

Ελληνικά Αρχεία

AIDS

Hellenic Archives



ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS
EDITION OF THE HELLENIC ASSOCIATION FOR THE STUDY AND CONTROL OF AIDS

<http://www.aidshellas.gr>
e-mail: eemaa@aidshellas.gr
ISSN 1105-8900

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS



Ιδιοκτήτης: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS
Ερυθρού Σταυρού 6, 11527 Αθήνα • Τηλ. και Fax: 210-6983945
e-mail: eemaa@aidshellas.gr • Website: www.aidshellas.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης
Αντιπρόεδρος: Β. Καψιμάλη
Γενικός Γραμματέας: Μ.Κ. Λαζανάς
Ειδικός Γραμματέας: Ι. Στεφάνου
Ταμίας: Κ. Θωμάτου
Μέλη: Μ. Λελέκης, Ν. Μαγκαφάς, Μ. Νούσιας, Α. Σκουτέλης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

Πρόεδρος: Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης
Διευθυντής Σύνταξης: Μ. Λελέκης
Αναπλ. Διευθυντής Σύνταξης: Χ. Λούπα
Μέλη: Δ. Αγραφιώτης, Ε. Βογιατζάκης, Γ. Πάνος, Β. Παπασταμόπουλος,
Δ. Παρασκευής, Α. Ρουμελιώτου, Ν. Τσόγκας, Μ. Χατζηβασιλείου,
Μ. Χίνη, Γ. Χρύσος, Ε. Χωρέμη

ISSN 1105-8900

Εκδότης: Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης

Επιστημονική Αλληλογραφία: "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS"
Μ. Λελέκης
Τ.Θ. 14085 – 11521 Αθήνα

e-mail Περιοδικού: hel.arch.aids@internet.gr

Εγγραφές Συνδρομητών P.O BOX 14085
- Συνδρομές: GR-11521 Athens

Ετήσιες Συνδρομές: Γιατροί	15.00 €
Μέλη Ε.Ε.Μ.Α.Α.	6.00 €
Εταιρείες – Οργανισμοί – Βιβλιοθήκες	50.00 €
Εξωτερικό	110.00 €

Εκτύπωση: Focus on Health – Τηλ.: 210-7223046 • Fax: 210-7223220

Τα "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS" περιλαμβάνονται στα Ελληνικά επιστημονικά περιοδικά με Εθνική αναγνώριση σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση Α 1^ο/543/99, ΦΕΚ τεύχος 2^ο αριθ. φύλλου 122 18/02/1999

HELLENIC ARCHIVES of AIDS

QUARTERLY SCIENTIFIC EDITION OF THE HELLENIC ASSOCIATION
FOR THE STUDY AND CONTROL OF AIDS



Edited by the: Hellenic Association For the Study and Control of AIDS
6, Erythrou Stavrou Str., 115 27 Athens • Tel. & Fax: (+30) 210-6983945
e-mail: eemaa@aidshellas.gr • Website: www.aidshellas.gr

ADVISORY BOARD

President: P. Gargalianos–Kakolyris

Vice-President: V. Kapsimali

Secretary: M.K. Lazanas

Special Secretary: I. Stephanou

Treasurer: K. Thomatou

Members: M. Lelekis, N. Mangafas, M. Nousias, A. Skoutelis

EDITORIAL BOARD

Chairman: P. Gargalianos–Kakolyris

Editor in Chief: M. Lelekis

Asst. Editor in Chief: Ch. Loupa

Members: D. Agrafiotis, M. Chatzivasiliou, M. Chini, E. Choremi, G. Chrysos,
G. Panos, V. Papastamopoulos, A. Roumeliotou, D. Paraskevis,
N. Tsongas, E. Vogiatzakis

ISSN 1105-8900

Scientific Correspondence: "HELLENIC ARCHIVES of AIDS"
M. Lelekis, P.O Box 14085
11521 Athens Greece

e-mail Magazine: hel.arch.aids@internet.gr

Subscriptions: P.O. BOX 14085
GR – 11521 Athens

<i>Annual Subscriptions:</i> Doctors	15,00 €
Members of H.A.S.C.A	6,00 €
Societies – Organizations – Libraries	50,00 €
Abroad	110,00 €

Published By: Focus on Health – Tel.: (+30) 210-7223046 • Fax: 210-7223220

ΠΡΟΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΑ Αρχεία AIDS
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΘΥΡΙΔΑ 14085
11521 ΑΘΗΝΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗ*
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ

ΕΤΗΣΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ:

Φυσικά πρόσωπα	15.00 €
Μέλη Ε.Ε.Μ.Α.ΑIDS	6.00 €
Νομικά πρόσωπα, Οργανισμοί	50.00 €
Εξωτερικό	110.00 €

Παρακαλώ να με εγγράψετε συνδρομητή / ή να γίνει διόρθωση της διεύθυνσέως μου:

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΙΑ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑ
ΠΟΛΗ Τ.Κ ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....FAX
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Οι συνδρομές αποστέλλονται με ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΑΓΗ στη Διεύθυνση:
Ε.Ε.Μ.Α.ΑIDS, Ταχυδρομική θυρίδα 14085, 11521 ΑΘΗΝΑ

Οδηγίες για τους συγγραφείς

Τα «Ελληνικά Αρχεία AIDS» έχουν ως βασικό σκοπό τη συνεχή εκπαίδευση και πληροφόρηση των γιατρών και κάθε επιστήμονα που ασχολείται με το νεοφανές και πολύπλευρο βιολογικό, ιατρικό, οικονομικό, κοινωνικό, νομικό και ηθικοδεοντολογικό πρόβλημα του AIDS. Κύρια επιδίωξη είναι η δημοσίευση μελετών που αναφέρονται άμεσα ή έμμεσα στους παραπάνω τομείς. Ιδιαίτερα προτιμούνται άρθρα ανασκοπήσεως γενικότερου ενδιαφέροντος, επίσης άρθρα που αναφέρονται σε επίκαιρα θέματα, σε διαγνωστικά προβλήματα και νέα τεχνολογία. Γίνονται επίσης δεκτές για δημοσίευση ερευνητικές εργασίες, ειδικά άρθρα που αφορούν τον υγειονομικό τομέα, την κοινωνική πολιτική κ.λπ. Για το Ενημερωτικό Δελτίο γίνονται δεκτές επιστολές, ανασκοπήσεις βιβλίων, περιοδικών, συνεδρίων, ενδιαφέρουσες επισημάνσεις και προτάσεις, στατιστικά στοιχεία κ.λπ. Τέλος, γίνονται δεκτές και εργασίες που αναφέρονται όχι μόνο στο AIDS αλλά σε θέματα λοιμώξεων γενικά, δεδομένου ότι σε κάθε τεύχος υπάρχει η δυνατότητα δημοσίευσης ενός αριθμού τέτοιων άρθρων.

Οι μελέτες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να είναι γραμμένες σε ομοιόμορφη γλώσσα, κατά προτίμηση τη νεοελληνική δημοτική, να είναι καλά τεκμηριωμένες πειραματικά και βιβλιογραφικά, να μην έχουν δημοσιευθεί ή να μην έχουν υποβληθεί για έγκριση σε άλλο περιοδικό.

Η αποστολή της μελέτης θα πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή στην οποία θα δηλώνεται το πιο κατάλληλο τμήμα του περιοδικού (π.χ. ερευνητική εργασία, ανασκόπηση, διαγνωστικά προβλήματα, επίκαιρα θέματα), η διεύθυνση και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία σχετικά με την υποβαλλόμενη εργασία. Επίσης, στην επιστολή αυτή θα δηλώνεται ότι το κείμενο έχει εγκριθεί από όλους τους συγγραφείς της μελέτης.

Τα προς δημοσίευση άρθρα θα πρέπει να είναι δακτυλογραφημένα στη μια όψη του φύλλου με διπλό διάστημα και κατάλληλο περιθώριο και να στέλνονται σε τρία πλήρη αντίγραφα (περιλαμβανομένων των πινάκων, σχημάτων και φωτογραφιών) στην ακόλουθη διεύθυνση:

**E.E.M.A. AIDS
M. ΛΕΛΕΚΗΣ
Τ.Θ. 14085
11521 – ΑΘΗΝΑ**

Ειδικότερα, για την πραγμάτωση των σκοπών του περιοδικού δημοσιεύονται:

- 1. Άρθρα σύνταξης:** Σύντομα ανασκοπικά άρθρα σε επίκαιρα και αμφιλεγόμενα θέματα, που γράφονται με προτροπή της συντακτικής επιτροπής. Όταν εκφράζουν συλλογικά τη Σύνταξη του περιοδικού, είναι ανυπόγραφα. Στις άλλες περιπτώσεις είναι ενυπόγραφα.
- 2. Γενικά θέματα,** που σχετίζονται με τις επιπτώσεις της υγείας και δεν εμπίπτουν στις άλλες κατηγορίες άρθρων του περιοδικού.
- 3. Ανασκοπήσεις:** Ολοκληρωμένες αναλύσεις ιατρικών θεμάτων, στις οποίες υπογραμμίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις.
- 4. Ερευνητικές εργασίες:** Κλινικές δοκιμές ή μη πειραματικές έρευνες προοπτικού ή αναδρομικού χαρακτήρα, που πραγματοποιήθηκαν με βάση ένα ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο θα περιγράφεται αναλυτικά στη μεθοδολογία. Περιέχουν πρωτοδημοσιεύσιμα αποτελέσματα.
- 5. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις:** Γίνονται δεκτά άρθρα, εφόσον αφορούν νέα ή πολύ σπάνια νοσήματα, εφαρμόστηκαν νέα διαγνωστικά κριτήρια κι έχει ακολουθηθεί νέα θεραπευτική μεθόδευση με ελεγχόμενο το αποτέλεσμα.

6. **Επίκαιρα θέματα:** Σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων σε συγκεκριμένο θέμα.
7. **Σεμινάρια, στρογγυλά τραπέζια, κλινικοπαθολογοανατομικές συζητήσεις.**
8. **Γράμματα προς τη Σύntαξη:** Περιέχουν κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, πρόδρομα αποτελέσματα εργασιών, παρατηρήσεις για ανεπιθύμητες ενέργειες, κρίσεις για το περιοδικό κ.λπ. Δημοσιεύονται ενυπόγραφα.
9. **Άρθρα εκπαιδευτικού περιεχομένου.**
10. **Ειδικά άρθρα.**

Η διάταξη της ύλης περιλαμβάνει: Τίτλο, ελληνική περίληψη, λέξεις ευρετηριασμού, εισαγωγή, μεθοδολογία, αποτελέσματα, συζήτηση, ευχαριστίες, περίληψη στην αγγλική, βιβλιογραφικές παραπομπές, πίνακες, εικόνες, λεζάντες εικόνων. Όλες οι σελίδες αριθμούνται αρχίζοντας από τη σελίδα με τον τίτλο.

Τίτλος: Στη σελίδα που αναγράφεται ο τίτλος γράφονται και τα ονόματα των συγγραφέων με την εξής σειρά: Μικρό όνομα, αρχικό πατέρα ή συζύγου (προκειμένου για γυναίκες συγγραφείς), επίθετο. Στο κάτω μέρος της σελίδας γράφεται η διεύθυνση και ο συγγραφέας που πρέπει να επικοινωνεί με το περιοδικό για κάθε ενημέρωση σχετικά με τη μελέτη που υποβάλλεται.

Η περίληψη στην ελληνική δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 150 λέξεις. Να περιέχει το σκοπό, τα βασικά ευρήματα και τα κύρια συμπεράσματα κατά τρόπο κατανοητό χωρίς να είναι ανάγκη να γίνεται αναδρομή στο κείμενο.

Μετά την περίληψη παρατίθενται 3-10 λέξεις (όροι ή μικρές φράσεις) ευρετηριασμού, απαραίτητες για τη σύνταξη των ευρετηρίων του περιοδικού. Οι λέξεις αυτές πρέπει να αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης (Index Medicus).

Στον πρόλογο πρέπει να παρατίθενται όλες οι γνώσεις που είναι απαραίτητες για να κατανοηθούν τα αποτελέσματα, χωρίς όμως να γίνεται «εκτεταμένη θεώρηση του θέματος».

Στο κεφάλαιο «Υλικό και Μέθοδοι» πρέπει να αναγράφονται όλες οι πληροφορίες ώστε να μπορούν να επαναληφθούν τα πειράματα. Όταν οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι καθιερωμένες, πρέπει να αναφέρονται με συντομία και να αναγράφεται η βιβλιογραφική παραπομπή. Στην περίπτωση ερευνών που αφορούν ανθρώπους, πρέπει ιδιαίτερα να τονιστεί ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε με βάση τη Διακήρυξη του Ελσίνκι

(1975). Η φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη, πρέπει να αναφέρονται με την κοινόχρηστη ονομασία τους.

Στα αποτελέσματα πρέπει να γράφονται τα αποτελέσματα με τρόπο σαφή. Η χρησιμοποίηση πινάκων και εικόνων, πρέπει να περιορίζεται στον απόλυτα απαραίτητο αριθμό για την κατανόηση της μελέτης.

Δεν πρέπει να αναγράφονται στο κείμενο όλα τα δεδομένα πινάκων και εικόνων αλλά μόνο να αναλύονται σ' αυτό οι κύριες παρατηρήσεις.

Οι φωτογραφίες, τα σχήματα και τα διαγράμματα κ.λπ. ονομάζονται ως εικόνες και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς, όπως και οι πίνακες (π. χ. Εικόνα 1, Εικόνα 2, Πίνακας 1 κ.ο.κ).

Στη συζήτηση επιχειρείται ερμηνεία των αποτελεσμάτων και σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων δημοσιεύσεων. Δεν πρέπει να γίνεται λεπτομερειακή αναφορά στα αποτελέσματα.

Η βιβλιογραφία αναγράφεται διαδοχικά με τη σειρά που αναφέρεται στο κείμενο, πίνακες και επεξηγήσεις σχημάτων και φωτογραφιών. Η σημείωση των βιβλιογραφικών παραπομπών στα σημεία αυτά γίνεται με αραβικούς αριθμούς σε παρένθεση (Σύστημα Vancouver, 4^η έκδοση, 1991).

Σε ορισμένες περιπτώσεις που θεωρείται σκόπιμο από τους συγγραφείς να αναφερθούν στο όνομα του συγγραφέα ή των συγγραφέων (όταν είναι 2) ή του πρώτου συγγραφέα και συνέχεια η σύντμηση «και συν.», όταν οι συγγραφείς είναι περισσότεροι από 2, τότε σημειώνεται σε παρένθεση με αραβικό αριθμό η παραπομπή χωρίς να γράφεται η χρονολογία δημοσίευσης. Δεν επιτρέπεται η αναφορά και η αναγραφή στο τμήμα της βιβλιογραφίας μελετών που δεν έχουν δημοσιευθεί, όπως π.χ. αδημοσίευτα αποτελέσματα, εργασία υποβληθείσα, εργασία υπό εκτύπωση. Ο τίτλος των περιοδικών αναγράφεται με σύντμηση.

Για κάθε σχετική πληροφορία παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι να ανατρέχουν στον κατάλογο των περιοδικών που καταχωρούνται στο «Index Medicus» και αναγράφονται στην έκδοση Ια-νοουαρίου κάθε χρόνο.

Το όνομα γράφεται πάντα μετά το επώνυμο. Ακολουθεί ο τίτλος της εργασίας, ο τίτλος του περιοδικού, η χρονολογία, ο τόμος, η πρώτη σελίδα και η τελευταία σελίδα της δημοσίευσης.

Όταν οι συγγραφείς είναι 6 ή λιγότεροι, αναγράφονται όλοι. Όταν είναι περισσότεροι από 6 τότε αναγράφονται οι 6 πρώτοι και ακολουθεί η ένδειξη «και συν» ή «et al».

Π.χ. Watkins J.A., Carman P.S., Melling W.S.: In vitro inhibition of *CL. difficile*. Amer. J. Clin. Path. 1985, 3: 125-131.

Σε περίπτωση που δεν αναφέρεται όνομα συγγραφέως σημειώνεται η λέξη Ανώνυμος (για ελληνική δημοσίευση) ή Anonymous.

Π.χ. Anonymous. Carcinoid tumors and syndrome (Editorial). JAMA 1986, 83-85.

Παραπομπές που αναφέρονται σε εργασίες, που δημοσιεύονται σε συμπληρώματα (supplements) εκδόσεων, πρέπει να συνοδεύονται με τον αριθμό του συμπληρώματος, που σημειώνεται σε παρένθεση μετά τον τόμο. Π.χ. AIDS, 28 (suppl. 2): 35.

Στη βιβλιογραφία των επίκαιρων θεμάτων παραλείπονται οι τίτλοι των εργασιών. Για την καταχώρηση συγγραμάτων ή μονογραφιών στο βιβλιογραφικό κατάλογο, αναφέρονται στη σειρά τα επώνυμα και τα αρχικά των συγγραφέων, ο τίτλος, ο αριθμός έκδοσης, ο εκδότης, η πόλη της έκδοσης, το έτος και οι σελίδες της αναφοράς. Η αναφορά σε ένα κεφάλαιο βιβλίου πρέπει να γίνεται με τον ακόλουθο τρόπο:

Μαρίνης Ε., Βογιατζάκης Ε.: Μυκοβακτηρίδια. Στο: Μαθήματα Μικροβιολογίας. 1^η Έκδοση. Ascent, Αθήνα 1992, 132-137.

Αν η βιβλιογραφική παραπομπή αποτελεί κεφάλαιο ενός συγγράματος που έχει γραφεί από ιδιαίτερο συγγραφέα, η αναφορά γίνεται ως εξής: Carman J.A. : *Bacillus anthracis*. In (Στο), Collins C.H. ed (ή Συντ.) *Medical Microbiology*. London, Academic Press 1985, 71-78.

Αγγλική περίληψη: Περιλαμβάνει τα ονόματα των συγγραφέων, τον τίτλο της εργασίας στα αγγλικά και την προέλευση της εργασίας. Στις πρωτότυπες εργασίες και στις ανασκοπήσεις πρέπει να έχει έκταση 350-500 λέξεις, ενώ στα υπόλοιπα

άρθρα 200-300 λέξεις. Πρέπει να αναφέρει το σκοπό της εργασίας, τη μέθοδο και το υλικό, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Στις ανασκοπήσεις πρέπει να αναφέρονται όλα τα κεφάλαια που θίγονται από τα βασικά συμπεράσματα.

Οι πίνακες πρέπει να γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα. Τα δεδομένα πρέπει να γράφονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε οι στήλες που έχουν παρόμοιο περιεχόμενο να διαβάζονται κάθετα και όχι οριζόντια. Το περιεχόμενο των πινάκων πρέπει να είναι αρκετά σαφές ώστε τα δεδομένα να είναι κατανοητά χωρίς να είναι απαραίτητη η αναδρομή στο κείμενο.

Οι εικόνες (φωτογραφίες, σχήματα κ.λπ.) πρέπει να υποβάλλονται σε ένα πρωτότυπο και δύο αντίγραφα. Στο πίσω μέρος των φωτογραφιών να υπάρχει ο αντίστοιχος αριθμός με μολύβι, ένα τόξο που να δείχνει το πάνω μέρος και τα ονόματα των συγγραφέων.

Οι σημειώσεις για τις φωτογραφίες (λεζάντες) να είναι σε ξεχωριστή σελίδα (προορίζονται για το τυπογραφείο).

Εφόσον χρησιμοποιούνται φωτογραφίες ασθενών, το πρόσωπό τους δεν πρέπει να ξεχωρίζει. Στην αντίθετη περίπτωση επιβάλλεται έγγραφη συγκατάθεση του ασθενούς για τη δημοσίευση της φωτογραφίας. Όλες οι εικόνες αναφέρονται στο κείμενο και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς.

Ανάτυπα: Η δαπάνη της παραγγελίας ανατύπων βαρύνει τους συγγραφείς και η συμφωνία γίνεται κατευθείαν με την εκδοτική εταιρεία χωρίς ανάμειξη της Σύntαξης του περιοδικού.

Διορθώσεις: ο υπεύθυνος για την αλληλογραφία συγγραφέας θα κάνει την τελευταία τυπογραφική διόρθωση, κατά την οποία αποκλείεται η τροποποίηση του αρχικού κειμένου.

- xi** Οδηγίες για τους συγγραφείς
- 99** Η σημασία του ανοσορρυθμιστικού υποδοχέα PD-1 στην εξέλιξη της HIV λοίμωξης
Δ.Ι. Χατζοπούλου, Α. Θεοδωρίδου
- 105** Το νόημα του ιού HIV και η διαχείρισή του ως «μυστικού» στην καθημερινή ζωή οροθετικών ατόμων
Μ.Χ. Κωνσταντινίδης
- 120** Μελέτη του επιπέδου γνώσης και της συμπεριφοράς των νέων γιατρών σε σχέση με την HIV λοίμωξη
Ι.Α. Κυριαζής, Ε. Ζέρβας, Μ. Σαρίδη
- 125** Γνώσεις, στάσεις και χρήση μεθόδων αντισύλληψης από νέους 18-24 ετών. Πιλοτική έρευνα στην περιοχή Αθηνών
Μ. Ηλιάδου, Δ. Αγραφιώτης
- 134** Άσηπτη μνιγγίτιδα σε πρωτολοίμωξη HIV
Κ. Παπανικολάου, Θ. Κακκαβάς, Β. Παπασταμόπουλος, Ι. Μπαρμπούτης, Ο. Γεωργίου, Α. Σκουτέλης

- xi** **Instructions to authors**
- 99** **The role of the immunoregulatory receptor PD-1 in HIV infection progression**
D.I. Chatzopoulou, A. Theodoridou
- 105** **The meaning of the HIV virus and the way it is handled as a “secret” in the everyday life of HIV seropositive people**
M. Konstantinidis
- 120** **AIDS knowledge and attitudes of young doctors at a regional hospital in Greece**
I.A. Kyriazis, E. Zervas, M. Saridi
- 125** **Knowledge, attitudes and use of contraceptive methods by young people (18-24). Pilot survey in the area of Athens**
M. Iliadou, D. Agrafiotis
- 134** **Aseptic meningitis in primary HIV infection**
K. Papanikolaou, T. Kakkavas, V. Papastamopoulos, I.G. Baraboutis, O. Georgiou, A. Skoutelis

Η σημασία του ανοσορρυθμιστικού υποδοχέα PD-1 στην εξέλιξη της HIV λοίμωξης

Δ.Ι. Χατζοπούλου, Α. Θεοδωρίδου

Περίληψη

Η πολύπλοκη ισορροπία μεταξύ θετικών και αρνητικών σημάτων που παρέχεται από τα συνδιεγερτικά μόρια είναι κρίσιμη στο να προκαλεί αποτελεσματικές ανοσολογικές απαντήσεις, διατηρώντας την ανοχή και προστατεύοντας από την αυτοανοσία. Στην οικογένεια των συνδιεγερτικών μορίων ανήκει και ο PD-1 (programmed cell death protein 1), που έχει περιγραφεί σαν αναστολέας της ενεργοποίησης των T-κυττάρων. Η πρόσδεση του PD-1 με τους συνδέτες του, αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό των T-κυττάρων και την παραγωγή κυτταροκινών. Ο PD-1 έχει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της περιφερικής ανοχής και στην παθογένεση του καρκίνου, της αυτοανοσίας και των χρόνιων ιογενών λοιμώξεων. Στην HIV λοίμωξη έχει βρεθεί ότι η έκφραση του PD-1 αυξάνεται στα HIV ειδικά CD8⁺ T-κύτταρα και σχετίζεται θετικά με το ιικό φορτίο. Ο αποκλεισμός της οδού PD-1/PD-L1 προάγει την ικανότητα των HIV ειδικών CD8⁺ και CD4⁺ T-κυττάρων να πολλαπλασιάζονται και να εκκρίνουν κυτταροκίνες. Τροποποιήσεις σε αυτή την ανοσολογική οδό, ίσως μπορέσουν να διασώσουν τη λειτουργία των «εξαντλημένων» CD8⁺ και CD4⁺ κυττάρων. Συμπερασματικά, η καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών με τους οποίους ο PD-1 επεμβαίνει στη λειτουργία των T-κυττάρων θα ανοίξει το δρόμο για ανοσολογικές παρεμβάσεις και νέες θεραπείες των νόσων στην ανοσοπαθογένεια των οποίων συμμετέχει.

Λέξεις κλειδιά: HIV λοίμωξη, συνδιεγερτικά μόρια, οδός PD-1/PDL.

The role of the immunoregulatory receptor PD-1 in HIV infection progression

D.I. Chatzopoulou, A. Theodoridou

Abstract

The intricate balance between positive and negative signals delivered by co-stimulatory molecules is crucial to generate efficient immune responses while maintaining tolerance and preventing autoimmunity. PD-1 (programmed cell death protein 1), which has been described as a negative regulator of T-cells activation, belongs to the family of co-stimulatory molecules. The engagement of PD-1 with its ligands inhibits T-cells proliferation and cytokine production. PD-1 has a crucial role in the maintenance of peripheral tolerance and the pathogenesis of cancer, autoimmunity and chronic viral infections. In HIV infection PD-1 expression is upregulated in HIV-specific CD8⁺ T-cells and shows a positive correlation with viral load. The blockade of the PD-1/PD-L1 pathway enhances the capacity of HIV-specific CD8⁺ and CD4⁺ T-cells to proliferate and to secrete cytokines. Modulations of this immunological pathway might rescue the exhausted CD8⁺ and CD4⁺ cells. Understanding the mechanisms by which PD-1 interferes with T-cells functions will pave the way for novel therapeutic immune interventions.

Key words: HIV infection, co-stimulatory molecules, PD-1/PDL pathway.

Τμήμα Ανοσολογίας-
Ιστοσυμβατότητας,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Immunology-
Histocompatibility
Department,
"Evangelismos"
General Hospital, Athens


Εισαγωγή

Η πλήρης διέγερση των σε ηρεμία Τ-λεμφοκυττάρων απαιτεί δύο σήματα. Το «σήμα 1» είναι ειδικό και πυροδοτείται μετά από αναγνώριση του συμπλόκου αντιγονικό πεπτίδιο-MHC (major histocompatibility complex) από τον ειδικό Τ κυτταρικό υποδοχέα (TCR, T-cells receptor). Το «σήμα 2» δεν είναι ειδικό και παρέχεται από τα συνδιεγερτικά μόρια (co-stimulatory molecules). Με τον όρο συνδιεγερτικά μόρια αναφερόμαστε τόσο σε μόρια με επαγωγικές ιδιότητες, όσο και σε μόρια με ανασταλτικές δράσεις. Η πολύπλοκη ισορροπία μεταξύ θετικών και αρνητικών σημάτων που παρέχεται από αυτά τα μόρια είναι κρίσιμη στο να προκαλεί αποτελεσματικές ανοσολογικές απαντήσεις, διατηρώντας την ανοχή και προστατεύοντας από την αυτοανοσία.

Τα μόρια της CD28/B7 οικογένειας, είναι το CD28, το CTLA-4 (CD152, cytotoxic T-lymphocyte antigen 4), το ICOS (inducible co-stimulatory molecule), το PD-1 (programmed cell death protein-1), το BTLA (B-and T-Lymphocyte attenuator) και οι B7 συνδέτες που είναι το B7-1 (CD80), το B7-2 (CD86), το ICOS-L, το B7-H1 (PD-L1), το B7-DC (PD-L2), το B7-H4 και το B7-H3 (Σχήμα 1).

Συγκεκριμένα για τον PD-1 και τους συνδέτες του, τον PD-L1 και τον PD-L2: Ο PD-1 είναι μια διαμεμβρανική πρωτεΐνη με μοριακό βάρος 50-55 KDa και παρουσιάζει ομολογία αμινοξέων με το CTLA-4 σε ποσοστό 23%, δεν έχει όμως την κρίσιμη αλληλουχία για σύνδεση με το B7-1 και το B7-2.

