ΝΟΣ 13372
ΝΟΣ 13192

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ

[22 ΑΥΓ

ΧΡΥΣΑΝΘΗ ΣΙΒΡΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΘΕΜΑ: "ΤΟ AIDS ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ"

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΘΗΝΑ ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2001

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ

Υ.Δ. ΧΡΥΣΑΝΘΗ ΣΙΒΡΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΘΕΜΑ: "ΤΟ AIDS ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ"

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΕ ΔΗΛΩΝΕΙ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΩΝ ΓΝΩΜΩΝ ΤΟΥ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ.

Στον Ένα που Του ανήκει

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ 3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ 5
ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ, ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ, ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ, ΒΑΣΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ 5
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ, ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ, ΔΙΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ 17

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΥΣΗΣ ΤΟΥ AIDS.. 24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΠΑΡΕΛΘΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟ AIDS. 25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟ AIDS. 60

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΥΣΗΣ ΤΟΥ AIDS (ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΠΛΑΊΣΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ) **77**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ 80
Α. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ - ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ *80*
Β. ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ *81*
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ. 115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 137
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ *138*
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ *176*
Β. ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ *182*
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ *242*
ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS *260*
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: AIDS ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 268
ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ *269*
ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ *274*
ΒΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ *300*
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ AIDS *322*
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ 329
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: ΤΟ AIDS ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ 344

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ - ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ **354**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι 355
ΟΔΗΓΟΣ - ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ *355*
Α. Πολιτική πρόληψης *357*
Β. Πολιτική θεραπείας *359*
Α. Διαμόρφωση και Έκφραση του στίγματος *360*
Β. Βίωση του στίγματος *362*
ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΧΟΛΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΖΗΤΗΘΗΚΑΝ *364*
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 439
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία *439*
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία *444*
Ξενόγλωσση Αρθρογραφία *446*
Ελληνόγλωσση Αρθρογραφία *449*
Φαιά Βιβλιογραφία *453*
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ 465

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσοι συμμετείχαν, άμεσα ή έμμεσα, στην πραγματοποίηση αυτού του εγχειρήματος, καθ' όλη τη διάρκειά του, προσφέροντας απλόχερα τη βοήθειά τους. Καταρχήν θέλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στα μέλη της συμβουλευτικής μου επιτροπής με πρώτη και κύρια την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια, κα. Λουκία Μουσούρου, η οποία με καθοδήγησε από την αρχή μέχρι το τέλος με διάθεση, υπομονή και συνέπεια, προσφέροντάς μου την πολύτιμη εμπειρία και τις γνώσεις της.

Αντίστοιχα επιθυμώ να ευχαριστήσω την Καθηγήτρια κα. Δήμητρα Γκέφου - Μαδιανού και την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα. Όλγα Στασινοπούλου για τη σημαντική συνεισφορά τους στην όλη διαδικασία μέσα από την καθοδήγησή τους σαν μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής. Βέβαια η διατριβή αυτή δε θα είχε καν ξεκινήσει χωρίς την προτροπή, τη συμπαράσταση σε όλα τα επίπεδα και τη συνεχή ενθάρρυνση του Καθηγητή κου. Δημητρίου Τσαούση, τον οποίο ευγνωμονώ και ευχαριστώ θερμά.

Στην συνέχεια θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς όλες τις υπηρεσίες και τους Φορείς, από τους οποίους αντλήθηκαν τα στοιχεία που στηρίζουν τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας και οι οποίοι με δέχτηκαν και με βοήθησαν σημαντικά στη συλλογή αυτών των στοιχείων. Ο πρώτος από αυτούς τους Φορείς είναι το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων και όλες οι επιμέρους υπηρεσίες που ανήκουν σ' αυτόν, όπως είναι ο Ξενώνας, ο Συμβουλευτικός Σταθμός, το Κέντρο για τη Κατ' Οίκον Νοσηλεία, κλπ., ενώ ακολουθούν τα νοσηλευτικά ιδρύματα και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις.

Παράλληλα και ιδιαίτερα οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλα τα άτομα που δέχθηκαν να μιλήσουν μαζί μου και να εκφράσουν τις απόψεις τους για όλα τα ζητήματα, που τους έθεσα, σχετικά με το αντικείμενο αυτής της διατριβής, αποτελώντας έτσι το 'σώμα' των ερωτώμενων στη διαδικασία των συνεντεύξεων. Αλλά και ανάμεσα σε αυτούς ευχαριστώ ξεχωριστά όλα τα οροθετικά άτομα που με εμπιστεύτηκαν και ανοίχτηκαν στη συζήτηση για όλα τα θέματα που τους έθεσα, βοηθώντας με έτσι να δω την πραγματικότητα του AIDS 'εκ των έσω'. Μία τέτοια δυνατότητα δε θα υπήρχε χωρίς τη δική τους συμβολή.

Θα ήταν παράλειψη να μην συμπεριλάβω το Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής και Κοινωνικής Ανθρωπολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου σ' αυτές τις ευχαριστίες και να μην αναφέρω την, από μέρους του, παροχή πολυετούς υποτροφίας Ειδικών Μεταπτυχιακών Υποτρόφων για την οικονομική ενίσχυσή μου, η οποία συνέβαλε κατά ένα μεγάλο μέρος στη πραγματοποίησης αυτού του εγχειρήματος. Η πρακτική αυτή βοήθεια υπήρξε πολύτιμη και το ευχαριστώ ιδιαίτερα. Συνακόλουθα ευχαριστώ και το Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής για τη δυνατότητα που μου πρόσφερε, καθ' όλη την διάρκεια πραγματοποίησης αυτής της προσπάθειας, γι' απασχόληση σε ερευνητικά προγράμματα, με αποτέλεσμα την περαιτέρω οικονομική ενίσχυσή μου και την ταυτόχρονη, όσο το δυνατόν, μικρότερη απόσπασή μου από το στόχο ολοκλήρωσης της διατριβής αυτής.

Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια ευχαριστώ επίσης για την κατανόηση και συμπαράστασή τους τους συναδέλφους σ' αυτή την απασχόληση κα. Ελένη Παπαχρίστου, κον. Ανδρέα Φερώνα, κα. Αθηνά Βελλή και κα. Αθηνά Ατέσογλου, όπως και τον τέως διευθυντή του ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π. καθηγητή κον. Τσαούση και τη νυν διευθύντρια, καθηγήτρια κα. Κασιμάτη. Η κατανόηση και στήριξή τους βοήθησε σημαντικά στην πραγματοποίηση αυτού του στόχου.

Τέλος θα ήθελα να εκφράσω, από τα βάθη της καρδιάς μου, τις ευχαριστίες μου σ' όλους τους κοντινούς μου ανθρώπους, που τόσα χρόνια με στήριξαν με κάθε μέσο και τρόπο, κάνοντας έτσι δυνατή τη συγγραφή αυτής της διατριβής. Πρώτους από όλους ευχαριστώ το σύντροφό μου στη ζωή Κυριάκο, τους γονείς μου, την αδελφή μου καθώς και τη θεία μου Ελευθερία, για όλη την αυθόρμητη, συνεχή και αστείρευτη προσφορά, κατανόηση, στήριξη και αγάπη τους. Ευχαριστώ επίσης θερμά όλα τα πρόσωπα του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος που άμεσα ή έμμεσα στήριξαν αυτή την προσπάθεια πολλές φορές. Ανάμεσα σ' αυτούς, ευχαριστώ ιδιαίτερα τους Κατερίνα Γιαννέτου και Παναγιώτη Δαμάσκο για την από αρχής μέχρι τέλους συμπαράσταση και βοήθειά τους με όλους τους δυνατούς τρόπους. Αλλά ευχαριστώ και όλους τους υπόλοιπους, που δεν αναφέρω ονομαστικά, αλλά των οποίων την στήριξη ένιωσα όλα αυτά τα χρόνια και η οποία με βοήθησε σημαντικά. Είναι αυτονόητο βέβαια ότι η ευθύνη της διατριβής αυτής και όσων συμπεριλαμβάνονται σ' αυτήν δε βαραίνει κανένα από τα πρόσωπα που αναφέρονται παραπάνω, παρά τη συγγραφέα και μόνο αυτήν.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ, ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ, ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ, ΒΑΣΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.

Στα τέλη του 20ου αιώνα, στο απόγειο της ιατρικής επιστήμης και των επιτευγμάτων της και μέσα σε ένα κλίμα αισιοδοξίας, όπου επιδημίες και επικίνδυνες μολυσματικές ασθένειες θεωρούνταν από πολλούς εφιάλτης του παρελθόντος, ηττημένος από τον άνθρωπο, εμφανίστηκε το AIDS. Σήμερα, αρχές του 21ου αιώνα, είκοσι χρόνια μετά τα πρώτα κρούσματα της νόσου, το AIDS παραμένει ανίκητος εχθρός εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο, εμφανίζοντας ταυτόχρονα αυξητικές τάσεις εξάπλωσης σε πολλές χώρες.

Παγκοσμίως, σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία της Unicef,[1] και των Ηνωμένων Εθνών[2] ο αριθμός των οροθετικών ατόμων[3] που έχουν καταγραφεί ανέρχεται στα 36,1 εκατομμύρια, το ένα τρίτο των οποίων είναι νέοι ηλικίας 15-24 ετών. Μέσα στο 1999 υπολογίζεται ότι προσβλήθηκαν από τη νόσο 5,4 εκατομμύρια άνθρωποι από τους οποίους σχεδόν οι 600.000 είναι παιδιά κάτω των 15 ετών ενώ, για το 2000, οι νέες μολύνσεις φτάνουν τα 5,3 εκατομμύρια. Οι οφειλόμενοι στο HIV / AIDS θάνατοι μέσα στο ίδιο έτος ανέρχονται στα τρία (3) εκατομμύρια ενώ το αντίστοιχο νούμερο από την αρχή εμφάνισης της νόσου αγγίζει τα 21,8 εκατομμύρια. Οι υπολογισμοί για τις νέες καθημερινές μολύνσεις από τον HIV σε παγκόσμιο επίπεδο για το 2000 φτάνουν τα δέκα πέντε χιλιάδες άτομα (15,000).

Μόνο στη Νότιο Αφρική υπάρχουν σήμερα 4,7 εκατομμύρια οροθετικοί, δηλαδή ένας σε κάθε εννιά κατοίκους της χώρας[4]. Σύμφωνα με τις προβλέψεις, μέχρι το 2005 αναμένεται να έχει μολυνθεί το ένα τρίτο του ανειδίκευτου και ημιειδικευμένου εργατικού δυναμικού της προκαλώντας πτώση στην παραγωγικότητα μέχρι και 50%[5]. Το σύνολο των ατόμων, ενηλίκων και παιδιών,

---

[1] Ελευθεροτυπία, Παρασκευή 1 Δεκεμβρίου 2000, σελ. 50.
[2] United Nations Population Fund (UNFPA), (2001), Preventing Infection Promoting Reproductive health. UNFPA'S response to HIV / AIDS, No.10, p.5, 8, 9.
[3] Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να δηλώσει τα άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV ασχέτως του αν έχουν εκδηλώσει κάποια συμπτώματα της μόλυνσης ή όχι.
[4] Le Monde, Σάββατο 2 Ιουνίου 2001, σελ.2.
[5] Peter Hawthorne, Time, 17 Ιουλίου 2000, σ.28-29.

σύμφωνα με τις καταγραφές μέχρι τα τέλη του 2000, που ζούσαν με τον HIV και το AIDS στην Νοτίως της Σαχάρας Αφρική αγγίζει τα 25,3 εκατομμύρια[6]. Τα αντίστοιχα νούμερα για την Νότια και Νοτιοανατολική Ασία είναι 5,8 εκατομμύρια άτομα και για την Λατινική Αμερική 1,4 εκατομμύρια άτομα. Στην Βόρειο Αμερική υπήρχαν μέχρι τα τέλη του 2000 εννιακόσιες είκοσι χιλιάδες (920,000) άτομα, ενήλικες και παιδιά, που ζούσαν με τον HIV και το AIDS, στην Ανατολική Ευρώπη και την κεντρική Ασία υπήρχαν επτακόσιες χιλιάδες (700,000) άτομα, στην Ανατολική Ασία και στον Ειρηνικό εξακόσιες σαράντα χιλιάδες (640,000) άτομα και στην Βόρειο Αφρική και Μέση Ανατολή τετρακόσιες χιλιάδες (400,000) άτομα.

Στην Δυτική Ευρώπη τα ποσοστά της μόλυνσης από τη νόσο είναι εμφανώς μικρότερα, αλλά όχι και αμελητέα. Σύμφωνα με τις ίδιες καταγραφές[7] τα άτομα που ζούσαν με τον HIV και το AIDS μέχρι τα τέλη του 2000 ήταν πεντακόσιες σαράντα χιλιάδες (540,000). Με διακυμάνσεις ανάμεσα στις διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες, η επίπτωση της HIV λοίμωξης συνολικά για την Ευρωπαϊκή Ένωση - συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS- αγγίζει το 41,2 ανά εκατομμύριο πληθυσμού για το έτος 1999, ενώ ειδικά για την Ελλάδα φτάνει το 67,9. Συγκεκριμένα, ο συνολικός αριθμός των κρουσμάτων AIDS που δηλώθηκαν στην χώρα μας μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 2000 ανέρχεται σε 2.163, με σύνολο οροθετικών ατόμων μέχρι την ίδια ημερομηνία τα 5.446 και με παρατηρημένη διαχρονική αυξητική τάση της επιδημίας και στους άνδρες και στις γυναίκες[8].

Μ' όλα αυτά τα δεδομένα γύρω από τη νόσο, η προσπάθεια της παγκόσμιας, αλλά και κάθε επιμέρους κοινωνίας, έχει εστιαστεί σε μεγάλο βαθμό στην εύρεση της αποτελεσματικής θεραπείας του AIDS. Η προσπάθεια αυτή έχει οδηγήσει στην ανακάλυψη πολλών φαρμακευτικών σκευασμάτων που χορηγούνται στους οροθετικούς εδώ και χρόνια. Χορηγούμενα, άλλοτε από μόνα τους και άλλοτε σε συνδυασμό, αυτά τα σκευάσματα έχουν φτάσει στις μέρες μας να έχουν εξαιρετικά αποτελέσματα στη διατήρηση της υγείας των ατόμων αυτών και της ποιότητας ζωής τους. Αποτελούν όμως μέχρι και σήμερα το μοναδικό τρόπο ιατρικής αντιμετώπισης της νόσου χωρίς αποδεδειγμένα αποτελέσματα ίασης απ' αυτήν.

---

[6] United Nations Population Fund (UNFPA), (2001), Preventing Infection Promoting Reproductive health. UNFPA'S response to HIV / AIDS, No.10, p.5, 8, 9.

[7] United Nations Population Fund (UNFPA), (2001), Preventing Infection Promoting Reproductive health. UNFPA'S response to HIV / AIDS, No.10, p. 8.

[8] Εξαμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.), τεύχος 12, Δεκέμβριος 2000, σελ. 9,10, 24.

Οι επιστημονικές έρευνες για την ανακάλυψη εμβολίου που θα προφυλάσσει από τη μόλυνση ή φαρμάκων που θα τη θεραπεύουν συνεχίζονται ακατάπαυστα. Παρόλες τις συνεχείς μεταλλάξεις του ιού[9], νέες ελπιδοφόρες ανακαλύψεις και επιτεύγματα πραγματοποιούνται, κατά καιρούς, σε διεθνές επίπεδο, οδηγώντας την ανθρωπότητα μέρα με την ημέρα πιο κοντά στην ιατρική λύση του προβλήματος του AIDS[10]. Ταυτόχρονα και παράλληλα εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης των πληθυσμών σ' όλες τις -αναπτυγμένες τουλάχιστον- χώρες προωθούν συμπεριφορές που έχουν ένα διπλό στόχο: αφενός μεν του περιορισμού της μετάδοσης και συνεπώς της αναχαίτισης της περαιτέρω εξάπλωσης της νόσου και αφετέρου της μείωσης και εξομάλυνσης των επιπτώσεων της νόσου σε κάθε επίπεδο ανθρώπινης δραστηριότητας, δηλαδή της αντιμετώπισης και του περιορισμού των κοινωνικών συνεπειών του AIDS.

Τόσο η αντιμετώπιση όσο και ο περιορισμός όμως των κοινωνικών συνεπειών του AIDS προϋποθέτουν καταρχήν την επισήμανσή τους. Προϋποθέτουν, με άλλα λόγια, την αναγνώριση και διερεύνηση του κοινωνικού χαρακτήρα αυτής της νόσου, τον εντοπισμό όλων των κοινωνικών χαρακτηριστικών της. Και ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο πολλοί μελετητές έχουν ασχοληθεί με την κοινωνική φύση αυτής της ασθένειας και τις ποικίλες επιπτώσεις που έχει στις ανθρώπινες κοινωνίες, στην Ελλάδα οι αντίστοιχες μελέτες σπανίζουν. Αλλά και όσες υπάρχουν, περιορίζονται συνήθως σε ένα μόνο από τα επίπεδα της κοινωνικής φύσης της ασθένειας[11] αγνοώντας ή αδυνατώντας να συμπεριλάβουν τα υπόλοιπα.

Το αντικείμενο της παρούσας διατριβής αφορά ακριβώς σ' αυτόν τον κοινωνικό χαρακτήρα, την κοινωνική 'φύση' του AIDS. Θεωρητικά στο επίπεδο του παγκόσμιου φαινομένου και εμπειρικά, μέσα στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας. Στην επιλογή του αντικειμένου έπαιξε σημαντικό ρόλο η αναγνώριση της απουσίας στην ελληνική βιβλιογραφία κειμένων που να διερευνούν με πληρότητα αυτή τη φύση και έτσι τέθηκε ο πρώτος στόχος, που αφορούσε στην -έστω και στοιχειώδη- συμβολή στην κάλυψη αυτού του κενού.

---

[9] Βλέπε Μετρόραμα, Τετάρτη 7 Φεβρουαρίου 2001, 'Μεταλλαγμένος ιός του AIDS', σελ.5.

[10] Βλέπε Μετρόραμα, Τρίτη 13 Μαρτίου 2001, 'Νέο εμβόλιο στην μάχη για πρόληψη του AIDS', σελ. 14 και Ελευθεροτυπία, Σάββατο 7 Ιουλίου 2001, Παν. Γεωργούδη 'Λύνουν την εξίσωση του AIDS', σελ.18, 47.

[11] Όπως είναι για παράδειγμα οι οικονομικές επιπτώσεις του AIDS στην Ελλάδα ή οι επιπτώσεις του στην σεξουαλική συμπεριφορά των Ελλήνων κλπ. τέτοιες μελέτες υπάρχουν και περιλαμβάνονται στην βιβλιογραφία της διατριβής.

Στα πλαίσιά του, σαν επιμέρους -αλλά πολύ σημαντικός- δεύτερος στόχος τέθηκε η αντίστοιχη συμβολή στην κάλυψη του βιβλιογραφικού κενού που αφορά στο στίγμα του AIDS και στον στιγματισμό των οροθετικών ατόμων στην χώρα μας, παράγοντας ουσιαστικός της κοινωνικής φύσης της νόσου. Η απουσία επαρκών πληροφοριών προερχόμενων από επιστημονικές μελέτες γύρω από το ζήτημα αυτό και η παράλληλη συνεχής εμφάνισή του[12] σαν ένα πολύ συχνό και σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα, οδήγησαν στην προσπάθεια κάλυψης αυτού του κενού μέσα από την συνολική ερευνητική διαδικασία.

Ταυτόχρονα, και πάλι μέσα από την διαδικασία διερεύνησης της κοινωνικής φύσης της ασθένειας, τέθηκε και ένας τρίτος στόχος: μίας πρώτης αξιολόγησης της υπάρχουσας πολιτικής για το AIDS στην χώρα μας και του τρόπου που αυτή εφαρμόζεται. Μία τέτοια αξιολόγηση, έστω και ενδεικτική, δεδομένου του σύντομου χρόνου εφαρμογής αυτής της πολιτικής που δυσκολεύει τη διεξαγωγή και διατύπωση ολοκληρωμένων συμπερασμάτων για τα αποτελέσματά της, είναι επίσης απούσα από την υπάρχουσα ελληνική βιβλιογραφία. Εντούτοις είναι εξαιρετικά χρήσιμη έως και αναγκαία για τη χάραξη και εφαρμογή της όποιας πολιτικής για το μέλλον. Η επίτευξη λοιπόν -με τις αναπόφευκτες αδυναμίες της[13]- αυτού του τρίτου, επιμέρους αλλά σημαντικού στόχου αποτελεί με την σειρά της μία πρώτη, στοιχειώδη συμβολή στην κάλυψη και αυτού του κενού.

Αυτά τα τρία είναι συνεπώς και τα επίπεδα στα οποία η παρούσα διατριβή συμβάλλει στην επιστημονική γνώση, στην ανάπτυξη και στην προώθησή της. Μέσα στα πλαίσια των στόχων για τη συμβολή αυτή και του αντικειμένου έρευνας που επιλέχθηκε, τίθενται και οι βασικές υποθέσεις εργασίας, που στην συνέχεια διερευνώνται. Η πρώτη και κύρια υπόθεση εργασίας είναι ότι **το AIDS είναι μία κοινωνική νόσος** και ότι αυτή η αρχή ισχύει τόσο σε θεωρητικό επίπεδο ή αλλιώς στο επίπεδο του παγκόσμιου φαινομένου, που λέγεται Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας -κοινώς AIDS-, όσο και σε εμπειρικό επίπεδο, μέσα στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας.

Η επαλήθευση της υπόθεσης αυτής απαιτεί τη διερεύνηση και τον εντοπισμό των κοινωνικών χαρακτηριστικών του AIDS, της κοινωνικής του 'φύσης' και στα δύο

[12] Κυρίως μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.

[13] Όπως είναι η περιορισμένη κλίμακα της έρευνας που μπορεί να οδηγήσει μόνο σε περιορισμένα και ενδεικτικά συμπεράσματα και όχι φυσικά σε ολοκληρωμένα και συνολικά. Για έναν τέτοιο στόχο απαιτείται άλλου είδους και μεγέθους ερευνητική διαδικασία, η οποία όμως είναι αδύνατο να πραγματοποιηθεί στα πλαίσια μίας διδακτορικής διατριβής.

επίπεδα -θεωρητικό και εμπειρικό. Για την επίτευξη αυτού του στόχου λοιπόν, τίθενται άλλες δύο βασικές υποθέσεις εργασίας. Η πρώτη είναι ότι **η κοινωνική φύση μίας νόσου και του AIDS ειδικότερα μπορεί να αποκαλυφθεί και να γίνει κατανοητή μέσα από τη διερεύνηση τριών επιπέδων:**

1. **της θεωρητικής πρόσληψης[14] της νόσου αυτής από την κοινωνία,**
2. **της επίδρασης της κοινωνίας στην εμφάνιση, την εξέλιξη και την πορεία της νόσου, και**
3. **της επίδρασης της νόσου πάνω στην κοινωνία και τις δομές της.**

Η διερεύνηση στα τρία αυτά επίπεδα μπορεί να δώσει επαρκείς, ακόμα και ολοκληρωμένες ενδείξεις, για την κοινωνική φύση μίας ασθένειας, όπως και για το AIDS, μπορεί δηλαδή να αποκαλύψει πολλά -αν όχι όλα- από τα κοινωνικά χαρακτηριστικά της. Για το λόγο αυτό, η διερεύνηση της κοινωνικής φύσης του AIDS, μέσα στα πλαίσια της παρούσας διατριβής, επιχειρείται μέσα από τα επίπεδα αυτά σε σχέση τόσο με τις θεωρητικές αναλύσεις των μελετητών όσο και με την εμπειρική έρευνα.

Η δεύτερη εξίσου σημαντική υπόθεση εργασίας είναι ότι **ένας από τους βασικούς και κύριους παράγοντες αξιολόγησης και χαρακτηρισμού μίας νόσου ως κοινωνικής είναι η ύπαρξη ενσωματωμένου στίγματος σ' αυτή τη νόσο** και ότι και αυτή η αρχή -όπως και η προηγούμενη- ισχύει για το AIDS, τόσο σε θεωρητικό και παγκόσμιο επίπεδο, όσο και σε εμπειρικό και εθνικό, δηλ. στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας. Με άλλα λόγια ο στιγματισμός είναι ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα μίας νόσου -και του AIDS- που καθορίζει την κοινωνική φύση της.

Ο στιγματισμός συνδέεται και με τα τρία επίπεδα διερεύνησης της κοινωνικής φύσης του AIDS, όπως εξάλλου και κάθε άλλης κοινωνικής νόσου. Η σύνδεση με αυτά τα επίπεδα γίνεται έμμεσα, καθώς ο στιγματισμός αποτελεί την έκφραση έντονης αρνητικής αντίδρασης ατόμων, ομάδων, κοινωνιών σε μία κατάσταση ή φαινόμενο, όπως είναι για παράδειγμα μία επιδημία. Έτσι, στο επίπεδο της θεωρητικής πρόσληψης του AIDS από την κοινωνία, ο στιγματισμός αποκαλύπτει και αποδεικνύει την αρνητική φόρτιση της πρόσληψης αυτής, αφού αποτελεί την

[14] Ο όρος πρόσληψη χρησιμοποιείται αναφερόμενος σε μία διαδικασία εκμάθησης, κατά την οποία εξ αιτίας άμεσων εμπειριών με ένα αντικείμενο ή εξ αιτίας της μετάδοσης από άλλα πρόσωπα, ένα άτομο αποκτά ορισμένους τρόπους σκέψης, αντίληψης, αίσθησης και συμπεριφοράς απέναντι στο αντικείμενο αυτό, όπως επίσης και ορισμένα πρότυπα συσχέτισης αυτών των τρόπων σκέψης,

έκφραση της έντονα αρνητικής αντίδρασης της κοινωνίας στη νόσο και τα μολυσμένα από αυτήν άτομα.

Μία έντονη αρνητική αντίδραση εντούτοις απέναντι σε μία νόσο, όπως είναι και το AIDS, -είτε εκφράζεται μέσα από επίσημα μέτρα ή μέσα από 'ανεπίσημες συμπεριφορές'- έχει συνήθως και αρνητική επίδραση στην πορεία και εξέλιξη της νόσου αυτής. Αυτό συμβαίνει κατά κύριο -αν και όχι μοναδικό- λόγο, διότι η αντίδραση αυτή στρέφει τα άτομα που αγγίζει ενάντια στο κοινωνικό σύνολο, δημιουργώντας έτσι εχθρούς παρά φίλους στις προσπάθειες αναχαίτισης της εξάπλωσης της νόσου και μείωσης των συνεπειών της.

Ταυτόχρονα όμως μία έντονη αρνητική αντίδραση απέναντι σε μία ασθένεια - εκφρασμένη μέσα από ακραίες στάσεις και συμπεριφορές όπως είναι ο στιγματισμός- αποκαλύπτει και την έντονη αρνητική επίδραση της ίδιας της ασθένειας στις κοινωνικές δομές, σχέσεις και τελικά στην κοινωνική συνοχή. Αυτό συμβαίνει, διότι το στιγματισμό συχνά συνοδεύουν φαινόμενα απόρριψης, περιθωριοποίησης και απομόνωσης των ατόμων που τον δέχονται, τα οποία φυσικά διαταράσσουν τις διαπροσωπικές ανθρώπινες σχέσεις και το κάθε μορφής 'οικοδόμημα' που στηρίζεται σ' αυτές.

Η στενή σύνδεση του στιγματισμού με τα τρία επίπεδα αποκάλυψης και κατανόησης της κοινωνικής φύσης μίας νόσου και του AIDS ειδικότερα τον καθιστά έναν από τους κεντρικούς άξονες της διατριβής αυτής, στα επίπεδα τόσο της θεωρητικής όσο και της εμπειρικής διερεύνησής της. Μ' αυτόν τον τρόπο, βέβαια, είναι **η αντίδραση της κοινωνίας απέναντι στη νόσο** που ουσιαστικά καθίσταται ως βασικό αντικείμενο της εμπειρικής έρευνας, αφού η αντίδραση αυτή επιβεβαιώνει ή αναιρεί την ύπαρξη του στιγματισμού, παρέχοντας έτσι τα απαραίτητα στοιχεία που συνθέτουν την κοινωνική 'εικόνα' της νόσου και οδηγούν στην κατανόηση της κοινωνικής της 'φύσης'.

Εντούτοις η τοποθέτηση της αντίδρασης της κοινωνίας στη νόσο στη θέση του βασικού αντικειμένου της εμπειρικής έρευνας κρίνεται απαραίτητη, όχι μόνο για την έμμεση φανέρωση της κοινωνικής φύσης της νόσου -μέσα από τον εντοπισμό της έκφρασης ή μη στίγματος μέσα από αυτήν- αλλά και για την άμεση αποκάλυψη της μέσα από τα τρία βασικά της επίπεδα. Η αντίδραση της κοινωνίας σε μία νόσο συνδέεται άμεσα με κάθε ένα από τα επίπεδα αυτά. Συγκεκριμένα:

αντίληψης, αίσθησης και συμπεριφοράς (W. Fuchs, R.Klima et al. (1978), LEXICON ZUR SOZIOLOGIE, OPLADEN, WESTDEUTSCHER VERLAG, pp.179-180).

Α) Στο επίπεδο της θεωρητικής πρόσληψης της νόσου: η αντίδραση της κοινωνίας στο AIDS -με όποιον τρόπο και αν εκδηλώνεται- δεν μπορεί παρά να αποτελεί έκφραση αυτής της πρόσληψης -θετικής ή αρνητικής- τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο.

Β) Στο επίπεδο της επίδρασης της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου: Για να φανεί και να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο επιδρά η κοινωνία στο AIDS, πρέπει να διερευνηθεί ο τρόπος που αντιδρά η κοινωνία στη νόσο αυτή. Πρέπει να αναζητηθούν και να αξιολογηθούν, για παράδειγμα, τα επίσημα μέτρα που λαμβάνει απέναντί της. Πρέπει να εκτιμηθούν τα όποια αποτελέσματα έχει ή μπορεί να έχει η πολιτική που εφαρμόζεται για την αντιμετώπισή της. Μόνον έτσι μπορούν να γίνουν κάποιες προβλέψεις -στα πλαίσια μίας τρέχουσας διερεύνησης της άσκησης πολιτικής- και να καταγραφούν τα μακροχρόνια αποτελέσματα αυτής της αντίδρασης -στα πλαίσια μίας ιστορικής διερεύνησης της άσκησης πολιτικής- σχετικά με την επίδραση της κοινωνίας στη νόσο.

Η διερεύνηση σ' αυτό το επίπεδο, εξάλλου, αφορά στον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία μπορεί και επηρεάζει τόσο την εξέλιξη της νόσου όσο και τις συνέπειές της στα μέλη αυτής της κοινωνίας. Η επίδραση της κοινωνίας σε μία νόσο όμως δεν μπορεί να διερευνηθεί άμεσα παρά μόνον μετά την πάροδο πολλών ετών, εφόσον η νόσος έχει αντιμετωπιστεί από την επιστήμη και δεν αποτελεί πλέον σοβαρή απειλή για την κοινωνία. Δηλαδή με έναν τρόπο περισσότερο ιστορικής διερεύνησης παρά τρέχουσας.

Αυτή βεβαίως δεν είναι η περίπτωση της συγκεκριμένης νόσου που εξετάζεται εδώ. Το AIDS είναι μία σχετικά πρόσφατη ασθένεια, με σοβαρότατες συνέπειες για την κοινωνία και τα μέλη της. Είναι επίσης μία ασθένεια που η επιστήμη δεν έχει καταφέρει ακόμα να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά, παρά τις έντονες προσπάθειές της και τα πολλά επιτυχημένα βήματά της προς αυτή την κατεύθυνση. Είναι, με άλλα λόγια, μία ασθένεια της οποίας ούτε η αποφυγή μετάδοσης ούτε όμως και η ίαση έχει ακόμα επιτευχθεί ιατρικά.

Για όλους τους παραπάνω λόγους η επίδραση της κοινωνίας στη νόσο του AIDS δεν μπορεί να διερευνηθεί εμπειρικά άμεσα. Μπορεί όμως και διερευνάται έμμεσα, μέσα από την αντίδραση της κοινωνίας σ' αυτήν, τόσο επίσημη όσο και ανεπίσημη. Δηλαδή τόσο μέσα από την κρατική Πολιτική για το AIDS όσο και από τις αντιδράσεις των μελών της κοινωνίας στην καθημερινότητά τους, στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Γ) Στο επίπεδο της μακροχρόνιας επίδρασης της νόσου στην κοινωνία: Η επίδραση αυτή -στο επίπεδο των ανθρώπινων σχέσεων- αποτελεί μία αντανάκλαση της αντίδρασης της κοινωνίας στο AIDS. Αυτό γίνεται κατανοητό, αν σκεφτούμε ότι μέσα από την αντίδραση της κοινωνίας στο AIDS, φαίνεται ο τρόπος με τον οποίο αυτή η κοινωνία δέχεται και αντιμετωπίζει τη νόσο. Αντίστοιχα όμως -ανάλογα με το είδος αυτής της αντίδρασης- φαίνεται και ο τρόπος με τον οποίο η ίδια η νόσος έχει επηρεάσει τις ανθρώπινες σχέσεις, μέσα στα πλαίσια αυτής της κοινωνίας.

Η διερεύνηση της αντίδρασης της ελληνικής κοινωνίας στο AIDS, επιχειρείται σ' όλες τις εκφράσεις και με όλες τις μορφές της. Τόσο μέσα από την άμεση έκφρασή της με την επίσημη μορφή της, όσο και μέσα από τις έμμεσες, ανεπίσημες εκδηλώσεις της. Στην πρώτη περίπτωση η προσπάθεια επικεντρώνεται στη διερεύνηση της πολιτικής, που εφαρμόζεται για το AIDS, και των μέτρων που αυτή περιλαμβάνει. Στη δεύτερη περίπτωση αναζητώνται οι όποιες αρνητικές εκδηλώσεις απέναντι στη νόσο και τα οροθετικά άτομα, σε επίπεδο καθημερινών, διαπροσωπικών σχέσεων.

Και στις δύο περιπτώσεις ο στόχος είναι η επιβεβαίωση ή απόρριψη των επιμέρους υποθέσεων εργασίας, που προκύπτουν από τις βασικές και φανερώνουν σημαντικά στοιχεία της κοινωνικής φύσης της νόσου. Αυτές οι επιμέρους - δευτερεύουσες υποθέσεις εργασίας είναι οι ακόλουθες:

1. **Υπάρχει και εκφράζεται έντονη αρνητική φόρτιση στην πρόσληψη του AIDS από την ελληνική κοινωνία.**
2. **Η θετική επίδραση της ελληνικής κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου είναι υποτυπώδης, λόγω της ανεπάρκειας και των σημαντικών ελλείψεων που υπάρχουν στα μέτρα της πολιτικής που εφαρμόζονται. Παράλληλα είναι υπαρκτός και εμφανής ο κίνδυνος αρνητικής επίδρασης της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη αυτής της νόσου, λόγω της αρνητικής αντίδρασης - στιγματισμού που εκφράζεται μέσα τόσο από τα μέτρα της επίσημης πολιτικής όσο και από τις ανεπίσημες στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στους οροθετικούς.**
3. **Υπάρχει εμφανής αρνητική επίδραση της νόσου στο κοινωνικό σύνολο, σε όλα τα επίπεδα των ανθρώπινων σχέσεων και δραστηριοτήτων, που αναπτύσσονται και διαμορφώνονται μέσα στα πλαίσια της ελληνικής κοινωνίας.**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΒΙΒΛΙΟ

4. **Υπάρχει εμφανής διαμόρφωση και έκφραση στιγματισμού απέναντι στα οροθετικά άτομα μέσα στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας, τόσο σε επίπεδο άσκησης της υπάρχουσας πολιτικής για το AIDS, όσο και σε επίπεδο ανεπίσημων στάσεων και συμπεριφορών ατόμων ή ομάδων. Ο στιγματισμός αυτός βιώνεται έντονα από τα οροθετικά άτομα και τους οικείους τους, επιδρώντας αρνητικά στην ψυχική τους κατάσταση ή ακόμα και στην πορεία της υγείας τους.**

Η επιβεβαίωση ή απόρριψη αυτών των υποθέσεων εργασίας επιχειρείται - όπως αναφέρεται παραπάνω- μέσα από τη διερεύνηση της αντίδρασης της κοινωνίας στην εμφάνιση της νόσου. Η έκφραση της κοινωνικής αντίδρασης στο φαινόμενο AIDS εξετάζεται με δύο μορφές, σε δύο αντίστοιχα επίπεδα: **α) της πολιτικής για το AIDS ως επίσημης έκφρασης της κοινωνικής αντίδρασης σε συλλογικό επίπεδο, β) του στιγματισμού των οροθετικών ατόμων ως 'ανεπίσημης' έκφρασης της κοινωνικής αντίδρασης, σε επίπεδο ομάδας, οικογένειας, ατόμου.** Στο πρώτο επίπεδο η προσπάθεια επικεντρώνεται στη διερεύνηση :

Α/ της πολιτικής για το AIDS όσον αφορά στην πρόληψη της νόσου, και

Β/ της πολιτικής για το AIDS όσον αφορά στην θεραπεία της νόσου. Στο δεύτερο επίπεδο η διερεύνηση έχει τρία σκέλη:

Α/ της διαμόρφωσης του στίγματος μέσα από την κοινωνία,

Β/ της έκφρασης του στίγματος μέσα στην κοινωνία και

Γ/ της βίωσης του στίγματος από το οροθετικό άτομο και την οικογένειά του.

Η πραγματοποίηση της διερεύνησης στα δύο αυτά επίπεδα περιλαμβάνει διαφορετικά στάδια, όπου τίθενται επιμέρους στόχοι - με τη μορφή αντίστοιχων υποθέσεων ή και ερωτημάτων- που αναφέρονται επιγραμματικά στη συνέχεια. Ξεκινώντας από το πρώτο επίπεδο διερεύνησης και την **πολιτική για το AIDS στην Ελλάδα,** σε ένα πρώτο στάδιο, επιχειρείται η διερεύνηση **των παραγόντων εκείνων που καθορίζουν, μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής κοινωνίας, τη διαδικασία και τα μέτρα πρόληψης και θεραπείας.** Η επίτευξη αυτού του στόχου οδηγεί σ' ένα δεύτερο στάδιο όπου η ερευνητική διαδικασία εστιάζεται στην πρόληψη και μέσα από αυτήν εξετάζεται η ύπαρξη και εφαρμογή των μέτρων πρόληψης σε τρία επίπεδα:

1/ ιατρικό, με στόχο το ανθρώπινο σώμα

2/ συμπεριφορών, με στόχο την αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς

3/ δομικό, με στόχο την αλλαγή των κοινωνικών συνθηκών

Ακολουθεί η προσπάθεια αξιολόγησης κάποιων από τα υπάρχοντα μέτρα πολιτικής πρόληψης του AIDS στην Ελλάδα και η σύγκρισή τους με διεθνείς αρχές και οδηγίες σχετικά με το σχεδιασμό και την εφαρμογή αντίστοιχων μέτρων. Στο στάδιο αυτό και σαν κομμάτι αυτής της αξιολόγησης επιχειρείται η έμμεση διερεύνηση της **δημιουργίας και έκφρασης στιγματισμού οροθετικών ατόμων και των οικείων τους ή / και ομάδων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, μέσα από την διαδικασία σχεδιασμού και εφαρμογής των μέτρων πρόληψης καθώς επίσης την εμφάνιση φαινομένων κοινωνικού ρατσισμού και απομόνωσης σαν αποτέλεσμα του στιγματισμού αυτού.**

Στη συνέχεια και σε ένα επόμενο στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας, που αφορά στην **πολιτική για το AIDS όσον αφορά στην θεραπεία της νόσου στην Ελλάδα**, αναζητάται απάντηση σε ένα ερώτημα που θεωρείται βασικό : **Ποια είναι η κυρίαρχη αντίληψη για τη διαδικασία θεραπείας του AIDS στην Ελλάδα και ποιο το κυρίαρχο μοντέλο θεραπείας που εφαρμόζεται; 1ον/ Ο παραδοσιακός τρόπος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, σύμφωνα με τον οποίο πρώτιστα ο γιατρός και έπειτα το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν τους κύριους αν όχι και μοναδικούς φορείς περίθαλψης και φροντίδας ; ή 2ον/ μία διαδικασία που πραγματοποιείται, σε πολύ σημαντικό βαθμό, μέσα από δίκτυα συμπαράστασης και ομάδες αυτοβοήθειας και μέσα από την ανάπτυξη ικανότητας του ασθενή για αυτοβοήθεια, και κατά την οποία γιατρός και νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν έναν από τους πολλούς φορείς φροντίδας ;**

Το ερώτημα αυτό θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό, διότι οδηγεί στη συνέχεια στη διερεύνηση της **διαδικασίας θεραπείας της νόσου σαν πιθανή μορφή άσκησης κριτικής και κοινωνικού ελέγχου.** Μέσα στα ίδια πλαίσια, εξάλλου, επιχειρείται η διερεύνηση της **δημιουργίας και έκφρασης στιγματισμού καθώς και φαινομένων κοινωνικού ρατσισμού και απομόνωσης των οροθετικών ατόμων και των οικογενειών τους, μέσα στα πλαίσια της διαδικασίας θεραπείας του AIDS στην Ελλάδα.**

Στο δεύτερο επίπεδο η ερευνητική διαδικασία εστιάζεται **στον στιγματισμό ατόμων ή ομάδων ως "ανεπίσημη" έκφραση της κοινωνικής αντίδρασης σε επίπεδο ομάδας, οικογένειας, ατόμου** και επιχειρείται η διερεύνησή του σε τρία επίπεδα:

Α/ της διαμόρφωσης του στίγματος μέσα από την κοινωνία,

Β/ της έκφρασης του στίγματος μέσα στην κοινωνία και

Γ/ της βίωσης του στίγματος από το άτομο και την οικογένεια του.

Αρχικά γίνεται μία προσπάθεια προσδιορισμού των **παραγόντων εκείνων που καθορίζουν την διαμόρφωση του στίγματος μέσα στην κοινωνία.** Ένας από τους βασικούς και κύριους παράγοντες, που κρίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση και στην έκφραση του στίγματος και ο οποίος εξετάζεται στη συνέχεια, είναι το **ιδιαίτερο χαρακτηριστικό**[15] **και το κατά πόσο αυτό είναι εμφανές ή όχι.** Θεωρείται ότι **η διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος για το AIDS -και στην Ελληνική κοινωνία- θα πρέπει να εξαρτάται από το κατά πόσο υπάρχει ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό σε κάποια άτομα ή ομάδες, το οποίο να συνδέεται με κάποια στερεότυπα, καθώς και από το κατά πόσο αυτό το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό, όταν υπάρχει, είναι εμφανές ή όχι.** Έτσι, εξετάζονται προς επιβεβαίωση ή απόρριψη και τα παρακάτω:

1/ **η διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος, σαν αποτέλεσμα της ύπαρξης ενός εμφανούς ιδιαίτερου χαρακτηριστικού,**

2/ **η διαμόρφωση και έκφραση διπλού στίγματος, σε περιπτώσεις ύπαρξης δύο διαφορετικών ιδιαίτερων χαρακτηριστικών** (π.χ. AIDS-ομοφυλοφιλία ή AIDS-τοξικομανία).

Τέλος, για την ολοκλήρωση της διερεύνησης των επιμέρους παραγόντων, που καθορίζουν την διαδικασία διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος του AIDS, πραγματοποιείται μία τελευταία προσθήκη. Αφορά στον παράγοντα που σχετίζεται με την **κοινωνική και οικονομική κατάσταση των οροθετικών ατόμων** και στον τρόπο που αυτή επηρεάζει όλη αυτή τη διαδικασία. Στον τρόπο δηλαδή που κάποια κοινωνικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τη διαμόρφωση και κυρίως την έκφραση του στίγματος.

Στη συνέχεια επιχειρείται η διερεύνηση της **έκφρασης του στίγματος μέσα στα πλαίσια των ανθρώπινων σχέσεων και συγκεκριμένα : α) στις οικογενειακές σχέσεις, β) στις ερωτικές σχέσεις, γ) στις φιλικές σχέσεις, δ) στις εργασιακές/ επαγγελματικές σχέσεις, και ε) στις ευρύτερες κοινωνικές συναναστροφές.** Παράλληλα και σα συνέχεια στο ίδιο αυτό στάδιο επιχειρείται η διερεύνηση της **δημιουργίας και έκφρασης φαινομένων κοινωνικής απομόνωσης και ρατσισμού, σαν αποτέλεσμα της έκφρασης του στίγματος,** μέσα στα πλαίσια των ίδιων ακριβώς σχέσεων.

---

[15] Στην περίπτωση του AIDS το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό είναι η μόλυνση από τη νόσο.

Ακολουθεί το μέρος που αφορά στη **βίωση του στίγματος από το άτομο και την οικογένειά του**. Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια επιχειρείται αρχικά η διερεύνηση του **στίγματος ως μία διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών ρόλων**. Επιχειρείται επίσης ο προσδιορισμός των σημαντικότερων **παραγόντων που μπορεί να καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται το στίγμα**. Ο πρώτος και σημαντικότερος από αυτούς τους παράγοντες αφορά στο **'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό'** -δηλαδή στη μόλυνση από τη νόσο- και στον **τρόπο χειρισμού του**. Ο δεύτερος εξίσου σημαντικός παράγοντας αφορά σ' αυτό που οι θεωρητικοί αναφέρουν ως **'συνειδητοποιημένη' ή 'βιωμένη' ταυτότητα**[16] του ατόμου. Τέλος ο τρίτος σημαντικός παράγοντας αφορά στις ευρύτερες άμεσες και έμμεσες **ψυχολογικές συνέπειες** της διάγνωσης της οροθετικότητας, της ίδιας της νόσου, αλλά και του στιγματισμού που συνεπάγεται στο οροθετικό άτομο και στους οικείους του.

Μέσα στα πλαίσια του ίδιου μέρους επιχειρείται η διερεύνηση της **βίωσης του στιγματισμού μέσα σ' όλο το φάσμα των ανθρώπινων σχέσεων του ατόμου που δέχεται αυτόν το στιγματισμό**, και συγκεκριμένα : **α) στις οικογενειακές σχέσεις, β) στις ερωτικές σχέσεις, γ) στις φιλικές σχέσεις, δ) στις εργασιακές/ επαγγελματικές σχέσεις, και ε) στις ευρύτερες κοινωνικές συναναστροφές.** Παράλληλα επιχειρείται η διερεύνηση **της βίωσης καταστάσεων κοινωνικής απομόνωσης και ρατσισμού, σαν αποτέλεσμα της βίωσης του στιγματισμού** μέσα στα πλαίσια των ίδιων ανθρώπινων σχέσεων.

Τέλος, σαν ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας με στόχο την αποκάλυψη και κατανόηση των κοινωνικών χαρακτηριστικών του AIDS και της κοινωνικής του 'φύσης' στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας, επιχειρείται η βιβλιογραφική διερεύνηση των συνεπειών της νόσου στο σύνολο της ελληνικής κοινωνίας. Σ' αυτήν πρωταρχικό ρόλο παίζει η παρουσίαση των οικονομικών επιπτώσεων της νόσου στα οροθετικά άτομα αλλά και στον ίδιο τον κρατικό μηχανισμό, λόγω του εξαιρετικά υψηλού κόστους των φαρμάκων και γενικότερα της περίθαλψης και νοσηλείας των οροθετικών ατόμων.

Συμπεριλαμβάνονται όμως και επιπτώσεις που αφορούν σε άλλους τομείς όπως στην άμεση αλλά και έμμεση επίδραση της νόσου στην διαμόρφωση των κοινωνικών σχέσεων και διαδικασιών που αναπτύσσονται και λαμβάνουν χώρα μέσα

[16] Βλέπε Κεφ. 2 'Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας του στίγματος και σύνδεσή της με το AIDS'.

στα πλαίσια της κοινωνίας. Επιπτώσεις που αφορούν με άλλα λόγια στην επίδραση: στον τρόπο με τον οποίο οργανώνουμε την ατομική και συλλογική ζωή μας, στους θεσμούς, στο νόμο και τις νομικές διατάξεις, στα πρότυπα, στις αξίες, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις πολιτιστικές εκφράσεις, στη διαμόρφωση της πολιτικής μας ζωής αλλά και στον ρόλο της θρησκείας.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ, ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ, ΔΙΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Η διερεύνηση της κοινωνικής 'φύσης' του AIDS, στα πλαίσια αυτής της διατριβής, μέσω της επαλήθευσης ή απόρριψης όλων των παραπάνω υποθέσεων εργασίας -κύριων και επιμέρους- στηρίζεται σε ένα βασικό θεωρητικό πλαίσιο. Το πλαίσιο αυτό αποτελείται από μελέτες και θεωρητικές αναλύσεις που σχετίζονται με το αντικείμενο της διατριβής -που, όπως ειπώθηκε παραπάνω, είναι η κοινωνική φύση του AIDS- και με την κύρια και βασική υπόθεση εργασίας που θεωρεί ότι το AIDS είναι μία κοινωνική νόσος.

Η θεωρητική διερεύνηση αυτής της υπόθεσης, που στηρίζει στη συνέχεια και την εμπειρική διερεύνησή της, απαιτεί καταρχήν τη θεωρητική προσέγγιση της έννοιας της κοινωνική νόσου. Η προσέγγιση αυτή στηρίζεται σε θεωρίες και αναλύσεις πάνω στην έννοια της υγείας και της ασθένειας από διάφορες θεωρητικές 'σχολές' και κατευθύνσεις. Ασχολείται με τον τρόπο που αυτές αιτιολογούν, εξηγούν και ερμηνεύουν την ασθένεια σαν φαινόμενο από την αρχή της εμφάνισής της και μέσα στο πέρασμα του χρόνου, καταλήγοντας σε πιο σύγχρονες θεωρίες της ιατρικής κοινωνιολογίας και της κοινωνιολογίας της υγείας. Μέσα απ' αυτές αναδύεται από μόνη της η έννοια της κοινωνικής νόσου και διακρίνονται με ευκρίνεια τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του φαινομένου της ασθένειας.

Ακολουθεί η προσπάθεια προσέγγισης της κοινωνικής φύσης του AIDS. Δεδομένου όμως ότι το AIDS είναι μία σύγχρονη ασθένεια, η βιβλιογραφία πάνω στην κοινωνική 'φύση' του και στα κοινωνικά χαρακτηριστικά του είναι περιορισμένη. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται και συγγράμματα που αφορούν και σε άλλες νόσους -ως επί το πλείστον του παρελθόντος- με εμφανή όμως κοινωνικά χαρακτηριστικά και συνέπειες. Χρησιμοποιούνται δηλαδή μελέτες πάνω

σε άλλες νόσους, που μπορούν σήμερα -μέσα από μία ιστορική διερεύνηση- να αποκαλεστούν κοινωνικές.

Μ' αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα παραπομπής σε άλλες νόσους και στα δικά τους κοινωνικά χαρακτηριστικά, καθώς και στις συνέπειες που αυτές είχαν στις κοινωνίες που εμφανίστηκαν, την εποχή που εμφανίστηκαν, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις μέχρι και τις μέρες μας. Δίνεται με άλλα λόγια η δυνατότητα της σύγκρισης αυτών των ασθενειών, των κοινωνικών τους χαρακτηριστικών και της κοινωνικής τους φύσης με το AIDS. Έτσι, σε συνδυασμό με την υπάρχουσα βιβλιογραφία για τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του AIDS, διαμορφώνεται μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με την κοινωνική του 'φύση'.

Μέσα στα πλαίσια αυτής της θεωρητικής διερεύνησης όμως, προκύπτει στην συνέχεια και η ανάγκη προσέγγισης μίας ακόμη έννοιας, αυτής του στίγματος. Η έννοια του στίγματος ανακύπτει συχνά μέσα από τις μελέτες και αναλύσεις που αφορούν στην έννοια της κοινωνικής νόσου, αλλά και σε άλλες νόσους σύγχρονες ή του παρελθόντος. Η προσέγγισή της λοιπόν αποτελεί άλλο ένα σημαντικό κομμάτι του θεωρητικού πλαισίου της παρούσας διατριβής, μια και συνδέεται άμεσα με μία από τις βασικές υποθέσεις εργασίας της και έμμεσα με την κύρια και βασική υπόθεση και το όλο αντικείμενο της έρευνας.

Η βιβλιογραφία που χρησιμοποιείται στην προσέγγιση αυτής της έννοιας, αφορά στο στίγμα και στον τρόπο με τον οποίο αυτό έχει συνδεθεί από τους διάφορους θεωρητικούς με την έννοια της νόσου αλλά και με συγκεκριμένες ασθένειες. Η ανάλυση που πραγματοποιείται αφορά στη διαμόρφωση, έκφραση και βίωση του στιγματισμού μέσα στα πλαίσια διαφόρων ασθενειών και φυσικά και του AIDS[17]. Και σ' αυτό το στάδιο επιχειρείται η σύνδεση της έννοιας με άλλες νόσους του παρελθόντος ή και σύγχρονες, καθώς επίσης και η σύγκριση των ασθενειών αυτών με το AIDS. Η ανάλυση συμπληρώνεται και ολοκληρώνεται με αναφορές στις επιπτώσεις του στίγματος στα άτομα που τον βιώνουν αλλά και στο κοινωνικό σύνολο και στις όποιες προσπάθειες και δυνατότητες μείωσης ή και εξάλειψής του.

Η ολοκλήρωση της θεωρητικής προσέγγισης των εννοιών της κοινωνικής νόσου και του στίγματος και της σύνδεσης αυτών με το AIDS οδηγεί ταυτόχρονα στο στάδιο της εμπειρικής έρευνας. Σ' αυτό, επιχειρείται η εμπειρική πλέον επαλήθευση ή απόρριψη όλων των υποθέσεων εργασίας -κυρίων και επιμέρους- μέσα από την

[17] Στον όποιο βαθμό και πάλι υπάρχει διαθέσιμη βιβλιογραφία.

ερευνητική διαδικασία, με στόχο την αποκάλυψη της κοινωνικής 'φύσης' του AIDS στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας.

Για να καταστεί εφικτή η πραγματοποίηση αυτής της διαδικασίας, επιλέγεται και ακολουθείται μία συγκεκριμένη μεθοδολογία έρευνας. Σύμφωνα μ' αυτήν, χρησιμοποιούνται ως επιμέρους τρόποι μελέτης του αντικειμένου:

- Η επεξεργασία της τρέχουσας βιβλιογραφίας πάνω στο αντικείμενο,
- Η επεξεργασία 'φαιάς' βιβλιογραφίας σχετικής με το αντικείμενο,
- Ημιδομημένες, ανοιχτές συνεντεύξεις με 50 συνολικά άτομα από διαφορετικές κατηγορίες πληθυσμού. Το κοινό όλων των ερωτώμενων ατόμων ήταν η άμεση ή έμμεση σχέση τους με το αντικείμενο.

Αντίστοιχα επιλέγεται και χρησιμοποιείται η ποιοτική μέθοδος έναντι της ποσοτικής και για τους τρεις επιμέρους τρόπους μελέτης. Η επιλογή αυτή βασίζεται στα παρακάτω:

1. Τόσο στην περίπτωση της τρέχουσας βιβλιογραφίας, όσο και σ' αυτήν της 'φαιάς' βιβλιογραφίας, η ποιοτική επεξεργασία είναι ο μόνος δυνατός τρόπος, δεδομένου ότι δεν τίθεται ζήτημα δείγματος ή ποσοτικής μέτρησης. Εξάλλου το ζητούμενο, μέσα από την επεξεργασία και των δύο αυτών ειδών βιβλιογραφίας, είναι η άντληση πληροφοριών και δεδομένων γύρω από τις βασικές και επιμέρους υποθέσεις εργασίας.
2. Στην περίπτωση των συνεντεύξεων τα άτομα που ερωτώνται είναι πρακτικά αδύνατο να αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα τυχαίας επιλογής, δεδομένης της φύσης της νόσου και του ιατρικού απορρήτου που ισχύει –θεωρητικά τουλάχιστον- γι αυτήν. Έτσι οι ερωτώμενοι επιλέγονται σα μέλη συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων, οι οποίες όμως σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το AIDS. Η επιλογή των ομάδων αυτών βασίζεται σ' αυτήν ακριβώς τη σχέση τους με τη νόσο ή / και με τα άτομα που έχουν μολυνθεί απ' αυτήν. Ως μέθοδος άντλησης των πληροφοριών επιλέγεται η ανοιχτή, ημιδομημένη συνέντευξη. Μ' αυτόν τον τρόπο θεωρείται ότι θα εξασφαλιστούν περισσότερες και πιο αξιόπιστες πληροφορίες γύρω από το θέμα.

Η εμπειρική έρευνα χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο αφορά στη διαδικασία προετοιμασίας των συνεντεύξεων και το δεύτερο στη διεξαγωγή τους. Στα πλαίσια της διαδικασίας προετοιμασίας των συνεντεύξεων συγκεντρώθηκαν, επεξεργάστηκαν και αναλύθηκαν μία σειρά εγγράφων σχετικά με την Πολιτική του AIDS στην

Ελλάδα. Το σύνολο αυτών των εγγράφων[18] - πάνω από ενενήντα (90)- αποτελείται από Εγκυκλίους, διατάξεις, Φ.Ε.Κ. και υπηρεσιακά εσωτερικά σημειώματα, που αναφέρονται σε επίσημους ή μη τρόπους αντιμετώπισης της νόσου και των οροθετικών ατόμων μέσα στα πλαίσια αυτής της πολιτικής.

Το κομμάτι της εμπειρικής έρευνας που αφορά στη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, πραγματοποιήθηκε σε συνολικά **έξι (6)** κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, **πέντε (5)** από τα οποία βρίσκονται στην Αθήνα και **ένα (1)** στην Θεσσαλονίκη. Η χρονική διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας ήταν περίπου **εννέα (9)** μήνες, ξεκινώντας με τις πρώτες πιλοτικές συνεντεύξεις το καλοκαίρι του 1997 και ολοκληρώνοντας και την τελευταία το Μάρτιο του 1998. Το σύνολο των συνεντεύξεων είναι **πενήντα (50)** και καλύπτουν οκτώ (8) διαφορετικές κατηγορίες ερωτώμενων, ανάλογα με τον τρόπο σύνδεσής τους με το AIDS ή με τα οροθετικά άτομα. Οι κατηγορίες αυτές είναι οι ακόλουθες:

1. **Γιατροί,**
2. **Άτομα νοσηλευτικού προσωπικού,**
3. **Επιστήμονες,** και συγκεκριμένα **ψυχίατρος, ψυχολόγοι** και **κοινωνικοί λειτουργοί,**
4. **Εκπρόσωποι Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας,**
5. **Εκπρόσωποι Ιδιωτικών Σωματείων και Συλλόγων Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων,**
6. **Οροθετικά άτομα,**
7. **Βουλευτής,**
8. **Δημοσιογράφοι.**

Τα άτομα που επιλέγηκαν, ο τρόπος διεξαγωγής των συνεντεύξεων αλλά και οι όποιες δυσκολίες προέκυψαν σ' αυτή την διαδικασία αναφέρονται και περιγράφονται στο τρίτο κεφάλαιο. Στη συνέχεια, σε επόμενα κεφάλαια, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων αυτών και ο τρόπος που αυτά συνδέονται με τις υποθέσεις εργασίας.

Η παρουσίαση εξάλλου όλου αυτού του εγχειρήματος, ακολουθεί μία συγκεκριμένη διάταξη, με στόχο την καλύτερη και πληρέστερη περιγραφή και κατανόηση αυτής της διαδικασίας, των στόχων της και των συμπερασμάτων που προκύπτουν απ' αυτήν. Συγκεκριμένα η παρούσα διατριβή χωρίζεται σε τρία κύρια

[18] Ο τρόπος συλλογής και επεξεργασίας τους αναλύεται διεξοδικά στο τρίτο κεφάλαιο.

μέρη. Στο πρώτο μέρος επιχειρείται η **θεωρητική προσέγγιση της κοινωνική φύσης του AIDS**, ενώ στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται η **διερεύνηση της κοινωνικής φύσης του AIDS μέσα στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας.** Το τρίτο μέρος αποτελείται από δύο **παραρτήματα** και τη **βιβλιογραφία.**

Για την επίτευξη του στόχου του το πρώτο μέρος χωρίζεται σε δύο κεφάλαια. Το πρώτο αφορά στη **θεωρητική προσέγγιση της έννοιας της κοινωνικής νόσου και στη σύνδεσή της με νόσους του παρελθόντος και το AIDS.** Μέσα σ' αυτό παρουσιάζονται θεωρίες και μελέτες που προσεγγίζουν την έννοια της ασθένειας αλλά και της κοινωνικής νόσου. Πραγματοποιείται η σύνδεση των εννοιών αυτών με άλλες νόσους -ως επί το πλείστον αλλά όχι αποκλειστικά- του παρελθόντος και η σύγκριση ανάμεσα σ' αυτές και στο AIDS.

Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά στη **θεωρητική προσέγγιση της έννοιας του στίγματος και στη σύνδεσή της με το AIDS.** Εδώ γίνονται αναφορές σε θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί γύρω από την έννοια του στίγματος και τη διαδικασία του στιγματισμού που τη συνοδεύει. Παρουσιάζονται οι επιπτώσεις του στιγματισμού στα άτομα που στιγματίζονται και στο κοινωνικό σύνολο, καθώς και οι τρόποι που χρησιμοποιούνται -ατομικά ή συλλογικά- για την αντιμετώπισή του. Πραγματοποιείται και πάλι -αν και σε μικρότερο βαθμό- η σύνδεση της έννοιας αυτής με άλλες νόσους αλλά και με το AIDS και επιχειρείται η σύγκριση των νόσων αυτών με το AIDS.

Το δεύτερο μέρος της διατριβής είναι και το μεγαλύτερο και χωρίζεται σε έξι κεφάλαια. Αποτελείται δηλαδή από τα κεφάλαια τρία, τέσσερα, πέντε, έξι, επτά και ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα. Το τρίτο κεφάλαιο αφορά στην **παρουσίαση της ερευνητικής διαδικασίας** και συμπεριλαμβάνει δύο επιμέρους τμήματα. Στο πρώτο περιγράφεται η μεθοδολογία που επιλέγηκε και εφαρμόστηκε στην ερευνητική διαδικασία και ο τρόπος με τον οποίο σχεδιάστηκε η εμπειρική έρευνα. Στο δεύτερο, παρουσιάζεται αναλυτικά η διαδικασία διεξαγωγής της εμπειρικής έρευνας.

Η παρουσίαση αυτή συμπεριλαμβάνει τρία μέρη: 1) το πρώτο αναφέρεται στη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, στα γενικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και στις παρατηρήσεις που προέκυψαν από τα γενικά θέματα που τους τέθηκαν προς συζήτηση, 2) το δεύτερο αναφέρεται στη διερεύνηση της πολιτικής για το AIDS στην Ελλάδα και περιλαμβάνει τη διερεύνηση της πολιτικής πρόληψης και την διερεύνηση της πολιτικής θεραπείας, και 3) το τρίτο αφορά στη διερεύνηση του στιγματισμού των οροθετικών ατόμων και περιλαμβάνει τη διαμόρφωση και έκφραση του

στίγματος του AIDS και τη βίωσή του από τα οροθετικά άτομα και την οικογένειά του.

Το τέταρτο κεφάλαιο ασχολείται με την παρουσίαση των **επιδημιολογικών στοιχείων του AIDS στην Ελλάδα και την αντιμετώπισή του.** Περιλαμβάνει όλα τα τελευταία επίσημα στοιχεία, που αφορούν στην πορεία και εξέλιξη της νόσου στην χώρα μας, αλλά και τις διάφορες μορφές δράσης που έχουν επίσημα αναληφθεί -σε κρατικό ή μη επίπεδο- για την αντιμετώπιση της νόσου και των συνεπειών της.

Το πέμπτο κεφάλαιο έχει τίτλο **η πολιτική για το AIDS στην Ελλάδα.** Αφορά στην αναλυτική παρουσίαση των δεδομένων που προέκυψαν από τις προσωπικές συνεντεύξεις σχετικά με την πολιτική αυτή και στην σύνδεσή τους με τις βασικές αλλά και επιμέρους υποθέσεις εργασίας της διατριβής. Ακολούθως στο έκτο κεφάλαιο, με τίτλο **AIDS και στιγματισμός στην Ελλάδα,** παρουσιάζονται αναλυτικά τα δεδομένα των προσωπικών συνεντεύξεων σχετικά με το στιγματισμό των οροθετικών στην χώρα μας. Επίσης τα δεδομένα αυτά συνδέονται με τις υποθέσεις εργασίας που έχουν τεθεί.

Στο έβδομο κεφάλαιο αναλύονται, με βάση κυρίως τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα αλλά και τα δεδομένα των συνεντεύξεων, οι **επιδράσεις του AIDS στην ελληνική κοινωνία.** Δεδομένου του σχετικά μικρού χρονικού διαστήματος εμφάνισης της νόσου στην χώρα μας, η ανάλυση αυτή είναι ενδεικτική και περιορισμένη. Εντούτοις θίγονται ζητήματα που αφορούν σ' όλους τους τομείς και τις κατευθύνσεις της ανθρώπινης δραστηριότητας και των ανθρώπινων σχέσεων.

Τέλος στα συμπεράσματα, με τίτλο **το AIDS ως κοινωνική νόσος στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας,** επιχειρείται η συνοπτική παρουσίαση των υποθέσεων εργασίας και των βασικών στόχων της διατριβής. Επιχειρείται στη συνέχεια η σύνδεση των υποθέσεων αυτών με τα δεδομένα που προέκυψαν από τις προσωπικές συνεντεύξεις με τη στήριξη του θεωρητικού πλαισίου που αναπτύχθηκε στα πλαίσια της διατριβής αυτής. Πραγματοποιείται έτσι η διατύπωση βασικών συμπερασμάτων σχετικά με την επαλήθευση ή απόρριψη των υποθέσεων εργασίας και την κοινωνική 'φύση' του AIDS στη χώρα μας.

Η ολοκλήρωση του εγχειρήματος επιτυγχάνεται με την παράθεση δύο παραρτημάτων και της βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε -ελληνικής και διεθνούς- στο τρίτο και τελευταίο μέρος της διατριβής. Στο πρώτο παράρτημα περιλαμβάνεται ο οδηγός - πλαίσιο των συνεντεύξεων, καθώς και κάποια επιμέρους σχόλια και

αντιδράσεις των ερωτώμενων πάνω στα θέματα που συζητήθηκαν και οι οποίες δεν συμπεριλήφθηκαν στο κυρίως κείμενο.

Στο δεύτερο παράρτημα περιλαμβάνονται κείμενα της 'φαιάς' βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε, τα οποία καλύπτουν περίοδο δέκα (10) ετών -από το 1983 έως και το 1993. Δεν συμπεριλαμβάνεται βέβαια το σύνολο αυτής της 'φαιάς' βιβλιογραφίας, λόγω του μεγάλου όγκου της, αλλά μόνο ένα μέρος αυτού και συγκεκριμένα τα κείμενα από τα οποία προέκυψαν αφενός μεν η λίστα με τα μέτρα πολιτικής που εφαρμόζονται για το AIDS στην Ελλάδα και αφετέρου οι πρώτες εκτιμήσεις του μελετητή για τα μέτρα αυτά. Τέλος στη βιβλιογραφία περιλαμβάνονται ελληνικά και ξενόγλωσσα συγγράμματα, βιβλία, άρθρα σε περιοδικά, αλλά και αδημοσίευτες μελέτες ή ανακοινώσεις, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για την επεξεργασία και συγγραφή αυτής της διατριβής.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΥΣΗΣ ΤΟΥ AIDS.

Το εγχείρημα της προσέγγισης του AIDS ως 'κοινωνικής νόσου' χωρίζεται σε δύο μέρη: το πρώτο αφορά στην θεωρητική προσέγγιση της κοινωνικής φύσης της νόσου, ενώ το δεύτερο εστιάζεται στην εμπειρική διερεύνησή της, μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας. Η ξεχωριστή ανάπτυξη του πρώτου μέρους κρίθηκε απαραίτητη προκειμένου να οδηγήσει στην αρχική δημιουργία ενός θεωρητικού υπόβαθρου πάνω στο οποίο να μπορεί να στηριχθεί στη συνέχεια η ερευνητική διαδικασία και με το οποίο να μπορούν να συνδεθούν στο τέλος τα ευρήματα της διαδικασίας αυτής.

Έτσι, το πρώτο μέρος του κυρίως κειμένου συμπεριλαμβάνει δύο κεφάλαια. Στο πρώτο αναλύεται θεωρητικά η έννοια της κοινωνικής νόσου και συνδέεται συνοπτικά με παραδείγματα νόσων του παρελθόντος. Πραγματοποιείται επίσης η θεωρητική σύνδεση της έννοιας αυτής με το AIDS μέσα από τις τοποθετήσεις και αναλύσεις σύγχρονων μελετητών της νόσου. Στο δεύτερο κεφάλαιο, η έννοια της κοινωνικής νόσου συμπληρώνεται μέσα από τη θεωρητική προσέγγιση της έννοιας του στίγματος.

Το στίγμα -ως αδιαχώριστο- κομμάτι της κοινωνικής φύσης μίας νόσου, εξετάζεται και αναλύεται ως έννοια και ως πραγματικότητα -βάση της διαδικασίας του στιγματισμού ατόμων ή ομάδων- μέσα από τις προσεγγίσεις των μελετητών του. Συνδέεται δε ταυτόχρονα τόσο με νόσους του παρελθόντος όσο -άμεσα και κύρια- με το ίδιο το AIDS. Με αυτόν τον τρόπο ολοκληρώνεται -στο πρώτο αυτό μέρος- η θεωρητική σκιαγράφηση της κοινωνικής φύσης και των κοινωνικών χαρακτηριστικών της συγκεκριμένης νόσου, προετοιμάζοντας το έδαφος για την παρουσίαση της ερευνητικής διαδικασίας που οδηγεί στην επιβεβαίωση αυτής της φύσης και αυτών των χαρακτηριστικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΠΑΡΕΛΘΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟ AIDS.

Η έννοια της υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένη με την έννοια της νόσου. Παραδοσιακά η υγεία είχε εξομοιωθεί με την απουσία της ασθένειας. Οι ορισμοί ωστόσο για την περιγραφή τόσο της έννοιας της υγείας όσο και της ασθένειας έχουν περάσει από διάφορα στάδια, με το πέρασμα του χρόνου και έχουν διαμορφωθεί, ανάλογα με τις κρατούσες αντιλήψεις, τα πιστεύω και τις δοξασίες των εκάστοτε κοινωνικών συνόλων. Έτσι για παράδειγμα η έννοια της υγείας έχει διευρυνθεί από το 1948 κιόλας και από την ίδια την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, για να συμπεριλάβει 'ένα ολοκληρωμένο στάδιο σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλά την απουσία της ασθένειας' (M. Morgan, M. Calnan & N. Manning, 1985, σ. 21).

Αντίστοιχα -αλλά σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό και με σημαντικότερες αποκλίσεις- η περιγραφή της έννοιας της νόσου έχει διανύσει μεγάλη απόσταση από την εποχή που προηγήθηκε της σύγχρονης επιστημονικής ιατρικής έως σήμερα. Οι αρχικές λοιπόν, επικρατούσες θεωρίες για την ασθένεια χωρίζονταν σε δύο γενικά συστήματα: 1) το **προσωποκρατικό** (personalistic) και 2) το **φυσιοκρατικό** (naturalistic). Στην πρώτη περίπτωση ο ασθενής θεωρούνταν το αντικείμενο κάποιας μορφής επιθετικότητας ή τιμωρίας προς αυτόν, δεδομένου ότι η ασθένεια αποδιδόταν στην σκόπιμη παρέμβαση κάποιου εξωτερικού παράγοντα -υπερφυσικού όντος, μη - γήινου όντος (π.χ. φάντασμα ή πνεύμα) ή ανθρώπου (π.χ. μάγου). Στη δεύτερη περίπτωση η εξήγηση της κακής υγείας στηριζόταν σε απρόσωπους όρους και αποδιδόταν σε έλλειψη ισορροπίας των βασικών στοιχείων του σώματος. Η ανισορροπία αυτή μπορούσε να προκληθεί από έξω ή από μέσα, από φυσικές δυνάμεις, όπως η ζέστη ή το κρύο, ή από πολύ δυνατά συναισθήματα (M. Morgan, M. Calnan & N. Manning, 1985, σ. 11-12).

Η επικράτηση της επιστημονικής ιατρικής αργότερα είχε σαν αποτελέσματα: 1) τη θεώρηση του σώματος ως μία βιοχημική μηχανή και 2) το διαχωρισμό του από το νου. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια αναπτύσσεται το ιατρικό μοντέλο που περιγράφει την ασθένεια σαν ένα 'σύνολο ανώμαλων αντιδράσεων του οργανισμού ή μερών του σε ανώμαλα ερεθίσματα' (Sigerist, H.E., 1943, σελ.1) ή αλλιώς σαν 'την εκδήλωση διαταραχών στη δομή ή στη λειτουργία του σώματος' (M. Morgan, M. Calnan & N.

Manning, 1985, σ. 11) ή ακόμα σα 'συνέπεια συγκεκριμένων δυσλειτουργιών του ανθρώπινου σώματος' (Turner, B.S. 1987, σελ.9).

Σ' όλες αυτές τις περιγραφές ο κοινός παρονομαστής είναι η δυνατότητα ανίχνευσης συγκεκριμένων αιτιακών παραγόντων, οι οποίοι έχουν οδηγήσει σ' αυτές τις αντιδράσεις, διαταραχές ή δυσλειτουργίες, στα ξεχωριστά 'κομμάτια' του σώματος - μηχανής και η αντίστοιχη δυνατότητα μεμονωμένης αντιμετώπισής τους. Αυτή η προσέγγιση βέβαια περιορίζει αιτιακά όλες τις νόσους και ασθένειες σε έναν αριθμό συγκεκριμένων βιοχημικών μηχανισμών, εντοπίζει και απομονώνει τους αιτιακούς παράγοντες στο ανθρώπινο σώμα, προϋποθέτει τον καθαρό διαχωρισμό νου - σώματος και ερμηνεύει την υγεία και την ασθένεια με ατομικιστικούς όρους, τοποθετώντας την ευθύνη και για τις δύο καταστάσεις κυρίως στο άτομο (M. Morgan, M. Calnan & N. Manning, 1985, σ. 13-14, Turner, B.S. 1987, σελ.9).

Σαν αποτέλεσμα, αυτό το βιοϊατρικό μοντέλο έχει θεωρηθεί με το πέρασμα του χρόνου ως πολύ περιοριστικό και ανεπαρκές για την ολοκληρωμένη ερμηνεία και αντιμετώπιση των διαφόρων ασθενειών και νόσων με τις οποίες έχει έρθει αντιμέτωπη η ανθρωπότητα έως σήμερα. Για το λόγο αυτό έχει επικριθεί και αμφισβητηθεί σε πολλά επίπεδα, από πολλούς μελετητές. Κάποιοι απ' αυτούς, επικρίνουν τον περιορισμένο τρόπο προσέγγισης της ασθένειας βάσει αυτού του μοντέλου, χωρίς όμως να αμφισβητούν τους ιατρικούς ορισμούς της ασθένειας που προκύπτουν απ' αυτό. Επικεντρώνονται στην ανάγκη διεύρυνσης των αιτιακών παραγόντων για την ερμηνεία της και τραβούν την προσοχή στην επίδραση και στο ρόλο κοινωνικών και ψυχολογικών παραμέτρων στην αιτιολογία και στην κατανομή της ασθένειας (M. Morgan, M. Calnan & N. Manning, 1985, σ. 14-15).

