

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ  
ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ  
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ»**



**ΟΜΑΔΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ:**

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΡΟΠΟΥΛΟΥ ΔΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΣΤΑΣΙΝΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ, MSC**

*καθηγήτρια εφαρμογών*

**ΠΑΤΡΑ, 2012**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι ανθρώπινες υπάρξεις είναι μοναδικές στο ζωικό κόσμο δεδομένου ότι έχουν την ικανότητα σεξουαλικής επιθυμίας ακόμη και όταν το θηλυκό δεν είναι σε κατάσταση γονιμότητας και διατηρούν αυτή την ικανότητά τους μέχρι ιδιαίτερα προχωρημένη ηλικία, πολύ μετά αφότου πάψει να υφίσταται η φυσική δυνατότητα αναπαραγωγής. Η εξήγηση αυτού του γεγονότος μπορεί να είναι ότι το σεξ συμβάλλει στη διατήρηση των συντροφικών σχέσεων.

Μια ικανοποιητική, σταθερή σχέση αποτελεί σημαντικό μέρος της ανθρώπινης ζωής, αλλά δεν είναι πάντοτε εύκολο να επιτευχθεί και η σεξουαλική επαφή μπορεί να συνεπάγεται διάφορους κινδύνους. Ειδικότερα το περιστασιακό σεξ ή και το σεξ με πολλαπλούς συντρόφους ενέχουν τον κίνδυνο ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και αφροδίσιων νοσημάτων, δηλαδή σεξουαλικά μεταδιδόμενων παθήσεων. Οι προαναφερόμενοι κίνδυνοι αφορούν περισσότερο τις νεαρότερες ηλικίες, όπου η εναλλαγή συντρόφων είναι συχνότερη και οι προφυλάξεις συχνά ελλιπείς.

Οποιοδήποτε άτομο αναπτύσσει μια σεξουαλική σχέση θα πρέπει να είναι ενήμερο για τους κινδύνους των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και να κατανοεί πως μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο έκθεσής του σ' αυτά. Είναι σημαντικό τα παιδιά πλησιάζοντας στην ηλικία της ήβης, να είναι σωστά ενημερωμένα γύρω από τα Σ.Μ.Ν., το ασφαλές σεξ και τις μεθόδους αντισύλληψης.

Η σωστή αγωγή και ενημέρωση γύρω από το σεξ, την εγκυμοσύνη και τα αφροδίσια νοσήματα είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους εφήβους, οι οποίοι συχνά παραλείπουν να χρησιμοποιούν μέσα αντισύλληψης και αγνοούν τις συμβουλές προφύλαξης για ασφαλές σεξ.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η καλή κατάρτιση του γιατρού στην αφροδισιολογία εξακολουθεί να έχει μεγάλη χρησιμότητα ένεκα της ιατροκοινωνικής φύσεως των νοσημάτων αυτών και ένεκα των δυνατοτήτων πρόληψης που εξασφαλίζει η γνώση πάνω στο θέμα αυτό.

Η δερματολογία σήμερα παρουσιάζει ένα εκπληκτικό ενδιαφέρον ένεκα των πολλαπλών άλυτων ιατροβιολογικών προβλημάτων που παρουσιάζονται στο χώρο που καλύπτει και είναι φυσικό ότι η θέση αυτή αποβαίνει σε βάρος της αφροδισιολογίας κατά κάποιον τρόπο. Αν και πρόκειται για δυο σχετικά διαφορετικές επιστήμες, έχουν όμως κοινό στόχο έκφρασης, που είναι το δέρμα και οι βλεννογόνοι . Έτσι, από πρακτική και θεωρητική βάση, είναι άρρηκτα δεμένες μεταξύ τους.

Η παλιά αφροδισιολογία καλύπτει το αντικείμενο πέντε ειδικών νοσημάτων, των γνήσιων αφροδίσιων νοσημάτων. Σήμερα όμως έχει διευρυνθεί η περιοχή της αφροδισιολογίας και καλύπτει περίπου 18-21 νοσήματα με ένα ειδικότερο όρο που είναι : «Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.)» Κάτω από τον όρο αυτό περιλαμβάνονται

- Ø Η σύφιλη
- Ø Η βλεννόρροια
- Ø Το μαλακό έλκος
- Ø Το αφροδίσιο ή βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα
- Ø Το αφροδίσιο ή βουβωνικό κοκκίωμα
- Ø Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (μη ειδική)
- Ø Τα οξυτενή κονδυλώματα
- Ø Ο έρπης των γεννητικών οργάνων
- Ø Η μολυσματική τέρμινθος
- Ø Η φθειρίαση του εφηβαίου
- Ø Η ψώρα
- Ø Μη ειδικές φλεγμονές της βάλανου(βαλανίτις)
- Ø Η ηπατίτιδα Β
- Ø Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)

Από τα νοσήματα αυτά, τα 5 πρώτα είναι τα γνήσια αφροδίσια νοσήματα με την παλιά έννοια του όρου, που μεταδίδονται μόνο με τη σεξουαλική επαφή.

Τα επόμενα 9, που ίσως είναι όχι 9 αλλά περισσότερα, μεταδίδονται είτε με τη σεξουαλική επαφή, είτε έμμεσα με άλλους τρόπους. Δεν παύουν όμως να είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενα.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος .....	
Περίληψη .....	
Περιεχόμενα.....	

## Κεφάλαιο1

### **Ανατομία – Φυσιολογία γεννητικού συστήματος της γυναίκας**

1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα.....	8
1.1.1 Εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης .....	8
1.1.2 Μεγάλα χείλη.....	8
1.1.3 Μικρά χείλη .....	8
1.1.4 Κλειτορίδα .....	9
1.1.5 Πρόδρομος του κόλπου .....	9
1.1.6 Βολβός του προδρόμου.....	9
1.1.7 Βαρθολίνειοι αδένες .....	9
1.1.8 Παρθενικός υμένας .....	10
1.1.9 Εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας .....	10
1.1.10 Παραουρηθητικοί αδένες.....	10
1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα .....	10
1.2.1 Κόλπος ή κολεός.....	10
1.2.2 Μήτρα .....	12
1.2.3 Σάλπιγγες ή ωαγωγοί .....	15
1.2.4 Ωοθήκες .....	16
1.3 Επιδημιολογία.....	19

## Κεφάλαιο2

### **Σεξουαλικότητα**

2.1 Σεξουαλικότητα .....	21
--------------------------	----

2.2 Φυσική εξέλιξη της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων.....	22
2.3 Σεξουαλικές συνήθειες και δυσκολίες των νέων.....	22
2.4 Σεξουαλικός προσανατολισμός και παρεκκλίσεις στη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου.....	25
2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλική συμπεριφορά των νέων.....	26
2.6 Πρόληψη στη σεξουαλική συμπεριφορά.....	28
2.7 Οι συνηθέστερες μέθοδοι αντισύλληψης.....	29
2.8 Σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών.....	30
2.9 Επιδημιολογία.....	31
2.10 Επιπτώσεις.....	32

### Κεφάλαιο3

#### **Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα**

3.1 Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.....	35
3.2 Γεννητικός έρπης.....	37
3.2.1 Τύποι μολύνσεων του έρπητος των γεννητικών οργάνων.....	38
3.2.2 Υποτροπιάζων γεννητικός έρπης.....	39
3.2.3 Τοπική θεραπεία του γεννητικού έρπητος.....	40
3.2.4 Ειδική θεραπεία του γεννητικού έρπητος.....	41
3.2.5 Συμβουλές για άτομα με γεννητικό έρπητα.....	41
3.3 Γεννητικά κονδυλώματα.....	43
3.3.1 Η θεραπεία των γεννητικών κονδυλωμάτων.....	44
3.4 Ηπατίτιδα Β.....	45
3.4.1 Συμπτώματα ηπατίτιδας Β.....	45
3.4.2 Θεραπεία της ηπατίτιδας Β από ιούς.....	45
3.5 Σύφιλη.....	47
3.5.1 Πρωτοπαθές στάδιο.....	48
3.5.2 Δευτεροπαθές στάδιο.....	48
3.5.3 Τριτοπαθές στάδιο.....	49
3.5.4 Η θεραπεία της σύφιλης.....	49

3.5.5. Κριτήρια για επανάληψη της θεραπείας .....	50
3.6 Μαλακό έλκος.....	51
3.6.1 Επιπλοκές.....	51
3.6.2 Διάγνωση .....	51
3.6.3 Θεραπεία μαλακού έλκους.....	51
3.7 Βλεννόρροια ή γονοκκοκική ουρηθρίτιδα.....	52
3.7.1 Αίτιο.....	52
3.7.2 Κλινική εικόνα: Οξεία βλεννόρροια στον άνδρα .....	52
3.7.3 Οξεία βλεννόρροια στην γυναίκα.....	52
3.7.4 Κοινές μολύνσεις ανδρών & γυναικών.....	53
3.7.5 Ασυμπτωματική βλεννόρροια.....	53
3.7.6 Θεραπεία βλεννόρροιας.....	53
3.8 AIDS: Ορισμός.....	58
3.8.1 Από τι προκαλείται το AIDS και ποια μέρη του σώματος μολύνει ο ιός του AIDS .	59
3.8.2 Τρόποι μεταδόσεως.....	59
3.8.3 Ποια είναι τα συμπτώματα του AIDS.....	61
3.8.4 Ποιος βρίσκεται πιο πολύ σε κίνδυνο.....	61
3.8.5 Στάδια επώασης.....	62
3.8.6 Κλινικές μορφές του AIDS.....	62
3.8.7 Ψυχοκοινωνικές ανάγκες: Προβλήματα που έχουν οι άρρωστοι του AIDS .....	63
3.8.8 Αντιμετώπιση του AIDS.....	64
3.8.9 Πρόληψη.....	65
3.8.10 Παρακολούθηση και νοσηλεία φορέων και ασθενών.....	66
3.8.11 Τι έχει γίνει για να βρεθεί κάποια θεραπεία .....	67
3.8.12 Μέτρα ελέγχου της νόσου.....	68
3.8.13 Επίλογος.....	69
3.8.14 Η ζωή με AIDS μια αληθινή ιστορία.....	71

## Κεφάλαιο 4

### Πρόληψη

4.1 Υγιεινή γεννητικών οργάνων.....	73
4.2 Νοσηλευτική συμβολή στη πρόληψη.....	75
4.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη σεξουαλική αγωγή των εφήβων.....	78
4.4 Η συμβολή της συμβουλευτικής νοσηλευτικής και ο κοινοτικός νοσηλευτής.....	79
4.5 Πρόληψη μετάδοσης ηπατίτιδας Β – ρόλος νοσηλευτή.....	82
4.6 Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενών με AIDS.....	84
4.6.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	84
4.6.2 Προφυλάξεις για τον υγιή πληθυσμό.....	84
4.6.3 Προφυλάξεις για τους ίδιους τους πάσχοντες.....	85
4.6.4 Προφυλάξεις για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.....	85
4.7 Η συμβολή των νοσηλευτών μετά τη διάγνωση ή την θεραπεία.....	87
4.8 Φόβοι και εμπόδια στη σεξουαλική αγωγή των εφήβων.....	88

Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	89
-------------------------------	----

### Παράρτημα

1. AIDS: πρέπει να ξέρεις.....	91
2. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον HIV/AIDS 2008-2012.....	91
3. Πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής για τα δημοτικά σχολεία.....	104
4. Ενημερωτικό Φυλλάδιο.....	107
Επίλογος.....	110
Βιβλιογραφία.....	111

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της, που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και τη διαίωσιση του είδους.

Η φύση, άγνωστο για ποιο λόγο, έταξε η αποστολή του να είναι περιορισμένη. Να μπορεί να πραγματοποιηθεί από την ήβη ως την εμμηνόπαυση και για λίγες μόνο ημέρες, εκείνες, που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις της συνάντησης ωαρίου και σπερματοζωαρίου.

Τα όργανα που αποτελούν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας, τα διακρίνουμε σε εξωτερικά και εσωτερικά. Όριο ανάμεσά τους είναι ο παρθενικός υμένας.

### 1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο.

Αυτό έχει σχήμα τριγωνικό, με τη βάση του στην ηβική πτυχή, τις πλευρές του στις αιδοιομηρικές πτυχές και την κορυφή του στο κέντρο του περινέου. Στη μέση εμφανίζει κάθετη σχισμή, την αιδοϊκή.

Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους βολβούς του προδρόμου, τους Bartholinείους αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρητικούς αδένες.

#### 1.1.1 Εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης

Αυτό αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδη ιστού, ανάλογη με την πάχυνση της γυναίκας, που καλύπτει τους κλάδους των ηβικών οστών. Όταν η γυναίκα φτάσει στην ήβη, το δέρμα, που καλύπτει το εφήβαιο, εμφανίζει τρίχωμα, που διακόπτεται οριζόντια προς το μέρος του υπογαστρίου. Έτσι, ξεχωρίζει από το αντίστοιχο τρίχωμα του άνδρα, που πορεύεται ως τον ομφαλό.

Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.

#### 1.1.2 Μεγάλα χείλη

Αυτά παριστάνουν δύο δερμάτινες πτυχές, που μέσα τους περιέχουν συνδετικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Προς τα εμπρός ενώνονται και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο και προς τα πίσω ενώνονται και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο. Η κατάληξή τους είναι το περινέο.

Οι εξωτερικές επιφάνειες των μεγάλων χειλέων καλύπτονται από το τρίχωμα, που αποτελεί τη συνέχεια του τριχώματος του εφηβαίου.

Οι εσωτερικές επιφάνειές τους είναι άτριχες, έχουν χρώμα ρόδινο και μοιάζουν με βλεννογόνο.

Το δέρμα των μεγάλων χειλέων είναι πλούσιο σε μελαγχρωστική και περιέχει ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και ειδικούς αποκρινείς αδένες. Μέσα στο λιπώδη ιστό τους καταλήγουν ίνες των στρογγυλών συνδέσμων της μήτρας.

Τα μεγάλα χείλη αντιστοιχούν στο όσχεο του άνδρα.

#### 1.1.3 Μικρά χείλη

Αυτά παριστάνουν, όπως και τα μεγάλα χείλη, δύο δερμάτινες πτυχές, αλλά λεπτότερες, γιατί περιέχουν λιγότερο λιπώδη ιστό, και σκεπάζονται από αυτά. Προς τα έξω συνέχονται με τα μεγάλα χείλη και προς τα μέσα αποτελούν τα πλάγια όρια του προδρόμου του κόλπου.



Το δέρμα των μικρών χειλέων δεν καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει μελαγχρωστική, σμηγματογόνους και, σπάνια, ιδρωτοποιούς αδένες. Ο λιπώδης ιστός, που βρίσκεται κάτω από αυτό, περιέχει συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αιμοφόρα αγγεία και στυτικό ιστό, που κάνουν τα μικρά χείλη εξαιρετικά ευαίσθητα.

Τα μικρά χείλη προς τα εμπρός αποσχίζονται σε δύο άλλες μικρότερες δερμάτινες πτυχές, που ενώνονται μεταξύ τους και αποτελούν προς τα πάνω την πόσθη και προς τα κάτω το χαλινό της κλειτορίδας.

Προς τα πίσω τα μικρά χείλη ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό τους. Μπροστά στο χαλινό των μικρών χειλέων σχηματίζεται κοίλανση, που λέγεται σκαφοειδής βόθρος.

#### **1.1.4 Κλειτορίδα**

Αυτή θεωρείται αρσενικής προέλευσης, αφού διαπλάστηκε από τους πόρους του Wolff και αφού αποτελεί ανδρογονικό υποδοχέα. Έχει μήκος 3-4 εκ. και αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο.

**Σκέλη.** Αυτά είναι δύο, πορεύονται πάνω στους ηβοΐσχιακούς κλάδους της οστέινης πυέλου και ενώνονται στο ύψος της ηβικής σύμφυσης.

**Σώμα.** Αυτό σχηματίζεται από την ένωση των σκελών και αποτελείται από δύο σφραγώδη σώματα, δηλαδή από αγγειοβριθή στυτικό ιστό.

**Βάλανος.** Αυτή παριστάνει το ελεύθερο μέρος της κλειτορίδας, βρίσκεται πάνω από το έξω στόμιο της ουρήθρας, αποτελείται από στυτικό ιστό, έχει από το πάνω μέρος της την πόσθη και από το κάτω το χαλινό και το επιθήλιο του δέρματος, που την καλύπτει, περιέχει εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις για τη σεξουαλική διέγερση.

Η κλειτορίδα καλύπτεται από περιτονία, που στο πάνω μέρος της προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και σχηματίζει τον κρεμαστήρα σύνδεσμο.

Η κλειτορίδα αντιστοιχεί στο αντρικό πέος, χωρίς όμως το σφραγώδες σώμα της ουρήθρας και η στύση της πραγματοποιείται με σύσπαση των ισχιοσφραγώδων μυών της εξωτερικής στιβάδας του περινέου, που περιβάλλουν τα σκέλη της.

#### **1.1.5 Πρόδρομος**

Αυτός είναι η περιοχή, που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και τον χαλινό τους. Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν τα στόμια παρακείμενων αδένων. Στο κάτω μέρος του, ανάμεσα στο χαλινό των μικρών χειλέων και την είσοδο του κόλπου, υπάρχει ο σκαφοειδής βόθρος, που περιγράψαμε.

**1.1.6 Βολβοί του προδρόμου.** Αυτοί είναι δύο σχηματισμοί όμοιοι με αμύγδαλα, βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου, σκεπάζονται από τους βολβοσφραγώδεις μυς, αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα και αντιστοιχούν στο σφραγώδες σώμα της ουρήθρας του άντρα. Στη σεξουαλική πράξη διογκώνονται από συγκέντρωση αίματος και στενεύουν τον κόλπο.

**1.1.7 Βαρθολίνειοι αδένες.** Αυτοί είναι δύο μικροί στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες, που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδρόμου, βαθιά, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων.

Οι βαρθολίνειοι αδένες αντιστοιχούν στους αδένες του Cowper του άντρα και κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης εκκρίνουν βλέννα, που με πόρους μήκους 2 εκ., τη φέρνουν στο αιδοίο, λίγο έξω από τον παρθενικό υμένα, για να υγράνει τον κόλπο.

### 1.1.8 Παρθενικός υμένας

Αυτός είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, που καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και από τις δυο επιφάνειές της, και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου έχοντας προς τα πάνω την κάτω επιφάνεια του τοιχώματος της ουρήθρας και προς τα κάτω τον σκαφοειδή βόθρο.

Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη, αλλά διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα, που ποικίλλει σε μέγεθος και μορφή (κυκλικός, δίθυρος, ηθμοειδής, κροσσωτός). Το άνοιγμα αυτό είναι δυνατό να επιτρέπει την είσοδο ενός ή δύο δαχτύλων ή την εκτέλεση συνουσίας. Σπάνια, δεν υπάρχει άνοιγμα (άτρητος υμένας).

Ο παρθενικός υμένας, αν δεν επιτρέπει το άνοιγμά του στη συνουσία, σχίζεται στη πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη, που λέγονται μύτρα και που εξαφανίζονται μετά από τοκετούς.

### 1.1.9 Εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας

Αυτό βρίσκεται στην πάνω γωνία του προδρόμου του αιδοίου, κάτω από την κλειτορίδα και μέσα από αυτό περνάει το περιεχόμενο της ουροδόχου κύστης στην έξοδό του.

### 1.1.10 Παραουρηθρικοί αδένες

Αυτοί αποτελούν κρύπτες, που βρίσκονται ανάμεσα από την κλειτορίδα και το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και γύρω από αυτό και φέρνουν το έκκριμά τους στην ουρήθρα. Δύο από αυτούς είναι μεγαλύτεροι, λέγονται αδένες του Skene και αντιστοιχούν στον προστάτη του άνδρα.

### Διάπλαση

Το εξωτερικό γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι όμοιο με του άνδρα ως τον τρίτο εμβρυϊκό μήνα. Ύστερα, αρχίζει τη διαφοροποίησή του.

Από το γεννητικό φύμα διαπλάσσεται η κλειτορίδα. Από τις ουρογεννητικές πτυχές τα μικρά χείλη. Από τα γεννητικά ογκώματα τα μεγάλα χείλη.

## 1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν : ο κόλπος ή κολεός, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα μαζί με τη σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα. (Keith Moore, 1998).

### 1.2.1 Κόλπος ή κολεός

**Περιγραφή.** Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα, μήκους 8-10 εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα από τον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Η φορά του είναι τέτοια, ώστε να σχηματίζει με τη μήτρα σχεδόν ορθή γωνία.

Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό με μικρή διάταση στο ανώτερο τμήμα του και έχει δύο άκρα. Το πάνω συνδέεται με τον τράχηλο της μήτρας και το κάτω οδηγεί στην έξοδό του, στον πρόδρομο του κόλπου.

Έχει, επίσης, τέσσερα τοιχώματα : το πρόσθιο, το οπίσθιο και τα δύο πλάγια : το αριστερό και το δεξιό. Το οπίσθιο τοίχωμα είναι μακρύτερο από το πρόσθιο κατά 1-2 εκ., γιατί συνάπτεται με τον τράχηλο σε ψηλότερο σημείο. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες το πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα συμπίπτουν μεταξύ τους. Έτσι, το άνοιγμα του κόλπου παίρνει τη μορφή του Η.

Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι, ώστε η κάτω μοίρα του τραχήλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο. Γύρω από την κοιλιακή αυτή μοίρα του τραχήλου και τα κοιλιακά τοιχώματα σχηματίζονται οι θόλοι, που, για λόγους περιγραφικούς, διακρίνονται σε πρόσθιο, οπίσθιο, δεξιό και αριστερό.

Ο οπίσθιος θόλος του κόλπου είναι βαθύτερος, γιατί, όπως αναφέραμε, το οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου είναι μακρύτερο και συνάπτεται με τον τράχηλο σε ψηλότερο σημείο της οπίσθιας επιφάνειάς του.

Οι κολπικοί θόλοι έχουν την ικανότητα να διατείνονται περισσότερο απ' ό, τι το υπόλοιπο μέρος του κόλπου και είναι πάντα υγροί από εκκρίσεις των αδένων της μήτρας και των κρυπτών του ενδοτραχήλου και από διίδρωση μέσα από το πλακώδες επιθήλιο, που καλύπτει τα τοιχώματα του κόλπου. Σε απόσταση 1,5εκ. από τους πλάγιους θόλους βρίσκονται τα τελικά τμήματα των ουρητήρων, πριν αυτοί εισέλθουν στην ουροδόχο κύστη.

Κατά μήκος του πρόσθιου και οπίσθιου τοιχώματος του κόλπου υπάρχουν, τις περισσότερες φορές, δυο ακρολοφίες, που παριστάνουν τα όρια, που έσμιζαν οι δυο πόροι του Müller. Δίπλα σ' αυτές τις ακρολοφίες διακρίνονται πτυχές του κόλπου, που λέγονται στύλοι, και που εξαφανίζονται μετά από τοκετό (Κρεατσάς, 1998).

**Στήριξη.** Το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου συνδέεται χαλαρά με την ουροδόχο κύστη προς τα πάνω και στερεότερα με την ουρήθρα προς τα κάτω. Ανάμεσα περνάει η ενδοπυελική περιτονία.

Από τα πλάγια ο κόλπος στηρίζεται με τους εγκάρσιους συνδέσμους, που θα τους βρούμε παρακάτω, και που, σαν σφεντόνες, εκτείνονται από τα πλάγια τοιχώματα της πυέλου προς τους κολπικούς θόλους και τη μοίρα του τραχήλου, που βρίσκεται πάνω από τον κόλπο.

Το μέσο τριτημόριο του κόλπου στηρίζεται με ίνες του ανελκτήρα μυ του πρωκτού. Στο μέρος αυτό ο κόλπος χωρίζεται από τον ορθό με λεπτό διάφραγμα της πυελικής περιτονίας, το ορθοκολπικό.

Η κάτω μοίρα του κόλπου στηρίζεται με τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού και με τους εξωτερικούς μυς του περινέου και η πάνω μοίρα του με τους ιερομητριάιους συνδέσμους.

**Υφή.** Τα κολπικά τοιχώματα αποτελούνται από τρεις στιβάδες : την εξωτερική, τη μέση και την εσωτερική.

1) Εξωτερική στιβάδα. Αυτή είναι η στιβάδα, που βλέπουμε, όταν ανοίξουμε τον κόλπο. Η εξωτερική στιβάδα αποτελείται από τρεις στιβάδες : τη βασική, την ενδιάμεση και την επιφανειακή. Η γνώση των στιβάδων αυτών είναι απαραίτητη, γιατί οι μορφολογικές αλλαγές των κυττάρων της μας βοηθάνε στην εκτίμηση της ωοθηκικής λειτουργίας με τον έλεγχο των κολπικών επιχρισμάτων.

α) Βασική. Αυτή βρίσκεται πάνω στην υποκείμενη μέση στιβάδα και αποτελείται από δύο στιβάδες : την εσωτερική βασική και την εξωτερική βασική ή παραβασική.

Εσωτερική βασική. Αυτή βρίσκεται ακριβώς πάνω στη μέση στιβάδα και αποτελείται από μία σειρά κυλινδρικών κυττάρων με μεγάλους βαθυχρωματικούς πυρήνες, που πιάνουν σχεδόν ολόκληρο το κύτταρο, δεν αποφολιδώνονται και αποτελούν τα μητρικά στοιχεία των πάνω από αυτή στιβάδων.

Εξωτερική βασική ή παραβασική. Αυτή αποτελείται από δύο ως τρεις στίχους κυττάρων, που έχουν σχήμα αβγού ή είναι πολυεδρικά και εμφανίζουν βαθυχρωματικό πυρήνα και πρωτοπλασματικές γέφυρες. Τα κύτταρά της αποφολιδώνονται, όταν λείπουν οι οιστρογόνες ορμόνες.

β) Ενδιάμεση. Αυτή βρίσκεται πάνω από τη βασική και αποτελείται από πολλά στρώματα κυττάρων με μεγάλους πυρήνες, που είναι ανώμαλοι και κάπως συρρικνωμένοι. Η περιφέρεια των κυττάρων αυτών είναι περισσότερο βαθυχρωματική από το υπόλοιπο πρωτόπλασμα, το οποίο περιέχει κενοτόπια.. Τα κύτταρα της ενδιάμεσης στιβάδας, λέγονται και σκαφοειδή, γιατί μοιάζουν με σκάφη, και περιέχουν γλυκογόνο.

γ) Επιφανειακή. Αυτή βρίσκεται πάνω από την ενδιάμεση και αποτελείται από δύο στιβάδες : την ενδοεπιθηλιακή και την κυρίως επιφανειακή.

Ενδοεπιθηλιακή. Αυτή βρίσκεται πάνω από την προηγούμενη και αποτελείται από σειρές κυττάρων, που εφάπτονται μεταξύ τους και που περιέχουν μεγάλα πρωτοπλασματικά κοκκία και γλυκογόνο.

Κυρίως επιφανειακή. Αυτή αποτελείται από μεγαλύτερα κύτταρα με πυκνωτό πυρήνα και ελάχιστο ή ανύπαρκτο γλυκογόνο.

2)Μέση στιβάδα. Αυτή παριστάνει το στρώμα των τοιχωμάτων του κόλπου, αποτελείται από πυκνό συνδετικό ιστό και εμφανίζει αυξημένη αιμάτωση.

3)Εσωτερική στιβάδα. Αυτή αποτελεί λεπτό μυϊκό χιτώνα, που εξωτερικά έχει επιμήκεις και εσωτερικά κυκλικές ίνες. Οι εξωτερικές ίνες συνδέονται με τις ίνες της εξωτερικής στιβάδας του μυομητρίου.

Τα κολπικά τοιχώματα είναι πτυχωτά και το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, που περιγράψαμε, καλύπτει θηλές από συνδετικό ιστό.

Στην αναπαραγωγική ηλικία το επιθήλιο του κόλπου είναι παχύ και πλούσιο σε γλυκογόνο, λόγω της επίδρασης των οιστρογόνων ορμονών. Πριν, όμως, από την ήβη και μετά την εμμηνόπαυση είναι λεπτό και δεν περιέχει γλυκογόνο. Αυτό έχει ενδιαφέρον, γιατί με την ήβη εμφανίζονται στον κόλπο οι βάκιλοι του Doderlein, που παράγουν γαλακτικό οξύ ύστερα από επίδρασή τους στο γλυκογόνο των επιθηλιακών κυττάρων. Έτσι, η αντίδραση του κόλπου γίνεται όξινη και τέτοια παραμένει ως την εμμηνόπαυση. Το όξινο περιβάλλον του κόλπου τον προστατεύει από πολλά παθογόνα βακτηρίδια(Κρεατσάς, 1998).

## 1.2.2 Μήτρα

**Περιγραφή.** Η μήτρα είναι κοίλο όργανο με παχιά μυϊκά τοιχώματα. Έχει σχήμα αχλαδιού αποπλατυσμένου από εμπρός προς τα πίσω. Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γραμ. και, στη γυναίκα που γέννησε 70 γραμ. Τα τοιχώματά της έχουν πάχος 2 εκ. και το μήκος της είναι 7,5 εκ. περίπου.

Η μήτρα αποτελείται από δύο τμήματα: το πάνω, που είναι ογκώδες και τριγωνικό και λέγεται σώμα, και το κάτω, που είναι στενό και κυλινδρικό, και λέγεται τράχηλος. Ανάμεσα από τον τράχηλο και το σώμα υπάρχει ο ισθμός.

Η σχέση σώματος – τραχήλου διαφέρει ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Έτσι, στις ενήλικες, από τα 7,5 εκ. του μήκους της μήτρας, τα 5 εκ. αντιστοιχούν στο σώμα της και τα 2,5 εκ. στον τράχηλό της, ενώ στις κορασίδες συμβαίνει το αντίθετο.

Στις ηλικιωμένες γυναίκες, που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση, η μήτρα μικραίνει από ατροφία του μυϊκού της τοιχώματος και η ενδοκολπική μήτρα του τραχήλου σχεδόν εξαφανίζεται.

**Σώμα μήτρας.** Αυτό αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα, που περικλείει την ενδομήτρια κοιλότητα. Το τμήμα του σώματος της μήτρας, που βρίσκεται πάνω από γραμμή, που ενώνει τα δυο σημεία εισόδου των σαλπίνγων, λέγεται πυθμένας. Αυτό το τμήμα συμβάλλει πολύ στη μεγέθυνση της ενδομήτριας κοιλότητας στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Το σχήμα της ενδομήτριας κοιλότητας είναι τριγωνικό με τη βάση προς τον πυθμένα και την κορυφή προς το μέρος της συμβολής του σώματος με τον τράχηλο, όπου σχηματίζεται το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο.

Στις γωνίες της βάσης της ενδομήτριας κοιλότητας βρίσκονται τα στόμια, που οδηγούν στις σάλπιγγες. Το τμήμα της κοιλότητας, που αντιστοιχεί στις γωνίες αυτές, λέγεται

κέρας της μήτρας. Φυσιολογικά, το πρόσθιο και οπισθοτοιχώμα της μήτρας συμπίπτουν (Μανταλενάκης, 1990).

## **Τράχηλος**

Ο τράχηλος της μήτρας διακρίνεται σε δύο μοίρες: την υπερκολπική, που βρίσκεται σε συνέχεια με το σώμα της μήτρας, και την ενδοκολπική, που είναι συνέχεια της πρώτης και προβάλλει μέσα στον κόλπο σχηματίζοντας τους θόλους, που αναφέραμε.

Ο αυλός του τραχήλου λέγεται ενδοτράχηλος, έχει σχήμα ατράκτου και προς τα πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο και προς τα κάτω στην κολπική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο.

Το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου στις άτεκνες γυναίκες είναι στρογγυλό, ενώ σ' αυτές, που γέννησαν ή έκαναν επεμβάσεις στην κοιλότητα της μήτρας, εμφανίζεται σαν εγκάρσια σχισμή.

## **Θέση**

Η μήτρα βρίσκεται μέσα στην πυελική κοιλότητα, ανάμεσα από την ουροδόχο κύστη και το ορθό, και γέρνει προς τα εμπρός, έτσι ώστε η οπίσθια επιφάνειά της να έρχεται προς τα πάνω και η πρόσθια προς τα κάτω.

Όταν η μήτρα βρίσκεται στη φυσιολογική της θέση, το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο αντιστοιχεί σε γραμμή, που ενώνει τις ισχιακές άκανθες της οστέινης πυέλου και ο πυθμένας της σε γραμμή, που ενώνει το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης με τον τέταρτο ιερό σπόνδυλο.

Η φορά του τραχήλου είναι ανάλογη με τη θέση της μήτρας. Έτσι, ο τράχηλος φέρεται προς τα κάτω και πίσω, σχηματίζοντας σχεδόν ορθή γωνία με τον άξονα του κόλπου, και το εξωτερικό του στόμιο βλέπει προς τον οπίσθιο κολπικό θόλο.

## **Στήριξη**

Στην παραπάνω φυσιολογική θέση κρατάνε τη μήτρα τα παρακάτω στοιχεία:

Στρογγυλοί σύνδεσμοι. Αυτοί είναι δύο και εκφύονται από τον πυθμένα της μήτρας, μπροστά από τα σημεία έκφυσης των σαλπίνγων, φέρονται στα πλάγια πυελικά τοιχώματα, περνάνε μέσα από τους βουβωνικούς πόρους και καταφύονται στα μεγάλα χείλη του αιδοίου.

Πλατείς σύνδεσμοι. Αυτοί βρίσκονται στα δύο πλάγια της μήτρας και παριστάνουν αναδιπλώσεις του πυελικού περιτοναίου. Μέσα στο ελεύθερο χείλος τους βρίσκονται οι σάλπιγγες και ανάμεσα στα πέταλά τους, που ξεχωρίζουν όσο κατεβαίνουμε από τις σάλπιγγες, σχηματίζονται τριγωνικοί χώροι, μέσα στους οποίους υπάρχουν τα παραμήτρια.

Τα παραμήτρια αποτελούνται από συνδετικό και λιπώδη ιστό, αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία, λεμφαδένες και νεύρα. Μέσα στα παραμήτρια βρίσκονται οι ουρητήρες μετά την είσοδό τους στη μικρή πυέλο. Από την ανάκαμψη του πυελικού περιτοναίου και το σχηματισμό των πρόσθιων και οπίσθιων πετάλων των πλατέων συνδέσμων σχηματίζονται δύο χώροι. Ο ένας βρίσκεται ανάμεσα από την ουροδόχο κύστη και την πρόσθια επιφάνεια της μήτρας και λέγεται κυστεομητρίαίο κόλπωμα ή πρόσθιος δουλγάσειος χώρος (από τον Douglas, που πρώτος τον περιέγραψε) και άλλος ανάμεσα από την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας και το ορθό και λέγεται ευθυμητρίαίο κόλπωμα ή οπίσθιος δουλγάσειος χώρος. Κάτω από τον οπίσθιο δουλγάσειο χώρο υπάρχει το ευθυκολπικό κόλπωμα ή πυθμένας του δουλγάσειου, γιατί περιτόναιο της οπίσθιας επιφάνειας του σώματος της μήτρας και της οπίσθιας επιφάνειας του τραχήλου συνεχίζει την πορεία του καλύπτοντας και το ανώτερο μέρος του οπίσθιου κολπικού τοιχώματος.

Πλάγιοι σύνδεσμοι (λέγονται και κύριοι ή εγκάρσιοι σύνδεσμοι ή σύνδεσμοι του Macken – rodt ). Αυτοί είναι δύο και εκτείνονται από τα πλάγια πυελικά τοιχώματα προς τον κόλπο και την υπερκολπική μοίρα του τραχήλου.

Ιερομητρίαίοι σύνδεσμοι. Αυτοί είναι δύο και εκφύονται από την περιοχή της

πυελικής επιφάνειας του ιερού οστού στο ύψος του 3<sup>ου</sup> 4<sup>ου</sup> ιερού σπονδύλου, περιβάλλουν το ορθό και καταφύονται στο κατώτερο τμήμα της οπίσθιας επιφάνειας της μήτρας, στο ύψος του εσωτερικού τραχηλικού στομίου.

Μητροκυστικοί σύνδεσμοι. Αυτοί είναι δύο, αντιστοιχούν στους ιερομητριάιους συνδέσμους και εκτείνονται από το κάτω μέρος της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας ως τη βάση της ουροδόχου κύστης.

Ανεκκτήρας μυς. Αυτός ανήκει στους εσωτερικούς μυς του περινέου και, μαζί με ολόκληρο το πυελικό έδαφος, συμβάλλει στη στήριξη της μήτρας.

## Υφή

Αφού ξεχωρίσαμε στην περιγραφή της μήτρας το σώμα της από τον τράχηλό της, θα περιγράψουμε και την υφή τους ξεχωριστά.

1) *Σώμα μήτρας.* Το σώμα της μήτρας αποτελείται από τρία τοιχώματα: το εξωτερικό ή περιμήτριο, το μεσαίο ή μυομήτριο και το εσωτερικό ή ενδομήτριο

- a) *Περιμήτριο.* Αυτό αποτελεί τον ορογόνο χιτώνα της μήτρας και είναι περιτοναϊκό πέταλο, που καλύπτει τη μήτρα, αφήνοντας ακάλυπτα τα πλάγια χείλη της και την πρόσθια επιφάνεια της υπερκοιλιακής μοίρας του τραχήλου.
- b) *Μυομήτριο.* Αυτό βρίσκεται κάτω από το περιμήτριο και αποτελείται από τρεις στιβάδες: την εξωτερική, τη μέση και την εσωτερική

*Εξωτερική στιβάδα.* Αποτελείται από κάθετες και εγκάρσιες λείες μυϊκές ίνες, που αρχίζουν από τον πυθμένα και φτάνουν ως τον τράχηλο. Οι εγκάρσιες ίνες καταλήγουν στους στρογγυλούς και στους πλατείς συνδέσμους και, λίγες από αυτές, στο μυϊκό τοίχωμα των σαλπίνγων.

*Μέση στιβάδα.* Είναι παχύτερη από τις άλλες και αποτελείται από αγκυλωτές ίνες. Οι ίνες αυτές βρίσκονται μόνο στο σώμα της μήτρας και περιβάλλουν τα αγγεία του μυομητρίου. Επίσης, εκτείνονται στους στρογγυλούς συνδέσμους και, μερικές από αυτές, στις σάλπιγγες. Τα μεγάλα φλεβικά αγγεία της την κάνουν να μοιάζει με σπόγγο.

Η μέση στιβάδα σταματάει στο ύψος του εσωτερικού τραχηλικού στομίου. Εκεί, συμπλέκεται με ίνες των άλλων στιβάδων και σχηματίζει σφιγκτήρα, που μόνο λειτουργική υπόσταση έχει και όχι ανατομική.

*Εσωτερική στιβάδα.* Αποτελείται από κάθετες και αγκυλωτές ίνες, περιβάλλει το ανώτερο τμήμα της μήτρας και γύρω από τα στόμια των σαλπίνγων σχηματίζει σφιγκτήρα. Η στιβάδα αυτή περιέχει βηματοδότες, που ρυθμίζουν την συσταλτικότητα της μήτρας. Πάνω στην εσωτερική στιβάδα ακουμπάνε οι πυθμένες των αδένων του ενδομητρίου.

γ) *Ενδομήτριο.* Κάτω από το μυομήτριο υπάρχει το σημαντικότερο τοίχωμα της μήτρας, το ενδομήτριο. Αυτό είναι βλεννογόνο, που καλύπτει την ενδομητρία κοιλότητα χωρίς την παρεμβολή υποβλεννογόνιου χιτώνα. Η σημαντικότητά του συνίσταται στο γεγονός, πως περιοδικά ανανεώνεται, ύστερα από απόπτωσή του (εμμηνορρυσία).

Το επιθήλιο του βλεννογόνου του ενδομητρίου είναι κυλινδρικό. Μερικά κύτταρα έχουν κροσσούς. Το ίδιο επιθήλιο επενδύει και τους αδένες του ενδομητρίου, που παριστάνουν κολπώματα σε σχήμα σωλήνα. Κάτω από το επιθήλιο του ενδομητρίου υπάρχει το χόριο ή το στρώμα, που περιέχει αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία και αδένες.

Το ενδομήτριο, κάτω από την επίδραση των ωθητικών ορμονών, διαφοροποιείται έτσι, ώστε ν' αποτελείται από δύο στιβάδες: τη βασική και τη λειτουργική.

*Βασική στιβάδα.* Αυτή βρίσκεται πάνω στο μυομήτριο και ελάχιστα επηρεάζεται από την ωοθηκική ορμονική δραστηριότητα.

*Λειτουργική στιβάδα:* Αυτή βρίσκεται πάνω στη βασική και αντανακλά τις μεταβολές της ωοθηκικής ορμονικής δραστηριότητας από την ήβη ως την εμμηνόπαυση. Μεταβολές, που έχουν σκοπό να προετοιμάσουν το ενδομήτριο να υποδεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Αν δεν συμβεί γονιμοποίηση η λειτουργική στιβάδα πέφτει. Την απόπτωσή της συνοδεύει αιμορραγία, που αποτελεί την εμμηνορρυσία.

Μετά την απόπτωση της λειτουργικής στιβάδας, η ενδομήτρια κοιλότητα μοιάζει με ανοιχτό τραύμα, που η επούλωσή του πραγματοποιείται σε διάστημα 2-3 ημερών.

2) *Τραχήλος.* Η υφή του τραχήλου δεν είναι όμοια με την υφή του σώματος της μήτρας, γιατί το μεγαλύτερο τμήμα του δεν καλύπτεται από ορογόνο χιτώνα, γιατί έχει περισσότερο συνδετικό ιστό και λιγότερες λείες μυϊκές ίνες και γιατί δεν διαθέτει συσταλτικότητα.

Ο αυλός του τραχήλου, ο ενδοτραχήλος, καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, που εμφανίζει καταδύσεις μέσα στο μυϊκό τοίχωμα. Το επιθήλιο αυτών των καταδύσεων, που δεν αποτελούν ουσιαστικές αδένες, παρακολουθεί τις μεταβολές του ωοθηκικού κύκλου.

Τα κύτταρα του επιθηλίου του ενδοτραχήλου είναι δύο ειδών. Αυτά, που έχουν βλεφαρίδες και αυτά, που δεν έχουν. Οι βλεφαρίδες των βλεφαριδοφόρων κυττάρων βρίσκονται στην επιφάνειά τους και κινούνται προς το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου υποβοηθώντας τη ροή της βλέννας προς τον κόλπο.

Τα κύτταρα, που δεν έχουν βλεφαρίδες, παράγουν βλέννα και με ρήξη της μεμβράνης τους τη στέλνουν στον ενδοτραχήλο.

Στην πρόσθια και στην οπίσθια επιφάνεια του ενδοτραχήλου υπάρχουν πτυχές ευδιάκριτες, όταν το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο είναι ανοιχτό, οι φοινικοειδείς πτυχές, γιατί μοιάζουν με φύλλα φοίνικα.

Η κολπική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από το ίδιο πλακώδες επιθήλιο, που καλύπτεται και ο κόλπος, ως το όριο του εξωτερικού τραχηλικού στομίου. Το επιθήλιο αυτό επηρεάζεται από την ορμονική ωοθηκική δραστηριότητα, όχι όμως όπως το κολπικό. Κάτω από το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου υπάρχει η βασική μεμβράνη, που φέρνει το επιθήλιο σε επαφή με τη μυϊκή στιβάδα του τραχήλου. Στο εξωτερικό στόμιο του τραχήλου δυνατό ν' ανεβρεθούν φραγμένες τραχηλικές καταδύσεις, που σχηματίζουν τα ωάρια του Naboth(Shapiro, 1999).

### **1.2.3 Σάλπιγγες ή ωαγωγοί**

**Περιγραφή.** Οι σάλπιγγες αποτελούν δύο λεπτούς σωλήνες, μήκους 10-12 εκ., που εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωοθήκες. Αποστολή τους είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους, για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να πετύχουν σύλληψη.

Οι σάλπιγγες πορεύονται κάτω από τα ελεύθερα χείλη των δύο πλατέων συνδέσμων και καλύπτονται από αυτούς, εκτός από τη λεπτή μοίρα της κάτω επιφάνειάς τους.

Η ανάκαμψη του περιτοναίου για το σχηματισμό των πλατέων συνδέσμων και την κάλυψη των σαλπίγγων σχηματίζει στο οπίσθιο πέταλό τους και ανάμεσα από τις σάλπιγγες και τους μητροθηκικούς συνδέσμους τα μεσοσαλπίγγιο. Δηλαδή, οι σάλπιγγες καλύπτονται από περιτόναιο, όπως ακριβώς και οι εντερικές έλικες. Το μεσοσαλπίγγιο αντιστοιχεί εδώ στο μεσεντέριο.

Ανάμεσα από τα δυο πέταλα των μεσοσαλπιγγίων υπάρχουν 6-12 λεπτά σωληνάκια, που φέρονται κάθετα και καταλήγουν σε οριζόντιο πόρο, τον πόρο του Gartner. Ο σχηματισμός αυτός των σωληναρίων λέγεται επωθήκιο.

Στο ίδιο μέρος και πλησιέστερα προς τη μήτρα, καμιά φορά, υπάρχει το παρωθήκιο. Αυτό αποτελείται από λίγα τυφλά σωληνάκια, που παριστάνουν υπολείμματα του μεσονέφρου.

Κάποτε, από το εξωτερικό άκρο του πόρου του Gartner κρέμεται κυστικός σχηματισμός, η υδστιίδα του Morgagni.

Τα στόμια των σαλπίνγων προς τα κέρατα της μήτρας είναι λεπτά και λέγονται μητριαία. Τα στόμια, που εκβάλλουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα, είναι μεγαλύτερα και λέγονται περοτοναϊκά.

Οι σάλπιγγες διακρίνονται σε τέσσερα τμήματα: το διάμεσο ή ενδοτοιχωματικό, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον κώδωνα.

**Διάμεσο ή ενδοτοιχωματικό.** Το τμήμα αυτό αντιστοιχεί στο μέρος εκείνο των σαλπίνγων, που ξεκινάει από τα κέρατα της μητριαίας κοιλότητας και περνάει μέσα από το μυϊκό τοίχωμα της μήτρας. Το μήκος του είναι 1-1,5 εκ.

**Ισθμός.** Το τμήμα αυτό αποτελεί το στενότερο μέρος των σαλπίνγων, έχει μήκος 3-4 εκ., διάμετρο 3-4 χιλ. και εμφανίζει περιορισμένη κινητικότητα.

**Λήκυθος.** Το τμήμα αυτό αποτελεί το ευρύτερο μέρος των σαλπίνγων, έχει μήκος 5-6εκ., διάμετρο 8-9 χιλ. και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα.

**Κώδωνας.** Το τμήμα αυτό έχει σχήμα χοάνης, βρίσκεται κοντά στις ωθήκες και καταλήγει σε 10-15 κροσσούς. Ένας από αυτούς είναι μεγαλύτερος, συνδέεται με την ωθήκη και λέγεται ωθητικός κροσσός ή σύνδεσμος των σαλπίνγων.

Ο κώδωνας εκβάλλει στην περιτοναϊκή κοιλότητα και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα, ιδιαίτερα τις ημέρες της ωοθυλακιορρηξίας, με σκοπό να εισροφήσει το απελευθερωμένο από την ωθήκη ωάριο.

## **Υφή**

Το τοίχωμα των σαλπίνγων αποτελείται από τρεις στιβάδες: την εξωτερική, τη μέση και την εσωτερική.

**Εξωτερική στιβάδα.** Αυτή είναι ορογόνος, που προέρχεται από την ανάκαμψη του πυελικού περιτοναίου στο σχηματισμό των πλατέων συνδέσμων. Η στιβάδα αυτή δεν καλύπτει το διάμεσο τμήμα των σαλπίνγων, αφού αυτό βρίσκεται μέσα στο μυϊκό χιτώνα της μήτρας, και λεπτή μοίρα κατά μήκος των κάτω επιφανειών των σαλπίνγων.

**Μέση στιβάδα.** Αυτή αποτελείται από επιμήκεις λείες μυϊκές ίνες εξωτερικά και κυκλωτερείς εσωτερικά. Οι μυϊκές ίνες δεν επεκτείνονται στους κροσσούς.

**Εσωτερική στιβάδα.** Αυτή αποτελεί το ενδοσαλπίγγιο, δηλαδή το βλεννογόνο των αυλών των σαλπίνγων. Το ενδοσαλπίγγιο χωρίζεται από τη μυϊκή στιβάδα με χόριο και το επιθήλιο του είναι μονόστιβο κυλινδρικό, που αποτελείται από τρία είδη κυττάρων: τα κροσσωτά (περισσότερα στη λήκυθο και στον κώδωνα), τα εμβόλιμα ή πασσαλοειδή και τα εκκριτικά, που δεν έχουν κροσσούς.