Η εξωκυττάρια περιοχή αποτελείται από ένα IgV-πεδίο, ενώ η ενδοκυττάρια διαθέτει δύο κατάλοιπα τυροσίνης. Η πρώτη τυροσίνη εμπεριέχεται σε ένα μοτίβο ITIM (immunoreceptor tyrosine-based inhibitory motif) και η δεύτερη σε ένα μοτίβο ITSM (immunoreceptor tyrosine-based switch motif). Ο PD-1 εκφράζεται στα ενεργοποιημένα CD4 και CD8 κύτταρα, στα Β-κύτταρα και σε κύτταρα μυελοειδούς προέλευσης, συμπεριλαμβανομένων των μονοκυττάρων και των δενδριτικών. Οι συνδέτες του PD-1 είναι ο PD-L1 (CD274) και ο PD-L2 (CD273). Είναι διαμεμβρανικές πρωτεΐνες με IgV και IgC παρόμοια πεδία στην εξωκυττάρια περιοχή. Ο PD-L1 εκφράζεται συνεχώς στα Τ-κύτταρα, Β-κύτταρα, μονοκύτταρα, μακροφάγα και δενδριτικά και η έκφρασή του αυξάνεται στα ενεργοποιημένα Τ-λεμφοκύτταρα, μακροφάγα και δενδριτικά. Επιπλέον, εκφράζεται σε μη λεμφικούς ιστούς όπως στον πλακούντα, τον πνεύμονα, την καρδιά και σε μυϊκά κύτταρα. Ο PD-L2 εκφράζεται σε μη λεμφικούς ιστούς και σε ενεργοποιημένα μονοκύτταρα και δενδριτικά. Σε αντίθεση, δηλαδή με το μόριο CTLA-4, που εκφράζεται μόνο στα Τ-λεμφοκύτταρα, το PD-1 εκφράζεται και σε άλλους πληθυσμούς κυττάρων. Το ίδιο ισχύει και για τους συνδέτες, η έκφραση των οποίων είναι σε πλήρη αντίθεση με τη λεμφοειδική έκφραση των συνδετών του CD28 και CTLA-4, δηλαδή των B7-1 και B7-2. Η ευρύτερη έκφραση των μορίων PD-1 και PD-L1 και PD-L2, αντανάκλα τον ευρύτερο ρόλο τους στην ανοσολογική ρύθμιση.

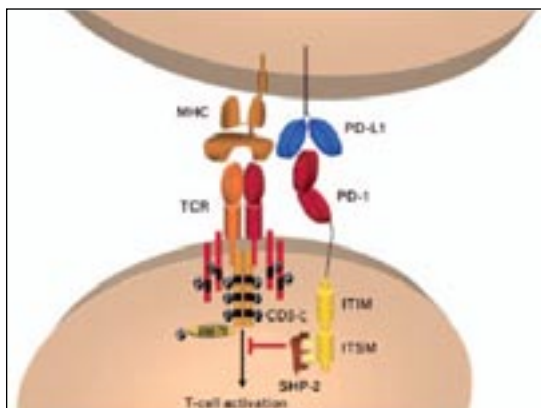


Receptors			Ligands	
Function	Expression	Name	Name	Expression
↑↑*	T (constitutive)	CD28	B7.1 (CD80)	Lymphoid (induced)
↓↓	T (activated)	CTLA-4 (CD152)	B7.2 (CD86)	Lymphoid (constitutive and upregulated)
↑↑	T (activated)	ICOS	ICOS-L (GL-50, B7h, B7RP-1, B7H-2)	Lymphoid, non-lymphoid (constitutive and upregulated)
↓↓	T, B, monocytes (activated)	PD-1	PD-L1 (B7-H1) PD-L2 (B7-DC)	Lymphoid, non-lymphoid (induced) Lymphoid, non-lymphoid (induced)
↑↑	T	?	PD-L1 (B7-H1) PD-L2 (B7-DC)	Lymphoid, non-lymphoid (induced) Lymphoid, non-lymphoid (induced)
↓↓	T, B (activated)	BTLA	B7x (B7S1, B7-H4)	Lymphoid, non-lymphoid (induced)
↑↑ ↓↓	T	?	B7-H3	Lymphoid, non-lymphoid (induced)

Σχήμα 1. Η CD28/B7 οικογένεια.⁵

Τρόπος δράσης της ανοσολογικής οδού PD-1/PD-L1/L2: Η σύνδεση του PD-1 με τα μόρια PD-L1 και PD-L2, παρέχει ανασταλτικά μηνύματα στα κύτταρα και συγκεκριμένα, μειώνει την ικανότητα πολλαπλασιασμού τους και την παραγωγή κυτταροκινών. Η ανασταλτική δράση επιτυγχάνεται με το δεύτερο μοτίβο τυροσίνης, το ITSM, στο ενδοκυττάριο τμήμα του PD-1 (Σχήμα 2). Η σύνδεση, προκαλεί ταχεία φωσφορυλίωση του μοτίβου ITSM, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη στρατολόγηση της φωσφατάσης SHP-2, η οποία με τη σειρά της αποσφωσφορυλιώνει δραστικά μόρια, όπως το ZAP70 και CD3ζ και, τελικά, έχουμε εξασθένηση της δράσης διαφόρων κινασών.

Ορισμένες μελέτες^{1,2} αναφέρουν πιθανή διεγερτική δράση της ανοσολογικής αυτής οδού. Υποθέσεις που ερμηνεύουν αυτή τη μη ανασταλτική δράση είναι: α) Η ύπαρξη άλλου υποδοχέα για τους συνδέτες. Μεταλλάξεις στο PD-L1 και PD-L2 ακυρώνουν τη σύνδεση με το PD-1, αλλά διατηρούν διεγερτική δράση όταν εκφράζονται σαν διαλυτές πρωτεΐνες. β) Το ITSM μοτίβο έχει αρνητική ή θετική δράση ανάλογα με την παρουσία άλλων μορίων, η παρουσία των οποίων εξαρτάται από την κατάσταση ενεργοποίησης του κυττάρου. γ) Σημασία έχει και η κατάσταση ενεργοποίησης των APC (antigen-presenting cell). Φαίνεται ότι οι ανασταλτικές δράσεις του PD-L1 μεσολαβούνται από τα σε ηρεμία δενδριτικά, αλλά όχι από τα ενεργοποιημένα και, τέλος, δ) σημασία έχει και η θέση του PD-1 σε σχέση με τον TCR. Ανασταλτική δράση υπάρχει μόνο αν ο PD-1 είναι σε εγγύτητα με τον TCR. Όλα αυτά τα αποτελέσματα αντικατοπτρίζουν την ανάγκη για περαιτέρω μελέτη αυτών των μορίων και του τρόπου δράσης τους.

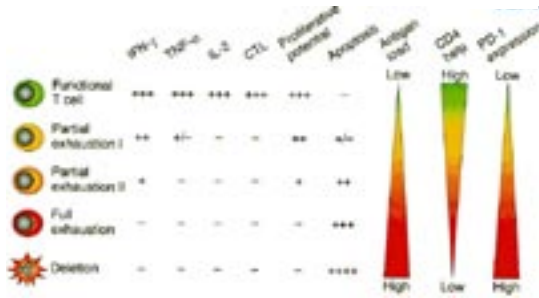


Σχήμα 2. Σηματοδότηση μέσω PD-1.⁶

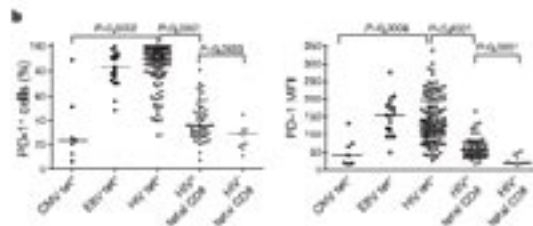
Ο ρόλος του PD-1 στην αυτοανοσία και στον καρκίνο: Η λειτουργική σημασία του ανασταλτικού σήματος του PD-1 διαπιστώθηκε με τη μελέτη ποντικών PD-1^{-/-}. Τα PD-1^{-/-} ποντίκια αναπτύσσουν διάφορα αυτοάνοσα νοσήματα, αναλόγως του γενετικού τους υποβάθρου, όπως αρθρίτιδα, σπειραματονεφρίτιδα, καρδιομυοπάθεια. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν μελέτες του ρόλου των PD-1/PD-L1/L2 στον καρκίνο. Χρησιμοποιώντας διάφορες πειραματικές προσεγγίσεις, σε ποντίκια, έχει φανεί ότι η αναστολή της αντίδρασης μεταξύ PD-1 και PD-L1, βελτιώνει την έκβαση του καρκίνου, όσον αφορά τη μετάσταση και τη θεραπεία. Επίσης, στον άνθρωπο, τα επίπεδα έκφρασης του PD-L1 στα καρκινικά κύτταρα, έχουν αντίστροφη σχέση με την πρόγνωση εξέλιξης του καρκίνου.

PD-1 και χρόνιες λοιμώξεις: Η σύνδεση του PD-1 φαίνεται να έχει έναν ανασταλτικό ρόλο στην ανοσολογική απάντηση στις χρόνιες λοιμώξεις. Μελέτες σε ποντίκια με λοίμωξη με τον ιό LCMV (chronic lymphocytic choriomeningitis virus), έδειξαν αυξημένη έκφραση του PD-1 στα CD8⁺ T-λεμφοκύτταρά τους στη χρόνια μορφή της λοίμωξης και απώλεια της έκφρασής του στις περιπτώσεις ιικής κάθαρσης. Σε λοίμωξη με τον ιό HCV, στην οξεία φάση, παρατηρήθηκε αύξηση της έκφρασης του PD-1 στα ειδικά για τον HCV CD8⁺ T-λεμφοκύτταρα. Οι ασθενείς που αντιμετώπισαν τη λοίμωξη, είχαν λιγότερο αριθμό CD8⁺ T-λεμφοκυττάρων με αυξημένη έκφραση PD-1 και έχασαν την PD-1 έκφραση μετά την οξεία φάση. Στις χρόνιες λοιμώξεις με HCV, τα ειδικά CD8⁺ T-λεμφοκύτταρα διατήρησαν αυξημένα επίπεδα PD-1. Και άλλοι ιοί φαίνεται να έχουν ανακαλύψει αυτή την ανοσολογική οδό για να πετύχουν εξασθένηση του ανοσιακού συστήματος και επίμονη λοίμωξη.

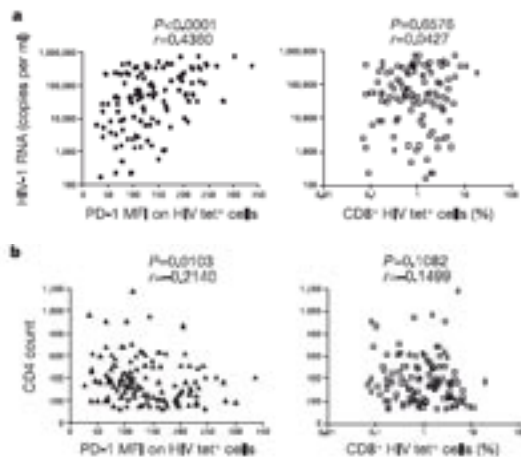
T-κυτταρική εξάντληση κατά τη διάρκεια χρόνιων ιογενών λοιμώξεων: Τα ειδικά για κάθε ιό CD8⁺ T-κύτταρα έχουν πολλαπλές λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένων της παραγωγής κυτταροκινών (IFN-γ, TNF-α, IL-2), της κυτταροτοξικότητας, της πολλαπλασιαστικής ικανότητας και της αντίστασης στην απόπτωση. Κατά τη διάρκεια των χρόνιων λοιμώξεων οι λειτουργίες αυτές εξαντλούνται (Σχήμα 3). Υπάρχουν διάφορα στάδια εξάντλησης ανάλογα με το βαθμό απώλειας των λειτουργιών που αναφέρθηκαν. Το αντιγονικό φορτίο και η βοήθεια από τα CD4⁺ T-λεμφοκύτταρα, επηρεάζουν σημαντικά αυτή την εξάντληση. Όσο το αντιγονικό φορτίο αυξάνεται και τα CD4⁺ μειώνονται,



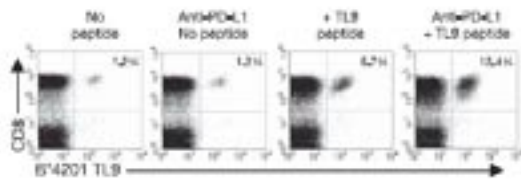
Σχήμα 3. Τ κυτταρική εξάντληση κατά τη διάρκεια χρόνιων ιογενών λοιμώξεων.⁷



Σχήμα 4. Ο PD-1 υπερεκφράζεται σε ειδικά για τον HIV CD8⁺ T-κύτταρα. (HIV(+)⁷¹ άτομα, HIV(-)¹¹ άτομα).³



Σχήμα 5. α) Η έκφραση του PD-1 σχετίζεται θετικά με το ιικό φορτίο, β) Η έκφραση του PD-1 σχετίζεται αρνητικά με τον αριθμό των CD4⁺ T-κυττάρων.³

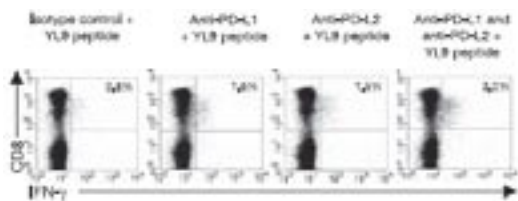


Σχήμα 6. Ο αποκλεισμός της οδού PD-1/PD-L1 αυξάνει την επέκταση των ειδικών για τον HIV CD8⁺ T-κυττάρων.³

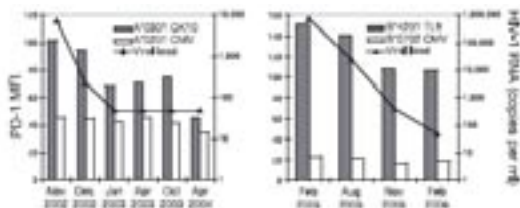
τόσο τα ειδικά για τον ιό CD8⁺ εξαντλούνται. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η οδός PD1/PDL1 έχει ρόλο κεντρικό στην εξάντληση των CD8⁺ T-κυττάρων. Αυξημένη έκφραση του PD-1 από τα ειδικά T-κύτταρα και του PD-L1 από τα APCs, οδηγεί σε σοβαρή εξάντληση κατά τη διάρκεια των χρόνιων ιογενών λοιμώξεων.

PD-1 και HIV λοίμωξη: Μελέτες^{3,4} έχουν εισαγάγει τον PD-1 ως ένα νέο δείκτη δυσλειτουργίας των CD8⁺ T-κυττάρων στην HIV λοίμωξη. Η μελέτη³ έδειξε ότι:

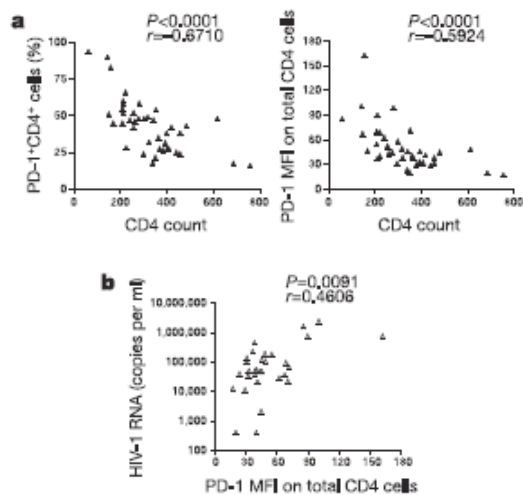
1. Ο PD-1 υπερεκφράζεται σε ειδικά για τον HIV CD8⁺ T-κύτταρα. Η χρήση τετραμερών, δηλαδή διαλυτών συμπλεγμάτων από τέσσερα MHC μόρια συνδεδεμένα με αντιγονικό πεπτιδίο και φθορίζουσα ουσία, επιτρέπει την άμεση μέτρηση των ειδικών για έναν ιό CD8⁺ T-κυττάρων με κυτταρομετρία ροής. Στο Σχήμα 4 φαίνεται το ποσοστό και η μέση ένταση φθορισμού (MFI) της έκφρασης του PD-1 σε ειδικά για τον CMV, EBV και HIV CD8⁺ T-κύτταρα, σε σύγκριση με το συνολικό CD8⁺ T-πληθυσμό σε HIV(+) άτομα που δεν έχουν λάβει θεραπεία και σε HIV(-) άτομα.
2. Η έκφραση του PD-1 σχετίζεται με την εξέλιξη της HIV λοίμωξης. Στη μελέτη³ με κυτταρομετρία ροής και χρήση τετραμερών, διαπιστώθηκε ότι: α) δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των ειδικών για τον HIV CD8⁺ T-κυττάρων και του ιικού φορτίου (Σχήμα 5α, δεξιό διάγραμμα), αλλά υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της (MFI) της έκφρασης του PD-1 στα ειδικά για τον HIV κύτταρα και του ιικού φορτίου (Σχήμα 5α, αριστερό διάγραμμα), δηλαδή η έκφραση του PD-1 σχετίζεται θετικά με το ιικό φορτίο, β) δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ειδικών για τον HIV CD8⁺ T-κυττάρων και του αριθμού των CD4⁺ T-κυττάρων (Σχήμα 5b, δεξιό διάγραμμα), αλλά υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της (MFI) της έκφρασης του PD-1 στα ειδικά για τον HIV κύτταρα και του αριθμού των CD4⁺ T-κυττάρων (Σχήμα 5b, αριστερό διάγραμμα), δηλαδή η έκφραση του PD-1 σχετίζεται αρνητικά με τον αριθμό των CD4⁺ T-κυττάρων.
3. Ο αποκλεισμός της οδού PD-1/PD-L1 αυξάνει την επέκταση των ειδικών για τη λοίμωξη CD8⁺ T-κυττάρων και την παραγωγή IFN-γ από αυτά: α) ενώ ο αποκλεισμός της οδού PD-1/PD-L1 για 6 ώρες δεν ήταν ικανός να διασώσει τα ειδικά για τον HIV CD8⁺ T-κύτταρα, ο αποκλεισμός του για 6 μέρες με παράλληλη διέγερση τους με ένα HIV πεπτιδίο, οδήγησε στον πολλαπλασιασμό



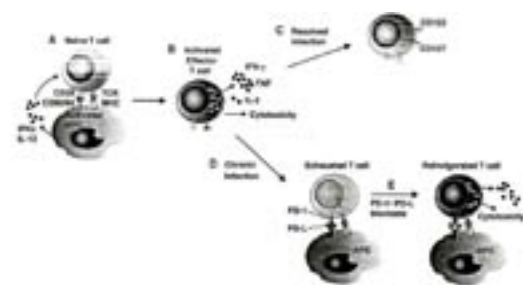
Σχήμα 7. Επώαση CD8⁺ T κυττάρων με HIV πεπτίδιο (YL9) μόνο, ή και με αντίσωμα αντι-PDL1, ή και με αντίσωμα αντι-PDL2, ή και με τα δύο αντισώματα, οδήγησε σε αυξημένη παραγωγή IFN-γ.³



Σχήμα 8. Η έκφραση του PD-1 ελαττώνεται σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιρετροϊκή αγωγή (γκρι ραβδογράμματα: έκφραση PD-1 σε HIV-ειδικά κύτταρα, λευκά ραβδογράμματα: έκφραση PD-1 σε CMV-ειδικά κύτταρα).³



Σχήμα 9. PD-1 και CD4⁺ T-κύτταρα.³



Σχήμα 10. Ο αποκλεισμός της οδού PD1/PDL μπορεί να αναζωογονήσει τα T-κύτταρα και να τα κάνει ικανά να πολλαπλασιαστούν και να ανακτήσουν τις λειτουργίες τους.⁷

τους (Σχήμα 6), β) μετά από επώαση 6 μερών των CD8⁺ T-κυττάρων με HIV πεπτίδιο μόνο, ή και με αντίσωμα αντι-PDL1, ή και με αντίσωμα αντι-PDL2, ή και με τα δύο αντισώματα, οδήγησε σε αυξημένη παραγωγή IFN-γ (Σχήμα 7).

4. Η έκφραση του PD-1 ήταν ελαττωμένη σε ασθενείς που λάμβαναν αντιρετροϊκή αγωγή (HAART: highly activated antiretroviral therapy):³ στα διαγράμματα δύο ασθενών (Σχήμα 8), μετά την έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής, η έκφραση του PD-1 μειώθηκε στα HIV-ειδικά, αλλά όχι στα CMV-ειδικά, CD8⁺ T-κύτταρα.

5. PD-1 και CD4⁺ T-κύτταρα: βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του απόλυτου αριθμού των CD4⁺ T-κυττάρων και της PD-1 έκφρασης στα CD4⁺ T-κύτταρα (Σχήμα 9a) και θετική συσχέτιση με το ιικό φορτίο (Σχήμα 9b). Αυτό ισχύει τόσο για την MFI, όσο και για το ποσοστό των CD4⁺ T-κυττάρων που εκφράζουν PD-1. Επίσης, εξετάστηκε το αποτέλεσμα του αποκλεισμού της οδού PD1/PDL1 στα ειδικά για τον HIV CD4⁺ T-κύτταρα. Βρέθηκε αύξηση των αντιγονοειδικών CD4⁺ T-κυττάρων παρουσία αντισώματος έναντι του PDL1.

Συμπεράσματα

Τα δεδομένα αυτά μπορεί να βοηθήσουν στην έρευνα νέων θεραπειών για την αντιμετώπιση των χρόνιων ιογενών λοιμώξεων, όπως η HIV λοίμωξη, οι οποίες στοχεύουν στον αποκλεισμό της οδού PD1/PDL1. Μετά την αντιγονοπαρουσίαση, τα ενεργοποιημένα δραστικά κύτταρα οδηγούν στην αντιμετώπιση της λοίμωξης και την παραγωγή μνημονικών κυττάρων (Σχήμα 10a,b,c). Στις χρόνιες λοιμώξεις τα T-κύτταρα εξαντλούνται κι εκφράζουν αυξημένα επίπεδα PD-1. Ο αποκλεισμός της οδού PD1/PDL μπορεί να αναζωογονήσει τα T-κύτταρα και να τα κάνει ικανά να πολλαπλασιαστούν και να ανακτήσουν τις λειτουργίες τους (Σχήμα 10d,e).

Βιβλιογραφία

- Blank, C., Gajewski, T.F., Mackensen, A. Interaction of PD-L1 on tumor cells with PD-1 on tumor-specific T cells as a mechanism of immune evasion: implications for tumor immunotherapy. *Cancer Immunol Immunother*, 2005;54:307-314.
- Blank, C., Mackensen, A. Contribution of the PD-L1/PD-1 pathway to T-cell exhaustion: an update on implications for chronic infections and tumor evasion. *Cancer Immunol Immunother*, 2007;56:739-745.

3. Day, C.L., Kaufmann, D.E., Kiepiela, P., et al. PD-1 expression on HIV-specific T cells is associated with T-cell exhaustion and disease progression. *Nature*, 2006;443:350–354.
4. Trautmann, L., Janbazian, L., Chomont, N., et al. Upregulation of PD-1 expression on HIV-specific CD8+ T cells leads to reversible immune dysfunction. *Nat Med*, 2006;12:1198–1202.
5. Carreno, B.M., Collins, M. BTLA: a new inhibitory receptor with a B7-like ligand. *Trends Immunol*, 2003;24(10):524-527.
6. Trautmann, L., Said, E., Halwani, R., Janbazian, L., Chomont, N., El-Far, M., Breton, G., Haddad, E., Sekaly, R-P. Programmed death 1: a critical regulator of T-cell function and a strong target for immunotherapies for chronic viral infections. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 2007;2(3):219-227.
7. Freeman, G.J., Wherry, E.J., Ahmed, R., Sharpe, A.H. Reinvigorating exhausted HIV-specific T-cells via PD-1-PD-1 ligand blockade. *J. Exp. Med.*, 2006;203(10):2223-2227.

Το νόημα του ιού HIV και η διαχείρισή του ως «μυστικού» στην καθημερινή ζωή οροθετικών ατόμων

Μ.Χ. Κωνσταντινίδης

Περίληψη

Το παρόν άρθρο αποτελεί μέρος έρευνας πτυχιακής εργασίας στο πλαίσιο μεταπτυχιακού προγράμματος ειδίκευσης στην Κοινωνική Εργασία. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε στην πόλη του Monterrey στο Μεξικό, από Οκτώβριο ως Δεκέμβριο του 2006. Στο άρθρο παρουσιάζονται συνοπτικά, κείμενα και σχόλια από θεωρίες και έρευνες σχετικές με το σύνδρομο HIV/AIDS καθώς και ευρήματα σχετικά με τη διαχείριση του μυστικού της μόλυνσης από τον ιό HIV, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τη σχέση με το γιατρό καθώς και τα καθημερινά βιώματα ατόμων που ζουν με τον ιό. Η συλλογή των ποιοτικών δεδομένων βασίστηκε σε τρεις τεχνικές της ποιοτικής μεθοδολογίας: συμμετοχική παρατήρηση σε συνεδρίες ομάδων αυτοβοήθειας, συνεντεύξεις σε βάθος και ομαδικά εστιασμένη συνέντευξη, ενώ η ανάλυση έγινε υπό το φως της φαινομενολογικής προσέγγισης. Στο παρόν άρθρο γίνεται εστίαση στα ευρήματα από τις συνεντεύξεις σε βάθος και την ομαδικά εστιασμένη συνέντευξη.

Λέξεις κλειδιά: HIV-διάγνωση, χρόνια ασθένεια, AIDS, HIV-οροθετικός, φαινομενολογία, ανάλυση περιεχομένου, πρότυπο.

The meaning of the HIV virus and the way it is handled as a “secret” in the everyday life of HIV seropositive people

M. Konstantinidis

Abstract

This present article is part of a survey of a dissertation that was carried out for a postgraduate programme that had to do with the specialization on the social work. The collection of the facts took place in Monterrey, Mexico from October to December 2006. In this article, selected texts and comments from surveys related to HIV/AIDS syndrome are briefly presented, as well as findings that have to do with the study of how the secret of the HIV contamination is managed, with the provided services, with the relationship an infected person has with the doctor and furthermore with the daily experiences that HIV positive persons have to deal with. The collection of the quality data was based on the three techniques of the quality methodology: participated observation during group sessions having to do with self-help, interviews in depth and a focused group interview. The analysis of the quality data was fulfilled with the help of the phenomenological approach. This article focuses on the findings from the interviews that search the inner self of the person and on the value of the group interview.

Key words: HIV-diagnosis, chronic disease, AIDS, HIV-positive, phenomenology, content analysis, pattern.

Εισαγωγή

Το σύνδρομο HIV/AIDS είναι μια πηγή μεγάλου στρες για το άτομο. Η διαδικασία της προσαρμογής είναι περίπλοκη και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες (ατομικούς, οικογενειακούς, περιβαλλοντικούς). Η μόλυνση παρουσιάζεται συχνά ως ένας άξονας γύρω από τον οποίο

περιστρέφεται η ζωή του ατόμου, προκαλεί μια σειρά από ραγδαίες αλλαγές και τροποποιεί σημαντικά την καθημερινή ζωή και τις συνήθειες του. Η Nettleton¹ τονίζει ότι οι αλλαγές παρουσιάζονται με τρόπο επιτακτικό ως ένα επιπρόσθετο άγχος. Ορισμένες αντιδράσεις που έχουν παρατηρηθεί περιλαμβάνουν μια αίσθηση σοκ,

Λέκτωρ (Π.Δ. 407/80),
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο
Θράκης

Lector (By Decree 407/80),
Democritus University
of Thrace

εναλλαγή δυνατών συναισθημάτων όπως ενοχή, απελπισία, λύπη, ματαίωση, φόβος και, βεβαίως, την προσπάθεια της αποδοχής και προσαρμογής στις νέες συνθήκες με την υιοθέτηση νέων ρόλων και στάσεων.

Το θέμα της ανακοίνωσης της μόλυνσης από HIV, είναι φανερό ότι είναι ένα σημείο πολύ κρίσιμο στη ζωή και στην προσωπική πορεία των ανθρώπων. Η μόλυνση προκαλεί ρωγμές, ασυνέχειες και αλλαγές στη ζωή τους. Η ψυχολογική προετοιμασία για να δεχτούν και να χειριστούν το HIV θετικό αποτέλεσμα είναι μηδαμινή. Κάθε ένα από τα άτομα περνάει από μια φάση λύπης και ενοχής, προσπαθεί να αγκιστρωθεί και να στηριχθεί από πρόσωπα και υπηρεσίες για να αντιμετωπίσει το νέο τρόπο ζωής. Προσπαθεί να δώσει νόημα στο γεγονός, να βρει λύσεις στα προβλήματα που προκύπτουν, να επανακαθορίσει τους στόχους και τις προτεραιότητές του.

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός μας ήταν να γίνει καλύτερα κατανοητός ο χειρισμός της μόλυνσης από τον ιό ως «μυστικό ζωής» και να μελετηθεί το βίωμα του HIV στην καθημερινή ζωή των οροθετικών ατόμων.