Αντίθετα, κάποιοι άλλοι μελετητές, υιοθετούν μια πιο θεμελιώδη κριτική στάση, αμφισβητώντας τη βασική υπόθεση ότι η ιατρική επιστήμη είναι αντικειμενική και ελεύθερη αξιών. Επικεντρώνονται στις κοινωνικές δυνάμεις που επηρεάζουν τις προσεγγίσεις και τους ιατρικούς ορισμούς της ασθένειας, αμφισβητώντας αυτούς τους ορισμούς. Επισημαίνουν τη δημιουργία και εφαρμογή ετικετών (labels) για την ασθένεια, τις οποίες θεωρούν κοινωνικά δημιουργήματα, ανάγοντας έτσι την ασθένεια σε κοινωνική κατάσταση. Οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί σα συνέχεια και συνέπεια αυτής της κριτικής είναι ευρέως γνωστές ως 'θεωρίες της ταμπέλας' (labeling theories) και έχουν εστιαστεί ιδιαίτερα στη φύση και στα αποτελέσματα των νόσων που κουβαλούν μία αρνητική κοινωνική κριτική ή

στίγμα, όπως είναι οι ψυχικές ασθένειες και οι φυσικές παραμορφώσεις (M. Morgan, M. Calnan & N. Manning, 1985, σ. 14-15, 28, 41,45).

Το κοινό χαρακτηριστικό όλων των προσεγγίσεων που επικρίνουν το βιο - ιατρικό μοντέλο ερμηνείας της ασθένειας ανεξάρτητα από τα επιμέρους συμπεράσματά τους, εντοπίζεται στην άρνηση του διαχωρισμού νου - σώματος και στη θέση ότι η ασθένεια δεν μπορεί να έχει ένα μοναδικό αιτιακό πλαίσιο ούτε μπορεί να γίνει κατανοητή έξω από το ιστορικό, κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον των ατόμων (Turner, B.S. 1987, σελ.9). Όπως χαρακτηριστικά έχει υποστηριχθεί 'οι ασθένειες δεν αναπτύσσονται στο κενό. (...) Τα μικρόβια και οι ιοί είναι οι κύριοι πρωταγωνιστές στο παθολογικό δράμα. Αλλά οι επιδημιολογικές μελέτες μάς επισημαίνουν συνεχώς τον ρόλο των περιβαλλοντικών και κοινωνικο - οικονομικών παραγόντων στην αιτιολογία, εμφάνιση και εξάπλωση των ασθενειών' (Cipolla, C.M. 1992, σελ. 76).

Η παραδοχή αυτή αποτελεί τον κεντρικό άξονα του κοινωνιολογικού μοντέλου προσέγγισης και ερμηνείας της νόσου, το οποίο μπορεί να θεωρηθεί ο αντίποδας του βιο-ιατρικού μοντέλου. Μέσα στα πλαίσια αυτού του μοντέλου περιλαμβάνονται και θεωρίες, οι οποίες -εστιασμένες κυρίως στην ερμηνεία της ψυχικής νόσου- παραβλέπουν το βιολογικό παράγοντα που όμως παίζει καθοριστικό ρόλο στις περιπτώσεις των μεταδοτικών ασθενειών. Εντούτοις η επισήμανση του ρόλου των κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην ερμηνεία της ασθένειας -που είναι ο κοινός παρονομαστής σε όλες τις θεωρίες αυτού του μοντέλου- ισχύει και αναγνωρίζεται για όλα τα είδη και τις μορφές ασθενειών και νόσων, συμπεριλαμβανομένων και των μεταδοτικών.

Όπως έχει τονιστεί από διάφορους θεωρητικούς, **και** στις μεταδοτικές νόσους η μόλυνση από ένα συγκεκριμένο βιολογικό παράγοντα -ιός, παράσιτο, μικρόβιο κ.λ.π.- δεν είναι πάντα επαρκής προϋπόθεση για την εμφάνιση κάποιας νόσου. Η εξέλιξη αυτή εξαρτάται από μια σειρά συντελεστών που παρεμβαίνουν. Σ' αυτούς συμπεριλαμβάνονται η παθογένεια του βιολογικού παράγοντα, ο τρόπος μετάδοσης του παράγοντα στο άτομο και η φύση και δύναμη αντίδρασης του ατόμου στη μόλυνση, δηλαδή η δυνατότητα του ανοσοποιητικού συστήματος του κάθε οργανισμού να καταπολεμήσει τη μόλυνση.

Όλοι αυτοί οι συντελεστές με τη σειρά τους, επηρεάζονται από το φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο αντιπαραβάλλεται ο βιοχημικός παράγοντας με το άτομο. Σε κάποιες περιπτώσεις το περιβάλλον μπορεί να προωθεί

τη μετάδοση του παράγοντα στο άτομο, ενώ σε άλλες μπορεί να την περιορίζει ή ακόμη και να την εμποδίζει. Τα κρίσιμα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος απορρέουν σε ένα μεγάλο ποσοστό από κοινωνικοπολιτικές επιρροές. Έτσι πολλές μεταδοτικές ασθένειες, όπως η φυματίωση για παράδειγμα, σωστά θεωρούνται "κοινωνικές ασθένειες". (Inhorn,M.C.,Brown, P.J., 1990).

Γίνεται λοιπόν κατανοητό, ότι ένας ορισμός της νόσου δεν μπορεί να περιοριστεί στα βιολογικά αίτια που την προκαλούν, ακόμη και αν μιλάμε για μια καθαρά μεταδοτική ασθένεια. Αντίθετα στα βιοχημικά αίτια πρέπει να προστεθούν και διάφοροι κοινωνικοί ή και άλλοι παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν, περισσότερο ή λιγότερο κάθε φορά, την πορεία μιας νόσου. Συνεπώς κάθε νόσος μπορεί να ορισθεί σαν περισσότερο ή λιγότερο "κοινωνική".

Η έννοια της **'κοινωνικής νόσου'** συνεπώς φαίνεται να απορρέει από την ίδια τη διαδικασία ανάλυσης και ερμηνείας της έννοιας της ασθένειας. Οι τρόποι δε με τους οποίους μία νόσος μπορεί να ερμηνευτεί ή / και να χαρακτηριστεί ως "κοινωνική" ποικίλλουν και εκτείνονται από το επίπεδο της αιτιολογίας της εμφάνισης, εξάπλωσης και κατανομής μίας ασθένειας σε έναν πληθυσμό μέχρι αυτό της αντιμετώπισης της ασθένειας από το κοινωνικό σύνολο, αλλά και των επιπτώσεών της σ' αυτό ατομικά ή συνολικά. Προκειμένου να εντοπιστούν τα στοιχεία εκείνα που οδηγούν στο χαρακτηρισμό μιας νόσου ως "κοινωνικής", μπορεί συνοπτικά και απλουστευτικά να ειπωθεί ότι η έννοια της "κοινωνικής νόσου" γίνεται κατανοητή σε τρία επίπεδα :

- **Α)** Στο επίπεδο της θεωρητικής πρόσληψης της νόσου από την κοινωνία,
- **Β)** στο επίπεδο της επίδρασης της κοινωνίας στην εμφάνιση, την εξέλιξη και την πορεία της νόσου, και
- **Γ)** στο επίπεδο επίδρασης της νόσου πάνω στην κοινωνία και τις δομές της.

Είναι σκόπιμο και απαραίτητο εδώ να αναφερθεί πως κανένα από τα τρία αυτά επίπεδα δεν μπορεί να νοηθεί ξεκομμένο από τα άλλα δύο. Ο 'κοινωνικός χαρακτήρας' της όποιας ασθένειας μπορεί να διερευνηθεί μόνο σαν αποτέλεσμα του συνδυασμού των τριών επιπέδων. Αυτό είναι αυτονόητο, δεδομένου ότι καμία από αυτές τις 'διαδικασίες' δεν είναι αυτόνομη και απομονωμένη στο χώρο και στο χρόνο. Αντίθετα αλληλεπιδρούν συνεχώς μεταξύ τους, καθορίζοντας η μία την άλλη,

μετασχηματίζονται και διαμορφώνονται εκ νέου, δημιουργώντας νέα δεδομένα, σχέσεις, συνδυασμούς και 'κοινωνικά χαρακτηριστικά' για την εκάστοτε νόσο.

Για να γίνει κατανοητός αυτός ο συσχετισμός, αρκεί να αναφερθεί ότι η θεωρητική πρόσληψη μίας νόσου επηρεάζει με καθοριστικό τρόπο την αντίδραση της κοινωνίας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Η κοινωνική αντίδραση στη νόσο επιδρά άμεσα με τη σειρά της στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, η οποία αντίστοιχα επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την επίδραση της νόσου στην κοινωνία. Όμως οι επιδράσεις, δημογραφικές, κοινωνικές, οικονομικές, κλπ, μίας νόσου σε ένα κοινωνικό σύνολο, επηρεάζουν καθοριστικά τον τρόπο με τον οποίο προσλαμβάνεται θεωρητικά η νόσος αυτή.

Έτσι γίνεται σαφές ότι τα εκάστοτε 'κοινωνικά χαρακτηριστικά' μίας νόσου δεν είναι τίποτε άλλο παρά τα αποτελέσματα του συσχετισμού των διαδικασιών σ' αυτά τα τρία επίπεδα και της μεταξύ τους δυναμικής αλληλεπίδρασης. Η αλληλεπίδραση αυτή φαίνεται καθαρά στην ανάλυση που ακολουθεί, αν και στα πλαίσια της τελευταίας ο διαχωρισμός των τριών αυτών επιπέδων θεωρήθηκε ως επιβεβλημένος, προκειμένου να γίνουν καλύτερα κατανοητές οι επιμέρους διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα σε κάθ' ένα απ' αυτά.

Α) Ο "κοινωνικός χαρακτήρας" μιας νόσου εντοπίζεται καταρχήν σ' ένα θεωρητικό επίπεδο, σ' αυτό της διαδικασίας πρόσληψης της συγκεκριμένης νόσου από το κοινωνικό σύνολο[19]. Αυτή η διαδικασία πρόσληψης της νόσου καθώς και τα χαρακτηριστικά που προσδίδονται σ' αυτήν επηρεάζονται αφενός μεν από τα επιδημιολογικά δεδομένα γύρω από τη νόσο, όπως είναι ο βαθμός εξάπλωσής της, ο τρόπος και η ευκολία μετάδοσής της, η δυνατότητα ίασής της και η εν γένει πορεία και εξέλιξή της, αφετέρου δε από τις δεδομένες κάθε φορά κοινωνικές δομές, τα πρότυπα, τις συνθήκες, τα ήθη, τις αξίες και τις αντιλήψεις.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα απεικονίζουν τη σοβαρότητα ή / και επικινδυνότητα της νόσου για την υγεία από ιατρικής άποψης, αυξάνοντας ή μειώνοντας αντίστοιχα στο κοινωνικό σύνολο τα αισθήματα φόβου και απειλής από τη μετάδοση αυτής. Μ' αυτόν τον τρόπο ασκούν σημαντική επίδραση στη κοινωνική

[19] Με τον όρο διαδικασία πρόσληψης εννοείται μία διαδικασία εκμάθησης κατά την οποία, εξ αιτίας άμεσων εμπειριών με ένα αντικείμενο, ή εξ αιτίας της μετάδοσης από άλλα πρόσωπα, ένα άτομο αποκτά ορισμένους τρόπους σκέψης, αντίληψης, αίσθησης και συμπεριφοράς απέναντι στο αντικείμενο, καθώς επίσης και ορισμένα πρότυπα συσχέτισης αυτών των τρόπων σκέψης, αντίληψης,

πρόσληψη της νόσου. Εντούτοις είναι οι εκάστοτε κοινωνικές δομές, οι συνθήκες, τα πρότυπα, τα ήθη, οι αξίες και οι αντιλήψεις που φορτίζουν καθοριστικά την πρόσληψη αυτή. Έτσι εξάλλου μπορεί να εξηγηθεί και το φαινόμενο η ίδια νόσος, με παρόμοια επιδημιολογικά δεδομένα, να προσλαμβάνεται με εντελώς διαφορετικό τρόπο, σε διαφορετικές κοινωνίες[20] ή ακόμα και στην ίδια κοινωνία, σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και να της αποδίδονται διαφορετικός βαθμός επικινδυνότητας καθώς και διαφορετικές ιδιότητες.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα που στηρίζει και ενισχύει την παραδοχή αυτή είναι η διαφορετική αντιμετώπιση των σεξουαλικώς μεταδιδομένων νοσημάτων και ειδικότερα της σύφιλης στην Ευρώπη σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους, τον 16° και τους 18° - 19° αιώνα αντίστοιχα. Σύμφωνα με διάφορους μελετητές η νόσος εξαπλώθηκε ευρέως και με πολύ οξεία συμπτώματα στις κοινωνίες της Ευρώπης από το τέλος του 15ου κιόλας αιώνα (Sigerist, H.E., 1943 σελ. 75, Hudson, E.H., 1972, σ.146-153). Η προέλευσή της όμως και ο τρόπος μετάδοσής της δεν έγιναν γνωστά μέχρι τις αρχές του 16ου αιώνα και συγκεκριμένα τη δεκαετία 1520-1530. Έτσι, η μόλυνση από τη σύφιλη έως τότε αποδιδόταν σε διάφορες αιτίες που κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα από φυσικούς παράγοντες, όπως ήταν οι ελώδεις αναθυμιάσεις, κοσμικούς παράγοντες, όπως ήταν κάποιος ιδιαίτερος συσχετισμός πλανητών ή ακόμα και υπερφυσικούς παράγοντες, όπως ήταν η Θεϊκή τιμωρία. Είναι χαρακτηριστικό δε ότι η νόσος δεν έφερε κανένα στίγμα ενώ γίνονταν μεγάλες προσπάθειες για την καταπολέμησή της (Sigerist, H.E., 1943 σελ. 76).

Η στάση όμως απέναντι στη σύφιλη δεν άλλαξε ριζικά ούτε με την ανακάλυψη του τρόπου μετάδοσής της. Αντίθετα η μόλυνση από τη νόσο συνέχισε και μέσα στην εποχή της Αναγέννησης να αντιμετωπίζεται ως ένα 'πολύ δυσάρεστο ατύχημα' και να θεωρείται ένα επώδυνο βάσανο, το οποίο όμως δεν συμπεριλάμβανε κανενός είδους ηθική καταδίκη για τον πάσχοντα. Ο ασθενής με αφροδίσιο νόσημα δε θεωρούνταν ούτε καλύτερος ούτε χειρότερος από τους άλλους ανθρώπους. Ο παράγοντας που καθόριζε αυτή τη στάση απέναντι στη νόσο ήταν η γενική, επικρατούσα σεξουαλική συμπεριφορά (Sigerist, H.E., 1943 σ. 76-77).

αίσθησης και συμπεριφοράς (W.FUCHS, R.KLIMA, et al, (1978), LEXIKON ZUR SOZIOLOGIE, OPLADEN, WESTDEUTSCHER VERLAG, pp:179-180).

[20] Βλέπε στάση, αντιμετώπιση, απόδοση βαθμού επικινδυνότητας και ανάληψη μέτρων από Η.Π.Α. και Ευρώπη απέναντι στο AIDS, σε αντιπαραβολή με την Αϊτή ή ακόμα και κάποιες Αφρικανικές χώρες (Paul Farmer, 1990, Benedicte Ingstad, 1990).

Συγκεκριμένα η περίοδος της Αναγέννησης αναφέρεται ως πολύ ανεκτική στα ζητήματα της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Οι οίκοι ανοχής ήταν ιδρύματα αποδεκτά από όλους και κανένας δεν σκεφτόταν να κρύψει το γεγονός της μόλυνσής του. Αυτοκράτορες και βασιλιάδες, ευγενείς, λαϊκοί και κληρικοί, ακαδημαϊκοί και ποιητές ήταν γνωστό ότι έπασχαν από σύφιλη. 'Σ' έναν αιώνα μεγάλης σεξουαλικής ελευθεριότητας η σύφιλη θεωρούνταν ως ένα αναπόφευκτο μικρό ατύχημα' (Sigerist, H.E., 1943 σ. 76-77).

Οι συνθήκες ωστόσο άλλαξαν ριζικά με την άνοδο της μεσαίας τάξης και τη σταδιακή επικράτηση των αρχών και ιδεών της.. Μία καινούργια στάση αναπτύχθηκε απέναντι στη σύφιλη ξεκινώντας από το 18° αιώνα για να κυριαρχήσει το 19°. Η καταδίκη της σεξουαλικής ελευθεριότητας, η ιερότητα του θεσμού της οικογένειας και η επικράτηση της 'αρετής', ουσιαστικά ή έστω και φαινομενικά, που απαιτούνταν από την αστική τάξη, καθόρισαν την αλλαγή στην αντιμετώπιση της σύφιλης και των άλλων σεξουαλικώς μεταδιδομένων νοσημάτων και οδήγησαν σε ηθική καταδίκη του θύματος της νόσου, λόγω του συνήθους τρόπου μετάδοσής της μέσω εξωσυζυγικών σχέσεων, και σε δυσμένεια του ίδιου και της οικογένειάς του που στιγματίζονταν. Η σύφιλη και η βλεννόρροια δεν ήταν πλέον συνηθισμένες ασθένειες. Ήταν επαίσχυντες και έπρεπε να κρατούνται κρυφές ιδιαίτερα στην 'καλή κοινωνία' (Sigerist, H.E., 1943 σελ. 77).

Συνεπώς είναι προφανές ότι οι δομές, οι συνθήκες, τα ήθη, τα πρότυπα, ο τρόπος ζωής, οι αξίες και οι αντιλήψεις μίας κοινωνίας είναι αυτά τα οποία παίζουν τον καθοριστικό ρόλο στην πρόσληψη μιας νόσου και την φορτίζουν κοινωνικά, ηθικά και πολιτισμικά. Η κοινωνική, ηθική και πολιτισμική αυτή φόρτιση της πρόσληψης μιας νόσου εντείνεται ιδιαίτερα, όπως έχει ήδη παρατηρηθεί σε νόσους του παρελθόντος, λόγω τεσσάρων βασικών παραγόντων:

1. Του τρόπου μετάδοσης της νόσου και της ηθικής απαξίας ή και καταδίκης με την οποία μπορεί αυτός να συνδέεται σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους, όπως έχει συμβεί στο παρελθόν και εξακολουθεί εν μέρει να συμβαίνει με τα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα.
2. Της άγνωστης, για κάποιο σημαντικό χρονικό διάστημα και άρα "μυστηριώδους" προέλευσής της, όπως συνέβαινε για παράδειγμα με τη φυματίωση για ολόκληρους αιώνες, με τον καρκίνο, σε πολλές μορφές του, μέχρι και σήμερα, με την επιληψία κλπ.

3. Της ανίατης φύσης , καθώς και της έλλειψης αποτελεσματικής θεραπείας της για μεγάλα χρονικά διαστήματα και άρα της θανατηφόρας κατάληξής της, όπως συνέβαινε με τη φυματίωση, τη λέπρα και τη σύφιλη ή εξακολουθεί να συμβαίνει με πολλές από τις μορφές του καρκίνου ακόμα και στις μέρες μας.
4. Των αποκρουστικών, εξευτελιστικών και αποκτηνωτικών αποτελεσμάτων της πάνω στο ανθρώπινο σώμα ή /και πνεύμα, με τρανταχτά παραδείγματα τη χολέρα, τη λέπρα, αλλά ακόμα και τη φυματίωση ή τη σύφιλη που σε τελευταία στάδια οδηγούσε στην τρέλα, τις ψυχικές νόσους κλπ (Brandt, 1985, Gerhardt, 1989, Conrad & Kern, 1986, Sontag, 1978 & 1988, Sigerist, H.E., 1943 σελ. 72, Morris, R.J., 1976 σελ.16).

Ένας από τους βασικούς θεωρητικούς προβληματισμούς που έχουν αναπτυχθεί πάνω στον ορισμό και την εννοιολογική κατανόηση της νόσου αφορά στα αίτια και στην πηγή της. Μέσα στα πλαίσια του κοινωνιολογικού μοντέλου, που αναφέρθηκε παραπάνω, έχουν αναπτυχθεί τέσσερα κύρια θεωρητικά παραδείγματα που έχουν αποτελέσει τους ακρογωνιαίους λίθους της ιατρικής κοινωνιολογίας: 1) ο **δομολειτουργισμός** (structural functionalism), 2) η **θεωρία της συμβολικής διαντίδρασης** (symbolic interactionism), 3) η **φαινομενολογική κοινωνιολογία** (phenomenological sociology), και 4) οι **θεωρίες των συγκρούσεων** (conflict-theory approach)[21]. Τα παραδείγματα αυτά τοποθετούν τα αίτια και την πηγή της ασθένειας άλλοτε στο άτομο, άλλοτε στην κοινωνία και άλλοτε στην μεταξύ τους σχέση (Gerhardt,1989). Τα παραπάνω θεωρητικά παραδείγματα συνοπτικά προσεγγίζονται μέσα από δύο κατηγορίες θεωριών : 1) τις θεωρίες που έχουν σαν επίκεντρο το άτομο και 2) τις θεωρίες που έχουν σαν επίκεντρο την κοινωνία.

Οι θεωρίες που τοποθετούν τα αίτια της ασθένειας στο άτομο (δομολειτουργισμός), υποστηρίζουν ότι τα άτομα γεννιούνται κατά 99% υγιή και αρρωσταίνουν αργότερα, λόγω της ατομικής συμπεριφοράς τους, ή λόγω της ανικανότητάς τους στην άσκηση κάποιων ρόλων, ή λόγω κάποιας γενικότερης 'ευπάθειάς' τους σε επικίνδυνες συμπεριφορές, ή ακόμα και στην ασθένεια ή τέλος, λόγω του τρόπου ζωής τους (Conrad & Kern, 1986, σ.358- 368 και 373-376,Gerhardt, 1989, σ.15 και 66). Οι θεωρίες αυτές, ρίχνουν την ευθύνη αποκλειστικά στο άτομο και προτείνουν λύσεις που αφορούν αλλαγές στη στάση, συμπεριφορά και τρόπο ζωής του ατόμου, ή στην ψυχική θεραπεία του.

[21] Για τις μεταφράσεις των κοινωνιολογικών όρων χρησιμοποιήθηκε το βιβλίο του Δ.Γ.Τσαούση, Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας, 1984,Gutenberg.

Τέτοιες ή παρόμοιες θεωρίες έχουν επικρατήσει κατά καιρούς, φορτίζοντας ηθικά τον τρόπο μετάδοσης κάποιων ασθενειών, όπως της σύφιλης κατά το 18^{ο} και 19^{ο} αιώνα, αλλά και του AIDS σήμερα, οι οποίες θεωρούνταν σαν μία τιμωρία του 'σεξουαλικά αμαρτωλού' για την παραβίαση του ηθικού κώδικα (Rosenberg, 1986, Almond, 1990, Brandt, 1985, Sigerist, H.E., 1943 σελ. 77). Προχωρώντας λίγο παραπέρα η ασθένεια μπορεί να θεωρηθεί και σαν θεία τιμωρία ολόκληρων ομάδων, κοινοτήτων ή ακόμη και κοινωνιών για παραβίαση των ηθικών κανόνων, όπως συνέβαινε στην αρχαιότητα με τις επιδημίες, στους νεώτερους χρόνους με τη σύφιλη και στις μέρες μας με το AIDS (Sontag, 1978 και 1988).

Έτσι το AIDS συχνά μεταφράζεται σα θεϊκή τιμωρία για τις απελευθερωμένες σεξουαλικές σχέσεις ή και για τον 'αφύσικο' τρόπο ζωής και τη σεξουαλική συμπεριφορά των ομοφυλόφιλων, θέση που υποστηρίζεται συχνά από την πλευρά της Εκκλησίας και των κληρικών (Sontag, 1988, σελ. 26, Miller, 1987, σ. 125-126). Ακόμη όμως και στην περίπτωση που δεν μεταφράζεται σα θεϊκή τιμωρία, και μόνη η κατηγοριοποίηση των οροθετικών ατόμων σε κάποια από τις 'ομάδες υψηλού κινδύνου' εμπεριέχει την έννοια της ενοχής, όχι μόνο σε ατομικό αλλά και σε συλλογικό επίπεδο (Sontag, 1988, σ. 24-25).

Γίνεται λοιπόν σαφές πως ο τρόπος μετάδοσης μιας νόσου παίζει σημαντικό ρόλο στην ιδεολογική 'κατασκευή' της και στην ηθική φόρτισή της, ιδιαίτερα όταν ο τρόπος αυτός αφορά στην παραβίαση κάποιου ηθικού ή άλλου κοινωνικά αποδεκτού και επιβαλλόμενου κώδικα μέσα από την σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων. Τέτοια περίπτωση αποτελούν τα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα των οποίων η πρόσληψη, ερμηνεία και αντιμετώπιση ήταν ανέκαθεν συνυφασμένη με την έκφραση σημαντικών κοινωνικών αξιών και παραδόσεων σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά. Η στάση των Ευρωπαϊκών κοινωνιών απέναντι στη σύφιλη και τα υπόλοιπα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα, σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, όπως περιγράφηκε παραπάνω, αποτελεί το πρώτο τρανταχτό παράδειγμα. Το δεύτερο είναι η αντιμετώπιση της ίδιας νόσου στην Αμερική κατά τα τέλη του 19ου και τις αρχές του 20ου αιώνα. Ο πουριτανισμός, που επικράτησε στη χώρα αυτή, και οι αρχές της Βικτωριανής ηθικής της αποτέλεσαν τις βάσεις για την κοινωνική καταδίκη της σύφιλης και τους τρόπους αντιμετώπισης της (Brandt, 1985 σελ. 5 και 92-95 και 179-180).(2)

Στην περίπτωση του AIDS, προστίθεται άλλος ένας παράγοντας που εντείνει την ιδεολογική και ηθική φόρτιση της νόσου. Ο παράγοντας αυτός συνίσταται στη

μετάδοση ανάμεσα στους τοξικομανείς με το μοίρασμα μολυσμένων συριγγών. Η χρήση ναρκωτικών -καταδικαστέα από μόνη της μέσα σ' ένα συγκεκριμένο πλαίσιο ηθικής της κοινωνίας[22]- φορτίζεται αρνητικά ακόμη περισσότερο με την ένταξή της στην κατηγορία επικίνδυνων για την μετάδοση του AIDS συμπεριφορών. Κάτι αντίστοιχο φυσικά συμβαίνει και με τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις, την πορνεία αλλά και την 'υπερβολική' ελευθερία στις σεξουαλικές σχέσεις.

Στη συνέχεια οι 'επικίνδυνες' αυτές συμπεριφορές φορτίζουν με τη σειρά τους αρνητικά την ίδια την ασθένεια, η οποία εκλαμβάνεται πλέον ως 'ανήθικη', με άμεσες συνέπειες κοινωνικής καταδίκης και στιγματισμού στα άτομα που έχουν μολυνθεί απ' αυτήν. Ο στιγματισμός των οροθετικών ατόμων δε σταματάει φυσικά στα άτομα που μολύνθηκαν με κάποιον από τους παραπάνω τρόπους. Αντίθετα αγγίζει και τους πολυμεταγγιζόμενους και τους αιμορροφιλικούς, όπως και τα παιδιά που μολύνθηκαν από τις μητέρες τους.

Όμως, σ' αυτό το σημείο δημιουργείται ένας σημαντικός διαχωρισμός ανάμεσα σε 'αθώα' και 'ένοχα' θύματα του AIDS, όπως είχε συμβεί στο παρελθόν και με τη σύφιλη (Brandt, 1985 σελ. 9). Η διαφοροποίηση ανάμεσα τους έγκειται στο ότι τα 'αθώα' θύματα -τα άτομα δηλαδή που θεωρείται ότι μολύνθηκαν χωρίς να 'φταινε'-δε στιγματίζονται για τις πράξεις τους αλλά για το απλό γεγονός της ασθένειας. Έτσι ο στιγματισμός τους περιορίζεται σημαντικά όπως και οι αρνητικές αντιδράσεις εναντίον τους.

Τα παραπάνω δείχνουν από μόνα τους δύο πράγματα : Το πρώτο αφορά στην επέκταση της αρνητικής ιδεολογικής και ηθικής φόρτισης, που αποκτά η νόσος αρχικά από τους τρόπους μετάδοσης, και στους οροθετικούς των οποίων η μόλυνση δεν συνδέεται με κάποιον από αυτούς τους τρόπους. Με άλλα λόγια, αφορά στην αυτοτέλεια που αποκτά από κάποια στιγμή και έπειτα η ηθική αυτή φόρτιση, η οποία γίνεται αναπόσπαστο μέρος της νόσου και κατά συνέπεια όσων την έχουν. Το δεύτερο, αφορά στους παράλογους φόβους στους οποίους οδηγούνται οι άνθρωποι λόγω αυτής της αυτοτελούς και ενσωματωμένης πλέον στην ασθένεια αρνητικής αντίληψης. Έχει παρατηρηθεί πως οι μεταδιδόμενες ασθένειες οι οποίες συνδέονται σε κάποιο βαθμό με 'σεξουαλικό φταίξιμο', δημιουργούν συχνά στον κόσμο το φόβο της εύκολης και άμεσης μετάδοσης με την καθημερινή επαφή σε δημόσιους χώρους (Sontag, 1988 σελ. 27).

[22] Το οποίο θεωρεί παράνομη και μη αποδεκτή την χρήση συγκεκριμένων ουσιών, χαρακτηρίζοντάς την ως παρεκκλίνουσα συμπεριφορά.

Ο φόβος αυτός σε συνδυασμό με την ηθική και κοινωνική καταδίκη μίας νόσου αλλά και την εναπόθεση της ευθύνης για την μετάδοσή της αποκλειστικά στο άτομο ή σε συγκεκριμένες ομάδες καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τη διαδικασία πρόσληψης της συγκεκριμένης νόσου. Αντίστοιχα καθορίζουν την ιδεολογική, πολιτισμική και κοινωνική φόρτιση της πρόσληψης αυτής. Βεβαίως, η ιδεολογική και ηθική φόρτιση είναι αποτέλεσμα πολλές φορές και άλλων παραγόντων.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω τέτοια φόρτιση δημιουργείται επίσης σε περιπτώσεις : α) άγνωστης προέλευσης της νόσου, όπως ήταν για αιώνες η φυματίωση και ο καρκίνος (Sontag, 1978, σ. 10 και 65), β) ανίατης φύσης της νόσου με αδυναμία θεραπευτικής αντιμετώπισης και θανατηφόρα κατάληξή της, όπως ήταν για πολλά χρόνια η φυματίωση και η σύφιλη και είναι μέχρι τις μέρες μας ο καρκίνος σε πολλές μορφές του , και γ) σωματικής παραμόρφωσης ή και πνευματικής και ηθικής εξαθλίωσης του ανθρώπου σαν αποτέλεσμα της νόσου, όπως ήταν η λέπρα, η σύφιλη στα τελευταία της στάδια, ακόμη και ο καρκίνος πολλές φορές (Sontag, 1978, σ. 63, και 1988, σ. 37- 43, Brandt, 1985).

Στην περίπτωση του AIDS, εκτός από την ηθική καταδίκη λόγω του τρόπου μετάδοσής του, ίσχυσαν και οι τρεις παραπάνω συνθήκες. Από τα πρώτα κρούσματα της εμφάνισής του στην Αμερική -το 1980- μέχρι την ανακοίνωση του εντοπισμού του ιού HIV -τον Απρίλιο του 1984 (Shilts, 1987)- η προέλευση του AIDS ήταν άγνωστη. Το μόνο γνωστό ήταν ότι πρωτοπαρουσιάστηκε και εξαπλώθηκε γρήγορα στον ομοφυλοφιλικό ανδρικό πληθυσμό και σε κάποια άτομα από την Αϊτή, γεγονός που βοήθησε ακόμη περισσότερο στην αρνητική φόρτιση της νόσου[23].

Επιπρόσθετα, είναι γνωστή η κατάληξη της ασθένειας χωρίς την αποδεδειγμένη δυνατότητα αποτελεσματικής θεραπείας μέχρι σήμερα, παρόλες τις προόδους και τα σημαντικά επιτεύγματα στον τομέα της έρευνας για τη νόσο. Παράλληλα, το AIDS στα τελικά του στάδια οδηγεί τόσο σε σωματική όσο και σε πνευματική πολλές φορές εξαθλίωση, λόγω των αλλεπάλληλων λοιμώξεων που προσβάλλουν και καταπονούν το σώμα, αλλά και λόγω των διαφόρων μορφών εγκεφαλοπαθειών που συχνά εμφανίζονται και επηρεάζουν τις διανοητικές λειτουργίες. Εντούτοις -παράλληλα με την συνύπαρξη όλων αυτών των παραγόντων- οι τρόποι μετάδοσης της νόσου εμφανίζονται να παίζουν τον σημαντικότερο ρόλο στην ηθικά αρνητική θεωρητική πρόσληψη και ερμηνεία της.

[23] Λόγω της ήδη υπάρχουσας αρνητικής κοινωνικής 'εικόνας' αυτών των μειονοτικών κοινωνικών ομάδων.

Η κοινωνική και πολιτισμική φόρτιση της πρόσληψης μίας νόσου όμως, ανάλογα και με τους παράγοντες που την καθορίζουν, διαμορφώνει και αντίστοιχες συμπεριφορές και αντιδράσεις απέναντι στην συγκεκριμένη νόσο. Οδηγεί, με άλλα λόγια, σε έναν αντίστοιχο τρόπο αντιμετώπισης της νόσου, ο οποίος με την σειρά του επιδρά στην μελλοντική πορεία και εξέλιξή της.

Β) Η επίδραση της κοινωνίας στην εμφάνιση, πορεία και εξέλιξη μιας νόσου αποτελεί την ουσία του δεύτερου επιπέδου στο οποίο μπορεί να εντοπιστεί ο κοινωνικός χαρακτήρας της νόσου. Η επίδραση αυτή βεβαίως απορρέει, σε σημαντικό βαθμό, από τη στάση της κοινωνίας απέναντι στη νόσο και τους τρόπους αντιμετώπισής της, παράγοντες που διαμορφώνονται, όπως ήδη ειπώθηκε, από τη θεωρητική πρόσληψη της νόσου και την κοινωνική, ηθική και πολιτισμική φόρτισή της.

Η επίδραση της κοινωνίας στην εμφάνιση, πορεία και εξέλιξη μιας νόσου, μπορεί να είναι αποτέλεσμα κάποιας επίσημης πολιτικής απέναντι στη νόσο με συγκεκριμένους στόχους. Εντούτοις μπορεί επίσης να απορρέει "ανεπίσημα", αν και άμεσα, από τις υφιστάμενες δομές, τις συνθήκες, τα ήθη, τις αξίες και τις αντιλήψεις ωθώντας ή αποτρέποντας την περαιτέρω εξάπλωση της νόσου και των συνεπειών της.

Η πρώτη περίπτωση αφορά στο επίπεδο της επίδρασης της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη μιας νόσου μετά την πρώτη εμφάνισή της, σαν αποτέλεσμα λήψης -από την κοινωνία- κάποιων συγκεκριμένων μέτρων. Τα μέτρα αυτά έχουν σα στόχο την πρόληψη μετάδοσης και θεραπεία της νόσου, καθώς και την εξάλειψη των όποιων συνεπειών της, τόσο σε επίπεδο ατόμου ή ομάδας, σε περιπτώσεις μόλυνσης απ' αυτήν, όσο και σε επίπεδο ευρύτερης κοινωνίας.

Η δεύτερη περίπτωση αφορά στο επίπεδο της επίδρασης της κοινωνίας στην εμφάνιση, πορεία και εξέλιξη μιας νόσου η οποία απορρέει :

α) από "ανεπίσημες" στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στη νόσο και κυρίως απέναντι στα άτομα ή τις ομάδες που έχουν προσβληθεί ή κινδυνεύουν να προσβληθούν απ' αυτήν, και

β) από κοινωνικούς ρόλους ή καταστάσεις διαμορφωμένους/ες με τέτοιο τρόπο ώστε να επιδρούν, άλλοτε επιβραδύνοντας ή αποτρέποντας και άλλοτε επιταχύνοντας την έκθεση κάποιων ατόμων ή ομάδων στη νόσο.

Και στα δύο παραπάνω επίπεδα, δηλαδή της επίδρασης της κοινωνίας σε μία νόσο σαν αποτέλεσμα κάποιας "επίσημης" πολιτικής ή σαν αποτέλεσμα

"ανεπίσημων" στάσεων ή συγκεκριμένων κοινωνικών καταστάσεων και ρόλων, οι δομές, οι συνθήκες, τα ήθη, οι αξίες και οι αντιλήψεις της συγκεκριμένης κοινωνίας παίζουν σημαντικό ρόλο. Η αλληλεπίδραση των δύο επιπέδων βέβαια είναι το φυσικό επακόλουθο σε όλες τις κοινωνίες σε κάθε χρονική περίοδο και για κάθε νόσο που εμφανίζεται. Είναι αυτή που ιστορικά καθορίζει την πορεία της νόσου και τον τρόπο εξέλιξής της.

Όπως έχει παρατηρηθεί σε ασθένειες του παρελθόντος, η "επίσημη" πολιτική μιας κοινωνίας απέναντι σε μία νόσο επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνική, ηθική και πολιτισμική φόρτιση της πρόσληψης της νόσου αυτής και κατά συνέπεια και από τις κοινωνικές δομές, τις συνθήκες, τα ήθη, τις αξίες και τις αντιλήψεις που καθορίζουν αυτή τη φόρτιση. Το αποτέλεσμα μιας τέτοιας επιρροής της "επίσημης" πολιτικής μιας κοινωνίας μπορεί -σε αντίθεση με τους στόχους της πολιτικής αυτής- να αποβεί αρνητικό και επιζήμιο τόσο για την κοινωνία όσο και για τον περιορισμό εξάπλωσης της νόσου.

Για παράδειγμα η εκστρατεία ενάντια στις ιερόδουλες κατά τη διάρκεια του πρώτου παγκοσμίου πολέμου στην Αμερική, που συμπεριλάμβανε το κλείσιμο των οίκων ανοχής, τη σύλληψη, φυλάκιση και πολλές φορές επιβολή καραντίνας στις ιερόδουλες, ήταν ένα από τα "επίσημα μέτρα πρόληψης" της κοινωνίας ενάντια στην σύφιλη (Brandt,A.M. 1985 σ. 31-36, 84-95). Αυτό το "μέτρο πρόληψης" βέβαια ήταν αποτέλεσμα της κοινωνικής καταδίκης της σύφιλης δεδομένου ότι : α) η πρόσληψη της σύφιλης, σαν ένα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενο Νόσημα, ήταν συνδεδεμένη με τη σεξουαλική διαφθορά, τη βρωμιά και το μίασμα, και β) η εξάπλωσή της ήταν συνυφασμένη με την παραβίαση σημαντικών κοινωνικών αξιών και παραδόσεων σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά που επέβαλε η κυριαρχούσα Βικτωριανή ηθική (Brandt, A.M. 1985 σ. 5, 92-95, 179-180).

Το αποτέλεσμα τέτοιων "μέτρων πρόληψης" είναι ο στιγματισμός και η σαφής καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων συγκεκριμένων ατόμων ή ομάδων, στην περίπτωση αυτή των ιερόδουλων, σαν τίμημα για κάποιες αβέβαιες επιδράσεις ενάντια στην εξάπλωση της νόσου. Αβέβαιες επιδράσεις, δεδομένου ότι τέτοια μέτρα θα μπορούσαν να είναι κοινωνικά επιζήμια οδηγώντας σε άνθηση της ελεύθερης και ανεξέλεγκτης πορνείας και σε συνακόλουθη ταχύτερη εξάπλωση της σύφιλης ή άλλων Σεξουαλικώς Μεταδιδομένων Νοσημάτων.

Αντίστοιχα αρνητικό και επιζήμιο ήταν και το αποτέλεσμα προγενέστερου μέτρου "ελέγχου των αμαρτωλών", αυτή την φορά από την μεριά της Εκκλησίας. Το

μέτρο αυτό, αφορούσε στην απαγόρευση, το έτος 1826 από τον ίδιο τον Πάπα, της χρήσης προφυλακτικού, διότι 'εμπόδιζε την πρόθεση της Θείας Πρόνοιας να τιμωρήσει τους αμαρτωλούς χτυπώντας τους στο μέλος με το οποίο είχαν αμαρτήσει' (Sigerist, H.E., 1943 σελ. 78). Απόρροια της πουριτανιστικής ηθικής της εποχής εκείνης, το "μέτρο" αυτό δυσκόλευε πολύ το έργο της ιατρικής στην καταπολέμηση της νόσου, με συνέπεια την αύξηση των κρουσμάτων Σεξουαλικώς Μεταδιδομένων Νοσημάτων στις χώρες που βρίσκονταν κάτω από την επήρεια αυτής της ηθικής και ακολουθούσαν τις επιταγές της Εκκλησίας.

Στην ίδια κατηγορία -στιγματοφόρων και περιοριστικών- μπορούν να ενταχθούν όμως και τα 'κοινωνικά μέτρα πρόληψης' που είχαν ληφθεί και πάλι από την επίσημη Εκκλησία για τους λεπρούς το 14° αιώνα στην Ευρώπη. Στηριζόμενη στη Βίβλο[24] η Εκκλησία, σε μία προσπάθεια 'ελέγχου' της λέπρας και των λεπρών, είχε προχωρήσει στο χαρακτηρισμό τους ως 'ακάθαρτων' και στη δια βίου απομόνωσή τους. Έτσι, η διάγνωση λέπρας σήμαινε την αποβολή του μολυσμένου ατόμου από την κοινωνία, τη στέρηση των πολιτικών του δικαιωμάτων και την ανακήρυξή του ως νεκρού, όσον αφορά στην κοινωνία. Το άτομο θα ζούσε εφεξής και μέχρι το τέλος της ζωής του σε λεπροκομείο, έξω από τα τείχη της πόλης, μαζί με άλλους λεπρούς και θα στηριζόταν στην φιλανθρωπία για την επιβίωσή του. Σε κάποιες πόλεις μάλιστα δίνονταν σαφείς οδηγίες στα άτομα αυτά, ώστε να μην έρχονται ποτέ σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους με κανέναν τρόπο (Sigerist H.E., 1943, σ. 72-74).

Έλεγχος όμως των μολυσμένων ατόμων από διάφορες νόσους, που έχουν πλήξει την ανθρωπότητα στο πέρασμα του χρόνου, δεν έχει επιχειρηθεί μόνο μέσα από την επιβολή κάποιων 'μέτρων πρόληψης', αλλά και μέσα από την διαδικασία θεραπείας τους, όπου και όταν αυτή ήταν εφικτή. Μέρος και αυτή της 'επίσημης πολιτικής' απέναντι σε μία νόσο, έχει χρησιμοποιηθεί αρκετές φορές στο παρελθόν και εξακολουθεί να χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα για την άσκηση κοινωνικού ελέγχου και κριτικής. Φορείς άσκησης αυτού του ελέγχου εμφανίζονται οι γιατροί, επιβάλλοντας την υπεροχή τους πάνω στον άρρωστο και κάνοντάς τον να αισθανθεί υπεύθυνος και ένοχος για την ασθένειά του (Conrad & Kern, 1986, σ. 379-389, Gerhardt, 1989, σελ. 11 και 115 και 223-225 και 314-315 και 319-320 και 322-323).

[24] Στο Λευιτικόν της Παλαιάς Διαθήκης, κεφ.13.

Ιδιαίτερα όσον αφορά στα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα, οι γιατροί έχουν λειτουργήσει ως ρυθμιστές της σεξουαλικότητας τόσο στο χώρο της επιστήμης όσο και σ' αυτόν της ιατρικής (Brandt, 1985, σελ. 51 και 172-174). Αυτό γίνεται συνήθως είτε μέσω του τρόπου που ο γιατρός αντιμετωπίζει και χειρίζεται τον άρρωστο είτε μέσω των μεθόδων θεραπείας που ακολουθεί. Η άρνηση παροχής βοήθειας σε κάποιον ασθενή λόγω της νόσου από την οποία πάσχει για παράδειγμα, όπως έχει συμβεί πολλές φορές με τη σύφιλη στο παρελθόν αλλά και με την περίπτωση του AIDS στις μέρες μας, αποτελεί μία μορφή άμεσης άσκησης ελέγχου και κριτικής από την πλευρά του γιατρού στον άρρωστο. Ηθελημένα επίπονες θεραπείες, όπως αυτές που εφαρμόζονταν στα τέλη του 15ου αιώνα[25] αλλά και αργότερα -στα τέλη του 19ου αιώνα- για τη σύφιλη, δείχνουν την καθαρκτική θέση του επαγγέλματος, σχετικά με τις "ανήθικες" νόσους και τούτο είναι μία άλλη εξίσου άμεση μορφή κοινωνικού ελέγχου από το γιατρό στον άρρωστο (Brandt, 1985, σελ.12).

Οι λόγοι που προβάλλονται για την άσκηση κοινωνικού ελέγχου από τη μεριά της ιατρικής επιστήμης και την επιβολή της κυριαρχίας της, αφορούν πρώτον στην ιδεολογική φόρτιση της θεραπείας και της φροντίδας υγείας[26], και δεύτερον στη γενικότερη εξουσία που έχει αποκτήσει η ιατρική λόγω των επιτευγμάτων της με το πέρασμα των χρόνων (Conrad & Kern, 1986, σ. 382-385, Gerhardt, 1989, σ. 268-269 και 322-323). Οι λύσεις που προτείνονται για την ιδεολογική αποφόρτιση της θεραπείας και της φροντίδας υγείας, αλλά και την εξασθένηση της καταπιεστικής ιατρικής εξουσίας στον άρρωστο, περιλαμβάνουν πολιτικές εξάλειψης της ιατρικοποίησης, της επαγγελματοποίησης και της εμπορευματοποίησης της φροντίδας υγείας.

Η γενική ιδέα αφορά στην αμφισβήτηση της αντικειμενικότητας της ιατρικής γνώσης και την ουδετεροποίηση της ηθικής διάστασης της 'ετικέτας' της ασθένειας. Αφορά επίσης στην αντικατάσταση της κλινικής ιατρικής από δίκτυα συμπαράστασης, μέσα στα οποία ο γιατρός θα είναι ένας από τους πολλούς και όχι ο κυρίαρχος, που παρέχουν φροντίδα. Κύριος στόχος της λειτουργίας των δικτύων αυτών είναι η ενδυνάμωση των πηγών αντίστασης οι οποίες θα εγκαθιδρύσουν ένα

[25] Που περιλάμβανε επάλειψη με μεγάλες δόσεις αλοιφής με υδράργυρο.

[26] Η ιατρική επιστήμη ασκείται μέσα στα πλαίσια του δεδομένου κάθε φορά κοινωνικού συστήματος και των ηθικών αξιών και αντιλήψεων που επικρατούν. Δεν είναι, λοιπόν, εύκολο να παραμένει ιδεολογικά ουδέτερη και ανεπηρέαστη από τους επικρατούντες κοινωνικούς κανόνες. Αντίθετα, συχνά

αποδεκτό επίπεδο ψυχολογικής ή και βιολογικής λειτουργίας και ικανότητας του ασθενούς για αυτοβοήθεια μέσω της συναισθηματικής και ψυχολογικής υποστήριξης του ατόμου τόσο από το γιατρό, όσο και από άλλα πρόσωπα (Gerhardt, 1989, σ 295-296 και 32 και 324- 329).

Στην πράξη οι προτεινόμενες λύσεις, που αναφέρθηκαν, αφορούν κατ' αρχήν στον ιδιαίτερο τονισμό της πρόληψης σε σχέση με την θεραπεία και κατά δεύτερο λόγο στη δημιουργία ομάδων συμπαράστασης αλλά και αυτοβοηθείας για τα άτομα που τις χρειάζονται -στην περίπτωση του AIDS τους οροθετικούς και τα κοντινά τους πρόσωπα[27] (Gerhardt, 1989, σ. 295- 298, Conrad & Kern, 1986, σ. 395-398). Όλα αυτά βέβαια και πάλι μέσα στα πλαίσια ειδικών προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής, τόσο σε κρατικό επίπεδο με επιδοτήσεις και εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας για την πρόληψη, όσο και σε τοπικό επίπεδο με κοινοτικές πρωτοβουλίες για την δημιουργία των ομάδων αυτοβοηθείας.

Όσον αφορά στις "ανεπίσημες" στάσεις και συμπεριφορές απέναντι σε μία νόσο αποτελούν την άμεση έκφραση της κοινωνικής, ηθικής και πολιτισμικής φόρτισης της πρόσληψης της νόσου και κατά συνέπεια και των κοινωνικών δομών, συνθηκών, ηθών, αξιών και αντιλήψεων, που καθορίζουν αυτή τη φόρτιση, όπως επίσης και ενός γενικευμένου και συχνά παράλογου φόβου μόλυνσης. Ζωντανά παραδείγματα έκφρασης της αρνητικής φόρτισης πρόσληψης μίας νόσου και του γενικευμένου φόβου μόλυνσης μέσα από "ανεπίσημες" στάσεις και συμπεριφορές αποτελούν όχι μόνο χαρακτηρισμοί όπως "το χτικιό" για την φυματίωση και "η κακιά αρρώστια" ή "η επάρατος" για τον καρκίνο αλλά και ο εμφανής στιγματισμός και η τάση απομόνωσης ατόμων που έχουν προσβληθεί από μία τέτοια νόσο.

Οι "ανεπίσημες" αυτές στάσεις και συμπεριφορές καλύπτουν όλο το φάσμα των διαπροσωπικών σχέσεων των ατόμων και συμπεριλαμβάνουν συνήθως άτυπα και ανεπίσημα διαμορφωμένη δράση σε ατομικό ή και συλλογικό επίπεδο, για παράδειγμα κοινότητας, απέναντι στα μολυσμένα άτομα. Παρόλη την πιθανή διαφοροποίηση της 'ανεπίσημης' δράσης από την 'επίσημη πολιτική', οι στάσεις και συμπεριφορές που περικλείει επηρεάζονται από την πολιτική αυτή και την

επηρεάζεται χάνοντας την απαραίτητη αντικειμενικότητά της με αποτέλεσμα να γίνεται φορέας άσκησης κριτικής και κοινωνικού ελέγχου.

[27] Ο όρος κοντινά πρόσωπα αναφέρεται σε πρόσωπα πολύ στενού οικογενειακού, συγγενικού ή φιλικού κύκλου του οροθετικού ατόμου. Τα πρόσωπα αυτά δεν είναι συγκεκριμένα αλλά μπορεί να εναλλάσσονται σε κάθε διαφορετική περίπτωση, γι αυτό είναι αδύνατο να δοθεί συγκεκριμένος ορισμός γι αυτά. Κοινό χαρακτηριστικό τους γνώρισμα, εντούτοις, είναι πως βρίσκονται ψυχικά κοντά στον οροθετικό και του συμπαραστέκονται στα διάφορα στάδια της νόσου.

επηρεάζουν αντίστοιχα. Τέτοιου είδους στάσεις κορυφώνονται δε σε περιπτώσεις όπου ο στιγματισμός και η τάση απομόνωσης κάποιων ατόμων αποτελεί έκφραση και της "επίσημης" πολιτικής απέναντι σε μία νόσο, όπως είναι ο εγκλεισμός σε ειδικούς χώρους ατόμων που έπασχαν από φυματίωση και λέπρα στην χώρα μας, αλλά και στην Ευρώπη γενικότερα, καθώς και ο εγκλεισμός των ιερόδουλων στην Αμερική, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

Σαν αποτέλεσμα αυτών των "ανεπίσημων" στάσεων η κοινωνία, πέρα από τα σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργεί στα μολυσμένα άτομα και στις οικογένειές τους, όταν τα στιγματίζει, τα στρέφει εναντίον της χάνοντας και την συνεργασία τους για τον περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου. Ο παράγοντας αυτός είναι εξαιρετικά σημαντικός σε περιπτώσεις νόσων που η ατομική συμπεριφορά παίζει καθοριστικό ρόλο στη μετάδοσή τους, όπως είναι τα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Συνεπώς η επίδραση της κοινωνίας σε μία νόσο μέσα από τις "ανεπίσημες" στάσεις και συμπεριφορές σ' αυτήν μπορεί να ωθεί έμμεσα στην ταχύτερη εξάπλωση της νόσου δημιουργώντας ταυτόχρονα ψυχολογικά προβλήματα σε συγκεκριμένα άτομα ή και ομάδες. Η επίδραση αυτή μπορεί να είναι περισσότερο επιζήμια όσο πιο έντονη είναι η κοινωνική, ηθική και πολιτισμική φόρτιση της πρόσληψης της νόσου και όσο πιο γενικευμένος ο φόβος μόλυνσης απ' αυτήν.

Ο έντονος και παράλογος φόβος μόλυνσης που είχε δημιουργήσει για παράδειγμα η σύφιλη στην Αμερική, στις αρχές του αιώνα μας, είχε σαν αποτέλεσμα την γέννηση ρατσιστικών συμπεριφορών και στάσεων απέναντι σε άτομα ή ομάδες που θεωρούνταν 'υψηλού κινδύνου', όπως για παράδειγμα οι φτωχοί και οι μετανάστες. Το επακόλουθο ήταν η μετάθεση του προβλήματος και ο χαρακτηρισμός του αφροδίσιου νοσήματος ως η ασθένεια του 'άλλου', παρόλο τον γενικότερο φόβο ή ακόμα και λόγω αυτού. Το αναπόφευκτο αποτέλεσμα, όπως γίνεται κάθε φορά σε αντίστοιχες περιπτώσεις βίωσης τέτοιου φόβου, ήταν ο διαχωρισμός των πολιτών ανάμεσα σε πολίτες πρώτης και δεύτερης κατηγορίας, 'καλούς' και 'κακούς'.

Αυτός ο 'άλλος' ή ο 'κακός' ήταν συνήθως η άλλη φυλή, η άλλη κοινωνική τάξη ή η άλλη εθνική ομάδα (Brandt, 1985, σ. 22-23). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αντιδιαστολή 'αστών' - 'ευγενών' στην Ευρώπη του 18^{ου} και 19^{ου} αιώνα, με την αλλαγή της στάσης απέναντι στη σύφιλη, την ηθική καταδίκη των δεύτερων σαν 'κατώτερων', λόγω της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς και των υψηλών ποσοστών μόλυνσής τους από τη νόσο και την αίσθηση ανωτερότητας και δίκαιης διεκδίκησης της εξουσίας των πρώτων (Sigerist, H. E., 1943, σελ. 77).

Παρόμοια φαινόμενα παρατηρήθηκαν και στις μέρες μας με το AIDS. Έχει και αυτό μετατεθεί σαν η αρρώστια του 'άλλου' ή του 'κακού', ξεκινώντας από την προέλευσή του -Αφρική- και προχωρώντας στην εξάπλωσή του, ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς κλπ (Sontag, 1988, σ. 51-52). Δεν έχουν λείψει και εδώ οι παράλογοι γενικευμένοι φόβοι, όπως επίσης και τα απανωτά περιστατικά κοινωνικής απομόνωσης και ρατσισμού παρά τις διαβεβαιώσεις των επιστημόνων για τους πολύ συγκεκριμένους τρόπους μετάδοσης (Nelkin, Willis, Parris, (eds), 1991, σ. 4-6). Δεν έχουν λείψει ούτε τα ακραία μέτρα πρόληψης και ελέγχου, όπως είναι τα υποχρεωτικά τεστ σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού -στρατιώτες, μετανάστες, ιερόδουλες- ούτε ακόμα και σκέψεις για κλείσιμο συνόρων ή επιβολή καραντίνας στους μολυσμένους (Sontag, 1988, σ.80-81). Οι διαδικασίες αυτές βέβαια υποβοηθούνται σε μεγάλο βαθμό από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, που, αντί να οδηγήσουν στη μείωση του πανικού με σωστή και έγκυρη ενημέρωση, τρομοκρατούν συχνά τον κόσμο υποθάλποντας τα φαινόμενα ρατσισμού και απομόνωσης (Almond, (ed), 1990, σ. 89-97 και 99-102).

Η επίδραση της κοινωνίας σε μία νόσο τέλος απορρέει και από τους κοινωνικούς ρόλους και τις υφιστάμενες καταστάσεις, που ευνοούν ή δυσχεραίνουν την εμφάνιση, την πορεία και την εξέλιξη της νόσου αυτής. Αυτοί οι ρόλοι και οι καταστάσεις καθορίζονται επίσης άμεσα από τις κοινωνικές δομές και συνθήκες καθώς και από τα ήθη, τις αξίες και τις αντιλήψεις της συγκεκριμένης κοινωνίας. Είναι αυτοί που κατευθύνουν σε πολλές περιπτώσεις τις δυνατότητες επιλογής και δράσης των ατόμων, άλλοτε επιβραδύνοντας ή αποτρέποντας και άλλοτε επιταχύνοντας την έκθεση των ατόμων αυτών στη νόσο. Έχοντας λοιπόν, άλλοτε θετικές επιδράσεις για την κοινωνία και την προφύλαξή της, και άλλοτε αρνητικές.

Οι προσεγγίσεις, που τοποθετούν την κοινωνία στο επίκεντρο της παρατήρησης, αντιμετωπίζουν την ασθένεια άλλοτε σαν αποτέλεσμα 'κοινωνικής κατασκευής[28], άλλοτε σαν έναν 'μπελά' που αναταράζει την κοινωνική τάξη και μειώνει δραστικά την ηθική θέση του ατόμου, άλλοτε σαν αποτέλεσμα περιβαλλοντικών παραγόντων και συνθηκών ζωής και άλλοτε σα συλλογικό φαινόμενο, που βρίσκεται στην ουσία του καπιταλιστικού συστήματος και όχι του ατόμου, και δημιουργείται από την καπιταλιστική παραγωγή (Gerhardt, 1989, σ.80-83 και 190 και 215 και 266-267 και 316 και 321-322).

[28] Από την οποία βλέπουν να προκύπτει και η επαγγελματική κυριαρχία του γιατρού.

Δεδομένου του γεγονότος ότι κάποιες από τις παραπάνω θεωρητικές προσεγγίσεις αναφέρονται εν μέρει στην ψυχική νόσο, παραβλέποντας το βιολογικό παράγοντα στην έννοια της ασθένειας, οι ακραίες ερμηνείες, που βλέπουν την κοινωνία να 'κατασκευάζει' από αρχή μέχρι τέλους την ασθένεια, δεν μπορούν να εξηγήσουν το φαινόμενο του AIDS. Σημαντική είναι η προσφορά των θεωριών όμως, που, ενώ εντάσσονται στα πλαίσια των παραπάνω προσεγγίσεων, δέχονται τόσο τη σπουδαιότητα του ρόλου της ατομικής συμπεριφοράς, όσο και την επίδραση των κοινωνικών συνθηκών και παραγόντων στη διαμόρφωσή της. Τέτοιες είναι οι 'θεωρίες της σύγκρουσης' (Conflict-Theory Paradigm).

Συγκεκριμένα μέσα στα πλαίσια των θεωριών της σύγκρουσης η ασθένεια εμφανίζεται να έχει μία διπλή φύση: η μία πηγή προέλευσής της είναι "ψυχοσωματική"[29] και η δεύτερη "κοινωνικοσωματική"[30]. Η "ψυχοσωματική" προέλευση της ασθένειας εντοπίζεται στην ύπαρξη αισθημάτων άγχους, απελπισίας ή αδυναμίας στον άνθρωπο ή ακόμη και στην παρουσία περιβαλλοντικών παραγόντων, που επηρεάζουν τον οργανισμό και την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (ψυχονευροανοσιολογία[31]) και έτσι προκαλούν ή επιταχύνουν την εμφάνιση της νόσου (Gerhardt, 1989, σ. 264- 265). Τέτοιου είδους αναφορές έχουν γίνει από διάφορους θεωρητικούς για την περίπτωση του AIDS, τονίζοντας τη σπουδαιότητα των ψυχολογικών παραγόντων στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, τόσο στο στάδιο προσβολής από τη νόσο, όσο και στο στάδιο εξέλιξής της (Kaplan, Johnson, Bailey, Simon, 1987, σ. 140-157). Οι αναφορές αυτές στηρίζονται σε μία λογική βάση, δεδομένου του ρόλου που διαδραματίζει το ανοσοποιητικό σύστημα και η λειτουργία του ιδιαίτερα στην νόσο αυτή.

Η "κοινωνικοσωματική" προέλευση της νόσου αφορά άμεσα σε περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες καθώς και σε ατομικές συμπεριφορές, οι οποίες όμως με τη σειρά τους επηρεάζονται από τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες και πιέσεις. Έτσι για παράδειγμα έχει αναφερθεί ότι 'οι συνέπειες της φτώχειας και της ανεργίας έχουν πολλές προεκτάσεις, που κυμαίνονται από υψηλότερη επίπτωση μολυσματικών ασθενειών και υποσιτισμού, μέχρι άγχος, ψυχική ασθένεια, κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών και την στρες' (Gutenschwager, G. 1989, σ.193-194). Παράλληλα το άτομο εμφανίζεται σαν κάτοχος πολλαπλών

[29] Psychosomatic είναι ο όρος που χρησιμοποιείται στο πρωτότυπο κείμενο.
[30] Sociosomatic είναι ο όρος που χρησιμοποιείται στο πρωτότυπο κείμενο.
[31] Psychoneuroimmunology είναι ο όρος που χρησιμοποιείται στο πρωτότυπο κείμενο.

ρόλων και θέσεων, καθένας από τους/τις οποίους/ες μπορεί να περιλαμβάνει συγκεκριμένο ρίσκο ή ευαισθησία στην ασθένεια -ή σε ένα φάσμα ασθενειών. Είναι αυτοί οι ρόλοι του λοιπόν, που είναι τις περισσότερες φορές κοινωνικά διαμορφωμένοι, οι οποίοι επιδρούν ή / και επιφέρουν την έκθεση του ατόμου στην ασθένεια.

Ακόμη όμως και στις περιπτώσεις που η έκθεση στην νόσο είναι αποτέλεσμα καθαρά ατομικής συμπεριφοράς που συνεπάγεται υψηλή επικινδυνότητα νόσησης, η συμπεριφορά αυτή μπορεί να έχει θεσμοθετηθεί από την ίδια την κοινωνία (Gutenschwager, G. 1989, σελ.14). Όπως έχει υποστηριχθεί 'η συμπεριφορά που θέτει σε κίνδυνο την υγεία μαθαίνεται, νομιμοποιείται και θεσμοθετείται. Είναι προϊόν κοινωνικοποίησης' (Gutenschwager, G. 1989, σελ. 188). Μπορεί όμως επίσης, να αποτελεί απλά τρόπο αντίδρασης ή / και εκτόνωσης σε καταστάσεις καταπίεσης και έντονου στρες που δημιουργούνται και επιβάλλονται από την ίδια την κοινωνία. Στην περίπτωση αυτή η υποστήριξη του ατόμου από τα κοινωνικά του δίκτυα αλλά και την κοινωνία στο σύνολο της αποτελεί τον μόνο βοηθητικό παράγοντα. Η έλλειψη δε αυτής της υποστήριξης λειτουργεί αρνητικά στο άτομο και συνήθως οδηγεί γρηγορότερα στην έκθεση του στη νόσο και στην εμφάνιση της τελευταίας (Gerhardt, 1989, σελ. 262 και 266-267).

Η 'κοινωνικοσωματική' ερμηνεία της νόσου εμφανίζεται αρκετά συχνά στη βιβλιογραφία γύρω από το AIDS και θεωρείται ότι προσφέρει σημαντική βοήθεια στην κατανόηση της -κατά τα άλλα 'συνειδητής' και 'ανεξήγητης'- έκθεσης κάποιων ατόμων ή ομάδων στον ιό μέσω συμμετοχής τους σε 'επικίνδυνες συμπεριφορές' (Illingworth, 1990, Shilts, 1987). Συνεισφέρει έτσι στην ερμηνεία της εμφάνισης, ανάπτυξης και εξάπλωσης της νόσου, τόσο στον γενικότερο πληθυσμό όσο και σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Η σημασία της βρίσκεται στο ότι δεν αντιμετωπίζει τη νόσο σαν κατασκεύασμα αποκλειστικά του ατόμου ή αποκλειστικά της κοινωνίας, όπως συμβαίνει με τις άλλες προσεγγίσεις. Αντίθετα, λαμβάνοντας υπ' όψιν την αναμφισβήτητη ευθύνη της ατομικής συμπεριφοράς, δεν παραβλέπει τον καίριο ρόλο της κοινωνικής πραγματικότητας στη διαμόρφωση αυτής της συμπεριφοράς.

Σαν ένα πρώτο παράδειγμα της επίδρασης περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση και εξάπλωση μίας νόσου του παρελθόντος μπορεί να αναφερθεί η πανούκλα. Ασθένεια προερχόμενη από έναν βάκιλο που βρίσκεται στα ποντίκια και άλλα τρωκτικά η πανώλη έπληξε με δύο μορφές της την Ευρώπη -τη

βουβωνική και την πνευμονική- σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους. Η πρώτη τον 6ο και η δεύτερη το 14ο αιώνα. Τα κοινά χαρακτηριστικά και στις δύο περιπτώσεις ήταν α) η ταχύτατη εμφάνιση και εξάπλωση της νόσου και η απόδοση αυτής στις υφιστάμενες κοινωνικές συνθήκες, φυσικές καταστροφές, όπως οι πλημμύρες ή η ξηρασία σε συνδυασμό με εκτεταμένους λιμούς και β) τα πολύ υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, που έκαναν την πανούκλα την καταστροφικότερη στην ιστορία της ανθρωπότητας ασθένεια, με τις σοβαρότερες δημογραφικές συνέπειες (Cipolla, C.M., 1992, σελ. 76, Sigerist, H. E., 1943, σ. 112-117).

Η πανούκλα ωστόσο δεν ήταν η μόνη θανατηφόρα νόσος -από όσες έχουν πλήξει την ανθρωπότητα με σοβαρές δημογραφικές και κοινωνικές συνέπειες- της οποίας η εμφάνιση και εξάπλωση να συνδέεται άμεσα με τις κοινωνικές συνθήκες. Τέτοια παραδείγματα αποτελούν επίσης η φυματίωση, η χολέρα αλλά ακόμη και η σύφιλη. Η φτώχεια, οι ακατάλληλες ή ανεπαρκείς συνθήκες στέγασης και υγιεινής και η πείνα ήταν μερικοί μόνο από τους παράγοντες που συνέβαλλαν δραστικά στην εμφάνιση και εξάπλωση της φυματίωσης στην Ευρώπη αλλά και στην χώρα μας. Γι αυτό και η αντιμετώπισή της δεν μπορούσε να είναι αποτελεσματική χωρίς τη λήψη των απαραίτητων κοινωνικών μέτρων που θα οδηγούσαν στην αλλαγή αυτών των συνθηκών (Sigerist, H. E., 1943, σ.79- 81).

Συγκεκριμένα για την Ελλάδα η ταχεία εξάπλωση της φυματίωσης ήταν ιδιαίτερα αισθητή σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες στις αρχές του αιώνα.. Παρόλο που η φυματίωση τότε έπληττε όλα τα κοινωνικά στρώματα, είναι ευρέως αποδεκτό ότι μάστιζε κυρίως τις κοινωνικές ομάδες με χαμηλό κοινωνικό, μορφωτικό και πολιτισμικό επίπεδο. Το φαινόμενο αυτό θεωρείται 'φυσιολογικό', δεδομένου ότι οι κοινωνικές αυτές ομάδες ήταν : α) περισσότερο ευάλωτες στην έκθεση και μόλυνση από τη νόσο, λόγω κακής διατροφής, άσχημων συνθηκών κατοικίας, υψηλού βαθμού κοπώσεως, ελλιπούς ενημέρωσης γύρω από ζητήματα υγιεινής αλλά και ελλιπούς πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες, και β) δυσκολότερο να 'αναλάβουν' σε περίπτωση μόλυνσης δεδομένων όλων των προαναφερθεισών συνθηκών καθώς και της έλλειψης επαρκών χρηματικών πόρων για θεραπεία. Για το λόγο αυτό οι προτάσεις των ειδικών για τη σωστή αντιμετώπιση της φυματίωσης ακόμη και τότε συμπεριλάμβαναν, ανάμεσα σε άλλα, την αλλαγή και καλυτέρευση των συνθηκών ζωής των ομάδων αυτών (Οικονομόπουλος, Ν.Β., 1930 σ. 26-32).

Αντίστοιχες όμως ήταν και οι συνθήκες που οδήγησαν στην εμφάνιση και ταχύτατη εξάπλωση της χολέρας το 19ο αιώνα στη Μεγάλη Βρετανία. Η επιδημία

αυτή -εκτός των δημογραφικών της συνεπειών- δημιούργησε μία ατμόσφαιρα κρίσης και έθεσε σε σοβαρή δοκιμασία τις δυνατότητες, τις αξίες και τη συνοχή της Βρετανικής κοινωνίας της εποχής (Morris, R.J., 1976, σελ. 14, 17). Ήταν η ασθένεια που ώθησε την κυβέρνηση και τις μεσαίες τάξεις να ανακαλύψουν και να αναγνωρίσουν την ύπαρξη της εκτεταμένης φτώχειας στα πλαίσια της κοινωνίας τους (Morris, R.J., 1976, σελ. 197).

Τέλος η ευρεία έκθεση των Αμερικανών στρατιωτών στην ασθένεια της σύφιλης κατά την διάρκεια του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου μπορεί να γίνει αντιληπτή σαν αποτέλεσμα συνύπαρξης πολλών παραγόντων. Τέτοιοι παράγοντες ήταν οι συνθήκες του πολέμου, η ελαστικότητα στους κανόνες σεξουαλικής συμπεριφοράς, σαν απόρροια του ρόλου του στρατευμένου, καθώς και η μεταφορά των στρατιωτών σε άλλες χώρες μακριά από τον έλεγχο της κοινωνίας τους (Brandt, A.M.,1985 σελ.107).

Ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων οδήγησε στην ταχύτερη εξάπλωση της νόσου στους Αμερικανούς στρατιώτες. Η εξάπλωση αυτή ανησύχησε τις στρατιωτικές και ιατρικές αρχές της Αμερικής, οι οποίες στην προσπάθειά τους να την θέσουν υπό έλεγχο ξεκίνησαν εκστρατεία τόνωσης του αισθήματος της εθνικής ευθύνης του ρόλου του στρατιώτη και της ηθικής ευθύνης του ρόλου του άντρα και συζύγου, δημιουργώντας ταυτόχρονα εναλλακτικούς τρόπους διασκέδασης για τους στρατευμένους (Brandt,A.M., 1985 σ. 102, 107-112). Μ' αυτόν τον τρόπο, επιχείρησαν να κατευθύνουν τη συμπεριφορά των στρατευμένων Αμερικανών, αλλάζοντας τις συνθήκες διασκέδασης που ευνοούσαν την έκθεσή τους στην ασθένεια και επιβάλλοντας αυστηρότερες επιταγές στους ρόλους που κατείχαν.

Όσον αφορά στο AIDS τώρα η εμφάνιση, εξάπλωση και συνολικότερη πορεία του έχει συνδεθεί άμεσα με τις κοινωνικές συνθήκες από πολλούς μελετητές μέχρι σήμερα. Η σύνδεση αυτή γίνεται εμφανής ανατρέχοντας σύντομα στην ιστορική πορεία -αν και πολύ μικρή ακόμα- της νόσου. Η είσοδος του AIDS, σα βιολογικού φαινομένου στον Δυτικό κόσμο τοποθετείται στην 4η Ιουλίου 1976, όταν η Αμερική γιόρταζε τα 200 χρόνια της, με το μεγαλύτερο και λαμπρότερο πάρτι στο λιμάνι της Νέας Υόρκης (Shilts, 1987, σελ. 3). Εκείνη την ημέρα χιλιάδες ναύτες απ' όλο τον κόσμο γιόρταζαν στα μπαρ της Νέας Υόρκης και, λίγα χρόνια μετά, τα πρώτα κρούσματα AIDS έκαναν την εμφάνισή τους στους πρώτους Αμερικανούς ομοφυλόφιλους άντρες.

Το φαινόμενο της εμφάνισης, ανάπτυξης και εξάπλωσης της νόσου στον Δυτικό κόσμο συνδέθηκε από τότε και στο εξής πρωτογενώς με τους ομοφυλόφιλους άντρες και τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις και δευτερογενώς με άλλες κοινωνικές ομάδες, που ανάλογα με τη συχνότητα μόλυνσής τους εντάχθηκαν στις λεγόμενες 'ομάδες υψηλού κινδύνου'. Οι ομάδες αυτές, εκτός των ομοφυλόφιλων - αμφιφυλόφιλων αντρών, ήταν οι τοξικομανείς, οι πολυμεταγγιζόμενοι, οι αιμορροφιλικοί,[32] οι ετεροφυλικοί με έντονη σεξουαλική δραστηριότητα και τα παιδιά που γεννιούνται από μητέρες που είναι οροθετικές. Ιδιαίτερα στην Αμερική τα ποσοστά μόλυνσης του AIDS στο συνολικό πληθυσμό, σε συνδυασμό με τις παραπάνω ομάδες, παρουσιάζονται αυξημένα σε άτομα χαμηλής εισοδηματικής τάξης και ιδιαίτερα στους προερχόμενους από την Αϊτή, στους ισπανόφωνους και στους μαύρους (Shilts, 1987, Sontag, 1988, σελ. 74).

Ο παράγοντας του χαμηλού εισοδήματος για τις παραπάνω κατηγορίες παίζει σημαντικό ρόλο στην εξάπλωση του AIDS, όπως και άλλων ασθενειών σε αυτά τα κοινωνικά στρώματα. Ο λόγος εντοπίζεται στο ότι το χαμηλό εισόδημα συχνά συνοδεύεται από / ή συνεπάγεται την έλλειψη ενημέρωσης και τη συνακόλουθη έλλειψη προφύλαξης, όπως επίσης μειωμένους αμυντικούς μηχανισμούς λόγω συνθηκών ζωής, αλλά και ανεπαρκή πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα και περίθαλψη των ατόμων που ανήκουν στα στρώματα αυτά. Κατά συνέπεια η έκθεσή τους στις διάφορες μολυσματικές ασθένειες γενικά και του AIDS ειδικότερα είναι πιο πιθανή και η εκδήλωση της νόσου πιο γρήγορη (Conrad & Kern, 1986, σελ. 25 και 28 και 29).