Το επιθήλιο των σαλπίνγων εμφανίζει πτυχές, που μεγαλώνουν την επιφάνεια του ενδοσαλπιγγίου κατά 15-30 φορές και βρίσκεται κάτω από την επίδραση των ωθητικών ορμονών, όπως και το κάτω από αυτό χόριο.

## **1.2.4 Ωοθήκες**

**Περιγραφή.** Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως οι όρχεις του άντρα. Είναι δύο, συμπαγείς στη σύσταση και έχουν το σχήμα και το μέγεθος αμυγδάλου. Το βάρος τους ανέρχεται σε 7-12 γραμ. και βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια



των πλατέων συνδέσμων, κάτω από τις σάλπιγγες και μέσα στα πλάγια και ανώτερα τμήματα της μικρής πυέλου, που λέγονται ωθηκικοί βόθροι.

Η επιφάνεια των ωθηκών στη γυναίκα, που βρίσκεται στην αναπαραγωγική ηλικία, είναι ανώμαλη, επειδή επηρεάζεται από την ωρίμανση των ωοθυλακίων, ωστόσο αυτά σπάζουν, σχηματίζουν ωχρο σωματίο και ύστερα μικροσκοπική ουλή. Έτσι, η επιφάνεια των ωθηκών εμφανίζεται διαφορετική στις φάσεις του ωθηκικού κύκλου. Μετά την εμμηνόπαυση οι ωθήκες μικραίνουν, γιατί ατροφούν, και η επιφάνειά τους είναι γεμάτη από εντυπώματα.

**Στήριξη.** Οι ωθήκες βρίσκονται στη θέση, που περιγράψαμε, στηριζόμενες από τους κρεμαστήρες συνδέσμους, τους μητρωθηκικούς ή ίδιους συνδέσμους και τα μεσωοθήκια αγγεία.

Κρεμαστήρες. Αυτοί εκφύονται από τη λαγόνια περιτονία και καταφύονται στους άνω πόλους των ωθηκών, έτσι που να μοιάζουν πως τις κρεμάνε. Μέσα από αυτούς περνάνε τα ωθηκικά αγγεία.

Μητρωθηκικοί ή ίδιοι σύνδεσμοι των ωθηκών. Αυτοί συνδέουν τους κάτω πόλους των ωθηκών με τα πλάγια τοιχώματα της μήτρας, πίσω από τις εκφύσεις των σαλπίγγων.

Μεσωοθήκια. Αυτά συνδέουν τα οπίσθια πέταλα των πλατέων συνδέσμων με τα πρόσθια χείλη των ωθηκών σχηματίζοντας στο σημείο των ενώσεών τους λεπτές ακρολοφίες, τις γραμμές του Farr. Τα οπίσθια χείλη των ωθηκών είναι ελεύθερα και στρέφονται προς τους ουρητήρες.

**Υφή.** Οι ωθήκες αποτελούνται από έξω προς τα μέσα από το βλαστικό επιθήλιο, τη φλοιώδη ουσία, τη μυελώδη ουσία και τις πύλες.

Βλαστικό επιθήλιο. Αυτό καλύπτει τις επιφάνειες των ωθηκών και αποτελείται από ένα στίχο πλατιών κυττάρων. Στο μέρος, που καλύπτει τα ωοθυλάκια, που ωριμάζουν, περιέχει σωματία, όμοια μεταλυσσώματα. Αυτά κάνουν το τοίχωμα του ώριμου ωοθυλακίου εύθραυστο τη στιγμή της ωοθυλακορρηξίας.

Φλοιώδης ουσία. Αυτή βρίσκεται κάτω από το βλαστικό επιθήλιο ύστερα από παρεμβολή του ινώδη χιτώνα, που αποτελεί λεπτή ζώνη, το πάχος της οποίας αυξάνεται σε παθολογικές καταστάσεις των ωθηκών και ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας.

Η φλοιώδης ουσία έχει ξεχωριστό ενδιαφέρον, γιατί μέσα σ' αυτή και ανάμεσα από συνδετικό ιστό, που λέγεται στρώμα υπάρχουν, σε διάφορα στάδια της ανάπτυξής τους, τα ωοθυλάκια που στη γενετησιακή ηλικία της γυναίκας φτάνουν τις 300.000. Επίσης, υπάρχουν ωχρά σωματία σε διάφορα στάδια ωρίμανσής τους.

Από τα ωοθυλάκια, όπως παρακάτω θα αναφέρουμε, παράγονται ορμόνες, που βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης. Αλλά και το στρώμα της φλοιώδους ουσίας βρίσκεται κάτω από την ίδια επίδραση και μεταβάλλεται στη διάρκεια του ωθηκικού κύκλου.

Μυελώδης ουσία. Αυτή βρίσκεται στο κέντρο των ωθηκών και αποτελείται από συνδετικό ιστό, αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία, νεύρα και εμβρυϊκό υπόλειμμα.

Πύλες. Είναι το μέρος των ωθηκών από το οποίο εισέρχονται τα αγγεία και τα νεύρα τους. Στις πύλες των ωθηκών υπάρχουν κύτταρα, που μοιάζουν με τα κύτταρα του Leyding των όρχεων. Πιστεύεται, πως αυτά παράγουν ανδρογόνες ορμόνες.

## Διάπλαση

Το εσωτερικό γεννητικό σύστημα της γυναίκας διαπλάθεται μαζί με το ουροποιητικό της από το οπίσθιο τοίχωμα του αρχέγονου σπλαχνικού κοιλώματος του εμβρύου. Η καταβολή του αρχίζει όταν αυτό έχει ηλικία 3-4 εβδομάδων και τελειώνει τη διαφοροποίησή του την 7<sup>η</sup> εβδομάδα.

Η καταβολή του εσωτερικού γεννητικού συστήματος αντιπροσωπεύεται από δύο μάζες κυττάρων, που λέγονται αμετάπλαστοι γεννητικοί αδένες και αποτελούν το πρωταρχικό στάδιο των γονάδων (ωοθηκών, όρχεων).

Όταν το θηλυκό έμβρυο βρίσκεται στην 7<sup>η</sup>- 8<sup>η</sup> εβδομάδα της ζωής του, οι αμετάπλαστοι γεννητικοί αδένες διαφοροποιούνται σε ωοθήκες. Αυτό γίνεται με την προοδευτική ανάπτυξη της φλοιώδους ουσίας των ωοθηκών, μέσα στην οποία βρίσκονται διάσπαρτα τα γεννητικά κύτταρα, και με τον περιορισμό της ανάπτυξης της μυελώδους ουσίας τους κοντά στις πύλες των ωοθηκών.

Παράλληλα με τη διάπλαση των γεννητικών αδένων και τη διάπλαση των πόρων του Wolff (αποχετευτικοί αγωγοί των μεσονέφρων) και από το έξω μέρος αυτών, σχηματίζονται, κατά μήκος τους, δυο άλλοι πόροι. Αυτοί, προς το πάνω μέρος τους εκβάλλουν ελεύθεροι μέσα στο σπλαχνικό κοίλωμα και προς το κάτω μέρος τους κοντά στις εκβολές των πόρων του Wolff, δηλαδή στην αμάρα ή κλοάκη.

Οι παρακάτω νέοι πόροι είναι οι πόροι του Muller. Από αυτούς διαπλάθονται τα υπόλοιπα γεννητικά όργανα της γυναίκας. Ειδικότερα, από το ανώτερο μέρος τους διαπλάθονται οι σάλπιγγες. Από το κατώτερο μέρος τους, που σμίγει με το αντίστοιχό του στις αρχές του τρίτου εμβρυϊκού μήνα, διαπλάθεται η μήτρα και κατά ένα μέρος ο κόλπος. Στη διάπλαση του κόλπου συμμετέχει και ο ουρογεννητικός κόλπος, από τον οποίο σχηματίζονται και οι αδένες του προδρόμου του κόλπου.

Στον τέταρτο εμβρυϊκό μήνα, με υπερπλασία του επιθηλίου του ουρογεννητικού κόλπου, διαπλάθεται στη θέση του φύματος του Müller, ο παρθενικός υμένας.

Στον έκτο εμβρυϊκό μήνα, το επιθήλιο, που καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια της μήτρας, αποκτάει βλαστήματα, από τα οποία σχηματίζονται οι αδένες του ενδομητρίου.

Με την κυκλοφορία των οιστρογόνων ορμονών εκφυλίζονται οι πόροι του Wolff και συμπληρώνεται η ανάπτυξη του εσωτερικού γεννητικού συστήματος. (Ομάδα γυναικών Βοστόνης, 1981)

## 1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σε χώρες όπου η υγειονομική παρακολούθηση είναι καλά οργανωμένη και τα Σ.Μ.Ν. είναι υποχρεωτικώς δηλούμενα, ο προσδιορισμός των επιδημιολογικών παραμέτρων είναι ακριβής.

Στη χώρα μας γίνεται δήλωση και υπάρχουν τα σχετικά στοιχεία στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, όμως η δήλωση δεν γίνεται πάντα γιατί δεν είναι επιθυμητή από τους αρρώστους.

Στο νοσοκομείο «Α. Συγγρός» λειτουργεί γραφείο Στατιστικής και Επιδημιολογικής Παρακολούθησης. Οι παράμετροι των αφροδίσιων νοσημάτων (Α.Ν.) που προέρχονται από το γραφείο αυτό είναι ακριβείς και εκφράζουν δειγματοληπτικά τις ροπές των Α.Ν. στη χώρα μας([www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr) 12/7/2010).

Γενικότερα όμως μια αύξηση της συχνότητας των αφροδίσιων νόσων παρατηρήθηκε από το 1925 έως το 1955 διεθνώς με αιχμή το 1942-1945 κατά τη διάρκεια του II Παγκοσμίου πολέμου. Η πτώση της συχνότητας γενικά υπήρξε σχεδόν κατακόρυφη μετά το 1955 για να ακολουθήσει μικρή αλλά σταθερή άνοδος στη δεκαετία του 1960 και μέχρι το μέσον της δεκαετίας του 1970, οπότε η ανοδική τάση της συχνότητας των αφροδίσιων νοσημάτων υπήρξε μεγαλύτερη και ανησυχητική, ιδιαίτερα από το 1978 και ύστερα.

Τα ίδια παρατηρήθηκαν και στη χώρα μας με ηπιότερες όμως διακυμάνσεις και με χαμηλού ύψους παραμέτρους. Στην περίπτωση όμως των οξυτενών κονδυλωμάτων η αύξηση της συχνότητας έχει τριπλασιασθεί από το 1973 έως το 1983([www.avert.org](http://www.avert.org) 30/9/2010).

Επιδημιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα των αφροδίσιων νοσημάτων είναι

### α) Ιατρογενείς:

1. Γυναίκες με ασυμπτωματική νόσο (ιδίως βλεννόρροια)
2. Ομοφυλόφιλοι άνδρες- ασυμπτωματικοί
3. Αποτυχία θεραπευτικής αγωγής είτε λόγω ελλιπούς δόσεως είτε λόγω αναπτυσσόμενης αντιστάσεως (φαρμακοάντοχος γονόκοκκος, αδρανοποίηση της πενικιλίνης ένεκα παρουσίας ειδικού σταφυλόκοκκου)
4. Χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών με αποτέλεσμα είτε έλλειψη προστασίας είτε έλλειψη αναστολών και μεγαλύτερο αριθμό επαφών και εναλλαγή ερωτικών συντρόφων
5. Πρωϊμότερη ωρίμανση των γυναικών, σε σύγκριση με 40-80 χρόνια νωρίτερα (νωρίτερη έμμηνος ρύση) με αποτέλεσμα πρωϊμότερη έναρξη σεξουαλικής ζωής.

### β) Κοινωνικοί παράγοντες:

1. Μετακίνηση πληθυσμών (τουρισμός- πολεμικές συρράξεις)
2. Αύξηση του χρόνου ανάπαυσης και διακοπών
3. Εύκολη μετακίνηση από πόλη σε πόλη και από χώρα σε χώρα
4. Αύξηση του αλκοολισμού
5. Χαλάρωση των ηθών. Η άποψη αυτή δεν είναι δογματική θέση αλλά στηρίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια και μετρήσεις.
6. Ευκολότερη και πιο ελεύθερη διακίνηση των εκδιδόμενων γυναικών
7. Συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων
8. Άγνοια που επιτείνεται από την άποψη ότι τα αφροδίσια νοσήματα είναι χωρίς σημασία.

### γ) Βασικοί παράγοντες:

1. Η νόσηση του ενός ερωτικού συντρόφου και η μετάδοση στον άλλον  
και
2. Η προϋπόθεση πολλαπλών σεξουαλικών επαφών (εκδιδόμενες γυναίκες, ομοφυλόφιλοι)

Με την εμπειριστατωμένη μελέτη των επιδημιολογικών παραγόντων γίνεται δυνατή η λήψη σωστών και αποτελεσματικών μέτρων προληπτικής ιατρικής στον τομέα αυτό([www.avert.org](http://www.avert.org) 30/9/2010).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

## 2.1 Σεξουαλικότητα

Το σεξ, είναι η έκφραση της ανθρώπινης επιθυμίας και ικανοποίησης στην προσδοκία της επιλογής ενός συντρόφου. Η ικανοποίηση και η απόλαυση είναι το κίνητρο και η ανάγκη της ανθρώπινης ζωής και της σχέσης των συντρόφων. Η σεξουαλικότητα, έρχεται με τη γέννηση του ενστίκτου, οργανώνεται με την ψυχοσυναισθηματική ωρίμανση και διεκδικείται με την αναζήτηση ενός άλλου ανθρώπου. Σεξ ονομάζεται ο ανθρώπινος σεξουαλικός κύκλος που χαρακτηρίζει την πλήρη ωρίμανση της μοναδικότητας και συντροφικότητας του ανθρώπινου είδους. Η γνώση, η μάθηση, η σκέψη και το συναίσθημα οριοθετούν τη σεξουαλικότητα του ανθρώπου και καθορίζουν τη στάση ζωής του μέσα στην κοινωνία.

Η σεξουαλικότητα αναφέρεται στην έκφραση της ψυχικής και βιολογικής λειτουργίας που στοχεύει στη σωματική ικανοποίηση και συναισθηματική πληρότητα δια μέσου της ηδονής. Είναι μια έννοια πολυδιάστατη, που αφορά στη βιολογική, γνωστική, ψυχική, συναισθηματική και κοινωνική πλευρά του ατόμου. Ξεκινάει από την γέννηση, οργανώνεται με την ψυχοσυναισθηματική ωρίμανση και διεκδικείται με την αναζήτηση συντρόφου.

Με τον όρο «σεξουαλικότητα» εννοούμε κάθε εκδήλωση της ζωής και της συμπεριφοράς ενός οργανισμού, που συνδέεται με την ύπαρξη δυο διαφορετικών φύλων. Η «σεξουαλικότητα» περιλαμβάνει τις βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και ηθικές πλευρές της σεξουαλικής ζωής. Δεδομένου, ότι η σεξουαλικότητα εκδηλώνεται τόσο στο επίπεδο της συμπεριφοράς όσο και στο επίπεδο της φυσιολογίας, η μελέτη της αποτελεί σημείο επαφής της βιολογίας, της κοινωνιολογίας, της ανθρωπολογίας και της ψυχολογίας. Από τη στενή βιολογική άποψη, τελικός σκοπός της σεξουαλικότητας είναι η αναπαραγωγή. Οι σεξουαλικές σχέσεις στην ανθρώπινη κοινωνία χρησιμεύουν τόσο για την αναπαραγωγή όσο και για την ανάπτυξη δεσμών μεταξύ ατόμων διαφορετικού (κατά κανόνα) φύλου. Οι δύο αυτές λειτουργίες ήταν μέχρι πρόσφατα αναπόσπαστα συνδεδεμένες. Με την εισαγωγή όμως μεθόδων ελέγχου της γονιμότητας, οι δύο αυτές λειτουργίες της σεξουαλικής σχέσης μπορεί να ξεχωρίζονται και ίσως στο μέλλον η σεξουαλικότητα να αποκτήσει ακόμη μεγαλύτερη σημασία ως μέσο προσωπικών σχέσεων, ανεξάρτητα από την αναπαραγωγική λειτουργία της.

Η σεξουαλικότητα είναι αναπόσπαστο μέρος της ζωής μας και επηρεάζει τη διαμόρφωση της προσωπικής ταυτότητας του ατόμου. Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα αρχίζει με την γέννηση και συνεχίζεται σε προχωρημένη ηλικία. Οι διαθέσεις και οι αξίες των νέων που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα είναι εξαρτημένες από τις πολιτισμικές ρίζες και καθορίζονται από την οικογένεια, τη θρησκεία, τους φίλους, την κοινωνία, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, τα οικονομικά και το σχολείο (Tiefer, 1982).

Η σεξουαλικότητα υπήρξε ένα κομμάτι της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Κατά την εξέλιξη του ανθρώπου, η έκφραση της σεξουαλικότητας έχει επηρεαστεί από διαφορετικά ήθη και έθιμα- συμπεριφορές και πρακτικές. Γι' αυτό η σεξουαλική συμπεριφορά είναι διαφορετική σε διάφορες θρησκείες και πολιτισμούς, ηπείρους και χώρες.

Η σεξουαλικότητα είναι από τα βασικά δεδομένα της ζωής, μια φυσιολογική κατάσταση ισορροπίας, που δημιουργεί την ανθρώπινη ύπαρξη και διασφαλίζει το ότι αυτή θα συνεχίζεται.

Η ψυχική, σωματική και πνευματική ωρίμανση του ανθρώπου μέσα από το σεξ, το σεξουαλικό ρόλο και τη σεξουαλική συμπεριφορά που υιοθετεί εκφράζει ουσιαστικά τη προσδοκία της συναισθηματικής πληρότητας του εαυτού του και του συντρόφου του.

Η συμμόρφωση και η εμπέδωση της σωστής συμπεριφοράς απελευθερώνει τη σεξουαλικότητα του ατόμου και ωριμάζει την αυτοπεποίθησή του (Tiefer, 1982).

## 2.2 Φυσική εξέλιξη της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων

Ο σεξουαλικός ρόλος ενός ανθρώπου χαρακτηρίζεται από τη σεξουαλική ταυτότητα (δηλαδή την ταυτότητα φύλου, τον σεξουαλικό προσανατολισμό και την προσδοκία), τη σεξουαλική λειτουργία, δηλαδή την επιθυμία, τη διέγερση και τον οργασμό, αλλά και τη σεξουαλική ικανοποίηση, δηλαδή τη συναισθηματική πληρότητα και την ευχαρίστηση που αντλεί το άτομο από την έκφραση της σεξουαλικότητάς του.

Οι **φάσεις της σεξουαλικής λειτουργίας** είναι τέσσερις. Η φάση της επιθυμίας, της διέγερσης, του οργασμού και της αποκατάστασης (ηρεμίας). Η ολοκληρωμένη σεξουαλική δραστηριότητα προϋποθέτει την αλληλοδιαδοχή όλων των φάσεων. Πιο αναλυτικά :

1) **Επιθυμία** : είναι το ψυχικό ερέθισμα που λειτουργεί στον εγκέφαλο και των δυο φύλων, καταγράφοντας την επιλογή ενός ανθρώπου για σεξουαλική επαφή και ολοκλήρωση. Προϋπόθεση της επιθυμίας είναι η ψυχική και βιολογική υγεία. Είναι η αρχική εικόνα της προετοιμασίας των ερεθισμάτων που το μυαλό αφυπνίζεται, ενεργοποιώντας με τις εγκεφαλικές ορμόνες το στάδιο της διέγερσης.

2) **Διέγερση** : η ψυχική επιθυμία ενεργοποιεί τη σωματική αντίδραση, που στον άνδρα εκφράζεται με τη στυτική διέγερση και σκληρότητα του πέους και στη γυναίκα με την κολπική εφύγραση, την κλειτοριδική αύξηση, καθώς και την διόγκωση των μαστών, έτσι ώστε να ξεκινήσει η προετοιμασία της σεξουαλικής πράξης και ολοκλήρωσης.

3) **Οργασμός** : είναι η τελική φάση της ψυχικής και σωματικής διέγερσης και των δύο φύλων που από τον εγκέφαλο μέχρι και τα γεννητικά όργανα, τόσο στον άνδρα όσο και στη γυναίκα, επιτελούνται λειτουργικές και φυσιολογικές αντιδράσεις της νεύρωσης και αιμάτωσης του ανθρωπίνου σώματος, που η ηδονή ως κυρίαρχο όπλο της σεξουαλικής συμπεριφοράς εκφράζει. Ο οργασμός σηματοδοτεί την ψυχοσυναισθηματική ικανοποίηση του ατόμου και την ψυχική πληρότητα που έρχεται από αυτόν, μαζί με τη βιολογική συμμετοχή των γεννητικών οργάνων και της αντίστοιχης σύσπασης των μυών της περιοχής. Στον άνδρα ο οργασμός ταυτίζεται με την εκσπερμάτωση, ενώ στην γυναίκα με την αυξημένη κολπική εφύγραση, τις συσπάσεις του κόλπου και της μήτρας, την αύξηση των σφίξεων, των αναπνοών και της αρτηριακής πίεσης. Ο οργασμός είναι μια φυσιολογική λειτουργία που δηλώνει για τον άνδρα περισσότερο τη βιολογική και ψυχική ολοκλήρωση και για τη γυναίκα την πιο έντονη συναισθηματική λειτουργία της ψυχικής αποδοχής της ερωτικής πράξης (Tiefer, 1982).

4) **Αποκατάσταση** (ηρεμία) : με το πέος της σεξουαλικής λειτουργίας, επέρχεται η αποφόρτιση των σωματικών κριτηρίων της διέγερσης, αλλά και η ψυχική επαναφορά της ηρεμίας του ατόμου στην ψυχολογική κατάσταση που βρισκόταν προ της έναρξης της σεξουαλικής διαδικασίας. Η φάση αυτή θεωρείται ως το κλείσιμο της ψυχικής και σωματικής έντασης, προσφέροντας στο άτομο τη συναισθηματική ικανοποίηση μετά τη σεξουαλική επαφή.

Η σεξουαλική συμπεριφορά του ανθρώπου ήταν και εξακολουθεί να είναι ένα από τα δυσκολότερα θέματα για μια βαθύτερη μελέτη του ανθρώπου. Η οποία έχει σαν αντικείμενο της τις ατομικές σχέσεις ανάμεσα στους ανθρώπους, με την δυναμική τους και τις διαφορές τους, όσο και τη πραγματική αναπαραγωγική συμπεριφορά (Ηλιάδου & Παλάσκα, 2008).

## 2.3 Σεξουαλικές συνήθειες και δυσκολίες των νέων.

Οι νέοι αντιμετωπίζουν μέσα σε μία σχέση ή εκτός σχέσης διάφορα προβλήματα ψυχολογικής και οργανικής φύσεως, που μπορεί να επηρεάσουν τη σεξουαλική τους ζωή.

- Τα **προβλήματα διέγερσης** παρουσιάζονται σε πολλά άτομα νεαρής ηλικίας, αναφέροντας ότι αν και νιώθουν επιθυμία και προσμένουν τη σεξουαλική απόλαυση, όταν η δραστηριότητα αρχίζει, δε νιώθουν να αυξάνεται η διέγερσή τους. Συχνά νιώθουν ευχαρίστηση, αλλά η διέγερσή τους δεν εκδηλώνεται φυσιολογικά με στύση ή με έκκριση κολπικών υγρών ( που προκαλούνται από την αυξημένη παρουσία του αίματος στη περιοχή της λεκάνης). Όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο, τα άτομα αυτά γίνονται συχνά, ανυπόμονα, δειλά, ή νιώθουν αμηχανία για τις δυσκολίες της επίδοσής τους (ή του συντρόφου τους), αντί να απολαύσουν τα οποιαδήποτε αισθητηριακά ερεθίσματα, που τους προσφέρει η στιγμή. Τα αρνητικά αισθήματα ενισχύουν ακόμα περισσότερο την αναστολή της διέγερσης. Τέτοια κυκλοθυμικά προβλήματα μπορούν να συμβούν είτε στην αρχή της σεξουαλικής ανταπόκρισης, είτε αργότερα και έτσι ένα άτομο μπορεί να μη νιώσει καμία αύξηση της διέγερσής του ή μόνο μια πολύ μέτρια διέγερση.
- Τα **προβλήματα οργασμού** κατέχουν σημαντική θέση στις σεξουαλικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι σημερινοί άνθρωποι στο σύγχρονο τρόπο ζωής. Αν και η αντρική εκσπερμάτωση είναι φυσιολογικά διαφορετική από τον οργασμό, είναι καλύτερο να τονιστεί το τελευταίο φαινόμενο, για να παραλληλιστεί με τον γυναικείο οργασμό. Οι άνθρωποι αναφέρουν δυο είδη προβλημάτων σχετικά με τον οργασμό. Είτε απουσιάζει, και η σεξουαλική διέγερση συνεχίζεται, αλλά δεν αποκορυφώνεται σ' εκείνο το είδος της εκρηκτικής στιγμής, που τα άτομα προσμένουν, είτε συμβαίνει πολύ σύντομα, προτού νιώσει το άτομο ότι είναι έτοιμο για να νιώσει τον οργασμό. Και τα δυο αυτά προβλήματα παρουσιάζονται και στα δυο φύλα, αν και το πρώτο αναφέρεται πιο συχνά από τις γυναίκες και το δεύτερο από τους άνδρες.

Άλλα προβλήματα, που αρχικά εμφανίστηκαν σαν προβλήματα επίδοσης και διαφορετικά απ' όσα περιγράφηκαν πιο πάνω, μπορεί, συχνά, να ανήκουν στην ίδια κατηγορία. Ο άνδρας που διατηρεί τη στύση του, αλλά τη χάνει με την είσοδο του πέους, υποφέρει από δυσκολίες διατήρησης της διέγερσης. Η γυναίκα που δε μπορεί να φτάσει σε οργασμό με το σύντροφο της, αλλά μόνη της, υποφέρει επίσης, από μια ανικανότητα να φτάσει σε αρκετά υψηλό επίπεδο διέγερσης.

Υπάρχει, όμως και μία ολόκληρη σειρά προβλημάτων, που έχουν να κάνουν λιγότερο με την επίδοση και περισσότερο με την εκλογή ενός μη συμβατικού συντρόφου, όπως το άτομο που διεγείρεται από παιδιά, ή που χρειάζεται ορισμένες τεχνικές προϋποθέσεις, ή έχει κάποιες άλλες ασυνήθιστες προτιμήσεις.

Τα κυριότερα οργανικά προβλήματα που ασκούν σημαντική επιρροή και στη σεξουαλική ζωή των νέων κυρίως ανθρώπων είναι, η παρατεταμένη χρήση οινόπνευματών, και οι παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων (π.χ. ηρεμιστικών ή ναρκωτικών ) (Tiefer, 1982)

Οι νέοι ως επί το πλείστον, αν και έχουν επίγνωση του κινδύνου και των τρόπων προφύλαξης και παρότι έχουν τις «ορθές», κατά την αγωγή υγείας, στάσεις και αντιλήψεις, δε φαίνεται να χρησιμοποιούν, σε απόλυτους αριθμούς, συχνά προφυλάξεις- ή αν τις χρησιμοποιούν, τις χρησιμοποιούν με ασυνέπεια. Οι περισσότεροι νέοι αν και γνωρίζουν ότι απαιτείται η χρήση προφύλαξης για την υγεία τους, θεωρούν ότι :

1. Δεν μπορούν να την εφαρμόσουν προσωπικά
2. Δεν ταιριάζει καθόλου με τη σεξουαλική συμπεριφορά
3. Ορίζεται και περιορίζεται από την αντίληψή τους για τη σχέση που έχουν. Πολλοί είπαν ότι θα μπορούσαν να υιοθετήσουν, αν ήθελαν, λογική συμπεριφορά, αλλά – προς το παρόν – δε θέλουν («μια φορά είσαι νέος»)

Επίσης η ερωτική πράξη κυριαρχείται και από εγγενείς ορμές που είναι φυσικό ελκύουν μη συνειδητά ελεγχόμενες και λογικά ακατανόητες συμπεριφορές.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια η σεξουαλική συμπεριφορά των νέων έχει αλλάξει σημαντικά στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ερωτικού συντρόφου σε πολύ νεαρή ηλικία, η απάλειψη της προκατάληψης ότι η προγαμιαία σεξουαλική επαφή είναι ανεπίτρεπτη, η αναθεώρηση του ιδανικού, της αγνότητας και η γεφύρωση του χάσματος της διπλής ηθικής για τα δυο φύλα έχει συντελέσει σε μια αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας των νέων. Ο αριθμός των προγαμιαίων ερωτικών συντρόφων, π.χ., έχει αυξηθεί, σύμφωνα με τα σχετικά στατιστικά στοιχεία, και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η απειλή του AIDS δε φαίνεται να έχει, ακόμα, μειώσει τη σεξουαλική δραστηριότητα των νέων. Παράλληλα είναι σημαντική για τη μελέτη της σεξουαλικής συμπεριφοράς η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής. Σε πολλές έρευνες ( Laumann et al. 1994, Bozon, 1996) έχει βρεθεί ότι η ηλικία της πρώτης ερωτικής επαφής είναι ένας ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας της ενήλικης σεξουαλικής ζωής. Αυτοί που αρχίζουν νωρίς έχουν περισσότερους ερωτικούς συντρόφους, έχουν περισσότερες ερωτικές επαφές και επιδίδονται συχνότερα σε άλλους είδους επαφές, εκτός από την καθιερωμένη, σε σύγκριση με αυτούς που αρχίζουν αργότερα. Οι Wellings και Bradshaw (1994), στην έρευνά τους στη Μεγάλη Βρετανία, βρήκαν ότι αυτοί που έχουν νωρίς την πρώτη σεξουαλική επαφή χρησιμοποιούν προφυλακτικό λιγότερο συχνά και συνεπώς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο τόσο για ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, όσο και για μόλυνση από τον HIV και τα άλλα ΣΜΝ(Ασκητής, 2005).

Η σεξουαλική συμπεριφορά των νέων μπορεί να χαρακτηριστεί είτε ως ορόσημο της σεξουαλικής τους εξέλιξης, είτε ως πεδίο επικίνδυνης συμπεριφοράς.

Ακόμη είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν σήμερα το πιο συχνό πρόβλημα υγείας στη νεολαία, διότι οι νέοι δε παίρνουν τις απαραίτητες προφυλάξεις ώστε να αποφευχθούν οι βλαβερές συνέπειες.

Οι λόγοι είναι οι εξής:

- Τολμούν τη λήψη σεξουαλικών κινδύνων. Πολλές φορές πειραματίζονται «ελέγχοντας τα όρια τους».
- Δε χρησιμοποιούν προφυλακτικά μέτρα. Επιδεικνύουν συμπεριφορά υψηλού κινδύνου σε θέματα ασφάλειας και σεξουαλικής δραστηριότητας.
- Δεν έχουν σωστή και επαρκή πληροφόρηση για τα νοσήματα αυτά.
- Τα τελευταία χρόνια εξαιτίας των μακροχρόνιων σπουδών και η καθυστερημένη είσοδος στη παραγωγική διαδικασία, έχουν ως αποτέλεσμα τη λεγόμενη «παρατεταμένη εφηβεία». Τα αποτελέσματα είναι μεγαλύτερο διάστημα σχέσεων, συχνότεροι σεξουαλικοί σύντροφοι και αυξημένος κίνδυνος για ΣΜΝ.

Δυστυχώς, η γνώση γύρω από την σεξουαλικότητα, την αναπαραγωγή και την αντισύλληψη έρχεται συχνά πολύ αργά, μετά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι αρνητικές επιπτώσεις της έκφρασης της σεξουαλικότητας των εφήβων έχουν καταστήσει επιτακτική την ανάγκη για σεξουαλική αγωγή. Χρόνια υπήρχε μια αντίθεση μεταξύ του ρόλου της σεξουαλικής αγωγής και της ενημέρωσης από τους γονείς γύρω από θέματα αντισύλληψης. Η σεξουαλική αγωγή έχει ελάχιστα διαδοθεί επειδή συντηρητικά στοιχεία της κοινωνίας θεωρούν ότι η σεξουαλική αγωγή ουσιαστικά αποκαλύπτει στους νέους πρακτικές που διαφορετικά δεν θα είχαν υιοθετήσει ποτέ. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει απόδειξη ότι η σεξουαλική αγωγή προκαλεί αύξηση του ποσοστού των ενεργών σεξουαλικά εφήβων. Αντίθετα, καθυστερεί αποτελεσματικά την έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας, αυξάνει την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και μειώνει την υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά(Ασκητής, 1995).



## 2.4 Σεξουαλικός προσανατολισμός και παρεκκλίσεις στη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου.

Οι επιλογές των ενήλικων ανθρώπων για το αν θα κάνουν σεξ με άτομα του ίδιου ή του άλλου φύλου, φαίνεται από μελέτες που έχουν γίνει ότι επηρεάζονται σε μικρό ποσοστό από τη νοοτροπία και τη στάση της οικογένειας αλλά και της κοινωνίας. Αντίθετα οι κληρονομικοί, γενετικοί παράγοντες και τα μοναδικά βιώματα ή οι εμπειρίες του κάθε ατόμου έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στην επιλογή του σεξουαλικού συντρόφου και του φύλου που θα έχει.

Υπάρχουν πολλές θεωρίες σχετικά με τη προέλευση του σεξουαλικού προσανατολισμού ενός ανθρώπου.

Οι περισσότεροι επιστήμονες σήμερα συμφωνούν ότι ο σεξουαλικός προσανατολισμός (ομοφυλοφιλία, ετεροφυλοφιλία) είναι το αποτέλεσμα σύνθετων αλληλεπιδράσεων περιβαλλοντικών, γνωσιακών και βιολογικών παραγόντων.

Στους περισσότερους ανθρώπους, ο σεξουαλικός προσανατολισμός τους διαμορφώνεται πολύ νωρίς στη ζωή τους, σε πρώιμη ηλικία. Υπάρχουν επίσης πολλά πρόσφατα στοιχεία που τεκμηριώνουν ότι η βιολογία του ατόμου περιλαμβάνει γενετικούς ή εγγενείς ορμονικούς παράγοντες, που παίζουν σημαντικό ρόλο στην έκφραση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και προσανατολισμού του ατόμου.

Είναι σημαντικό να συγκρατήσουμε ότι υπάρχουν πιθανότατα πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν το σεξουαλικό προσανατολισμό και τις επιλογές ενός ατόμου. Αυτοί οι παράγοντες ποικίλλουν ανάλογα με το άτομο. Ο σεξουαλικός προσανατολισμός δεν είναι κάτι που μπορεί να το επιλέξει ο άνθρωπος. Έχει διαφορετική έννοια από τη σεξουαλική συμπεριφορά. Ο σεξουαλικός προσανατολισμός αναφέρεται σε αισθήματα και στην εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του. Οι άνθρωποι έχουν την ίδια δυνατότητα να εκφράσουν αν θέλουν το σεξουαλικό τους προσανατολισμό στη σεξουαλική τους ταυτότητα. Παρά το γεγονός ότι οι άνθρωποι μπορούν να επιλέγουν να επιδρούν στα συναισθήματά τους, εντούτοις οι ψυχολόγοι δε θεωρούν ότι ο σεξουαλικός προσανατολισμός είναι μια ενσυνείδητη επιλογή η οποία μπορεί εκουσίως να μεταβληθεί.

Δηλαδή η σεξουαλική ταυτότητα του ατόμου καθορίζεται από την ταυτότητα του φύλου, τη σεξουαλική προσδοκία και τον προσανατολισμό της σεξουαλικής ζωής του ατόμου. Ο τρόπος που εκφράζει το άτομο τη σεξουαλικότητά του καθορίζεται από το πώς αισθάνεται με την «αρσενικότητα» ή τη «θηλυκότητα» του, από το τι είδους άτομα το ελκύουν, αλλά και από τα πρότυπα που έχει εσωτερικεύσει για το τύπο του άνδρα ή της γυναίκας που το ελκύει.

Το φύλο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας, της συμπεριφοράς και των διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου από τη γέννησή του ως το τέλος της ζωής του. Η ταυτότητα του φύλου είναι η εσωτερική αίσθηση «αρρενωπότητας» ή «θηλυκότητας», η αίσθηση δηλαδή ότι είναι αγόρι ή κορίτσι, άνδρας ή γυναίκα. Η ταυτότητα του φύλου έχει δυο διαστάσεις, τη βιολογική και την ψυχοκοινωνική.

**Ο σεξουαλικός προσανατολισμός** αποτελεί μια βίο-συναισθηματική έκφραση και για τον καθορισμό του εμπλέκονται βιολογικοί, αλλά και ψυχολογικοί μηχανισμοί. Αρχίζει να οργανώνεται από τη παιδική ηλικία και διαμορφώνεται στα χρόνια της ήβης, για να ολοκληρωθεί στο κλείσιμο της εφηβικής ηλικίας, που ουσιαστικά ανοίγει η σεξουαλική δραστηριότητα από το πέρασμα της πρώτης φοράς στη σεξουαλική ζωή του ατόμου.

Ακόμα, καθορίζεται από την πολύπλοκη αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών, βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων του φύλου, που διαφέρουν από άτομο σε άτομο, εναρμονίζοντας το ψυχικό με το σωματικό εγώ. Η ολοκληρωμένη του εικόνα σηματοδοτεί τη συμπεριφορά του ατόμου κατά την ενήλικη περίοδο ως αποτέλεσμα της ωρίμανσης, βιολογικής και ψυχολογικής, και της ένταξης του ατόμου στη συνειδητή στάση απέναντι σε

ένα άλλο άτομο.

Δηλαδή, ο προσανατολισμός της σεξουαλικής ζωής είναι η κατάσταση επίγνωσης της ταυτότητας του εαυτού του και του περιβάλλοντός του, όσον αφορά τη σεξουαλική τοποθέτηση του ατόμου. Αναφέρεται, δηλαδή, στο αν το άτομο είναι ετεροφυλόφιλο, ομοφυλόφιλο ή αμφισεξουαλικό. Ο σεξουαλικός προσανατολισμός του ατόμου προσδιορίζει την έλξη.

Πιο αναλυτικά, **ετεροφυλόφιλα** είναι τα άτομα που έλκονται σεξουαλικά από άτομα του αντίθετου φύλου.

**Ομοφυλόφιλα** είναι τα άτομα εκείνα που έλκονται από τα άτομα του ίδιου φύλου.

**Αμφιφυλόφιλα** καλούνται τα άτομα που νιώθουν σεξουαλική έλξη τόσο για άτομα του ίδιου φύλου όσο και για άτομα του αντίθετου φύλου (Mimoun & Etienne, 2001).

## **Εκτίμηση της συμπεριφοράς αυτής**

Η γνώση γύρω από τη σεξουαλικότητα, την αναπαραγωγή και την αντισύλληψη έρχεται συχνά πολύ αργά, μετά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι αρνητικές επιπτώσεις της έκφρασης της σεξουαλικότητας των νέων έχουν καταστήσει επιτακτική την ανάγκη για σεξουαλική αγωγή.

Αντίθετα η σεξουαλική αγωγή καθυστερεί αποτελεσματικά την έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας, αυξάνει τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και μειώνει την υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά.

## **2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλική συμπεριφορά των νέων**

Το πέρασμα μέσα από τη παιδική ηλικία και την εφηβεία είναι μια προετοιμασία για την αντιμετώπιση μιας σειράς προκλήσεων κατά την ενηλικίωση. Η ζωή του νεαρού ενήλικου δεν είναι κάτι ακέραιο και έτσι ο τρόπος που λειτουργεί σεξουαλικά ένα άτομο, συνδέεται με τις σχέσεις του, με την ανάγκη του για οικειότητα, την αντίληψη του για το σώμα του και τις προτεραιότητες για τη ζωή του.

Μερικές από τις στερεότυπες «κρίσεις» της ενήλικης ζωής, που ενδέχεται να επηρεάσουν τη σεξουαλικότητα του ατόμου είναι : η δημιουργία μιας στενής και μόνιμης σχέσης μ' ένα συγκεκριμένο σύντροφο, η προσαρμογή των σεξουαλικών αναγκών του ενός στις ανάγκες του άλλου σε μια σταθερή και συνεχή βάση, οι αντιδράσεις στα αισθήματα πλήξης και μονοτονίας, που προκαλεί η μακρόχρονη σχέση μ' ένα σύντροφο.

Πολυάριθμοι είναι οι παράγοντες που ασκούν επιρροή στη σεξουαλικότητα των ανθρώπων και ιδιαίτερα των νέων. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται από πολλούς επιστήμονες που έχουν ασχοληθεί με το θέμα, τονίζοντας τις διαφορές που παρουσιάζουν τα δύο φύλα, ξεκινώντας την ανάλυση τους από παλιά.

Μελετώντας την ανθρώπινη σεξουαλικότητα είναι εξαιρετικά δύσκολο να διακρίνουμε ποιες εκδηλώσεις της είναι αποτέλεσμα βιολογικών διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και ποιες είναι αποτέλεσμα επιδράσεων του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Η διαμάχη μεταξύ αυτών που αποδίδουν τις διαφορές στη συμπεριφορά μεταξύ των δύο φύλων σε γενετικές καταβολές, και αυτών που πιστεύουν, πως οι διαφορές αυτές έχουν κυρίως κοινωνική και πολιτιστική προέλευση, συνεχίζεται επί αιώνες. Ανθρωπολογικές και βιολογικές μελέτες των τελευταίων χρόνων δείχνουν, πως η ανθρώπινη σεξουαλική συμπεριφορά παρουσιάζει τεράστια ποικιλία και ελαστικότητα και ότι ως επί τον πλείστον, η συμπεριφορά αυτή μαθαίνεται από το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται το παιδί. Οι διαφορές στη σεξουαλική συμπεριφορά μεταξύ των διαφόρων κοινωνιών είναι τόσο μεγάλες, ώστε είναι σχεδόν αδύνατο να μιλήσει κανείς για «τυπική φυσιολογική» συμπεριφορά, που να περιλαμβάνει όλο το ανθρώπινο είδος. Όλες σχεδόν οι μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς

είναι ή ήταν κάποτε παραδεκτές, στη μία ή στην άλλη ανθρώπινη κοινωνία. Οι ίδιες αυτές μορφές μπορεί, συγχρόνως, να καταδικάζονται έντονα από άλλες κοινωνίες. Ακόμη και στην ίδια κοινωνική ομάδα είναι δυνατό διάφορες υποομάδες να έχουν σημαντικές διαφορές στα έθιμα τα σχετικά με τη σεξουαλική ζωή. Η ύπαρξη τέτοιων διαφορών δεν αποδεικνύει βέβαια ότι οι διαφορές αυτές οφείλονται αποκλειστικά σε πολιτιστικούς παράγοντες. Εντούτοις αν η σεξουαλική συμπεριφορά προσδιορίζεται κυρίως από βιολογικούς παράγοντες, θα περίμενε να βρει κανείς κάποια κοινά χαρακτηριστικά δια μέσου των διαφόρων κοινωνιών. Ακόμη και στις σπάνιες περιπτώσεις, που φαίνεται να υπάρχουν τέτοια κοινά χαρακτηριστικά.

Τα στοιχεία που διαθέτουμε σήμερα, δείχνουν πως οι περισσότερες διαφορές συμπεριφοράς μεταξύ των δύο φύλων είναι αποτέλεσμα περιβαλλοντικών επιδράσεων.

Οι διαφορές αυτές μεταξύ των δύο φύλων μπορεί να περιλάμβαναν όχι μόνο σωματικά, αλλά και συναισθηματικά και διανοητικά χαρακτηριστικά.

Κοινωνικοί κανόνες σεξουαλικής συμπεριφοράς που υπαγορεύτηκαν από την αναπαραγωγική λειτουργία των σεξουαλικών σχέσεων, ίσως ατονήσουν, μια και η λειτουργία αυτή θα μπορεί να ελέγχεται κατά βούληση.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στη ζωή των νέων ενεργά είναι η στάση της πολιτείας στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των πολιτών της, όταν ακόμα είναι σε νεαρή ηλικία. Σε χώρες της Ευρώπης επιβάλλεται συστηματική σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και γίνεται πρακτικά σε όλα τα σχολεία, από το δημοτικό και ακόμα και στο νηπιαγωγείο, ως τη τελευταία τάξη της μέσης εκπαίδευσης.

Το περιεχόμενο της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης περιλαμβάνει τη συστηματική σεξουαλική διαφώτιση για την ανατομία και τη φυσιολογία των γεννητικών οργάνων, την ανάπτυξη του εμβρύου, τη διαδικασία του τοκετού και τη προφύλαξη από τα αφροδίσια νοσήματα. Σπανιότερα γίνεται ενημέρωση για τις αντισυλληπτικές μεθόδους και ακόμα σπανιότερα εξετάζονται θέματα όπως η πορνογραφία και οι παρεκκλίσεις της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Σε χώρες όπου λείπουν από τα σχολικά προγράμματα αυτά τα θέματα, καμιά φορά καλύπτονται από ειδικούς που προσκαλούνται γι' αυτό το σκοπό.

Την ευθύνη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των παιδιών και των νέων στην Ευρώπη τη μοιράζονται παιδαγωγοί, γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και μαίες.

Εκτός από τα σχολεία, σε πολλές χώρες συμβάλλουν στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ειδικά συμβούλια υγιεινής διαφώτισης, ή οι εταιρείες οικογενειακού προγραμματισμού. Για την όσο γίνεται ευρύτερη εξάπλωση γνώσεων και για τη μεταβίβαση ηθικών κανόνων για τη σεξουαλική ζωή, σε αρκετές χώρες χρησιμοποιούνται τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, εκδίδονται βιβλία, δημοσιεύονται άρθρα και οργανώνονται ελεύθερες συζητήσεις πάνω στο θέμα.

Η στάση των γονέων ποικίλλει από την πλήρη αποδοχή της αξίας της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και τη θερμή υποστήριξη ως την επιφυλακτικότητα και την άρνηση. Η συμβολή των γονέων στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους, ιδιαίτερα στην ενημέρωσή τους στα δύσκολα χρόνια της εφηβείας και της μετεφηβικής περιόδου είναι πολύ ελλιπείς.

Αντίθετα, στη χώρα μας δεν υπάρχει οργανωμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Αν και δεν απαγορεύεται, δεν γίνεται ούτε καν υπεύθυνη σεξουαλική διαφώτιση, και οι περισσότεροι Έλληνες, ακόμα και σήμερα, ενημερώνονται και διαμορφώνουν τη στάση τους, τις απόψεις τους για τη σεξουαλική ζωή, ανεπίσημα περίπου όπως και όποτε τύχει και με λίγες εξαιρέσεις από πρόσωπα που δεν είναι υπεύθυνα ούτε αρμόδια. Έτσι, οι νέοι εξαντλούν τις όποιες γνώσεις τους και διαμορφώνουν τη στάση τους απέναντι στη σεξουαλική ζωή :

- Από συνομήλικους ή μεγαλύτερους που και αυτοί απέκτησαν τις όποιες γνώσεις που έχουν με παρόμοιο τρόπο.
- Από τους γονείς, που συχνά οι προσπάθειές τους είναι ανεπιτυχείς, γιατί πολλές φορές όχι μόνο δε ξέρουν οι ίδιοι αρκετά αλλά ούτε πως ή πότε πρέπει να πουν όσα ξέρουν.
- Από βιβλία ή άλλα έντυπα που δεν είναι σίγουρο ότι περιέχουν πάντα έγκυρες πληροφορίες.

Για τη στάση των γονέων και γενικά του κοινού δε ξέρουμε να υπάρχουν στοιχεία βασισμένα στη διερεύνηση του θέματος στη χώρα μας. Είναι όμως φανερό πως η έλλειψη συστηματικής διαπαιδαγώγησης αφήνει το μέσο Έλληνα στην άγνοια ή στην ημιμάθεια, διαιωνίζει τους φόβους και τις προκαταλήψεις του, και τον δυσκολεύει να πάρει ξεκάθαρη θέση πια τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Σοβαροί παράγοντες της σεξουαλικής ζωής των νέων είναι η σωστή ενημέρωση και ο σεβασμός της γνώμης του άλλου σε μια σχέση. Δηλαδή, με τον όρο «σωστή ενημέρωση» εννοούμε τη συνεχή επιμόρφωση πάνω σε θέματα της σεξουαλικής τους ζωής, καθώς και σε θέματα που αφορούν τον οικογενειακό προγραμματισμό. Η ενημέρωση πρέπει να καλύπτει και ένα βασικό θέμα, που είναι οι τρόποι αποφυγής σύλληψης. Η δημιουργία συμβουλευτικών σταθμών βοηθά στη λύση αυτού του προβλήματος.