Ειδικοί στόχοι

- Να εξεταστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα μετά τη διάγνωση και να γίνουν γνωστά τα συναισθήματα και οι απόψεις τους.
- Να αναδειχθούν οι απόψεις και αντιλήψεις τους για τη σημασία των φαρμάκων, για την παρεχόμενη βοήθεια από τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας που έχουν προσέλθει, καθώς και για τις σχέσεις με τον ιατρό τους.
- Να προβληθούν οι αλλαγές που είχαν μετά τη διάγνωση, αλλά και τα σημερινά τους προβλήματα και επιδιώξεις.

Μεθοδολογία

Η προσέγγιση αυτής της μελέτης βασίστηκε στη φαινομενολογική άποψη και κυρίως στη θεωρία που ανέπτυξε ο Edmund Husserl,² ο οποίος ορίζει τη φαινομενολογία ως επιστήμη του αμιγούς-καθαρού φαινομένου. Η φαινομενολογία είναι ένα φιλοσοφικό ρεύμα που χαρακτηρίζεται από την κεντρική θέση που δίνει στην προσωπική εμπειρία. Επιπλέον, σύμφωνα με την Gonzalez de la Fe,³ είναι η φιλοσοφία της υποκειμενικότητας και της διυποκειμενικότητας. Έτσι, είναι ση-

μαντική για τη φαινομενολογία η εικόνα του κόσμου που μας παρέχει η συνηθισμένη γλώσσα της καθημερινής ζωής. Στο παρόν άρθρο παρατίθενται αυτούσιες οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Σύμφωνα με τον Daly,⁴ οι ποιοτικές μέθοδοι είναι πολύ ευαίσθητες στη μελέτη ορισμένων ειδικών ομάδων και προσαρμόζονται στην κατανόηση των σημασιών, των ερμηνειών και των υποκειμενικών εμπειριών. Οι έρευνες ευαίσθητων θεμάτων, όπως τονίζει η Κανδυλάκη,⁵ απαιτούν ένα τύπο έρευνας στον οποίο ο ερευνητής μπορεί να διεισδύσει στην προσωπική ζωή εκείνων που ζουν το πρόβλημα.

Τεχνικές συλλογής δεδομένων

Για τις ανάγκες της έρευνας επιλέχθηκε η χρήση της ημιδομημένης συνέντευξης. Αυτός ο τύπος της συνέντευξης χαρακτηρίζεται από μεγάλη ευελιξία, επιτρέποντας έναν λεπτομερή οδηγό θεμάτων ή ενός σκελετού που καλύπτει τις βασικές ερωτήσεις που θα πραγματοποιηθούν στη συνέντευξη. Είναι μια τεχνική δυναμική και επαγωγική όπου ο ερευνητής λειτουργεί ως εργαλείο στη συλλογή των δεδομένων και προσπαθεί να κατανοήσει τον κόσμο έτσι όπως τον βλέπει ο ερωτώμενος. Σύμφωνα με διάφορους συγγραφείς (Kvale,⁶ Κανδυλάκη,⁵ Robinson⁷), η συνέντευξη συλλογής ποιοτικών δεδομένων, μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν η έρευνα εστιάζεται στο υποκειμενικό νόημα μιας κοινωνικής κατάστασης ή ενός φαινομένου. Η χρήση της συνέντευξης σε βάθος επιτρέπει την αναλυτική αναφορά σε μια εμπειρία ή βίωμα με τα ίδια τα λόγια του υποκειμένου της έρευνας.

Για τους ερωτώμενους που παραπέμφθηκαν από άλλα πρόσωπα ο ερευνητής ζήτησε να απαντήσουν σε ένα πολύ σύντομο ερωτηματολόγιο (καθορισμός επιλογής συμμετεχόντων για την έρευνα) πριν την έναρξη της συνέντευξης. Οι συνεντεύξεις είχαν μέσο όρο διάρκειας 90 λεπτών. Η συνέντευξη συμπεριλάμβανε εννέα θεματικές ενότητες (topics) και χρησιμοποιήθηκαν ανοικτές ερωτήσεις. Οι συνεντεύξεις άρχιζαν με την παρουσίαση και εξήγηση του σκοπού της συνέντευξης, την εμπιστευτικότητα της και τη χρησιμότητα που θα είχε η συνέντευξη. Έπειτα οι συμμετέχοντες υπέγραφαν ένα κείμενο συναίνεσης, του οποίου τους εξηγείτο η σημασία, και τους ζητούνταν η άδεια για να μαγνητοφωνηθεί η συνέντευξη.

Επιλογή του δείγματος

Πραγματοποιήθηκαν 18 συνεντεύξεις, 6 με άνδρες ετεροφυλόφιλους, 6 με άνδρες ομοφυλόφιλους και 6 με γυναίκες ετεροφυλόφιλες. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο, μονάδες ειδικών λοιμώξεων, κλινικές και ΜΗ.ΚΥ.Ο. (Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις) στην πόλη του Monterrey.

Επιλέχθηκαν άτομα ηλικίας 25-45 ετών τα οποία μολύνθηκαν με σεξουαλική επαφή. Αυτή η επιλογή βασίστηκε στα δεδομένα της Παναμερικανικής Οργάνωσης Υγείας⁸ (OPS 1998), τα οποία υπογραμμίζουν ότι ο HIV μεταδίδεται στις αμερικανικές χώρες κυρίως με σεξουαλική επαφή. Σύμφωνα με τα στοιχεία από το επιδημιολογικό πανόραμα του HIV/AIDS και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων⁹ (ITS 2006), στο Μεξικό οι ενήλικες HIV-οροθετικοί από 15 ετών και άνω είναι 90.679 και αποτελούν το 97,5% του συνόλου των οροθετικών ατόμων. Σύμφωνα με τους Garcia και Rangel,¹⁰ στην αρχή της καταγραφής των περιπτώσεων θεωρούνταν ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των μολυσμένων από τον ιό ατόμων βρίσκονταν στις ηλικίες 20 έως 30 ετών (με μέσο όρο τα 31 έτη), αλλά τα τελευταία χρόνια (2004-2006) ο μέσος όρος ηλικίας έχει αυξηθεί στα 34 έτη.

Σύμφωνα με δεδομένα του Υπουργείου Υγείας του Μεξικού, αναφερόμενα από τους Alarcon and Ponce de Leon,¹¹ το AIDS είναι αιτία περισσότερο από 40.000 θανάτων στο Μεξικό. Το 2000 ήταν η δέκατη έβδομη αιτία θανάτου. Η ομάδα ηλικιών που είναι περισσότερο επηρεασμένη από την επιδημία είναι οι ηλικίες 25-45 ετών. Το AIDS αποτελεί την τέταρτη αιτία θανάτου στους άνδρες και την έβδομη στις γυναίκες των ηλικιών αυτών. Είναι φανερό ότι η πλειοψηφία των περιπτώσεων βρίσκεται σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα και για αυτό το λόγο, επιλέχθηκαν άτομα αυτής της ηλικίας για την έρευνα.

Ερμηνεία, κατηγοριοποίηση και ανάλυση των δεδομένων

Το πρώτο βήμα για την ερμηνεία των δεδομένων ήταν η μεταγραφή των ηχογραφημένων συνεντεύξεων σε κείμενο. Η μεταγραφή αυτή σεβάστηκε ιδιωτισμούς που χρησιμοποιήθηκαν από τους συμμετέχοντες. Όλες οι συνεντεύξεις συγκεντρώθηκαν σε Word και έπειτα εκτυπώθηκαν με σκοπό να βρεθούν λέξεις-κλειδιά στα κείμενα.

Ο ερευνητής σε αυτήν την έρευνα, πριν ξεκινήσει η διαδικασία της κατηγοριοποίησης των δεδομένων, εξοικειώθηκε με τα κείμενα των συνεντεύ-

ξεων διαβάζοντάς τα πολλές φορές και ακούγοντας τις μαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις, ώστε να μπορέσει να σημειώσει στο περιθώριο των σελίδων τις κεντρικές ιδέες. Επίσης, λήφθηκαν υπόψη οι σημειώσεις και παρατηρήσεις του ερευνητή κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Η φάση της εξοικείωσης άρχισε με ένα γενικό πανόραμα του βήθους και της διαφορετικότητας των δεδομένων, ακολουθώντας τη διαδικασία των περιλήψεων και κατασκευάζοντας μεγάλες παραγράφους με λέξεις-κλειδιά.

Η στρατηγική που χρησιμοποιήθηκε για τη μείωση των δεδομένων ήταν σε πρώτη φάση η μείωση των δεδομένων σε κάθε συνέντευξη και μετά μεταξύ των περιπτώσεων, η οποία ονομάζεται ανάλυση περιεχομένου.¹² Έτσι, επιλέχθηκαν αποσπάσματα του υλικού των συνεντεύξεων τα οποία προσέφεραν μια βαθιά ενδοσκόπηση στις διηγήσεις των συμμετεχόντων σε συνδυασμό με τα θεωρητικά σχόλια της σχετικής βιβλιογραφίας.

Εμπιστευτικότητα και εγκυρότητα

Η έννοια της εμπιστευτικότητας στην έρευνα με χρήση ποιοτικής μεθοδολογίας αναφέρεται στο βαθμό της συνοχής και συνέπειας των δεδομένων στην εξέλιξη της έρευνας και επιπλέον, στο βαθμό στον οποίο τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν νόημα και αξία περισσότερο ευρεία.¹³ Η έννοια της εγκυρότητας αναφέρεται στο βαθμό της αντιστοιχίας των σκοπών και ερωτημάτων με τα αποτελέσματα της διαδικασίας της έρευνας. Δηλαδή, αναφέρεται στα δεδομένα που έχουν συλλεγεί από το πεδίο της έρευνας, την ανάλυση και ερμηνεία που αντιστοιχούν στην κοινωνική πραγματικότητα ή απαντούν με κατάλληλο τρόπο στα ερωτήματα της έρευνας.¹⁴

Για να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα των δεδομένων σε αυτήν τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της ομαδικά εστιασμένης συνέντευξης. Αυτή η τεχνική βοήθησε τον ερευνητή στο να αποφύγει τις αδυναμίες των χρησιμοποιούμενων μεθόδων στη διασταύρωση των ευρημάτων (τριγωνοποίηση) και στο να αποφευχθούν λανθασμένα συμπεράσματα. Σύμφωνα με τον Korman,¹⁵ το ιδανικό μέγεθος για να λειτουργήσει μια ομαδικά εστιασμένη συνέντευξη είναι μεταξύ 6 και 10 συμμετεχόντων. Στην παρούσα έρευνα εφαρμόστηκε σε 7 άτομα ηλικίας από 25 ως 45 ετών (3 άνδρες ομοφυλόφιλους, 2 άνδρες ετεροφυλόφιλους και 2 γυναίκες ετεροφυλόφιλες), με σκοπό την επαλήθευση των δεδομένων και την εφαρμογή μιας συνεχούς σύγκρισης μέσα από νέες περιπτώσεις για την ερμηνεία των δεδομένων.

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας αναδύονται πολύ συχνά σε όλους τους τύπους της κοινωνικής έρευνας. Ωστόσο, στην ποιοτική έρευνα αυτά τα ζητήματα έχουν ένα ειδικό βάρος εξαιτίας της άμεσης και συχνής επαφής μεταξύ ερευνητή και υποκειμένων της έρευνας. Στην παρούσα έρευνα η ανωνυμία ήταν απόλυτα εγγυημένη. Οι συμμετέχοντες μοιράστηκαν με τον ερευνητή δεδομένα της προσωπικής και κοινωνικής τους ζωής μέσα σε κλίμα απόλυτα εχέμυθο και ασφαλές. Ειδικότερα, στις συνεντεύξεις θίχθηκαν πολύ ευαίσθητα θέματα, όπου η εμπιστοσύνη έπαιξε έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και εγκαθίδρυση σχέσεων μεταξύ ερευνητή και συμμετεχόντων, αφού τα ζητήματα της ανωνυμίας και της εμπιστοσύνης δεν έχουν μόνο μια ηθική διάσταση, αλλά επηρεάζουν την ποιότητα της διαδικασίας της έρευνας. Έτσι, ο ερευνητής επέλεξε ελληνικά ψευδώνυμα για κάθε έναν από τους συμμετέχοντες.

Η προστασία των συμμετεχόντων πρέπει να λαμβάνεται πολύ σοβαρά υπόψη εκ μέρους του ερευνητή κατά τη διάρκεια της έρευνας. Οποιοδήποτε λάθος ή αδυναμία στη διαδικασία της έρευνας μπορεί να προκαλέσει το κλείσιμο του πεδίου για μελλοντικές έρευνες, δηλαδή αδυναμία πρόσβασης και συνεργασίας με τα πρόσωπα.¹⁴

Η συγκατάθεση των συμμετεχόντων είναι ίσως το πιο σημαντικό θέμα ηθικής στη διαδικασία της ποιοτικής έρευνας.¹⁶ Σε αυτήν την έρευνα η συγκατάθεση δόθηκε γραπτή και δημιούργησε συγκεκριμένες υποχρεώσεις στον ερευνητή σε σχέση με την πρόσβαση των συμμετεχόντων στα αποτελέσματα και ευρήματα της έρευνας. Αυτό εξυπηρετεί διάφορους σκοπούς: είναι μέρος της συμφωνίας μεταξύ ερευνητή και συμμετεχόντων και επιπλέον είναι μια στρατηγική για επιβεβαίωση των δεδομένων.

Περιορισμοί της έρευνας

Σύμφωνα με τον Ιωσηφίδη,¹⁴ οι περιορισμοί που έχει συχνά μια ποιοτική μελέτη βασισμένη σε συνεντεύξεις σε βάθος είναι: οι δυσκολίες του ερευνητή να έλθει σε επαφή με τους πιθανούς συμμετέχοντες (που είναι ένας βασικός περιορισμός, δεδομένου ότι είναι δύσκολο να μιλήσει κάποιος για θέματα τόσο δύσκολα), το να εγκαταστήσει κανείς σχέση μαζί τους, οι περιορισμοί λόγω της γλώσσας, η χρήση ιδιωτισμών και ο χειρισμός συγκεκριμένων θεματικών της συνέντευξης. Επι-

πρόσθετα, η έλλειψη βεβαιότητας ότι οι συμμετέχοντες λέγουν την αλήθεια είναι ένας από τους περιορισμούς. Στη φάση της συλλογής των δεδομένων, εξαρτάται από την εντιμότητα και την καλή θέλησή τους να είναι διαθέσιμοι, να αποκαλύψουν σκέψεις και βιώματα που για εκείνους είναι πολύ σημαντικά και προσωπικά.

Ειδικά σε αυτήν την έρευνα, ανάμεσα στα εμπόδια που παρουσιάστηκαν ήταν οι στάσεις έλλειψης εμπιστοσύνης, αλλά και οι επιφυλάξεις και φόβοι εκ μέρους ορισμένων ατόμων τα οποία και αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Επιπλέον, ήταν δύσκολο να βρεθούν ετεροφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες, επειδή δεν συμμετέχουν στις ομάδες αυτοβοήθειας με τη συχνότητα των ομοφυλόφιλων ανδρών. Από την άλλη πλευρά, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ήταν σχετικά εύκολη η πρόσβαση σε άνδρες αμφιφυλόφιλους, ωστόσο αυτή η υποκατηγορία δεν ενδιέφερε τον ερευνητή. Όπως αναφέρει ο Lerner¹⁷ (1998:149), «η συχνότητα με την οποία οι μεξικανοί άνδρες αναγνωρίζουν ότι έχουν ή είχαν συνουσία με άλλους άνδρες είναι αρκετά αυξημένη». Οι ποιοτικές μελέτες που εξετάστηκαν υπογραμμίζουν ότι υπάρχουν περιστασιακές σεξουαλικές συνενώσεις τόσο μεταξύ ανδρών-γυναικών όσο και ανδρών με άλλους άνδρες. Ακόμα περισσότερο, οι έρευνες για την ανδρική και γυναικεία πορνεία στο Μεξικό επισημαίνουν ότι περισσότερο από τα δύο τρίτα των «πελατών» αυτού του τύπου είναι έγγαμοι άνδρες.¹⁷

Η σεξουαλική έλξη ανδρών από άνδρες ετεροφυλόφιλους σχετίζεται με την κρυφή σεξουαλικότητα, με την παραβατικότητα, με διάφορες αποδείξεις του ανδρισμού και με καταστάσεις όπου η πρόσβαση σε γυναίκες είναι δύσκολη και η παρουσία τους ελλιπής ή και οικονομικά αδύνατη. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του ότι σε δημόσιο χώρο οι εκδηλώσεις της ομοφυλόφιλης έκφρασης είναι πολύ στιγματισμένες.¹⁷ Οι περισσότεροι δεν δήλωναν ετεροφυλόφιλο προσανατολισμό αλλά αμφιφυλόφιλο, ενώ ένας πολύ μικρός αριθμός καθόριζε τη σεξουαλική του ταυτότητα. Άλλος περιορισμός ήταν το γεγονός της άρνησης του μητροπολιτικού νοσοκομείου να επιτρέψει στον ερευνητή την πρόσβαση για την πραγματοποίηση συνεντεύξεων, και αυτό ήταν κάτι που παρεμπόδιζε τη διαδικασία της συλλογής δεδομένων καθόσον η πλειοψηφία των HIV-οροθετικών γυναικών και των ετεροφυλόφιλων ανδρών παρακολουθούνταν στην κλινική αυτού του νοσοκομείου.

Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα

Όλοι οι συμμετέχοντες ζουν σε δήμους της πόλης του Monterrey και στην πλειοψηφία τους κατ'άγονται επίσης από την ίδια πόλη. Δώδεκα έχουν απολυτήριο γυμνασίου, τέσσερις λυκείου και δύο δημοτικού. Τα επαγγέλματά τους είναι πωλητές, μάγειροι, οδηγοί, υπάλληλοι, οικιακά κ.τ.λ., ενώ κατά τη διάρκεια της έρευνας έξι από αυτούς ήταν άνεργοι. Δέκα ήταν άγαμοι, δύο έγγαμοι, δύο διαζευγμένοι και τέσσερις σε χηρεία. Εννέα είχαν παιδιά, κανένα εκ των οποίων δεν ήταν HIV-οροθετικό. Δεκαεπτά ήταν καθολικοί στο θρήσκευμα και ένας αγνωστικιστής. Από τους 18 συμμετέχοντες, οι 13 δεν είχαν κοινωνική ασφάλεια. Όλοι οι συμμετέχοντες θεωρούνται πως ανήκουν στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Ανάλυση-Συζήτηση

Σε αυτήν τη μελέτη έγινε προσπάθεια να συγκριθούν τρεις υποομάδες: άνδρες ομοφυλόφιλοι, άνδρες ετεροφυλόφιλοι και γυναίκες ετεροφυλόφιλες. Στο τέλος κάθε κειμένου σημειώνεται μέσα σε παρένθεση το ψευδώνυμο του συμμετέχοντος, η σεξουαλική του ταυτότητα και η ηλικία, π.χ. Αχιλλέας/Ετεροφυλόφιλος/35. Στις περιπτώσεις όπου γίνεται παράθεση αφήγησης από την ομαδική συνέντευξη σημειώνεται πριν από τα στοιχεία αυτά Ο.Σ., δηλαδή Ομαδικά εστιασμένη Συνέντευξη.

Η ανάλυση των διαφορετικών συνεντεύξεων δεν αναζητά ποσοτικά αποτελέσματα, αλλά επιχειρεί να περιγράψει επαναλαμβανόμενες καταστάσεις ή τυπικές συμπεριφορές (ταυτοποίηση προτύπων). Σε πολλές περιπτώσεις γίνεται αναφορά στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων, αλλά δεν γίνεται ποσοτικοποίηση αυτών των αποτελεσμάτων, καθόσον δεν είναι αυτός ο σκοπός των ερευνών αυτού του τύπου. Οι αφηγήσεις βασίζονται στις συνεντεύξεις και τα παραδείγματα που επιλέχτηκαν έχουν αξία όχι μόνο για τη μοναδικότητά τους, αλλά και επειδή καταφέρνουν να εκφράσουν με μοναδικό τρόπο καταστάσεις που έχουν εντοπιστεί σε διάφορες συνεντεύξεις (πρότυπα).

1. Το νόημα του ιού HIV

Μια θετική διάγνωση για HIV σημαίνει πολλά περισσότερα από μια απειλή για τη ζωή. Αποτελεί ένα σοκ που επηρεάζει σε επίπεδο υπαρξιακό και θέτει ερωτήματα για τη ζωή και το θάνατο και επι-

πλέον, διαταράσσει τις σχέσεις με τον ίδιο τον εαυτό αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον.¹⁸

Στην παρούσα έρευνα, η στιγμή κατά την οποία δόθηκε η διάγνωση στους συμμετέχοντες ήταν πολύ κρίσιμη στη ζωή τους. Οι περισσότεροι έλαβαν τη διάγνωση ενώ νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο με μια ευκαιριακή λοίμωξη. Επειδή η ανακοίνωση ήταν απρόσμενη δεν μπορούσαν ούτε να τη δεχτούν ούτε να την αφομοιώσουν. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι οι γυναίκες σε αυτήν την έρευνα δεν εξέφρασαν έντονα αισθήματα θυμού ως προς το σύζυγο/σύντροφο που τις μόλυνε. Η κουλτούρα όσον αφορά στη θέση της γυναίκας στη Λατινική Αμερική μπορεί να δικαιολογήσει αυτή την αντίδραση. Ο τρόπος με τον οποίο πληροφορήθηκαν τη διάγνωση ήταν πολύ βίαιος και αιφνίδιος, κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο και αφού ο σύζυγος είχε ήδη πεθάνει από AIDS:

Εκείνος (ο σύζυγος) πέθανε και δεν ήθελαν (οι θεράποντες γιατροί) να βγω από την κλινική. Ο γιατρός μου είπε τα νέα και ήταν σαν να μου έδινε δύο γροθιές ταυτόχρονα. Απελπίστηκα, αισθάνθηκα πολύ άσχημα, βρώμικη, απεγνωσμένα έφαχνα ελπίδα, η κατάσταση με τσάκισε!
(Αριάδνη/Γυναίκα/45)

(κλαίγοντας) Δεν έβγαينا από το δωμάτιο, δεν ήθελα να φάω τίποτα, ο αδελφός μου με έβλεπε και μου έλεγε να το κάνω για εκείνους, ότι εκείνοι με ήθελαν όπως και πριν, χαρούμενη, αλλά εγώ δεν είχα διάθεση, και δεν ξέρω ως πότε, ήθελα να αυτοκτονήσω.
(Ο.Σ./Ηλέκτρα/Γυναίκα/28)

Ο κίνδυνος της απώλειας και η ίδια η απώλεια σαν γεγονός, αποτελεί κεντρικό ζήτημα της ψυχικής ζωής για κάθε άνθρωπο. Η έρευνα βρήκε ότι η διαδικασία της γνωστοποίησης του οροθετικού αποτελέσματος είναι ένα ιστορικό γεγονός που διαιρεί τη ζωή σε ένα «πριν» και ένα «μετά». Αυτή η διαδικασία αρχίζει με το σοκ που προκαλεί η διάγνωση. Το να ξέρουν ότι ζουν με τον ιό, ότι η ζωή τους είναι υπό προθεσμία, οδηγεί σε αλλαγές που μεταβάλλουν την καθημερινή τους ζωή:

Αυτή η αρρώστια είναι πολύ περίπλοκη. Το χειρότερο από όλα είναι ότι σε μπερδεύει, σε μπερδεύει... μέχρι που έχασα την ταυτότητα μου. Ποτέ, μα ποτέ πια, δεν θα δω τα πράγματα όπως πριν, πάει... ήταν και πάει... (κλαίει).
(Ιφιγένεια/Γυναίκα/42)

Αυτή η μελέτη έδειξε ότι οι ετεροφυλόφιλοι άνδρες παρουσιάζουν άγχος μετά τη διάγνωση, κάτι το οποίο έχουν καταδείξει και άλλες έρευνες.¹⁹ Η κατάθλιψη που παρουσιάζουν οι πρόσφατα διαγνωσμένοι μπορεί να είναι πολύ σοβαρή, ειδικά για εκείνους που θεωρούν τον HIV ως τιμωρία ή ζουν την απόρριψη εκ μέρους των οικογενειών τους.¹ Οι ομοφυλόφιλοι άνδρες παρουσιάζουν λιγότερη ανησυχία για τον εαυτό τους και κυρίως εκδηλώνουν άγχος για την οικογένεια τους στην οποία έχουν ανακοινώσει τη μόλυνσή τους. Αισθάνονται ματαιωμένοι, ανίκανοι και εύθραστοι. Φαίνεται ότι σε σύγκριση με τις δύο άλλες υποομάδες (ετεροφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες), η υποομάδα των ομοφυλοφίλων έχει το μικρότερο βαθμό άγχους. Σύμφωνα με την Nettleton¹, αυτό μπορεί να εξηγηθεί με το γεγονός ότι οι πρώτες περιπτώσεις είχαν διαγνωσθεί στην κοινότητα των ομοφυλοφίλων, οι οποίοι κινητοποιήθηκαν άμεσα τόσο για τη διάδοση των γνώσεων γύρω από το σύνδρομο αλλά και όσον αφορά στην κοινωνική και ψυχολογική βοήθεια των μελών της.

Τα άτομα αισθάνονται στην πραγματικότητα τραυματισμένα σε σχέση με την αντίληψη που έχουν για τον εαυτό τους. Σύμφωνα με τον Burry²⁰, η «εισβολή» του ιού, αποτελεί πάντα μια «βιογραφική ρήξη», στο μέτρο που τους προκαλεί όχι μόνο αλλαγές στην οργάνωση της ζωής τους, αλλά και στην εικόνα που έχουν για τους εαυτούς τους και στην ερμηνεία που δίνουν στη μόλυνση. Με αυτήν την έννοια, η χρόνια ασθένεια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια βιογραφική αποδιοργάνωση (biographical disruption) καθώς δεν καταστρέφει μόνο το φυσικό σώμα κάποιου, αλλά την τροχιά ολόκληρης της ζωής του σε διάφορα επίπεδα.

Η διαδικασία της ανακοίνωσης της HIV-διάγνωσης έχει δυνατό συναισθηματικό νόημα. Η ανακοίνωση αυτή αναδύει αντιφατικά συναισθήματα και συχνά προκαλεί κρίση που, ακόμα κι αν η έντασή της μειωθεί με τον καιρό, σημαδεύει το άτομο για πάντα. Η προσβολή από τον ιό του AIDS είναι μια ασθένεια μη θεραπεύσιμη που αποτελεί απειλή όχι μόνο για την υγεία, αλλά και για την ύπαρξη του ατόμου. Η παρακάτω μαρτυρία είναι αντιπροσωπευτική, χαρακτηριστική των συμμετεχόντων με αυτήν την άποψη:

*Μια απειλή για την υγεία, κυρίως για μένα, για την κοινωνία και για τον κόσμο.
(Λύσιππος/Ετεροφυλόφιλος/42)*

Τα άτομα μετά τη διάγνωση, ανεξάρτητα από τη σεξουαλική τους ταυτότητα, προσπαθούν να δώσουν νόημα στη νέα κατάσταση. Δύο μόνο ετεροφυλόφιλοι άνδρες παρουσίαζαν μια αρκετά επιφανειακή άποψη για την κατάσταση της υγείας τους. Αυτή η στάση είναι παρεμφερής με το φόβο του να εμφανίσουν ευθραυστότητα και έτσι δείχνουν μια εξωπραγματική δύναμη.²¹ Το παρακάτω απόσπασμα υπογραμμίζει αυτήν τη στάση:

*Τίποτα, δεν του δίνω καμία προσοχή, δεν το έχω στο μυαλό μου, το AIDS για μένα δεν υπάρχει, για μένα είναι ένας μύθος, είναι όπως λες σε ένα μωρό: «κοιμήσου έρχεται το φάντασμα».
(Αριστοφάνης/Ετεροφυλόφιλος/34)*

Μια τάση που παρατηρήθηκε στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων που παρουσίαζαν υψηλό βαθμό προσαρμογής στη νέα κατάσταση, είναι να αναφέρονται στον ιό με τη λέξη «φίλος», το οποίο είναι ένα χαρακτηριστικό θετικής σκέψης. Ο ιός για αυτούς είναι μια ριζική αλλαγή, αλλά τη μόλυνση τη βλέπουν ως μια ευκαιρία να μάθουν και να καλυτερέψουν. Το παρόν, σε αντιπαράθεση με το παρελθόν, είναι κατανοητό ως μια διαφορετική φάση και ως μέρος μιας διαδικασίας ανάληψης ευθυνών για την καινούρια κατάσταση. Οι συμμετέχοντες εκφράζουν αισιοδοξία χωρίς να αγνοούν την επικινδυνότητα που χαρακτηρίζει την ασθένεια:

*Τι σημαίνει; Είναι ένας φίλος... ένας φίλος. Ναι, είναι σαν να ήταν ένας φίλος, τον έχει κανείς στο αίμα ή δεν ξέρω σε ποιο σημείο του κορμιού είναι εγκατεστημένος, πρέπει κανείς να του συμπεριφέρεται με τρυφερότητα, με σεβασμό για να μην εξελίσσεται, να τον φροντίζει.
(Αχιλλέας/Ετεροφυλόφιλος/35)*

*Τι είναι; Λοιπόν είναι μια αρρώστια με την οποία έχω μάθει να ζω, το αισθάνομαι σαν ένα φίλο, σαν κάτι που είναι κολλημένο πάνω μου, σαν δεν ξέρω... όπως είναι το να τρως, να πηγαίνεις στο μπάνιο, το ότι πρέπει να προσέχω στις σχέσεις μου, δεν το βλέπω τόσο σαν μια αρρώστια, αλλά σαν κάτι δικό μου, από την ουσία μου, και ότι πρέπει να παίρνω φάρμακα.
(Οδυσσέας/Ομοφυλόφιλος/33)*

Το νόημα που δίνουν οι γυναίκες στην ασθένεια ως ένα μέρος μιας διαδικασίας νοηματοδότησης της ζωής τους, είναι επηρεασμένο από τις

αναπαραστάσεις της κοινής γνώμης, τα στερεότυπα για τη σεξουαλικότητα και το φύλο:

Πριν σκεφτόμουν πως μονάχα οι ομοφυλόφιλοι και οι πόρνες... λοιπόν όχι... είμαι νοικοκυρά, όλες είμαστε νοικοκυρές.

