATID=53828-PUBID=76761-23K](http://WWW.ETHNOS.GR/SUMMURYTWOCOL.ASP?CATID=53828-PUBID=76761-23K), 15/Οκτ/2006
- ✓ [WWW.FORTHNET.GR/TEMPLATES/NEWSPOSTING.ASPX?P=143214-42K](http://WWW.FORTHNET.GR/TEMPLATES/NEWSPOSTING.ASPX?P=143214-42K), 20/Ιούλη/2006

*ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ*

## ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

1. Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νοσημάτων «**Α. ΣΥΓΓΡΟΣ**»  
Πανεπιστημιακή Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων  
Ι. Δραγούμη 5, 116 21 Ιλίσια  
**Τηλέφωνο + Φαξ: 2107294241**  
Υπεύθυνος: Ν. Σταυριανέας, Αναπληρωτής Καθηγητής Δερματολογίας  
Πανεπιστημίου Αθηνών
2. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «**Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ**»  
Υψηλάντου 45-47, 106 76 Αθήνα  
**Τηλέφωνο: 2107201242, Φαξ: 2107201320**  
Υπεύθυνος: Ι. Μπουτσικάκης, Ειδικός Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος
3. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «**ΛΑΪΚΟ**»  
Αγ. Θωμά 17, 115 27 Γουδί  
**Τηλέφωνο: 2107771095, 2107789480, 2107703876**  
**Φαξ: 2107703876, 2107483319**  
Υπεύθυνος: Θ. Κορδώσεις, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογικής  
Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών  
Αναπληρωτές Υπεύθυνοι:  
Α. Καραφουλίδου, Διευθύντρια 2ου Περιφερειακού Κέντρου Αιμοδοσίας-  
Αιμοροφιλικών  
Γ. Πετρίκκος, Αναπληρωτής Καθηγητής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής  
Κλινικής
4. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «**Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ**»  
Μεσογείων 154, 156 69 Χολαργός  
**Τηλέφωνο: 2107489252, Φαξ: 2107788110**  
Υπεύθυνος: Π. Γαργαλιάνος, Διευθυντής Α' Παθολογικού Τμήματος και  
Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων
5. 1ο Νοσοκομείο **Ι.Κ.Α.** Αθηνών «**Η ΠΕΝΤΕΛΗ**»  
Τέρμα Ζαΐμη (πρώην Παπαδημητρίου), 151 27 Μελίσσια  
**Τηλέφωνο: 2106138745, Τηλέφωνο +Φαξ: 2108042474**  
Υπεύθυνος: Γ. Πάνος, Ιατρός Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος
6. Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ  
«**ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ**»  
Ερυθρού Σταυρού 1, 11526 Αμπελόκηποι  
**Τηλέφωνο: 2106414730, Φαξ: 2106414696**  
Υπεύθυνος: Μ. Λαζανάς, Παθολόγος, Διευθυντής Γ' Παθολογικού Τμήματος  
και Διευθυντής Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων
7. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «**ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ**»  
Βασ. Σοφίας 114, 115 28 Αθήνα  
**Τηλέφωνο: 2107793974, Φαξ: 2107776226**  
Υπεύθυνος: Α. Καλοταιράκης, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας  
Πανεπιστημίου Αθηνών

8. Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο **Δυτικής Αττικής**  
Δωδεκανήσου 1, 123 51 Αγ. Βαρβάρα  
**Τηλέφωνο: 2105301218, Φαξ: 2105301222**  
Υπεύθυνος: Κ. Γαλαριώτης, Παθολόγος, Διευθυντής Β' Παθολογικού Τμήματος
9. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «**ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ**»  
Σισμανογλείου 1, 151 26 Μαρούσι  
**Τηλέφωνο: 2108039542, Φαξ: 2108039543**  
Υπεύθυνη: Ε. Γιαμαρέλλου, Καθηγήτρια Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Δ' Παθολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής
10. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «**Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ**»  
Τμήμα Μακκά - Α' Παιδιατρική Κλινική  
Θηβών και Λειβαδιάς, 115 27 Γουδί  
**Τηλέφωνο: 2107758203, 2107758201, Φαξ: 2107797649**  
Υπεύθυνη: Μ. Θεοδωρίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
11. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «**ΑΧΕΠΑ**»  
Στυλ. Κυριακίδη 1, 546 36 Θεσσαλονίκη  
Υπεύθυνος: Β. Κιοσές, Ειδικός Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος
12. Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «**ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ**»  
Παθολογική Κλινική  
Λ. Πανεπιστημίου, 455 00 Ιωάννινα  
**Τηλέφωνο: 2651099755, Φαξ: 2651045944**  
Υπεύθυνος: Α. Δρόσος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
13. Περιφερειακό Γενικό **Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης**  
Δήμητρας 19, 681 00 Αλεξανδρούπολη  
**Τηλέφωνο +Φαξ: 2551027772**  
Υπεύθυνος: Ε. Μαλτέζος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής
14. Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό **Νοσοκομείο Πατρών**  
Ιατρικό Τμήμα, Παθολογική Κλινική, Τμήμα Λοιμώξεων  
265 00 Ρίο Πατρών  
**Τηλέφωνο: 2610999737, 2610999699 Φαξ: 2610999740**  
Υπεύθυνος: Χ. Σκουτέλης, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Πατρών
15. Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης «**BENIZELEIO και ΠΑΝΑΝΕΙΟ**»  
Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων  
Λ. Κνωσσού, 711 10, Ηράκλειο Κρήτης  
**Τηλέφωνο: 2810392360, 2810392596 Φαξ: 2810392847**

Υπεύθυνος: Α. Γκίκας, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου  
Ηρακλείου Κρήτης

16. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «**TZANEIO**»

Αφεντούλη και Ζαννή 1, Πειραιάς

**Τηλέφωνο: 2104592561, Φαξ: 2104592562**

Υπεύθυνος: Γ. Χρύσος, Επιμελητής Α', Ειδικός Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος

## **KENTRA ELEΓXOY & ANAΦOPAS AIDS**

### **1. ΑΘΗΝΑ**

- **ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΝΟΤΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ**  
**Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας**  
Λ. Αλεξάνδρας 196, Τ.Κ. 115 27 - Αθήνα  
Τηλ. 010 6447941 - 010 6467473 / Fax: 010 6444870 (& τηλ.)
- **ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ AIDS**  
**Π.Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"**  
Υψηλάντου 45 - 47, Τ.Κ. 106 76 - Αθήνα  
Τηλ. 010 7220001 - 010 7211022 - 010 7248312 / Fax: 010 7211022
- **ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ**  
**ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ & AIDS**  
**Νοσ/μείο Αφροδισίων & Δερματικών Νοσημάτων "Α. ΣΥΓΓΡΟΣ"**  
Ι. Δραγούμη 5, Τ.Κ. 116 21 - Ιλίσσια  
Τηλ. 010 7243579 - 010 7239611 / Fax: 010 7211122
- **ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΡΕΤΡΟΪΩΝ (Ε.Κ.Α.Ρ.)**  
**Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας - Ιατρική Σχολή Παν/μίου**  
**Αθηνών**  
Μ. Ασίας 75, Τ.Κ. 115 27 - Γουδί  
Τηλ. & Fax: 010 7719725 / Fax: 010 7486382

### **2. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

- **ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ**  
**Εργαστήριο Μικροβιολογίας - Ιατρικό Τμήμα-Σχολή Επιστημών**  
**Υγείας Α.Π.Θ.**  
Τ.Κ. 540 06 - Θεσσαλονίκη  
Τηλ. (0310) 999061 - 999081 / Fax: (0310) 999149



### **3. ΠΑΤΡΑ**

- **ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΝΟΤΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**  
**Περ/κό Γενικό Νοσ/μείο Πατρών "Ο ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ"**  
Τσερτίδου 1, Τ.Κ. 263 35 - Πάτρα  
Τηλ (0610) 227974-6 Μονάδα / Fax: (0610) 622227

### **4. ΙΩΑΝΝΙΝΑ**

- **ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**  
**Ανοσολογικό Εργαστήριο, Τομέας Παθολογίας Παν/μίου**  
**Ιωαννίνων**  
Τ.Κ. 451 10 - Ιωάννινα  
Τηλ. (06510) 97608 / Fax: (06510) 45944

### **5. ΚΡΗΤΗ**

- **ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΚΡΗΤΗΣ**  
**Π.Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ & ΠΑΝΑΝΕΙΟ"**  
Λ. Κνωσού, Τ.Κ. 710 21 - Ηράκλειο Κρήτης  
Τηλ. (0810) 237524 - 239502 / Fax: (0810) 214459

### **6. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ**

- **ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS**  
**Ι.Κ.Α. Αλεξανδρούπολης**  
Λ. Μάκρης 29, Τ.Κ. 681 00 - Αλεξανδρούπολη  
Τηλ.(05510) 20403 - 26810 - 26355 / Fax: (05510) 26213

## **Μη Κυβερνητικοί Σύλλογοι Υποστήριξης Ασθενών με AIDS**

- 1. Σύνθεση - Ενημέρωση, Ευαισθητοποίηση, Έρευνα**  
Πρόεδρος: Δρ. Κύρος Κόκκας  
Διεύθυνση: Κανάρη 11, 10671 Αθήνα  
Τηλέφωνο: 210-8619852  
Φαξ: 2108619348  
web: <http://www.hiv.gr/index-old.html>
- 2. AIDS - Προστασία - Σύλλογος Συμπαράστασης φορέων & Ασθενών με AIDS**  
Εκπρόσωπος: Γ. Πλουμίδης  
Διεύθυνση: Περικλέους 47, 15561 Χολαργός  
Τηλέφωνο + Φαξ: 2106549227  
Ιατρείο: 2106522103,  
Ιατρικό Κέντρο: 2106867816, 2106867124
- 3. Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων του ιού του AIDS «ΕΛΠΙΔΑ»**  
Πρόεδρος: Μαίρη Κλεμάντ-Άντζελ  
Διεύθυνση: Νάκου 4, 11743 Αθήνα  
Τηλέφωνο + Φαξ: 2109245090
- 4. AIDS Ευαισθητοποίηση Σωματείο Οργάνωσης, Συνδρομής, Ενημέρωση**  
Εκπρόσωπος: Γ. Βασιλόπουλος  
Διεύθυνση: Αγ. Ιωάννου Θεολόγου 19, 15561 Χολαργός  
Τηλέφωνο + Φαξ: 2104224447
- 5. Κέντρο Ζωής**  
Πρόεδρος: Λέλα Μπόμπου  
Διεύθυνση: Αντιμάχου 7, 11528 Ιλίσσια  
Τηλέφωνο: 2107244870, 2107233848  
Φαξ: 2107240425  
web: <http://www.hiv.gr/cgi-bin/clickthrough.pl/CT=http://www.kentrozois.gr>  
e-mail: <http://www.hiv.gr/cgi-bin/clickthrough.pl/CT=mailto:cfil@hol.gr>
- 6. ACT UP**  
Πρόεδρος: Κ. Καμπουράκης  
Εκπρόσωπος: Χρυσούλα Μπότση  
Διεύθυνση: Νικηταρά 8-10, Αθήνα  
Τηλέφωνο + Φαξ: 210 330 5500
- 7. Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS**  
Πρόεδρος: Βασίλης Κιοσές, Ειδικός Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος  
Διεύθυνση:  
α) Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Στυλ. Κυριακίδη 1, 54636 Θεσσαλονίκη  
β) Τ.Θ. 10814, 54110 Θεσσαλονίκη  
Τηλέφωνο: 2310993271  
Φαξ: 2310993272

**8. Πανελλήνιος Σύλλογος Πρόληψης & Συμπαράστασης Φορέων του AIDS**

Πρόεδρος: Ιωάννης Δημάκης  
Διεύθυνση: Κύμης 17, Αθήνα  
Τηλέφωνο +Φαξ: 2108614144

**9. Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS**

Τηλέφωνο: 2106467473

**10. Σύλλογος «ΥΠΟΣΧΕΣΗ»,**

Διεύθυνση: Παντανάσσης και Αγ. Γεωργίου, Πάτρα  
«Σπίτι του Πολίτη» (ημιώροφος)

# AIDS - ΑΡΧΕΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΩΝ

Copyright © Χάρης Τ. Πολίτης, Αθήνα 1995, 1996

## Πρόλογος

Οι Θεμελιώδεις Αρχές για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών δεν αποτελούν νομοθετική ρύθμιση. Αποτελούν όμως έναν κώδικα, ο οποίος απορρέει από τις παγκόσμια παραδεκτές αρχές περί προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών, τις διεθνείς συμβάσεις και διακηρύξεις, το Σύνταγμα, την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου.

Για πρώτη φορά στη χώρα μας με το πόνημα αυτό καλύπτονται όλοι αυτοί οι τομείς, και μάλιστα υπό μορφή κώδικα. Μετά από επίπονη επεξεργασία μηνών, λαμβάνοντας υπόψη τα πορίσματα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, του Συμβουλίου της Ευρώπης, του Κοινοβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και των διεθνώς παραδεδεδγμένων διακηρύξεων περί προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών, εκπονήθηκαν οι «Θεμελιώδεις Αρχές για την Προστασία Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών σε σχέση με το AIDS», που περιλαμβάνουν 150 άρθρα και που εγκρίθηκαν από την επιτροπή Νομικής Στήριξης και Νομικών Προβλημάτων και την Επιτροπή Ενημέρωσης του ΚΕΕΛ.

Οι Θεμελιώδεις Αρχές και η πιστή τήρησή τους, πιστεύουμε ότι κατατάσσουν την Ελλάδα μεταξύ των χωρών που διασφαλίζουν την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε σχέση με το AIDS. Πιστεύουμε ακόμη ότι η διάδοση αυτών των αρχών θα συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση όλων μας και ιδίως θα διευκολύνει όλους τους δημόσιους λειτουργούς, αλλά και τους πολίτες να έχουν συγκεκριμένη αντίληψη και αναφορά.

Θεωρήθηκε αναγκαία η καταγραφή αυτού του κώδικα, γιατί περισσότερο κι από την ίδια την αρρώστια είναι επικίνδυνη η χρόνια και αθεράπευτη κοινωνική αδικία.

Μαρία Καρά

*Συντονίστρια Επιτροπής Ενημέρωσης ΚΕΕΛ*

Χάρης Τ. Πολίτης

*Συντονιστής Επιτροπής Νομικής Υποστήριξης και Νομικών Προβλημάτων ΚΕΕΛ*

## ΠΡΟΟΙΜΙΟ

1. Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στην υγεία, καθώς και να απολαμβάνει τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ατομικές ελευθερίες χωρίς οποιαδήποτε διάκριση, όπως προβλέπεται από τις γενικές αρχές και διακηρύξεις περί προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών.

2. Η Πολιτεία έχει υποχρέωση να διασφαλίζει τη δημόσια υγεία.

3. Η Πολιτεία έχει υποχρέωση να διασφαλίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ατομικές ελευθερίες προσώπων που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS, εφόσον δεν τίθεται σε

διακινδύνευση η δημόσια υγεία. Το AIDS δεν μεταδίδεται με την κοινωνική επαφή. Η Πολιτεία επομένως έχει υποχρέωση να διασφαλίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ατομικές ελευθερίες προσώπων που έχουν μολυνθεί με τον ιό του AIDS.

4. Ο ιός του AIDS μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά μόνον όταν όλοι έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις.
5. Ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις έχουν και όσοι έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS.
6. Κάθε άτομο, κυβέρνηση, κοινότητα, οργανισμός, ιδιωτική επιχείρηση και μέσο ενημέρωσης θα πρέπει να έχει συνείδηση της ευθύνης του και να δραστηριοποιείται κατά τρόπο ενεργητικό και επίμονο.
7. Κάθε πρόσωπο επηρεάζεται άμεσα ή έμμεσα από το AIDS, επομένως θα πρέπει να ανταποκρίνεται με προσωπική δέσμευση, ενδιαφέρον, θάρρος και ελπίδα για το μέλλον.
8. Όλα τα άτομα, τα ζευγάρια, οι οικογένειες, οι κοινότητες πρέπει να συνεργάζονται με σύμπνοια για να δημιουργήσουν και να μοιραστούν ένα κοινό όραμα. Αυτές οι σχέσεις πρέπει να εκφράζουν και να προάγουν ενεργητικά την αλληλεγγύη, τη συμπαράσταση, την ολοκλήρωση, το διάλογο, την συμμετοχή και την αρμονία.
9. Η αρχή της ενδυνάμωσης κάθε ατόμου, κατ' εξοχήν όμως, των γυναικών, των πτωχών, των ανεκπαιδευτων και των παιδιών είναι ουσιώδης και πρέπει να καθοδηγεί την όλη δράση. Γι' αυτό το σκοπό απαιτείται αναγνώριση του δικαιώματος στη γνώση, την πληροφόρηση και την τεχνολογία, ελευθερία επιλογών και οικονομικών ευκαιριών.
10. Κάθε άτομο έχει δικαίωμα στη σεξουαλική αυτοδιάθεση, που συμπεριλαμβάνει και το δικαίωμα του να αρνείται την χωρίς προφύλαξη ερωτική σχέση και να λαμβάνει μέτρα για να αποφεύγει τη μόλυνση.
11. Κάθε άτομο έχει δικαίωμα να μην δέχεται τη σεξουαλική βία και το σεξουαλικό καταναγκασμό. Η αρχή αυτή περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τον βιασμό μέσα ή έξω από το γάμο και τον εξαναγκασμό σε πορνεία. Όλες αυτές οι πρακτικές αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης.
12. Ενήλικες και ανήλικες γυναίκες θα πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα στην εκπαίδευση, την αναπαραγωγή, την ιδιοκτησία, καθώς και οικονομικές απολαβές όπως και οι άνδρες.
13. Τα παιδιά έχουν δικαίωμα στην ενημέρωση και εκπαίδευση όσον αφορά στην πρόληψη του ιού του AIDS και πρέπει να έχουν πρόσβαση σε μέσα προφύλαξης.
14. Η γλώσσα που θα χρησιμοποιείται σχετικά με τον ιό του AIDS θα πρέπει να συμβάλλει στην διατήρηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, να υποδηλώνει συμμετοχή, να είναι ευαίσθητη, ακριβής και κατανοητή.
15. Όλοι οι άνθρωποι, άνδρες, γυναίκες, πτωχοί, μετανάστες, φυγάδες, εκδιδόμενα άτομα, χρήστες τοξικών ουσιών, ομοφυλόφιλοι, και γενικότερα μέλη μειονοτήτων έχουν το δικαίωμα να αποφεύγουν τη μόλυνση και το δικαίωμα σε περίθαλψη.

16. Κάθε άτομο που προσβάλλεται άμεσα από τον ιό θα πρέπει να παραμένει ισότιμο μέλος της κοινωνίας με δικαίωμα σε ίσες ευκαιρίες όσον αφορά στην εργασία, τη στέγαση, την εκπαίδευση και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει επίσης δικαίωμα στο γάμο, ελευθερίας κινήσεων, πεποιθήσεων, δικαίωμα να συνεταιρίζεται, καθώς και το δικαίωμα σε ψυχοκοινωνική στήριξη, δικαιοσύνη και ισότητα.
17. Όσοι άνθρωποι ζουν με τον ιό του AIDS δεν πρέπει να υφίστανται διακρίσεις στα δικαιώματά τους, έχουν δε κατ' εξοχήν δικαίωμα στην ιδιωτική σφαίρα του απορρήτου, την κοινωνική ασφάλεια, τα επιστημονικά οφέλη και το άσυλο.
18. Αυτοί που ζουν με τον ιό του AIDS, έχουν επίσης το δικαίωμα να συμμετέχουν στη διαμόρφωση και εκτέλεση στρατηγικής και των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το AIDS.
19. Κάθε άτομο και κάθε κοινωνία θα πρέπει να αλλάζει και να προσαρμόζει τις κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες για να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στην πρόκληση του AIDS.
20. Όλοι έχουν την υποχρέωση να μεριμνούν για την πρόληψη, καθώς και για την περίθαλψη αυτών που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS.
21. Όλοι έχουν υποχρέωση να προστατεύουν τους εαυτούς τους και του άλλους από την μόλυνση.
22. Η οικογένεια και η κοινωνία αποτελούν θεμέλιους λίθους της κοινωνίας και θα πρέπει, όσο είναι δυνατό, να υποστηρίζονται και να ενδυναμώνονται.
23. Η οικογένεια και η κοινότητα έχουν υποχρέωση να εκπαιδεύουν τα μέλη τους για την πρόληψη από την μόλυνση. Τα μέλη τους που ζουν με τον ιό του AIDS δεν τα εγκαταλείπουν, αλλά τα περιβάλλουν με φροντίδα και υποστήριξη.
24. Οικογένειες που μέλη τους έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS δεν πρέπει να υφίστανται διακρίσεις και στιγματισμό μέσα στις κοινότητες.
25. Τα μέλη κάθε οικογένειας έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις.
26. Οι γονείς έχουν εξίσου την ευθύνη να εκπαιδεύουν όλα τα μέλη της οικογενείας τους, ώστε να κατανοούν την έννοια της πρόληψης, της φροντίδας, της ανεκτικότητας, της σύμπνοιας και της αρχής της μη διάκρισης προς τους ανθρώπους που ζουν με τον ιό του AIDS.
27. Οι εργοδότες έχουν ευθύνη να ενημερώνονται για ό,τι σχετίζεται με το AIDS και να παρέχουν δυνατότητα ενημέρωσης προς τους εργαζομένους. Δεν θα πρέπει να επιτρέπουν διακρίσεις για όσους έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS όσον αφορά στη στέγαση, το δικαίωμα για εργασία, την τήρηση του απορρήτου, την υγειονομική περίθαλψη και όλα γενικά τα εργατικά και ασφαλιστικά δικαιώματα.
28. Όσοι ασχολούνται με το δίκαιο, την υγεία, την κοινωνική εργασία και ασφάλιση, έχουν ευθύνη να τηρούν ηθικές αρχές, όπως αυτονομία, η προστασία της ιδιωτικής σφαίρας του απορρήτου και το καθήκον παροχής βοήθειας.

29. Πολιτιστικοί, εκπαιδευτικοί, και θρησκευτικοί οργανισμοί έχουν ευθύνη να ενημερώνονται για θέματα που αφορούν στο AIDS, να παρέχουν ενημέρωση και πρόληψη, να προάγουν την ανεκτικότητα, τη σύμπνοια, την ευθύνη και την αποφυγή διακρίσεων προς όσους ζουν με τον ιό του AIDS.
30. Πολιτιστικοί, εκπαιδευτικοί και θρησκευτικοί οργανισμοί, πρέπει να έχουν πρόσβαση σε διάλογο με κυβερνητικούς, διακυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς φορείς σχετικά με τα θέματα του AIDS, ώστε να ενημερώνονται κατά τρόπο ορθό και υπεύθυνο.
31. Οι κοινότητες έχουν δικαίωμα στο να χρηματοδοτούνται από διαθέσιμους εθνικούς πόρους για προγράμματα που σχετίζονται με το AIDS.
32. Οι κοινότητες έχουν την ευθύνη να διασφαλίζουν την κατανομή προγραμμάτων πρόληψης και περίθαλψης με δίκαιο τρόπο μεταξύ των μελών τους, συμπεριλαμβανομένων και των κοινωνικών ομάδων και ατόμων που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση.
33. Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις έχουν κατ' εξοχήν το δικαίωμα να συμμετέχουν στη διαμόρφωση της στρατηγικής που σχετίζεται με το AIDS, δεδομένου ότι είναι πολύ σημαντικοί συνεργάτες σε κοινοτικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο.
34. Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, οι οποίες χρηματοδοτούνται, έχουν ευθύνη να προάγουν και να υλοποιούν αποτελεσματικά τα προγράμματα πρόληψης, περίθαλψης, νομικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, συντονίζοντας το έργο τους έτσι ώστε να είναι αποτελεσματικό.
35. Οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες να διασφαλίζουν ότι οι νόμοι, οι πολιτικές και οι πρακτικές, δεν προβαίνουν σε διακρίσεις κατά των ανθρώπων που ζουν με τον ιό του AIDS.
36. Οι κυβερνήσεις έχουν το δικαίωμα να ζητούν τεχνητές συμβουλές, βοήθεια και υποστήριξη από την UNAIDS (Παγκόσμιο Πρόγραμμα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για το AIDS) και άλλους παρεμφερείς φορείς και οργανισμούς, για την διαμόρφωση της στρατηγικής και εκτέλεση των εθνικών τους προγραμμάτων για το AIDS.
37. Οι κυβερνήσεις οφείλουν να διασφαλίζουν επαρκείς οικονομικούς πόρους για υλοποίηση προγραμμάτων, που σχετίζονται με το AIDS, καθώς και μηχανισμούς για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της πανδημίας.
38. Οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για τη δημιουργία περιβάλλοντος υποστήριξης, φροντίδας και αποφυγής διακρίσεων για αυτούς που έχουν μολυνθεί από τον ιό.
39. Οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη να διασφαλίζουν την τήρηση ηθικών αρχών στον τομέα της υγείας και της έρευνας.
40. Οι κυβερνήσεις, εκπληρώνοντας το καθήκον τους για την προστασία της δημόσιας υγείας, έχουν ευθύνη να εφαρμόζουν ορθή πολιτική πρόληψης για το AIDS, να διασφαλίζουν ότι όλοι ανεξαιρέτως οι πολίτες έχουν την δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.
41. Οι Διεθνείς Οργανισμοί έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση διαλόγου με τις κυβερνήσεις σε θέματα που αφορούν το AIDS, καθώς και επαρκούς στήριξης προς αυτές.