Ένας άλλος παράγοντας που διαμορφώνει και αυτός τη σεξουαλική συμπεριφορά των νέων ανθρώπων είναι, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των γονιών, η οποία επηρεάζει με τη σειρά της, και αντιμετωπίζει ανάλογα, σωστά ή όχι τα σεξουαλικά προβλήματα των παιδιών τους (Kordoutis, Sarafidou & Loumakou, 2005).

## 2.6 Πρόληψη στη σεξουαλική συμπεριφορά

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η γνώση για το AIDS, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις προφυλάξεις είναι αναγκαία προϋπόθεση για την κινητοποίηση συμπεριφοράς προφύλαξης, όμως είναι φανερό ότι δεν είναι επαρκής. Αυτό ισχύει για τις αντιλήψεις και στάσεις όταν η σχέση τους με τη συμπεριφορά προφύλαξης εξετάζονται μεμονωμένα και στατικά, χωρίς τη συνδρομή μιας ψυχολογικής θεωρίας που θα μπορούσε να εξηγήσει τη μεγάλη απόσταση μεταξύ του τι γνωρίζω, τι πιστεύω, αφενός, και του αν προστατεύω τον εαυτό μου στην πράξη, αφετέρου. Θα έπρεπε να εξετάζονται υποθέσεις για τη δυναμική σχέση των παραγόντων αυτών μεταξύ τους, ακριβέστερα να εξετάζονται ποιες πληροφορίες, ποιοι δημογραφικοί, ψυχοκοινωνικοί και παράγοντες προσωπικότητας εισέρχονται στην εξίσωση της ατομικής απόφασης και με ποιο ειδικό βάρος, ώστε να παραχθεί η απόφαση της χρήσης.

Η διαπραγμάτευση της χρήσης προφυλακτικού θα πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο τη συζήτηση του θέματος μεταξύ των συντρόφων αλλά και το χειρισμό της ενδεχόμενης άρνησης του άλλου. Τα ευρήματα ερευνών που έγιναν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες έδειξαν ότι η συζήτηση αυξάνει την πιθανότητα χρήσης προφυλακτικού μόνο αν ο σύντροφος που παίρνει πρωτοβουλία είναι έμπειρος, έχει την ικανότητα να επιβάλλεται και επίσης βρίσκεται κοινωνικά σε πλεονεκτικότερη θέση. Το θέμα της διαπραγμάτευσης για τη χρησιμοποίηση προφύλαξης φαίνεται να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ισορροπία της δύναμης ανάμεσα στο ζευγάρι, ισορροπία που συνδέεται με θέματα των στερεοτύπων των φύλων. Το να διαπραγματευτεί η γυναίκα ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές προϋποθέτει επιπλέον την ανοιχτή παραδοχή της δικής μας επιθυμίας για ολοκληρωμένη ερωτική επαφή. Αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο για μια γυναίκα στο δικό μας πολιτισμικό πλαίσιο και ακόμα πιο δύσκολο όταν αφορά τη πρώτη φορά με ένα καινούριο ερωτικό σύντροφο. Το σεξουαλικό ζήτημα συνεχίζει μέχρι και σήμερα να είναι μπλεγμένο μέσα σε προλήψεις και απαγορεύσεις, παρόλο

που συζητείται πιο εύκολα απ' ότι παλιότερα.

Το σεξ είναι κάτι ιδιότυπο και αυτό οφείλεται στη βραδεία ωρίμανση του ενστίκτου. Ειδικοί υποστηρίζουν ότι το σεξουαλικό ένστικτο δεν απουσιάζει από την παιδική ηλικία. Το σεξουαλικό θέμα πρέπει από την αρχή να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσικό και ευχάριστο. Οι γονείς είναι ανάγκη να φροντίσουν ώστε όλα να γίνουν γνωστά γύρω από το σεξ από την έλευση της εφηβείας. Η γνώση της σεξουαλικής συμπεριφοράς στην εφηβική ηλικία προλαμβάνει τραυματικές εμπειρίες και ελαχιστοποιεί κινδύνους, όπως ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, και τυχόν μολύνσεις (Σταυρόπουλος, 1999).

## 2.7 Οι συνηθέστερες μέθοδοι αντισύλληψης είναι :

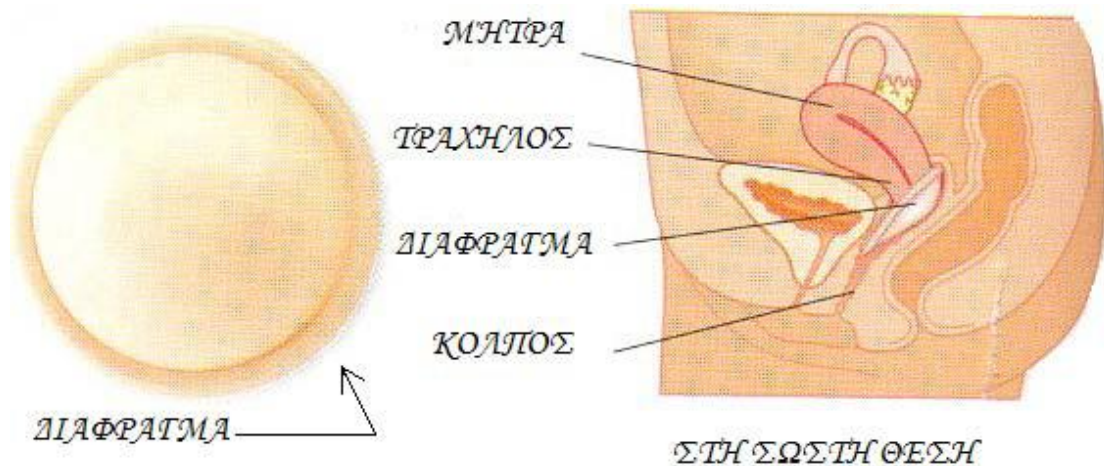
- **Αντισυλληπτικό χάπι:** Το αντισυλληπτικό χάπι περιέχει συνθετικές ορμόνες που αναστέλλουν την ωρίμανση του ωαρίου ή αποτρέπουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα. Δίνεται σε γυναίκες ύστερα από συμβολή του γυναικολόγου. Σήμερα χρησιμοποιείται από περίπου 70.000.000 γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Παρατηρούνται φαινόμενα, τα οποία μιμούνται τα φαινόμενα ενός φυσιολογικού έμμηνου κύκλου, χωρίς όμως να γίνεται ωρίμανση του ωαρίου. Τα αντισυλληπτικά χάπια νέας γενιάς είναι πολύ αποτελεσματικά και έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ελάττωση των παρενεργειών τους. Έτσι θεωρείται ότι συμβάλουν θετικά στη προστασία από το καρκίνο της μήτρας και των ωοθηκών, καθώς και στη προστασία από την οστεοπόρωση. Εντούτοις πιστεύεται ότι μπορεί να αυξάνουν το κίνδυνο εμφάνιση του καρκίνου του στήθους, ενώ σε γυναίκες άνω των 30 ετών, που καπνίζουν, μπορεί να προκαλέσει αγγειακές θρομβώσεις. Σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν ιδιαίτεροι λόγοι που να απαγορεύουν τη χρήση τους θεωρείται ότι η προστασία που παρέχουν στην υγεία της γυναίκας είναι πολύ μεγαλύτερη από τα μειονεκτήματά τους.



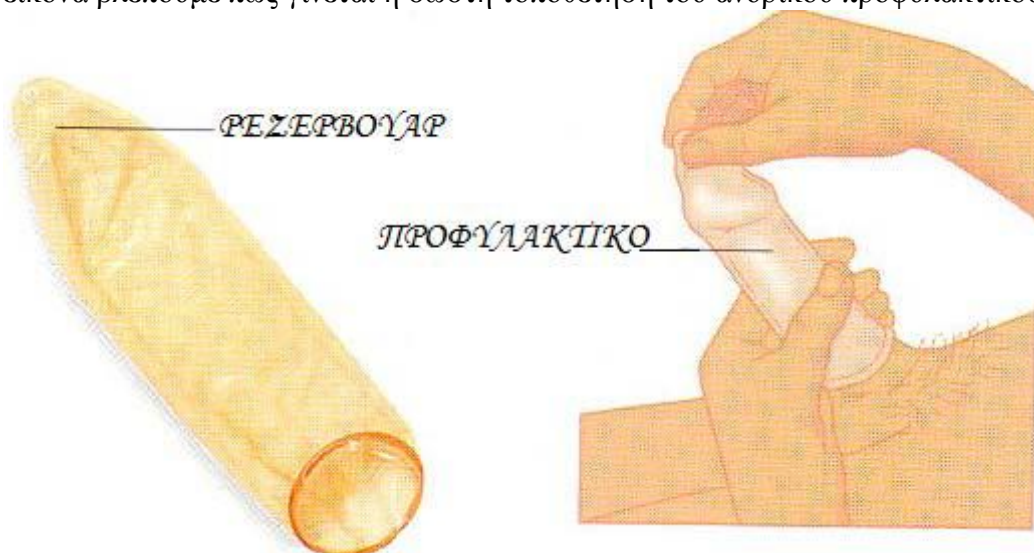
*ΧΑΠΙ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗΣ*

*Το χάπι το οποίο περιέχει μόνο προγεστερόνη πρέπει να λαμβάνεται την ίδια περίπου ώρα της ημέρας, κάθε μέρα του εμμηνορροϊκού κύκλου.*

- **Σπείραμα:** Το σπείραμα είναι ένας σπειροειδής σχηματισμός, που τοποθετείται στη μήτρα της γυναίκας μόνο από το γυναικολόγο. Αυτό εμποδίζει το γονιμοποιημένο ωάριο να εμφυτευτεί στη μήτρα. Τοποθετείται συνήθως σε γυναίκες που έχουν ήδη τεκνοποιήσει. Στα μειονεκτήματά του συγκαταλέγεται το αυξημένο ποσοστό εξωμήτριων κυήσεων και ο κίνδυνος ανάπτυξης πυελικής φλεγμονής.
- **Διάφραγμα:** Το διάφραγμα είναι ένας ελαστικός σχηματισμός, ο οποίος τοποθετείται στο τράχηλο της μήτρας λίγο πριν από τη σεξουαλική επαφή και εμποδίζει την είσοδο των σπερματοζωαρίων στη μήτρα. Το διάφραγμα είναι αποτελεσματικότερο όταν χρησιμοποιείται μαζί με σπερματοκτόνο κρέμα ή αφρό.



- **Αυχενικό κάλυμμα:** Το αυχενικό κάλυμμα είναι ένα ελαστικό κάλυμμα το οποίο τοποθετείται από το γυναικολόγο και καλύπτει το τράχηλο της μήτρας.
- **Προφυλακτικό:** Το προφυλακτικό είναι ένας λεπτός ελαστικός σωλήνας, το οποίο τοποθετείται πριν από τη σεξουαλική επαφή στο πέος, όταν αυτό βρίσκεται σε στύση. Εμποδίζει τα σπερματοζωάρια να εισέλθουν στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Είναι το πλέον διαδεδομένο αντισυλληπτικό μέσο και παράλληλα προστατεύει από τα νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Στην εικόνα βλέπουμε πως γίνεται η σωστή τοποθέτηση του ανδρικού προφυλακτικού.



- **Σπερματοκτόνα:** Τα σπερματοκτόνα είναι χημικές ουσίες σε διάφορες μορφές όπως κολπικά υπόθετα, κρέμες, ζελέ και αφροί, οι οποίες αδρανοποιούν τα σπερματοζωάρια. Εισάγονται στον κόλπο λίγο πριν τη σεξουαλική επαφή (Λουμάκου, Κορδούτη & Σαραφίδου, 2001).

## 2.8 Σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών

Οι νέοι είναι πιο ευάλωτοι διότι, είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένοι στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, πολύ περισσότερο απ' ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό συμβαίνει γιατί :

- Οι νέοι, εξαιτίας και του νεαρού της ηλικίας τους παρουσιάζουν πιο συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, οπότε όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος.
- Οι νέοι σε αυτή την ηλικία και ιδιαίτερα όταν σε αυτή τη περίοδο της ζωής τους, όπου σπουδάζουν είναι πιο ανέμελοι, οι περισσότεροι ζουν μόνοι τους, ανεξάρτητοι. Έτσι, δε νιώθουν την επιθυμία να προγραμματίζουν μια επαφή, ούτε να αγοράζουν εκ των προτέρων προφυλακτικό. Αισθάνονται υγιείς και αυτό έχει ως συνέπεια πολλές φορές να μη σκέφτονται την άσχημη εξέλιξη των πραγμάτων.

## 2.9 Επιδημιολογία

- Ø Ανευθυνότητα χαρακτηρίζει της σεξουαλική συμπεριφορά των ελλήνων νέων καθώς έρευνες αποκαλύπτουν διαρκώς ότι μεγάλο ποσοστό ζευγαριών (40%) δεν λαμβάνουν καμία αντισυλληπτική προφύλαξη κατά τη σεξουαλική επαφή. Το γεγονός αυτό έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τη δήλωση 90% των νεαρών γυναικών ότι δεν επιθυμούν να κάνουν παιδί τα επόμενα 2-3 έτη.

Ενδεικτικά είναι και τα ποσοστά χρήσης αντισυλληπτικών χαπιών. Έτσι ενώ στο εξωτερικό το 22% των γυναικών χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά, στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό περιορίζεται στο 3% μόνο. Δυστυχώς στη χώρα μας επικρατούν λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων. Πολλές γυναίκες πιστεύουν ότι λαμβάνοντάς τα θα εμφανίσουν ανεπιθύμητες ενέργειες (π.χ. αύξηση σωματικού βάρους κ.α.) ενώ άλλες φοβούνται ότι η λήψη τους αυξάνει τον κίνδυνο για διάφορες κακοήθειες. Η πραγματικότητα είναι εντελώς διαφορετική καθώς τα καινούρια αντισυλληπτικά δεν έχουν καμία σχέση με αυτά που κυκλοφορούσαν 40 χρόνια πριν, οι συγκεντρώσεις των οιστρογόνων έχουν μειωθεί κατά πολύ ενώ πλέον χρησιμοποιούνται και προγεστερόνη 4<sup>ης</sup> γενιάς με αποτελέσματα τα νεότερα αντισυλληπτικά να εμφανίζουν δράση με εξαιρετική ασφάλεια και ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες. Παρόλα αυτά οι Ελληνίδες εξακολουθούν να μην χρησιμοποιούν ούτε αντισυλληπτικά ούτε και άλλους τρόπους αντισύλληψης με αποτέλεσμα 1 στις 5 Ελληνίδες να έχει κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση στη ζωή της.

- Ø Η σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών, της χρήσης προφυλακτικού και γενικότερα της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων έχει ερευνηθεί εκτεταμένα, και δεν λείπουν οι εμπειρικές έρευνες που εξετάζουν τη σχέση ορισμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας. Έχει εξεταστεί η σχέση χαρακτηριστικών, όπως, π.χ. ο αυθορμητισμός, η ερωτοφιλία-ερωτοφοβία, η διάθεση για περιπέτεια και η κλίση για ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, χωρίς να βρεθεί συσχέτιση. Το πρότυπο των συσχετίσεων, από την άλλη μεριά, με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά είναι ενδιαφέρον, αν και οι ίδιες είναι πολύ μικρές. Η ηλικία και το φύλο έχουν αρνητική συσχέτιση με τη χρήση προφυλακτικού, πράγμα που σημαίνει ότι οι νεότεροι σε ηλικία αναφέρουν χρήση προφυλακτικού συχνότερα από τους μεγαλύτερους και οι άνδρες πιο συχνά από τις γυναίκες. Το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η μόρφωση φαίνεται να έχουν ασθενή θετική σχέση με τη χρήση του προφυλακτικού. Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, οι έγγαμοι (σε αντίθεση με τους άγαμους, χωρισμένους ή εν διαστάσει ) χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά προφυλακτικά. Ασθενική αρνητική σχέση έχει γενικά διαπιστωθεί μεταξύ του θρησκευέσθε και της χρήσης.

- Ø Η ίαση πολλών σεξουαλικών μεταδιδόμενων νόσων είναι ανέφικτη, με αποτέλεσμα να προκαλούν σοβαρές, μη αναστρέψιμες συνέπειες, και , μάλιστα με τεράστιο κοινωνικό κόστος. Περισσότερα από 1 στα 5 άτομα στις ΗΠΑ ή 56 εκατομμύρια άτομα, προσβάλλονται από ένα ανιάτο, ιογενές ΣΜΝ πλην του AIDS (π.χ. έρπητας των γεννητικών οργάνων, HPV λοιμώξεις [ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων], ηπατίτιδα Β ή C).
- Ø Από ανασκόπηση ερευνών συνοψίζουμε ότι οι γνώσεις των νέων στην Ελλάδα σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ελλιπείς σε αντίθεση με νέους του εξωτερικού, όπου φαίνονται πιο ενημερωμένοι. Όσο αφορά δε τη συμπεριφορά τους παρατηρούμε ότι στις Σκανδιναβικές χώρες τα κορίτσια είναι πιο έμπειρα και σεξουαλικά ενεργά από τα αγόρια, ενώ στις Μεσογειακές χώρες παρατηρούμε το αντίθετο. Επίσης τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, οι νέοι προτιμούν φυσικές και παραδοσιακές μεθόδους αντισύλληψης και επιλέγουν σε μικρότερο βαθμό τις μοντέρνες μεθόδους. Όλες αυτές οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται σε διαφορετικές περιόδους και περιοχές κάνουν επιτακτική την ανάγκη συνεχούς απεικόνισης των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών των νέων σε θέματα αντισύλληψης, με σκοπό την εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής.
- Ø Μελέτες στη Βρετανία, τη Σκανδιναβία και τις Ηνωμένες Πολιτείες αναφέρουν ότι στην ηλικία των 20 ετών η πλειοψηφία των νεαρών αγοριών και κοριτσιών έχει σεξουαλικές σχέσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις η σεξουαλική σχέση είναι στη βάση του ένας προς έναν, όμως, τουλάχιστον το ένα πέμπτο των σεξουαλικά ενεργών νέων και των δύο φύλων έχει διαφορετικούς ερωτικούς συντρόφους. Τους ονόμασαν «τυχοδιώκτες του σεξ» και ως τέτοιοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να κολλήσουν μια ΣΜΑ απ' ότι οι «καθ' έξιν μονογαμικοί».

## 2.10 Επιπτώσεις

### Σωματικές επιπτώσεις στη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου

Από τις πιο σοβαρές σωματικές επιπτώσεις της λανθασμένης σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων είναι τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ). Δηλαδή τα νοσήματα που μεταδίδονται αποκλειστικά ή συχνά με τη σεξουαλική επαφή. Αυτές οι ασθένειες χαρακτηρίζονται «σεξουαλικά μεταδιδόμενες». Τα τελευταία 20 έτη έχουν γίνει πολλές αλλαγές στα πρότυπα των ΣΜΝ. Εμφανίζονται νέοι οργανισμοί, υπάρχει αντίσταση στα φάρμακα, ο επιπολασμός πολλών ΣΜΝ είναι αυξανόμενος και αναπτύσσονται επιπλοκές τυπικές των ΣΜΝ. Οι αλλαγές αυτές μπορούν να αποδοθούν σε περιβαλλοντικούς, κοινωνικοοικονομικούς, δημογραφικούς, ατομικούς, συμπεριφοριστικούς παράγοντες, όπως: πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, γάμος σε μεταγενέστερη ηλικία, ευρεία διάδοση του διαζυγίου, συχνές εναλλαγές ερωτικών συντρόφων και συνεύρεση με επικίνδυνους ερωτικούς συντρόφους( π.χ. χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών).

Οι στατιστικές δείχνουν, πράγματι, αύξηση στη συχνότητα αυτών των ασθενειών στους νέους και ειδικότερα στις νέες κοπέλες, όμως δεν υπάρχει εξαίρεση στην ηλικία. Οι άνδρες έχουν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να μολυνθούν απ' ότι οι γυναίκες, αυτό όμως συμβαίνει, δυστυχώς, επειδή οι άνδρες έχουν τυχαίες ερωτικές συναντήσεις πιο συχνά απ' ότι οι γυναίκες. Είναι αλήθεια, όπως γράφει και ο Dr Catteral, πως «σε τελική ανάλυση το



πρόβλημα είναι ηθικό και εξαρτάται από τους κανόνες της σεξουαλικής συμπεριφοράς, οι οποίοι προέχουν συνολικά μέσα στη κοινότητα». Η συχνή αλλαγή συντρόφων συνεπάγεται την εξάπλωση των ΣΜΑ, και αυτές δε μπορούν να περιοριστούν, όταν υπάρχει συνεχώς ο κίνδυνος της μόλυνσης. Αυτό όμως δε λέει τίποτε, αφού οι τυχαίες σεξουαλικές σχέσεις δεν αποτρέπονται ούτε με παροτρύνσεις ούτε με τη σεξουαλική καταπίεση, που κυριαρχούσε σε ορισμένες περιόδους της ιστορίας.

Τα βασικότερα ΣΜΝ είναι τα εξής 5 νοσήματα:

1. Η σύφιλη
2. Το μαλακό έλκος
3. Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα
4. Η βλεννόρροια (ή γονοκοκκική ουρηθρίτιδα) και
5. Το βουβωνικό κοκκίωμα

Σύμφωνα όμως με τον Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) τα τελευταία χρόνια έχουν συμπεριληφθεί τα εξής νοσήματα:

1. Τριχομονάδωση
2. Καντιτίαση γεννητικών οργάνων
3. Μη γονοκοκκική γεννητική μόλυνση και χλαμύδια
4. Φθειρίαση του εφηβαίου
5. Ψώρα
6. Οξυτενή Κονδυλώματα
7. Έρπης των γεννητικών οργάνων
8. Μολυσματική τέρμινθος
9. Ηπατίτιδα
10. AIDS

Οι σεξουαλικές μεταδιδόμενες ασθένειες θα μπορούσαν να διαχωριστούν στις παρακάτω κατηγορίες:

- i. Τις σοβαρότερες ασθένειες, οι οποίες, αν δεν θεραπευτούν, προκαλούν βλάβη σε όργανα του σώματος που δεν σχετίζονται με τη γεννητική περιοχή
- ii. Τις λιγότερο σοβαρές ασθένειες, οι οποίες κυρίως εντοπίζονται στη γεννητική περιοχή και δεν έχουν μακροχρόνιες βλαβερές συνέπειες
- iii. Τις σπάνιες ΣΜΑ, οι οποίες κυρίως προκαλούν βλάβες στην εξωτερική γεννητική περιοχή.

ΟΙ ΣΟΒΑΡΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΧΝΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ	ΟΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΟΒΑΡΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	ΟΙ ΣΠΑΝΙΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ
Μη γονοκοκκική γεννητική μόλυνση (περιλαμβάνονται η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα και οι μολύνσεις από γλαμύδια )	AIDS (ιός ανοσοποιητικής ανεπάρκειας του ανθρώπου, HIV )	Κολπική μυκητίαση	Μαλακό έλκος
Βλεννόρροια	Ιογενής Ηπατίτιδα	Κολπική λοίμωξη από τριχομονάδες	Βουβωνική λεμφοκοκκιομάτωση
Γεννητικά κονδυλώματα		Μη ειδική κολπική μόλυνση	Εξελκωτικό κοκκίωμα του αιδοίου ή Βουβωνικό κοκκίωμα
Γεννητικός έρπης		Ηβικές ψείρες	
Σύφιλη		Μολυσματική τέρμινθος	

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

## 3.1 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Με τον όρο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν.) ονομάζουμε τα νοσήματα που μπορεί να μεταδοθούν μετά από σεξουαλική επαφή(κολπική, πρωκτική, στοματική) σε γυναίκες και άνδρες καθώς και σε νεογνά. Δυστυχώς, ορισμένα απ' τα ΣΜΝ είναι ιδιαίτερα συχνά στις μέρες μας. Μερικά από τα ΣΜΝ μεταδίδονται σε περίοδο που ο ασθενής δεν εμφανίζει συμπτώματα παρά τη μόλυνσή του. Επίσης, όταν κάποιος γνωρίζει ότι έχει κάποιο ΣΜΝ πιθανόν να μην το αναφέρει στον/στην σύντροφό του. Ως εκ τούτου όλοι, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, θρησκείας ή οικονομικής κατάστασης, είναι δυνατόν να μολυνθούν από ΣΜΝ.

Η συχνότητα εμφάνισης των ΣΜΝ φαίνεται να αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Τα περισσότερα είναι ιάσιμα, αλλά ο ιός της ανοσοανεπάρκειας HIV, η αιτία του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS), δεν θεραπεύεται και στις περισσότερες περιπτώσεις καταλήγει στο θάνατο. Παρ' όλο που ο HIV μπορεί να μεταδοθεί με τη χρήση μολυσμένης βελόνας ή σπάνια, με μετάγγιση αίματος, συνήθως μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Ο ιός βρίσκεται στο σπέρμα και στις κολπικές εκκρίσεις και εισέρχεται στον οργανισμό ενός ατόμου μέσω μικροτραυματισμών (λύση της συνέχειας του δέρματος) που μπορεί να δημιουργηθούν στους κολπικούς ή πρωκτικούς ιστούς κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα. Η μετάδοση του ιού γίνεται μόνο μετά από στενή επαφή με μολυσμένο αίμα, σπέρμα ή κολπικές εκκρίσεις. Υπήρξαν περιπτώσεις που ο HIV μεταδόθηκε σε νοσηλευτικό προσωπικό με τις ενέσεις.

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως η λοιμώξεις από γλαμύδια ή γονόρροια, ο έρπης, το οξυτενές κονδύλωμα και η σύφιλη, είναι ιδιαίτερα μεταδοτικά. Πολλά από αυτά μπορούν να μεταδοθούν μέσω και μιας μόνο σεξουαλικής επαφής. Οι μικροοργανισμοί που προκαλούν τα ΣΜΝ, συμπεριλαμβανομένου του HIV, όλοι πεθαίνουν σε διάστημα ωρών από την στιγμή που θα βρεθούν έξω από το σώμα. Ωστόσο, καμία από αυτές τις λοιμώξεις δεν μεταδίδεται με την καθημερινή επαφή, όπως η χειραψία ή το κάθισμα της τουαλέτας.

Η σωστή και συστηματική χρήση προφυλακτικών και η αποφυγή συγκεκριμένων σεξουαλικών πρακτικών, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο να υποστεί κανείς λοίμωξη από AIDS και από άλλα ΣΜΝ.

Συνιστάται η χρήση προφυλακτικών από latex. Για να είναι αποτελεσματικό, ένα προφυλακτικό πρέπει να είναι άθικτο, να εφαρμόζεται πριν την επαφή των γεννητικών οργάνων και να παραμένει ακέραιο έως ότου απομακρυνθεί μετά την ολοκλήρωση της σεξουαλικής πράξης. Η επί πλέον λίπανση (ακόμα και με τα προφυλακτικά που έχουν υποστεί λίπανση) μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη του σπασίματος του προφυλακτικού. Επίσης το προφυλακτικό για γυναίκες μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του κινδύνου λοίμωξης από κάποιο ΣΜΝ. Υπάρχουν μελέτες που υποδεικνύουν ότι η χρήση του σπερματοκτόνου Nonoxonyl-9 μειώνει τη συχνότητα λοίμωξης από γονόρροια και γλαμύδια. Τα σπερματοκτόνα σε συνδυασμό με ένα διάφραγμα μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην εξολόθρευση βακτηρίων.

Διαφορετικές σεξουαλικές πρακτικές έχουν διαφορετικούς βαθμούς κινδύνων λοίμωξης από HIV. Η παθητική πρωκτική συνουσία είναι η πιο επικίνδυνη, επειδή οι βλάβες στις πρωκτικές και ορθικές μεμβράνες επιτρέπουν στον HIV να μπει στο αίμα. Ο παθητικός σύντροφος διατρέχει πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστεί λοίμωξη από HIV σε σύγκριση με τον ενεργό σύντροφο, παρ' όλο που η γονόρροια και η σύφιλη μπορούν να μεταδοθούν από τον πρωκτό του παθητικού συντρόφου. Και κατά τη κολπική συνουσία, ιδιαίτερα με πολλούς συντρόφους, υφίσταται ο κίνδυνος από HIV. Ο ιός πιστεύεται ότι μεταδίδεται πιο εύκολα από

τον άνδρα στη γυναίκα και όχι αντίστροφα. Το στοματικό σεξ είναι επίσης ένας πολύ πιθανός τρόπος μετάδοσης του HIV, της γονόρροιας, του έρπητα και άλλων ΣΜΝ.

## 3.2 ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΡΠΗΣ

Ο γεννητικός έρπης είναι μια πολύ παλιά ασθένεια και προκαλείται από έναν ιό. Οι εξετάσεις αίματος που φανερώνουν αν ένας άνθρωπος έχει προσβληθεί από τον ιό, αποκαλύπτουν ότι πάνω από τους μισούς ενήλικες έχουν μολυνθεί από τον ιό του γεννητικού έρπητος (ιός του απλού έρπητος τύπου 2 [ HSV 2 ]), στις περισσότερες όμως περιπτώσεις η μόλυνση πέρασε απαρατήρητη.

Ο ιός του έρπητος είναι ένας μικροσκοπικός οργανισμός, αποτελούμενος από ελικοειδή πυρήνα με διπλό νήμα νουκλεϊκού οξέος (DNA), που περιβάλλεται από ένα κυψελοειδές κάλυμμα πρωτεΐνης και στην εξωτερική πλευρά του υπάρχει ένα χαλαρό περίβλημα από λιπαρή ουσία(Βασιλειάδου,2008).

Οι ιοί είναι αδρανείς μέχρι να μπουν σε ένα ζωντανό κύτταρο, αλλά όταν μπουν το προγραμματίζουν να παράγει πολλαπλά αντίγραφα τους. Αυτό κατορθώνεται με μια διαδικασία συγχώνευσης : το DNA του πυρήνα του ιού εισχωρεί στον πυρήνα του μολυσμένου κυττάρου και συγχωνεύεται με το DNA του πυρήνα του. Τότε ο πυρήνας δίνει εντολή στο κύτταρο να παράγει το DNA του ιού, καθώς και την πρωτεΐνη που τον περιβάλλει. Αν αυτά καλυφθούν από το λιπαρό περίβλημα τότε γίνονται ενεργά μόρια. Καθώς τα μόρια του ιού πολλαπλασιάζονται, το κύτταρο νεκρώνεται και ο ιός διασκορπίζεται μέσα στο σώμα ή επάνω στην επιφάνεια του σώματος, όπου και παραμένει αδρανείς, μέχρις ότου μπει μέσα σε ένα άλλο ζωντανό κύτταρο ή σκοτωθεί από το φως του ήλιου.

Ο ιός του έρπητος δε διαφέρει εμφανισιακά από άλλους ιούς, έχει όμως ειδικά χαρακτηριστικά που επιτρέπουν την αναγνώρισή του από τους επιστήμονες.

Έχουν αναγνωριστεί περίπου 50 ιοί έρπητος που προσβάλλουν τα θηλαστικά, όμως μόνο πέντε απ' αυτούς είναι γνωστό ότι προκαλούν αδενικό πυρετό (λοιμώδη μονοπυρήνωση), δηλαδή ο ιός του Epstein- Barr και ο cytomegalovirus, ο ιός varicella, που προκαλεί ανεμοβλογιά στα παιδιά, και σε μεγαλύτερη ηλικία προκαλεί έρπη ζωστήρα, καθώς και τα δύο είδη απλού έρπητος. Το πρώτο είδος απλού έρπητος είναι ο ιός που συνήθως προκαλεί τον επιχείλιο έρπητα (ιός του απλού έρπητος τύπος 1 [HSV1]) και το δεύτερο είδος είναι εκείνο που προκαλεί συνήθως γεννητικά έλκη (ιός του απλού έρπητος τύπος 2 [HSV2]).

Ο ιός της ανεμοβλογιάς (varicella) και οι ιοί HSV έχουν παρόμοια συμπεριφορά, ενώ οι ιοί Epstein- Barr και cytomegalovirus συμπεριφέρονται με διαφορετικό τρόπο. Ο ιός varicella που προκαλεί την ανεμοβλογιά στα παιδιά, κατά τη διάρκεια της ασθένειας εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος, όπου προκαλεί ως αντίδραση του σώματος την παραγωγή αντισωμάτων, τα οποία κυκλοφορούν στο αίμα με σκοπό την αναζήτηση και εξόντωσή του. Μερικοί ιοί που αποβάλλονται από τις φυσαλίδες του δέρματος δεν μπαίνουν μέσα στο αίμα, αλλά ταξιδεύουν κατά μήκος των νεύρων που καλύπτουν την περιοχή του δέρματος. Όταν ο ιός συναντήσει μια εξογκωμένη περιοχή του νεύρου κοντά στο νωτιαίο μυελό που ονομάζεται γάγγλιο, μπαίνει μέσα σ' αυτό και παραμένει εκεί για όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, προφανώς υπό την επιτήρηση του αντισώματος που κυκλοφορεί στον οργανισμό.

Καθώς το άτομο μεγαλώνει, ο αριθμός των κινούμενων αντισωμάτων ενδέχεται να ελαττωθεί. Αν αυτό συμπέσει με ένα συγκεκριμένο γεγονός, η φύση του οποίου δεν μας είναι γνωστή προς το παρόν, ο ιός μπορεί να ταξιδέψει ξανά πίσω κατά μήκος του νεύρου, συνήθως προς το δέρμα, και να δημιουργήσει ένα πλήθος από επώδυνες φυσαλίδες που ονομάζονται έρπης ζωστήρ. Τα κύτταρα των φυσαλίδων του δέρματος παράγουν ιούς, που μπορεί να μολύνουν τη νοσηλεύτρια ή το γιατρό που περιποιούνται ένα άτομο με έρπητα ζωστήρα. Ο απλός ιός του έρπητος συμπεριφέρεται κατά τον ίδιο τρόπο. Τα άλλα δύο είδη έρπητος που προκαλούν αδενικό πυρετό, δεν εισβάλλουν στα νεύρα, αλλά ζουν μέσα στα λευκά αιμοσφαίρια. Σχεδόν κάθε άνθρωπος έχει μολυνθεί από ιούς αδενικού πυρετού, αλλά μόνο λίγοι εκδηλώνουν την ασθένεια. Στους περισσότερους η ασθένεια είναι συμπτωματική.

Αυτό ισχύει και για τον απλό ιό του έρπητος τύπος 1 ( HSV1). Μέχρι την ενηλικίωση οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μολυνθεί από HSV1 και έχουν δημιουργήσει στο αίμα τους αντισώματα κατά του ιού, ενώ μόνο λίγοι έχουν παρουσιάσει έλκη στα χείλη ή στη μύτη.

Αντιθέτως, ακόμη λιγότεροι άνθρωποι έχουν μολυνθεί από τον ιό HSV 2 στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή στην αρχή της εφηβείας, και αυτό επειδή ο συγκεκριμένος ιός μεταδίδεται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή. Αυτό φαίνεται και από το γεγονός ότι πάνω από το 90 % των εκδιδόμενων γυναικών έχουν στο αίμα τους αντισώματα HSV 2 , σε σύγκριση με το λιγότερο από 3 % των καλογριών. Αυτό το γεγονός είχε οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι ο ιός HSV 1 μολύνει μόνο τα χείλη και ο ιός HSV 2 μόνο τα γεννητικά όργανα. Σήμερα γνωρίζουμε, πως αυτή η άποψη είναι εσφαλμένη, και ότι η αλλαγή αυτή μπορεί να οφείλεται στην αύξηση του στοματικού σεξ. Στις μέρες μας και ο ιός HSV 1 και ο HSV 2 μπορούν να προκαλέσουν γεννητικό έρπητα, παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες μολύνσεις οφείλονται στον ιό HSV 2. Περίπου οι μισοί άνθρωποι που μολύνονται στον ιό HSV 2 δεν παρουσιάζουν συμπτώματα, τουλάχιστον όσο μπορούμε να κρίνουμε από το γεγονός ότι το 30 με 60 % των ενηλίκων έχουν στο σώμα τους αντισώματα HSV 2 και αρνούνται πως είχαν ποτέ φυσαλίδες στα γεννητικά όργανά τους. Οι υπόλοιποι όμως εμφανίζουν συμπτώματα όταν μολυνθούν από γεννητικό έρπη.

### **3.2.1 Τύποι μολύνσεων του έρπητος των γεννητικών οργάνων**

Οι μολύνσεις από τον ιό του απλού έρπητος κατατάσσονται ανάλογα με το αν το άτομο έχει υποστεί ή όχι προηγούμενη μόλυνση από οποιονδήποτε τύπου ιού.

Παρακάτω αναφέρονται οι μολύνσεις των γεννητικών οργάνων που προκαλούνται από τον ιό του απλού έρπητος :

1. Πρωτοπαθείς αρχικός, όταν ένα άτομο δεν είχε προηγουμένως εκτεθεί στη μόλυνση από τον ιό του απλού έρπητος.
2. Μη πρωτοπαθής αρχικός, όταν το άτομο είχε προηγουμένως εκτεθεί σε μόλυνση από τον απλό ιό του έρπητος.
3. Υποτροπιάζων επανεργοποιημένος, όταν ο ιός του απλού έρπητος αναζωοπυρώνεται κατά διαστήματα και το άτομο έχει υποστεί ένα προηγούμενο επεισόδιο πρωτοπαθούς ή μη πρωτοπαθούς μόλυνσης, που οφειλόταν στον ιό του απλού έρπητος.

Η πρώτη προσβολή από γεννητικό έρπητα είναι η χειρότερη. Η προσβολή, συνήθως ακολουθεί τη σεξουαλική επαφή με άτομο που εκείνη τη στιγμή είχε αρχίσει να συνέρχεται από μία μόλυνση γεννητικού έρπητος. Η σεξουαλική επαφή μπορεί να είναι γεννητική, στοματική, ή πρωκτική([www.herpes.com](http://www.herpes.com) 12/8/2010).

Στο 85 % των περιπτώσεων η πρώτη προσβολή οφείλεται στη μόλυνση από τον ιό HSV 2 και στο 15 % η μόλυνση προέρχεται από τον ιό HSV 1. Περίπου 5 με 7 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή, προκαλείται κνησμός σε μια μικρή περιοχή επάνω στο στέλεχος του πέους του άνδρα και στην εσωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλέων του αιδοίου της γυναίκας. Σε μερικούς ανθρώπους ίσως ακόμη να παρουσιαστεί πονοκέφαλος ή και πυρετός. Άλλοι πάλι αισθάνονται αδιάθετοι και υποθέτουν ότι πρόκειται για γρίπη.

Μέσα σε 24 ώρες από τη δημιουργία αυτών των συμπτωμάτων εμφανίζονται στην ερεθισμένη περιοχή μικρά πλήθη από επώδυνα, κοκκινωπά εξογκώματα, και την επόμενη μέρα αυτά έχουν μεταμορφωθεί σε μικρές φυσαλίδες. Η περιοχή γίνεται πολύ ευαίσθητη και επώδυνη. Μερικές φορές τα χείλη του αιδοίου διογκώνονται τόσο πολύ, με αποτέλεσμα η ούρηση να καθίσταται επώδυνη και να γίνεται με δυσκολία. Το υγρό μέσα στις φυσαλίδες είναι καθαρό, και αν ληφθεί δείγμα από αυτό και εξεταστεί κάτω από ηλεκτρονικό μικροσκόπιο ή τεθεί σε καλλιέργεια ιστών, μπορεί κανείς να διακρίνει τα μόρια του ιού του έρπητος. Σύντομα το υγρό παίρνει χρώμα κίτρινο και φυσαλίδες σπάνε, αφήνοντας στη θέση

τους ένα πλήθος από επώδυνα έλκη. Μετά από 4 με 5 ημέρες τα έλκη ξηραίνονται και η επούλωσή τους ολοκληρώνεται σε 7 με 12 ημέρες από την εμφάνιση των πρώτων φυσαλίδων. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου και για 7 περίπου ημέρες μετά την προσβολή από τον ιό, το άτομο αποβάλλει τον ιό από την μολυσμένη περιοχή και μπορεί να τον μεταδώσει στον άνθρωπο με τον οποίο θα έλθει σε σεξουαλική επαφή. Στο διάστημα της αρχικής προσβολής από τον ιό το άτομο πρέπει να φορά εσώρουχο στη διάρκεια του ύπνου, για να αποφύγει ένα εκούσιο ξύσιμο της μολυσμένης περιοχής και τη μεταφορά με αυτό τον τρόπο του ιού στα μάτια, πράγμα που είναι εξαιρετικά σοβαρό. Μετά λοιπόν από κάθε επαφή με τη μολυσμένη περιοχή πρέπει να ακολουθεί πολύ καλή πλύση των χεριών.



*ΦΥΣΑΛΙΔΕΣ ΣΤΗΝ  
ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ  
ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.  
Οι φυσαλίδες που είναι γεμάτες  
υγρό, όπως φαίνονται σ' αυτή  
την εικόνα ενός πέους, έχουν  
προκληθεί από τον ιό του έρπητα  
των γεννητικών οργάνων.*

### 3.2.2 Υποτροπιάζων Γεννητικός Έρπης

Υποτροπιάζων συμβαίνει όταν, για κάποιους λόγους, ο ευρισκόμενος στο γάγγλιο ιός του έρπητος, επιστρέφει κατά μήκος του νεύρου στην περιοχή του δέρματος ή του βλεννογόνου που είχε αρχικά μολυνθεί. Η αιτία που προκαλεί την επιστροφή του ιού είναι άγνωστη. Μερικές γυναίκες πιστεύουν ότι το αίτιο είναι μια ορμονική αλλαγή, και αναφέρουν ότι η προσβολή σχετίζεται με την περιόδό τους ή εμφανίζεται μία εβδομάδα πριν από την έμμηνο ρύση τους, μελέτες όμως δεν έδειξαν να υπάρχει κάποια τέτοια σχέση. Επίσης έχει αναφερθεί ότι η επανεμφάνιση του ιού σχετίζεται με στρες ή με κάποια αλλαγή στις προσωπικές σχέσεις. Για άλλη μία φορά όμως τονίζουμε ότι η προσεκτική έρευνα απέτυχε να αποδείξει οποιοδήποτε απ' αυτά τα δύο προβλήματα, τις αιτίες της υποτροπής. Εντούτοις, μελέτη δύο Βρετανών ψυχιάτρων έδειξε ότι οι άνθρωποι που είχαν μια συγκαλυμμένη ψυχική ασθένεια (έτσι όπως εκτιμήθηκε από ένα ερωτηματολόγιο, που ονομάστηκε Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας), είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν υποτροπιάζοντα γεννητικό έρπητα. Πάντως, οι υποτροπές δεν οφείλονται σε κάποια αύξηση της συχνότητας των σεξουαλικών επαφών ή στην αλλαγή των σεξουαλικών συντρόφων(Δετοράκης,2003).

Όποια και αν είναι η αιτία, μόλις ο ιός εισέλθει στο δέρμα μπορεί να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση (ή ίσως να αρχίσει να αποβάλλεται σε μικρές ποσότητες ) μέχρι να εξολοθρευτεί από τις αμυντικές δυνάμεις του οργανισμού ή να προκαλέσει μια υποτροπή από πλήθος φυσαλίδων. Είναι γνωστό ότι αν εμφανιστούν φυσαλίδες, το άτομο είναι μολυσματικό για τον επόμενο σεξουαλικό του σύντροφο. Δεν είναι όμως γνωστό, αν το άτομο που αποβάλλει τον ιό, χωρίς κλινικά συμπτώματα, είναι μολυσματικό, πιθανότατα δεν είναι, γεγονός που καθησυχάζει αυτούς που υποφέρουν από έρπητα. Ο υποτροπιάζων έρπης προσβάλλει άγνωστο αριθμό ανδρών και γυναικών. Μερικοί ειδικοί ισχυρίζονται ότι το 70 % των ανθρώπων παρουσιάζουν υποτροπιάζουσες προσβολές, άλλοι λένε ότι το ποσοστό ανέρχεται σε 30 % ενώ μερικοί το προσδιορίζουν σε κάτι λιγότερο από 1 με 2 %. Το πρόβλημα είναι ότι πολλές υποτροπιάζουσες προσβολές δεν αναφέρονται καν, και με τον πρόσφατο πανικό που δημιουργήθηκε γύρω από τον έρπητα, κάθε μικρή πληγή των

γεννητικών οργάνων μπορεί από τον καθένα να χαρακτηρίζεται ως γεννητικός έρπης, ενώ στην ουσία να μην είναι.

Ένας υπολογισμός αναφέρει ότι το 40 % των ανθρώπων που έχουν μολυνθεί από έρπητα θα έχουν τουλάχιστον μια περαιτέρω προσβολή, ενώ περίπου το 1 με 5 % θα έχουν επαναλαμβανόμενες προσβολές γεννητικού έρπητος, οι οποίες θα εμφανίζονται σε όλο και μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα.

Η σειρά των συμπτωμάτων σε μια περίπτωση υποτροπιάζουσας προσβολής είναι η ίδια μ' αυτή της αρχικής προσβολής, όμως η διαδικασία κνησμού – φυσαλίδων – πληγής – κρούστας – επούλωσης επισπεύδεται, έτσι που το όλο θέμα διαρκεί 5 με 10 ημέρες. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου το άτομο μπορεί να μολύνει το σεξουαλικό του σύντροφο. Η υποτροπιάζουσα προσβολή από γεννητικό έρπητα είναι λιγότερο επώδυνη και ο πόνος διαρκεί λιγότερο απ' ότι στην αρχική προσβολή.

Τα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών διαφέρουν αισθητά : μερικοί άνθρωποι έχουν υποτροπές κάθε δύο μήνες, ή ακόμη και πιο συχνά, άλλοι κάθε 2 με 6 μήνες, ενώ κάποιιοι άλλοι μια φορά το χρόνο ή ακόμη και σπανιότερα(Βασιλειάδου,2008).

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της υποτροπής του γεννητικού έρπητος στη σεξουαλικότητα του ατόμου μπορεί να είναι σημαντικές. Μερικοί άνδρες που έχουν κολλήσει γεννητικό έρπητα από μια έξω-συζυγική σχέση εμφανίζουν δυσκολίες στύσης, για να αποφύγουν την πιθανότητα μετάδοσης του ιού και στη σύζυγό τους. Μερικές γυναίκες αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή για τον ίδιο λόγο, λέγοντας στο σύζυγό τους ότι η συνουσία έχει γίνει αρκετά επώδυνη γι' αυτές. Ο φόβος της μετάδοσης του ιού στο σεξουαλικό του σύντροφο, η οργή για το ότι η μόλυνση προήλθε πιθανόν από τον/τη σύντροφο (πράγμα που ενέχει την υποψία ότι υπήρξε άπιστος/η), και η ενοχή που ίσως ακολουθεί, εξαιτίας του ότι η μόλυνση προκλήθηκε από μία τυχαία σεξουαλική επαφή, μπορεί να διαταράξουν τη σεξουαλική σχέση του ατόμου. Με τη σειρά της η διάλυση της σεξουαλικής σχέσης ενδέχεται να διαταράξει τη σχέση γενικότερα, έχοντας αποτέλεσμα τη συζυγική κρίση, γεγονός που απαιτεί συμβουλευτική βοήθεια([www.medlook.net](http://www.medlook.net) 12/8/2009).

## **Η θεραπεία του γεννητικού έρπητος**

Παρά την τόσο μεγάλη έρευνα, τη δοκιμή καινούργιων φαρμάκων και τις αδημοσίευντες μελέτες, δεν είχε μέχρι πρόσφατα βρεθεί φάρμακο που να θεραπεύσει ειδικά το γεννητικό έρπητα. Τα περισσότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνταν στο παρελθόν τοποθετούνταν με επάλειψη στις φυσαλίδες και τα έλκη. Από τη στιγμή που ο ιός επιστρέφει διαμέσου του νεύρου που καλύπτει τη μολυσμένη περιοχή, οι πιθανότητες να θεραπευτεί ο γεννητικός έρπης με απλή επάλειψη είναι ελάχιστες, παρά το γεγονός ότι η επάλειψη προκαλεί μεγάλη ανακούφιση για το λόγο αυτό η θεραπεία του γεννητικού έρπητος πρέπει να μελετηθεί σε δύο διαφορετικές : τη θεραπεία των τοπικών συμπτωμάτων και την ειδική θεραπεία(Βασιλειάδου,2008).

### **3.2.3 Τοπική θεραπεία**

Ο γεννητικός έρπης, και ιδιαίτερα η αρχική μόλυνση, προκαλεί εξαιρετικό πόνο και δυσφορία, ειδικά στις γυναίκες που τα εξωτερικά γεννητικά τους όργανα (αιδοίο) έχουν διογκωθεί και έχουν γίνει ευαίσθητα, το πρήξιμο και τα επώδυνα έλκη προκαλούν βασανιστική ούρηση, και σ' αυτή την περίπτωση ίσως χρειαστεί η περιστασιακή τοποθέτηση καθετήρα στην ουροδόχο κύστη της γυναίκας. Η τοπική χρήση πάγου ή κάποιου αναλγητικού ζελέ δεν ανακουφίζει παρά μόνο για ένα πολύ σύντομο διάστημα. Μια άλλη μέθοδος που προκαλεί ανακούφιση στη γυναίκα είναι να βάλει μερικούς κρυστάλλους υπερμαγγανικού καλίου σε χλιαρό μπάνιο και να καθίσει μέσα.