(Πηνελόπη/Γυναίκα/34)

Η αλλαγή που είχε το AIDS τα τελευταία χρόνια και η μετατροπή του από καταληκτική σε χρόνια ασθένεια με τη βοήθεια της φαρμακευτικής αγωγής εκφράζεται από τον Διογένη:

Λοιπόν, πριν για μένα σήμαινε το θάνατο, αλλά σήμερα από αυτά που έχω δει, από αυτά που έχω ακούσει, είναι μια χρόνια ασθένεια και μπορείς να τη δεις όπως όλες τις άλλες, έχω πολλές ελπίδες, μια αποθεραπεία.

(Διογένης/Ομοφυλόφιλος/39)

Άλλοι σχολίασαν την αντίθεσή τους με τη σύνδεση της ασθένειας με τιμωρία, που σε περασμένα χρόνια έκαναν η καθολική εκκλησία και η κοινωνία γενικότερα:

Δεν είναι μια τιμωρία, ούτε και κανείς το επιζητεί, δυστυχώς σου έρχεται και πρέπει να ζήσεις με αυτόν (τον ιό) και να ξέρεις να τον χειρίζεσαι, τι περισσότερο; Είναι αυτό που εγώ σκέφτομαι λίγο πολύ.

(Κωνσταντίνος/Ομοφυλόφιλος/33)

Η Αφροδίτη, αν και δεν το κατονομάζει, ταυτίζει τον ιό με το θάνατο. Στις λέξεις της αναδύεται η βεβαιότητα της στενής σύνδεσής του με το θάνατο:

Λοιπόν είναι μια ερώτηση πολύ δύσκολη που τώρα δεν θα ήξερα να σου απαντήσω, τι σημαίνει για μένα, είμαι προετοιμασμένη για εκείνη τη στιγμή, για εκείνη την ημέρα, περισσότερο από οτιδήποτε προετοιμασμένη, γιατί εγώ ξέρω ότι πρόκειται να έρθει, δεν ξέρω πότε αλλά πρόκειται να έρθει, πρέπει να έρθει (εννοεί το θάνατο).

(Αφροδίτη/Γυναίκα/39)

Τελικά, στις γυναίκες η μόλυνση δυσκολεύει περισσότερο απ' ό,τι τους άνδρες τις σταθερές τους σχέσεις ή τις μπλοκάρει τελείως. Η απόρριψη και η ανησυχία τους όσον αφορά τα παιδιά τους είναι βασικά στοιχεία που συνθέτουν το νόημα που δίνουν στη μόλυνσή τους από τον ιό, όπως στην περίπτωση της Άρτεμις η οποία αφηγήθηκε με συντομία:

Τι σημαίνει για μένα; Ίσως να μην μπορώ να βρω ένα ταίρι, ότι δεν θα μπορώ να είμαι όσο χρόνο θα ήθελα με τα παιδιά μου, κυρίως αυτό, και άμα το υποψιαστεί κάποιος θα με απορρίψει.

(Άρτεμη/Γυναίκα/36)

2. Ο χειρισμός του «μυστικού»

Σε αυτό το ζήτημα εμφανίζεται ένα σημαντικό πρότυπο (pattern). Η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε αυτήν την έρευνα σπάνια ανακοινώνει το μυστικό της μόλυνσης και ζει την οροθετικότητα με το φόβο της απόρριψης, την αβεβαιότητα και το στίγμα. Ο χειρισμός του «μυστικού» είναι στενά συνδεδεμένος με την έννοια του στίγματος, αποτελεί το βασικό άξονα γύρω από τον οποίο συνυφαίνονται όλα τα θέματα της καθημερινής ζωής. Μοιράζονται το μυστικό με πολύ λίγα πρόσωπα που επιλέγουν από το κοινωνικό τους περιβάλλον και δικαιολογούν την απόφασή τους επικαλούμενοι την άγνοια που επικρατεί στην κοινωνία σχετικά με τον ιό HIV:

Ο πιο σημαντικός λόγος... πώς να στο πω; Η απόρριψη κυρίως, κυρίως αυτό είναι ο φόβος μου, σε βλέπουν σαν ένα στιγματισμένο, είναι πολύ μαρκαρισμένο. Για αυτό και το κρύβω, αλλά ορισμένες στιγμές θα ήθελα να βγάλω τη μάσκα για να βοηθήσω κάποια άτομα που το χρειάζονται, αλλά το εσωτερικό μου δεν το δέχεται, χρειάζεται να συνεχίσω να το χειρίζομαι έτσι όπως το χειρίζομαι... ανώνυμος.

(Λύσσιπος/Ετεροφυλόφιλος/42)

Με πολλή διακριτικότητα, δηλαδή δεν το λέω σε όλο τον κόσμο αυτό που έχω, σε κανέναν, δηλαδή σε κανέναν εκτός από αυτούς που βρισκόμαστε εδώ (εννοεί τα μέλη της ομάδας αυτοβοήθειας).

(Απόλλων/Ομοφυλόφιλος/42)

Εγώ το κρύβω γιατί υπάρχει έλλειψη κουλτούρας, άγνοια που έχουμε στην οικογένεια, εγώ έζησα την απόρριψη πολύ άγρια στην οικογένεια μου, ναι, εμένα με έδιωξαν από το σπίτι... (κλαίει). Η πληροφόρηση που έχουμε στη χώρα μας είναι πολύ χαμηλή, 0,001% από την πραγματικότητα.

(Σωκράτης/Ετεροφυλόφιλος/43)

Η ομοφυλοφιλοποίηση του ιού είναι ένας επιπρόσθετος πολύ σημαντικός λόγος που οδηγεί τους ετεροφυλόφιλους να κρύβουν τη μόλυνσή τους. Αν και τα δεδομένα από τις στατιστικές των τελευταίων ετών επισημαίνουν την εξάπλωση του ιού στις

γυναίκες και στους ετεροφυλόφιλους άνδρες, η σύνδεση του ιού με τους ομοφυλόφιλους συνεχίζει να έχει μια δυνατή επιρροή στην κοινωνία:

*Ένας από τους πιο σημαντικούς λόγους είναι να κρυφτεί η ομοφυλοφιλία, οι σεξουαλικές προτιμήσεις. Οι άνθρωποι έμειναν με αυτήν την ιδέα, τώρα υπάρχει περισσότερη γνώση ότι και οι ετεροφυλόφιλοι μπορούν να κολλήσουν, αλλά δεν το γενικεύουν ακόμα, όχι ακόμα.
(Πλάτων/Ετεροφυλόφιλος/42)*

Ο αποκλεισμός και η απόρριψη ως προς τα άτομα με HIV είναι η αιτία απόκρυψης της οροθετικότητας. Όπως αποδεικνύεται από τα παρακάτω αποσπάσματα, οι συμμετέχοντες είναι ενήμεροι της πραγματικότητας και των καταστάσεων που μπορεί να αντιμετωπίσουν με την αποκάλυψη του μυστικού τους. Οι δηλώσεις τους είναι χαρακτηριστικές:

*Αισθάνομαι πως ξέροντας οι άλλοι θα με διώξουν, πως άμα τους πω κάτι θα μείνω πια μονάχος.
(Έρωσ/Ετεροφυλόφιλος/34)*

*...από τον κόσμο που θα με απομονώσει, από το φόβο της αρρώστιας, από την απόρριψη.
(Διογένης/Ομοφυλόφιλος/39)*

*Αν οι άλλοι ήξεραν αυτό που έχω θα έπαυαν να μου μιλάνε, επειδή εκεί (αναφέρεται στο δήμο όπου κατοικεί) δεν υπάρχει καμιά πληροφόρηση και θα τρόμαζαν, τρομάζουν και μόνο να μιλάς γι' αυτό και σκιάζονται, δεν είναι καθόλου πληροφορημένοι.
(Πηνελόπη/Γυναίκα/34)*

*Εγώ το «βουλώνω»... γιατί ο κόσμος έχει άγνοια και δεν θα σε καταλάβει, γι' αυτό το κλείνω, διότι είναι τόσο σίγουρο! Αυτός ο κόσμος ζει στην άγνοια!
(Ο.Σ./Άλκηστη/Γυναίκα/45)*

Οι άνδρες ομοφυλόφιλοι ζουν μια διπλή απόρριψη που πηγάζει από τις σεξουαλικές τους προτιμήσεις και από τη μόλυνση, αφού στα πρώτα χρόνια της επιδημίας ήταν τα πρώτα θύματα, κάτι το οποίο ξεσήκωσε μια μαζική διαμαρτυρία της κοινωνίας εναντίον τους. Όπως εκφράζουν οι παρακάτω αφηγήσεις, η εξάπλωση της μόλυνσης στον ετεροφυλόφιλο πληθυσμό δεν κατάφερε να μειώσει αυτήν την προκατάληψη στην κοινή γνώμη:

*...Διότι υπάρχει αποκλεισμός, απόρριψη. Πάντα το εστιάζουν στην ομοφυλοφιλία, αλλά εγώ ακούω στις ειδήσεις ότι τώρα το 50% είναι ετεροφυλόφιλοι, δηλαδή δεν είναι πια των ομοφυλοφίλων, πια είναι γενικό, αλλά εδώ στο Μεξικό είναι στη μόδα, είναι gay γιατί έχει AIDS, έτσι ακριβώς λένε!
(Ο.Σ./Αριστοτέλης/Ομοφυλόφιλος/45)*

3. Τρόποι απόκρυψης της αλήθειας

Σε αυτό το ζήτημα, όλοι οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν τους ίδιους τρόπους για να αποφύγουν την αδιακρίσια και μια πιθανή αποκάλυψη. Κάποιοι χρησιμοποιούν τα συμπτώματα σαν να ήταν άλλες αρρώστιες και άλλοι λένε ψεύδη:

*Παριστάνω τον χαρούμενο πάντα, πάντα είμαι με το χαμόγελο. Όταν αρρώστησα είπα πως είχα το συκώτι μου και έτσι το έκρυψα.
(Αλέξανδρος/Ομοφυλόφιλος/43)*

Ειδικότερα, η διαφύλαξη του μυστικού για τους φίλους και τους συντρόφους είναι πολύ σημαντική:

*Ναι, κάνω μεγάλη προσπάθεια για να μην πω σε κανέναν τίποτα, για να προφυλαχθώ, για να συνεχίσουν να με αγαπούν οι φίλοι μου σαν έναν νορμάλ, όπως ήμουν πριν, αφού εκείνοι δεν ξέρουν τίποτα. Δεν σκέφτομαι να τους πω τίποτα και μακάρι να μην καταλάβουν.
(Έρωσ/Ετεροφυλόφιλος/34)*

*Είναι πολύ δύσκολο με τους φίλους, κάποιες φορές θέλω να τους πω αλλά με την απόρριψη που υπάρχει στην κοινωνία αισθάνομαι ότι δεν θα με καταλάβουν.
(Απόλλων/Ομοφυλόφιλος/42)*

Οι δικαιολογίες που χρησιμοποιούν για να διαφυλάξουν το μυστικό μοιάζουν:

*Για παράδειγμα, με έχουν ρωτήσει γιατί έχω αδυνατίσει. Έχω πει ότι έχω διαβήτη και μήγκα σε δίαιτα.
(Αριάδνη/Γυναίκα/45)*

*Λοιπόν, με λίγα ψεματάκια, τους λέω έχω τα πνευμόνια μου, έτσι κι αλλιώς δεν είναι ψέματα, αλλά δεν τους έχω πει από τι είναι ακριβώς.
(Ελένη/Γυναίκα/33)*

4. Παρεχόμενες υπηρεσίες σε HIV-οροθετικά άτομα

Σε σχέση με την αντιμετώπιση των ατόμων με HIV/AIDS, οι εμπειρίες τους στις κλινικές και στα τμήματα ειδικών νοσοκομείων φαίνεται πως έχουν αλλάξει προς το καλύτερο. Δεν υπάρχουν σημαντικές καθυστερήσεις και τα άτομα αισθάνονται ικανοποιημένα. Οι αντιλήψεις τους για τις υπηρεσίες είναι πολύ καλές. Διακρίνουν βέβαια την κατάσταση στο Ινστιτούτο Κοινωνικής Ασφάλειας (ανάλογο με το ελληνικό ΙΚΑ) όπου η κατάσταση είναι διαφορετική (καθυστερήσεις και χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες):

Καλώς, δεν υπάρχει αποκλεισμός, ούτε τίποτα, το μοναδικό παράπονο που μπορώ να έχω για την κοινωνική ασφάλεια είναι για τα φάρμακα που ορισμένες φορές καθυστερούν.

(Κωνσταντίνος/Ομοφυλόφιλος/33)

Συμπεριφέρθηκαν πολύ καλά, με έχουν βοηθήσει πολύ, πολύ επιτυχημένοι στο έργο τους.

(Ιφιγένεια/Γυναίκα/42)

Έχουμε πολλά τμήματα και τώρα, για παράδειγμα, ο γιατρός ενδιαφέρθηκε και μου έδωσε μια κλινική ανάλυση, με ρωτούν, βλέπω ότι τους ενδιαφέρει περισσότερο ο ασθενής απ' ό,τι στο Ινστιτούτο Κοινωνικής Ασφάλειας.

(Ο.Σ./Σωκράτης/Ομοφυλόφιλος/43)

Ωστόσο, υπάρχει ακόμα ένας τύπος άρνησης και απόρριψης που, αν και έχει μειωθεί σε σχέση με περασμένες εποχές, ισχύει και σήμερα. Οι αφηγήσεις που αναφέρονται παρακάτω ενισχύουν αυτήν τη διαπίστωση:

Υπάρχει βέβαια απόρριψη και άσχημη συμπεριφορά από ορισμένους, εμένα δεν με εξυπηρέτησαν, μου μίλησαν άσχημα.

(Δάμων/Ετεροφυλόφιλος/39)

Εμένα μου έτυχε μια νοσηλεύτρια, μισότρελη και ... κάπως κακιά, ο τρόπος που μου πήρε αίμα... με ενόχλησε πολύ και μια άλλη φορά μου έδωσε τα χάπια και μου είπε: «πάρε» και τα άφησε... τα πέταξε σχεδόν στο κομοδίνο... και με κοίταζε άγρια... για μένα ήταν πολύ άσχημο.

(Ο.Σ./Νέστωρ/Ετεροφυλόφιλος/26)

5. Η σημασία του «φάρμακου»

Αν και δεν υπάρχει αποθεραπεία από τον ιό HIV, τα θεραπευτικά σχήματα (τα λεγόμενα κοκτέιλ) της συνδυασμένης αντιρετροϊκής θεραπείας (HAART) επιτρέπουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης.²² Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το νόημα που δίνουν στα φάρμακα -ένα πρότυπο αντιπροσωπευτικό και σταθερά επαναλαμβανόμενο σε αυτήν τη μελέτη- είναι ότι το «φάρμακο» σημαίνει ζωή:

Να συνεχίσω να το παίρνω το φάρμακο, εάν θέλω να συνεχίσω να ζω και όπως έχω ακούσει υπάρχουν άνθρωποι που έχουν ως και 25 χρόνια που τα παίρνουν, τότε λέω λοιπόν ε... όχι, εγώ επίσης θέλω να συνεχίσω να ζω.

(Δάμων/Ετεροφυλόφιλος/39)

Τα φάρμακα για μένα σημαίνουν ότι έχω μια μέρα ζωής κάθε μέρα, ότι είμαι καλά όταν είμαι αφοσιωμένος στην αγωγή.

(Γλάτων/Ετεροφυλόφιλος/42)

Έχει πολύ σημασία για μένα γιατί... ακολουθώ κατά γράμμα ότι μου λένε, είμαι πεπεισμένη πως με αυτό θα μπορέσω να ζήσω.

(Άρτεμη/Γυναίκα/36)

Εγώ τα παίρνω και λέω ευλογημένα φάρμακα, είναι πολύ σκληρά τα δικά μου τα φάρμακα, είναι διαίτης (γέλια).

(Ο.Σ./Αριστοτέλης/Ομοφυλόφιλος/45)

6. Αντιλήψεις και απόψεις σχετικά με τον ιατρό

Σύμφωνα με τον Zola,²³ στο περιβάλλον του νοσοκομείου κυριαρχούν δυο τύποι συμπεριφορών ανταγωνιστικών και συμπληρωματικών: ο δυνατός λόγος του γιατρού και ο αδύναμος λόγος του ασθενή και της οικογένειάς του. Η ανάπτυξη σχέσεων ανάμεσα στον ασθενή και το γιατρό είναι πολύ σημαντική, επειδή σε χρόνιες ασθένειες όπως στο AIDS βοηθάει το γιατρό να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα προβλήματα υγείας του ασθενή. Ορισμένες μελέτες έχουν επαληθεύσει πως τα οροθετικά άτομα ελπίζουν ότι ο γιατρός θα τους δώσει πληροφόρηση, συμβουλές και κουράγιο, δηλαδή, ελπίζουν ότι ο γιατρός θα έχει πολλαπλούς ρόλους. Εμπιστεύονται το πρόβλημά τους και αυτό τους ηρεμεί, τους κάνει να αισθάνονται καλά, πιο σίγουροι, προστατευμένοι με την ιδέα ότι η εικόνα και η πορεία της

ασθένειάς τους ήδη είναι ένα θέμα του γιατρού.²⁴ Οι συμμετέχοντες σε αυτήν την έρευνα έχουν μια πολύ βιοϊατρική αντίληψη για το θέμα του ιού και δίνουν λιγότερη σημασία στην ψυχολογική διάσταση και την επαγγελματική βοήθεια για ψυχοκοινωνικά θέματα. Θεωρούν ότι μόνο η φαρμακευτική αγωγή είναι επαρκής για την καλύτερη υγεία τους, παραβλέποντας ή και υποτιμώντας την ψυχοκοινωνική βοήθεια που οδηγεί σε μια πιο θετική στάση προς τον ιό, αλλά και συνεισφέρει σημαντικά σε μια σειρά τροποποιήσεων που απαιτεί η νέα κατάσταση υγείας που ζουν.

Όπως αναφέρουν οι Vidal et al,²⁵ οι επαγγελματίες της υγείας έχουν διανύσει σε λίγα χρόνια ένα μακρύ δρόμο, που ξεκίνησε από το άγχος με το οποίο αντιμετώπισαν τα πρώτα περιστατικά και τις προκαταλήψεις. Ο ιός του AIDS βοήθησε να τροποποιηθεί η σχέση ανάμεσα στον ασθενή και το γιατρό. Σύμφωνα με τη Μπότση,²⁶ ο γιατρός οφείλει να συζητήσει ήρεμα, χωρίς επικρίσεις, τη σεξουαλική ταυτότητα και τις πρακτικές του ασθενή, τους τρόπους μείωσης του κινδύνου και επιπλέον την προστασία του ίδιου του ασθενή από άλλα μεταδιδόμενα νοσήματα. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να ξεπεράσει τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις του. Σε γενικές γραμμές μπορεί να ειπωθεί ότι η ιατρική πραγματοποίησε μια ανανέωση σε σχέση με τους ασθενείς του ιού του AIDS. Άλλες έρευνες επικυρώνουν επίσης αυτήν την αλλαγή.²⁷⁻²⁹

Οι συμμετέχοντες στη δική μας έρευνα τόνισαν ότι η σχέση με το γιατρό είναι πολύ σημαντική και η σημασία της αποτελεί ένα πρότυπο σε αυτήν τη μελέτη. Ο γιατρός τους ενώνει με τη ζωή, τους ξετάζει, τους εμπνέει εμπιστοσύνη:

*Ο γιατρός C. μας προσέχει πολύ, πάρα πολύ, είμαστε οκ μαζί του, είναι πρώτα απ' όλα άνθρωπος.
(Απόλλων/Ομοφυλόφιλος/42)*

*Πολύ καλή, με ευχαριστεί να την επισκέπτομαι, για όλα αυτά που μου λέει, που μου δίνει, να συνεχίζω την αγωγή... συχνά της λέω και παραπάνω πράγματα, πώς αισθάνομαι...
(Αφροδίτη/Γυναίκα/39)*

*Είναι ένας έρωτας ο γιατρός, πολλούς από εμάς μας γύρισε από τον τάφο, για μένα είναι επιστήμονας φοβερός, γιατρός με ήθος.
(Ο.Σ./Αριστοτέλης/Ομοφυλόφιλος/45)*

*Είναι που του έχεις εμπιστοσύνη, αυτή είναι εμπιστοσύνη μεταξύ φίλων, εκείνος έρχεται και: «για χαρά τι κάνεις; πώς πάει; αισθάνεσαι καλά;»
(Ο.Σ./Σωκράτης/Ετεροφυλόφιλος/43)*

7. Ζώντας με HIV/AIDS στο Μεξικό. Προβλήματα, όνειρα και αλλαγές

7α. Η εικόνα του ιού

Όσον αφορά στο πώς βλέπουν τον ιό, διακρίνονται τρεις τάσεις ανάμεσα στους συμμετέχοντες αυτής της μελέτης. Στην πρώτη -την πιο αισιόδοξη- έχουν δεχτεί την κατάσταση της υγείας τους και προσπαθούν να ζήσουν κανονικά όπως πριν τη διάγνωση. Εκφράζουν αισιοδοξία και παρουσιάζουν μια αίσθηση ελπίδας. Έχουν θετική σκέψη και κάποιοι θεωρούν ότι τους δόθηκε μια ευκαιρία να καλύτερέψουν τη ζωή τους και να τραβήξουν μπροστά. Για εκείνους η ζωή συνεχίζει ίδια και δεν έχει αλλάξει πολύ:

*Είναι λίγο άβολα αλλά ταυτόχρονα πρέπει να τραβήξω μπροστά. Το πας κουβαλώντας, το... πας, όπως λένε, χωρίς να γυρίσεις προς τα πίσω το κεφάλι. Πρέπει να επιβιώσω.
(Αχιλλέας/Ετεροφυλόφιλος/35)*

*Για μένα το να ζω με τον ιό είναι να ζω νορμάλ, δηλαδή όχι να ζεις και να φοβάσαι, σε ένα δωμάτιο όπου κανείς δεν σε βλέπει, λοιπόν όχι, αυτό δεν είναι ζωή. Πρέπει να τη ζήσεις, να ζήσεις νορμάλ, όπως είναι, φυσικά με τους περιορισμούς πλέον και την προσοχή, αυτό είναι.
(Κωνσταντίνος/Ομοφυλόφιλος/33)*

*Είναι μια ευκαιρία ζωής, είναι μια αρρώστια όπως όλες οι άλλες και πρέπει να τραβήξεις μπροστά.
(Ο.Σ./Σωκράτης/Ετεροφυλόφιλος/43)*

Η ομάδα όπου ανήκει η μειοψηφία αποτελεί τη δεύτερη τάση. Τα φάρμακα και γενικά, η θεραπευτική αγωγή είναι το επίκεντρο της ανησυχίας τους. Βλέπουν το σύνδρομο όπως οποιαδήποτε άλλη χρόνια ασθένεια. Ο Αριστοφάνης και ο Αλέξανδρος με τα λόγια τους φωτίζουν αυτήν την άποψη:

*Εγώ το ζω νορμάλ, μόνο που... συχνά ξεχνάω τις παστίλιες και δεν θυμάμαι αν τις έχω πάρει ή όχι...
(Αριστοφάνης/Ετεροφυλόφιλος/34)*

Λοιπόν εγώ πιστεύω ότι ζω ίδια όπως οι άλλοι άνθρωποι, οι κοινοί και συνηθισμένοι. Λογάριασε ότι δεν έχεις τίποτα και πρέπει να τραβήξεις μπροστά, φυσικά οφείλεις να πάρεις τα φάρμακα και να προσέχεις περισσότερο.

(Αλέξανδρος/Ομοφυλόφιλος/43)

Η τρίτη τάση -η πιο απαισιόδοξη- στην οποία ανήκει η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε αυτήν την έρευνα έχει ως κυρίαρχο χαρακτηριστικό την αντίληψη ότι ο ιός ανέκοψε την πορεία τους, κατάστρεψε και άλλαξε ριζικά τη ζωή τους. Ζουν την οροθετικότητα μέσα σε μια δραματική μοναξιά, με φόβο για την απόρριψη, το στίγμα και την αβεβαιότητα. Αποτελεί μια ασυνέχεια, μια ολοκληρωτική αλλαγή στη ζωή τους:

Το να ζω με το HIV, μου έδωσε μια στροφή 180 μοιρών, είναι άλλη ζωή αυτή που ζω, δεν είναι η ίδια, φοβάμαι να έχω σεξουαλική ζωή, από τότε δεν έχω σεξουαλικές επαφές, έχω μετανιώσει... μου άλλαξε όλη τη ζωή, ότι εγώ δεν είμαι ο ίδιος, πια δεν μπορώ να έχω σχέσεις, γιατί θέλω πολύ, θέλω να πάω στη ντίσκο, θέλω... μου άλλαξε τη ζωή.

(Απόλλων/Ομοφυλόφιλος/42)

Αλλαγή ολοκληρωτική στη ζωή, είσαι άλλος άνθρωπος, δεν κάνεις αυτό που έκανες πριν, έχεις περισσότερη προσοχή και προφυλάξεις, σκέφτεσαι περισσότερο τα πράγματα, όχι όπως πριν.

(Ο.Σ./Νέστωρ/Ετεροφυλόφιλος/26)

Για μένα το να ζεις με τον ιό είναι σαν να έχεις ένα φορτίο στην πλάτη, τη στιγμή που πάω να πάρω το χάπι λέω γ....το! Και θυμάμαι τον ιό, παίρνοντάς το λέω: τι φορτίο σηκώνω εδώ στη ράχη μου.

(Ο.Σ./Αριστοτέλης/Ομοφυλόφιλος/45)

7β. Τωρινά προβλήματα

Ως σημερινά προβλήματα θεωρούνται τα προβλήματα υγείας (ευκαιριακές λοιμώξεις), έλλειψη εργασίας και προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού.

Ναι, η υγεία. Αλλά τώρα και τα παιδιά μου, αυτό είναι που με ανησυχεί ότι θα έχουν κι αυτά αυτό το πρόβλημα, ότι θα τα απορρίψουν λόγω του πατέρα τους.

(Λύσιππος/Ετεροφυλόφιλος/42)

Οικονομικά μονάχα, γιατί δεν δουλεύω, η φαρμία μου με θέλει, θέλει να με βοηθήσει αλλά εγώ νιώθω

σα να με θεωρούν άχρηστο, δηλαδή εκείνοι μου κουβαλούν, μου κουβαλούν πράγματα οι ανιψιές μου: «θείε τι χρειάζεσαι» αλλά...

(Απόλλων/Ομοφυλόφιλος/42)

Η απόρριψη, γιατί να με βλέπουν έτσι; Σαν... «εσύ έχεις αυτό!»! Η μάνα μου δεν καταλαβαίνει, δεν ξέρει να φερθεί και μαλώνουμε συχνά.