42. Οι Διεθνείς Οργανισμοί έχουν υποχρέωση να διασφαλίζουν αποτελεσματικά την παγκόσμια συνεργασία σε σχέση με το AIDS και να υποστηρίζουν ιδιαίτερα τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, στο να αντιμετωπίσουν την πρόκληση.

## **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

43. Εξετάσεις για την ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS γίνονται μόνο με την συναίνεση του υπό εξέταση ατόμου. Η άρνηση του οιαδήποτε να συναινέσει στην εξέταση δεν έχει καμιά συνέπεια για αυτό.

44. Δεν επιτρέπεται η γενική εξέταση του πληθυσμού (screening).

45. Δεν επιτρέπεται η εξέταση συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων . Εξαιρούνται μόνο τα εκδιδόμενα άτομα, οι αιμοδότες και οι δότες οργάνων, ιστών και σπέρματος, για λόγους προστασίας τρίτων.

46. Δεν επιτρέπεται σε καμία περίπτωση η υποχρεωτική εξέταση ατόμων, ακόμη κι αν, για οποιοδήποτε λόγο, κρίνονται «ύποπτα» ως οροθετικοί (Σημείωση: Η λέξη «οροθετικός» είναι ταυτόσημη, έχει την ίδια σημασία, με «φορέας του ιού του AIDS»).

47. Οι εξετάσεις είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές. Εξαιρούνται αυτές που αφορούν σε δότες αίματος, οργάνων, ιστών και σπέρματος.

48. Οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν για κάθε περιστατικό το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, με τήρηση αυστηρής ανωνυμίας και χωρίς την αναγραφή των προσωπικών δεδομένων του οροθετικού ή ασθενούς.

## **ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ-ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ**

49. Δεν επιτρέπεται η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS, ως προϋπόθεση εξόδου, ανεξαρτήτως χώρας προορισμού.

50. Δεν επιτρέπεται η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS ως προϋπόθεση εισόδου, ανεξαρτήτως χώρας προελεύσεως.

51. Δεν επιτρέπεται η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS, ως προϋπόθεση χορήγησης άδειας παραμονής, ανεξαρτήτως χώρας προελεύσεως.

52. Δεν επιτρέπεται η απέλαση, καθώς και άλλη δυσμενής μεταχείριση ή διάκριση ατόμου που έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS, ανεξαρτήτως χώρας προελεύσεως.

53. Δεν επιτρέπεται η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS, ως προϋπόθεση ίσης μεταχείρισης για αλλοδαπό ή μετανάστη, όπως για τη λήψη υποτροφίας, εισαγωγή σε ελληνικό πανεπιστήμιο κ.λ.π., ανεξαρτήτως χώρας προελεύσεως.

54. Η διαπίστωση της οροθετικότητας δεν μπορεί να άρει τις ευνοϊκές έννομες συνέπειες του προηγούμενου άρθρου.

55. Δεν επιτρέπεται η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS, εκείνων που ζητούν άσυλο στη χώρα.



56. Δεν επιτρέπεται η άρση παροχής ασύλου εξαιτίας της διαπίστωσης της οροθετικότητας.

### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

57. Δεν επιτρέπεται η υποχρεωτική εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS, ως προϋπόθεση γάμου.

58. Δεν επιτρέπεται η υποχρεωτική διακοπή της κήσεως εξαιτίας της οροθετικότητας της γυναίκας. Αντίθετα η γυναίκα μετά από πλήρη ιατρική ενημέρωση, όπου αναλύονται όλες οι παράμετροι και όλες οι θετικές και αρνητικές συνέπειες, έχει κάθε δικαίωμα να επιλέξει αν θα συνεχίσει ή θα διακόψει την κύηση.

59. Δεν επιτρέπεται η άρση του δικαιώματος γονικής μέριμνας ανηλίκου ή του δικαιώματος επικοινωνίας με ανήλικο τέκνο εξαιτίας και μόνο της οροθετικότητας του γονέα.

60. Δεν επιτρέπεται να τίθεται ως προϋπόθεση υιοθεσίας η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS.

### **ΣΤΕΓΑΣΗ-ΜΙΣΘΩΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

61. Οροθετικός ή ασθενής με AIDS μισθωτής δεν είναι υποχρεωμένος να ανακοινώσει την κατάσταση υγείας του στον εκμισθωτή.

62. Οροθετικός ή ασθενής με AIDS εκμισθωτής δεν είναι υποχρεωμένος να ανακοινώσει την κατάσταση υγείας του στον μισθωτή.

63. Δεν αποτελεί λόγο έξωσης η οροθετικότητα ή η ασθένεια με AIDS του μισθωτή.

### **ΕΡΓΑΣΙΑ**

64. Δεν επιτρέπεται η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS, ως προϋπόθεση πρόσληψης.

65. Δεν επιτρέπονται ερωτήσεις που αφορούν στις σεξουαλικές προτιμήσεις του υποψηφίου προς πρόσληψη.

66. Δεν είναι υποχρεωτικό για οροθετικό να δηλώσει την κατάσταση της υγείας του στον εργοδότη.

67. Η αποκάλυψη μετά την πρόσληψη ότι ο εργαζόμενος είναι οροθετικός, δεν θα πρέπει να έχει καμία δυσμενή συνέπεια.

68. Δεν επιτρέπεται η απόλυση ή δυσμενής αλλαγή των εργασιακών σχέσεων εργαζομένου, όπως μετάθεση, υποβιβασμός κ.λ.π. εξαιτίας και μόνο του γεγονότος ότι είναι οροθετικός.

69. Σε περιπτώσεις ασθενών με AIDS εφαρμόζεται η εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία που αφορά στις ασθένειες εργαζομένων.

70. Οι εργαζόμενοι με οποιαδήποτε ασθένεια, συμπεριλαμβανομένης και της μόλυνσης από τον ιό του AIDS, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με κατανόηση και να τους επιτρέπεται να εργάζονται ανάλογα με τις δυνατότητές τους.

71. Ο εργοδότης που γνωρίζει ότι εργαζόμενος είναι οροθετικός ή ασθενής με AIDS, είναι υποχρεωμένος να τηρεί εχεμύθεια. Το ίδιο ισχύει και για όλους όσους έχουν διευθυντικές θέσεις ή ασκούν με οποιοδήποτε τρόπο διοικητική εξουσία.

## **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

72. Δεν επιτρέπεται η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS σε παιδιά, προκειμένου να εισαχθούν σε εκπαιδευτικά ιδρύματα, δημόσια ή ιδιωτικά, οποιασδήποτε βαθμίδας.

73. Η προστασία των υγιών παιδιών εξασφαλίζεται με κατάλληλη ενημέρωση της Πολιτείας προς τους εκπαιδευτικούς, προς τους γονείς και τα ίδια τα παιδιά.

74. Δεν επιτρέπεται η αποβολή παιδιού από το σχολείο εξαιτίας του ότι είναι οροθετικό.

75. Δεν επιβάλλεται υποχρεωτικά η ανακοίνωση της κατάστασης της υγείας του παιδιού. Συνιστάται, παρ' όλα αυτά, να ανακοινώνεται στο σχολίατρο ή το διευθυντή και για λόγους προστασίας του ίδιου του παιδιού.

76. Σχολίατρος ή διευθυντής, καθώς και κάθε μέλος του εκπαιδευτικού και λοιπού προσωπικού, που πληροφορείται την οροθετικότητα του παιδιού, είναι υποχρεωμένος σε αυστηρή τήρηση του απορρήτου.

## **ΣΤΡΑΤΟΣ**

77. Δεν επιτρέπεται η υποχρεωτική εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS, σε υπόχρεους κατατάξεως και ήδη υπηρετούντες.

78. Δεν επιτρέπεται ο αποκλεισμός των οροθετικών στρατευσίμων από την στρατιωτική θητεία χωρίς τη βούλησή τους, όταν αυτοί είναι ικανοί προς υπηρεσία και η κατάσταση υγείας τους είναι ικανοποιητική.

79. Οροθετικοί που δεν επιθυμούν να υπηρετήσουν τη στρατιωτική τους θητεία θα πρέπει να απαλλάσσονται.

80. Το πιστοποιητικό απόλυσης από την υπηρεσία, οροθετικού μη ικανού προς υπηρεσία, θα πρέπει να είναι κατά τέτοιο τρόπο συνταγμένο, ώστε να μην αποκαλύπτεται η κατάσταση υγείας του οροθετικού.

## **ΦΥΛΑΚΕΣ**

81. Δεν επιτρέπεται η υποχρεωτική εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS σε κρατούμενους.

82. Δεν επιτρέπεται ο διαχωρισμός οροθετικών κρατουμένων ή η απομόνωσή τους στις φυλακές, παρά μόνο σε ειδικές περιπτώσεις, όταν υπάρχει επικίνδυνη επιθετική συμπεριφορά προς τους κρατουμένους του.
83. Δεν επιτρέπεται η οποιαδήποτε ταπεινωτική συμπεριφορά ή διάκριση κρατουμένων εξαιτίας της οροθετικότητάς τους
84. Δεν επιτρέπεται η απαγόρευση συμμετοχής σε εργασία για τους οροθετικούς κρατουμένους.
85. Δεν επιτρέπονται διακρίσεις κατά κρατουμένων ειδικότερα ως προς τη φυλή, το χρώμα, το φύλο, τη γλώσσα, τις θρησκείες, τις πολιτικές ή οποιεσδήποτε άλλες πεποιθήσεις, την εθνική ή κοινωνική καταγωγή, τις σεξουαλικές επιλογές, την περιουσία, την γέννηση και οποιαδήποτε άλλη κατάσταση.
86. Πληροφορίες για την κατάσταση κρατουμένου θα πρέπει να δίδονται μόνο σε συγκεκριμένα πρόσωπα, όπως ο γιατρός των φυλακών ή ο διευθυντής και μόνο για την προστασία των ίδιων των κρατουμένων ή της δημόσιας υγείας.
87. Δεν επιτρέπεται η διάδοση πληροφοριών, από οποιοδήποτε, για την κατάσταση της υγείας κρατουμένου στον χώρο των φυλακών.
88. Κάθε κρατούμενος οροθετικός ή ασθενής του AIDS έχει δικαίωμα σε ιατρική παρακολούθηση και περίθαλψη.
89. Θα πρέπει η πρόσβαση στα ελαστικά προφυλακτικά μιας χρήσεως να είναι ελεύθερη και ανώνυμη, λ.χ. με δυνατότητα αγοράς από ειδικά μηχανήματα ή κυλικεία.
90. Σε κρατουμένους οι οποίοι είναι αποδεδειγμένως χρήστες τοξικών ουσιών, είναι δυνατόν, με ιατρική ένδειξη, να παρέχονται μέσα για την αποστείρωση της σύριγγας που χρησιμοποιούν.

## **ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

91. Τα νοσοκομεία, οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό υποχρεούνται να παρέχουν περίθαλψη σε οροθετικούς ή ασθενείς με AIDS. Κανένα λόγο δεν αποτελεί δικαιολογία ο φόβος μετάδοσης του ιού στους ίδιους.
92. Δεν επιτρέπεται, χωρίς τη ρητή συναίνεση του υπό εξέταση ατόμου, η ανίχνευση αντισωμάτων για τον ιό του AIDS, με σκοπό την προφύλαξη του υγειονομικού προσωπικού ή για οποιοδήποτε άλλο λόγο.
93. Δεν επιτρέπεται εξέταση ρουτίνας των ασθενών. Επιτρέπεται η εξέταση μόνον αν υπάρχει ιατρική αναγκαιότητα, κατόπιν της ρητής συναίνεσης του ασθενούς, μετά από πλήρη ενημέρωσή του.
94. Δεν επιτρέπεται εξέταση με παραπλανητικές ενδείξεις για τον ασθενή.
95. Δεν επιτρέπεται εξέταση ρουτίνας στους υγειονομικούς υπαλλήλους, καθώς και στο λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου.

96. Δεν επιτρέπεται διαχωρισμός των ασθενών με AIDS από άλλους ασθενείς, παρά μόνο για λόγους προστασίας της υγείας των ιδίων των ασθενών με AIDS.

97. Δεν επιτρέπεται η μεταφορά του ασθενούς με AIDS, σε άλλο νοσοκομείο χωρίς αίτηση του τουλάχιστον τη ρητή συναίνεσή του και μόνο για λόγους καλύτερης παροχής περίθαλψης. Σε περίπτωση μεταφοράς θα πρέπει να δίνεται πλήρες αντίγραφο του φακέλου του ασθενούς.

98. Αν για οποιοδήποτε λόγο, νοσοκομείο ή υγειονομικός δεν επαρκούν για την κατάλληλη παροχή βοήθειας προς οροθετικό ή ασθενή με AIDS, θα πρέπει να φροντίζουν, χωρίς υπαίτια καθυστέρηση, ώστε πάντοτε να του παρέχεται η κατάλληλη ιατρική περίθαλψη. Μέχρι να φθάσει αυτή η βοήθεια το νοσοκομείο ή ο υγειονομικός είναι υπεύθυνοι για την περίθαλψη του οροθετικού ή ασθενούς με τα διατιθέμενα μέσα. Σε καμία περίπτωση δεν μπορεί αυτή η διάταξη να αποτελεί πρόσχημα για διάκριση μεταξύ ασθενών.

99. Είναι υποχρέωση κάθε γιατρού, νοσηλεύτη, υπαλλήλου ή συνεργάτη του νοσοκομείου με οποιαδήποτε νομική σχέση, η αυστηρή τήρηση του ιατρικού απορρήτου (βλ. παρακάτω 77 επ.)

100. Ιατρικοί πειραματισμοί, κλινικοί και θεραπευτικοί, διενεργούνται μόνον εφόσον υπάρχει ερευνητικό πρωτόκολλο, ή ρητή συναίνεση του οροθετικού ή ασθενούς και των οικείων του και εφόσον τηρούνται αυστηρά και απαρέγκλιτα όλες οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας που επιτάσσουν διεθνείς διακηρύξεις περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως η διακήρυξη του Ελσίνκι του 1975.

101. Θα πρέπει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, να παρέχει πλήρη ενημέρωση προς τους οροθετικούς και ασθενείς για τη φύση του AIDS, τους κινδύνους, τους τρόπους μετάδοσης, πώς θα βελτιώσουν ή θα επιδεινώσουν την κατάσταση της υγείας τους, πώς θα αποφύγουν την μετάδοση στο σεξουαλικό σύντροφο και τρίτους. Δεν έχουν δικαίωμα όμως να προβαίνουν σε ηθικές κρίσεις και αξιολογήσεις σχετικά με τον τρόπο που μολύνθηκε οροθετικός ή ασθενής με AIDS.

102. Σε περίπτωση που η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων βρεθεί θετική και μετά τον επανέλεγχο, ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να το ανακοινώσει, χωρίς υπαίτια καθυστέρηση στον ίδιο τον ενδιαφερόμενο. Η οροθετικότητα θα πρέπει να ανακοινώνεται σε κάθε περίπτωση, γιατί πρόκειται για λοιμώδες νόσημα. Η ανακοίνωση θα πρέπει να είναι πάντοτε προσωπική, με ιδιαίτερη ευαισθησία, να έχει εμπιστευτικό χαρακτήρα και παράλληλα να παρέχεται, με ειδικευμένο προσωπικό, και ψυχοκοινωνική στήριξη.

103. Δεν έχει δικαίωμα ο γιατρός ή οποιοσδήποτε άλλος, να ανακοινώσει την κατάσταση της υγείας του οροθετικού στον ή τη σύζυγο ή σεξουαλικό σύντροφο, προκειμένου να τους προστατεύσουν από τυχόν μόλυνση. Καλείται ο ίδιος ο οροθετικός να το πράξει με την παροχή κάθε ψυχοκοινωνικής στήριξης, ώστε και ο /η σύζυγος ή σύντροφος να προστατευθεί.

104. Αν ο οροθετικός δεν πείθεται να ανακοινώσει στον ή τη σύζυγο ή σεξουαλικό σύντροφο το γεγονός της μόλυνσής του από τον ιό του AIDS, τότε, αφού εξαντληθούν τα μέσα πειθούς, ο γιατρός καταφεύγει ή στη νομική επιτροπή του ΚΕΕΛ ή τις προβλεπόμενες από το νόμο επιτροπές δεοντολογίας ή στον εισαγγελέα ακροάσεως, οι οποίοι, αφού συντρέχουν οι αναγκαίες προϋποθέσεις, παρέχουν την άδεια για την ανακοίνωση.

105. Η οροθετικότητα θα πρέπει να ανακοινώνεται και σε ανήλικους εφήβους, πάντοτε σε συνεργασία με τους γονείς, τονίζοντας ιδιαίτερα, το μεγάλο χρόνο οροθετικότητας σε αυτές τις ηλικίες και πάντοτε με την καλύτερη δυνατή ψυχοκοινωνική στήριξη.

106. Ο οροθετικός ή ασθενής έχει δικαίωμα να συμμετέχει σε υφιστάμενες πειραματικές διαδικασίες, υπό τους περιορισμούς του άρθρου 100 και να απολαμβάνει όλων των τυχόν ωφελειών τους.

## **ΑΠΟΡΡΗΤΟ**

107. Η τήρηση του ιατρικού απορρήτου, για την κατάσταση της υγείας του οροθετικού και ασθενούς με AIDS, είναι θεμελιώδης υποχρέωση όχι μόνον των γιατρών και του εν γένει υγειονομικού προσωπικού, αλλά και του διοικητικού και του λοιπού προσωπικού ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, όπως και κάθε υπαλλήλου ασφαλιστικών ταμείων και συναφών οργανισμών, καθώς και της Πολιτείας.

108. Για την αστική και ποινική δίκη προβλέπονται διατάξεις για το δικαίωμα υγειονομικού και νοσηλευτικού προσωπικού να αρνείται μαρτυρία ενώπιον των δικαστηρίων, αν πρόκειται να αποκαλυφθεί η κατάσταση υγείας του ασθενούς.

109. Ο θάνατος του ασθενούς δεν αίρει την υποχρέωση για τήρηση του απορρήτου.

110. Δεν αίρει επίσης την υποχρέωση για τήρηση του απορρήτου, ο θάνατος του γιατρού ή του εν γένει υπόχρεου προς τήρηση του απορρήτου (δεσμεύονται οι κληρονόμοι).

111. Δεσμεύονται με το απόρρητο όχι μόνον οι υπόχρεοι από τις διατάξεις του νόμου, αλλά και τα οικεία τους πρόσωπα, καθώς και τα μέλη των εθελοντικών οργανώσεων που ασχολούνται με οροθετικούς ή ασθενείς με AIDS.

112. Το απόρρητο ισχύει και μεταξύ γιατρών και μεταξύ υπηρεσιών. Μόνο λόγοι αυστηρής ιατρικής ή υπηρεσιακής αναγκαιότητας μπορούν να αιτιολογήσουν απόκλιση από τις αρχές του απορρήτου.

113. Το απόρρητο αίρεται μόνο με ειδικές διατάξεις του νόμου, ιδίως δε, όταν τίθεται σε διακινδύνευση η δημόσια υγεία, όπως εξειδικεύεται και σε άλλες διατάξεις του παρόντος.

114. Τα αρχεία των οροθετικών και ασθενών θα πρέπει να είναι ανώνυμα και εμπιστευτικά. Αν κατά την επεξεργασία αποκαλύπτονται προσωπικά δεδομένα (personal data) τους, αυτά καταχωρούνται, μεταβάλλονται, ενημερώνονται, μεταδίδονται σε τρίτους, μόνο μετά από ρητή έγγραφη συναίνεση, ως απόρροια ενημέρωσης.

115. Έρευνα επί των αρχείων δεν μπορεί να γίνει παρά μόνον όταν τα αρχεία είναι ανώνυμα και εμπιστευτικά. Αν κατά την επεξεργασία αποκαλύπτονται προσωπικά δεδομένα τους, αυτά καταχωρούνται, μεταβάλλονται, ενημερώνονται, μεταδίδονται σε τρίτους μόνο μετά από ρητή έγγραφη συναίνεση ως απόρροια ενημέρωσης και μόνο στο βαθμό που καλύπτει η συναίνεσή τους.

116. Το ίδιο ισχύει και επί συστηματικών αρχειοθετήσεων (registrations).

117. Η υποχρέωση του απορρήτου ισχύει και για την Πολιτεία. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να δίνονται στοιχεία σε ιδιώτες, όπως εργοδότες, ασφαλιστικές εταιρείες, κ.λ.π.

118. Θα πρέπει να ισχύει ως αρχή, η μετάδοση των πληροφοριών να γίνεται στον ελάχιστο βαθμό και σε όσο το δυνατόν λιγότερα πρόσωπα.

119. Η τήρηση του απορρήτου ορθό είναι να επεκτείνεται σε κάθε άτομο, που λόγω του επαγγέλματός του ή της ιδιότητάς του, έρχεται σε επαφή με οροθετικά άτομα ή ασθενείς με AIDS, λ.χ. κοινωνικούς λειτουργούς, δημοσιογράφους, υπαλλήλους και συμβούλους ασφαλιστικών εταιρειών.

## **ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

120. δεδομένης της υποχρέωσης που έχει το υγειονομικό προσωπικό, προς παροχή περίθαλψης οροθετικών και ασθενών με AIDS, η Πολιτεία θα πρέπει να λαμβάνει όλα τα κατάλληλα μέτρα με οδηγίες, συμβουλές, κατάλληλη εκπαίδευση-η οποία θα περιλαμβάνει ασφαλείς τεχνικές προσέγγισης του οροθετικού και ασθενούς, πληροφόρηση για τις επιδημιολογικές τάσεις, συμβουλευτικές τεχνικές και μεθόδους που συμβάλλουν στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, καθώς και ανάπτυξη ηθικών και νομικών ζητημάτων σε σχέση με τον ιό του AIDS-, έτσι ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος μόλυνσής τους και να προσφέρονται οι καλύτερες δυνατές υπηρεσίες.

121. Η Πολιτεία, καθώς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα, έχουν υποχρέωση να προμηθεύουν το υγειονομικό προσωπικό, με τον κατάλληλο εξοπλισμό βάσει διεθνών προδιαγραφών (standards), ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος μόλυνσης.

122. Το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να θεωρεί κάθε ασθενή, από οποιαδήποτε αιτία, ως δυνάμει φορέα του ιού του AIDS, ή Ηπατίτιδας Β ή C και να λαμβάνει τα κατάλληλα προφυλακτικά μέσα.

123. Οι υγειονομικοί δεν είναι υποχρεωμένοι να υφίστανται έλεγχο για οροθετικότητα ως προϋπόθεση εργασίας σε δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρείο καθώς και για οποιαδήποτε άσκηση ιατρικής ή νοσηλευτικής δραστηριότητας.

124. Η Πολιτεία και τα νοσοκομεία θα πρέπει να παρέχουν κατάλληλη ιατρική και ψυχολογική υποστήριξη προς το υγειονομικό προσωπικό, ώστε να αντιμετωπίζει την ψυχολογική πίεση από την περίθαλψη ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS.

125. Οποιαδήποτε έκθεση υγειονομικού σε βιολογικά υγρά ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS, θα πρέπει να παρακολουθείται με ορολογικό έλεγχο και συμβουλευτική υποστήριξη. Τηρείται αυστηρά το απόρρητο ως προς το αποτέλεσμα της εξέτασης.

126. Υγειονομικός οροθετικός ή ασθενής με AIDS έχει όλα τα δικαιώματα που ισχύουν για κάθε πολίτη.

127. Υγειονομικός οροθετικός ή ασθενής με AIDS, είτε σε νοσοκομείο είτε ως ιδιώτης, θα πρέπει να απέχει από οποιαδήποτε ιατρική δραστηριότητα που μπορεί να δημιουργήσει ακόμη και ελάχιστο κίνδυνο μόλυνσης σε ασθενείς ή σε αυτόν τον ίδιο, δεδομένης της ευαίσθητης κατάστασης της υγείας του.

128. Υγειονομικός που έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS θα πρέπει να έχει κατάλληλη συμβουλευτική υποστήριξη, ώστε, αν υφίστανται οι δυνατότητες, να μεταβληθεί η δομή ή το είδος της εργασίας του ή να γίνει πιο ευέλικτος ο προγραμματισμός της.

129. Υγειονομικός που μολύνεται από τον ιό του AIDS κατά την άσκηση της εργασίας του, θα πρέπει να πληροφορείται για τη δυνατότητα που υπάρχει να θεωρηθεί το συμβάν ως εργατικό ατύχημα.

## **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ-ΠΡΟΝΟΙΑ**

130. Θα πρέπει να γίνει σε όλους συνείδηση, καθώς και στην Πολιτεία, ότι ο ιός του AIDS πλήττει νέα κυρίως άτομα που δεν έχουν προλάβει να συμπληρώσουν έτη κοινωνικής ασφάλισης, και επομένως θα πρέπει να υπάρξει ειδική μέριμνα για κοινωνική ασφάλιση και πρόνοια.

131. Τόσο η κοινωνική ασφάλιση όσο και η πρόνοια είναι κοινωνικά δικαιώματα που ικανοποιούνται όταν υπάρχουν οι αναγκαίοι οικονομικοί πόροι, όμως ευκταία θα ήταν η μέγιστη δυνατή κοινωνική μέριμνα από το κράτος.