Εκτός όμως από τον παράγοντα εισόδημα (και το χαμηλότερο πολιτισμικό επίπεδο που συχνά συνεπάγεται) και την επίδρασή του στην εξάπλωση του AIDS σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού της Αμερικής, υπάρχουν και άλλοι κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες, που επηρεάζουν αυτή την εξάπλωση, ακόμη και μέσα στις καθιερωμένες 'ομάδες υψηλού κινδύνου'. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι το

[32] Ένας σημαντικός παράγοντας που οδήγησε στην εξάπλωση της νόσου σε πολυμεταγγιζόμενα άτομα και σε αιμορροφιλικούς ήταν η άγνοια αλλά και η αδιαφορία των αρχών ακόμη και όταν έγινε γνωστό πως το AIDS μεταδίδεται με το αίμα και τα παράγωγά του. Όπως χαρακτηριστικά περιγράφει ο R.Shilts στο βιβλίο του "AND THE BAND PLAYED ON", η κινητοποίηση των αρχών και των Τραπεζών αίματος στην Αμερική για την εφαρμογή περιοριστικών μέσων στις αιμοδοσίες, ήταν υπερβολικά αργή, παρά τις προειδοποιήσεις των γιατρών για τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού μέσω του αίματος και των παραγώγων του (Shilts, 1987).Το αποτέλεσμα, βέβαια, ήταν η αύξηση μολύνσεων των πολυμεταγγιζόμενων και των αιμορροφιλικών, όπως και άλλων ατόμων που υποβάλλονταν σε μεταγγίσεις αίματος. Το ίδιο εξάλλου συνέβη και σε πολλές χώρες της Ευρώπης, με πολύ γνωστό παράδειγμα την Γαλλία

φύλο, που παρουσιάζει σημαντικές διαφορές στα ποσοστά μόλυνσης στο Δυτικό κόσμο. Αυτό οφείλεται είτε στις πρακτικές της ομοφυλοφιλίας και αμφιφυλοφιλίας στους άντρες που οδηγεί σε μεγαλύτερη εξάπλωση στο ανδρικό φύλο ή και σε κάποιους κανόνες ηθικής που επιβάλλουν μεγαλύτερη εγκράτεια στις γυναίκες και λιγότερες σεξουαλικές σχέσεις, άρα και χαμηλότερα ποσοστά μόλυνσης.[33] [34]

Τέλος ο τρόπος ζωής και η ατομική συμπεριφορά θεωρούνται ίσως ως οι σημαντικότεροι παράγοντες στην εξάπλωση της νόσου, κυρίως στις δύο βασικότερες 'ομάδες υψηλού κινδύνου': τους ομοφυλόφιλους- αμφιφυλόφιλους άντρες και τους τοξικομανείς. Οι δύο αυτές ομάδες καταλάμβαναν αρχικά τα υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης από τον ιό του AIDS -τα οποία όμως έχουν μειωθεί σε κάποιες χώρες στις μέρες μας- και αυτό είχε και συχνά εξακολουθεί να έχει ένα διπλό αποτέλεσμα : πρώτον την προσπάθεια αναζήτησης των αιτιών αυτού του φαινομένου και δεύτερον το στιγματισμό αυτών των ομάδων.

Η απλούστερη και πιο εμφανής εξήγηση για τα υψηλά ποσοστά μόλυνσης των ομοφυλόφιλων και των τοξικομανών από το AIDS, θεωρεί ότι τα άτομα που ανήκουν σ' αυτές τις ομάδες συμμετέχουν σε δραστηριότητες που περιλαμβάνουν συμπεριφορές υψηλής επικινδυνότητας μόλυνσης. Τέτοιου είδους συμπεριφορές είναι οι πολλαπλές -έως αμέτρητες- ανώνυμες και χωρίς προφύλαξη σεξουαλικές σχέσεις των ομοφυλόφιλων, όπως και η ανταλλαγή των ίδιων συριγγών μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Οι συμπεριφορές αυτές περιλαμβάνονται συνήθως σε έναν γενικότερο τρόπο ζωής, που θέτει σε κίνδυνο την υγεία και εξασθενεί το ανοσοποιητικό σύστημα των ατόμων, που ανήκουν στις δύο αυτές ομάδες -π.χ. ελλιπής ή άστατη διατροφή και ύπνος αλλά και κατανάλωση αλκοόλ ή και άλλων ουσιών σε μεγάλες ποσότητες (Kaplan, Johnson, Bailey, Simon, 1987).

Η παραπάνω εξήγηση φαίνεται να είναι απόλυτα ακριβής. Όπως χαρακτηριστικά και αναλυτικά περιγράφεται σε διάφορες μελέτες (Illingworth, 1990 , Shilts, 1987) ο τρόπος ζωής των περισσότερων ομοφυλόφιλων ανδρών -για παράδειγμα στην Αμερική- περιλάμβανε πολλές, ανώνυμες και απροφύλαχτες σεξουαλικές σχέσεις, τις οποίες αναζητούσαν σε συγκεκριμένα μέρη, όπως είναι τα

[33] Το αντίθετο συμβαίνει στην Αφρική, όπου, πρώτον, ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης είναι οι ετεροφυλοφιλικές σχέσεις και, δεύτερον, το φαινόμενο της πορνείας ιδιαίτερα σε αστικά κέντρα είναι πολύ έντονο. Το αποτέλεσμα είναι, ότι η εξάπλωση της νόσου κυμαίνεται σε παρόμοια επίπεδα σε άντρες και γυναίκες.

[34] Οι πληροφορίες αυτές προέκυψαν από παρακολούθηση διαλέξεων του μαθήματος "Ρετρο-ιοί και ογκογόνοι ιοί" στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά το εαρινό εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 1992.

μπαρ των ομοφυλόφιλων και τα δημόσια λουτρά (bathhouses). Μέσα από τις συγκεκριμένες συμπεριφορές όμως οι ομοφυλόφιλοι άνδρες συχνά υπέβαλαν τον οργανισμό τους και το ανοσοποιητικό τους σύστημα σε μεγαλύτερη δοκιμασία, λόγω της κατανάλωσης αλκοόλ, της χρήσης διαφόρων ναρκωτικών ουσιών, αλλά και της έκθεσής τους σε διάφορα άλλα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Οι συμπεριφορές αυτές βέβαια φαίνεται να έχουν διαφοροποιηθεί σε κάποιο βαθμό με το πέρασμα του χρόνου και την εξάπλωση της ενημέρωσης γύρω από το AIDS και τους τρόπους μετάδοσής του σ' αυτές τις κοινωνικές ομάδες. Μάλιστα αυτή η αλλαγή στις συμπεριφορές φαίνεται να έχει οδηγήσει και σε μείωση των κρουσμάτων της νόσου στο συγκεκριμένο πληθυσμό[35].

Στην περίπτωση των τοξικομανών τα πράγματα είναι πολλές φορές χειρότερα. Εκτός από τη διαδικασία κοινής χρήσης συριγγών ανάμεσά τους, η οποία σε κάποιες περιπτώσεις συμπεριλαμβάνει ένα τελετουργικό στοιχείο,[36] οι τοξικομανείς συχνά καταφεύγουν στην πορνεία για την γρήγορη απόκτηση χρημάτων, με αποτέλεσμα την διπλή έκθεσή τους στο AIDS αλλά και πολλές ακόμη ασθένειες. Τέλος η συχνά άθλια οικονομική τους κατάσταση δεν τους επιτρέπει καλή διατροφή, σωστές συνθήκες στέγασης ούτε βέβαια κατάλληλη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε περιπτώσεις ασθένειας (Illingworth, 1990, σελ. 80, Gaitley & Seed, 1989, σελ. 30, Δαρδαβέσης, Δελίδου, Κιοσέογλου, Παπαευαγγέλου Κατσουγιαννόπουλος, 1993 σελ. 57). Το αποτέλεσμα ενός τέτοιου τρόπου ζωής είναι ένα εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα, έτοιμο να καταρρεύσει στην πρώτη μόλυνση.

Δεν είναι λοιπόν αξιοπερίεργο το γεγονός των αυξημένων ποσοστών μόλυνσης των ομοφυλόφιλων και τοξικομανών από τον ιό του AIDS. Αντίθετα το γεγονός αυτό εμφανίζεται σαν απόλυτα 'φυσιολογικό' και κατανοητό, δεδομένου του τρόπου ζωής τους, των συνηθειών και των συμπεριφορών τους. Εκείνο που δεν είναι κατανοητό είναι ο λόγος για τον οποίο τα άτομα αυτά έχουν τις συγκεκριμένες συμπεριφορές εκθέτοντας τους εαυτούς τους σε τεράστιο κίνδυνο. Η μεμονωμένη αιτιολόγηση της ανευθυνότητας, που οδηγεί στην αποκλειστική τοποθέτηση της ευθύνης πάνω στο άτομο, νομίζω πως φαίνεται απλοϊκή, όταν πρόκειται για συμπεριφορές που παρατηρούνται σε εκατομμύρια ανθρώπους. Συνεπώς η υπόθεση ότι αυτές οι 'επικίνδυνες συμπεριφορές' αποτελούν καθαρά ατομική επιλογή και

[35] Χωρίς ωστόσο να υπάρχουν ακόμη μελέτες που να οδηγούν σε τεκμηριωμένα συμπεράσματα σχετικά με αυτές τις αλλαγές, τον τρόπο και τον βαθμό που επηρεάζουν μακροπρόθεσμα την εξάπλωση της νόσου.

ευθύνη δεν μπορεί να σταθεί από μόνη της. Αντίθετα καταρρίπτεται από την υπόθεση ότι είναι κοινωνικοί οι παράγοντες, που οδηγούν στις συμπεριφορές αυτές, με άμεση συνέπεια οι αιτίες να αποδίδονται, σ' ένα σημαντικό τουλάχιστον βαθμό, στην κοινωνία.

Πιο συγκεκριμένα η αναζήτηση πολλαπλών, ανώνυμων και απροφύλαχτων σχέσεων από τους ομοφυλόφιλους άντρες, αλλά και η κοινή χρήση συριγγών από τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, δεν είναι αποτέλεσμα αυτόνομων επιλογών από τα άτομα αυτά. Αντίθετα, οι συμπεριφορές αυτές αποτελούν 'προσαρμοσμένες προτιμήσεις' (adaptive preferences) και είναι απόρροια των επιθυμιών που τα άτομα αισθάνονται ότι μπορούν να ικανοποιήσουν αντί των πραγματικών επιθυμιών τους που για κάποιο λόγο δεν μπορούν (Illingworth, 1990 σελ. 64). Με άλλα λόγια, οι επιθυμίες των ατόμων και στη συνέχεια οι επιλογές που κάνουν στις συνακόλουθες συμπεριφορές τους διαμορφώνονται ανάλογα με τις επιλογές πραγματοποιήσιμων συμπεριφορών που τους προσφέρονται από την κοινωνία. Στη συνέχεια και μέσα από το μηχανισμό της 'ψυχολογικής καταπίεσης' τα άτομα μπορεί να φτάσουν στο σημείο να ταυτιστούν μ' αυτές τις 'προσαρμοσμένες επιθυμίες' τους, να τις δικαιολογούν, και να τις υπερασπίζονται έντονα.

Κατά συνέπεια η επιλογή των συγκεκριμένων πρακτικών υψηλού κινδύνου δεν είναι αυτόνομη αλλά 'επιβαλλόμενη', εν όψη των προκαταλήψεων και του άτυπου ρατσισμού της κοινωνίας απέναντι στους ομοφυλόφιλους και τους τοξικομανείς, που περιορίζει τις όποιες άλλες επιλογές τους. Επιπλέον η έλλειψη σωστής και συστηματικής ενημέρωσης των ομάδων αυτών για τους κινδύνους που διατρέχουν - δυσάρεστη πραγματικότητα για πολλές χώρες συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας- αποτελεί άλλον ένα παράγοντα περιορισμού των επιλογών τους, δυσχεραίνοντας την θέση τους απέναντι στη νόσο (Illingworth, 1990 σ. 61-96, Sontag, 1988, σελ.77).

Τοποθετημένο με έναν άλλο τρόπο οι επιλογές 'επικίνδυνων συμπεριφορών' από τους ομοφυλόφιλους και τους τοξικομανείς μπορεί να είναι αποτέλεσμα των ρόλων που τα άτομα αυτά καλούνται να παίξουν μέσα στην κοινωνία, των πιέσεων που δέχονται από το περιβάλλον τους, λόγω των 'ιδιαίτερων' χαρακτηριστικών της ζωής τους και της προσωπικότητας τους, της έλλειψης υποστήριξης από τα κοινωνικά τους δίκτυα ή τέλος του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζουν όλα τα παραπάνω ή και

[36] Σε συγκεκριμένους χώρους που σε κάποιες χώρες αποκαλούνται shooting galleries.

άλλα αρνητικά εξωτερικά ερεθίσματα (Gerhardt, 1989, σελ. 262 και 266-267 και 282-283 και 285-288, Conrad & Kern, 1986, σελ. 31 και 469, Brandt, 1985, σελ. 186).

Έτσι για παράδειγμα η κοινωνική περιθωριοποίηση των ομοφυλόφιλων και η έλλειψη αποδοχής -από μέρους της κοινωνίας- της διαφορετικότητάς τους τους οδηγεί συνήθως στην απόκρυψη αυτής της διαφορετικότητας και στον περιορισμό της εκδήλωσής της. Η ανάγκη έκφρασης όμως αυτής της διαφορετικότητας δεν εξαλείφεται για τα άτομα αυτά. Αντίθετα εξακολουθεί να υπάρχει, με συχνό αποτέλεσμα να εκτονώνεται σε συγκεκριμένους μυστικούς χώρους, με έντονους ή και ακραίους τρόπους. Η εκτόνωση αυτή τότε δεν είναι απλά και μόνο ένας τρόπος έκφρασης, αλλά γίνεται και μέσο αντίδρασης στον περιορισμό και την περιθωριοποίηση, που δέχονται στην καθημερινότητά τους.

Όλα τα παραπάνω οδηγούν στο συμπέρασμα ότι δεν είναι δόκιμο τα άτομα να θεωρούνται αποκλειστικά υπεύθυνα για τη μόλυνσή τους από το AIDS, σε όποια κατηγορία ή 'ομάδα υψηλού κινδύνου' κι αν ανήκουν, σε όποιο βαθμό κι αν ευθύνεται η ατομική συμπεριφορά τους για την έκθεσή τους στον ιό HIV. Η κοινωνία μέσα από τις συνθήκες ζωής, τις σχέσεις και τους ρόλους που δημιουργεί, τις αξίες και τις αντιλήψεις που καλλιεργεί και ενστερνίζεται, ευθύνεται σε ένα μεγάλο βαθμό για την εμφάνιση, την ανάπτυξη και την εξάπλωση της νόσου τόσο στον συνολικό πληθυσμό, όσο και στις συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Κατά συνέπεια οφείλει να αντιμετωπίσει το φαινόμενο μέσα από σωστή πρόληψη, θεραπεία και γενικότερα την άσκηση κοινωνικής πολιτικής.

Γ) Μέχρι τώρα επιχειρήθηκε η εισαγωγή της έννοιας της "κοινωνικής νόσου", αφενός σε επίπεδο θεωρητικής πρόσληψης μίας νόσου από την κοινωνία και αφετέρου σε επίπεδο επίδρασης της κοινωνίας στην εμφάνιση, πορεία και εξέλιξη μίας νόσου. Για να ολοκληρωθεί όμως η κατανόηση αυτής της έννοιας, είναι απαραίτητη η αναφορά στο τρίτο επίπεδο, αυτό της επίδρασης μίας νόσου πάνω στην κοινωνία και τις δομές της.

Η επίδραση μίας ασθένειας σε μία κοινωνία εξαρτάται καταρχήν από την έκταση της μόλυνσης που η ασθένεια αυτή έχει ή μπορεί να προκαλέσει στο κοινωνικό σύνολο. Μία νόσος, λοιπόν, δεν μπορεί να χαρακτηριστεί "κοινωνική" από την άποψη της επίδρασής της σε μία κοινωνία, παρά μόνο αν η εξάπλωσή της απειλεί πραγματικά ή δυνητικά ένα μεγάλο μέρος του κοινωνικού συνόλου. Τέτοιες περιπτώσεις ασθενειών είναι συνήθως οι μεταδοτικές ασθένειες, όπως έχουν

εμφανιστεί και στο παρελθόν -π.χ. πανούκλα, χολέρα, λέπρα, φυματίωση, σύφιλη- παρόλο που υπάρχουν και μη μεταδοτικές ασθένειες -π.χ. καρκίνος-, οι οποίες όμως εμφανίζονται σε τέτοια έκταση, ώστε να έχουν σημαντική επίδραση στην κοινωνία.

Από τις επιδημίες του παρελθόντος αυτή που είχε τις καταστροφικότερες συνέπειες, δημιουργώντας το μεγαλύτερο δημογραφικό σοκ και εμφανίζοντας τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, ήταν η πανούκλα (Cipolla, C.M., 1992, σελ.76). Μόνο με τη δεύτερη εμφάνισή της στην Ευρώπη το 14^{ο} αιώνα οι εκτιμήσεις αναφέρουν 25 με 40 εκατομμύρια θανάτους. Υπολογίζεται ότι εκείνη την περίοδο χάθηκε το ένα τέταρτο με το ένα τρίτο του συνολικού ευρωπαϊκού πληθυσμού (Sigerist, H.E., 1943, σελ. 115). Εντούτοις οι δημογραφικές συνέπειες δεν θα μπορούσαν να είναι οι μόνες αυτής της επιδημίας.

Ένας άλλος χώρος, που η ασθένεια έπληξε με κρίσιμο τρόπο, ήταν η οικονομία των επιμέρους κρατών. Η 'καραντίνα', που επιβαλλόταν στο χωριό ή την πόλη που είχε 'χτυπηθεί' από την επιδημία, οδηγούσε στον αποκλεισμό και την απομόνωση ολόκληρων περιοχών. Αυτό βέβαια είχε σα συνέπεια τη σταδιακή κατάρρευση του εμπορίου αλλά και της βιομηχανικής δραστηριότητας όχι μόνο σε αυτές τις περιοχές αλλά και σε όλη την υπόλοιπη επικράτεια (Cipolla, C.M., 1992, σελ.77). Η παράλληλη σημαντική έλλειψη εργατικού δυναμικού -λόγω θανάτων- οδήγησε σε παρατεταμένες κρίσεις των επιμέρους οικονομιών με μεγάλες περιόδους πολύ υψηλών τιμών στα αγαθά. Οι κρίσεις αυτές με την σειρά τους οδήγησαν σε εσωτερικές αναταραχές και εξεγέρσεις (Sigerist, H.E., 1943, σελ. 116).

Αναταραχές όμως σημειώθηκαν και για άλλους λόγους. Οι συνέπειες της επιδημίας άγγιξαν τόσο τις σφαίρες της οικονομίας και της πολιτικής όσο και της ψυχολογίας του κόσμου και των ανθρώπινων σχέσεων. Εκτός από τις ακραίες ατομικές συμπεριφορές, που κυμαίνονταν από την ασωτία μέχρι την μετάνοια και τον ασκητισμό, εμφανίστηκαν και ακραίες συλλογικές εκδηλώσεις. Μία από αυτές ήταν η βίαιη δίωξη των Εβραίων, ιδιαίτερα στη νότια Γερμανία, τους οποίους έκαιγαν κατά χιλιάδες μέσα στα σπίτια τους. 'Ζητώντας έναν αποδιοπομπαίο τράγο, όπως συμβαίνει σε κάθε περίπτωση μεγάλης συμφοράς, οι άνθρωποι της εποχής εκείνης στράφηκαν εναντίον των Εβραίων. Καθώς ευγενείς αλλά και ολόκληροι δήμοι ήταν χρεωμένοι με μεγάλα ποσά στους Εβραίους, η πανούκλα τους έδωσε την ευκαιρία να ξεφορτωθούν τους πιστωτές τους που τόσο περιφρονούσαν' (Sigerist, H.E., 1943, σελ. 116).

Τέτοιου είδους συνέπειες όμως, αν και όχι στον ίδιο βαθμό ή με την ίδια ένταση, είχαν και άλλες ασθένειες που έπληξαν την ανθρωπότητα. Τόσο σε επίπεδο

δημογραφίας, οικονομίας, πολιτικής όσο και ανθρώπινων σχέσεων, κάθε μία από τις μεγάλες επιδημίες του παρελθόντος επέδρασαν σημαντικά στις ανθρώπινες κοινωνίες, αποκτώντας με αυτόν τον τρόπο ΄κοινωνικό χαρακτήρα΄. Όπως χαρακτηριστικά έχει περιγραφεί από τον Ν.Β. Οικονομόπουλο για τη φυματίωση στη χώρα μας στις αρχές του 20ου αιώνα[37] :

"Είναι νόσος κοινωνική :

1/ Γιατί προκαλεί σε μεγάλη κλίμακα νόσηση του ανθρώπου σε όλες τις ηλικίες.

2/ Γιατί προκαλεί μεγάλη θνησιμότητα.

3/ Γιατί εκδηλώνεται σε όλες τις κοινωνικές τάξεις, επικρατώντας ιδιαίτερα στις οικονομικά ασθενέστερες[38].

4/ Γιατί λόγω της μεγάλης χρονικής διάρκειας της διαδρομής της νόσου, δημιουργούνται συνεχείς και για μεγάλο χρονικό διάστημα δυσμενείς συνθήκες για το άτομο που νοσεί, για την οικογένειά του, και ιδιαίτερα δυσμενής αντίκτυπος για την κοινωνία και το κράτος.

(...) Η μακρά διαδρομή και εξέλιξη της νόσου είναι ο παράγοντας από τον οποίο απορρέει η δυσμενέστατη επίδραση της νόσου από κοινωνικοϋγιεινής και οικονομικής άποψης :

Γιατί σα συνέπεια της μακράς χρονικής διάρκειας της νόσου υπάρχουν σ' αυτήν την διάρκεια άπειρες πηγές μόλυνσης για τον άνθρωπο και την κοινωνία, δηλαδή υπάρχει συνεχής και διαρκής κίνδυνος μετάδοσής της στους υγιείς.

(...) Οι δημιουργημένες δυσμενείς καταστάσεις επιφέρουν τα ακόλουθα :

1/ Αναπηρία του αρρώστου και κατά συνέπεια ανικανότητά του για εργασία, επομένως διακοπή επαγγέλματος και απώλεια για τον άρρωστο του εισοδήματός του.

2/ Οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας του αρρώστου για τη συντήρηση και τη νοσηλεία του.

3/ Απασχόληση και άλλου μέλους της οικογένειας για την περίθαλψη του αρρώστου.

4/ Στέρηση της κοινωνίας ενός μεγάλου αριθμού στοιχείων που συμβάλλουν στην πρόοδό της.

5/ Απώλεια για το κράτος, λόγω της διακοπής επαγγέλματος των αρρώστων, των εσόδων του από τα εισοδήματά τους.

[37] Η μεταφορά στην καθομιλουμένη έχει γίνει από την συγγραφέα.

[38] Το ακριβές κείμενο αναφέρει επί λέξει «εις τας υπό έντονον βιοπάλην διατελούσας.»

6/ Οικονομική επιβάρυνση του κράτους για την οφειλόμενη απ' αυτό και ενδεικνυόμενη μέριμνα για περίθαλψη και νοσηλεία τόσο μεγάλου αριθμού αρρώστων πολιτών.
7/ Περιορισμό του αναγκαίου για το κράτος υλικού για την άμυνά του" (Οικονομόπουλος, Ν.Β., 1930 : 3-4).

Η παραπάνω περιγραφή -παρόλο που γράφτηκε πριν από τόσα χρόνια και για μία νόσο που σήμερα δεν απειλεί με τον ίδιο τρόπο την Ελληνική κοινωνία- είναι πολύ ρεαλιστική και σύγχρονη. Σκιαγραφεί τις πιθανές συνέπειες μίας νόσου σε μία κοινωνία καλύπτοντας τομείς όπως : α) της οικονομίας μίας χώρας, β) της δημογραφικής της κατάστασης, και γ) της διαμόρφωσης των οικογενειακών σχέσεων μέσα στα πλαίσιά της. Βεβαίως η περιγραφή αυτή παραλείπει τις επιδράσεις μίας νόσου σε άλλους εξίσου σημαντικούς τομείς όπως : δ) της διαμόρφωσης των κοινωνικών σχέσεων που αναπτύσσονται μέσα στα πλαίσια της κοινωνίας, ε) της διαμόρφωσης των ερωτικών σχέσεων, στ) των νομοθετικών ρυθμίσεων, και ζ) κάποιων βασικών αξιών όπως αυτή της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η παράλειψη αυτή πιθανώς να οφείλεται εν μέρει στο ότι το κείμενο γράφτηκε σε μία εποχή που τα ζωτικά προβλήματα της Ελληνικής κοινωνίας ήταν κατά βάση οικονομικά, και που θέματα, όπως αυτά της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ή της διαμόρφωσης των ερωτικών σχέσεων, θεωρούνταν είτε δευτερεύοντα ή πολύ ευαίσθητα για να θιγούν. Εντούτοις η παράλειψη αυτή δε συνεπάγεται απουσία αντίστοιχων επιδράσεων της φυματίωσης στους τομείς αυτούς, ακόμη και εκείνη την εποχή. Συνεπάγεται αντίθετα την έλλειψη ευαισθητοποίησης ή -για τα τότε δεδομένα- δυνατότητας επισήμανσης και καταγραφής τους. Μία έλλειψη, βεβαίως, που δεν μπορεί να υπάρχει στις μέρες μας και για τις σύγχρονες νόσους που μαστίζουν την ανθρωπότητα.

Οι επιδράσεις αυτές δεν λείπουν φυσικά ούτε για την περίπτωση του AIDS, ο αντίκτυπος του οποίου έχει ήδη αρχίσει να διαφαίνεται. Αν και η νόσος θεωρείται ακόμη πολύ 'νέα', για να μπορεί να προκύψει μία σωστή και ολοκληρωμένη εκτίμηση των συνεπειών της σε κάθε ένα από τα επίπεδα που πλήττει, οι πρώτες ενδείξεις έχουν ήδη αρχίσει να έρχονται στην επιφάνεια και οι κοινωνικές προεκτάσεις τους έχουν αρχίσει να γίνονται αντιληπτές. Οι 36,1 εκατομμύρια οροθετικοί σ' όλο τον κόσμο και οι -σχεδόν- 22 εκατομμύρια νεκροί εκ των οποίων 4,3 εκατομμύρια παιδιά από την αρχή εκδήλωσης της νόσου -σύμφωνα με τα στοιχεία της Unicef μέχρι τον

Δεκέμβριο του 2000-[39] δεν αφήνουν περιθώρια αμφιβολίας για την ύπαρξη αυτών των συνεπειών.

Σε χώρες και περιοχές, που έχουν πληγεί σε ιδιαίτερα σημαντικό βαθμό από τη νόσο, οι διεθνείς χαρακτηρισμοί αναφέρονται σε 'μάστιγα', παραπέμποντας σε νόσους του παρελθόντος, με καταστροφικές συνέπειες, όπως ήταν η πανούκλα.[40] Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα ο παραλληλισμός ανάμεσα στις δύο νόσους γίνεται άμεσα τόσο για τα θύματα όσο και για τις ευρύτερες συνέπειές τους (Jay, P. 2000, σελ.34). Η Αφρική είναι μία απ' αυτές τις περιοχές. Στη Νότια Αφρική αναφέρονται 4,2 εκατομμύρια μολυσμένα άτομα που αντιστοιχούν στο 10% του πληθυσμού της. Οι έρευνες και οι προβλέψεις αναφέρουν ότι μέχρι το έτος 2005 το ένα τρίτο του ημιειδικευμένου και ανειδίκευτου εργατικού δυναμικού της χώρας θα είναι οροθετικοί (Hawthorne, P., 2000, σελ.28).

Το πρόβλημα ωστόσο αφορά και στο ειδικευμένο προσωπικό καθώς και σε άλλες περιοχές της Αφρικανικής Ηπείρου. Στην Κένυα -σύμφωνα με τις αναφορές- δύο αστυνομικοί πεθαίνουν κάθε βδομάδα από AIDS, ενώ στην Τανζανία κάποια υπουργεία χάνουν έως και 20 υπαλλήλους το μήνα. Στην Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία η νόσος είναι η κύρια αιτία θανάτου των δασκάλων της χώρας, έχοντας οδηγήσει στο κλείσιμο περισσότερων από 100 δημοτικών σχολείων μεταξύ των ετών 1996 και 1998 (Robinson, S., 2000, σ.30-31).

Εκτός όμως από το άμεσο ανθρώπινο κόστος αναμένεται ότι θα υπάρξει και απότομη πτώση της παραγωγικότητας κατά 50%[41] (Hawthorne, P., 2000, σελ.28). Η παγκόσμια Τράπεζα εκτιμά ότι η νόσος μπορεί να συρρικνώσει κάποιες Αφρικανικές οικονομίες μέχρι και 25% μέσα στα επόμενα 15 χρόνια (Robinson, S., 2000, σελ.30). Αν και οι ευρύτερες κοινωνικές συνέπειες κάποιων τέτοιων εξελίξεων δεν έχουν φανεί ακόμα, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι θα είναι και υπαρκτές και έντονες. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται 'το AIDS θα καθορίσει τη μελλοντική δομή και το σχήμα της κοινωνίας καθώς και το επαγγελματικό περιβάλλον στην Αφρική' (Hawthorne, P., 2000, σ.28-29).

Η Αφρική όμως δεν είναι η μόνη περιοχή του πλανήτη που πλήττεται από τη νόσο, αν και είναι αυτή που δέχεται άμεσα τις σοβαρότερες ίσως συνέπειες της

---

[39] Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Παρασκευή 1 Δεκεμβρίου 2000, σελ. 50, 'Γιούνισεφ: 36 εκατ. Φορείς του AIDS σε όλο τον κόσμο.

[40] Ο όρος που έχει χρησιμοποιηθεί συχνά είναι plague -στην αγγλική γλώσσα- και σημαίνει πανούκλα κυριολεκτικά και μάστιγα μεταφορικά!

[41] Προβλέψεις που αφορούν στη Νότια Αφρική.

νόσου. Το AIDS είναι μία παγκόσμια ασθένεια που έχει εξαπλωθεί σ' όλο τον πλανήτη και επηρεάζει όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής και δραστηριότητας σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της στις ανθρώπινες κοινωνίες -στο σύνολό τους αλλά και σε κάθε μία ξεχωριστά- θα φανούν μετά το πέρασμα πολλών ετών. Εντούτοις οι άμεσες συνέπειές της έχουν ήδη αρχίσει να διαφαίνονται ακόμα και στις περιοχές που τα ποσοστά μόλυνσης από αυτήν δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλα.

Τέτοιες συνέπειες συνιστούν η αλλοίωση των ανθρώπινων σχέσεων σε όλα τα επίπεδα, ο φόβος μόλυνσης από τη νόσο που συχνά οδηγεί στο στιγματισμό, στην περιθωριοποίηση ή και απομόνωση των οροθετικών ακόμα και από τα οικεία τους πρόσωπα, η καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων αυτών, η εκδήλωση αντίδρασης απέναντι στην καταπάτηση αυτή και η συνακόλουθη δημιουργία της ανάγκης θέσπισης νέων νόμων για την προστασία τους κλπ.

Οι οικονομικές συνέπειες του AIDS είναι παγκοσμίως αισθητές και δεν αφορούν μόνο στους δείκτες της παραγωγικότητας. Όπως έχει συμβεί και στο παρελθόν με άλλες επιδημίες -π.χ. σύφιλη-, το οικονομικό κόστος που βαραίνει την πολιτεία είναι τεράστιο, τόσο λόγω των ιατρικών υπηρεσιών, των φαρμάκων και της περίθαλψης των αρρώστων, όσο και λόγω ερευνών αλλά και εφαρμογής ευρέων προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προφύλαξης, όπου αυτά υπάρχουν (Nelkin, Willis, Parris (eds), 1991, σελ. 1, Brandt, 1985, σ. 131 - 133).

Η απώλεια όμως μεγάλου αριθμού νεαρών ατόμων έχει άλλη μία έμμεση αλλά σοβαρή συνέπεια. Η συνέπεια αυτή αφορά στην απώλεια σημαντικού μέρους του αναπαραγωγικού πληθυσμού από τον ιό του AIDS. Το πρόβλημα δεν αφορά μόνο στην Αφρική και στην Αμερική αλλά και στην Ευρώπη, δεδομένης της ήδη παρατηρημένης γήρανσης του πληθυσμού της από την μία μεριά και της συνεχούς αύξησης των κρουσμάτων της από την άλλη. Κατά συνέπεια το πρόβλημα αφορά μακροχρόνια και στην Ελλάδα αν και για την ώρα δεν θεωρείται άμεσα απειλητικό.

Οι πιο σοβαρές όμως ίσως συνέπειες του AIDS σε μια κοινωνία αφορούν στην άμεση αλλά και έμμεση επίδραση της νόσου στη διαμόρφωση των ετεροφυλοφιλικών και / ή ομοφυλοφιλικών ερωτικών σχέσεων, των οικογενειακών σχέσεων και των κοινωνικών σχέσεων και διαδικασιών που αναπτύσσονται και λαμβάνουν χώρα μέσα στα πλαίσιά της. Αφορούν, με άλλα λόγια, στην επίδραση : στον τρόπο με τον οποίο οργανώνουμε την ατομική και συλλογική ζωή μας, στους θεσμούς, στα πρότυπα, στις αξίες, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις πολιτιστικές

εκφράσεις. Το AIDS αναμένεται να οδηγήσει σε προσαρμοστικές αλλαγές μέσα στην κοινωνία με προσωρινό ή μόνιμο χαρακτήρα. Έχει ήδη αποτελέσει πηγή εντάσεων και λόγω διαμάχης πάνω σε θεσμοθετικά και επαγγελματικά ζητήματα, ενώ έχει πολλές φορές οδηγήσει στην αμφισβήτηση των δεδομένων προτεραιοτήτων σε ζητήματα ηθικών αξιών. Έτσι, έχει οδηγήσει -για παράδειγμα- σε αμφισβήτηση της ανάγκης σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων προς όφελος της δημόσιας υγείας (Nelkin, Willis, Parris, (eds), 1991, σ. 1 - 2 και 5 και 7).

Το AIDS έχει επιτείνει τις εντάσεις γύρω και μέσα στην οικογένεια επηρεάζοντας νομικά καθορισμένα θέματα, διαδικασίες λήψης ιατρικών αποφάσεων και ζητήματα κηδεμονίας παιδιών και δικαιωμάτων στέγης. Οι ήδη υπάρχουσες οικογένειες αναγκάζονται να προσαρμοστούν στις κρίσεις που δημιουργούνται από το AIDS, ενώ οι αλλαγές στους νόμους και στα έθιμα καθορίζουν πλέον τον τρόπο σχηματισμού νέων. Η νόσος απειλεί τις σχέσεις οικειότητας και αποδοχής που χαρακτηρίζουν τους οικογενειακούς δεσμούς, ενώ ταυτόχρονα ενισχύει την ανάγκη ύπαρξής τους (Nelkin, Willis, Parris, (eds), 1991 σελ. 9, Bor, Miller, Goldman, Kernoff, 1989, Levine, 1990).

Οι επιπτώσεις του AIDS όμως προχωρούν και στο νόμο και τις νομικές διατάξεις. Περιλαμβάνουν τη δημιουργία και αντιμετώπιση καθαρά συνταγματικών ζητημάτων, όπως αυτά του ρατσισμού[42] και των διακρίσεων απέναντι σε οροθετικά άτομα, της εμπιστευτικότητας και του ιατρικού απόρρητου, και ακόμα του ελέγχου για αντισώματα HIV σε όλες του τις μορφές, υποχρεωτικό, εθελοντικό, έλεγχο χωρίς συγκατάθεση και ανώνυμο. Περιλαμβάνουν επίσης τη ρύθμιση περιπτώσεων που εντάσσονται στον ποινικό νόμο, όπως είναι το ζήτημα των φυλακισμένων, των εκδιδόμενων ατόμων και των τοξικομανών, αλλά και άλλων μεμονωμένων περιστατικών, όπως είναι η άρνηση ασφάλισης, η απόλυση από εργασία, ο αποκλεισμός από σχολεία παιδιών σχολικής ηλικίας κ.λ.π. (Nelkin, Willis, Parris, (eds), 1991, σελ. 9, Almond, (ed), 1990, σ. 112 - 134).

Το AIDS ωστόσο δημιουργεί και ηθικά διλήμματα. Ένα απ' αυτά αφορά στους γιατρούς και εστιάζεται στην απόφαση την οποία καλείται να πάρει συχνά ο επαγγελματίας, ανάμεσα στην απόλυτη τήρηση του ιατρικού απόρρητου και την εκπλήρωση άλλων ηθικών επιταγών, όπως την αποφυγή και άλλων μολύνσεων (

[42] Ο όρος ρατσισμός, χρησιμοποιείται μέσα στο κείμενο καταχρηστικά με την γενικευμένη σημασία του όρου, υποδηλώνοντας μία στάση διακρίσεων απέναντι σε μία συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα

Almond, (ed), 1990, σ. 56 - 67). Αυτή η απόφαση να δοθεί προτεραιότητα σε ένα από τα δύο εντάσσεται μέσα στα πλαίσια ενός ευρύτερου ηθικού διλήμματος που το AIDS έχει δημιουργήσει στην κοινωνία: της επιλογής ανάμεσα στα ατομικά ανθρώπινα δικαιώματα και στο "κοινό καλό" (Almond, (ed), 1990, σ. 68 - 80 και 161 - 168, Nelkin, Willis, Parris, (eds), 1991, σ. 9-10).

Εάν η παραπάνω επιλογή γίνει προς όφελος του "κοινού καλού", σε συνδυασμό με ένα γενικευμένο αίσθημα φόβου για την νόσο, μπορεί να οδηγήσει, όπως έχει συμβεί πολλές φορές στο παρελθόν, σε φαινόμενα ρατσισμού και κοινωνικής απομόνωσης τόσο των οροθετικών ατόμων όσο και όποιων άλλων ατόμων ή ομάδων θεωρούνται 'επικίνδυνες'. Τα φαινόμενα ξενοφοβίας και υστερίας για την ομοφυλοφιλία αποτελούν τρανταχτά παραδείγματα (Almond, (ed), 1990, σ. 99 - 108, Sontag, 1988, σ. 60 - 65). Συνέπεια βέβαια αυτών των καταστάσεων, είναι ο χωρισμός της κοινωνίας σε ομάδες "καλών" και "κακών"[43] και η διατάραξη των ανθρωπίνων σχέσεων.

Μέσα στα πλαίσια του ίδιου διλήμματος όμως κινούνται και η πολιτική και η θρησκεία, που με τη σειρά τους δέχονται μία έντονη πρόκληση από το AIDS, να υπερασπιστούν τα άτομα και τις ομάδες, που θίγονται περισσότερο από τη νόσο, δίνοντας προτεραιότητα στα ατομικά δικαιώματα, ή να τις καταδικάσουν προς όφελος του "κοινού καλού", υποθάλποντας το ρατσισμό, τον πανικό και τη διατάραξη των ανθρωπίνων σχέσεων; Η πολιτική έχει πολλές φορές βρεθεί μπροστά σ΄ αυτό το δίλημμα, ιδιαίτερα στην Αμερική όπου το κίνημα των ομοφυλόφιλων έχει αποκτήσει σημαντική ισχύ (Shilts, 1987). Οι αποφάσεις που παίρνονται κάθε φορά φαίνεται να αποτελούν προσπάθεια εξισορρόπησης των δύο καταστάσεων ανάλογα με την περίπτωση και τις ανάγκες της.

Όμως και η Εκκλησία σαν εκπρόσωπος της θρησκείας, έχει αντιμετωπίσει το ίδιο δίλημμα πολλές φορές χωρίς όμως να φαίνεται πως παίρνει κάποια συγκεκριμένη θέση. Αντίθετα εμφανίζεται διχασμένη παρουσιάζοντας από τη μία μεριά ένα πρόσωπο συμπόνιας και συμπαράστασης στα θύματα της νόσου, ενώ από την άλλη κατηγορεί και περιθωριοποιεί κάθε είδους σεξουαλική σχέση εκτός γάμου, συμπεριλαμβανομένης φυσικά και της ομοφυλοφιλικής[44]. Το αποτέλεσμα του

βάση κάποιου ιδιαίτερου χαρακτηριστικού της. Το ιδιαίτερο αυτό χαρακτηριστικό σε αυτή την περίπτωση δεν είναι η φυλή αλλά η μόλυνση από τον ιό HIV.

[43] Όπως αναφέρεται και παραπάνω και έχει γίνει και στο παρελθόν με άλλες ασθένειες.

[44] Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS - Διμηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο, Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 1992, σελ. 34 - 35. Βλέπε και κεφ. Έβδομο.

διαχωρισμού της κοινωνίας και των πολιτών της παραμένει και εντείνεται βέβαια μ' αυτόν τον τρόπο και η διατάραξη των κοινωνικών σχέσεων και της κοινωνικής συνοχής σα συνέπεια της νόσου επιβεβαιώνεται.

Επιπτώσεις αυτού του είδους, αλλά και όσων μέχρι τώρα αναφέρθηκαν σ' όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ζωής και δραστηριότητας, έχουν παρουσιαστεί σε όλες σχεδόν τις ανθρώπινες κοινωνίες από την αρχή εμφάνισης της νόσου μέχρι σήμερα. Στις δυτικές κοινωνίες[45] έχουν εκδηλωθεί μάλιστα πολλές φορές ιδιαίτερα έντονα, αφήνοντας ελάχιστα περιθώρια αμφισβήτησης των κοινωνικών επιπτώσεων του AIDS και του 'κοινωνικού του χαρακτήρα' και κατά συνέπεια αφήνοντας έτσι ελάχιστα περιθώρια αμφισβήτησης της υπαρκτής ανάγκης λήψης δράσης για την αντιμετώπιση αυτού του 'κοινωνικού φαινομένου'.

[45] Συμπεριλαμβανομένης και της Ελληνικής κοινωνίας, η περίπτωση της οποίας αναλύεται διεξοδικά στο έβδομο κεφάλαιο, σχετικά με τις επιδράσεις της νόσου στα πλαίσιά της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟ AIDS.

Το στίγμα είναι μία έννοια που έχει συνδεθεί ιστορικά με πολλές νόσους του παρελθόντος. Είναι μία έννοια που έχει συνδεθεί άμεσα και στις μέρες μας με το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, κοινώς AIDS. Η διαδικασία του στιγματισμού, που απορρέει απ' αυτή την έννοια, έχει μπει σε λειτουργία αμέτρητες φορές στην ιστορία της ανθρωπότητας, με τραγικές -πολλές φορές- συνέπειες για άτομα, κοινωνικές ομάδες ή ακόμα και ολόκληρες κατηγορίες πληθυσμών, όπως για παράδειγμα για ολόκληρες φυλές.

Το στίγμα συνδέεται άρρηκτα με την έννοια της 'κοινωνικής νόσου'. Είναι ένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που καθορίζουν και σηματοδοτούν την κοινωνική αξιολόγηση μίας νόσου και τον χαρακτηρισμό της ως κοινωνικής. Σαν τέτοιο σχετίζεται και με τα τρία επίπεδα κατανόησης και περιγραφής της κοινωνικής φύσης μία νόσου: α) της θεωρητικής πρόσληψής της, β) της επίδρασης της κοινωνίας σ' αυτήν, γ) της επίδρασης της ίδιας στην κοινωνία. Ο συσχετισμός αυτός γίνεται μέσω της διαδικασίας του στιγματισμού, η οποία έχει σα φυσικό αποτέλεσμα συγκεκριμένες αντιδράσεις που επηρεάζονται και επηρεάζουν και τα τρία αυτά επίπεδα.

Συγκεκριμένα ο στιγματισμός είναι ένδειξη και απόδειξη της έντονης αρνητικής αντίδρασης ατόμων, ομάδων, κοινωνιών σε μία κατάσταση ή φαινόμενο, όπως είναι για παράδειγμα μία επιδημία. Η αντίδραση αυτή όμως είναι ταυτόχρονα ένδειξη και απόδειξη της αρνητικής πρόσληψης της κατάστασης αυτής ή του φαινομένου και της αντίστοιχης αρνητικής ιδεολογικής, ηθικής ή / και πολιτισμικής φόρτισης της πρόσληψης αυτής. Μία έντονη αρνητική αντίδραση εντούτοις απέναντι σε μία νόσο -είτε εκφράζεται μέσα από επίσημα μέτρα ή μέσα από 'ανεπίσημες συμπεριφορές'- έχει συνήθως και αρνητική επίδραση στην πορεία και εξέλιξη της νόσου αυτής, όπως αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο. Ταυτόχρονα μία έντονη αρνητική αντίδραση απέναντι σε μία ασθένεια -εκφρασμένη μέσα από ακραίες στάσεις και συμπεριφορές- αποκαλύπτει την έντονη αρνητική επίδραση της ίδιας της ασθένειας στις κοινωνικές δομές, σχέσεις και τελικά στην κοινωνική συνοχή.

Γίνεται έτσι σαφές ότι το στίγμα και η διαδικασία του στιγματισμού αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της έννοιας της κοινωνικής νόσου. Έτσι, η

διερεύνηση της ύπαρξης του στίγματος σε μία νόσο θεωρείται απαραίτητη προκειμένου να εντοπιστεί και να τεκμηριωθεί ο κοινωνικός χαρακτήρας της. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε και αναλύεται το στίγμα σ' αυτό το κεφάλαιο σαν έννοια, στο επίπεδο της διαδικασίας διαμόρφωσης και έκφρασης του στιγματισμού, που απορρέει απ' αυτήν, αλλά και στο επίπεδο της βίωσής του, όσον αφορά στις συνέπειες και στα αποτελέσματα που έχει στα άτομα, τις ομάδες ή και σε ολόκληρη την κοινωνία.

Ιδιαίτερα για την περίπτωση του AIDS, μπορεί ξεκάθαρα να ειπωθεί ότι είναι 'ένα παράδειγμα της νόσου σα στίγμα' (Giddens, A., 1997, σελ.127). Όπως έχει συμβεί και με την λέπρα και άλλες νόσους του παρελθόντος, το AIDS συχνά προκαλεί στιγματισμό, αποτελώντας έτσι ένα από τα σοβαρότερα κοινωνικά προβλήματα που ακόμη και σήμερα αντιμετωπίζουν τα οροθετικά άτομα στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως. Αποτελεί επίσης τον κυριότερο λόγο για τον οποίο τα άτομα αυτά βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό σε πολλά επίπεδα της καθημερινής τους ζωής.

Κάνοντας μία μικρή αναδρομή στο παρελθόν παρατηρούμε ότι τα φαινόμενα στιγματισμού και κοινωνικού αποκλεισμού των οροθετικών ατόμων και πολλές φορές και των οικογενειών τους εκδηλώθηκαν σχεδόν ταυτόχρονα με την εμφάνιση της ασθένειας και την αρχική σύνδεση της μετάδοσής της με τους ομοφυλόφιλους άνδρες. Δεδομένου ότι τα αίτια που προκαλούσαν τη νόσο ήταν ακόμη άγνωστα , το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας ονομάστηκε "η αρρώστια των ομοφυλόφιλων'. Λίγα χρόνια αργότερα, με τον εντοπισμό του ιού HIV και την ανακάλυψη των διαφόρων τρόπων μετάδοσης της νόσου, η επονομαζόμενη "αρρώστια των ομοφυλόφιλων" "απλώθηκε" για να συμπεριλάβει και κάποιες άλλες κατηγορίες πληθυσμού, τις λεγόμενες "ομάδες υψηλού κινδύνου". Συνακόλουθα "απλώθηκε" και σ' αυτές τις κατηγορίες πληθυσμού το στίγμα, που από τότε ακόμα ακολουθούσε τη νόσο.

Σήμερα, 20 χρόνια μετά την πρώτη εμφάνιση της νόσου, είναι πλέον ευρέως γνωστό ότι το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας αφορά όλους τους ανθρώπους, καθώς και ότι μεταδίδεται με συγκεκριμένους τρόπους και όχι με την καθημερινή κοινωνική επαφή. Εντούτοις το στίγμα ακολουθεί ακόμη όσους έχουν μολυνθεί από την ασθένεια και πολλές φορές και άτομα του στενού τους περιβάλλοντος, όπως οικογένεια, στενούς φίλους και ερωτικούς συντρόφους. Ο στιγματισμός των ατόμων αυτών και ο αποκλεισμός, που πολλές φορές συνεπάγεται,

επηρεάζει έντονα τη ζωή και τη ψυχολογική κατάστασή τους και σε κάποιες περιπτώσεις ασθένειας ακόμη και την κατάσταση της υγείας τους. Έτσι -για παράδειγμα- εμφανίζεται ακόμη το φαινόμενο της άρνησης της παροχής αναγκαίας ιατρικής φροντίδας στα οροθετικά άτομα[46]. Είναι ιδιαίτερα συχνό σε περιπτώσεις που χρειάζεται να γίνει κάποια χειρουργική επέμβαση και σπανιότερο, αλλά υπαρκτό, σε περιπτώσεις νοσηλείας των ατόμων.

Ο στιγματισμός όμως δεν είναι μία κατάσταση που αφορά μόνον στο AIDS. Είναι αντίθετα μία διαδικασία που ενυπάρχει σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες από την αρχαιότητα έως σήμερα. Η ανάγκη κατανόησης αυτής της διαδικασίας οδηγεί αναπόφευκτα σε μία σύντομη θεωρητική αναφορά στο στίγμα, στους λόγους ύπαρξής του, στον τρόπο διαμόρφωσής και έκφρασής του, στις συνέπειές του και στην δυνατότητα, εάν και όπου υπάρχει, μείωσης ή και εξάλειψής του.

Η ίδια η ετυμολογία της λέξης "στίγμα" μας φέρνει χιλιάδες χρόνια πίσω στην Αρχαία Ελλάδα, όπου "το στίγμα αναφερόταν σε σωματικά σημάδια τα οποία τραβούσαν την προσοχή σε κάποιο ηθικό ελάττωμα που αποδιδόταν στο άτομο που τα είχε. Τέτοια σημάδια -συχνά κοψίματα ή καψίματα στο σώμα- δημιουργούνταν πολλές φορές ηθελημένα πάνω σε κάποιο άτομο με σκοπό οι άλλοι άνθρωποι να αποφεύγουν το άτομο αυτό, για παράδειγμα τον δούλο, τον προδότη, τον εγκληματία" (Ainlay et al, 1986 σελ. 3).

Παρόλο όμως που η έννοια του στίγματος είναι παγκόσμια και διαχρονική, οι αντιλήψεις του τι αποτελεί στίγμα διαφέρουν από κοινωνία σε κοινωνία καθώς και από εποχή σε εποχή. Αυτό οφείλεται στους διαφορετικούς πολιτιστικούς κανόνες, αξίες και δομές που υπάρχουν σε κάθε κοινωνία και σε κάθε εποχή. Πολλά είδη στίγματος αναφέρονται από διάφορους μελετητές, όπως: το ***Σωματικό στίγμα,*** *(physical stigma)* που περιλαμβάνει σωματικές ασθένειες, αναπηρία, γήρας, το ***Ψυχικό στίγμα*** *(mental stigma),* που περιλαμβάνει ψυχική αναπηρία, ψυχική ασθένεια και εθισμό, το ***Φυλετικό στίγμα,*** το ***Στίγμα φτώχειας*** *(stigmas of poverty),* που περιλαμβάνει ανεργία, χαμηλούς μισθούς, οικονομική εξάρτηση, έλλειψη στέγης, κλπ, το ***στίγμα εξάρτησης*** *(the stigma of dependency),* που αναφέρεται στην εξάρτηση από τις κοινωνικές υπηρεσίες σαν αποτέλεσμα κάποιου άλλου στίγματος και συχνά της φτώχειας και τέλος το ***ηθικό στίγμα*** *(moral stigma),* που περιλαμβάνει

[46] Βλέπε και κεφ. 5.

το σεξουαλικό στίγμα, το στίγμα της εγκληματικότητας, της παρανομίας και του διαζυγίου (Spicker,1984, σ. 66-67, Goffman, 1963, σελ.14).

Αυτές οι διαφορετικές μεταξύ τους ταξινομήσεις και οι ορισμοί του στίγματος έχουν δύο βασικά κοινά σημεία: Το πρώτο αφορά σε ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα που κατέχουν τα στιγματισμένα άτομα και που θεωρείται ότι τα δυσφημεί σε βάθος. Στην περίπτωση των οροθετικών βέβαια το γνώρισμα αυτό είναι η μόλυνση από τον ιό του AIDS. Το δεύτερο κοινό σημείο των ορισμών αφορά στην αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων αυτών από την κοινωνία, λόγω του χαρακτηριστικού αυτού γνωρίσματος, σαν να είναι τα άτομα αυτά κάτι λιγότερο από ολοκληρωμένοι άνθρωποι (Goffman,1963). "Ανεξάρτητα λοιπόν με το ποια χαρακτηριστικά γνωρίσματα αναγνωρίζονται ως στιγματοφόρα σε κάθε κοινωνία, το στίγμα υποδηλώνει μία "ηθική μόλυνση", που είναι βαθιά μειωτική για το άτομο", (Ainlay et al, 1986 σελ. 41) μας λένε οι μελετητές.

Τι είναι όμως αυτό που προκαλεί το στίγμα; Τι κάνει απαραίτητη την ύπαρξή του σε κάθε κοινωνία και σε κάθε εποχή; Κάποιοι μελετητές του το συσχετίζουν με τη δικαιοσύνη και τη δημιουργία νόμων, και υποστηρίζουν ότι **"η δημιουργία νόμων και η διαμόρφωση του στίγματος είναι όψεις της ανθρώπινης ανάγκης για ευταξία".** (Ainlay et al., 1986, σελ. 20). Και συμπληρώνουν: "Όλες οι κοινωνίες στιγματίζουν. Αυτό μπορεί να είναι απαραίτητο προκειμένου να οριστούν με συνοχή και να γίνουν κατανοητά τα όρια μίας ομάδας, να εγκαθιδρυθεί το "εμείς" σε αντιπαράθεση με το "αυτοί" και να οριστεί το τι σημαίνει να είναι κανείς 'φυσιολογικός' σε ένα συγκεκριμένο πολιτισμό ή σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο" (Ainlay et al, 1986, σελ. 30). Συνεπώς αφορά στην ανάγκη κάθ' ενός από εμάς να παραβάλλουμε τον εαυτό μας με κάποιον άλλο, διαφορετικό κατά κάποιον τρόπο απ' εμάς, προκειμένου να ορίζουμε σε κάθε χρονική στιγμή αυτό που είμαστε μέσω αυτού που δεν είμαστε, καθώς και το "φυσιολογικό" από το "μη φυσιολογικό".

Αυτή η διαδικασία βέβαια πραγματοποιείται όχι μόνο σε όλες τις κοινωνίες αλλά και για ένα μεγάλο αριθμό χαρακτηριστικών γνωρισμάτων εκτός της μόλυνσης από μία ασθένεια. Πρόκειται δηλαδή για μία 'διάχυτη κοινωνική διαδικασία', δύο ήδη γνωστών ρόλων -ενός 'φυσιολογικού' και ενός 'στιγματισμένου'- σύμφωνα με την οποία κάθε άτομο συμμετέχει και στους δύο, τουλάχιστον μέσα στο πλαίσιο κάποιων σχέσεων ή / και σε κάποιες φάσεις της ζωής του' (Goffman, 1963, σελ. 158, 163-164).

Εντούτοις από μόνη της η ανάγκη αυτής της ευταξίας δεν μπορεί να εξηγήσει ένα τόσο πολύπλοκο φαινόμενο. Σαν δεύτερη αιτία δημιουργίας του στίγματος

αναφέρεται **ο φόβος**. Ο φόβος της διαφορετικότητας, ο φόβος για το μέλλον, ο φόβος για το άγνωστο. "Ο φόβος μπορεί να είναι αποφασιστικής σημασίας στη διαιώνιση του στίγματος και στη διατήρηση των αρχικών κοινωνικών λειτουργιών του"(Ainlay et al,1986, σελ. 216). Ακόμα "οι συνθήκες, που προσελκύουν ένα στίγμα, έχουν την τάση να ξυπνάνε αισθήματα φόβου και απώθησης και να συνδέονται στο μυαλό των ανθρώπων με ένα φάσμα αρνητικών χαρακτηριστικών" υποστηρίζουν οι μελετητές του στίγματος (M., Morgan, M., Calnan, & N., Manning, 1985 σελ. 56). Όμως, ο φόβος δεν είναι μία φυσική αλλά είναι μία επίκτητη αντίδραση στις διαφορές του στίγματος (Ainlay et al,1986, σελ. 216), ούτε και βασίζεται πάντα στην λογική.

Για πολλά είδη στίγματος που προέρχονται από σωματικά ή πνευματικά προβλήματα οι άνθρωποι βιώνουν τον φόβο της μόλυνσης παρόλο που ξέρουν ότι το στίγμα δεν μπορεί να μεταδοθεί μέσω επαφής. Τέτοιου είδους φόβος έχει εκφραστεί πολλές φορές στο παρελθόν με τον στιγματισμό και έχει οδηγήσει ακόμα και στον 'επίσημο' αποκλεισμό ατόμων ή ομάδων. Το παράδειγμα του νομικού αποκλεισμού των κωφάλαλων ατόμων από το δικαίωμα της ψήφου στην Αμερική του 19^{ου} αιώνα αποτελεί τρανταχτό τέτοιο παράδειγμα (M., Morgan, M., Calnan, & N., Manning, 1985 σελ. 56).

Κάποιες ασθένειες μάλιστα αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερο φόβο, τρόμο και απώθηση, συναισθήματα που συχνά πηγάζουν από την άγνοια για την αιτιολογία της κατάστασης και την πορεία της ασθένειας καθώς και την έλλειψη αποτελεσματικής θεραπείας (Ainlay et al, 1986, σελ. 225, M., Morgan, M., Calnan, & N., Manning, 1985 σελ. 56, Sontag, S., 1977). Το 19^{ο} αιώνα η φυματίωση αναφέρεται ως η ασθένεια που έκρυβε το μεγαλύτερο μυστήριο, ενώ εδώ και αρκετά χρόνια τώρα ο καρκίνος έχει πάρει τη θέση αυτή (M., Morgan, M., Calnan, & N., Manning, 1985 σελ. 56). Τέτοιου είδους φόβος εξάλλου είναι και ο παράλογος φόβος μόλυνσης που εκφράζεται πολλές φορές για το AIDS, και που οδηγεί συχνά στο στιγματισμό, την αποφυγή και τον κοινωνικό αποκλεισμό των οροθετικών ατόμων, ακόμη και σε επίπεδο συνομιλίας ή χειραψίας μαζί τους[47].

[47] Υπάρχουν πολλά τέτοια περιστατικά, με πιο γνωστά τις συλλογικές αρνητικές αντιδράσεις των κατοίκων στα Καμίνια ενάντια την λειτουργία του Ξενώνα του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων πριν από κάποια χρόνια, τις αντίστοιχες αντιδράσεις στην Βίλα Δρακοπούλου στα Πατήσια όταν ετοιμαζόταν το οδοντιατρείο για οροθετικά άτομα, αλλά και τα πιο πρόσφατα επεισόδια, πάλι από κατοίκους της περιοχής ενάντια στην λειτουργία του Ξενώνα του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, αυτή τη φορά στη Θεσσαλονίκη. Δεν λείπουν βέβαια, ούτε τα μεμονωμένα περιστατικά αρνητικών αντιδράσεων απέναντι σε οροθετικά άτομα που μπορεί να προέρχονται από το περιβάλλον της γειτονιάς, της δουλειάς, του ευρύτερου ή ακόμα και του στενού τους συγγενικού κύκλου.

Είναι λοιπόν ο φόβος σε συνδυασμό με την ανάγκη της διατήρησης της "τάξης των πραγμάτων" που οδηγούν στην δημιουργία του στίγματος. Πώς όμως διαμορφώνεται το στίγμα; Πρόκειται για μία προδιάθεση έμφυτη στην ανθρώπινη φύση ή είναι το αποτέλεσμα της διαδικασίας κοινωνικοποίησης των ανθρώπων; Οι μελετητές εδώ υποστηρίζουν ότι **το στίγμα είναι στενά συνδεδεμένο με τη διαδικασία μάθησης, από τις αρχικές αντιλήψεις, που διαμορφώνονται στην πρώτη παιδική ηλικία, μέχρι τα πιστεύω, τις στάσεις και τις αξίες, που έχουν οι ενήλικες. "Το στίγμα είναι μία κοινωνική κατασκευή η αντανάκλαση του ίδιου του πολιτισμού μίας κοινωνίας, όχι μία ιδιότητα των ατόμων".** Μ' αυτόν τον τρόπο είναι και μία 'διάχυτη κοινωνική διαδικασία' δύο ήδη γνωστών ρόλων, ενός 'φυσιολογικού' και ενός 'στιγματισμένου'[48] (Goffman, 1963, σελ. 158, 163-164).

Όπως υποστηρίζεται, το τι είναι 'φυσιολογικό' και τι 'στιγματισμένο' δεν αναφέρεται σε άτομα αλλά σε απόψεις (Goffman, 1963). Το στίγμα είναι στην ουσία ένα ξεχωριστό είδος σχέσης ανάμεσα σε ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό και ένα στερεότυπο (Goffman, 1963, σελ. 14). "Οι άνθρωποι χαρακτηρίζονται ως στιγματισμένοι μόνο μέσα στα πλαίσια ενός συγκεκριμένου πολιτισμού, κάποιων ιστορικών γεγονότων ή οικονομικών, πολιτικών και κοινωνικών καταστάσεων" (Ainlay et al, 1986, : 4). Για το λόγο αυτό εξάλλου οι διαφορές, που εκτιμώνται αρνητικά και κατά συνέπεια αλλάζουν την ποιότητα των ανθρώπινων σχέσεων, είναι πιθανό να διαφοροποιούνται ανάλογα με την κοινωνία και το χρόνο. Έτσι ένα συγκεκριμένο στίγμα μπορεί να χάσει την αρνητική χροιά του με το χρόνο και τις μεταβαλλόμενες ιστορικές συνθήκες (Jones at al., 1984, σελ. 302).

Αυτό μπορούμε να το καταλάβουμε καλύτερα, αν σκεφτούμε ασθένειες του παρελθόντος που επίσης 'κουβαλούσαν για μεγάλα χρονικά διαστήματα το βάρος ενός αρνητικού στίγματος, όπως ήταν για παράδειγμα η λέπρα, η φυματίωση αλλά και η σύφιλη. Οι ίδιες αυτές ασθένειες σήμερα φαίνονται να έχουν απαλλαγεί ως επί το πλείστον, αν όχι εντελώς, από το στίγμα. Αυτό βεβαίως οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ανακάλυψη δραστικών και αποτελεσματικών φαρμάκων για την θεραπεία αυτών των ασθενειών, πράγμα που ακόμη δεν έχει επιτευχθεί με βεβαιότητα για το AIDS.

Αντιδράσεων που κυμαίνονται από την πλήρη αδιαφορία έως και τον διωγμό από τη δουλειά, τη γειτονιά ακόμα και το σπίτι τους. Βλέπε και κεφ. 5, 6.

[48] Όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

"Το στίγμα λοιπόν εξελίσσεται, καθώς οι πολιτισμοί και οι κοινωνίες αλλάζουν. Την ίδια στιγμή σαν μέλη της κοινωνίας, διαιωνίζουμε τις αντιλήψεις μας περί στίγματος και τους τρόπους αντίδρασης στο στίγμα περνώντας τα στις επόμενες γενιές διαμέσου της κοινωνικοποίησης" (Ainlay et al, 1986, σελ. 4). Μ' αυτά τα εφόδια προχωράμε στη διαδικασία της σύγκρισης και της κατηγοριοποίησης των διαφορών που συναντάμε στις ανθρώπινες συναναστροφές μας.

Είναι γνωστό ότι κανένας άνθρωπος δεν είναι ίδιος με έναν άλλο. Όλοι διαφέρουμε, περισσότερο ή λιγότερο μεταξύ μας. Οι άνθρωποι όμως δεν αντιμετωπίζουμε όλες τις διαφορές με τον ίδιο τρόπο. Στα πλαίσια των κοινωνικών συναναστροφών μας με τους άλλους υπάρχουν κάποιες διαφορές που τις εντοπίζουμε και προσπαθούμε να τις εξηγήσουμε, καθώς 'ζυγίζουμε' τα άτομα που συναναστρεφόμαστε, ενώ υπάρχουν κάποιες άλλες, που τις αγνοούμε και περνούν απαρατήρητες από μάς. Δηλαδή υπάρχουν διαφορές που έρχονται στο προσκήνιο της προσοχής μας (foreground differences) και άλλες που περνούν στο παρασκήνιό της (background differences) (Ainlay et al, 1986, σελ. 25). Το ποιες διαφορές θα εντοπίσουμε κάθε φορά εξαρτάται από το 'πλαίσιο επικοινωνίας' της κάθε περίπτωσης. Δηλαδή εξαρτάται από τον τόπο στον οποίο λαμβάνει χώρα η κοινωνική επαφή μας με κάποιον, από τη διάρκεια και την ένταση της κοινωνικής επαφής και φυσικά από το σκοπό για τον οποίο πραγματοποιείται αυτή η κοινωνική επαφή (Ainlay et al, 1986, σ. 25-26).

Οι διαφορές, που έρχονται κάθε φορά στο προσκήνιο της προσοχής μας, είναι αυτές που συγκρίνουμε και κατηγοριοποιούμε σύμφωνα με τις αντιλήψεις, τις αξίες και τα στερεότυπα που έχουμε αφομοιώσει κατά τη διαδικασία της κοινωνικοποίησής μας. Απ' αυτές δε είναι εκείνες, που έχουν εκτιμηθεί αρνητικά, που σχηματίζουν τη βάση του στίγματος (Ainlay et al, 1986 σελ. 27). **Με άλλα λόγια το στίγμα είναι μία ξεχωριστή περίπτωση κατηγοριοποίησης της διαφοράς, αυτής που βρίσκεται στο προσκήνιο της προσοχής μας και έχει εκτιμηθεί αρνητικά.**

Πώς όμως έρχονται κάποιες αρνητικά εκτιμώμενες διαφορές από το παρασκήνιο στο προσκήνιο της προσοχής μας; Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη διαδικασία στιγματισμού κάποιων ατόμων με μία αρνητικά εκτιμώμενη διαφορά; Οι μελετητές του στίγματος αναφέρουν έξι '**διαστάσεις του στίγματος'.** Η διαδικασία στιγματισμού, λοιπόν, επηρεάζεται **(α)** από τη δυνατότητα απόκρυψης της διαφοράς και της κατάστασης που αυτή συνεπάγεται ('concealability'), **(β)** από την πορεία της κατάστασης που συνεπάγεται η διαφορά και το τελικό αποτέλεσμα της ('cource'), **(γ)**

από το βαθμό στον οποίο αυτή η κατάσταση περιορίζει ή σταματάει την ανθρώπινη επαφή και τις ανθρώπινες σχέσεις ('disruptiveness'), **(δ)** από το βαθμό στον οποίο είναι αποκρουστική ή προκαλεί αναστάτωση ('aesthetic qualities'), **(ε)** από τον βαθμό υπευθυνότητας του ατόμου για την κατάστασή στην οποία βρίσκεται ('origin') και τέλος **(στ)** από το βαθμό στον οποίο δημιουργείται άμεσος και σοβαρός κίνδυνος απ' αυτήν ('peril')[49] (Jones et al, 1984, σελ. 24).

Απ' αυτούς τους παράγοντες καθορίζεται η έναρξη της διαδικασίας στιγματισμού κάποιων ανθρώπων ή ομάδων που κατέχουν ένα αρνητικά εκτιμώμενο χαρακτηριστικό. Σε πολλές περιπτώσεις που η αρνητικά εκτιμώμενη διαφορά είναι η μόλυνση από μία ασθένεια, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση του AIDS με την μόλυνση από τον ιό HIV, οι περισσότερες ή και όλες από αυτές τις διαστάσεις - παράγοντες του στίγματος συνυπάρχουν. Το αποτέλεσμα βέβαια είναι να καθίστανται ιδιαίτερα ευάλωτα στον στιγματισμό τα άτομα που κατέχουν αυτό το χαρακτηριστικό, το οποίο τα διαφοροποιεί έτσι από τα υπόλοιπα. Είναι αυτονόητο λοιπόν, ότι τα οροθετικά άτομα[50] είναι εξαιρετικά ευάλωτα στο στιγματισμό, λόγω της συνύπαρξης των περισσότερων ή και όλων, πολλές φορές, των διαστάσεων του στίγματος στη νόσο του AIDS.

Η ηθική αποδοκιμασία του ατόμου που στιγματίζεται συνδέεται άρρηκτα με την ευθύνη που αποδίδεται στο άτομο για την κατάστασή του. Το ζήτημα της βούλησης παίζει εδώ πολύ σημαντικό ρόλο. "Δημοφιλείς εκφράσεις, όπως 'του άξιζε αυτό που έπαθε', προδίδουν την έλλειψη ανοχής μας σε τυχαία γεγονότα. Εννοούμε ότι το άτομο που κατέχει κάποια αρνητικά κρινόμενη διαφορά έχει κάνει κάτι κακό για να αξίζει το ίδιο; Για κάποιες διαφορές εννοούμε ακριβώς αυτό. Το άτομο που έχει μολυνθεί από ένα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενο Νόσημα, για παράδειγμα από το AIDS, κατέχει μία αρνητικά εκτιμώμενη διαφορά. Η κατάσταση του σαφώς προκαλεί την αποφυγή, την αποστροφή και την αηδία που συνοδεύουν το στίγμα. Επίσης το άτομο κρίνεται ως υπεύθυνο για τη σεξουαλική του απερισκεψία και η σωματική του κατάσταση θεωρείται σαν 'ακριβώς ότι του αξίζει'"(Ainlay et al, 1986, σελ. 33).

Το βάρος της ευθύνης έτσι τοποθετείται αποκλειστικά πάνω στο στιγματισμένο άτομο, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου το στίγμα είναι ηθικό και προκαλείται από την παραβίαση κάποιου ηθικού κοινωνικού κανόνα, όπως θεωρείται ότι συμβαίνει με όλα τα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα

[49] Βλέπε και κεφ. 1, τους παράγοντες που καθορίζουν την θεωρητική πρόσληψη μίας νόσου.
[50] Των οποίων το χαρακτηριστικό που τα διαφοροποιεί είναι η οροθετικότητά τους.

συμπεριλαμβανομένου και του AIDS. Σε άλλες περιπτώσεις το στίγμα και η κατάσταση ενός ατόμου μπορεί να αποδοθεί σε κάποιο Θείο σχέδιο ή κάποιο νόμο της εξέλιξης σε μία προσπάθεια διατήρησης της εικόνας ενός δίκαιου κόσμου, στον οποίο η κοινωνία και τα υπόλοιπα μέλη της δεν φέρουν καμία ευθύνη. Ένα συνδυασμό των δύο αποτελεί η περίπτωση της σύφιλης -για παράδειγμα- και του τρόπου αντιμετώπισής της από την επίσημη εκκλησία και τον ίδιο τον Πάπα, το 19^{ο} αιώνα (Sigerist, H.E., 1943 σελ. 78).

Οι αντιδράσεις απέναντι στα διαφορετικά στίγματα ποικίλλουν όπως και η εναπόθεση της ευθύνης. Κυμαίνονται δε από συμπάθεια έως δολοφονικές επιθέσεις. Ανάμεσα σε αυτούς τους δύο πόλους οι αντιδράσεις περιλαμβάνουν αποφυγή, αμφιταλάντευση και εγκατάλειψη. Ο στιγματισμός δεν συνεπάγεται πλέον, όπως στην αρχαία Ελλάδα, το ηθελημένο σημάδεμα στο σώμα των ατόμων αυτών, συνεπάγεται όμως, τις περισσότερες φορές, την ίδια ηθική αποδοκιμασία, δυσφήμηση και αποφυγή (Ainlay et al, 1986, σελ. 3). Η αποφυγή αυτή μπορεί να κυμαίνεται από δευτερεύουσας σημασίας μορφές έκφρασης -στο επίπεδο για παράδειγμα της μείωσης της συχνότητας ή της διάρκειας των κοινωνικών επαφών- έως το νομικό ή και φυσικό αποκλεισμό των φορέων του στίγματος[51] (M., Morgan, M., Calnan, & N., Manning, 1985 σελ. 56, Giddens, A., 1997, σελ.127).

Το βέβαιο είναι πάντως, ότι οι κατά περίπτωση αντιδράσεις, που εκφράζουν στιγματισμό απέναντι σε κάποια άτομα, απλώνονται σ' όλο το φάσμα της ζωής των στιγματισμένων ατόμων συμπεριλαμβάνοντας το οικογενειακό, το φιλικό καθώς και το επαγγελματικό τους περιβάλλον. Έχουν δε σα στόχο τον **κοινωνικό έλεγχο** των ατόμων αυτών. Τούτο συμβαίνει, όσο περισσότερο υπεύθυνο θεωρείται ένα άτομο για την κατάστασή του, δηλαδή κυρίως στις περιπτώσεις ηθικού στίγματος αν και όχι μόνο σ' αυτές.

Ο κοινωνικός έλεγχος ατόμων ή ομάδων με ηθικό στίγμα επιδιώκεται σε κάποιες κοινωνίες ακόμη και μέσα από την άσκηση της επίσημης κοινωνικής πολιτικής. Τέτοιο παράδειγμα είναι τα 'μέτρα πρόληψης', που έχουν ληφθεί κατά καιρούς για διάφορες ασθένειες του παρελθόντος, όπως λέπρα, φυματίωση, και σύφιλη, αλλά και για το AIDS σήμερα, όπως είναι η υποχρεωτική εξέταση για αντισώματα του ιού σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού σε κάποιες χώρες π.χ. στρατιώτες ή μετανάστες. Σε άλλες περιπτώσεις ο κοινωνικός έλεγχος μπορεί να

[51] Όπως είδαμε για παράδειγμα παραπάνω ότι έγινε με τους κωφάλαλους στην Αμερική του 19^{ου} αιώνα, αλλά όπως έγινε και με ασθενείς άλλων νόσων του παρελθόντος -πχ. λέπρας, σύφιλης κλπ.

είναι ανεπίσημος αν και εξίσου σημαντικός για τα άτομα που τον υφίστανται. Η άρνηση παροχής βοήθειας σε κάποιον ασθενή, λόγω της νόσου από την οποία πάσχει, όπως έχει συμβεί για παράδειγμα αρκετές φορές με την περίπτωση του AIDS αλλά και με τη σύφιλη στο παρελθόν, αποτελεί μία μορφή άμεσης έκφρασης στιγματισμού και άσκησης ελέγχου και κριτικής από την πλευρά του γιατρού στον άρρωστο. Τέτοιου είδους έκφραση ηθικού στιγματισμού και κοινωνικού ελέγχου όμως μπορεί να επιδράσει αρνητικά στους ανθρώπους οδηγώντας τους να αρνηθούν το πρόβλημα τους και να αποφύγουν να αναζητήσουν θεραπεία (Spicker, 1984, σελ. 118). Αυτό είναι μόνο ένα και σαφώς όχι το πιο σημαντικό παράδειγμα των επιπτώσεων του στιγματισμού στα άτομα που τον υφίστανται.

Οι επιπτώσεις του στιγματισμού σε ένα άτομο είναι ποικίλες και αφορούν τόσο στις σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους και την κοινωνική του ταυτότητα, όσο και στην ψυχολογική του κατάσταση και στην ίδια την αυτοεκτίμησή του. Οι αρχικές επιπτώσεις του στιγματισμού και στα δύο αυτά επίπεδα είναι καταστροφικές για το άτομο. Οι κοινωνικές σχέσεις περνάνε κρίση και σε πολλές περιπτώσεις διαλύονται, ενώ η κοινωνική του ταυτότητα αλλοιώνεται, καθώς το άτομο δεν είναι πάντα, λόγω της κατάστασής του, σε θέση να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των ρόλων που κατείχε. Σα συνέπεια το άτομο χάνει πολλές φορές την παλαιότερη κοινωνική του θέση και αναγκάζεται να προσαρμοστεί σε μία κατάσταση συνήθως κατά πολύ χειρότερη.