(Αλέξανδρος/Ομοφυλόφιλος/43)

Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές (μείωση των εσόδων και της ποιότητας ζωής) κάνουν πιο δύσκολη την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων. Η αίσθηση εξάρτησης, αχρηστίας και η παθητικότητα που έχουν, είναι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την ψυχική τους ισορροπία (Ιεροδιακόνου και συνεργάτες, 1998).

Μια δουλειά σταθερή, ένας στόχος, ένας στόχος σταθερός, γιατί εγώ το κουβαλάω, και δεν έχω δουλειά και είμαι εξαρτημένος από την οικογένεια μου και δεν το θέλω.

(Αχιλλέας/Ετεροφυλόφιλος/35)

Οι μητέρες ανησυχούν πολύ για τα παιδιά τους, κυρίως γιατί εκείνες δεν θα ζήσουν. Ο θάνατος είναι στενά συσχετισμένος με τον ιό. Η Αφροδίτη αφηγήθηκε:

Οι κόρες μου... θα τους λείψω, δεν θα υπάρχω, δεν ξέρω πως λέγεται αυτό, ο φόβος μου είναι που θα τις αφήσω μόνες, καλώς, τώρα είναι μικρούλες, κυρίως οι δύο μικρότερες με ανησυχούν.

(Αφροδίτη/Γυναίκα/39)

7γ. Σεξουαλικά προβλήματα

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα σε σχέση με τη σεξουαλική ζωή. Όπως έχουν καταδείξει και άλλες έρευνες,^{24,30,31} η σεξουαλική ζωή των ατόμων μετά τη διάγνωση επηρεάζεται, όχι απαραίτητα για πολύ καιρό. Οι Brown και Rundel³² αναφέρουν διαταραχές της σεξουαλικής ζωής που σχετίζονται με το φόβο της μετάδοσης του ιού, την απόρριψη από το σύντροφο και τις ενοχές που έχουν όταν έχουν σεξουαλικές σχέσεις χωρίς προφύλαξη. Αφού όλοι μολύνθηκαν μέσω σεξουαλικών επαφών, αισθάνονται ότι μπορούν να μεταδώσουν στο σύντροφο τους ή να επαναμολυνθούν και αυτό έχει ένα συμβολικό νόημα:

Δεν μπορείς να έχεις στύση, τουλάχιστον, δηλαδή, δεν έχεις στύση, δεν, δεν έχεις, δηλαδή δεν σε εξιτάρει τίποτα, ούτε που... δεν έχεις διάθεση, δεν σκέφτεσαι το σεξ, σα να χάνεται, πεθαίνει αυτό, αυτό... αυτή η φάση να κάνεις σεξ πεθαίνει.
(Απόλλων/Ομοφυλόφιλος/42)

Ναι εγώ κατηγορώ... αυτή είναι η... αυτή ήταν η σταγόνα που ξεχείλισε το ποτήρι, η σεξουαλικότητα, η διπλή ζωή που είχα.
(Λύσιππος/Ετεροφυλόφιλος/42)

Όταν σκέφτομαι το σεξ φοβάμαι, με φοβίζει γιατί δεν θέλω να είμαι με έναν άνθρωπο και να τον μολύνω, είναι πολύ άσχημο, εγώ δεν θέλω να το περάσω με κανέναν άλλο άνθρωπο.
(Αφροδίτη/Γυναίκα/39)

Ναι, εγώ ξέρω πως για αυτό μολύνθηκα, με το να έχω επαφές με άνδρες, με άλλους άνδρες, να μην προστατεύομαι, να μην χρησιμοποιώ προφυλακτικό.
(Ο.Σ./Ανταίος/Ομοφυλόφιλος/37)

Μετά τη διάγνωση η σεξουαλική ζωή τους άλλαξε. Όταν μιλούν για τη σεξουαλική τους ζωή τη χωρίζουν σε περίοδο πριν και περίοδο μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης με τον ιό. Αυτό το θέμα αποτελεί ένα πρότυπο αφού επαναλαμβάνεται σε όλες τις συνεντεύξεις:

Ναι, ήδη είναι διαφορετικά, πια δεν είναι το ίδιο, εγώ πριν σε αυτό το θέμα ήμουν ακόρεστος. Πάντα ζούσα με τη σύντροφό μου και τώρα πια όχι, μας άλλαξε ολοκληρωτικά σε όλα, μια στροφή 360 μοιρών σε αυτό το ζήτημα, ναι.
(Λύσιππος/Ετεροφυλόφιλος/42)

Δεν είναι πια το ίδιο, φυσικά και όχι, πως σκέφτεστε εσείς οι άνδρες ότι θα ήταν το ίδιο μετά από αυτήν τη γροθιά που δέχτηκε κάποιος, έτσι, σας λέω πως δεν μπορεί να είναι το ίδιο, δεν μπορεί, για τη γυναίκα δηλαδή.
(Αρτεμη/Γυναίκα/36)

...λοιπόν με πολλή προσοχή, η ζωή μου είναι τόσο δύσκολη και διαφορετική πια, πολύ περισσότερο από πριν.
(Ο.Σ./Ανταίος/Ομοφυλόφιλος/37)

Οι έγγαμοι άνδρες απορρίπτονται ορισμένες φορές από τις συζύγους τους. Αξίζει να παρατεθεί η περίπτωση του Λύσιππου:

Μονάχα χάρδια, τίποτα περισσότερο, ναι χάρδια, εκείνη με κατηγορεί μέσα της, με ενοχοποιεί και για αυτό με διώχνει.
(Λύσιππος/Ετεροφυλόφιλος/42)

7δ. Ατελή όνειρα

Ο ιός HIV ανέκοψε όνειρα που όλοι οι συμμετέχοντες σε αυτήν την έρευνα είχαν. Ένα πρότυπο που βρέθηκε είναι ότι οι γυναίκες και οι άνδρες ετεροφυλόφιλοι που είναι έγγαμοι, εστίασαν περισσότερο στην οικογένεια τους και στη φροντίδα των παιδιών τους:

Να βοηθήσω τους γονείς μου ήταν ένα από τα πιο σημαντικά μου όνειρα, να μην τους έλειπε τίποτα.
(Πλάτων/Ετεροφυλόφιλος/42)

Όνειρα; Το όνειρο μου ήταν να ζήσω για την οικογένειά μου, να τραβήξουμε μπροστά με τα παιδιά μας.
(Αφροδίτη/Γυναίκα/39)

Οι άνδρες ομοφυλόφιλοι ήταν περισσότερο εστιασμένοι στην ιδιωτική τους ζωή και ζούσαν πιο ήρεμοι χωρίς ανησυχίες:

Θα έπαιρνα το πτυχίο μου, θα τελείωνα το πανεπιστήμιο, θα αγόραζα σπίτι, θα άρχιζα άλλη καριέρα.
(Διογένης/Ομοφυλόφιλος/39)

Είχα όνειρα να ζήσω τη ζωή μου ήσυχα, να μην τρέχω και τώρα έχω να ανησυχώ για να προσέχω αυτόν τον ιό και να προσέχω γενικώς.
(Επίκουρος/Ομοφυλόφιλος/44)

Οι γυναίκες και οι άνδρες ετεροφυλόφιλοι που είναι άγαμοι επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά, ένα όνειρο που αποτελεί νέα ανάγκη που εμφανίζεται στην προβληματική του HIV/AIDS. Ο ιός HIV ανέκοψε όνειρα που όλοι οι συμμετέχοντες σε αυτήν την έρευνα είχαν. Τα τελευταία χρόνια, με την εξέλιξη της φαρμακευτικής αγωγής η οποία προσφέρει περισσότερα αλλά και ποιοτικότερα προσδόκιμα χρόνια ζωής, αρκετά άτομα που ζουν με τον ιό θέλουν να αποκτήσουν παιδιά. Σύμφωνα με την Baque,³³ η φύση αυτής της συνειδητής ή ασυνειδητής επιλογής συμβολίζει την αγάπη για τη ζωή, ενώ αντίθετα ο Pons¹¹ αναφέρει ότι το παιδί

έρχεται να καλύψει την άβυσσο που έχει δημιουργηθεί εξαιτίας του HIV/AIDS ανάμεσα στον οροθετικό και την κοινωνία. Για τις άγαμες γυναίκες ειδικότερα, η δυνατότητα να κάνουν παιδιά είναι μια από τις πιο συχνές ανησυχίες. Τα παρακάτω αποσπάσματα είναι χαρακτηριστικά:

*Οι ελπίδες μου να έχω ένα παιδί έμειναν στη μέση, σταμάτησε το όνειρο στη μέση.
(Ιφιγένεια/Γυναίκα/42)*

*Μια οικογένεια με παιδιά, από τη στιγμή που με διέγνωσαν μου έφυγαν όλες οι ψευδαισθήσεις και πάνε, δηλαδή, δεν θα έκανα κάτι διαρκείας για να παντρευτώ.
(Έρως/Ετεροφυλόφιλος/34)*

*Τι σταμάτησε; Το γάμο, θα παντρευόμουν, θα είχα μια φαμίλια και τώρα δε μπορώ.
(Ο.Σ./Σωκράτης/Ετεροφυλόφιλος/43)*

Ένα θέμα εξαιρετικά ενδιαφέρον είναι το θέμα της πατρότητας στους ομοφυλόφιλους άνδρες. Οι υπηρεσίες στήριξης δεν είναι προετοιμασμένες για να αντιμετωπίσουν αυτήν τη νέα πρόκληση που θα αποτελέσει ένα φλέγον ζήτημα στις κοινωνίες του μέλλοντος.³⁴ Ορισμένοι από τους ομοφυλόφιλους άνδρες αυτής της μελέτης εξέφρασαν το όνειρό τους να αποκτήσουν παιδιά και επιπλέον αφιγήθηκαν τις σκέψεις τους για αλλαγή της σεξουαλικής ταυτότητας, το οποίο έμεινε ατελές μετά τη διάγνωση. Εντυπωσιακές είναι οι ιστορίες του Απόλλωνα και του Οδυσσέα οι οποίοι επεσήμαναν:

*Είχα ένα όνειρο, να αλλάξω τη ζωή μου... για τη μάνα μου, να έχω ένα γιο, όχι να έρθω στη ζωή μόνο για να έρθω χωρίς να αποκτήσω απογόνους, να ζήσω τη σεξουαλικότητά μου όπως γεννήθηκα, γεννήθηκα άνδρας αλλά η ζωή που έζησα δεν ήταν ζωή... εγώ σέβομαι τις γυναίκες, εγώ σκεφτόμουν να αλλάξω πριν πεθάνουν οι γονείς μου, να τους δώσω αυτήν τη χαρά γιατί το ήθελαν πολύ.
(Απόλλων/Ομοφυλόφιλος/42)*

*Ναι, εγώ πιστεύω ότι το μοναδικό όνειρο που σταμάτησε ο ιός... είναι ότι εγώ σχεδίαζα να κάνω ένα παιδί στο μέλλον, αν και δεν χάνω την ελπίδα ότι κάποια μέρα θα βρεθεί ένα εμβόλιο και ίσως τεκνοποιήσω, αυτό είναι το μοναδικό όνειρο που σταμάτησε το AIDS, γιατί τα υπόλοιπα υπόσχομαι ότι θα τα καταφέρω.
(Οδυσσέας/Ομοφυλόφιλος/33)*

7ε. Θετικές αλλαγές

Οι συμμετέχοντες αποκάλυψαν ορισμένα θετικά σημεία που έφερε η διάγνωση του ιού. Η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας έβαλε μια τάξη στη ζωή τους και συχνά τακτοποίησε κάποιες καταστάσεις. Αξίζει να αναφερθεί η θεωρία της κρίσης, που υπογραμμίζει ότι μέσα σε κάθε κρίση υπάρχει η ευκαιρία να αλλάξει κάτι προς το θετικό.³⁵ Για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα, οι οικογενειακές σχέσεις καλύτερεψαν όπως μπορεί να παρατηρηθεί στις παρακάτω αφηγήσεις:

*Α!... Ναι, φυσικά! Το θετικό είναι ότι άρχισα να προσέχω, δεν έχω πια μια ανοργάνωτη ζωή, για παράδειγμα, φροντίζω τον εαυτό μου πολύ, δεν ξαγυρνάω πια, τρώω καλά, ζω, ζω, αισθάνομαι ότι ζω καλύτερα από άλλους που γνωρίζω και που δεν έχουν AIDS, γιατί έχουν ένα στυλ ζωής πολύ άσχημο, αυτό είναι το θετικό, πια άλλαξα, έμαθα, άλλαξα, είμαι σε όλα καλύτερος.
(Γλάτων/Ετεροφυλόφιλος/42)*

*...Η ενότητα της οικογένειας μου, η βοήθεια που έχω δεχτεί, γιατί πριν δεν είχα την ευκαιρία να τους πλησιάσω. Τώρα κάνουν τα πάντα να βρισκόμαστε, η σχέση μας έχει γίνει πιο στενή από ποτέ.
(Αρτεμη/Γυναίκα/36)*

*Ναι, γιατί είδα τη ζωή με άλλα χρώματα, πριν δεν ήξερα να ζήσω, έτσι πέραγε η ζωή γρήγορα, τώρα πασχίζω να απολαύσω περισσότερο τα παιδιά μου, να βοηθήσω κόσμο...
(Ο.Σ./Αλκηστη/Γυναίκα/45)*

Ο Schneideman et al³⁶ επαλήθευσε ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες, ειδικά όταν συνδυάζονται με άλλες αρνητικές μεταβλητές, σχετίζονται με μια εξέλιξη πιο γρήγορη της ασθένειας. Αυτοί που έχουν όνειρα και σχέδια για το μέλλον επηρεάζονται λιγότερο:

*Να σπουδάσω και να αλλάξω επάγγελμα, είναι στα σχέδια μου.
(Οδυσσέας/Ομοφυλόφιλος/33)*

*Να φτιάξω μια οργάνωση για να βοηθήσω κόσμο, να ψάξω βοήθεια γιατί πιστεύω ότι μπορούμε να βοηθήσουμε.
(Αριάδνη/Γυναίκα/45)*

Να δώσω όσο πιο πολλές ευκαιρίες μόρφωσης στα παιδιά μου, να ζω μαζί τους όσο πιο πολύ μπορώ, να ξεπεράσω αυτήν την αρρώστια. (Ο.Σ./Άλκηστη/Γυναίκα/36)

Είναι φανερό ότι η συμμετοχή σε μια ομάδα αυτοβοήθειας εμπεριέχεται σε μια ευρύτερη, θετική αντίληψη προσπάθειας αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων. Μέσα από αυτό το πρίσμα, η υποστήριξη που λαμβάνουν επαναφέρει στην καθημερινή ζωή τους σχέδια αλλά και όνειρα που μπορούν να επαναδιαπραγματευτούν μέσα στον ασφαλή χώρο μιας ομάδας ατόμων που βιώνουν το ίδιο πρόβλημα. Όταν οι σκέψεις και τα άγχη τους αναλύονται με τη βοήθεια ενός ανοικτού υποστηρικτικού πλαισίου, το τραύμα από τον ιό μειώνεται σε επίπεδα άγχους ανεκτά και όχι ανεξέλεγκτα από το εγώ τους. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι δεν μειώνονται οι άμυνες του οργανισμού τους και ότι έχουν καλύτερες αντιδράσεις στη φαρμακοθεραπεία.²²

Συμπεράσματα

1. Το στίγμα και η κοινωνική απόρριψη ως βασικοί λόγοι απόκρυψης της μόλυνσης από τον ιό αποτελεί σταθερά επαναλαμβανόμενο πρότυπο αυτής της μελέτης. Τα άτομα προσπαθούν να δώσουν ένα νόημα στην κατάσταση υγείας που ζουν και διακρίνονται σε τρεις ομάδες, με διαφορετικές τάσεις θεώρησης: την ομάδα με θετική σκέψη και υψηλού βαθμού προσαρμογή στον ιό, την ομάδα που βλέπει το σύνδρομο όπως οποιαδήποτε άλλη χρόνια ασθένεια και την ομάδα που θεωρεί τη μόλυνση ως μια ριζική καταστροφή της ζωής.
2. Τα ευρήματα σε σχέση με την ομοφυλοποίηση του ιού δεν φαίνεται να έχουν αλλάξει, αν και οι στατιστικές έχουν διαφοροποιηθεί σημαντικά (αύξηση των μολύνσεων στις γυναίκες και στους ετεροφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άνδρες). Οι ομοφυλόφιλοι υποφέρουν από ένα διπλό στίγμα, την άρνηση ως προς τη σεξουαλική τους προτίμηση και την ευθύνη για την επιδημία του AIDS η οποία τους καταλογίζεται. Τα άτομα βιώνουν αυτό το τόσο σοβαρό πρόβλημα στη σιωπή, από το φόβο της απόρριψης και του κοινωνικού αποκλεισμού.
3. Σε σχέση με την πρόσβαση σε αντιρετροϊκά φάρμακα, οι δυσκολίες φαίνεται να έχουν μειωθεί σημαντικά τα τελευταία δύο χρόνια, ωστόσο ορισμένα τμήματα του Ινστιτούτου Κοινωνι-

κής Ασφάλειας δεν διευκολύνουν τη διανομή των φαρμάκων. Αυτή η κατάσταση ίσως να έχει προκαλέσει τη θεοποίηση του φαρμάκου και τη μικρή σημασία που δίνουν στις άλλες όψεις του συνδρόμου (ψυχοκοινωνική, σεξουαλική, κ.τ.λ.).

4. Η θετική αξιολόγηση που κάνουν τα οροθετικά άτομα για την προσφερόμενη από τα ειδικά νοσοκομεία φροντίδα, υπογραμμίζοντας ιδιαίτερα τη σχέση με το γιατρό των νοσηλευτηρίων, αποτελεί ένα από τα ευρήματα-πρότυπα αυτής της μελέτης. Ο ρόλος του γιατρού είναι εξαιρετικά κρίσιμος και καθοριστικός. Ο γιατρός βρίσκεται αντιμέτωπος αφενός με το ευάλωτο της επιστήμης και αφετέρου με την πρόκληση να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των ασθενών για συναισθηματική ψυχολογική και ηθική στήριξη.
5. Οι ευκαιριακές λοιμώξεις, η έλλειψη εργασίας και προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού, αποτελούν προβλήματα που βιώνουν τα οροθετικά άτομα σε αυτήν την έρευνα. Ωστόσο, το θέμα της απόκτησης παιδιού στις υποομάδες των άγαμων ετεροφυλόφιλων ανδρών και γυναικών, αλλά και το θέμα της πατρότητας στους άνδρες ομοφυλόφιλους, εμφανίζεται ως ένα από τα πρότυπα αυτής της έρευνας που επιτακτικά θέτει ερωτήματα και αναδύεται ως ένα ακανθώδες ζήτημα που θα απασχολήσει τη χώρα του Μεξικού αλλά και γενικότερα τις συντηρητικές κοινωνίες στο παρόν και στο μέλλον.

Επίλογος

Η ανακοίνωση μιας θετικής HIV-διάγνωσης αποτελεί το ορόσημο μιας ασυνέχειας, μιας ολοκληρωτικής αλλαγής στη ζωή των ανθρώπων. Η νοσηματοδότηση του ιού διαφέρει από άτομο σε άτομο και εγγράφει με τρόπο μοναδικό αυτήν την εμπειρία στην προσωπική του ζωή. Η ζωή μετά τη διάγνωση δεν είναι πια ίδια για κανέναν. Από την αισιόδοξη στάση απέναντι στη μόλυνση ως τη δυσοίωνη και απαισιόδοξη σκέψη της καταστροφικής της επέλασης, ο ιός φαίνεται πως δημιουργεί σαρωτικές αλλαγές στη βιογραφική πορεία των ατόμων. Τέλος, αυτή η απειλή ενός επίκτητου αλλά αθέατου ιού, ιδωμένη και βιωμένη ως κρίση, διατηρεί ως θετικό στοιχείο το πρόνομο της ευκαιρίας και της αλλαγής, μικρό αντίσταθμισμα στις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού, στην ανεξίτηλη και μόνιμη τιμωρία του στίγματος, στη ματαίωση σχεδίων και επιδιώξεων και στην απειλή ενός προαναγγελθέντος και ενδεχόμενα πρόωρου θανάτου.

Βιβλιογραφία

1. Nettleton S. Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Αθήνα: Τυπωθήτω - Δάρδανος, 2002.
2. Alvarez-Gayou J. Πώς γίνεται μια ποιοτική έρευνα. Μεξικό: Paidos, 2003.
3. González de la Fe T. Sociología Fenomenológica y Etnometodología. In Salvador Giner, Teoría Sociológica moderna. Barcelona: Ariel; 2003, 219-225, 246-264.
4. Daly K. The fit between qualitative research and characteristics of families. In J. Gilgum, K. Daly, G. Handl (Eds), Qualitative methods in family research. New Jersey: Sage, 1992:3-11.
5. Κανδυλάκη Α. Η έρευνα στην κοινωνική εργασία-Συλλογή και ποιοτική ανάλυση δεδομένων: μια σύντομη προσέγγιση. *Κοινωνική Εργασία* 1997;47:150-159.
6. Kvale S. Interviews, An introduction to Qualitative Research Interviewing. Thousand Oaks: Sage Publications; 1996.
7. Robinson I. Reconstructing lives: Negotiating the Meaning multiple sclerosis. In R. Anderson and Bury (Eds), Living with chronic illness: The experiences of patients and their families, London: Unwin Hyman; 1988.
8. Παναμερικανική Οργάνωση Υγείας (OPS). Hacer frente al SIDA. Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial. Washington; 1998.
9. Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, 2006.
10. García JR, Rengell SF. SIDA, manejo del paciente con VIH. México: El manual moderno; 1997.
11. Alarcón D, Concede León S. El SIDA en México- Veinte años de la epidemia. México: El colegio Nacional; 2003.
12. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido- Teoría y práctica. Barcelona: Paidos, 1990.
13. Mason J. Η πραγματοποίηση της ποιοτικής έρευνας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2003.
14. Ιωσηφίδης Τ. Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες. Αθήνα: Κριτική, 2003.
15. Korman M. Clinical evaluation of psychological factors. Maryland: NIDA Research monograph series; 1977.
16. Finch J. "Its Great to have someone to talk to: Ethics and Politics of Interviewing women". In C. Bell and H. Roberts, Social researching: Politics, Problems, Practice, London: Routledge; 1984.
17. Lerner S. Varones, sexualidad y reproducción. México: El colegio de México, Sociedad mexicana de demografía; 1998.
18. Ομάδα Σύνθεση Hiv.gr, <http://www.hiv.gr/prolipsi/diagnosi.html>, επίσκεψη 1 Απριλίου 2006.
19. Leiberich P., Engeter M., Orlich E. Longitudinal development of distress, coping, and quality of life in HIV positives. Nurnberg: Unpublished manuscript; 1994.
20. Bury M. Social constructionism and the development of medical sociology, *Sociology of health and Illness* 1988;8:137-69.
21. Gutmann M. El machismo. En Masculinidades y equidad de género en América Latina. Traducción de Nair Anaya Ferreira.
22. <http://www.jornada.unam.mx/2002/09/05/ls-machismo.html>, επίσκεψη 7 Μαρτίου 2007.
23. Zola I. Culture and Symptoms. An analysis of patient's presenting complaints. *American sociological review* 1966;Vol. XXXI:615-630.
24. Κωνσταντινίδης Μ. HIV/AIDS και κοινωνικός αποκλεισμός. *Κοινωνική Εργασία* και HIV-οροθετικότητα. *Κοινωνική Εργασία* 2004;73:25-32.
25. Αγραφιώτης Δ., Μεταλληνού Ο., Πάντζου Π., Τσελέπη Χ. Χειρισμός της καθημερινής ζωής των ατόμων που ζουν με HIV/AIDS. Αθήνα: Σχολή Δημόσιας Υγείας, 1996.
26. Vidal, Zorilla, Donoso, Hevia, Pascal. Situación de discriminación que afectan a las personas viviendo con VIH. Santiago: Usach; 2002.
27. Μπότση Χ. (2004). HIV/AIDS - Όταν τα αντισώματα είναι άχρηστα. Εισήγηση στο 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο ψυχολογίας της υγείας, 2004, 22 Οκτωβρίου, Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
28. Arney W, Berger B. Medicine and the Management of Living: Taming the Last Great Beast, London. University of Chicago Press; 1984.
29. Montagnier L. Ιοί και άνθρωποι-AIDS: γεγονότα, έρευνες, προβληματικές. Αθήνα: Κάτοπτρον, 1995.
30. Παπαευαγγέλου Γ. AIDS-Παρελθόν, παρόν και μέλλον. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, 1995;1:15-18.
31. O Sullivan S, Tompson K. Positively Women: Living with AIDS, London: Sheba feminist press; 1992.
32. Richardson A., Bolle B. Wise before their time: People with AIDS and HIV talk about their lives, London: Harper Collins; 1992.
33. Brown G, Rundell J. Prospective study of psychiatric in HIV seropositive women without AIDS. *General Hospital Psychiatry* 1993;12.
34. Βαqué Μ. Συνέπειες του πένθους στην υγεία. Αθήνα: Θυμάρι, 2001.
35. Κωνσταντινίδης Μ. Νέες ανάγκες στον τομέα της ψυχοκοινωνικής βοήθειας για τα HIV-οροθετικά άτομα. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2006, 96:131-142.
36. Golan N. Treatment in Crisis Situation. New York: The Free Press; 1978.
37. Schneideman N., Antoni M., Saab, P., Ironson G. Health psychology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology* 2001; 52:555-580.

Μελέτη του επιπέδου γνώσης και της συμπεριφοράς των νέων γιατρών σε σχέση με την HIV λοίμωξη

Ι.Α. Κυριαζής,¹ Ε. Ζέρβας,² Μ. Σαρίδη³

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό του AIDS κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ασθενών που φέρουν τον ιό. Η σωστή εκπαίδευση και η λήψη μέτρων προφύλαξης είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση μειωμένων ποσοστών ατυχημάτων και μικρότερου ποσοστού μόλυνσης του προσωπικού από τον ιό.

Σκοπός: Η καταγραφή και η αξιολόγηση των γνώσεων και των αντιλήψεων νέων ιατρών γύρω από τη νόσο του AIDS.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη καταγραφής με χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο περιελάμβανε δημογραφικά στοιχεία και 16 ερωτήσεις σχετικές με το AIDS. Συμπληρώθηκαν 51 δελτία από ειδικευόμενους και αγροτικούς ιατρούς. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 13.

Αποτελέσματα: Α) Το 25,5% των ερωτηθέντων έχει νοσηλεύσει ασθενή με AIDS, το 19,6% θα ήθελε να ειδικευτεί στη φροντίδα ασθενών με AIDS και το 90,2% πιστεύει ότι πρέπει να υπάρχει ιατρικό απόρρητο για τους ασθενείς αυτούς. Β) Το 96,1% γνωρίζει ότι το AIDS οφείλεται στον ιό HIV, το 88,2% ότι ο ιός προκαλεί διαταραχή στο ανοσοποιητικό σύστημα και το 92,2% γνωρίζει τη συμπτωματολογία της νόσου. Γ) Το 96,1% γνωρίζει ότι ο ιός βρίσκεται στο αίμα, το σπέρμα και τις εκκρίσεις. Το 52,9% πιστεύει ότι μεταδίδεται και από τα ούρα, χωρίς να υπάρχει απαραίτητα πρόσμιξη με αίμα. Η πλειοψηφία (98%) γνωρίζει τους τρόπους μετάδοσης της νόσου (σεξ, επαφή, επαφή με αίμα, σύριγγες), όμως ένα 13,7% θεωρεί ότι μπορεί να γίνει μετάδοση με το φιλί και 7,8% με τσίμπημα εντόμου. Δ) Άνω του 90% των ερωτηθέντων γνωρίζει τις κύριες ομάδες κινδύνου (ιερόδουλες, ομοφυλόφιλοι, άτομα με μη ελεγχόμενους ερωτικούς συντρόφους, μεταγγιζόμενοι), όμως μόνο το 62,75% εντάσσει σε αυτές και τους επαγγελματίες υγείας. Ε) Το 85-98% γνωρίζει τα γενικά μέτρα προφύλαξης κατά τη νοσηλεία ασθενών με AIDS (γάντια, μάσκες, πλύσιμο χεριών, αποφυγή τραυματισμών από βελόνες), όμως μόνο το 55% θεωρεί ότι οι ασθενείς με AIDS πρέπει να νοσηλεύονται σε ιδιαίτερους θαλάμους.