132. Οι εξετάσεις θα πρέπει να γίνονται, όπως και γίνονται, δωρεάν.

133. Το AZT, θα πρέπει να χορηγείται, όπως και χορηγείται, δωρεάν και χωρίς διακρίσεις. Το ίδιο ισχύει και για άλλα θεραπευτικά ιδιοσκευάσματα που θα κριθούν, κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης, ότι συμβάλλουν στη βελτίωση ή τη μη επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του οροθετικού ή του ασθενούς με AIDS.

134. Η Πολιτεία θα πρέπει να μεριμνά για την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αύξηση των παρεχομένων επιδομάτων ή συντάξεων σε οροθετικούς και ασθενείς με AIDS, έτσι ώστε να εξασφαλίζουν μία ικανοποιητική ποιότητα διαβίωσης.

135. Η Πολιτεία θα πρέπει να μεριμνά για την εφάπαξ επιστροφή μέρους ή και του συνόλου εισφορών, οροθετικών ή ασθενών με AIDS.

136. Θα πρέπει να υπάρχει μέριμνα ώστε οροθετικοί και ασθενείς με AIDS, να επωφελούνται όλων των προγραμμάτων και των εν γένει ωφελειών για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

137. Θα πρέπει να παρέχεται ιδιαίτερη μέριμνα για την καλύτερη δυνατή αγωγή του οροθετικού και του ασθενούς με AIDS, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της νόσου, λ.χ. με νοσηλεία της μιας ημέρας στο νοσοκομείο, νοσηλεία στο σπίτι, ψυχοκοινωνική στήριξη.

138. Σε οροθετικούς εργαζόμενους με μειωμένο ωράριο εργασίας, λόγω της κατάστασης υγείας τους, θα πρέπει να λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα, μέσω και επιδοτήσεων προς τους εργοδότες, ώστε να μην μειώνονται οι αποδοχές τους.

139. Οι παραπάνω διατάξεις περί κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας πρέπει να γίνονται χωρίς διάκριση, όχι μόνο χρώματος, φύλου, θρησκείας, αλλά ακόμη και σε οικονομικούς μετανάστες που δεν έχουν την ελληνική υπηκοότητα.

## **ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ**

140. Η Πολιτεία δεν θα πρέπει να επιτρέπει να παρέχονται ελπίδες προς οροθετικούς και ασθενείς με AIDS, από διάφορα αναρμόδια άτομα.

141. Η Πολιτεία θα πρέπει να διαφυλάσσει τους οροθετικούς, τους ασθενείς με AIDS, αλλά και κάθε Έλληνα πολίτη, από οποιαδήποτε παραπλανητική διαφήμιση ή μη θεμιτή υπόσχεση όσον αφορά στη διάγνωση και θεραπεία του AIDS.

142. Η Πολιτεία έχει δικαίωμα και υποχρέωση να προβαίνει σε αυστηρότατους ελέγχους κάθε ιδιοσκευάσματος που υπόσχεται διάγνωση, θεραπεία, ίαση, βελτίωση ή μη επιδείνωση της κατάστασης οροθετικών και ασθενών με AIDS.

## **ΔΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

143. Θα πρέπει, μετά από αίτηση των ενδιαφερομένων, να διασφαλίζεται η ανωνυμία των οροθετικών και ασθενών όταν ασκούν αγωγή, έγκληση ή μήνυση, αλλά και όταν είναι εναγόμενοι, εγκαλούμενοι ή μηνυόμενοι και υπάρχει κίνδυνος να αποκαλυφθεί η κατάσταση της υγείας του οροθετικού ή ασθενούς με AIDS, από τα δικόγραφα ή την ακροαματική διαδικασία. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να κινούνται οι διαδικασίες περί κεκλεισμένων των θυρών.

144. Ιδιαίτερα ευνοϊκή μεταχείριση, ορθό είναι, να επιφυλάσσουν τα δικαστήρια, σε περιπτώσεις αιτήσεων ευεργετήματος πενίας σε αστική ή ποινική δίκη. Επίσης η Πολιτεία θα πρέπει να παρέχει την καλύτερη δυνατή στήριξη σε απόρους που έχουν μολυνθεί με τον ιό του AIDS, ώστε να τύχουν της καλύτερης δυνατής έννομης προστασίας.

145. Δεδομένης της κατάστασης υγείας οροθετικών και ασθενών με AIDS, θα πρέπει να τυγχάνουν ιδιαίτερης ευνοϊκής μεταχείρισης κατά την προτίμηση της δικής τους, για ταχύτερη διεξαγωγή της.

## **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ**

146. Δεν θα πρέπει να απαγορεύεται στους οροθετικούς ή ασθενείς με AIDS να εισέρχονται σε δημόσια μέρη.

147. Δεν επιτρέπεται η διακοπή λειτουργίας σωματείου ή λέσχης υπό οποιαδήποτε επιτρεπτή νομική μορφή, όπως σωματεία υποστήριξης οροθετικών, ομάδες αυτοβοήθειας, λέσχες ομοφυλοφίλων κ.λ.π.

148. Η Πολιτεία έχει υποχρέωση με τη συνεχή ενημέρωση του πληθυσμού να συμβάλλει στην γνώση κάθε πολίτη, πώς θα προστατεύεται από την μετάδοση του ιού.

149. Η Πολιτεία έχει υποχρέωση με συνεχή ενημέρωση του πληθυσμού να συμβάλλει στην αποφυγή οποιωνδήποτε διακρίσεων και προκαταλήψεων προς τους οροθετικούς ή τους ασθενείς με AIDS.

150. Η Πολιτεία έχει υποχρέωση να προστατεύει τους οροθετικούς και ασθενείς με AIDS από κάθε κοινωνική διάκριση και κάθε εχθρική αντίδραση εναντίον τους.



## ΠΗΓΕΣ – ΝΟΜΙΚΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΚΑΙ ΔΙΑΚΗΡΥΞΕΙΣ

### Σύνταγμα

Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ), της 4.11.1950, τροποποιημένη από τα Πρωτόκολλα 3 και 5 των 1963 και 1966, η οποία τέθηκε σε ισχύ στις 3.9.1953, κυρώθηκε από την Ελλάδα στις 19.9.1974 και ισχύει σήμερα ως δίκαιο αυξημένης ισχύος βάσει του άρθρου 28 του Συντάγματος.

Οικουμενική Διακήρυξη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (10.12.1948).

Διεθνές Σύμφωνο Περί Οικονομικών, Κοινωνικών και Μορφωτικών Δικαιωμάτων (16.12.1966), καθώς και Προαιρετικό Πρωτόκολλο στο Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά (16.12.1966).

Διεθνές Σύμφωνο περί Ατομικών και Πολιτικών Δικαιωμάτων (16.12.1966)

Σύμβασις δια την πρόληψιν και Καταστολήν Εγκλήματος της Γενοκτονίας (9.12.1948)

Τα παραπάνω κείμενα αναφέρονται στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών εν γένει. Εξειδίκευση επί των ζητημάτων που αναφέρονται σχετικά με το AIDS παρέχουν ιδίως οι κατευθύνσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, του Συμβουλίου της Ευρώπης και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου

## Ζητήματα ευθύνης και άλλα νομικά προβλήματα από το AIDS\*

Θ. Παπαζήση\*



1. Έννοια ευθύνης και υπαιτιότητας στο αστικό δίκαιο.
2. Συνιστά η μετάδοση του ιού HIV βλάβη της υγείας ή του σώματος;
3. Απώδης σύνδεσμος ζημιογόνου πράξης και ζημιογόνου αποτελέσματος.
4. Ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού και του νομικού προσώπου για τις πράξεις των προσώπων που χρησιμοποιεί για την εκπλήρωση της παροχής του.
  - 4.1. Υποχρέωση νοσηλείας με βάση τους κανόνες της τέχνης και της επιστήμης.
  - 4.2. Ευθύνη του νομικού προσώπου για τις πράξεις των προσώπων που χρησιμοποιεί για την εκπλήρωση της παροχής.
  - 4.3. Είδη παροχών που δημιουργούν ζητήματα ευθύνης.
    - 4.3.1. Η μετάγγιση αίματος.
    - 4.3.2. Άλλες περιπτώσεις ευθύνης.
    - 4.3.3. Ευθύνη από την εφαρμογή μεθόδων εξωσωματικής γονιμοποίησης.
5. Ευθύνη του φορέα HIV.
  - 5.1. Μετάδοση του ιού από άγνοια ή αμέλεια.
  - 5.2. Μετάδοση του ιού με πρόθεση.
6. Η άρνηση του ασθενούς να δεχθεί εξέταση για HIV.
  - 6.1. Το δικαίωμα του ασθενούς για προστασία της προσωπικότητάς του και η προστασία της δημόσιας υγείας.
  - 6.2. Νομική φύση της πράξης επιβολής της εξέτασης.
7. Επίλογος.

### 1. Έννοια ευθύνης και υπαιτιότητας

Η ευθύνη είναι έννοια νομική, έχει όμως και ηθική και φιλοσοφική διάσταση και σημαίνει την ανάληψη των υποχρεώσεων από κάποιο πρόσωπο συνήθως για πράξεις δικές του ή κάποιες φορές τρίτου<sup>1</sup> και μπορεί να είναι προσωπική ή περιουσιακή, ποινική ή αστική<sup>2</sup>. Κατά συνέπεια η έννοια της ευθύνης είναι θεμελιώδης στην έννομη τάξη και στη νομική επιστήμη.

Στο ποινικό δίκαιο η ευθύνη είναι πάντοτε προσωπική, αφορά το πρόσωπο που έχει τελέσει πράξη ή παράλειψη, το οποίο αποδοκιμάζεται από

την έννομη τάξη, και καλείται να υποστεί τις συνέπειες προσωπικά ακόμη και με περιορισμό της προσωπικής του ελευθερίας. Στο αστικό δίκαιο η ευθύνη είναι περιουσιακή και επιτρέπει την ανάληψη από το πρόσωπο των συνεπειών μιας πράξης ή παράλειψης (ευρεία έννοια) αλλά και τη δυνατότητα ευθύνης για τις πράξεις άλλων προσώπων. Ο δικαιούχος της αξίωσης μπορεί να επιδιώξει και να επιτύχει την ικανοποίησή της ακόμη και με αναγκαστική εκτέλεση κατά του οφειλέτη, ο οποίος υποχρεούται να καταβάλλει την οφειλή του με μέρος της περιουσίας του (στενή έννοια).

Η αστική ευθύνη μπορεί να προέρχεται από σθέτηση συμβατικής υποχρέωσης (330 ΑΚ), από

\*Επίσημη στην ημερίδα με θέμα «Η ιατροκοινωνική διάσταση του AIDS και τα αντιρετροϊκά φάρμακα» της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη στις 20.9.1997.

\*Επκ. Καθηγήτρια τμήμα αστικού, αστικού δικονομικού και εργατικού δικαίου - Τμήματος Νομικής Σχολής Νομικών και Οικονομικών Επιστημών

άδικη πράξη, δηλαδή πράξη που προξένησε σε άλλον ζημία υπαίτια και παράνομα ανεξάρτητα από την ύπαρξη συμβατικής υποχρέωσης (914 ΑΚ), να έχει γεννηθεί κατά το στάδιο των διαπραγματεύσεων για την κατάρτιση σύμβασης (198 ΑΚ) ή να προβλέπεται από το νόμο (ευθύνη από διακινδύνευση). Φορέας της ευθύνης είναι πάντα πρόσωπο φυσικό (άνθρωπος) ή νομικό (δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, π.χ. εταιρία, σωματείο, ίδρυμα, νοσοκομείο, κ.λπ.). Με την έννοια αυτή η ευθύνη συνιστά κύρωση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς που περιγράφεται στο νόμο σε επιτακτικό και απαγορευτικό κανόνα δικαίου, ο οποίος καθορίζει τα όρια και το είδος της μη επιτρεπτής από το νόμο συμπεριφοράς.

Το πρόσωπο μπορεί να ευθύνεται εκτός από τις δικές και για τις πράξεις των τρίτων που χρησιμοποιεί για την εκπλήρωση των υποχρεώσεών του (προσθηθέντες). Οι πράξεις αυτές μπορεί να συνιστούν παράβαση συμβατικών υποχρεώσεων (334 ΑΚ) ή να είναι άδικες πράξεις αυτών των προσώπων (922 ΑΚ).

Η ευθύνη μπορεί να είναι *υποκειμενική* ή *αντικειμενική*. Στην πρώτη περίπτωση για να υπάρχει ευθύνη πρέπει να υπάρχει υπαιτιότητα, ενώ στην τελευταία περίπτωση το πρόσωπο μπορεί να ευθύνεται και χωρίς υπαιτιότητα<sup>2</sup>. Η αντικειμενική ευθύνη μπορεί να χαρακτηριστεί ως γνήσια ή μη. Στη *γνήσια αντικειμενική ευθύνη* δεν είναι δυνατή η απόδοση της έλλειψης υπαιτιότητας (ευθύνη του κυρίου αυτοκινήτου<sup>3</sup>). Αντίθετα στη *μη γνήσια αντικειμενική ευθύνη* υπάρχει τεκμήριο υπαιτιότητας και ο ζημιώσας μπορεί να αποδείξει την έλλειψη της υπαιτιότητας και να απαλλαγεί από την ευθύνη (περίπτωση της ιατρικής ευθύνης).

Στο νόμο περιγράφεται με τρόπο γενικό και αφηρημένο η *συμπεριφορά* που θεωρείται *επιβαλλόμενη* και συγχρόνως ορίζεται η *έννομη συνέπεια* της παρέκκλισης από αυτή τη συμπεριφορά. Ως ευθύνη θεωρούμε συχνά ακριβώς την έκταση και το είδος της έννομης συνέπειας<sup>4</sup>. Συνέπεια της ποινικής ευθύνης είναι η ποινική τιμωρία του υπαίτιου προσώπου. Αντίθετα έννομη συνέπεια της αστικής ευθύνης είναι συνήθως η *αξίωση αποζημίωσης*, χωρίς να αποκλείονται άλλες μορφές αποκατάστασης της βλάβης, όπως η *χρηματική κανοποίηση για ηθική βλάβη* (59, 932 ΑΚ), ή άλλες ειδικές περιπτώσεις, όπως οι αξιώσεις σε περίπτωση προσβολής της προσωπικότητας (57 ΑΚ). Για να επέλθει η έννομη συνέπεια στην υποκειμενική ευθύνη θα πρέπει αυτός που ζημιώθηκε να αποδείξει εκτός από το ζημιόγONO γεγονός και τη ζημία του την υπαιτιότητα του προσώπου που τον ζημιώσε. Αντίθετα στην αντικειμενική ευθύνη αρκεί η απόδειξη του ζημιόγONου γεγονός και της

ζημίας, γιατί την ευθύνη αυτού που προκάλεσε τη ζημία, την ορίζει ο ίδιος ο νόμος.

Η αξίωση και το ύμOs της αποζημίωσης προσδιορίζονται από τη ζημία. Ως ζημία θεωρείται η υλική θετική και η αποθετική. Στην έννοια της ζημίας εμπίπτει και η βλάβη του σώματος ή της υγείας (929 ΑΚ). Η διάκριση αυτή, παρότι στην ιατρική επιστήμη θεωρείται ταυτολογία, στο νόμο έχει σκοπό να διευκρίνει το πεδίο εφαρμογής της διάταξης και να συμπεριλάβει κάθε μορφής ζημία. Η βλάβη του σώματος μπορεί να είναι τραυματισμός αλλά και οποιαδήποτε άλλης μορφής βλάβη, όχι αναγκαστικά παραμόρφωση ή ακρωτηριασμός, ενώ η βλάβη της υγείας είναι συνηθέστερα ασθένεια (π.χ. μόλυνση με τον ιό HIV) αλλά και οποιαδήποτε άλλη επιβάρυνση της ψυχικής υγείας. Εκτός από την αποζημίωση για αποκατάσταση της ζημίας είναι δυνατόν να δοθεί στο πρόσωπο που προσβάλλεται χρηματική κανοποίηση για την ηθική βλάβη που υφίσταται από την πράξη ή παράλειψη (932 ΑΚ).

## 2. Συνιστά η μετάδοση του ιού HIV βλάβη της υγείας ή του σώματος;

Οι ποικίλοι τρόποι μετάδοσης του ιού HIV δημιουργούν περισσότερους φορείς ευθύνης για τη μόλυνση. Η στοιχειοθέτηση της ευθύνης από αδικπραξία ή παράβαση συμβατικής υποχρέωσης απαιτεί ζημία και υπαιτιότητα για τη ζημία του υπόχρεου σε αποζημίωση<sup>5</sup>. Στην περίπτωση της αδικπραξίας ως ζημία θεωρείται και η βλάβη της υγείας ή του σώματος. Η στοιχειοθέτηση επομένως της ευθύνης και της αξίωσης για αποζημίωση από τη μετάδοση του ιού HIV απαιτεί την ύπαρξη ζημίας και τέτοια είναι η βλάβη της υγείας ή του σώματος του προσώπου.

Η μετάδοση του ιού αποτελεί για το νόμο βλάβη τόσο της υγείας όσο και του σώματος, αφού η υγεία και το σώμα είναι αλληλένδετα, στο νόμο όμως αναφέρονται οι δύο όροι, ώστε να έχει την ευρύτερη δυνατή εφαρμογή για την κάλυψη της ζημίας (929 ΑΚ). Η βλάβη της υγείας συνιστά αναγκαστικά βλάβη του σώματος, αφού η ακεραιότητα του σώματος χωρίς υγεία δεν μπορεί να ναηθεί<sup>6</sup>. Βλάβη της υγείας υπάρχει και χωρίς ορατή βλάβη του φυσικού σώματος, αφού η υγεία δεν είναι αναγκαστικά κάτι ορατό (ψυχική υγεία). Η μόλυνση μπορεί να μην εξελίσσεται μεν πάντα σε ασθένεια, αλλά συνεπάγεται πάντα βλάβη του ανοσοποιητικού συστήματος, ακόμη και όταν δεν οδηγήσει στο θάνατο. Η ασθένεια βέβαια μπορεί να προκαλέσει το θάνατο, που συνιστά τη μεγαλύτερη ζημία στον άνθρωπο.

Η ευθύνη για τη μόλυνση με τον ιό μπορεί να

βαρύνει φυσικό πρόσωπο, φορέα ή μη, ή και νομικό πρόσωπο, νοσοκομείο, κλινική κ.λπ. Στη δεύτερη περίπτωση μπορεί να υπάρχει ευθύνη των εργαζομένων στο νοσοκομείο που ευθύνονται για τη μόλυνση του προσώπου, για τις συγκεκριμένες πράξεις ή παραλήψεις, και συγχρόνως ευθύνη του νοσοκομείου για τις πράξεις των προσώπων αυτών που εργάζονται για λογαριασμό του και χρησιμοποιούνται για την εκπλήρωση της παροχής νοσηλείας. Βλάβη της υγείας μπορεί να προκληθεί στον ασθενή αλλά και σε τρίτο που έχει έρθει σε επαφή με αυτόν.

Στην περίπτωση πρόκλησης υπαίτιας βλάβης στο σώμα ή την υγεία προσώπου με τη μετάδοση ιού ή ασθένειας δημιουργείται ευθύνη αυτού, που προκάλεσε τη βλάβη του σώματος ή της υγείας και αντίστοιχη αξίωση αποζημίωσης υπέρ αυτού που έχει προσβληθεί. Το ύψος και το είδος της αξίωσης αποζημίωσης εξαρτώνται από τη βλάβη της υγείας, που έχει προκληθεί. Το πρόσωπο που ευθύνεται σε αποζημίωση δεν είναι αναγκαστικά φυσικό, δηλαδή άλλος άνθρωπος, μπορεί να είναι και νομικό, δηλαδή νοσοκομείο, εταιρία, κ.λπ.

Το είδος της αποζημίωσης, που είναι συνήθως χρηματική, μπορεί να συνίσταται σε καταβολή εφ' άπαξ χρηματικού ποσού αλλά και σε άλλο είδος αποζημίωσης, όπως π.χ. καταβολή περιοδικών παροχών με τη μορφή σύνταξης. Η καταβολή χρηματικού ποσού για την αποκατάσταση της ηθικής βλάβης που έχει προκληθεί στο πρόσωπο είναι παράλληλη προς την αποζημίωση.

Σε κάθε περίπτωση υπάρχει προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς, ο οποίος μπορεί να στραφεί κατά του νομικού προσώπου αλλά και του συγκεκριμένου προσώπου που αρνήθηκε τις υπηρεσίες του, εκτός από τις ειδικές, και με τις διατάξεις για την προσβολή της προσωπικότητας των άρθρων 57 και 59 ΑΚ. Σύμφωνα με αυτές όπως προσβάλλεται στην προσωπικότητά του έχει ουσιαστικά δικαίωμα να ζητήσει μόνο αποζημίωση και χρηματική ικανοποίηση για ηθική βλάβη από την προσβολή. Οι άλλες αξιώσεις από την προσβολή της προσωπικότητας, η άρση της προσβολής και η παράλειψή της στο μέλλον, είναι ανεφάρμοστες στην περίπτωση της λοίμωξης HIV, διότι η άρση της προσβολής δεν είναι δυνατή, η δε παράλειψη στο μέλλον είναι ανεδαφική ως αξίωση. Ακόμη, δικαίωμα να ζητήσουν προστασία της προσωπικότητας έχουν και ορισμένοι από τους κληρονόμους του προσώπου που πέθανε από AIDS, όπως ο σύζυγος που επιζεί, οι κατιόντες, οι ανιόντες, οι αδελφοί και οι κληρονόμοι από διαθήκη (57 §1 β ΑΚ).

### 3. Απώδης σύνδεσμος ζημιόγνου πράξης και ζημιόγνου αποτελέσματος

Βασικό στοιχείο της ευθύνης για τη δημιουργία αξίωσης αποζημίωσης αποτελεί η ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ αιτίας και αιτιατού, δηλαδή μεταξύ ζημιόγνου πράξεως και αποτελέσματος. Αν δεν υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος δεν είναι δυνατή η αναγνώριση ευθύνης του ζημιώσαντος και φυσικά η επιδίκαση αποζημίωσης. Έτσι στην περίπτωση της απόφασης του Εφετείου του Αμβούργου το δικαστήριο επιδίκασε σημαντική αποζημίωση δεχόμενο ακριβώς την ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της μόλυνσης της σύζυγου του ενάγοντα από τη μετάγγιση κατά την εγχείριση και της δικής του μόλυνσης από τη σαρκική επαφή με τη σύζυγό του<sup>9</sup>.

Αντίθετα το Εφετείο του Ντύσσελτορφ<sup>9</sup> απέρριψε αγωγή αποζημίωσης ασθενούς, ο οποίος το 1983 δέχθηκε αίμα στη διάρκεια εγχείρισης και το 1987 διαπίστωσε ότι ήταν οροθετικός. Το Εφετείο διατύπωσε το σκεπτικό ότι δεν ήταν δυνατή η διαπίστωση του αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ μετάγγισης και μόλυνσης με τον ιό HIV με μόνο το γεγονός της μετάγγισης του αίματος, εφόσον δεν είχε αποδειχθεί άλλο σχετικό.

Επίσης το Πρωτοδικείο του Βερολίνου<sup>10</sup> δέχθηκε ότι δεν αποτελεί πλημμέλεια της θεραπευτικής αγωγής μόνη η μετάγγιση αίματος μετεγχειρητικά, χωρίς προηγούμενη προσπάθεια του γιατρού να αντιμετωπίσει την αναμία με άλλους τρόπους, και απέρριψε την αγωγή ασθενούς για πλημμέλεια κατά του γιατρού, που την εγχείρισε από ινομύωμα. Το δικαστήριο δέχθηκε ότι το γεγονός ότι η ασθενής τεσσαράμισι μήνες αργότερα εμφάνισε ηπατίτιδα Β και μετά από δύο χρόνια ήταν οροθετική σε HTLV-III δεν αποδεικνύει την ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της ηπατίτιδας και της μόλυνσης με HIV, όταν ένας αιμοδότης ήταν βέβαια θετικός σε ΗΒε και HTLV-III, η ασθενής όμως ήταν θετική και σε σύφιλη (Luësinfektion), που δεν ήταν ο δότης.

Απώδης σύνδεσμος μπορεί να υπάρχει και στη ζημία τρίτου, που δεν δέχτηκε άμεσα τις υπηρεσίες του γιατρού ή του Νοσοκομείου, αλλά ήρθε σε σαρκική επαφή με πρόσωπο που το είχε κάνει και μολύνθηκε για το λόγο αυτό.

Το Εφετείο του Αμβούργου με την απόφαση της 2.4.1990<sup>11</sup> καταδίκασε το νοσοκομείο σε ύψους 51.000 DM αποζημίωση του παθόντος και καταβολή από το 1984 που άρχισε ο δικαστικός αγώνας σύνταξης ύψους 1.000 DM. Το Εφετείο έκρινε έφεση κατά απόφασης που εκδόθηκε με βάση αγωγή του συζύγου της παθούσας που μολύνθηκε από τη σαρκική επαφή με τη σύζυγό του, η

οποία είχε χειρουργηθεί στο νοσοκομείο το 1984 και μολύνθηκε με τον ιό από τη μετάγγιση αίματος. Το δικαστήριο έκρινε ότι το νοσοκομείο δεν επέδειξε την προσήκουσα προσοχή και επιμέλεια στον έλεγχο των αιμοδοτών, ώστε να αποκλείσει από αυτούς τα άτομα υψηλού κινδύνου, όπως οι ομοφυλόφιλοι. Αυτή η αμέλεια προκάλεσε κατά το δικαστήριο κατά κύριο λόγο τη ζημία στην ασθενή, διότι θα ήταν εύκολη η αποτροπή της ζημίας και χωρίς τις ειδικές εξετάσεις, αν το νοσοκομείο είχε ζητήσει από τον αιμοδότη να συμπληρώσει το έντυπο για τους ομοφυλόφιλους. Αυτό θα είχε οδηγήσει στη διαγραφή του συγκεκριμένου προσώπου από τους αιμοδότες.