Ο στιγματισμός επιδρά ιδιαίτερα στις σχέσεις του ατόμου με την οικογένειά του, αλλά και στις σχέσεις του ατόμου και της οικογένειάς του με τους 'έξω'. Η επίδραση σ' αυτές τις σχέσεις οδηγεί συχνά στην εγκατάλειψη και κοινωνική απομόνωση του ατόμου και ενδεχομένως και των κοντινών του προσώπων (Conrad & Kern , 1986, σ. 95-98 και 105 και 106, Gaitley, & Seed (eds), 1989, σ. 84-93). Ο στιγματισμός μπορεί να συνεπάγεται ακόμα επιδράσεις στις συνθήκες εργασίας και τις εργασιακές σχέσεις του ατόμου και πολλές φορές να οδηγεί και στην απόλυσή του. Ο στιγματισμός μπορεί να σημαίνει στις μέρες μας άρνηση ιδιωτικών εταιρειών να συμπεριλάβουν το άτομο σε διάφορα ασφαλιστικά προγράμματα. Τέλος είναι πιθανό ο στιγματισμός να σημαίνει, όπως αναφέρθηκε μόλις παραπάνω, μέχρι και την άρνηση νοσηλείας του ατόμου από γιατρούς ή / και νοσηλευτικό προσωπικό, όπως και τον αποκλεισμό εισόδου του σε κάποια νοσοκομεία.

Όλες αυτές οι πιθανές συνέπειες έχουν ισχύσει στο παρελθόν για πολλές 'ηθικά' φορτισμένες νόσους, π.χ. σύφιλη, αλλά εξακολουθούν να ισχύουν και σήμερα

βέβαια, ιδιαίτερα για την περίπτωση των οροθετικών ατόμων (Miller, 1987, σ. 39-42, Brandt, 1985, σ. 43-45 και 129 και 132 και 135). Στη βάση της στιγματοφόρας συμπεριφοράς του κόσμου απέναντι στο άτομο, που συχνά επεκτείνεται ακόμα και στα κοντινά του πρόσωπα, βρίσκεται πάντα ο γενικευμένος και παράλογος φόβος της εύκολης μόλυνσης από τη νόσο αλλά και η αρνητική ηθική φόρτιση της κυρίαρχης αντίληψης γύρω απ' αυτή (Brandt, 1985, σ. 182-183).

Αντίστοιχα καταστροφικές είναι και οι συνέπειες του στίγματος στην ψυχολογία του ατόμου και την αυτοεκτίμησή του[52]. Ποιες όμως είναι αυτές οι συνέπειες για το άτομο και την οικογένειά του και πώς εξισορροπούνται ή αποφεύγονται; Το αντικείμενο διερεύνησης εδώ είναι αυτό που ονόμασε ο Goffman υποκειμενική ή 'βιωμένη' - 'συνειδητοποιημένη' ταυτότητα του ατόμου (ego/felt identity), η οποία αφορά στον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται και βιώνει την ιδιαιτερότητά του και το στιγματισμό του. Πρόκειται για την ψυχολογική στάση του ατόμου τόσο απέναντι στον εαυτό του και την κατάστασή του όσο και απέναντι στα υπόλοιπα άτομα με το ίδιο στίγμα. Πρόκειται ακόμα για την προσπάθεια χειρισμού της κατάστασής του και του στιγματισμού που υφίσταται, μέσω διαφόρων στρατηγικών (Goffman, 1963, σ. 92-113 και 129-130, Conrad & Kern , 1986, σ. 110-111).

Η αρχή διαμόρφωσης της υποκειμενικής ταυτότητας γίνεται με τη διάγνωση της νόσου μετά από έλεγχο ή εξετάσεις. Ιδιαίτερα στην περίπτωση ασθενειών, όπου οι ιατρικές προγνώσεις είναι ελλιπείς -όπως είναι για παράδειγμα η παιδική λευχαιμία, κάποιες μορφές καρκίνου αλλά και το AIDS- τη διάγνωση της νόσου ακολουθεί η προσπάθεια ερμηνείας της και συστηματοποίησης των πληροφοριών γύρω απ' αυτήν, προκειμένου να επιτευχθεί μία "προσωπική" πρόγνωση (Conrad & Kern , 1986, σ. 102-103). Ειδικά για την περίπτωση του AIDS -δεδομένου του ψυχολογικού σοκ στο οποίο υπόκεινται όλα τα άτομα που βρίσκονται να είναι οροθετικά- τονίζεται η σπουδαιότητα τόσο της σωστής πληροφόρησης των ατόμων αυτών από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και της συμπαράστασής τους από τα κοντινά τους πρόσωπα. Τονίζεται επίσης η σπουδαιότητα του τρόπου με τον οποίο ερμηνεύεται η διάγνωση από τον ενδιαφερόμενο και τους οικείους του - ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εξέλιξη της νόσου- όπως και ο τρόπος

[52] Η συνοπτική εξέταση των ψυχολογικών συνεπειών της νόσου κρίθηκε απαραίτητη για να τονισθεί η ύπαρξη του στίγματος και η επίδραση του στη ζωή του ατόμου.

αντιμετώπισης της κρίσιμης αυτής περιόδου (Miller, 1987, σ. 21-37, Gerhardt, 1989, σ. 292-294).

Το αίσθημα της αβεβαιότητας, που κυριαρχεί σε οροθετικό και που αφορά, στην πρώτη περίπτωση, στην πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου και στη δεύτερη στον ρυθμό εξέλιξής της, είναι ίσως το πρώτο ψυχολογικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει το άτομο και η οικογένειά του μετά από μία διάγνωση. Το δεύτερο αφορά στο αίσθημα της συνεχούς έντασης και του άγχους, που πολύ συχνά οδηγεί σε σοβαρά σωματικά συμπτώματα έως και κρίσεις πανικού. Τα συμπτώματα αυτά δε συνήθως παρερμηνεύονται από τους φορείς ή ασθενείς σαν εκδήλωση ή εξέλιξη της νόσου, με συνέπεια το πρόβλημα να παραμένει αν όχι να χειροτερεύει. Στη συνέχεια ακολουθεί το πρόβλημα της κατάθλιψης, που εμφανίζεται πολύ συχνά σε οροθετικούς, με πολλαπλά και πάλι ψυχικά και σωματικά συμπτώματα. Ακολουθούν οι έμμονες καταστάσεις, στις οποίες υπόκεινται -εκτός από τους οροθετικούς- και άλλα -μη οροθετικά- άτομα και οι οποίες αποτελούν συνέπεια ακραίου και ανεξέλεγκτου φόβου για πιθανή εκδήλωση ή εξέλιξη της ασθένειας. Τέλος συχνά, σαν αποτέλεσμα του συνδυασμού και της κορύφωσης όλων των παραπάνω, υπάρχει και το πρόβλημα της αυτοκτονίας και οι συχνές σκέψεις των οροθετικών γύρω απ' αυτή (Miller, 1987, σ. 63-110).

Όλα τα παραπάνω ψυχολογικά προβλήματα, βέβαια, δεν παρουσιάζονται σαν ατομικές καταστάσεις των οροθετικών ατόμων. Αντίθετα έχει παρατηρηθεί πως από τις ίδιες αν όχι και χειρότερες ψυχολογικές πιέσεις περνούν και τα άτομα που βρίσκονται στο άμεσο περιβάλλον και ζουν από κοντά την κατάσταση. Ιδιαίτερη δε είναι η περίπτωση των ερωτικών συντρόφων ή συζύγων, εφόσον υπάρχει και ο πρόσθετος φόβος και η ανησυχία για πιθανή μόλυνση των ίδιων (Miller, 1987, σ. 111-124,Gaitley, & Seed, (eds) 1989, σ. 84-93).

Αν στα ψυχολογικά προβλήματα, που προαναφέρθηκαν, προστεθούν η χρόνια αλλά και αθεράπευτη κατάσταση της ασθένειας, το αίσθημα ατομικής ευθύνης, που πολλές φορές έχει το άτομο για την μόλυνσή του, αλλά και ο άμεσος στιγματισμός του από την κοινωνία, δεν είναι δύσκολο να γίνει κατανοητό πώς και γιατί επιδρά η νόσος πάνω στην προσωπικότητα του ασθενή και καταστρέφει ή αλλοιώνει την ταυτότητά του (Conrad & Kern, 1986, σ. 90-91 και 95-98 και 141 και 380-382).

Συγκεκριμένα, στην περίπτωση του στιγματισμού, το σοκ που δημιουργείται από μία τέτοια διαδικασία μετά από μία ξαφνική διάγνωση, δεν οφείλεται στην σύγχυση του ατόμου σχετικά με την 'νέα' ταυτότητά του αλλά στο γεγονός ότι

γνωρίζει πολύ καλά την καινούργια κατάσταση, στην οποία βρέθηκε, και τον ρόλο που καλείται να παίξει. Αυτό συμβαίνει, διότι -όπως επισημάνθηκε παραπάνω- ο στιγματισμός είναι μία 'διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών στο άτομο ρόλων, του 'φυσιολογικού' και του 'στιγματισμένου' (Goffman, 1963, σελ. 158 και 163 - 164). Κατά συνέπεια ο φόβος κάποιων ατόμων ή ομάδων να εξετασθούν για αντισώματα HIV -για παράδειγμα- είναι απόλυτα δικαιολογημένος, δεδομένης της γνώσης που έχουν για το τι μπορεί να ακολουθήσει μία θετική διάγνωση. Στην αντιμετώπιση μίας πιθανής 'θανατικής καταδίκης' με όλα τα ψυχολογικά προβλήματα που αυτή συνεπάγεται, προστίθεται και ένα στίγμα που οδηγεί στην ολική αλλαγή της ζωής του ατόμου και στην καταστροφή της προσωπικότητάς του (Brendstrup, Schmidt, 1990, Almond, (ed), 1990, σ. 143 - 151).

Δεδομένων όλων των παραπάνω είναι αυτονόητη η προσπάθεια του ατόμου να εξισορροπήσει ή ακόμη και να αποφύγει όλες αυτές τις συνέπειες του στιγματισμού, εάν και όπου αυτό είναι δυνατό. Στις περιπτώσεις που το ιδιαίτερο στιγματοφόρο χαρακτηριστικό, που έχει το άτομο, είναι εμφανές[53], όπως συνέβαινε παλαιότερα με νόσους, όπως η λέπρα ή και η φυματίωση και συμβαίνει σήμερα με τους ασθενείς του AIDS σε προχωρημένο στάδιο, η δυνατότητα του ατόμου περιορίζεται μόνο στην προσπάθειά του να χειριστεί τις εντάσεις που δημιουργούνται στις σχέσεις του με άλλους ανθρώπους (Goffman, 1963, σ. 11-31).

Όταν όμως το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό δεν είναι εμφανές, όπως συνέβαινε στο παρελθόν με τη σύφιλη σε αρχικά τουλάχιστον στάδια και συμβαίνει σήμερα στις περιπτώσεις των ασυμπτωματικών οροθετικών, τότε το άτομο έχει δύο δυνατότητες επιλογής: να αποκαλύψει την κατάστασή του ή να την αποκρύψει. Με άλλα λόγια, έχει τη δυνατότητα του χειρισμού των πληροφοριών σχετικά με το άτομό του και την κατάσταση στην οποία βρίσκεται (Goffman, 1963, σελ. 57). Τις περισσότερες φορές το άτομο εξασκεί αυτή την δυνατότητα προκειμένου να προστατεύσει τον εαυτό του και τα κοντινά του πρόσωπα από τον άμεσο στιγματισμό και την κοινωνική απομόνωση. Η προσπάθεια αυτή αποβλέπει στην όσο καλύτερη διατήρηση μίας

[53] Η διαφορά ανάμεσα σε εμφανές και μη εμφανές ιδιαίτερο χαρακτηριστικό -στην περίπτωση του AIDS ανάμεσα σε ασθενή και ασυμπτωματικό οροθετικό- είναι σημαντική και αφορά : α) στον τρόπο που το ίδιο το άτομο λειτουργεί βιώνοντας και αντιμετωπίζοντας την κατάστασή του, και β) στον τρόπο που το αντιμετωπίζουν οι άλλοι. Το σημείο που αφορά στον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται και βιώνει την κατάστασή του εξετάζεται αναλυτικά παρακάτω. Όσον αφορά στον τρόπο που οι άλλοι το αντιμετωπίζουν, η γνώση ή μη της κατάστασης υγείας του ατόμου από τρίτους φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση των κοινωνικών σχέσεών του.

"φυσιολογικής" ζωής, αν και καμιά φορά έχει τα αντίθετα αποτελέσματα (Conrad & Kern, 1986, σελ. 91 και 110 - 111 και 139 και 142).

Οι διάφορες "στρατηγικές", που το άτομο εφαρμόζει στην προσπάθειά του να χειριστεί τις σχετικές με την κατάστασή του πληροφορίες, ποικίλλουν ανάλογα με την προσωπικότητα αλλά και την κατάστασή του. Μία τέτοια στρατηγική που εφαρμόζεται ευρέως είναι αυτή της επιλεκτικής αποκάλυψης. Συγκεκριμένα, το άτομο χωρίζει τον κόσμο σε δύο ομάδες: μία μεγάλη, στην οποία δεν αποκαλύπτει τίποτα και μία μικρή στην οποία αποκαλύπτει τα πάντα και στην οποία βασίζεται για συμπαράσταση και βοήθεια. Αυτή η μικρή ομάδα αποτελείται συνήθως από τα πρόσωπα του πολύ στενού περιβάλλοντος του ατόμου, όπως είναι οι γονείς, ο /η σύζυγος, κάποιοι φίλοι ή / και γιατρούς ή /και από άτομα με το ίδιο στίγμα (Goffman, 1963, σ. 117- 121). Υπάρχει όμως και το φαινόμενο της απόκρυψης του στιγματοφόρου χαρακτηριστικού από όλους και ιδιαίτερα από τα άτομα του στενού οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος. Αυτό συμβαίνει είτε γιατί το άτομο πιστεύει ότι, αν η οικογένεια και οι φίλοι του μάθουν για την κατάστασή του, θα το απομονώσουν είτε γιατί θεωρεί ότι αυτά τα πρόσωπα 'θίγονται' περισσότερο από το στίγμα (Goffman, 1963, σ. 71 - 72).

Το φαινόμενο αυτό είναι αρκετά συχνό στα ασυμπτωματικά οροθετικά άτομα, τα οποία έχουν την δυνατότητα μίας, κατά τα άλλα, απόλυτα φυσιολογικής ζωής. Αντίστοιχα κάποια άτομα, που θα είχαν ίσως λόγους να ανησυχούν για πιθανή μόλυνσή τους από τον ιό HIV, διστάζουν να εξεταστούν, δεδομένης της γνώσης που έχουν για το τι μπορεί να ακολουθήσει μία θετική διάγνωση. Στην αντιμετώπιση μίας πιθανής 'θανατικής καταδίκης' με όλα τα ψυχολογικά προβλήματα που συνεπάγεται, προστίθεται και ένα στίγμα που οδηγεί στην ολική αλλαγή της ζωής του ατόμου και στην καταστροφή της προσωπικότητάς του (Brendstrup, Schmidt, 1990, Almond, (ed), 1990, σ. 143 - 151).

Ωστόσο ούτε οι στρατηγικές, τις οποίες αναπτύσσει το άτομο στην προσπάθειά του να αποκρύψει κάποιες πληροφορίες από τους γύρω του, αφήνουν ανεπηρέαστη τη ζωή και την προσωπικότητά του. Μερικά από τα προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν κατά την προσπάθεια απόκρυψης πληροφοριών είναι: η αναπάντεχη ψυχολογική ανάγκη του ατόμου να μιλήσει σε κάποιον, η εσωτερική του σύγκρουση, όταν αναγκάζεται να λεει συνέχεια ψέματα, η πιθανή έκθεσή του σε εκβιασμό από διάφορα άτομα που μπορεί να ξέρουν το μυστικό του, η πιθανότητα ξαφνικής αποκάλυψης του μυστικού του λόγω ανεξέλεγκτων συνθηκών ή ακόμα και

η αλλαγή στη φύση των πολύ στενών φιλικών του σχέσεων, που ενώ παλιά στηρίζονταν στην απόλυτη αμοιβαιότητα τώρα χάνουν αυτό το χαρακτηριστικό τους.

Το σίγουρο πάντως είναι πως η ψυχική κατάσταση αλλά και η καθημερινότητα του ατόμου χαρακτηρίζεται από : α) μία συνεχή ανησυχία μέσα σε μία ζωή που μπορεί να καταρρεύσει από στιγμή σε στιγμή, β) μία αίσθηση διάσπασης του ατόμου ανάμεσα στην 'καινούργια' ομάδα, στην οποία ανήκει λόγω συνθηκών, και στην 'παλιά', από την οποία κρατάει κρυφή την κατάστασή του και γ) μία συνεχή και ατελείωτη προσπάθεια προσποίησης φυσιολογικότητας ακόμα και στα απλά και καθημερινά για τους άλλους πράγματα (Goffman, 1963, σ. 104 - 112).

Τέτοιες ή παρόμοιες μπορεί να είναι οι συνέπειες της προσπάθειας του ατόμου να αποκρύψει το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του από το περιβάλλον του, γνωρίζοντας ότι η αποκάλυψή του θα επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο που το αντιμετωπίζουν οι άλλοι και θα παίξει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των κοινωνικών σχέσεών του. Όπως καθαρά περιγράφεται από τους μελετητές, η ανακάλυψη προκαταβάλλει όχι μόνο την τρέχουσα κοινωνική κατάσταση αλλά και καθιερωμένες κοινωνικές σχέσεις, όχι μόνο την τρέχουσα εικόνα που έχουν οι άλλοι για το άτομο, αλλά και την εικόνα που θα έχουν γι' αυτό μελλοντικά, όχι μόνο την εικόνα του αλλά και τη φήμη του (Goffman, 1963, σελ. 84).

Ιδιαίτερα στην περίπτωση του AIDS, αν και όχι μόνο σε αυτή, η ανακάλυψη της μόλυνσης του ατόμου από το περιβάλλον του ενέχει τον κίνδυνο διπλού στιγματισμού για το άτομο. Αυτό συμβαίνει γιατί αυτή η ανακάλυψη συχνά οδηγεί στην αποκάλυψη κάποιας άλλης κρυφής ταυτότητας του ατόμου, κάποιου άλλου μη εμφανούς χαρακτηριστικού του. Ταυτότητας ή χαρακτηριστικού που μπορεί με την σειρά του να είναι συνδεδεμένο με μία αρνητική αξιολόγηση,[54] αποτελώντας από μόνο του πηγή στιγματισμού για το άτομο. Σε τέτοιες περιπτώσεις, όπως συμβαίνει συχνά με τους οροθετικούς - ομοφυλόφιλους και τους οροθετικούς - τοξικομανείς, ο διπλός στιγματισμός του ατόμου είναι σίγουρος (Goffman, 1963, σελ. 93, Sontag, 1988, σ. 24-25, M., Morgan, M., Calnan, & N., Manning, 1985 σελ. 57).

Εντούτοις οι συνέπειες του στίγματος μπορεί να είναι αντιφατικές, γιατί έχουν τη δυνατότητα τόσο να στερήσουν κάποιον από το δικαίωμά του στην ανθρώπινη φύση όσο και να τον εμπνεύσουν. Οι μελετητές του στίγματος αναφέρουν ότι "η

[54] Όπως συμβαίνει και με συγκεκριμένες ομάδες ή συμπεριφορές που υιοθετούνται από συγκεκριμένες ομάδες και οι οποίες μπορεί να θεωρούνται απειλητικές για τις κυρίαρχες κοινωνικές δομές και αξίες ή για τους κατόχους της εξουσίας(M., Calnan, M., Morgan & N., Manning, 1985 σελ. 57).

βίωση της κοινωνικής εξορίας είτε πραγματική είτε μεταφορική, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη διατήρηση χαμηλής αυτοεκτίμησης για κάποια άτομα, ενώ μπορεί για κάποια άλλα να λειτουργήσει ως καταλύτης για την ανάδυση ενός νέου και γεμάτου ζωή εαυτού. Άτομα, που προηγουμένως δεν είχαν τη δυνατότητα συμμετοχής στη σφαίρα των πολιτικών ηγετών, μπορεί να βιώσουν μια μεγεθυσμένη αίσθηση δύναμης μέσα από τη συμμετοχή τους σε ομάδες αυτοβοήθειας, εγκαινιάζοντας μία μορφή συλλογικής δράσης εφικτής από το νεοαποκτημένο τους στίγμα. Έτσι κάποια άτομα, που βιώνουν στιγματισμό, μπορεί να φτάσουν σταδιακά στο σημείο να τον δουν σα μία διαδικασία της οποίας το βάρος αποτινάσσουν. Η γνώση της αυθαίρετης φύσης του στίγματος μπορεί τελικά να απελευθερώσει τα άτομα αυτά από την ευθύνη που κουβαλάνε. Όταν πραγματοποιηθεί αυτή η διαδικασία μέσα από κοινωνικά κινήματα, το βάρος του στίγματος μεταφέρεται αλλού, στην ίδια την κοινωνία.(Ainlay et al, 1986, σελ. 7) .

Η ανάληψη συλλογικής δράσης δεν είναι βέβαια ο μοναδικός τρόπος αντίδρασης των ατόμων στο στιγματισμό που δέχονται. Ο τρόπος, με τον οποίο τα άτομα θα αντιδράσουν, εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την αποδοχή από μέρους τους των κυρίαρχων κοινωνικών αξιών και αντιλήψεων σχετικά με την κατάστασή τους αλλά και από την εικόνα τους για τον εαυτό τους. Μπορεί δε να συμπεριλαμβάνει τόσο ενεργητικές όσο και παθητικές αντιδράσεις, οι οποίες να κυμαίνονται από διαδικασίες 'ομαλοποίησης' (normalisation) έως και πλήρους 'απόσυρσης' (retreatism) από το κοινωνικό σύνολο (M., Morgan, M., Calnan, & N., Manning, 1985 σελ. 69, Anspach, R., 1979, σ. 765-773).

Εντούτοις η ανάληψη συλλογικής δράσης για τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους είναι μία πραγματικότητα, εδώ και χρόνια, για τα οροθετικά άτομα, ιδιαίτερα στην Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη. Πρέπει βέβαια να τονισθεί ότι σε αυτή τη δράση, τόσο στην περίπτωση του AIDS όσο και σε άλλες περιπτώσεις στιγματισμού, ο ρόλος των ομάδων υποστήριξης είναι πολύ σημαντικός. Εκτός από το ότι παρέχουν στα μέλη πληροφορίες, που μπορεί να τα βοηθήσουν να αντεπεξέλθουν στο στίγμα και τα αποτελέσματά του, μπορούν επίσης να βοηθήσουν και στην ανάπτυξη ισχυρών ομάδων, που μπορούν να οδηγήσουν στη δημιουργία κοινωνικών κινημάτων για τη μείωση αν όχι και εξάλειψη του στιγματισμού.

Οι ομάδες υποστήριξης όμως δεν μπορούν να σηκώσουν από μόνες τους αυτό το βάρος. Σε μία προσπάθεια εξάλειψης του στίγματος είναι απαραίτητη τόσο η παρουσία της πολιτείας, όσο και των ίδιων των στιγματισμένων ατόμων. Από τη

μεριά της πολιτείας, πολύτιμη μπορεί να αποβεί η σωστή εκπαίδευση από τη μικρή ηλικία καθώς και η εξοικείωση μη στιγματισμένων ατόμων με στιγματισμένα άτομα (Spicker, 1984, σελ. 137). Έχει αποδειχθεί ότι, όταν συναναστρέφονται στιγματισμένοι με μη στιγματισμένους, σε περιπτώσεις σχέσεων συνεργασίας, μπορεί να επέλθει αλλαγή στα στερεότυπα ή στον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα στερεότυπα κατά τη διαδικασία κρίσης των ατόμων (Ainlay et al, 1986, σ. 119-120). Επίσης η πολιτική οφείλει να κατευθύνεται στην επανένταξή των στιγματισμένων ατόμων στην κοινωνία, αποκαθιστώντας την ικανότητά τους να λειτουργήσουν και αλλάζοντας την αντίληψή τους για το ρόλο τους (Spicker, 1984, σελ. 79).

Μία από τις πολλές προτάσεις που υπάρχουν για την περίπτωση του AIDS είναι η συμμετοχή οροθετικών ατόμων σε προγράμματα ενημέρωσης νέων για την προφύλαξη από την ασθένεια. Η εξοικείωση με τα οροθετικά άτομα μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του στιγματισμού τους. Παράλληλα τα μηνύματα γι α προφύλαξη, που θα δίνονται στους νέους από τα άτομα αυτά, θα είναι αμεσότερα και θα βρίσκουν πιο εύκολα το στόχο τους, ενώ ταυτόχρονα θα πραγματοποιείται η σταδιακή επανένταξή των οροθετικών στην κοινωνία και η αλλαγή της αντίληψης των ίδιων για το ρόλο τους σ' αυτήν. Όσον αφορά τώρα στα ίδια τα στιγματισμένα άτομα, πρέπει να συνειδητοποιήσουν με τη βοήθεια και των ομάδων συμπαράστασης ότι έχουν επιλογή σχετικά με το κατά πόσο θα δεχτούν τη στιγματισμένη κατάστασή τους και τις αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις ή θα συνεχίσουν να διεκδικούν την ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία (Ainlay et al, 1986 σελ. 229).

Μπορεί με όλα αυτά να εξαλειφθεί ποτέ ο στιγματισμός από τις ανθρώπινες κοινωνίες; Σύμφωνα με μία άποψη το στίγμα πάντα θα αποτελεί ένα μέρος της ανθρώπινης υπόστασης (Ainlay et al, 1986, σελ. 13). Σύμφωνα με μία άλλη ωστόσο το στίγμα θα εξαφανιστεί, όταν δεν θα υπάρχει πλέον η ανάγκη να νομιμοποιείται ο κοινωνικός αποκλεισμός και η απομόνωση και όταν οι άνθρωποι το θεωρήσουν απαραίτητο και ωφέλιμο να αντιλαμβάνονται και να εστιάζονται στις βασικές ομοιότητες, που μοιράζονται με τα άτομα που οι ίδιοι στιγματίζουν, παρά στις διαφορές που τους χωρίζουν. (Ainlay et al, 1986, σελ. 229).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΥΣΗΣ ΤΟΥ AIDS (Μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας)

Στο πρώτο μέρος αυτού του κειμένου παρουσιάστηκε και αναλύθηκε διεξοδικά η κοινωνική φύση του AIDS, μέσα από τις θεωρητικές προσεγγίσεις των διαφόρων μελετητών γύρω από τις έννοιες της νόσου, της κοινωνικής νόσου και του στίγματος. Στο δεύτερο μέρος, που μόλις ξεκινά, η κοινωνική φύση του AIDS αποκαλύπτεται και επιβεβαιώνεται μέσα από την παρουσίαση της εμπειρικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε μ' αυτόν το στόχο.

Η διερεύνηση της κοινωνικής φύσης του AIDS, που αποτελεί τον πυρήνα αυτής της εμπειρικής έρευνας, εστιάστηκε στη διερεύνηση της αντίδρασης της κοινωνίας στη νόσο. Η αντίδραση αυτή μπορεί να έχει άμεση ή και έμμεση έκφραση, επίσημη ή και ανεπίσημη μορφή. Η διερεύνηση, που επιχειρήθηκε, αφορά σε όλες τις εκφράσεις και σε όλες τις μορφές της. Μ' αυτόν τον τρόπο και μέσα απ' αυτή την προσπάθεια ήρθαν στην επιφάνεια χαρακτηριστικά της κοινωνικής φύσης του AIDS, που αλλιώς θα ήταν πολύ δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να διερευνηθούν. Συγκεκριμένα, μέσα από την προσπάθεια αυτή προέκυψαν σημαντικά στοιχεία σχετικά με:

Α) Τη θεωρητική πρόσληψη της νόσου. Η αντίδραση της κοινωνίας στο AIDS, με όποιον τρόπο και αν εκδηλώνεται, δεν μπορεί παρά να αποτελεί έκφραση αυτής της πρόσληψης, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο.

Β) Την επίδραση της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου. Για να φανεί και να γίνει κατανοητός ο τρόπος, με τον οποίο επιδρά η κοινωνία στο AIDS, πρέπει να διερευνηθεί ο τρόπος, που αντιδρά η κοινωνία στη νόσο αυτή. Πρέπει να αναζητηθούν και να αξιολογηθούν τα μέτρα που λαμβάνει απέναντί της. Πρέπει να εκτιμηθούν τα όποια αποτελέσματα έχει ή μπορεί να έχει η πολιτική που εφαρμόζεται για την αντιμετώπισή της. Μόνον έτσι μπορούν να γίνουν κάποιες προβλέψεις στα πλαίσια μίας τρέχουσας διερεύνησης της άσκησης πολιτικής και να καταγραφούν τα μακροχρόνια αποτελέσματα αυτής της αντίδρασης, στα πλαίσια μίας ιστορικής διερεύνησης της άσκησης πολιτικής σχετικά με την επίδραση της κοινωνίας στη νόσο.

Γ) Τη μακροχρόνια επίδραση της νόσου στην κοινωνία. Η επίδραση αυτή, στο επίπεδο των ανθρώπινων σχέσεων, αποτελεί μία αντανάκλαση της αντίδρασης της κοινωνίας στο AIDS. Αυτό γίνεται κατανοητό, αν σκεφτούμε, ότι μέσα από την

αντίδραση της κοινωνίας στο AIDS φαίνεται ο τρόπος με τον οποίο αυτή η κοινωνία δέχεται και αντιμετωπίζει τη νόσο. Αντίστοιχα όμως, ανάλογα με το είδος αυτής της αντίδρασης, φαίνεται και ο τρόπος με τον οποίο η ίδια η νόσος έχει επηρεάσει τις ανθρώπινες σχέσεις μέσα στα πλαίσια αυτής της κοινωνίας.

Αν για παράδειγμα η αντίδραση μίας κοινωνίας στο AIDS είναι αρνητική και φανερώνει έλλειψη αποδοχής, στιγματισμό και περιθωριοποίηση των οροθετικών ατόμων, προκύπτει το συμπέρασμα ότι η νόσος αυτή έχει επηρεάσει αρνητικά ή ακόμα και ότι έχει αλλοιώσει τις ανθρώπινες σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της κοινωνίας. Έχει δημιουργήσει ή και προκαλέσει την έκφραση αρνητικών αντιδράσεων, αποτελώντας παράγοντα διάσπασης της κοινωνικής συνοχής και διαταραχής των διαπροσωπικών σχέσεων. Αντίθετα βέβαια, αν στις αντιδράσεις μίας κοινωνίας απέναντι στη νόσο εμφανίζονται φαινόμενα ευαισθητοποίησης, αποδοχής και ανθρωπισμού, είναι λογικό το συμπέρασμα ότι η νόσος αυτή έχει λειτουργήσει και θετικά στις ανθρώπινες σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της κοινωνίας. Έχει δηλαδή αποτελέσει και παράγοντα ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και ομαλοποίησης των διαπροσωπικών σχέσεων.

Τέλος, αν στις αντιδράσεις μίας κοινωνίας απέναντι στη νόσο εμφανίζονται φαινόμενα και θετικής αλλά και αρνητικής αντιμετώπισης[55], προκύπτει το συμπέρασμα ότι η νόσος έχει επιδράσει και με τους δύο τρόπους στις ανθρώπινες σχέσεις των μελών αυτής της κοινωνίας. Σ' αυτή την περίπτωση το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στον βαθμό της κάθε επίδρασης της νόσου, θετικής και αρνητικής, και στο ποια από τις δύο υπερτερεί στο κοινωνικό σύνολο.

Βεβαίως η αντίδραση της κοινωνίας στο AIDS δεν είναι το μοναδικό στοιχείο μέσα από τον οποίο αντλούνται πληροφορίες για την κοινωνική φύση της νόσου. Έτσι για παράδειγμα στο επίπεδο της επίδρασης της νόσου στην κοινωνία υπάρχουν και άλλοι αντικειμενικοί παράγοντες, που παίζουν σημαντικό ρόλο. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι μακροχρόνιες επιπτώσεις της νόσου στην οικονομία μίας κοινωνίας αλλά και στην δημογραφική εξέλιξή της. Εντούτοις, αναφορικά με τις ανθρώπινες σχέσεις η αντίδραση μίας κοινωνίας στο AIDS μπορεί να αποτελέσει μία ένδειξη με ιδιαίτερη βαρύτητα.

Η αντίδραση της κοινωνίας στη νόσο διερευνήθηκε τόσο μέσα από την άμεση έκφρασή της με την επίσημη μορφή της, όσο και μέσα από τις έμμεσες, ανεπίσημες

[55] Αυτή είναι και η πιο συχνή περίπτωση στο σύνολο των ανθρώπινων κοινωνιών.

εκδηλώσεις της. Στην πρώτη περίπτωση η προσπάθεια επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της πολιτικής που εφαρμόζεται για το AIDS και των μέτρων που αυτή περιλαμβάνει. Στη δεύτερη περίπτωση αναζητήθηκαν οι όποιες αρνητικές εκδηλώσεις απέναντι στη νόσο και τα οροθετικά άτομα, σε επίπεδο καθημερινών, διαπροσωπικών σχέσεων.

Σαφώς οι διαφορετικές εκφράσεις και μορφές της αντίδρασης της κοινωνίας στο AIDS δεν είναι παρά διαφορετικοί τρόποι εκδήλωσης της ίδιας πραγματικότητας. Γι αυτόν το λόγο συνεχώς αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοσυμπληρώνονται. Έτσι η πολιτική για τη νόσο επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις διαπροσωπικές, καθημερινές, ανθρώπινες σχέσεις. Αντίστοιχα οι ίδιες αυτές σχέσεις επιδρούν καταλυτικά στην άσκηση της πολιτικής για τη νόσο και στα όποια αποτελέσματα μπορεί να έχει, είτε λαμβάνουν χώρα μέσα στους χώρους άσκησης αυτής της πολιτικής ή έξω από αυτούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Α. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ - ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η επιλογή των μεθόδων και τεχνικών, που χρησιμοποιήθηκαν κατά το σχεδιασμό αλλά και τη διεξαγωγή της εμπειρικής έρευνας, έγινε με βάση τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του προς διερεύνηση θέματος. Ο στόχος αυτής της επιλογής ήταν η επίτευξη της διεξαγωγής της έρευνας με τα λιγότερα πρακτικά προβλήματα και δυσκολίες και ταυτόχρονα τα πιο ολοκληρωμένα συμπεράσματα σε κάθε μία από τις βασικές και επιμέρους υποθέσεις εργασίας.

Σύμφωνα με το σκεπτικό αυτό επιλέγηκαν ως επιμέρους τρόποι μελέτης του αντικειμένου:

- Η επεξεργασία της τρέχουσας βιβλιογραφίας πάνω στο αντικείμενο,
- Η επεξεργασία 'φαιάς' βιβλιογραφίας σχετικής με το αντικείμενο,
- Ημιδομημένες, ανοιχτές συνεντεύξεις με 50 συνολικά άτομα από διαφορετικές κατηγορίες πληθυσμού. Το κοινό όλων των ερωτώμενων ατόμων ήταν η άμεση ή έμμεση σχέση τους με το αντικείμενο[56].

Αντίστοιχα, επιλέγηκε η ποιοτική μέθοδος έναντι της ποσοτικής και για τους τρεις επιμέρους τρόπους μελέτης. Η επιλογή αυτή βασίστηκε στα παρακάτω:

1. Τόσο στην περίπτωση της τρέχουσας βιβλιογραφίας όσο και σ' αυτήν της 'φαιάς' βιβλιογραφίας η ποιοτική επεξεργασία είναι ο μόνος δυνατός τρόπος, δεδομένου ότι δεν τίθεται ζήτημα δείγματος ή ποσοτικής μέτρησης. Εξάλλου το ζητούμενο μέσα από την επεξεργασία και των δύο αυτών ειδών βιβλιογραφίας ήταν η άντληση πληροφοριών και δεδομένων γύρω από τις βασικές και επιμέρους υποθέσεις εργασίας.
2. Στην περίπτωση των συνεντεύξεων τα άτομα που ερωτήθηκαν ήταν πρακτικά αδύνατο να αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα τυχαίας επιλογής, δεδομένης της φύσης της νόσου και του ιατρικού απορρήτου, που ισχύει, θεωρητικά τουλάχιστον, γι αυτήν. Έτσι οι ερωτώμενοι επιλέγηκαν σα μέλη συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων, οι οποίες όμως σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το AIDS. Η επιλογή των ομάδων αυτών βασίστηκε σ' αυτήν ακριβώς τη σχέση τους με τη νόσο ή και τα άτομα που έχουν μολυνθεί από αυτήν. Ως

[56] Βλέπε παρακάτω, ενότητα Β'. Διεξαγωγή της εμπειρικής έρευνας.

μέθοδος άντλησης των πληροφοριών επιλέγηκε η ανοιχτή, ημιδομημένη συνέντευξη. Μ' αυτόν τον τρόπο θεωρήθηκε ότι θα εξασφαλιστούν περισσότερες και πιο αξιόπιστες πληροφορίες γύρω από το θέμα. Η χρησιμότητα των μεθόδων, που επιλέγηκαν, φαίνεται καθαρότερα στη συνέχεια, όπου γίνεται λόγος για την εφαρμογή κάθε μίας από αυτές στην προσπάθεια διερεύνησης της κοινωνικής φύσης του AIDS και στα τρία επίπεδα που αναφέρθηκαν παραπάνω[57].

Η αναζήτηση της 'κοινωνικής φύσης' του AIDS στα τρία επίπεδα πραγματοποιήθηκε, όπως αναφέρεται παραπάνω, μέσα από τη διερεύνηση της αντίδρασης της κοινωνίας στην εμφάνιση της νόσου. Η έκφραση της κοινωνικής αντίδρασης στο φαινόμενο AIDS εξετάστηκε με δύο μορφές, σε δύο αντίστοιχα επίπεδα: **α) της πολιτικής για το AIDS ως επίσημης έκφρασης της κοινωνικής αντίδρασης σε συλλογικό επίπεδο, β) του στιγματισμού των οροθετικών ατόμων ως 'ανεπίσημης' έκφρασης της κοινωνικής αντίδρασης σε επίπεδο ομάδας, οικογένειας, ατόμου.** Στο πρώτο επίπεδο η προσπάθεια επικεντρώθηκε στη διερεύνηση :

Α/ της πολιτικής για το AIDS, όσον αφορά στην πρόληψη της νόσου και

Β/ της πολιτικής για το AIDS, όσον αφορά στη θεραπεία της νόσου. Στο δεύτερο επίπεδο η διερεύνηση είχε τρία σκέλη:

Α/ της διαμόρφωσης του στίγματος μέσα από την κοινωνία,

Β/ της έκφρασης του στίγματος μέσα στην κοινωνία και

Γ/ της βίωσης του στίγματος από το οροθετικό άτομο και την οικογένειά του.

Β. ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η εμπειρική έρευνα στα πλαίσια αυτής της διατριβής χωρίστηκε σε δύο μέρη. Το πρώτο αφορούσε στην διαδικασία προετοιμασίας των συνεντεύξεων και το δεύτερο στη διεξαγωγή τους. Στα πλαίσια της διαδικασίας προετοιμασίας των συνεντεύξεων συγκεντρώθηκαν, επεξεργάστηκαν και αναλύθηκαν μία σειρά εγγράφων σχετικά με την Πολιτική του AIDS στην Ελλάδα.

[57] 1) της θεωρητικής πρόσληψης της νόσου, 2) της επίδρασης της κοινωνίας στη νόσο, 3) των μακροχρόνιων επιδράσεων της νόσου στην κοινωνία.

Το σύνολο αυτών των εγγράφων - περί τα 85- αποτελείται από Εγκυκλίους, διατάξεις, Φ.Ε.Κ. και υπηρεσιακά εσωτερικά σημειώματα, που αναφέρονται σε επίσημους ή μη τρόπους αντιμετώπισης της νόσου και των οροθετικών ατόμων μέσα στα πλαίσια αυτής της πολιτικής. Αφορούν δηλαδή είτε σε γενικούς και ειδικούς επίσημους κανόνες και οδηγίες, που οφείλουν να ακολουθούν, σύμφωνα πάντα με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, όλα τα νοσοκομεία ή και οι υπηρεσίες που έρχονται σε επαφή με οροθετικά άτομα ή σε ανεπίσημες οδηγίες σχετικά με την αντιμετώπιση συγκεκριμένων, μεμονωμένων ή έκτακτων περιστατικών. Τα έγγραφα αυτά συγκεντρώθηκαν μετά από έγγραφη αίτηση του μελετητή στο ίδιο το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων το 1996 και καλύπτουν χρονική περίοδο δέκα (10) ετών -από το 1983 έως και το 1993. Ο τρόπος επεξεργασίας τους αναλύεται διεξοδικά παρακάτω στην ενότητα που παρουσιάζεται η διερεύνηση της Πολιτικής για το AIDS.

Το κομμάτι της εμπειρικής έρευνας που αφορά στην διεξαγωγή των συνεντεύξεων, πραγματοποιήθηκε σε συνολικά **έξι (6)** κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, **πέντε (5)** από τα οποία βρίσκονται στην Αθήνα και **ένα (1)** στη Θεσσαλονίκη. Η χρονική διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας ήταν περίπου **εννέα (9)** μήνες, ξεκινώντας με τις πρώτες πιλοτικές συνεντεύξεις το καλοκαίρι του 1997 και ολοκληρώνοντας και την τελευταία το Μάρτιο του 1998. Το σύνολο των συνεντεύξεων ήταν **πενήντα (50)** και κάλυπταν οκτώ 8 διαφορετικές κατηγορίες ερωτώμενων, ανάλογα με τον τρόπο σύνδεσής τους με το AIDS ή και τα οροθετικά άτομα. Οι κατηγορίες αυτές ήταν οι ακόλουθες:

9. **Γιατροί,**
10. **Άτομα νοσηλευτικού προσωπικού,**
11. **Επιστήμονες** και συγκεκριμένα **ψυχίατρος, ψυχολόγοι** και **κοινωνικοί λειτουργοί,**
12. **Εκπρόσωποι Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας,**
13. **Εκπρόσωποι Ιδιωτικών Σωματείων και Συλλόγων Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων,**
14. **Οροθετικά άτομα,**
15. **Βουλευτής,**
16. **Δημοσιογράφοι.**

Στις περισσότερες περιπτώσεις τα άτομα, που είχαν επιλεγεί για τις συνεντεύξεις μέσα από αυτές τις κατηγορίες, δέχτηκαν να με συναντήσουν και να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους έθεσα. Σε λίγες περιπτώσεις βρέθηκα

αντιμέτωπη με προσπάθεια αποφυγής από μέρους τους ή με αρνήσεις, οι οποίες ήταν συνήθως έμμεσες και στηρίζονταν σε κάποιες προφάσεις.

Οι δυσκολίες, που προέκυψαν απ' αυτές τις αρνήσεις, σε κάποιες περιπτώσεις, με οδήγησαν στην αναγκαστική αλλαγή της επιλογής των ερωτώμενων ατόμων. Αυτό έγινε για παράδειγμα σε δύο περιπτώσεις ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού. Σε άλλες όμως, όπως για παράδειγμα στους βουλευτές, που η αλλαγή αυτή δεν ήταν δυνατή, η μόνη επιλογή ήταν η εξαίρεση των ατόμων αυτών από την προεπιλεγμένη λίστα των ερωτώμενων. Για το λόγο αυτό, ενώ η αρχική πρόβλεψη των ερωτώμενων βουλευτών ήταν τέσσερα άτομα, συνέντευξη πραγματοποιήθηκε μόνο με ένα απ' αυτά.

Οι επιμέρους πρακτικές δυσκολίες, που παρουσιάστηκαν κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, και ο τρόπος αντιμετώπισής τους αναφέρονται στη συνέχεια, όπου παρουσιάζεται επίσης αναλυτικά και ο αριθμός των ερωτώμενων από κάθε μία κατηγορία.

ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ, ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ

Το σύνολο των συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι πενήντα (50) και κάλυψαν τις προβλεπόμενες κατηγορίες προσώπων. Συγκεκριμένα ερωτήθηκαν:

1. **Δεκατρείς (13) Γιατροί** : Δώδεκα (12) που εργάζονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα (έξι (6) συνολικά , πέντε (5) στην Αθήνα και ένα (1) στη Θεσσαλονίκη) που περιθάλπουν και νοσηλεύουν οροθετικά άτομα[58] και ένας (1) που ασχολείται αποκλειστικά με την παρακολούθηση των ατόμων που φιλοξενεί ο Ξενώνας οροθετικών ατόμων στα Καμίνια. Κατά τη διαδικασία σχεδιασμού της έρευνας τα άτομα αυτά είχε οριστεί ότι έπρεπε να είναι γιατροί σε πλήρη απασχόληση στη συγκεκριμένη θέση, μέσα στην Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων. Εντούτοις, ενώ αυτή η προϋπόθεση τηρήθηκε στις περισσότερες περιπτώσεις, στάθηκε αδύνατο να τηρηθεί σε όλες. Οι λόγοι ήταν καθαρά πρακτικοί και δεν αφορούσαν στην

[58] Ο όρος «οροθετικό άτομο» δηλώνει την ύπαρξη του ιού του AIDS στο αίμα ενός ατόμου, χωρίς όμως να δίνει πληροφορίες για την κατάσταση υγείας του ατόμου αυτού. Όπως μου επισημάνθηκε κατά τη διαδικασία των συνεντεύξεων -από τους ειδικούς πάνω στο AIDS επιστήμονες- έχει αντικαταστήσει τους προηγούμενους όρους «φορέας» και «ασθενής» του AIDS, διότι είναι ακριβέστερος και κατά συνέπεια σωστότερος.

επιλογή του μελετητή. Συγκεκριμένα μία από τις δύο γιατρούς ενός από τα νοσοκομεία της Αθήνας ήταν μερικής απασχόλησης, διότι στην Μονάδα δεν υπήρχαν δύο γιατροί πλήρους απασχόλησης. Έτσι αναγκαστικά η μία επιλογή έπρεπε να είναι γιατρός μερικής απασχόλησης. Αντίστοιχα ένας ακόμη γιατρός σε άλλο νοσοκομείο ανάφερε, ότι είναι μεν πλήρους απασχόλησης στην πράξη, αλλά άτυπα, διότι δε φαίνεται πουθενά ότι είναι εκεί και εργάζεται. Δεδομένου ότι στη συγκεκριμένη Μονάδα, την εποχή διεξαγωγής των συνεντεύξεων υπήρχαν μόνον **δύο γιατροί, δεν** υπήρχαν δυνατότητες άλλης επιλογής.

2. **Δώδεκα (12) Άτομα νοσηλευτικού προσωπικού**, από τα οποία τα τέσσερα (4) βρίσκονται στη θέση της Προϊσταμένης Κλινικής. Δεδομένου ότι τα νοσοκομεία στα οποία πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις ήταν στο σύνολό τους **έξι (6)** τόσες θα έπρεπε να ήταν και οι συνεντεύξεις των προϊσταμένων. Όμως σε δύο από τα νοσοκομεία στάθηκε αδύνατη η πραγματοποίηση της συνέντευξης από τα συγκεκριμένα άτομα. Στο ένα από αυτά διότι η προϊσταμένη κλινικής αρνήθηκε, με διάφορες προφάσεις, να μιλήσει στο μελετητή και τον παρέπεμψε σε μία νοσηλεύτρια, η οποία ήταν 'υπεύθυνη τμήματος'[59] και αντικαθιστούσε την προϊσταμένη για τα συγκεκριμένα περιστατικά. Στο δεύτερο, διότι το νοσοκομείο βρισκόταν εκτός Αθηνών -συγκεκριμένα ήταν στη Θεσσαλονίκη- και τη συγκεκριμένη ημέρα της επίσκεψης σε αυτό, η προϊσταμένη δεν μπορούσε να παραχωρήσει συνέντευξη. Εντούτοις άλλη μία από τις νοσηλεύτριες, σε ένα από τα νοσοκομεία της Αθήνας, βρισκόταν σε θέση 'Υπεύθυνης ιατρείου AIDS', παράλληλα με την προϊσταμένη της κλινικής, στην οποία νοσηλεύονταν τα περιστατικά και μέσα στο ίδιο νοσοκομείο και από την οποία είχα ήδη πάρει συνέντευξη. Έτσι, εκτός από τις τέσσερις (4) συνεντεύξεις των προϊσταμένων των κλινικών των νοσοκομείων, που υπάρχουν και οι Μ.Ε.Λ, προέκυψαν άλλες δύο από άτομα σε υπεύθυνη θέση για τους οροθετικούς και τη νοσηλεία τους μέσα στα νοσοκομεία.
3. **Επτά (7) Επιστήμονες,** που εργάζονται σε νοσοκομεία ή άλλους φορείς και λόγω ειδικότητας έρχονται σε άμεση επαφή με οροθετικά άτομα ή και μέλη των οικογενειών τους. Ούτε σ' αυτή την κατηγορία μπόρεσε να εξασφαλιστεί η επιλογή ατόμων πλήρους απασχόλησης στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων. Ο λόγος ήταν και πάλι πρακτικός και αφορούσε στην απουσία αυτής της

[59] Το τμήμα ήταν για περιστατικά AIDS αλλά και ωτορυνολαρυγγολογικά.

προϋπόθεσης. Συγκεκριμένα μόνο στα τέσσερα από τα έξι νοσοκομεία υπήρχε παρουσία ψυχολόγου ή και ψυχιάτρου, ενώ σε ένα από αυτά η ψυχολόγος ανήκε στη Ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου και επισκεπτόταν μόνον περιστασιακά τη Μ.Ε.Λ., όταν προέκυπτε κάποια πολύ συγκεκριμένη ανάγκη. Το ίδιο συνέβαινε και με τον έναν ψυχίατρο που ερωτήθηκε. Τα άτομα από τα οποία τελικά πάρθηκαν οι συνεντεύξεις ήταν τα ακόλουθα: **ένας (1) Ψυχίατρος,** που καλύπτει τις ανάγκες ενός νοσηλευτικού ιδρύματος και του Συμβουλευτικού Σταθμού, **τέσσερις (4) Ψυχολόγοι,** τρεις (3) σε νοσηλευτικά ιδρύματα και ένας (1) στον Συμβουλευτικό Σταθμό και **δύο (2) Κοινωνικοί Λειτουργοί,** ένας (1) στον Ξενώνα Καμινίων και ένας (1) νοσηλευτικού ιδρύματος.

4. **Πέντε (5) Εκπρόσωποι Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας** που ασχολούνται με το AIDS και την άσκηση πολιτικής άμεσα, μέσω της ενασχόλησής τους με οροθετικά άτομα ή έμμεσα μέσω διοικητικών ή άλλων δραστηριοτήτων : **Δύο (2) Κοινωνιολόγοι του ΚΕΕΛ** (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων), **ένας (1) Νομικός Σύμβουλος του ΚΕΕΛ, ένας (1) Διευθυντής του Ξενώνα, ένας (1) Εκπρόσωπος του προγράμματος «Κατ' οίκον Νοσηλεία».**
5. **Δύο (2) Εκπρόσωποι Ιδιωτικών Σωματείων και Συλλόγων Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων.** Το σύνολο των εκπροσώπων που ερωτήθηκαν ήταν **τέσσερα (4)** άτομα. Τα δύο όμως από αυτά είχαν και άλλες, δηλαδή διπλές αν όχι πολλαπλές, ιδιότητες και έχουν ενταχθεί στις αντίστοιχες κατηγορίες ερωτώμενων. Έτσι για παράδειγμα το ένα άτομο ήταν γιατρός, ήταν μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του ΚΕΕΛ, ενώ παράλληλα ήταν μέλος και εκπροσωπούσε ένα ιδιωτικό σωματείο. Το άτομο αυτό έχει ενταχθεί στην κατηγορία των γιατρών. Το άλλο άτομο ήταν ψυχολόγος σε νοσηλευτικό ίδρυμα, δούλευε σε τηλεφωνική γραμμή για το AIDS, ενώ παράλληλα ήταν ιδρυτικό μέλος ιδιωτικού συλλόγου και μίλησε στο μελετητή και με την ιδιότητα του εκπροσώπου του κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Το άτομο αυτό έχει ενταχθεί στην κατηγορία των επιστημόνων.
6. **Έξι (6) Οροθετικά άτομα**, τέσσερα (4) από τα οποία άντρες και δύο (2) γυναίκες.
7. **Ένας (1) Βουλευτής** και εκπρόσωπος του κόμματος, στο οποίο ανήκει, σε θέματα υγείας στη Βουλή. Η αρχική επιθυμία ήταν να ερωτηθούν τέσσερις (4) βουλευτές, που ασχολούνταν με την εκπροσώπηση των θέσεων του κόμματός τους στο Κοινοβούλιο σε θέματα υγείας. Θα ήταν ένας από κάθε πολιτικό κόμμα, από τα

τέσσερα (4) μεγαλύτερα, που εκείνη την εποχή εκπροσωπούνταν στην Ελληνική Βουλή, δηλαδή το ΠΑ.ΣΟ.Κ, τη Νέα Δημοκρατία, το Κ.Κ.Ε και το Συνασπισμό. Εντούτοις, παρά τις συνεχόμενες, πολύμηνες προσπάθειές του μελετητή να κλείσει ραντεβού με κάθε έναν από αυτούς του βουλευτές, μόνον ένας δέχτηκε τελικά να παραχωρήσει συνέντευξη.

8. **Τέσσερις (4)Δημοσιογράφοι**: ένας (1) εβδομαδιαίας και τρεις (3) ημερησίων εφημερίδων, που ασχολούνται αποκλειστικά με θέματα υγείας και φυσικά και με το AIDS. Η προοπτική και εδώ ήταν να είναι πέντε (5) οι δημοσιογράφοι, αλλά ένα από τα άτομα που είχαν επιλεγεί, λόγω υψηλής κυκλοφορίας της εφημερίδας στην οποία ανήκε, δεν δέχτηκε να δώσει συνέντευξη στο μελετητή παρά τις πολύμηνες προσπάθειες και τα πολλαπλά τηλεφωνήματα που έγιναν προς αυτό. Η δικαιολογία που πρόβαλε ήταν αυτή της έλλειψης χρόνου.

Η συνέντευξη ήταν ίδια για **όλες** τις κατηγορίες προσώπων. **Όλα** τα ερωτήματα τέθηκαν σε **όλους** τους ερωτώμενους. Η μόνη διαφοροποίηση που έγινε από μέρους του μελετητή ήταν στη σειρά με την οποία τέθηκαν τα ερωτήματα και έγινε με γνώμονα την ιδιότητα του ερωτώμενου ατόμου και την αμεσότητα της σχέσης του με το AIDS ή και με τα οροθετικά άτομα.

Έτσι, στα άτομα της $4^{ης}$,$7^{ης}$ και $8^{ης}$ κατηγορίας[60] το Πρώτο μέρος της συνέντευξης[61], μετά τα γενικά ερωτήματα, αφορούσε στην Πολιτική για το AIDS στην Ελλάδα και το Δεύτερο μέρος στο στιγματισμό των οροθετικών ατόμων. Στις υπόλοιπες κατηγορίες, το Πρώτο μέρος της συνέντευξης αφορούσε στον στιγματισμό των οροθετικών ατόμων και το Δεύτερο μέρος στην Πολιτική για το AIDS στην Ελλάδα. Η διαφοροποίηση αυτή έγινε με σκοπό να κεντρίσω το ενδιαφέρον του ερωτώμενου ατόμου για τη συνέντευξη, ξεκινώντας μ' αυτό που θα του ήταν πιο οικείο και για το οποίο θα είχε ενδεχομένως περισσότερα να πεί.

Ο χρόνος σύνδεσης των ερωτώμενων με το AIDS, επαγγελματικά, εθελοντικά ή με οποιονδήποτε άλλο τρόπο, ποίκιλε πολύ και κυμαινόταν από μερικούς μήνες[62] έως και δεκαέξι (16) χρόνια, πριν ακόμη δηλαδή εμφανιστεί το AIDS στην Ελλάδα. Οι περισσότερες περιπτώσεις πολυετούς -και ιδιαίτερα από τα 10 χρόνια και πάνω-

[60] Εκπρόσωποι δημόσιων Υπηρεσιών και φορέων υγείας και πρόνοιας, βουλευτής, δημοσιογράφοι.
[61] Βλέπε κείμενο συνεντεύξεων στο Παράρτημα ΙΙ.
[62] Την εποχή διεξαγωγής των συνεντεύξεων, δηλαδή μεταξύ Μαίου 1997 και Μαρτίου 1998.

σύνδεσης με τη νόσο εμφανίστηκαν αφενός μεν σε γιατρούς και αφετέρου σε οροθετικούς.

Στην πρώτη κατηγορία, οι συγκεκριμένοι ερωτώμενοι είχαν ασχοληθεί με το AIDS στο εξωτερικό, πριν ακόμη εμφανιστεί στη χώρα μας. Στη δεύτερη περίπτωση οι ερωτώμενοι ήταν από τα πρώτα κρούσματα του AIDS που διαγνώσθηκαν στην Ελλάδα. Μία δε από αυτές τις τελευταίες περιπτώσεις ήταν από τις πρώτες που διαγνώσθηκαν στον κόσμο, όπως χαρακτηριστικά ειπώθηκε από το ίδιο το άτομο. Εντούτοις ο μέσος όρος των ετών, που οι ερωτώμενοι συνδέονται με το AIDS, είναι 6,2 χρόνια[63].

Οι απαντήσεις στα Γενικά Ερωτήματα,[64] που τέθηκαν, έδωσαν τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων. Η πρώτη ερώτηση, σε κάθε μία κατηγορία, είχε σα στόχο την επιβεβαίωση των χαρακτηριστικών βάσει των οποίων επιλέγηκαν τα άτομα για να ερωτηθούν. Ο στόχος αυτός επιτεύχθηκε, δεδομένου ότι οι απαντήσεις επιβεβαίωσαν τα κριτήρια επιλογής των ερωτώμενων.

Η δεύτερη ερώτηση στόχευε στη διερεύνηση του χρόνου σύνδεσης του κάθε ατόμου με τη νόσο είτε με τη μορφή επαγγελματικής / εθελοντικής ενασχόλησης μ' αυτήν ή λόγω της οροθετικότητάς του. Μ' αυτόν τον τρόπο, βέβαια, προέκυψε και ο μέσος όρος σύνδεσης του συνόλου των ερωτώμενων με τη νόσο. Μέσα απ' αυτή τη διερεύνηση φάνηκε ότι στο σύνολο των ερωτώμενων ο χρόνος αυτός, τόσο ο ατομικός όσο και ο μέσος όρος, είναι επαρκής, ώστε να έχουν την απαραίτητη εμπειρική γνώση σχετικά με το AIDS και τα όποια προβλήματα προκύπτουν από αυτό.

Η τρίτη ερώτηση είχε επίσης διερευνητικό στόχο. Επεδίωκε την αποκάλυψη των σημαντικότερων προβλημάτων ή και αναγκών, που προκύπτουν στις διάφορες κατηγορίες ατόμων, που συνδέονται με τη νόσο και επηρεάζονται -με τον ένα ή τον άλλο τρόπο- απ' αυτή. Η αποκάλυψη αυτών των προβλημάτων και αναγκών στο πρώτο στάδιο της συνέντευξης επιχειρήθηκε γιατί είχε διπλή χρησιμότητα:

1. Θα επιβεβαίωνε ή θα αναιρούσε την επιλογή των ζητημάτων, που θίγονται και διερευνώνται στην συνέχεια της συνέντευξης, διαχωρίζοντας τα σε περισσότερο και λιγότερο σημαντικά.

[63] Με απλό υπολογισμό άθροισης των ετών και διαίρεσης με τον αριθμό των ερωτώμενων.
[64] Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

2. Θα οδηγούσε έτσι στη σταδιακή βελτίωση της συνέντευξης, βοηθώντας με να επικεντρώσω σ' αυτά, που πράγματι ήταν τα σημαντικότερα, περιλαμβάνοντας θέματα που δεν είχα προνοήσει ή και καταργώντας άλλα που ίσως ήταν περιττά ή ασήμαντα.

Ο στόχος επιτεύχθηκε και σ' αυτή την ερώτηση. Από τις πρώτες, πιλοτικές κιόλας συνεντεύξεις, οι απαντήσεις, που δόθηκαν, βοήθησαν σε σημαντικό βαθμό το μελετητή ως προς τον προσανατολισμό της συνέντευξης στα πιο ουσιώδη και σημαντικά ζητήματα, που απασχολούσαν τους ερωτώμενους. Ταυτόχρονα επιβεβαίωναν κάθε φορά την επιλογή αυτών των ζητημάτων και λειτουργούσαν επικουρικά στη διατήρηση της σωστής προοπτικής, σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά, επικεντρώνοντας στην ουσία.

Τα σημαντικότερα προβλήματα και ανάγκες που αναφέρθηκαν από κάθε μία κατηγορία ερωτώμενων ξεχωριστά, αποδείχτηκε, ότι είχαν πολλά κοινά σημεία μεταξύ τους, αγγίζοντας ζητήματα που ήρθαν στην επιφάνεια και στη συνέχεια της συνέντευξης. Τα προβλήματα αυτά και οι αντίστοιχες ανάγκες αφορούσαν[65]:

1. Ζητήματα **υποδομής.** Μέσα σε αυτά περιλαμβάνονται: α) η έλλειψη και η αντίστοιχη επιτακτική ανάγκη πρόσληψης προσωπικού, σε όλες τις βαθμίδες, από γραμματείς, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους έως και γιατρούς όλων των ειδικοτήτων, β) η έλλειψη και η αντίστοιχη ανάγκη εύρεσης ή δημιουργίας ειδικών χώρων για την πραγματοποίηση συγκεκριμένων απαραίτητων εξετάσεων, για συνεντεύξεις και συζήτηση με τους οροθετικούς, για την ψυχοκοινωνική τους υποστήριξη, για την περίθαλψη και νοσηλεία τους κλπ., γ) η έλλειψη και η αντίστοιχη ανάγκη απόκτησης ειδικού εξοπλισμού, όπως π.χ. μηχανημάτων για συγκεκριμένες εξετάσεις, απαραίτητες στα πλαίσια της περίθαλψης των οροθετικών, δ) η έλλειψη οργάνωσης και η αντίστοιχη ανάγκη εφαρμογής της, κυρίως αναφορικά με τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε σχέση με τον καταμερισμό εργασίας, αρμοδιοτήτων κλπ.
2. Ζητήματα **συνεργασίας.** Μέσα σ' αυτά περιλαμβάνονται συχνότερα: α) η έλλειψη ή η προβληματική συνεργασία ανάμεσα στους διαφορετικούς φορείς παροχής υπηρεσιών προς τα οροθετικά άτομα,

[65] Παρουσιάζονται με βάση τη συχνότητα με την οποία αναφέρθηκαν, ξεκινώντας από αυτό που επισημάνθηκε συχνότερα από τους ερωτώμενους και τελειώνοντας με αυτό που αναφέρθηκε σπανιότερα.

κρατικούς ή και ιδιωτικούς, μη κερδοσκοπικούς, β) η έλλειψη ή η προβληματική συνεργασία ανάμεσα στις διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες μεταξύ τους, συνήθως εντός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ή και ανάμεσα σε νοσηλευτικά ιδρύματα, σπανιότερα, γ) η δυσκολία στη συνεργασία των γιατρών ή των εκπροσώπων των διαφόρων φορέων με τα οροθετικά άτομα – τα οποία, όπως αναφέρθηκε, μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να εκφράσουν διστακτικότητα ή απροθυμία ή επιθετικότητα ή ακόμα και εξάρτηση προς αυτούς.

3. Ζητήματα **αποδοχής των οροθετικών ατόμων**. Μέσα σ' αυτά αναφέρθηκαν: α) η έκφραση φόβου προς αυτά από διάφορες κατευθύνσεις συμπεριλαμβανομένων ακόμα και ατόμων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, β) η άρνηση προσέγγισης ή και περίθαλψης και νοσηλείας αυτών των ατόμων, ακόμα και σε περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητη για την ζωή τους, γ) η έκφραση στίγματος προς αυτούς -απ' όλες τις κατευθύνσεις, δ) η έκφραση ρατσιστικών τάσεων προς αυτούς, ε) η τάση απομόνωσής τους.

4. Ζητήματα **ενημέρωσης.** Μέσα σ' αυτά αναφέρθηκαν: α) η ανάγκη καλύτερης ενημέρωσης του προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων για τη σωστότερη αντιμετώπιση τω οροθετικών και την πληρέστερη παροχή υπηρεσιών σχετικών με την περίθαλψη και νοσηλεία τους, β) η ανάγκη ευρύτερης ενημέρωσης των ίδιων των οροθετικών, κυρίως αναφορικά με τις υπάρχουσες υπηρεσίες και τους αντίστοιχους φορείς για την καλύτερη εξυπηρέτησή τους, καθώς και με την πληρέστερη γνώση των δικαιωμάτων και υποχρεώσεών τους, γ) η ανάγκη πιο ολοκληρωμένης και οργανωμένης ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού και κατά ομάδες ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους, με στόχο μια πιο σωστή πολιτική πρόληψης της νόσου.

Τα προβλήματα και οι ανάγκες, που αναφέρθηκαν από τους ερωτώμενους σ' αυτό το στάδιο, καθώς και όλα τα ζητήματα που αυτά άγγιξαν, εντάσσονται στο σύνολό τους στα πλαίσια τόσο της αξιολόγησης της Πολιτικής για το AIDS στην Ελλάδα όσο και του στιγματισμού των οροθετικών ατόμων. Σκιαγράφησαν σημαντικά, κοινωνικά χαρακτηριστικά της νόσου, είτε αυτά ενσωματώνονται στην πολιτική που εφαρμόζεται ή στην αντιμετώπιση των οροθετικών ατόμων.

Αποτέλεσαν μία πρώτη, αλλά ιδιαίτερα σημαντική,[66] ένδειξη της επιβεβαίωσης των βασικών υποθέσεων εργασίας αυτής της διατριβής, όπως αυτά τέθηκαν από το μελετητή και παρουσιάζονται αμέσως παρακάτω. Έφεραν τέλος στην επιφάνεια θέματα που, ενώ δεν είχαν αρχικά ελεγχθεί και συμπεριληφθεί κατά την διαδικασία σχεδιασμού της έρευνας, προστέθηκαν στην πορεία εμπλουτίζοντάς την με σημαντικά συμπληρωματικά ευρήματα[67].

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Ξεκινώντας από το πρώτο επίπεδο διερεύνησης και την **πολιτική για το AIDS στην Ελλάδα,** σε ένα πρώτο στάδιο, επιχειρήθηκε η διερεύνηση **των παραγόντων εκείνων, που καθορίζουν, μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής κοινωνίας, τη διαδικασία και τα μέτρα πρόληψης και θεραπείας.** Η διερεύνηση αυτή οδήγησε το μελετητή στον επίσημο φορέα άσκησης πολιτικής για το AIDS στην Ελλάδα, το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων. Εκεί, κατόπιν γραπτής αίτησης, επετεύχθη η συλλογή της 'φαιάς' βιβλιογραφίας[68] από το μελετητή και φυσικά ακολούθησε η επεξεργασία της. Απ' αυτήν την επεξεργασία έγινε εμφανές ότι ο σχεδιασμός της Πολιτικής για το AIDS βασίστηκε, σε ένα αρχικό στάδιο, στις αποσπασματικές, επιμέρους αντιδράσεις, που προέκυψαν στην προσπάθεια αντιμετώπισης συγκεκριμένων ζητημάτων-προβλημάτων, που εμφανίστηκαν λόγω μεμονωμένων περιστατικών της νόσου. Έτσι στα αρχικά στάδιά της, τα πρώτα χρόνια εμφάνισης της νόσου στην Ελλάδα, η Πολιτική για το AIDS φάνηκε να περιορίζεται σε μία περιστασιακή αντιμετώπιση μεμονωμένων περιστατικών.

Ταυτόχρονα, βέβαια, η Πολιτική αυτή συμπληρώνονταν από έγγραφες συστάσεις σε νοσοκομεία, που αφορούσαν στη συντριπτική πλειονότητά τους οδηγίες τήρησης των κανονισμών υγιεινής και ασφάλειας για την πληρέστερη πρόληψη και προφύλαξη από την μόλυνση του υγειονομικού προσωπικού. Μέσα σ' αυτές εμφανίζονταν και μία γενικότερη προτροπή προς τα νοσηλευτικά ιδρύματα αποδοχής των οροθετικών, αντί της απόρριψής τους, χωρίς εντούτοις αυστηρά πλαίσια οριοθέτησης των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των τελευταίων. Αντίθετα,

[66] Λόγω του αυθόρμητου και άμεσου τρόπου με τον οποίο προέκυψε.
[67] Ευρήματα όπως αυτά που αφορούν στα θέματα υποδομής και συνεργασίας.
[68] Όπως αναφέρεται παραπάνω, η οποία αφορά σε έγγραφα και κείμενα που καλύπτουν περίοδο 10 ετών -από το 1983 έως και το 1993- περί τα 85 σε σύνολο που αφορούν σε Φ.Ε.Κ, Εγκυκλίους και διατάξεις του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας καθώς και υπηρεσιακά σημειώματα που στο σύνολό τους αναφέρονται σε μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται μέσα στα πλαίσια της Πολιτικής για το AIDS Ελλάδα. Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.

συγκεκριμένες και πολλαπλές ήταν οι οδηγίες, που αναφέρονταν σε εορτασμούς της Παγκόσμιας Ημέρας κατά του AIDS και στις εκδηλώσεις με αφορμή αυτούς!

Η εικόνα αυτή φάνηκε να διαφοροποιείται, μέσα πάντα από τα έγγραφα της 'φαιάς' βιβλιογραφίας, γύρω στα τέλη της δεκαετίας του 80, με αρχές της δεκαετίας του 90. Σ' αυτήν την χρονική περίοδο γίνεται εμφανές, ότι οι διεθνείς αρχές, που θεσμοθετούνται από τους παγκόσμιους οργανισμούς -Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών- βάσει της έως τότε παγκόσμιας εμπειρίας πάνω στο φαινόμενο του AIDS, αρχίζουν να επηρεάζουν σημαντικά και την Πολιτική για το AIDS στη χώρα μας. Οι αποσπασματικές συστάσεις και οδηγίες περιορίζονται στο ελάχιστο, ενώ τα πρώτα κείμενα που σχετίζονται με τα ανθρώπινα δικαιώματα των οροθετικών κάνουν την εμφάνισή τους. Το σημαντικότερο και πιο ολοκληρωμένο ίσως απ' αυτά εκδίδεται από το ίδιο το ΚΕΕΛ, το 1995 με τίτλο 'ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ AIDS.'

Παρόλο που οι αρχές, που περιλαμβάνονται στο φυλλάδιο αυτό, 'δεν αποτελούν νομοθετική ρύθμιση με τη στενή έννοια του όρου', όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην πρώτη κιόλας πρόταση του προλόγου του, εντούτοις αποτελούν σημαντικό βήμα προς την Πολιτική για το AIDS στη χώρα μας. Αυτό, διότι οι αρχές που περιλαμβάνει έχουν βαθιά επηρεαστεί, στην πλειονότητά τους, από τις διεθνείς αρχές και οδηγίες, που είχαν πρωτύτερα θεσμοθετηθεί από τους παγκόσμιους οργανισμούς και ουσιαστικά προτρέπουν στην εφαρμογή τους. Βεβαίως, δεν αναιρούν διατάξεις ή και συστάσεις που είχαν σε προηγούμενη χρονική στιγμή χρησιμοποιηθεί ως επίσημες οδηγίες. Για το λόγο αυτό εμφανίστηκαν σε αρκετά σημεία αντιφάσεις, ανάμεσα στις αρχές αυτές και στις προϋπάρχουσες οδηγίες και πρακτικές.

Η διαπίστωση αυτή οδήγησε το μελετητή στην ανάγκη επισήμανσης και απομόνωσης κάποιων βασικών σημείων, αντιθέσεων, ανάμεσα στα μέτρα που εμφανίζονται να εφαρμόζονται και στις αρχές, που αναγνωρίζονται ως σωστές, σε διεθνές ή τοπικό επίπεδο. Η επισήμανση αυτή είχε σα στόχο τη διερεύνηση, στο επίπεδο πλέον της εμπειρικής έρευνας βάσει των ατομικών συνεντεύξεων, αφενός μεν του βαθμού και του τρόπου εφαρμογής των μέτρων Πολιτικής για το AIDS στην Ελλάδα και αφετέρου της ανίχνευσης, από πλευράς ερωτώμενων, αυτών των αντιφάσεων που ο μελετητής είχε εντοπίσει. Αντιφάσεων, που σε κάποιες περιπτώσεις είχαν ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς εμφάνιζαν μία ολοφάνερη καταπάτηση

των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των οροθετικών με κίνδυνο το στιγματισμό και την περιθωριοποίησή τους.

Η ανάγκη αυτή οδήγησε με τη σειρά της το μελετητή στη δημιουργία μίας λίστας μέτρων της Πολιτικής για το AIDS στην Ελλάδα και μίας λίστας διεθνών και Ελληνικών αρχών και οδηγιών. Η χρησιμότητα της καταγραφής των μέτρων αλλά και των αρχών - οδηγιών σε λίστα ήταν διπλή στα πλαίσια της αξιολόγησης της Πολιτικής για το AIDS: αφενός μεν στη διερεύνηση της εφαρμογής των μέτρων, που εμφανίζονται να υπάρχουν ως ενεργά στα πλαίσια αυτής της πολιτικής, και αφετέρου στη σύγκριση αυτών των μέτρων πολιτικής με τις αρχές - οδηγίες και στην διαπίστωση της σύγκλισης ή απόκλισής τους απ' αυτές. Το τελευταίο βέβαια οδήγησε με τη σειρά του και στον εντοπισμό των τάσεων και εκφράσεων στιγματισμού απέναντι στα οροθετικά άτομα και τις οικογένειές τους, μέσα από την όποια εφαρμογή αυτής της ίδιας πολιτικής. Έτσι η χρησιμότητα αυτής της καταγραφής επεκτάθηκε ακόμη περισσότερο.

Η συνοπτική καταγραφή των μέτρων που υπάρχουν και εφαρμόζονται, όταν και όπως εφαρμόζονται στην Ελλάδα, αλλά και των διεθνών και Ελληνικών Αρχών και οδηγιών, ήταν αποτέλεσμα, όπως παραπάνω ειπώθηκε, της προγενέστερης από μέρους του μελετητή αναζήτησης, καταγραφής και σύγκρισης του συνόλου αυτών των μέτρων με το σύνολο των Ελληνικών και διεθνών οδηγιών και αρχών σχετικά με την Πολιτική για το AIDS. Αυτή η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε μέσα από τα έντυπα των διεθνών οργανισμών (Π.Ο.Υ., Ο.Η.Ε.) και του ΚΕΕΛ, όπως και μέσα από τα έγγραφα της 'φαιάς' βιβλιογραφίας.