Η πρόσφατη εμφάνιση της ανταγωνιζόμενης τον ιό ουσίας acyclovir, δημιουργεί νέες



ελπίδες. Σε τελευταία πειράματα, η χρήση της αλοιφής acyclovir επάνω στις φυσαλίδες κάθε 6 ώρες είχε αποτέλεσμα τη μείωση του πόνου, του οιδήματος καθώς και του χρόνου αποβολής του ιού. Όσο πιο νωρίς χρησιμοποιηθεί η αλοιφή, τόσο γρηγορότερα προκαλείται η ανακούφιση. Δυστυχώς, τα θετικά αποτελέσματα της αλοιφής παρουσιάστηκαν μόνο στις περιπτώσεις αρχικής μόλυνσης, ενώ δε φαίνεται να είναι πολύ αποτελεσματική στις υποτροπιάζουσες προσβολές (Βασιλειάδου, 2008).

### 3.2.4 Ειδική θεραπεία

Το acyclovir είναι το μόνο φάρμακο που φάνηκε να είναι πραγματικά αποτελεσματικό στον περιορισμό της σοβαρότητας των συμπτωμάτων για τις περιπτώσεις αρχικών λοιμώξεων, επισπεύδοντας την epούλωση και μειώνοντας σημαντικά το χρόνο αποβολής του ιού. Το acyclovir μπορεί επίσης να χορηγείται με ενδοφλέβια ένεση ή να λαμβάνεται από το στόμα, έχοντας ακριβώς την ίδια αποτελεσματικότητα.

Έχει παρατηρηθεί ότι το acyclovir, όταν χορηγείται τη στιγμή που τα συμπτώματα έχουν αρχίσει, δεν προκαλεί καμία αλλαγή στη διάρκεια ή στη δυσφορία που σχετίζονται με τον υποτροπιάζοντα έρπη. Πρόσφατη έρευνα στη Βρετανία και στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξαν πως, αν το acyclovir χορηγείται προληπτικά (όταν δηλαδή δεν υπάρχουν συμπτώματα), σε μία δόση 200 mg 2 με 4 φορές την ημέρα, η συχνότητα των προσβολών του υποτροπιάζοντος γεννητικού έρπητος μειώνεται σημαντικά.

Ωστόσο, το φάρμακο είναι ακριβό ( η θεραπεία ενός κοστίζει πάνω από 1500\$) και οι πιθανές μακροπρόθεσμες παρενέργειες είναι άγνωστες. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος, προς το παρόν, πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο από ανθρώπους που έχουν τουλάχιστον μια υποτροπιάζουσα προσβολή το μήνα ([www.herples.com](http://www.herples.com) 12/8/2010).

Άλλα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν έδειξαν να μην έχουν καμία πραγματική αξία συγκρινόμενα με τα αδρανή φάρμακα. Ωστόσο, αν κάποιος που έχει γεννητικό έρπητα πιστεύει ότι κάποιο απ' αυτά τον βοηθάει, τότε δεν πρέπει να αποτρέπεται από τη χρήση του φαρμάκου ή της βιταμίνης που έχει επιλέξει.

### 3.2.5 Συμβουλές για άτομα με γεννητικό έρπητα

1. Με τη πρώτη εμφάνιση μιας γεννητικής βλάβης δείτε ένα γιατρό.
2. Αποφύγετε τη σεξουαλική επαφή (συμπεριλαμβανομένων των φιλιών) κατά τη διάρκεια περιόδου που οι βλάβες είναι εμφανείς, ιδιαίτερα κατά το στάδιο των φυσαλίδων, όπου η μόλυνση μεταδίδεται ευκολότερα.
3. Διατηρείται την περιοχή των γεννητικών οργάνων καθαρή.
4. Όταν τοποθετείται αλοιφή acyclovir ή οποιοδήποτε άλλο φάρμακο, το δάκτυλο θα πρέπει να είναι σκεπασμένο με ελαστικό κάλυμμα ή γάντι, για την πρόληψη μόλυνσης σε άλλα μέρη του σώματος.
5. Στο χρονικό διάστημα κατά το οποίο οι βλάβες είναι εμφανείς, θα πρέπει να φοράτε εσώρουχα 100 % βαμβακερά, τα οποία θα εφαρμόζουν χαλαρά. Οι γυναίκες θα πρέπει να αποφεύγουν εσώρουχα από νάιλον.
6. Σε ετεροφυλοφιλικά και ομοφυλοφιλικά ζευγάρια, όπου ο ένας ή και οι δύο ερωτικοί σύντροφοι είχαν μόλυνση με γεννητικό έρπητα, θα πρέπει να γίνεται χρήση προφυλακτικών μεθόδων, όπως τα προφυλακτικά ή τα σπερματοκτόνα (που περιέχουν nonoxynol-9), για να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης κατά τη διάρκεια μιας αναζωπύρωσης του γεννητικού έρπητος.
7. Αν έχουν εμφανιστεί βλάβες στον τράχηλο της μήτρας, η γυναίκα θα πρέπει να χρησιμοποιήσει ένα διάφραγμα, έστω κι αν δεν εμφανιστούν βλάβες στα εξωτερικά γεννητικά όργανα. Ο αντισυλληπτικός σπόγγος που είναι εμβαπτισμένος με σπερματοκτόνα (nonoxynol-9) μπορεί να βοηθήσει ως φυσικό και χημικό μέσο κατά των βλαβών του τραχήλου.

8. Επιστρώσατε σπερματοκτόνο στα εξωτερικά γεννητικά όργανα. Αυτό μπορεί να μην εξασφαλίσει την απαλλαγή από την μόλυνση, αλλά θεωρητικά μπορεί να προσθέσει κάποια προστασία.
9. Σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες κατά τη διάρκεια της γονιμότητας, που είχαν μολύνσεις από γεννητικό έρπητα, θα πρέπει να κάνουν ένα τεστ Παπανικολάου κάθε έξι μήνες για να αυξηθούν οι πιθανότητες πρόωμης ανίχνευσης καρκίνου του τραχήλου.
10. Αποφεύγεται να φοράτε υγρά ρούχα για μεγάλες χρονικές περιόδους, γιατί αυτό θα βοηθήσει στην επέκταση των βλαβών.

Αν οι έρευνες για αντι-ικά φάρμακα ακολουθήσουν το δρόμο της επιτυχίας που είχαν τα αντιβιοτικά για τη θεραπεία από τα μικρόβια, δεν είμαστε μακριά από την ανακάλυψη των φαρμάκων που θα μειώνουν δραστικά τα συμπτώματα του γεννητικού έρπητος ή ακόμη, που θα θεραπεύουν τη νόσο.

Η ανάπτυξη ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού εμβολίου θα έχει ως αποτέλεσμα την απομόνωση ή την πιθανή εξάλειψη των μολύνσεων του ιού του απλού έρπητος μέσα σε μια ή δύο γενιές. Μέχρι τότε, για τα άτομα που υποφέρουν από γεννητικό έρπητα, η νόσος δεν είναι τόσο σοβαρή όσο θα ήθελε να πιστεύει κανείς. Όχι μόνο μπορεί το άτομο να ζήσει με τη νόσο, αλλά, με μερικούς περιορισμούς, ένα προσβλημένο άτομο μπορεί να συνεχίσει μια κανονική και σεξουαλική ενεργό ζωή([www.medlook.com](http://www.medlook.com) 12/8/2009).

### 3.3 ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Τα γεννητικά κονδυλώματα που εμφανίζονται πάνω στο πέος, στο αιδοίο ή γύρω από τον πρωκτό, είναι γνωστά και αναφέρονται σε γραπτά κείμενα από την εποχή των αρχαίων ελλήνων. Τα κονδυλώματα μπορεί να είναι απλά ή πολλαπλά, να καλύπτουν μεγάλη επιφάνεια δέρματος, και στην περίπτωση των γυναικών να επεκτείνονται και μέσα στον κόλπο. Αυτά εμφανίζονται μετά τη σεξουαλική ωρίμανση του ατόμου και έχουν περίοδο αιχμής ως προς την εμφάνισή τους το διάστημα που προσδιορίζεται ανάμεσα στο 25<sup>ο</sup> με 35<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας για τον άνδρα και τη γυναίκα. Η εποχή αιχμής ως προς την εμφάνισή τους συμπίπτει μ' αυτήν της βλεννόρροιας, γεγονός που τονίζει ότι μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Στον άνδρα προσβάλλονται περισσότερο η ακροπροσθία, ο μικρός χαλινός και το κάτω μέρος της βαλάνου του πέους ενώ στις γυναίκες τα κονδυλώματα βρίσκονται πιο συχνά στην περιοχή γύρω από την είσοδο του κόλπου και την εσωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλέων, μπορεί όμως να προσβληθεί κάθε μέρος του αιδοίου, του κόλπου και του τραχήλου. Η μόλυνση του τραχήλου της μήτρας παρατηρήθηκε πολύ πρόσφατα, οι συνέπειες όμως αυτής της μόλυνσης μπορεί να είναι πολύ σοβαρές.

Τα γεννητικά κονδυλώματα προκαλούνται από έναν ή περισσότερους ιούς που προκαλούν θήλωμα (όγκος στο δέρμα) στον άνθρωπο ( human papilloma viruses-HPV ). Αυτή η οικογένεια ιών είναι συνηθισμένη και προκαλεί κονδυλώματα σε διάφορες περιοχές του σώματος. Ο ιός του κονδυλώματος εισέρχεται στο δέρμα του αιδοίου ή του πέους ή στους ιστούς (βλεννογόνο μεμβράνη) του πέους ή της ουρήθρας, ή στους ιστούς του κόλπου και του τραχήλου κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής με μολυσμένο άτομο. Ο ιός έχει τη τάση να παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση και τα κονδυλώματα δεν εμφανίζονται παρά μετά από διάστημα 3 μηνών. Τα κονδυλώματα ενδέχεται να είναι ορατά ή να ανιχνευθούν μόνο αν κοιτάξουμε το πέος του άντρα ή τον κόλπο και τον τράχηλο της γυναίκας με μεγεθυντικό φακό. Μόλις αυτά εμφανιστούν αρχίζουν να εξαπλώνονται.

Τα κονδυλώματα ίσως και να εξαπλωθούν γύρω από την περιοχή του πρωκτού, όμως αν βρίσκονται μόνο σ' αυτήν την περιοχή είναι ενδεικτικά για το ότι προέκυψαν ύστερα από πρωκτική επαφή (Βαϊόπουλος et al., 2006).

Ο ιός του κονδυλώματος μπορεί να μπει και να ζήσει μέσα στα κύτταρα που καλύπτουν τον τράχηλο ή τον κόλπο, μεταλλάζοντάς τα σε καρκινογόνα. Αυτό έχει περισσότερες πιθανότητες να συμβεί στα κύτταρα που καλύπτουν τον τράχηλο. Ευτυχώς, τα μη φυσιολογικά κύτταρα ανιχνεύονται πολύ πριν αναπτυχθεί καρκίνος, αν οι γυναίκες είναι σεξουαλικά δραστήριες κάνουν εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η εξέταση είναι το Pap test. Μ' αυτήν την μέθοδο οι ανωμαλίες αυτού του είδους καθίστανται ορατές, εξετάζονται και θεραπεύονται.

Τα κονδυλώματα που ανακαλύπτονται πάνω στο αιδοίο ή γύρω, από τον ειδικό ιατρό, με μία ουσία που ονομάζεται podophyllin, η οποία περνά μέσα στα κονδυλώματα και σκοτώνει τον ιό. Η podophyllin απλώνεται προσεχτικά πάνω σε κάθε κονδύλωμα, έτσι ώστε να μη βαφεί το δέρμα γύρω απ' αυτά, επειδή η συγκεκριμένη ουσία είναι καυστική. Το «χρώμα» αφήνεται να στεγνώσει. Ο ασθενής μπορεί να γυρίσει σπίτι του και 2 ώρες αργότερα πρέπει να πλύνει την περιοχή με σαπούνι και νερό, για να εξαλειφθεί κάθε ίχνος της podophyllin που δεν έχει απορροφηθεί από τα κονδυλώματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις η επάλειψη πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε εβδομάδα για 3 ή 4 εβδομάδες. Τα κονδυλώματα μαραίνονται και πέφτουν, καθώς σκοτώνονται τα μολυσμένα κύτταρα, αφήνοντας έτσι το δέρμα καθαρό.

Ένα άτομο στα πέντε χρόνια που χρησιμοποιεί podophyllin ή podofilox νιώθει κάψιμο ή τσουξίμο, που διαρκεί περίπου 2 ημέρες.

Δυστυχώς, το ένα τρίτο των ασθενών εμφανίζει πάλι γεννητικά κονδυλώματα στο ίδιο ή σε άλλο μέρος των γεννητικών οργάνων. Όταν τα κονδυλώματα είναι εκτεταμένα ή έχουν

μολύνει το πέος, τον κόλπο ή τον τράχηλο, θεραπεύονται με καυτηριασμό με τη βοήθεια ενός ηλεκτρικού θερμοκαυτήρα ή ακτινών laser. Ο καυτηριασμός είναι πιο επώδυνος από το laser και γίνεται, συνήθως, αφού έχει χορηγηθεί στη γυναίκα γενική ή τοπική αναισθησία.

Μετά τη θεραπεία η καυτηριασμένη περιοχή χρειάζεται περίπου 3 με 6 εβδομάδες για να επουλωθεί. Σε αυτό το διάστημα χρησιμοποιούνται αλοιφές που περιορίζουν τη δυσφορία, ενώ παράλληλα πρέπει να αποφεύγονται οι σεξουαλικές επαφές([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr) 12/5/2009).

Εξαιτίας των κινδύνων που εγκυμονεί μια μόλυνση από κονδυλώματα, ιδιαίτερα για τη γυναίκα, πρέπει ο σεξουαλικός της σύντροφος να χρησιμοποιεί απαραίτητως προφυλακτικό, όταν η σεξουαλική συμπεριφορά του τελευταίου της είναι άγνωστη. Τα πολύ μικρά και αόρατα δια γυμνού οφθαλμού κονδυλώματα στο πέος του άνδρα ανιχνεύονται, αν τυλίξουμε ένα πανί ποτισμένο με ξύδι γύρω από το πέος και το αφήσουμε εκεί για πέντε λεπτά. Αν εμφανιστούν μικρές άσπρες κηλίδες επάνω στο πέος, τότε πρέπει να υπογιαστούμε πιθανή μόλυνση. Σ' αυτή τη περίπτωση ο άνδρας πρέπει να επισκεφτεί γιατρό, ο οποίος εξετάζοντας το πέος με μεγεθυντικό φακό θα αποφανθεί αν πρόκειται για κονδύλωμα ή όχι. Στους άνδρες ο ιός πεθαίνει, συνήθως, ύστερα από λίγες εβδομάδες, επειδή το δέρμα και η βάλανος του πέους είναι συνήθως στεγνά, έτσι που κάποια επιπλέον θεραπεία φαίνεται να μην είναι απαραίτητη. Απλώνεται λοιπόν σε κάθε άσπρη κηλίδα τριχλωροξικό οξύ με τη βοήθεια ενός μάκτρου. Αυτό μπορεί να προκαλέσει παροδικό αίσθημα καψίματος. Μετά από 30 με 60 δευτερόλεπτα ο άνδρας πλένει τα γεννητικά του όργανα, ξεπλένοντας κάθε ίχνος τριχλωροξικού οξέος. Η θεραπεία ίσως χρειαστεί να επαναληφθεί μετά από 2 ή 3 εβδομάδες, ενώ ο ασθενής πρέπει να χρησιμοποιεί προφυλακτικό μέχρι που το τραύμα εξαλειφθεί εντελώς.

Ένα πρόβλημα που ενδέχεται να προκύψει, αν αφήσει κανείς τα γεννητικά κονδυλώματα στη γυναίκα αθεράπευτα, είναι ότι ο ιός που τα προκαλεί μπορεί να αποτελέσει παράγοντα δημιουργίας καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ύστερα από 10 ή και περισσότερα χρόνια. Εξαιτίας αυτής της πιθανότητας, καθώς και του προβλήματος θεραπείας των κολπικών κονδυλωμάτων, προτείνεται μια νέα θεραπεία, η οποία χρησιμοποιεί μια αλοιφή αυτή παράγεται από λευκά αιμοσφαίρια και έχει ειδική επίδραση επάνω στους ιούς, αλλά ταυτόχρονα και πολύ μεγάλο κόστος. Εντούτοις, θα μπορούσε να αποτελέσει τη λύση σε ειδικές περιπτώσεις κονδυλωμάτων(Βαϊόπουλος et al.,2006).

### **3.3.1 Η θεραπεία των γεννητικών κονδυλωμάτων**

**Ποδοφυλλίνη:** Συνήθως με τη μορφή διαλύματος ή αλοιφής. Αποτελεί ακατέργαστο παρασκεύασμα που εφαρμόζεται 2 φορές την εβδομάδα από τον ιατρό ή από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η περιοχή θα πρέπει να ξεπλένεται με νερό 6 ώρες μετά την εφαρμογή ή νωρίτερα αν εμφανιστεί ερεθισμός.

**Ποδοφυλλοτολίνη:** Αποτελεί το καθαρό πλέον δραστικό συστατικό της ποδοφυλλίνης σε μορφή διαλύματος. Μετά την αρχική εφαρμογή από τον γιατρό, μπορείτε να εφαρμόσετε το διάλυμα και μόνοι σας στο σπίτι χωρίς να υπάρχει μετά ανάγκη να ξεπλύνετε την περιοχή. Βεβαίως, θα πρέπει να επισκεφτείτε και πάλι τον γιατρό σας μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας για να βεβαιωθείτε ότι τα κονδυλώματα δεν έχουν επανέλθει.

**Τριχλωροξικό οξύ:** Είναι ένα οξύ το οποίο εφαρμόζεται προσεχτικά πάνω στα κονδυλώματα από τον γιατρό ή από το νοσηλευτικό προσωπικό.

**Κρυοθεραπεία:** Είναι μια μέθοδος που καταστρέφει τα κονδυλώματα παγώνοντας τα. Μπορεί να πραγματοποιηθεί συνήθως χωρίς αναισθησία.

**Χειρουργική:** Συνήθως χρησιμοποιείται αν τα κονδυλώματα είναι μεγάλα, πολλά σε αριθμό ή όταν βρίσκονται σε δυσπρόσιτες περιοχές. Εφαρμόζεται τοπική αναισθησία ή περιστασιακά γενική, όπου είναι απαραίτητη([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr) 12/5/2009).

### **3.4 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β**

Η ηπατίτιδα είναι μία φλεγμονή του ήπατος. Μπορεί να προκληθεί από διάφορους ιούς, από τους οποίους οι πιο συνηθισμένοι είναι : ο ιός ηπατίτιδας Α, ο ιός της ηπατίτιδας Β και οι μη-Α μη-Β ιοί. Ο ιός της ηπατίτιδας Α αποβάλλεται από τα κόπρανα και ως σεξουαλικά μεταδιδόμενη μόλυνση παρατηρείται κυρίως στους ομοφυλόφιλους άνδρες που επιδίδονται σε στοματο-πρωκτική επαφή. Η μη-Α μη-Β ηπατίτιδα μπορεί επίσης να μεταδοθεί με σεξουαλική επαφή, ιδιαίτερα στους ομοφυλόφιλους. Ο ιός της ηπατίτιδας Β έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει στη κυκλοφορία του αίματος, στο σάλιο, στο αίμα των καταμήνιων, στο σπέρμα και στις κολπικές εκκρίσεις των μολυσμένων γυναικών. Δεν είναι παράδοξο το ότι η ηπατίτιδα Β μπορεί να παρουσιασθεί ως μία σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος. Παρουσιάζεται συχνά στους ομοφυλόφιλους άνδρες. Η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στα άτομα με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους και στα άτομα που επιδίδονται σε πρωκτική συνουσία. Ακόμη, υπάρχει « η κατάσταση ιοφορίας», η οποία αφορά τα άτομα που ποτέ δεν είχαν συμπτώματα ηπατίτιδας, αλλά έχουν χρονίως μία ουσία στο αίμα και στις εκκρίσεις του σώματός τους που είναι γνωστή ως αντιγόνο επιφανείας ηπατίτιδας Β. Οι φορείς αυτοί είναι σε θέση να μεταδώσουν το αντιγόνο αυτό άρα και την ηπατίτιδα Β, με σεξουαλική επαφή.

Επειδή το έμβryo μπορεί να μολυνθεί από την μητέρα του μέσα στη μήτρα, αν αυτή είναι φορέας, σε πάρα πολλές χώρες όλες οι έγκυες γυναίκες υποβάλλονται σε εξέταση αίματος για την ανίχνευση του συγκεκριμένου ιού. Αν η εξέταση αποδειχθεί θετική τότε το έμβryo ακολουθεί θεραπευτική αγωγή γ-σφαιρίνη και με εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β, αμέσως μετά τη γέννησή του(Χαροκόπος,2005).

#### **3.4.1 Συμπτώματα της Ηπατίτιδας Β**

Τα συμπτώματα παρατηρούνται συνήθως 4 έως 6 εβδομάδες μετά την μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Α, 6 έως 8 εβδομάδες μετά την μόλυνση από τον ιό της μη-Α μη-Β ηπατίτιδας και 12 εβδομάδες περίπου μετά την μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β. Στο 90 % περίπου των περιπτώσεων τα συμπτώματα είναι ελαφρά και περιλαμβάνουν πυρετό, κούραση, πονοκέφαλο, μικρή δυσφορία στο στομάχι, απώλεια της όρεξης και ίκτερο. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται με φλεγμονή του ήπατος που εξαφανίζονται μέσα σε 6 έως 12 εβδομάδες. Μερικά άτομα μπορεί να έχουν επίμονες ανωμαλίες μικρού βαθμού για πολλά χρόνια. Άλλα άτομα μπορεί να έχουν μια χρόνια, συνεχή επιδείνωση του ήπατος, που είναι γνωστή ως χρόνια ενεργός ηπατίτιδα. Οι ασθενείς μπορεί αρχικά να παραπονιούνται για ελαφρά συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της γρίπης, αλλά τελικά η κατάσταση αυτή χειροτερεύει και οδηγεί στη κίρρωση του ήπατος(Χαροκόπος,2005).

#### **3.4.2 Η θεραπεία της ηπατίτιδας Β από ιούς**

Στο 90% των περιπτώσεων η ηπατίτιδα από ιούς θα είναι ελαφρά και η ανάρρωση θα επέλθει χωρίς ειδική θεραπεία.

Γενικά ο ασθενής θα πρέπει να αναπαύεται στο κρεβάτι κατά την αρχική φάση της νόσου, συνιστάται δε δίαιτα με μεγάλη περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες και χαμηλή σε λίπη. Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα θα πρέπει να αποφεύγουν το οινόπνευμα καθώς και τα φάρμακα που μπορεί να βλάψουν ή να ερεθίσουν το ήπαρ, μέχρι που η ανάρρωση να είναι πλήρης. Στις περιπτώσεις χρόνιας ή κεραυνοβόλου ηπατίτιδας, μπορούν να χρησιμοποιηθούν στεροειδή φάρμακα, όπως η πρεδνιζόνη, αν και τα ευεργετικά αποτελέσματα από τη χρήση τους είναι αμφίβολα. Τώρα πια υπάρχουν μέθοδοι πρόληψης των μολύνσεων από ηπατίτιδα Β. Έχει φανεί ότι η χρήση προφυλακτικών και η αποφυγή της πρωκτικής συνουσίας μπορούν να μειώσουν σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο ανάπτυξης μιας μόλυνσης από ηπατίτιδα Β. Η

παθητική ανοσοποίηση με την ανοσοσφαιρίνη της ηπατίτιδας Β έχει αποδειχθεί αποτελεσματική για την πρόληψη της νόσου στις περιπτώσεις που υπάρχει σεξουαλική επαφή με άτομα που πάσχουν από ηπατίτιδα Β. Η ανοσοσφαιρίνη αυτή, θα πρέπει να χορηγείται μέσα σε 14 ημέρες από την σεξουαλική επαφή με ένα μολυσμένο άτομο, ώστε να είναι αποτελεσματική. Τελευταία έχει αναπτυχθεί ένα εμβόλιο ηπατίτιδας Β. Το εμβόλιο αυτό έχει αποδειχθεί ότι είναι κατά 90 % αποτελεσματικό για 5 χρόνια, με ελάχιστες παρενέργειες. Και η ανοσοσφαιρίνη και το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β κοστίζουν ακριβά, έχει δε αποδειχθεί ότι το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β δεν εξαλείφει τη χρόνια κατάσταση της ιοφορίας(Palmer,2004).

### 3.5 ΣΥΦΙΛΗ

Η σύφιλη είναι λοιμώδης νόσος που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή γεγονός που σε συνδυασμό με τη μολυσματικότητα της την καθιστά πολύ μεταδοτική.

Η σύφιλη προκαλείται από ένα μικροσκοπικό, λεπτό οργανισμό, που μοιάζει με τριμπουσόν και ο οποίος δεν είναι ορατός με γυμνό οφθαλμό. Ο οργανισμός αυτός ονομάζεται *treponema pallidum*, και ελίσσεται σε όλο το μήκος των 20 μm. Μπορεί να ζήσει μόνο στο υγρό και ζεστό περιβάλλον του ανθρώπινου σώματος και πεθαίνει μέσα σε λίγες ώρες όταν βρίσκεται έξω από αυτό. Όταν όμως βρίσκεται στο ανθρώπινο σώμα, τότε ευδοκιμεί και αναπτύσσεται.

Αν κάποιος έχει συφιλιδικό έλκος στα γεννητικά του όργανα και έλθει σε σεξουαλική επαφή με άλλο άτομο, τότε η πιθανότητα μετάδοσης της νόσου είναι πάρα πολύ μεγάλη. Η επιφάνεια του έλκους περιέχει εκατομμύρια τρεπονήματα, και κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής 1000 ή και περισσότερα από αυτά μεταφέρονται στο σώμα του άλλου ατόμου, μέσα από λεπτές και αόρατες σχισμές του δέρματος ή του βλεννογόνου που έρχεται σε επαφή με το έλκος. Μέσα σε 36 ώρες από τη στιγμή της μόλυνσης ο αριθμός των τρεπονημάτων τριπλασιάζεται, και ξανά διπλασιάζεται μέσα στις επόμενες 30 ώρες. Τη στιγμή που το άτομο θα καταλάβει ότι κάτι δεν πάει καλά, θα υπάρχουν στο σώμα του, τουλάχιστον, 10.000 εκατομμύρια τρεπονήματα.

Αν δεν υπάρξει θεραπεία, οι οργανισμοί θα προσβάλουν σταδιακά όλους τους ιστούς του σώματος και με τα χρόνια θα τους καταστρέψουν. Δυστυχώς, στην αρχική μόλυνση του σώματος από την σύφιλη οι αμυντικές δυνάμεις είναι ανεπαρκής και τα τρεπονήματα δεν είναι αναχαιτίζονται, γεγονός που έχει ως συνέπεια την διάβασή τους στην κυκλοφορία του αίματος και το γρήγορο πολλαπλασιασμό τους.

Κατά την περίοδο που δημιουργείται το έλκος, τα τρεπονήματα που κυκλοφορούν στο αίμα προκαλούν μίαν άλλη αντίδραση. Παρακινούν το αίμα να παράγει μια χημική ουσία που ονομάζεται αντίσωμα. Η δημιουργία του αντισώματος των τρεπονημάτων είναι μια αργή διαδικασία, αλλά 4 με 8 εβδομάδες μετά την πρωτοπαθή μόλυνση μπορεί να εντοπιστεί από την εξέταση αίματος (Καραχάλιος, 2003).

Η σύφιλη είναι μια σεξουαλικώς μεταδιδόμενη ασθένεια, και από τη στιγμή που τα περισσότερα ζευγάρια επιδίδονται σε γεννητικό σεξ, πράγμα που υπονοεί πως το αντρικό πέος εισέρχεται στο αιδοίο της γυναίκας, η αρχική βλάβη, το πρωτοπαθές έλκος της σύφιλης δημιουργείται κυρίως επάνω στο πέος ή επάνω στο αιδοίο. Ωστόσο το 25 % περίπου των γυναικών που μολύνονται από άτομα με μη θεραπευμένη σύφιλη αναπτύσσει το πρωτοπαθές έλκος επάνω στο τράχηλο. Στη περίπτωση αυτή, το έλκος, παρότι είναι μη αντιληπτό, είναι εξαιρετικά μολυσματικό, όταν βέβαια η γυναίκα έλθει σε σεξουαλική επαφή με υγιές άτομο. Αν δεν ακολουθηθεί θεραπευτική αγωγή, το άτομο που έχει σύφιλη συνεχίζει να είναι φορέας της μόλυνσης για 2 περίπου χρόνια. Μετά από αυτό το χρονικό διάστημα οι πιθανότητες μειώνονται, έτσι που ύστερα από 5 χρόνια είναι ασύνηθες ένα συφιλιδικό άτομο που δεν έχει ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή να μεταδίδει τη νόσο. Όπως, όμως έχουμε ήδη αναφέρει η ασθένεια συνεχίζει να μολύνει το δικό του σώμα και να προκαλεί βλάβες στους ιστούς του.

Στο 5 % των περιπτώσεων πρωτοπαθούς σύφιλης, το έλκος δημιουργείται σε άλλες περιοχές εκτός των γεννητικών οργάνων. Οι ομοφυλόφιλοι που επιδίδονται στο πρωκτικό σεξ, αν μολυνθούν από ένα ομοφυλόφιλο σύντροφο, μπορεί να εμφανίσουν το έλκος στο πρωκτό ή στο κατώτερο μέρος του ορθού εντέρου. Ζευγάρια ομοφυλόφιλα ή ετεροφυλόφιλα που επιδίδονται στο στοματικό σεξ, μπορεί να εμφανίσουν το έλκος στα χείλη ή τη γλώσσα, αν ο σεξουαλικώς τους σύντροφος είναι φορέας της ασθένειας. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις η σύφιλη μεταδίδεται με άλλο τρόπο εκτός από την σεξουαλική επαφή. Από την στιγμή που το τρεπονήμα είναι πολύ ευαίσθητο και πεθαίνει τόσο γρήγορα όταν βρίσκεται έξω από το ανθρώπινο σώμα, η αντίληψη πως μπορεί κάποιος να κολλήσει σύφιλη από την λεκάνη της

τουαλέτας σίγουρα δεν ευσταθή.

Συνηθίζουμε να χωρίζουμε τη νόσο σε 3 στάδια : το πρωτοπαθές, το δευτεροπαθές και το τριτοπαθές ή στάδιο της σύφιλης.

### 3.5.1 Πρωτοπαθές στάδιο

Η πρωτοπαθής σύφιλη είναι το στάδιο του πρωτοπαθούς έλκους, και στην αρχή η διάγνωσή του γίνεται κλινικά όταν εμφανιστεί η πρώτη αλλοίωση στο δέρμα, το πρώτο έλκος, 10 με 90 ημέρες αφότου το άτομο έχει προσβληθεί από την νόσο. Τα περισσότερα έλκη δημιουργούνται σε μια περίοδο 20 με 25 ημέρες μετά την σεξουαλική επαφή με μολυσμένο σεξουαλικό σύντροφο. Το πρωτοπαθές έλκος έχει ήδη περιγραφεί, όμως αξίζει να επαναλάβουμε ότι συνήθως δημιουργείται πάνω στο πέος ή στο αιδοίο, ότι είναι μόνο μια πληγή με σκληρές άκρες και ελκώδες κέντρο, από το οποίο ρέει καθαρό υγρό και τέλος ότι είναι ανώδυνο. Η πληγή είναι εξαιρετικά μολυσματική. Λίγες ημέρες μετά τη εμφάνιση του πρωτοπαθούς έλκους, οι λεμφαδένες της βουβωνικής χώρας διογκώνονται σχηματίζοντας επώδυνες ελαστικές μάζες. Το πρωτοπαθές έλκος αν μείνει αθεράπευτο, επουλώνεται με αργό ρυθμό σε διάστημα μεγαλύτερο των 4 με 8 εβδομάδων, αφήνοντας συνήθως στη θέση του μια μικρή ουλή(Τσάμπας,2005).



*ΣΚΛΗΡΟ ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΟ  
ΕΛΚΟΣ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ.  
Στο 1ο στάδιο σύφιλης  
εμφανίζεται ένα σκληρό έλκος  
που δε δημιουργεί πόνο, το οποίο  
και ονομάζεται σκληρό  
συφιλιδικό έλκος. Συνήθως  
εμφανίζεται στην περιοχή  
των γειυνητικών οργάνων.*

### 3.5.2 Δευτεροπαθές στάδιο

Σε διάστημα 6 με 8 εβδομάδων μετά την αρχική μόλυνση αρχίζει το δευτεροπαθές στάδιο της σύφιλης. Αρκετά συχνά το μολυσμένο άτομο αισθάνεται «αδιάθετο», αναφέροντας ότι έχει πονοκεφάλους, πυρετό, πόνο στο λαιμό του ή στις αρθρώσεις του, όμως, αυτά τα συμπτώματα δεν βοηθούν και τόσο στη διάγνωση της νόσου. Υπάρχουν τέσσερις βασικές ομάδες αλλοιώσεων που χαρακτηρίζουν το δευτεροπαθές στάδιο της σύφιλης και είναι όλες τους εξαιρετικά μολυσματικές. Από τη στιγμή που θα εμφανιστούν, η εξέταση αίματος για την ανίχνευση της σύφιλης αποδεικνύεται θετική σε ποσοστό μεγαλύτερο του 99 % των ασθενών, έτσι που η διάγνωση της νόσου είναι εύκολη, αν ο γιατρός είναι ικανός και ο πάσχων ειλικρινής και πρόθυμος να βοηθήσει.

Η πιο συνηθισμένη αλλοίωση είναι ένα εξάνθημα του δέρματος. Αυτό εμφανίζεται περίπου στο 80 % των ασθενών που δεν έχουν ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή. Το εξάνθημα αρχίζει σαν μια αμυδρή, απαλή, ροζ κηλίδα, που εμφανίζεται κατά μήκος των πλευρών και πάνω στον κορμό γρήγορα όμως εξαπλώνεται καλύπτοντας τη πλάτη και την κοιλιά, ενώ παράλληλα εμφανίζεται στο πρόσωπο, στη περιοχή γύρω από το στόμα και το πηγούνι. Μερικές φορές το εξάνθημα δημιουργεί κατά περίοδο τρόπο μια λωρίδα γύρω από το μέτωπο, που ονομαζόταν από τους γιατρούς του 18<sup>ου</sup> αιώνα «περιδέριο της Αφροδίτης». Τα στίγματα συνήθως στρογγυλά, γίνονται γρήγορα σκούρα κόκκινα και όσο περνάει ο καιρός ενδέχεται να λάβουν τη μορφή σπυριού με το κέντρο τους να ξεφλουδίζει. Δεν προκαλούν κνησμό, αλλά όταν ο ασθενής τα πειράξει, τότε μολύνονται και δημιουργούν πυώδες στίγματα. Τα εξανθήματα επιμένουν περίπου 6 εβδομάδες και μετά εξασθενούν



σταδιακά, ενώ υπάρχει και η πιθανότητα να επανεμφανιστούν αν δεν ακολουθήσει θεραπεία. Στη γυναίκα που δεν έχει μερικές φορές ορατό πρωτοπαθές έλκος, το δευτεροπαθές δερματικό εξάνθημα είναι το πρώτο σημάδι που θα προκαλέσει υποψίες στο γιατρό για συφιλιδική μόλυνση(Τσάμπαος,2005)

Η δεύτερη πιο συνηθισμένη αλλοίωση εμφανίζεται στις υγρές περιοχές του δέρματος ή στους βλεννογόνους, όπως το στόμα, το αιδοίο και ο πρωκτός. Επειδή αυτές οι περιοχές είναι πιο ευαίσθητες και περισσότερο υγρές, το δευτεροπαθές έλκος της σύφιλης που αναπτύσσεται σε αυτές είναι διαφορετικό. Μπορεί λοιπόν να εμφανιστούν ακροχορδονώδεις όγκοι στη περιοχή του αιδοίου της γυναίκας ή γύρω από τον πρωκτό και στα δύο φύλα. Αυτοί είναι επίπεδοι στο επάνω μέρος και έχουν χρώμα κοκκινωπό ή γκρίζο. Είναι πολύ μολυσματική, και σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζονται και σε άλλες υγρές περιοχές του σώματος, όπως ανάμεσα στους γλουτούς ή επάνω στο όσχεο. Μπορεί, επίσης, να δημιουργηθούν μέσα στο στόμα ή τον κόλπο μικρές εξογκωμένες γκρίζες πλάκες που μοιάζουν με ίχνη σαλιγκαριού. Και αυτές είναι ανώδυνες, αλλά εξαιρετικά μολυσματικές και ονομάζονται συφιλιδικές πλάκες. Οι συφιλιδικές πλάκες καθώς και τα συφιλιδικά κονδυλώματα εμφανίζονται περίπου στο 30 % των ασθενών με μη θεραπευμένη σύφιλη.

Το τρίτο εύρημα είναι οι διογκωμένοι λεμφαδένες. Παρατηρείται διόγκωση της βουβωνικής χώρας, της μασχάλης ή του αυχένα. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό ασθενών εμφανίζει συμπτώματα μηνιγγιτίδας με συνεχής ενοχλητικούς πονοκεφάλους.

Οι δευτεροπαθής αλλοιώσεις της σύφιλης διαρκούν 3 με 12 μήνες και μετά εξαφανίζονται.

### **3.5.3 Τριτοπαθές στάδιο**

Το τρίτο στάδιο της σύφιλης μπορεί να αναπτυχθεί σε διάστημα από 2 μέχρι 20 χρόνια μετά την εξαφάνιση των δευτεροπαθών αλλοιώσεων. Σε όλο αυτό το διάστημα η μόνη ένδειξη ότι ο ασθενής πάσχει από σύφιλη είναι το θετικό αποτέλεσμα της εξέτασης του αίματός του. Σε πάρα πολλούς ασθενείς που δεν έχουν ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή το τρίτο στάδιο δεν αναπτύσσεται καν, αυτοί όμως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν από ένα άτομο που δεν έχει μολυνθεί. Σήμερα, με την αποτελεσματική θεραπεία του πρωτοπαθούς σταδίου της σύφιλης, οι περιπτώσεις τριτοπαθών αλλοιώσεων είναι όλο και λιγότερες. Στη πραγματικότητα, δεν θα γνωρίζαμε τη συμβαίνει με το συφιλιδικό άτομο που δεν έχει ακολουθήσει καμία θεραπευτική αγωγή, αν δεν είχε γίνει μια μελέτη στο Όσλο(Τσάμπαος,2005).

### **3.5.4 Θεραπεία της σύφιλης**

Στη θεραπεία της σύφιλης το βασικό φάρμακο που εξακολουθεί να υπερέχει και να κυριαρχεί είναι η πενικιλίνη. Η ωχρά σπειροχαΐτη είχε και εξακολουθεί να έχει ευαισθησία έναντι του φαρμάκου αυτού. Η θεραπεία της σύφιλης είναι δυνατή, οριστική και απόλυτη εδώ και μερικές δεκαετίες.

Ειδικότερα η θεραπεία της σύφιλης έχει ως εξής:

Φάρμακα: Η πενικιλίνη εξακολουθεί να θεωρείται το φάρμακο της πρώτης εκλογής για τη θεραπεία της σύφιλης. Οι μορφές της πενικιλίνης που χρησιμοποιούνται διεθνώς είναι οι παρακάτω:

1. Κρυσταλλική πενικιλίνη G.
2. Προκαϊνική πενικιλίνη G (υδατοδιαλυτή).
3. Ελαιώδης προκαϊνική πενικιλίνη G (PAM).
4. Βενζαθινική πενικιλίνη G.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις πιθανής αλλεργικής ευαισθησίας προς την πενικιλίνη είναι:

1. Τετρακυκλίνες (Υδροχλωρική T- χλωροτετρακυκλίνη).
2. Ερυθρομυκίνη (Stearate-Ethylsuccinate-βάση).
3. Κεφαλοσπορίνες(Βαϊόπουλος,2006).

### **3.5.5 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Είναι τα εξής:

1. Επιμονή ή επανεμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων
2. Τετραπλασιασμός του τίτλου των μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων
3. Διατήρηση σε υψηλά επίπεδα του τίτλου των μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων επί ένα έτος(Καραχάλιος,2003).

### **3.6 ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ**

Το μαλακό έλκος οφείλεται στον στρεπτοβάκιλλο του Dücroy (Hemophilus ducroyi). Ανακαλύφθηκε το 1889. Είναι νόσος τοπική. Η επώαση της νόσου διαρκεί από 2-5 ημέρες. Το μαλακό έλκος εντοπίζεται κυρίως στα γεννητικά όργανα. Χαρακτηρίζεται από έλκη βαθειά και καταστρεπτικά με χαρακτήρες ακριβώς αντίθετους από εκείνους του συφιλιδικού έλκους. Έτσι πρόκειται περί ελκώσεως βαθειάς με χείλη ακανόνιστα, υπεσκαμμένα. Η έλκωση είναι επώδυνος. Συνοδεύεται από σύστοιχο βουβωνική αδενίτιδα. Οι αδένες όμως είναι μαλακοί, επώδυνοι, φλεγμονώδεις και συμφύονται με το υπερκείμενο δέρμα. Αν ο άρρωστος μείνει χωρίς θεραπεία οι αδένες αυτοί εξέλκονται και σχηματίζουν επιφανειακά συρίγγια.

Το μαλακό έλκος αυτοενοφθαλμίζεται γι' αυτό εμφανίζονται συνήθως πολλαπλά έλκη και όχι μονήρες. Διαρκεί συνήθως αρκετές εβδομάδες.

#### **3.6.1 Επιπλοκές**

Εκτός από τη λεμφαδενίτιδα με τη δημιουργία συριγγίων παρατηρούνται μικρά αποστήματα και λεμφαγγειίτιδα. Έχει συμβεί να συνυπάρχει μαλακό και συφιλιδικό έλκος. Επειδή το μαλακό έλκος έχει βραχύτερο χρόνο επώσεως (5 ημέρες) από το συφιλιδικό (21 ημέρες) προηγούνται οι κλινικοί χαρακτήρες του μαλακού έλκους και προοδευτικά επικρατούν οι χαρακτήρες του συφιλιδικού έλκους(Τσάμπαος,2005).

#### **3.6.2 Διάγνωση**

Η διάγνωση γίνεται με την ανεύρεση του στρεπτοβάκιλλου του Dücroy στα παρασκευάσματα ή με ενδοδερμοαντίδραση Dmelcos.

#### **3.6.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΛΑΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ**

Η χρήση οποιουδήποτε αντιβιοτικού, τοπικώς ή συστηματικώς χορηγούμενου, αποφέρει έξοχο θεραπευτικό αποτέλεσμα. 1 - 2 gr αμπικιλίνης ημερησίως επί 8-10 ημέρες είναι μια καλή μέθοδος θεραπείας συγχρόνως με τοπική θεραπεία με αντιμικροβιακά σκευάσματα(Τσάμπαος,2005).

## **3.7 ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ ή ΓΟΝΟΚΚΟΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ**

Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι αφροδίσιο νόσημα μολυσματικό, μεταδιδόμενο σχεδόν αποκλειστικά με τη σεξουαλική επαφή.

### **3.7.1 Αίτιο**

Το αίτιο της βλεννόρροιας είναι ο γονόκοκκος που ανακαλύφθηκε το 1879 από τον Neisser. Πρόκειται για καφεοειδείς ενδοκυττάριους ή εξωκυττάριους διπλόκοκκους. Είναι αρνητικός κατά Gram. Χρωματίζεται όμως άριστα με κυανούν του μεθυλενίου. Καλλιεργείται σε ειδικά θρεπτικά υλικά που περιέχουν αιματούχον άγαρ(Σακοράφας,2001).

## **Κλινική εικόνα**

### **3.7.2 Οξεία βλεννόρροια στον άνδρα**

Μετά από χρόνο επώασης 3-5 ημερών αρχίζουν τα πρώτα ενοχλήματα που είναι: αίσθημα κνησμού στην ουρήθρα. Η ούρηση είναι βασανιστική. Από το στόμιο της ουρήθρας εκρέει οροπυώδες αρχικά έκκριμα που γρήγορα γίνεται πυώδες, παχύρρευστο πυώδες ή ακόμη βαθύ κίτρινο. Αν ο άρρωστος μείνει χωρίς θεραπεία μετά από 3-6 βδομάδες τα ενοχλήματα γίνονται ηπιότερα και η κατάσταση τελικά μετατοπίζεται στη χρόνια βλεννόρροια με συνεχή αλλά ηπιότερη και αβληχρή συμπτωματολογία. Συγχρόνως αρχίζουν οι επιπλοκές όπως είναι:

Επιπλοκές στον άνδρα

1. Γονοκοκκική επιδιδυμίτιδα ή ορχεο-επιδιδυμίτιδα με τελική κατάληξη τη στειρώση στην περίπτωση όπου η ορχεο-επιδιδυμίτιδα θα είναι αμφοτερόπλευρος.
2. Γονοκοκκική προστατίτιδα. Φλεγμαίνει και αλγεί ο προστάτης.
3. Γονοκοκκική σπερματοδοχοκυστίτιδα, με αιματηρό σπέρμα(Τσάμπαος,2005).

### **3.7.3 Οξεία βλεννόρροια στην γυναίκα**

Η βλεννόρροια στη γυναίκα διατρέχει με αβληχρή συμπτωματολογία αρχικά. Γι' αυτό άλλωστε δεν αντιλαμβάνεται εύκολα τη μόλυνση. Μέσα σε λίγες ημέρες όμως η έκκριση γίνεται πυώδης, δύσοσμος και συνοδεύεται από αίσθημα βάρους εις τα γεννητικά όργανα που ακολουθείται από τσούξιμο και πόνο.

Αν μείνει χωρίς θεραπεία, η συμπτωματολογία προοδευτικά ελαττώνεται. Εν τω μεταξύ αρχίζουν οι επιπλοκές.

Επιπλοκές στην γυναίκα

1. Κολπίτιδα. Διασπορά του γονόκοκκου στον κόλπο. Πρέπει να υπογραμμισθεί το γεγονός ότι ο γονόκοκκος εγκαθίσταται αρχικά και ενδημεί στο στόμιο της ουρήθρας και στο στόμιο του τραχήλου της μήτρας. Η ανάπτυξή του ευνοείται μόνον στο κυλινδρικό επιθήλιο και όχι στο πλακώδες (κόλπος).
2. Γονοκοκκική σαλπγγίτιδα ή ωοθηκίτιδα. Πρόκειται για επώδυνη φλεγμονή των εξαρτημάτων μετά διογκώσεως. Συνυπάρχει πυρετός. Αν προσβληθούν και οι δύο σάλπιγγες, τότε η γυναίκα παραμένει στείρα συνήθως.(Τσάμπαος,2005).

### **3.7.4 Κοινές μολύνσεις ανδρών και γυναικών**

- Γονοκοκκική πρωκτίτιδα. Είναι συνηθέστερη στις γυναίκες ένεκα της φυσιολογικής ροής των υγρών -με γονόκοκκους- από τον κόλπο.
- Γονοκοκκική οφθαλμία. Επί νεογέννητων αλλά και επί ενηλίκων λόγω μεταφοράς των μικροβίων.
- Γονοκοκκική σηψαιμία. Βαριά κατάσταση, σε καχεκτικά άτομα με ελαττωμένη αντίσταση και διασπορά του γονόκοκκου.

### **3.7.5 Ασυμπτωματική βλεννόρροια**

Η έννοια της ασυμπτωματικής βλεννόρροιας είναι σύγχρονη. Είναι η μόλυνση με γονόκοκκους του επιθηλιακού ιστού της στοματο-φαρυγγικής κοιλότητας μετά από στοματογεννητική σεξουαλική επαφή.

Συνήθως η μόλυνση διατρέχει χωρίς συμπτωματολογία και η παρουσία του γονόκοκκου διατηρείται χωρίς ενοχλητικές εκδηλώσεις. Παραμένει όμως ως εστία μόλυνσης. Πρόκειται για ιδιάζουσα κατάσταση που εμφανίζεται σε σημαντική αναλογία στις προηγμένες χώρες και οφείλεται κυρίως σε πλημμελή θεραπευτική αγωγή(Βαϊόπουλος,2006).