Κατά την απόφαση το Δικαστήριο στην κρίση του για το ύψος της αποζημίωσης έλαβε υπόψη του την αυξημένη προδιάθεση για ασθένεια και το γεγονός ότι ο ζημιωθής θα έπρεπε να ζητήσει με την επίγνωση ότι έχει μολυνθεί από Αids και ότι με τα σημερινά δεδομένα της ιατρικής επιστήμης είναι πολύ πιθανόν να αρρωστήσει μετά από όχι μεγάλο χρονικό διάστημα και να πεθάνει. Εκτός από αυτό πρέπει να αποζημιωθεί για την ψυχική φόρτιση που θα υποστεί από τον αποκλεισμό από το κοινωνικό του περιβάλλον μετά τη γνώση της ασθένειάς του.

#### 4. Ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού και του νομικού προσώπου για τις πράξεις των προσώπων που χρησιμοποιεί για την εκπλήρωση της παροχής του

##### 4.1. Υποχρέωση νοσηλείας με βάση τους κανόνες της τέχνης και της επιστήμης

Γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό έχουν υποχρέωση να προσφέρουν στους ασθενείς του Aids ή τους φορείς του ιού HIV νοσηλεία και φροντίδα όπως και σε κάθε άλλο ασθενή<sup>12</sup>. Ειδικά για τους γιατρούς η υποχρέωση αυτή προκύπτει και από το άρθρο 7 του *κανονισμού ιατρικής δεοντολογίας*<sup>13</sup>. Η παράλειψη της υποχρέωσης αυτής δημιουργεί για όλους, ανάλογα με την περίπτωση, αστική ευθύνη για αποζημίωση, χωρίς να αποκλείεται και η ποινική ευθύνη, όταν η πράξη έχει ως αποτέλεσμα την βλάβη του σώματος ή της υγείας σε βαθμό που εμπίπτει στα μέτρα του Ποινικού Κώδικα ή ειδικών ποινικών νόμων<sup>14</sup>.

##### 4.2. Ευθύνη του νομικού προσώπου για τις πράξεις των προσώπων που χρησιμοποιεί για την εκπλήρωση της παροχής

Ευθύνη φέρουν όχι μόνο τα φυσικά αλλά και τα νομικά πρόσωπα, ιδιωτικού ή δημοσίου δικαίου,

π.χ. νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικές εταιρίες, κ.λπ. Το νομικό πρόσωπο (π.χ. νοσοκομείο) ευθύνεται για τις πράξεις των προσώπων που χρησιμοποιεί για την εκπλήρωση των υποχρεώσεων του (προσθηθέντες), όπως η νοσηλεία, σαν να επρόκειτο για δικές του πράξεις. Αυτά τα πρόσωπα είναι οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο, γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό και κάθε είδους και κατηγορίας προσωπικό ως τους φύλακες και τις καθαρίστριες. Η ευθύνη εκτείνεται σε υποχρεώσεις από τη σύμβαση (π.χ. νοσηλεία, 334 ΑΚ) και σε άδικες πράξεις (922 ΑΚ). Το πρόσωπο που ενήργησε την πράξη ευθύνεται παράλληλα, όχι από σύμβαση, που συνήθως δεν έχει με το ζημιωθέντα, αλλά για άδικες πράξεις που προκάλεσε από δόλο ή αμέλεια. Οι πράξεις ή παραλείψεις του προσωπικού, για τις οποίες μπορεί να ευθύνεται το νοσοκομείο, μπορεί να αφορούν τη νοσηλεία, αλλά και τις λοιπές υπηρεσίες που παρέχονται στο ίδρυμα προς τους ασθενείς. Σε περίπτωση καταδίκης του νομικού προσώπου δεν αποκλείεται να ζητήσει αναγκαστικά από το υπαίτιο πρόσωπο να του αποδώσει όλη ή μέρος της αποζημίωσης που έχει καταβάλει.

#### 4.3. Είδη παροχών που δημιουργούν ζητήματα ευθύνης

4.3.1. *Η μετάγγιση αίματος.* Περίπτωση αμελούς συμπεριφοράς αποτελεί η μετάγγιση μολυσμένου αίματος. Η αμέλεια αφορά είτε πρωτογενώς τον έλεγχο του κύκλου των δοτών, π.χ. με το μη αποκλεισμό των κατηγοριών υψηλού κινδύνου, είτε με τη μη προσεκτική εξέταση του ίδιου του αίματος<sup>15</sup>, ή χρήση αίματος που έχει σταλεί στο Νοσοκομείο από Τράπεζα αίματος, χωρίς να υπάρχει εγγύηση για τον έλεγχό του<sup>16</sup>.

Το Νοσοκομείο φέρει ευθύνη, όταν η αιμολημία έγινε από το ίδιο και όταν το αίμα παρέχεται από τρίτον (Τράπεζα Αίματος), αλλά για διαφορετικό λόγο. Στην πρώτη περίπτωση έχει και ευθύνη παραγωγού. Στη δεύτερη περίπτωση η ευθύνη υπάρχει με βάση την παροχή των υπηρεσιών. Το Πρωτοδικείο του Ντύσσελντορφ<sup>17</sup> δήχτηκε ότι το Νοσοκομείο δεν έχει υποχρέωση να ελέγξει το συσκευασμένο αίμα ούτε την καθαρότητά του ή τις συνθήκες αιμολημίας, ούτε έχει ευθύνη παραγωγού, η οποία παραμένει στην Τράπεζα που διέθεσε το αίμα, κατατάσσοντας έτσι το αίμα στα προϊόντα και δεχόμενο την ευθύνη αυτού που το παρασκευάζει ως ευθύνη του παραγωγού. Παρόλα αυτά η ευθύνη από αμέλεια δεν αποκλείεται.

4.3.2. *Άλλες περιπτώσεις ευθύνης.* Συνηθέστερη σήμερα περίπτωση παραβατικής συμπεριφοράς του προσωπικού του νοσοκομείου ικανής να δημιουρ-

γήσει αξίωση αποζημίωσης για παραλείψεις είναι η άρνησή του να παράσχει τις απαιτούμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες, π.χ. χειρουργική επέμβαση, σε φορέα HIV ή ασθενή AIDS. Σε περίπτωση βλάβης της υγείας ή και θανάτου του συγκεκριμένου ασθενούς υπάρχει ευθύνη σύμφωνα με όσα προαναφέρονται. Σε περιστατικό που εμφανίστηκε σε ελληνικό Νοσοκομείο οι γιατροί που αρνήθηκαν να χειρουργήσουν τον ασθενή με AIDS απαλλάχθηκαν από την κατηγορία της έκθεσης και της παράλειψης παροχής βοήθειας, διότι το Συμβούλιο Πλημμελειοδικών δέχτηκε ότι βρισκόταν σε κατάσταση σύγκρουσης καθηκόντων<sup>18</sup>. Αγωγή για αποζημίωση δεν έχει ακόμη ασκηθεί για παρόμοιο περιστατικό.

**4.3.3. Ευθύνη από την εφαρμογή μεθόδων εξωσωματικής γονιμοποίησης.** Άλλη περίπτωση παροχής ιατρικών υπηρεσιών που μπορεί να προκαλέσει μετάδοση του ιού είναι η χρήση των μεθόδων της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Με δεδομένο ότι ο ιός μεταδίδεται με το σπέρμα, η τεχνητή σπερματέγχυση in vivo και η εξωσωματική γονιμοποίηση μπορούν να μεταδώσουν τον ιό τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο. Το γενετικό υλικό που χρησιμοποιείται για βοηθούμενη αναπαραγωγή συνήθως ελέγχεται, όπως και το αίμα. Σε περίπτωση που ο έλεγχος δεν γίνει ή δεν γίνει με τον κατάλληλο τρόπο, η ευθύνη που δημιουργείται ακολουθεί τους ίδιους κανόνες με τη μόλυνση του ασθενούς με αίμα.

Η ευθύνη του γιατρού ή του νοσοκομείου μπορεί να μειωθεί, αν η γυναίκα που θα δεχθεί τη σπερματέγχυση, συμφωνεί να γίνει με νωπό σπέρμα. Στην περίπτωση αυτή θα χρησιμοποιηθεί αναγκαστικά ανέλεγκτο σπέρμα, που μπορεί να είναι και μολυσμένο.

## 5. Ευθύνη του φορέα HIV

Τα περιστατικά δεν είναι σπάνια, συνηθέστερα των φορέων και σπανιότερα των ασθενών, που μεταδίδουν τον ιό σε υγιή άτομα, άλλοτε γνωρίζοντας ότι είναι φορείς και άλλοτε αγνώστως το. Τα ερωτήματα πολλά, για το είδος και την έκταση της ευθύνης αυτού που προκαλεί τη μετάδοση του ιού αφ' ενός και αφ' ετέρου για τη βλάβη του σώματος που προκαλείται στο συνάνθρωπο. Η μετάδοση αυτή δεν γίνεται αναγκαστικά με σεξουαλική σαρική επαφή, αλλά μπορεί να γίνει και με άλλου είδους επαφή, όπως με αφορμή επαγγελματική σχέση, π. χ. οδοντιατρική θεραπεία<sup>19</sup>.

Η ευθύνη είναι ποινική<sup>20</sup> αλλά και αστική. Η αστική ευθύνη είναι συνήθως αδικπρακτική και σπανιότερα ευθύνη από αθέτηση συμβατικής υ-

ποχρέωσης, διότι ο ιός μεταδίδεται συνηθέστερα με επαφές που δεν έχουν χαρακτήρα νομικής αλλά προσωπικής επαφής ή δέσμευσης, όπως η σεξουαλική σχέση. Η ευθύνη αυτή είναι υποκειμενική. Το στοιχείο της υπαιτιότητας, που απαιτείται για τη στοιχειοθέτηση της υποκειμενικής ευθύνης, βρίσκεται στην αμέλεια, όταν δεν έχουν λάβει τα μέτρα τα απαραίτητα για την αποτροπή πρόκλησης της ζημίας, δηλ. της μετάδοσης του ιού.

### 5.1. Μετάδοση του ιού από άγνοια ή αμέλεια

Ο φορέας μπορεί να μεταδώσει τον ιό από άγνοια είτε της οροθετικότητάς του είτε από άγνοια των μέσων προφύλαξης. Η τελευταία περίπτωση είναι στις μέρες μας σπάνια. Αν λάβει κανείς υπόψη και τη σχεδόν τραμοκρατική εκστρατεία που προηγήθηκε στη δεκαετία του 80, η πληροφόρηση για τους τρόπους μετάδοσης και προφύλαξης από τον ιό είναι αρκετά διαδεδομένη σε όλα τα κοινωνικά στρώματα.

Ο οροθετικός, που το γνωρίζει και δεν λαμβάνει τα μέτρα που απαιτούνται για να μην το μεταδώσει σε άλλους, μόνο ως αμελής θα μπορεί να αντιμετωπισθεί. Η αμέλεια όμως είναι στοιχείο της υπαιτιότητας. Στην περίπτωση που μεταδίδει τον ιό έχει εκτός από την ποινική ευθύνη και ευθύνη για αποζημίωση εναντίον του πρόσωπου που μολύνθηκε. Επομένως ο οροθετικός που το γνωρίζει και δεν λαμβάνει μέτρα για τη μη μετάδοση του ιού ευθύνεται για την πράξη.

Μόνο αυτός που από άγνοια μεταδίδει τον ιό δεν έχει ευθύνη για το αποτέλεσμα της πράξης του. Η άγνοια όμως θα πρέπει να μην εγγίζει τα όρια της αμέλειας. Έτσι πρόσωπο που ανήκει σε κύκλο προσώπων υψηλού κινδύνου και αγνοεί την οροθετικότητά του από αμέλεια, δεν μπορεί αβασάνιστα να θεωρηθεί ότι δεν έχει ευθύνη για την πράξη, όταν είναι γνωστό ότι θα έπρεπε και μπορούσε να λάβει γνώση της πραγματικής κατάστασης και μέτρα για τη μη μετάδοση.

Το γεγονός βέβαια ότι η ερωτική σχέση αφορά δύο έδωσε αφορμή σε σκέψεις για την συνυπαιτιότητα του ερωτικού συντρόφου σε περίπτωση περιστασιακής ερωτικής επαφής<sup>21</sup>.

### 5.2. Μετάδοση του ιού με πρόθεση

Προβλήματα δημιουργούνται σε περίπτωση μετάδοσης από πρόθεση. Η πράξη στην περίπτωση αυτή εμπίπτει την έννοια της αδικπραξίας και ο υπαίτιος της ευθύνεται σε αποζημίωση, όταν η ζημία είναι συνέπεια της πράξης. Το ερώτημα είναι αν και σε ποιο βαθμό αδικήματος είναι υπαίτιος ο δράστης της πράξης. Συνήθως τα ποινικά δικαστήρια δέχονται ότι πρόκειται για απόπειρα και

όχι για τετελεσμένη πράξη, ποινικά καλώς, λόγω της φύσης του ιού όχι ως παθογόνου αλλά ως εν δυνάμει βλαπτικού του αμυντικού συστήματος του οργανισμού του φορέα. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της απόφασης του γερμανικού Ακυρωτικού που αντιμετώπισε την περίπτωση αμερικανού αξιωματικού των αμερικανικών στρατιωτικών δυνάμεων που σταθμεύουν στη Γερμανία, ο οποίος εν γνώσει της οροθετικότητας είχε σχέσεις με άλλους άνδρες χωρίς να λαμβάνει προφυλάξεις και χωρίς να του το καθιστά γνωστό. Ως την ημέρα της δίκης δεν είχε αναφερθεί περίπτωση μόλυνσης ερωτικού συντρόφου, οι οποίοι όμως ήταν σχετικά άγνωστοι, πλην αυτού που μήνυσε τον δράστη<sup>22</sup>.

Το Ανώτατο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο της Ελβετίας δέχτηκε ότι η οροθετικότητά, ακόμη και όταν δεν έχουν εκδηλωθεί τα στοιχεία της ασθένειας του Aids, συνιστά ασθένεια<sup>23</sup>. Το δικαστήριο αντιμετώπισε την περίπτωση αποφυλακισμένου φορέα ο οποίος γνωρίζοντας ότι είναι οροθετικός, ανάγκασε γυναίκα σε σαρκική επαφή χωρίς προφυλακτικό και αδιαφορώντας για τον ιό. Η γυναίκα είχε μόλις πριν κάνει τεστ για HIV που ήταν αρνητικό. Λίγους μήνες αργότερα νέο τεστ HIV αποδείχθηκε θετικό. Το δικαστήριο έκρινε τον νεαρό ένοχο για πρόκληση επικίνδυνης και μεταδοτικής ανθρώπινης ασθένειας κατά το άρθρο 231 του ελβετικού ποινικού κώδικα<sup>24</sup>. Άλλο δικαστήριο<sup>25</sup>, που δίκασε αργότερα την αστική υπόθεση, δέχτηκε την αγωγή της για αποζημίωση, διότι δεν είχε άλλες σαρκικές σχέσεις, δεν έπαρνε ναρκωτικά και δεν έκανε ενέσεις.

## 6. Η άρνηση του ασθενούς να δεχθεί εξέταση για HIV

Ουσιαστικό ερώτημα αποτελεί σήμερα το δικαίωμα του ασθενούς να αρνηθεί τις επιβαλλόμενες εξετάσεις για τη διαπίστωση της ύπαρξης του ιού ή της ασθένειας και η δυνατότητα του γιατρού να προβεί σε αυτές χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς ή παρά την αντίθετη βούλησή του<sup>26</sup>. Η άρνηση αυτή οδηγεί κατ' αποτέλεσμα στην αδυναμία του γιατρού ή του προσώπου, που παρέχει τη νοσηλεία, να γνωρίζει τη μόλυνση με τον ιό και συνακόλουθα είτε να παράσχει τη θεραπεία που χρειάζεται είτε να προστατευτεί ο ίδιος και να προστατεύσει τους άλλους ασθενείς.

Η πράξη αυτή του ασθενούς, που μπορεί να φαίνεται παράλογη και εγωιστική, δεν στερείται πάντως επιχειρημάτων. Το ίδιο δεν στερείται επιχειρημάτων και η αντίθετη άποψη που απαιτεί την επιβολή των εξετάσεων έστω και παρά τη θέληση του ασθενούς. Το δικαίωμα του ασθενούς να

αρνηθεί τις εξετάσεις στηρίζεται στο δικαίωμα του αυτοπροσδιορισμού και της προστασίας της προσωπικότητάς του. Αντίθετα η απαίτηση της υποβολής του σε εξετάσεις προβάλλει την ανάγκη διάγνωσης της αλήθειας και προάσπισης της δημόσιας υγείας.

Το δίλημμα δεν είναι νέο και δεν εμφανίζεται για πρώτη φορά. Στην ελληνική πραγματική την προηγούμενη φορά η συζήτηση αφορούσε τις ιατρικές και κυρίως αιματολογικές εξετάσεις για την προσβολή της πατρότητας. Τα επιχειρήματα των υπερασπιστών της επιβολής των εξετάσεων και *manu militari* αναφέρονται στην ανάγκη διάγνωσης της αλήθειας για να επέλθουν οι έννομες συνέπειες ή να επακολουθήσει η ανάληψη των ευθυνών. Οι πολέμιοι της άποψης αντιπένουν τη βλάβη του σώματος από την αιμοληψία και την προσβολή της προσωπικότητας του εξεταζόμενου<sup>27</sup>.

Στην πραγματικότητα οι υποστηρικτές της κάθε άποψης συντάσσονται με τα συμφέροντα της κάθε πλευράς. Οι μεν υποστηρικτές της σκληρής άποψης της επιβολής των εξετάσεων *manu militari* υπηρετούν την αντίληψη της αποκατάστασης της αλήθειας και της επιβολής των συνεπειών εννόμων ή άλλων. Οι υποστηρικτές της σωματικής βλάβης και της προστασίας της προσωπικότητας του εξεταζόμενου προσπαθούν να αποφύγουν ακριβώς την ανάληψη αυτών των συνεπειών ή την κοινωνική κριτική που συνεπάγεται η αποκάλυψη της αλήθειας που προσπαθούν να συγκυλύψουν με την αποφυγή των εξετάσεων<sup>28</sup>.

Στο ζήτημα της διαπίστωσης της πατρότητας το δίλημμα έχει λυθεί με την εισαγωγή της διάταξης του άρθρου 615 στον Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας που επιβάλει τις εξετάσεις *manu militari* όταν τις διατάξει το Δικαστήριο. Σε περίπτωση άρνησης του διαδίκου οι αντίθετοι ισχυρισμοί του θεωρούνται ομο-λογημένοι, ενώ όταν αρνείται τρίτος καταδικάζεται σε χρηματική ποινή μέχρι 100.000 δραχμές<sup>29</sup>. Ο τρίτος πάντως μπορεί να αρνηθεί την εξέταση για σοβαρούς λόγους υγείας ή αν οι συνθήκες της εξέτασης προσβάλλουν την προσωπικότητά του, μέχρι αυτές να αποκατασταθούν<sup>30</sup>.

### 6.1. Το δικαίωμα του ασθενούς για προστασία της προσωπικότητάς του και η προστασία της δημόσιας υγείας

Το δικαίωμα του ασθενούς να αρνηθεί τη διερεύνηση των τεστ για τη διαπίστωση της ύπαρξης ή μη του ιού στον οργανισμό του έχει έρεισμα στο δικαίωμά του της προστασίας της προσωπικότητάς και του αυτοπροσδιορισμού του (άρθρο 5 §1 Σ). Το δικαίωμα αυτό που προστατεύεται

συνταγματικά έρχεται σε σύγκρουση με το επίσης κατοχυρωμένο δικαίωμα της προστασίας της δημόσιας υγείας. Το ερώτημα είναι ποιο δικαίωμα θα θεωρηθεί ισχυρότερο στη σύγκρουση.

Την απάντηση ίσως θα πρέπει να αναζητήσει κανείς ξεκινώντας αντίθετα, δηλαδή με την εξέταση της προάσπισης της δημόσιας υγείας. Αυτή απαιτεί γενικά σε επίπεδο νοσηλείας τη λήψη όλων εκείνων των μέτρων που είναι αναγκαία για την απομόνωση των νοσογόνων παραγόντων και την αποτροπή της μετάδοσής τους. Από τους συνηθέστερους και απλούστερους τρόπους που υπάρχουν σήμερα μπορούν να αναφερθούν οι απολυμνήσεις των εργαλείων, η χρήση ηπαστατευτικών γαντιών από γιατρούς και λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό, η χρήση καλυμμάτων γενικά όπου και όταν αυτά έχουν προβλεφθεί από τους κανόνες της υγιεινής. Αν αυτή η προφύλαξη ληφθεί τότε η μετάδοση του όποιου ιού ή άλλου μεταδοτικού νοσογόνου παράγοντα από πλευράς νοσηλείας σχεδόν εκμηδενίζεται.

Σε άλλες περιπτώσεις, όπως η αιμολημία, η αποτροπή του κινδύνου της μετάδοσης απαιτεί δραστηκότερα μέτρα, όπως ο αποκλεισμός του αρνούμενου να υποβληθεί σε εξετάσεις από την αιμοδοσία. Σ' αυτή την περίπτωση μόνος τρόπος αντιμετώπισης της άρνησης είναι ο αποκλεισμός, όχι η επιβολή των εξετάσεων.

## 6.2. Νομική φύση της πράξης επιβολής της εξέτασης

Το πρωτοδικείο της Κολωνίας<sup>31</sup> έκρινε ότι η ενέργεια του γιατρού να προβεί σε τεστ για τον ιό ΗΤV αποτελεί προσβολή του δικαιώματος αυτοπροσδιορισμού του προσώπου και για το λόγο αυτό καταδίκασε τον γιατρό σε χρηματική ικανοποίηση ηθικής βλάβης ύψους 1.500 DM. Στην προκειμένη περίπτωση προφανώς ο ασθενής δεν είχε υποστεί άλλη υλική ζημία και για το λόγο αυτό δεν επιδόκηθηκε αποζημίωση παρά μόνο χρηματική ικανοποίηση για ηθική βλάβη.

Η επιβολή της εξέτασης παρά την αντίθετη γνώμη του ασθενούς συνιστά για το γιατρό σωματική βλάβη και πιθανώς αυτοδίκια με την έννοια του ποινικού δικαίου και με την έννοια αυτή, αν δεν καλύπτονται οι όροι που αίρουν το αξιόποινο, υπάρχει κίνδυνος τιμωρίας του<sup>32</sup>.

Από πλευράς αστικής ευθύνης η πράξη αυτή ενέχει προσβολή της προσωπικότητας με την έννοια της διάταξης 57 ΑΚ και συνεπάγεται, εκτός από την αξίωση του ασθενούς για άρση της προσβολής και παράλειψη στο μέλλον, επιπλέον αξίωση για αποζημίωση, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις της αδικοπραξίας υπάρχει δηλαδή

ζημία και που προκλήθηκε υπαίτια και παράνομα, και αξίωση για χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης.

Αν ο γιατρός επιχειρήσει παρόλα αυτά και παρά τη βούληση του ασθενούς την επιβολή των εξετάσεων, ερωτάται αν είναι δυνατή η επίκληση από μέρους του, σε περίπτωση που από την εξέταση προκληθούν ζημιές στον ασθενή των διατάξεων της αυτοδύναμης προστασίας και ειδικότερα της διενέργειας πράξης σε κατάσταση ανάγκης. Η πράξη αυτή δεν μπορεί να θεωρηθεί κατά την κλασική ερμηνεία της διάταξης ως περίπτωση κατάστασης ανάγκης (285 ΑΚ)<sup>33</sup>, αφού δεν υπάρχει καταστροφή ξένου πράγματος αλλά προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς. Αλλά και αν θεωρηθεί ότι συντρέχει περίπτωση κατάστασης ανάγκης, αυτή δεν απαλλάσσει το δράστη από την υποχρέωση αποζημίωσης του προσώπου που ζημιώθηκε (286 ΑΚ)<sup>34</sup>.