Συμπέρασμα: Οι γνώσεις και η συμπεριφορά των νέων ιατρών σε σχέση με την HIV λοίμωξη θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σε γενικές γραμμές ως ικανοποιητική. Κρίνεται, όμως, σκόπιμο να επιταχθεί η ενημέρωση σε ορισμένους κρίσιμους τομείς, προκειμένου να αρθούν στο σύνολό τους οι αναστολές και το έλλειμμα γνώσεων, που συνεχίζουν σε ορισμένες περιπτώσεις να παρατηρούνται.

Λέξεις κλειδιά: AIDS, εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας.

AIDS knowledge and attitudes of young doctors at a regional hospital in Greece

I.A. Kyriazis,¹ E. Zervas,² M. Saridi³

Abstract

Background: Health care workers are at risk for occupational exposure to bloodborne pathogens, including human immunodeficiency virus (HIV). In the AIDS literature, much attention has been paid to health care workers, their knowledge of and attitudes toward AIDS.

Aim: The aim of this study was to provide a descriptive and comparative recording of knowledge and attitudes of young doctors in a small regional hospital towards AIDS.

¹Παθολόγος, Επιμελητής Α', Γ.Ν. Κορίνθου

²Πνευμονολόγος, Επιμελητής Β', Γ.Ν. Κορίνθου

³Νοσηλεύτρια, Γ.Ν. Κορίνθου

¹Internist, Registrar A', General Hospital of Korinthos

²Pulmonologist, Registrar B', General Hospital of Korinthos

³Nurse, General Hospital of Korinthos

Methods: A cross-sectional anonymous questionnaire survey was used to collect data. Questionnaires were completed and returned by 51 young doctors who worked in Korinthos hospital. Data process was done with the use of SPSS 13 statistic program.

Results: 25.5% of the participants reported that they had treated patients with AIDS, but only 19.6% wanted to specialize in AIDS patient's care. 96.1% know that AIDS is caused by HIV virus and 92.2% know the symptoms of illness. 96.1% also reported that the virus is found in blood, sperm and excretions. The majority (98%) knows the ways of transmission of illness (sexual contact, contact with blood, syringes), however 13.7% consider that transmission can be caused by social kiss and 7.8% by insect bite. Over 90% of doctors recognize the main risk groups, however only 62.75% include health care workers among these groups. 85%-90% are familiar with general precautions (gloves, hand washing, etc).

Conclusions: Although knowledge and attitudes of young doctors towards HIV infection could be characterized as satisfactory, greater efforts should be made to improve knowledge of health care workers on occupational transmission and create a supportive and caring hospital environment for people with HIV.

Key words: AIDS, healthcare workers.

Εισαγωγή

Οι επαγγελματίες υγείας διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό του AIDS κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ασθενών που φέρουν τον ιό.¹ Η σωστή εκπαίδευση με σκοπό την απόκτηση γνώσεων και η λήψη των μέτρων προφύλαξης,² είναι κανόνες απαραίτητοι που εξασφαλίζουν μειωμένα ποσοστά ατυχημάτων και ως εκ τούτου, μικρότερα ποσοστά μόλυνσης του προσωπικού από τον ιό.

Οι γνώσεις των ιατρών στη χώρα μας, αλλά και ευρύτερα σε όλον το σύγχρονο κόσμο,³ δεν είναι κάτι που αποκτιέται μόνο μέσα στα Πανεπιστήμια. Οπωσδήποτε αυτά είναι το εφιαλτήριο, αλλά η συνεχής επιμόρφωση και η κλινική εμπειρία είναι συνδυασμός απαραίτητος για τους γιατρούς σήμερα, πόσο μάλλον για ένα θέμα όπως το AIDS, που δύνανται και είναι υποχρεωμένοι ως επαγγελματίες να το αντιμετωπίσουν και παράλληλα θα πρέπει να προσέξουν να μην μολυνθούν.

Στην Ελλάδα στα τέλη Οκτωβρίου του 2007, ο συνολικός αριθμός οροθετικών HIV ατόμων ήταν 8.584, από τους οποίους είχαν νοσήσει με AIDS οι 2.829, ενώ κατέληξαν στο θάνατο οι 1.552.⁴ Έρευνες που έγιναν κατά την τριετία 2005-2007,⁴ έδειξαν ρυθμό αύξησης των περιστατικών μόλυνσης από AIDS περίπου 23%.

Τα ανησυχητικά αυτά ποσοστά αύξησης των περιστατικών με AIDS, δεν πρέπει να φοβίζουν τους επαγγελματίες υγείας, αλλά να τους ενεργοποιούν για περαιτέρω γνώση και εμπειρία.

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η καταγραφή και η αξιολόγηση των γνώσεων και των αντιλήψεων νέων ιατρών γύρω από τη νόσο του AIDS.

Μέθοδος - Ερευνητικός σχεδιασμός

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική, μη παρεμβατική, προοπτική μελέτη συσχετίσεως.

Ηθικά θέματα

Για τη διεξαγωγή της μελέτης κατατέθηκε το Ερευνητικό Πρωτόκολλο και ελήφθησαν άδειες από την Επιστημονική Επιτροπή του Γ. Ν. Κορίνθου και από την Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου. Η συμπλήρωση του πρωτοκόλλου δεδομένων (ανωνύμου ερωτηματολογίου), έγινε στηριζόμενη στις αρχές ανωνυμίας, εμπιστευτικότητας και απορρήτου, ως προς τους συμμετέχοντες στη μελέτη. Πιθανοί κίνδυνοι για τα άτομα που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη δεν υπάρχουν. Επίσης, ζητήθηκε γραπτή πληροφορημένη συγκατάθεση των εργαζομένων για την αποδοχή συμμετοχής τους στη μελέτη.

Ερωτηματολόγιο - Επιδημιολογικό δελτίο

Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από 22 ερωτήσεις. Περιελάμβανε στοιχεία που αφορούσαν το φύλο και την ηλικία (6 ερωτήσεις), καθώς και 16 ερωτήσεις σχετικές με το AIDS. Από αυτές οι 10 ήταν ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, οι 5 διχοτόμες και μία ήταν ανοικτή.

Δείγμα

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 51 ιατροί (ειδικευόμενοι και αγροτικοί). Το χρονικό διάστημα που έλαβε χώρα η μελέτη ήταν από 1/2/2007 έως 1/3/2007.

Στατιστική ανάλυση

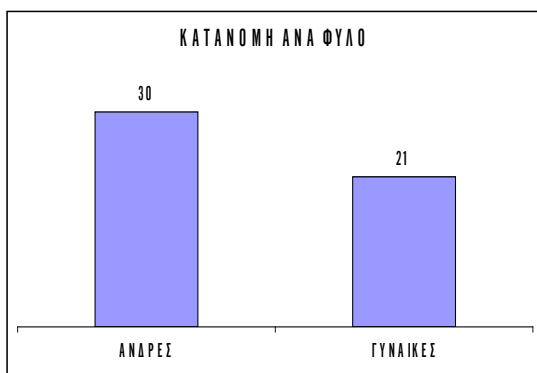
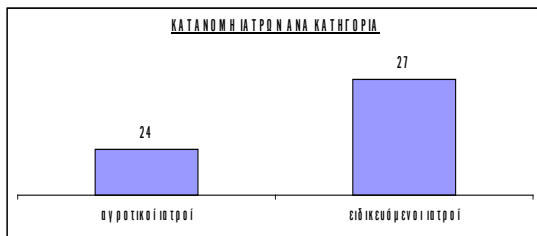
Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13. Για την περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος εφαρμόστηκε η κατανομή συχνοτήτων, η εκατοστιαία αναλογία και οι μέσες τιμές.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής στη μελέτη μαζελέγχθηκε με το συντελεστή άλφα (Cronbach's α), ο οποίος βρέθηκε ίσος με 0,70.

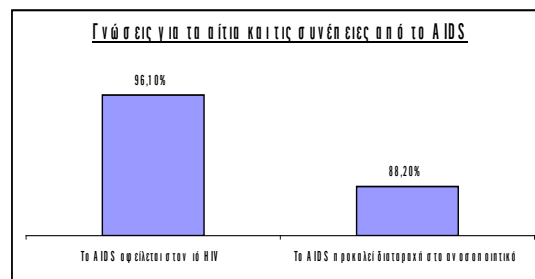
Αποτελέσματα

1. Δημογραφικά στοιχεία: Συμπληρώθηκαν 51 δελτία από 24 αγροτικούς και 27 ειδικευμένους ιατρούς, εκ των οποίων οι 30 ήταν άνδρες και οι 21 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν 28,6 έτη, με τυπική απόκλιση 4,6 έτη ($SD \pm 4,6$).

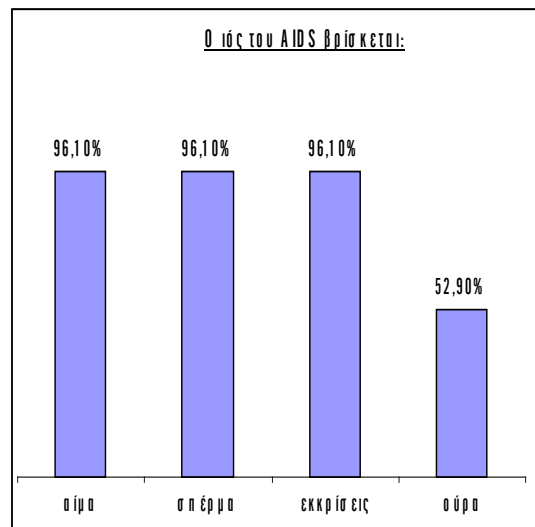


2. Νοσηλεία ασθενών με HIV λοίμωξη: Το 25,5% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έχει νοσηλεύσει ασθενή με AIDS. Μόνον το 19,6% θα ήθελε να ειδικευτεί στη φροντίδα ασθενών με AIDS. Το 90,2% πιστεύει ότι πρέπει να υπάρχει ιατρικό απόρρητο για τους ασθενείς αυτούς.

3. Γνώσεις: Το 96,1% των ερωτηθέντων γνωρίζει ότι το AIDS οφείλεται στον ιό HIV, το 88,2% ότι ο ιός προκαλεί διαταραχή στο ανοσοποιητικό σύστημα και το 92,2% γνωρίζει τη συμπτωματολογία της νόσου.



Ενθαρρυντικό αποτέλεσμα είναι το ότι το 96,1% των ερωτηθέντων γνωρίζει ότι ο ιός βρίσκεται στο αίμα, το σπέρμα και τις εκκρίσεις, αλλά το 52,9% πιστεύει ότι μεταδίδεται από τα ούρα, ποσοστό που πρέπει να μας ανησυχήσει δεδομένου του ότι η συγκεκριμένη ερώτηση αναφερόταν στη μη πρόσμιξη ούρων με αίμα, τουλάχιστον μακροσκοπικά.



Σχετικά με τη γνώση των τρόπων μετάδοσης του AIDS, σχεδόν η πλειοψηφία του δείγματος, ποσοστό 98%, αναφέρει ότι γνωρίζει πως το AIDS μπορεί να μεταδοθεί με τη σεξουαλική επαφή, τη μετάγγιση αίματος και το τρύπημα από μολυσμένη από τον ιό βελόνα. Δυσάρεστη έκπληξη, η οποία και θέτει σοβαρούς προβληματισμούς, αποτελεί το γεγονός ότι το 13,7% θεωρεί πως το AIDS μπορεί να μεταδοθεί με το κοινωνικό φιλί, αλλά και το 7,8% επίσης ότι μπορεί να μεταδοθεί με το τσίμπημα κάποιου εντόμου.

Γνώσεις για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS

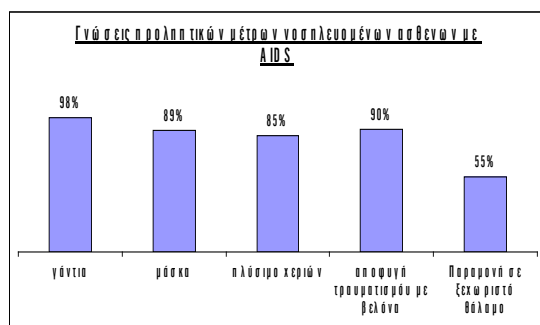
Μετάγγιση αίματος	98%
Σεξουαλική επαφή	98%
Νυγμός από μολυσμένη βελόνα	98%
Κοινωνικό φιλί	13,7%
Τσίμπημα εντόμου	7,8%

Ως κύριες ομάδες κινδύνου οι ερωτώμενοι αναφέρουν με ποσοστό 90% τις ιερόδουλες, τους ομοφυλόφιλους, τα άτομα με μη ελεγχόμενους ερωτικούς συντρόφους και τους μεταγγιζόμενους. Μόνο το 62,75% εντάσσει τους επαγγελματίες υγείας σε αυτές τις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Γνώσεις για τις ομάδες υψηλού κινδύνου

Ιερόδουλες	90%
Ομοφυλόφιλοι	90%
Άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους	90%
Μεταγγιζόμενοι	90%
Επαγγελματίες υγείας	62,7%

Όσον αφορά τα μέτρα πρόληψης κατά τη νοσηλεία ασθενών με AIDS, οι περισσότεροι (85–98%) αναγνωρίζουν τα γενικά μέτρα προφύλαξης (γάντια, μάσκες, πλύσιμο χεριών, αποφυγή τραυματισμών από βελόνες) και μόνο το 55% αυτών θεωρεί ότι οι ασθενείς με AIDS πρέπει να νοσηλεύονται σε ιδιαίτερους θαλάμους.



Συζήτηση

Η κλινική εμπειρία των ερωτηθέντων ιατρών στη νοσηλεία ασθενών με AIDS δεν καταγράφεται με υψηλά ποσοστά στη μελέτη μας: μόνο το 25,5% των ιατρών αναφέρει ότι έχει περιθάλψει ασθενή με AIDS, αλλά αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι η κλινική εμπειρία τους είναι χρονικά μικρή (ειδικευόμενοι–αγροτικοί ιατροί). Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων στη μελέτη

ήταν 28,6 έτη, ηλικίες αναμενόμενες, δεδομένου ότι οι ερωτηθέντες ήταν νέοι γιατροί, ειδικευόμενοι ή αγροτικοί. Οι γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη συμπτωματολογία της νόσου και τους τρόπους μετάδοσης της νόσου, εκφράζονται με υψηλά ποσοστά (πάνω από 90%). Αντίθετα, πολύ χαμηλά ποσοστά γνώσεων αναφέρει παρόμοια μελέτη από την Ινδία,⁵ στην οποία έλαβαν μέρος 2.200 γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας από 10 νοσοκομεία της χώρας, όπου μόνο το 49,7% επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη, φαίνεται να έχουν επαρκείς γνώσεις για το AIDS. Αντίστοιχη μελέτη από το Μαρόκο⁶ αναφέρει ότι το 50% των ιατρών γνωρίζει αρκετά για το AIDS. Υψηλότερα ποσοστά γνώσεων αναφέρουν μελέτες από το Μεξικό⁷ και τη Νιγηρία.⁸ Βεβαίως, το υψηλότερο ποσοστό γνώσεων (96%) το παρουσιάζει αντίστοιχη μελέτη από τη Δανία,⁹ κάτι που συμφωνεί με τα ευρήματα της δικής μας μελέτης.

Ενώ το 98% του δείγματος της μελέτης μας φαίνεται να γνωρίζει τους κύριους τρόπους μετάδοσης του ιού στο γενικό πληθυσμό, ένα μικρό ομολογουμένως ποσοστό απαντά ότι ο ιός μπορεί να μεταδοθεί με το κοινωνικό φιλί (13,7%) ή με το τσίμπημα εντόμου (7,8%).

Μικρότερο ποσοστό γνώσης σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης αναφέρουν ιατροί από την Ισπανία (76%).¹⁰

Σε συγκριτική μελέτη¹¹ μεταξύ δευτεροετών φοιτητών Ιατρικής σε Πανεπιστήμια των ΗΠΑ και της Νιγηρίας, ενώ οι φοιτητές των ΗΠΑ φαίνεται ότι γνωρίζουν με ποσοστό 89% τους κύριους τρόπους μετάδοσης του AIDS στο γενικό πληθυσμό, στο δείγμα των Νιγηριανών φοιτητών καταγράφονται ότι ποσοστό 12% πιστεύει ότι το AIDS μεταδίδεται με το κοινωνικό φιλί, 11% από κοινή χρήση της τουαλέτας και 16% από τσίμπημα εντόμου. Επίσης, υψηλά ποσοστά γνώσεων, παρόμοια με αυτά της μελέτης μας αναφέρονται και σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στις ΗΠΑ σε επαγγελματίες υγείας.¹²

Πολύ μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων στη μελέτη μας, δηλώνει πως θα ήθελε να ειδικευτεί στην περίθαλψη ασθενών με AIDS, κάτι που δηλώνει σαφώς την ανησυχία τους. Σε μελέτη από το Μαρόκο⁶ το 56% των ιατρών αναφέρουν ότι ανησυχούν όταν νοσηλεύουν ασθενείς με AIDS, ενώ σε μελέτη από το Μεξικό,⁷ το 87% των γιατρών εξέφρασε ανησυχία για την πιθανότητα μόλυνσης από τον ιό κατά τη νοσηλεία ασθενών με AIDS. Αντίθετα, σε μελέτη από τη Νιγηρία⁸ μόνο το 24% εκφράζει παρόμοια

ανησυχία. Στην ίδια μελέτη το 35% των ερωτηθέντων ιατρών αναφέρει ότι, παρά τη λήψη προφυλακτικών μέτρων, δεν θα ήθελε να συμμετάσχει σε χειρουργική επέμβαση πάσχοντα από AIDS.

Τέλος, στη μελέτη μας οι γνώσεις των μέτρων πρόληψης κατά τη νοσηλεία ασθενών με AIDS, υπάρχουν σε υψηλά ποσοστά (85-98%). Μοναδικό μέτρο πρόληψης που αναφέρουν οι νέοι γιατροί με χαμηλότερο ποσοστό είναι η νοσηλεία αυτών των ασθενών σε ξεχωριστούς θαλάμους (55%).

Τα μέτρα πρόληψης φαίνεται ότι γνωρίζουν –αλλά σε χαμηλότερα ποσοστά– οι ιατροί, σύμφωνα με ευρήματα συναφών μελετών. Συγκεκριμένα, το 75% στη μελέτη από το Μαρόκο⁶ και το 78% στη μελέτη από το Μεξικό,⁷ αναφέρει ότι γνωρίζει τα μέτρα πρόληψης που πρέπει να λαμβάνει. Αντίθετα, οι ιατροί από τη Δανία φαίνονται καλύτερα ενημερωμένοι,⁹ καθόσον το 75% των συμμετεχόντων, δηλώνει ότι ο ασθενής με AIDS πρέπει να απομονώνεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, εύρημα που διαφέρει από το δικό μας αποτέλεσμα.

Υψηλό ποσοστό (90%), τέλος, εμφανίζει η γνώση των ομάδων υψηλού κινδύνου μόλυνσης από τον ιό του AIDS, αλλά αρνητικά αξιοσημείωτο ποσοστό (μόνον 62,7%) θεωρεί ότι οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν σε αυτές τις ομάδες κινδύνου.

Συμπεράσματα

Οι γνώσεις και η συμπεριφορά των νέων ιατρών σε σχέση με τη HIV λοίμωξη θα μπορούσε να χαρακτηριστεί, σε γενικές γραμμές, ως ικανοποιητική. Η έλλειψη κλινικής εμπειρίας, καθόσον το δείγμα μας αποτελείται από νέους γιατρούς, πιθανόν να συμβάλλει και να δικαιολογεί κάποιες –ετυχώς λίγες– ανασφάλειες ή ελλείψεις στη γνώση που κατεγράφησαν.

Κρίνεται, όμως, σκόπιμο να επιταθεί η ενημέρωση για το AIDS σε ορισμένους κρίσιμους τομείς, προκειμένου να αρθούν στο σύνολό τους οι αναστολές και το έλλειμμα γνώσεων που συνεχίζουν σε ορισμένες περιπτώσεις να παρατηρούνται.

Περαιτέρω μελέτη με μεγαλύτερο δείγμα, θα είναι ικανή να δώσει πιο αξιόπιστα αποτελέσματα, τα οποία να χαρακτηρίζουν τις γνώσεις των νέων ιατρών για την HIV λοίμωξη στη χώρα μας.

Βιβλιογραφία

1. Bartlett JG. The Hopkins HIV Report, Occupational Exposure to HIV: Revised Hopkins Policy 1996;8(2).
2. Centers for Disease Control. Overview of HIV in Health-care Settings. National Center for Preparedness, Detection, and Control of Infectious Diseases (NCPDCID), February 23, 2004; Available at <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2004report>.
3. World Health Organization. HIV/AIDS Knowledge Case Improved treatment starts with improved knowledge. 11 July 2007. Available at http://www.who.int/ghl/mobile_libraries/hivcase/en/.
4. Δελτίο επιδημιολογικής επιτήρησης της HIV/AIDS Λοίμωξης, ΚΕΕΛΠΝΟ, Οκτ. 2007.
5. Kurien M., Thomas K., Ahuja RC., Patel A., Shyla PR., Wig N, et al. India CLEN HIV Screening Study Group. Screening for HIV infection by health professionals in India. *Natl Med J India* 2007;20(4):181.
6. Hossini CH., Tripodi D., Rahhali AE., Bichara M., Betito D., Curtes JP., et al. Knowledge and attitudes of health care professionals with respect to AIDS and the risk of occupational transmission of HIV in 2 Moroccan hospitals. *Sante*. 2000;10(5):315-21.
7. Fusilier M., Manning MR., Santini Villar AJ., Torres Rodriguez D. AIDS knowledge and attitudes of health-care workers in Mexico. *J Soc Psychol*. 1998; 138(2):203-10.
8. Adelekan ML., Jolayemi SO., Ndom RJ., Adegboye J., Babatunde S., Tunde-Ayimode M., et al. Caring for people with AIDS in a Nigerian teaching hospital: staff attitudes and knowledge. *AIDS Care* 1995; 7(Suppl 1):S63-72.
9. Sandbaek A., Kragstrup J. Role of Danish general practitioners in AIDS prevention. *Scand J Prim Health Care* 1995;13(4):307-15.
10. Almeda J., Allepuz A., Simon BG., Blasco JA., Esteve A., et al. Non-occupational post-exposure HIV prophylaxis. Knowledge and practices among physicians and groups with risk behaviour. *Med Clin (Barc)*. 2003;121(9):321-6.
11. Najem GR., Okuzu EI. International comparison of medical students' perceptions of HIV infection and AIDS. *J Natl Med Assoc*. 1998;90(12):765-74.
12. Davidson G., Gillies P. Safe working practices and HIV infection: knowledge, attitudes, perception of risk, and policy in hospital. *Qual Health Care* 1993;2(1):21-6.

Γνώσεις, στάσεις και χρήση μεθόδων αντισύλληψης από νέους 18-24 ετών. Πιλοτική έρευνα στην περιοχή Αθηνών

Μ. Ηλιάδου,¹ Δ. Αγραφιώτης²

Περίληψη

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών ενός πιλοτικού δείγματος 150 νέων της Αθήνας, ηλικίας 18-24 ετών, σε θέματα αντισύλληψης. Η έρευνα έγινε με βάση ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η ηλικία έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας είναι για τα αγόρια τα 16,05 έτη και για τα κορίτσια τα 18,04 έτη. Αποδεικνύεται ότι η πιο σημαντική πηγή πληροφόρησης σε θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι οι φίλοι. Όσον αφορά τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, το 81,1% κάνει χρήση κάποιας μεθόδου και το προφυλακτικό κατέχει πρωταρχικό ρόλο (91,4%). Το ποσοστό χρήσης της διακεκομμένης συνουσίας είναι 22,4% ενώ η χρήση μοντέρνων μεθόδων αντισύλληψης, όπως το χάπι, είναι σε χαμηλά ποσοστά (13,8%). Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι το 3,3% του δείγματος των κοριτσιών δήλωσαν ότι έχουν κάνει έκτρωση σε αυτή την ηλικία. Συμπερασματικά, αυτό που είναι εμφανές στην παρούσα έρευνα είναι ότι η γνώση δεν επηρεάζει τη συμπεριφορά ως προς την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Λέξεις κλειδιά: αντισύλληψη, σεξουαλικές σχέσεις, έκτρωση, χρήση προφυλακτικού.

Knowledge, attitudes and use of contraceptive methods by young people (18-24). Pilot survey in the area of Athens

M. Iliadou,¹ D. Agrafiotis²

Abstract

The aim of this research is to identify the knowledge, attitudes and behaviour of young people (age 18-24) on contraceptive methods in the area of Athens. A pilot survey of 150 young people was carried out based on a questionnaire specially designed for the objectives of the research. According to our results, young people start their sexual relations at different age depending on gender. The boys start at 16.05 years of age and the girls almost two years later (at 18.04). The most important source of information for sexual behavior appears to be their friends. Concerning use of contraceptive methods, it is hopeful that 91.4% of young people use male condom which is the only protective method against STDs and especially AIDS. However, 22.4% of young people still consider withdrawal as a contraceptive method and continue to rely on this to avoid unwanted pregnancies. The percentage of youth that use modern methods of contraception like the pill continues to be low (13.8%), which shows that young people have not much changed their behavior compared to older generations and this is a bit disappointing. It is interesting to mention that 3.3% of the sample had already carried out an abortion at this age. In conclusion, knowledge appears once more not to affect the behavior of young people who continue to use ineffective measures such as withdrawal in their sexual relations ending up in abortions early in their life.

Key words: contraception, sexual relations, abortion, use condom.

¹3^ο Νοσοκομείο ΙΚΑ, Εργαστηριακός Συνεργάτης, Τμήμα Μαιευτικής, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΑΤΕΙ) Αθηνών
²Τομέας Κοινωνιολογίας, ΕΣΔΥ

¹3rd IKA Hospital, Laboratory Collaborator, Obstetrics Department, Technological Educational Institute of Athens

²Sociology Department, National School of Public Health

Εισαγωγή

Η σύναψη προγαμιαίων σεξουαλικών σχέσεων αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα των σύγχρονων κοινωνιών, κάτι που όμως δεν συνοδεύεται πάντα από αντίστοιχη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και λήψη αποτελεσματικών μέτρων προφύλαξης από ανεπιθύμητες κήσεις.¹

Τόσο η μικρότερη μέση ηλικία έναρξης της έμμηνης ρύσης και της ανάπτυξης σεξουαλικών δραστηριοτήτων στους νέους, όσο και ο κίνδυνος για ανεπιθύμητη κύηση και μόλυνση από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καθιστούν απαραίτητη τη διερεύνηση των προβλημάτων που σχετίζονται με αυτές τις ηλικίες. Η πρόωρη σεξουαλική εμπειρία μπορεί να επηρεάσει τους νέους στη μεταγενέστερη σεξουαλική συμπεριφορά και να ενισχύσει ή να ενθαρρύνει μεγαλύτερη δραστηριότητα στη σεξουαλική ζωή τους.²

Η υιοθέτηση, συνεπώς, λανθασμένων προτύπων και επιλογών στην πρώιμη σεξουαλική δραστηριότητα, μπορεί να έχει επιπτώσεις στην αντισυλληπτική συμπεριφορά της ζωής του ατόμου.³

Για πολλά χρόνια η ενημέρωση πάνω σε θέματα αντισύλληψης ήταν εξαιρετικά δυσπρόσιτη στη χώρα μας, εξαιτίας μιας έντονα σεξοφοβικής ηθικής, όχι μόνο της εκκλησίας, αλλά και πολλών άλλων συντηρητικών θεσμών. Καλυπτόμενο πίσω από την αντίληψη ότι η σεξουαλικότητα είναι θέμα της ιδιωτικής ζωής του καθενός, το κράτος δεν αναλάμβανε την ευθύνη της συστηματικής πληροφόρησης του κοινού. Μόλις το 1986, με την εφαρμογή του Ν.Δ. 1609 για τις αμβλώσεις, άρχισε η δημιουργία κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού. Τότε, δηλαδή, το κράτος ανέλαβε την ευθύνη της ενημέρωσης του πληθυσμού για ένα τόσο σημαντικό θέμα.⁴

Η υλοποίηση ενημερωτικών εκστρατειών με αντικείμενο τη σεξουαλική αγωγή και την αντισύλληψη και η οργάνωση ειδικών υπηρεσιών παροχής συμβουλών και φροντίδας, αποτελούν κατά κύριο λόγο ευθύνη και υποχρέωση της πολιτείας, η οποία πρέπει να επικεντρώνει τους στόχους που θέτει, με γνώμονα την ιεράρχηση των προβλημάτων της κάθε κοινωνίας. Η ομάδα των νέων θα πρέπει να αποτελεί τον κυρίαρχο πληθυσμό-στόχο, καθώς η σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων μπορεί να χαρακτηριστεί είτε ως ορόσημο της φυσιολογικής τους εξέλιξης είτε ως πεδίο επικίνδυνης συμπεριφοράς. «Νεολαία» και «σεξουαλικότητα» συνδυάζονται για να δώσουν ένα σύμπλεγμα φορτισμένο, προβληματικό, αν όχι εκρηκτικό.⁵

Στη διάρκεια της εφηβείας η λανθάνουσα σεξουαλικότητα μετατρέπεται σε ενεργή, καθώς οι έφηβοι πειραματίζονται, αναζητώντας τη «σεξουαλική ταυτότητά» τους στο πλαίσιο που καθορίζουν οι κυρίαρχοι πολιτιστικοί γνώμονες, για παράδειγμα, ως προς το τι είναι σεξουαλικό/ερωτικό/χουδαίο, επιτρεπτό/απαγορευμένο.⁶

Από την άλλη, η πρόληψη της εγκυμοσύνης και των Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ), θα έπρεπε να ήταν υψίστης προτεραιότητας μεταξύ των εφήβων. Η καθυστέρηση της έναρξης των σεξουαλικών επαφών θα μείωνε το ποσοστό των ανεπιθύμητων εγκυμοσυνών στην εφηβεία, αλλά πραγματικά δεν γνωρίζουμε πώς να το πετύχουμε. Οι νέοι δεν είναι πάντα προετοιμασμένοι για σεξουαλικές επαφές και η έλλειψη γνώσεων για το πώς θα προστατέψουν τον εαυτό τους από εγκυμοσύνες και ΣΜΝ μπορεί να προβεί καταστροφική.⁷

Στην Ελλάδα οι εκτρώσεις, αν και έχουν μειωθεί κατά 25-30% τα τελευταία χρόνια, λόγω ευρύτερης χρήσης του προφυλακτικού και του φόβου της μετάδοσης του ιού του AIDS, παραμένουν σε υψηλά επίπεδα και φτάνουν στις 150.000 το χρόνο, αριθμός που είναι πολύ μεγαλύτερος από τις γεννήσεις, οι οποίες κυμαίνονται περίπου στις 106.600.⁸

Ακόμη, τα ΣΜΝ αποτελούν σήμερα το πιο συχνό πρόβλημα δημόσιας υγείας στην εφηβεία.