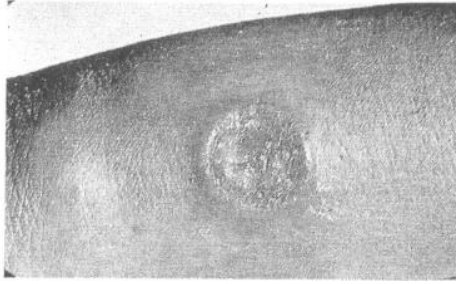
### **3.7.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑΣ**

Η καλύτερη θεραπευτική αγωγή της βλεννόρροιας είναι η χορήγηση πενικιλίνης 6-8 εκατ. μονάδες ημερησίως για 5-6 ημέρες.

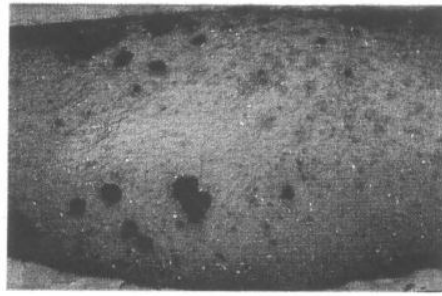
Στην περίπτωση της πενικιλίνης όμως υπάρχει ο κίνδυνος επικάλυψης συνυπαρχούσης σύφιλης. Πρέπει η σκέψη αυτή να πρυτανεύει στον θεράποντα γιατρό και να επακολουθεί ο κατάλληλος ορολογικός έλεγχος.

Σε περιπτώσεις ευαισθησίας στην πενικιλίνη, χορηγείται καναμυκίνη 1-2 gr. ημερησίως επί 3 ημέρες ενδομυϊκός ή, τέλος, σπεκτινομυκίνη, 2 gr εφ' άπαξ είναι αρκετή δόση για αποτελεσματική θεραπεία. Ωστε με μια ένεση σπεκτινομυκίνης ο άρρωστος ιάται ή το πολύ με μια δεύτερη την επόμενη ημέρα.

Υπενθυμίζεται ότι ο γονόκοκκος όχι σπάνια γίνεται φαρμακοάντοχος γι' αυτό χρειάζεται περίσκεψη κατά τη θεραπεία της νόσου(Βαϊόπουλος,2006).



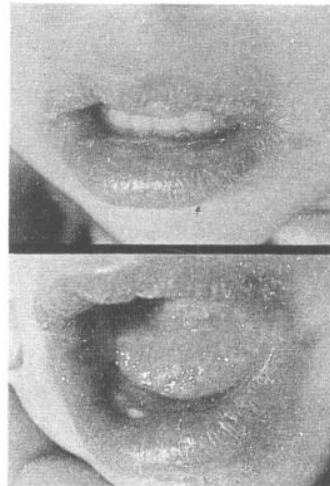
**Εικόνα 1**



**Εικόνα 2**

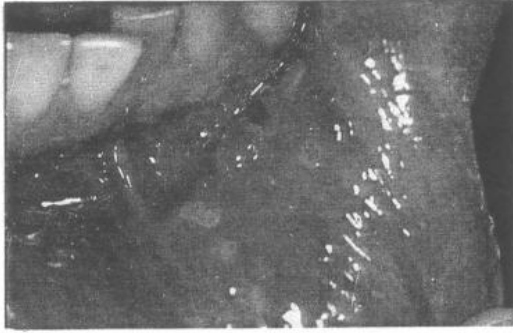


**Εικόνα 3**



**Εικόνα 4**

1. Έλκωση σε λειψμανίαση
2. Πετέχιες και νεκρώσεις σε θρομβοπενική πορφύρα
3. Φυσαλίδες σε απλό έρπητα
4. Φυσαλίδες και μικροελκώσεις σε απλό έρπητα



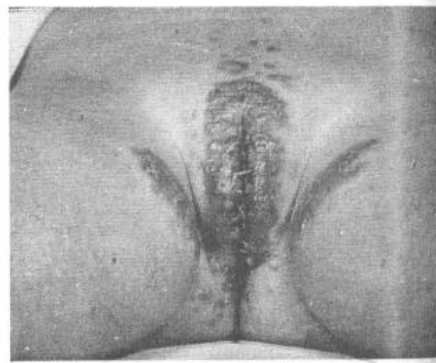
**Εικόνα 5**



**Εικόνα 6**



**Εικόνα 7**



**Εικόνα 8**

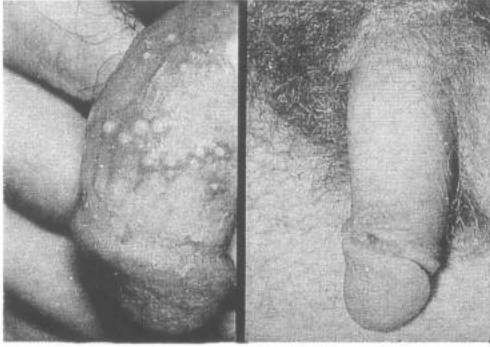
*5. Φυσαλίδες στο στόμα από απλό έρπητα*

5. Φυσαλίδες στο στόμα από απλό έρπητα.

6. Ελκώσεις στο στοματικό βλεννογόνο από απλό έρπητα

7. Φυσαλίδες σε έρπητα γεννητικών οργάνων γυναίκα.

8. Φυσαλίδες, μικροελκώσεις και εφελκίδες σε έρπητα γεννητικών οργάνων γυναίκας.



**Εικόνα 9**



**Εικόνα 10**



**Εικόνα 11**

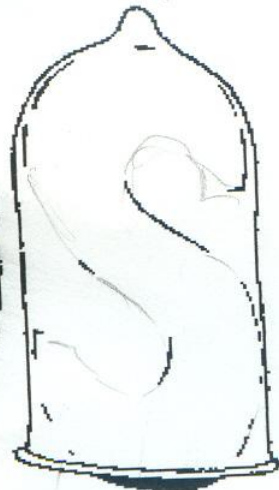


**Εικόνα 12**

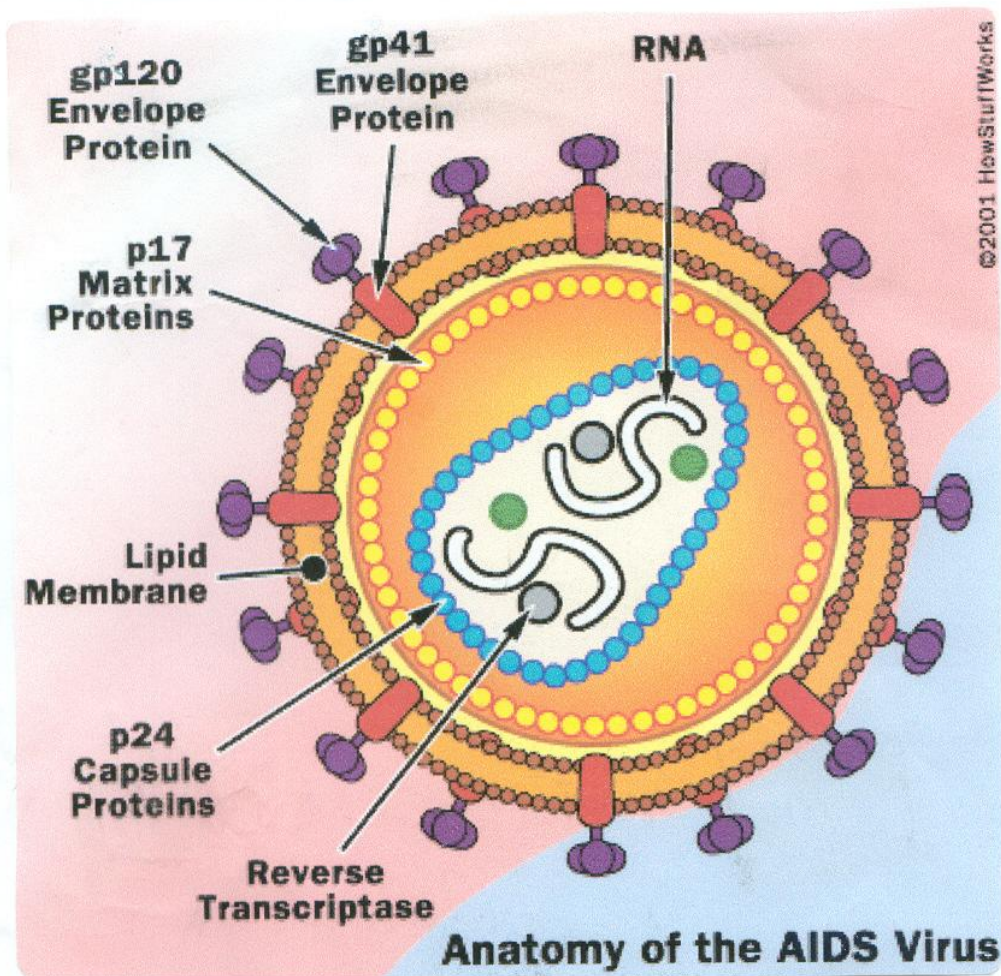
- 9.Φυσαλίδες σε έρπητα γεννητικών οργάνων ανδρός  
10.Φυσαλίδες από απλό έρπητα σε περιγεννητική περιοχή  
11.Φυσαλίδες και μικροελκώσεις σε έρπητα περιπρωκτικής χώρας  
12.Φυσαλίδες και ελκώσεις από έρπητα ζωστήρα στο τράχηλο



# AIDS



*SURELY SAVING*



### 3.8 ΟΡΙΣΜΟΣ AIDS

Το AIDS προέρχεται από τα αρχικά του αγγλικού επιστημονικού όρου «Acquired Immune Syndrome» που στα ελληνικά αποδίδεται σαν «Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας». Είναι μια λοίμωξη από ιό που μπορεί να οδηγήσει σε βαριά και επί του παρόντος μη αναστρέψιμη βλάβη του ανοσολογικού συστήματος, αφήνοντας έτσι το θύμα του έρμαιο των λοιμώξεων και μερικών τύπου καρκίνου. Το AIDS αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά σαν καινούργια αρρώστια το 1981 όταν εμφανίστηκαν καμιά δεκαριά περιπτώσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Τώρα απλώνεται γρήγορα σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, στη Βόρειο και Νότιο Αμερική και σε τμήματα της Αφρικής με τον αριθμό των περιπτώσεων να διπλασιάζεται κάθε οχτώ με δέκα μήνες σε πολλές από τις περιοχές αυτές. Είμαι μια βαριά αρρώστια της οποίας, επί του παρόντος, δεν γνωρίζουμε τη θεραπεία και η πλειονότητα των ανθρώπων που παρουσιάζουν την πλήρη συμπτωματολογία της θα πεθάνουν μέσα σε δύο χρόνια. Ως εκ τούτου πρόκειται για μια επιδημία χωρίς προηγούμενες αναλογίες στην εποχή μας. Με την «έλευση» της πενικιλίνης το 1940 και των άλλων αντιβιοτικών καθώς και τους εκτεταμένους εμβολιασμούς έχουμε προστατευτεί στο Δυτικό κόσμο από τις περισσότερες λοιμώδεις ασθένειες. Η «έλευση» του AIDS όμως έθεσε τέρμα σ' αυτό το προνόμιο και την προστασία που είχαμε μέχρι τώρα.

Ο κλασικός ορισμός του AIDS περιλαμβάνει ασθενείς με βεβαία διάγνωση ευκαιριακής λοίμωξης (η πνευμονία από Καρκίνο Πνευμονύστη (PC) είναι η πιο χαρακτηριστική) ή νεοπλάσματος [κυριότερο το Σάρκωμα Karosi (K.S. )] που είναι αρκετά ενδεικτικό υπάρξεως κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας, χωρίς όμως να προϋπάρχουν άλλα γνωστά αίτια ή παράγοντες που να ευθύνονται για την ανοσοανεπάρκεια. Η ακριβής όμως διάγνωση των παραπάνω ενδείξεων ανοσοανεπάρκειας απαιτεί εργαστηριακές τεχνικές και υποδομή ανύπαρκτη στις περισσότερες περιοχές της γης. Γι' αυτό το Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων (C.D.C. ) των Η.Π.Α. τροποποίησε τον ορισμό του και δέχεται δήλωση κρουσμάτων που η διάγνωση της ευκαιριακής παθήσεως βασίζεται μόνο σε κλινικά και όχι εργαστηριακά κριτήρια, εφόσον βέβαια ανιχνεύονται τα anti- HIV. Στις ευκαιριακές αυτές παθήσεις υπάγονται η καντιτίαση του οισοφάγου, η πνευμονία από P.C. και η εγκεφαλική τοξοπλάσμωση. Ο ορισμός υιοθετήθηκε ήδη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) που επίσης δέχεται και τον κλινικό ορισμό του AIDS που είναι εξαιρετικά χρήσιμος για τις αναπτυσσόμενες χώρες που στερούνται υποδομής για εργαστηριακή διάγνωση. Σύμφωνα με τον κλινικό ορισμό πρέπει να υπάρχουν δύο από τις κύριες εκδηλώσεις:

- ✓ Απώλεια σωματικού βάρους πάνω από 10 %
- ✓ Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από 1 μήνα ή πυρετός που επιμένει πάνω από 1 μήνα

και μία από τις ακόλουθες δευτερεύουσες εκδηλώσεις:

- ✓ Βήχας που επιμένει πάνω από 1 μήνα
  - ✓ Γενικευμένη κνηδωτική δερματίτιδα
  - ✓ Έρπητας ζωστήρος που υποτροπιάζει
  - ✓ Στοματοφαρυγγική καντιτίαση
  - ✓ Χρόνιος έρπητας που προοδευτικά επεκτείνεται
  - ✓ Γενικευμένη λεμφανοπάθεια
- Δεν θα πρέπει βέβαια να υπάρχει άλλη γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής(Ταμβάκη,1992).

### 3.8.1 Από τι προκαλείται το AIDS και ποια μέρη του σώματος μολύνει ο ιός του AIDS.

Το AIDS προκαλείται από ένα ιό γνωστό σαν «λεμφοτρόπο ιό των Τ-κυττάρων του ανθρώπου τύπου III» (Human T-cell Lymphotropic Virus Type III ή HTLV-III) ή αλλιώς σαν ιό που συνδέεται με λεμφαδενοπάθεια (Lymphadenopathy Associated Virus ή LAV). Ο ιός προσβάλλει τα κύτταρα του αίματος που είναι γνωστά σαν λεμφοκύτταρα. Αυτά είναι υπεύθυνα για το ανοσολογικό σύστημα του σώματος προστατεύοντας μας από τις λοιμώξεις. Τα προσβεβλημένα λεμφοκύτταρα καταστρέφονται από τον ιό HTLV-III και έτσι το ανοσολογικό σύστημα βλάπτεται. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε λοιμώξεις και στην ανάπτυξη μερικών καρκίνων του σώματος και αυτή ακριβώς την κατάσταση την ονομάζουμε AIDS.

Ο ιός του AIDS, HTLV-III αρχικά μολύνει τα λεμφοκύτταρα (τα λευκά αιμοσφαίρια του αίματος) και ιδιαίτερα ένα υποπληθυσμό των λεμφοκυττάρων τα Τ-βοηθητικά λεμφοκύτταρα. Αυτά είναι κύτταρα πολύ κριτικά για το συντονισμό του ανοσολογικού συστήματος. Εκτός από τα Τ-λεμφοκύτταρα ο ιός του AIDS μπορεί να βρεθεί και ελεύθερος μέσα στο αίμα. Είναι επίσης πάρα πολύ πιθανόν ότι τα εγκεφαλικά κύτταρα μπορούν κατ' ευθείαν να μολυνθούν από τον ιό του AIDS. Η έρευνα δεν έχει δείξει ακόμη εάν και άλλα κύτταρα του σώματος μολύνονται αλλά ο ιός έχει απομονωθεί από υγρά του σώματος όπως είναι το σάλιο, το σπέρμα, το μητρικό γάλα και τα δάκρυα(Τσάμπαος,2005).

### 3.8.2 Τρόποι Μεταδόσεως

Ο HIV βρίσκεται κυρίως στα λεμφοκύτταρα και σε πολύ μικρότερη ποσότητα στον ορό του αίματος, στο σπέρμα και στις τραχηλικές εκκρίσεις. Στο αίμα βρίσκεται σε πυκνότητα πάνω από ένα εκατομμύριο φορές μικρότερη από ότι ο ιός της ηπατίτιδας Β.

Ο HIV μπορεί να καλλιεργηθεί και από άλλες εκκρίσεις του ανθρώπου (σάλιο, δάκρυα κ.λπ.), αλλά η ποσότητά του είναι τόσο μικρή που καθιστά αδύνατη τη μετάδοσή του σε άλλους ανθρώπους που ζουν μαζί με τους φορείς στο ίδιο σπίτι ή έχουν απλή κοινωνική ή εργασιακή σχέση. Σ' αυτό συμβάλλει και η κατά πολύ μεγαλύτερη ευπάθεια του HIV στο εξωτερικό περιβάλλον. Ο HIV αδρανοποιείται ταχύτατα σε υγρή θέρμανση στους 56οC και με αποστείρωση. Όλα τα κοινά χημικά απολυμαντικά αδρανοποιούν ταχύτατα τον HIV. Ιδιαίτερη χρησιμότητα έχει το οινόπνευμα πυκνότητας 70% και η κοινή χλωρίνη σε πρόσφατο διάλυμα 1/10. Τα κοινά πλυντήρια σκευών φαγητού και ρουχισμού αδρανοποιούν τον HIV([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr) 19/4/2008).

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα γίνεται αντιληπτό ότι ο HIV δεν μεταδίδεται με απλή επαφή, ούτε με τα κουνούπια. Χρειάζεται πραγματικός «εμβολιασμός» μεγάλης ποσότητας ιού άμεσα από τον φορέα στον ευπαθή άνθρωπο, όπως γίνεται στα σεξουαλικά και στα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα. Γι' αυτό το AIDS μεταδίδεται μόνο με τους ακόλουθους τρόπους:

#### 1) ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Με μετάγγιση αίματος ή με τη χρήση μολυσμένων με αίμα φορέων ιατρικών ή άλλων εργαλείων που χρησιμοποιούνται σε αιματηρές επεμβάσεις. Αυτό εξηγεί την υψηλή συχνότητα φορέων σε πολυμεταγγιζόμενα άτομα και αιμορροφιλικούς. Σήμερα ο τρόπος αυτός είναι πρακτικώς ανύπαρκτος, αφού κάθε αιμοδότης ελέγχεται, χρησιμοποιούνται εργαλεία μιας χρήσεως και όλα τα υπόλοιπα εργαλεία αποστειρώνονται. Είναι όμως πολύ συχνός στους τοξικομανείς που μοιράζονται τις σύριγγες και τις βελόνες για να ενέσουν ενδοφλέβια το ναρκωτικό τους.

Σε ορισμένες περιοχές των ΗΠΑ έχει προσβληθεί μέχρι το 90% των

τοξικομανών (Νέα Υόρκη). Αλλά και στις γειτονικές μας μεσογειακές χώρες (Ισπανία-Ιταλία) οι τοξικομανείς έχουν προσβληθεί σε ποσοστό πάνω από 50%. Στην Ελλάδα λιγότεροι από 5% των τοξικομανών έχουν προς το παρόν μολυνθεί. Τίποτε όμως δεν αποκλείει την επέκταση της επιδημίας στην δυσκολοπροσεγγίσιμη αυτή πληθυσμιακή ομάδα.

## 2) ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Η πιθανότητα μεταδόσεως είναι μικρότερη από 1%. Αρκεί όμως και μία σεξουαλική επαφή. Η πιθανότητα είναι σχετικά μεγαλύτερη σε ομοφυλοφιλική επαφή που είναι περισσότερο τραυματική και το επιθήλιο του εντέρου επιτρέπει ευχερέστερη διέλευση του HIV προς τα συσσωρευμένα στην περιοχή αυτή λεμφοκύτταρα. Γι' αυτό οι ομοφυλόφιλοι, αλλά και οι ιερόδουλες και άτομα με μεγάλη εναλλαγή ερωτικών συντρόφων ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Σήμερα οι ομοφυλόφιλοι ορισμένων μεγαλουπόλεων των αναπτυγμένων χωρών έχουν προσβληθεί σε ποσοστό 15-70%, ενώ οι ιερόδουλες της Κεντρικής Αφρικής σε ποσοστό μέχρι 80%. Στην Ελλάδα 15% περίπου των ομοφυλοφίλων και 3,2% των ιεροδούλων βρέθηκαν φορείς του HIV.

## 3) ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΘΕΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Το έμβρυο προσβάλλεται σε συχνότητα 50% όταν η μητέρα είναι φορέας. Ο HIV μπορεί να μεταδοθεί και με το θηλασμό. Το νεογνό όμως δεν προσβάλλεται όταν η μητέρα μολυνθεί μετά τον τοκετό. Ο τρόπος αυτός διασποράς έχει ιδιαίτερη σημασία κυρίως για τις τοξικομανείς ή τις γυναίκες που ο ερωτικός τους σύντροφος είναι τοξικομανής. Σε ορισμένες περιοχές της Κεντρικής Αφρικής 10% περίπου των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας είναι φορείς του ιού. Αυτό σημαίνει ότι 5% περίπου των νεογέννητων των περιοχών αυτών προσβάλλεται από τον HIV ([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr) 19/4/2008).

# ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΤΟ AIDS ;



- ΜΕ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ (ΚΟΛΠΙΚΗ, ΠΡΩΚΤΙΚΗ, ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ)
- ΜΕ ΤΟ ΑΙΜΑ (ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ, ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΤΡΥΠΟΥΝ ΤΟ ΔΕΡΜΑ)
- ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ (ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ, ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ, ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ)

### 3.8.3 Ποιά είναι τα συμπτώματα του AIDS

Στους αρρώστους με καθυπό AIDS (δηλαδή το τελικό στάδιο της λοίμωξης με τον ιό AIDS που προκαλεί μη αναστρέψιμη καταστροφή του ανοσολογικού συστήματος) μπορεί να αναπτυχθεί σημαντικός αριθμός λοιμώξεων και καρκίνων. Γι' αυτό τα συμπτώματα του AIDS είναι τα συμπτώματα της λοίμωξης που θα αναπτυχθεί.

Συχνή περιοχή λοίμωξης είναι ο πνεύμονας. Η πνευμονία από πνευμονοκύστη παρουσιάζεται με πυρετό, δυσχέρεια αναπνοής και ξηρό βήχα. Μπορεί επίσης να συμβεί λοίμωξη στο έντερο που προκαλεί διάρροια και απώλεια βάρους, όπως επίσης μπορεί να συμβεί λοίμωξη στον εγκέφαλο με επιληψία και εγκεφαλικό επεισόδιο.

Σ' αυτούς που έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS, αλλά που δεν έχουν καθυπό AIDS, τα συμπτώματα μπορεί να είναι ηπιότερα και μη ειδικά:

- ✓ πυρετός,
- ✓ νυκτερινοί ιδρώτες,
- ✓ μεγάλη κακουχία,
- ✓ αδυναμία,
- ✓ λήθαργος,
- ✓ απώλεια βάρους και
- ✓ διάρροια που επιμένει.

Τούτο είναι γνωστό σαν Σύμπλεγμα που συνδέεται με το AIDS (ARC = AIDS – Related Complex). Οι λεμφαδένες του σώματος, ιδιαίτερα του λαιμού, της μασχάλης και των βουβώνων μπορεί να διογκωθούν για πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Η κατάσταση αυτή είναι γνωστή σαν Επιμένουσα Γενικευμένη Λεμφαδενοπάθεια(Σακοράφας,2001).

### 3.8.4 Ποιός βρίσκεται πιο πολύ σε κίνδυνο

Οι ομάδες των ανθρώπων που έχουν κίνδυνο να πάθουν AIDS μπορούν να διακριθούν πολύ καλά σε:

- Ομοφυλόφιλοι άνδρες με περισσότερους από ένα ή πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους, βρίσκονται σε κίνδυνο να πάθουν τη νόσο από μολυσμένους συντρόφους, εάν έχουν πρωκτική συνουσία μαζί τους.
- Ναρκομανείς με χρήση ενδοφλεβίων φαρμάκων. Εάν μοιράζονται τις ίδιες βελόνες ή άλλα αντικείμενα, μπορεί να μεταβιβάσουν τη νόσο ο ένας στον άλλο.
- Η γυναίκα που είναι σεξουαλική σύντροφος με άνδρα που έχει τον ιό AIDS, η οποία μπορεί να πάθει λοίμωξη με συνουσία από το πρωκτό ή από τον κόλπο.
- Αιμορροφιλικοί και άλλοι δέκτες αίματος ή προϊόντων του αίματος. Αυτή η ομάδα μπορεί να ελαττωθεί διότι κατάλληλες δοκιμασίες έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποδοτικές.
- Τα παιδιά μολυσμένων μητέρων που μπορούν να μολυνθούν μέσα στη μήτρα ή την ώρα που γεννιούνται.

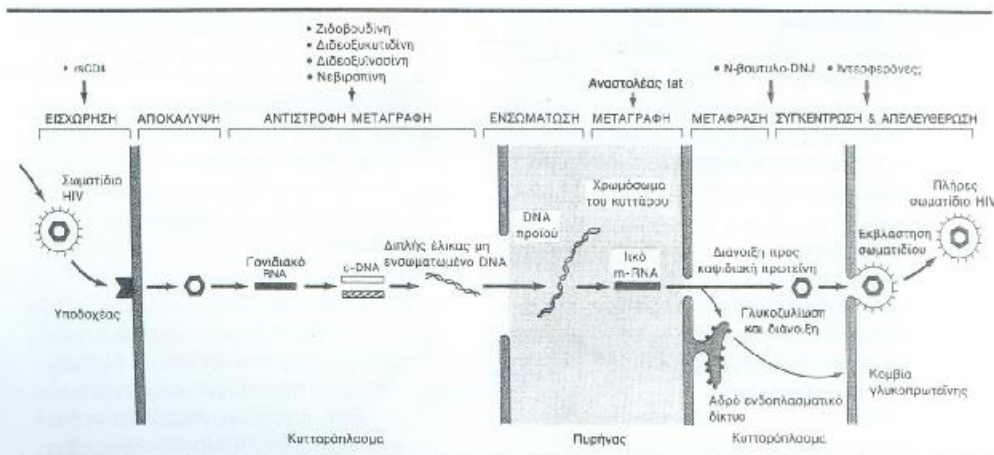
Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επέκταση μιας νόσου που μεταδίδεται με τη σεξουαλική πράξη μπορούν να περιληφθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1. τον αριθμό των διάφορων σεξουαλικών συντρόφων που έχει ένα άτομο και
2. την επικράτηση της αρρώστιας στον ιδιαίτερο κύκλο της κοινωνίας στον οποίο το άτομο κινείται σεξουαλικά.

Με τη σύφιλη (μια αρρώστια πολύ παλιά που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή), η αρρώστια μπορεί να μεταδοθεί με την ίδια ευκολία από τον άνδρα στη γυναίκα και αντίστροφα([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr) 11/8/2010).

### 3.8.5 Στάδιο επώασης

Η περίοδος ανάμεσα στη λοίμωξη και στην ανάπτυξη αντισωμάτων στον ιό του AIDS φυσιολογικά είναι σαράντα με πενήντα μέρες. Μετά από την επιβεβαίωση της λοίμωξης με τον ιό μπορεί να μεσολαβήσει μεγάλο χρονικό διάστημα που η αρρώστια παραμένει εντελώς λανθάνουσα. Στη διάρκεια αυτή του σταδίου το άτομο μπορεί να αισθάνεται εντελώς καλά ενώ έχει τον ιό μέσα στο αίμα του και να προκαλεί λοιμώξεις στους άλλους. Αυτή η λανθάνουσα περίοδος μπορεί πραγματικά να κρατήσει για πολλά χρόνια. Η αιτία είναι η μακρά διάρκεια όπου μπορεί να μην υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα λοίμωξης, που κάνει το AIDS να προκαλεί τρομερό φόβο. Οι μολυσμένοι άνθρωποι μπορεί άθελά τους να μεταδώσουν την αρρώστια.



Εικ. 108-6. Ο κύκλος της ζωής του HIV. Επισημαίνονται οι θέσεις-στόχοι των αντιρετροϊκών παραγόντων. (Πηγή—με τροποποίηση: Johnson VA, Hirsch MS; In Volberding P, Jacobson M (eds): AIDS Clinical Review 1990. New York, Marcel Dekker, 1990, p 238. Reprinted by courtesy of Marcel Dekker, Inc.).

### 3.8.6 Κλινικές μορφές του AIDS – Ανοσολογικές διαταραχές: σε πλήρες σύνδρομο (Full-blown AIDS), στο σύμπλεγμα που σχετίζεται με το AIDS (ARG) και σε βρεφικό AIDS.

Το σύνδρομο AIDS δεν εμφανίζεται πάντοτε υπό την αυτή κλινική εικόνα. Οι σπουδαιότερες κλινικές μορφές του συνδρόμου είναι:

- α) πλήρες ή ολοκληρωμένο (Full-blown) AIDS,
- β) 1. Κλινικό σύμπλεγμα που σχετίζεται με το AIDS (AIDS reputed complex, ARG),  
2. Κλινικό σύνδρομο που συνοδεύεται από λεμφαδενοπάθεια (LAS) και  
γ) βρεφικό AIDS.

Το πλήρες ή ολοκληρωμένο AIDS (Full-blown AIDS) χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων ή και σπάνιων μορφών κακοηθειών σ' ένα άτομο, που πριν ήταν υγιές και ακόμα από την εμφάνιση διαφόρων αυτοανοσοποιητικών νοσημάτων όπως η επίκτητη αιμολυτική αναιμία και κυρίως η θρομβοπενία. Στο πλήρες σύνδρομο AIDS έχουν περιγραφεί πάρα πολλές παρεκκλίσεις της λειτουργίας του ανοσολογικού συστήματος και αφορούν τόσο το σύστημα της κυτταρικής ανοσίας όσο και το σύστημα της χημικής ανοσίας. Οι σπουδαιότερες και οι πλέον τεκμηριωμένες είναι:

1. Λευκοπενία,
2. Δυσλειτουργία των T-λεμφοκυττάρων και B-λεμφοκυττάρων,
3. Δυσλειτουργία της κυτταροτοξικότητας και ορολογιακές μεταβολές.

Όλοι οι ασθενείς των ομάδων αυξημένου κινδύνου που έχουν τα σημεία, τα συμπτώματα και τις νόσους που συνοδεύουν το AIDS, αλλά δεν πληρούν τα αυστηρά κριτήρια για τη διάγνωση του συνδρόμου, κατατάσσονται εμπειρικά σε μια κλινική μορφή που ονομάζεται σύμπλεγμα που σχετίζεται με το AIDS (AIDS related complex). Στην κλινική αυτή μορφή κατατάσσονται άτομα με ασυμπτωματική λεμφαδενοπάθεια, με διαταραχές της ανοσολογικής κατατομής χωρίς άλλη βασική αιτία, και με ένα μη ειδικό αδιάγνωστο σύμπλεγμα συμπτωμάτων, όπως νυχτερινή εφίδρωση, απώλεια βάρους, εξάντληση και διάρροια. Ορισμένοι κλινικοί γιατροί έχουν παρατηρήσει, ότι ασθενείς αυτής της κλινικής κατηγορίας εμφανίζουν, μετά από ένα κυμαινόμενο χρονικό διάστημα, ευκαιριακές λοιμώξεις ή κακοήθειες και τότε μετατάσσονται πλέον στην κατηγορία του πλήρους AIDS. Μια τελείως ξεχωριστή κλινική μορφή του AIDS είναι και αυτό που εμφανίζεται στη βρεφική ηλικία. Η κλινική αυτή μορφή μπορεί εύκολα να διακριθεί από παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις, που προκαλούνται από πρωτοπαθή ανοσοανεπάρκεια ή κάποια συγγενή λοίμωξη. Τα κυριότερα ανοσολογικά ευρήματα είναι η λεμφοπενία, η αύξηση του επιπέδου των ανοσοσφαιρινών και κυρίως της IgG, η μείωση της λειτουργικότητάς τους, η ανίχνευση στον ορό κυκλοφορούντων ανοσοσυμπλεγμάτων και η αντιδραστική υπερπλασία λεμφαδένων και λεμφοζιδίων (Τσάμπαος, 2005).

Ο τρόπος μετάδοσης του AIDS στα βρέφη δεν έχει διευκρινιστεί. Οι απόψεις όλες συγκλίνουν στην κατακόρυφη μετάδοση του συνδρόμου. Η οριζόντια μετάδοση είναι αμφισβητήσιμη και είναι πρακτικά αδύνατη με την συνηθισμένη ενδοοικογενειακή επαφή. Επίσης δεν είναι ακόμη γνωστό κατά πόσο ο ιός του AIDS μπορεί να μεταδοθεί από το γάλα κατά τον θηλασμό. Πέρα όμως από την κατακόρυφη μετάδοση το σύνδρομο μπορεί να μεταδοθεί στα βρέφη με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος που προέρχονται από δότη που είναι ασυμπτωματικός φορέας του ιού. Τα βρέφη με AIDS εμφανίζουν μια χαρακτηριστική κλινική εικόνα που σε σχέση με τις ανοσολογικές διαταραχές και την προσεκτική μελέτη του ιστορικού του βρέφους μπορούν να θέσουν τη διάγνωση του συνδρόμου. Μερικά από τα σημαντικότερα κλινικά ευρήματα στο βρεφικό AIDS είναι:

- ✓ χαμηλό βάρος γέννησης,
- ✓ ελαττωμένη ή στάσιμη σωματική αύξηση,
- ✓ διόγκωση ήπατος, σπλήνας,
- ✓ επίμονη διάρροια,
- ✓ συχνές μικροβιακές και ιογενείς λοιμώξεις,
- ✓ ευκαιριακές λοιμώξεις και
- ✓ διάμεση πνευμονία.

### **3.8.7 Ψυχοκοινωνικές ανάγκες - Προβλήματα που έχουν οι άρρωστοι με AIDS**

Το AIDS είναι αρρώστια που αποτελεί καταστροφική απειλή σε όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής: σωματική, ψυχική, πνευματική, κοινωνική και οικονομική. Ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι θύματα του AIDS, όταν πληροφορούνται τη διάγνωσή τους, παθαίνουν κατάθλιψη και αυτή ασκεί αρνητική επίδραση στο ήδη ανεπαρκές ανοσοποιητικό τους σύστημα. Φαίνεται ότι υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων που αφενός επιδρούν στην πορεία της

αρρώστιας και αφετέρου ωθούν τον άνθρωπο σε παθολογικό τρόπο αντιμετώπισης του άγχους.

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

- ✓ απόρριψη, αποξένωση
- ✓ απομόνωση, αυτοϋποτίμηση
- ✓ απώλεια δυνάμεων, ρόλων, αυτονομίας
- ✓ φόβοι, ενοχές, ιδέες αυτοκτονίας
- ✓ απελπισία, άγχος, κατάθλιψη
- ✓ αμείλικτα ερωτήματα: γιατί ο πόνος, η αρρώστια, ο θάνατος;
- ✓ υπαρξιακή αγωνία

Ο άρρωστος έχει το αίσθημα της απώλειας των δυνάμεών του, της σωματικής του ακεραιότητας, του ελέγχου του εαυτού του και της αρρώστιας του, της αυτονομίας του, αλλά και της ίδιας της ζωής του.

Σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα είναι και η απώλεια της εργασίας. 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 αυτοαξίας. 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([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr) 19/4/2008).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι άρρωστοι με AIDS έχουν αντιμετωπίσει αξιοσημείωτη διάκριση. Πολλοί έχουν χάσει τις δουλειές τους και τα σπίτια τους, και μερικοί έχουν χρεοκοπήσει με τη νοσηλεία στο νοσοκομείο. Οι άρρωστοι που έχουν διαγνωστεί με AIDS, σε πολλές περιπτώσεις, δεν μπόρεσαν να ανανεώσουν την ασφάλεια ζωής τους και στη συνέχεια πολλοί από αυτούς έχουν επιβαρυνθεί μ' ένα τεράστιο αριθμό προσωπικών λογαριασμών και οφειλών. Τόσο άσχημη έχει γίνει η κατάσταση σε μερικές πόλεις, ώστε στο Λος Άντζελες π.χ. πέρασε ένας νόμος που θεωρεί παράνομη τη διάκριση εναντίον αυτών που πάσχουν από τον ιό του AIDS. Οποιαδήποτε παρόμοια διάκριση δεν παρέχει εγγύηση και πρέπει να είναι απεχθής. Καμία μη σεξουαλικής φύσεως κοινωνική επαφή, οποιουδήποτε είδους, δεν μεταδίδει το AIDS.

Καθένας που αντιμετωπίζει την αρρώστια αντιδρά με διαφορετικό τρόπο. Σε πολλούς ανθρώπους προκαλεί μεγάλη γενναιότητα και αλτρουισμό και σε άλλους απάθεια και μοιρολατρία. Οι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί με τον ιό του AIDS χρειάζονται να τους διατεθούν, βέβαια τεράστια χρονικά διαστήματα και συμβουλές, πρώτα κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μπορέσουν να καταλάβουν την αρρώστια και να εξοικειωθούν με αυτή και δεύτερον, έτσι ώστε να μπορέσουν να αλλάξουν το είδος ζωής που κάνουν, με σκοπό να ελαττώσουν τον κίνδυνο εξάπλωσης της αρρώστιας.

Θυμηθείτε: Μόνο ένα μικρό ποσοστό από αυτούς που έχουν μολυνθεί με τον ιό θα προχωρήσουν στην ανάπτυξη του τελικού σταδίου της νόσου. Η πλειονότητα θα πρέπει να τονωθεί, να εξοικειωθεί με αυτή τη μόλυνση.

### **3.8.8 ANTIMETΩΠΙΣΗ ΤΟΥ AIDS**

Η σοβαρότητα της νόσου, το μέγεθος της επιδημίας και ο ταχύς ρυθμός επεκτάσεως της σε ολόκληρο τον πληθυσμό κινητοποιήσαν τόσο τις εθνικές, όσο και τις διεθνείς υγειονομικές υπηρεσίες. τα μέτρα αφορούν:



- α) την νοσηλεία των ασθενών και την παρακολούθηση των φορέων,
- β) την πρόληψη και
- γ) την έρευνα.

### 3.8.9 ΠΡΟΛΗΨΗ

Εφ' όσον δεν υπάρχει προς το παρόν προφυλακτικό εμβόλιο ή θεραπεία, ή πρόληψη ή τουλάχιστον η επιβράδυνση του ρυθμού εξάπλωσης της επιδημίας θα βασισθεί: στην ευαισθητοποίηση, κινητοποίηση και επαγρύπνηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, στον έλεγχο των φορέων και στην ενημέρωση του πληθυσμού.

#### 1) Επαγρύπνηση υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Η παρακολούθηση της επιδημίας επιτυγχάνεται με την υποχρεωτική δήλωση των κρουσμάτων. Στη χώρα μας η δήλωση γίνεται απ' ευθείας στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας από τον θεράποντα ιατρό, σε ειδικό επιδημιολογικό δελτίο με κώδικα, χωρίς να αναφέρεται το όνομα του ασθενούς. Τα κρούσματα αξιολογούνται από την Εθνική Επιτροπή AIDS και στη συνέχεια δηλώνονται στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Δεν δηλώνονται οι ανευρισκόμενοι φορείς. Τα κέντρα AIDS αναφέρουν περιοδικά μόνο το συνολικό αριθμό των ανακαλυπτομένων φορέων.

#### 2) Έλεγχος φορέων

Η επιβολή υποχρεωτικού ελέγχου των αιμοδοτών απέκλεισε τη μετάδοση με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του. Παρόμοιοι έλεγχοι επιβλήθηκαν για μεταμόσχευση οργάνων ή ιστών και για τις τράπεζες σπέρματος. Επίσης εφαρμόζεται στη χώρα μας έλεγχος των χαρακτηρισμένων ιεροδούλων, των αλλοδαπών «καλλιτεχνών» που εργάζονται στη χώρα μας και των υποτρόφων της Ελληνικής Κυβερνήσεως από ενδημικές περιοχές. Ο έλεγχος είναι εμπιστευτικός και τηρείται το απόρρητο.

Συγχρόνως έχει δημιουργηθεί η κατάλληλη υποδομή για τον εθελοντικό έλεγχο του γενικότερου κοινού και ειδικότερα των ομάδων υψηλού κινδύνου. Ο έλεγχος προσφέρεται δωρεάν, εμπιστευτικά, τηρείται το απόρρητο και καταβάλλεται προσπάθεια προσφοράς συμβουλευτικών και κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και ψυχολογικής υποστήριξης. Ο εθελοντικός έλεγχος επιδιώκεται και ιδιαίτερη προσπάθεια καταβάλλεται για την προσέλκυση των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών, ασθενών με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ατόμων που εκδίδονται ανεπίσημα ή έχουν πολλές ευκαιριακές σεξουαλικές σχέσεις και φυλακισμένων για ποινικά αδικήματα.

#### 3) Ενημέρωση του πληθυσμού

Η ενημέρωση του πληθυσμού για τη φύση της νόσου, τους τρόπους μετάδοσης, τα μέσα προφυλάξεως και τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος αποτελεί το κυριότερο και αποτελεσματικότερο προς το παρόν μέτρο αντιμετώπισης της επιδημίας. Η ενημέρωση αποσκοπεί σε τροποποίηση των μορφών εκείνων ατομικής συμπεριφοράς που εκθέτουν σε λοίμωξη, αλλά και σε αποτροπή αδικαιολογήτου πανικού ή λανθασμένης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και τους φορείς.

**Θα πρέπει να αποφευχθεί ο κοινωνικός στιγματισμός των ασθενών και να γίνουν αποδεκτοί οι φορείς στους χώρους δουλειάς, στο σχολείο, στο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον.**

Θα πρέπει επομένως να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό η ενημερωτική εκστρατεία. Θα πρέπει όμως να αποφευχθεί η πρόκληση ψυχολογικών προβλημάτων που σχετίζονται με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr) 11/8/2010).

Η ενημερωτική εκστρατεία θα πρέπει να εξειδικευθεί για κάθε ειδική ομάδα «υψηλού

κινδύνου». Σ' αυτές περιλαμβάνονται οι ομοφυλόφιλοι, οι τοξικομανείς, όσα άτομα εξασκούν με οποιοδήποτε τρόπο πορνεία και οι ερωτικοί τους σύντροφοι. Ειδική ενημέρωση χρειάζονται οι ναυτικοί και οι ταξιδιώτες σε ενδημικές χώρες, καθώς και οι κάτοικοι των τουριστικών περιοχών. Η εκστρατεία πρέπει να οργανωθεί σε διάφορα επίπεδα με διάφορα μέσα και να επαναλαμβάνεται με εναλλασσόμενα μηνύματα για να διατηρεί και προωθεί την τροποποίηση επικίνδυνης ή λανθασμένης συμπεριφοράς.

Για την ενημέρωση χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα μέσα:

α) Ενημερωτικά slides και φυλλάδια. Εκτός από αυτά που απευθύνονται στο γενικό κοινό, εκδίδονται ειδικά φυλλάδια για τους στρατιώτες, τους ταξιδιώτες, τους ναυτικούς, τους καθηγητές μέσης εκπαίδευσης, τους τοξικομανείς, τους ομοφυλόφιλους, τους υγειονομικούς και για όσους φροντίζουν ασθενείς ή φορείς με AIDS.

β) Μέσα μαζικής ενημέρωσης, posters. Η συμβολή τους στην μετάδοση μηνυμάτων είναι καθοριστική. Spots, video και ζωντανά προγράμματα από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο συμβάλουν ουσιαστικά στη διαμόρφωση σωστής ατομικής συμπεριφοράς. Ειδικές καταχωρήσεις στον τύπο και επικολήσεις posters στους κατάλληλους χώρους υποβοηθούν στην υγειονομική διαφώτιση.

γ) Οργάνωση σεμιναρίων - διαλέξεων: Κάθε προσπάθεια τροποποίησης κοινωνικής και ατομικής συμπεριφοράς θα πρέπει να στηρίζεται στην εκπαίδευση στελεχών και οδηγών ομάδων που θα αναλάβουν την προώθηση των βασικών στόχων της εκστρατείας. Υπεύθυνα υγειονομικά στελέχη, κοινωνικοί λειτουργοί, ομάδες εθελοντών κλπ.

δ) Έρευνα: Διερευνήθηκε με κάθε λεπτομέρεια η μοριακή βιολογία του HIV. Άρχισε η παραγωγή ειδικών αντιϊκών φαρμάκων. Ήδη δοκιμάστηκαν τα πρώτα προφυλακτικά εμβόλια. Η συνέχιση της έρευνας είναι βέβαιο ότι θα πετύχει τη θεραπευτική και προληπτική αντιμετώπιση του AIDS κατά τα προσεχή χρόνια. Ειδικές διατάξεις έχουν θεσπισθεί σύμφωνα με τις διακηρύξεις διεθνών οργανισμών. Η τήρησή τους με ακρίβεια έχει ιδιαίτερη σημασία για οποιαδήποτε ερευνητική δραστηριότητα στο AIDS, αφού κάθε παράλειψη από δόλο, αμέλεια, ή απροσεξία μπορεί να δημιουργήσει τρομερά προβλήματα και βλάβες στον ασθενή([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr) 11/8/2010).

### **3.8.10 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΦΟΡΕΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η άγνοια της αιτιολογίας και των τρόπων της μεταδόσεως του HIV δημιούργησε σοβαρές αντιδράσεις για τη νοσηλεία των ασθενών.

Διαπιστώθηκε ότι κατά τη νοσηλεία χιλιάδων ασθενών μεγάλος αριθμός εργαζομένων στα κέντρα υγείας είχε ήδη εκτεθεί στον HIV.

Βαθμιαίως αποκτήθηκε μεγαλύτερη εμπειρία και λήφθηκαν σοβαρότερα προφυλακτικά μέτρα, που βασικά δεν διαφέρουν από εκείνα που πρέπει να τηρούνται για κάθε λοιμώδες νόσημα που μεταδίδεται αιματογενώς. Ειδικότερα μέτρα προβλέπονται για την προφύλαξη από τις ευκαιριακές λοιμώξεις (π.χ. φυματίωση) που αναπτύσσονται στους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Αυστηρότερα μέτρα προφυλάξεως πρέπει να προσαρμόζονται σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ. μάσκα όταν υπάρχει λοίμωξη του αναπνευστικού με έντονο βήχα, ή γυαλιά όταν κατά την επέμβαση υπάρχει φόβος εκτινάξεως αίματος ή άλλων εκκρινμάτων στα μάτια).

Η νοσηλεία γίνεται σε γενικά νοσοκομεία για να καθίσταται δυνατή η αντιμετώπιση των πολλαπλών, από κάθε σύστημα, παθολογικών συμπτωμάτων από όλα τα νοσηλευτικά τμήματα του γενικού νοσοκομείου. Δεν συνιστάται προς το παρόν η οργάνωση ειδικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr) 19/4/2008).

Ειδική μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται για την παροχή ισότιμης με τους άλλους ασθενείς νοσηλεία. Το υγειονομικό προσωπικό υποχρεούται να παρέχει τις νοσηλευτικές του υπηρεσίες στους ασθενείς με AIDS και να τηρεί το ιατρικό απόρρητο.

### **3.8.11 Τι έχει γίνει για να βρεθεί κάποια θεραπεία**

Η επιδημία του AIDS έχει προκαλέσει την ανάπτυξη τεράστιας επιστημονικής και ιατρικής δραστηριότητας με την προσπάθεια να απομονώσουν και να προσδιορίσουν τον ιό και να βρουν θεραπεία.

Οι πιθανότητες εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες:

Πρώτον, την ανάπτυξη ενός εμβολίου δεύτερον, την ανακάλυψη φαρμάκων τα οποία να καταστρέφουν ή να αδρανοποιούν τον ιό και τρίτον, την ανακάλυψη φαρμάκων που θα ενισχύσουν το ανοσολογικό σύστημα.

Ο HTLV-III (ο ιός του AIDS) είναι όπως και πολλοί άλλοι ιοί, πάρα πολύ ευαίσθητος. Μπορεί να σκοτωθεί με θέρμανση πάνω από τους 60οC για τριάντα λεπτά, ή πάρα πολύ γρηγορότερα με βραστό νερό. Πολλά απολυμαντικά συμπεριλαμβανομένης και της οικιακής χλωρίνης μπορούν επίσης να τον αδρανοποιήσουν. Όπως πολλοί άλλοι ιοί, μπορεί να καταστραφεί επίσης με συμπυκνωμένα απορρυπαντικά. Ο ιός δεν σκοτώνεται εύκολα με το υπεριώδες φως αλλά αδρανοποιείται, με το είδος της ακτινοβολίας που χρησιμοποιείται για την αποστείρωση των ιατρικών και άλλων εργαλείων. Πολλοί διαφορετικοί ιοί του AIDS έχουν απομονωθεί και τα στελέχη διαφέρουν σημαντικά. Τούτο μπορεί να σημαίνει ότι η ανακάλυψη εμβολίου θα είναι πολύ δύσκολη. Είναι πιθανόν, ότι ο ιός αλλάζει το εξωτερικό του περίβλημα μετά από τη λοίμωξη, που σημαίνει ότι ένα εμβόλιο δεν είναι αρκετό.