Η χρησιμότητα αυτής της αναζήτησης και επεξεργασίας αναφέρθηκε στην προηγούμενη παράγραφο. Εδώ αξίζει να προστεθεί ένα ακόμη αποτέλεσμά της, αυτό που αφορά στη σκιαγράφηση της κατάστασης που επικρατεί στην Ελλάδα σχετικά με το AIDS, όπως και των αντίστοιχων αναγκών που παρουσιάζονται από την αρχή της εμφάνισης της νόσου έως σήμερα σχετικά με την αντιμετώπισή της[69]. Το αποτέλεσμα αυτό προέκυψε παράλληλα με τη δημιουργία της λίστας των μέτρων και των αρχών – οδηγιών, μέσα από την επεξεργασία των αντίστοιχων εγγράφων.

Η αρχική αναζήτηση των μέτρων, που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, αλλά και των οδηγιών των διεθνών οργανισμών είχε σαν αποτέλεσμα μία ατελείωτη λίστα τόσο με μέτρα όσο και με οδηγίες. Αυτό συνέβη, διότι καμία χώρα ή Οργανισμός δεν

[69] Βλέπε Παράρτημα Ι και Κεφ. Τέταρτο : επιδημιολογικά στοιχεία του AIDS στην Ελλάδα.

ήταν έτοιμοι για την εμφάνιση της νόσου, ώστε να έχουν οργανώσει τις απαραίτητες οδηγίες για τους τρόπους αντιμετώπισής της σε ιατρικό και κοινωνικό επίπεδο. Έτσι, οι οδηγίες, οι αρχές και τα μέτρα ακολούθησαν τις ανάγκες που προέκυπταν κάθε φορά με κάθε νέο περιστατικό. Η ομαδοποίηση όλων αυτών στο διεθνές επίπεδο, προσπάθησε να καλύψει όλες τις χώρες, στις οποίες απευθύνεται, με αποτέλεσμα έναν τεράστιο όγκο αναφορών.

Σε εθνικό επίπεδο, ομαδοποίηση των μέτρων που εφαρμόζονται, δεν υπήρχε πουθενά, αλλά ήταν απαραίτητη για τη διαδικασία της παρουσίασης και σύγκρισής τους με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες. Έτσι ακολούθησε η από μέρους του μελετητή ομαδοποίηση των επιμέρους μέτρων, κατά κατηγορία, στην οποία αναφερόντουσαν. Μ' αυτόν τον τρόπο οι αρχικές ατελείωτες λίστες των μέτρων μειώθηκαν. Ακολούθησε η αντίστοιχη επιλογή των διεθνών αρχών και οδηγιών. Δεδομένου ότι ο στόχος του μελετητή ήταν μία πρώτη σύγκριση των μέτρων, που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες, μέσα στα πλαίσια μίας συνέντευξης, η επιλογή αυτή έπρεπε να είναι αυστηρή και με συγκεκριμένο στόχο. Έτσι η επιλογή έγινε με βάση τη σαφή απόκλιση, που εντοπίστηκε ανάμεσα σε κάποια από τα μέτρα που εφαρμόζονται στην Ελλάδα και σε κάποιες από τις διεθνείς οδηγίες και τις Θεμελιώδεις Αρχές του ΚΕΕΛ.

Το ζητούμενο ήταν η αντίδραση των ερωτώμενων σε αυτή τη σαφή απόκλιση, για να διαπιστωθούν: α) σε ποιο βαθμό κατανοούνται απ' αυτούς, τόσο τα μέτρα που εφαρμόζονται, όσο και οι διεθνείς οδηγίες σε σχέση με αυτά, β) σε ποιο βαθμό είναι οι ερωτώμενοι σε θέση να διακρίνουν, να διατυπώσουν και να διαχωρίσουν την θέση τους από τις τάσεις στιγματισμού, που ενυπάρχουν σε κάποια από τα μέτρα, που εφαρμόζονται, ή αντίθετα ταυτίζονται μ' αυτές και τις αποδέχονται θεωρώντας τες απαραίτητο συστατικό της Πολιτικής για το AIDS και στα δύο επίπεδα[70].

Μ' αυτό το σκεπτικό, βέβαια, η τελική λίστα με τις διεθνείς οδηγίες περιορίστηκε σημαντικά, με ακόλουθη συνέπεια και τον περιορισμό της δυνατότητας της αξιολόγησης των οδηγιών αυτών από τους ερωτώμενους. Έτσι η αξιολόγηση αυτή, αν και παραμένει ιδιαίτερα σημαντική, μπορεί να χαρακτηριστεί μόνο ως ενδεικτική της Πολιτικής, που εφαρμόζεται για το AIDS στην Ελλάδα.

[70] Σαν μία πρώτη, γενική ένδειξη αναφέρεται ότι πολλοί τις αποδέχονται, και λίγοι τις διακρίνουν και αποστασιοποιούνται. Μ' αυτόν τον τρόπο, εξάλλου, ανιχνεύτηκαν οι τάσεις στιγματισμού και στους ίδιους τους ερωτώμενους.

Μέσα απ' όλη αυτή τη διαδικασία, που ακολουθήθηκε λοιπόν, πραγματοποιήθηκε μία πρώτη, ενδεικτική σκιαγράφηση των παραγόντων που καθόρισαν τα μέτρα της Πολιτικής για το AIDS στην Ελλάδα. Μέσα απ' αυτή τη σκιαγράφηση έγινε σαφές ότι σε ένα αρχικό, τουλάχιστον, στάδιο δεν υπήρξε συγκροτημένος σχεδιασμός και οργάνωση αυτής της Πολιτικής, ούτε δομημένες, συγκεκριμένες προτάσεις, με μακροχρόνιους στόχους. Αντίθετα υπήρξαν μεμονωμένες, κατά περίπτωση, ρυθμίσεις και συστάσεις, που επικεντρώνονταν ως επί το πλείστον στην πρόληψη και την προφύλαξη από τη μόλυνση, μέσα από την άμεση αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιστατικών της νόσου.

Στα επόμενα χρόνια, βέβαια, η κατάσταση διαφοροποιήθηκε. Όμως και πάλι η εικόνα, που δημιουργήθηκε, παραπέμπει μάλλον στην υιοθέτηση και προσαρμογή κάποιων αρχών και οδηγιών, παγκοσμίως μελετημένων και καθορισμένων[71], παρά στην ξεχωριστή ανάπτυξη και επεξεργασία μέτρων πολιτικής, που να ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες της Ελληνικής πραγματικότητας. Τα λίγα σημεία, στα οποία εμφανίζονται να διαφοροποιούνται από τις διεθνείς αρχές - οδηγίες τα μέτρα αυτά, είναι και τα μόνα που δίνουν κάποιες ενδείξεις για την όποια διαφοροποίηση της πρόσληψης της νόσου μέσα στα πλαίσια της πραγματικότητας αυτής. Έτσι η πιθανή κοινωνική, ηθική και πολιτισμική φόρτιση αυτής της πρόσληψης εμφανίζεται, ενδεικτικά μόνο, μέσα από τις αποκλίσεις των μέτρων, που εφαρμόζονται ή φαίνονται να εφαρμόζονται στην Ελλάδα με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες[72].

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.

Η καταγραφή και επεξεργασία των μέτρων, που περιλαμβάνονται στην πολιτική για την πρόληψη του AIDS όμως, είχε ένα ακόμα αποτέλεσμα. Σ' ένα δεύτερο στάδιο επέτρεψε τη μερική διερεύνηση των μέτρων πρόληψης σε τρία επίπεδα:

1/ ιατρικό, με στόχο το ανθρώπινο σώμα

2/ συμπεριφορών, με στόχο την αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς

3/ δομικό, με στόχο την αλλαγή των κοινωνικών συνθηκών

[71] Και αυτά χωρίς νομική δέσμευση.

[72] Βλέπε κεφάλαιο 5 για την Αξιολόγηση της Πολιτικής για το AIDS στην Ελλάδα.

Ο στόχος σ' αυτό το στάδιο ήταν η διερεύνηση των μέτρων πρόληψης, που έχουν επιλεγεί και εφαρμοστεί ή πρόκειται να εφαρμοστούν και στα τρία επίπεδα, που μπορεί να είναι δυνατή η πρόληψη[73].

Ο εντοπισμός της διαφοροποίησης ανάμεσα στα τρία είδη μέτρων, ιατρικά, συμπεριφορών, δομικά, είναι πρωταρχικής σημασίας, αν θέλουμε να κατανοήσουμε το σχεδιασμό μίας πολιτικής πρόληψης αλλά και τους στόχους της. Όπως πολλοί θεωρητικοί αναφέρουν και πολλές θεωρίες παραδέχονται,[74] η εξάπλωση μίας μεταδοτικής νόσου, όπως είναι και το AIDS δεν εξαρτάται μόνον από βιολογικούς παράγοντες. Αντίθετα καθορίζεται τις περισσότερες φορές από κοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι οι ανθρώπινες σχέσεις αλλά και οι κοινωνικές συνθήκες, που επικρατούν στο στενό ή ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, που εμφανίζεται η νόσος αυτή.

Στην περίπτωση του AIDS η παραδοχή της παραπάνω άποψης είναι καθολική. Φάνηκε καθαρά εξάλλου από την αρχή της εμφάνισης της νόσου, ότι οι κοινωνίες, στις οποίες οι κοινωνικές συνθήκες ευνοούσαν την εξάπλωση της νόσου, είχαν και εξακολουθούν να έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά μόλυνσης στον πληθυσμό τους[75]. Γι αυτό εξάλλου, όλες οι πολιτικές, που ακολουθήθηκαν από τις κοινωνίες αυτές, περιέκλειαν από την αρχή μέτρα, που αφορούσαν τόσο στην ιατρική αντιμετώπιση της νόσου, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών ιατρικών ελέγχων, τα λεγόμενα **ιατρικά** μέτρα, όσο και στην προσπάθεια αλλαγής των κοινωνικών συνθηκών, που ευνοούσαν την εξάπλωση της νόσου, τα λεγόμενα **δομικά** μέτρα.

Οι κοινωνικές συνθήκες όμως, είναι γνωστό, ότι δεν αλλάζουν από τη μία στιγμή στην άλλη ούτε μόνο με την θεσμοθέτηση κάποιων κανονισμών ή νόμων. Αντίθετα αλλάζουν συνήθως σταδιακά, μέσα από μία εσωτερική διαδικασία της κάθε κοινωνίας, μέσα από την επικράτηση νέων τυπικών ή άτυπων κανόνων και μέσα από τη σταδιακή αλλαγή της συμπεριφοράς μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού. Σ' αυτή

---

[73] Διερεύνηση που κρίνεται απαραίτητη και από τους θεωρητικούς μελετητές. Βλέπε Conrad & Kern, 1986, σελ.469.

[74] Βλέπε Κεφ. Πρώτο: θεωρητική προσέγγιση της έννοιας της κοινωνικής νόσου. Σύνδεσή της με νόσους του παρελθόντος και το AIDS.

[75] Τρανά παραδείγματα: η αρχική εμφάνιση της νόσου στη Νέα Υόρκη που συνδέθηκε με την επέτειο της ημέρας Ανεξαρτησίας της Αμερικής (Βλ. R.Shields 'And the band played on'), αλλά και η ταχεία εξάπλωση στις ομοφυλοφιλικές κοινότητες της Αμερικής, ιδιαίτερα στις μεγάλες πόλεις - λιμάνια και στα μέρη με τα θερμά λουτρά (τα λεγόμενα hot baths), τα μεγάλα ποσοστά μόλυνσης των τοξικομανών στην Ιταλία και γενικότερα στη Δυτική Ευρώπη όπου κυριαρχούν τα Shooting Galleries σε αντιπαραβολή με την Ελλάδα, όπου υπάρχει άλλος κώδικας ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών ουσιών και είναι περισσότερο ατομική η χρήση και όχι ομαδική, τα τεράστια ποσοστά ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης από αρχής εμφάνισης της νόσου στην Αφρική και ιδιαίτερα στις μεγάλες πόλεις όπου υπάρχουν πολύ υψηλά ποσοστά πορνείας, πράγμα που ξάφνιασε αρχικά την διεθνή κοινότητα που νόμιζε ότι το AIDS είναι η αρρώστια των ομοφυλόφιλων κλπ

τη σταδιακή συλλογική αλλαγή της συμπεριφοράς, μέσα από τη σταδιακή αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς, είναι που στοχεύουν τα μέτρα **συμπεριφορών**.

Είναι λοιπόν προφανής η ανάγκη ύπαρξης μέτρων πρόληψης για το AIDS και στα τρία επίπεδα. Γι αυτό επιλέγηκε και επιχειρήθηκε η διερεύνηση τέτοιων μέτρων, σαν ένας από τους στόχους της αξιολόγησης της πολιτικής για το AIDS. Συγκεκριμένα, στο πρώτο επίπεδο, **το ιατρικό,** αναζητήθηκε η ύπαρξη και εφαρμογή μέτρων, που αφορούν την άσκηση της ιατρικής επιστήμης, προκειμένου να προληφθεί η εξάπλωση της νόσου[76].

Στο δεύτερο επίπεδο, **των συμπεριφορών,** αναζητήθηκε η ύπαρξη και εφαρμογή μέτρων πρόληψης, που απευθύνονται σε όλο τον πληθυσμό ή και σε συγκεκριμένες ομάδες, που μπορεί να θεωρούνται «ομάδες υψηλού κινδύνου», με αποκλειστικό στόχο την αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς, προκειμένου να προληφθεί η εξάπλωση της νόσου[77].

Τέλος, στο τρίτο επίπεδο, **το δομικό**, αναζητήθηκε η ύπαρξη και εφαρμογή μέτρων πρόληψης, που έχουν σα στόχο την αλλαγή εκείνων των κοινωνικών συνθηκών, που λειτουργούν επιταχυντικά στην εξάπλωση της νόσου[78]. Η αναζήτηση μέτρων σε αυτό το επίπεδο πρόληψης, βέβαια, είναι προφανές, ότι δεν απέδωσε ιδιαίτερα, δεδομένου ότι η ύπαρξη και εφαρμογή τους προϋποθέτει αφενός μεν μία ουσιαστική αναζήτηση των βαθύτερων αιτιών, που οδηγούν στην εξάπλωση της νόσου, και αφετέρου μία συστηματική και σε βάθος προσπάθεια πρόληψης της νόσου. Παράγοντες που, όπως φάνηκε παραπάνω, μάλλον απουσίαζαν από τη διαδικασία καθορισμού της πολιτικής για το AIDS στην Ελλάδα. [79]

Η διερεύνηση των μέτρων πρόληψης στα τρία επίπεδα, που προαναφέρθηκαν, επιχειρήθηκε καταρχήν μέσα από την επεξεργασία της 'φαιάς' βιβλιογραφίας, που

---

[76] Για παράδειγμα, αναζητήθηκε και βρέθηκε η εφαρμογή προληπτικών ελέγχων για ύπαρξη αντισωμάτων στον ιό HIV σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού ή μέσα στα πλαίσια συγκεκριμένων συνθηκών (π.χ. προεγχειρητικοί έλεγχοι).

[77] Τέτοιου είδους μέτρο αποτελούν οι ενημερωτικές καμπάνιες που αφορούν στην προτροπή ευρύτερης χρήσης προφυλακτικού ή και μείωσης του αριθμού ερωτικών συντρόφων.

[78] Εάν, για παράδειγμα, η κακή οικονομική κατάσταση ή και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο κάποιων κοινωνικών ομάδων θεωρηθεί ότι συμβάλλουν στην ευρύτερη εξάπλωση της νόσου στις ομάδες αυτές, μία συνολική προσπάθεια καλυτέρευσης της οικονομικής τους κατάστασης και ανύψωσης του μορφωτικού τους επιπέδου θα αποτελούσε τέτοιου είδους μέτρο. Αντίστοιχα, αν οι επιταγές κάποιων κοινωνικών ρόλων (όπως για παράδειγμα αυτού των ιερόδουλων) θεωρηθούν ότι κατευθύνουν τα άτομα σε «επικίνδυνες» συμπεριφορές (π.χ. μη χρησιμοποίηση προφυλακτικού), μία προσπάθεια σταδιακής αλλαγής των επιταγών των ρόλων αυτών θα μπορούσε να αποτελέσει τέτοιου είδους μέτρο.

[79] Τέτοιου είδους μέτρα πράγματι δεν εντοπίστηκαν, με μοναδική ίσως εξαίρεση την οικονομική στήριξη των οροθετικών μέσα από τη δωρεάν χορήγηση των αντιρετροϊκών φαρμάκων και την επιπλέον χορήγηση επιδόματος Πρόνοιας σε όλους, ανεξαιρέτως οικονομικής κατάστασης. Βλέπε και κεφ.5.

αφορά στα μέτρα πρόληψης για το AIDS στην Ελλάδα, και έπειτα μέσα από τις συμπληρωματικές πληροφορίες, που αντλήθηκαν από τις προσωπικές συνεντεύξεις. Η διερεύνηση σ' αυτό το στάδιο είχε ως στόχο:

α/ τη σκιαγράφηση των μέτρων πρόληψης για το AIDS, που έχουν επιλεγεί και εφαρμόζονται στην Ελλάδα στις μέρες μας,

β/ τη διερεύνηση του επιπέδου στο οποίο πέφτει το μεγαλύτερο βάρος της πρόληψης και το οποίο, συνεπώς, θεωρείται από την κοινωνία ως το πιο σημαντικό μέσα στα πλαίσια της πολιτικής πρόληψης για το AIDS. Με τον τρόπο αυτό έγινε εμφανής και η ευρύτερη αντίληψη της κοινωνίας για τους παράγοντες που ευθύνονται για την εξάπλωση του AIDS, καθώς και ο γενικότερος προσανατολισμός της απέναντι στην νόσο και την καταπολέμηση της.

γ/ τον αντικατοπτρισμό, σα συνέπεια, εν μέρει, της πρόσληψης της νόσου από την Ελληνική κοινωνία, καθώς και της κοινωνικής, ηθικής και πολιτισμικής φόρτισης της πρόσληψης αυτής και

δ/ την επισήμανση άσκησης ή έστω προσπάθειας να ασκηθεί κάποιας μορφής επίδραση της Ελληνικής κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη του AIDS στην Ελλάδα, σε ένα πρώτο επίπεδο, αυτό της πρόληψης[80].

Η αναζήτηση των μέτρων πρόληψης στα τρία επίπεδα, που προαναφέρθηκαν, οδήγησε επίσης και στο τρίτο στάδιο της διερεύνησης της πολιτικής πρόληψης για το AIDS στην Ελλάδα. Στο στάδιο αυτό επιχειρήθηκε η έμμεση διερεύνηση της **δημιουργίας και έκφρασης στιγματισμού (οροθετικών ατόμων και των οικογενειών τους ή και ομάδων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά) μέσα από την διαδικασία καθορισμού και εφαρμογής των μέτρων πρόληψης, καθώς επίσης την εμφάνιση φαινομένων κοινωνικού ρατσισμού και απομόνωσης σαν αποτέλεσμα του στιγματισμού αυτού.** Η διερεύνηση σ΄ αυτό το στάδιο έγινε σε συνδυασμό με τις ενδείξεις που προέκυψαν από τα δύο προηγούμενα στάδια. Έτσι, μέσα από τη σκιαγράφηση του τρόπου και των παραγόντων, που καθόρισαν τη διαδικασία και τα μέτρα πρόληψης για το AIDS στην Ελλάδα, όσο και μέσα από την καταγραφή και επεξεργασία των ίδιων αυτών μέτρων πρόληψης, αποκαλύφθηκε η ύπαρξη τάσεων για έκφραση στιγματισμού. Οι τάσεις αυτές και η έκφρασή τους απευθύνεται προς συγκεκριμένα άτομα ή ομάδες σαν απόρροια της πολιτικής

[80] Βλέπε κεφ. 5, Αξιολόγηση της πολιτικής για το AIDS.

πρόληψης και σε κάποιες περιπτώσεις συμπεριλαμβάνει ή οδηγεί και σε φαινόμενα κοινωνικού ρατσισμού ή και απομόνωσης των ατόμων / ομάδων αυτών.

Βέβαια ο συνδυασμός των αποτελεσμάτων από τη διερεύνηση στα δύο προηγούμενα στάδια δεν αρκούσε από μόνος του για την ολοκλήρωση της διερεύνησης και σε αυτό το στάδιο. Η τελευταία ολοκληρώθηκε μέσα από την διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων, που ακολούθησε, η οποία και επιβεβαίωσε, μέσω των ίδιων των ερωτώμενων, αυτές τις τάσεις[81].

Η διερεύνηση της δημιουργίας και έκφρασης στιγματισμού ατόμων ή και ομάδων, μέσα από τη διαδικασία καθορισμού και εφαρμογής των μέτρων πρόληψης καθώς επίσης και της εμφάνισης φαινομένων κοινωνικού ρατσισμού και απομόνωσης σαν αποτέλεσμα αυτού του στιγματισμού, πρόσφερε, πολλά στοιχεία στην κατανόηση:

α/ της πρόσληψης της νόσου από την Ελληνική κοινωνία, δεδομένου ότι από μόνη της η δημιουργία και έκφραση στιγματισμού αλλά και κοινωνικού ρατσισμού και απομόνωσης ατόμων ή και ομάδων, σαν απόρροια κάποιας πολιτικής πρόληψης της νόσου, συνεπάγεται μία αρνητική κοινωνική, ηθική και πολιτισμική φόρτιση της πρόσληψης της νόσου,

β/ των επιδράσεων της Ελληνικής κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, δεδομένου ότι η δημιουργία και έκφραση στιγματισμού, κοινωνικού ρατσισμού και απομόνωσης ατόμων ή και ομάδων έχει σαφώς αρνητική ψυχολογική επίδραση στα άτομα και τις ομάδες αυτές, με αποτέλεσμα να στρέφονται ενάντια στην κοινωνία, που τα στιγματίζει και τα απομονώνει, χωρίς καμία διάθεση να γίνουν σύμμαχοί της στον περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου[82].

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Προχωρώντας στην πολιτική για το AIDS, όσον αφορά στην θεραπεία της νόσου, η σκιαγράφηση των παραγόντων, που καθόρισαν αυτή τη διαδικασία, ήταν ήδη, εν μέρει, έτοιμη. Είχε επιτευχθεί στο προηγούμενο στάδιο, μέσα από την αναζήτηση, συλλογή και επεξεργασία των εγγράφων της 'φαιάς' βιβλιογραφίας[83], όπως περιγράφηκε στην αμέσως προηγούμενη ενότητα.

---

[81] Βλέπε κεφ.5, Αξιολόγηση της Πολιτικής Πρόληψης για το AIDS.

[82] Βλέπε κεφ.5 Αξιολόγηση της Πολιτικής Πρόληψης για το AIDS.

[83] Έγγραφα που σε αυτή την περίπτωση αναφέρονταν στην περίθαλψη ή και νοσηλεία των οροθετικών ατόμων, στην τεχνική υποδομή των νοσοκομείων, στην τήρηση κανόνων υγιεινής κλπ. Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.

Οι ενδείξεις, που προέκυψαν από αυτήν, είναι αντίστοιχες με αυτές που αφορούν στην πολιτική πρόληψης:

α) τα πρώτα χρόνια της εμφάνισης της νόσου τα μέτρα θεραπείας αφορούσαν ως επί το πλείστον αποσπασματικές ρυθμίσεις και συστάσεις, με στόχο την αντιμετώπιση των εκάστοτε μεμονωμένων περιστατικών, με περιορισμένο αριθμό γενικών και αόριστων οδηγιών,

β) ακολούθησε η υιοθέτηση των διεθνών αρχών – οδηγιών, χωρίς δεσμευτικό χαρακτήρα[84] και με κάποιες αποκλίσεις απ' αυτές.

Η διερεύνηση αυτών των αποκλίσεων, που ακολούθησε, μέσα από τις προσωπικές συνεντεύξεις ολοκλήρωσε και τη διαδικασία διερεύνησης των παραγόντων καθορισμού της πολιτικής θεραπείας σ' αυτό το στάδιο. Επιβεβαίωσε, σε σημαντικό βαθμό, τις ενδείξεις που είχαν προηγηθεί από την επεξεργασία της 'φαιάς' βιβλιογραφίας, καθώς και τις τάσεις στιγματισμού που ενυπάρχουν στα μέτρα και εκφράζονται μέσα από την εφαρμογή τους. Έτσι οδήγησε και σε κάποιες ενδείξεις, που αφορούν στην πρόσληψη της νόσου από την Ελληνική κοινωνία, καθώς και στην κοινωνική, ηθική και πολιτισμική φόρτιση της πρόσληψης αυτής[85].

Στη συνέχεια, και σε ένα δεύτερο στάδιο διερεύνησης της **πολιτικής για το AIDS, όσον αφορά στη θεραπεία της νόσου στην Ελλάδα**, αναζητήθηκε απάντηση σε ένα ερώτημα που θεωρήθηκε βασικό : **Ποια είναι η κυρίαρχη αντίληψη για τη διαδικασία θεραπείας του AIDS στην Ελλάδα ; 1ον/ Ο παραδοσιακός τρόπος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος σύμφωνα με τον οποίο πρώτιστα ο γιατρός και έπειτα το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν τους κύριους αν όχι και μοναδικούς φορείς περίθαλψης και φροντίδας ; ή 2ον/ μία διαδικασία που πραγματοποιείται σε πολύ σημαντικό βαθμό μέσα από δίκτυα συμπαράστασης και ομάδες αυτοβοήθειας και μέσα από την ανάπτυξη ικανότητας του ασθενή για αυτοβοήθεια, κατά την οποία γιατρός και νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν έναν από τους πολλούς φορείς φροντίδας ;**

Η απάντηση σ' αυτό το ερώτημα προϋπέθετε την αναζήτηση των τρόπων και πρακτικών θεραπείας καθώς και των κανόνων που τις διέπουν. Η αναζήτηση αυτή έδωσε σημαντικές ενδείξεις σχετικά με την εφαρμογή στην πράξη ενός από τα δύο

[84] Με εξαίρεση ίσως μεμονωμένα περιστατικά που ενδεχομένως έφτασαν στα δικαστήρια δημιουργώντας έτσι ένα νομικό προηγούμενο.

[85] Βλέπε κεφ.5 Αξιολόγηση της πολιτικής θεραπείας του AIDS.

"μοντέλα" θεραπείας στην Ελλάδα και κατά συνέπεια σχετικά και με την κυρίαρχη αντίληψη για τη διαδικασία θεραπείας του AIDS.

Η αναζήτηση των τρόπων και πρακτικών θεραπείας, καθώς και των κανόνων που τις διέπουν, πραγματοποιήθηκε κατά πρώτον μέσα από την επεξεργασία της 'φαιάς' βιβλιογραφίας, που αφορούσε στις 'επίσημες' οδηγίες και συστάσεις γύρω από τη διαδικασία θεραπείας, και κατά δεύτερον, μέσα από τις προσωπικές συνεντεύξεις. Η πρώτη διαδικασία οδήγησε σε απλές ενδείξεις σε σχέση με το εφαρμοζόμενο 'μοντέλο' θεραπείας, οι οποίες σε κάποιες περιπτώσεις ήταν μεταξύ τους και αντιφατικές.

Η εικόνα όμως ξεκαθάρισε περισσότερο μέσα από την δεύτερη διαδικασία, των συνεντεύξεων, κατά την οποία διαχωρίστηκαν οι θεωρητικές προθέσεις για μελλοντική εφαρμογή από τις τάσεις που ενυπάρχουν και στην ουσία κυριαρχούν και καθορίζουν την καθημερινή πραγματικότητα της θεραπείας των οροθετικών. Με άλλα λόγια διαχωρίστηκαν τα όσα θεωρητικά αναπτύσσονται ή σχεδιάζονται σχετικά με τη διαδικασία θεραπείας από τα όσα στην πράξη πρεσβεύονται και προωθούνται αποτελώντας και το πραγματικό 'μοντέλο' θεραπείας που εφαρμόζεται[86].

Αυτό πραγματοποιήθηκε, διότι μέσα απ' αυτές τις συνεντεύξεις βγήκαν στην επιφάνεια αρκετές 'ανεπίσημες' οδηγίες γύρω από τους τρόπους και τις πρακτικές θεραπείας, οι οποίες αποδείχθηκαν εξίσου, αν όχι και πιο σημαντικές, αποδεκτές ή αποτελεσματικές από τις αντίστοιχες 'επίσημες', με αποτέλεσμα να καθορίζουν στην ουσία τους αυτές τις πρακτικές και τους τρόπους θεραπείας. Αυτές οι 'ανεπίσημες' οδηγίες δε αποτελούσαν, όπως φάνηκε σε κάποιες περιπτώσεις, κατάλοιπα παλαιότερων μεμονωμένων συστάσεων ή οδηγιών και σε κάποιες άλλες συνέπεια βασικών και κυρίαρχων πεποιθήσεων και 'πιστεύω' των ίδιων των λειτουργών υγείας σχετικά με τη διαδικασία θεραπείας. Πεποιθήσεων που κάποτε συγκρούονται με την εφαρμογή του νέου 'μοντέλου' θεραπείας[87], ενισχύοντας και προωθώντας αντίθετα το παλιό παραδοσιακό 'μοντέλο'[88].

Από τη στιγμή που εμφανίστηκαν οι πρώτες σημαντικές ενδείξεις σχετικά με το κυρίαρχο 'μοντέλο' θεραπείας των οροθετικών ατόμων στην Ελλάδα, ακολούθησε σα φυσική συνέπεια, πάλι μέσα από τις προσωπικές συνεντεύξεις η αποκάλυψη της

[86] Βλέπε κεφ.5 Αξιολόγηση της Πολιτικής θεραπείας.
[87] Που θέλει την διαδικασία θεραπείας να πραγματοποιείται από πολλούς φορείς και όχι μόνο από το θεράποντα γιατρό (Gerhardt, 1989 σ. 295-296, 32, 324-329, Conrad & Kern, 1986 σ. 395-398).
[88] Που θέλει το θεράποντα γιατρό να είναι ο κύριος αν όχι μοναδικός φορέας φροντίδας.

σημασίας της επιλογής του απέναντι στο άλλο μοντέλο, της εφαρμογής και των συνεπειών του.

Η αποκάλυψη αυτή θεωρήθηκε πολύ σημαντική για τους εξής λόγους :

α/ δίνει μία πιο τεκμηριωμένη απάντηση στο ερώτημα **ποια είναι η κυρίαρχη αντίληψη για τη διαδικασία θεραπείας του AIDS στην Ελλάδα,**

β/ προσφέρει σημαντικές ενδείξεις όσον αφορά στην αντίληψη που κυριαρχεί μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής κοινωνίας για τον ρόλο του γιατρού και του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαδικασία θεραπείας του AIDS. Με αυτόν τον τρόπο φαίνεται και ο ρόλος των μη κυβερνητικών οργανώσεων σ' αυτή τη διαδικασία θεραπείας,

γ/ προσφέρει, κατά συνέπεια του προηγούμενου, σημαντικές ενδείξεις και όσον αφορά στην κοινωνική πρόσληψη της νόσου και στην κοινωνική, ηθική και πολιτισμική φόρτιση της πρόσληψης αυτής. δ/ βοηθάει στον εντοπισμό της όποιας προσπάθειας της κοινωνίας να επιδράσει μέσα από τη διαδικασία της θεραπείας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, και ίσως στον εντοπισμό και κάποιων αποτελεσμάτων της προσπάθειας αυτής[89].

Μέσα από τα ευρήματα, που προέκυψαν από την αναζήτηση των τρόπων και των πρακτικών θεραπείας του AIDS στην Ελλάδα, αλλά και από την μελέτη της σημασίας του 'μοντέλου' θεραπείας, στο οποίο αυτοί οι τρόποι και οι διαδικασίες εντάσσονται, η διερεύνηση της πολιτικής για το AIDS, όσον αφορά στην θεραπεία, προχώρησε αυτόματα στο τρίτο στάδιο. Ο στόχος σε αυτό το στάδιο ήταν η διερεύνηση της **διαδικασίας θεραπείας ως μορφή άσκησης κριτικής και κοινωνικού ελέγχου.** Η διαδικασία θεραπείας μίας νόσου μπορεί να λειτουργήσει έμμεσα σα μία μορφή άσκησης κριτικής και κοινωνικού ελέγχου στα άτομα /ομάδες που έχουν μολυνθεί από τη νόσο αυτή, όπως έχει φανεί και σε νόσους του παρελθόντος (Conrad & Kern, 1986 σ. 379-389, Gerhardt, 1989 σ. 11, 115, 223-225, 314-315, 319-320 και 322-323)[90]. Το φαινόμενο αυτό έχει παρατηρηθεί σε νόσους, όπου η μόλυνση από αυτές θεωρείται αποτέλεσμα της ατομικής συμπεριφοράς του προσώπου, που μολύνθηκε, μία συμπεριφορά ως επί το πλείστον καταδικαστέα -π.χ. σύφιλη. Δεδομένου ότι στην περίπτωση του AIDS η ατομική συμπεριφορά, η οποία θεωρείται πολλές φορές καταδικαστέα, παίζει σημαντικό ρόλο στη μετάδοση της νόσου, θεωρήθηκε σκόπιμη η διερεύνηση της **διαδικασίας θεραπείας της νόσου σαν πιθανή μορφή άσκησης κριτικής και κοινωνικού ελέγχου.**

[89] Βλέπε κεφ. 5 Αξιολόγηση της Πολιτικής θεραπείας.
[90] Βλέπε και Πρώτο Κεφάλαιο.

Η επίτευξη του στόχου σε αυτό το στάδιο πραγματοποιήθηκε κατά ένα μέρος βάσει των αποτελεσμάτων της διερεύνησης στα προηγούμενα στάδια και κατά ένα άλλο μέρος μέσα από τις προσωπικές συνεντεύξεις. Μία πρώτη εικόνα, προς αυτήν την κατεύθυνση, σχηματίστηκε ήδη μέσα από τα δεδομένα που προέκυψαν σχετικά με την κυρίαρχη αντίληψη για τη διαδικασία θεραπείας του AIDS στην Ελλάδα και για τον ρόλο του γιατρού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτήν τη διαδικασία θεραπείας, σε συνδυασμό με τις μέχρι αυτού του σημείου ενδείξεις για την πρόσληψη της νόσου από την Ελληνική κοινωνία. Η εικόνα αυτή όμως ολοκληρώθηκε μόνο μέσα **από τις προσωπικές** συνεντεύξεις, με σαφείς, αν και περιορισμένες σε αριθμό, ενδείξεις προς αυτή την κατεύθυνση[91].

Η σημασία διερεύνησης αυτού του σταδίου εντοπίζεται :

α/ στην ένδειξη της αρνητικής φόρτισης της πρόσληψης της νόσου από την Ελληνική κοινωνία, που προκύπτει αυτόματα από την εν μέρει απόδειξη της λειτουργίας της διαδικασίας θεραπείας σαν μορφή άσκησης κριτικής και κοινωνικού ελέγχου,

β/ στην ένδειξη της προσπάθειας της κοινωνίας να ασκήσει επίδραση μέσω της θεραπείας στα οροθετικά άτομα λόγω της μερικής, τουλάχιστον, λειτουργίας της διαδικασίας θεραπείας σα μορφή άσκησης κριτικής και κοινωνικού ελέγχου.

Σα συνέχεια, αλλά και σα συνέπεια των αποτελεσμάτων του τρίτου σταδίου ακολούθησε το τέταρτο στάδιο. Σ' αυτό επιχειρήθηκε η διερεύνηση της **δημιουργίας και έκφρασης στιγματισμού, καθώς και φαινομένων κοινωνικού ρατσισμού και απομόνωσης των οροθετικών ατόμων και των οικογενειών τους, μέσα στα πλαίσια της διαδικασίας θεραπείας του AIDS στην Ελλάδα.**

Η διερεύνηση και σ' αυτό το στάδιο στηρίχθηκε κατά ένα μεγάλο μέρος στα ευρήματα των προηγούμενων σταδίων. Έτσι η σκιαγράφηση των παραγόντων, που καθορίζουν τη διαδικασία θεραπείας, των τρόπων και πρακτικών της διαδικασίας αυτής, της κυρίαρχης ιδεολογίας γύρω απ' αυτήν, του 'μοντέλου' θεραπείας, που κυριαρχεί μέσα σ' αυτήν, καθώς και των όποιων έμμεσων λειτουργιών της, σα μορφή άσκησης κριτικής και κοινωνικού ελέγχου, έδωσε σημαντικές ενδείξεις σχετικά με τις τάσεις στιγματισμού, κοινωνικής απομόνωσης και ρατσισμού, που υπάρχουν και εκφράζονται απέναντι στα οροθετικά άτομα και τις οικογένειές τους, μέσα από αυτή τη διαδικασία.

[91] Βλέπε κεφ. 5 Αξιολόγηση της Πολιτικής θεραπείας.

Έτσι, για παράδειγμα, φαινόμενα, που επισημάνθηκαν από τους ερωτώμενους, άρνησης πραγματοποίησης αναγκαίων επεμβάσεων σε οροθετικά άτομα από ιατρικό ή και νοσηλευτικό προσωπικό, γίνονται ενδεχομένως περισσότερο κατανοητά μέσα από τη σκιαγράφηση όλων των παραπάνω στοιχείων. Εντούτοις, για την ολοκλήρωση της διερεύνησης σ' αυτό το στάδιο, κρίθηκε εξίσου απαραίτητη και πραγματοποιήθηκε και η διεξαγωγή προσωπικών συνεντεύξεων.

Μέσα από αυτές αντλήθηκαν πληροφορίες και προέκυψαν ενδείξεις, που αφορούν τόσο στην πρόσληψη της νόσου από την Ελληνική κοινωνία όσο και στις επιδράσεις της κοινωνίας αυτής στη νόσο και την εξέλιξή της. Η αποδεδειγμένη, αν και μερική, ύπαρξη τάσεων στιγματισμού, κοινωνικής απομόνωσης και ρατσισμού των οροθετικών ατόμων, σαν απόρροια της διαδικασίας θεραπείας τους[92], συνεπάγεται: α) μία αρνητική κοινωνική, ηθική και πολιτισμική πρόσληψη της νόσου από την Ελληνική κοινωνία, και β) μία αρνητική ψυχολογική επίδραση στα άτομα αυτά, με όλα τα επακόλουθα, που αυτή συνεπάγεται, για την πορεία και την εξέλιξη της νόσου.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Ο στιγματισμός ατόμων ή ομάδων ως 'ανεπίσημη' έκφραση της κοινωνικής αντίδρασης σε επίπεδο ομάδας, οικογένειας, ατόμου, συμπεριλαμβάνει τόσο τις λεγόμενες **'ομάδες υψηλού κινδύνου'** όσο και τους **οροθετικούς και τις οικογένειές τους.** Συνεπώς, όταν γίνεται αναφορά στην διερεύνηση αυτού του στιγματισμού, σ' αυτήν περιλαμβάνονται και οι δύο κατηγορίες πληθυσμού. Είναι γεγονός, ότι ο στιγματισμός 'ομάδων υψηλού κινδύνου' είναι πολύ πιο περιορισμένος από τον στιγματισμό των οροθετικών και των οικογενειών τους. Είναι επίσης γεγονός, ότι ο εντοπισμός ατόμων, που να ανήκουν στις 'ομάδες υψηλού κινδύνου', χωρίς να είναι ταυτόχρονα και οροθετικοί, είναι πολύ δύσκολος. Για το λόγο αυτό η διερεύνηση για το στιγματισμό των 'ομάδων υψηλού κινδύνου' επιχειρήθηκε, στον βαθμό που αυτό κατέστη δυνατό, μέσα από συνεντεύξεις με άτομα που ανήκουν σε άλλες ομάδες πληθυσμού, τα οποία όμως, είτε λόγω άμεσης εμπειρίας είτε λόγω έμμεσης, είχαν γνώμη πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα.

[92] Βλέπε κεφ. 5 Αξιολόγηση της Πολιτικής θεραπείας.

Τέτοια άτομα ήταν τωρινοί οροθετικοί, οι οποίοι ανήκαν όμως στις λεγόμενες 'ομάδες υψηλού κινδύνου' και πριν μολυνθούν από τη νόσο. Τα άτομα αυτά είχαν γνώμη πάνω στο στιγματισμό των 'ομάδων υψηλού κινδύνου', δεδομένου ότι, σε κάποιο βαθμό, κάποια χρονική στιγμή, είχαν άμεση τέτοια εμπειρία σα μέλη αυτών των ομάδων. Εντούτοις άτομα με γνώμη στο συγκεκριμένο θέμα ήταν επίσης και οι εκπρόσωποι Ιδιωτικών Σωματείων και Συλλόγων Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων, λόγω της σχέσης τους με τους οροθετικούς και τα προβλήματα τους πάνω στο στιγματισμό των ατόμων αυτών, ακόμη και πριν μολυνθούν από τη νόσο. Τέλος άτομα με γνώμη πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα αποδείχθηκαν και μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, τα οποία, όπως φάνηκε, συχνά αντιμετωπίζονται σαν άτομα που ανήκουν στις 'ομάδες υψηλού κινδύνου' και σαν ύποπτα μόλυνσης από τη νόσο.

Η διερεύνηση **του στιγματισμού ατόμων ή ομάδων ως "ανεπίσημη" έκφραση της κοινωνικής αντίδρασης σε επίπεδο ομάδας, οικογένειας, ατόμου**, επιχειρήθηκε μέσα από την διερεύνηση σε τρία επίπεδα:

Α/ της διαμόρφωσης του στίγματος μέσα από την κοινωνία,

Β/ της έκφρασης του στίγματος μέσα στην κοινωνία και

Γ/ της βίωσης του στίγματος από το άτομο και την οικογένεια του.

Α/. Β/. ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ AIDS

Ξεκινώντας από τη διερεύνηση της **διαμόρφωσης του στίγματος μέσα στην κοινωνία**, είναι απαραίτητη μία σημαντική διευκρίνιση. Η διευκρίνιση αυτή αφορά σε λειτουργικά ζητήματα που προέκυψαν κατά την διαδικασία της διερεύνησης σε αυτό το στάδιο, οδηγώντας σε μία λίγο διαφορετική πορεία. Συγκεκριμένα, η αρχική πρόθεση του μελετητή ήταν να διερευνηθούν η διαδικασία της διαμόρφωσης του στίγματος και αυτή της έκφρασής του ξεχωριστά. Εντούτοις τα δεδομένα, που προέκυψαν από τις πρώτες κιόλας πιλοτικές συνεντεύξεις, ανέτρεψαν αυτήν την πρόθεση και οδήγησαν στην απόφαση της παράλληλης διερεύνησης των δύο αυτών διαδικασιών.

Συγκεκριμένα, εμφανίστηκε μία δυσκολία στην κατανόηση της διαμόρφωσης του στίγματος από τους ερωτώμενους ως αυτόνομης διαδικασίας. Η έννοια της διαμόρφωσης του στίγματος έμοιαζε πολύ αφηρημένη και γενική από μόνη της στους ερωτώμενους. Όταν όμως συμπληρώθηκε με την έννοια της έκφρασής του, αυτή η δυσκολία εξαλείφθηκε. Για την ευκολότερη κατανόηση των ερωτήσεων από τους

ερωτώμενους και την καλύτερη ανταπόκρισή τους σ' αυτές λοιπόν, κρίθηκε αναγκαία η σχεδόν ταυτόχρονη διερεύνηση της διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος του AIDS. Εξάλλου η διαμόρφωσή του συνεπάγεται πάντα και την, με κάποιο τρόπο, έκφρασή του.

Η ταυτόχρονη διερεύνηση των δύο διαδικασιών όμως αποφασίστηκε και για έναν δεύτερο λόγο εξίσου σημαντικό. Ο λόγος αυτός αφορά σε ένα καθαρά πρακτικό ζήτημα σχετικά με την ευκολότερη διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Συγκεκριμένα, κατά την διάρκεια μορφοποίησης της συνέντευξης, έγινε εμφανές, ότι το επίπεδο διαμόρφωσης του στίγματος και το επίπεδο έκφρασής του είχαν κάποιες ερωτήσεις κοινές, με μόνη διαφορά τη λέξη "διαμόρφωση" στο πρώτο και "έκφραση" στο δεύτερο. Η πρώτη πιλοτική συνέντευξη έδειξε αμέσως τη δυσκολία που αυτές οι ίδιες ερωτήσεις δημιουργούσαν στον ερωτώμενο, ο οποίος με απορία και αμηχανία βρέθηκε να επαναλαμβάνει τα όσα είχε πει πρωτύτερα. Έγινε λοιπόν εμφανές, ότι αυτή η επανάληψη δεν ήταν σκόπιμη.

Δεδομένου ότι η έκφραση στιγματισμού συνεπάγεται την προηγούμενη διαμόρφωση του στίγματος, θεωρήθηκε απαραίτητη και αναγκαία η ένωση αυτών των ερωτήσεων, χρησιμοποιώντας και τους δύο όρους -διαμόρφωση, έκφραση- στην ίδια ερώτηση. Με τον τρόπο αυτό, βέβαια, πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονα –και έτσι παρουσιάζεται και εδώ- και η ένωση των δύο αυτών επιπέδων σε ένα, με εξαίρεση το πρώτο ζήτημα που τέθηκε και το οποίο αφορά αποκλειστικά στο επίπεδο της διαμόρφωσης.

Το ζήτημα αυτό λειτούργησε ως εναρκτήριο βήμα στην προσπάθεια προσδιορισμού των **παραγόντων εκείνων που καθορίζουν την διαμόρφωση του στίγματος μέσα στην κοινωνία.** Αρχικά χρησιμοποιήθηκε μία λίστα από παράγοντες, που εντοπίστηκαν στα κείμενα των διεθνών οργανισμών, σαν καθοριστικοί της διαμόρφωσης του στίγματος του AIDS. Οι παράγοντες αυτοί, μέσα από την επεξεργασία των κειμένων, απομονώθηκαν, ομαδοποιήθηκαν και παρουσιάστηκαν στους ερωτώμενους. Αφορούν δε στα ακόλουθα:

Α) στον φόβο του AIDS σαν θανατηφόρας ασθένειας,

Β) στην άγνοια που επικρατεί σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης της νόσου,

Γ) στην ύπαρξη ενός στίγματος που αφορά στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και το οποίο, λόγω ενός από τους βασικούς τρόπους μετάδοσής του, ενσωματώνεται και στο AIDS,

Δ) σε προκαταλήψεις και παραδοσιακές απόψεις, που θεωρούν τα οροθετικά άτομα υπεύθυνα για την μόλυνσή τους, λόγω κάποιας συμπεριφοράς που οδήγησε σ' αυτήν και η οποία θεωρείται ανήθικη ή παράνομη.

Η διερεύνηση αυτών των παραγόντων οδήγησε σε σημαντικές ενδείξεις μέσα από τις οποίες :

α) παρουσιάστηκε μία αρκετά ξεκάθαρη εικόνα της διαδικασίας διαμόρφωσης του στίγματος στην Ελληνική κοινωνία,

β) αποκαλύφθηκε εν μέρει ο τρόπος με τον οποίο προσλαμβάνεται η νόσος από την Ελληνική κοινωνία, καθώς και η κοινωνική, ηθική και πολιτισμική φόρτιση της πρόσληψης αυτής[93].

Μέσα στα πλαίσια της διερεύνησης αυτών των παραγόντων, αλλά και σε όλα τα επόμενα ζητήματα που τέθηκαν προς συζήτηση στην διαδικασία διερεύνησης του στιγματισμού των οροθετικών ατόμων, ένας από τους βασικούς και κύριους παράγοντες, που κρίθηκε ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση και στη συνέχεια στην έκφραση του στίγματος, είναι το **ιδιαίτερο χαρακτηριστικό και το κατά πόσο αυτό είναι εμφανές ή όχι**. Με τον όρο 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό'[94] εννοείται, στην περίπτωση του AIDS, η μόλυνση από τον ιό ή η υποψία μόλυνσης για όσους θεωρούνται ότι ανήκουν στις λεγόμενες 'ομάδες υψηλού κινδύνου'. Σε κάθε περίπτωση το ιδιαίτερο αυτό χαρακτηριστικό μπορεί να είναι εμφανές η όχι.

Εντούτοις βάσει του ορισμού του στίγματος,[95] η ύπαρξη ενός ιδιαίτερου χαρακτηριστικού, το οποίο να μπορεί να εντοπιστεί, άρα να είναι εμφανές και να συνδεθεί με ένα αρνητικό στερεότυπο, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την δημιουργία του στίγματος. Κατά συνέπεια, και **η διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος για το AIDS στην Ελληνική κοινωνία, θα πρέπει να εξαρτάται από το κατά πόσο υπάρχει ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό σε κάποια άτομα ή ομάδες, το οποίο να συνδέεται με κάποια στερεότυπα, καθώς και από το κατά πόσο αυτό το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό, όταν υπάρχει, είναι εμφανές ή όχι.** Διότι, σε περίπτωση που το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό δεν είναι εμφανές, δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί η σύνδεση με το στερεότυπο και κατά συνέπεια δεν μπορεί να διαμορφωθεί και να εκφραστεί το στίγμα.

---

[93] Βλέπε και κεφ.6 'Συμπεράσματα της διερεύνησης του στίγματος του AIDS'.

[94] Για καλύτερη κατανόηση της σχέσης 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' και στίγματος, βλέπε σύντομη ανάλυση της Εισαγωγής και /ή κεφ.2 'Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας του στίγματος και σύνδεσή της με το AIDS'.

[95] Βλέπε κεφ.2 'Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας του στίγματος και σύνδεσή της με το AIDS'.

Η διερεύνηση της αλήθειας του παραπάνω συμπεράσματος επιχειρήθηκε σε ένα πρώτο στάδιο μέσα από την αναζήτηση σχετικών στοιχείων μέσα στην υπάρχουσα βιβλιογραφία –σημαντικό κομμάτι της οποίας ήταν και τα κείμενα των διεθνών οργανισμών- και έπειτα και κύρια μέσα από την διεξαγωγή των προσωπικών συνεντεύξεων.

Η διερεύνηση του ρόλου του ιδιαίτερου χαρακτηριστικού και του κατά πόσο αυτό είναι εμφανές ή όχι στη διαμόρφωση του στίγματος στην Ελληνική κοινωνία είχε ως **στόχο και οδήγησε** :

α) στον **προσδιορισμό** και στην επιβεβαίωση αυτού του κύριου παράγοντα στην διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος,

β) σε σημαντικές ενδείξεις για την όλη διαδικασία δημιουργίας και έκφρασης του στίγματος, όπως είναι η σύνδεση χαρακτηριστικού με στερεότυπα, και κατά συνέπεια σε ενδείξεις και για τα στερεότυπα που εμφανίζονται σε αυτή τη διαδικασία,

γ) σε περισσότερες ενδείξεις -κατά συνέπεια του προηγούμενου- για την πρόσληψη της νόσου από την Ελληνική κοινωνία και την κοινωνική, ηθική και πολιτισμική φόρτιση της πρόσληψης αυτής, δεδομένου ότι από την πρόσληψη αυτή πηγάζουν τα στερεότυπα[96].

Σα συνέχεια του ίδιου συλλογισμού και μέσα στα πλαίσια του ρόλου του ιδιαίτερου χαρακτηριστικού στη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος του AIDS επιχειρήθηκε η διερεύνηση δύο συναφών επιμέρους παραγόντων. Ο στόχος αυτής της διερεύνησης ήταν η συλλογή περισσότερων σημαντικών πληροφοριών και ενδείξεων σχετικά τόσο με τις διαδικασίες της διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος στην Ελληνική κοινωνία, όσο και με τη μορφή που παίρνει αυτό το στίγμα στην έκφρασή του. Οι παράγοντες που διερευνήθηκαν ήταν :

1/ **η διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος σαν αποτέλεσμα της ύπαρξης ενός εμφανούς ιδιαίτερου χαρακτηριστικού,**

2/ **η διαμόρφωση και έκφραση διπλού στίγματος σε περιπτώσεις ύπαρξης δύο διαφορετικών ιδιαίτερων χαρακτηριστικών** (π.χ. AIDS-ομοφυλοφιλία ή AIDS-τοξικομανία).

Ο πρώτος παράγοντας αφορά στην αδυναμία διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος του AIDS προς ένα άτομο, στην περίπτωση απουσίας ή και αδυναμίας εντοπισμού του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' που κατέχει, όπως αναφέρθηκε λίγο

[96] Βλέπε και κεφ.6 'Συμπεράσματα της διερεύνησης του στίγματος του AIDS'.

παραπάνω[97]. Ο δεύτερος παράγοντας αφορά στη διαμόρφωση και έκφραση διπλού στιγματισμού προς άτομα που κατέχουν περισσότερα από ένα 'ιδιαίτερα χαρακτηριστικά,' τα οποία όμως συνδέονται –πραγματικά ή δυνητικά- με το αρχικό και κύριο χαρακτηριστικό, που είναι η μόλυνση από τη νόσο[98]. Σε αυτή την περίπτωση, ο πρώτος στιγματισμός αφορά στην άμεση σύνδεση των ατόμων με τη μόλυνση από τη νόσο, ενώ ο δεύτερος αφορά τόσο στην έμμεση σύνδεσή τους με τη μόλυνση από τη νόσο όσο και στην άμεση σύνδεσή τους με μία άλλη κατάσταση, η οποία επίσης επιδέχεται στιγματισμό, λόγω της σχέσης της με άλλα όμοια ή διαφορετικά, αρνητικά στερεότυπα -π.χ. ομοφυλοφιλία, τοξικομανία.

Η διερεύνηση της αλήθειας των δύο αυτών παραγόντων επιχειρήθηκε κατά ένα περιορισμένο μέρος, μέσω της συλλογής στοιχείων στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Εντούτοις στο μεγαλύτερο μέρος της, πραγματοποιήθηκε μέσα από τις προσωπικές συνεντεύξεις. Η συνεισφορά αυτής της διερεύνησης ήταν ιδιαίτερα σημαντική. Καταρχήν σχετικά με τις ενδείξεις που πρόσφερε στην προσπάθεια σκιαγράφησης της διαδικασίας διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος του AIDS, στη συνέχεια στην επισήμανση σημαντικών στοιχείων σχετικά με την πρόσληψη του AIDS από την Ελληνική κοινωνία και την κοινωνική, ηθική και πολιτισμική φόρτιση της πρόσληψης αυτής. Τέλος, στην επισήμανση ενδείξεων σχετικά με την πρόσληψη άλλων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών από την Ελληνική κοινωνία, της σύνδεσής τους με κάποια στερεότυπα, καθώς επίσης και της σχέσης που τους αποδίδεται με το AIDS -π.χ. σχέση ομοφυλοφιλίας-AIDS.

Για την ολοκλήρωση της διερεύνησης των επιμέρους παραγόντων, που καθορίζουν την διαδικασία διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος του AIDS, πραγματοποιήθηκε μία τελευταία προσθήκη. Αφορά στον παράγοντα που σχετίζεται με την **κοινωνική και οικονομική κατάσταση των οροθετικών ατόμων**, και στον τρόπο που αυτή επηρεάζει όλη αυτή τη διαδικασία. Η διερεύνηση του ρόλου αυτού του παράγοντα είχε ως στόχο τη συλλογή στοιχείων σε σχέση με τον τρόπο που κάποια κοινωνικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τη διαμόρφωση και κυριότερα την έκφραση του στίγματος του AIDS. Η συλλογή αυτή πραγματοποιήθηκε μέσα από τη διεξαγωγή των προσωπικών συνεντεύξεων και οι ενδείξεις που προέκυψαν συντείνουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει τέτοιου είδους επίδραση και στη διαδικασία

[97] Και αναλύεται διεξοδικά στην Εισαγωγή.
[98] Βλέπε Εισαγωγή για αναλυτική εξήγηση.

διαμόρφωσης αλλά ουσιαστικά και κύρια στον τρόπο έκφρασης του στίγματος, αν και η επίδραση αυτή δεν είναι πάντα προς την ίδια κατεύθυνση[99].

Έτσι, με την ολοκλήρωση αυτής της διερεύνησης η ερευνητική διαδικασία προχώρησε στο στάδιο που αφορά αποκλειστικά στην έκφραση του στίγματος του AIDS. Σ' αυτό το στάδιο, επιχειρήθηκε η διερεύνηση της **έκφρασης του στίγματος μέσα στα πλαίσια των ανθρώπινων σχέσεων και συγκεκριμένα : α) στις οικογενειακές σχέσεις, β) στις ερωτικές σχέσεις, γ) στις φιλικές σχέσεις, δ) στις εργασιακές/ επαγγελματικές σχέσεις, και ε) στις ευρύτερες κοινωνικές συναναστροφές**. Παράλληλα και σα συνέχεια στο ίδιο αυτό στάδιο επιχειρήθηκε η διερεύνηση της **δημιουργίας και έκφρασης φαινομένων κοινωνικής απομόνωσης και ρατσισμού, σαν αποτέλεσμα της έκφρασης του στίγματος**, μέσα στα πλαίσια των ίδιων ακριβώς σχέσεων.

Ο στόχος αυτής της διερεύνησης ήταν η ανίχνευση της έκφρασης του στίγματος σε όλο το φάσμα των ανθρώπινων σχέσεων, καθώς και των αποτελεσμάτων που η έκφραση αυτή μπορεί να έχει πάνω στις ανθρώπινες σχέσεις. Έτσι, για παράδειγμα, ο εντοπισμός της έκφρασης στιγματισμού -με άμεσο ή έμμεσο τρόπο- σε κάποια άτομα, στο επίπεδο των ευρύτερων κοινωνικών συναναστροφών, πρόσφερε πολλά στην κατανόηση της έκφρασης φαινομένων κοινωνικής απομόνωσης και ρατσισμού στα άτομα αυτά -π.χ. άρνηση νοσηλείας τους, άρνηση πραγματοποίησης αναγκαίων χειρουργικών επεμβάσεων σ' αυτά ή ακόμα και άρνηση εργασίας ή στέγασης σ' αυτά κλπ. Η διερεύνηση και ο εντοπισμός της έκφρασης αυτών των φαινομένων πραγματοποιήθηκε, κατά ένα μικρό μέρος, μέσω της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας και κατά ένα άλλο μεγαλύτερο μέρος, μέσω των προσωπικών συνεντεύξεων.

Η διερεύνηση της **έκφρασης του στιγματισμού ατόμων ή ομάδων μέσα στο φάσμα όλων των ανθρωπίνων σχέσεων, καθώς και των φαινομένων κοινωνικής απομόνωσης και ρατσισμού, σαν αποτέλεσμα αυτού του στιγματισμού,** θεωρήθηκε πολύ σημαντική διότι :

α) Έριξε φως σ' όλη αυτή τη διαδικασία έκφρασης του στιγματισμού, του κοινωνικού ρατσισμού και της απομόνωσης, όχι πλέον σε ένα θεωρητικό επίπεδο, αλλά στο επίπεδο της πραγματικής καθημερινότητας των ατόμων ή ομάδων που τα βιώνουν.

[99] Βλέπε και κεφ. 6 'AIDS και στιγματισμός στην Ελλάδα'.

β) Σαν αποτέλεσμα του προηγούμενου προέκυψαν σημαντικές ενδείξεις για τις επιδράσεις αυτής της έκφρασης στα άτομα ή τις ομάδες. Ενδείξεις, που αφορούν στην επίδραση της κοινωνίας πάνω στη ζωή των ατόμων ή και των ομάδων, με τη μορφή των «ανεπίσημων» στάσεων και συμπεριφορών, αλλά καμία φορά και με τη μορφή της «επίσημης» πολιτικής, με όλες τις συνέπειες που αυτή η επίδραση μπορεί να έχει στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, αλλά και στην ψυχολογία των ατόμων ή και των ομάδων.

γ) Προέκυψαν, όμως, σημαντικές ενδείξεις και για τις επιδράσεις της νόσου πάνω σε όλο το φάσμα των ανθρώπινων σχέσεων μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής κοινωνίας.

δ) Τέλος προέκυψαν πολλές και σαφείς ενδείξεις για την πρόσληψη της νόσου από την Ελληνική κοινωνία και την κοινωνική, ηθική και πολιτισμική φόρτιση της πρόσληψης αυτής, όχι μόνο σε επίπεδο ευρύτερης κοινωνίας, αλλά και σε επίπεδο στενών διαπροσωπικών σχέσεων[100].

Γ/. ΒΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ AIDS ΑΠΟ ΤΟ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟ ΑΤΟΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ.

Το τρίτο επίπεδο διερεύνησης του **στιγματισμού ατόμων ή ομάδων, ως "ανεπίσημη' έκφραση της κοινωνικής αντίδρασης σε επίπεδο ομάδας, οικογένειας, ατόμου**, αφορά στη **βίωση του στίγματος από το άτομο και την οικογένειά του**. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια επιχειρήθηκε αρχικά η διερεύνηση του **στίγματος ως μία διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών ρόλων.**[101]

Εάν το στίγμα γενικότερα μπορεί να θεωρηθεί ως μια τέτοια διαδικασία, τότε το ίδιο ισχύει -σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό- και στην περίπτωση του στιγματισμού, που στηρίζεται στη μόλυνση από το AIDS. Αυτός είναι ο λόγος που κρίθηκε απαραίτητη η διερεύνηση του στίγματος, ως μία τέτοια διαδικασία στο επίπεδο της βίωσης του στίγματος του AIDS από το άτομο και την οικογένειά του. Η διερεύνηση αυτή πραγματοποιήθηκε μέσα από τη διεξαγωγή των προσωπικών συνεντεύξεων με πολύτιμες επιβεβαιωτικές ενδείξεις σαν αποτέλεσμα. Ενδείξεις που βοήθησαν στην κατανόηση τόσο της πρόσληψης του στίγματος -όχι μόνο από τα άτομα που στιγματίζονται αλλά και από την ευρύτερη κοινωνία- όσο και της βίωσής του -από τα άτομα που λόγω συνθηκών μπαίνουν στον ρόλο του στιγματισμένου.

---

[100] Βλέπε και κεφ. 6 'AIDS και στιγματισμός στην Ελλάδα'.

[101] Βλέπε στην αντίστοιχη αναφορά στη θεωρία του E.Goffman για το στίγμα στην Εισαγωγή και στο Κεφ. 2 'Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας του στίγματος και σύνδεσή της με το AIDS'.

Στη συνέχεια διερεύνησης της βίωσης του στίγματος από το άτομο και την οικογένειά του επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός των σημαντικότερων **παραγόντων, που μπορεί να καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται το στίγμα**. Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια διερευνήθηκε, σε ένα πρώτο στάδιο, η διαδικασία βίωσης της διάγνωσης της νόσου και οι άμεσες επιπτώσεις αυτής της διάγνωσης στη ψυχολογία και τη στάση των οροθετικών ατόμων. Τα ζητήματα που προέκυψαν άμεσα από αυτή τη διερεύνηση οδήγησαν αβίαστα στους βασικούς παράγοντες, που επηρεάζουν ή και καθορίζουν την διαδικασία βίωσης του στίγματος από το οροθετικό άτομο. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1) Ο πρώτος και σημαντικότερος αφορά στο **'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό'**, δηλαδή στη μόλυνση από τη νόσο και στον **τρόπο χειρισμού του**. Δεδομένης της αλήθειας, όπως επιβεβαιώθηκε από τις συνεντεύξεις, του στιγματισμού σαν μια διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών ρόλων, τα οροθετικά άτομα επιθυμούν -στην πλειονότητά τους- να ελέγξουν τη γνώση της μόλυνσής τους. Με άλλα λόγια επιθυμούν και επιχειρούν να μην αποκαλύψουν ή να αποκαλύψουν επιλεκτικά την ύπαρξη αυτού του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' τους, σε μία προσπάθεια αποφυγής της βίωσης του στιγματισμού λόγω του χαρακτηριστικού αυτού.
2) Ο δεύτερος εξίσου σημαντικός παράγοντας αφορά σε αυτό που οι θεωρητικοί αναφέρουν ως **'συνειδητοποιημένη' ή 'βιωμένη' ταυτότητα**[102] του ατόμου. Είναι η 'νέα' ταυτότητα που αποκτά το οροθετικό άτομο, λόγω της διάγνωσης της οροθετικότητάς του, και σχετίζεται αφενός μεν στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται και βιώνει το άτομο την ιδιαιτερότητα και το στιγματισμό του και αφετέρου στην στάση που υιοθετεί αρνούμενο ή αποδεχόμενο την 'ταυτότητα' αυτή. Δηλαδή στην ψυχολογική στάση του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και την κατάστασή του, αλλά και απέναντι στα υπόλοιπα άτομα με το ίδιο στίγμα.
3) Τέλος ο τρίτος σημαντικός παράγοντας αφορά στις ευρύτερες άμεσες και έμμεσες **ψυχολογικές συνέπειες** της διάγνωσης της οροθετικότητας, της ίδιας της νόσου, αλλά και του στιγματισμού που συνεπάγεται στο οροθετικό άτομο και στους οικείους του. Οι συνέπειες αυτές σχετίζονται άμεσα τόσο με την προσπάθεια του ατόμου να ελέγξει τη γνώση γύρω από το 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό' της μόλυνσής του και από την επιτυχία ή αποτυχία αυτής της προσπάθειας, όσο και

[102] Βλέπε Κεφ. 2 'Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας του στίγματος και σύνδεσή της με το AIDS'.

από τον τρόπο που το άτομο αποδέχεται ή απορρίπτει τη νέα του ταυτότητα. Σχετίζονται όμως επίσης και με την ίδια την επίδραση της νόσου στην καθημερινή ζωή του ατόμου.

Οι παράγοντες αυτοί διερευνήθηκαν διεξοδικά μέσα από τις προσωπικές συνεντεύξεις και οδήγησαν σε σημαντικές ενδείξεις και συμπεράσματα. Μέσα από αυτά επιβεβαιώθηκε κάθε ένας από αυτούς τους παράγοντες και η σπουδαιότητά τους στην διαδικασία βίωσης του στίγματος του AIDS από τα οροθετικά άτομα. Παράλληλα όμως, φάνηκε καθαρά και ο ρόλος του στίγματος του AIDS σε σχέση με κάθε έναν από τους παράγοντες αυτούς. Κάποιες από τις σημαντικότερες ενδείξεις δε αφορούν **στον ρόλο του στίγματος στην προσπάθεια χειρισμού** [103]**:**

α) της **γνώσης** γύρω από τη μόλυνση σε περίπτωση που το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό δεν είναι εμφανές (ασυμπτωματικός οροθετικός),

β) των **εντάσεων που δημιουργούνται στις σχέσεις με τους άλλους** στην περίπτωση που το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό είναι εμφανές (ασθένεια) ή αποκαλύπτεται,

γ) των **ψυχολογικών συνεπειών** τόσο της διάγνωσης της κατάστασης, στην οποία βρίσκεται το άτομο, δηλαδή της μόλυνσης από τη νόσο, όσο και της βίωσης του στιγματισμού που η κατάσταση αυτή συνεπάγεται.

Οι ενδείξεις και τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη διερεύνηση σ' αυτό το στάδιο[104] θεωρήθηκαν πολύ σημαντικά διότι:

α) Αναδείχθηκαν και επιβεβαιώθηκαν οι παράγοντες που καθορίζουν τον τρόπο βίωσης του στίγματος.

β) Σκιαγραφήθηκε η ψυχολογική στάση που διαμορφώνεται στα άτομα ή τις ομάδες από τη βίωση του στίγματος απέναντι στην κατάστασή τους και το στιγματισμό που βιώνουν. Έτσι φάνηκε και ο τρόπος που επιλέγουν τα άτομα αυτά ή οι ομάδες να αντιδράσουν στην κατάσταση στην οποία βρέθηκαν και στο στιγματισμό που έρχεται σαν επακόλουθο αυτής της κατάστασης.

γ) Σαν αποτέλεσμα των προηγούμενων σκιαγραφήθηκε η διαδικασία βίωσης του στιγματισμού τόσο μέσα στα πλαίσια της προσωπικής εμπειρίας του στιγματισμού, σα βιωματικής κατάστασης, όσο και της κοινωνικής πρόσληψης της νόσου. Μίας πρόσληψης που αφορά όχι μόνο στα άτομα που βιώνουν το στίγμα, αλλά και στον άμεσο περίγυρό τους καθώς και την ευρύτερη κοινωνία.

---

[103] Βλέπε και Εισαγωγή.

[104] Βλέπε Κεφ. 6 'AIDS και στιγματισμός στην Ελλάδα'.

δ) Παρουσιάστηκε με καθαρότητα η αρνητική επίδραση του στιγματισμού και της νόσου γενικότερα στις ανθρώπινες σχέσεις των οροθετικών ατόμων, έτσι όπως τα άτομα αυτά την αντιλαμβάνονται, την φοβούνται και κατά συνέπεια προσπαθούν να την αποφύγουν.

ε) Άρχισαν να διαφαίνονται καθαρότερα οι επιδράσεις του στιγματισμού - ως "ανεπίσημη" έκφραση της κοινωνικής αντίδρασης- πάνω στην ψυχολογία των ατόμων ή και των ομάδων, συνεπώς και πάνω στη διαμόρφωση της αντίδρασής τους στην κατάσταση που βρίσκονται. Η αντίδραση, όμως, των ατόμων ή ομάδων αυτών παίζει έμμεσα ρόλο στην όλη πορεία και εξέλιξη της νόσου. Έτσι μπορεί να ειπωθεί ότι άρχισαν να διαφαίνονται και οι έμμεσες επιδράσεις της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη του AIDS[105].

Στο επόμενο στάδιο αυτού του επιπέδου -της βίωσης του στίγματος από το άτομο και την οικογένειά του- επιχειρήθηκε η διερεύνηση της **βίωσης του στιγματισμού μέσα σε όλο το φάσμα των ανθρώπινων σχέσεων του ατόμου, που δέχεται αυτόν τον στιγματισμό**, και συγκεκριμένα : **α) στις οικογενειακές σχέσεις, β) στις ερωτικές σχέσεις, γ) στις φιλικές σχέσεις, δ) στις εργασιακές/ επαγγελματικές σχέσεις, και ε) στις ευρύτερες κοινωνικές συναναστροφές.** Παράλληλα επιχειρήθηκε η διερεύνηση **της βίωσης καταστάσεων κοινωνικής απομόνωσης και ρατσισμού, σαν αποτέλεσμα της βίωσης του στιγματισμού** μέσα στα πλαίσια των ίδιων ανθρώπινων σχέσεων. Ο στόχος εδώ ήταν ο εντοπισμός του τρόπου με τον οποίο γίνεται αντιληπτός ο στιγματισμός από το οροθετικό άτομο, μέσα στα πλαίσια των σχέσεών του με άλλους ανθρώπους, καθώς και ο εντοπισμός των καταστάσεων που μπορεί να βιώσει το οροθετικό άτομο, μέσα σ' αυτές τις σχέσεις, σαν αποτέλεσμα του στιγματισμού του.

Η διερεύνηση σ' αυτό το στάδιο ήταν δυνατή μόνο μέσα από τη διεξαγωγή προσωπικών συνεντεύξεων με άτομα που είτε άμεσα είτε μέσω κάποιου άλλου είχαν εμπειρία βίωσης τέτοιου στιγματισμού και τα οποία φυσικά δέχτηκαν να μιλήσουν γι' αυτήν την εμπειρία. Η διερεύνηση σ' αυτό το στάδιο θεωρήθηκε πολύ σημαντική δεδομένου ότι οδήγησε :

α) στην ολοκλήρωση της σκιαγράφησης της διαδικασίας της βίωσης του στίγματος από το άτομο και την οικογένειά του,

[105] Βλέπε και κεφ.6 'Συμπεράσματα της διερεύνησης του στίγματος του AIDS'.

β) στην ολοκλήρωση της σκιαγράφησης των συνεπειών του στίγματος πάνω στην ψυχολογία των ατόμων ή ομάδων που το υφίστανται, συνεπώς και της επίδρασης της κοινωνίας -ως "ανεπίσημης" έκφρασης της κοινωνικής αντίδρασης- πάνω στα άτομα αυτά και έμμεσα πάνω στην πορεία και εξέλιξη της νόσου,

γ) στην ολοκλήρωση της σκιαγράφησης των συνεπειών του στίγματος και κατ΄ επέκταση της νόσου σε όλο το φάσμα των ανθρώπινων σχέσεων, και

δ) στην παρουσίαση σαφών ενδείξεων για την πρόσληψη της νόσου -τόσο σε επίπεδο κοινωνίας όσο και ατόμου- και για την κοινωνική , ηθική και πολιτισμική φόρτιση της **πρόσληψης αυτής, δεδομένου** ότι από μόνη της η ύπαρξη στιγματισμού μέσα στις ανθρώπινες σχέσεις και μάλιστα τις πολύ στενές φανερώνει μία αρνητική φόρτιση στην πρόσληψη αυτή[106].

Τέλος, στην προσπάθεια ολοκλήρωσης της διερεύνησης αυτού του επιπέδου, επιχειρήθηκε η αναζήτηση προτάσεων για την εξάλειψη του φαινομένου του στιγματισμού σαν απόρροια της μόλυνσης από το AIDS. Ο στόχος εδώ ήταν η συλλογή προτάσεων που θα μπορούσαν αφενός μεν να επισημάνουν -εκ νέου ή γι άλλη μία φορά- τις σημαντικότερες ελλείψεις και ανάγκες της αντιμετώπισης της νόσου και του στίγματος, που αυτή συνεπάγεται, σε όλα τα επίπεδα και αφετέρου να ολοκληρώσουν την ήδη σχηματισμένη εικόνα του φαινομένου του στιγματισμού και των όποιων δυνατοτήτων μείωσης ή εξάλειψής του. Οι προτάσεις που συγκεντρώθηκαν από τους ερωτώμενους λειτούργησαν και προς τις δύο αυτές κατευθύνσεις με ενδιαφέροντα αποτελέσματα[107]. Μ' αυτόν τον τρόπο, ολοκληρώθηκε η διερεύνηση όχι μόνο του στιγματισμού αλλά και συνολικότερα της έκφρασης της **κοινωνικής αντίδρασης στην εμφάνιση του φαινομένου του AIDS μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής κοινωνίας.** Ολοκληρώθηκε με άλλα λόγια η αναζήτηση της **'κοινωνικής φύσης'** του AIDS μέσα από την ερευνητική διαδικασία. Τα αποτελέσματα, οι ενδείξεις και τα συμπεράσματα, στα οποία οδήγησε η διαδικασία αυτή, παρουσιάζονται αναλυτικά στα αντίστοιχα επόμενα κεφάλαια.

[106] Βλέπε και κεφ.6 'Συμπεράσματα της διερεύνησης του στίγματος του AIDS'.
[107] Βλέπε Κεφ.6 'AIDS και στιγματισμός στην Ελλάδα'.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ.

Η εξάπλωση του AIDS από την αρχή της εμφάνισης της νόσου με τα πρώτα κρούσματα στην Αμερική -το 1981- έως και σήμερα, είκοσι χρόνια μετά, έχει υπάρξει ραγδαία σ' όλο τον κόσμο. Οι προβλέψεις των ειδικών επιστημών έχουν διαψευστεί, πολλές φορές, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των υπό ανάπτυξη περιοχών, όπως είναι η Αφρική, η Ασία, η Κίνα και η Ινδία. Τα νούμερα, που εμφανίζονται διεθνώς, είναι πλέον συγκλονιστικά. Σύμφωνα με τις διεθνείς μελέτες, στα τέλη του περασμένου χρόνου, ο αριθμός των ατόμων, που ζουν με τον ιό παγκοσμίως, ανέρχεται πλέον στα τριάντα έξι εκατομμύρια, ενώ δέκα χιλιάδες άτομα μολύνονται καθημερινά σ' ολόκληρο τον κόσμο και τρία εκατομμύρια πεθαίνουν κάθε χρόνο από την ασθένεια[108].