Μόνο ως άμυνα του γιατρού θα μπορούσε να χαρακτηριστεί η υποβολή του ασθενούς σε εξετάσεις παρά τη θέληση του, ειδικά στην περίπτωση που ο γιατρός θα πρέπει να παράσχει θεραπεία. Η νόμιμη επίκληση άμυνας προϋποθέτει βέβαια δικαιολόγηση επίθεσης παρούσας και άμεσης. Ως επίθεση μπορεί να χαρακτηριστεί κάθε επικείμενη προσβολή της προσωπικότητας, όπως η βλάβη της υγείας από τη μετάδοση του ιού. Η επίθεση μπορεί να θεωρηθεί παρούσα, εφόσον

## 7. Επίλογος

Η ευθύνη που δημιουργείται σε περίπτωση νοσηλείας ασθενών AIDS ή φορέων του ιού HIV δίνει νέες διαστάσεις στα γνωστά νομικά ερωτήματα, λόγω της ιδιαιτερότητας του ιού και της ασθένειας που αφενός μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο και αφετέρου ενέχει κοινωνικό στίγμα. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο είναι αναγκαία ειδική ρύθμιση των σχετικών προβλημάτων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

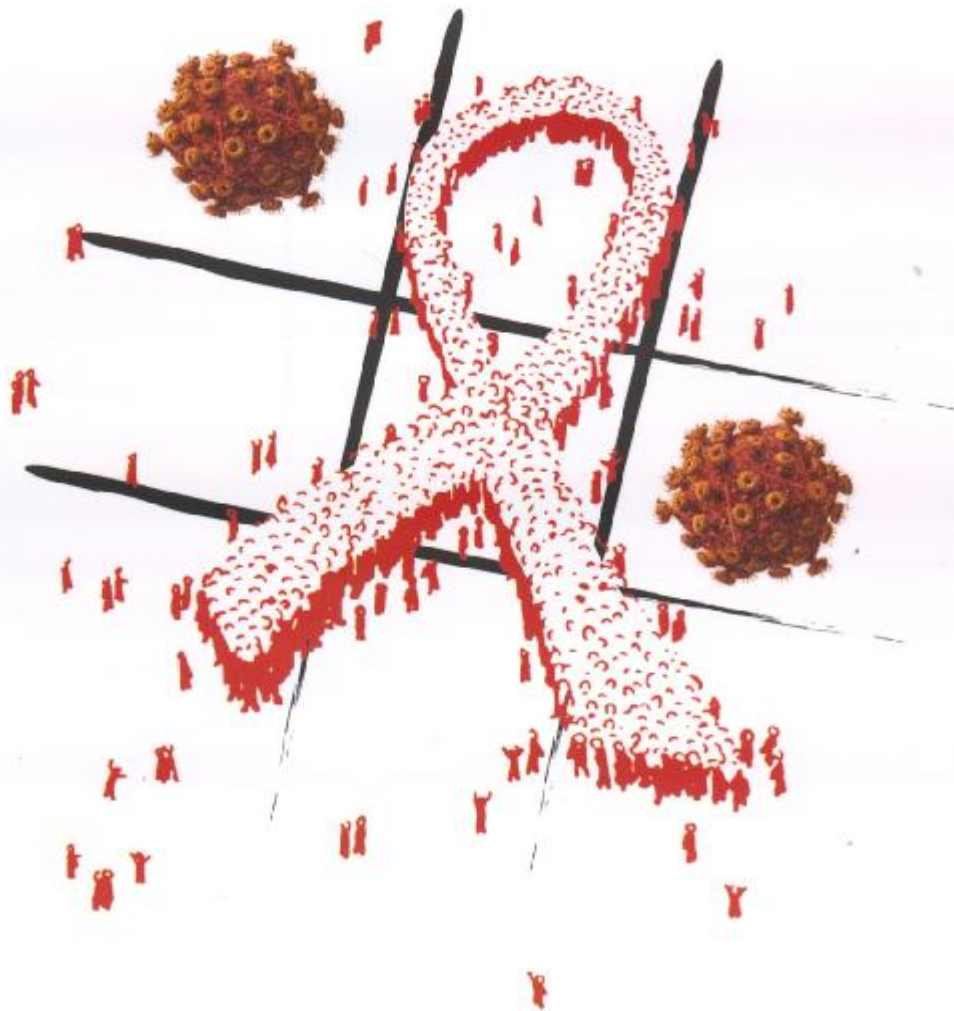
1. Μιχάλης Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο 3 (Αθήνα 1988), §2 V, 41.
2. Ευθύνη υπάρχει και στο διοικητικό (πεβαρική ευθύνη, ευθύνη του δημοσίου).
3. Δικαιολογητικοί λόγοι της αντικειμενικής ευθύνης είναι πολλοί, όπως η επικεία προς το ζημιωθέντα, το γεγονός ότι ο ζημιώσας αποκαμίζει οφέλη από τη ζημιόγωνα δραστηριότητα ή αυτή αποτελεί πηγή κινδύνων, η προστασία προσώπων, που από τη φύση τους βρίσκονται σε μειονεκτική θέση να αποδεχθούν την υπατιότητα του ζημιώσαντος, είτε λόγω των μέσων που χρησιμοποιεί είτε λόγω της





# 18<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ AIDS

Αθήνα, 24-26 Νοεμβρίου 2006, Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL  
[www.aids2006.gr](http://www.aids2006.gr)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS  
HELLENIC SOCIETY FOR THE STUDY AND CONTROL OF AIDS



αφορά τους τρόπους μετάδοσης και σε ποια βιολογικά υγρά ανιχνεύεται. Ως εκ τούτου αυτό συνεπάγεται ανεπάρκεια και άγνοια στη λήψη κατάλληλων και αποτελεσματικών μέτρων για προφύλαξη από την μόλυνση και προσβολή από τον HIV. Αυτό σημαίνει όμως ότι απαιτείται ξανά σχεδιασμός κατάλληλων προγραμμάτων παρέμβασης για σωστή ενημέρωση κυρίως ατόμων και πληθυσμών με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

### ΔΑ 31

#### ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΑΤΕΙ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΤΩΝ ΠΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΤΕΣΤ ΤΟΥ AIDS.

Ι. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ,<sup>1,2</sup> Α. ΒΑΧΑΒΟΛΟΥ,<sup>2</sup> Π. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ,<sup>2</sup> Κ. ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΥ,<sup>2</sup> Φ. ΜΕΣΟΛΩΡΑ,<sup>2</sup> Χ. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ,<sup>2</sup> Ε. ΓΕΛΑΣΤΟΠΟΥΛΟΥ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Πατρών

<sup>2</sup>Σχολή Κοινωνικής Εργασίας Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας ήταν η αξιολόγηση των γνώσεων και συμπεριφορών ενηλίκων και σπουδαστών Α.Τ.Ε.Ι της πόλης των Πατρών απέναντι στο θέμα του τεστ του AIDS, 25 χρόνια μετά την έναρξη των πρώτων εκστρατειών διαφώτισης προκειμένου τα ευρήματα να συγκριθούν σε σχέση με αυτά παλαιότερων ερευνών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η έρευνα διεξήχθη από 1/3/06 έως 1/9/06 όπου συμπληρώθηκαν 600 ανώνυμα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου (300 από ενήλικες και 300 από σπουδαστές Α.Τ.Ε.Ι.). Οι ερωτήσεις διερευνούσαν τόσο το επίπεδο γνώσεων γύρω από το τεστ του AIDS, όσο και τη συμπεριφορά τους σε αντίστοιχα θέματα.

Η επεξεργασία έγινε στο SPSS v12 και η στατιστική σημαντικότητα των απαντήσεων ελέγχθηκε με τη δοκιμασία Χ<sup>2</sup>.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν σπουδαστές 18-25 ετών (67,8%) ενώ οι ενήλικες 26-55 ετών (30,5%). Περισσότεροι σπουδαστές απ' ότι ενήλικες δηλώνουν ενημεροί στο θέμα του AIDS ( $p < 0,005$ ). Στο ερώτημα εάν ήθελαν να ενημερωθούν για τη φαρμακευτική αγωγή, τα ποσοστά είναι μοιρασμένα (37,4% και 39,1%) ( $p > 0,05$ ). Το σύνολο του δείγματος απαντά ότι σε μεγάλο βαθμό δεν επιθυμεί να ενημερωθεί για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS, ούτε για τους τρόπους προφύλαξης (ενήλικες 89%, σπουδαστές 72%) ενώ λίγο περισσότεροι σπουδαστές απ' ότι ενήλικες (45,2% με 35,1%) θα ήθελαν να ενημερωθούν για το τεστ. Η αίσθηση του κινδύνου σχετικά με τη μόλυνση από τον ιό διαφέρει ανάλογα με το εάν πρόκειται για ενήλικους ή σπουδαστές, με τους πρώτους να πιστεύουν ότι ο κίνδυνος είναι γενικά χαμηλός και τους σπουδαστές πιο επιφυλακτικούς.

Το 32,7% των ενηλίκων και το 27,7% των σπουδαστών έχουν ακούσει για τα φάρμακα κατά του AIDS. Θεωρούν επίσης ότι υπάρχει εμβόλιο (ενήλικες 15,8%, σπουδαστές 24,7%,  $p < 0,05$ ).

Οι σπουδαστές χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (58,8%) έναντι των ενηλίκων (48,8%) προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική επαφή με τα ποσοστά να κυμαίνονται σε ενήλικες 23,2% έναντι 24,8% των σπουδαστών για την πρακτική επαφή και 5,2% έναντι 1,8% για το στοματικό έρωτα.

Το 43,0% των ενηλίκων και το 44,3% των σπουδαστών αναφέρουν σπασμό του προ-



φυλακτικού επαφής. Το 14,8% των ενηλίκων και το 14,2% των σπουδαστών έκαναν τεστ AIDS μετά από μια επικίνδυνη σεξουαλική επαφή κατά βάση σε δημόσιο νοσοκομείο. Ενώ η πλειοψηφία αυτών (95,8%) πήραν και τα αποτελέσματα.

Το 21,3% των ενηλίκων και το 28,1% των σπουδαστών δεν έκαναν εξέταση για το AIDS λόγω άγχους ή γιατί πιστεύουν ότι δεν υπάρχει ανωνυμία και εμπιστευτικότητα (18,7% έναντι 6,3%). Περισσότεροι σπουδαστές (72,5%) σε σχέση με του ενήλικες (64,1%) δήλωσαν ότι έχουν διαβάσει σχετικό διαφημιστικό υλικό ενώ τόσο οι σπουδαστές όσο και οι ενήλικες χαρακτηρίζουν την πρόληψη του AIDS ανεπαρκή έως λίγο ικανοποιητική.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υψηλό ποσοστό αδιαφορίας για την ενημέρωση στο θέμα του AIDS παρατηρήσαμε τόσο από τους σπουδαστές όσο και από ενήλικους κατοίκους της πόλης των Πατρών με τους πρώτους ελαφρά ενημερωμένους σε σχέση με την δεύτερη ομάδα. Τα αποτελέσματα θεωρούμε ότι είναι ενδεικτικά της χαλάρωσης των εκστρατειών διαφώτισης.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

HELLENIC SOCIETY  
PREVENTIVE MED



**7<sup>ο</sup>**  
**Πανελλήνιο  
Συνέδριο  
Προληπτικής  
Ιατρικής**

**Αθήνα, 25-27 Ιανουαρίου 2007**  
**Ξενοδοχείο "Holiday Inn"**

**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ**

**Χορηγούνται 19 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης**

37

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ - ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΜΕΓΙΣΤΗΣ**

Μούκας Θ.<sup>1</sup>, Τσιακλής Δ.<sup>2</sup>, Φαρούς Σ.<sup>1</sup>, Καραϊκούρας Π.<sup>1</sup>, Παπαδημητρίου Κ.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου, <sup>2</sup>Γ.Π.Π. Μεγίστης

Σκοπός της εργασίας ήταν να καταδείξει την αξία του μαζικού προληπτικού ελέγχου σε τυπικά δείγματα του πληθυσμού του Καστελλορίζου και το ρόλο του Γενικού Ιατρού στην εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών.

**Υλικό - Μέθοδος:** Πραγματοποιήσαμε 200 αντηρητικούς εμβολιασμούς καθώς και μαζικό έλεγχο φυσιολογικών δειγμάτων Μοτιουκ στο χώρο του σχολείου τα τελευταία δύο χρόνια. Για ηλικιακά του μαζικού προληπτικού ελέγχου (screening) και σε συνεργασία με μη κυβερνητικές οργανώσεις ελέγχθηκαν 48 γυναίκες μέσης ηλικίας 52,5 ετών για Ca τραχήλου μήτρας με test Παπανικολάου και 73 άνδρες μέσης ηλικίας 54 ετών για Ca προστάτου με μέτρηση PSA τα τελευταία δύο χρόνια. Το 2005 μετά από χορήγηση ειδικού ερωτηματολογίου από την Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Αθηνών ο πληθυσμός ελέγχθηκε για ηπατίτιδα Β και C καθώς και για τη μη αλκοολική λιπαρή νόσο του ήπατος (NAFLD). Επίσης πραγματοποιήθηκαν αμύλες στο χώρο του σχολείου με θέματα: Διατροφικές συνήθειες, Εσκακάρωσης Διαβήτη, Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα, AIDS και Πρώτες Βοήθειες. Τέλος, κάθε Πέμπτη πραγματοποιείται προληπτικός εργαστηριακός έλεγχος στο μικροβιολογικό εργαστήριο του Γ.Π.Π. Μεγίστης.

**Αποτελέσματα:** Πέντε από τα 73 δείγματα μέτρησης PSA υπερέβησαν το όριο και οι ασθενείς παραπέμφθηκαν για ουρολογική εκτίμηση. Όλα τα test Παπανικολάου ήταν αρνητικά για κακοήθεια και όλες οι Μοτιουκ αρνητικές. Τα τελευταία δύο έτη 38 νέοι ασθενείς ετέθησαν σε υπολιπιδαιμική αγωγή και ανευρέθησαν 3 νέοι διαβητικοί ασθενείς και ετέθησαν σε υπογλυκαιμική αγωγή. Έγιναν 5 παραπομπές τα τελευταία δύο έτη στο Γ.Ν. Ρόδου για διερεύνηση αιματίδας.

Κανένας Βητικός για HbsAg ή anti-HCV, ενώ 23 άτομα (18%) είχαν βιοχημικές ενδείξεις NAFLD. Τα άτομα με NAFLD είχαν σημαντικά μεγαλύτερο BMI (27±4 έναντι 25±3, P=0.002), μεγαλύτερη ηλικία (43±15 έναντι 35±19, P=0.09) και ήταν σημαντικά συντομευμένοι μόνιμα κάτοικοι παρά στρατεύσιμοι (17/70 ή 24% έναντι 6/60 ή 10%, P=0.04). Η παχυσαρκιογενική ανάλυση έδειξε ότι η παρουσία NAFLD σχετιζόταν ανεξάρτητα με υψηλότερο BMI (P=0.002) και τη μόνιμη κατοικία (P=0.044).

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή προγραμμάτων μαζικού προαμνημονιακού ελέγχου στην Π.Φ.Υ. αποτελεί την κυριότερη αιτία πρόληψης. Ο αυτονόμος εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών καθώς και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων είναι έργο των Γενικών Ιατρών.

38

**ΠΟΣΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΙ ΕΙΝΑΙ ΕΠΗΛΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ ΤΟΥ Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΤΟΥ AIDS**

Δεσποπούλου Ι.<sup>1</sup>, Βασιλάκου Α.<sup>2</sup>, Γεωργιάδη Π.<sup>2</sup>, Ανδρικοπούλου Κ.<sup>1</sup>, Παπαθανασίου Χ.<sup>2</sup>, Μεσολύρα Φ.<sup>2</sup>, Γελαστοπούλου Ε.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή, Παιμιο Πατρών, <sup>2</sup>Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας ήταν η αξιολόγηση της γνώσης, της ενημέρωσης και της συμπεριφοράς ενηλίκων και σπουδαστών ΑΤΕ της πόλης των Πατρών σε θέματα του AIDS, δύο δεκαετίες μετά την έναρξη των πρώτων εκστρατειών διαφύλαξης.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η έρευνα διεξήχθη τη χρονική περίοδο από 1.3. έως 1.9.2006, όπου συμπληρώθηκαν σε προσωπική συνέντευξη 600 ανώνυμα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, 300 από ενήλικες και 300 από σπουδαστές Α.Τ.Ε.Ι. Οι ερωτήσεις διερευνούσαν τόσο το επίπεδο γνώσεων όσο και τη συμπεριφορά των εξεταζόμενων σχετικά με το AIDS. Η επεξεργασία έγινε με το SPSS v.12.0.

**Αποτελέσματα:** Εκ του συνόλου των μελετηθέντων το 67% ήταν σπουδαστές ηλικίας 18-25 ετών, ενώ το 33% ενήλικες άνω των 26 ετών. Περισσότερο ενημερωμένοι σε θέματα του AIDS δηλώνουν οι σπουδαστές (66%) απ' ό,τι οι ενήλικες (54%). Η πλειοψηφία τόσο των σπουδαστών (72%) όσο και των ενήλικων (69%) δεν επιθυμεί να ενημερωθεί ούτε για τους τρόπους μετάδοσης ούτε για τους τρόπους πρόφύλαξης από τον ιό του AIDS. Μόνο 34% των σπουδαστών και 26% των ενήλικων δηλώνουν ότι θα ήθελαν να ενημερωθούν για το test του AIDS.

Όσον αφορά το κίνδυνο μόλυνσης με τον ιό του AIDS το 34% των σπουδαστών και 51.5% των ενήλικων το θεωρούν γενικά χαμηλό. Για τα φάρμακα κατά του AIDS έχει ακούσει το 23% των σπουδαστών και 33% των ενήλικων, ενώ 25% των σπουδαστών και 16% των ενήλικων πιστεύουν ότι υπάρχει και εμβόλιο κατά του AIDS. Προφύλακτικό σε κάθε σεξουαλική επαφή χρησιμοποιεί το 59% των σπουδαστών και 49% των ενήλικων. Μόνο το 14,2% των σπουδαστών και το 14,8% των ενήλικων έκαναν test για AIDS μετά από μια επικίνδυνη σεξουαλική επαφή. Το 28% των σπουδαστών και το 21% των ενήλικων αναφέρουν ως λόγο μη εξέτασης για AIDS το άγχος, ενώ το 6,3% και 16,7% αντίστοιχα δηλώνει ότι δεν υπάρχει ανωνυμία και εμπιστευτικότητα. Η πλειοψηφία τόσο των σπουδαστών όσο και των ενήλικων, δηλώνουν, ότι η πρόληψη του AIDS είναι ανεπαρκής έως λίγο ικανοποιητική.

**Συμπέρασμα:** Υψηλό ποσοστό αδιαφορίας για την ενημέρωση σε θέματα του AIDS παρατηρείται τόσο στους σπουδαστές όσο και στους ενήλικες κατοίκους της Πατρών. Τα αποτελέσματα θεωρούνται ως ένδειξη για τη καλύτερη των εκστρατειών διαφύλαξης και επαρκέως απασπασάμενος κατάλληλων προγραμμάτων σωστής ενημέρωσης και πρόφύλαξης σχετικά με το AIDS.

39

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΦΟΠΗΤΡΩΝ: ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ελευθερίου Ε.<sup>1</sup>, Βλακιά Χ.<sup>2</sup>, Παναγιωτάκος Δ.<sup>1</sup>, Μανός Ι.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Τμήματος Επιστήμης Διατολογίας-Διατροφής, Χαροκόπιου Σχολής, Αθήνα, <sup>2</sup>Υποψήφια Διδάκτωρ, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, <sup>3</sup>Λέκτορας Σχολής Διατολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, <sup>4</sup>Επίκουρος Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ διαταραγμένης ή συμπεριφοράς, διατροφικής πρόσληψης καθώς και βιοχημικών και κλινικών δεκτών δείγμα Ελλήνων φοιτητών. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση της διατροφικής, του επιπέδου άγχους, διάφορων ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών, του λήκτου προφίλ και της οστικής πυκνότητας μεταξύ ατόμων που παρουσιάζουν διαταραγμένη συμπεριφορά και ατόμων με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στην έρευνα έλαβαν μέρος 108 γυναίκες 18-24 ετών, 34 με διατροφική συμπεριφορά και 74 με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά. Ο έλεγχος έγινε βάσει του ερωτηματολογίου EAT-26, όπου θεωρούνται ότι έχουν διαταραγμένη συμπεριφορά τα άτομα που συγκεντρώνουν βαθμολογία >20.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ετήσια ενέργεια (p=0.003), πρωτεΐνης ανά κιλό σωματικού βάρους (p=0.025 (p=0.004), κυρίως μονοακόρεστο (p=0.002), στον βαθμό άγχους (p<0.001), στα κής και LDL χοληστερόλης (p=0.033 και p=0.036 αντίστοιχα) καθώς και στην οστική πυκνότητα των σπονδύλων της οσφυϊκής χώρας (p=0.019).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, φαίνεται ότι οι γυναίκες διαταραγμένης συμπεριφοράς έχουν χαμηλότερη πρόσληψη ενέργειας, ηρεμίας, πρωτεΐνης και λίπους, κυρίως μονοακόρεστο, βιταμινών περιόδου κίνησης και LDL χοληστερόλης, καθώς και έχουν οστική πυκνότητα των σπονδύλων της οσφυϊκής χώρας σε σχέση με τις γυναίκες φυσιολογικής συμπεριφοράς.

40

**Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ Ν. ΠΕΛΛΑΣ**

Ζήη Β., Κιρατζή Ε., Αρχωνή Α., Στεφανίδου Κ., Προβατίνας Μ., Μεταξάς Α., Γαλιανούλου, Γεωργιάδης Γ.  
 Ακτινολογικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Εδεσσας

**Σκοπός:** Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί παλιού καινού καινού νόσο στους νέους 50 ετών. Τα τελευταία χρόνια έχουμε δραματική αύξηση του στις βιομηχανικές χώρες. Κάθε χρόνο περισσότεροι από 100.000 Ευρωπαίοι και 120.000 Αμερικανοί αναπτύσσουν τον προστάτη.

**Σκοπός:** Η έρευνα αυτή έχει σκοπό να διαπιστώσει κατά πόσο τα screening test ληφτικά ή απλά μετά από συγκεκριμένη συμπτωματολογία.

**Υλικό-Μέθοδος:** Για την έρευνα ρωτήθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα τόσο του πληθυσμού του νομού Πέλλας όσο και των εργαζομένων του Νοσοκομείου Εδεσσας χρονικό διάστημα 01/09/06 -31/10/06.

Τα tests που προτείνονται είναι:

1. Δακτυλική εξέταση κάθε χρόνο για άνδρες >50ετών
2. μέτρηση PSA ορού και freePSA/totalPSA όπως η (1) και αν οι παραπάνω εξέταση ενδείξεις κακοήθειας, τότε συστήνεται διαρθρωτικός υπερήχους και βιοψία.

**Αποτελέσματα:** Το δείγμα αποτελείται συνολικά από 120 άτομα

Screening tests	αριθμός	
	προληπτικά	Μετά από συμπτώματα
Καμία εξέταση	64	
σύνολο	120	

Ηλικία	Screening tests	Καμία εξέταση
<50	16 (29%)	19(30%)
51-60	15(27%)	15(23%)
61-70	17(30%)	20(31%)
>70	8(14%)	10(15%)
σύνολο	56(100%)	64(100%)

μόρφωση	Screening tests	Καμία εξέταση
αγράμματος	8(14%)	8(13%)
A'	17(30%)	34(53%)
B'	10(18%)	11(17%)
Γ'	21(38%)	11(17%)
σύνολο	56(100%)	64(100%)

**Συμπέρασμα:** Από τα αποτελέσματα που προκύπτουν, φαίνεται ότι λιγότεροι είναι ευαίσθητοι στο θέμα του προληπτικού ελέγχου και από αυτούς ποσοστό είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Αυτό αποδεικνύει πόσο απαραίτητη είναι κυρίως στις ομάδες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου αλλά και γενικότερα πληθυσμίου.

ΤΟ 70% ΤΩΝ ΠΑΤΡΙΝΩΝ ΔΕΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΑΥΤΟΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ ΑΤΕΙ

# Αδιαφορούν για το AIDS σπουδαστές και ενήλικοι!

**Τ**ο 33,9% των σπουδαστών της Πάτρας και το 51,1% των ενηλίκων της περιφέρειας θεωρούν πως δεν υπάρχει λόγος να φοβούνται τον κίνδυνο μόλυνσής τους από τον ιό του AIDS, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη από το ΑΤΕΙ Πατρών, γεγονός που καταδεικνύει αφενός το έλλειμμα έγκυρης ενημέρωσης και αφετέρου την αδιαφορία για το θέμα, κάτι που μαρτυρεί αδράνεια ως προς τη λήψη μέτρων πρόληψης.

Το ποσοστό των ανθρώπων που διασπνούνται από αυτή την αντίληψη είναι μεγάλο, πόσο μάλλον όταν τα στοιχεία δείχνουν αύξηση του αριθμού των ασθενών και στη περιοχή της Δυτικής Ελλάδας σε μεγάλο ποσοστό!

Δύο δεκαετίες μετά την έναρξη των πρώτων επιστημονικών διαπιστώσεων στο θέμα του AIDS, μας νόσση-απειλούν, οι νέοι της Πάτρας, καθώς και ολόκληρη την πόλη τους στην... ενημέρωση, αδιαφορούν για το θέμα και αυτό θα πρέπει να κληροδοτήσει όλους τους αρμόδιους φορείς! Αφοράς στη "Γ" ο υγιεινολόγος, μέλος του Εργαστηρίου Υγιεινής του Πανεπιστημίου Πατρών, Ιωάννης Δεσποτόπουλος επικολογικός το υψηλό ποσοστό αδιαφορίας που προκύπτει ο πού την έρευνα που ασπασήθηκε σε σπουδαστές και σε ενήλικους, γεγονός που μαρτυρεί την έλλειψη των εκπαιδευτικών προώθησης και ενημέρωσης!