Τεράστιες προσπάθειες γίνονται στις Ηνωμένες Πολιτείες για την ανάπτυξη εμβολίου και θα ξέρουμε μέσα στα επόμενα ένα με δύο χρόνια εάν είναι δυνατή η δημιουργία του. Όμως ακόμη και αν βρεθεί εμβόλιο, θα περάσουν αρκετά χρόνια πριν χρησιμοποιηθεί σε ευρεία κλίμακα. Με την έννοια των φαρμάκων που καταπολεμούν τον ίδιο τον ιό, αυτά επί του παρόντος, βρίσκονται σε πειραματικές μελέτες. Αλλά τα περισσότερα φάρμακα φαίνονται τοξικά για τον οργανισμό, και τούτο μπορεί να περιορίσει την πρακτική εφαρμογή τους. Είναι ξεκάθαρο, ότι αυτή η περιοχή έρευνας παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον και πολλές από τις φαρμακοβιομηχανίες είναι πρόθυμες να διαθέσουν χρήματα για την έρευνα, για να βρεθεί θεραπεία. Ο συνδυασμός αντιικών φαρμάκων και φαρμάκων που διεγείρουν το ανοσολογικό σύστημα είναι αναμφίβολα μια γραμμή που υπόσχεται πολλά.

Η ανακάλυψη της ειδικής αντιϊκής, δράσεως της αζινοθυμιδίνης (AZT) αναπτέρωσε τις ελπίδες για αιτιολογική θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Η τρομακτική πίεση από την συσσώρευση μεγάλου αριθμού ασθενών, που απελπισμένα ζητούν θεραπευτική παρέμβαση, οδηγεί στην επιτάχυνση και ενίοτε παράβαση των θεσπισμένων οδηγιών που διέπουν τις κλινικές δοκιμές και τη συνολική διαδικασία ελεύθερης κυκλοφορίας νέων φαρμάκων(Τσάμπας,2005).

Στη συνέχεια αναφέρονται επιγραμματικά οι ομάδες των κυριότερων ουσιών που σήμερα χρησιμοποιούνται. Η αναφορά σ' όλα τα φάρμακα είναι αδύνατη, αφού σήμερα μιλάμε για το «φάρμακο του μήνα» που τις περισσότερες φορές αποδεικνύεται αναποτελεσματικό.

#### **A) ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ:**

Θα αναφερθεί εκτενέστερα η AZT (αζινοθυμιδίνης). Τα διαθέσιμα μέχρι σήμερα στοιχεία εξακολουθούν να είναι ενθαρρυντικά και επιβεβαιώνουν τα αρχικά συμπεράσματα σύμφωνα με οποία:

1. Το AZT δεν θεραπεύει ΤΟ AIDS, δεν εξαλείφει τον ιό, αλλά απλώς αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό του.

2. Επιμηκύνει σημαντικά την επιβίωση του πάσχοντος, βελτιώνει την κλινική και υποκειμενική κατάσταση, μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης ευκαιριακών λοιμώξεων ή νεοπλασιών και επιβραδύνει την εξέλιξη της λοιμώξεως προς το AIDS.

3. Η χορήγηση του AZT πρέπει να είναι μακροχρόνια, αλλά παραμένει άγνωστο το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα, το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά και η πιθανή απώτερη τοξικολογική του δράση.

### **3.8.12 Μέτρα ελέγχου της νόσου**

Από το 1983 μέχρι σήμερα μεταξύ των άλλων έχουν ληφθεί και τα εξής μέτρα ελέγχου της νόσου:

1. Υποχρεωτική δήλωση των κρουσμάτων από το γιατρό που κάνει τη διάγνωση στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Εφαρμογή της απόφασης των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης για την πρόληψη της μετάδοσης του AIDS με τη μετάγγιση του αίματος και των παραγώγων του.

3. Σύσταση Εθνικής Επιστημονικής Επιτροπής Ελέγχου AIDS, που αξιολογεί κάθε δηλωνόμενο κρούσμα AIDS.

4. Στενή και συνεχής συνεργασία με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και άλλες διεθνείς επιστημονικές οργανώσεις για την παρακολούθηση των διεθνών προόδων στη διάγνωση, στη θεραπεία και στον έλεγχο της νόσου.

5. Εκπαίδευση και μετεκπαίδευση του προσωπικού σε συνδυασμό με τη διάθεση των αναγκαίων οικονομικών πόρων.

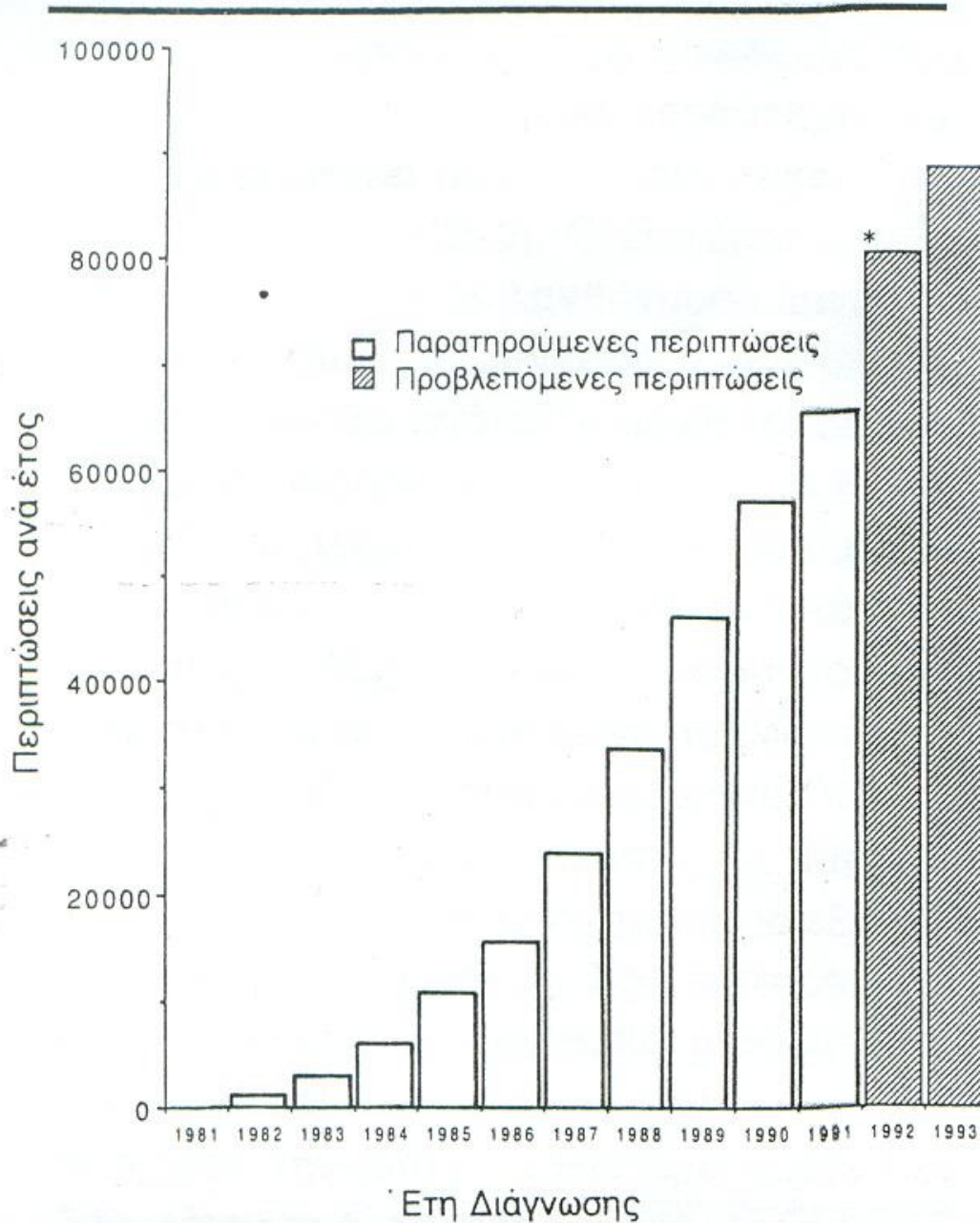
6. Χρησιμοποίηση ελεγμένων ή προθερμανθέντων παραγώγων και παραγόντων αίματος.

7. Υποχρεωτική ανίχνευση αντί-HIV αντισωμάτων στο αίμα, που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί για μετάγγιση.

8. Αποκλεισμός των μολυσμένων δοτών σπέρματος, ιστών και οργάνων για μεταμοσχεύσεις.

9. Ίδρυση του Κέντρου Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων στην Υγειονομική Σχολή Αθηνών, όπου ελέγχονται οι ομάδες υψηλού κίνδυνου και παρακολουθούνται οι φορείς.

Για να συνεχίσει η χώρα μας να περιλαμβάνεται μεταξύ των χωρών, που έχουν μικρή επίπτωση της νόσου, χρειάζονται η ενεργός συμμετοχή του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στα προγράμματα ελέγχου, η ανάπτυξη αισθήματος ευθύνης των ασθενών και των φορέων έναντι του κοινωνικού συνόλου, η εφαρμογή αυστηρών προληπτικών μέτρων και η αλλαγή του τρόπου ζωής των ομάδων υψηλού([www.hiv.gr](http://www.hiv.gr) 19/4/2008).



### 3.8.13 Επίλογος

Οι στατιστικές που αναφέρονται στη διάδοση του AIDS είναι πραγματικά ανησυχητικές. Αλλά τι συμβαίνει με τα άτομα που υποφέρουν; Πώς αντιμετωπίζουν την αρρώστια τους; Και πως επηρεάζονται οι ζωές τους, και οι ζωές αυτών που είναι κοντά τους και είναι αγαπημένα τους πρόσωπα; Χιλιάδες άνθρωποι σ' όλο τον κόσμο έχουν μολυνθεί από τον ιό του. Οι αριθμοί που υπάρχουν σήμερα μπορεί να πολλαπλασιασθούν στο προσεχές μέλλον γι' αυτό και είναι επιβεβλημένη η ενημέρωση όλων γύρω από τη φοβερή αυτή μάστιγα.

Μερικά στοιχεία δείχνουν την έκταση του προβλήματος και την σοβαρότητα της παγκόσμιας καταστροφής:

- 6,000 νέοι ηλικίας από 15 έως 24 ετών, μολύνονται καθημερινά από τον ιό HIV που προκαλεί το AIDS

- Κάθε 14 δευτερόλεπτα προσβάλλεται ένας νέος από το AIDS
- Το 50% των νέων περιστατικών AIDS, συμβαίνουν σε νέους κάτω των 25 ετών
- Το 66% των νέων περιστατικών στους νέους αφορούν γυναίκες. Σε πολλές χώρες του κόσμου μόνο ένα μικρό ποσοστό των γυναικών γνωρίζουν ή μπορούν να εφαρμόσουν μέτρα πρόληψης μετάδοσης του AIDS.

Σε πολλές περιπτώσεις οι νέες γυναίκες δεν μπορούν να αντισταθούν στις πιέσεις που τις υποβάλλουν άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας για σεξ χωρίς προστατευτικά μέτρα

**Είναι επείγον να βελτιωθούν οι υπηρεσίες εκπαίδευσης πληροφόρησης και παροχής φροντίδας για την υγεία στους νέους, σε όλες τις περιοχές του κόσμου.**

Είναι επίσης αναγκαίο ορισμένες προκαταλήψεις να καταπολεμηθούν. Για παράδειγμα έρευνες έχουν δείξει ότι η διαπαιδαγώγηση και πληροφόρηση των νέων για θέματα σεξ, δεν αυξάνουν τον κίνδυνο για ασύδοτη σεξουαλική συμπεριφορά. Αντίθετα έχει φανεί ότι η ορθή σεξουαλική αγωγή καθιστά τους νέους πιο υπεύθυνους, τους ωθεί στο να προστατεύουν καλύτερα τους εαυτούς τους και η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής εμπειρίας αυξάνεται. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος καταπολέμησης του AIDS είναι η διαπαιδαγώγηση των νέων. Η παγκόσμια καταστροφή λόγω AIDS μόνο με τον τρόπο αυτό μπορεί σύντομα να σταματήσει.

Όλα τα κράτη πρέπει να επενδύσουν στους νέους με κάθε δυνατό τρόπο. Οι προσπάθειες αυτές θα αποδώσουν τεράστια κοινωνικά και οικονομικά οφέλη. Παράλληλα είναι ο μόνος τρόπος διαρκούς προστασίας της υγείας τους και βελτίωσης της ποιότητας της ζωής τους(Τσάμπαος,2005).

## Η ΖΩΗ ΜΕ AIDS ΜΙΑ ΑΛΗΘΙΝΗ ΙΣΤΟΡΙΑ...

Ψάχνοντας στοιχεία που αφορούν τα Σ.Μ.Ν και συγκεκριμένα το AIDS, βρεθήκαμε αντιμέτωποι με μια αληθινή ιστορία η οποία είχε δημοσιευτεί σε γνωστό περιοδικό τον Ιούνιο του 2004. Στο περιοδικό αυτό κατά καιρούς μπορούν να κάνουν αναφορές διάφορα πρόσωπα τα οποία μιλούν για το δικό τους προσωπικό πρόβλημα. Επειδή η συγκεκριμένη ιστορία ήταν τόσο αποκαλυπτική και με απόλυτο ενδιαφέρον πιστέψαμε ότι πραγματικά άξιζε να την προσθέσουμε στην πτυχιακή μας εργασία και έτσι λοιπόν σας την παρουσιάζουμε αυτούσια χωρίς να έχει υποστεί κανένα είδος αλλαγής:

«Τον Αύγουστο του 2002 πάω σε ένα ιατρικό κέντρο για να δω αν έχω θυρεοειδή επειδή δεν έπαιρνα βάρος-ήμουν 42 κιλά, με ύψος 1,64. Σκέφτομαι να κάνω και μια εξέταση για AIDS. Είναι η δεύτερη φορά που κάνω τέτοια εξέταση στη ζωή μου. Η πρώτη ήταν το 1998, όταν είχα σχέση με κάποιον που πήγαινε με πολλές γυναίκες, αν και αυτό το έμαθα πολύ αργότερα. Η δεύτερη είναι το 2002. Έχω μια άλλη σχέση δύο ετών με κάποιον που πριν ήταν παντρεμένος με μια γυναίκα που έκανε κονσομασιόν (ήταν ήδη σε διάσταση όταν τον γνώρισα). Έχω κάνει κι εγώ βέβαια πολλές σχέσεις, που η διάρκειά τους ήταν λίγων ημερών, λίγων εβδομάδων ή και μιας νύχτας. Σκεφτόμουν ότι αν δεν τα κάνω τώρα που είμαι μικρή, πότε θα τα κάνω. Πάντα όμως χρησιμοποιούσα προφυλακτικό. Μόνο σ' αυτές τις δύο σχέσεις δε χρησιμοποίησα. Αυτό ήταν και το τεράστιο λάθος μου!

Τα αποτελέσματα της πρώτης εξέτασης, το 1998, βγήκαν αρνητικά. Στη δεύτερη όμως εξέταση, το 2002, τα αποτελέσματα μου βγαίνουν αναμφίβολα. Πανικοβάλλομαι και αρχίζω να το λέω στο φίλο μου, στον πατέρα και τον αδερφό μου. Όλοι μου λένε ότι στο συγκεκριμένο ιατρικό κέντρο όπου είχα πάει κάνουν πολλές φορές λάθος. Έτσι, πάω σε άλλο νοσοκομείο την επόμενη μέρα. Κάνω νέες εξετάσεις και περιμένω άλλες τρεις μέρες. Από εκεί όμως τηλεφωνούν και αρχίζουν ερωτήσεις του στυλ: με πόσους έχω πάει, αν έχω ταξιδέψει στο εξωτερικό κ.λπ. Μου ανακοινώνουν ότι τα αποτελέσματα βγήκαν αμφίβολα κι ότι θα τα στείλουν για περαιτέρω αναλύσεις στην Υγειονομική Σχολή. Τότε είναι που παθαίνω νευρική κρίση. Ξεσπάω σε κλάματα στην αγκαλιά του πατέρα μου, γιατί τότε πλέον καταλαβαίνω ότι κάτι δεν πάει καλά, ότι ίσως έχω AIDS. Από την άλλη, λένε στον πατέρα μου ότι μπορεί να έχω κολλήσει γρίπη γι' αυτό και βγαίνει αμφίβολη η εξέταση, μπερδευόταν δηλαδή, μπορεί να μην έχω και τίποτα. Φυσικά δεν το πιστεύω...

Έτσι λοιπόν, είμαι ξανά στην αναμονή για μια ολόκληρη εβδομάδα προσπαθώντας να μην το πολυσκέφτομαι. Όταν φτάνει η μέρα να βγουν τα αποτελέσματα, αποφασίζω να πάω πρώτα μια βόλτα στο Σούνιο με το φίλο μου και να τα πάρω το απογευματάκι. Όλη τη μέρα με παίρνει τηλέφωνο ο πατέρας μου και μου έχουν σπάσει τα νεύρα. Καταλαβαίνω φυσικά το άγχος του, αλλά δεν το αντέχω αυτό το «πήγες για τα αποτελέσματα;», «πότε θα πας;» κ.λπ.

Έχω να πάω στις 7:30 να παραλάβω το χαρτάκι με τις απαντήσεις, και γύρω στις 5 χτυπάει το κινητό μου. Στην αναγνώριση βλέπω «μπαμπάς». Το σηκώνω και με ρωτάει: «τι ώρα θα πας στο ιατρικό κέντρο;». «κατά τις 7-7:30» του απαντάω. Και τότε μου λέει: «Άσ' το, καμάρι μου, μην πας. Βγήκε θετικό».

Τότε σιώπησα. Γύρισα, κοίταξα το φίλο μου και ξέσπασα σε κλάματα. Με το ένα χέρι στηριζόμουν σ' έναν κορμό, γιατί τα πόδια μου δε με βάσταγαν εκείνη τη στιγμή, δεν τα ένιωθα. Έτρεξε και με πήρε αγκαλιά. Κλαίγοντας έλεγα στο φίλο μου, αλλά και στον πατέρα μου, που βρισκόταν στο τηλέφωνο ακόμα, γιατί να συμβεί αυτό σε μένα, ότι θα πεθάνω σε κάνα πεντάρι χρόνια, αυτά ήταν ακριβώς τα λόγια μου. Όπως καταλάβατε, ήμασταν παντελώς απληροφόρητοι γύρω απ' το θέμα...

Ήταν Παρασκευή όταν έμαθα για τα δικά μου αποτελέσματα και είχα πει στο φίλο μου ότι αν έβγαιναν θετικά, θα πήγαινε κι εκείνος. Έκανε εξετάσεις τη Δευτέρα. Περιμέναμε άλλες τρεις μέρες, αλλά κανείς δε μας πήρε τηλέφωνο για διάφορες ερωτήσεις. Του έλεγα ότι είναι καθάρος και μου απαντούσε «αποκλείεται». Ποτέ δεν έριξε ο ένας το φταίξιμο στον άλλο, ο καθένας μας στον εαυτό του μονάχα. Όπως καταλάβατε, ήταν αρνητικός! Εγώ χάρηκα που δεν τον πήρα στο λαιμό μου, εκείνος για πρώτη φορά (και ίσως για τελευταία) έκλαψε. Έλεγε: «ποιος παλιάνθρωπος σε κόλλησε;». Δεν μπορούσα να βλέπω έναν άντρα 34 χρονών να κλαίει. Στο νοσοκομείο όπου πήγα μου είπαν ότι η γυναίκα δύσκολα κολλάει τον άντρα.

Και τότε άρχισε ο δικός μου Γολγοθάς. Είχα πολύ χαμηλά λευκά αιμοσφαίρια. Το όριο είναι 4.000 και πάνω κι εγώ βρισκόμουν στα 1.200, με μεγάλο κίνδυνο να αρρωστήσω, να μου γυρίσει σε πνευμονία και να πω «αντίο, κόσμε». Ταυτόχρονα, από τη στενοχώρια μου, παθαίνω έρπη ζωστήρα και έχω τρελή φαγούρα, αλλά ευτυχώς όχι πόνο. Κάθε μήνα μου έπαιρναν αίμα και μου έκαναν δυο παρακεντήσεις να τραβήξουν υγρό από το μυελό των οστών γιατί δεν έπαιρνα κιλά, μάλιστα είχα χάσει δύο. Είχα φτάσει στα 40 κιλά και μου έκαναν τις δυο αυτές παρακεντήσεις (ούτε στον εχθρό μου) για να δουν αν έχω λεμφώματα, δηλαδή καρκίνο. Ευτυχώς ήμουν και εξακολουθώ να είμαι μια χαρά. Αποφεύγω τους αρρώστους για να μην κολλήσω. Πότε-πότε με πιάνει διάρροια και δεν προλαβαίνω να φτάσω στην τουαλέτα.

Έτσι λοιπόν, έχω μάθει να ζω με την ασθένειά μου και μπορώ να πω ότι με έκανε καλύτερο άνθρωπο. Με έκανε να αγωνίζομαι και κατάλαβα πόσες αντοχές μπορεί να έχει ο καθένας μας. Βέβαια, πιστεύω ότι αν δεν είχα τον πατέρα, τον αδερφό μου και πάνω απ' όλα το φίλο μου, θα είχα καταρρεύσει από καιρό. Και δε θέλω τίποτε περισσότερο από το να ζήσω και ίσως αργότερα να κάνω κι ένα παιδάκι, χωρίς να φοβάμαι μην του μεταδώσω τον ιό. Όσο για τα λευκά μου, τα ανέβασα στα 4.600. Κιλά δεν έχω βάλει, αλλά δεν έχω αρρωστήσει (ακόμα), δε θα πεθάνω νέα.

Αν αναρωτιέστε ποιος με κόλλησε, ήταν ο άντρας που αγάπησα πολύ το 1998, που μου έμαθε τον έρωτα, κι αυτό το πλήρωσα ακριβά. Μη σας παρασέρνει η ομορφιά ενός άντρα, η αγάπη που θα σας πουλήσει ή το πόσο καιρό είστε μαζί, αν πρώτα δε βεβαιωθείτε ότι είστε και οι δυο εντάξει. Ο άντρας κολλάει τη γυναίκα τόσο εύκολα όσο δε φαντάζεστε. Ακόμη και μέσω του στοματικού έρωτα. Μ' αυτόν τον άνθρωπο ήμουν τρία χρόνια. Αλλά, δυστυχώς, στη ζωή είμαστε όλοι μόνοι.

Αλλά ξέρετε, ποτέ δε μετάνιωσα για ότι έχω κάνει. Ήταν γραφτό μου»...



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

## ΠΡΟΛΗΨΗ

### 4.1 ΥΓΙΕΙΝΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Σκοπός της υγιεινής του γεννητικού συστήματος είναι η πρόληψη των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Τα μέτρα υγιεινής και καθαριότητας του γεννητικού συστήματος εφαρμόζονται ευκολότερα στον άνδρα παρά στην γυναίκα.

Το πέος και γενικά όλη η περιοχή του ανδρικού γεννητικού συστήματος είναι πιο προσιτή στον τοπικό καθαρισμό, σε σχέση με τον κόλπο της γυναίκας, ο οποίος παρουσιάζει κοιλότητες (θόλοι κλπ.)

Κατ' αρχήν, στον άνδρα, τραβιέται η πόσθη του πέους προς τα κάτω έτσι ώστε να αποκαλυφθεί ολόκληρη η βάλανος. Στη συνέχεια γίνεται πλύσιμο με άφθονο νερό (ντους) και σαπούνι.

Ο τοπικός καθαρισμός με άφθονο νερό και σαπούνι είναι τα καλύτερα μέτρα που μπορεί να πάρει κάποιος για προληπτικούς λόγους. Αν παρουσιαστεί ερεθισμός, μπορεί να γίνει τοπικός καθαρισμός με άφθονο χαμόμηλο. Αν ο ερεθισμός επιμένει, ιδίως αν βγαίνει υγρό από την ουρήθρα, τότε η εξέταση από γιατρό (ανδρολόγο, ουρολόγο ή μικροβιολόγο) είναι απαραίτητη. Ο γιατρός παίρνει από την ουρήθρα υγρό για καλλιέργεια με σκοπό την εντόπιση του παθογόνου μικροοργανισμού, που προκαλεί την φλεγμονή, και στη συνέχεια δίνει το κατάλληλο αντιβιοτικό. Η θεραπεία μερικές φορές συμπληρώνεται με την χρησιμοποίηση κάποιου αντισηπτικού διαλύματος ή αλοιφής για τοπική χρήση.

Και στη γυναίκα το πλύσιμο με νερό βοηθάει πολύ την τοπική καθαριότητα. Κάθε μέρα και οπωσδήποτε μετά από κάθε επαφή, ακόμα και στην έμμηνο ρύση, πρέπει να γίνεται τοπικός καθαρισμός της αιδοϊκής και περιπρωκτικής χώρας με άφθονο νερό και σαπούνι. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και χαμόμηλο. Μετά την επαφή, πρέπει να γίνεται κολπική πλύση με άφθονο νερό. Το νερό δεν πρέπει να ρίχνεται με πίεση μέσα στον κόλπο, γιατί παρασύρει μικρόβια προς τον τράχηλο και τη μήτρα. Καθημερινές κολπικές πλύσεις, χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, δεν πρέπει να γίνονται, γιατί καταστρέφουν την οξύτητα και τους μικροοργανισμούς του κόλπου (χλωρίδα του κόλπου)(Covington & Clendon, 1991).

Οι περισσότερες γυναίκες έχουν τον δικό τους τρόπο να κάνουν κολπική πλύση. Σήμερα, υπάρχουν ειδικές συσκευές για κολπική πλύση, οι οποίες προωθούν με ευκολία το αντισηπτικό διάλυμα μέσα στον κόλπο. Η γυναίκα κάθεται στην λεκάνη της τουαλέτας, ή στην μπανιέρα και στη συνέχεια χρησιμοποιεί την συσκευή. Το αντισηπτικό κολπικό διάλυμα δεν χρησιμοποιείται όπως είναι. Τις περισσότερες φορές αραιώνεται με νερό σύμφωνα με τις οδηγίες.

Πρόκειται για φάρμακα που τοποθετούνται μέσα στον κόλπο για την αντιμετώπιση συνήθως της κολπίτιδας ή τραχηλίτιδας, οι οποίες οφείλονται σε μικρόβια, όπως οι τριχομονάδες, οι μύκητες κλπ. Το υπόθετο που το τοποθετεί η γυναίκα χρησιμοποιώντας ένα γάντι μιας χρήσης πρέπει να μπαίνει βαθιά μέσα στον κόλπο. Μερικές φορές όμως δεν λιώνει και είναι πιθανόν να βγει το επόμενο πρωί. Αυτό δεν σημαίνει ότι η θεραπεία θα σταματήσει. Η γυναίκα πρέπει να χρησιμοποιήσει το επόμενο υπόθετο.

Η κολπική κρέμα τοποθετείται μέσα στον κόλπο με ειδικό ρύγχος. Τις περισσότερες φορές ο γιατρός συνιστά να γίνεται κολπική πλύση πριν γίνει η τοποθέτηση του υπόθετου ή της αλοιφής. Δεν επιτρέπεται οποιασδήποτε αλοιφής, υπόθετου ή αντισηπτικού διαλύματος χωρίς προηγούμενα να υπάρχει η ανάλογη συμβουλή από τον γιατρό. Μερικές γυναίκες παίρνουν οδηγίες από φίλες για την περιποίηση των γεννητικών οργάνων ή και για την

αντιμετώπιση κάποιου ερεθισμού. Κάτι τέτοιο στη σημερινή εποχή είναι απαράδεκτο. Η γυναίκα πρέπει να επισκέπτεται τον γυναικολόγο της τακτικά και να παίρνει απ' αυτόν τις σωστές οδηγίες.

Η εξέταση από τον γυναικολόγο είναι απαραίτητο να γίνεται κάθε 6 μήνες – 1 χρόνο το αργότερο, άσχετα από το αν υπάρχει κάποιο σύμπτωμα ή όχι. Κατά την επίσκεψη στον γιατρό γίνεται και η εξέταση κατά Παπανικολάου(Ελευθερία Αθανάτου, 1997).

## 4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι έφηβοι αποτελούν ομάδα υψηλής επικινδυνότητας για την πρόσληψη ΣΜΝ λόγω των σεξουαλικών τους συμπεριφορών. Συγκριτικά με άλλες ηλικιακές ομάδες, οι έφηβοι και οι νέοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους, να μην παίρνουν τις απαραίτητες προφυλάξεις και τις περισσότερες φορές οι νέες γυναίκες να έχουν συντρόφους ηλικιακά μεγαλύτερους τους. Επιπλέον, οι νέες γυναίκες είναι βιολογικά πιο ευάλωτες στην πρόσληψη χλαμυδίων, γονόρροιας και HIV. Τα χλαμύδια και η γονόρροια είναι τα πιο συχνά ΣΜΝ και τουλάχιστον μπορούν να θεραπευτούν. Τα ΣΜΝ αυτά, συνήθως προκαλούνται από βακτήρια που μπορούν να θεραπευτούν με αντιβιοτικά. Ωστόσο, αν τα νοσήματα αυτά παραμείνουν χωρίς θεραπεία είναι δυνατόν να επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις υγείας στην συνέχεια της ζωής. Πάνω από το 5% των νέων ανδρών και 5-10% των νέων γυναικών έχουν μολυνθεί από χλαμύδια. Τα ποσοστά της γονόρροιας είναι πιο υψηλά σε γυναίκες 15-19 ετών και σε άνδρες 20-24 ετών.

Η συχνότητα εμφάνισης του έρπητα αυξάνεται με την ηλικία. Επειδή ο ιός αυτός παραμένει για πάντα στον οργανισμό, όσο μεγαλύτερος είναι κάποιος σε ηλικία, τόσο πιο πιθανό είναι να έχει μολυνθεί. Το ποσοστό μόλυνσης από έρπητα είναι πιο υψηλό στο τέλος της εφηβείας και στα πρώτα νεανικά χρόνια. Σε γυναίκες κάτω των 25 ετών, οι έρευνες δείχνουν ότι 28-46% έχουν μολυνθεί με HPV. Περίπου το 15-20% των νέων ανδρών και γυναικών έχει μολυνθεί από έρπητα πριν ακόμα την έναρξη της ενήλικης ζωής τους ([www.imop.gr](http://www.imop.gr) 13/12/2011).

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Π.Ο.Υ. η σημερινή γενιά νέων είναι η μεγαλύτερη στην ιστορία της ανθρωπότητας. Από τα 6 δισεκατομμύρια του πληθυσμού της γης το 1 δισεκατομμύριο έχει ηλικία μεταξύ 15-24 ετών. Γι αυτό λοιπόν η ενημέρωση του πληθυσμού, αλλά κυρίως των γυναικών, πρέπει να ξεκινήσει από την εφηβική ηλικία. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα παρουσιάζουν έξαρση τα τελευταία χρόνια σε αυτές τις ηλικίες και αυτό οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωσή τους σε θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Το ζήτημα Σεξουαλικής Αγωγής στα σχολεία δεν είναι νέο, είναι όμως η καλύτερη μέθοδος πρόληψης των νέων από τα διάφορα νοσήματα. Οι νέοι παίρνουν πληροφορίες για την σεξουαλικότητα από φίλους και τα ΜΜΕ, όμως δεν θεωρούν τις πηγές αυτές έγκυρες και θα ήθελαν να παίρνουν αυτές τις πληροφορίες από ειδικούς. Η Σεξουαλική Αγωγή περιλαμβάνει γνώσεις που αναφέρονται στην ανατομία και την λειτουργία του γεννητικού συστήματος, στις διαφορές των δύο φύλων, στη σύλληψη και την γονιμοποίηση, στην εγκυμοσύνη, στον τοκετό, στην εμμηνόπαυση στην αντισύλληψη και την διακοπή της εγκυμοσύνης, στις σεξουαλικές διαταραχές και στα διάφορα σεξουαλικά νοσήματα, στην υγιεινή των γεννητικών οργάνων αλλά και στα προβλήματα ανάμεσα στα δύο φύλα. Όσο αφορά την μορφή της θα πρέπει να γίνεται υπό μορφή ελεύθερης συζήτησης (Τσαρμακλής, 2007).

Οι έφηβες έχουν ελάχιστες γνώσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αφού θεωρούν πως δεν τις αφορούν. Δεν γνωρίζουν πως μεταδίδονται και πως μπορούν να προληφθούν. Επιπλέον οι γνώσεις τους για την αντισύλληψη και την σωστή χρήση τους είναι περιορισμένες. Με αποτέλεσμα την πρόωρη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, οι πρόωρες εγκυμοσύνες, οι αμβλώσεις, το AIDS (σύμφωνα με στοιχεία του UNAIDS 2004 τα μισά κρούσματα μόλυνσης με τον ιό συνέβαιναν σε νέους 15-25 ετών) και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Είναι μερικά από τα προβλήματα που επηρεάζουν τη σεξουαλική υγεία των νέων στην σύγχρονη εποχή.

Παρόλα αυτά εμπόδια παρουσιάζονται στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση λόγω του ότι οι καθηγητές και οι γονείς φοβούνται την πιθανή ενθάρρυνση, αντί να αποτρέπουν, την πρόωρη έναρξη των σεξουαλικών δραστηριοτήτων. Όμως η ενημέρωση μειώνει την συχνότητα του σεξ στην εφηβική ηλικία απομακρύνοντας έτσι μετά άλλων κινδύνων, την

μετάδοση μολύνσεων λόγο σεξ και την εγκυμοσύνη ([www.paidiatros.com/children/need-sex-education-schools](http://www.paidiatros.com/children/need-sex-education-schools) 2009).

Οι νοσηλευτές απαλλαγμένοι από προκαταλήψεις και ταμπού και γνωρίζοντας τις εθνικές πολιτικές για την σεξουαλική υγεία των νέων συμβάλουν στην προαγωγή της μέσα από διάφορους ρόλους. Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι η παρουσίαση των τρόπων πρόληψης αλλά και ενημέρωσης των εφήβων αλλά και των λοιπών γυναικών σε ότι αφορά τα ΣΜΝ και η συμβολή των νοσηλευτών στην προαγωγή της σεξουαλικής υγείας. Μέσα λοιπόν από ένα πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής που διενεργείται από κατάλληλους, εξειδικευμένους επαγγελματίες, έχει την δυνατότητα να αυξάνει τις γνώσεις των εφήβων για το σεξ και να βελτιώσει τις πιθανότητες αποφυγής του σεξ κατά την εφηβική ηλικία ([www.neaygeia.gr/page.asp?p=982](http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=982) 2012).

Τα ΣΜΝ είναι λοιμώδη νόσοι οι οποίες μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή. Πρέπει να γίνει σαφές ότι η σεξουαλική επαφή που οδηγεί στην εξάπλωση της νόσου μπορεί να είναι στοματογεννητική ή πρωκτική ή όταν το πέος του άνδρα εισχωρήσει στον κόλπο της γυναίκας. Δεν μπορείς να κολλήσεις ΣΜΝ από την λεκάνη της τουαλέτας. Είναι αδύνατον να πει κανείς με βεβαιότητα σε πόσους ανθρώπους κάθε χρόνο μεταδίδονται σεξουαλικές λοιμώξεις. Λαμβάνοντας υπόψιν τα υψηλά κρούσματα πολλών ΣΜΝ οι γιατροί που κάνουν διάγνωση έχουν ηθική αν όχι νομική υποχρέωση να προσπαθήσουν να πείσουν τον ασθενή να αποκαλύψει το όνομα ή τα ονόματα των σεξουαλικών συντρόφων του έτσι ώστε να εξεταστούν και αυτοί και αν έχουν μολυνθεί να υποβληθούν σε θεραπεία.

Μερικοί ασθενείς και ειδικότερα νέοι άνθρωποι που είναι πιο επιρρεπείς σε τέτοιου είδους μολύνσεις είναι ανήσυχοι, φοβισμένοι και ντρέπονται να ζητήσουν βοήθεια, φοβούμενοι μήπως ο γιατρός υιοθετήσει κριτική και αποδοκιμαστική στάση απέναντι τους. Έτσι αποκρύπτουν την ασθένεια με την ελπίδα ότι τα συμπτώματα θα εξαφανιστούν. Αυτό συμβαίνει συχνά και δυστυχώς το άτομο συνεχίζει να είναι μολυσματικό για τον επόμενο σύντροφο.

Οι στατιστικές δείχνουν πράγματι αύξηση στη συχνότητα αυτών των ασθενειών στους νέους και ειδικότερα στις νέες κοπέλες όμως δεν υπάρχει εξαίρεση στην ηλικία. Οι συχνοί αλλαγή συντρόφων συνεπάγεται την εξάπλωση των ΣΜΝ και αυτά δεν μπορούν να περιοριστούν όταν υπάρχει συνεχώς ο κίνδυνος της μόλυνσης. Αυτό όμως δεν λέει τίποτα, αφού οι τυχαίες σεξουαλικές σχέσεις δεν αποτρέπονται ούτε με παροτρύνσεις, ούτε με την σεξουαλική παρενόχληση που κυριαρχούσε σε ορισμένους περιόδους της ιστορίας. Αυτό που χρειάζεται είναι ρεαλιστική αντιμετώπιση. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν πρόκειται να αλλάξουν την στάση τους απέναντι στην σεξουαλικότητα τους και πάρα πολλοί θα συνεχίσουν να έχουν τυχαίες σεξουαλικές σχέσεις ό,τι κι αν λένε οι ηθικολόγοι.

Εφόσον η ανθρώπινη σεξουαλικότητα αποτελεί μια τόσο σκοτεινή και ενστικτώδης τάση η γνώμη της και οι συνέπειές της πρέπει να αποτελούν μέρος της εκπαίδευσης κάθε ατόμου. Η σεξουαλική αγωγή καθώς και η ευθύνη απέναντι στις σεξουαλικές σχέσεις πρέπει να επεκτείνεται σε όλη την διάρκεια των σχολικών χρόνων αρχίζοντας από την ηλικία των 8 ή 9 ετών. Η αγωγή για τα ΣΜΝ πρέπει να βασίζεται σε γεγονότα και οι συζητήσεις να γίνονται σε μικτές τάξεις πριν τα παιδιά φτάσουν στην ηλικία της ήβης. Αυτή η εκπαιδευτική εμπειρία μπορεί να αποτρέψει μερικούς από το να αναζητήσουν αργότερα το τυχαίο σεξ και να παρακινήσει αυτούς που επιδιώκουν το ελεύθερο σεξ να ζητήσουν ιατρική βοήθεια χωρίς φόβο ή ντροπή σε περίπτωση που προσβληθούν από ένα ΣΜΝ. Μόνο η πράξη θα δείξει αν από μόνη της η εκπαίδευση θα μπορέσει να μειώσει την εμφάνιση των ΣΜΝ.

Κάθε άτομο που έπειτα από μια σεξουαλική επαφή νομίζει ότι μπορεί να έχει κολλήσει ένα ΣΜΝ πρέπει να επισκέπτεται γιατρό ή νοσοκομείο για να κάνει ανάλογες εξετάσεις χωρίς κανένα φόβο ή ντροπή. Η επιστήμη έχει ανακαλύψει και έχει δώσει στην παραγωγή αρκετά εμβόλια. Αν υπήρχαν τα διαθέσιμα κεφάλαια θα ήταν δυνατόν να βρεθούν εμβόλια κατά της βλεννόρροιας, του έρπητος, της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας και της

σύφιλης μέσα σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα. Είναι αλήθεια πως η απειλή της κοινωνίας από την εξάπλωση του AIDS οδήγησε στην διάθεση αξιόλογων κονδυλίων για την έρευνα και την ανακάλυψη της θεραπείας του ιού αυτού.

Έως ότου βρεθεί το εμβόλιο που θα προστατεύει το άτομο από αυτές τις ασθένειες η μόνη προστασία είναι να έχει κανείς ασφαλείς σεξουαλικές επαφές. Και ασφαλείς σεξουαλικές επαφές σημαίνει περιορισμό των σεξουαλικών συντρόφων, και κατά προτίμηση σε έναν, ενώ αν κάποιος επιλέξει το τυχαίο σεξ να βεβαιωθεί ότι άνδρας χρησιμοποιεί προφυλακτικό.

Σημαντική είναι η αντίδραση του ατόμου που έχει μολυνθεί. Μερικοί από εκείνους που προσβάλλονται από τέτοιου είδους ασθένειες πιστεύουν ότι είναι μια συνέπεια που άξιζε στην σεξουαλική συμπεριφορά τους καθώς και μια τιμωρία για την «αμαρτωλή» σεξουαλικότητά τους. Άλλοι πάλι πιστεύουν πως στάθηκαν άτυχοι και μολύνθηκαν επειδή είχαν την κακοτυχία να έλθουν σε επαφή με ένα ιδιαίτερα ισχυρό μικρόβιο. Από την άλλη πλευρά μερικοί άνθρωποι πιστεύουν πως το ότι μολύνθηκαν είναι ζήτημα τιμής και σημαίνει πως είναι «πολύ άντρες». Χρειάζεται λοιπόν διερεύνηση όλων αυτών των μύθων έτσι ώστε να βεβαιωθούμε ότι το μολυσμένο άτομο θα συμμορφωθεί με την θεραπεία και θα αλλάξει μερικές από τις υψηλού κινδύνου μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς του (Κρεατσάς, 1998 και Jones, 1992).

### 4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Ο νοσηλευτής καθώς και κάθε επαγγελματίας υγείας παρέχει τις υπηρεσίες και τις γνώσεις του σε προγράμματα που στοχεύουν στην σεξουαλική αγωγή και στην προαγωγή της υγείας.

Τα προγράμματα αυτά αποτελούν μια προγραμματισμένη δραστηριότητα που βασίζεται στις ανάγκες στις εμπειρίες και στους κινδύνους του νεανικού πληθυσμού που απευθύνεται. Οφείλει να στηρίζεται σε κατάλληλες εκπαιδευτικές θεωρίες που στοχεύουν κυρίως στην διαμόρφωση και στην αλλαγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Βασικό ρόλο στην σεξουαλική αγωγή κατέχει η διδασκαλία για την αποφυγή πίεσης από το κοινωνικό περιβάλλον. Μπορούν να εφαρμοστούν μέθοδοι που περιλαμβάνουν ομάδες συζήτησης, σχεδιασμό ασκήσεων και παίξιμο ρόλων.

Καθηγητές και μαθητές επωφελούνται από την εμπλοκή του σχολικού νοσηλευτή στην σεξουαλική εκπαίδευση, διότι οι μαθητές και οι γονείς είναι πιο εύκολο να μιλήσουν με τον νοσηλευτή και είναι ο μόνος επαγγελματίας υγείας που μπορεί εύκολα να αποδεχτεί η οικογένεια και ο μαθητής. Ακόμη, οι νοσηλευτές παρόλο που έχουν ιατρικές γνώσεις δεν θεωρούνται από τα παιδιά 'αυθεντία'. Έχουν, επίσης, την ικανότητα να αναπτύξουν σχέσεις με τις τοπικές υπηρεσίες και οργανισμούς, γνωρίζουν τις εθνικές πρωτοβουλίες και τις τοπικές προτεραιότητες, παρέχουν εξειδικευμένες γνώσεις για την σεξουαλική υγεία και ευεξία και τέλος μπορούν να οργανώνουν σεμινάρια για τους γονείς για να τους υποστηρίξουν στον γονικό τους ρόλο σχετικά με την εκπαίδευση των παιδιών τους.

Ο νοσηλευτής αμφισβητεί τις αρνητικές πτυχές της σεξουαλικής πρακτικής και λειτουργεί ως πηγή πληροφόρησης για την υιοθέτηση ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς. Ειδικότερα οι παρεμβάσεις του είναι :

- Συζήτηση για την λήψη ασφαλών αποφάσεων ειδικά σε νέους υψηλού κινδύνου
- Καλλιέργεια υψηλών εκπαιδευτικών και επαγγελματικών στόχων καθώς και παρότρυνση για δημιουργικές ασχολίες.
- Ενθάρρυνση εφήβων για επικοινωνία με τους γονείς αλλά και γονική συμμετοχή στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.
- Αποθάρρυνση πρόωρης σύναψης σεξουαλικών σχέσεων και παράλληλη εκπαίδευση για την αντισύλληψη και τα ΣΜΝ.
- Συζήτηση με τους εφήβους για τις πιέσεις που δέχονται για να υιοθετήσουν κάποια συγκεκριμένη σεξουαλική συμπεριφορά.
- Τέλος δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης , εχεμύθειας και ενθάρρυνση για παρακολούθηση και ενημέρωση οποιασδήποτε αλλαγής συμβαίνει στο σώμα τους (Τζίμα-Τσιτσικά, 2005).

#### 4.4 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ Ο ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

Η σεξουαλικότητα και η αναπαραγωγή δεν μπορούν πια σήμερα να αντιμετωπίζονται μόνο στα πλαίσια της οικογένειας ούτε μπορούν να αγνοούνται τα ανύπαντρα άτομα, ιδιαίτερα μάλιστα οι έφηβοι, στους οποίους τα προβλήματα τα σχετικά με την γενετήσια σφαίρα παρουσιάζονται οξυμένα. Οι αιτίες αυτής της όξυνσης θα πρέπει να συζητηθούν

- i. Στην πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας
- ii. Στην άγνοια, στην αδεξιότητα, και την απειρία των εφήβων επειδή πρώτη φορά ανακαλύπτουν το σώμα τους
- iii. Στο ότι η γονιμότητα σπανιότατα επιδιώκεται στην εφηβεία
- iv. Στον περιστασιακό και απρογραμματιστό χαρακτήρα των σχέσεων

Στόχος της σεξουαλικής πληροφόρησης θα πρέπει να είναι η κατά το δυνατόν μείωση των προβλημάτων της σεξουαλικής ζωής ώστε ο νέος και η νέα να αντλούν από την γενετήσια σχέση την μεγαλύτερη δυνατή χαρά, ηδονή και αγάπη, αντί να συσσωρεύουν τραυματικές εμπειρίες. Ο περιορισμός των εφηβικών κηήσεων και ο περιορισμός των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι από τους ουσιαστικούς στόχους της σεξουαλικής αγωγής (Covington & Clendon, 1991).

Ιδιαίτερη σημασία στην εφηβική ηλικία έχει και το πρόβλημα των αφροδισίων ή καλύτερα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, στα οποία περιλαμβάνονται οι παθήσεις που μεταδίδονται αποκλειστικά, ή κατά κύριο λόγο με την γενετήσια επαφή. Η ιδιορρυθμία, όσο αφορά τα πολύ νεαρά άτομα, είναι ότι πρόκειται, όπως και στην περίπτωση της έκτρωσης, για μια δυσάρεστη συνέπεια των πρώτων ερωτικών εμπειριών. Δυσάρεστη όχι μόνο εξ αιτίας των συμπτωμάτων και της αναγκαίας επαφής με τον ιατρικό κόσμο, αλλά εξ αιτίας της επένδυσης των παθήσεων αυτών με φόβο, ντροπή, ενοχή κλπ. Η νέα βρίσκει τον εαυτό της σε μια εξαιρετικά δύσκολη κατάσταση, επειδή η διάγνωση ενός αφροδισίου πιστοποιεί την γενετησιακή της δραστηριότητα, την οποία θα προτιμούσε να αποκρύψει. Έτσι συμβαίνει συχνά να μην επισκέπτεται καθόλου γιατρό, αλλά να απευθύνεται στο φαρμακείο ή σε φίλους με αποτέλεσμα την ανεπαρκή θεραπεία, την χρονιότητα της φλεγμονής και φυσικά την διάδοση των νοσημάτων. Οι σχέσεις στην εφηβική ηλικία έχουν συχνά περιστασιακό χαρακτήρα και ο αριθμός των ασυμπτωματικών φορέων είναι σημαντικός, έτσι η διάδοση του αφροδισίου νοσήματος γίνεται πιθανότερη. Χαρακτηριστικό της ψυχολογικής και συναισθηματικής επένδυσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων παθήσεων είναι ότι η προσβολή ενός από τους ερωτικούς συντρόφους δημιουργεί καχυποψία και εχθρικότητα, που μπορεί να φτάσει μέχρι την διάλυση ενός δεσμού (Pick S., Πλάθοντας τη ζωή, εκδόσεις Φυτράκη, Αθήνα 1997).