Στην χώρα μας η επιδημία του AIDS -αν και με σταθερά αυξητικές τάσεις εξέλιξης- βρίσκεται ακόμη σε αρκετά χαμηλά επίπεδα, τουλάχιστον σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Έτσι, από το 1983, που διαγνώσθηκαν τα δύο πρώτα περιστατικά AIDS στην Ελλάδα, μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου του 2000, το σύνολο των κρουσμάτων AIDS, που έχουν δηλωθεί επισήμως, αγγίζει τα 2163 άτομα, ενώ ο συνολικός αριθμός των οροθετικών ατόμων -συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS- που έχουν δηλωθεί μέχρι και αυτή την ημερομηνία, είναι 5446 άτομα. Απ' αυτά τα εξήντα οκτώ (68) -ποσοστό 1,2%- είναι παιδιά κάτω των δώδεκα (12) ετών, ενώ τα υπόλοιπα 5378 ανήκουν στην κατηγορία των εφήβων και ενηλίκων. Από το σύνολο των εφήβων και ενηλίκων, το 81,7% είναι άνδρες και το 17,7% γυναίκες, ενώ υπάρχει ένα ποσοστό 0,6% για το οποίο δεν είναι γνωστό το φύλο[109]. Όπως φαίνεται και στους πίνακες που ακολουθούν, η πλειονότητα -το 54,1%- των δηλωθέντων οροθετικών στο σύνολο αυτής της κατηγορίας ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 25-39 ετών[110], το 33,4% είναι άνω των 40 ετών και το 8,2% είναι κάτω των είκοσι τέσσερα (24).

Ο πρώτος σε συχνότητα τρόπος μετάδοσης στους εφήβους / ενήλικες αφορά στη σεξουαλική επαφή. Συγκεκριμένα, το 40,7% του συνόλου -που είναι όλοι άνδρες- ανέφεραν ότι μολύνθηκαν μέσω ομοφυλοφιλικής-αμφιφυλοφιλικής σεξουαλικής σχέσης και το 15,6% -άνδρες και γυναίκες- ανέφεραν ως αιτία μόλυνσης την ετεροφυλοφιλική σεξουαλική

[108] Μίνα Αγγελίνη,'36 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο ζουν τον εφιάλτη', Εφημερίδα ΕΘΝΟΣ, Σάββατο 2 Δεκεμβρίου 2000, σελ 18. Για περισσότερα στοιχεία, βλέπε επίσης και στην Εισαγωγή.
[109] Εξαμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ), 'Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τεύχος 12, Δεκέμβριος 2000, σελ. 10.
[110] Βλέπε πίνακα 1.

επαφή.[111] Βέβαια εδώ πρέπει να τονιστεί ότι σ' αυτό το σύνολο υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό -που πλησιάζει το 35%- στο οποίο η κατηγορία μετάδοσης της νόσου παραμένει αδιευκρίνιστη. Το γεγονός αυτό δυσκολεύει την αξιολόγηση των τάσεων εξέλιξης της νόσου αναφορικά με τον τρόπο μετάδοσής της[112]. Εντούτοις, οι τάσεις αυτές διαφαίνονται αυξητικές στις δύο κύριες κατηγορίες μετάδοσης, στους ομοφυλόφιλους / αμφιφυλόφιλους άνδρες και στους ετεροφυλόφιλους. Αντίστοιχα αυξητική εμφανίζεται -μέσα από τα στοιχεία της τελευταίας δεκαετίας[113]- και η διαχρονική τάση της επιδημίας και στους άνδρες και στις γυναίκες[114]. Τέλος, στην ηλικιακή ομάδα κάτω των δέκα τριών (13) ετών, ο πρώτος σε συχνότητα τρόπος μετάδοσης εμφανίζεται να είναι η μόλυνση από τη μητέρα στο παιδί -ποσοστό 57%- με όλους τους υπόλοιπους, μεταγγίσεις, πολλαπλές μεταγγίσεις, χορηγήσεις παραγώγων αίματος κλπ. να έπονται με μεγάλη διαφορά[115].

Αυτό που έχει ενδιαφέρον να αναφερθεί σ' αυτό το σημείο και που προκύπτει από την ταξινόμηση κατά τρόπο μετάδοσης είναι ότι στην Ελλάδα -ιδιαίτερα σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες- τα ποσοστά των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών εξακολουθούν να περιορίζονται σε χαμηλά επίπεδα[116]. Έτσι, ενώ παγκοσμίως η χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών αποτελεί την δεύτερη κατά σειρά κατηγορία μετάδοσης της νόσου μετά την ομοφυλοφιλική / αμφιφυλοφιλική σεξουαλική σχέση μεταξύ ανδρών[117], στην Ελλάδα τα στοιχεία την κατατάσσουν στην πέμπτη και προτελευταία θέση[118].

Αυτό, βέβαια, μπορεί να οφείλεται στην άρνηση κάποιων οροθετικών να παραδεχθούν ότι ήταν -ή εξακολουθούν να είναι- τοξικομανείς, με συνέπεια να καταχωρούνται στην κατηγορία 'ακαθόριστοι'. Μπορεί όμως επίσης να οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο χρήσης των ενδοφλέβιων ναρκωτικών στην χώρα μας σε σχέση με άλλες χώρες. Τρόπο που ενδεχόμενα ευνοεί την ατομική χρήση και όχι την ομαδική[119]. Σε κάθε περίπτωση, η διαπίστωση αυτή παραμένει ευχάριστη, δεδομένων των δέκα οκτώ (18) ετών, που έχουν παρέλθει από την αρχική εμφάνιση της νόσου στην χώρα μας. Η πάροδος αυτών

---

[111] Βλέπε πίνακα 2.

[112] Εξαμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ), 'Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τεύχος 12, Δεκέμβριος 2000, σελ. 11

[113] Βλέπε πίνακα 3. Τα στοιχεία που συμπεριλαμβάνονται ξεκινούν από το 1983 αλλά μόνον τα στοιχεία της τελευταίας δεκαετίας από το 1990 και μετά θεωρούνται αξιολογήσιμα, όσον αφορά στην πορεία της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα.

[114] Βλέπε την Εξαμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ), 'Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τεύχος 12, Δεκέμβριος 2000, σ. 10-11.

[115] Βλέπε πίνακα 4.

[116] Βλέπε πίνακα 2.

[117] Δαρδαβέσης Θ.Ι. 'Επιδημιολογία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ), *Ελληνικά Αρχεία AIDS, τόμος 7, τεύχος 2, Απρίλιος - Ιούνιος 1999, σελ.89.*

[118] Βλέπε πίνακα 2.

των ετών χωρίς την -με εκρηκτικό τρόπο- ανατροπή των σχετικά μειωμένων ποσοστών για τους οροθετικούς τοξικομανείς, φαίνεται να 'ευνοεί' αυτή την κατηγορία μειώνοντας στο ελάχιστο την πιθανότητα μιας τέτοιας ανατροπής με δραματικό τρόπο[120] και δημιουργώντας κλίμα αισιοδοξίας για το μέλλον. Είναι αυτονόητο βέβαια, πως αυτή η αισιοδοξία δεν πρέπει να οδηγήσει σε καμία περίπτωση σε εφησυχασμό αλλά αντίθετα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σωστά για την καλύτερη και πληρέστερη πρόληψη της μετάδοσης της νόσου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1[121]

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα (άνω των 13 ετών) συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/2000

Ηλικιακή ομάδα	**Άνδρες**		**Γυναίκες**		**Σύνολο[122]**	
	N	**(%)**	**N**	**(%)**	**N**	**(%)**
13-14 ετών	15	(0,3)	1	(0,1)	16	(0,3)
15-19 ετών	58	(1,3)	17	(1,8)	75	(1,4)
20-24 ετών	250	(5,7)	97	(10,2)	351	(6,5)
25-29 ετών	707	(16,1)	223	(23,4)	930	(17,3)
30-34 ετών	935	(21,3)	181	(19,0)	1117	(20,8)
35-39 ετών	728	(16,6)	129	(13,5)	860	(16,0)
40-49 ετών	878	(20,0)	126	(13,2)	1007	(18,7)
50-59 ετών	374	(8,5)	64	(6,7)	438	(8,1)
60+ ετών	288	(6,6)	62	(6,5)	351	(6,5)
Άγνωστη	161	(3,7)	53	(5,6)	233	(4,3)
Σύνολο	**4394**	**(100)**	**953**	**(100)**	**5378**	**(100)**

[119] Όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες σαν κάποιου είδους 'τελετουργική' διαδικασία σε ειδικά μέρη συγκέντρωσης των τοξικομανών, γνωστά και με την ονομασία 'shooting galleries'.

[120] Πιθανότητα που αποτελούσε έναν από τους κύριους φόβους γιατρών και επιστημόνων για σειρά ετών.

[121] Βλέπε Πίνακα 13, στην Εξαμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ), 'Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τεύχος 12, Δεκέμβριος 2000, σελ. 22.

[122] Στο σύνολο των εφήβων /ενηλίκων, έχουν συμπεριληφθεί και άτομα των οποίων το φύλο είναι άγνωστο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2[123]

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα (άνω των 13 ετών) συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/12/2000

Κατηγορία Μετάδοσης	**Άνδρες**		**Γυναίκες**		**Σύνολο[124]**	
	N	**(%)**	**N**	**(%)**	**N**	**(%)**
Ομο/αμφιφυλόφιλοι Άνδρες	2187	(49,8)	--	--	2187	(40,7)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	143	(3,3)	44	(4,6)	187	(3,5)
Πολυμεταγγιζόμενοι με Παράγωγα αίματος	201	(4,6)	14	(1,5)	215	(4,0)
Μεταγγιζόμενοι	44	(1,0)	30	(3,1)	74	(1,4)
Ετεροφυλόφιλοι	316	(7,2)	520	(54,6)	841	(15,6)
Ακαθόριστοι	1503	(34,2)	345	(36,2)	1874	(34,8)
Σύνολο	**4394**	**(100)**	**953**	**(100)**	**5378**	**(100)**

ΠΙΝΑΚΑΣ 3[125]

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS κατά έτος δήλωσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/2001

Έτος διάγνωσης	**Άνδρες**		**Γυναίκες**		**Σύνολο[126]**	**Συχνότη**
	N	**(%)**	**N**	**(%)**		
1983	2	(0,0)	0	(0,0)	2	(0,2)
1984	9	(0,2)	0	(0,0)	9	(0,9)
1985	12	(0,3)	2	(0,2)	14	(1,4)

[123] Βλέπε Πίνακα 14, στην Εξαμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ), 'Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τεύχος 12, Δεκέμβριος 2000, σελ. 23.

[124] Στο σύνολο των εφήβων /ενηλίκων, έχουν συμπεριληφθεί και άτομα των οποίων το φύλο είναι άγνωστο.

[125] Βλέπε Πίνακα 10, στην Εξαμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ), 'Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τεύχος 12, Δεκεμβρίου 2000, σελ. 21.

[126] Στο σύνολο έχουν συμπεριληφθεί και άτομα των οποίων το φύλο είναι άγνωστο.

[127] Ανά εκατομμύριο πληθυσμού.

1985	44	(1,0)	2	(0,2)	46	(4,6)
1987	72	(1,6)	9	(0,9)	81	(8,1)
1988	109	(2,5)	9	(0,9)	118	(11,8)
1989	159	(3,6)	17	(1,7)	176	(17,4)
1990	229	(5,2)	28	(2,9)	257	(25,3)
1991	264	(5,9)	48	(4,9)	312	(30,4)
1992	309	(7,0)	50	(5,1)	359	(34,8)
1993	287	(6,5)	55	(5,6)	342	(32,9)
1994	226	(5,1)	57	(5,9)	283	(27,1)
1995	356	(8,0)	66	(6,8)	422	(40,4)
1996	391	(8,8)	119	(12,2)	511	(48,8)
1997	503	(11,3)	110	(11,3)	616	(58,7)
1998	519	(11,7)	122	(12,5)	662	(63,0)
1999	549	(12,4)	160	(16,4)	714	(67,9)
2000	400	(9,0)	120	(12,3)	522	(49,6)
Σύνολο	**4440**	**(100)**	**974**	**(100)**	**5446**	**(100)**

ΠΙΝΑΚΑΣ 4[128]

Δηλωθέντα HIV οροθετικά παιδιά συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS (κάτω των 12 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/2000.

Κατηγορία μετάδοσης	**Αγόρια**		**Κορίτσια**		**Σύνολο[129]**	
	N	**(%)**	**N**	**(%)**	**N**	**(%)**
Πολυμεταγγιζόμενα	15	(32,6)	0	(0,0)	15	(22,1)
Μεταγγιζόμενα	3	(6,5)	4	(19,0)	7	(10,3)
Ακαθόριστα	7	(15,2)	0	(0,0)	7	(10,3)
Από μητέρα σε παιδί						
-Χρήστριες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	1	(2,2)	1	(4,8)	2	(2,9)

[128] Βλέπε Πίνακα 12, στην Εξαμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ), Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τεύχος 12, Δεκέμβριος 2000, σελ. 22.
[129] Περιλαμβάνει και περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο.

-Μεταγγιζόμενες	1	(2,2)	1	(4,8)	2	(2,9)
-Ετεροφυλόφιλες	8	(17,4)	8	(38,1)	16	(23,5)
-Καταγόμενες από χώρα με συχνή ετεροφυλοφιλ. Μετάδοση	2	(4,3)	2	(9,5)	4	(5,9)
-Ακαθόριστες	9	(19,6)	5	(23,8)	15	(22,1)
Σύνολο	**46**	**(100)**	**21**	**(100)**	**68**	**(100)**

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα παραπάνω στοιχεία τοποθετούν την Ελλάδα ανάμεσα στις σχετικά προνομιούχες χώρες, με χαμηλά επίπεδα μόλυνσης από τον ιό του AIDS, τόσο σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού όσο και στον πληθυσμό στο σύνολό του. Εντούτοις το πρόβλημα υφίσταται και απαιτεί την ύπαρξη κάποιων μέτρων αντιμετώπισής του, αφενός από την ιατρική πλευρά -περίθαλψη, νοσηλεία των οροθετικών ατόμων αλλά και προώθηση της ιατρικής έρευνας πάνω στο AIDS- και αφετέρου από την κοινωνική πλευρά, πρόληψη, ενημέρωση, στήριξη και συμπαράσταση των οροθετικών και των οικογενειών τους.

Στη χώρα μας η ιατρική αντιμετώπιση της νόσου εμφανίζεται σαν έργο σχεδόν αποκλειστικά του δημόσιου-κρατικού τομέα, ενώ η κοινωνική αντιμετώπιση είναι στον μεγαλύτερο ίσως βαθμό έργο του ιδιωτικού τομέα, με τη μορφή μη κερδοσκοπικών συλλόγων συμπαράστασης. Αυτό φαίνεται πιο καθαρά στη συνέχεια, μέσα από την παρουσίαση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα εξής επίπεδα : 1) πρόληψης και ελέγχου εξάπλωσης της νόσου, 2) ιατρικής και επιστημονικής -ερευνητικής- αντιμετώπισης, 3) κοινωνικής αντιμετώπισης των οροθετικών ατόμων, αλλά και γενικότερης ενημέρωσης του ευρύτερου πληθυσμού.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στην πρόληψη και στον έλεγχο εξάπλωσης της νόσου και σύμφωνα με την επίσημη κρατική πολιτική από το 1983 και μετά, εφαρμόστηκαν τα παρακάτω βασικά μέτρα ελέγχου σχετικά με το AIDS:

1. Υποχρεωτική δήλωση κρουσμάτων AIDS (Α1/6824/ΕΓΚ4 Ιούλιος 1983).
2. Λήψη αίματος από υγιείς αιμοδότες Ιούλιος 1983.
3.Συγκρότηση Εθνικής Επιστημονικής Επιτροπής Ελέγχου AIDS (ΕΜΠ. 1675/100/ Οκτώβριος 1983 Υπουργική Απόφαση).

4. Συνεργασία με Ευρωπαϊκό Γραφείο Ελέγχου AIDS Π.Ο.Υ. Δεκέμβριος 1984.

5. Υποχρεωτικός έλεγχος αιμοδοτών και του προς μετάγγιση αίματος για αντισώματα HIV (ΕΜΠ. 1360/οικ.37/ΕΓΚ 3 Σεπτέμβριος 1985).

6.Επιβεβαίωση θετικών αποτελεσμάτων-αναγνώριση Κέντρων Αναφοράς AIDS (Α1/6322/ εγκύκλιος Σεπτέμβριος 1985).

7. Εισαγωγή και χρησιμοποίηση ελεγμένων ή προθερμαθέντων παραγώγων και παραγόντων αίματος, Οκτώβριος 1985.

9. Ανίχνευση φορέων AIDS μεταξύ ομάδων υψηλού κινδύνου 1985.

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

11. Νομοθετική ρύθμιση υποχρεωτικής δήλωσης AIDS Α1/61221 (ΦΕΚ 592/19/9/86 τ.Β').

12. Έναρξη προγράμματος ανωνύμου, μη ταυτοποιήσιμου ελέγχου φορέων AIDS για την αντικειμενικότερη εκτίμηση του αριθμού των φορέων AIDS, 1991[130].

Ο διαγνωστικός έλεγχος και η εργαστηριακή παρακολούθηση των ασθενών σ' όλη τη χώρα γίνονται σε ειδικά κέντρα, που εν μέρει αναφέρονται και παραπάνω, και είναι : Τα Κέντρα Ελέγχου -4 σ' όλη τη χώρα- και τα Κέντρα Αναφοράς[131]. Πιο αναλυτικά, τα κέντρα αυτά είναι :

1) Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορείου Ελλάδος, Εργαστήριο Μικροβιολογίας Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
2) Κέντρο Ελέγχου AIDS Βορειοδυτικής Ελλάδος, Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική,
3) Κέντρο Ελέγχου AIDS Νοτιοδυτικής Ελλάδος, Εργαστήριο Υγιεινής-Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Πατρών,
4) Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτίου Ελλάδος, Υγειονομική Σχολή Αθηνών,
5) Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Κρήτης,
6) Κέντρο Ελέγχου Κυτταρικής Ανοσίας, Ανοσολογικό Τμήμα, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ευαγγελισμός",
7) Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Σεξουαλικώς Μεταδιδομένων Νοσημάτων και AIDS, Νοσοκομείο "Ανδρέας Συγγρός",
8) Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Ρετροϊών, Εργαστήριο Υγιεινής Πανεπιστημίου Αθηνών,

[130] Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ, έγγραφο του Κ.Ε.Ε.Λ. 'AIDS: βασικά μέτρα ελέγχου κατά χρονολογική σειρά'.

[131] Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ, Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, της 5/11/1990, προς όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας, με θέμα : "Κέντρα Αναφοράς AIDS και Κέντρα Ελέγχου AIDS ".

9) Μικροβιολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών-Ιατρική Σχολή Αθηνών,

10) Κέντρο Ελέγχου AIDS, Ι.Κ.Α. Αλεξανδρούπολης.

Υπάρχει επίσης ένας σημαντικός αριθμός εργαστηρίων που έχουν δυνατότητα εκτελέσεων των βασικών διαγνωστικών εξετάσεων. Εντούτοις, σύμφωνα με τα μέτρα που το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δηλώνει πως εφαρμόζονται σαν απόρροια της επίσημης κρατικής πολιτικής, "όλα τα νοσοκομεία της χώρας υποχρεούνται να δέχονται προς εξέταση ανιχνεύσεως αντισωμάτων AIDS κάθε εθελοντικά προσερχόμενο άτομο, τηρώντας με ακρίβεια τις οδηγίες που συντάχθηκαν από την Εθνική Επιτροπή του AIDS"[132].

Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα του διαγνωστικού ελέγχου είναι θετικά και υπάρχει ανάγκη νοσηλείας, η κλινική εξυπηρέτηση γίνεται κατά προτίμηση με βάση την 'ανοιχτή νοσηλεία', δηλαδή το σύστημα της επισκέψεως του οροθετικού μία φορά την εβδομάδα για μία ημέρα. Ο παρακολουθούμενος οροθετικός υποβάλλεται σε εργαστηριακό έλεγχο, ανάλογα με τις ανάγκες του, και αυθημερόν έχει τα αποτελέσματα του ελέγχου, παίρνει τα φάρμακά του και επιστρέφει σπίτι του. Στις περιπτώσεις εκείνες που χρειάζεται εισαγωγή των ασθενών σε νοσοκομείο, είναι υποχρεωτική η αποδοχή νοσηλείας τους σε κάθε νοσοκομείο λοιμωδών. Σε δε μεμονωμένες περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού της νόσου, είναι υποχρεωτική η νοσηλεία σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας"[133].

Προχωρώντας στο επίπεδο της ιατρικής αντιμετώπισης του AIDS, παρατηρούμε, ότι οι ειδικές ανάγκες της νοσηλείας και περίθαλψης των οροθετικών ατόμων οδήγησαν στην ίδρυση και λειτουργία -υπό την αιγίδα του Υπουργείου- δέκα έξι (16) μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων σ' όλη τη χώρα, από τις οποίες οι εννέα (9) βρίσκονται στην Αθήνα και συγκεκριμένα στα νοσοκομεία : "Α. Συγγρός", "Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών", Θεραπευτήριο "Ευαγγελισμός", "Ιπποκράτειο" Νοσοκομείο, "Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών", "Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής", "Σωτηρία", Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία", "Πρώτο Θεραπευτήριο Ι.Κ.Α". Από τις υπόλοιπες επτά (7), οι τρεις (3) μονάδες βρίσκονται στην Θεσσαλονίκη, στα : Νοσοκομείο "ΑΧΕΠΑ", "Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο", Νοσοκομείο "Γεώργιος Παπανικολάου", μία (1) μονάδα βρίσκεται στο Ηράκλειο Κρήτης, μία (1) στην Πάτρα, μία (1) στα Ιωάννινα και μία (1) στην Αλεξανδρούπολη[134]. Θεωρητικά, οι ειδικές αυτές μονάδες διαθέτουν τουλάχιστον πέντε (5) μονόκλινα δωμάτια για τη

[132] Από έκθεση -με την μορφή εντύπου- του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που αναφέρεται στο έργο του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων για την πρόληψη και αντιμετώπιση του AIDS.

[133] Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ, έγγραφο του Υπουργείου Υγείας προς όλα τα νοσοκομεία της χώρας 'σχετικά με τη νοσηλεία ασθενών και φορέων AIDS', Αθήνα 27/7/1992.

[134] Κάποιες από τις μονάδες εκτός Αθηνών ωστόσο δεν λειτουργούν, ενώ άλλες ούτε καν υφίστανται, όπως για παράδειγμα οι μονάδες της βόρειας Ελλάδας εκτός του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ. Αυτό

νοσηλεία οροθετικών ασθενών. Στην πράξη όμως, κάποιες από αυτές διαθέτουν περισσότερα -π.χ. "Α.Συγγρός", επτά (7)- και άλλες λιγότερα -π.χ. "Πρώτο Θεραπευτήριο Ι.Κ.Α.", τρεία (3)[135]. Στα παραπάνω νοσοκομεία λειτουργούν -ή οφείλουν να λειτουργούν- εξωτερικά ιατρεία για την τακτική εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση των ασθενών και φορέων AIDS.

Τέλος, τόσο ο περιοδικός εργαστηριακός έλεγχος όσο και η παροχή φαρμάκων - αρχικά του AZT και στη συνέχεια της διπλής και τριπλής θεραπείας ή αλλιώς 'κοκτέϊλ' στα οροθετικά άτομα γίνονται δωρεάν με ολοκληρωτική επιβάρυνση του κράτους. Αυτό, βέβαια, συνεπάγεται ένα τεράστιο οικονομικό κόστος για το κράτος, δεδομένου του υψηλού κόστους των φαρμάκων, το οποίο εξετάζεται πιο αναλυτικά στο έβδομο κεφάλαιο που αφορά όχι μόνο στις οικονομικές επιπτώσεις αλλά και στις συνολικότερες επιδράσεις του AIDS στην Ελληνική κοινωνία.

Βεβαίως, η παραπάνω αναφορά στην κρατική πολιτική, όσον αφορά στην ιατρική αντιμετώπιση των οροθετικών ατόμων, θα ήταν ατελής δίχως έστω και την απλή επισήμανση των αδυναμιών και προβλημάτων που ενυπάρχουν στην διαδικασία περίθαλψης και νοσηλείας των ατόμων αυτών στα Δημόσια Νοσοκομεία. Παρόλο που αυτές οι αδυναμίες και τα προβλήματα παρουσιάζονται αναλυτικά και εμπεριστατωμένα στα επόμενα δύο κεφάλαια,[136] αξίζει σ' αυτό το σημείο να αναφερθούν τα εξής:

1) Η έλλειψη της απαραίτητης, για την περίθαλψη και νοσηλεία των οροθετικών, υποδομής. Η έλλειψη στην υποδομή αφορά σε προσωπικό, σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό καθώς και σε χώρους.
2) Η έλλειψη της απαραίτητης, για την περίθαλψη των οροθετικών ατόμων, ενημέρωσης και ειδικής εκπαίδευσης. Η έλλειψη αυτή αφορά κυρίως -αν και όχι μόνο- στο νοσηλευτικό προσωπικό, που περιθάλπει οροθετικά άτομα και σχετίζεται με θέματα, που εκτείνονται από την προστασία του ίδιου του προσωπικού κατά την απασχόλησή του, μέχρι και τη σωστή αντιμετώπιση των οροθετικών ατόμων, μέσα από την εξάλειψη του φόβου της μόλυνσης απ' αυτά και την αντίστοιχη μείωση του στιγματισμού προς αυτά.
3) Η αδυναμία επαρκούς και ολοκληρωμένης αντιμετώπισης των έντονων ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των οροθετικών και των οικείων τους, που προκύπτουν αφενός μεν από την μόλυνση από τη νόσο και αφετέρου από το στιγματισμό που αυτή

συνεπάγεται σημαντικές ελλείψεις στην περίθαλψη και νοσηλεία των οροθετικών ατόμων και υπερφόρτωση των μονάδων που υπάρχουν και λειτουργούν.

[135] Κάποια από αυτά τα στοιχεία αυτά προέκυψαν από τις συνεντεύξεις. Βλέπε κεφάλαια 5,6 καθώς επίσης και *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, Τόμος 1ος, Τεύχος 1, σελ. 67.

[136] Κεφ. 5: 'Η Πολιτική για το AIDS στην Ελλάδα' και κεφ. 6: 'AIDS και στιγματισμός στην Ελλάδα'.

συνεπάγεται. Τα προβλήματα αυτά επηρεάζουν άμεσα την ζωή αυτών των ατόμων αλλά και την συμπεριφορά τους εντός και εκτός νοσοκομείων και χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης, η οποία όμως στις περισσότερες περιπτώσεις απουσιάζει..

Ολοκληρώνοντας την ιατρική αντιμετώπιση του AIDS, θεωρείται σκόπιμη μία συνοπτική αναφορά στο ζήτημα της πολιτικής των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών. Στα πλαίσια αυτού του εγχειρήματος, δεν επιχειρήθηκε η σε βάθος διερεύνηση αυτής της πολιτικής, καθώς και των συνθηκών που διέπουν την περίθαλψη και νοσηλεία των οροθετικών σ' αυτούς τους χώρους. Ο λόγος γι αυτό είναι ότι μία πρώτη άτυπη και στοιχειώδης προσπάθεια προσέγγισης κάποιων επιλεγμένων ιδιωτικών κλινικών της Αθήνας[137] παρουσίασε μία έλλειψη υποδομής για την περίθαλψη ή και νοσηλεία των οροθετικών ασθενών. Σα συνέπεια της έλλειψης αυτής, τα άτομα αυτά δεν γίνονται δεκτά για νοσηλεία ή εκτέλεση χειρουργικής επέμβασης, όταν η κατάσταση τους είναι γνωστή. Αντίθετα, παραπέμπονται στα αρμόδια Δημόσια Νοσοκομεία, που έχουν καλύτερη υποδομή για να τους νοσηλεύσουν. Δεδομένης λοιπόν αυτής της πολιτικής, η έρευνα στα πλαίσια αυτής της διατριβής περιορίστηκε στα Δημόσια Νοσοκομεία και δεν ασχολήθηκε περαιτέρω με τα ιδιωτικά.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία αφορούν αποκλειστικά στην ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική αντιμετώπιση του AIDS, την οποία, όπως έγινε εμφανές, έχει αναλάβει σχεδόν εξ ολοκλήρου το κράτος. Εντούτοις οι παρεχόμενες από το κράτος υπηρεσίες δε σταματούν σ' αυτό το επίπεδο, αλλά επεκτείνονται και στα επίπεδα της επιστημονικής και κοινωνικής αντιμετώπισης της νόσου. Η επέκταση αυτή ήταν δυνατή από το 1989 έως το τέλος του 1992, μέσω του ειδικού τμήματος για το AIDS, που λειτουργούσε υπό την αιγίδα της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής στο χώρο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το τμήμα AIDS του Υπουργείου συντόνιζε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για την περίθαλψη και νοσηλεία των οροθετικών, αλλά και όλες τις σχετικές με το AIDS δραστηριότητες -ημερίδες, συνέδρια, ενημέρωση κλπ. Μέσα στα πλαίσια του τμήματος AIDS και των δραστηριοτήτων του και με την μορφή συμβουλευτικού οργάνου του τμήματος AIDS, λειτουργούσε η Εθνική Επιτροπή AIDS, η οποία ιδρύθηκε τον Οκτώβριο του 1983 κατόπιν Υπουργικής Απόφασης.

Από το τέλος του 1992, τη θέση του τμήματος AIDS και της Εθνικής Επιτροπής AIDS έχει πάρει το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.). Το Κ.Ε.Ε.Λ.

[137] Απολλώνιο Θεραπευτήριο, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Νοσοκομείο Υγεία.

συστάθηκε τον Νοέμβριο του 1992 με το Προεδρικό Διάταγμα 358/1992 του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Φ.Ε.Κ. 179/1992, παράγραφος $7^{α)}$ και την Υπουργική Απόφαση: 58677/27.11.1992. Το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) που ιδρύθηκε με το άρθρο 26 του Ν.2071/1992 (Α 123/1992), πήρε την μορφή του Νομικού Προσώπου Ιδιωτικού Δικαίου, με σκοπό "την αντιμετώπιση, παρακολούθηση, συντονισμό και υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων, για την θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών". "Ειδικότερα, ως κύρια, ειδικά μεταδοτικά νοσήματα χαρακτηρίζονται Άρθρο 2, παρ.1 του Π.Δ.358/1992:

Α) Το σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS),

Β) τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα,

Γ) οι ιογενείς ηπατίτιδες."[138]

"Τα αντικείμενα και οι αρμοδιότητες του Κέντρου είναι[139]:

1) Εισηγείται προς τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων της διαμόρφωσης της εθνικής πολιτικής, προς αντιμετώπιση των ειδικών λοιμώξεων.

2) Έχει την ευθύνη για την επαγρύπνηση και παρακολούθηση της εξέλιξης των ειδικών αυτών λοιμώξεων, συλλέγοντας και αξιολογώντας επιδημιολογικά στοιχεία, λαμβάνει δε κάθε απαραίτητο μέτρο για τον σκοπό αυτό.

3) Καταρτίζει προγράμματα για την ενημέρωση, πρόληψη, περίθαλψη, νοσηλεία και την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη φορέων και ασθενών.

4) Μπορεί να διεξαγάγει οποιαδήποτε ερευνητική εργασία, προς ολοκλήρωση του σκοπού αυτού, με κριτήρια την προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγείας.

5) Εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τη χρηματοδότηση σχετικών ερευνητικών προγραμμάτων.

6) Συνεργάζεται με τις κρατικές υπηρεσίες, ερευνητικά ιδρύματα και οργανισμούς της ημεδαπής, που έχουν δραστηριότητες παρόμοιες προς αυτές του κέντρου.

7) Οργανώνει συνέδρια, διαλέξεις, ανακοινώσεις και κάθε είδους επιστημονική και ενημερωτική δραστηριότητα σχετική με το αντικείμενό του.

8) Γνωμοδοτεί επί ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας που αναφέρονται στο αντικείμενό του.

---

[138] Στρατηγός Ι.Δ.,1993,*Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων*, σελ.2, Ι. Στρατηγός, Ν. Σταυριανέας, 'Η αντιμετώπιση του AIDS στην Ελλάδα: Η οργάνωση και λειτουργία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων' εις Γ. Κυριόπουλος, Ε. Κορνάρου, Β. Παπαρίζος, (επιμ.) 'Οικονομικά και διαχείριση του AIDS στην Ελλάδα', 1993, σελ.18.

[139] Σύμφωνα πάντα με το Οργανόγραμμα του Κ.Ε.Ε.Λ., όπως αυτό συντάχθηκε από τον καθηγητή κ. Ιωάννη Στρατηγό χωρίς να έχει ελεγχθεί η εφαρμογή στην πράξη αυτών των αντικειμένων και αρμοδιοτήτων.

9) Ενημερώνει τον πληθυσμό και ιδίως τις ομάδες υψηλού κινδύνου με κάθε πρόσφορο μέσο.

10) Συμβάλλει στη δημιουργία ή δημιουργεί αυτοδύναμα κέντρα έρευνας, πληροφόρησης και ψυχολογικής υποστήριξης σε διάφορα σημεία της επικράτειας.

11) Εισηγείται προς το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων την παροχή υποτροφιών για μετεκπαίδευση ιατρικού και άλλου προσωπικού, στο εσωτερικό ή εξωτερικό, σε θέματα σχετικά με το αντικείμενο του Κ.Ε.Ε.Λ.

12) Συνεργάζεται με κάθε τρόπο για την ομαλή λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων, των κέντρων ελέγχου και κέντρων αναφοράς, καθώς και των τμημάτων ειδικών λοιμώξεων[140].

Για την επίτευξη όλων των παραπάνω στόχων, δημιουργήθηκαν 13 ειδικές επιστημονικές επιτροπές, με σκοπό την "παρακολούθηση των προβλημάτων σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, την επεξεργασία του υλικού και τη διατύπωση εισηγήσεων, οι οποίες μετά από κατάλληλη διεργασία θα γίνονται πράξεις ωφέλιμες για τη Δημόσια Υγεία"[141]. Οι επιστημονικές αυτές επιτροπές ήταν[142] :

1. Γενικής ενημέρωσης.
2. Ιατρονοσηλευτικής εκπαίδευσης.
3. Επιδημιολογίας.
4. Ιατρονοσηλευτικής Φροντίδας και Περίθαλψης.
5. Εργαστηριακής Μέριμνας.
6. Έρευνας.
7. Διεθνών Σχέσεων.
8. Ενόπλων Δυνάμεων - Σωμάτων Ασφαλείας.
9. Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας.
10. Ηθικής και δεοντολογίας.
11. Νομικής Στήριξης και Νομικών Προβλημάτων.
12. Συνεργασίας με μη κυβερνητικές οργανώσεις.

---

[140] Ι. Στρατηγός, Ν. Σταυριανέας, 'Η αντιμετώπιση του AIDS στην Ελλάδα: Η οργάνωση και λειτουργία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων' εις Γ. Κυριόπουλος, Ε. Κορνάρου, Β. Παπαρίζος, (επιμ.) 'Οικονομικά και διαχείριση του AIDS στην Ελλάδα', 1993, σελ.18-19.

[141] Έκθεση Ι.Δ. Στρατηγού με θέμα "Πληροφορίες για το AIDS στην Ελλάδα", Αθήνα 3/3/93.

[142] Διότι από τις επιτροπές αυτές σήμερα λειτουργούν συστηματικά μόνον τέσσερις από αυτές και συγκεκριμένα οι: 3η, 11η, 12η, 13η. Από τις υπόλοιπες, η 1η : Επιτροπή Ενημέρωσης λειτουργεί περιστασιακά σαν ad hoc επιτροπή, κάποιες δεν έχουν λειτουργήσει ποτέ και κάποιες άλλες λειτουργούσαν κάποτε, αλλά τώρα έχουν διαλυθεί.

13. Επιτροπή Ηπατίτιδας[143].

Το Κ.Ε.Ε.Λ., μέσω των παραπάνω επιστημονικών επιτροπών, είχε σαν πρώτο στόχο να συντονίζει -όπως αρχικά και η Εθνική Επιτροπή AIDS- τη λειτουργία κρατικών και μη φορέων, αλλά και να συνεισφέρει αυτόνομα στην ιατρική, επιστημονική και κοινωνική αντιμετώπιση της νόσου. Έτσι, ενώ η ιατρική συνεισφορά του Κ.Ε.Ε.Λ. αφορούσε στην καλυτέρευση των ιατρονοσηλευτικών συνθηκών που επικρατούν σήμερα, η επιστημονική συνεισφορά του αφορούσε -θεωρητικά τουλάχιστον- στην προώθηση της πάσης φύσεως έρευνας, με επίκεντρο τον ιό HIV και τη νόσο του AIDS, την επέκταση των γνώσεων γύρω από την επιδημιολογία του AIDS, όπως επίσης και τη συνεχή ενημέρωση επί του εκσυγχρονισμού των εργαστηριακών διαγνωστικών μεθόδων[144].

Εντούτοις η δημιουργία αυτών των επιτροπών δεν οδήγησε και στη συνεπή λειτουργία τους. Συγκεκριμένα, από το σύνολο των δέκα τριών (13) επιτροπών λειτούργησαν συστηματικά μόνον οι παρακάτω:

1. Επιτροπή γενικής ενημέρωσης.
2. Επιτροπή επιδημιολογίας.
3. Επιτροπή εργαστηριακής μέριμνας.
4. Επιτροπή συνεργασίας με μη κυβερνητικές οργανώσεις.
5. Επιτροπή νομικής στήριξης και νομικών προβλημάτων.

Το 1996 ιδρύθηκαν άλλες δύο επιστημονικές επιτροπές και συγκεκριμένα οι:

1. Επιτροπή αντιρετροϊκών φαρμάκων.
2. Επιτροπή Σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας βοοϊδών.[145]

Επίσης το 2000 ιδρύθηκε επίσημα και η Επιτροπή Ηπατίτιδας, που είχε προβλεφθεί από την αρχή.

Το 2001 όμως, το Κ.Ε.Ε.Λ. απέκτησε νέο, εσωτερικό κανονισμό. Σύμφωνα με τον κανονισμό αυτό (ΦΕΚ 831/29.6.2001, Υ1οικ 5028), ο Φορέας όφειλε να επαναπροσδιορίσει τον αριθμό και το είδος των επιστημονικών επιτροπών του, με απόφαση του Δ.Σ.. Μέχρι τότε, καμία απόφαση των ήδη υπαρχόντων επιτροπών δεν θα μπορούσε να έχει δεσμευτική ισχύ. Έτσι, με βάση το νέο αυτό κανονισμό, το Δ.Σ. αποφάσισε να συστήσει τις παρακάτω επιτροπές:

1. Επιτροπή επιδημιολογικής επιτήρησης και παρέμβασης.

---

[143] Για αναλυτική παρουσίαση της ειδικής λειτουργίας κάθε μιας επιστημονικής επιτροπής, βλ. Στρατηγός Ι.Δ.,1993, *Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων*, σελ10-22.

[144] Στρατηγός,Ι.Δ.,1993, *Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων*,σελ.12,14,15.

[145] Για την αντιμετώπιση των αναγκών που ενδεχομένως να προέκυπταν από την εμφάνιση περιστατικών αυτής της νέας πάθησης.

2. Επιτροπή σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας βοοϊδών
3. Επιτροπή Ηπατίτιδας
4. Επιτροπή Νοσοκομειακών λοιμώξεων.

Αυτές είναι και οι επιτροπές που σήμερα θεωρούνται ως έγκυρες στο Κ.Ε.Ε.Λ. Οι υπόλοιπες, είτε λειτουργούν και συνεδριάζουν ή όχι, πρέπει να περιμένουν απόφαση του Δ.Σ., για να θεωρούνται έγκυρες και να ισχύουν οι αποφάσεις τους[146].

Η επιστημονική - ερευνητική λειτουργία του Κ.Ε.Ε.Λ., όπως είχε προβλεφθεί,[147] συμπληρωνόταν -σε κρατικό επίπεδο- από την ανάπτυξη και άλλων δράσεων, από άλλες υπηρεσίες, με τις οποίες το Κ.Ε.Ε.Λ. έχει άμεση ή έμμεση σχέση. Οι δράσεις αυτές είναι οι ακόλουθες[148]:

1. Η λειτουργία στο Κέντρο από το 1998 γνωμοδοτικής επιστημονικής επιτροπής αντιρετροϊκής θεραπείας με πρόεδρο τον Π. Γαργαλιάνο.
2. Η λειτουργία στο Κέντρο γραφείου εποπτείας αντιρετροϊκών φαρμάκων, όπου απασχολούνται δύο μόνιμοι υπάλληλοι.
3. Η λειτουργία του κέντρου Αναφοράς Ευκαιριακών Λοιμώξεων στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, το οποίο ασχολείται με την ερευνητική μελέτη και την κλινική, μικροβιολογική ανίχνευση παθογόνων μικροοργανισμών, αιτίων ευκαιριακών λοιμώξεων σε ασθενείς με AIDS.
4. Η λειτουργία του Κέντρου Έρευνας Νοσοκομειακών Λοιμώξεων στο Τμήμα Μικροβιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το οποίο έχει σκοπό την επιδημιολογική διερεύνηση των νοσοκομειακών λοιμώξεων, που σχετίζονται με το AIDS, καθώς και των ασθενών που παρακολουθούνται στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων, με βάση τις νέες επιστημονικές εξελίξεις.
5. Η λειτουργία του Κέντρου Αιμοεπαγρύπνησης στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών, το οποίο μεριμνά για την επαγρύπνηση όλων των ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων που αφορούν στην αιμοδοσία.
6. Η λειτουργία του Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων του ΠΓΝ Νοσημάτων Θώρακος "Σωτηρία", το οποίο αποτελεί το εργαστήριο αναφοράς για απομόνωση και τυποποίηση των παθογόνων μυκοβακτηριδίων, που προκαλούν λοιμώξεις στους ασθενείς με AIDS".

---

[146] Στοιχεία που προέκυψαν από συμπληρωματική άτυπη συνέντευξη εκπροσώπου του Κ.Ε.Ε.Λ.

[147] Αλλά βέβαια θεωρείται αμφίβολη, δεδομένης της ουσιαστικής ανυπαρξίας των επιτροπών, από τις οποίες ως επί το πλείστον θα συντονιζόταν.

[148] Όπως αυτές αναφέρονται στην Εφημερίδα "Ελευθεροτυπία", Σάββατο 2 Δεκεμβρίου 2000, σελ.48-49. Η αναφορά σ' αυτές τις δράσεις δε συνεπάγεται την ύπαρξη συνέπειας στην εφαρμογή τους ή και αποτελεσματικότητας απ' αυτή.

Η αναφορά σ' αυτές τις δράσεις συνοψίζει το σύνολο της επιστημονικής αντιμετώπισης της νόσου από το κράτος, σύμφωνα τουλάχιστον με τις αρχικές προβλέψεις. Εντούτοις, με παρόμοιους στόχους, ιδρύθηκαν και 2 Επιστημονικές Εταιρείες για το AIDS, ιδιωτικού-μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες -αρχικά τουλάχιστον- εκπροσωπούνταν στο Κ.Ε.Ε.Λ. λαμβάνοντας ενεργό μέρος σε μία ή περισσότερες από τις Επιστημονικές Επιτροπές του. Οι εταιρείες αυτές ήταν :

(1) 'ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS'

(2)'ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΟΥ AIDS ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ'.

Κοινός στόχος και των δύο αυτών εταιρειών, που ιδρύθηκαν ως αυστηρά μη κερδοσκοπικές, ήταν η προώθηση της επιστημονικής μελέτης και έρευνας του συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS) για την προαγωγή της σχετικής επιστημονικής γνώσεως αλλά και της δημόσιας υγείας. Για την επίτευξη αυτών των στόχων προβλεπόταν από τα καταστατικά και των δύο εταιρειών η οργάνωση ημερίδων, σεμιναρίων, συνεδρίων, διαλέξεων και ενημερωτικών ομιλιών, η έκδοση επιστημονικών περιοδικών, η ανάληψη ερευνητικών προγραμμάτων, καθώς και η συνεργασία με άλλους συλλόγους ή σωματεία σε εθνικό και διεθνές επίπεδο[149].

Ωστόσο η δράση των δύο αυτών εταιρειών δεν προέβλεπε, σε κανένα επίπεδο, την επαφή με οροθετικά άτομα ή και την κοινωνική αντιμετώπιση της νόσου. Η τελευταία, αντίθετα, αποτέλεσε αντικείμενο κατά βάση των εθελοντικών, μη κυβερνητικών οργανώσεων συμπαράστασης οροθετικών ατόμων, αλλά -εν μέρει- και του κράτους, μέσω της δράσης του Κ.Ε.Ε.Λ. ως συντονιστικού κατά κύριο λόγο οργάνου.

Η κοινωνική αντιμετώπιση των οροθετικών ατόμων -σε κρατικό επίπεδο- εντάσσεται σχεδόν ολοκληρωτικά, στα πλαίσια λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Λ. Συγκεκριμένα οι τέσσερις (4), από τις δέκα τρεις (13) Επιστημονικές Επιτροπές του που προβλέπονταν αρχικά, είχαν στόχους κοινωνικής σημασίας, όπως τη δημιουργία δυνατοτήτων ψυχικής και ψυχολογικής στήριξης των οροθετικών ατόμων ή μελών των οικογενειών τους, την καταγραφή, μελέτη και επίλυση δεοντολογικών προβλημάτων, τα οποία απορρέουν από τη φύση της ασθένειας, την επίλυση θεσμικών προβλημάτων και τη νομική προστασία των φορέων ή ασθενών και την συνεργασία με μη κυβερνητικές οργανώσεις.

[149] Και οι δύο αυτές εταιρείες εξακολουθούν να υφίστανται. Η πρώτη εξακολουθεί και εκδίδει το επιστημονικό περιοδικό 'Ελληνικά Αρχεία AIDS' και διοργανώνει ετήσια Συνέδρια για το AIDS. Η δεύτερη είτε παραμένει ανενεργή ή έχει δράση, που δεν γίνεται όμως γνωστή ούτε στο ίδιο το Κ.Ε.Ε.Λ.

Οι δράσεις που φαίνεται να έχουν πραγματοποιηθεί στα πλαίσια αυτών των στόχων κοινωνικής σημασίας είναι οι ακόλουθες[150]:

1. Η λειτουργία στο Κέντρο, Γραφείου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, στο οποίο παρέχεται συμβουλευτική νομική στήριξη των οροθετικών ατόμων σε περιπτώσεις αντίστοιχης ανάγκης.
2. Η λειτουργία στο Κέντρο, Γραφείου Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης των οροθετικών, Διεθνών Σχέσεων και Επικοινωνίας.
3. Η ίδρυση -το 1993- και η εφ' εξής λειτουργία του Ξενώνα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης στα Καμίνια του Πειραιά, ο οποίος στεγάζει άπορα ή διωγμένα από το οικογενειακό τους περιβάλλον οροθετικά άτομα[151].
4. Η λειτουργία του προγράμματος της 'κατ' οίκον νοσηλείας' -από τις αρχές του 1996- με έδρα του την Βίλα Δρακοπούλου στα Πατήσια, στην Αθήνα[152].
5. Η λειτουργία του οδοντιατρείου για οροθετικά άτομα - από το 1996- που στεγάζεται επίσης στην Βίλα Δρακοπούλου στα Πατήσια, στην Αθήνα[153].
6. Η λειτουργία του Συμβουλευτικού Σταθμού και της Τηλεφωνικής Γραμμής Αθηνών -από τον Σεπτέμβριο του 1992- με την επιστημονική ευθύνη του Ψυχολογικού Τμήματος της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών[154].
7. Η λειτουργία 'παραρτήματος' του Κ.Ε.Ε.Λ. στην Θεσσαλονίκη για την άμεση κάλυψη των αναγκών της Β.Ελλάδος και η αντίστοιχη λειτουργία Τηλεφωνικής Γραμμής Ενημέρωσης στην ίδια πόλη.
8. Η δημιουργία Ευρωπαϊκού Δικτύου για την Ανδρική Πορνεία, στο οποίο συμμετέχει και η Ελλάδα.

Όλες αυτές οι δράσεις, που αναπτύχθηκαν με αφετηρία το Κ.Ε.Ε.Λ., παίζουν κάποιον ρόλο -μεγαλύτερο ή μικρότερο- στην επίτευξη του στόχου της κοινωνικής αντιμετώπισης της νόσου και συγκεκριμένα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των οροθετικών ατόμων. Εντούτοις δεν επαρκούν, για να καλύψουν τις υπάρχουσες ανάγκες, δεδομένου ότι οι κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου είναι πολλές και

---

[150] Όπως αναφέρονται και στην Εφημερίδα "Ελευθεροτυπία", Σάββατο 2 Δεκεμβρίου 2000, σελ.49.

[151] Η αρχική πρόβλεψη ήταν η δημιουργία κι λειτουργία τριών τέτοιων Ξενώνων, ενός στον Πειραιά, ενός στην Αθήνα και ενός στην Θεσσαλονίκη. Ο Ξενώνας του Πειραιά όμως είναι ο μόνος που τελικά λειτουργεί. Στην Αθήνα δεν ιδρύθηκε ποτέ Ξενώνας, ενώ στην Θεσσαλονίκη που ιδρύθηκε δεν λειτούργησε ποτέ λόγω των πολύ έντονων αντιδράσεων των κατοίκων της περιοχής. Βλέπε και Κεφ.5.

[152] Το πρόγραμμα αυτό λειτουργεί αλλά με πολλαπλά προβλήματα. Βλέπε και κεφ. 5.

[153] Η λειτουργία αυτού του οδοντιατρείου συνάντησε αρχικά έντονες αντιδράσεις από τους κατοίκους της περιοχής, αλλά στην πορεία συνεχίστηκε ομαλά. Βλέπε και κεφ.5.

[154] Και οι δύο υπηρεσίες στεγάζονται στο Νοσοκομείο 'Α. Συγγρός' και αποτελούν δύο από τα καλύτερα οργανωμένα και αποδοτικά προγράμματα δράσεις σε αυτό το επίπεδο. Βλέπε και κεφ.5.

ποικίλες. Αυτός υπήρξε ίσως ο βασικότερος λόγος, για τον οποίο οι κύριοι φορείς συμπαράστασης των οροθετικών ατόμων βρίσκονται στον ιδιωτικό-μη κερδοσκοπικό τομέα με τη μορφή Συλλόγων.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του Κ.Ε.Ε.Λ. υπάρχουν δέκα (10) 'μη κυβερνητικές οργανώσεις υποστήριξης ασθενών με AIDS στην Ελλάδα'. Το κριτήριο, με το οποίο οι οργανώσεις αυτές εντάσσονται στην επίσημη λίστα του Κ.Ε.Ε.Λ., είναι η ύπαρξη καταστατικού -από μέρους τους- στο οποίο να αποδεικνύεται δράση για το AIDS. Το αποτέλεσμα είναι οι οργανώσεις αυτές να συμμετέχουν στην Επιτροπή Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων του Κ.Ε.Ε.Λ. Οι οργανώσεις αυτές είναι :

(1) "AIDS-ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ Σύλλογος Συμπαράστασης Φορέων και Ασθενών με AIDS"

(2) Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων του ιού του AIDS "ΕΛΠΙΔΑ"

(3) Σύλλογος "AIDS-ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ", Σωματείο Οργάνωσης, Συνδρομής, Ενημέρωσης.

(4) "Κέντρο Ζωής".

(5) Σύλλογος "ACT-UP"(ΔΡΑΣΕ)

(6) "Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS".

(7) "Σύνθεση"

(8) "Σ.Π.Ε.Α. -Σύλλογος Προστασίας Ελλήνων Αιμορροφιλικών".

(9) "Πανελλήνιος Σύλλογος Πρόληψης και Συμπαράστασης Φορέων του AIDS".

(10)"Γιατροί του Κόσμου".

Από αυτές τις δέκα (10) οργανώσεις, οι εννέα (9) έχουν την έδρα τους στην Αθήνα και μόνον μία λειτουργεί εκτός Αθηνών και συγκεκριμένα στη Θεσσαλονίκη -η "Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS". Εντούτοις, από τις δέκα (10) αυτές οργανώσεις που αναφέρονται, μόνον οι επτά (7) είναι εν ενεργεία, ενώ οι τρεις (3) παραμένουν για διάφορους λόγους ανενεργές. Συγκεκριμένα η τρίτη και η ένατη οργάνωση δεν ενημερώνονται πλέον από την Επιτροπή Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων του Κ.Ε.Ε.Λ.. Στην μεν περίπτωση της οργάνωσης "AIDS Ευαισθητοποίηση", διότι οι ίδιοι οι συντελεστές της δεν εμφανίζονται και θεωρούνται έτσι 'εξαφανισμένοι', στη δε περίπτωση του "Πανελληνίου Συλλόγου Πρόληψης και Συμπαράστασης Φορέων του AIDS", διότι η Επιτροπή τον έχει αποκλείσει για λόγους σοβαρών παρατυπιών. Όμως και η πρώτη οργάνωση -"AIDS Προστασία"- εμφανίζεται ως ανενεργή, παρόλο που εξακολουθεί να ενημερώνεται από την Επιτροπή του Κ.Ε.Ε.Λ.

Η δράση των οργανώσεων, που λειτουργούν, είναι επικεντρωμένη στα οροθετικά άτομα και αυτό είναι το κοινό στοιχείο σ' όλες. Ωστόσο δεν ασχολούνται όλες οι οργανώσεις

με τα ίδια θέματα. Η κάθε μία έχει τα δικά της ξεχωριστά ενδιαφέροντα και τομείς δράσεις. Συγκεκριμένα ο σύλλογος "Ελπίδα", το "Κέντρο Ζωής", όπως και η "Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS", προσεγγίζουν άμεσα τα οροθετικά άτομα, προσφέροντας υποστήριξη και συμπαράσταση σε κάθε φάση εξέλιξης της νόσου και με κάθε δυνατό μέσον. Η υποστήριξη και η βοήθεια, που παρέχεται, ξεκινά από απλές και καθημερινές ανάγκες των οροθετικών ατόμων μέσα από την προσφορά εθελοντικής εργασίας των μελών των συλλόγων και φτάνει έως την ψυχολογική συμπαράσταση, την συμβουλευτική -στο μέτρο του δυνατού- ή ακόμα και την οικονομική στήριξη των οροθετικών. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στο καταστατικό της οργάνωσης "Ελπίδα", η δράση της προσανατολίζεται προς τους εξής στόχους:

1. την ηθική και ψυχολογική συμπαράσταση των οροθετικών ατόμων και των οικογενειών τους -π.χ. με τακτικές επισκέψεις μελών του σε ασθενείς νοσοκομείων,
2. την οικονομική ενίσχυση με χρήματα, τρόφιμα, ενοίκιο ή με όποιο άλλο τρόπο,
3. τη βελτίωση της περίθαλψης των ατόμων αυτών, μέσω συνεργασίας με το Υπουργείο Υγείας, την Εκκλησία, το Ιατρικό σώμα και τον Ερυθρό Σταυρό και
4. την προληπτική ενημέρωση και πληροφόρηση του πληθυσμού, μέσω αφισών, φυλλαδίων και ομιλιών, με στόχους πρώτον την προφύλαξη και δεύτερον την απάλειψη των κοινωνικών διακρίσεων σε βάρος των ατόμων αυτών.

Αντίστοιχοι με αυτούς είναι και οι στόχοι των οργανώσεων "Κέντρο Ζωής" και "Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS"[155], με την προσθήκη της δράσης στο "Κέντρο Ζωής", που αφορά στην εκπροσώπηση των οροθετικών σε κρατικές υπηρεσίες και Φορείς, με στόχο -ανάμεσα στους υπόλοιπους- και τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους. Έτσι και οι τρεις αυτές οργανώσεις εμφανίζουν παρόμοια δράση και περισσότερο ή λιγότερο κοινούς στόχους. Η μόνη διαφοροποίησή τους φαίνεται να είναι στην ένταση αυτής της δράσης, που στην περίπτωση του συλλόγου "Ελπίδα" εμφανίζεται αρκετά περιορισμένη τα τελευταία χρόνια και στην περίπτωση της "Εταιρείας Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS" ήταν και παραμένει μέτρια[156].

Η άμεση επαφή με τους οροθετικούς όμως δεν είναι ο κύριος στόχος και κάθε μίας από τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, που λειτουργούν σήμερα στην χώρα μας. Στην περίπτωση του Συλλόγου "ACT-UP"(ΔΡΑΣΕ), το κύριο μέλημα σχετίζεται με το ιδεολογικό

[155] Όπως προέκυψαν ανάμεσα σε άλλα και από τις προσωπικές συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν με τους εκπροσώπους των οργανώσεων αυτών.

[156] Ενδεχομένως και λόγω πρακτικών προβλημάτων που αντιμετώπιζε απαρχής -και ίσως εξακολουθεί να αντιμετωπίζει- η συγκεκριμένη οργάνωση, όπως ήταν αυτά της εύρεσης του κατάλληλου χώρου για τις συναντήσεις των μελών της.

φορτίο της νόσου και όχι με την φροντίδα των οροθετικών ατόμων ή για παράδειγμα την οικονομική τους στήριξη[157]. Για το λόγο αυτό, η δράση του συλλόγου επικεντρώνεται στο πολιτικό επίπεδο, αφορά κατά κύριο λόγο στη νομική προστασία των ατόμων αυτών από φαινόμενα κοινωνικών διακρίσεων και ρατσισμού, όπως παράνομη απόλυση κάποιου, επειδή είναι οροθετικός και επιδιώκει -ανάμεσα σε άλλα- την άσκηση πολιτικής πίεσης στο κράτος για την επιδίωξη των στόχων του.

Το σωματείο "Σύνθεση" είναι μία νέα οργάνωση, που δημιουργήθηκε από άτομα που αποσπάστηκαν από τον σύλλογο "Κέντρο Ζωής", με σκοπούς ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και έρευνας σε θέματα που αφορούν στον "Ιό της Ανοσολογικής Ανεπάρκειας του Ανθρώπου" (HIV) και στο "Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας" (AIDS) στην Ελλάδα και λειτουργία -σε μεγάλο βαθμό- μέσω του Διαδικτύου. Συγκεκριμένα, σκοποί της "Σύνθεσης"[158] είναι:

- Να προσφέρει έγκυρη ενημέρωση στην κοινότητα των οροθετικών, δηλαδή των ατόμων εκείνων που έχουν προσβληθεί από τον HIV στην Ελλάδα. Απώτερος στόχος είναι να αποκτήσουν οι οροθετικοί τα απαραίτητα γνωστικά και ψυχολογικά εφόδια, για να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν στην διαχείριση της υγείας τους και για να εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.
- Να παράγει ενημερωτικό υλικό για τους τρόπους μετάδοσης και προφύλαξης από τον HIV, ώστε να βελτιωθεί η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου και των ιδιαίτερων ομάδων που πλήττονται απ' αυτόν. Επίσης να συνεργάζεται και να ασκεί πίεση στους κατάλληλους φορείς για την επίτευξη του παραπάνω στόχου.
- Να ευαισθητοποιήσει την κοινωνία κατά των διακρίσεων και του φόβου απέναντι στους οροθετικούς, ώστε να πάψει ο στιγματισμός και ο αποκλεισμός τους. Επίσης να στηρίξει τους οροθετικούς, προκειμένου να αντιμετωπίσουν την καταπίεση που υφίστανται.
- Να προωθήσει και να εκπονήσει επιστημονικές έρευνες, για να εντοπίσει τους αποτελεσματικότερους τρόπους παρέμβασης για την επίτευξη των παραπάνω στόχων.
- Να υπερασπίζεται τα δικαιώματα των οροθετικών απέναντι στα θεσμικά όργανα, τους κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς και όπου αλλού αυτό κρίνεται αναγκαίο, ιδιαίτερα τα δικαιώματα των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων, όπως είναι οι ομοφυλόφιλοι, οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, οι φυλακισμένοι, οι μετανάστες και τα εκδιδόμενα άτομα. Να συνηγορεί υπέρ των οροθετικών για τη βελτίωση των συνθηκών υγειονομικής

[157] Όπως προέκυψε από την προσωπική συνέντευξη με τον εκπρόσωπο του συλλόγου αυτού.
[158] Ακριβώς όπως αναφέρονται στην ιστοσελίδα τους στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.hiv.gr.

περίθαλψης και να εξασφαλίσει τακτική και έγκαιρη διεξαγωγή ιατρικών εξετάσεων υψηλών προδιαγραφών.

Δεδομένου του νεοσύστατου χαρακτήρα του σωματείου είναι άγνωστη η δυνατότητα επίτευξης ή προσέγγισης αυτών των στόχων, στους οποίους προστίθεται η από Σεπτεμβρίου 2001 λειτουργία υπηρεσίας ψυχολογικής και συναισθηματικής στήριξης σε οροθετικούς. Εντούτοις η προσπάθεια μέσω Διαδικτύου εμφανίζεται ενδιαφέρουσα και ελπιδοφόρα ως προς αυτή την κατεύθυνση.

Τέλος η ενασχόληση των οργανώσεων "Σ.Π.Ε.Α. -Σύλλογος Προστασίας Ελλήνων Αιμορροφιλικών" και "Γιατροί του Κόσμου" με το AIDS και τα οροθετικά άτομα είναι μάλλον συμπληρωματική παρά κύρια, χωρίς αυτό βέβαια να αναιρεί την όποια δράση και λειτουργία τους προς αυτή την κατεύθυνση. Στην πρώτη περίπτωση, ο σύλλογος ασχολείται αποκλειστικά με τα οροθετικά αιμορροφιλικά άτομα και τα προβλήματα που αυτά αντιμετωπίζουν, λόγω του πρόσθετου προβλήματος της μόλυνσης από τον ιό HIV. Στην δεύτερη περίπτωση, η δράση της οργάνωσης -που αφορά στον AIDS- επικεντρώνεται σε μετανάστες οροθετικούς, καθώς και σε πολιτικούς πρόσφυγες, περιλαμβάνοντας και την ύπαρξη ξενώνα για φιλοξενία αυτών των ατόμων. Η λειτουργία αυτής της δεύτερης οργάνωσης είναι επίσης 'νέα', όσον αφορά στην δράση της για το AIDS και τα οροθετικά άτομα. Εντούτοις εμφανίζεται ως σημαντική και γι αυτό περιλαμβάνεται στη λίστα με τις επίσημες μη κυβερνητικές οργανώσεις για το AIDS στην Ελλάδα.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία που παρατέθηκαν, αναφέρονται είτε στο δημόσιο - κρατικό τομέα είτε στον ιδιωτικό - μη κερδοσκοπικό και αφορούν στην κοινωνική αντιμετώπιση του AIDS σαν φαινομένου, αλλά και των οροθετικών ατόμων. Σ' αυτό το επίπεδο όμως, κάποιο ρόλο έχει διαδραματίσει και η Εκκλησία, μέσω της στάσης που έχει κρατήσει και των δραστηριοτήτων που έχει αναλάβει[159].

Εξετάζοντας συνοπτικά την κοινωνική αντιμετώπιση του AIDS από την Εκκλησία, συνολικά σε επίπεδο Αρχιεπισκοπής ή Εκκλησίας της Ελλάδος, φαίνεται πως λίγες ενέργειες έχουν γίνει. Πρόσφατη δράση της Εκκλησίας συνολικά στο θέμα του AIDS δε φαίνεται να υπάρχει, με εξαίρεση ίσως τα εκάστοτε επετειακά ή άλλα δημοσιεύματα σε διάφορα

[159] Το ζήτημα της στάσης της Εκκλησίας ή ακόμα ευρύτερα και της θρησκείας απέναντι στο AIDS, ασφαλώς είναι πολύ σημαντικό αλλά και ιδιαίτερα πολύπλοκο. Η βαθύτερη κατανόηση του απαιτεί περαιτέρω έρευνα, που δεν προβλέπεται στα πλαίσια αυτού του εγχειρήματος, σχετικά με τη θέση όχι μόνο της Ορθόδοξης Εκκλησίας αλλά και όλων των άλλων Εκκλησιών ή και θρησκειών. Μία τέτοια έρευνα παρόλο το ενδιαφέρον της μπορεί να αναφερθεί εδώ μόνον σαν ένας πιθανός μελλοντικός στόχος.

εκκλησιαστικά έντυπα[160]. Αντίθετα η αρχική δράση της Εκκλησίας εμφανίστηκε ως λίγο πιο έντονη, τουλάχιστον θεωρητικά. Συγκεκριμένα, το 1987 δημιουργήθηκε μία "Συνοδική Επιτροπή AIDS", η οποία όμως συνεδρίασε μόνο δύο ή τρεις φορές χωρίς κανένα σημαντικό αποτέλεσμα. Η Επιτροπή αυτή έπαψε να λειτουργεί εδώ και τουλάχιστον 8 χρόνια.

Σύμφωνα με τον Αρχιμανδρίτη Ιερόθεο Βλάχο,[161] ο οποίος υπήρξε για κάποια χρονική περίοδο ο εκπρόσωπος της Εκκλησίας στην τότε Εθνική Επιτροπή AIDS, η Αρχιεπισκοπή επιζητούσε την αποκέντρωση και ενθάρρυνε τις αυτόνομες ενέργειες και πρωτοβουλίες των επιμέρους ενοριών στο πρόβλημα του AIDS, τις οποίες συντόνιζε απλά η ίδια. Πέραν τούτου, είχαν εκδοθεί κάποια ενημερωτικά φυλλάδια -σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο- είχαν γραφεί κάποια άρθρα σε Εκκλησιαστικά περιοδικά, είχε γίνει ένας γραπτός διαγωνισμός έκθεσης για τα παιδιά των κατηχητικών σχολείων από τη Διεύθυνση Νεότητας της Αρχιεπισκοπής με θέμα -ανάμεσα σε άλλα- και το AIDS και είχε διαβαστεί ομιλία σε συνέδριο για το AIDS. Επίσης υπήρχαν δύο ψυχίατροι-ιερείς, οι οποίοι βρίσκονταν σε κάποιου είδους επικοινωνία με οροθετικά άτομα. Όσον αφορά στο Κ.Ε.Ε.Λ., εκπρόσωπος της Εκκλησίας δεν φαίνεται να υπάρχει, ούτε να υπήρχε σε κάποια από τις Ειδικές Επιτροπές, ενώ εκπρόσωπος της Ελλάδος σε διεθνείς συναντήσεις είχε ορισθεί ο τέως Μητροπολίτης Δημητριάδος, Χριστόδουλος Παρασκευαϊδης, -και νυν Αρχιεπίσκοπος- με αναπληρωτή του τον Αρχιμανδρίτη Ιερόθεο Βλάχο.

Η μόνη πρακτική βοήθεια σε οροθετικά άτομα, από την πλευρά της Εκκλησίας, εντοπίστηκε στη Διεύθυνση Χριστιανικής Αλληλεγγύης του Γενικού Φιλόπτωχου Ταμείου της Αρχιεπισκοπής Αθηνών, αλλά και αυτή περιοριζόταν σε ελάχιστη οικονομική βοήθεια. Ο λόγος βρισκόταν στην έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών της Δ.Χ.Α. έτσι ώστε να μπορούν να προσφέρουν και άλλου είδους στήριξη -π.χ. ψυχολογική- στα άτομα αυτά. Η όποια βοήθεια προσφερόταν ή εξακολουθεί να προσφέρεται σε ασθενείς της νόσου εντάσσεται μέσα στο γενικότερο πρόγραμμα κοινωνικής πρόνοιας της Δ.Χ.Α., που περιλαμβάνει οικονομική βοήθεια και κοινωνική εργασία, αλλά λειτουργεί άτυπα. Παρατηρείται λοιπόν ουσιαστικά αδράνεια από πλευράς Εκκλησίας στο θέμα του AIDS και των οροθετικών ατόμων, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Κατά συνέπεια ο ρόλος της στην κοινωνική αντιμετώπιση της νόσου εμφανίζεται ως μηδαμινός, αν όχι και ανύπαρκτος, αφήνοντας στο προσκήνιο τον επίσημο κρατικό φορέα -το Κ.Ε.Ε.Λ.- αλλά και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, με σημαντική ή όχι δράση, ανάλογα με την περίπτωση.

[160]Βλέπε και αναφορές στο έβδομο κεφάλαιο.
[161] Σε μία άτυπη συνέντευξη μαζί του το 1993.

Έτσι ολοκληρώνεται η εικόνα της συνοπτικής παρουσίασης τόσο των επιδημιολογικών δεδομένων της νόσου όσο και της αντιμετώπισής της -σε όλα τα επίπεδα- στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας. Η παρουσίαση αυτή βέβαια συνεχίζεται με αναλυτικό -αν και επιλεκτικό- τρόπο στα επόμενα κεφάλαια, όπου διερευνάται αφενός μεν η Πολιτική για το AIDS στην χώρα μας και αφετέρου ο στιγματισμός, που η νόσος επιφέρει στα οροθετικά άτομα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Πολιτική για το AIDS -ως η άμεση και επίσημη έκφραση της αντίδρασης της κοινωνίας στη νόσο- διερευνήθηκε μέσα από την προσέγγισή της σε δύο επίπεδα:

1. Αυτό της Πολιτικής Πρόληψης της νόσου, που αφορά μία σειρά μέτρων που στοχεύουν στην αποφυγή της περαιτέρω εξάπλωσης του AIDS.
2. Αυτό της Πολιτικής Θεραπείας των οροθετικών ατόμων, που αφορά μία σειρά μέτρων με κύριο στόχο την ιατρική αντιμετώπιση των σωματικών προβλημάτων, που εμφανίζονται στα οροθετικά άτομα σαν απόρροια της μόλυνσής τους από τον ιό HIV. Ο σκοπός εδώ είναι η παράταση της ζωής των οροθετικών ατόμων με όσον το δυνατόν λιγότερα σωματικά προβλήματα και καλύτερη ποιότητα ζωής, δεδομένου ότι δεν υπάρχει ακόμη φάρμακο που αποδεδειγμένα να οδηγεί στην ίαση από τη νόσο. Στα πλαίσια της Πολιτικής Θεραπείας εντάχθηκαν και κάποια μέτρα που αφορούν τα οροθετικά άτομα και όχι το γενικό πληθυσμό, αλλά αναφέρονται στην αντιμετώπιση των κοινωνικών περισσότερο, παρά των σωματικών τους προβλημάτων. Τέτοια μέτρα είναι, για παράδειγμα, η ίδρυση και λειτουργία του Ξενώνα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης στα Καμίνια του Πειραιά, του Συμβουλευτικού Σταθμού στο νοσοκομείο Α.Συγγρός και του προγράμματος της "κατ' οίκον νοσηλείας".

Η προσέγγιση της Πολιτικής για το AIDS είχε σα στόχο την αξιολόγησή της ως προς:

- την επάρκεια, την ορθότητα[162] και την αποτελεσματικότητα των επιμέρους μέτρων, τόσο στο επίπεδο της πρόληψης όσο και σ' αυτό της θεραπείας,
- τις τάσεις στιγματισμού των επιμέρους μέτρων και στα δύο επίπεδα της Πολιτικής για το AIDS.

Η αξιολόγηση αυτή επιχειρήθηκε:

α) μέσα από τη συνοπτική καταγραφή των μέτρων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, τόσο σε επίπεδο πρόληψης της νόσου όσο και σε επίπεδο θεραπείας των οροθετικών ατόμων, **β)** από την παρουσίαση στους ερωτώμενους των μέτρων αυτών και την αναζήτηση της γνώμης τους πάνω σ' αυτά, **γ)** από την ενδεικτική καταγραφή κάποιων αρχών –οδηγιών της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και του Οργανισμού Ηνωμένων

[162] Η ορθότητα των μέτρων εκτιμάται με κριτήριο τη συμβατότητά τους με τις διεθνείς αρχές - οδηγίες.

Εθνών, όπως και κάποιων από τις Θεμελιώδεις Αρχές για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών, που έχουν εκδοθεί στην Ελλάδα από το ΚΕΕΛ και αφορούν και στα δύο επίπεδα πολιτικής και **δ)** από την παρουσίαση στους ερωτώμενους αυτών των αρχών – οδηγιών και την αναζήτηση της γνώμης τους πάνω σ' αυτά, σε αντιπαραβολή με κάποια από τα μέτρα που εφαρμόζονται στην Ελλάδα .

Τόσο οι διεθνείς οδηγίες (Π.Ο.Υ., Ο.Η.Ε.) όσο και οι Θεμελιώδεις Αρχές του ΚΕΕΛ έχουν σα στόχο την παροχή ενός "Οδηγού", σύμφωνα με τον οποίο θα πρέπει να θεσμοθετούνται και να εφαρμόζονται τα εκάστοτε μέτρα πολιτικής για το AIDS. Η συμμόρφωση μ' αυτόν τον "Οδηγό": α) εξασφαλίζει την ύπαρξη αρκετών και αποτελεσματικών μέτρων για την πρόληψη της περαιτέρω εξάπλωσης της νόσου, β) περιορίζει την ύπαρξη τυχόν αυθαίρετων και στιγματοφόρων μέτρων και εξασφαλίζει την τήρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την αποφυγή του κοινωνικού στιγματισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού των οροθετικών ατόμων. Η απόκλιση απ' αυτόν τον "Οδηγό", συνεπώς, ενέχει τον κίνδυνο να οδηγήσει στα αντίθετα αποτελέσματα, δηλαδή σε ελλιπή ή ανεπαρκή μέτρα πρόληψης και σε αυθαίρετα και στιγματοφόρα μέτρα θεραπείας.

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η αξιολόγηση της Πολιτικής για το AIDS ξεκίνησε από τα μέτρα της Πολιτικής Πρόληψης, εξετάζοντας την ορθότητα, την επάρκεια και την αποτελεσματικότητά τους, ανιχνεύοντας όμως ταυτόχρονα και τις τάσεις στιγματισμού που εμπεριέχονται σε κάποια απ' αυτά. Πρωταρχικός στόχος της καταγραφής των μέτρων πρόληψης ήταν η διερεύνηση τους στα τρία επίπεδα που μπορεί να είναι δυνατή η πρόληψη:

1. **Ιατρικό,** με στόχο το ανθρώπινο σώμα και την άσκηση της ιατρικής επιστήμης .
2. **Συμπεριφορών,** με στόχο την αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς .
3. **Δομικό,** με στόχο την αλλαγή των κοινωνικών συνθηκών.

Η αξιολόγηση της Πολιτικής Πρόληψης επιχειρείται τόσο στο σύνολο στο μέτρων όσο και στα επιμέρους -κατά επίπεδο- μέτρα. Η γενική εικόνα αυτής της αξιολόγησης δεν είναι ρόδινη για την ισχύουσα Πολιτική Πρόληψης, όπως προκύπτει από τις απαντήσεις και τα σχόλια των ερωτώμενων. Τα μέτρα, που έχουν ληφθεί από την Ελληνική κοινωνία για την πρόληψη της εξάπλωσης του AIDS, δεν είναι λίγα, δεν

αντικρούουν σε σημαντικό βαθμό δε -με κάποιες εξαιρέσεις- τις αρχές και οδηγίες των διεθνών οργανισμών και του ΚΕΕΛ. Εν τούτοις, εν γένει, αυτά τα μέτρα είναι περισσότερο "πυροσβεστικά" από ό,τι είναι προληπτικά. Αυτό γίνεται εμφανές τόσο από το **είδος των μέτρων** που υπάρχουν όσο και από το **βαθμό** και τον **τρόπο εφαρμογής** τους.