Ο κ. Δεσποτόπουλος και η συνεργάστριά του Ε. Γαλακτοπούλου από το Εργαστήριο Υγιεινής του Πανεπιστημίου, σε συνεργασία με το μέλη του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Πατρών, τις Α. Βασιλαίου, Π. Γεωργιάδη, Κ. Ανδρικοπούλου και Φ. Μισολετάκη από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πατρών, πραγματοποίησαν έρευνα για τις γνώσεις και συμπεριφορές ενηλίκων και σπουδαστών ΑΤΕΙ της Πάτρας, σχετικά με το test του AIDS.

Η "Γ" παρουσιάζει σήμερα τα αποτελέσματα της έρευνας, με στόχο την ενημέρωση της κοινής γνώμης και την ανάληψη πρωτοβουλιών από τους φορείς, δεδομένου ότι το ποσοστό που είναι το φως της δημοσιότητας, κατά την Πεντάδαμα Ημέρα κατά του AIDS (1η Δεκεμβρίου) ήταν πρόχειρη αναλογιστικά και για την περιφέρειά μας, δεδομένου ότι τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των φορών αυξάνεται!



## Ι. ΔΕΣΠΟΤΟΠΟΥΛΟΣ: "ΦΡΑΥΛΟΜΕΤΗΣ ΒΟΜΒΑ ΣΤΗΝ ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑ"

Ο υγιεινολόγος, καθηγητής ΑΤΕΙ Πατρών και πρώην υπευθύνος του Κέντρου Ασθενών στην Περιφέρεια Ιωαννίνων Ιωάννης Δεσποτόπουλος κρούει τον κώδωνα του κινδύνου ότι κατά τη χρονική περίοδο 2003 - 2004 καταγράφησαν 18 - 20 κρούσματα όταν δύο χρόνια πριν ο αριθμός τους δεν ξεπερνούσε το 5.



"Έχει δηλωθεί ο αριθμός των ασθενών με τον ιό το τελευταίο χρόνο και αυτό είναι απευχαστικό. Αιθέρη προσαλεί το γεγονός ότι ο κίνδυνος αδιαφορεί για την πρόληψη, επίσης οριστικό σοβαρό στοιχείο. Στην γνώση μας το πρόβλημα του AIDS έχει λάβει σοβαρές διαστάσεις και πολύ φοβόμαι πως αποτελεί μια βροδοκαταχρήσιμη βλάβη", δηλώνει στην "Γ" ο κ. Δεσποτόπουλος, επικυμαίνοντας την αξία της πρόληψης.

Το τελευταίο στοιχείο θα πρέπει να αποβλέπουν πεδίο προβληματισμού. Η ολοκλήρωση της γνώσης, της ενημέρωσης και της συμπεριφοράς ενηλίκων και σπουδαστών του Ανωτάτου Τεχνολογικού Ιδρυάτου της Πάτρας στο θέμα του AIDS, δύο δεκαετίες μετά την έναρξη των πρώτων επιστημονικών διαπιστώσεων αποτελείται σημαντικό εργατηματολόγιο που κρίνεται να γίνει σύμφωνο με τις παλαι-

ότερες μελέτες. Η έρευνα διεξήχθη από την 1η Μαρτίου 2006 και ολοκληρώθηκε την 1η Σεπτεμβρίου 2006. Συμμετείχαν με τη διαδικασία της τηλεφωνικής συνέντευξης 600 άτομα εργατηματολόγιο ηλικίας τριτοκ, εκ των οποίων οι 300 ήταν ενήλικες και οι υπόλοιποι 300 σπουδαστές του ΑΤΕΙ Πατρών.

Οι συνήθειες διαφέρουν τόσο η επίδοση των γνώσεων γύρω από το test του AIDS όσο και τη συμπεριφορά των εξιστοζόμενων πληθυσμών σε αντίστοιχα θέματα και όσο οι απαντήσεις!

## ΑΡΝΗΣΗ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ Η ΠΡΟΪΝΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν είναι όλοια επιβεβαιωτικά. Παρατηρείται μια "έντονη" ενημέρωση τόσο των νέων όσο και των ενηλίκων, γεγονός που σύμφωνα με τον κ. Δεσποτόπουλος, οφείλει να προβληματίσει την πολιτεία.

"Η πληροφορία τόσο των σπουδαστών, σε ποσοστό 71,2%, όσο και των ενηλίκων, σε ποσοστό της τάξεως 60%, δεν επαίχεται να ενημερωθεί για τους τρόπους μετάδοσης του HIV και το 71,9% και το 69% αντίστοιχα, για τους τρόπους πρόφύλαξης. Επίσης, το 60,9% των νέων και το 62,6% των ενηλίκων να ενημερωθούν και για τη φαρμακευτική αγωγή.

Επίσης, περισσότεροι ενημερωμένοι εμφανίζονται οι σπουδαστές σε ποσοστό 65,8% έναντι των ενηλίκων σε ποσοστό 53,7%.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν σπουδαστές από 18-25 ετών (67%) ενώ οι ενήλικες ήταν από 26 έως 55 ετών (30,2%).

Επίσης, οι περισσότεροι σπουδαστές (72,5%) σε σχέση με τους ενήλικες (64,1%),

θέλωσαν ότι έχουν διαθέσει το σχετικά διασημωτό υλικό ενώ τόσο οι σπουδαστές όσο και οι ενήλικες χρησιμοποίησαν την πρόληψη του AIDS ανεπαρκώς και καθώς κοινωνικοποι-

## ΑΠΡΟΣΥΜΙΑ ΓΙΑ ΤΟ TEST ΚΑΙ ΑΓΝΩΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΟΥ AIDS

Μόνο το 34% των σπουδαστών και το 25,9% των ενηλίκων δηλώνουν πως θα θέλανε να ενημερωθούν σχετικά με την εξέταση για τη διαπίστωση εάν έχουν προσβληθεί ή όχι από τον ιό.

Αιθέρη προσαλεί και το γεγονός ότι μόνο το 22,7% των σπουδαστών και το 32,7% των εργατημωτών ενηλίκων έχουν απαντήσει για τα φάρμακα κατά του AIDS, ενώ το 24,7% των σπουδαστών και το 16,8% των ενηλίκων πιστεύουν ότι υπάρχει και αφέλιμο για την προστασία της νόσου. Αυτό προβλέπει την άγνοια και τη μη σωστή ενημέρωση γύρω από το θέμα, αλλά και την αδιαφορία για μήθημα παρά το γεγονός ότι είναι μπορεί να μεταδοθεί πολύ εύκολα. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος απόδοσης είναι η σεξουαλική επαφή, ενώ επίσης είναι ανεπαρκώς μεταδόσεις του φαρμακευτικού ως με τις μεταγγίσεις αίματος.

## ΑΓΝΩΣΙΑ ΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΜΟΛΥΝΣΗΣ

Απευχαστικό είναι το γεγονός ότι οι μισοί από τους ενήλικες θεωρούν τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό γενικά χαμηλό, ενώ οι σπουδαστές δείχνουν να είναι περισσότερο ενημερωμένοι, καθώς μόνο το 33,9% θεωρούν χαμηλό το ποσοστό με κίνδυνο μόλυνσης να μολυνθούν.

Αυτό μπορεί να εξηγείται από το γεγονός ότι η πληροφορία των ενηλίκων έχει σταθερή

επιπέδο σύντομο ενώ οι σπουδαστές ενηλίκων με μεγαλύτερη εκπαίδευση τους εργατημωτές αντισφύει.

## ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Η αδιαφορία των εργατημωτών, σπουδαστών σε ποσοστό της τάξεως του 56,6% και ενηλίκων σε ποσοστό 46,6%, χρησιμοποιεί προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική επαφή, ενώ μόνο το 24,8% των σπουδαστών και το 23,2% των ενηλίκων χρησιμοποιούν προφυλακτικό στον πρωκτικό έρωτα.

Επίσης, το 44,3% των σπουδαστών και το 43% των ενηλίκων, ενημερώνουν πως τους έχει σταθεί το προφυλακτικό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Μόνο το 14,2% των σπουδαστών και το 14,8% των ενηλίκων έχουν εξέταση για AIDS μετά από μια σεξουαλική επαφή και η συντριπτική πλειοψηφία αυτών, της τάξεως του 95,8%, πήρε το αποτέλεσμα.

## ΤΥΠΕΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΤΟ ΑΓΙΩΣ

### ΝΑ ΚΑΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ

Τι είναι αυτό όμως που αρνείται αρκετούς ενήλικες και νέους να φθάσουν στο σημείο να αποβλέψουν σε εξέταση μετά από μια σεξουαλική σεξουαλική επαφή;

Συμφωνά με την ενδιαφέροντα έρευνα, δύο είναι οι βασικότερες αιτίες που τους αποθαρρύνουν. Πρώτον, το άγχος, και δεύτερον, την πρόληψη της ανικανότητας και της αρετής της ερωτοεπιπολής.

Αναλυτικότερα, το 28,1% των σπουδαστών και το 21,3% των ενηλίκων δεν έχουν εξέταση λόγω άγχους ή το 6,2% των σπουδαστών και το 16,7% των ενηλίκων επειδή δεν υπάρχει συνεννόηση με εργατημωτικότητα.



Η Μαίρη Παπαγιαννίδη μολύνθηκε από τον ιό του AIDS το 1985. Τα συμπτώματα εμφανίστηκαν 10 χρόνια αργότερα. Είναι ήδη μία από τις μακροβιότερες περιπτώσεις στα παγκόσμια χρονικά. Ξεκινώντας από μια παρατήρηση, αποδύεται σ' έναν τεράστιο αγώνα για την ανακάλυψη της αλήθειας γύρω από την ασθένεια. Είναι πια το προσωπικό της στοίχημα. Υπέρ της θα «ποντάρει» ο Ζιλ, ένας υγιής άνδρας από τον Καναδά. Τη γνωρίζει ηλεκτρονικά, τη συναντά διά ζώσης και παντρεύονται. Θα ανέβουν τον ανήφορο πιασμένοι χέρι χέρι.

**Υ**πάρχουν αρκετές ιστορίες που θα προσέφεραν στη Μαίρη Παπαγιαννίδη τη θέση της πρωταγωνίστριας. Το ιατρικό ρεπορτάζ θα ακολουθούσε τα βήματά της στα πεδία των μαχών που δίνει, χρόνια τώρα, ενάντια στο AIDS. Ένας πολιτικός αναλυτής θα της ζητούσε στοιχεία από την έρευνα για τους μύθους και την πλάνη γύρω από την ασθένεια. Μία εκπομπή κοινωνικού περιεχομένου θα την καλούσε να μιλήσει για τα υγιή αντανακλαστικά που επέδειξε απέναντί της η φοβισμένη από το AIDS κοινωνία. Δεν θα διάλεγα τίποτα από τα πιο πάνω. Θα έπαιρνα μόνο κομμάτια για να στήσω το σκηνικό. Και εκεί θα παρουσίαζα μία από τις πιο ωραίες ζωτικές ιστορίες που έχετε ακούσει: του έρωτα της Μαίρης και του Ζιλ.

Η Μαίρη έχει AIDS. Ο Ζιλ είναι υγιής και ζούσε στον Καναδά. Τη γνώρισε στο ίντερνετ. Παράτησε τα πάντα, πήρε στην Ελλάδα και παντρεύτηκε τη Μαίρη. Ακούγεται μεγάλο, αλλά δεν είναι. Πρόκειται για κάτι εξαιρετικά άμωρο, τόσο τρυφερό που δεν μπορείς να διαχειριστείς την αμηχανία σου. Αλλά η Μαίρη μαζί με το χαμόγελο σου προσφέρει και αμηχανία. Δεν ξέρεις πώς να απαντήσεις, δημοσιογραφικά πια, στα επιχειρήματά της για τη κοινωνία του AIDS – θέλεις να γίνεις δικηγόρος του διαβόλου, αλλά εκείνη, με τα στοιχεία της, στραγγαλίζει κάθε σχετική προσπάθεια. Με κερνάει καρυδόπιτα και αμοιβάδες. «Πώς σου φαίνεται;» ρωτώ τον Γεράσιμο, το φωτογράφο μας. «Δεν ξέρω, θέλει ψέγισμο, ειλικρινά δεν ξέρω». Ούτε κι εγώ. Πάμε από την αρχή, αυτός ο έρωτας πέρασε αλλά η νανύχισε.

Στις 4 Δεκεμβρίου η Μαίρη Παπαγιαννίδη, δημοσιογράφος στο «Βήμα της Κυριακής», παρουσίασε το βιβλίο της με τίτλο «Πώς νίκησα το AIDS». Είαν τη μέρα που διάσχισε το διάδρομο της αωνιότητας και εμφανίστηκε μπροστά σε κάμερες και μικρόφωνα, κομίζοντας το λάφυρό της από τη μάχη κατά της ασθένειας. Είναι ένα βιβλίο στο οποίο καταγράφεται η εμπειρία της από τη λειτουργία του διαδικτυακού τόπου hionawa.gr και η δημοσιογραφική έρευνα που επιχειρεί να χειριστεί, κατά τη συγγραφέα, την αλήθεια από τα ψέματα. Μη σας παραπλανεί ο τίτλος, η Μαίρη δεν θεραπεύτηκε. Η νίκη της ανόητη στο AIDS συνδέεται, όπως υποστηρίζει, με την αποκάλυψη της αλήθειας. Και η αλήθεια, κατά τη Μαίρη, είναι διαφορετική από αυτήν που γνωρίζουμε οι υπόλοιποι.

Συνολικά υποστηρίζει ότι το AIDS επεν-

# Η ιστορία της «Μαρίας Κ.»

Η ζωή της δημοσιογράφου Μαίρης Παπαγιαννίδη με το AIDS

ΚΙΜΕΝΟ ΚΩΣΤΑΣ ΠΑΝΝΑΚΙΔΗΣ | Φ. ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΔΟΜΕΝΙΚΟΣ

δύθηκε με μία τεράστια επιχείρηση παραπληροφόρησης προς άφελος κυβερνήσεων και φαρμακευτικών εταιρειών. Και το κυριότερο: δεν υπάρχει ετεροφυλόφιλος οροθετικός, εκτός και αν είναι τοξικομανής. Αλλιώς, όπως και αν είναι τοξικομανής, από έναν ετεροφυλόφιλο, πρώην τοξικομανή. Και μετά ξεκίνησε η έρευνα. Της ασθενούς και της δημοσιογράφου.

**Στο πρόσωπο της Μαίρης φιλοξενείται** μία από τις μακροβιότερες περιπτώσεις AIDS στα παγκόσμια χρονικά. Μολύνθηκε το 1985. Τα συμπτώματα εμφανίστηκαν 10 χρόνια αργότερα. Μέχρι τότε συνέχιζε ομαλά και ανυποψίαστα την ερωτική της ζωή. Κανένας από τους πρώην συντρόφους της δεν μολύνθηκε. Το τελευταίο 10 χρόνια έχει περάσει απ' όλα τα γνωστά στάδια της ασθένειας και τις αντίστοιχες φαρμακευτικές αγωγές. Δέκα δύσκολα χρόνια. Αναιμία, πνευμονία, εγκεφαλοπάθεια, φυματίωση. «Τώρα πιστεύω ότι πρόκειται για παρενέργειες των φαρμάκων. Όταν άλλαζα τα φάρμακα, σταματούσαν και οι κρίσεις. Σήμερα παίρνω 4 χάπια τη μέρα, αλλά στις παρενέργειές τους περιλαμβάνεται και η καρδιακή ανακοπή...»

Την προκαλώ, μην επιτρέποντας στο χαμόγελό της να βρει το στόχο του. Γιατί δεν τα σταματάει; Πριν από λίγες μέρες είχα παρακολουθήσει ένα ντοκιμαντέρ, που μου έδωσε η ίδια, με ασθενείς που διέκοψαν τη θεραπεία τους. «Δεν τα σταματάω επειδή φοβάμαι. Μη νομίζεις ότι τα ξέρω κι όλα. Δεν έχω πια και αντοχές, αλλά θέλω να ζήσω όσο περισσότερο μπορώ για να βοηθήσω στην αποκάλυψη της απάτης».

**Η Μαίρη, λοιπόν,** ξεκίνησε να σκάβει στις ρίζες της υπόθεσης έπειτα από μία απλή παρατήρηση. Υστερα από χρόνια στα νοσοκομεία και στα κέντρα υποστήριξης ασθενών με AIDS, πρόσεξε ότι δεν είχε συναντήσει ούτε έναν ετεροφυλόφιλο άνδρα που δεν ήταν τοξικομανής. «Γνώριζα μόνο ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους. Άρχισα να ψάχνω. Ζήτησα από τους γιατρούς να μου γνωρίσουν κάποιον ετεροφυλόφιλο, έστω για τα στοιχειώδη, να κάνω πα-

**◆◆**  
**Η γνωριμία του Ζιλ και της Μαίρης έγινε μέσω του δικτύου. Παντρεύτηκαν στην Ελλάδα τον Απρίλιο. Έχουν μια φυσιολογική σχέση ανδρόγυνου. Ο Ζιλ ήταν και παραμένει υγιής. Για τη Μαίρη ο Ζιλ σημαίνει πολλά: «Είναι άγγελος. Με ποιον να τα μοιραστώ όλα αυτά; Ποιος να με καταλάβει; Όσοι ήταν συνοδοιπόροι στην αρρώστια έχουν πια πεθάνει».**  
**◆◆**

ρέα. Δεν κατάφερα να βρω κανέναν. Πήγα στα κέντρα υποστήριξης. Τίποτα και εκεί. Μη δίνεις σημασία στα στατιστικά, ελάχιστα παραδέχονται ότι είχαν ομοφυλόφιλη εμπειρία- εδώ ένα σημαντικό ποσοστό δεν έχει πει στην οικογένειά του πως είναι φορέας...»

Τον Ιούλιο του 2005 αγόρασε ένα ανδρικό περιοδικό, το «Esquire». Εκεί διάβασε πως «το AIDS δεν προτιμά τους straight άνδρες» και πως, τέλος πάντων, η επιδημία εναντίον των ετεροφυλόφιλων δεν εκδηλώθηκε ποτέ. Νωρίτερα είχε διαβάσει μία έρευνα στη «Wall Street Journal» που κατηγορούσε την αμερικανική κυβέρνηση για τεχνητή διόγκωση των στατιστικών στοιχείων. Πιάστηκε από δυο-τρεις λέξεις κλειδιά και βούτηξε στο ίντερνετ, ανακαλύπτοντας νηαίδες αμφισβήτησης σε έναν ωκεανό επίσημων στοιχείων.

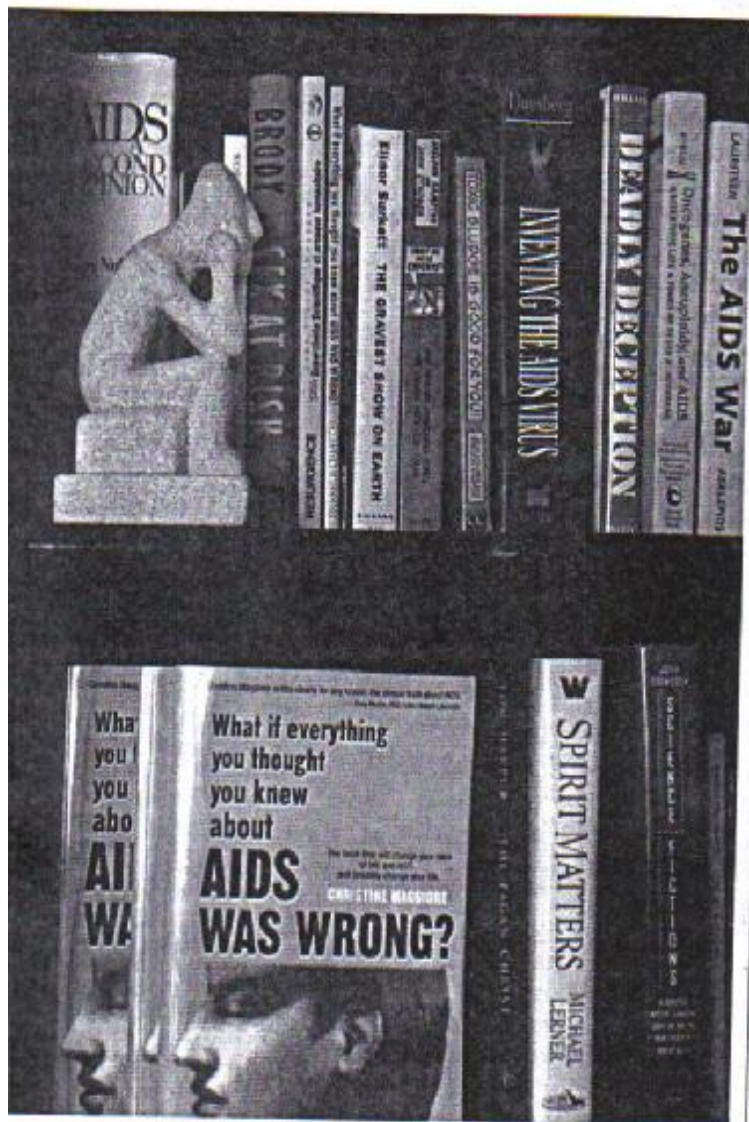
**Μου δείχνει μερικά** από αυτά που συγκέντρωσε: «Το AIDS δεν είναι καν στις 15 πρώτες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και όλοι αυτοί οι θάνατοι από την Αφρική με-

τατίθενται για το μέλλον ή, τέλος πάντων, στην Αφρική μπορείς να βαφτίσεις AIDS ό,τι θέλεις. Είναι μία βιομηχανία με τεράστιο τζίρο, μία ασθένεια που έχει δημιουργήσει δεκάδες χιλιάδες ερευνητικά κέντρα ανά τον κόσμο. Φαντάσου πως είναι η μοναδική περίπτωση στα παγκόσμια ιατρικά χρονικά που η ανακοίνωση έγινε από υπουργό (την υπουργό Υγείας των ΗΠΑ) και δεν προηγήθηκε δημοσίευση σε επιστημονικό έντυπο». Της λέω πως μου θυμίζει θεωρία συνωμοσίας για τα σκοτεινά σχέδια των Αμερικανών να καθυποτάξουν τις ατομικές ελευθερίες. Μου απαντά με κλισέ, αλλά και με στοιχείο – ως δημοσιογράφος ξέρει να τα ξεχωρίζει. Και, κυρίως, μου επιδεικνύει τα αποτελέσματα του πειράματος που πραγματοποίησε.

**Τον Ιανουάριο του 2006** δημιούργησε το [hivwave.gr](http://hivwave.gr), το οποίο και υπέγραψε ως «Μαρία Κ.». Το περιεχόμενο της ιστοσελίδας μεταφράστηκε στα αγγλικά και συνδέθηκε με άλλες σελίδες του εξωτερικού. Η Μαίρη ζητούσε, πιεστικά και με σαφήνεια, να επικοινωνήσει μαζί της έστω ένας άνδρας ετεροφυλόφιλος που να είχε βρεθεί οροθετικός, Σιωπή. Πέρασαν 120.000 επισκέπτες και ούτε ένας ετεροφυλόφιλος οροθετικός. Η Μαίρη συνέχιζε να ανακαλύπτει γυναίκες, ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους. «Να ξέρεις ότι οι γυναίκες έχουν μολυνθεί είτε από τοξικομανείς είτε από αμφιφυλόφιλους» λέει και δείχνει τη χαμηλή έως ανύπαρκτη διείσδυση του ιού στις πόρνες. «Μα επειδή στις πόρνες καταφεύγουν άνδρες αυστηρά ετεροφυλόφιλοι». Και επειδή οι ίδιες είναι προσεκτικές και συνεπείς στο ασφαλές σεξ, συμπληρώνω εγώ. Μετά η Μαίρη δείχνει τον εαυτό της, θυμίζει πως δεν μόλυσε κανέναν από τους ερωτικούς συντρόφους της και βγάζει από το μανίκι κλινικές μελέτες που συμφωνούν μαζί της. Η αμφισβήτηση δεν γίνεται χωρίς στοιχεία και πλέον αρχίζει και διατυπώνεται συγχροτημένα.

Σπεύδω στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://aras.ab.ca/rethinkers.htm>. Εκεί διαπιστώνω ότι σχεδόν 2.500 επιστήμονες, αρκετοί με πολύ σοβαρούς τίτλους, από όλον τον κόσμο δηλώνουν ότι πρέπει να το ξανασκεφτούμε. Υποστηρίζουν όσα





5 βιβλία στη βιβλιοθήκη της Μαίρης Παπαγιαννίδη έχουν ως θέμα τους μύθους γύρω από το AIDS, που -βάσει των λεγομένων της- υπηρετούν το όφελος των φαρμακοβιομηχανιών.

Μαίρη για τους ετεροφυλόφιλους, αμφισβητούν τη σύνδεση του HIV/AIDS όπως και τα διαγνωστικά τεστ, ρίπτουν τα στοιχεία για την Αφρική ταινίσονται πολλά για το ρόλο των ακευτικών εταιρειών.