Η Συμβουλευτική νοσηλευτική σε ασθενείς με μολύνσεις του γεννητικού συστήματος από ΣΜΝ μπορεί να παρέχει την ευκαιρία να γίνονται γνωστές ανησυχίες για την σεξουαλικότητα, τη γονιμότητα, την σωματική δυσφορία που έχει σχέση με τη θεραπεία, φόβους για τυχόν επανάληψη και τον κίνδυνο για υποτροπές ακόμη και καρκίνο.

Γυναίκες με κάποιο ΣΜΝ και οι σύντροφοί τους απαιτούν συνεχή εκπαιδευτική και ψυχολογική υποστήριξη για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της διάγνωσης. Υποστηρικτικές ομάδες επίσης μπορεί να βοηθήσουν στην εκπαίδευση του κόσμου στη μείωση του στίγματος και της απομόνωσης και στο να μοιραστούν με τους ασθενείς τρόπους αντιμετώπισης. Σημαντική βοήθεια επιπλέον προσφέρουν και οι ομάδες αμοιβαίας υποστήριξης με άλλες συνασθενείς και με το συντονισμό ενός επαγγελματία ψυχική υγείας, όπου μέσω της ανταλλαγής κοινών εμπειριών και συναισθημάτων καλλιεργείται πνεύμα ομαδικότητας που οδηγεί σε ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (Καβαλιώτης, 2004).

Η ενημέρωση για τα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού θα πρέπει να

απευθύνεται εξίσου σε γυναίκες και άνδρες, προάγοντας μάλιστα την ευαισθητοποίηση των ανδρών, εφόσον είναι γεγονός ότι και τα δύο φύλα συμμετέχουν, τόσο στην γενετήσια όσο και στην αναπαραγωγική λειτουργία. Όπως είπαμε η σεξουαλική πληροφόρηση δεν πρέπει να χρωματίζεται από τις προσωπικές απόψεις του εκπαιδευτή, αλλά κυρίως από τις ανάγκες του εκπαιδευόμενου. Η ενημέρωση που γίνεται άστοχα από ανθρώπους που νιώθουν αμήχανοι ή δεν κατέχουν το θέμα, είναι πιο επιζήμια από την έλλειψη ενημέρωσης, γιατί μπορεί να περικλείει τον κίνδυνο του αποπροσανατολισμού. Ο εκπαιδευτικός εκτός από την επίσημη πληροφόρηση που δίνει στους μαθητές, θα μπορεί να συμμετέχει στην αγωγή τους πλησιάζοντας και συζητώντας μαζί τους, ή αφιερώνοντας κάποιες διδακτικές ώρες στην απάντηση ερωτήσεων και στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων. Στατιστικές μελέτες σε διάφορες χώρες έχουν δείξει ότι αυτός ο τρόπος προσέγγισης προσελκύει περισσότερο την προσοχή των μαθητών (Moore, 1998).

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη. Ως επιστήμη έχει εξειδικευμένα ενδιαφέροντα και αντικείμενα μελέτης και ως τέχνη έχει ιδιαίτερους χώρους δράσης και εφαρμογής. Ο νοσηλευτής καλείται να ασκήσει την Νοσηλευτική ως επιστήμη και τέχνη όχι μόνο στο εύρος δράσεως της Κλινικής Νοσηλευτικής αλλά και στο χώρο αυτό που ονομάζεται Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Βασική αρχή της ΠΦΥ είναι η κινητοποίηση του πληθυσμού, με την ευαισθητοποίηση του στις ανάγκες υγείας και η συμμετοχή του στα προγράμματα υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με την ενεργοποίηση του συμβουλευτικού ρόλου του νοσηλευτή και την συμμετοχή του σε διάφορες ενέργειες που αφορούν κυρίως την πρόληψη, την αγωγή υγείας ως και την Νοσηλευτική έρευνα. Απαραίτητη λοιπόν είναι η ύπαρξη της επαγγελματικής υγειονομικής ομάδας στην οποία ανήκει και ο νοσηλευτής που βρίσκεται σε αμεσότερη επικοινωνία με τον πληθυσμό. Ο στόχος της άσκησης του συμβουλευτικού ρόλου προσδιορίζεται γενικά σαν μια δυναμική σχέση μέριμνας και βοήθειας, στην οποία ο νοσηλευτής βοηθά το άτομο να πραγματώσει και να διατηρήσει το ανώτερο δυνατό επίπεδο υγείας (Pick, 1997).

Ο κοινοτικός νοσηλευτής σαν μέλος της υγειονομικής ομάδας σκοπεύει κατά κύριο λόγο στην πρόληψη με την διδασκαλία και την διαφώτιση. Συμβάλλει στην εκπαίδευση και την ενημέρωση των ασθενών ώστε να κατανοήσουν και να αποδεχθούν το νόσημα από το οποίο προσβλήθηκαν. Επίσης, διδάσκει τις γυναίκες της κοινότητας πώς να επισημαίνουν εγκαίρως ανησυχητικά σημεία παρέχοντας την ανάλογη ενημέρωση για να περιορίσει την εξάπλωση της οποιασδήποτε νόσου.

Το αντικείμενο φροντίδας του κοινοτικού νοσηλευτή μπορεί να περιλαμβάνει το άτομο, την οικογένεια αλλά και κάθε κοινωνική ομάδα. Αξιολογεί και αντιμετωπίζει όχι μόνο τις ανάγκες του ατόμου που πάσχει αλλά συγχρόνως και τις ανάγκες, την επάρκεια και την προσαρμογή όλων των μελών που απαρτίζουν την οικογένεια και το περιβάλλον του. Αυτός είναι και ο κυριότερος λόγος που πρέπει να ενθαρρύνεται ο γυναικείος πληθυσμός στο να υποβάλλεται συχνά σε έλεγχο. Ο πρώτος τρόπος είναι ειδικές εξετάσεις και το test pap και ο δεύτερος είναι η αποφυγή παραγόντων κινδύνου (Ρούσκα και Τσίχλη, 2001).

Οι επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύουν τους πάσχοντες για την φυσική ιστορία του νοσήματος που έχουν προσβληθεί αυτό βοηθάει στο να ελαχιστοποιηθούν οι καχυποψίες. Το υπάρχον stress της διάγνωσης σε συνδυασμό με την παραπληροφόρηση έχει ως αποτέλεσμα τις κατηγορίες και τις αμφιβολίες οι οποίες μπορεί να έχουν καταστροφικές συνέπειες στις σχέσεις των ασθενών. Όπως είναι συχνό στη συμβουλευτική της σεξουαλικότητας ο νοσηλευτής ή ο ιατρός πρέπει να ξεκινήσει την συζήτηση. Οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν μια τέτοια εκπαίδευση και συμβουλευτική όπου να τους δίνεται η δυνατότητα να εκφράσουν τις ανησυχίες τους. Οι γυναίκες ασθενείς και μη επιβάλλεται να γνωρίζουν την σημασία του προληπτικού ελέγχου. Η εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος παίζει σπουδαίο ρόλο στην εξέλιξη της ομαλότερης πορείας της νόσου στηρίζοντας ψυχολογικά το πάσχον άτομο (Ηλιάδου και Παλάσκα, 2008).



Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο άνθρωπος είναι μια σωματική-οργανική, ψυχική, διανοητικά, ηθική και κοινωνική ενότητα και ότι η μεταξύ των επιμέρους λειτουργιών ισορροπία είναι η υγεία ενώ η διαταραχή αυτών είναι η νόσος, τότε σκοπός τους συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου είναι η συντήρηση της υγείας, δηλαδή η εφαρμογή των μέσων και μέτρων που υποδεικνύονται από την Πολιτεία για την Υγεία, η βελτίωση της υγείας, δηλαδή η καλυτέρευση των συνθηκών διαβίωσης, διατροφής, εργασίας κλπ, και τέλος η αύξηση της υγείας, δηλαδή η αύξηση της αντιστάσεως του ανθρώπου σε τέτοιο βαθμό ώστε να υπερτερεί έναντι των αρνητικών περιβαλλοντικών παραγόντων. Η επίτευξη αυτών των στόχων συνεπάγεται:

- Την πρόληψη και προφύλαξη από τις αρρώστιες, άρα την μείωση της νοσηρότητας
- Την αποφυγή του πρόωρου και γενικότερα την απομάκρυνση του θανάτου, άρα την μείωση της θνησιμότητας
- Την παράταση ζωής, άρα την αύξηση του μέσου όρου ζωής
- Την διερεύνηση των παραγωγικών ηλικιών από 20-50 χρονών που ήταν παλαιότερα σε 17-65 χρονών και άνω
- Την εξασφάλιση καλύτερης ζωής των υπερήλικα (Covington and Clendon, 1991).

## 4.5 ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β – ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο τρόπος μετάδοσης καθορίζει και τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης της λοίμωξης. Ο κυριότερος τρόπος πρόληψης είναι ο έλεγχος των αιμοδοτών για αντισώματα και ο αποκλεισμός των οροθετικών ατόμων από την αιμοδοσία. Ο έλεγχος αυτός είναι πλέον επιβεβλημένος στις μέρες μας και έχει περιορίσει σε σημαντικό βαθμό τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού μέσω μετάγγισης.

Τα κυριότερα μέτρα προφύλαξης από τη λοίμωξη κατά τον έλεγχο των αιμοδοτών είναι τα ακόλουθα:

- Προσδιορισμός των αντισωμάτων σε κάθε μονάδα αίματος
- Λήψη αίματος μόνο από εθελοντές αιμοδότες
- Αυστηρές ενδείξεις μετάγγισης
- Χρήση παραγώγων αίματος που παρασκευάζονται με γενετική μηχανή.

Τα άτομα με ιστορικό χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών θα πρέπει να αποκλείονται από δωρεά αίματος, ιστών και οργάνων ή σπέρματος. Στα άτομα της κατηγορίας αυτής δίδονται οι παρακάτω οδηγίες:

- Διακοπή χρήσης των ουσιών
- Συμμετοχή και ολοκλήρωση θεραπευτικών προγραμμάτων κατά της κατάχρησης ουσιών, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων πρόληψης πιθανής υποτροπής
- Εμβολιασμός για ηπατίτιδα Α και Β

Αν συνεχίζεται η χρήση

- Να μην γίνεται επαναχρησιμοποίηση ή κοινή χρήση σύριγγων, βελονών και υπόλοιπου εξοπλισμού παρασκευής ουσιών. Αν ο εξοπλισμός έχει χρησιμοποιηθεί από άλλο άτομο, να πλένεται πρώτα με απορρυπαντικό και νερό.
- Να χρησιμοποιούνται αποστειρωμένες σύριγγες που προμηθεύονται από αξιόπιστες πηγές, όπως το φαρμακείο
- Να χρησιμοποιείται νέα αποστειρωμένη σύριγγα για την παρασκευή και την ενδοφλέβια έγχυση των ουσιών.
- Αν είναι δυνατόν να χρησιμοποιείται αποστειρωμένο νερό κατά την παρασκευή του φαρμάκου, αλλιώς προτιμάται καθαρό νερό, όπως το εμφιαλωμένο
- Να χρησιμοποιούνται καθαρά σκεύη και υλικά παρασκευής των ουσιών
- Να καθαρίζεται το σημείο της ένεσης με αλκοολούχο διάλυμα πριν την ένεση και
- Να απορρίπτονται με ασφάλεια οι σύριγγες μετά την χρήση (Δετοράκης, 2003).

Άτομα με ιδιαίτερη σεξουαλική συμπεριφορά (π.χ. ομοφυλόφιλοι, πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι) πρέπει να εκπαιδούνται για να ακολουθούν τις παρακάτω οδηγίες:

- Αποχή από την σεξουαλική δραστηριότητα ή μονογαμικές μακροχρόνιες σχέσεις. Είναι ο πιο σίγουρος τρόπος για την πρόληψη των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων

- Χρήση προφυλακτικού, που προστατεύουν τους ίδιους και τους συντρόφους τους από τα ΣΜΝ
- Εμβολιασμός για ηπατίτιδα Β
- Οι σύντροφοι των οροθετικών ατόμων θα πρέπει να εκπαιδεύονται για τον κίνδυνο μετάδοσης της λοίμωξης και να ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Στις οικογένειες ή ομάδες με οροθετικά άτομα πρέπει να αποφεύγονται η κοινή χρήση βελονών, ξυραφιών, οδοντόβουρτσας και άλλων αιχμηρών αντικειμένων.

Οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της διασποράς της ηπατίτιδας Β. Εκπαιδεύουν και τονίζουν τη σημασία λήψης μέτρων υγιεινής, όπως το πλύσιμο των χεριών και η απολύμανση επιφανειών που έρχονται σε επαφή με μολυσμένα υλικά. Αναλύουν τις συνέπειες της χρήσης ενδοφλέβιων ουσιών και εξηγούν στους χρήστες ναρκωτικών τους κινδύνους από την χρήση κοινής βελόνας ή άλλων εξαρτημάτων. Ενθαρρύνουν όλα τα σεξουαλικά ενεργά άτομα να χρησιμοποιούν ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, όπως αποχή, αμοιβαία μονογαμική σχέση και χρήση προστατευτικών μέτρων ( π.χ. προφυλακτικό). Συνιστούν τέλος, στους συγγενείς οροθετικών ατόμων την ατομική χρήση βελονών, ξυραφιών, οδοντόβουρτσας και άλλων αιχμηρών αντικειμένων.

Με παρεμβάσεις, όπως η διδασκαλία, η συμβουλευτική και η υποστήριξη, οι νοσηλευτές εργάζονται κοντά στους ασθενείς και στις οικογένειες τους για την πρόληψη της διασποράς της ηπατίτιδας καθώς και για τους τρόπους περαιτέρω ηπατικής βλάβης.

Οι νοσηλευτές εκπαιδεύουν τον ασθενή στον τρόπο λήψης φαρμάκων, στο δοσολογικό σχήμα και στις προφυλάξεις, καθώς και στο πώς να αντιμετωπίζει τις παρενέργειες. Επιπλέον τονίζουν την σημασία της τήρησης των προγραμματισμένων επισκέψεων για την παρακολούθηση του ασθενούς, όπως επίσης και την διενέργεια των συνιστώμενων εργαστηριακών εξετάσεων. Σημαντική είναι ωστόσο η διδασκαλία της οικογένειας και του φιλικού περιβάλλοντος από τους νοσηλευτές για τους τρόπους αποφυγής διασποράς του ιού έτσι ώστε ο ασθενής να έχει την απαιτούμενη κατανόηση και υποστήριξη από τους φίλους και τους συγγενείς του (Palmer, 2004).

## **4.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS**

Για την αντιμετώπιση των ασθενών με AIDS δεν άρχει προς το παρόν ειδική θεραπεία. Σήμερα δοκιμάζονται διάφορα φάρμακα χωρίς όμως ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Προς το παρόν χρειάζεται μόνο θεραπεία των λοιμώξεων που είναι λιγότερο αποτελεσματική από παρόμοιες λοιμώξεις σε υγιή άτομα. Η θεραπεία θα πρέπει να γίνεται σε νοσοκομεία, σε θαλάμους απομονώσεως για την προστασία των αρρώστων από λοιμώξεις που έχουν οι άλλοι ασθενείς του νοσοκομείου. Από τους ασθενείς αυτούς δεν κινδυνεύει το νοσηλευτικό προσωπικό εφόσον για τη νοσηλεία τους τηρούνται οι αρχές που πρέπει να εφαρμόζονται σε κάθε νοσηλεία. Κίνδυνος υπάρχει μόνο αν τρυπηθούν με βελόνα που χρησιμοποιήθηκε στον άρρωστο.

### **4.6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Με βάση τα δεδομένα της νοσηλευτικής αξιολογήσεως του αρρώστου προγραμματίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις με τους έξης σκοπούς: Η προστασία του αρρώστου από νέες λοιμώξεις και επιπλοκές καθώς και η πρόληψη μεταδόσεως τυχόν υπάρχουσας λοιμώξεως και του AIDS σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό νοσηλείας. Συστηματική παρακολούθηση της καταστάσεως και της πορείας του με λήψη ζωτικών σημείων κ.α. Θεωρείται αναγκαία η ενίσχυση της άμυνας του με κατάλληλη διατροφή και ενυδάτωση καθώς και η ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων με εφαρμογή θεραπευτικών και νοσηλευτικών μέτρων και εκπλήρωση των ατομικών αναγκών του. Σημαντικός είναι ο διάλογος και η συνεργασία μαζί του, όπως επίσης και η ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση του αρρώστου και της οικογένειάς του, και βοήθεια στη λύση προβλημάτων που δημιουργεί η αρρώστια. Επιπρόσθετα είναι αναγκαία η ενθάρρυνση και η καθοδήγηση ώστε να αναλάβει ο ίδιος ο άρρωστος την ευθύνη και τη φροντίδα της υγείας του.

Βασική διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί και η διδασκαλία του αρρώστου με AIDS: πώς να προστατεύει τον εαυτό του για να μη μολύνεται από τους άλλους και πώς να προσέχει να μη μεταδίδει την αρρώστια του στους άλλους.

Η διδασκαλία ατόμου με αντισώματα προς τον ιό HIV ή με τη νόσο του AIDS περιλαμβάνει τα εξής: Την παρακολούθηση από τον γιατρό έστω κι αν είναι ασυμπτωματικός, ώστε έγκαιρα να αναφέρει σημεία του AIDS δηλαδή πυρετό, απώλεια βάρους, διόγκωση λεμφαδένων στο λαιμό και τις μασχάλες, και επίμονο βήχα ή διάρροια. Να μην έχει κοινές ξυριστικές λεπίδες με άλλους και οδοντόβουρτσες ή σκεύη που μπορεί να μολυνθούν με αίμα ή άλλα εκκρίματα του σώματός του, να μην προσφέρει ποτέ αίμα ως αιμοδότης, να μην χρησιμοποιεί κοινές βελόνες με άλλους, αν κάνει ενέσεις. Να ενημερώνει τον γενικό του γιατρό και τον οδοντογιατρό του για την κατάστασή του ώστε να παίρνονται οι απαραίτητες προφυλάξεις. Η συμβολή της νοσηλευτικής και όλων των επιστημών υγείας στην πρόληψη είναι σημαντική και καθοριστική(Χαροκόπος, 2005).

### **4.6.2 ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΥΓΙΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

Αρχικά είναι αναγκαία η ορθή ενημέρωση του κοινού για τον τρόπο μετάδοσης του AIDS καθώς και η συνειδητοποίηση του πληθυσμού για τη συνύπαρξή του με την ασθένεια, ώστε να υπάρξει συμπεριφορά από μέρους του ανάλογη προς την πραγματικότητα. Η θετική ανταπόκριση του κοινού προς τους πάσχοντες είναι σημαντική ώστε να μην οδηγούνται αυτοί σε απόκρυψη της αλήθειας, πράξη, που ευνοεί τη διασπορά της λοίμωξης. Τα υγιή άτομα οφείλουν να αποφύγουν τη σεξουαλική επαφή με πάσχοντες ή με ύποπτους για AIDS, ή άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, τη συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, ενώ σημαντική είναι η χρησιμοποίηση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική πράξη.

#### **4.6.3 ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΙΔΙΟΥΣ ΤΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ**

Με το σκεπτικό ότι οι πάσχοντες από AIDS είναι μολυσματικοί για το περιβάλλον αλλά ταυτόχρονα και μειωμένης φυσικής αντίστασης για τους ίδιους, προτείνεται η τήρηση των κανόνων υγιεινής αλλά και η καλή διατροφή και αυστηρή δίαιτα σε περίπτωση εμφάνισης διαρροϊκού συνδρόμου.

Καθοριστικό ρόλο έχει η λήψη φαρμάκων μόνο κατόπιν οδηγίας του θεράποντα γιατρού όπως και η αποφυγή έντονης ψυχικής ή σωματικής κόπωσης, αλλά και η προφύλαξη, κατά το δυνατόν από τις λοιμώξεις. Η αποφυγή ερωτικής πράξης ή χρησιμοποίηση προφυλακτικού κατ' αυτήν είναι σημαντική αλλά και η αποφυγή ανταλλαγής υγρών του σώματος ( εκκριμάτων ) κατά τη συνουσία ή μετά από αυτήν.

Είναι αναγκαίο να χρησιμοποιούν αποκλειστικά τα ατομικά είδη (κλινοσκεπάσματα, ενδύματα, πετσέτες, ξυριστικές μηχανές, οδοντόβουρτσες κλπ), από τα οποία μπορεί να μολυνθεί το οικείο περιβάλλον. Είναι απαραίτητη η λήψη αυστηρών μέτρων για την αποφυγή εγκυμοσύνης, ενώ σε περίπτωση τεκνοποίησης να αποφεύγεται ο θηλασμός. Η χρησιμοποίηση συριγγών μιας χρήσης (προκειμένου για τοξικομανείς), είναι αναγκαία.

Οφείλουν να αποφεύγουν τα τατουάζ και τα σκουλαρίκια διατρύπησης, πολύ δε περισσότερο να αποφεύγεται ο δανεισμός τους αλλά και να ενημερώνουν τα άτομα με τα οποία είχαν σεξουαλική επαφή στο παρελθόν ή άτομα με τα οποία έκαναν χρήση ναρκωτικών, ώστε αυτά να εξετάζονται.

Οι πάσχοντες οφείλουν να απολυμαίνουν τα αντικείμενα, τα οποία μολύνθηκαν με το αίμα τους αλλά και να ενημερώνουν για την πάθησή τους το γιατρό ή οδοντογιατρό που επισκέπτονται. Επίσης, να έχουν συχνή επικοινωνία για λήψη οδηγιών ή εξέταση ή νοσηλεία με την «ειδική ομάδα» νοσοκομειακών γιατρών, η οποία έχει επιφορτιστεί με το έργο της αντιμετώπισης των προβλημάτων των ασθενών με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας(Σακοράφας, 2001).

#### **4.6.4 ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Σαν μέτρα προστασίας του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού της νοσηλευτικής μονάδας προτείνεται η συνειδητοποίηση από όλους ότι είναι προτιμότερο ο άρρωστος να προσέρχεται για νοσηλεία έχοντας επάνω του την επιγραφή «ΣΕΕΑ» παρά να την έχει αποκρύψει, για να αποφύγει το ενδεχόμενο της «άρνησης νοσηλείας» του, όπως επίσης και το επιμελημένο πλύσιμο των χεριών του πριν και μετά την επαφή με τον άρρωστο.

Το προσωπικό κατά την εκτέλεση νοσηλευτικών ή ιατρικών πράξεων πρέπει να φορά ειδικές μπλούζες, γάντια και μάσκα, τα οποία αλλάζονται αμέσως μετά, ενώ ιδιαίτερη προσοχή κατά τη λήψη αίματος, για αποφυγή πιθανού νυγμού από τη μολυσμένη βελόνα της αιμοληψίας.

Ο επιμελής καθαρισμός του δέρματος από αίμα που τυχόν χύθηκε κατά την αιμοληψία είναι σημαντικός καθώς το ξεραμένο αίμα μπορεί να αποτελέσει εστία μετάδοσης και τα φιαλίδια με τα δείγματα αίματος ή εκκριμάτων καθώς και τα δοχεία με απεκκρίματα (ούρα, κόπρανα) του ασθενούς, οφείλουν να φέρουν ετικέτα κόκκινη με την επιγραφή ΣΕΑΑ.

Τα προς εξέταση δείγματα καλό είναι να τοποθετούνται σε πλαστικά σωληνάρια με καπάκι. Αυτά στη συνέχεια με προσοχή τοποθετούνται σε πλαστικά δοχεία με βιδωτό πώμα, τα οποία μέσα σε διαφανή σακούλα μεταφέρονται στο εργαστήριο με την επιγραφή ΣΕΑΑ. Σε οποιοδήποτε εργαστήριο κατευθύνεται ο άρρωστος, στο παραπεμπτικό σημείωμα αναγράφεται ευανάγνωστα η λέξη ΣΕΑΑ και υπογραμμίζεται με κόκκινη γραμμή, ενώ οι βελόνες που χρησιμοποιούνται κατά τη νοσηλεία, τοποθετούνται μετά αυτήν σε ειδικά αδιάτρητα δοχεία ( με κόκκινη ετικέτα) ώστε να επισύρουν την προσοχή του προσωπικού καθαριότητας και αποφευχθούν ενδεχομένως νυγμοί ή μικροτραυματισμοί που σαν αποτέλεσμα θα είχαν τη διασπορά της λοίμωξης.

Τα υλικά ή αντικείμενα που έχουν μολυνθεί με αίμα, εκκρίματα του αρρώστου πρέπει

να τοποθετούνται σε ειδικά δοχεία, στα οποία αναγράφεται η ένδειξη «ανάγκη για αποστείρωση». Η αποστείρωση μπορεί να γίνεται στο κλίβανο ξηρής θερμότητας ή με οξείδιο του αιθυλενίου ή με χημικούς ατμούς. Σε περίπτωση, η επαναχρησιμοποίηση των μολυσμένων αντικειμένων αυτά μπορούν να καίγονται. Τα ιατρικά όργανα που έχουν χρησιμοποιηθεί πρέπει με ιδιαίτερη φροντίδα να πλένονται και στη συνέχεια αποστειρώνονται. Κατά το πλύσιμο επιβάλλεται η χρησιμοποίηση αδιάτρητων (χοντρών) γαντιών, ενώ σε περίπτωση ανάγκης αιμοκάθαρσης του αρρώστου, απαιτείται μετά αυτήν αφαίρεση και αχρήστευση των φίλτρων, σχολαστικός καθαρισμός του οργάνου και χρησιμοποίηση απολυμαντικών διαλυμάτων όπως:

- a) διάλυμα NaOH
- b) διάλυμα αιθυλικής αλκοόλης 70% για 1΄
- c) διάλυμα γλουταραλδεϋδης 1% για 15΄.

Σε χειρουργικές επεμβάσεις το σύνολο των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκε τοποθετείται στα ειδικά δοχεία μετά την ένδειξη «ανάγκη για αποστείρωση» και ιδιαίτερη προσοχή εφίσταται στα εργαστήρια, παθολογοανατομία, νεκροτομεία. Η εντόπιση όλων των οροθετικών περιπτώσεων σε κάθε χώρο εργασίας αλλά και ο αποκλεισμός των πασχόντων ή οροθετικών ατόμων από την εθελοντική αιμοδοσία είναι αναγκαίος.

Οφείλεται να γίνεται αυστηρός έλεγχος του σπέρματος και των οργάνων σώματος, που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση, ιδιαίτερα όταν προέρχονται από νεκρούς δότες, ενώ τέλος η χρησιμοποίηση παραγώγων του αίματος, μόνο αφού έχει προηγηθεί αδρανοποίηση, μετά από θέρμανση (Μερτζάνος, Παραράς, 1999).

Οι νοσηλευτές των μονάδων τεχνητού νεφρού οφείλουν να γνωρίζουν τα εξής σε σχέση με την συλλογή και απομάκρυνση των απορριμμάτων της μονάδας:

- όλα τα λύματα μιας μονάδας αιμοκάθαρσης θεωρούνται «μολυσματικά»
- τα αιχμηρά αντικείμενα αποβάλλονται στα δοχεία απόρριψης αιχμηρών. Τα οποία διαθέτουν ισχυρά τοιχώματα και κλείνουν ερμητικά με σκληρά καπάκια έτσι ώστε σε περίπτωση που κάποιο από αυτά να ανοίξει να μην υπάρχει κίνδυνος να σχιστούν οι απορριμματικοί σάκοι.
- τα υπόλοιπα λύματα της μονάδας (γάντια, φίλτρα, γραμμές αίματος) πρέπει να καταλήγουν σε σάκους οι οποίοι στη συνέχεια τοποθετούνται σε ειδικά κουτιά με ειδικό περίβλημα που φέρουν την ένδειξη «μολυσματικά». Οι απορριμματικοί σάκοι πρέπει να είναι κατασκευασμένοι από ανθεκτικό υλικό να μην παρουσιάζουν διαρροές και να κλείνουν με ασφάλεια. Είναι σημαντικό το βοηθητικό προσωπικό να γνωρίζει ότι οι σάκοι πρέπει να γεμίζουν ως τη μέση έτσι ώστε να μην σχιστούν από το βάρος.

Η εφαρμογή των Διεθνών Κανόνων Προφύλαξης των μεταδιδόμενων νοσημάτων στην πρόληψη διασποράς τους έχει σπουδαίο ρόλο ειδικά στην HCV λοίμωξη που θεωρείται αν όχι η μοναδική αλλά η αποτελεσματικότερη μέθοδος πρόληψης της (Σακοράφας, 2001).

## 4.7 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ Ή ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο νοσηλευτής αποτελεί συνδετικό κρίκο ανάμεσα σε ιατρό και ασθενή. Είναι το πρόσωπο εκείνο που θα ανακουφίσει τον ψυχικό και σωματικό πόνο, που θα εμπνεύσει το αίσθημα ασφάλειας απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου μειώνοντας έτσι τους φόβους και τις ανησυχίες των γυναικών που πάσχουν. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η ομαλή εξέλιξη της θεραπείας και η καλύτερη δυνατή αποκατάστασή της. Επιπλέον ένα σημαντικό σημείο είναι αυτό που αναφέρεται στην πρόληψη των υποτροπών. Η ασθενής επιβάλλεται να γνωρίζει την μεγάλη σημασία του προληπτικού ελέγχου για την καλή πρόγνωση και πορεία του εκάστοτε νοσήματος, τηρώντας πάντα τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού.

Κάτι ακόμα που θα πρέπει να τονίζεται από τους νοσηλευτές και είναι η βασική προϋπόθεση για την σχέση νοσηλευτή και ασθενούς είναι η συχνή παρότρυνση της να αισθάνεται καλά ψυχολογικά και να σκέφτεται θετικά. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε κάποιας μορφής θεραπεία θα πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά.

Τα πιο πολύτιμα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή που προάγουν την εδραίωση της θεραπευτικής συμμαχίας βάση μελετών είναι η συναίσθηση, η θαλπωρή και η ειλικρίνεια. Η συναίσθηση αναφέρεται στην ικανότητα του νοσηλευτή να κατανοεί τα συναισθήματα που θέλει να εκφράσει ο ασθενής και να κάνει έκδηλη την κατανόηση αυτή. Η θαλπωρή φαίνεται στην κατανόηση των ανθρώπων όπως είναι, καθώς και στην ικανότητα να χειριστούν επικοινωνιακά τα προβλήματα τους. Ένας νοσηλευτής πρέπει να στηρίζει το έργο του στην ειλικρίνεια και στην επικοινωνία και αυτό βασίζεται στο ότι οι άνθρωποι δεν ανοίγονται σε άτομα που θεωρούν αναξιόπιστα.

Η ολοκληρωμένη νοσοκομειακή φροντίδα που επιδιώκει τόσο την σωματική όσο και την ψυχική υγεία του ασθενούς προϋποθέτει κατ' αρχήν την ύπαρξη μιας διεπιστημονικής ομάδας αποτελούμενης από ιατρικό, νοσηλευτικό και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό. Η συνεργασία όλων, η αμοιβαία αναγνώριση και ο σεβασμός του έργου του καθενός εξασφαλίζουν την ομαλή λειτουργία της ομάδας και κατά συνέπεια την ολιστική αντιμετώπιση του πάσχοντα.

Η γνώμη που έχει ο θεραπευόμενος για την αξιοπιστία και την επιστημονική αυθεντία για τον θεραπευτή του επηρεάζει την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης (Lemone and Burke, 2004).

## 4.8 ΦΟΒΟΙ ΚΑΙ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Παρά το γεγονός ότι η σεξουαλική αγωγή στο χώρο του σχολείου έχει προταθεί ως αποτελεσματικότερος τρόπος για να καλυφθούν πλήρως οι ανάγκες των νέων υπάρχουν αρκετά εμπόδια στην εφαρμογή της. Ένα από αυτά είναι ότι τα σχολεία δεν αποδέχονται τους νοσηλευτές. Πολλά σχολεία ήταν αρνητικά στο να επιτρέψουν την πρόσβαση στους νοσηλευτές και να εφαρμόσουν σεξουαλική αγωγή στα πλαίσια του σχολικού προγράμματος, ενώ άλλα επιδίωκαν να ελέγξουν το περιεχόμενο της διδασκαλίας. Ένα άλλο εμπόδιο είναι οι εκπαιδευτικοί όπου ορισμένοι από αυτούς αισθάνονται αμήχανα να περιλάβουν την σεξουαλική αγωγή στο μάθημα τους. Άλλοι περιορίζαν τον ρόλο του νοσηλευτή σε σύντομες ομιλίες για συγκεκριμένα θέματα, π.χ. αντισύλληψη.

Σε έρευνες που έγιναν διαπιστώθηκε ότι υπήρχε συγκεκριμένη παρεμπόδιση των σχολικών νοσηλευτών κατά την διάρκεια της διδασκαλίας. Συχνά υπήρχε φανερός έλεγχος του περιεχομένου των μαθημάτων πριν την διδασκαλία. Τέλος οι εκπαιδευτικοί πολλές φορές αισθάνονταν αμήχανα και προσπαθούσαν να αποτρέψουν την συζήτηση θεμάτων που θεωρούσαν επίμαχα, π.χ. ανωνυμισμό.

Πολλοί γονείς και εκπαιδευτικοί, φοβούνται ότι τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία, πιθανόν να ενθαρρύνουν, αντί να αποτρέπουν, την πρόωγη έναρξη των σεξουαλικών δραστηριοτήτων, χωρίς να λαμβάνουν υπόψιν τους τις γνώσεις που μπορούν να λάβουν τα παιδιά τους για τους κινδύνους και νοσήματα που θα πρέπει να προσέχουν ([www.paidiatros.com/children/need-sex-education-schools](http://www.paidiatros.com/children/need-sex-education-schools) 4/10/2009).

Τα κριτήρια αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων αφορούν την διαδικασία ανάπτυξης του προγράμματος, το περιεχόμενο της διδασκαλίας και τέλος την διαδικασία εφαρμογής. Ένα στοιχείο που επισημαίνεται σαν σημαντικό είναι η διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών και ο σχεδιασμός του προγράμματος από διεπιστημονική ομάδα. Όσο αφορά το περιεχόμενο θα πρέπει να εξετάζονται πολλοί παράγοντες κινδύνου και να χρησιμοποιείται μια ποικιλία εκπαιδευτικών μεθόδων. Ακόμη θα πρέπει να υπάρχει προσεκτική επιλογή και κατάλληλη εκπαίδευση των εκπαιδευτών.

Σε όλο τον κόσμο οι νέοι απειλούνται από ποικίλα προβλήματα που σχετίζονται με την σεξουαλική υγεία και τα οποία μπορούν αν αντιμετωπιστούν στα πλαίσια της Προαγωγής και Αγωγής υγείας. Η Προαγωγή της σεξουαλικής υγείας των νέων αποσκοπεί στην ενίσχυση των γνώσεων αλλά και στην προσωπική και κοινωνική ανάπτυξή τους και υλοποιείται με παρεμβάσεις πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης και με την εφαρμογή κατάλληλα σχεδιασμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας. Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της σεξουαλικής υγείας των νέων στα πλαίσια μιας διεπιστημονικής ομάδας λειτουργώντας ως πηγή, ως έμπιστος σύμβουλος αλλά και ως συνδετικός κρίκος μεταξύ των νέων, της οικογένειας και της κοινωνίας ([www.neaygeia.gr/page.asp?p=982](http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=982) 11/1/12).



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με δεδομένο ότι η ανθρώπινη σεξουαλικότητα, σε κάθε κοινωνικό σχηματισμό, επηρεάζεται σημαντικά από τα κοινωνικά και θρησκευτικά ήθη, η σεξουαλική αγωγή εμπίπτει σε συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια διαμόρφωσης. Η εμφάνιση του aids αύξησε πολύ την συνειδητοποίηση του κοινού για την ανάγκη καλά σχεδιασμένων προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής στα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Η σεξουαλική αγωγή, όμως, δεν θεωρείται μόνο ένα προληπτικό μέτρο για την αντιμετώπιση των ΣΜΝ, αλλά μπορεί να συνεισφέρει στην ατομική ανάπτυξη και στην καλλιέργεια ισορροπημένων σχέσεων.

Ωστόσο η εκτίμηση των μεταβολών στην σεξουαλική υγεία είναι εξίσου σημαντική με τις αξιολογήσεις όλων των άλλων τομέων της ανθρώπινης λειτουργίας. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τον προσδιορισμό της σεξουαλικότητας και για την παροχή παρεμβάσεων για την προώθηση της σεξουαλικής υγείας.

Επομένως όλα τα άτομα έχουν το δικαίωμα στην ενημέρωση, την εκπαίδευση, την υγειονομική περίθαλψη και τις υπηρεσίες που προωθούν, την διατήρηση, την αποκατάσταση και την σεξουαλική υγεία, όλα αυτά προέρχονται από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Μπορούμε να θέσουμε τουλάχιστον 8 γενικούς στόχους στην ανάπτυξη ενός προγράμματος σεξουαλικής αγωγής :

- Να καταπολεμηθεί η άγνοια και να αυξηθεί η κατανόηση
- Να προαχθεί υπεύθυνη συμπεριφορά
- Να μειωθεί η ενοχή και η ανησυχία
- Να καταπολεμηθεί η σεξουαλική εκμετάλλευση
- Να καλλιεργηθεί η κατανόηση να παίρνει κανείς αποφάσεις, αφού προηγηθεί σωστή ενημέρωση
- Να διευκολυνθεί η επικοινωνία σχετικά με σεξουαλικά ζητήματα
- Να προαχθεί η κατανόηση της σπουδαιότητας του αυτοσεβασμού και του σεβασμού των άλλων στα πλαίσια διαφόρων σχέσεων

Η ενημέρωση που σχετίζεται με την πρόληψη πρέπει να αρχίζει από νωρίς στην εφηβική ηλικία ενώ η συστηματική αντιμετώπιση των ατόμων που είναι χρήστες ουσιών πρέπει να αποτελεί κύριο μέλημα της πολιτείας και των υπηρεσιών υγείας.

Προτάσεις στα πλαίσια της Νοσηλευτικής.

- Ø Αξιολόγηση της σεξουαλικής λειτουργίας του ατόμου και των σεξουαλικών του ανησυχιών ως αναπόσπαστο μέρος της υγείας, της φροντίδας και των κατάλληλων παρεμβάσεων ή διαθέσιμων πόρων.
- Ø Αναγνώριση της σημασίας της σεξουαλικής υγείας σε ανθρώπους όλων των ηλικιών και τρόπων ζωής.
- Ø Κατανόηση των διακυμάνσεων στο τομέα της υγείας, όπως και η ασθένεια, η εγκυμοσύνη, φάρμακα, που μπορούν να επηρεάσουν την σεξουαλικότητα του ατόμου.
- Ø Κάθε άτομο, ετεροφυλόφιλο ή ομοφυλόφιλο, που έχει σεξουαλικές σχέσεις με αρκετό αριθμό ερωτικών συντρόφων, πρέπει να εξετάζεται από γιατρό σε τακτά χρονικά διαστήματα, για να μπορέσουν να ανιχνευτούν και να θεραπευτούν τυχόν μη συμπτωματικές σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Για τις περισσότερες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες η θεραπεία δεν είναι επώδυνη ούτε δύσκολη. Είναι όμως απαραίτητη η συνεργασία του ασθενούς.
- Ø Στην σημερινή εποχή λόγω της αύξησης της σεξουαλικής συμπεριφοράς από τους νέους, κάνοντας χρήση αλκοόλ και διαφόρων ουσιών και αδιαφορώντας πολλές φορές για τους τρόπους προφύλαξης, όπως είναι η χρήση προφυλακτικού, είναι απαραίτητη

η παρέμβαση των φορέων υγείας, ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή της εξάπλωσής τους. Η σεξουαλική συμπεριφορά είναι θέμα καθαρά προσωπικό και η συμπεριφορά που περικλείει περισσότερο κίνδυνο αποδοκιμάζεται από την κοινωνία, η εκπαίδευση πρέπει να απευθύνεται σε όλο τον πληθυσμό, ώστε να φτάνει σε όλους εκείνους που βρίσκονται σε κίνδυνο.

- Ø Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους έφηβους και στους νεαρούς ενήλικες, που μπαίνουν στην ηλικία της έντονης σεξουαλικής δραστηριότητας. Τα εκπαιδευτικά μηνύματα πρέπει να είναι κατανοητά από το ακροατήριο, ακριβή, συνεχή και ευαίσθητα, όσο αφορά το κοινωνικό – πολιτιστικό υπόβαθρο.
- Ø Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να δίνουν πληροφορίες που να βοηθούν τα άτομα να καταλάβουν τις συνέπειες από μια λανθασμένη συμπεριφορά, όπως της λοίμωξης από HIV και κατά αυτόν τον τρόπο, να τα ωθούν να τροποποιήσουν ή να ελαττώσουν τον κίνδυνο μόλυνσης από κάποια ασθένεια, όπως είναι η λοίμωξη από HIV με την σεξουαλική τους συμπεριφορά. Έμφαση πρέπει να δίνεται, ώστε τα μηνύματα να είναι ευκρινή, απλά και εφαρμόσιμα.
- Ø Πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση σχετικά με τα προφυλακτικά, συμπεριλαμβανομένης της σωστής φύλαξης, χρήσης και διάθεσης. Προφυλακτικά καλής ποιότητας και σε προσιτή τιμή για τους χρήστες.
- Ø Ενημερωθείτε και ευαισθητοποιηθείτε για τις σεξουαλικές συμπεριφορές που θέτουν τα άτομα σε κίνδυνο για λοιμώξεις και διάφορες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.
- Ø Είναι σημαντικό να παίρνετε ιστορικό σε ρουτίνα για την σεξουαλική ζωή του ατόμου.
- Ø Εκπαιδεύστε τα άτομα που έχουν έντονη σεξουαλική δραστηριότητα κυρίως νεαρής ηλικίας, για την προφύλαξή τους από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβάνοντας στην εκπαίδευση την σημασία αποφυγής συντρόφων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο μόλυνσης (π.χ. χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, ιερόδουλες, άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με ιερόδουλες, άτομα που προτιμούν σεξουαλικές πρακτικές με αυξημένο κίνδυνο) και δώστε οδηγίες για την σωστή χρήση των προφυλακτικών.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## AIDS

### 1. Πρέπει να ξέρεις ότι:

- Ø Το αίμα (καθώς και το αίμα της περιόδου), το σπέρμα και τα σεξουαλικά υγρά περιέχουν την υψηλότερη περιεκτικότητα στον ιό.
- Ø Οι κολπικές μολύνσεις όπως οι μύκητες και τα χλαμύδια μπορούν να αυξήσουν το ρίσκο μετάδοσης
- Ø Οι κολπικές εκκρίσεις παρουσιάζουν χαμηλότερη περιεκτικότητα αλλά μπορούν να μεταδώσουν τη νόσο
- Ø Ούλα που ματώνουν, πύον, κοψίματα και γρατσουνιές στο στόμα ή στα γεννητικά όργανα είναι άλλοι τρόποι μετάδοσης του ιού
- Ø Τα κονδυλώματα ή ο έρπης μπορούν επίσης να μεταδώσουν τον ιό
- Ø Μερικές λοιμώξεις έχουν σημειωθεί εξαιτίας της κατάποσης κολπικών εκκρίσεων, σπέρματος και μητρικού γάλακτος
- Ø Τα δάκρυα και το σάλιο μεταφέρουν ελάχιστα έως καθόλου ίχνη του ιού, εκτός κι αν περιέχουν αίμα. Δεν συνίσταται το βούρτσισμα των δοντιών αμέσως πριν από σεξουαλική επαφή καθώς μπορεί να προκληθεί μάτωμα
- Ø Τα σεξουαλικά βοηθήματα πρέπει να αποστειρωθούν ή να χρησιμοποιούνται προστατευμένα με λατέξ προτού γίνει η χρήση τους
- Ø Φόρα γάντια λατέξ για κολπική ή πρωκτική διείσδυση με τα χέρια ακόμα κι αν έχεις ένα μικρό κόψιμο ή γρατσουνιά.

Παρακάτω αναφέρουμε ορισμένες δράσεις από τον πρώτο άξονα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης του AIDS που αναφέρεται στην πρόληψη.

## 2. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS 2008 - 2012

### 1ος Άξονας: Πρόληψη

Δράση 1: Πρόληψη στο Γενικό Πληθυσμό

#### **Περιγραφή**

Ενημέρωση και πρόληψη της μετάδοσης HIV/AIDS στο γενικό πληθυσμό.

#### **Στόχοι**

- Βελτίωση του επιπέδου επαγρύπνησης και συμπεριφορών που ευνοούν την πρόληψη.
- Προώθηση της χρήσης προφυλακτικών.
- Αγωγή Υγείας σχετικά με τα μέτρα πρόληψης κατά τις σεξουαλικές επαφές.
- Υποστήριξη αποτελεσματικού συνδυασμού προστασίας/ ελέγχου.
- Διευκόλυνση της αποδοχής της πληροφορίας.
- Στήριξη συμπεριφορών ενάντια στο ρατσισμό και στη διάκριση.

- Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.
- Έγκυρη πληροφόρηση.
- Υιοθέτηση υγιών προτύπων συμπεριφοράς.
- Έγκαιρη ανίχνευση του ιού HIV.
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.
- Μείωση κοινωνικού στίγματος.

### **Ενέργειες Υλοποίησης**

- Καθιέρωση ημέρας ελέγχου για HIV.
- Διοργάνωση ετήσιας εκστρατείας ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού με στόχο την ευαισθητοποίηση του για το HIV/AIDS, με ιδιαίτερη έμφαση στην καταπολέμηση του στιγματισμού, της σωστής χρήσης προφυλακτικού και του συστηματικού ελέγχου.
- Διοργάνωση προωθητικών εκδηλώσεων με διαφορετικό στόχο ανά κοινό και ανά εποχή.
- Συνεργασία της εθνικής συντονίστριας αρχής, της Κοινωνίας των Πολιτών και του επιχειρηματικού κόσμου (στα πλαίσια της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης).
- Σύνδεση της ελληνικής εκστρατείας με την αντίστοιχη ευρωπαϊκή και παγκόσμια εκστρατεία για το AIDS.
- Επικαιροποίηση του ενημερωτικού υλικού για τα Μ.Μ.Ε. (έντυπη μορφή, τηλεόραση, ραδιόφωνο).
- Ανάρτηση ενημερωτικού υλικού στο διαδίκτυο και στο δικτυακό τόπο του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
- Θεσμοθέτηση της συνεργασίας, αναβάθμιση και αξιολόγηση των τηλεφωνικών γραμμών για τα Σ.Μ.Ν. και το HIV/AIDS, με τις υπόλοιπες των άλλων Υπουργείων.

### **Φορείς Υλοποίησης**

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι. - Τ.Ε.Ι., Οργανωμένοι φορείς, Ιδιωτικές εταιρίες στο πλαίσιο της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης, μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

### **Χρονοδιάγραμμα**

Ετήσια εκστρατεία ενημέρωσης με σημείο αναφοράς την 1η Δεκεμβρίου.

## **Ωφέλειες**

- Μείωση των κρουσμάτων και υιοθέτηση υπεύθυνης συμπεριφοράς.
- Άρση κοινωνικού αποκλεισμού οροθετικών ατόμων

## Δράση 2: Πρόληψη στον Πληθυσμό των Γυναικών

### **Περιγραφή**

Διαφοροποίηση της στρατηγικής πρόληψης και ενημέρωσης ανάλογα με το φύλο.

### **Στόχοι**

- Έλεγχος της ετεροφυλικής διάδοσης της επιδημίας βάσει της μελέτης των σχέσεων γυναικών -ανδρών.
- Ενδυνάμωση των πιο ευάλωτων γυναικών μέσω ειδικών εκπαιδευτικών εργαλείων ανάπτυξης δεξιοτήτων.

### **Ενέργειες Υλοποίησης**

- Ειδικά προσαρμοσμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για τις γυναίκες, ανά περιφέρεια, με τη βοήθεια επισκεπτών υγείας.
- Διοργάνωση ενημερωτικών ημερίδων ανά περιφέρεια.
- Ενσωμάτωση της διάστασης της πρόληψης μετάδοσης των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων στα προγράμματα πρόληψης της βίας εναντίον των γυναικών.
- Ειδικά προγράμματα πρόληψης σε σχέση με τους ρόλους και τις μορφές της ανδρικής σεξουαλικότητας.
- Προώθηση της χρήσης του γυναικείου προφυλακτικού.
- Διαμόρφωση πρωτοκόλλου αντιμετώπισης θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης/ trafficking.
- Ο σχεδιασμός των δράσεων και η διαμόρφωση της χρηματοδότησης θα πρέπει να εμπεριέχει τη διαφυλική προσέγγιση σε όλα τα στάδια εφαρμογής του Σχεδίου Δράσης και συγκεκριμένα:
- Ex-ante, κατά το σχεδιασμό: ποια είναι η σχεδιασμένη συμβολή, δράση, αποτέλεσμα και ωφέλεια των γυναικών.
- Ex-post, κατά την αξιολόγηση: ποια είναι τα επιτεύγματα της συμβολής των γυναικών, των δράσεων, των αποτελεσμάτων και η τελική ωφέλεια.