Α. ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η καταγραφή των μέτρων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα σχετικά με την πρόληψη του AIDS έδειξε - όσον αφορά στο **είδος** τους- την ύπαρξη πολλών μέτρων σε επίπεδο **ιατρικό**, αρκετών σε επίπεδο **συμπεριφορών**, ενώ επεσήμανε την έλλειψη **δομικών** μέτρων (Βλέπε "Μέτρα που αφορούν στην πρόληψη του AIDS στην Ελλάδα" στο Παράρτημα).

Συγκεκριμένα παρατηρείται, καταρχήν, μία πληθώρα **ιατρικών** μέτρων που αφορούν κυρίως σε προληπτικούς ελέγχους εντός και εκτός νοσοκομείων για τον εντοπισμό των οροθετικών ατόμων. Σε τι όμως βοηθά ο εντοπισμός των ατόμων αυτών, εκτός από τη συλλογή και καταγραφή κάποιων επιδημιολογικών στοιχείων σχετικά με την πορεία εξάπλωσης της νόσου στην χώρα μας; Βοηθά στην πρόληψη της μετάδοσης της νόσου σε άλλους από τα συγκεκριμένα άτομα και κυρίως μέσα στους χώρους περίθαλψης και νοσηλείας τους. Αυτό, διότι, έξω από τους χώρους αυτούς και πέραν της ενημέρωσης που τους γίνεται, δεν υπάρχει τρόπος να ελεγχθεί η ατομική συμπεριφορά τους, οπότε ούτε και να προστατευθούν τα άτομα του περιβάλλοντός τους που μπορεί να κινδυνεύουν να μολυνθούν, όπως είναι, για παράδειγμα, οι ερωτικοί τους σύντροφοι.[163] Οι τελευταίοι θα προστατευτούν μονο στο βαθμό που τα συγκεκριμένα οροθετικά άτομα είναι συνεργάσιμα και επιθυμούν να αλλάξουν κάποιες από τις ατομικές τους συμπεριφορές, προκειμένου να τους προφυλάξουν.

Ο εντοπισμός των οροθετικών ατόμων, κατά συνέπεια, αφορά μόνο στην προφύλαξη από τα συγκεκριμένα περιστατικά που -με τον ένα ή τον άλλο τρόπο- θα εντοπιστούν[164] και στα μέτρα που οι άλλοι θα λάβουν απέναντί τους. Δεν αφορά όμως και στα υπόλοιπα -περισσότερα από 20.000 σύμφωνα με εκτιμήσεις-

[163] Αναφέρομαι σε ερωτικούς συντρόφους, διότι στην Ελλάδα η σεξουαλική επαφή είναι ο υπ'αριθμόν ένα τρόπος μετάδοσης της νόσου.

[164] Συνολικά 2860 οροθετικά άτομα που έχουν λάβει δωρεάν αντιρετροϊκή αγωγή από την αρχή εμφάνισης της νόσου μέχρι 30-9-98 (Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS (Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1998), *Ελληνικά Αρχεία AIDS, Τόμ.6, Τεύχος 4,σ.399.*

περιστατικά ατόμων, που δεν έχουν εντοπιστεί και ίσως να μην γνωρίζουν καν ότι είναι οροθετικά, ούτε φυσικά στον γενικό πληθυσμό και στην προφύλαξή του από τη νόσο.Είναι λοιπόν εμφανές, οτι τέτοιοι προληπτικοί έλεγχοι έχουν πολύ μικρή χρησιμότητα στη λήψη γενικών προληπτικών μέτρων. Αντίθετα, όπως θα φανεί και παρακάτω, ενέχουν πολλούς κινδύνους -λόγω αντικειμενικών συνθηκών- να οδηγήσουν στην παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των οροθετικών ατόμων που εντοπίζονται.[165] Επιπρόσθετα μπορεί να οδηγήσουν στην λανθασμένη αίσθηση ασφάλειας και στον εφησυχασμό του προσωπικού, που ασχολείται με την περίθαλψη και νοσηλεία των οροθετικών, με αρνητικά αποτελέσματα για την πρόληψη της μετάδοσης της νόσου. Χαρακτηριστικό είναι το σχόλιο ερωτώμενου γιατρού που ακολουθεί:

- "Είναι υπερβολικό να υποβάλεται σε εξέταση για HIV οποιοσδήποτε ασθενής μπαίνει στο νοσοκομείο. Δεν είναι πρακτικά εφικτό και είναι και υπερβολικό με την έννοια του κόστους. Έπειτα μπορεί κάποιος να είναι στο στάδιο του παραθύρου[166] και να είναι οροθετικός και να επαναπαυτείς με αυτό το αρνητικό τεστ και να μην πάρεις τα μέτρα που θα'πρεπε να πάρεις. Από την άλλη, όταν δουλεύεις σε ιατρικό χώρο, τα μέτρα προφύλαξης είναι γνωστά -γάντια κλπ. Οπότε, αν παίρνονται αυτά, δεν έχεις λόγο να φοβάσαι περισσότερο, αν ο άνθρωπος είναι οροθετικός από ό,τι αν έχει Ηπατίτιδα Β. Ίσα-ίσα που, με τη μολυσματικότητα που έχει η Ηπατίτιδα, είναι πιο επικίνδυνη. Δηλαδή κάποια μέτρα είναι υπερβολικά, έχουν μεγάλο κόστος και δε βοηθούν."

Συνεχίζοντας παρατηρείται ένας αρκετά μεγάλος -για τα δεδομένα εξάπλωσης της νόσου στη χώρα μας- αριθμός μέτρων, που -θεωρητικά τουλάχιστον- στοχεύουν στην αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς. Στα μέτρα **συμπεριφορών** εντάσσονται: α) όλες οι ενημερωτικές καμπάνιες στο γενικό πληθυσμό, τα έντυπα που μοιράζονται, τα διαφημιστικά σποτς, οι θερινές εκστρατείες ενημέρωσης, κλπ, β) οι προσπάθειες ενημέρωσης και εκπαίδευσης στους νέους μέσα ή και έξω από τα σχολεία (σε πολλές χώρες εντάσσονται στα μαθήματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που ξεκινούν από τις μικρές τάξεις), γ) η ενημέρωση των επαγγελματιών με τον υψηλότερο κίνδυνο

[165] Τέτοια παραβίαση συνιστά για παράδειγμα, η αδυναμία τήρησης του ιατρικού απορρήτου, γεγονός πολύ συχνό δυστυχώς στην Ελληνική πραγματικότητα, που μπορεί με την σειρά του να οδηγήσει στον στιγματισμό των ατόμων αυτών, με όλες τις αρνητικές συνέπειες που αυτός έχει.

μόλυνσης, λόγω επαγγέλματος, όπως είναι, για παράδειγμα, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι ναυτικοί αλλά και οι ιερόδουλες, δ) η ενημέρωση συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού με αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης, λόγω συγκεκριμένων συμπεριφορών (οι παλιά επονομαζόμενες "ομάδες υψηλού κινδύνου"), όπως είναι οι ομοφυλόφιλοι άντρες και οι τοξικομανείς, η οποία όμως χρειάζεται ειδικό σχεδιασμό.

Τα μέτρα αυτά, σε θεωρητικό επίπεδο είναι πολύ χρήσιμα. Είναι γνωστό ότι η ατομική συμπεριφορά αποτελεί ζωτικής σημασίας παράγοντα στην μόλυνση από το AIDS. Συνεπώς ο ακριβής σχεδιασμός και η ουσιαστική εφαρμογή των μέτρων **συμπεριφοράς** θα μπορούσε να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα στον περιορισμό εξάπλωσης της νόσου. Επιπρόσθετα τα μέτρα αυτά θα μπορούσαν να αποτελούν δυνητικά και **δομικά** μέτρα. Θα μπορούσαν, δηλαδή, με την πάροδο του χρόνου και με δεδομένο και πάλι το σωστό σχεδιασμό και τη σωστή εφαρμογή τους να οδηγήσουν στην αλλαγή των κοινωνικών συνθηκών. Αυτό θα είχε ένα διπλό μακροχρόνιο αποτέλεσμα: α) τη σταδιακή μείωση της ανάγκης για προληπτικούς ιατρικούς ελέγχους σε άτομα ή ομάδες πληθυσμού, έλεγχοι που -όπως μόλις αναφέρθηκε - ενέχουν τον κίνδυνο του στιγματισμού αυτών των ατόμων ή ομάδων, β) τη -σε συνδυασμό με το σωστό σχεδιασμό και την σωστή εφαρμογή των μέτρων και στα άλλα επίπεδα- μείωση του αριθμού των μολύνσεων, άρα και την επίτευξη του στόχου της Πολιτικής Πρόληψης.

Εδώ όμως εντοπίστηκε και το μεγάλο προβλημα των μέτρων **συμπεριφοράς**. Όπως θα φανεί στην παρουσίαση της αξιολόγησής τους παρακάτω, πολλά απο τα μέτρα αυτά πάσχουν από ελλιπή σχεδιασμό και εφαρμογή καθώς και από στενό ορίζοντα δράσης. Η συνέπεια είναι **η πλειονότητα των μέτρων αυτών να περιορίζεται, ως επι το πλείστον, σε πολλαπλές επιφανειακές ενημερώσεις, χωρίς όμως να παρέχει ουσιαστική και σε βάθος γνώση για το θέμα.**

Β. ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Ο **βαθμός** και ο **τρόπος εφαρμογής** των μέτρων πρόληψης παίζουν επίσης πολύ σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αξιολόγησής τους. Δεν αρκεί μόνο η ύπαρξη κάποιων μέτρων, αν η διάδοση, η προώθηση και η εφαρμογή τους δεν είναι επαρκής

[166] Στάδιο παραθύρου λέγεται η περίοδος μεταξύ μόλυνσης και εμφάνισης αντισωμάτων στο αίμα του οροθετικού. Πρόκειται για μία περίοδο από 3 μήνες εως 1 χρόνο όπου δεν ανιχνεύονται αντισώματα στο αίμα, ενώ το άτομο είναι ήδη μολυσμένο και μπορεί να μολύνει και άλλους.

και αποτελεσματική. Για να διαπιστώσουμε σε ποιό βαθμό και με ποιόν τρόπο εφαρμόζονται τα μέτρα πρόληψης, που υπάρχουν στην Ελλάδα, είναι απαραίτητη η παρουσίαση :

1. της γνώσης των μέτρων αυτών από τους ερωτώμενους,
2. της γενικής εκτίμησης των ερωτώμενων για τα μέτρα στο σύνολό τους,
3. των επιμέρους κρίσεων που εξέφρασαν και σχολίων που έκαναν για κάποια από αυτά είτε με δική τους πρωτοβουλία ή μετά από παρότρυνση του μελετητή.

Β.1. ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΑΠΌ ΤΟΥΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥΣ

Καταρχήν εντοπίστηκε ελλιπής γνώση των μέτρων πρόληψης από τους ερωτώμενους. Από τα **πενήντα (50))** άτομα στα οποία παρουσιάστηκαν αυτά τα μέτρα[167], οι **δέκα πέντε (15)** μόνο είχαν **πλήρη γνώση** των μέτρων , ενώ οι άλλοι **τριάντα πέντε (35)** είχαν μόνο **μερική γνώση** αυτών. Αυτό από μόνο του συνιστά μία σημαντική έλλειψη στην Πολιτική Πρόληψης. Κατά πρώτο λόγο, διότι η άγνοια κάποιων μέτρων πρόληψης από άτομα που ασχολούνται συστηματικά ή και επαγγελματικά με το AIDS και τους οροθετικούς, επιβραδύνει την άσκηση της πολιτικής πρόληψης και την απόκτηση των όποιων θετικών αποτελεσμάτων απ' αυτήν. Κατά δεύτερο λόγο, διότι η άγνοια αυτή από αυτά ακριβώς τα άτομα είναι μάλλον απίθανο να έχει σαν αιτία της την ελλιπή ενασχόληση των ατόμων αυτών με το AIDS, ενώ είναι πιθανότερο να οφείλεται:

1) στην ελλιπή ή και ανύπαρκτη διάδοση και προώθηση αυτών των μέτρων στους χώρους που ασχολούνται με την αντιμετώπιση του AIDS,
2) στην απουσία εφαρμογής των μέτρων που αφορούν ειδικά σ' αυτούς τους χώρους ή -στην καλύτερη περίπτωση- στην περιστασιακή εφαρμογή τους στους χώρους αυτούς,
3) στην ελλιπή ή και ανύπαρκτη διάδοση, προώθηση και εφαρμογή αυτών των μέτρων στο γενικό πληθυσμό.

Είναι ευρέως γνωστό ότι, λόγω έλλειψης αποτελεσματικού για την ίαση του AIDS φαρμάκου, η πρόληψη είναι ο κύριος αν όχι ο μόνος ουσιαστικός τρόπος αντιμετώπισης της νόσου. Προς τα πού όμως θα στρέψουν οι ειδικοί το γενικό πληθυσμό, αν δε γνωρίζουν τί προσφέρεται για την ενημέρωσή και την καθοδήγησή

[167] Για κατηγορίες ερωτώμενων βλέπε σελ.

του, αν δε ξέρουν σε ποιούς χώρους κινούνται τα μέτρα πρόληψης, αν δε γνωρίζουν καν τι μέτρα υπάρχουν; Πώς στη συνέχεια θα μπορέσουν αυτοί οι ειδικοί, που έρχονται καθημερινά σε επαφή με τη νόσο και τα προβλήματά της, να κάνουν προτάσεις για την αποτελεσματικότερη πρόληψη εξάπλωσης της νόσου;

Πολύ απλά δε μπορούν. Αυτή η άγνοιά τους τους περιορίζει να ασχολούνται αποκλειστικά και μόνο με τη μεμονωμένη αντιμετώπιση των ήδη διαγνωσμένων περιστατικών.Τους αφαιρεί τη δυνατότητα να λάβουν ενεργό ρόλο στο σχεδιασμό της πολιτικής πρόληψης, εφόσον δεν έχουν ολοκληρωμένη εικόνα αυτής της πολιτικής υπ'όψη τους, αλλά μόνο κομμάτια αυτής. Αν όμως δεν έχουν αυτοί οι ειδικοί τη δυνατότητα παρέμβασης και υποβολής προτάσεων για την άσκηση της πολιτικής πρόληψης, ποιός έχει;

Προχωρώντας παραπέρα, πού οφείλεται αυτή η ελλιπής γνώση των μέτρων πρόληψης από τους ερωτώμενους όλων των κατηγοριών; Φαίνεται λογικό, οι ερωτώμενοι εκτός ιατρικού χώρου να μην γνωρίζουν κάποια από τα ιατρικά μέτρα, αυτά δηλαδή που ως επι το πλείστον αφορούν στους προληπτικούς ελέγχους και στην πλειονότητά τους εφαρμόζονται εντός των νοσοκομείων. Εντούτοις δεν εξηγείται, με την ίδια λογική, η άγνοια μέτρων που αφορούν στο γενικό πληθυσμό (μέτρα συμπεριφορών) από καμία κατηγορία ερωτώμενων, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που ανήκουν στους ιατρικούς χώρους. Αυτό πολύ απλά, διότι όλοι οι ερωτώμενοι ανήκουν στο γενικό πληθυσμό. Συνεπώς θα ήταν αναμενόμενο να έχουν εκτεθεί κάποια στιγμή σ' αυτά τα μέτρα και να τα γνωρίζουν άμεσα ή έστω έμμεσα (πχ. έχοντας ακούσει για αυτά από άλλους). Κι όμως άγνοια υπάρχει και σε αυτό το επίπεδο.

Συγκεκριμένα **επτά (7)** από τους **δέκα τρεις (13) γιατρούς,** που ερωτήθηκαν δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** από τα ιατρικά μέτρα που υπάρχουν και εφαρμόζονται στην Ελλάδα, ενώ **εννέα (9)** από τους **δέκα τρείς (13) δε** γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** από τα μέτρα συμπεριφορών που υπάρχουν και εφαρμόζονται. Η αντίστοιχη αναλογία για το **νοσηλευτικό προσωπικό** είναι η εξής: **δέκα (10)** από τα **δώδεκα (12)** άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού, που ερωτήθηκαν, δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** από τα ιατρικά μέτρα, ενώ **οκτώ (8)** από τα **δώδεκα (12)** δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** από τα μέτρα συμπεριφορών. Άγνοια των μέτρων όμως παρατηρήθηκε σε μεγάλο βαθμό και στα **οροθετικά άτομα,** που ερωτήθηκαν: απο τους **έξι (6)** οι **τέσσερις (4)** δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** απο τα ιατρικά μέτρα, ενώ οι **πέντε (5)** δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** απο τα μέτρα συμπεριφοράς.

Η κατάσταση εμφανίζεται κάπως καλύτερη στις υπόλοιπες κατηγορίες ερωτώμενων. Συγκεκριμένα στους **Εκπροσώπους Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας**: απο τους **πέντε (5),** που ερωτήθηκαν, οι **δύο (2)** δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** απο τα ιατρικά μέτρα ενώ μόνον **ένας (1)** δε γνώριζε κάποιο/α απο τα μέτρα συμπεριφοράς. Αντίστοιχα στους **Επιστήμονες,** που λόγω ειδικότητας έρχονται σε επαφή με οροθετικά άτομα ή και μέλη των οικογενειών τους, απο τους **επτά (7),** που ερωτήθηκαν, οι **τρεις (3)** δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** απο τα ιατρικά μέτρα, ενώ μόνον **δύο (2)** δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** απο τα μέτρα συμπεριφορών. Απο τους **Εκπροσώπους Ιδιωτικών Σωματείων και Συλλόγων Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων** μόνον **ένα (1)** απο τα **τέσσερα (4)** άτομα, που ερωτήθηκαν συνολικά, δε γνώριζε κάποιο/α απο τα ιατρικά μέτρα και άλλο **ένα (1)** δε γνώριζε κάποια απο τα μέτρα συμπεριφορών. Τέλος απο τους **τέσσερις (4) Δημοσιογράφους,** που ερωτήθηκαν, οι **δύο (2)** δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** απο τα ιατρικά μέτρα και τουλάχιστον **ένα** απο τα μέτρα συμπεριφοράς.

Παρατηρούμε λοιπόν, οτι τα μεγαλύτερα ποσοστά άγνοιας των μέτρων που υπάρχουν και εφαρμόζονται για την πρόληψη του AIDS στην Ελλάδα εντοπίζονται στον **ιατρικό χώρο** καθώς επίσης και στα **οροθετικά άτομα**. Ξεκινώντας από τον **ιατρικό χώρο** παρατηρούμε ότι η άγνοια αφορά τόσο σε μέτρα συμπεριφοράς όσο και σε ιατρικά μέτρα. Εκτός απο το οτι τα άτομα του ιατρικού χώρου ανήκουν στον γενικό πληθυσμό, ανήκουν επίσης και σε μία κατηγορία ανθρώπων, που βρίσκεται εξαιρετικά κοντά στη νόσο και στους οροθετικούς. Λόγω επαγγέλματος λοιπόν, στα ιατρικά μέτρα θα ήταν αναμενόμενο - θεωρητικά - να εκτίθενται όλα τα μέλη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, που ασχολούνται με την ιατρική αντιμετώπιση του AIDS.

Συνεπώς η άγνοια αυτή δε μπορεί καν να αποδοθεί σε προσωπική αμέλεια ή έλλειψη ενδιαφέροντος για ενημέρωση από κάποια άτομα. Αντίθετα μπορεί με βεβαιότητα να αποδοθεί σε ελλιπή διάδοση, προώθηση ή και εφαρμογή αυτών των μέτρων στον ιατρικό χώρο. Συνακόλουθα μπορούμε να μιλήσουμε και για ελλιπή διάδοση, προώθηση ή και εφαρμογή των μέτρων συμπεριφοράς που αφορούν στον γενικό πληθυσμό.

Η περίπτωση των **οροθετικών** δεν είναι τόσο ξεκάθαρη. Ίσως εκ πρώτης όψεως να φαίνεται λογική η από μέρους τους -σε μεγάλο βαθμό- άγνοια πάνω στα μέτρα πρόληψης. Ίσως να εξηγείται και με επιχειρήματα όπως: δε γνώριζαν τα μέτρα ούτε και τους τρόπους πρόληψης, γι' αυτό και μολύνθηκαν. Όμως τα πράγματα δεν

είναι τόσο απλά. Καταρχήν στα **πέντε (5)** απο τα **έξι (6)** άτομα, που ερωτήθηκαν απ' αυτήν την κατηγορία, η διάγνωση της οροθετικότητας έχει γίνει εδώ και πολλά χρόνια (από **επτά (7)** εως **δέκα πέντε (15)**). Η κατάσταση της υγείας τους όλα αυτά τα χρόνια έχει διατηρηθεί σε σχετικά καλά επίπεδα με συνεχή παρακολούθηση και αντιμετώπιση των όποιων προβλημάτων έχουν εμφανιστεί. Έτσι τα άτομα αυτά, έχοντας περάσει και ξεπεράσει τις αρχικές, πολύ έντονα αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις της κατάστασής τους, την έχουν πλέον αποδεχτεί και συνεχίζουν τη ζωή τους με αυτήν. Ταυτόχρονα βέβαια, έχουν ευαισθητοποιηθεί για το πρόβλημα του AIDS που τόσο άμεσα αφορά και τους ίδιους. Συγκεκριμένα **τέσσερα (4)** από τα ΄έξι **(6)** άτομα, που ερωτήθηκαν, αποτελούν μέλη Ιδιωτικών Σωματείων και Συλλόγων Συμπαράστασης, έχοντας στο ενεργητικό τους μικρότερη ή μεγαλύτερη δράση, που περιλαμβάνει από συμπαράσταση σε άλλους οροθετικούς μέχρι συμμετοχή σε εκστρατείες ενημέρωσης.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι πρόκειται για άτομα συνειδητοποιημένα ως προς την κατάστασή τους, ευαισθητοποιημένα και δραστηριοποιημένα, που είχαν τόσο το χρονικό περιθώριο όσο και τη διάθεση να ενημερωθούν για τα μέτρα πρόληψης, αρκεί να είχαν και αυτή τη δυνατότητα. Αν σκεφτούμε δε :

α) ότι τα άτομα αυτά επισκέπτονται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων στα νοσοκομεία, καθώς και τους θεράποντες γιατρούς για εξετάσεις ή και για την αντιμετώπιση κάποιων προβλημάτων υγείας που μπορεί να προκύπτουν, και

β) ότι επίσης ανήκουν στο γενικό πληθυσμό, θα ήταν αναμενόμενο να έχουν εκτεθεί άμεσα ή έστω έμμεσα στα μέτρα πρόληψης που υπάρχουν και εφαρμόζονται.

Η άγνοια των μέτρων πρόληψης λοιπόν δεν είναι αναμενόμενη, σε τόσο μεγάλο βαθμό ανάμεσά τους, ούτε και μπορεί να εξηγηθεί με βάση την προσωπική τους αμέλεια ή έλλειψη ενδιαφέροντος. Το μόνο λογικό συμπέρασμα και πάλι είναι η ελλιπής διάδοση, προώθηση ή και εφαρμογή τόσο των ιατρικών μέτρων όσο και των μέτρων συμπεριφοράς που αφορούν στον γενικό πληθυσμό.

Στις υπόλοιπες κατηγορίες ερωτώμενων η ευρύτερη -αλλά και πάλι όχι πλήρης-γνώση των μέτρων πρόληψης είναι εμφανής. Το γεγονός αυτό μπορεί φαινομενικά να αναιρεί τις παραπάνω σκέψεις για ελλιπή διάδοση, προώθηση ή και εφαρμογή των μέτρων πρόληψης. Όμως στην ουσία τις επιβεβαιώνει. Αυτό διότι η γνώση των μέτρων πρόληψης δεν είναι πλήρης σε καμμία κατηγορία ερωτώμενων. Η άγνοια σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό υπάρχει σ' **όλες** τις κατηγορίες. Συνεπώς δε

μπορεί το δεδομένο αυτής της άγνοιας να απομονωθεί σε κάποια ή κάποιες κατηγορίες και να ερμηνευτεί με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της/τους. Αντίθετα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε κατηγορίας ερωτώμενων μπορούν να ερμηνεύσουν την ευρύτερη γνώση των μέτρων από τους ερωτώμενους κάποιων κατηγοριών σε σχέση με αυτούς κάποιων άλλων. Ιδιαίτερα αν πρόκειται για χαρακτηριστικά, η ύπαρξη των οποίων ευνοεί την απόκτηση αυτής της γνώσης.

Τέτοια χαρακτηριστικά εντοπίστηκαν στην περίπτωση των κατηγοριών με την ευρύτερη γνώση των μέτρων πρόληψης. Πρόκειται για γνώση που έχει αποκτηθεί είτε λόγω "προνομιακής θέσης" των ερωτώμενων σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό ή λόγω ιδιαίτερου ενδιαφέροντος και προσωπικής πρωτοβουλίας για απόκτηση αυτής της γνώσης από τα άτομα αυτά. Για να γίνει αυτό κατανοητό, ας πάρουμε κάθε μία κατηγορία ξεχωριστά.

Οι ερωτώμενοι, που όπως προέκυψε, γνωρίζουν καλύτερα και περισσότερα απο τα μέτρα πρόληψης είναι αυτοί που ανήκουν στην κατηγορία των **Εκπροσώπων Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας.** Εδώ όμως αναφερόμαστε σε άτομα, που λόγω επαγγελματικής θέσης βρίσκονται πάρα πολύ κοντά στα κέντρα λήψης των αποφάσεων και κατά συνέπεια ενημερώνονται άμεσα γι αυτές. Όλα τα επίσημα έγγραφα που αφορούν στα μέτρα πολιτικής για το AIDS (εγκύκλιοι, υπουργικές αποφάσεις, προεδρικά διατάγματα) έχουν σαν πρώτο σταθμό κοινοποίησης το Κ.Ε.Ε.Λ.. Όλοι οι ερωτώμενοι όμως αυτής της κατηγορίας αφορούν άτομα, που εργάζονται και εκπροσωπούν διάφορες υπηρεσίες που ανήκουν στο Κ.Ε.Ε.Λ (όπως είναι ο Ξενώνας, και το πρόγραμμα "Κατ'οίκον νοσηλεία"), δεδομένου ότι αυτός είναι και ο μόνος επίσημος κρατικός φορέας που συστάθηκε και λειτουργεί για τη συνολική αντιμετώπιση του AIDS στη χώρα μας,. Κατά συνέπεια η ενημέρωση αυτών των ατόμων για τα μέτρα πρόληψης είναι περισσότερο αποτέλεσμα μίας γραφειοκρατικής διαδικασίας και λιγότερο της έκθεσής τους σε αυτά στην καθημερινή τους ζωή. Τη σκέψη αυτή επιβεβαιώνει και το γεγονός **ότι δύο (2)** από τα **πέντε (5)** άτομα που ερωτήθηκαν σε αυτή την κατηγορία ήταν και μέλη της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.

Έτσι η ευρύτερη γνώση των μέτρων πρόληψης απο τους ερωτώμενους αυτής της κατηγορίας, σε σχέση με άλλες, εξηγείται με βάση την "προνομιακή θέση" τους σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό και στην ευκολότερη πρόσβασή τους στην πηγή αυτής της γνώσης. Η έλλειψη της πλήρους γνώσης αυτών των μέτρων εξάλλου,

ακόμα και σε αυτή την κατηγορία ερωτώμενων, αποκλείει το επιχείρημα της ευρείας και επαρκούς διάδοσης, προώθησης και εφαρμογής τους.

Οι ερωτώμενοι, που ανήκουν στην κατηγορία των **Εκπροσώπων Ιδιωτικών Σωματείων και Συλλόγων Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων,** φάνηκαν επίσης να γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τα μέτρα πρόληψης που υπάρχουν και εφαρμόζονται στη χώρα μας. Είναι πολύ πιθανό όμως, τα άτομα αυτά να επιλέγησαν απο αυτούς τους συλλόγους να τους εκπροσωπούν προς τα έξω ακριβώς διότι:

α) κατέχουν κάποια σημαντική θέση στον Σύλλογο ή στο Σωματείο που εκπροσωπούν,

β) έχουν πολύ ευρείες γνώσεις γύρω από την κατάσταση που επικρατεί σε σχέση με το AIDS στην Ελλάδα.

Συνεπώς, είναι εξίσου πιθανό, να μην αντιπροσωπεύουν ούτε το μέσο πολίτη ούτε όμως και το μέσο μέλος του Συλλόγου. Εξάλλου και σε αυτή την κατηγορία τα **δύο (2)** από τα **τέσσερα (4)** άτομα που ερωτήθηκαν ήταν και μέλη της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ. Επιπρόσθετα τα άτομα αυτά συμμετέχουν εθελοντικά σε αυτούς τους Συλλόγους και τα Σωματεία, λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος που έχουν για το συγκεκριμένο θέμα και με δική τους προσωπική πρωτοβουλία. Όπως θα φανεί καθαρά και παρακάτω από τις συνεντεύξεις, είναι στα άτομα αυτά και στην εθελοντική τους εργασία που συχνά στηρίζεται η εφαρμογή κάποιων από τα μέτρα πρόληψης, δεδομένης της έλλειψης θεσμοθετημένων οργάνων και ειδικών ομάδων επιστημόνων.

Δεν μπορούμε λοιπόν να ισχυριστούμε, ότι η ευρύτερη γνώση των μέτρων πρόληψης από τους **Εκπροσώπους Ιδιωτικών Σωματείων και Συλλόγων Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων** βασίζεται στην αυθόρμητη και άμεση έκθεση των ερωτώμενων στα μέτρα αυτά κατά την εφαρμογή τους. Αντίθετα, είναι μάλλον αποτέλεσμα της συνειδητής και επιλεγμένης προσωπικής τους πρωτοβουλίας και προσπάθειας Και πάλι, όμως η γνώση αυτή δεν εμφανίζεται να είναι πλήρης!

Η περίπτωση της ευρύτερης γνώσης των μέτρων πρόληψης από τους ερωτώμενούς της κατηγορίας των **Επιστημόνων,** που λόγω ειδικότητας έρχονται σε επαφή με οροθετικά άτομα ή και μέλη των οικογενειών τους, εξηγείται με έναν παρόμοιο τρόπο. Εδώ έχουμε και πάλι το συνδυασμό του προσωπικού ενδιαφέροντος και της ατομικής πρωτοβουλίας των ερωτώμενων με τη "προνομιακή θέση" κάποιων από αυτούς σε κρατικούς φορείς ή ιδιωτικά Σωματεία και Συλλόγους. Συγκεκριμένα από τα **επτά (7)** άτομα που ερωτήθηκαν σε αυτή την κατηγορία, τα **τέσσερα (4)**

έχουν σχέση εργασίας με το Κ.Ε.Ε.Λ. (ένα από τα οποία ήταν και μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.), και άλλο **ένα (1)** είναι ιδρυτικό μέλος Ιδιωτικού Σωματείου, εργάζεται σε νοσηλευτικό ίδρυμα και σε μία από τις δύο Τηλεφωνικές Γραμμές ενημέρωσης για το AIDS. Δεν είναι ίσως τυχαίο εξάλλου το γεγονός ότι τα άτομα που ανέφεραν, ότι δε γνωρίζουν κάποιο/α από τα μέτρα, είναι και αυτά που έχουν απο μικρή εως καμία σχέση με κρατικό φορέα ή μη κυβερνητική οργάνωση. Ισχύουν λοιπόν και σ' αυτή την κατηγορία τα όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω. Η ευρύτερη - αλλά και πάλι όχι πλήρης - γνώση των μέτρων πρόληψης είναι πιθανότατα αποτέλεσμα του συνδυασμού του προσωπικού ενδιαφέροντος και προσπάθειας των ατόμων αυτών με τη δυνατότητα πρόσβασής τους σε αυτή τη γνώση. Δε φαίνεται όμως να είναι αποτέλεσμα επαρκούς διάδοσης, προώθησης και εφαρμογής των μέτρων.

Τέλος ο βαθμός γνώσης των μέτρων από τους ερωτώμενους της κατηγορίας των **Δημοσιογράφων** απλά επιβεβαιώνει τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω. Όλα τα άτομα, που ερωτήθηκαν απ' αυτή την κατηγορία, βρίσκονται σε αυτή τη θέση περισσότερα από επτά (7) χρόνια. Δεδομένου ότι η δουλειά τους αφορά το ρεπορτάζ υγείας στις εφημερίδες όπου εργάζονται, θα ήταν αναμενόμενο να έχουν πλήρη γνώση των μέτρων πρόληψης. Αυτό διότι -θεωρητικά- οι έρευνες που πρέπει να έχουν κάνει, προκειμένου να καλύψουν τα θέματα που αφορούν στο AIDS, θα έπρεπε να τους έχουν φέρει σε επαφή -κάποια στιγμή μέσα σε όλα αυτά τα χρόνια- με τα μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στη χώρα μας. Κι όμως οι **δύο (2)** από τους **τέσσερις (4)** που ερωτήθηκαν δε γνώριζαν κάποιο/α από αυτά τα μέτρα. Το γεγονός ότι τα γνώριζαν οι άλλοι **δύο (2)** σίγουρα δεν αποτελεί απόδειξη ότι τα μέτρα προωθούνται και εφαρμόζονται με επάρκεια. Ας μην ξεχνάμε ότι οι ερωτώμενοι όλων των παραπάνω κατηγοριών ανήκουν και στον γενικό πληθυσμό. Συνεπώς το φυσιολογικό θα ήταν, κάποια στιγμή της ζωής τους, να έχουν εκτεθεί -άμεσα ή έμμεσα- τουλάχιστον στα μέτρα 'συμπεριφοράς' αν όχι σε όλα.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι η ελλιπής γνώση των μέτρων πρόληψης από όλες τις κατηγορίες και από ένα σημαντικά μεγάλο μέρος των ερωτώμενων, είναι αποτέλεσμα της ελλιπούς διάδοσης, προώθησης και εφαρμογής αυτών των μέτρων. Για να επιβεβαιωθεί όμως το συμπέρασμα αυτό και να μην κινδυνεύει να κριθεί ως αυθαίρετο ή καθαρά θεωρητικό, είναι απαραίτητη η παρουσίαση της εκτίμησης των ίδιων των ερωτώμενων για τα μέτρα πρόληψης.

Β.2. ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΜΕΤΡΑ

Η γενική εκτίμηση των μέτρων πρόληψης απο τους ερωτώμενους ακολούθησε την αναφορά τους στην πλήρη ή μερική γνώση τους γι αυτά. Τα μέτρα αξιολογήθηκαν από ένα σημαντικό μέρος των ερωτηθέντων, σε γενικές γραμμές, ως **«σωστά»** αλλά και ως **«ελλιπή»** και **«ανεπαρκή»**, ενώ πολλοί απέφυγαν να τα σχολιάσουν. Η αξιολόγηση αυτή προέκυψε από ερώτηση, που τέθηκε στους ερωτώμενους, σχετικά με τη γενική εκτίμηση τους και το κατά πόσο βρίσκουν τα μέτρα αυτά σωστά, επαρκή, ελλιπή, αποτελεσματικά. Οι απαντήσεις των **πενήντα (50)** ερωτηθέντων έχουν ως εξής:

- **Τριάντα δύο (32)** έκριναν τα μέτρα ως **σωστά,** ενώ δέκα τρεις (13) από αυτούς συμπλήρωσαν αυτή την εκτίμηση με παρατηρήσεις όπως: «σε γενικές γραμμές», «εν μέρει», «αν εφαρμόζονται», «σε θεωρητικό επίπεδο», «αν γινόντουσαν με συνέπεια» κλπ., δέκα πέντε **(15)** δεν απάντησαν στο αν θεωρούν σωστά τα μέτρα, ενώ **τρεις (3)** απάντησαν **όχι.**
- **Δώδεκα (12)** έκριναν τα μέτρα ως **ελλιπή,** από τους οποίους πέντε (5) επεσήμαναν κάποια, που θεωρούν ότι χρειάζονται βελτίωση, ενώ οι υπόλοιποι **τριάντα οκτώ (38)** δεν απάντησαν σχετικά με το αν τα θεωρούν ελλιπή ή όχι.
- **Είκοσι τρεις (23)** έκριναν τα μέτρα ως **ανεπαρκή**, εννέα (9) από τους οποίους συμπλήρωσαν με παρατηρήσεις όπως: «είναι αποσπασματικά, πυροσβεστικά», «χωρίς συχνότητα», «χρειάζονται περισσότερα», «θέλουν εντατικοποίηση», κλπ., **έντεκα (11)** τα έκριναν ως **επαρκή,** έξι (6) από τους οποίους συμπλήρωσαν με παρατηρήσεις όπως: «αν εφαρμόζονται», «σε γενικές γραμμές», κλπ. και **δέκα έξι (16)** δεν απάντησαν.
- **Οκτώ (8)** έκριναν τα μέτρα ως **μη αποτελεσματικά** με παρατηρήσεις όπως: «υπάρχουν νέα κρούσματα», «δεν είναι, αν σκεφτούμε τον αριθμό των φορέων», **επτά (7)** τα έκριναν ως **αποτελεσματικά**, τέσσερις (4) από τους οποίους συμπλήρωσαν με παρατηρήσεις όπως: «εν μέρει», «αν τηρηθούν» κλπ., ενώ **τριάντα πέντε (35)** δεν απάντησαν στο αν τα κρίνουν αποτελεσματικά ή όχι.

Όπως παρατηρούμε, υπάρχει μία έντονη διστακτικότητα στην εκτίμηση των μέτρων πρόληψης. Η πλειονότητα των ερωτώμενων συμφωνεί ότι τα μέτρα είναι

σωστά, όπως επίσης και ότι είναι **ανεπαρκή**, διστάζει όμως να τα χαρακτηρίσει ως ελλιπή ή αναποτελεσματικά και προτιμά να μην απαντήσει. Εντούτοις τα παράλληλα σχόλια, που έγιναν από τους ερωτώμενους, συμπληρώνουν την εικόνα της εκτίμησής τους για τα μέτρα αυτά. Έτσι, ακόμη και όταν δε δίνεται καθαρός χαρακτηρισμός των μέτρων, σχόλια όπως: "όταν εφαρμόζονται", "αν εφαρμόζονται με συνέπεια", "αν τηρηθούν", "είναι χωρίς συχνότητα", "χρειάζονται περισσότερα", "θέλουν εντατικοποίηση", "είναι αποσπασματικά, πυροσβεστικά" κλπ, δείχνουν καθαρά ότι οι ερωτώμενοι κάθε άλλο παρά κρίνουν τα μέτρα αυτά ως επαρκή και αποτελεσματικά στον βαθμό και με τον τρόπο που εφαρμόζονται. Αντίθετα τονίζουν την αποσπασματική και ελλιπή διάδοση, προώθηση και εφαρμογή τους, αφήνοντας ταυτόχρονα να εννοηθεί και η αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητά τους.

Η γενική εκτίμηση -άμεση και έμμεση- των ερωτώμενων για τα μέτρα πρόληψης επιβεβαιώνει και το συμπέρασμα, που προέκυψε παραπάνω, σε σχέση με την αιτία της ελλιπούς γνώσης αυτών των μέτρων. Έτσι από τις μέχρι τώρα εκτιμήσεις και συμπεράσματα **τα μέτρα πρόληψης του AIDS στη χώρα μας -αν και σε γενικές γραμμές σωστά- δεν εμφανίζονται να έχουν διαδοθεί, προωθηθεί και εφαρμοστεί με επάρκεια, ούτως ώστε να αποφέρουν και σημαντικά αποτελέσματα.** Μένει τώρα να δούμε, αν τα επιμέρους σχόλια των ερωτώμενων για κάποια απο τα μέτρα αυτά επιβεβαιώνουν τα μέχρι τώρα συμπεράσματα.

Β.3. ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΜΕΤΡΑ

Ο σχολιασμός των μέτρων πρόληψης από τους ερωτώμενους ήταν αποτέλεσμα είτε δικής τους αυθόρμητης έκφρασης και πρωτοβουλίας ή παρότρυνσης του μελετητή. Στην πρώτη περίπτωση οι ερωτώμενοι ξεκινούσαν από μόνοι τους να σχολιάζουν κάποιο/α από τα μέτρα που τους παρουσιάστηκαν. Στη δεύτερη περίπτωση ο σχολιασμός είτε ακολούθησε την ερώτηση του μελετητή: **"Υπάρχει κάτι που θα θέλατε να επισημάνετε για κάποιο ή κάποια από αυτά τα μέτρα;"** ή πραγματοποιήθηκε αργότερα, κατά τη διαδικασία σύγκρισης -από τους ερωτώμενους- των μέτρων αυτών με τις αρχές-οδηγίες της Π.Ο.Υ., του Ο.Η.Ε. και του Κ.Ε.Ε.Λ.. Ο σχολιασμός των μέτρων πρόληψης αφορούσε και στα **ιατρικά** αλλά και στα μέτρα **συμπεριφοράς** με μεγαλύτερη συχνότητα στα τελευταία.

Συγκεκριμένα από τα **ιατρικά, τέσσερα** ήταν τα μέτρα που σχολιάστηκαν περισσότερο και -ως επι το πλείστον- αυθόρμητα από όλες τις κατηγορίες ερωτώμενων.

Α. Το πρώτο μέτρο αναφέρει ότι **«ο προληπτικός έλεγχος για αντισώματα του ιού HIV για τους προσερχόμενους προς εξέταση ή τους νοσηλευόμενους ασθενείς:**

α) Γίνεται μετά απο σαφή ενημέρωση του ασθενούς και απαραιτήτως έγγραφη συγκατάθεσή του.

β) Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν ο γιατρός να προχωρήσει σε αυτόγνωμη πράξη (μετά απο γραπτή ομόφωνη απόφαση του Διευθυντή της Κλινικής, του Προέδρου της Επιστημονικής Επιτροπής του Νοσοκομείου και του Διευθυντή του Εργαστηρίου που θα διενεργήσει την εξέταση).

Τα αυθόρμητα σχόλια των ερωτώμενων συμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό. Από τα **πενήντα (50)** άτομα που ερωτήθηκαν, τα **είκοσι οκτώ (28)** σχολίασαν το μέτρο, λέγοντας ότι το **(α)** συχνά δεν εφαρμόζεται και ότι η εξέταση γίνεται τις περισσότερες φορές χωρίς το οροθετικό άτομο να το γνωρίζει καν, ιδιαίτερα αν πρόκειται για άτομο που πρόκειται να εγχειριστεί. Ισχύει λοιπόν στη πράξη το **(β)**, όχι σε σπάνιες περιπτώσεις, αλλά στις περισσότερες και χωρίς να είναι σίγουρο ότι προηγείται η διαδικασία που αναφέρεται εντός παρενθέσεως. Αναφέρθηκε επίσης, ότι η εξέταση για την ανίχνευση αντισωμάτων του ιού HIV γίνεται με την πρόφαση άλλων εξετάσεων. Η δε συγκατάθεση του ασθενούς ζητάται, αφού γίνει η εξέταση και μόνο σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος, οπότε και πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής.

Από τους ερωτώμενους, που σχολίασαν αυτό το μέτρο, οι περισσότεροι διαφωνούσαν με το μονομερή τρόπο εφαρμογής του, ενώ μία μικρή μερίδα μόνο προσπάθησε να τον δικαιολογήσει με σχόλια όπως: "έχει δικαίωμα ο γιατρός να κάνει κάποιες εξετάσεις στον ασθενή" ή "δεν γίνεται να ενημερώνονται όλοι όσοι εισάγονται στο νοσοκομείο ή χρειάζονται χειρουργική επέμβαση"[168].

Β. Το δεύτερο μέτρο, που σχολιάστηκε αυθόρμητα από την κατηγορία των **ιατρικών μέτρων,** είναι αυτό που αναφέρεται στον προληπτικό έλεγχο για αντισώματα του ιού HIV σαν **«προϋπόθεση για την άσκηση του επαγγέλματος ή της ιδιότητάς τους»**:

α) σε φοιτητές που κατάγονται από υπερενδημικές περιοχές

β) στις επίσημα καταχωρημένες ιερόδουλες

[168] Είναι ίσως ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι τα σχόλια αυτά προέρχονται από ερωτώμενους που ανήκουν στην κατηγορία των γιατρών.

γ) σε ορισμένες κατηγορίες αλλοδαπών που ζητούν άδεια εργασίας

δ) σε ορισμένες κατηγορίες πολιτών και εργαζομένων.

Το μέτρο αυτό σχολιάστηκε από **τριάντα έναν (31)** από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους. Τα σχόλια σε αυτή την περίπτωση ήταν πολλά και ποικίλα. Ένα μέρος των ερωτώμενων, που το σχολίασαν, δεν γνώριζε καν την ύπαρξη και εφαρμογή του μέτρου σε κάποιες από τις κατηγορίες που αναφέρονται, με εξαίρεση την κατηγορία **(β)** στην οποία σχεδόν όλοι γνώριζαν ότι το μέτρο υπάρχει και εφαρμόζεται. Κάποιοι μάλιστα από αυτούς απέκλειαν το γεγονός της εφαρμογής του σε κάποιες από αυτές τις κατηγορίες, με ιδιαίτερη έμφαση για την κατηγορία **(δ).** Εντούτοις άλλοι ερωτώμενοι -από αυτούς που αυθόρμητα σχολίασαν αυτό το μέτρο-, γνώριζαν την εφαρμογή του σε όλες τις κατηγορίες, που αναφέρονται, επιβεβαιώνοντας την με παραδείγματα. Τα παραδείγματα, που αναφέρθηκαν, αφορούν: αποκλειστικές νοσοκόμες, που τους ζητήθηκε εξέταση για AIDS από την αρμόδια υπηρεσία κατά τη διαδικασία θεώρησης του βιβλιαρίου υγείας τους, Ιταλίδα φαρμακοποιό που της ζητήθηκε εξέταση για AIDS, προκειμένου να της χορηγηθεί άδεια εξασκήσεως επαγγέλματος στην Ελλάδα, υποψηφίους υπάλληλους στο καζίνο της Θεσσαλονίκης, που τους ζητήθηκε εξέταση για AIDS προκειμένου να προσληφθούν. Τα παραδείγματα αυτά προέρχονταν από προσωπική γνώση των ερωτώμενων και πρόκειται για περιστατικά που με τη μορφή παραπόνων ή καταγγελιών έφθασαν μέχρι τις αρμόδιες υπηρεσίες και τα άτομα που τα ανέφεραν στο μελετητή.

Η κριτική αυτού του μέτρου από τους ερωτώμενους ήταν εξίσου ανομοιογενής με τη γνώση του. Κάποιοι από αυτούς επικροτούσαν την εφαρμογή του στις κατηγορίες που γνώριζαν (κυρίως τη **(β)**), κάποιοι ανέφεραν ότι "δεν εφαρμόζεται όσο και όπως θα έπρεπε σε όλες αυτές τις κατηγορίες", ενθαρρύνοντας την εφαρμογή του, ενώ κάποιοι άλλοι τέλος δήλωσαν τη διαφωνία τους προς αυτό και το σχολίασαν ως "απαράδεκτο", "παράνομο" και "ρατσιστικό" για όλες τις κατηγορίες εκτός της **(β)**.

Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον να αναφερθεί σε αυτό το σημείο, πως το μέτρο αυτό είχε εντοπιστεί κατά τη διάρκεια της καταγραφής των μέτρων πρόληψης, διότι έρχεται σε <u>άμεση αντίθεση</u> με οδηγίες των διεθνών οργανισμών που αναφέρουν ότι πρέπει να αποφεύγονται στα πλαίσια της πρόληψης της εξάπλωσης του AIDS:

1. Υποχρεωτική εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού HIV:

α) Του συνολικού πληθυσμού (screening) ή συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού (εκτός από εθελοντές αιμοδότες, δότες οργάνων, ιστών και σπέρματος).

β) Σε υπόχρεους κατατάξεως και ήδη υπηρετούντες

2. Εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS, ως προϋπόθεση:

α) Ίσης μεταχείρισης για αλλοδαπό ή μετανάστη, (όπως για λήψη υποτροφίας, εισαγωγή σε ελληνικό πανεπιστήμιο κλπ, ανεξαρτήτως χώρας προελεύσεως).

β) Πρόσληψης.

Εντούτοις ο μελετητής δεν είχε επισημάνει αυτή την αντίθεση στους ερωτώμενους, όταν εκείνοι σχολίασαν αυθόρμητα αυτό το μέτρο. Η παρουσίαση των αρχών - οδηγιών των διεθνών οργανισμών, μέσα στις οποίες περιλαμβάνονται και τα μέτρα που πρέπει να αποφεύγονται στα πλαίσια της πρόληψης της εξάπλωσης του AIDS, έγινε αργότερα και αφού είχε ολοκληρωθεί ο αυθόρμητος σχολιασμός των μέτρων από τους ερωτώμενους. Μπορούμε συνεπώς να πούμε με βεβαιότητα ότι οι εκτιμήσεις και τα σχόλια των ερωτώμενων, στο πρώτο αυτό στάδιο, ήταν πράγματι αυθόρμητα και όχι επηρεασμένα ή καθοδηγούμενα.

Γ. Έτσι μπορούμε να δεχθούμε ως γνήσια και τα σχόλια που αφορούσαν στο μέτρο που ανέφερε τον **προληπτικό έλεγχο για αντισώματα του ιού HIV ως "μη υποχρεωτικό για τους στρατεύσιμους".** Το μέτρο αυτό σχολιάστηκε αυθόρμητα από **δέκα (10)** ερωτώμενους, οι οποίοι στη πλειονότητά τους ανέφεραν ότι "ο έλεγχος ναι μεν δεν είναι υποχρεωτικός, αλλά γίνεται έμμεσα, με την πρόσκληση των στρατεύσιμων για αιμοδοσία και τη χορήγηση τριήμερης άδειας σε όσους την αποδεχθούν".

Δ. Εξίσου γνήσια μπορούν να θεωρηθούν και τα σχόλια **δώδεκα (12)** ερωτώμενων σχετικά με το μέτρο που αναφέρει ότι ο **προληπτικός έλεγχος για αντισώματα του ιού HIV "συστήνεται εθελοντικά σε έγκυες γυναίκες".** Σύμφωνα με κάποιους από τους ερωτώμενους "πολλοί γιατροί δεν τον συστήνουν καθόλου", ενώ σύμφωνα με άλλους "ο έλεγχος πραγματοποιείται χωρίς τη γνώση των εγκύων, σαν μέρος των εξετάσεων ρουτίνας".

Οι πρώτες ενδείξεις, που προκύπτουν από τα παραπάνω, αφορούν καταρχήν, στον εντοπισμό της **ασυμβατότητας μεταξύ θεωρίας και πράξης** στα πλαίσια των μέτρων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα. Αυτό φαίνεται καθαρά από τα σχόλια που προέκυψαν για το πρώτο από τα μέτρα που μόλις αναφέρθηκαν. Λαμβάνοντας υπόψιν και τα σχόλια, που αφορούν στο δεύτερο από αυτά τα μέτρα, η προσοχή μας

στρέφεται για μια ακόμη φορά στην **ελλιπή διάδοση, προώθηση και εφαρμογή κάποιων μέτρων** και στη συνακόλουθη **άγνοια** -σε κάποιο βαθμό- της ύπαρξης και της όποιας εφαρμογής τους από σημαντική μερίδα των ερωτώμενων. Επιβεβαιώνονται με αυτόν τον τρόπο τα συμπεράσματα στα οποία είχαμε οδηγηθεί από την αναζήτηση τόσο της γνώσης όσο και της γενικής εκτίμησης των ερωτώμενων για τα μέτρα αυτά. Ωστόσο, οι πληροφορίες που προκύπτουν από την παραπάνω παρουσίαση προσθέτουν στη συνέχεια και νέα στοιχεία σχετικά με αυτά τα μέτρα. Τα στοιχεία αυτά αφορούν, στη συνέχεια, στον εντοπισμό μίας δεύτερης ασυμβατότητας, της **ασυμβατότητας κάποιων απ' αυτά τα μέτρα με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες.**

Όπως είδαμε λίγο παραπάνω, στο δεύτερο από τα μέτρα που προαναφέρθηκαν[169], η ασυμβατότητα αυτή εντοπίστηκε από το πρώτο κιόλας στάδιο της καταγραφής των μέτρων και είναι αδιαμφισβήτητη. Όμως ενδείξεις για έμμεση απόκλιση από τις διεθνείς αρχές και οδηγίες εντοπίστηκαν και για το τρίτο μέτρο, αλλά σε επόμενο στάδιο, στα αυθόρμητα σχόλια των ερωτώμενων για το μέτρο αυτό. Είναι εμφανές ότι και τα δύο αυτά μέτρα συμπεριλαμβάνουν δράσεις για τις οποίες οι διεθνείς οργανισμοί έχουν εκδώσει αποτρεπτικές οδηγίες. Ο στόχος αυτών των οδηγιών, όπως αναφέρθηκε και στην αρχή αυτής της ενότητας, είναι ο περιορισμός τυχόν αυθαίρετων και στιγματοφόρων μέτρων, η εξασφάλιση της τήρησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και η αποφυγή του κοινωνικού στιγματισμού και αποκλεισμού των οροθετικών ατόμων.

Κατανοούμε συνεπώς, ότι η παραβίαση αυτών των αρχών και οδηγιών φανερώνει την ύπαρξη **τάσεων στιγματισμού σ' αυτά τα μέτρα**, εφόσον η οροθετικότητα κάποιου λειτουργεί με τρόπο που διαχωρίζει αυτό το άτομο από τα υπόλοιπα και το αποκλείει από εργασία, σπουδές κλπ. Φανερώνει συνακόλουθα τον κίνδυνο να οδηγήσει η εφαρμογή τους στη παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και στον κοινωνικό στιγματισμό ή και αποκλεισμό των οροθετικών ατόμων.

---

[169] Το οποίο αναφέρεται στον προληπτικό έλεγχο για αντισώματα του ιού HIV σαν **«προϋπόθεση για την άσκηση του επαγγέλματος ή της ιδιότητάς τους»**:

α) σε φοιτητές που κατάγονται από υπερενδημικές περιοχές

β) στις επίσημα καταχωρημένες ιερόδουλες

γ) σε ορισμένες κατηγορίες αλλοδαπών που ζητούν άδεια εργασίας

δ) σε ορισμένες κατηγορίες πολιτών και εργαζομένων.

Αυτές οι τάσεις στιγματισμού εντοπίστηκαν μάλιστα και επιβεβαιώθηκαν και από μερίδα των ερωτώμενων, όπως φάνηκε στα αυθόρμητα σχόλια τους, πριν ακόμη τους παρουσιαστούν οι διεθνείς αρχές και οδηγίες. Έτσι, εκτός από τους άμεσους χαρακτηρισμούς του δεύτερου μέτρου από μερίδα ερωτώμενων ως "απαράδεκτο", "παράνομο" και "ρατσιστικό", υπήρξαν και έμμεσα σχόλια που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη αυτών των τάσεων. Υποδεικνύουν την άσκηση κοινωνικού ελέγχου και κριτικής που πραγματοποιείται έμμεσα και σαν απόρροια της εφαρμογής κάποιων μέτρων. Επισημαίνουν ακόμα το παράλογο της εφαρμογής αυτών των μέτρων στα πλαίσια της Πολιτικής Πρόληψης, αλλά και το αποτέλεσμα στιγματισμού που αυτή συνεπάγεται. Ενδεικτικά τέτοια σχόλια[170] είναι τα παρακάτω:

- Αναφορά στις αποκλειστικές νοσοκόμες: "Αυτό σημαίνει ότι, αν βρεθούν θετικές, δε θα πάρουν τη θεώρηση, διότι συνιστά αρνητική προϋπόθεση. Αυτό συνιστά παραβίαση. Η υπηρεσία όμως η συγκεκριμένη αρνείται να άρει την προϋπόθεση, υποτίθεται για το καλό των ασθενών. Είναι όμως φανερό ότι είναι θέμα προκατάληψης. Το πρόβλημα που δημιουργείται με τέτοιου είδους αποκλεισμούς είναι πολύ μεγαλύτερο από το πρόβλημα που υποτίθεται ότι λύνεις ή τον ενδεχόμενο κίνδυνο που υποτίθεται ότι αντιμετωπίζεις με αυτά τα μέτρα. Οδηγείς ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού σε αποκλεισμό, αν υποθέσουμε ότι τα οροθετικά άτομα είναι πλέον 15.000-20.000." (εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- Αναφορά στους υποψήφιους υπαλλήλους του Καζίνο Θεσσαλονίκης: "Το Καζίνο ζητούσε από τους υπαλλήλους εξέταση αντι-HIV, για να κάνει πρόσληψη, το οποίο είναι ρατσιστικό. δε ξέρω αν είχαν σκοπό να εκδίδουν τους υπαλλήλους μετά, γιατί είναι η μόνη λογική εξήγηση του πράγματος!!" (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων).

Τάσεις στιγματισμού όμως δεν ενυπάρχουν μόνο στα μέτρα πρόληψης, αλλά και σε **μερίδα των ίδιων των ερωτώμενων**. Και πάλι τα σχόλιά τους για τα μέτρα και ο τρόπος που τοποθετήθηκαν απέναντι σε αυτά φανέρωσαν αυτές τις τάσεις. Οι υπέρμαχοι, για παράδειγμα, των μέτρων, που θεωρούνται από τους διεθνείς οργανισμούς ως στιγματοφόρα, εκφράζουν μέσα από τα σχόλιά τους τέτοιες τάσεις. Υπονοούν ως αναγκαία και απαραίτητη την άσκηση κοινωνικού ελέγχου και κριτικής ορισμένων κοινωνικών ομάδων στα πλαίσια της Πολιτικής Πρόληψης. Η επικρότηση

[170] Για περισσότερα τέτοια σχόλια βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

του δεύτερου[171] από τα ιατρικά μέτρα, που αναφέρθηκαν παραπάνω, από **έντεκα (11)** ερωτώμενους σε σύνολο **τριάντα ενός (31)** που το σχολίασαν καθώς και η ενθάρρυνση της περαιτέρω εφαρμογής του, είναι ένα παράδειγμα έκφρασης τάσεων στιγματισμού. Άλλο ένα παράδειγμα αποτελεί η διαφωνία με το μη υποχρεωτικό χαρακτήρα του προληπτικού ελέγχου για τους στρατεύσιμους. Χαρακτηριστικό σχόλιο είναι το ακόλουθο[172]:

- Για την κατηγορία **(γ)**[173] του δεύτερου από τα ιατρικά μέτρα που σχολιάστηκαν: "Συμφωνώ, γιατί αυτές εκδίδονται κιόλας, εμμέσως πλην σαφώς". Και για την κατηγορία **(δ)**[174] του ίδιου μέτρου: "Εξαρτάται από το επάγγελμα. Αν είναι κάποιος μάγειρας, ίσως". Επίσης για το τρίτο από αυτά τα μέτρα[175] από τον ίδιο ερωτώμενο: "Δε συμφωνώ, θα' πρεπε να είναι υποχρεωτικός, γιατί οι περισσότερες ομοφυλοφιλικές σχέσεις ξεκινάνε μέσα από το στρατό" (ψυχολόγος).

Μέσα σε αυτό το σχόλιο διακρίνονται οι τάσεις στιγματισμού που εκφράστηκαν από μερίδα των ερωτώμενων. Διακρίνεται επίσης η προτροπή -από την ίδια μερίδα ατόμων- για εντονότερη άσκηση κοινωνικού ελέγχου και κριτικής σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, που θεωρούνται 'ύψηλού κινδύνου', όπως είναι οι ιερόδουλες και οι ομοφυλόφιλοι. Βέβαια, όπως διαπιστώθηκε, τόσο από το παραπάνω σχόλιο όσο και από τα υπόλοιπα αντίστοιχα σχόλια, η προτροπή αυτής της μερίδας ερωτώμενων για εντονότερη άσκηση κοινωνικού ελέγχου και κριτικής δεν περιορίστηκε στις 'παραδοσιακά' θεωρούμενες 'ομάδες υψηλού κινδύνου'. Αντίθετα επεκτάθηκε και σε άλλες ομάδες ατόμων με κοινά χαρακτηριστικά, που αναφέρθηκαν έμμεσα ή άμεσα ως επικίνδυνα. Τέτοιες ομάδες -σύμφωνα πάντα με τα σχόλια των ερωτώμενων- είναι: α) οι οικιακές βοηθοί, ιδιαίτερα αν είναι αλλοδαπές, β) οι μάγειρες, γ) οι φαντάροι.

---

[171] Το οποίο αναφέρεται στον προληπτικό έλεγχο για αντισώματα του ιού HIV σαν **«προϋπόθεση για την άσκηση του επαγγέλματος ή της ιδιότητάς τους»**:
α) σε φοιτητές που κατάγονται από υπερενδημικές περιοχές
β) στις επίσημα καταχωρημένες ιερόδουλες
γ) σε ορισμένες κατηγορίες αλλοδαπών που ζητούν άδεια εργασίας
δ) σε ορισμένες κατηγορίες πολιτών και εργαζομένων.

[172] Για περισσότερα τέτοια σχόλια βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

[173] Ορισμένες κατηγορίες αλλοδαπών που ζητούν άδεια εργασίας (π.χ. πάσης φύσεως γυναίκες που προτίθενται να εργαστούν σε κέντρα διασκέδασης).

[174] Ορισμένες κατηγορίες πολιτών και εργαζομένων.

[175] Ο προληπτικός έλεγχο για αντισώματα του ιού HIV δεν είναι υποχρεωτικός για τους στρατεύσιμους.

Οι εξηγήσεις για την έκφραση τέτοιων προτροπών αλλά και τάσεων στιγματισμού, μπορούν να είναι πολλές και ποικίλες, ξεκινώντας από την ελλιπή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ατόμων που τις εξέφρασαν και καταλήγοντας σε διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Δεν είναι όμως του παρόντος να ασχοληθούμε με αυτές. Αυτό που αξίζει, σ' αυτό το σημείο, να αναφερθεί και ενδεχομένως να μας προβληματίσει είναι ότι τα δύο από τα σχόλια που αποκαλύπτουν τέτοιες τάσεις προήλθαν από εκπροσώπους του τύπου. Άτομα δηλαδή με σημαντική θέση στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης!

Τέλος μία ακόμα τάση, που διαφαίνεται από την παρουσίαση των μέτρων που προηγήθηκε, αφορά στην **ιατρική εξουσία πάνω στον ασθενή**. Τα στοιχεία που προκύπτουν από τον τρόπο εφαρμογής του πρώτου από τα **ιατρικά μέτρα**,[176] μας οδηγούν στην επιβεβαίωση της ύπαρξης αυτής της τάσης για εξουσία, τουλάχιστον σε κάποιον βαθμό. Είδαμε για παράδειγμα, ότι μεγάλο μέρος του ιατρικού κόσμου δεν ενημερώνει τους ασθενείς για την εξέταση για αντισώματα του ιού HIV που τους γίνεται, παρά μόνον όταν και εάν δε μπορεί να κάνει αλλιώς, δηλαδή σε περίπτωση οροθετικότητας. Η στάση αυτή δίνει σαφείς ενδείξεις ως προς τη τάση εξουσίας κάποιων μελών του ιατρικού χώρου πάνω στους ασθενείς τους. Είδαμε επίσης την προσπάθεια δικαιολόγησης αυτή της πρακτικής, ως απαραίτητης και αναπόφευκτης, από ένα μικρό μέρος των ερωτώμενων, προσπάθεια που -κατά τη γνώμη του μελετητή- επιβεβαιώνει αυτή τη τάση. Είναι το σχόλιο ερωτώμενου που ακολουθεί όμως, που ολοκληρώνει αυτή την εικόνα:

- "Στην Ελλάδα -και ίσως όχι μόνο- το να ρωτάς τον άρρωστο τί θα κάνεις πάνω του, δεν είναι πολύ αποδεκτό από τον ιατρικό κόσμο. Πρακτικώς θέλει ο άλλος να του παραδίδεται ψυχή και σώματι. Υπάρχουν νοσοκομεία, που βάζουν τον άρρωστο να υπογράφει δήλωση ότι θα δεχτεί ό,τι του κάνουν, ότι θα του κάνουν ό,τι θέλουν, οποιαδήποτε εξέταση ζητηθεί από το προσωπικό του νοσοκομείου." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).

Ο σχολιασμός των **ιατρικών μέτρων,** που μόλις αναφέρθηκε, μας έδωσε μία πρώτη εικόνα της αξιολόγησης των μέτρων πρόληψης από τους ερωτώμενους. Επιβεβαίωσε τις αρχικές ενδείξεις σχετικά με αυτά τα μέτρα, ενώ πρόσθεσε αρκετές

[176] Το μέτρο που αφορά στον προληπτικό έλεγχο για αντισώματα του ιού HIV για τους προσερχόμενους προς εξέταση ή τους νοσηλευόμενους ασθενείς.

νέες και σημαντικές. Το κύριο βάρος όμως του σχολιασμού δόθηκε από τους ίδιους τους ερωτώμενους στα **μέτρα συμπεριφοράς**. Πρόκειται για μέτρα που αφορούν σχεδόν εξ'ολοκλήρου στην **ενημέρωση**, είτε γίνεται στον γενικό πληθυσμό ή σε συγκεκριμένες ομάδες του. Αυτά ήταν που σχολιάστηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό και εκτενέστερα. Σ'αυτό βοήθησε και το γεγονός, ότι **δύο** από αυτά είχαν προεπιλεγεί, για να χρησιμοποιηθούν σα μέτρο σύγκρισης με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες. Εντούτοις αυτός δεν ήταν ο μοναδικός λόγος που τα μέτρα αυτά σχολιάστηκαν. Αντίθετα, στη πλειονότητά τους, οι ίδιοι οι ερωτώμενοι αναφέρθηκαν αυθόρμητα σε αυτά, πριν τους παρουσιαστούν οι διεθνείς αρχές και οδηγίες και τους ζητηθεί να τα συγκρίνουν με αυτές. Έτσι δικαιώθηκε αυτόματα και η από μέρους του μελετητή προεπιλογή αυτών των μέτρων, ως των πιο σημαντικών, για να χρησιμοποιηθούν στη φάση της σύγκρισης.

Τα μέτρα που προκάλεσαν τα περισσότερα αυθόρμητα σχόλια των ερωτώμενων από την κατηγορία των **μέτρων συμπεριφοράς** είναι **τέσσερα**. Ακολουθούν όμως άλλα **δύο,** που κρίθηκε απαραίτητο να συμπεριληφθούν, λόγω του ιδιαίτερου ρόλου τους στη Πολιτική της Πρόληψης .

Α. Το πρώτο είναι αυτό που αφορά στην **"Ενημέρωση στα σχολεία (γυμνάσια-λύκεια)"** και συμπεριλαμβάνει:

α) Παραγωγή ταινίας "Ballader" για το AIDS. Απεστάλη σε όλα τα λύκεια της χώρας και έχει ως σήμερα προβληθεί στο 1/5 αυτών.

β) Έκδοση ενημερωτικού φυλλαδίου για μαθητές (500.000 αντίτυπα).

γ) Πραγματοποίηση ενημερωτικών ομιλιών σε δεκάδες σχολεία της χώρας.

δ) Πραγματοποίηση πανελλαδικού διαγωνισμού έκθεσης για το AIDS στους μαθητές των λυκείων.

Από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους οι **είκοσι επτά (27)** αναφέρθηκαν αυθόρμητα σε αυτό. Από αυτούς **εννέα (9)** δε γνώριζαν κάποια/ες από τις δράσεις που περιλαμβάνονται σε αυτό.Τα σχόλια όλων όμως ήταν ομοιογενή και αφορούσαν -ως επι το πλείστον- στον τρόπο εφαρμογής αυτού του μέτρου και στα αποτελέσματά του. Όλοι, για παράδειγμα, τόνισαν την αναγκαιότητα ύπαρξης όχι μόνο ενημέρωσης, αλλά και εκπαίδευσης στα σχολεία. Οι περισσότεροι όμως επεσήμαναν, ότι **ο τρόπος** και **η συχνότητα εφαρμογής** αυτού του μέτρου δεν εξασφαλίζει την ενημέρωση και ειδικά την εκπαίδευση στο βαθμό που είναι απαραίτητες. Μίλησαν για "αποσπασματικές", "επιφανειακές", "χαλαρές", "ανεπαρκείς" και "κακές" ομιλίες και ενημερώσεις στα σχολεία και για έλλειψη κατάλληλων εκπαιδευτών. Ανέφεραν ότι η

ταινία "Ballader" μπορεί να έχει μοιραστεί σε όλα τα σχολεία, αλλά έχει προβληθεί σε λίγα μόνο, διότι η προβολή της δεν είναι υποχρεωτική, αλλά εξαρτάται από την απόφαση του εκάστοτε γυμνασιάρχη ή λυκειάρχη. Αναφέρθηκαν στην έλλειψη και στην αναγκαιότητα της ύπαρξης μαθήματος **Αγωγής Υγείας** στα σχολεία καθώς και **Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης**, στα πλαίσια των οποίων θα μπορούσε και θα έπρεπε να ενταχθεί και η εκπαίδευση για το AIDS. Διαδικασία που θα έπρεπε -κατά πολλούς- να ξεκινήσει από τις πολύ μικρές ηλικίες, να περιλαμβάνει την "εκπαίδευση συνομηλίκων" (peer education), καθώς επίσης και την ενημέρωση ή και εκπαίδευση και των γονέων και κηδεμόνων!

Το σχόλιο που ακολουθεί[177] είναι μία από τις χαρακτηριστικότερες αυθόρμητες απαντήσεις γύρω απ' αυτό το μέτρο:

- "Η ενημέρωση στα σχολεία γίνεται από την καλή θέληση του ενός και του άλλου. Όλοι όσοι πάνε το κάνουν, επειδή θέλουν ή τους κάλεσαν κι έχουν φιλότιμο, δηλαδή εθελοντικά και στον ελεύθερο χρόνο τους. Το κράτος δεν πληρώνει κανέναν απ' όλους αυτούς που πάνε στα σχολεία.(...) Κατά συνέπεια, από μόνο του, το όλο σκηνικό δε μπορεί να είναι πλήρες και επαρκές. Γιατί, όταν κάποιος κάνει κάτι απ' τον ελεύθερο χρόνο που έχει, αυτό ίσως να είναι και λειψό μερικές φορές. (...) δε βοηθάει από μόνη της η ενημέρωση, βοηθάει η εκπαίδευση. Το λέει και η Π.Ο.Υ..Πώς θα δώσεις στο μαθητή τις ικανότητες, τις δεξιότητες (developing skills) να επικοινωνεί με τον παρτενέρ του ή το σύντροφό του, να μιλάει για το προφυλακτικό, για τα υπόλοιπα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα, για τους ενδοιασμούς και τις αναστολές που έχει. Να μάθει <u>πώς</u> να λέει όχι.(...) Αν δεν έχει αυτές τις δεξιότητες και ικανότητες πώς θα χρησιμοποιήσει το προφυλακτικό;(...) Η ενημέρωση έσβησε, τελείωσε, δεν αρκεί, δε μπορεί να φέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Φωνάζουμε χρόνια τώρα.(...) Έρχονται νέοι άνθρωποι δέκα οκτώ (18), είκοσι (20), είκοσι δύο (22) χρονών που μολύνθηκαν πέρσυ, πρόπερσυ ή πριν 2-3 χρόνια, που ενημερώσεις τότε γινόντουσαν στα σχολεία. Η στάση δεν άλλαξε." (ψυχολόγος, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων).

Σε παρόμοιες όμως επισημάνσεις καταλήγουν και τα σχόλια των ερωτώμενων, που δεν προέκυψαν αυθόρμητα αλλά μετά από παρότρυνση του μελετητή, δεδομένου ότι αυτό ήταν το πρώτο από τα δύο μέτρα που είχαν προεπιλεγεί για σύγκριση με τις

[177] Για περισσότερα σχόλια πάνω στο συγκεκριμένο μέτρο, βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

διεθνείς αρχές και οδηγίες. Συγκεκριμένα παρουσιάστηκαν στους ερωτώμενους τα αντίστοιχα μέτρα που προτείνονται από τους διεθνείς οργανισμούς (Π.Ο.Υ., Ο.Η.Ε.) για την πρόληψη της εξάπλωσης του AIDS και που είναι τα ακόλουθα:

1. Ενημέρωση και εκπαίδευση των εφήβων και των ατόμων προεφηβικής ηλικίας.
2. Η εκπαίδευση για το AIDS πρέπει να αποτελεί μέρος του προγράμματος μαθημάτων όλων των σχολείων. (Πρέπει δε να είναι πολιτισμικά αρμόζουσα και να λαμβάνει υπόψη της τις συναισθηματικές, βιολογικές και κοινωνικές πλευρές των σεξουαλικών στάσεων και συμπεριφορών των νέων ανθρώπων σε κάθε κοινότητα).
3. Εκπαίδευση από συνομήλικα άτομα ή και από φορείς/ασθενείς του AIDS.

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να αναφέρουν τη γνώμη τους σχετικά με το κατά πόσο καλύπτονται οι οδηγίες από το μέτρο που αφορά στην ενημέρωση στα σχολεία στη χώρα μας ή όχι. Από τα **πενήντα (50)** άτομα τα **τριάντα εννέα (39)** απάντησαν **όχι**, τα **έξι (6)** απάντησαν **ναι,** ενώ τα υπόλοιπα **πέντε (5)** άτομα απέφυγαν να απαντήσουν άμεσα. Στις αρνητικές απαντήσεις τονίστηκε -όπως και στα αυθόρμητα σχόλια- η ανάγκη πολύ πιο **συστηματικής** και **συνεχούς** ενημέρωσης στους νέους και ότι η μία ή οι δύο φορές το χρόνο δε μπορούν να φέρουν αποτελέσματα. Επισήμανθηκε επίσης και πάλι η ανάγκη ύπαρξης μαθήματος **Αγωγής Υγείας** στα σχολεία καθώς και **Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης**. Παράλληλα δόθηκε από πολλούς ερωτώμενους η προσωπική τους εκτίμηση για τις διεθνείς αρχές και οδηγίες. Σε γενικές γραμμές η εκτίμηση αυτή ήταν πολύ θετική. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι συμφωνούσαν με αυτές τις οδηγίες και παρότρυναν την εφαρμογή τους, ενώ μόνο λίγοι από αυτούς εξέφρασαν ενδοιασμούς, που αφορούσαν κυρίως την τρίτη οδηγία.[178]

Τα σχόλια σε αυτό το στάδιο χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη αφορά στη προσωπική εκτίμηση των ερωτώμενων για τις διεθνείς αρχές και οδηγίες, ενώ η δεύτερη στη σύγκρισή τους με την ενημέρωση στα σχολεία στην Ελλάδα. Στη πρώτη κατηγορία αντιπροσωπευτικά σχόλια[179] είναι τα παρακάτω:

- "Το πιο σημαντικό είναι το τρίτο, το peer education. Έχει αποδείξει ότι αποδίδει. Και το δεύτερο -εκπαίδευση για το AIDS- σημαντικό. Όσο για το πρώτο, η Γιουγκοσλαβία, παρά τον πόλεμό της,[180] έβαλε εκπαίδευση για το AIDS στα

[178] Εκπαίδευση από συνομήλικα άτομα και ή από φορείς/ασθενείς του AIDS.
[179] Για περισσότερα σχόλια γύρω από το θέμα αυτό βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[180] Την χρονική περίοδο των συνεντεύξεων η Γιουγκοσλαβία βρισκόταν σε εμπόλεμη κατάσταση.