τερα παρακολουθώ το βραβευμένο κινηματογράφο «Η άλλη πλευρά του AIDS», ποίο κορυφαίο επιστήμονες αμφισβητούν και θέτουν ερωτήματα. Συμπερασματικά από αυτούς είναι «πρώην» κάποιων σημαντικών θέσεων στην έρευνα, χάσαν τη θέση τους; Η Μαίρη φι-

♦♦  
**Τον Ιανουάριο του 2006 δημιούργησε την ιστοσελίδα [hivwave.gr](http://hivwave.gr) μέσα απ' την οποία διεξάγει την έρευνά της. Ζητεί να επικοινωνήσει μαζί της έστω και ένας άνδρα ετεροφυλόφιλος οροθετικός. Υστερα από 120.000 «επισκέψεις», το αποτέλεσμα είναι μηδενικό!**



θυρίζει πως ηττήθηκαν επειδή συγκρούστηκαν με το σύστημα, με τη βιομηχανία του AIDS, «που καταστέλλει κάθε διαφορετική άποψη, όπως τα τανκς». Κάποιος άλλος θα μπορούσε να πει πως κρίθηκαν απλώς ακατάλληλοι ή επικίνδυνοι. Εξαρτάται από ποια πλευρά παρατηρείς τα πράγματα. Όσο το θέμα δεν σε αγγίζει, δεν έχει λόγους να ψάχνεις. Προσέχεις για να έχεις. Η Μαίρη έψαξε. Και εκτός από στοιχεία, βρήκε και τον έρωτα.

Η Μαίρη μπήκε πρώτη στη ζωή του Ζιλ, αλλά ο Καναδός ήταν αυτός που έκανε το πρώτο βήμα. Στις αναζητήσεις της στο δίκτυο, η Μαίρη βρέθηκε σε μία σελίδα υπό τη διεύθυνση [peaceandlove.ca](http://peaceandlove.ca). Από εκεί ο Ζιλ κατήγγειλε τα ψεύδη για το AIDS και την 11η Σεπτεμβρίου. Ο ίδιος ακολούθησε τα ηλεκτρονικά ίχνη και βρέθηκε στη σελίδα της επισκέπτριάς του. Της έστειλε το πρώτο e-mail. Και ξεκίνησαν. Λίγους μήνες αργότερα ήρθε στην Ελλάδα για να τη γνωρίσει. Επέστρεψαν μαζί στον Καναδά για να μαζέψουν τα πράγματά του. Παντρεύτηκαν τον Απρίλιο. Έχουν μία φυσιολογική σχέση ανδρόγυνου. Ο Ζιλ ήταν και παραμένει υγιής. Δεν θέλει να μιλήσει επισήμως, δέχεται μόνο να φωτογραφηθεί για χάρη της Μαίρης.

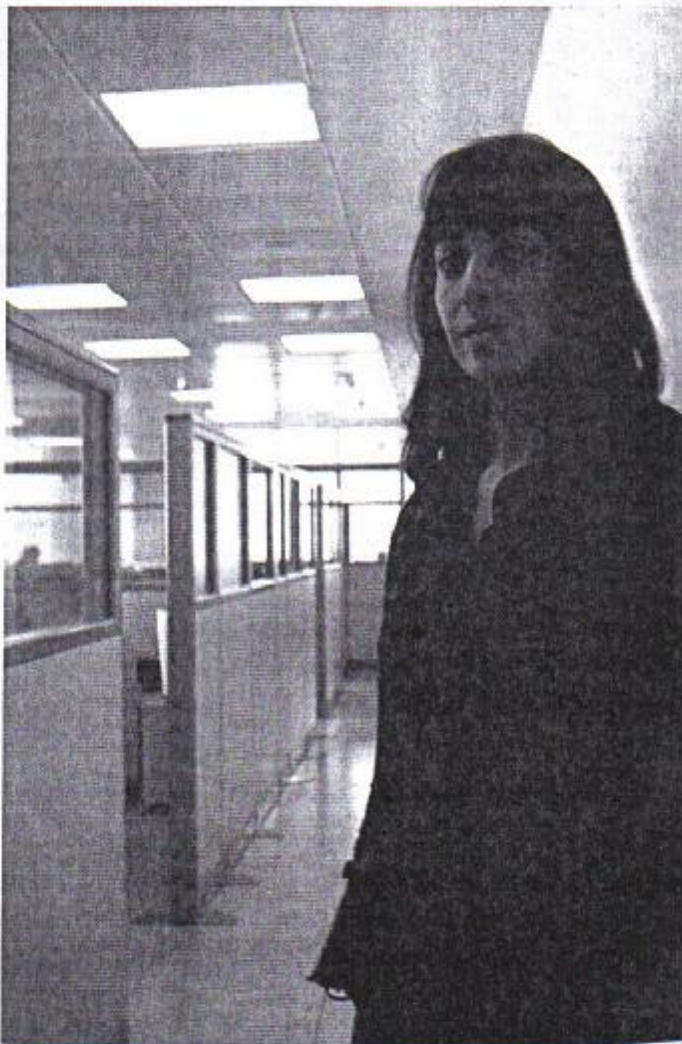
**Είναι μία ιστορία** που, αν δεν τη ζήσεις από κοντά, δεν μπορείς να την πιστέψεις. Πώς παρατάς μια οργανωμένη ζωή για να ακολουθήσεις έναν έρωτα, με φτερά μαρμαρένα από την ασθένεια, στην άλλη άκρη του κόσμου; Φοβάμαι να κάνω την ίδια ερώτηση στον εαυτό μου και ο Ζιλ δεν έχει διάθεση να το συζητήσει. Η Μαίρη δεν είχε τίποτα να χάσει, αλλά δεν μπορώ να καταλάβω τι έχει ο Ζιλ να κερδίσει. Τη ρωτώ τι είδους άνθρωπος είναι ο σύζυγός της. «Μα δεν είναι άνθρωπος. Είναι άγγελος. Με ποιον να τα μοιραστώ όλα αυτά; Ποιος να με καταλάβει; Όσοι ήταν συνοδοιπόροι στην αρρώστια έχουν πια πεθάνει...»

Ο Ζιλ ξεκίνησε τον ακτιβισμό κατά της παραπληροφόρησης όταν έμαθε για την προληπτική χορήγηση φαρμάκων σε παιδιά που ήρθαν στον κόσμο από οροθετικές μητέρες. Είναι ένας ακόμα κινητός σωματισμός. Ως απάντηση, με παραπέμπουν σε ένα δημοσίευμα του ΕΠΙΛΟΝ, στη συνέντευξη ενός αμερικανού ακαδημαϊκού στον Γιάννη Μπαγιόπουλο: «Η κυβερνητι-

κή άποψη για την 11η Σεπτεμβρίου καταρρίπτει τους νόμους της φυσικής και της μηχανικής και δεν είναι δυνατόν να είναι αληθινή». Ακριβώς τα ίδια λέει και ο Ζιλ... Σκοπεύει να δουλέψει μαζί με τη Μαίρη στη συγκέντρωση στοιχείων, να εκδώσουν βιβλία, να φωνάξουν προς τον κόσμο. Και όσο πάει... «Για όσο μας αφήσουν» λέει η Μαίρη και με ακολουθεί στο αυτοκίνητο. Πηγαίνουμε στο γραφείο της, στο «Βήμα της Κυριακής».

Την προηγούμενη ημέρα επρόκειτο να τη συνοδεύσω στο Πάντειο, όπου θα αποτελούσε το αντικείμενο μαθήματος και

◆◆  
**Η διάλεξη που επρόκειτο να δώσει η Μαίρη στο Πάντειο ματαιώθηκε την τελευταία στιγμή. Το ίδιο και το ραντεβού της με δύο γνωστά περιοδικά που της είχαν ζητήσει συνέντευξη. Στην παρουσίαση του βιβλίου της απουσίαζε ο ιατρικός κόσμος, ακόμα και οι γιατροί της. Η ίδια τα αποδίδει σε σκοπιμότητες-συμφέροντα της βιομηχανίας του AIDS.**  
 ◆◆



συζήτησης με τους φοιτητές. Την τελευταία στιγμή ειδοποιήθηκε πως το μάθημα δεν θα γίνει ποτέ. Το περίμενε και η ίδια. Το περιοδικό «Esquire», που της είχε χορηγήσει και κίνητρο για την έρευνα, επικοινωνήσε μαζί της για να δώσουν συνέντευξη σ' εκείνο το πρώτο δημοσίευμα για το AIDS που δεν προσιμά τους ετεροφυλόφιλους. Η Μαίρη προετοιμάστηκε, αλλά το περιοδικό άλλαξε γνώμη. Ένα άλλο περιοδικό, το «Down Town», της ζήτησε συνέντευξη. Και εκεί το ξανασκέφτηκαν... Στην παρουσίαση του βιβλίου της δεν εμφανίστηκε κανένας εκπρόσωπος του ιατρικού κόσμου, ούτε καν οι γιατροί της, με τους οποίους διατηρεί εξαιρετική σχέση. Τη ρωτώ πώς σχολιάζουν οι γιατροί τα αποτελέσματα της έρευνάς της. Δεν τα σχολιάζουν. Μέσα στο αυτοκίνητο καταφέρνει να φυτεύει στη σιωπή ευκαιρίες για συζήτηση. «Δεν έχεις άλλο σκοπό στη ζωή σου, έτσι δεν είναι; Έχεις αφοσιωθεί πια σ' αυτό» της λέω. «Λάθος, αυτό αφοσιώθηκε σ' εμένα».

Στο κτίριο του ΔΟΛ, με την αυστηρή «πόρτα», όλα είναι εύκολα για τη Μαίρη και τους καλεσμένους της. Προνομιακή εξυπηρέτηση και γλυκά χαμόγελα. Η ίδια δεν βίωσε τον κοινωνικό αποκλεισμό του AIDS επειδή έτυχε να βρίσκεται στον κατάλληλο κύκλο ανθρώπων. Για τους περισσότερους ασθενείς τα πράγματα είναι χειρότερα, ένα σημαντικό ποσοστό δεν τολμά να πει την αλήθεια σε οικογενειακό και επαγγελματικό περιβάλλον. Στο «βήμα», όμως, η Μαίρη είναι απλώς ακόμα μία συντάκτρια. Κάθεται στον υπολογιστή και ελέγχει τα στατιστικά της ιστοσελίδας της. Άλλη μια μέρα σιωπής, κανένας ετεροφυλόφιλος οροθετικός άνδρας δεν είχε να της πει κάτι.

Δίπλα της εργάζεται η συνάδελφος Λώρη Κέζα. Ζητώ την άποψή της για όσα υποστηρίζει η Μαίρη. «Δεν ξέρω, τι να σου πω. Θα ήθελα να τα ακούσω πρώτα και από ειδικούς επιστήμονες». Η Μαίρη δεν το άφησε να πέσει κάτω. Μου θυμίζει τη διάγκωση της αμφισβήτησης και θριαμβευτικό επιδεικνύει τα λάφυρά της. «Εγώ νίκησα το AIDS, νίκησα την ιδέα, και κάποτε θα αποκαλυφθεί η απάτη. Μπορεί αύριο να πεθάνω, αλλά θα έχω νικήσει, έτσι δεν είναι; Έτσι ακριβώς. ■

Σοβαρή η απειλή από το AIDS

# Το προφυλακτικό σώζει

## Αύξηση των κρουσμάτων σε ποσοστό 25%!

**Η** χρήση προφυλακτικού από την αρχή της σεξουαλικής πράξης είναι ο πιο σίγουρος τρόπος για να μειώσεις τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό του AIDS ακόμα στο ματικό έρωτα. Αυτό επιστημονικά έχει αποδειχθεί σε εκδηλώσεις που διοργάνωσε το Τμήμα Λοιμώξεων της Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Πατρών σε συνεργασία με τον ΟΝΑΠ και το Σύλλογο "Υπόσχεση".

Όπως επισήμαναν οι ομιλητές τα τρία βασικά σημεία για την καταπολέμηση του ιού είναι η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή θεραπευτική αγωγή.

Η έγκαιρη διάγνωση του ιού είναι σημαντική σύμφωνα με τους ομιλητές τόσο από πλευράς ελάττωσης της μετάδοσης από οροθετικά άτομα όσο και από πλευρά της καλύτερης παρακολούθησης και αποτελεσματικής θεραπείας.

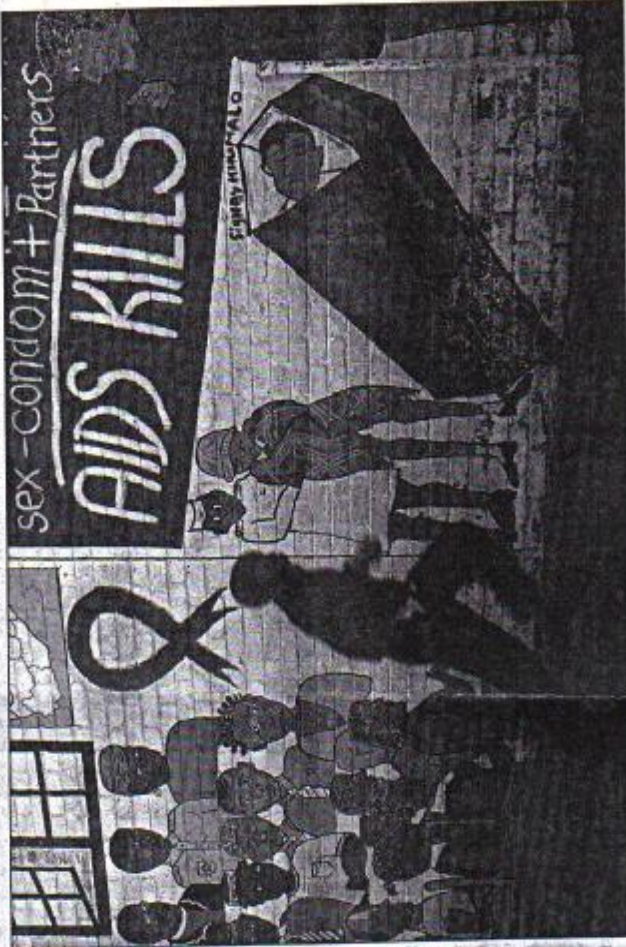
Πρέπει να πιστευτούν όλοι ότι ο εργαστηριακός έλεγχος μόλυνσης μέσω της απλής μεθόδου ELISA που διενεργείται σε όλα τα Νοσοκομεία της χώρας, είναι αναγκαίος όχι μόνο για τα άτομα υψηλού κινδύνου, αλλά

πρακτικά για όλο τον σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό. Σημαντικό σημείο αιχμής αποτελεί και ο έλεγχος των εγκύων γυναικών, επισήμαναν οι ομιλητές.

Ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο που κατατέθηκε στην εκδήλωση είναι η αύξηση του ποσοστού των νέων κρουσμάτων, που όπως επιστημονικά φάνηκε το 25% ενώ ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι πολλοί από τους φορείς δεν γνωρίζουν ότι φέρουν τον ιό και αυτό εγνοούν κινδύνους για τη μετάδοσή του AIDS.

Τα στοιχεία αυτά όπως επισήμαναν οι καθηγητές Μπασιόρης και Γιώργος δεν αφήνουν περιθώρια εφησυχασμού και μάλλον στα όταν τα δεδομένα που αφορούν τον αριθμό των κρουσμάτων δεν αφορούν στα πραγματικά στοιχεία: καθώς όλοι οι φορείς δεν είναι καταγεγραμμένοι. Η συνεχώς αυξανόμενη μετακίνηση πληθυσμών από χώρες αυξημένου επιπολασμού στην Ελλάδα είναι ένας από τους επιβαρυντικούς παράγοντες.

Η πιθανότητα να μεταδοθεί ο ιός από ένα οροθετικό άτομο σε ένα οροαρνητικό βασίζεται



στον τύπο της επαφής που εμπλέκεται κάποιος. Ο ιός του AIDS μεταδίδεται ευκολότερα, σύμφωνα με τα επιστημονικά στοιχεία μέσω του πραγματικού έρωτα χωρίς προφυλάξεις, του κολλητικού έρωτα χωρίς προφυλακτικό, της κοινής χρήσης συ-

ρίγγων και από τη μητέρα στο βρέφος. Αυτός είναι και ο λόγος που επιβάλλεται σύμφωνα με τους επιστήμονες ο έλεγχος των εγκύων γυναικών.

Σε ό,τι αφορά τη θεραπευτική εξέλιξη της ασθένειας, τονίσθηκε ότι έχουν γίνει αλματώ-

δη βήματα από το 1996 μέχρι σήμερα μετατρέποντας ένα θανατηφόρο ιό σε μία χρόνια νόσο, με όλα βέβαια τα προβλήματα της χρονιότητας, των παρενέργειών από την αγωγή ωστόσο μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ένδειξη για οριστική ίαση.



# “Τροφοδότης” του AIDS είναι η άγνοια

## Επιστημονική εκδήλωση, με θέμα: «Η/Ν Λοιμωξη Παρόν και μέλλον», πραγματοποιήθηκε χθες στο Συνεδριακό Κέντρο του Πανεπιστημίου



Ο κ. Tsouros είναι η χρήση προφυλακτικού είναι ο πιο σίγουρος τρόπος για να μειωθεί ο κίνδυνος μόλυνσης από AIDS, ακόμα και στην περίπτωση αιμοσυγκριής έρωτας

9 «πρώτιμιο νοσήματος» χαρακτηρίσει το AIDS ο κ. Χαράλαμπος Tsouros, καθηγητής Παθολογίας, στη συνελεύση Τμήνου που παραχώρησε στους δημοσιογράφους, με αφορμή την επιστημονική εκδήλωση με θέμα: «Η/Ν Λοιμωξη: Παρόν και μέλλον», που πραγματοποιήθηκε χθες, στο Συνεδριακό και Πολιτιστικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Πατρών.

Σκοπός της επιστημονικής εκδήλωσης ήταν η ενημέρωση του κοινού από το Τμήμα Λοιμωξεων της Παθολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών, υπό την αιγίδα του Ιατρικού Σώλλου Πατρών και της Ελληνικής Επιτείας Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS.

Ο χαρακτηριστικός «πρώτιμιο νοσήματος» έγκειται στο γεγονός ότι το AIDS είναι ένα νόσημα στο οποίο μπορεί κάποιος να συναντήσει τις παθολογικές και τις κλινικές εκδηλώσεις των νοσημάτων που υποκρύπτει σήμερα στην τακτικά επισήμη, ενώ παράλληλα για το συγκεκριμένο νόσημα τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές έρευνες, κλινικές μελέτες και βιβλία έχουν διατυπωθεί πολλά κείμενα.

Όσοι, ο κ. Χ. Tsouros επισήμανε ότι οι επενδύσεις για τη διερεύνηση της παθολογίας του συνδρόμου και κυρίως για την αντιμετώπιση του, δημιουργήσαν την αίσθηση στον κόσμο ότι είναι μια ασθένεια που

θεραπεύεται, κάτι το οποίο δεν ισχύει, παρά το γεγονός ότι οι έρευνες έχουν αποδώσει και πλέον ο ασθενής δεν πεθαίνει από το AIDS, αλλά από χρόνιες νοσούντες όπως π.χ είναι ο διαβήτης, η υπέρταση κλπ.

Δεδομένου ότι η πρόληψη και η ενημέρωση είναι το καλύτερο φάρμακο για τη νόσο, ο κ. Tsouros τόνισε ότι η χρήση προφυλακτικού είναι ο πιο σίγουρος τρόπος για να μειωθεί ο κίνδυνος μόλυνσης από AIDS, ακόμα και στην περίπτωση αιμοσυγκριής έρωτας.

«Πρέπει να περπατούν όλοι ότι ο εργασιματικός έλεγχος της μόλυνσης μέσω της αιμάτης μεθόδου ELISA, που διερευνείται σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας, είναι αναγκαίος για όλων των σεξουαλικώς ενεργό πληθυσμό, επισήμανε πολλές φορές ο ομιλητής, σημειώνοντας ότι συνεκεία ότι οι δηλώσεις των κρουσμάτων είναι ανώμαλες.

Αναφέροντας σε ερώτηση δημοσιογράφων για στοιχεία που αφορούν στην αίσθηση κρουσμάτων στην περιοχή μας, ο κ. Tsouros δήλωσε ότι δυστυχώς η όποια εκτίμηση έχουμε είναι φειδωλή, καθώς ο καθένας μπορεί να επικρατήσει κάποιο νοσοκομείο των Αθηνών και, με δεδομένο ότι οι έρευνες γίνονται με εκπτώσεις και η νόσος είναι θέλα - ταμπό για την εποχή μας, η επιδημιολογική διερεύνηση είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Έτσι, ένας λόγος της αύξησης των κρουσμάτων στην περιοχή μας

είναι η παρουσία των λαθρομεταναστών που αποτελούν «κινούμενη βόμβα», εξαιτίας των συνθηκών κακής υγιεινής που βιώνουν, ζώντας ανεξέλεγκτοι, χωρίς χαρτί, και καθώς δεν νομιμοποιούνται δεν έχουν εύκολα δυνατότητα πρόβλεψης, ώστε να ελεγχθούν, στα νοσοκομεία, και αν χρειαστεί να λάβουν συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή.

### ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

Στο μεταξύ, ο Οργανισμός Νοσημάτων και Αθλήσεων του Δήμου Πατρέων, το Τμήμα Λοιμωξεων της Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Πατρών και ο Σώλλογος «Υπόσχεση», πραγματοποιήσαν χθες, στο Συνεδριακό Κέντρο του Πανεπιστημίου Πατρών, επιστημονική εκδήλωση, με θέμα «Όλα όσα θέλετε να πάθετε για το AIDS και ντρέπεστε να πείτε ποιος».

«Καθώς πλέον έχει αποκρυσταλλωθεί η άποψη μας το AIDS είναι μια νόσος που δεν αφορά τους λίγους, δηλαδή κάποιες μειοψηφίες, οι οποίες με κάποια "παράνοση" για την αποκαλιότητα συμπεριφορά τους, αλλά αφορά την πλειοψηφία, δηλαδή όλους μας, έχει ιδιαίτερη σημασία να χρησιμοποιήσουμε τα όπλα που διαθέτουμε για την αντιμετώπιση του κοί: την πρόληψη και την ενημέρωση», επισήμαναν οι ομιλητές.

ΧΑΡΑ ΧΑΜΑΚΟΥ

# Αναγκαία η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση

*Τα παιδιά που δεν γνωρίζουν τις προϋποθέσεις για μια υγιή και ασφαλή ερωτική ζωή εκτίθενται σε τραυματικές εμπειρίες*



Στιγμιότυπο από τη κθεσινή παρουσίαση της ημερίδας στους εκπροσώπους των Μ.Μ.Ε.

**Μ**ε δεδομένο ότι τα παιδιά που είναι ενημερωμένα μέσα από τη σεξουαλική αγωγή και υγεία είναι παιδιά προστατευμένα, η Αγωγή Υγείας της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Νομού Αχαΐας, με τη συνεργασία και τη σύριξη της Αντιδημαρχίας Παιδείας του Δήμου Πατρέων, διοργανώνει ημερίδα την Τετάρτη 20 Δεκεμβρίου, στο Μέγαρο Λόγου και Τέχνης.

Το θέμα της Ημερίδας είναι «Από το σχολείο του σήμερα στο σχολείο προαγωγής της Υγείας - Ανιχνεύουμε δυνατότητες, αξιοποιούμε ευκαιρίες».

Σε συνέντευξη Τύπου που παραχώρησαν χτες το πρωί οι εισηγητές της ημερίδας, τόνισαν ότι η ενίσχυση του παιδαγωγικού ρόλου του σχολείου μπορεί να γίνει με την αξιοποίηση και διεύρυνση των θεσμών που ήδη προβλέπονται, καθώς επίσης και με την τροποποίηση του υπάρχοντος πλαισίου, ώστε να προσεγγίσουν όλο το μαθητικό πληθυσμό.

Τη σημαντικότητα της σεξουαλικότητας στα παιδιά, καθώς διαπιστώνει την προσωπικότητά τους και πολλές αντιδράσεις εξαρτώνται από αυτήν, τόνισαν οι ομιλητές της ημερίδας κυρία Κατερίνα Σώκου από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, κ. Βασίλης Πασσάς - επιστημονικός υπεύθυνος του Κέντρου Πρόληψης Εξαρτησιολογικών Ουσιών και της Κίνησης «Πρόταση»,

κυρία Καλλιόπη Τσεμπέρη - στέλεχος της Ελληνικής Εταιρείας Εφηβικής Γυναικολογίας και Οικογενειακού Προγραμματισμού, κυρία Κλειώ Βάρου - υπεύθυνη της Αγωγής Υγείας της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Ν. Αχαΐας, και κ. Ανδρέας Κυριακόπουλος, δ/της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ο οποίος θα συντονίζει την ημερίδα.

Η κυρία Καλλιόπη Τσεμπέρη επισήμανε ότι το πρόγραμμα «Αγωγή της Υγείας» είναι ένα πρόγραμμα που έχει πολύ δυνατούς στόχους, τη στιγμή που οι γνώσεις των παιδιών προέρχονται από πηγές παραπληροφόρησης, καθώς ακόμα και οι ίδιοι οι γονείς τους είναι αυτοδίδακτοι.

«Η ανάγκη της ενημέρωσης είναι επιτακτική καθώς οι σεξουαλικές σχέσεις πλέον διαδραματίζονται σε μια εποχή που έχουμε τεράστιες βιολογικές, κοινωνικές, ιατρικές και πολιτισμικές αλλαγές», τόνισε η κυρία Τσεμπέρη.