### **Φορείς Υλοποίησης**

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης - Γενική Γραμματεία Ισότητας, Υπουργείο Δικαιοσύνης, Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, Ευρωπαϊκά δίκτυα για την Υγεία των Γυναικών,

Παρατηρητήριο για τη Βία Κατά των Γυναικών και το Trafficking, Επιχειρηματικός κόσμος στο πλαίσιο

της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης, μη κυβερνητικές οργανώσεις, Γυναικείες Οργανώσεις.

### **Χρονοδιάγραμμα**

Ετήσια εκπαιδευτικά και ενημερωτικά προγράμματα.

### **Ωφέλειες**

- Αναχαίτιση της ανόδου και μείωση των κρουσμάτων στον ετεροφυλοφιλικό πληθυσμό.
- Ευκολότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.
- Υιοθέτηση ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών

Δράση 3: Πρόληψη της Μετάδοσης από τη Μητέρα

στο Παιδί

### **Περιγραφή**

Συστηματικές ενέργειες πρόληψης της μετάδοσης από τη μητέρα στο παιδί.

### **Στόχοι**

- Πρόληψη της μετάδοσης από τη μητέρα προς το παιδί.
- Θεραπεία μετά την έκθεση.

### **Ενέργειες Υλοποίησης**

- Θεσμικές ρυθμίσεις για την ενσωμάτωση του ελέγχου για HIV στον καθιερωμένο προληπτικό έλεγχο για κάθε έγκυο γυναίκα.
- Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων πληροφόρησης, εκπαίδευσης, τροποποίησης συμπεριφοράς με σκοπό την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης του HIV.
- Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση πρωτοκόλλων για τη συμβουλευτική, την εκτίμηση του κινδύνου, την παραπομπή, τη διάγνωση και θεραπεία των εγκύων γυναικών και αξιολόγηση της τήρησης των κατευθυντήριων οδηγιών για τη θεραπεία των εγκύων οροθετικών γυναικών.
- Οικογενειακός προγραμματισμός για ζευγάρια που ζουν με τον ιό.

### **Φορείς Υλοποίησης**

Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Γενική Γραμματεία Ισότητας, μη-κυβερνητικές οργανώσεις, Επιστημονικές Εταιρίες.

### **Χρονοδιάγραμμα**

2008 - 2009: Θεσμικές ρυθμίσεις.

2009 - 2012: Υλοποίηση εκπαιδευτικών - ενημερωτικών προγραμμάτων.

## **Ωφέλειες**

Μηδενισμός νέων κρουσμάτων

Δράση 4: Πρόληψη στους Νέους

Ηλικίας 15 - 24 Ετών

## **Περιγραφή**

Πρόληψη HIV λοίμωξης και των λοιπών Σ.Μ.Ν. στους νέους ηλικίας 15-25.

## **Στόχοι**

- Αναγνώριση κινδύνου HIV λοίμωξης.
- Συστηματική χρήση προφυλακτικού.
- Ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης σεξουαλικότητας.
- Έγκυρη πληροφόρηση.
- Έγκαιρη ανίχνευση Σ.Μ.Ν. και HIV/AIDS στους νέους.
- Υιοθέτηση ασφαλέστερων σεξουαλικών συμπεριφορών.
- Γνώση των τρόπων μετάδοσης/πρόληψης των Σ.Μ.Ν. και του HIV/AIDS.

## **Ενέργειες Υλοποίησης**

- Συνεργασία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, για το σχεδιασμό εκπαιδευτικού προγράμματος σεξουαλικής αγωγής και πρόληψης στα σχολεία, στο πλαίσιο υλοποίησης του εκπαιδευτικού προγράμματος «Η Ζωή έχει Χρώμα».
- Δράσεις ενημέρωσης και επιμόρφωσης στη μαθητική κοινότητα.
- Κατάρτιση ειδικού εγχειριδίου στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού προγράμματος «Η Ζωή έχει Χρώμα» με στόχο την ενημέρωση εκπαιδευτικών σχετικά με την πρόληψη του HIV/AIDS και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Υλοποίηση από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης παιδαγωγικών ή εκπαιδευτικών εκστρατειών ενημέρωσης και επικοινωνίας στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων και υλικού για τους νέους οφείλει να διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο στο πλαίσιο ισότιμης και σχετικής με το φύλο, παροχής πληροφορίας. Η διαφυλική προσέγγιση είναι εξάλλου διεθνής<sup>3</sup> και κοινοτική μας υποχρέωση στο πλαίσιο εναρμόνισης στις διαφορετικές ανάγκες, οπτικές και αντιλήψεις που σχετίζονται με το φύλο (gender main streaming).

## **Φορείς Υλοποίησης**

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Συνήγορος του Παιδιού, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών, Επιστημονική Εταιρία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, ACT UP HELLAS.

### **Χρονοδιάγραμμα**

2008 - 2009: Υλοποίηση εκπαιδευτικού προγράμματος «Η Ζωή έχει Χρώμα».

2009 - 2010: Συστηματικές και συνεχείς ενέργειες δημοσιότητας.

2012: Αξιολόγηση προγραμμάτων.

### **Ωφέλειες**

- Η πρόληψη ενσωματώνεται σε μια ευρύτερη εκπαιδευτική προσέγγιση της σεξουαλικότητας ως βασικό μέρος της ζωής.
- Η απόκτηση πληροφοριών και δεξιοτήτων από τους νέους μπορεί να ευνοήσει την υιοθέτηση ασφαλέστερων σεξουαλικών πρακτικών, αλλά και να ενισχύσει το αίσθημα ευθύνης στη μετέπειτα σεξουαλική συμπεριφορά τους.

Δράση 5: Υποστήριξη Οροθετικών

### **Περιγραφή**

Υποστήριξη οροθετικών ατόμων και των συντρόφων τους.

### **Στόχοι**

- Διατήρηση του υψηλού επιπέδου προστασίας των σχέσεων μεταξύ των οροθετικών ατόμων και των συντρόφων τους.
- Μείωση των «ελεύθερων» επαφών.
- Καταπολέμηση της συναισθηματικής και σεξουαλικής απομόνωσής τους.

### **Ενέργειες Υλοποίησης**

- Εκπαιδευτικά προγράμματα για την ανάπτυξη θεραπευτικής συμβουλευτικής από τους θεράποντες γιατρούς.
- Εκπαίδευση ιατρικού προσωπικού για την ένταξη της συμβουλευτικής που άπτεται των σεξουαλικών πρακτικών και των ασφαλέστερων συμπεριφορών στη φροντίδα των οροθετικών.
- Στοχευμένη ενημερωτική καμπάνια και ανάπτυξη ενημερωτικού υλικού για τα HIV οροθετικά άτομα.

### **Φορείς Υλοποίησης**

Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Επιστημονική Εταιρία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, ACT UP HELLAS, Κέντρο Ζωής και άλλες μη-κυβερνητικές οργανώσεις.



## **Χρονοδιάγραμμα**

2008 - 2009: Σχεδιασμός εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

2009 - 2012: Υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

## **Ωφέλειες**

- Διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των οροθετικών.
- Υποστήριξη της διατήρησης της σεξουαλικής ζωής των οροθετικών ατόμων.
- Διευκόλυνση της πρόσβασης στη μετά την έκθεση θεραπευτική αγωγή.
- Μείωση των νέων λοιμώξεων.
- Καταπολέμηση του στιγματισμού.

Δράση 6: Πρόληψη Μετάδοσης στον Ιατρονοσηλευτικό Χώρο

## **Περιγραφή**

Ενίσχυση του μηχανισμού πρόληψης μετάδοσης των αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων και του HIV/AIDS στον ιατρονοσηλευτικό χώρο.

## **Στόχοι**

- Ασφάλεια στις μεταγγίσεις αίματος.
- Πρόληψη του κινδύνου που συνδέεται με τα επαγγελματικά ατυχήματα έκθεσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.
- Θεραπεία μετά την έκθεση.

## **Ενέργειες Υλοποίησης**

- Καθολική εφαρμογή των νεότερων τεχνολογιών (N.A.T.) για την ενίσχυση της ασφάλειας των μεταγγίσεων και εποπτεία εφαρμογής της αντίστοιχης κοινοτικής οδηγίας.
- Πρωτόκολλα παρακολούθησης των πολυμεταγγιζόμενων ατόμων για όλα τα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Πιστοποίηση της διαδικασίας επιλογής αιμοδοτών.
- Αναθεώρηση των κατευθυντήριων οδηγιών για τη λήψη μέτρων στους χώρους παροχής υγείας και τη χορήγηση προφυλακτικής αγωγής μετά από επαγγελματική έκθεση στον ιό HIV, καθώς και τα αντίστοιχα πρωτόκολλα, όπως και αξιολόγηση του βαθμού συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες.

- Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση των αντίστοιχων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ενημέρωσης του προσωπικού υγείας.
- Διαμόρφωση του νομοθετικού πλαισίου για την προστασία του επαγγελματία υγείας.
- Ενίσχυση και αξιολόγηση του δικτύου για την 24ωρη παροχή συμβουλευτικής για τους επαγγελματίες υγείας με έκθεση σε δυνητικώς μολυσματικά βιολογικά υγρά.
- Ασφαλής διαχείριση του συμβάντος με ορισμό συγκεκριμένης ομάδας διαχείρισης.
- Πρωτόκολλο χορήγησης αντιρετροϊκής θεραπείας μετά την έκθεση σε κίνδυνο.

### **Φορείς Υλοποίησης**

Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Γιατροί Εργασίας, Γενική Γραμματεία Ισότητας, Οργανώσεις από το χώρο της Αιμοδοσίας και άλλες μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

### **Χρονοδιάγραμμα**

2008 - 2009: Νομοθετικές ρυθμίσεις.

2009 - 2011: Εφαρμογή νέων τεχνολογιών.

2009 - 2010: Ανάπτυξη και εφαρμογή πρωτοκόλλων.

### **Ωφέλειες**

Μηδενισμός νέων κρουσμάτων.

Δράση 8: Πρόληψη στα Εκδιδόμενα Άτομα

### **Περιγραφή**

Ενίσχυση της υγειονομικής υποστήριξης και της πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα στα εκδιδόμενα άτομα.

### **Στόχοι**

- Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος.
- Προγράμματα πρόληψης και παρέμβασης στα εκδιδόμενα άτομα με στόχο την τροποποίηση στάσεων και συμπεριφορών.
- Αύξηση της διαθεσιμότητας και της αποδοχής της χρήσης προφυλακτικών από τα εκδιδόμενα άτομα και τους πελάτες τους.

### **Ενέργειες Υλοποίησης**

- Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων ενημέρωσης, αγωγής υγείας, ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων με έμφαση στην υποστήριξη.
- Σχεδιασμός και ανάπτυξη στοχευμένου ενημερωτικού υλικού.

- Επανεκτίμηση του νομοθετικού πλαισίου για τον έλεγχο, την παροχή θεραπείας και υποστήριξης στα εκδιδόμενα άτομα.
- Επανεκτίμηση του νομοθετικού πλαισίου για την αδειοδότηση των εκδιδόμενων ατόμων, σε συνεργασία με τα αντίστοιχα υπουργεία.
- Ενίσχυση των Ιατρείων Αφροδισίων Νόσων και σύσταση δικτύου αναφοράς, μελέτης και παρέμβασης.

### **Φορείς Υλοποίησης**

Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υπουργείο Δικαιοσύνης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Κίνημα Εκδιδόμενων Προσώπων Ελλάδος, μη-κυβερνητικές οργανώσεις που δραστηριοποιούνται τόσο στο χώρο του HIV/AIDS όσο και του trafficking, Ιατρεία Αφροδισίων Νόσων, Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος.

### **Χρονοδιάγραμμα**

2008 - 2009: Νομοθετικές ρυθμίσεις.

2009 - 2012: Ενέργειες δημοσιότητας.

2008 - 2010: Ενίσχυση Ιατρείων Αφροδισίων Νοσημάτων.

2012: Αξιολόγηση.

### **Ωφέλειες**

- Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.
- Μείωση της διασποράς των Σ.Μ.Ν. και του ιού HIV όχι μόνο στη συγκεκριμένη ομάδα, αλλά και στο γενικό πληθυσμό.
- Βελτίωση της νομικής, κοινωνικής και υγειονομικής τους κατάστασης.

Δράση 10: Πρόληψη HIV Λοίμωξης και των Λοιπών Σ.Μ.Ν. στους Φυλακισμένους

### **Περιγραφή**

Συστηματικές και συνεχείς ενέργειες πρόληψης της HIV λοίμωξης και των λοιπών Σ.Μ.Ν. στους φυλακισμένους.

### **Στόχοι**

- Δυνατότητα πρόσβασης, των τροφίμων στις φυλακές, σε μέτρα πρόληψης, υποστήριξης και συμβουλευτικής για τη μείωση της επίπτωσης των Σ.Μ.Ν. και του HIV/AIDS.
- Η μείωση της επίπτωσης και της φυματίωσης και της HBV.

### **Ενέργειες Υλοποίησης**

- Υποστήριξη της δημιουργίας κατάλληλων συνθηκών, οι οποίες θα επιτρέπουν στους φυλακισμένους να έχουν σεξουαλικές σχέσεις με τον/τη σύντροφό τους.

- Διάθεση συριγγών στη φυλακή πειραματικά.
- Διενέργεια εμβολιασμών για την ηπατίτιδα Β.
- Διενέργεια ελέγχων διάγνωσης της ηπατίτιδας C και παραπομπή προς θεραπεία.
- Διενέργεια ελέγχων ανίχνευσης της λανθάνουσας φυματίωσης/ χορήγηση χημειοπροφύλαξης.
- Νομοθετικές ρυθμίσεις, ώστε να επιτρέπεται η εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής υγείας και ειδικότερα για την HIV λοίμωξη & τα Σ.Μ.Ν. στο χώρο των φυλακών. Ευαισθητοποίηση της διοικητικής δομής των φυλακών για τη δημιουργία και ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης των Σ.Μ.Ν. και του HIV.
- Εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των φυλακών στην πρόληψη και στον έλεγχο του HIV/AIDS.
- Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων ενημέρωσης, αγωγής υγείας, και τροποποίησης συμπεριφοράς για τους φυλακισμένους.

### **Φορείς Υλοποίησης**

Υπουργείο Δικαιοσύνης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων, 18 ΑΝΩ ,μη-κυβερνητικές οργανώσεις, Σύλλογοι Υποστήριξης, Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.

### **Χρονοδιάγραμμα**

- 2008 - 2010: Οργανωτικές και νομοθετικές ρυθμίσεις.
- 2009 - 2010: Διενέργεια ελέγχων και εμβολιασμών.
- 2009 - 2011: Διενέργεια εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

### **Ωφέλειες**

- Εξάλειψη των φραγμών στα προγράμματα πρόληψης, παρέμβασης και θεραπείας στους φυλακισμένους.
- Μείωση της διασποράς της Φυματίωσης, της HBV, του HIV/AIDS και των Σ.Μ.Ν. στη συγκεκριμένη ομάδα, αλλά και στο γενικό πληθυσμό.
- Έλεγχος των ψυχιατρικών εκδηλώσεων κατά τον εγκλεισμό.

Δράση 13: Διάγνωση/Θεραπεία των Σ.Μ.Ν. και του HIV/AIDS, για τους Ανασφάλιστους, Οικονομικά Αδύνατους και Μετανάστες

### **Περιγραφή**

Δωρεάν πρόσβαση σε νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων των απαιτούμενων εξετάσεων και των συνοδών φαρμάκων.

## **Στόχοι**

- Βελτίωση της πρόσβασης στην πληροφόρηση σε επίπεδο πρόληψης και θεραπείας.

## **Ενέργειες Υλοποίησης**

- Κοστολόγηση και χρηματοδότηση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού του κόστους θεραπείας και φαρμακευτικής περίθαλψης.
- Μετάφραση/ πολιτισμική προσαρμογή του ενημερωτικού υλικού στις γλώσσες των μεταναστών.

## **Φορείς Υλοποίησης**

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εποπτευόμενοι φορείς του, Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών, Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης (Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης), μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

## **Χρονοδιάγραμμα**

2008 - 2010: Ρυθμίσεις κοστολόγησης θεραπείας και φαρμακευτικής περίθαλψης των μεταναστών.

## **Ωφέλειες**

- Προστασία της Δημόσιας Υγείας και υγειονομική θωράκιση της χώρας.
- Προστασία των πιο αδύναμων μελών της κοινωνίας.
- Εξάλειψη των φραγμών που επιβραδύνουν τα προγράμματα πρόληψης και τις παρεμβάσεις στους μετανάστες και στις οικογένειες τους.

Δράση 14: Γραφείο για τα Σ.Μ.Ν. στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και Σύνδεσή του με το Γραφείο της HIV Λοίμωξης

*(Η δράση υλοποιείται στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα)*

## **Περιγραφή**

Ενίσχυση του γραφείου για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

## **Στόχοι**

- Αποτελεσματικός και πλήρης έλεγχος της διασποράς των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων.

## **Ενέργειες Υλοποίησης**

- Ενίσχυση του γραφείου Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
- Υλοποίηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα.

- Συλλογή/ανάλυση/επεξεργασία των πληροφοριών (ποιοτικός έλεγχος, στατιστική ανάλυση, ενοποίηση στοιχείων από διαφορετικές πηγές) για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.
- Επεξεργασία κατευθυντήριων οδηγιών.
- Παροχή έγκυρων επιστημονικά πληροφοριών για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.
- Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας.
- Ανταλλαγή πληροφοριών σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

### **Φορείς Υλοποίησης**

Υγειονομικές Περιφέρειες, Ορολογικά Εργαστήρια, Αφροδισιολογικά Ιατρεία, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Επιστημονικές Εταιρίες, μη-κυβερνητικές Οργανώσεις.

### **Χρονοδιάγραμμα**

2008 - 2012: Υλοποίηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα.

2008 - 2009: Σύσταση γραφείου Σ.Μ.Ν. στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

2009 - 2012: Λειτουργία γραφείου.

### **Ωφέλειες**

Αποτελεσματικός έλεγχος και περιορισμός των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων.

Δράση 16: Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη και Ανάπτυξη των Εθελοντικών Προγραμμάτων

### **Περιγραφή**

Η ανάπτυξη προγραμμάτων εταιρικής κοινωνικής ευθύνης και εθελοντισμού με στόχο την ενίσχυση των δράσεων πρόληψης.

### **Στόχοι**

- Η εύρεση περισσότερων οικονομικών πόρων για τη διοργάνωση ενημερωτικών εκστρατειών.
- Η συνεχής και στοχευμένη συνεργασία με την κοινωνία των πολιτών για την υλοποίηση επιμέρους δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

### **Ενέργειες Υλοποίησης**

- Υλοποιείται οργανική συμφωνία του με τον Οργανισμό «Εθελοντών Κοινωνία» με στόχο το συντονισμό των εθελοντικών δράσεων.
- Σχεδιάζεται επικοινωνιακό πρόγραμμα στοχευμένων δράσεων.

### **Φορείς Υλοποίησης**

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθελοντών Κοινωνία, Ιδιωτικοί Φορείς.

## **Χρονοδιάγραμμα**

2008 - 2009: Σχεδιασμός προγραμμάτων και ενεργειών.

2009 - 2012: Υλοποίηση προγραμμάτων.

## **Ωφέλειες**

Η συμμετοχή της Κοινωνίας των Πολιτών στην υλοποίηση των πολιτικών, η διασύνδεση των δράσεων του έργου με τον επιχειρηματικό κόσμο προς την κατεύθυνση εξασφάλισης επιπρόσθετων πόρων, αλλά και για την καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού.

### **3.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ**

Εντοπίσαμε ένα άρθρο που εκδόθηκε στις 5 Ιανουαρίου του 2009 και έχει ως θέμα το πρόγραμμα «Σεξουαλική Αγωγή και Διαφυλικές Σχέσεις» και «Ψυχική Υγεία και Διαπροσωπικές Σχέσεις» για παιδιά 6-8 ετών και 9-12 ετών. Το πρόγραμμα αυτό θεωρείται απαραίτητο μάθημα καθώς οι αναζητήσεις και οι απορίες των παιδιών για το σώμα και την ζωή τους αρχίζουν να υπάρχουν από την πρώτη παιδική ηλικία των 5 και 6 ετών. Πρόκειται για ένα πρωτοποριακό πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης όπου θα ξεκινούσε να διδάσκεται την σχολική χρονιά 2009-2010. ο διαγωνισμός για την συγγραφή των βιβλίων προκηρύχθηκε το 2007 από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και το Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας. Η συγγραφή του προγράμματος ανατέθηκε στην Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Αγωγής και Σεξουαλικής Υγείας, με πρόεδρο τον dr. Ασκητή, για να εισαχθεί στο πρόγραμμα του δημοτικού σχολείου στο πλαίσιο της «ευέλικτης ζώνης». Το πρόγραμμα αυτό σήμερα εμπεριέχεται στα περιεχόμενα του πλαισίου της «ευέλικτης ζώνης» παρ' αυτά στα περισσότερα σχολεία δεν διδάσκεται καν.

Το πρόγραμμα «Σεξουαλική Αγωγή και Διαφυλικές Σχέσεις» έγινε με στόχο να συμβάλει στην προαγωγή της ψυχικής και σεξουαλικής υγείας καθώς η σχολική ηλικία θεωρείται η κατάλληλη για να λάβει το παιδί τα πρώτα ερεθίσματα που θα συντελέσουν στην ομαλή ψυχοσεξουαλική του ανάπτυξη.

Η σεξουαλική αγωγή είναι απαραίτητη και στόχο έχει ένας άνθρωπος από την παιδική ηλικία να αποκτήσει τις απαραίτητες και σωστές γνώσεις για το σώμα του, τη λειτουργία του, αλλά και για ολόκληρο τον εαυτό του. Να μάθει, δηλαδή, να αγαπάει, να φροντίζει και να προστατεύει το σώμα του, να γνωρίζει την λειτουργία και την σημασία των γεννητικών οργάνων, καθώς και να καταλαβαίνει τις φυσιολογικές και ψυχολογικές του ανάγκες, τις επιθυμίες του και τα συναισθήματα του. Όλα τα παραπάνω αποσκοπούν σε αληθινή γνώση του «ποιος είμαι», στην υιοθέτηση σωστών συμπεριφορών, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, όπως ο αυτοσεβασμός και ο αλληλοσεβασμός, στην οργάνωση μίας υγιούς, καλά δομημένης και ολοκληρωμένης προσωπικότητας. Αυτό είναι αναγκαίο να πραγματοποιείται από την γέννηση ενός παιδιού και καθ' όλη την διάρκεια της βιολογικής, ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής του ανάπτυξης, δίνοντας του τα κατάλληλα εφόδια, που αντιστοιχούν στο ηλικιακό και γνωστικό συναισθηματικό του επίπεδο.

Για να επιτευχθούν όλοι αυτοί οι στόχοι, είναι καθοριστική η συμβολή των γονιών, του σχολείου, του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος και της πολιτείας. Τον πρώτο ρόλο στην ζωή ενός παιδιού έχει η οικογένεια του και ειδικότερα, οι γονείς του. Από κει ξεκινάει το παιδί να χτίζει μια υγιή σχέση με το σώμα του και τον εαυτό του. Από κει παίρνει τα πρώτα του ερεθίσματα και μηνύματα για την ζωή, των εαυτού του, τους άλλους γύρω του και τον κόσμο.

Έπειτα έρχεται το σχολείο, όχι μόνο για να του προσφέρει ακαδημαϊκές γνώσεις, αλλά η σχολική κοινότητα έχει ένα σπουδαίο ρόλο, συμβάλει στην κοινωνικοποίηση του παιδιού, στην απόκτηση κοινωνικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων επικοινωνίας και συναναστροφής με τους άλλους ανθρώπους (συμμαθητές – εκπαιδευτικός). Σε αυτό το πλαίσιο, λοιπόν, με πρωταγωνιστές τον εκπαιδευτικό, ως πρότυπο και πρόσωπο αναφοράς για τους συμμαθητές του, και τους γονείς ως συμμάχους, κρίνεται σκόπιμο να συντελείται, ξεκινώντας από το δημοτικό, μια συντονισμένη, οργανωμένη και καλά δομημένη μάθηση – ευαισθητοποίηση του παιδιού για «τον εαυτό μου, που αποτελείται από το σώμα μου και το μυαλό μου». Με άλλα λόγια, ένα παιδί από την ηλικία των 6 ετών είναι απαραίτητο να εξοικειώνεται και να μαθαίνει με επιστημονικό τρόπο και ταυτόχρονα προσαρμοσμένο στην ηλικιακή του φάση, στις ανάγκες του και τις δυνατότητές του, για την ανατομία και την φυσιολογία των γεννητικών του οργάνων, την φροντίδα τους, την σημασία τους (αναπαραγωγική



διαδικασία), την μοναδικότητα του σώματος του και της ύπαρξής του, τις ομοιότητες του με τα παιδιά του ίδιου φύλου και τις διαφορές του με τα παιδιά του αντίθετου φύλου, τις σχέσεις του με τους σημαντικούς ανθρώπους της ζωής του, αλλά και όσα θα το βοηθήσουν να αναπτύξει υγιείς διαπροσωπικές και διαφυλικές σχέσεις στο μέλλον ως ενήλικας. Επιπλέον είναι σημαντικό το παιδί να αρχίζει σταδιακά να επικοινωνεί με τον εαυτό του (σκέψεις και συναισθήματα), με τους άλλους, είτε αυτοί είναι οι γονείς του, είτε ο δάσκαλός του, είτε οι συνομήλικοι και οι φίλοι του, είτε άλλα πρόσωπα του περιβάλλοντος του, αλλά και να μάθει ότι η αγάπη και η καλή επικοινωνία με τον εαυτό του σημαίνει «σέβομαι τον εαυτό μου, τον φροντίζω σωματικά και ψυχοσυναισθηματικά και τον προστατεύω, κάνοντας σωστές επιλογές και αποφεύγοντας καταστάσεις που μπορεί να ενέχουν κινδύνους για την ομαλή εξέλιξη μου».

Η μέθοδος και το υλικό του προγράμματος έχουν στόχο να διακινήσουν το ενδιαφέρον των παιδιών και να προσεγγίσουν την γνώση με τρόπο βιωματικό, αξιοποιώντας την φαντασία τους και την δημιουργικότητά τους. Τα θέματα που τίγονται δίνονται στο τετράδιο του μαθητή με την μορφή ιστοριών με πρωταγωνιστές τα παιδιά, οι οποίες πλαισιώνονται από σκίτσα. Η μετάδοση των γνώσεων και στάσεων ζωής πραγματοποιείται μέσα από ένα θετικό πρότυπο υιοθέτησης σωστών τρόπων συμπεριφοράς, που δεν προκαλεί φόβο στο παιδί και δεν το αποθαρρύνει, αλλά αντιθέτως ενισχύει και ισχυροποιεί την καλή και υγιή επαφή με τον εαυτό του και την μοναδικότητα του και παράλληλα θέτει τα θεμέλια και τις βάσεις, που είναι απαραίτητες για την σωματική, σεξουαλική και ψυχική του υγεία στην μετέπειτα ζωή του ως αυριανός ενήλικας.

#### ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-8 ΕΤΩΝ

- Διαφυλικές σχέσεις και διαφυλική επικοινωνία
- Ανατομία και φυσιολογία γεννητικών οργάνων και εικόνα σώματος αγοριού και κοριτσιού
- Υγιεινή και φροντίδα σώματος
- Αναπαραγωγή, εγκυμοσύνη
- Συντροφικότητα και αγάπη
- Οικογένεια και σχέσεις μεταξύ των μελών της
- Πρότυπα
- Φιλία
- Αυτοσεβασμός και αλληλοσεβασμός
- Αναγνώριση, έκφραση και διαχείριση συναισθημάτων

#### ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 9-12 ΕΤΩΝ

- Διαπροσωπικές και διαφυλικές σχέσεις
- Ανατομία και φυσιολογία γεννητικών οργάνων αγοριού και κοριτσιού
- Αναπαραγωγική διαδικασία
- Οικογένεια και οι σχέσεις μεταξύ των μελών της
- Πρότυπα
- Αναγνώριση, έκφραση και διαχείριση συναισθημάτων
- Δεξιότητες επικοινωνίας και τρόποι επίλυσης προβλημάτων
- Αυτοπροστασία και αυτοσεβασμός
- Προετοιμασία για την εφηβεία
- Αντισύλληψη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ)
- Τηλεόραση, ΜΜΕ, διαδίκτυο

#### ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Το πρόγραμμα βασίζεται στην βιωματική προσέγγιση η οποία αναφέρεται στην διαδικασία οικειοποίησης της γνώσης μέσω της εμπειρίας, της ενεργούς συμμετοχής και παρέμβασης των μαθητών η βιωματική μέθοδος βοηθά στην ανάπτυξη της κριτικής σκέψης των παιδιών και τους δίνει την ευκαιρία να εκφραστούν δημιουργικά, να συνεργαστούν και να προσεγγίσουν την γνώση με ευχάριστο τρόπο.

Για την επεξεργασία των θεμάτων που διαπραγματεύεται το πρόγραμμα, προτείνονται τεχνικές ενεργητικής μάθησης, οι οποίες προωθούν την συμμετοχή των παιδιών, προκαλούν το ενδιαφέρον τους ενισχύουν την γνώση και τη διάδραση μεταξύ των μαθητών. Τέτοιες τεχνικές είναι οι ελεύθεροι συνειρμοί που αφορούν στην αυθόρμητη και ελεύθερη έκφραση σκέψεων, συναισθημάτων και ιδεών αναφορικά με ένα θέμα, το παιχνίδι ρόλων, το οποίο αναφέρεται σε διαδραματίσει ρόλων, την παντομίμα, το κουκλοθέατρο, την καλλιτεχνική δημιουργία, όπως ζωγραφική και κολλάζ, την μυθοπλασία και την εργασία σε ομάδες.

Τέλος, βασικό ρόλο στη διεξαγωγή του προγράμματος διαδραματίζει η συνεργατική σχέση του εκπαιδευτικού με τους γονείς, καθώς η συμμαχική στάση των γονιών μαζί του συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων του προγράμματος, στην έγκυρη πληροφόρηση και την διαμόρφωση υγιών στάσεων ζωής του παιδιού.

Την συγγραφή και επιμέλεια των βιβλίων ανέλαβε εξειδικευμένη στην παιδική ψυχολογία, παιδοψυχιατρική και κλινική ψυχολογία ομάδα, αποτελούμενη από 13 καθηγητές, γιατρούς, ψυχολόγους και εκπαιδευτικούς. Επιστημονικός υπεύθυνος του έργου είναι ο πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρίας Αγωγής Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας κ. Θάνος Ασκητής ([www.askitis.gr](http://www.askitis.gr) 5/1/2009).

## **4.ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ**

### ***Τι συμβαίνει στην εφηβεία***

Είναι μια συναρπαστική περίοδος κατά την οποία:

- Μεγαλώνεις ιδιαίτερα γρήγορα και το σώμα σου αλλάζει, ειδικά στα χαρακτηριστικά που καθορίζουν το φύλο.
- Οι εξωτερικές αλλαγές συνοδεύονται και από ψυχικές (αλλάζει ο τρόπος σκέψης και το πώς βλέπεις τον κόσμο)
- Ανάλογα πράγματα παρατηρείς και στους φίλους σου και συχνά τα μοιράζεσαι μαζί τους.
- Ξυπνά το ερωτικό ενδιαφέρον και έχεις την διάθεση να εξερευνήσεις το σώμα σου. Κάτι απόλυτα φυσιολογικό, που όμως χρειάζεται κατάλληλη ενημέρωση και σεξουαλική αγωγή που θα σε βοηθήσουν να αποφύγεις τις αρνητικές πτυχές αυτής της σημαντικής φάσης.

### ***Μην βιαστείς να ξεκινήσεις τη σεξουαλική δραστηριότητα***

- Υπάρχουν πολλοί τρόποι να εκφράσεις το ρομαντισμό και το ερωτικό σου ενδιαφέρον.
- Το φλερτ, οι εκδηλώσεις θαυμασμού και συμπάθειας είναι χαρακτηριστικά για να δείξεις σε κάποιον τα αισθήματά σου.
- Μην βιαστείς για σεξουαλικές εμπειρίες που ακόμα δεν είσαι έτοιμος.
- Η ερωτική πράξη είναι πολύ θετική όταν γίνεται με τον κατάλληλο σύντροφο στον κατάλληλο χρόνο.
- Στην ηλικία σου θα ήταν αρκετά δύσκολο να διαχειριστείς μια ολοκληρωμένη σεξουαλική σχέση και είναι προτιμότερο να περιμένεις.

### ***10 λάθος λόγοι για να ξεκινήσεις την σεξουαλική δραστηριότητα***

1. Γιατί θέλεις να μιμηθείς τους φίλους σου
2. Γιατί σε πιέζει ο σύντροφός σου
3. Γιατί θέλεις να αντιδράσεις στους γονείς σου
4. Για να αισθανθείς μεγάλος
5. Για να δεις πώς είναι
6. Για να σε αποδεχτεί η παρέα
7. Γιατί φοβάσαι πως θα χάσεις τον σύντροφό σου
8. Γιατί δε μπορείς να λες «όχι»

9. Γιατί βαριέσαι και θες κάτι διαφορετικό
10. Γιατί όλοι έχουν ξεκινήσει την σεξουαλική δραστηριότητα

### ***Ποιες μπορεί να είναι οι αρνητικές συνέπειες***

- Μια εγκυμοσύνη που θα σε φέρει σε δύσκολη θέση
- Ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα που θα βλάψει την υγεία σου

### ***Ποια λέμε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ)***

Είναι αυτά που μεταδίδονται κυρίως με την σεξουαλική επαφή. Μερικά θεραπεύονται (π.χ. λοίμωξη από χλαμύδια), μερικά είναι πιο σοβαρά και δεν θεραπεύονται (π.χ. AIDS). Υπάρχουν παραπάνω από 25 διαφορετικά ΣΜΝ. Μπορεί να προκαλέσουν στειρότητα, νοσηρότητα ακόμα και θνησιμότητα. Κάθε χρόνο αναφέρονται περίπου 250 εκατομμύρια περιστατικά που από αυτά το 1/3 αφορά τους έφηβους. Εκτός από την σεξουαλική επαφή μεταδίδονται με το αίμα και τα παράγωγά του και από την μητέρα στο έμβρυο. Τα πιο συνηθισμένα είναι η σύφιλη, η γονόρροια, η λοίμωξη από χλαμύδια, ο έρπητας γεννητικών οργάνων, τα γεννητικά κονδυλώματα (ιός HPV), το AIDS, η ηπατίτιδα B και C.

### ***Πως εμφανίζονται***

Αν έχεις πολλά εκκρίματα, φαγούρα στα γεννητικά όργανα και τον πρωκτό, ενόχληση στα γεννητικά όργανα, κάποια πληγή, εξόγκωμα ή αν απλά παρατηρείς κάτι διαφορετικό επισκέψου τον ειδικό ιατρό για την ηλικία σου, κάνε τις απαραίτητες εξετάσεις, ενημέρωσε τον σύντροφό σου και απέφυγε την σεξουαλική επαφή κατά την διάρκεια των εξετάσεων και της θεραπείας.

### ***Πρόληψη***

- Αποχή (σίγουρος τρόπος να μην κολλήσετε κάποιο από τα ΣΜΝ)
- Χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή (προστατεύει μόνο το δέρμα που καλύπτει, πληγές ή θηλώματα που δεν καλύπτονται επιτρέπουν την μετάδοση)
- Συμβουλέψου τους ειδικούς για τα μέτρα προφύλαξης και αντισύλληψης.
- Επίσκεψη στον γυναικολόγο (ακόμα και αν νομίζεις ότι δεν νοσείς πολλές λοιμώξεις δεν εμφανίζουν συμπτώματα)

- Συχνοί διαγνωστικοί έλεγχοι στα κατάλληλα ιατρικά κέντρα
- Ενημερώσου από τον παιδίατρο ή τον γυναικολόγο σου για τα εμβόλια που μπορούν να σε προστατέψουν από τα ΣΜΝ (για τον ιό HPV και την ηπατίτιδα Β και C)

***Το προφυλακτικό μπορεί να προστατέψει από πολλά αλλά όχι όμως από όλα...***

- Αποτρέπει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
- Μην έχετε καμία σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό
- Είναι απλό στη χρήση του, εύκολο να το βρεις και φθινό να το αγοράσεις
- Ενημερώσου για την σωστή χρήση του (πότε και πως πρέπει να φοριέται, ημερομηνία λήξης κ.τ.λ.). η σωστή χρήση του αποτρέπει τα «ατυχήματα».
- Ενημερώσου για το τι μπορείς να κάνεις σε περίπτωση που σπάσει το προφυλακτικό από τον γιατρό σου.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η σεξουαλική ζωή των νέων αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ζωή του ανθρώπου. Η σεξουαλικότητα είναι αναπόσπαστο μέρος της ζωής του ατόμου και επηρεάζει την διαμόρφωση της προσωπικότητάς του. Ιδιαίτερα όταν βρίσκεται σε νεαρή ηλικία, είναι πιο ευάλωτο και εκτεθειμένο σε κινδύνους όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, λόγω της μη σωστής χρήσης μέτρων πρόληψης και της μεγαλύτερης ανεξαρτησίας που βιώνει.

Οι περισσότεροι νέοι, αν και έχουν επίγνωση του κινδύνου και των τρόπων προφύλαξης και παρότι έχουν τις σωστές κατά την αγωγή υγείας στάσεις και αντιλήψεις, δεν φαίνεται, να χρησιμοποιούν, σε απόλυτους αριθμούς, συχνά προφυλάξεις ή αν τις χρησιμοποιούν δεν γίνονται με συνέπεια. Οι αρνητικές επιπτώσεις της έκφρασης της σεξουαλικότητας των νέων έχουν κατακτήσει επιτακτική την ανάγκη για σεξουαλική αγωγή. Για την στάση των γονέων και γενικά του κοινού δεν ξέρουμε να υπάρχουν στοιχεία βασισμένα στην διερεύνηση του θέματος στην χώρα μας. Είναι όμως γνωστό πως η ελλιπής διαπαιδαγώγηση αφήνει τον μέσο Έλληνα στην άγνοια ή στην ημιμάθεια. Δυστυχώς η ενημέρωση των νέων είναι αρκετά ελλιπής σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη, τις εξαρτησιογόνες ουσίες και την υγιή σεξουαλική συμπεριφορά, για όλα αυτά είναι υπεύθυνοι οι νοσηλευτές μαζί με τους υπόλοιπους αρμόδιους, που αποτελούν μια οργανωμένη ομάδα, για να αντιμετωπίσουν όλες αυτές τις δυσκολίες προερχόμενες από την λανθασμένη ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου.

Από ανασκόπηση ερευνών συνοψίσαμε ότι οι γνώσεις των νέων στην Ελλάδα σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ελλιπής σε αντίθεση με τους νέους του εξωτερικού, όπου φαίνονται πιο ενημερωμένοι.

Η δραστηριότητα των νοσηλευτών όπως διαπιστώσαμε από παραπάνω είναι αναγκαία και έξω από το χώρο του νοσοκομείου. Σήμερα πολλοί είναι οι νοσηλευτές, που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και ασχολούνται με την αγωγή υγείας σε κοινότητες, την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας. Ο κοινοτικός νοσηλευτής στοχεύει με την επέμβασή του στην μείωση της βλάβης από την χρήση ουσιών στην σεξουαλική ζωή των νέων και επικεντρώνεται στην προαγωγή της υγιούς σεξουαλικής ζωής και στην πρόληψη από κινδύνους και ασθένειες.

Συμπεραίνουμε ότι είναι ανάγκη να ενημερώνονται καλύτερα οι νέοι πάνω σε αυτά τα θέματα με ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα που θα αρχίζουν από το σχολείο. Έτσι με την συχνή και συνεχόμενη ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου από ειδικούς θα βελτιωθεί το επίπεδο γνώσεων των γονέων και των νέων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξενόγλωσση:

- Covington T. and Franc Mc Clendon J. (1991). *Υγιής Σεξουαλική Ζωή*. (Αθήνα: Βιομηχανικές επιχειρήσεις Κουτσούμπος Α.Ε. )
- Derek Liewellyn, Jonew. (1992). *Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Ασθένειες*. (Αθήνα: Λύχνος ΕΠΕ)
- Jones D. (1992). *Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Ασθένειες*. (Αθήνα: Λύχνος ΕΠΕ)
- Keith L. Moore. (1998). *Κλινική Ανατομική Ι*. (Αθήνα: Πασχαλίδης)
- Kordoutis P., Sarafidou J.O., Loumakou M. (2005). The social representation of the condom amongst Greek students: an object drawn from social obscurity into the spotlight, στο *Hellenic Journal of Psychology*
- Lemone P. and Burke K.(2004). Κριτική σκέψη κατά την φροντίδα του ασθενούς, στο *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική*. (Αθήνα: Λαγός)
- Llewellyn D.-Jones (1985). *Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Ασθένειες*. (Αθήνα: ΛΥΧΝΟΣ)
- Mimoun S., Etienne R. (2001). *Εφηβεία, Έρωτας και σεξουαλικότητα για νέους*. (Αθήνα: Σαββάλας)
- Moore K. (1998). *Κλινική Ανατομική Ι*. (Αθήνα: Πασχαλίδης)
- Palmer M. (2004). *Hepatitis Liver Disease*. (New York: Avery)
- Pick S. (1997). *Πλάθοντας τη ζωή*. (Αθήνα: Φυτράκη)
- Shapiro P.J. (1999). *Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική*. (Αθήνα: «ΕΛΛΗΝ»)
- Sterling J. C. In: Champion RH. (1998). *Textbook of Dermatology*, 6<sup>th</sup> ed.: *Blackwell Science Ltd*, p: 995-1051. (Oxford)
- Teofoli P., Puddu R. Kerpeu.(2000). Simplex genitals. In: Katsambas AD, Lotti TM. *European Handbook of Dermatological Treatments* Springer, p 224-228
- Timothy R. Covington & J. Frank Mc Clendon. (1991). *Υγιής Σεξουαλική Ζωή*. (Αθήνα: Βιομηχανικές Επιχειρήσεις, Π. Κουτσούμπος Α.Ε.)
- Waugh MA. Syphilis. In: Katsambas AD, Lotti TM. (2000). *European Handbook of Dermatological Treatments*. (Springer) p.556-563 & 654-701

### Ελληνόγλωσση:

- Αγραφιώτης Δ. (2005). *Σεξουαλικότητα στα χρόνια της αβεβαιότητας και του AIDS, η νέα Ερωτική Σχέση Ελλήνων και Ευρωπαίων*. (Αθήνα: Πολύτροπον)
- Αγραφιώτης Δημοσθένης. (1999). *AIDS-Εγκάρσια Υγεία*. (Αθήνα: Ύψιλον)
- Ασκητής Θ. (1995). *Σεξ: Ο Μύθος, τα Προβλήματα και η Προσέγγιση του σήμερα*. (Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ)

- Βασιλειάδου Α. (2008). Κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα, στο *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική*.(Αθήνα: ΒΗΤΑ)
- Γεωργίου Κ. Κρεατσά. (1998). *Σύγχρονη Γυναικολογία & Μαιευτική*. (Αθήνα: Πασχαλίδης)
- Δετοράκης Ι. (2003).*Βασικές αρχές της υγιεινής*. (Αθήνα: Παρισιάνου)
- Ελευθερία Κ. Αθανάτου. (1997). *Υγιεινή: ατομική-περιβαλλοντική-δημόσια-κοινωνική*. (Αθήνα: Αθανάτου)
- Ηλιάδου Μ. & Παλάσκα Π. (2008). Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι. *Νοσηλευτική*, 47 (4):497-506
- Ηλιάδου Μ. και Παλάσκα Ε. (2008). Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι, *Νοσηλευτική*, 47(4)
- Καβαλιώτης ΙΘ. (2004). Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και έφηβοι, στο *θέματα παιδιατρικών λοιμώξεων*
- Καραχάλιος Γ. (2003). *Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική φροντίδα*. (Αθήνα: ΕΛΛΗΝ)
- Κατρίνης Μ. (2005). *Μαλακό Έλκος* στο [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=333](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=333), (15/12/2011).
- Κουρέα- Κρεμαστινού Τ., Σαρόγλου Γ, Μεράκου Κ.,: (1998). Τι πρέπει να ξέρω? Τι πραγματικά ξέρω?, στο *HIV/AIDS Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*. (Αθήνα)
- Κρεατσάς Γ. (1998). *Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική*. (Αθήνα: Πασχαλίδης)
- Λουμάκου Μ., Κορδούτης Π., Σαραφίδου Ε. (2001). Ερωτική Επαφή και Προφύλαξη, στο *Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των νέων*. (Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ)
- Ομάδα γυναικών Βοστώνης (1981). *Εμείς και το Σώμα μας*. (Θεσσαλονίκη: Υποδομή)
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS(1991). *Πρόληψη της Σεξουαλικής Μετάδοσης του ιού της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας*. (Αθήνα: ΒΗΤΑ)
- Ρούσκα Α. και Τσίχλη Β. (2001). Σύγκριση των γνώσεων και των στάσεων των μαθητών λυκείων σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, *Ελευθώ* επίσημο όργανο Μαίων-Μαιευτών Ελλάδας Β' περίοδος
- Σακοράφας Γ. (2001).Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών, στο *Κοινωνική Νοσηλευτική*. (Αθήνα: Λαγός)
- Σέργιος Ι. Μανταλενάκης (1999). *Σύνοψη Μαιευτική και Γυναικολογίας*. (Αθήνα: Λίτσας)
- Σταυρόπουλος Α.Μ. (1979). Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση, Ελληνική Εταιρία Γενετικής του ανθρώπου, Διεπιστημονικό Συμπόσιο, Αθήνα 31 Μαρτίου- 1Απριλίου
- Σωτηριάδης Α., [www.paidiatros.com/children/need-sex-education-schools](http://www.paidiatros.com/children/need-sex-education-schools) εκδόθηκε 4/10/2009, 12/1/2012
- Ταμβάκη Ε. (1992). Η ιστορία του AIDS, στο *Αρχή και προέλευση μιας σύγχρονης πανδημίας*. (Αθήνα: Χατζηνικολή)
- Τζίμα-Τσιτσικά Ε., (2005). Σεξουαλικότητα στην εφηβεία, στο *Επίκαιρα παιδιατρικά θέματα, Δ' Παιδιατρική κλινική ΑΠΘ*



- Τριχοπούλου Αντ. & Τριχοπούλου Δημ. (1986). *Προληπτική Ιατρική*. (Αθήνα: Παρισιανός)
- Τσάμπαος Δ. (2005). Σημειώσεις δερματολογίας. (Πάτρα: τυπογραφείο πανεπιστημίου)
- Τσαρμακλής Γ. (2007). *Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παιδιών και εφήβων*, Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Χαροκόπος Ν. (2005). *Στοιχεία νοσολογίας*. (Αθήνα: Φιλομάθεια)
- 20<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, «Προληπτική Νοσηλευτική»-Πρακτικά, Πόρτο Κάρρας-Χαλκιδική, Μάιος 1993
- [www.askitis.gr](http://www.askitis.gr) εκδόθηκε 5/1/2009, 22/12/2011
- [www.avert.org/worldstars.htm](http://www.avert.org/worldstars.htm) εκδόθηκε 30/9/10, 27/1/2012
- [www.herpes.com](http://www.herpes.com) εκδόθηκε 12/8/2010, 19/12/2011
- [www.hiv.gr/prolipsi-kai-sexoualiki-ygeia/kondylwmata](http://www.hiv.gr/prolipsi-kai-sexoualiki-ygeia/kondylwmata) εκδόθηκε 12/5/2009, 17/2/2012
- [www.hiv.gr/prolipsi-kai-sexoualiki-ygeia/metadosh-hiv](http://www.hiv.gr/prolipsi-kai-sexoualiki-ygeia/metadosh-hiv) εκδόθηκε 19/4/2008, 19/1/2012
- [www.imop.gr](http://www.imop.gr) 13/12/2011
- [www.keelpno.gr/keelpno/2010/hiv/epidimiologiko\\_deltio\\_2010.pdf](http://www.keelpno.gr/keelpno/2010/hiv/epidimiologiko_deltio_2010.pdf), εκδόθηκε 16/7/2010, 28/1/2012
- [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr) εκδόθηκε 11/8/2010, 23/1/2012
- [www.medlook.gr/article.asp?item\\_id=198](http://www.medlook.gr/article.asp?item_id=198) εκδόθηκε 12/8/2009, 15/12/2011
- [www.neaygeia.gr/page.asp?p=982](http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=982) 11/1/12
- [www.neaygeia.gr/page.asp?p=982](http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=982) 11/1/12