Δυστυχώς, 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 εφήβων, έχουν καταστήσει επιτακτική όσο ποτέ την ανάγκη για σεξουαλική αγωγή. Για χρόνια, υπήρξε μια αντίθεση μεταξύ του ρόλου της σεξουαλικής αγωγής και της ενημέρωσης από τους γονείς γύρω από τα θέματα αντισύλληψης. Η σεξουαλική αγωγή έχει ελάχιστα διαδοθεί, επειδή συντηρητικά στοιχεία της κοινωνίας θεωρούν ότι αυτή 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.⁹

Αντίθετα, αυτή καθυστερεί αποτελεσματικά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, αυξάνει τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και μειώνει την υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά.¹⁰

Πρέπει, όμως, να επισημανθεί ότι η μεθοδική οργάνωση ειδικών ενημερωτικών εκστρατειών προϋποθέτει την καταγραφή και την αξιολόγηση

της εικόνας των νέων σε θέματα αντισύλληψης. Προς την κατεύθυνση αυτή προσπαθεί να συμβάλει η παρούσα εργασία, η οποία έχει ως σκοπό τη διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών ενός πιλοτικού δείγματος νέων της Αθήνας, ηλικίας 18-24 ετών, σε θέματα αντισύλληψης.

Υλικό-Μέθοδοι

Στην παρούσα έρευνα έγινε μια πιλοτική διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών νέων της Αθήνας, ηλικίας 18-24 ετών, σε θέματα αντισύλληψης. Η έρευνα διεξήχθη με τη συμπλήρωση 150 ερωτηματολογίων σε χώρους όπου συγκεντρώνονται νέοι (εντευκτήρια σχολών ΤΕΙ-ΑΕΙ, χώρους άθλησης, καφετέριες), κατά τη χρονική περίοδο Σεπτεμβρίου – Νοεμβρίου 2005. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 33 ερωτήσεις κλειστού τύπου (στο οποίο η ερώτηση επιτρέπει μόνο ορισμένες απαντήσεις) επί το πλείστον, με δυνατότητα επιλογής περισσότερων της μιας απαντήσεων σε ορισμένες περιπτώσεις.

Στην αρχή του ερωτηματολογίου γίνεται περιγραφή της έρευνας καθώς και αναφορά των φορέων που συμμετέχουν στην έρευνα, ενώ δίνεται έμφαση στο απόρρητο των στοιχείων. Σε κάθε ενότητα του ερωτηματολογίου προηγείται επίσης σύντομη εισαγωγική περιγραφή, σχετικά με το περιεχόμενο που θα ακολουθήσει.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις με τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων καθώς και με το επίπεδο γνώσεων τους σε θέματα αντισύλληψης με τη μορφή ερωτήσεων κλειστού τύπου.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται η ανίχνευση των στάσεων των νέων με την παράθεση κλειστής μορφής ερωτήσεων και κλιμάκων κατατάξεως (LIKERT scales), όπου μετράται ο βαθμός στον οποίο ο ερωτώμενος συμφωνεί ή διαφωνεί με το θέμα.

Τέλος, στο τρίτο μέρος ανιχνεύεται η αντισυληπτική συμπεριφορά των νέων με κλειστού τύπου ερωτήσεις.

Αξιζει να αναφέρουμε ότι επεστράφησαν 5 κενά ερωτηματολόγια, ενώ 20 από τα άτομα που ερωτήθηκαν για το αν θέλουν να συμμετάσχουν στην έρευνα αρνήθηκαν τη συμμετοχή, επικαλούμενοι κυρίως έλλειψη διαθέσιμου χρόνου καθώς και έλλειψη προσωπικού ενδιαφέροντος. Το μεγαλύτερο μέρος αυτών ήταν άνδρες. Οι υπόλοιποι που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια δεν αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα στην κατανόηση των ερωτήσεων. Αξιοσημείωτη είναι η μεγάλη προθυμία

και το ενδιαφέρον που έδειξε ένα αρκετά μεγάλο τμήμα του δείγματος για το θέμα της έρευνας και για τη δυνατότητα συμμετοχής τους σε αυτήν.

Τρόπος επεξεργασίας ερωτηματολογίων - Στατιστική ανάλυση

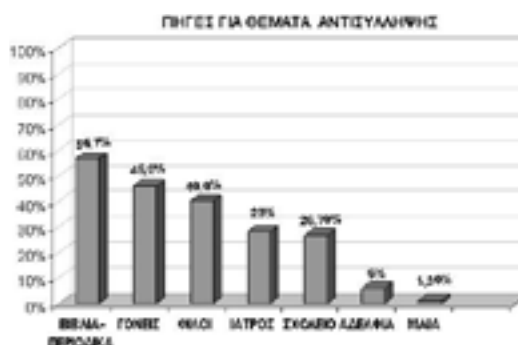
Μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν στην έρευνα κωδικοποιήθηκαν και εισήχθησαν σε βάση δεδομένων SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v.¹¹

Αρχικά, καταρτίστηκαν πίνακες κατανομής απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο. Οι συσχετίσεις μεταξύ των ποιοτικών μεταβλητών, αξιολογήθηκαν με βάση τη χ^2 στατιστική δοκιμασία. Όλοι οι έλεγχοι ήταν δύο διευθύνσεων, ενώ το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (Σφάλματα τύπου I) τέθηκε στο 5%.

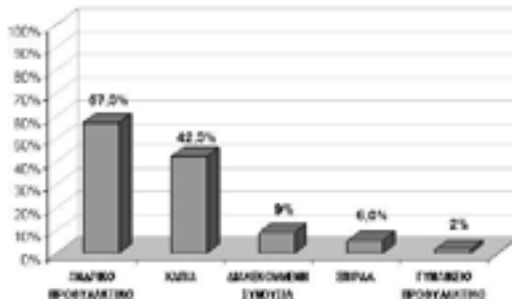
Αποτελέσματα

Εκ των συμμετεχόντων (150 άτομα) στην έρευνα, οι 41 είναι άνδρες και οι 109 γυναίκες. Η πλειοψηφία (54,7%) ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 21-22 ετών, και το 77,3% είναι σπουδαστές ΤΕΙ, το 22% είναι φοιτητές ΑΕΙ και το 0,7% είναι απόφοιτοι Λυκείου. Το 50% έχει γεννηθεί στην Αθήνα και μόνο το 0,7% σε κάποιο αγροτικό κέντρο. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, παρατηρούμε ότι το 36,2% των μητέρων είναι απόφοιτες Λυκείου, το 16,8% είναι απόφοιτες Δημοτικού και το 14,7% είναι απόφοιτες ΑΕΙ/ΤΕΙ, ενώ τα ποσοστά των πατέρων είναι 22%, 23,3% και 16,7% αντίστοιχα. Ακόμη φάνηκε από την έρευνα ότι το 43,3% των ερωτηθέντων ζουν με τους γονείς τους.

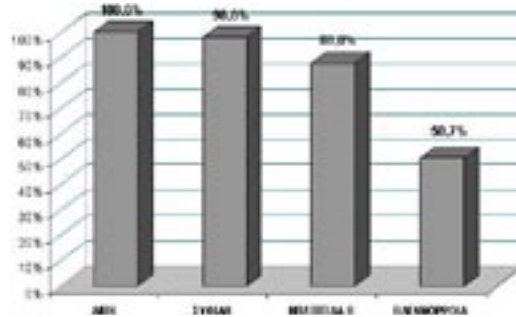
Κυρίαρχη πηγή πληροφοριών για θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι οι φίλοι (64%), ενώ σημαντικότερη πηγή πληροφόρησης σε θέματα αντισύλληψης είναι τα βιβλία - περιοδικά (56,7%) (Σχήμα 1).



Σχήμα 1. Πηγές για θέματα αντισύλληψης.



Σχήμα 2. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Ποια θεωρείτε περισσότερο αποτελεσματική μέθοδο;»



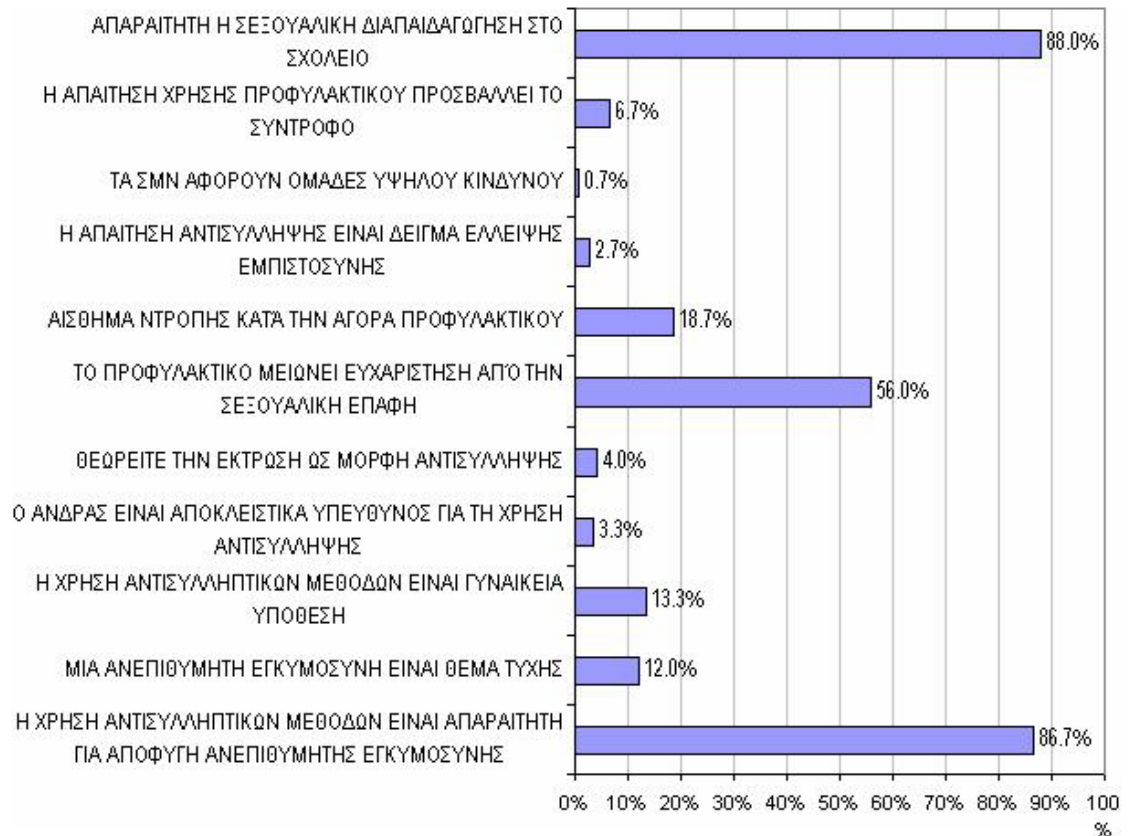
Σχήμα 3. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Ποια θεωρούνται σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;»

Ακόμη, όσο αφορά το πόσο θεωρούν οι νέοι τον εαυτό τους ενημερωμένο σε θέματα γυναικείας-ανδρικής σεξουαλικότητας, το 66% θεωρεί τον εαυτό του αρκετά ενημερωμένο, το 28,7% πολύ ενημερωμένο και το 5,3% λίγο ενημερωμένο.

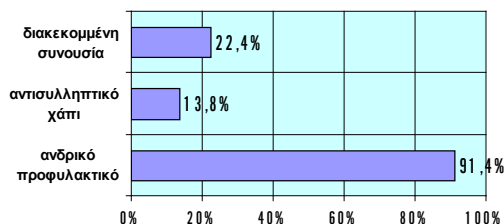
Στην ερώτηση για το ποια αντισυλληπτική μέθοδο θεωρούν περισσότερο αποτελεσματική (Σχήμα 2), το 57,7% των νέων θεωρεί πιο αποτελεσματική μέθοδο το ανδρικό προφυλακτικό, το 42,3% το χάπι, το 9,4% τη διακεκομμένη συνουσία, το 6% το σπιράλ και το 2% το γυναικείο προφυλακτικό, ενώ κανείς από τους ερωτηθέντες δεν θεωρεί αποτελεσματική την ημερολογιακή μέθοδο και τη θερμομέτρηση.

Ειδικότερα, παρατηρούμε ότι το 48,1% των κοριτσιών θεωρούν το χάπι αποτελεσματική μέθοδο έναντι του 26,8% των αγοριών, ενώ το 22% των αγοριών θεωρούν αποτελεσματική μέθοδο τη διακεκομμένη συνουσία έναντι του 4,6% των κοριτσιών.

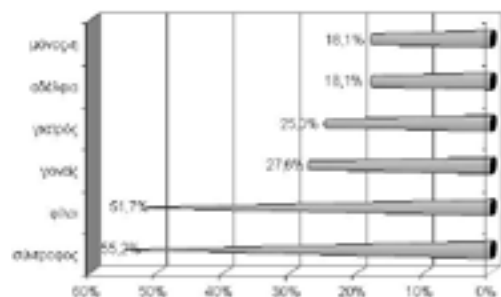
Στην ερώτηση για το ποια νοσήματα είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενα (Σχήμα 3), το AIDS θεωρήθηκε ΣΜΝ από το 100% των ερωτηθέντων, η σύφιλη από το 98%, η ηπατίτιδα Β από το 88% και η βλεννόρροια από το 50,7%, ενώ δεν υπήρχαν θετικές απαντήσεις για τη μεσογειακή αναιμία και την αιμορροφιλία.



Σχήμα 4. Στάση απέναντι στις μεθόδους αντισύλληψης.



Σχήμα 5. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Ποια μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιείτε;»



Σχήμα 6. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Ποιος σας σύστησε τη μέθοδο αντισύλληψης;»

Επιπλέον, η μέθοδος αντισύλληψης που θεωρείται από τους νέους ως η πλέον αποτελεσματική απέναντι στο AIDS, είναι το ανδρικό προφυλακτικό σε ποσοστό 98,7%, η διακεκομμένη συνουσία σε ποσοστό 0,7% και το χάπι της επόμενης μέρας σε ποσοστό 0,7%.

Όσον αφορά τη στάση των νέων απέναντι στις μεθόδους αντισύλληψης (Σχήμα 4): Το 88,0% του δείγματος θεωρεί ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι απαραίτητη να ενταχθεί στο σχολικό πρόγραμμα. Το 86,7% θεωρεί ότι η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων είναι απαραίτητη για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Το 56,0% θεωρεί ότι το προφυλακτικό μειώνει την ευχαρίστηση από τη σεξουαλική επαφή. Το 13,3% θεωρεί ότι η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων είναι γυναικεία υπόθεση.

Σε θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς το 95,3% δήλωσε ότι έχει ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις και το 4,7% ότι δεν έχει ακόμη.

Η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας είναι για τα αγόρια τα 16,5 έτη και για τα κορίτσια τα 18,4 έτη.

Στην ερώτηση για το αν χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης, το 81,1% απάντησε καταφατικά και το 18,9% απάντησε αρνητικά, ενώ τα ποσοστά των μεθόδων που χρησιμοποιούν είναι τα εξής (Σχήμα 5):

- ανδρικό προφυλακτικό (91,4%)
- αντισυλληπτικό χάπι (13,7%)
- διακεκομμένη συνουσία (22,4%).

Επίσης, όσον αφορά στο ποιος σύστησε στους νέους της μελέτης κάποια μέθοδο αντισύλληψης, παρατηρούμε ότι ο σύντροφος και οι φίλοι έπαιξαν κυρίαρχο ρόλο, ενώ οι γονείς και ο γιατρός δευτερεύοντα (Σχήμα 6).

Ακόμη, από την ερώτηση για το ποια είναι η αντίδραση των νέων εάν ο σύντροφός τους αρνείται να χρησιμοποιήσει προφυλακτικά μέσα, φάνηκε ότι το 49,6% επιβάλλει τη χρήση, το 33,8% αρνείται την επαφή, ενώ το 16,5% υποχωρεί.

Τέλος, το 3,3% του δείγματος έχει κάνει έκτρωση και το 14,8% έχει ασθενήσει από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, ενώ τα κορίτσια δείχνουν να ασθενούν 4,5 φορές συχνότερα από τα αγόρια.

Κατά τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων (Πίνακας 1) παρατηρούμε ότι:

- οι άνδρες συμφωνούν συχνότερα από τις γυναίκες ότι η έκτρωση θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μέθοδος αντισύλληψης ($p < 0,001$)
- οι άνδρες δεν θεωρούν ότι η αγορά προφυλακτικού τους δημιουργεί αίσθημα ντροπής ($p = 0,001$)
- οι γυναίκες θεωρούν συχνότερα ότι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αφορούν μόνο ομάδες υψηλού κινδύνου ($p = 0,004$)
- περισσότεροι άνδρες διαφωνούν στο ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα έπρεπε να ενταχθεί στο σχολικό πρόγραμμα ($p = 0,001$).

Παράλληλα, το 95% αυτών που θεωρούν τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων μη απαραίτητη για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, φέρονται να κάνουν παρόλα αυτά χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου.

Οι γυναίκες με οριακή στατιστική σημαντικότητα ($p = 0,055$) γνωρίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό τα ΣΜΝ. Το 30,2% των ερωτηθέντων δεν χρησιμοποιεί χάπι αν και το θεωρεί αποτελεσματικό ($p < 0,001$). Το 19,8% κάνει χρήση της διακεκομμένης συνουσίας αν και δεν την θεωρεί αποτελεσματική ($p < 0,001$) και το 77,9% των ερωτηθέντων που απάντησαν σωστά σε όλες τις ερωτήσεις που αφορούσαν τα ΣΜΝ, δεν έχουν ασθενήσει ποτέ από κάποιο ΣΜΝ, ενώ το 22,1% έχει ασθενήσει ($p < 0,05$).

Συζήτηση

Σχετικά με τις πηγές πληροφόρησης, παρατηρούμε ότι η πιο σημαντική σε θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι οι φίλοι (64%), κάτι που επιβεβαιώνεται σε έρευνα των Kirby et al.¹⁰ σε σχολικά προγράμματα για τον περιορισμό της υψηλού κινδύνου σεξουαλικής συμπεριφοράς,

καθώς επίσης και σε έρευνα των Selak S.¹² και Χλιαουτάκη.¹³ Αυτό εξηγεί την πλημμυρή ενημέρωση των νέων, καθώς οι συνομήλικοί τους δεν διαθέτουν επαρκείς γνώσεις επίσης.¹⁴

Αντιθέτως, οι γονείς και το σχολείο παίζουν δευτερεύοντα ρόλο, κάτι που φαίνεται και από παλαιότερα έρευνα των Τούντα και Κρεατσά.¹⁵

Ανάλογα συμπεράσματα παρατηρούμε και σε δύο έρευνες του Χλιαουτάκη^{13,16} καθώς και σε έρευνες των Kirby,¹⁰ Selak¹² και Δανέζη.¹⁷ Αυτό αποδεικνύει ότι αν και σήμερα αρκετοί γονείς εμφανίζονται περισσότερο θετικοί στη σεξουαλική ενημέρωση των παιδιών τους, συχνά δείχνουν μια δυσκολία σε ορισμένα θέματα, όπως για παράδειγμα, οι μέθοδοι αντισύλληψης.¹⁸

Το σχολείο δεν λειτουργεί ως πλήρης πηγή ενημέρωσης, καθώς η σεξουαλική αγωγή δεν περιλαμβάνεται ως υποχρεωτικό μάθημα στο σχολικό πρόγραμμα. Βέβαια οφείλουμε να παραδεχτούμε ότι το αυξημένο ποσοστό του σχολείου ως πηγή (33,3%) σε σύγκριση με προηγούμενες μελέτες^{15,16} δείχνει μια νέα τάση και προσπάθεια των εκπαιδευτικών να καλύψουν αυτό το κενό. Είναι αισθητή η απουσία μιας συντονισμένης προσπάθειας από τον κεντρικό φορέα δηλαδή το Υπουργείο Παιδείας. Στη χώρα μας, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, η Σεξουαλική Αγωγή δεν περιλαμβάνεται ακόμα ως υποχρεωτικό μάθημα στο σχολικό πρόγραμμα. Πέρα από το μάθημα επιλογής της Αγωγής Υγείας που παρακολουθούν κάποιοι μαθητές, δεν παρέχεται στους υπόλοιπους μαθητές άμεση πληροφόρηση για θέματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητά τους.¹⁹

Αίσθηση προκαλεί το χαμηλό ποσοστό που έχουν οι γιατροί ως πηγή πληροφόρησης σε θέματα αντισύλληψης (28%), κάτι που ίσως μας κάνει να αναρωτηθούμε για το ποια πρέπει να είναι τα χαρακτηριστικά των πηγών ενημέρωσης. Ενδεχομένως, το αυστηρά ιατρικό μοντέλο δεν μπορεί να καλύψει τις επικοινωνιακές ιδιαιτερότητες αυτών των ηλικιακών ομάδων που χρήζουν σύγχρονων μεθόδων αγωγής υγείας. Επαγγελματίες υγείας με κατάλληλη εκπαίδευση, θα μπορούσαν να καλύψουν το κενό αυτό. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Σουηδίας, όπου οι υπηρεσίες Σεξουαλικής Αγωγής – Υγείας που είναι κυρίως στελεχωμένες με μαίες, έχουν μεγάλη επιτυχία.²⁰

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των μεθόδων, βλέπουμε ότι η υπεροχή των κοριτσιών (48,1%) που θεωρούν το χάπι ως αποτελεσματική μέθοδο έναντι του ποσοστού των αγοριών

(26,8%), μας δίνει το περιθώριο να υποθέσουμε ότι αυτή η διαφορά υφίσταται λόγω της μεγαλύτερης εξοικείωσης που βιώθουν οι πρώτες με αυτή τη μέθοδο καθώς η χρήση της εξαρτάται αποκλειστικά από τις ίδιες. Αντίστοιχα, τα αγόρια θεωρούν τη διακεκομμένη συνουσία ως αποτελεσματική μέθοδο σε ποσοστό 22% έναντι των κοριτσιών με ποσοστό 4,6% ($p=0,003$).

Αυτό επίσης που προκαλεί εντύπωση είναι ότι, ενώ το 66% των ερωτηθέντων θεωρεί τον εαυτό του αρκετά ενημερωμένο, παρόλα αυτά το 49,3% του δείγματος δεν αναγνώριζε τη βλεννόρροια ως ΣΜΝ, το 12% την ηπατίτιδα Β και το 2% τη σύφιλη. Εντούτοις, το συντριπτικό ποσοστό (98,7%) θεωρούσαν το προφυλακτικό ως την αποτελεσματικότερη μέθοδο απέναντι στο AIDS (σε αντίθεση με παλαιότερη έρευνα²¹ με ποσοστό 81,1%), κάτι που υποδηλώνει καλύτερη ενημέρωση.

Όσον αφορά τώρα τις στάσεις των νέων του δείγματος σε θέματα αντισύλληψης, διαπιστώσαμε ότι τα υψηλά ποσοστά των ερωτηθέντων που συμφωνούν με προτάσεις όπως «η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων είναι απαραίτητη για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης», καθώς και τα χαμηλά ποσοστά που παρατηρούνται σε προτάσεις όπως «μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είναι θέμα τύχης», «η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων είναι γυναικεία υπόθεση», «ο άνδρας είναι αποκλειστικά υπεύθυνος για τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων», «θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε την έκτρωση ως μια μορφή αντισύλληψης», δείχνουν μια θετική στάση απέναντι στη χρήση των μεθόδων αντισύλληψης.

Αναφέρουμε βέβαια ότι σε κάποιες έρευνες^{19,22,23} οι νέοι θεωρούσαν ότι ο άνδρας είναι αυτός που πρέπει να αποφασίζει και να χρησιμοποιεί κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, ενώ σε άλλη²⁴ θεωρούσαν ότι η χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου είναι ευθύνη και των δύο συντρόφων.

Όσον αφορά τώρα τη συμπεριφορά των νέων, διαπιστώνουμε ότι το 95,3% του δείγματος έχει ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις, ποσοστό που δηλώνει κάποια μετατροπή στη μέχρι πρότινος συντηρητική ελληνική κοινωνία. Η μέση ηλικία των αγοριών στην έρευνά μας είναι 21,9 και των κοριτσιών 21,3 έτη. Η ηλικία έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας είναι για τα αγόρια τα 16,5 έτη και για τα κορίτσια τα 18,4 έτη. Αν αναλογιστούμε ότι παλαιότερα στη χώρα μας η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας των κοριτσιών συνέπιπτε με την ηλικία γάμου, βλέπουμε ότι η ψαλίδα μεταξύ ανδρών-γυναικών

Πίνακας 1. Στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

		ΑΓΟΡΙΑ		ΚΟΡΙΤΣΙΑ		P	Χ2
		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ		
Ο άνδρας είναι αποκλειστικά υπεύθυνος για τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων	Συμφωνώ	0	0,0%	5	4,6%		2,3
	Δεν είμαι σίγουρος	1	2,4%	5	4,6%		
	Διαφωνώ	40	97,6%	99	90,8%		
Θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε την έκτρωση ως μια μορφή αντισύλληψης	Συμφωνώ	6	14,6%	0	0,0%	<0,001	16,6
	Δεν είμαι σίγουρος	1	2,4%	4	3,7%		
	Διαφωνώ	34	82,9%	105	96,3%		
Το προφυλακτικό μειώνει την ευχαρίστηση από τη σεξουαλική επαφή	Συμφωνώ	26	63,4%	58	53,2%		1,6
	Δεν είμαι σίγουρος	7	17,1%	19	17,4%		
	Διαφωνώ	8	19,5%	32	29,4%		
Η αγορά προφυλακτικού μου δημιουργεί αίσθημα ντροπής	Συμφωνώ	0	0,0%	28	25,7%	<0,001	18,5
	Δεν είμαι σίγουρος	1	2,4%	13	11,9%		
	Διαφωνώ	40	97,6%	68	62,4%		
Η απαίτηση χρήσης αντισυλληπτικής μεθόδου είναι δείγμα έλλειψης εμπιστοσύνης	Συμφωνώ	1	2,4%	3	2,8%		0,9
	Δεν είμαι σίγουρος	1	2,4%	7	6,4%		
	Διαφωνώ	39	95,1%	99	90,8%		
Τα ΣΜΝ αφορούν μόνο ομάδες υψηλού κίνδυνου	Συμφωνώ	1	2,4%	0	0,0%	0,004	11,3
	Δεν είμαι σίγουρος	8	19,5%	5	4,6%		
	Διαφωνώ	32	78,0%	104	95,4%		
Η απαίτηση χρήσης αντισυλληπτικής μεθόδου από τον σύντροφο μπορεί να τον προσβάλλει	Συμφωνώ	3	7,3%	7	6,4%		31
	Δεν είμαι σίγουρος	1	2,4%	13	11,9%		
	Διαφωνώ	37	90,2%	89	81,7%		
Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι απαραίτητο να ενταχθεί στο σχολικό πρόγραμμα...	Συμφωνώ	33	80,5%	99	90,8%	<0,001	16,4
	Δεν είμαι σίγουρος	1	2,4%	9	8,3%		
	Διαφωνώ	7	17,1%	1	0,9%		

έχει κλείσει αισθητά και ενώ στη δεκαετία του '50 η διαφορά έφτανε τα 6 χρόνια, από το τέλος της δεκαετίας του '80 μειώθηκε στα 2 χρόνια.¹⁹ Η διαφορά των 2 ετών που επισημάνθηκε επιβεβαιώνεται και στο εν λόγω δείγμα.