Τα προγράμματα «Αγωγής της Υγείας» αποτελούν κύτταρα ενημέρωσης και για τα παιδιά που πρέπει να μάθουν έγκαιρα και έγκυρα για την πρόληψη των πρόωγων σεξουαλικών σχέσεων, να μάθουν πώς να διαχειρίζονται και να προστατεύουν τη γονιμότητά τους, ποιο συναισθηματικό κλίμα θα πρέπει να διέπει τις σεξουαλικές σχέσεις των εφήβων και ποιες είναι οι απαραίτητες προϋποθέσεις ώστε να έχουν ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις, προκειμένου ν' αποφύγουν τα

σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

«Το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης έχει θεσμοθετηθεί για τα σχολεία της χώρας μας», τόνισε η κυρία Κλειώ Βάρου, προσθέτοντας στη συνέχεια:

«Θα πρέπει να εκπαιδευτούν οι καθηγητές όλων των βαθμίδων, ώστε να μπορέσουν να διδάξουν, καθώς έχουν αναλάβει το ρόλο του κοινωνικού γονέα. Στόχος της σεξουαλικής αγωγής είναι να καταρρίψουμε προκαταλήψεις και ταμπού», κατέληξε.

Λόγο για το ρόλο των ΜΜΕ έκανε η κυρία Τσεμπέρη, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης Τύπου, επισημαινόντας ότι σε πολλές περιπτώσεις έχει θυμώσει με τα Μέσα, φέρνοντας ως παράδειγμα τον τρόπο που χειρίστηκαν τα τηλεοπτικά κανάλια και οι εφημερίδες τα πρόσφατα γεγονότα που διαδραματίστηκαν σε σχολεία, λέγοντας ότι όλοι κατηγορήσαν τους μαθητές και τα σχολεία με μεγάλη ευκολία, χωρίς ν' αναλογιστούν τα ΜΜΕ και οι γονείς τις ευθύνες που φέρουν απέναντι στα παιδιά.

Τέλος, κάλεσε τους γονείς, τους καθηγητές και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης να συνεργαστούν, έχοντας ως κοινό στόχο ν' αποκτήσουν τα παιδιά μια ρεαλιστική γνώση γύρω από τα θέματα της σεξουαλικής αγωγής.

ΧΑΡΑ ΧΑΜΑΚΟΥ



## Άγνοια των νέων γύρω από το σεξ

Άγνοια, η οποία ενισχύεται από την παραλήρηση γύρω από το σεξ, με αποτέλεσμα οι μωθίες να μη διαθέτουν εκείνα τα "όπλα" που είναι αναγκαία για την προστασία των δικαιωμάτων τους, εστιάζουν οι εκπαιδευτικοί, στο πλαίσιο υλοποίησης προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Πρόκειται για μία από τις σημαντικές διαπιστώσεις που έκανε στη διάρκεια συνέλευσης Τόπου η Κωλύση Τετμητή, στέλεχος της Ελληνικής Εταιρείας Εφηβικής Γυναικολογίας και Οικογενειακού Προγραμματισμού του Πανεπιστημίου Αθηνών, με αφορμή ημερίδα που θα διεξαχθεί αύριο στην Πάτρα (18.00 στο Μέγαρο Λόγυ και Τένις) και διοργανώνεται από το Γρα-

φείο Αγωγής Υγείας της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Υπογραμμίζοντας την ανάγκη έγκαιρης πληροφόρησης, αναφέρθηκε στο ζήτημα της προάσπισης των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων και της πρόληψης των πρόωγων σεξουαλικών σχέσεων. Στη σημασία της πληροφόρησης και κατά συνέπεια αυτού του είδους ενημερωτικών εκδηλώσεων αναφέρθηκαν ο προϊστάμενος της Διεύθυνσης Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Ν. Αχαΐας Ανδρέας Κυριακόπουλος (θα είναι συντονιστής) και ο Βοσφιάνος Πασαός, επίσημος υπεύθυνος της Κίνησης "Γνώσιον". (Φωτογραφικό στιγμιότυπο από τη χθεσινή συνέλευση Τόπου).

**ΦΩΝΗΤΕΡΜΕΝΗ**

"ΓΡΟΜΗ"  
21/12/2006

Μεγαλώνουν οι φορείς του AIDS στην περιοχή μας την τελευταία διετία

# Διπλασιάστηκαν τα κρούσματα

**Δ**ιπλασιάστηκαν οι φορείς της νόσου του AIDS την τελευταία διετία στην περιοχή μας, ενώ σημαντικός αριθμός λαθρομεταναστών πάσχουν από τη νόσο και δυστυχώς δεν έχουν ελεγχθεί και υποβληθεί σε θεραπεία.

Αν και δεν υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες για την περιοχή μας, και το γεγονός ότι το AIDS παραμένει "ταμπού", ο καθηγητής Παθολογίας, Λοιμωξιολόγος στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, **Χαράλαμπος Γώγος**, κατά τη διάρκεια συνέντευξης Τύπου που παραχώρησε χθες με αφορμή την ενδιαφέρουσα ημερίδα για το παρόν και το μέλλον της νόσου, έκρουσε τον κώδωνα του κινδύνου, επιστημονώντας ότι η εικόνα από τους ασθενείς που παρακολουθούν στα νοση-

## Αποκαλυπτικά στοιχεία από τον καθηγητή Παθολογίας, Χ. Γώγο

λευτικά ιδρύματα της περιοχής μας δείχνει αύξηση των κρουσμάτων. "Είναι αναμφισβήτητο ότι στην περιοχή μας τα κρούσματα κατά τα δύο τελευταία χρόνια στην περιοχή μας έχουν αυξηθεί κατά 50%. Βέβαια, σ' αυτό συντείνει το γεγονός ότι έκλεισε η Μονάδα Ελέγχου στα Ιωάννινα. Επίσης, συμβάλλει το γεγονός ότι οι λαθρομεταναστες φέρουν τη νόσο και η κατάστασή είναι ανεξέλεγκτη. Η επίπτωση της νόσου σε μη εισαγόμενους ασθενείς από την Ανατολική Ευρώπη είναι υψηλή. Η νομιμοποίησή τους δε, συμβάλλει στην μη αντιμετώπιση τους και σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι κινούμενες βόμβες. Γι' αυτό θα πρέπει η πολιτεία να λάβει μέτρα για τον εντοπισμό των φορέων και την αντιμετώπιση τους", ανέφερε χαρακτηριστικά ο κ. Γώγος, επαναλαμβάνοντας ότι στην Ελλάδα το ποσοστό αύξησης των κρουσμάτων το 2005 ήταν 25% ενώ μέχρι τέλος Οκτωβρίου του τρέχοντος έτους ανήλθε στο 27%. Για τον ιό του AIDS, οι καθηγητές κ. **Μπισσιάρης** και Γώγος μίλησαν διεξοδικά χθες το απόγευμα κατά τη διάρκεια ημερίδας που διοργάνωσε το Τμήμα Λοιμώξεων της Παθολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών υπό την αιγίδα του Ιατρικού Συλλόγου Πατρών και της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS. "Οι διαφαινόμενοι ρυθμοί αύξησης της νόσου σύμφωνα με τα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων δεν αφήνουν περιθώρια εφησυχασμού. Τα αριθμητικά αυτά δεδομένα εάν συνδυαστούν με το γεγονός ότι οι μολύνσεις είναι πάντα περισσότερες από τις καταγεγραμμένες καθώς και με το φαινόμενο της συνεχώς αυξανόμενης μετακίνησης πληθυσμών από χώρες αυξημένου επιπολασμού στην Ελλάδα, το μέγεθος του προβλήματος καθίσταται εμφανέστερο", σημείωσαν οι καθηγητές.

### ΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ Η ΑΓΝΟΙΑ

Ο κ. Γώγος, επικέντρωσε σε τρία βασικά σημεία στην προσέγγιση της εν λόγω λοίμωξης, στην αξία της πρόληψης, της έγκαιρης διάγνωσης και της σωστής θεραπευτικής αγωγής. "Τροφοδότης της νόσου είναι η άγνοια. Η πρόληψη και η ενημέρωση είναι το καλύτερο φάρμακο. Η χρήση προφυλακτικού από την αρχή της σεξουαλικής πράξης είναι ο πιο σίγουρος τρόπος για την μείωση του κινδύνου μόλυνσης από τον ιό", σημείωσε ο κ. Γώγος κατά τη χθεσινή

### ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΦΗ

Στην ενδιαφέρουσα ημερίδα, οι ομιλητές τόνισαν πως η χρήση του προφυλακτικού είναι απαραίτητη ακόμα και όταν πρόκειται για στοματική επαφή. Στην πραγματικότητα όμως είναι ελάχιστοι αυτοί που χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τη διάρκεια του στοματικού έρωτα, ο οποίος έχει αποδειχτεί μικρής επικινδυνότητας δραστηριότητα, αλλά δεν είναι σε καμία περίπτωση ακίνδυνος. Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού είναι μεγαλύτερος αν υπάρχουν ανοικτές πληγές, έλη ή αιμαχίες στη στοματική κοιλότητα, πονόλαιμος, αμυγδαλίτιδα ή ουλίτιδα". Οι βλάβες του στόματος, σύμφωνα με την ομιλία της αναπληρώτριας καθηγήτριας στοματολογίας Παν. Αθηνών, κυρίας **Νικολάου-Γαλή**, στην HIV λοίμωξη είναι εύκολα αναγνωρίσιμες και μπορούν να διαγνωστούν με αξιοπιστία και ακρίβεια και έχουν σημαντική δυσμενή επίπτωση στην ποιότητα ζωής των οραθτικών ασθενών.

### ΠΟΛΛΟΙ ΕΙΝΑΙ ΦΟΡΕΙΣ, ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΤΟ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ

Ο κ. Γώγος επικέντρωσε στο γεγονός ότι μεγάλος αριθμός ατόμων μπορεί να είναι φορείς του AIDS, αλλά χωρίς να το γνωρίζουν. Ο εργαστηριακός έλεγχος μόλυνσης γίνεται μέσω της απλής μεθόδου ELISA, που διενεργείται σ' όλα τα νοσοκομεία της χώρας και όπως ανέφερε, είναι αναγκαίος όχι μόνο για τα άτομα υψηλού κινδύνου, αλλά πρακτικά για όλο τον σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό. Σημαντικό σημείο αγκυράς αποτελεί ο έλεγχος των εγκύων γυναικών. Οι δηλώσεις είναι ανώνυμες. Τονίστηκε πως εάν η θεραπεία αρχίσει εγκαίρως τότε η ποιότητα ζωής του ασθενούς είναι πολύ καλή. Μπορεί η ασθένεια να μην είναι ιάσιμη είναι όμως πολύ καλά αντιμετωπίσιμη, αρκεί να υπάρξει συμμόρφωση και τακτική ιατρική παρακολούθηση. Όσον αφορά τον θεραπευτικό εμβολιασμό επιστημονήθηκε ότι είναι ακόμα σε πρώιμο στάδιο, ωστόσο η υπάρχουσα θεραπευτική αντιμετώπιση έχει μετατρέψει ένα θανατηφόρο νόσημα σε μια χρόνια νόσο.

\* Στο μεταξύ χθες το απόγευμα πριν την έναρξη της ημερίδας οι καθηγητές απάντησαν σε ερωτήσεις των νέων σχετικά με τον ιό και την θεραπεία τους στο Συνεδριακό του Πανεπιστημίου. Η πρωτοβουλία θα επαναληφθεί με μαθητές και γονείς αυτή τη φορά καθώς υπάρχει έλλειμμα ενημέρωσης ακόμα και στους γονείς.



Επιμέλεια κειμένων: Μιχ. Αρβανίτης • Γραφείο HIV Λοιμώξης ΚΕΕΛ

# AIDS

## Πώς μεταδίδεται το AIDS



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ  
ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΣΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Λ.)

Εγώ νοιάζομαι...

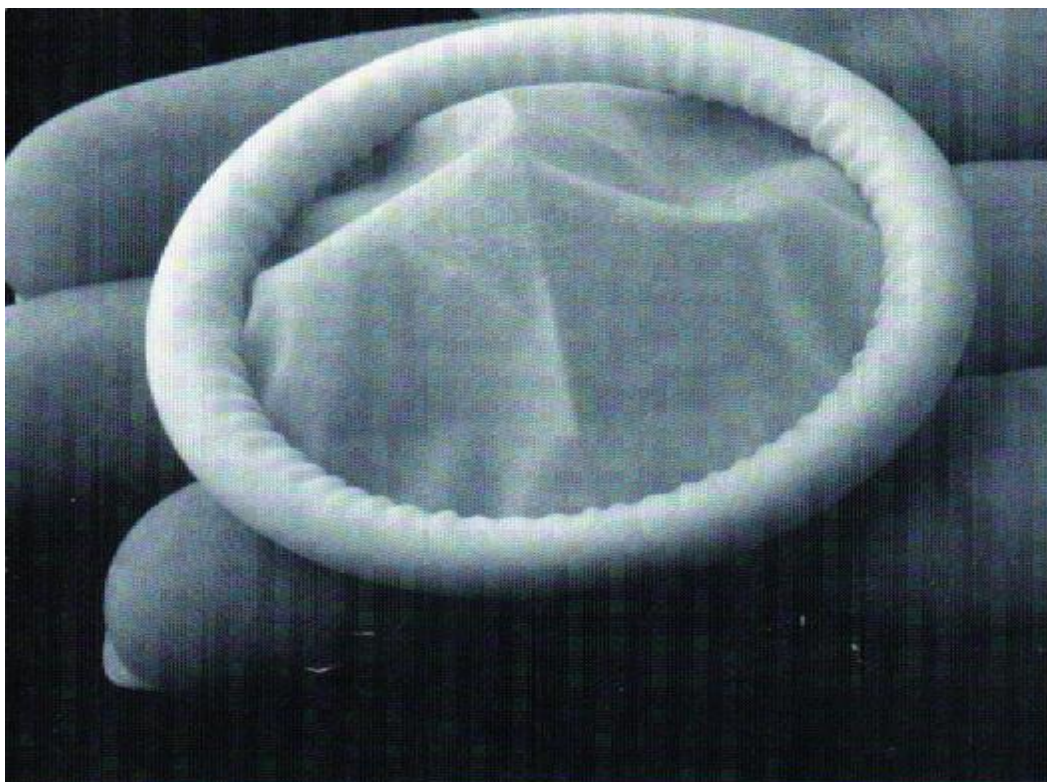


Εσείς;



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Α.)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ



**Τα  
προφυλακτικά  
και πως  
χρησιμοποιούνται**



**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΑΙΜΩΣΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Α)  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**



Με την παρέα  
δεν μεταδίδεται  
το **AIDS**.  
Μεταδίδεται  
η ανθρωπιά.

**Πού μπορώ να απευθυνθώ για  
περισσότερες πληροφορίες;**

Στο ΚΕΕΛ, στο τηλέφωνα **210 8899000**,  
στην τηλεφωνική γραμμή για το AIDS τηλ.: **210 7222222**  
και **2310 422021**  
και σε όλες τις μονάδες λοιμώξεων των νοσοκομείων της χώρας  
[www.keel.org.gr](http://www.keel.org.gr)



ΚΕΝΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΑΙΜΟΣΕΡΩΝ (Κ.Ε.Ε.Α)  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

MOUSE VICTOR

Επιμέλεια κειμένων: Μικ. Αρβανίτης • Γραφείο HIV Λοιμώξεων ΚΕΕΛ



## Συλλεκτικές καρφίτσες κατά του AIDS

Κάθε χώρα είχε και τη δική της στη 16η Διεθνή Διάσκεψη κατά του ιού

→ Στη φωτογραφία φαίνονται 16. Είναι μόνο ένα μικρό δείγμα από τις εκατοντάδες καρφίτσες με το σήμα του παλέ-

μου κατά του AIDS που φορέθηκαν στη 16η Διεθνή Διάσκεψη κατά του ιού, η οποία διεξήχθη στο Τορόντο.

Οι περισσότερες είναι χειροποίητες, κάποιες έφεραν και τα εθνικά χρώματα του εκάστοτε εκπροσώπου, όλες ήταν πάντως

ευφάνταστες. Τα αποτελέσματα της διάσκεψης ήταν ενθαρρυντικά για τον πόλεμο κατά του ιού. Παρόλα αυτά

οι ειδικοί δεν επαναπαύονται. Ειδικά από τη στιγμή που τα νούμερα των ανθρώπων οι οποίοι μολύνονται με τον HIV

παραμένουν πολύ υψηλά: το 2005 υπολογίζεται ότι προστέθηκαν 4 εκατομμύρια νέοι φορείς σε όλο τον κόσμο.

**Ναι στον Έρωτα,  
με υψηλό δείκτη  
φροστασίας!**

Ιστορίες του ΛΑΚΗ  
ΛΑΣΤΙΧΕΜΙΟΥ





Λάσπη... το  
προφυλακτικό σου.

Γιατί να ένα  
τόσο...φροκαρημένη  
μάνα.

**Θυμήσου!** Μπορεί ο/η σύντροφός σου να φαίνεται  
υγιής. Μπορεί να το υποστηρίζει κιόλας.  
Εσύ όμως βράχος.  
**Ποτέ χωρίς το προφυλακτικό σου.**



Αναμφισβητικά,  
μωμένες, φρεσάτε  
προφυλακτικά...  
Πιάσε...

Ρε συ, αυτό το  
προφυλακτικό  
έχει λήξει!

**Προφυλακτικά που έχουν ξεπεράσει την  
ημερομηνία λήξης είναι άχρηστα.**  
Αν δεν μπορείς να το επιστρέψεις πέταξέ το και πάρε  
φρέσκο.



Φιληθήκαμε στο στόμα και  
ήπιε απ' το ποτήρι μου. Αν  
έχει AIDS μπορεί να κολλήσω.

Τα νύχια μου...  
Μα είσαι  
τελευταία άσπικη!

**Κινδυνεύεις από ξυροφόκι ή οδοντόβουρτσα, βελόνες  
ή σύριγγες όπου μπορεί να υπάρχει αίμα μολυσμένο α-  
πό τον ιό. Δεν κινδυνεύεις όμως από μακροπύρουνα,  
πίστα, πατήρια. Ούτε από φιλή ή χειραψία, βήχα, φτέρ-  
νισμα, από κοινόχρηστη τουαλέτα ή πλυντήριο, πισίνα  
ή θάλασσα. Ούτε από κουνούπι ή ζώο.**



**Μην ξεχνάς!** Το AIDS μεταδίδεται με κάθε τύπου σεξουαλική επαφή (κολπική, πρωκτική και στοματική), από αιχμηρά αντικείμενα (βελόνες, σύριγγες) που είναι μολυσμέ-να από αίμα και από τη μητέρα στο παιδί της.



Αν ανήκετε σ' εκείνους που δεν έχουν δοκιμάσει ακόμα τη **γλύκα της προφύλαξης**, δεν ξέρετε τι κάνετε! Υπάρχουν τόσες επιλογές!



**Όπως είπαμε:** Το προφυλακτικό είναι σαν το αντηλιακό. Καλός ο ήλιος, αλλά προκαλεί και καρκίνο του δέρματος. Καλό το σεξ, αλλά υπάρχει και το **AIDS**.



Αν θες να 'σαι διαθέσιμος φρόντισε να 'ναι διαθέσιμο και το προφυλακτικό. Για να είναι σταθερά διαθέσιμη και η ζωή.



Και για όσους δεν κατάλαβαν, Κάθε προφυλακτικό είναι μιας χρήσης. Δεν χρησιμοποιείται με λιπαντικό τύπου βαζελίνης γιατί μπορεί να διαλυθεί. Για ιδιαίτερες χρήσεις χρειάζονται ανθεκτικότερα προφυλακτικά.



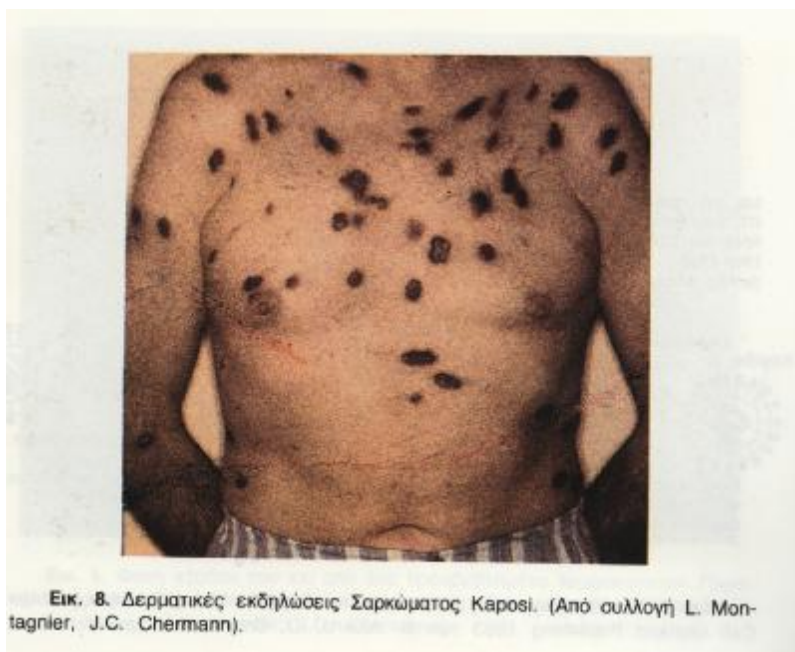
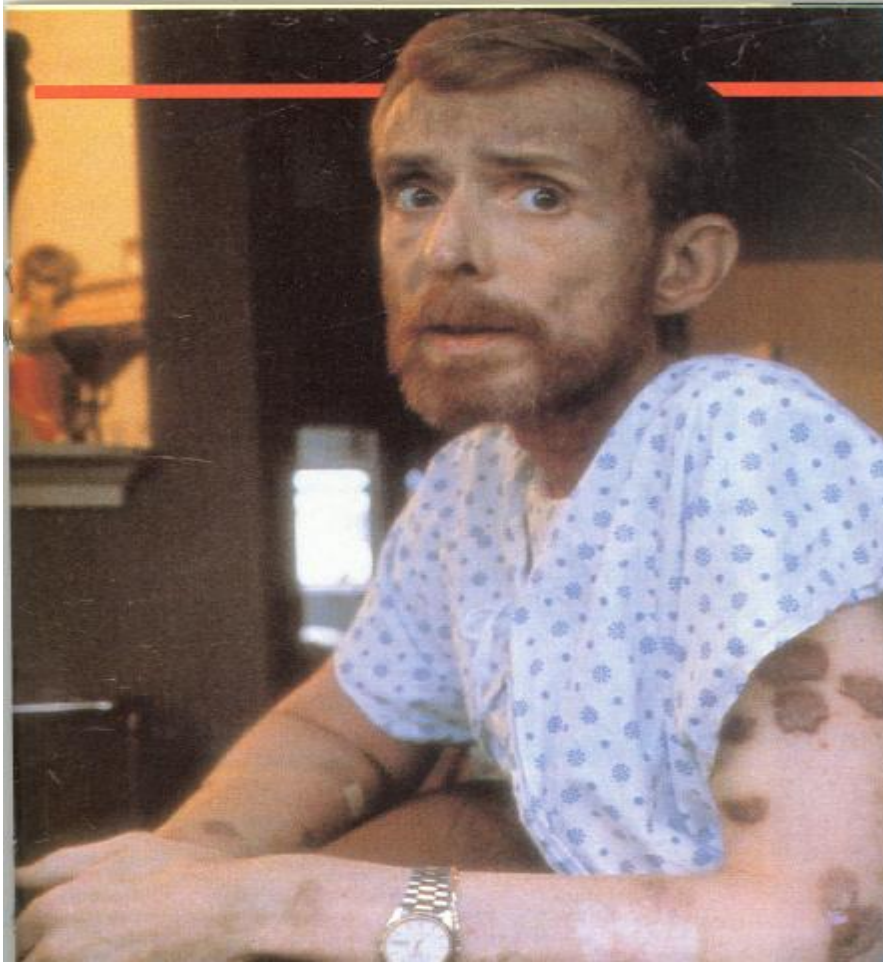
Αν ο/η σύντροφός σας μπορεί να μην ξέρουν ή να μη θέλουν να συνεργαστούν, εσείς... μη μασάτε! **Επιμένετε σταθερά**, γιατί η ζωή είναι πιο σημαντική από μια επιπόλαια στιγμή.

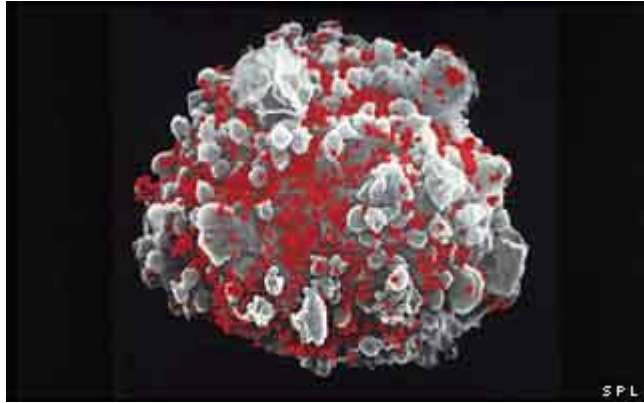






**STOP**  
**AIDS**





ALL YOU  
NEED IS  
AND A

NATIONAL AIDS HELPLINE 0800 567 123  
 AIDS INFORMATION SERVICE 01403 210202

**AVERT**  
Prevention. Charities. No Limits.

Condoms are free.

If you're under 18 and want to know where to get free condoms, or need advice about sex or contraception, call Sexwise on 0800 22 29 30 or visit us at [www.sexwise.gov.uk](http://www.sexwise.gov.uk). The call is free and confidential.  
 Textphone for people with hearing difficulties: 0800 222 1551.

**sex**  
 Are you thinking about it enough?

© : Crown Copyright