Όσον αφορά τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, παρατηρούμε ότι το 81,1% κάνει χρήση κάποιων μεθόδων, ποσοστό που έχει αναφερθεί και σε έρευνα των Τσαρμακλή και συν.²⁵ Ακόμη επιβεβαιώνεται ο πρωταρχικός ρόλος του προφυλακτικού

(91,4%) που φάνηκε και σε προηγούμενες έρευνες των Kirby και Τούντα.^{10,15}

Το ποσοστό χρήσης της διακεκομμένης συνουσίας (22,4%) δείχνει μια πίστη στις παραδοσιακές αντισυλληπτικές μεθόδους. Η χρήση του προφυλακτικού και η διακεκομμένη συνουσία, ήταν στο παρελθόν και συνεχίζουν να είναι και σήμερα οι πιο διαδεδομένες μέθοδοι αντισύλληψης.^{10,12,15,26,27}

Παράλληλα, η χρήση μοντέρνων μεθόδων αντισύλληψης, όπως το χάπι, εφαρμόζεται σε χαμηλά ποσοστά (13,8%), κάτι που παρατηρούμε και σε προηγούμενες έρευνες.^{10,12,15} Η ελληνική κοινωνία δεν έχει υιοθετήσει τις μοντέρνες μεθόδους αντισύλληψης που πρωτοεμφανίστηκαν στη χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του 1970, καθώς μόνο το 2-3% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας χρησιμοποιούν το χάπι, σε αντίθεση με το 30-40% στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης.¹⁹ Η εσφαλμένη πληροφόρηση και ο φόβος των παρενεργειών πιστεύεται ότι είναι ο κυριότερος λόγος της περιορισμένης χρήσης του.

Επίσης, παρατηρούμε ότι υπάρχει διαφορά ($p=0,006$) στη χρήση αντισυλληπτικού χαπιού με χρήστες τα αγόρια (μέσω της συντρόφου τους) και τα κορίτσια (29,4% -10 περιπτώσεις έναντι μόνο 7,3%- 6 περιπτώσεις αντίστοιχα), κάτι που έρχεται σε αντίθεση με το πόσο αποτελεσματική θεωρούν αυτή τη μέθοδο τα δύο φύλα (48,1% τα κορίτσια και 26,8% τα αγόρια).

Σχετικά με το ποιος τους σύστησε τη μέθοδο, παρατηρούμε ξανά τον πρωταγωνιστικό ρόλο των φίλων (51,7%) αλλά και του συντρόφου (55,2%).

Όσο δε αφορά την έκτρωση, το 4,5% του δείγματος των κοριτσιών έχουν υποβληθεί σε αυτήν τη διαδικασία, κάτι που επιβεβαιώνει το οξύ πρόβλημα των ανεπιθύμητων κυήσεων στη χώρα μας. Το ποσοστό βέβαια αυτό, είναι σαφώς μικρότερο από αυτό που βλέπουμε στην εργασία των Garcia-Sanchez et al. (100-120 εκτρώσεις ανά 1.000 γυναίκες ετησίως στην Ελλάδα).¹⁹

Επίσης, σχετικά με την προσβολή από κάποιο σεξουαλικώς μεταδιδόμενο νόσημα, παρατηρούμε ότι τα κορίτσια ασθενούν 4,5 φορές συχνότερα απ' ό,τι τα αγόρια, που ίσως δείχνει ότι υιοθετούν περισσότερο ανασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές. Ως προς τη σχέση του φύλου και των γνώσεων, διαπιστώνουμε ότι οι γυναίκες με οριακή στατιστική σημαντικότητα ($p=0,055$) γνωρίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό τα ΣΜΝ, διαφορά που βλέπουμε και παλαιότερα.^{12,15}

Όσο δε αφορά τη σχέση της στάσης και της συμπεριφοράς, βλέπουμε ότι υπάρχει αναντιστοιχία, καθώς το 95% αυτών που θεωρούν τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων μη απαραίτητη για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, φέρονται παρόλα αυτά να κάνουν χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου.

Όσον αφορά τη σχέση γνώσης-συμπεριφοράς, φαίνεται ότι η πρώτη λειτουργεί ανεξάρτητα από τη δεύτερη. Οι γνώσεις των ερωτηθέντων για τα ΣΜΝ δεν επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους ως προς τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων ($p=0,131$), ενώ ταυτόχρονα διαπιστώνουμε ότι από τα 21 άτομα που έχουν ασθενήσει από κάποιο ΣΜΝ, τα 6 είχαν τουλάχιστον μία λάθος απάντηση για τα ΣΜΝ, ενώ τα 15 είχαν όλες τις απαντήσεις σωστές. Σαφώς, δεν μπορεί να αποκλεισθεί η πιθανότητα τα άτομα αυτά να βελτίωσαν την πληροφόρησή τους μετά τη νόσηση.

Τέλος, παρά τον περιορισμό της μελέτης μας (όπως άλλωστε από την αρχή διευκρινίστηκε) ότι το εν λόγω δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του υπό έρευνα πληθυσμού και συνεπώς, τα αποτελέσματα της έρευνας δεν είναι γενικεύσιμα προς τον πληθυσμό, ωστόσο παρατηρούμε παρόμοιες τάσεις των νέων σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη με τις προαναφερθείσες έρευνες, κάτι που μας δίνει το περιθώριο να συνάγουμε πιο σωστά συμπεράσματα και για το δικό μας δείγμα. Θεωρούμε επιτακτική την ανάγκη πραγματοποίησης παρόμοιων ερευνών και στο μέλλον, καθώς η σεξουαλική συμπεριφορά των νέων υπόκειται σε συνεχή αλλαγή και το σύστημα υγείας είναι απαραίτητο να μπορεί να ενστερνιστεί αυτή την αλλαγή εγκαίρως και να καλύπτει τις ανάγκες των νέων με αποτελεσματικό τρόπο.

Βιβλιογραφία

1. Χλιαουτάκης Γ., Τζόκας Γ., Σωκρατάκη Φ. Αντισυλληπτική συμπεριφορά και στάσεις των νέων της Αθήνας. Ιατρική 1994;65(5):482-488.
2. Koyle PFC., Zensen LC., Olsen Z., Cundick B. Comparison of sexual behaviors among adolescents having an early, middle and late first intercourse experience. Youth and Society 1989;20:461-476.
3. Χλιαουτάκης Γ. Ανάλυση της σεξουαλικής συμπεριφοράς των εφήβων Αθηναίων ως προς τη δημιουργία της σεξουαλικής τους ταυτότητας. Επιθεώρηση ΕΚΚΕ 1990;79:44-59.
4. Καλογερόπουλος Α. Νομικά και ηθικά προβλήματα στην έκτρωση. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία 1990;3(1,2):104-110.

5. Αγραφιώτης Δ. AIDS: Εγκάρσια σκιά. Αθήνα 1997, σ. 148.
6. Αγραφιώτης Δ. Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία. Τόποι και τρόποι σύμπλεξης. Τυπωθήτω-Δαρδανός, Αθήνα 2003.
7. Creatsas G., Hassan E. Education and adolescent sexual behavior. Contraceptive choices and Realities. Proceedings of the 5th Congress of the European Society of Contraception. The Parthenon Publisher Group, 2002, p. 44-51.
8. Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης. <http://www.myserrres.gr>. Επίσκεψη 30/11/2007.
9. Ricer R., Gabel L. Counseling adolescents about sexual issues. Fam Pract Recertif 1995;17:15-22.
10. Kirby P., Short I., Collins V., et al. School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. Public Health Rep 1994; 109:339-360.
11. Κυριαζή Ν. Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2001.
12. Selak S., Zuric V., Hren D., Zuric M. What do young people from Mostar, Bosnia and Herzegovina know about contraception and sexual health? Croat Med J Fed 2004;45(1):44-49.
13. Χλιαουτάκης Ι. Κοινωνική Προσέγγιση της Σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Η πληροφόρηση για θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων του δήμου Αθηναίων. Εφηβική Γυναικολογία Αναπαραγωγή και Εμμηνοπαυση 1990;2(1):18-26.
14. Agraftotis D. Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices in Relation to HIV Infection and AIDS. The case of the City of Athens. WHO Report, Research Monograph no.1, Dept. of Sociology, National School of Public Health 1990.
15. Tountas Y., Creatsas G., Dimitraki C., et al. Information sources and level of knowledge of contraception issues among Greek women and men in the reproductive age: a country wide survey. Eur J Contracept Reprod Health Care 2004;9(1):1-10.
16. Χλιαουτάκης Γ. Πληροφόρηση των εφήβων του Δήμου Αθηναίων ως προς τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας 1991;2(3):218-222.
17. Δανέζης Ι. Οικογενειακός προγραμματισμός 1990;14.
18. Ioannidi-Kapoulou E. Attitudes of Greek parents towards sexual education. Choices, sexual health and family planning in Europe 2000;28(1).
19. Ιωαννίδη-Καπόλου Ε., Αγραφιώτης Δ. Σεξουαλικότητα(ες) στα χρόνια της αβεβαιότητας και του AIDS. Η σεξουαλική συμπεριφορά των Ελλήνων και των Ευρωπαίων. Συγκριτική προσέγγιση. Πολύτροπον, Αθήνα 2005.
20. Webb AMC. Family planning services. Contraceptive choices and realities. Proceedings of the 5th Congress of the European Society of Contraception. The Parthenon Publisher Group, 2002, p. 200.
21. Kallipolitis G., Stefanidis K., Loutradis D., et al. Knowledge, attitude and behavior of female students concerning contraception in Athens, Greece. Psychosom Obstet Gynaecol 2003;24(3):145-151.
22. Ioannidi E., Agraftotis D., Douma A. AIDS: Knowledge, attitudes, beliefs and practices of young people for STDs and sexual practices. Hellenic Dermato-Venereological Review 1990;1 Suppl:399-401.
23. Αγραφιώτης Δ., Ιωαννίδη Ε., Πάντζου Π. και συν. Γνώσεις, Στάσεις, Πιστεύω και Πρακτικές των Αθηναίων σχετικά με το AIDS. Μονογραφία Νο1, Τομέας κοινωνιολογίας ΕΣΔΥ 1990.
24. Σωκρατάκη Φ., Τζόκας Γ., Χλιαουτάκης Ι. Αντισυλληπτική συμπεριφορά και στάσεις των νέων της Αθήνας. Ιατρική 1994;65(5):483-488.
25. Τσαρμακλής Γ., Νεστορίδου Α., Στάμου Π., Νικολάου Α., Θωμαΐδης Θ. Επίπεδο ενημέρωσης σπουδαστών Σχολής Βοηθών Ιατρικών Επαγγελματιών για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό. Πρακτικά 30^ο Πανελληνίου Παιδιατρικού Συνεδρίου, 1992, σ. 103Α.
26. Galazios G., Dafopoulos K., Koutlaki N., Liberis V., Tsikouras P., Anastasiadis P. Attitudes towards contraceptive pill use in two different populations in Thrace, Greece. Eur J Contracept Reprod Health Care 2002;7(3):127-131.
27. Galazios G., Tsikouras P., Koutlaki N., Dafopoulos K., Emin M., Liberis V. Attitudes towards male condom use in two different populations in Thrace, Greece. Eur J Contracept Reprod Health Care 2004;9(1):34-38.

Άσηπτη μηνιγγίτιδα σε πρωτολοίμωξη HIV

Κ. Παπανικολάου, Θ. Κακκαβάς, Β. Παπασταμόπουλος, Ι. Μπαραμπούτης, Ο. Γεωργίου, Α. Σκουτέλης

Περίληψη

Νευρολογικές εκδηλώσεις, όπως κεφαλαλγία, μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, πάρεση προσωπικού και περιφερική νευροπάθεια, απαντώνται κατά τη συμπτωματική οξεία HIV λοίμωξη. Μηνιγγίτιδα (άσηπτη) παρατηρείται περίπου στο 10-20% των περιπτώσεων πρωτολοίμωξης και εκδηλώνεται με πυρετό και αυχενική δυσκαμψία. Συνεπώς, ο HIV πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση άσηπτης μηνιγγίτιδας σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς που εμφάνισε συμπτώματα και σημεία μηνιγγίτιδας κατά την ορομετατροπή και ανασκόπηση των -μάλλον περιορισμένων- δεδομένων της βιβλιογραφίας που αφορούν τη συχνότητα εμφάνισης μηνιγγίτιδας κατά την πρωτολοίμωξη, καθώς η τελευταία συχνά υποδιαγιγνώσκεται.

Λέξεις κλειδιά: άσηπτη μηνιγγίτιδα, HIV πρωτολοίμωξη, νευρολογικές εκδηλώσεις.

Aseptic meningitis in primary HIV infection

K. Papanikolaou, T. Kakkavas, V. Papastamopoulos, I.G. Baraboutis, O. Georgiou, A. Skoutelis

Abstract

Neurological manifestations, including headache, meningoencephalitis, Bell's palsy and peripheral neuropathy, are not uncommon during acute symptomatic HIV infection. Aseptic meningitis occurs in about 10-20 % of patients with primary HIV infection, manifested mainly by fever and nuchal rigidity. Thus, HIV must be considered in the differential diagnosis of aseptic meningitis in high risk patients. We hereby present the case of a patient with symptoms and signs of meningitis during seroconversion and review of the -rather limited- data concerning the rate of meningitis during primary HIV infection, probably due to underdiagnosis of the latter.

Key words: aseptic meningitis, primary HIV infection, neurological manifestations.

Εισαγωγή

Περιγράφεται η περίπτωση ενός ασθενούς που νοσηλεύθηκε στη Μ.Ε.Λ του νοσοκομείου μας με σύνδρομο πρωτολοίμωξης HIV. Ο ασθενής παρουσίαζε άσηπτη μηνιγγίτιδα κατά την ορομετατροπή στην HIV λοίμωξη.

Παρουσίαση περίπτωσης

Ασθενής 31 ετών εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου από εβδομάδος και αισθήματος κόπωσης. Ανέφερε πυρετό γύρω στους 38°C, με άνοδο στους 39°C την προηγούμενη ημέρα, με φρίκια και συνοδό κυνάγχη.

Τρεις εβδομάδες προ της εισαγωγής του είχε ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη. Έκανε επίσης περιστασιακή χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (όχι ενδοφλεβίως). Δεν είχε

γνωστά προβλήματα υγείας και δεν λάμβανε φαρμακευτική αγωγή.

Κατά την αντικειμενική εξέταση, τα ζωτικά σημεία του ήταν: θερμοκρασία 39°C, αρτηριακή πίεση 120/70 mmHg και σφύξεις 100/min. Ανευρέθηκαν πολλαπλοί ευαίσθητοι τραχηλικοί λεμφαδένες μικρού μεγέθους (1-2 εκ.), σπληνομεγαλία (2 εκ. κάτω από το πλευρικό τόξο), εξέρυθρα παρίσθημα και διάχυτο συρρέον κηλιδώδες εξάνθημα κορμού. Ο αρχικός συνήθης εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Πραγματοποιήθηκε Mono-test, που ήταν αρνητικό.

Κατά τη νοσηλεία του (και ενώ ελάμβανε εμπειρική αγωγή με κλαριθρομυκίνη) ο πυρετός παρουσίασε κάμψη και η γενική του κατάσταση βελτιώθηκε. Την έβδομη ημέρα νοσηλείας και ενώ ο ασθενής ήταν άπυρετος, εμφάνισε αιφνίδια οπισθοβολβική

κεφαλαλγία, φωτοφοβία και πυρετό 38,5°C. Η φυσική εξέταση ανέδειξε αυχενική δυσκαμψία με λοιπά μηνιγγικά σημεία αρνητικά, χωρίς εστιακά νευρολογικά σημεία ή παραλύσεις κρανιακών νεύρων.

Η βυθοσκόπηση και η υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η εξέταση του ENY έδειξε 200 κύτταρα/mm³ σάκχαρο 53 mg/dl (ορού 89 mg/dl) και λεύκωμα 100 mg/dl, ευρήματα συμβατά με μηνιγγίτιδα. Η εξέταση του αίματος ανέδειξε σχετική λεμφοκυττάρωση (λεμφοκύτταρα 56,8 % επί 8.210 λευκοκυττάρων/ml, δηλαδή απόλυτος αριθμός 4.663 λεμφοκύτταρα/ml) και αύξηση των τρανσαμινασών (τιμές 4πλάσιες των φυσιολογικών). Ο έλεγχος που έγινε για λοιμώδη αίτια μηνιγγίτιδας (καλλιέργεια ENY, χρώση σινικής μελάνης, αντιγόνο κρυπτοκόκκου στο ENY και στον ορό, PCR στο ENY για ερπητοϊούς και μυκοβακτηρίδια) ήταν αρνητικός. Τα ευρήματα αυτά έθεταν τη διάγνωση της άσηπτης μηνιγγίτιδας.

Στην εξέταση που έγινε τις πρώτες ημέρες νοσηλείας τα αντισώματα για HIV (ELISA) ήταν αρνητικά, αλλά στον ορό του ασθενούς ανιχνεύθηκε το αντιγόνο p24 του ιού. Μετά από δύο εβδομάδες, στην επανάληψη του ελέγχου, είχε θετικά HIV αντισώματα (ELISA και Western Blot). Ο απόλυτος αριθμός CD4 λεμφοκυττάρων ήταν 862 κύτταρα/ml ή 21,4 % επί 4.663 λεμφοκυττάρων/ml. Το ιικό φορτίο ήταν 265.000 αντίγραφα/ml.

Ο ασθενής έλαβε εμπειρικά κεφτριαξόνη μέχρι να ληφθούν τα αποτελέσματα της οσφουονωτιαίας παρακέντησης και ακυκλοβίρη μέχρι να αποκλεισθεί η μηνιγγίτιδα από τον HSV.

Η κλινική του πορεία ήταν ομαλή, βρισκόταν σε άριστη νοητική κατάσταση και ο πυρετός παρουσίασε προοδευτική πτώση. Η κεφαλαλγία παρέμεινε για μερικές εβδομάδες ακόμη, με κρίσεις ετερόπλευρου οπισθοβολβικού άλγους και ερυθρότητας του προσώπου. Χαρακτηρίστηκε ως αθροιστική κεφαλαλγία.

Ο ασθενής μετά τη βελτίωσή του τέθηκε σε αντιρετροϊκή αγωγή με Emtricitabine/Tenofovir και Lopinavir/Ritonavir.

Συζήτηση

Η άσηπτη μηνιγγίτιδα είναι μία νοσολογική οντότητα με καλή γενικά πρόγνωση. Στη διαφορική της διάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνεται και ο -αποδεδειγμένα νευροτρόπος- ιός της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV).^{1,2} Σε μια αναδρομική μελέτη 43 ασθενών με άσηπτη μηνιγγίτιδα ο HIV

ήταν το αίτιο σε ένα ασθενή (2%). Στην ίδια μελέτη το 91% των ασθενών είχαν ευνοϊκή εξέλιξη.³

Ο HIV προκαλεί άσηπτη μηνιγγίτιδα κυρίως κατά την περίοδο της ορομετατροπής. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς η ομοιότητα της πρωτολοίμωξης με τη λοιμώδη μονοπυρήνωση και η απουσία του διαγνωστικού αντισώματος μπορούν να οδηγήσουν σε λανθασμένη διάγνωση.

Όπως είναι γνωστό, τα αντισώματα έναντι του HIV εμφανίζονται στον ορό του ασθενούς 3-12 εβδομάδες μετά τη μετάδοση ή ακόμα και πολύ αργότερα.⁴ Στο διάστημα αυτό απαιτείται υψηλός δείκτης υποψίας του ιατρού, ειδικά για τα άτομα υψηλού κινδύνου. Σε μια αναδρομική μελέτη για την πρωτολοίμωξη, το 25% των ασθενών δεν διαγινώσθηκε στην αρχή.⁵ Σε έλεγχο που έγινε στη Βόρεια Καρολίνα των ΗΠΑ για τον HIV, η συχνότητα της πρωτολοίμωξης ήταν 0,2‰ στο γενικό πληθυσμό, 1,9‰ στους ομοφυλόφιλους άνδρες και 0,4‰ στους χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών.⁶

Από τα συμπτώματα και σημεία της οξείας HIV λοίμωξης, τα συνηθέστερα είναι ο πυρετός (96%) και η λεμφαδενοπάθεια (74%). Εξάνθημα εμφανίζει το 70% των ασθενών και αυτό εκδηλώνεται είτε ως κηλιδοβλατιδώδες ερύθημα κορμού/προσώπου, είτε ως βλεννοδερματικές εξελκώσεις στόματος-γεννητικών οργάνων.⁷

Νευρολογικά συμπτώματα παρουσιάζονται στο 12% των περιπτώσεων πρωτολοίμωξης. Από αυτά, η κεφαλαλγία είναι το πλέον σύνθηρες, αλλά μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, άσηπτη μηνιγγίτιδα, περιφερική νευροπάθεια, πάρεση προσωπικού, νοητικές διαταραχές ή και ψύχωση είναι δυνατόν να εμφανιστούν.⁷ Ακόμα και κώμα έχει αναφερθεί σπανίως ως πρώτο σύμπτωμα.⁸

Η άσηπτη μηνιγγίτιδα εκδηλώνεται με πυρετό, κεφαλαλγία και αυχενική δυσκαμψία. Η συχνότητά της στην πρωτολοίμωξη κυμαίνεται, σύμφωνα με διάφορες μελέτες, από 9% έως 24%.^{5, 9,10,11} Στη μεγαλύτερη από αυτές που περιελάμβανε 41 ασθενείς, οι 10 (ποσοστό 24%) είχαν συμπτώματα και σημεία άσηπτης μηνιγγίτιδας.⁵

Στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών με HIV πρωτολοίμωξη και άσηπτη μηνιγγίτιδα αναμένεται λεμφοκυττάρωση, μικρή αύξηση λευκώματος και φυσιολογικό σάκχαρο. Ωστόσο, πλειοκύττωση βρέθηκε και στο ENY ασθενών χωρίς νευρολογικά συμπτώματα.⁵ Με την εμφάνιση νευρολογικών συμπτωμάτων φαίνεται πως συνδέεται ισχυρότερα το ιικό φορτίο στο ENY. Σε μελέτη ασθενών με πρωτολοίμωξη, τα επίπεδα HIV RNA βρέθηκαν

υψηλότερα (4,12 log) στο ENY αυτών που είχαν νευρολογικά συμπτώματα, έναντι αυτών που δεν είχαν (2,58 log). Το ιικό φορτίο στο πλάσμα δεν είχε διαφορά στις δύο ομάδες.⁹

Υπάρχουν αναφορές σύμφωνα με τις οποίες οι νευρολογικές εκδηλώσεις στην πρωτολοίμωξη, αυξάνουν τον κίνδυνο προόδου της νόσου και συνιστούν ένδειξη για στενή παρακολούθηση του ασθενούς. Ωστόσο, η χορήγηση HAART στην οξεία HIV λοίμωξη είναι προαιρετική, σύμφωνα και με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες.¹² Είναι άγνωστο αν υπάρχει μακροπρόθεσμο ιολογικό, ανοσολογικό ή κλινικό όφελος. Αρχικά δεδομένα κλινικών δοκιμών υποστηρίζουν, ότι υπάρχει όφελος στους εργαστηριακούς δείκτες προόδου της νόσου από την έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής κατά την πρωτολοίμωξη.¹³⁻¹⁷

Η πρώιμη παρέμβαση θα μπορούσε να μεταβάλει το σημείο εκκίνησης του ιού, να καταστείλει τον πολλαπλασιασμό και το ρυθμό μεταλλάξεων, να διατηρήσει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού και να μειώσει τον κίνδυνο μετάδοσης.

Από την άλλη μεριά, η χορήγηση HAART χωρίς τεκμηριωμένο κλινικό όφελος, θα μπορούσε να οδηγήσει σε τοξικότητα, ανάπτυξη ανοχής και ανάγκη για συνεχή θεραπεία με σημαντικές παρενέργειες στην ποιότητα ζωής.¹²

Βιβλιογραφία

1. Meersseman W., Van Laethem K., Lagrou K. et al. Fatal brain necrosis in primary HIV infection. *Lancet* 2005;366:866.
2. Ho DD., Rota TR., Schooley RT. et al. Isolation of HTLV - III from cerebrospinal fluid and neural tissues of patients with neurologic syndromes related to the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1985;313:1493-1497.
3. Nowak DA., Boehmer R., Fuchs HH. A retrospective clinical, laboratory and outcome analysis in 43 cases of acute aseptic meningitis. *Eur J Neurol* 2003;10(3):271-280.
4. Busch MP., Satten GA. Time course of viremia and antibody seroconversion following human immunodeficiency virus exposure (review). *Am J Med* 1997;102:117-124.
5. Schacker T., Collier AC., Hughes J., Shea T., Corey L. Clinical and epidemiologic features of primary HIV infection. *Ann Intern Med* 1996;125(4):257-264.
6. Pilcher CD., Fiscus SA., Nguyen TQ. et al. Detection of Acute Infections during HIV testing in North Carolina. *N Eng J Med* 2005;352:1873-1883.
7. Niu MT., Stein DS., Schnittman SM. Primary human immunodeficiency virus type 1 infection: review of pathogenesis and early treatment intervention in humans and animal retrovirus infection. *J Infect Dis* 1993;168(6):1490-1501.
8. Umgelter A., Huber W., Schmid RM. et al. Coma as a presenting symptom of primary HIV infection. *Sex Trans Infect.* 2007;83(2):85-86.
9. Tambussi G., Gori A., Capilupi B. et al. Neurological symptoms during Primary HIV Infection Correlate with High levels HIV RNA in Cerebrospinal Fluid. *Clin Infect Dis* 2000;30:962-965.
10. Sepulveda C., Thompson L., Castrillon MA., Hurtado C. Primary HIV infection. Clinical and serologic characteristics. *Rev Med Chil* 1995;123(1):74-80.
11. Martinez P. et al. Acute symptomatic HIV infection. Report of 10 cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1992;10(4):205-210.
12. DHHS Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. <http://AIDSinfo.nih.gov>
13. Hoen B., Dumon B., Harzic M. et al. Highly active antiretroviral treatment initiated early in the course of symptomatic primary HIV-1 infection: Results of the ANRS 053 trial. *J Infect Dis* 1999;180(4):1342-1346.
14. Lefeuvre A., Poggi C., Tamalet C. et al. Effects of a combination of Zidovudine didanosine and lamivudine on primary human immunodeficiency virus type 1 infection. *J Infect Dis* 1997;175(5):1051-1055.
15. Lillo FB., Ciuffreda D., Veglia F. et al. Viral load and burden modification following early antiretroviral therapy of primary HIV-1 infection. *AIDS* 1999;13(7):791-796.
16. Malhotra U., Berrey MM., Huang Y. et al. Effect of combination antiretroviral therapy on T-cell immunity in acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *J Infect Dis* 2000;181(1):121-131.
17. Smith DE., Walker BD., Cooper DA. et al. Is antiretroviral treatment of primary HIV infection clinically justified on the basis of current evidence? *AIDS* 2004;18(5):709-718.