σχολεία από το Δημοτικό. Έξι χρονών παιδιά ξέρουν τι είναι προφυλακτικό. Έχει να κάνει με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και δε μπορεί να γίνει το ένα χωρίς το άλλο. δε μπορείς να βάλεις μάθημα για AIDS και να μην ξέρει ο άλλος ποιο είναι το γεννητικό του σύστημα ή τι είναι σεξουαλική επαφή". (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).

- "Συμφωνώ με τις οδηγίες. Για το πρώτο, όχι μόνο εφηβικής και προεφηβικής ηλικίας. Εμείς[181] έχουμε πάρει ένα πρόγραμμα από το Ισραήλ, που προβλέπει ενημέρωση σε Δημοτικό με κινούμενα σχέδια, δηλαδή έναν ιό με μία πανοπλία που κυνηγάει τα κύτταρα. Αλλά δεν κατορθώσαμε να το κάνουμε, γιατί κάπου "κόλλησε". Για το δεύτερο, ναι, δεν πρέπει να επαφίεται στην καλή διάθεση του διευθυντή τους ή κάποιου καθηγητή ή του Συλλόγου Γονέων, αν καλέσουν κάποιον να ενημερώσει. Εξίσου επικίνδυνες είναι κάποιες ενημερώσεις που γίνονται από άτομα άσχετα. Για το τρίτο, από τους συνομηλίκους δέχονται πολύ πιο άνετα μία ενημέρωση. Τώρα από φορείς, δεν είμαι τόσο σύμφωνος, δηλαδή, δε θέλουμε να βγαίνουν οι φορείς ως "το υπο επίδειξιν."(γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων)

Στη δεύτερη κατηγορία -της σύγκρισης των διεθνών αρχών - οδηγιών με το μέτρο που εφαρμόζεται στην Ελλάδα και της πλήρωσής τους από αυτό- τα ακόλουθα σχόλια είναι ενδεικτικά[182] της άποψης των ερωτώμενων:

- "Η Αγωγή Υγείας δεν υπάρχει στο σχολικό πρόγραμμα στη χώρα μας. Από τη στιγμή που δεν υπάρχει η "Αγωγή Υγείας" σαν μάθημα στο πρόγραμμα, όπως όλα τα άλλα, από εκεί και πέρα, οποιαδήποτε ενημέρωση κάνει οποιοσδήποτε, και η προβολή του "Ballader" που είναι αίσχος,.... Από εκεί ξεκινάνε όλα τα προβλήματα της έλλειψης ενημέρωσης, της λανθασμένης πληροφόρησης που υπάρχει. Αυτά τα άτομα δε θα έχουν συνειδητή και σωστή σεξουαλική συμπεριφορά. Έτσι όπως εφαρμόζεται, δεν καλύπτει τις οδηγίες φυσικά." (νοσηλεύτρια, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων)
- "Όχι δεν τα καλύπτουν. Καταρχήν δε νομίζω ότι έγινε σε όλα τα σχολεία της χώρας. Με το να μπεί ένας καθηγητής και να μιλήσει 1-2 φορές, δε νομίζω ότι

[181] Ο ερωτώμενος αναφέρεται στην δράση Ιδιωτικού Συλλόγου του οποίου είναι μέλος.
[182] Για περισσότερα σχόλια που αφορούν αυτή την σύγκριση, βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

έχει γίνει εκπαίδευση, σωστή ενημέρωση. Το μέτρο έγινε πολύ αποσπασματικά. " (δημοσιογράφος)

Β. Η "ενημέρωση στα σχολεία" ήταν το πρώτο σε συχνότητα μέτρο που σχολιάστηκε αυθόρμητα από τους ερωτώμενους. Δεν ήταν όμως και το μοναδικό. Στον χώρο της ενημέρωσης ανήκει και το δεύτερο κατά σειρά μέτρο που προκάλεσε αυθόρμητα σχόλια. Συγκεκριμένα αφορά στη **συνεργασία με τα ΜΜΕ για τη δημιουργία:**

α) Τηλεοπτικών διαφημιστικών spots,

β) Ραδιοφωνικών spots,

γ) Ραδιοφωνικών αφιερωμάτων,

δ) Δια-ραδιοφωνικών προγραμμάτων.

Από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους **είκοσι ένας (21)** σχολίασαν αυθόρμητα αυτό το μέτρο. Τα σχόλια αφορούσαν και πάλι στον **τρόπο,** στο **βαθμό** αλλά και στη **συχνότητα** εφαρμογής του μέτρου. Για μία ακόμη φορά η εφαρμογή του μέτρου εκτιμήθηκε ως "ανεπαρκής", "αποσπασματική", "μονομερής" και "χωρίς συχνότητα". Επισημάνθηκε ακόμα η ανάγκη "τόνωσης", "εντατικοποίησης" και "διεύρυνσης" της εφαρμογής του μέτρου. Η επισήμανση αυτή γίνεται εμφανής στα σχόλια που ακολουθούν[183]:

- Για τα τηλεοπτικά διαφημιστικά spots : "Είναι διαφημιστικά προφυλακτικών. δε βασίζονται στην ενημέρωση για το AIDS, (δεν γίνονται) με αυτήν τη λογική. Είναι φτιαγμένα από διαφημιστικές εταιρείες. Από πότε διαφημιστικές εταιρείες μπορούν να κάνουν Αγωγή Υγείας;" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- Για τα ραδιοφωνικά spots: "Σπάνια γίνεται, γιατί ακούω ραδιόφωνο". Για τα ραδιοφωνικά αφιερώματα: "Μόνο μία ενημερωτική εκπομπή έχω ακούσει". Για δια-ραδιοφωνικά προγράμματα: "Αυτό το θυμούνται μόνο κάθε 1η Δεκέμβρη.[184] Είναι η βιτρίνα του καταστήματος, δυστυχώς." (οροθετικός)

Γ. Το τρίτο, σε συχνότητα, μέτρο που σχολιάστηκε αυθόρμητα από τους ερωτώμενους ήταν αυτό που αφορά στην **"κατάσχεση ή μη ανανέωση του βιβλιαρίου υγείας των επίσημα καταχωρημένων ιερόδουλων που βρίσκονται φορείς του ιού".** Από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους **δέκα οκτώ (18)**

[183] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

αναφέρθηκαν σε αυτό αυθόρμητα, ενώ **14 δε** γνώριζαν την ύπαρξη και εφαρμογή του. Τα σχόλια που προκάλεσε αυτό το μέτρο είναι πολλά και ποικίλα. Μικρή μερίδα -από τους ερωτώμενους που το σχολίασαν αυθόρμητα- το έκρινε **απαραίτητο**. Οι λόγοι που αναφέρθηκαν είναι οι ακόλουθοι:

- "Συμφωνώ, αν βρεθεί κάποια θετική,[185] γιατί και το προφυλακτικό δε μας δίνει 100% σιγουριά." (νοσηλεύτρια)
- "Δεν ξέρω πόσο αξιόπιστες μπορεί να είναι στο να χρησιμοποιούν πάντα προφυλακτικό, στο να προσέχουν οι ίδιες. Ή αν επειδή εκείνες κόλλησαν -μάλλον έτσι- τη νόσο, θα είναι εκδικητικές και θα λένε: 'Εγώ το κόλλησα, έτσι; Ε! γιατί να μην το κολλήσεις κι εσύ;' Ναι, να αποδεχτούμε αυτά τα άτομα. Κατά πόσο όμως είμαστε σίγουροι ότι εκείνα θα τηρήσουν αυτούς τους κανόνες, δηλ, να προστατεύουν τους άλλους και δε θα είναι εκδικητικά;" (νοσηλεύτρια)

Εντούτοις, η μεγαλύτερη μερίδα των ερωτώμενων διαφώνησε -στα αυθόρμητα σχόλιά της- με αυτή την πρακτική. Επεσήμανε ότι οι επίσημα καταχωρημένες ιερόδουλες είναι συνειδητοποιημένες και προφυλάσσονται. Τόνισε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εκδιδόμενων ατόμων είναι, έτσι κι αλλιώς, παράνομο και το μέτρο αυτό δεν το αγγίζει. Συμπλήρωσε ότι το μόνο σίγουρο αποτέλεσμα της κατάσχεσης του βιβλιαρίου αυτών των ατόμων, θα είναι το πέρασμά τους στη παρανομία, αν δε στηριχθούν και επανενταχθούν στην κοινωνία. Κατέληξε, αναφερόμενο στην αναποτελεσματικότητα αυτής της "αστυνομικής πρακτικής", καθώς και στην ανάγκη διαφορετικής προσέγγισης αυτών των ατόμων μέσω της **συστηματικής** και **εξειδικευμένης ενημέρωσής** τους. Κάποιοι από τους ερωτώμενους μάλιστα πρότειναν την ενημέρωση των πελατών ταυτόχρονα με αυτή των εκδιδόμενων ατόμων. Αυτές οι απόψεις παρουσιάστηκαν με σχόλια σαν τα παρακάτω[186]:

- "Ωραία. Τους κατασχέσαμε το βιβλιάριο, τις πήγαμε στην άκρη. Και από εκεί και πέρα τι κάναμε; Μείναμε εκεί. Κι αφήσαμε κάποιους ανθρώπους να ζήσουν με αυτό που τελοσπάντων έχουνε, χωρίς να μας νοιάζει τι θα κάνουν. Και πώς θα ζήσουνε; Σίγουρα θα κάνουν αυτό που κάνανε και χωρίς βιβλιάριο υγείας και θα συνεχίσουν να μεταδίδουν." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Οι ίδιες από μόνες τους είναι που χρησιμοποιούν πάντα προφυλακτικό. Αυτοί που δε θέλουν προφυλακτικό είναι πολλές φορές οι πελάτες. Στην Ολλανδία,

[184] Η 1η Δεκεμβρίου είναι η Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS.
[185] Αναφέρεται στο τέστ για αντισώματα του ιού HIV.
[186] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Ιταλία, Αγγλία, Γαλλία, τρέχουν προγράμματα που δεν εκπαιδεύουν μόνο τις ιερόδουλες και τα αφεντικά τους, αλλά προσεγγίζουν και τους πελάτες για να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους και τη στάση τους. Θα'πρεπε να έχει γίνει και εδώ κάτι τέτοιο." (ψυχολόγος, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων).

Ποικίλα αλλά και αντιφατικά ήταν τα σχόλια των ερωτώμενων, που δεν προέκυψαν αυθόρμητα, αλλά μετά από παρότρυνση του μελετητή, δεδομένου ότι αυτό ήταν το δεύτερο από τα δύο μέτρα που είχαν προεπιλεγεί για σύγκριση με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες. Συγκεκριμένα, παρουσιάστηκαν στους ερωτώμενους τα μέτρα που -σύμφωνα με τους διεθνείς οργανισμούς (Π.Ο.Υ., Ο.Η.Ε.)- **πρέπει να αποφεύγονται** στα πλαίσια της πρόληψης της εξάπλωσης του AIDS. Ένα από αυτά αφορά στην: **"Απόλυση ή δυσμενή αλλαγή των εργασιακών σχέσεων εργαζομένου εξ αιτίας της οροθετικότητάς του"**. Στη συνέχεια, τους ζητήθηκε να συγκρίνουν αυτό το μέτρο με εκείνο που εφαρμόζεται στη χώρα μας και αφορά στις ιερόδουλες, ως προς τη σύγκλιση ή απόκλισή τους.

Από το σύνολο των **πενήντα (50)** ερωτώμενων, **δέκα τρία (13)** άτομα εκτίμησαν ότι τα δύο μέτρα αποκλίνουν μεταξύ τους, **πέντε (5)** άτομα είπαν ότι συγκλίνουν, ενώ τα υπόλοιπα **τριάντα δύο (32)** απέφυγαν να δώσουν μία άμεση απάντηση. Παρατηρούμε ότι μεγάλη μερίδα των ερωτώμενων απέφυγε να απαντήσει άμεσα. Η αιτία για την αποφυγή άμεσης απάντησης σκιαγραφείται παρακάτω στη παρουσίαση των σχολίων τους και στις αντιφάσεις που αυτά περικλείουν. Εκεί διαφαίνεται το αδιέξοδο -λογικό και ηθικό- που αντιμετωπίζουν οι ερωτώμενοι όταν τους ζητάται αυτή η σύγκριση. Από τη μία μεριά υπάρχει εμφανής η επικινδυνότητα του συγκεκριμένου επαγγέλματος σε σχέση με τη μετάδοση της νόσου, ενώ από την άλλη, υπάρχει η σαφής αντίθεση μεταξύ μέτρου Πρόληψης και διεθνούς οδηγίας. Έτσι οι ερωτώμενοι διχάζονται, αμφιβάλλουν, διστάζουν να απαντήσουν ή και πέφτουν σε αντιφάσεις.

Σε λίγες περιπτώσεις μόνο, κατάφεραν οι ερωτώμενοι να ξεφύγουν από την επιλογή του ενός ή του άλλου μέτρου, τοποθετώντας το ζήτημα σε άλλη βάση. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ερωτώμενοι, εξετάζοντας το πρόβλημα από διαφορετική οπτική γωνία, προτείνουν μία σφαιρικότερη αντιμετώπιση συμπεριλαμβάνοντας παράγοντες που φαίνεται να έχουν αγνοηθεί στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή του

μέτρου. Μ' αυτό τον τρόπο δίνουν διέξοδο στο δίλημμα επιλογής ανάμεσα στο μέτρο και την οδηγία, παραθέτοντας ταυτόχρονα προτάσεις -όπως φάνηκε ήδη από τα αυθόρμητα σχόλια κάποιων από αυτούς- για έναν πληρέστερο τρόπο αντιμετώπισης αυτού του σημαντικού προβλήματος με τις μικρότερες δυνατές κοινωνικές συνέπειες.

Τα σχόλια λοιπόν, σε ένα μεγάλο βαθμό, έκριναν ότι το μέτρο **ορθά** εφαρμόζεται, διότι είναι **απαραίτητο.** Ήταν αρκετοί οι ερωτώμενοι που έκριναν ότι το μέτρο αυτό είναι "επιβεβλημένο, λόγω αντικειμενικών συνθηκών και κινδύνου μετάδοσης", διότι "πρόκειται για επάγγελμα που θέτει σε κίνδυνο άλλους" και ότι "δεν μπορούμε να συγκρίνουμε τα δύο, διότι αναφέρονται σε διαφορετικά πράγματα". Κατά βάση οι ερωτώμενοι αυτοί θεωρούν ότι το μέτρο αυτό "είναι αναγκαίο, δεν είναι κοινωνική αδικία" ή "αποκλίνει μεν, αλλά πρέπει γι αυτό μόνο το επάγγελμα να γίνει εξαίρεση στις οδηγίες". Δεν έλειψαν όμως -όπως ανέφερα παραπάνω- και τα σχόλια εκείνα που εξέτασαν αυτό το μέτρο από μία άλλη οπτική γωνία, αυτή της αποτελεσματικότητας του μέτρου και των κοινωνικών συνεπειών του. Κάποια από αυτά τα σχόλια δε προήλθαν από τα ίδια άτομα που υποστήριξαν την εφαρμογή του μέτρου, δημιουργώντας μία αντίφαση στα λεγόμενα και τις εκτιμήσεις τους. Τα περισσότερα όμως προήλθαν από ερωτώμενους που διαφώνησαν με την εφαρμογή του μέτρου αυτού.

Τα σχόλια αυτά επεσήμαναν πάλι -όπως και στις αυθόρμητες αναφορές των ερωτώμενων- το αδιέξοδο στο οποίο θα βρεθούν τα εκδιδόμενα άτομα, εάν τους κατασχεθεί το βιβλιάριο υγείας, με αποτέλεσμα να **"βγούν στη παρανομία".** Τόνισαν ξανά την **ανάγκη κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης** αυτών των ατόμων σε περίπτωση κατάσχεσης του βιβλιαρίου τους. Πρότειναν, για μία ακόμη φορά, τη **συστηματική και εξειδικευμένη ενημέρωση τόσο των εκδιδόμενων ατόμων όσο και των πελατών τους,** αντί της εφαρμογής τους μέτρου, εισάγοντας άλλοτε άμεσα κι άλλοτε έμμεσα το στοιχείο της προσωπικής ευθύνης του πελάτη. Η γενική εκτίμηση αυτών των ερωτώμενων -όπως διαφάνηκε από τα σχόλιά τους- βρίσκει το μέτρο **αναποτελεσματικό** στην ουσία του, με αρνητικές συνέπειες τόσο για τα άτομα πάνω στα οποία εφαρμόζεται όσο τελικά και για το συνολικό έργο της πρόληψης της εξάπλωσης του AIDS.

Ενδεικτικά σχόλια[187] που παρουσιάζουν με χαρακτηριστικό τρόπο τις διαφορετικές -και ενίοτε αντιφατικές- εκτιμήσεις των ερωτώμενων για το μέτρο και τη σύγκλιση ή απόκλισή του από τη διεθνή οδηγία είναι τα ακόλουθα:

Σχόλια υποστηρικτών του μέτρου

- "Δεν έχουν σχέση. Είναι μία ιδιαιτερότητα για τις ιερόδουλες. Βέβαια, αν υποθέσουμε ότι η ιερόδουλη χρησιμοποιεί προφυλακτικό, υποτίθεται ότι είναι καλυμμένη. δε μπορούμε όμως να τα βάλουμε όλα στο ίδιο επίπεδο. Υπάρχει κάποια διαφορά." (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Υπάρχει το θέμα του αν ασκείς επάγγελμα που μπορεί εύκολα να κολλήσεις κάποιον, τί γίνεται; (Εκτός γιατρών, διότι αυτό είναι μέσα στα πλαίσια παρέμβασης για το καλό του ανθρώπου). Η ιερόδουλος δεν είναι επάγγελμα καριέρας. Δεν είναι θέμα επιλογής αναγκαστικής -μπορείς να κάνεις και άλλο επάγγελμα και να μην είσαι ιερόδουλος. Άρα η ίδια από τη στιγμή που δηλώνεται ότι θα κάνει αυτό το επάγγελμα ... Είναι θέμα δημόσιας υγείας και είναι όπως ο έμπορος κρεάτων ή ο μάγειρας : πρέπει να κάνει παρασιτολογική κοπράνων μήπως μεταδίδει σαλμονέλα. Θεωρώ ότι στις ιερόδουλες πρέπει να γίνεται. Το ζητούν και οι ίδιες, για να αποδείξουν στην εκλεκτή πελατεία τους ότι έχουν τα εχέγγυα για να κάνουν τη δουλειά τους." (γιατρός)

Σχόλια διαφωνούντων:

- "Είναι ιδιάζουσα περίπτωση. Το κακό είναι ότι αυτές οι γυναίκες μένουν χωρίς δουλειά αμέσως και αυτό τις βγάζει ουσιαστικά στη παρανομία, γιατί δεν πρόκειται να σταματήσουν να την κάνουν αυτή τη δουλειά, πρέπει κάπως να ζήσουν. Άρα αυτό μπορεί να ισχύει μόνο αν μπορέσει να εξασφαλιστεί κάποιος τρόπος περίθαλψης και επιβίωσης. Γιατί έτσι ούτε το πρόβλημα της μετάδοσης λύνεις και δημιουργείς άλλο, διότι τις βγάζεις στη παρανομία. Όταν ισχύει αυτό, εμποδίζεις το συγκεκριμένο άτομο να πάει να κάνει την εξέταση, γιατί υπάρχει ο φόβος να βγεί θετική και φοβάται οτι θα χάσει τη δουλειά του. Και αυτό είναι ό,τι χειρότερο μπορεί να συμβεί." (γιατρός)
- "Η ευθύνη είναι αμοιβαία, της ιερόδουλης και του πελάτη. δε θα πρέπει να καλλιεργείται το πνεύμα εμπιστοσύνης ότι "αφού αυτή μου λέει ότι είναι εντάξει, αφού εξετάζεται, θα πρέπει εγώ να μην προσέχω". Όλα αυτά καλλιεργούν αυτό το

[187] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

πνεύμα, ότι εξετάζεται το άτομο και θα βρεθεί κάποια στιγμή τί έχει. Όλα αυτά αντί να καλλιεργήσουν την υπεύθυνη συμπεριφορά, ότι δηλαδή αναλαμβάνω εγώ στα χέρια μου τη φροντίδα μου, εναποθέτουν την ευθύνη στον άλλο που θα έχω ερωτική επαφή. (...) Ίσως η έμφαση θα'πρεπε να είναι στο να προστατεύσουμε την ιερόδουλη, όχι τον πελάτη. Εκείνος έχει την ευθύνη του και πρέπει να καλλιεργήσει μία υπεύθυνη συμπεριφορά." (ψυχολόγος, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων).

Δ. Το τέταρτο -σε συχνότητα έκφρασης αυθόρμητων σχολίων- μέτρο, επαναφέρει την προσοχή μας στο ζήτημα της ενημέρωσης, αυτή τη φορά όχι του γενικού πληθυσμού αλλά μίας κατηγορίας επαγγελματιών. Συγκεκριμένα αφορά στην ενημέρωση του **ιατρονοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού** και περιλαμβάνει την **πραγματοποίηση τριάντα πέντε (35) επιστημονικών εκδηλώσεων σε τρία χρόνια** από την Επιστημονική Επιτροπή Ιατρονοσηλευτικής Εκπαίδευσης, με κοινό περίπου 7.000 άτομα. Από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους, **δώδεκα (12)** σχολίασαν αυθόρμητα αυτό το μέτρο, επικεντρώνοντας για μία ακόμη φορά στον **τρόπο,** αλλά και στο **βαθμό** εφαρμογής του μέτρου. Τα περισσότερα από αυτά τα σχόλια έκριναν ως **ελλιπή** και **ανεπαρκή** την ενημέρωση αυτής της κατηγορίας επαγγελματιών και επεσήμαναν την ανάγκη τόνωσής της.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα σχόλια εκείνα που προέρχονται από μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού και εκφράζουν έντονη δυσαρέσκεια, ακριβώς διότι **δεν ενημερώνονται.** Είναι σημαντικό ότι αυτή ακριβώς η κατηγορία ατόμων καλείται να περιθάλψει τους οροθετικούς στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων ή/και έξω από αυτές. Αν θυμηθούμε, ότι αυτή η ίδια κατηγορία ατόμων είχε εκφράσει στο παρελθόν τις μεγαλύτερες αντιδράσεις λόγω φόβου και άγνοιας,[188] θα καταλάβουμε για ποιόν λόγο η εντατική και σωστή ενημέρωσή της είναι απαραίτητη.

Τα σχόλια που ενδεικτικά[189] σκιαγραφούν την εικόνα της αυθόρμητης εκτίμησης αυτού του μέτρου είναι τα ακόλουθα:

- "Δεν ξέρω ποιός θα ενημερώσει το νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν είναι επαρκής η ενημέρωση. Ο φόβος είναι φοβερός. Δεν αγγίζουν τίποτα. Εμένα, επειδή

[188] Οι αντιδράσεις αυτές περιλάμβαναν άρνηση περίθαλψης ή/και νοσηλείας οροθετικών ατόμων, ατομικά αλλά και συλλογικά σε κάποια νοσοκομεία, όπως συνέβη στο Θεραπευτήριο Ι.Κ.Α. τον πρώτο καιρό της εμφάνισης της νόσου στη Ελλάδα.

[189] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

κυκλοφορώ συνήθως με ποτηράκια που περιέχουν αιμοληψίες, με βλέπουν όλοι περίεργα. Μου λένε: 'Μην το αφήσεις εδώ, μη εκεί, πάλι μας έφερες αίματα, δε θέλουμε άλλα αίματα'. Αυτά βέβαια, από το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου, όχι αυτό της Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων." (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων)

- "Μόνες μας ενημερωνόμαστε -ό,τι θα πούμε μεταξύ μας- και όταν γίνει κανένα σεμινάριο πληρώνουμε για να πάμε να ακούσουμε πέντε πράγματα. Έρχονται πολλές φορές καινούργιες νοσηλεύτριες και δεν έχουν ιδέα. Ούτε αυτές έχουν εκπαιδευτεί, τις παίρνουν και τις πετάνε στα βαθιά, θες δε θες θα κολυμπήσεις. Ποιός ενημερώνει ποιόν; Πάς εκεί, σιγά-σιγά σου φεύγει ο φόβος, σιγά-σιγά μαθαίνεις να δουλεύεις με τους ανθρώπους αυτούς και μετά να τους αγαπάς κιόλας, γιατί, αν δεν τους αγαπήσεις, δε μπορείς να είσαι μαζί τους. Δεν έχει γίνει ποτέ κάποια ενημέρωση, τουλάχιστον στο νοσοκομείο μας. δε ξέρω για άλλα νοσοκομεία. Αλλά το ίδιο έγινε φέτος, το ίδιο θα γίνει και του χρόνου." (νοσηλεύτρια σε Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων)

Ε. Το επόμενο κατά σειρά μέτρο, που σχολιάστηκε αυθόρμητα από τους ερωτώμενους, στοχεύει στη πρόληψη της μετάδοσης του AIDS **στους χώρους περίθαλψης και νοσηλείας** των οροθετικών ατόμων. Υπ' αυτή την έννοια θα μπορούσε κάλλιστα να έχει ενταχθεί και στην κατηγορία των **ιατρικών μέτρων**. Προτιμήθηκε όμως η ενσωμάτωσή του στα **μέτρα συμπεριφοράς,** διότι ο άμεσος στόχος του είναι η αλλαγή συμπεριφοράς και πρακτικής από μέρους του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Και εδώ έχουμε αναφορά σε ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αν και η σχέση του με το αμέσως προηγούμενο μέτρο είναι μόνο έμμεση. Το μέτρο αυτό περιλαμβάνει **την άμεση ενημέρωση του προσωπικού των νοσοκομείων, όταν τεθεί υποψία νοσηλείας υπόπτου κρούσματος AIDS** (για να ληφθούν τα αναγκαία μέτρα πρόληψης).

Από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους **εννέα (9)** αναφέρθηκαν αυθόρμητα σε αυτό το μέτρο σχολιάζοντάς το. Δεδομένου ότι αριθμός αυτός είναι μικρός σε σχέση με το σύνολο των ερωτώμενων, η από μέρους του μελετητή αναφορά στο μέτρο αυτό ίσως φανεί άσκοπη, λόγω ελλιπούς τεκμηρίωσης. Εντούτοις η σπουδαιότητα αυτού του μέτρου είναι μεγάλη και θα φανεί στη συνέχεια αυτού του κειμένου, στα πλαίσια των ενοτήτων της αξιολόγησης της Πολιτικής Θεραπείας και του στιγματισμού των οροθετικών ατόμων. Συνοπτικά αναφέρω ότι, όπως προέκυψε από τις συνεντεύξεις,

σε πολλές περιπτώσεις η άκριτη εφαρμογή αυτού του μέτρου είχε σαν αποτέλεσμα τις έντονες αντιδράσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα οροθετικά άτομα, το συνακόλουθο στιγματισμό και απομόνωση των οροθετικών ατόμων μέσα στα πλαίσια των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, καθώς και τη σοβαρή ψυχολογική επιβάρυνση των ατόμων αυτών σαν απόρροια των παραπάνω. Γι' αυτό το λόγο κρίθηκε σκόπιμο να συμπεριληφθεί ο σχολιασμός των ατόμων που αναφέρθηκαν αυθόρμητα σε αυτό.

Στις αναφορές της αυτή η μικρή μερίδα των ερωτώμενων εντοπίζει τα προβληματικά αποτελέσματα της άκριτης εφαρμογής αυτού του μέτρου. Επίσης προτείνει, αντί αυτού, "τη λήψη όλων των απαραίτητων προληπτικών μέτρων για όλους τους ασθενείς χωρίς διακρίσεις". Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η πρόληψη της μετάδοσης του AIDS στους χώρους περίθαλψης και νοσηλείας των οροθετικών ατόμων, χωρίς τα δυσάρεστα αποτελέσματα του στιγματισμού αυτών των ατόμων. Η εκτίμηση και οι προτάσεις αυτής της μερίδας των ερωτώμενων φαίνονται καθαρά στα ακόλουθα ενδεικτικά σχόλια[190]:

- "Όχι άμεση ενημέρωση για 'ύποπτα' κρούσματα, αλλά να λαμβάνονται όλα τα μέτρα για όλους, σαν να είναι δυνητικά μολυσμένοι, όχι μόνο για το AIDS αλλά και για άλλα νοσήματα, που μεταδίδονται με ανάλογο τρόπο, όπως είναι για παράδειγμα η Ηπατίτιδα. Αν ενημερώνεται όλο το προσωπικό για 'ύποπτα' κρούσματα -ανεξαρτήτως Μονάδας-, έχουμε κατάλυση του ιατρικού απορρήτου." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Σε πολλές περιπτώσεις περιστατικού νοσηλείας ασθενούς με AIDS, που δεν είναι μάλιστα από την αρχή γνωστό, χτυπάνε όλα τα καμπανάκια, ανάβουν παντού κόκκινα φωτάκια, μπαίνουν παντού κόκκινες ταμπελίτσες. Κυριολεκτώ. Αυτό όμως πρέπει να αρθεί σαν κατάσταση, γιατί είναι απαράδεκτη, γιατί δημιουργεί πολλαπλά προβλήματα χωρίς να υπάρχει λόγος και γιατί βεβαίως παραβιάζει τα ανθρώπινα δικαιώματα, όπως είναι αυτό της νοσηλείας που το έχει κάθε ασθενής και φυσικά και ο ασθενής του AIDS." (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)

ΣΤ. Το τελευταίο μέτρο, στο οποίο θα ήθελα σε αυτό το σημείο να αναφερθώ, αφορά στη **Πανευρωπαϊκή Θερινή Καμπάνια Ενημέρωσης** και περιλαμβάνει:

[190] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Α) Έκδοση φυλλαδίου "Passport" και διανομή του.

Β) Στήσιμο ιπτάμενου γιγάντιου προφυλακτικού σε Αθήνα - Θεσσαλονίκη.

Γ) Αγορά Κινητής Μονάδας Ενημέρωσης, η οποία επισκέπτεται τουριστικές περιοχές

Δ) Ζωγραφική "ιπτάμενου προφυλακτικού" σε λεωφορεία της Αθήνας.

Ο αυθόρμητος σχολιασμός περιορίζεται και στη περίπτωση αυτού του μέτρου σε μία μικρή μερίδα ερωτώμενων. Συγκεκριμένα από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους **οκτώ (8)** άτομα αναφέρθηκαν αυθόρμητα σε αυτό. Η σπουδαιότητα αυτού του μέτρου όμως -μέσα στα πλαίσια της Πολιτικής Πρόληψης- είναι μεγάλη, διότι είναι ίσως το μόνο μέτρο, του οποίου κάποιες δραστηριότητες επαναλαμβάνονται οργανωμένα και συστηματικά κάθε χρόνο. Αυτές οι δραστηριότητες αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, επειδή στοχεύουν στο γενικό πληθυσμό, πραγματοποιούνται στην Ελληνική επαρχία -με έμφαση στις τουριστικές περιοχές- και σε χρονική περίοδο που αποδεδειγμένα ευνοεί τη μετάδοση της νόσου, δηλαδή το καλοκαίρι.[191] Πρόκειται λοιπόν για δραστηριότητες με -δυνητικά- σημαντικό ρόλο στη Πολιτική Πρόληψης. Γι αυτό -στα πλαίσια της αξιολόγησης της Πολιτικής Πρόληψης- κρίθηκε σκόπιμη η παρουσίαση αυτού του μέτρου και της εκτίμησής του, μέσω των αυθόρμητων σχολίων που προκάλεσε -έστω και σε μικρή μερίδα ερωτώμενων.

Οι ενότητες **(Β)**[192] και **(Δ)**[193] του μέτρου αυτού αποτελούν δράσεις που πραγματοποιήθηκαν μία φορά, αλλά δεν επαναλήφθηκαν. Προκάλεσαν δε αρνητικά σχόλια από τους ερωτώμενους. Συγκεκριμένα χαρακτηρίστηκαν από κάποιους ως "ενοχλητικές", "κακόγουστες", "χυδαίες" και "απωθητικές", ενώ άλλοι ισχυρίστηκαν ότι "το πήρε ο κόσμος περισσότερο σαν καλαμπούρι και τίποτε άλλο". Αντίθετα οι ενότητες **(Α)**[194] και **(Γ)**[195] αποτελούν δράσεις συστηματοποιημένες που οργανώνονται και επαναλαμβάνονται κάθε χρόνο από το ΚΕΕΛ, στα πλαίσια της Θερινής Καμπάνιας Ενημέρωσης.

Η καμπάνια αυτή[196] περιλαμβάνει το μοίρασμα φυλλαδίων και προφυλακτικών, το στήσιμο του ιπτάμενου γιγάντιου προφυλακτικού στην οροφή της Αυτοκίνητης Μονάδας καθώς και κάποιες ενημερωτικές ομιλίες ή/και ραδιοφωνικές,

---

[191] Λόγω συνθηκών και αυξημένων πιθανοτήτων για ευκαιριακές ερωτικές σχέσεις.
[192] Στήσιμο ιπτάμενου γιγάντιου προφυλακτικού σε Αθήνα - Θεσσαλονίκη.
[193] Ζωγραφική "ιπτάμενου προφυλακτικού" σε λεωφορεία της Αθήνας.
[194] Έκδοση φυλλαδίου "Passport" και διανομή του.
[195] Αγορά Κινητής Μονάδας Ενημέρωσης η οποία επισκέπτεται τουριστικές περιοχές.

τηλεοπτικές συνεντεύξεις του/της γιατρού, που ακολουθεί τη Μονάδα, εάν και εφόσον ενδιαφερθεί ο κατά τόπους δήμαρχος[197]. Η Μονάδα στήνεται σε χώρους τουριστικούς (πλατείες, παραλιακούς δρόμους με κέντρα, χώρους συναυλιών κλπ), και τα ενημερωτικά έντυπα -συμπεριλαμβανομένου του φυλλαδίου "Passport"- με τα προφυλακτικά μοιράζονται στους περαστικούς ή στους θαμώνες των κέντρων.

Τα σχόλια των ερωτώμενων για τη Θερινή Καμπάνια Ενημέρωσης αφορούν στον **τρόπο** και στη **συχνότητα** πραγματοποίησής της, όπως επίσης και στα **αποτέλεσματά** της. Η Καμπάνια πραγματοποιείται μία φορά το χρόνο, καλύπτει διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές κάθε χρόνο ενώ σε πολλά από τα μέρη που επισκέπτεται, λόγω αντιδράσεων των τοπικών Παραγόντων, περιορίζεται στη διανομή των εντύπων και των προφυλακτικών.[198] Συνεπώς αυτή η προσπάθεια, με τα όποια θετικά αποτελέσματα, αγγίζει μόνον επιφανειακά και περιστασιακά το πρόβλημα της έλλειψης ενημέρωσης στην επαρχία της χώρας, χωρίς ασφαλώς να το λύνει. Έτσι τα αποτελέσματα εκτιμώνται ως περιορισμένα ή/και αμφίβολα, λόγω συχνότητας αλλά και βάθους ενημέρωσης. Η ίδια η γιατρός, που ακολουθεί κάθε χρόνο τη Θερινή Καμπάνια Ενημέρωσης εξάλλου, σχολίασε αυτό το μέτρο λέγοντας χαρακτηριστικά: "Δεν γίνεται ενημέρωση, γίνεται υπενθύμιση του προβλήματος του AIDS. Η προσπάθεια έχει σα στόχο την κινητοποίηση των τοπικών Φορέων για να συνεχίζουν το χειμώνα, αλλά λίγοι το κάνουν".

Άλλο ένα σχόλιο ερωτώμενου γιατρού, που επίσης εκφράζει την επιφυλακτικότητά του για τα αποτελέσματα της Θερινής Καμπάνιας Ενημέρωσης, είναι και το παρακάτω[199]:

- "Δεν πιστεύω στη χρησιμότητα των Κινητών Μονάδων. Η πρόληψη είναι κομμάτι της Αγωγής Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και πρέπει να παρέχεται από τους ανθρώπους που ζούν σε μία συγκεκριμένη κοινωνία και γεωγραφικό χώρο. Η χρησιμότητα της Κινητής Μονάδας βρίσκεται στη χρήση μίας ακριβής τεχνολογίας ή κάποιων εξειδικευμένων γνώσεων που δε μπορείς να

[196] Έλαβα μέρος στην Θερινή Καμπάνια Ενημέρωσης το 1996. Συγκεκριμένα από τις 30.7.96 εως τις 4.8.96 βρισκόμουν μαζί με την αυτοκίνητη μονάδα του Κ.Ε.Ε.Λ. στις πόλεις: Λουτράκι, Κόρινθο, Κιάτο και Ξυλόκαστρο. Τα στοιχεία που αναφέρονται εδώ είναι από την προσωπική μου εμπειρία.
[197] Κατάσταση δυστυχώς όχι πολύ συχνή.
[198] Τέτοια περίπτωση ήταν -στη δική μου εμπειρία- το Λουτράκι, όπου ο δήμαρχος αφού καθυστέρησε σημαντικά στο ραντεβού που μας είχε δώσει, όταν ήρθε αρνήθηκε να μας δώσει ρεύμα για να στήσουμε το γιγάντιο προφυλακτικό, που έχει σαν στόχο να τραβήξει την προσοχή του κόσμου. Έτσι περιοριστήκαμε στο να αφήνουμε ένα αριθμό εντύπων σε κάθε ένα από τα παραλιακά μαγαζιά, με την ελπίδα ότι κάποιοι από τους πελάτες θα τα δούν και θα πάρουν για να ενημερωθούν. (Δεν μας άφηναν ούτε καν να τα μοιράζουμε εμείς στους πελάτες).
[199] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

έχεις παντού. Η πρόληψη του AIDS πρέπει να εντάσσεται στη γενικότερη πρωτογενή πρόληψη νοσημάτων και στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Για τις τουριστικές περιοχές το καλύτερο θα ήταν να γινόταν κάτι σε σχέση με τον πληθυσμό που είναι εκεί και όχι με τους τουρίστες και σε συνεργασία με άλλες χώρες."

Τα συμπεράσματα, που προκύπτουν από την παρουσίαση του σχολιασμού -αυθόρμητου ή παρακινούμενου- από τους ερωτώμενους κάποιων από τα **μέτρα συμπεριφοράς,** είναι πολλά και ενδιαφέροντα. Συμπίπτουν δε, σε μεγάλο βαθμό, με τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την αξιολόγηση των **ιατρικών μέτρων.** Αρχικά λοιπόν εντοπίζουμε την ύπαρξη **ασυμβατότητας μεταξύ θεωρίας και πράξης** στα πλαίσια των **μέτρων συμπεριφοράς** που εφαρμόζονται στην Ελλάδα. Τα σχόλια, που προέκυψαν αυθόρμητα από τους ερωτώμενους για τέσσερα από τα μέτρα, που παρουσιάστηκαν παραπάνω, πρώτο,[200] δεύτερο,[201] τέταρτο[202] και έκτο[203] κατά σειρά παρουσίασης, δείχνουν καθαρά πως τα όσα προβλέπονται -θεωρητικά- σαν δράσεις για τα μέτρα αυτά δεν εφαρμόζονται ούτε στο βαθμό ούτε με τον τρόπο που θα ήταν αναμενόμενο. Αντίθετα -σύμφωνα πάντα με τις εκτιμήσεις των ερωτώμενων- τα μέτρα αυτά εφαρμόζονται "αποσπασματικά", "επιφανειακά", "χαλαρά" και "χωρίς συχνότητα". Για το λόγο αυτό εκτιμώνται ως **ελλιπή** και **ανεπαρκή**. Αν σε αυτές τις εκτιμήσεις προσθέσουμε και την **άγνοια** που εμφανίστηκε από τη μεριά των ερωτώμενων για την ύπαρξη και εφαρμογή κάποιων από αυτά τα μέτρα -που στη περίπτωση του τρίτου κατά σειρά παρουσίασης μέτρου[204] ήταν αρκετά αυξημένη-, καταλήγουμε στο συμπέρασμα της **ελλιπούς διάδοσης, προώθησης και εφαρμογής των μέτρων συμπεριφοράς**. Σα συνέπεια ακολουθεί και το συμπέρασμα της **αμφίβολης αποτελεσματικότητας** των μέτρων αυτών, που εκφράστηκε από τους ερωτώμενους, ιδιαίτερα έντονα, στα σχόλια τριών από τα μέτρα που παρουσιάστηκαν, του πρώτου,[205] τρίτου[206] και έκτου[207] κατά σειρά

[200] Ενημέρωση στα σχολεία (γυμνάσια-λύκεια)
[201] Συνεργασία με τα ΜΜΕ για την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού.
[202] Ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού που περιλαμβάνει την πραγματοποίηση 35 επιστημονικών εκδηλώσεων.
[203] Πανευρωπαϊκή Θερινή Καμπάνια Ενημέρωσης
[204] Κατάσχεση ή μη ανανέωση του βιβλιαρίου υγείας των επίσημα καταχωρημένων ιερόδουλων που βρίσκονται φορείς του ιού.
[205] Ενημέρωση στα σχολεία (γυμνάσια-λύκεια).
[206] Κατάσχεση ή μη ανανέωση του βιβλιαρίου υγείας των επίσημα καταχωρημένων ιερόδουλων που βρίσκονται φορείς του ιού.
[207] Πανευρωπαϊκή Θερινή Καμπάνια Ενημέρωσης.

παρουσίασης. Σχολιάζοντας αυτά τα μέτρα οι ερωτώμενοι τα έκριναν -άλλοτε άμεσα κι άλλοτε έμμεσα- ως "αναποτελεσματικά" σχετικά με το στόχο τους ή ακόμα και με "επικίνδυνα" γι' αυτόν αποτελέσματα[208]. Μπορεί οι εκτιμήσεις αυτές να αφορούν περιορισμένο αριθμό από τα μέτρα συμπεριφοράς. Πρόκειται όμως για μέτρα σημαντικά στο χώρο της Πολιτικής Πρόληψης, η αποτελεσματικότητα των οποίων επηρεάζει τη συνολική προσπάθεια της πρόληψης της εξάπλωσης του AIDS. Γι' αυτό το λόγο η εκτίμηση του τρόπου εφαρμογής αλλά και της αποτελεσματικότητάς τους είναι πρωταρχικής σημασίας στη διαδικασία αξιολόγησης της Πολιτικής Πρόληψης.

Πρωταρχικής σημασίας στη διαδικασία αξιολόγησης της Πολιτικής Πρόληψης είναι και η σύγκριση των **μέτρων συμπεριφοράς** που εφαρμόζονται στη χώρα μας με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες. Η σύγκριση αυτή οδήγησε και σ' αυτήν την περίπτωση -όπως είχε γίνει και με τα **ιατρικά μέτρα**- στον εντοπισμό της **ασυμβατότητας των μέτρων αυτών με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες.** Τα σχόλια των ερωτώμενων δεν αφήνουν καμμία αμφιβολία για την ύπαρξη αυτής της ασυμβατότητας. Η απόκλιση από τις διεθνείς αρχές και οδηγίες επιβεβαιώνεται άμεσα και φανερά από την πλειονότητα των ερωτώμενων στο πρώτο[209] -κατά σειρά παρουσίασης- μέτρο. Επιβεβαιώνεται όμως και στη περίπτωση του τρίτου[210] μέτρου, που τα σχόλια -στη πλειονότητά τους- ήταν έμμεσα και όχι άμεσα. Εδώ, όπως είδαμε παραπάνω, η πλειονότητα των ερωτώμενων απέφυγε να δώσει άμεση απάντηση. Εντούτοις η διαπίστωση της απόκλισης του μέτρου από τις διεθνείς αρχές και οδηγίες εκφράστηκε καθαρά, σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και από υποστηρικτές του.

Με τον ίδιο τρόπο -δηλαδή ως επί το πλείστον έμμεσα αλλά καθαρά- εκφράστηκε από τους ερωτώμενους και η διαπίστωση της ύπαρξης των **τάσεων στιγματισμού** που ενυπάρχουν σε αυτό το μέτρο. Είναι τάσεις που εμφανίζονται σαν ανάγκη άσκησης **κοινωνικού ελέγχου και κριτικής** σε μιά κατηγορία πληθυσμού που θεωρείται "επικίνδυνη" για τη μετάδοση της νόσου. Σα να επρόκειτο να λυθεί το πρόβλημα της μετάδοσης της νόσου μέσα από τον έλεγχο και τον υποχρεωτικό αποκλεισμό από τη νόμιμη εργασία των οροθετικών ατόμων που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία πληθυσμού. Πράγμα που, όπως οι ίδιοι οι ερωτώμενοι τόνισαν, όμως δε συμβαίνει. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής αυτού του μέτρου αντίθετα είναι η

[208] Περίπτωση εκδιδόμενων ατόμων που τους κατάσχεται το βιβλιάριο υγείας και "βγαίνουν στην παρανομία".
[209] Ενημέρωση στα σχολεία (γυμνάσια-λύκεια).
[210] Κατάσχεση ή μη ανανέωση του βιβλιαρίου υγείας των επίσημα καταχωρημένων ιερόδουλων που βρίσκονται φορείς του ιού.

απομόνωση και περιθωριοποίηση των ατόμων αυτών, αλλά και η "είσοδός" τους στη παράνομη εργασία, με δυσάρεστες και επικίνδυνες συνέπειες για τα ίδια τα άτομα καθώς και για το συνολικό έργο της Πρόληψης. Το σίγουρο είναι οτι τα άτομα αυτά λειτουργούν ως "εξιλαστήρια θύματα" πάνω στα οποία αφενός μεν εκτονώνεται η αυστηρότητα των **μέτρων συμπεριφοράς,** στα πλαίσια της Πολιτικής Πρόληψης, αφετέρου δε εκφράζονται οι **τάσεις στιγματισμού τους.**

Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με μερίδα των ίδιων των ερωτώμενων. **Τάσεις στιγματισμού ενυπάρχουν και σ' αυτούς** και αποκαλύπτονται μέσα από τα σχόλιά τους. Ιδιαίτερα εμφανής γίνονται αυτές οι τάσεις στα σχόλια των ερωτώμενων που υπεραμύνονται της εφαρμογής του μέτρου, που αφορά στα εκδιδόμενα άτομα.[211] Στη προσπάθειά τους να δικαιώσουν την από μέρους τους υποστήριξη της εφαρμογής του μέτρου, πέφτουν σε μία σειρά αντιφάσεων στα λεγόμενά τους. Είναι αυτές ακριβώς οι αντιφάσεις που αποκαλύπτουν και τις τάσεις στιγματισμού τους .

Έτσι -για παράδειγμα- γίνεται λόγος για την υψηλή επικινδυνότητα του επαγγέλματος των ιερόδουλων στη μετάδοση της νόσου, σαν παράγοντα που, σύμφωνα με ερωτώμενο, δικαιώνει τον αποκλεισμό τους από την εργασία σε περίπτωση οροθετικότητας. Ταυτόχρονα ο ίδιος ερωτώμενος, που ασκεί το επάγγελμα του γιατρού, συμπληρώνει ότι το ιατρικό επάγγελμα[212] εξαιρείται από τον "κανόνα", που ο ίδιος μόλις έθεσε, διότι οι γιατροί λειτουργούν "μέσα στα πλαίσια παρέμβασης για το καλό του ανθρώπου"! Και συνεχίζει σε μία προσπάθεια συγκάλυψης των αντιφάσεων λέγοντας ότι: "η ιερόδουλος δεν είναι επάγγελμα καριέρας. Δεν είναι θέμα επιλογής αναγκαστικής, μπορείς να κάνεις και άλλο επάγγελμα και να μην είσαι ιερόδουλος. Άρα η ίδια από τη στιγμή που δηλώνεται ότι θα κάνει αυτό το επάγγελμα ...".

Είναι προφανές βέβαια, ότι το επάγγελμα του γιατρού δεν είναι περισσότερο "θέμα αναγκαστικής επιλογής", όπως χαρακτηριστικά τέθηκε από το συγκεκριμένο ερωτώμενο, από ό,τι είναι το επάγγελμα της ιερόδουλης. Είναι εξίσου προφανές, αν και σίγουρα δεν έγινε αντιληπτό από τον ίδιο τον ερωτώμενο, ότι με τα λεγόμενά του διαφοροποίησε και διαχώρισε "αξιακά" τα δύο επαγγέλματα, των γιατρών και των ιερόδουλων. Αναφέρθηκε στην επικινδυνότητα του επαγγέλματος των ιερόδουλων, δείχνοντας οτι είναι ορθό να αναλαμβάνουν τα άτομα αυτά τις ευθύνες τους για την

---

[211] Κατάσχεση ή μη ανανέωση του βιβλιαρίου υγείας των επίσημα καταχωρημένων ιερόδουλων που βρίσκονται φορείς του ιού.

επιλογή του επαγγέλματός τους και να δέχονται τις αρνητικές συνέπειες που προέρχονται από αυτό. Εντούτοις διαφοροποίησε αυτή του τη θέση στη περίπτωση του επαγγέλματος των γιατρών, με βάση την "αξιακά ανώτερη" λειτουργία τους! Με αυτό τον τρόπο βάζει τις ιερόδουλες -χωρίς φυσικά να το αντιλαμβάνεται- στη θέση των "εξιλαστήριων θυμάτων" που οφείλουν να **ελεγχθούν** από την κοινωνία και να "πληρώσουν" για τις επιλογές τους αλλά κατ' αποκλειστικότητα.

Κάτι αντίστοιχο εκφράζεται και μέσα από την επιχειρηματολογία των υπόλοιπων ερωτώμενων που υποστηρίζουν την εφαρμογή του μέτρου αυτού. Η "κριτική" διαφοροποίηση του επαγγέλματος των ιερόδουλων από όλα τα υπόλοιπα είναι χαρακτηριστική και επαναλαμβανόμενη στα σχόλιά τους. Ακόμη και όταν οι ίδιοι παραδέχονται ότι η εφαρμογή του μέτρου αντιφάσκει με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες, η θέση τους απέναντι στο μέτρο είναι υποστηρικτική για τη συγκεκριμένη κατηγορία εργαζομένων. Έτσι φαίνεται ακόμη καθαρότερα η λειτουργία των εκδιδόμενων ατόμων ως "εξιλαστήριων θυμάτων" πάνω στα οποία εκτονώνονται οι τάσεις στιγματισμού των ερωτώμενων. Χαρακτηριστικό σχόλιο είναι τα ακόλουθο: "Αυτά αντιφάσκουν αλλά πρέπει να γίνει εξαίρεση μόνο γι αυτό το συγκεκριμένο επάγγελμα -όχι για άλλα- γιατί είναι ο μόνος πιο σίγουρος τρόπος μετάδοσης. Δηλαδή η οδηγία είναι σωστή αλλά με την εξαίρεση των ιερόδουλων. Πρέπει να είναι η μόνη εξαίρεση." (νοσηλεύτρια). Ή όπως άλλος ερωτώμενος αναφέρει: "Το επάγγελμα της ιερόδουλης είναι τελείως ξεχωριστό και ιδιόμορφο επάγγελμα, το οποίο δε μπορεί από τη φύση του να υπόκειται στους περιορισμούς αυτής της οδηγίας, ακριβώς γιατί εγκυμονεί κινδύνους. Μιλάμε για κατ'εξοχήν Ομάδα Υψηλού Κινδύνου." Ενώ στη συνέχεια ο ίδιος ερωτώμενος αναιρεί τα λεγόμενά του περι επικινδυνότητας συμπληρώνοντας: "Αν και από αρχής της νόσου οι ιερόδουλες είχαν το χαμηλότερο ποσοστό μόλυνσης."

[212] Επάγγελμα επίσης με υψηλή "επικινδυνότητα" στην μετάδοση της νόσου.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση των επιμέρους σχολίων των ερωτώμενων για τα μέτρα πρόληψης, που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, η εικόνα μίας πρώτης, ενδεικτικής αξιολόγησης της Πολιτικής Πρόληψης ξεκαθαρίζει. Τα συμπεράσματα που προκύπτουν -χωρίς να διεκδικούν αξία γενικεύσεων ή απόλυτων εκτιμήσεων- αποτελούν σοβαρή ένδειξη σε μία τέτοια πρώτη προσπάθεια αξιολόγησης. Πρόκειται για συμπεράσματα που στηρίζονται στις απόψεις και στις εκτιμήσεις ανθρώπων, που αφενός γνωρίζουν από πρώτο χέρι τα προβλήματα που δημιουργούνται λόγω του AIDS, αφετέρου ενδιαφέρονται και ασχολούνται με την επίλυσή τους και γενικότερα με την πρόληψη της περαιτέρω εξάπλωσης της νόσου.

Στο κεφάλαιο αυτό, μέχρι τώρα, παρουσιάστηκαν αναλυτικά τόσο οι στόχοι όσο και η διαδικασία διερεύνησής τους. Παρουσιάστηκαν τα μέτρα που αξιολογήθηκαν από τους ερωτώμενους, όπως επίσης και οι ενδείξεις και τα συμπεράσματα που προέκυψαν από αυτή τη διαδικασία. Ο σκοπός της παρούσας ενότητας είναι να περιγράψει συνοπτικά και συγκεντρωμένα τα σημαντικότερα από όλα αυτά τα ευρύματα και συμπεράσματα -αναφορικά με τα μέτρα που λαμβάνονται στη χώρα μας στα πλαίσια της Πολιτικής Πρόληψης για το AIDS- συσχετίζοντάς τα έστω και στοιχειωδώς με τους αρχικούς στόχους της διερεύνησης. Για την πραματοποίηση αυτού του σκοπού συμπεριλαμβάνεται μία -επίσης συνοπτική- υπενθύμιση των στόχων αυτών. Δεδομένης της πληθώρας και ποικιλίας των επιμέρους συμπερασμάτων, η συγκέντρωση και επισήμανση -για μία ακόμη φορά- των σημαντικότερων από αυτά θεωρήθηκε σκόπιμη, στα πλαίσια της διαδικασίας αξιολόγησης της Πολιτικής Πρόληψης.

Συνοψίζοντας τους άμεσους, επιμέρους στόχους διερεύνησης, που παρουσιάστηκαν αναλυτικά μέχρι τώρα, είδαμε ότι η αξιολόγηση της Πολιτικής Πρόληψης επιχειρήθηκε ως προς:

- την επάρκεια, την ορθότητα και την αποτελεσματικότητα των επιμέρους μέτρων που εφαρμόζονται στα πλαίσια αυτής της πολιτικής,
- ων τάσεων στιγματισμού που ενυπάρχουν σε αυτά τα μέτρα.

Ο απώτερος σκοπός αυτού του εγχειρήματος δε ήταν να αποκαλυφθεί στο μέτρο του δυνατού η 'κοινωνική φυση' του AIDS μέσα από:

- Τη σκιαγράφηση της πρόσληψης της νόσου μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας αλλά και της κοινωνικής, ηθικής και πολιτισμικής φόρτισης αυτής της πρόσληψης.
- Την επισήμανση άσκησης ή προσπάθειας άσκησης κάποιας μορφής επίδρασης της Ελληνικής κοινωνίας στη πορεία και εξέλιξη του AIDS.
- Τον εντοπισμό της επίδρασης της νόσου στην Ελληνική κοινωνία.

Το πρώτο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση αφορούσε στην καταγραφή τόσο των μέτρων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, όσο και των διεθνών αρχών και οδηγιών που αναφέρονται σε αυτό το κομμάτι της Πολιτικής για το AIDS. Οι εκτιμήσεις που προέκυψαν από αυτό το πρώτο βήμα της καταγραφής, εντόπισαν κάποιες σημαντικές ελλείψεις. Η πρώτη, σοβαρή έλλειψη, που εντοπίστηκε στη Πολιτική Πρόληψης, αφορά -όπως είδαμε- στο **είδος** των μέτρων που η Πολιτική αυτή περιλαμβάνει. Συγκεκριμένα αφορά στην ιδιαίτερη έμφαση, που έχει δοθεί στο πρώτο από τα τρία επίπεδα, στα οποία μπορεί να είναι δυνατή η πρόληψη **-ιατρικό, συμπεριφορών** και **δομικό-** και στην αδυναμία που εμφανίζεται στα άλλα δύο επίπεδα.

Η πρώτη αυτή εκτίμηση επιβεβαιώθηκε στη συνέχεια από την παρουσίαση κάποιων από τα μέτρα Πρόληψης καθώς και από τα σχόλια των ερωτώμενων γι αυτά. Μέσα από αυτή τη διαδικασία φάνηκε καθαρά **η έλλειψη ύπαρξης και εφαρμογής δομικών μέτρων** και ο περιορισμός της πρόληψης της εξάπλωσης της νόσου σε ιατρικά μέτρα και επιφανειακά μέτρα συμπεριφορών. Όσον αφορά στα ιατρικά μέτρα,[213] ο σχολιασμός τους από τους ερωτώμενους δείχνει -σε αρκετές περιπτώσεις- ότι τα μέτρα αυτά είναι υπερβολικά και έχουν μικρή χρησιμότητα, ενώ ενέχουν ένα διπλό κίνδυνο:

α) του εφησυχασμού του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με συνέπεια τη μειωμένη χρήση προστατευτικών μέτρων σε περιπτώσεις αρνητικού αποτελέσματος,

β) του στιγματισμού των οροθετικών ατόμων με καταστροφικές για τα άτομα συνέπειες.[214]

Αντίστοιχα, αναφορικά με τα μέτρα συμπεριφοράς, η συνεχής και επαναλαμβανόμενη αναφορά της πλειονότητας των ερωτώμενων στην ανάγκη

[213] Τα οποία στην πλειονότητά τους αφορούν προληπτικούς ελέγχους για αντισώματα HIV.

[214] Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις του ελέγχου χωρίς την γνώση του ασθενούς και της άκριτης ενημέρωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Τέτοιες περιπτώσεις θα παρουσιαστούν παρακάτω.

περισσότερης, βαθύτερης και **ουσιαστικότερης ενημέρωσης**[215], τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και επιμέρους κατηγοριών του, τονίζει τον **επιφανειακό τους χαρακτήρα**. Τα επιμέρους σχόλια των ερωτώμενων για τα μέτρα αυτά έρχονται να επιβεβαιώσουν και να τονίσουν ακόμη περισσότερο αυτή την εκτίμηση, προσθέτοντάς τους και τους χαρακτηρισμούς **ελλιπή** και **ανεπαρκή**.

Επιπρόσθετα, μέσα από τα σχόλια αυτά, διαφαίνεται καθαρά και κάτι ακόμα που αναφέρθηκε στην αρχή αυτού του κεφαλαίου: ακόμη και τα μέτρα συμπεριφορών, που θα μπορούσαν να είναι δομικά, έχοντας μακροχρόνια αποτελέσματα, περιορίζονται σε **βραχυπρόθεσμες** και **επιφανειακές δράσεις** με **αμφίβολα αποτελέσματα**. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό του μέτρου για τα εκδιδόμενα άτομα.

Ο χώρος της πρόληψης, αναφορικά με τα εκδιδόμενα άτομα, ενδείκνυται για το σχεδιασμό και την εφαρμογή **δομικών** μέτρων, δηλ. μέτρων που έχουν σαν μακροχρόνιο στόχο την αλλαγή κάποιων κοινωνικών συνθηκών, που ευνοούν τη μετάδοση της νόσου. Όπως τονίστηκε από αρκετούς ερωτώμενους, η εφαρμογή τέτοιων μέτρων καταστολής δε μπορεί να έχει αυτά τα αποτελέσματα. Μπορεί μόνο να οδηγήσει τα εκδιδόμενα άτομα στη παρανομία, απομονώνοντάς τα και απομακρύνοντάς τα έτσι από τις υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας. Το αρνητικό αποτέλεσμα είναι διπλό: τα άτομα αυτά περιθωριοποιούνται, ενώ ταυτόχρονα δυσχεραίνει το ουσιαστικό έργο της πρόληψης της εξάπλωσης της νόσου. Αντίθετα οι προτάσεις που έγιναν από κάποιους ερωτώμενους - όπως τις είδαμε αναλυτικά παραπάνω- αφορούν στην εφαρμογή **δομικών** μέτρων με μακροχρόνια μεν αλλά ουσιαστικότερα αποτελέσματα και με τις μικρότερες δυνατές κοινωνικές συνέπειες τόσο για τα εκδιδόμενα άτομα όσο και για το σύνολο της κοινωνίας.

Το **είδος** των μέτρων, που εφαρμόζονται στη Πολιτική Πρόληψης όμως, είναι μόνον ο ένας παράγοντας που λαμβάνεται υπόψη στη διαδικασία αξιολόγησής της. Δύο άλλοι εξίσου σημαντικοί παράγοντες είναι **ο βαθμός** και **ο τρόπος εφαρμογής** αυτών των μέτρων. Η γενική εκτίμηση των ερωτώμενων για τα μέτρα Πρόληψης που εφαρμόζονται στη χώρα μας, ήταν το πρώτο βήμα στην αξιολόγηση αυτών των παραγόντων. Πριν ακόμα όμως εκφραστεί αυτή η εκτίμηση, εντοπίστηκε ένας σημαντικά **μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων** που δήλωσαν **άγνοια** για κάποια απ' αυτά

[215] Ανάγκη που τονίζεται και από θεωρητικούς μελετητές. Βλέπε 'Φιλαλήθης Τ, Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις του AIDS στην Πολιτική Υγείας' εις: Κυριόπουλος, Κορνάρου, Παπαρίζος, 1993, σελ.69-76.

τα μέτρα. Το γεγονός αυτό από μόνο του μας έδωσε την ένδειξη της **ελλιπούς διάδοσης, προώθησης και εφαρμογής** αυτών των μέτρων. Όταν στη συνέχεια ακολούθησαν οι γενικές εκτιμήσεις των ερωτώμενων, η ένδειξη αυτή ισχυροποιήθηκε. Τα μέτρα κρίθηκαν ως **"σωστά"** αλλά και ως **"ελλιπή"** και **"ανεπαρκή"**, ενώ παρατηρήθηκε μεγάλος δισταγμός, όσον αφορά στην εκτίμηση της **αποτελεσματικότητάς** τους.

Εντούτοις τα ουσιαστικά συμπεράσματα, σχετικά με την αξιολόγηση των μέτρων Πρόληψης, προέκυψαν σε συνδυασμό με τα επιμέρους σχόλια των ερωτώμενων γι αυτά τα μέτρα, καθώς και για το βαθμό και τον τρόπο εφαρμογής τους. Είναι από τις απόψεις και τις εκτιμήσεις -άμεσες ή έμμεσες- που εκφράζονται μέσα σε αυτά τα σχόλια, που σκιαγραφείται και αξιολογείται η Πολιτική Πρόληψης, αναφορικά με την επάρκεια, ορθότητα και αποτελεσματικότητά της, αλλά και με τις τάσεις στιγματισμού που ενυπάρχουν στα μέτρα που περιλαμβάνει.

Η εικόνα που σχηματίστηκε για την πολιτική Πρόληψης, σε συνδυασμό με τα επιμέρους σχόλια των ερωτώμενων -αυθόρμητα ή παρακινούμενα- αποκαλύπτει πολλά κενά. Καταρχήν επιβεβαιώνεται η **ελλιπής διάδοση, προώθηση και εφαρμογή** των μέτρων που αποτελούν την πολιτική Πρόληψης **-ιατρικών** και **συμπεριφοράς**. Συνακόλουθα βέβαια επιβεβαιώνεται και η **ασυμβατότητα μεταξύ θεωρίας και πράξης** σε αρκετές περιπτώσεις τέτοιων μέτρων. Ασυμβατότητα που εντοπίστηκε και επικρίθηκε -όπως είδαμε πιο πάνω- από τους ίδιους τους ερωτώμενους.

Στη συνέχεια επισημαίνεται -αρχικά στο στάδιο της καταγραφής και μετά στις συνεντεύξεις από τους ερωτώμενους- η **ασυμβατότητα κάποιων απ' αυτά τα μέτρα με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες,** ενώ εντοπίζεται και η ύπαρξη **τάσεων στιγματισμού σε αυτά τα μέτρα**, συνέπεια της παραπάνω ασυμβατότητας. Τέλος αποκαλύπτονται ενδείξεις για την ύπαρξη και την άσκηση **ιατρικής εξουσίας πάνω στον ασθενή,** καθώς επίσης και για την ύπαρξη **τάσεων στιγματισμού** και σε **μερίδα των ίδιων των ερωτώμενων.**

Μέσα από όλα τα παραπάνω -που αφορούν στο είδος των μέτρων που εφαρμόζονται στα πλαίσια της Πολιτικής Πρόληψης του AIDS, όπως και στο βαθμό και τον τρόπο εφαρμογής τους- διαφαίνεται πληθώρα ελλείψεων και αδυναμιών. Ελλείψεων και αδυναμιών που ξεκινούν από το σχεδιασμό της πολιτικής αυτής και φτάνουν μέχρι την εφαρμογή των μέτρων που περιλαμβάνει και φυσικά τα αποτελέσματά της. Αν λάβουμε υπόψη μας και το γεγονός, ότι το φαινόμενο AIDS

ήταν γνωστό στην Ελλάδα πολύ πριν εμφανιστούν τα πρώτα κρούσματα στη χώρα,[216] οι ελλείψεις και οι αδυναμίες αυτές φαντάζουν μεγαλύτερες και αδικαιολόγητες.

Προσφέρουν όμως κάποιες σημαντικές ενδείξεις σχετικά με την 'κοινωνική φύση' του AIDS στην Ελλάδα:

- Η πρόσληψη της νόσου από την Ελληνική κοινωνία αντικατοπτρίζεται στον γενικότερο προσανατολισμό της απέναντι σε αυτήν και την καταπολέμησή της. Έτσι φαίνεται ως επιφανειακή και αποσπασματική, καθώς με αντίστοιχο τρόπο εκφράζεται η σημαντικότερη προσπάθεια αντιμετώπισής της, που είναι η Πολιτική Πρόληψης. Το φαινόμενο του AIDS εμφανίζεται να γίνεται αντιληπτό ως ατομικό πρόβλημα και όχι ως συλλογικό - κοινωνικό, αφού η βασικότερη μορφή αντιμετώπισής του είναι η ιατρική, ενώ η ύπαρξη και εφαρμογή μέτρων με μακροχρόνια, ουσιαστικά, συλλογικά αποτελέσματα[217] είναι ελλιπής, μεμονωμένη και προβληματική[218]. Επιπρόσθετα η φόρτιση αυτής της πρόσληψης διαφαίνεται να είναι αρνητική, αφού αυτή η ίδια η εφαρμογή της επίσημης Πολιτικής Πρόληψης συνεπάγεται συχνά την έκφραση στιγματισμού προς τα οροθετικά άτομα ή και αυτούς που θεωρούνται ότι ανήκουν στις 'ομάδες υψηλού κινδύνου'. Με αυτό τον τρόπο εκφράζεται η επίρριψη ευθύνης στα άτομα αυτά για την κατάσταση στην οποία βρέθηκαν και μία διάθεση 'τιμωρίας' της κοινωνίας απέναντί τους.
- Η θετική επίδραση της Ελληνικής κοινωνίας στη πορεία και εξέλιξη της νόσου προκύπτει ως στοιχειώδης, αφού λειτουργεί, στο μεγαλύτερο μέρος της, με μέτρα μεμονωμένα και αποσπασματικά που στοχεύουν σε βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα. Η δυνατότητα βελτίωσης αυτής της επίδρασης δεν είναι ανύπαρκτη, αλλά προϋποθέτει αλλαγές στο σχεδιασμό της Πολιτικής Πρόληψης και των μέτρων που αυτή περιλαμβάνει. Αντίθετα, στο βαθμό που η Ελληνική κοινωνία επιδρά στη νόσο, αυτή η επίδραση κινδυνεύει να είναι αρνητική, λόγω των τάσεων στιγματισμού που εκφράζει απέναντι στα άτομα ή και τις ομάδες. Ο στιγματισμός αυτός έχει σαφείς αρνητικές, ψυχολογικές επιδράσεις πάνω στα άτομα στρέφοντάς τα -με μεγάλη πιθανότητα- ενάντια στην κοινωνία που τα

---

[216] D. Agrafiotis, E. Ioannidi, P.Mandi, (1999), *HIV Prevention in Europe: A Review of Policy and Practice.The Greek Case.*Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Department of Sociology, Research Monograph No 19, Sociology of Health and Illness, σ:1

[217] Μέτρα συμπεριφορών και δομικά.

[218] Με μοναδικές εξαιρέσεις ίσως τις διάφορες μορφές οικονομικής στήριξης των οροθετικών ατόμων που αναφέρονται αναλυτικά στην επόμενη ενότητα της Πολτικής Θεραπείας.

στιγματίζει, απομακρύνοντάς τα από την όποια διάθεση συνεργασίας μαζί της για τον περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου.

- Η επίδραση της νόσου στην Ελληνική κοινωνία προκύπτει ως υπαρκτή -αν και έμμεση- και με αρνητική χροιά και πάλι λόγω του στιγματισμού που εκφράζεται απέναντι στα άτομα ή και τις ομάδες. Η έκφραση των τάσεων στιγματισμού υποδηλώνει την αρνητική επίδραση της νόσου στις ανθρώπινες αξίες, στον τρόπο αντιμετώπισης των άλλων ανθρώπων και συνακόλουθα στις ανθρώπινες σχέσεις. Αν και σε αυτό το στάδιο η επίδραση αυτή προέκυψε σαν έμμεσο αποτέλεσμα της άσκησης της Πολιτικής Πρόληψης, γίνεται καθαρότερη και επιβεβαιώνεται στα επόμενα στάδια.

Όπως διαπιστώνουμε, οι ενδείξεις, που προκύπτουν για την πολιτική Πρόληψης που εφαρμόζεται στη χώρα μας είναι κάθε άλλο παρά ιδανικές. Εντούτοις δεν αναιρούν τα όποια θετικά αποτελέσματα αυτής της Πολιτικής ούτε εμποδίζουν μία μελλοντική περισσότερο επιτυχημένη πορεία της. Σε αυτό το σημείο βέβαια πρέπει και πάλι να υπενθυμιστεί ο καθαρά ενδεικτικός -και όχι απόλυτος- χαρακτήρας της αξιολόγησης της Πολιτικής Πρόληψης που επιχειρήθηκε σε αυτό το κεφάλαιο. Οι ενδείξεις και τα συμπεράσματα, που προέκυψαν από αυτή την προσπάθεια αξιολόγησης, δε μπορούν παρα να υπόκεινται στους περιορισμούς της έρευνας μίας διδακτορικής διατριβής. Οι δυνατότητες στα πλαίσια μίας τέτοιας έρευνας είναι μειωμένες. Για το λόγο αυτό δε μπορούμε να μιλάμε για απόλυτα ή/και γενικά συμπεράσματα. Μπορούμε μόνο να αναφερόμαστε σε ενδείξεις και στην αξία χρήσης που αυτές έχουν. Η διαπίστωση αυτή ισχύει φυσικά και για την αξιολόγηση της Πολιτικής Θεραπείας που ακολουθεί στο επόμενο κεφάλαιο.

Β. ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η αξιολόγηση της Πολιτικής για το AIDS ξεκίνησε -όπως είδαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο- από τα μέτρα που αφορούν στη Πολιτική Πρόληψης. Τα μέτρα αυτά εξετάσθηκαν τόσο ως προς την ορθότητα, επάρκεια και αποτελεσματικότητά τους, όσο και ως προς τις τάσεις στιγματισμού που κάποια από αυτά εμπεριέχουν, με ιδιαίτερη έμφαση στους πρώτους τρείς παράγοντες.

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μία πρώτη προσπάθεια αξιολόγησης της Πολιτικής Θεραπείας. Για την επίτευξη αυτής της αξιολόγησης θα εξετασθούν και πάλι τα επιμέρους μέτρα, που περιλαμβάνονται στα πλαίσια αυτής της Πολιτικής. Και εδώ το αρχικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην εκτίμηση της ορθότητας, επάρκειας και αποτελεσματικότητας των μέτρων που υπάρχουν και εφαρμόζονται. Η ιδιαίτερη έμφαση όμως θα δοθεί στην ανίχνευση των τάσεων στιγματισμού που μπορεί να εμπεριέχονται σε αυτά τα μέτρα.

Η ανάγκη ύπαρξης αυτής της ιδιαίτερης έμφασης προκύπτει από την άμεση σύνδεση της αξιολόγησης της διαδικασίας της θεραπείας των οροθετικών ατόμων, με τις όποιες τάσεις στιγματισμού μπορεί να εμπεριέχονται σε αυτήν. Μιάς σύνδεσης ενδεχομένως όχι τόσο άμεσης, αν υπήρχε αποτελεσματική θεραπεία που να οδηγεί αποδεδειγμένα στην ίαση από τη νόσο. Σε αυτή την περίπτωση τα δεδομένα ίσως να ήταν διαφορετικά και ο στιγματισμός των οροθετικών ατόμων να ήταν δευτερεύουσας σημασίας ή ακόμη και να είχε εξαλειφθεί.[219]

Η έλλειψη ωστόσο μίας τέτοιας δυνατότητας περιορίζει το στόχο της Πολιτικής Θεραπείας στη παράταση της ζωής των οροθετικών ατόμων με όσον το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής και λιγότερα σωματικά ή και κοινωνικά προβλήματα. Κάτι που δε μπορεί να πραγματοποιηθεί αποτελεσματικά, εάν τα άτομα αυτά στιγματίζονται. Ιδιαίτερα δε αν αυτός ο στιγματισμός λαμβάνει χώρα κατά τη διαδικασία θεραπείας τους. Για το λόγο αυτό η ανίχνευση τέτοιων τάσεων θα αποτελέσει πολύ σημαντικό παράγοντα στη προσπάθεια αξιολόγησης της Πολιτικής Θεραπείας.

[219] Όπως έχει συμβεί με νόσους του παρελθόντος από την στιγμή που επιτεύχθηκε η ίασή τους (π.χ. φυματίωση, σύφιλη κλπ)

Το πρώτο στάδιο αξιολόγησης της Πολιτικής Θεραπείας ήταν και πάλι αυτό της καταγραφής των επιμέρους μέτρων της, καθώς και των αντίστοιχων διεθνών αρχών και οδηγιών. Σε αυτό το στάδιο επίσης επιλέγησαν κάποια από αυτά τα μέτρα, για να παρουσιαστούν στους ερωτώμενους και να συγκριθούν με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες.

Στη πρώτη εικόνα, που σχηματίζεται σε αυτό το στάδιο, παρατηρούμε την ύπαρξη πληθώρας μέτρων που αφορούν στην αντιμετώπιση των οροθετικών ατόμων μέσα στα πλαίσια της περίθαλψης και νοσηλείας τους. Παρατηρούμε ακόμη την ύπαρξη μέτρων, που αφορούν στην αντιμετώπιση των κοινωνικών περισσότερο, παρά των σωματικών προβλημάτων των ατόμων αυτών. Επιπρόσθετα παρατηρούμε ότι τα μέτρα αυτά -στη πλειονότητά τους- δε φαίνονται να παρεκκλίνουν από τις διεθνείς αρχές και οδηγίες. Εντούτοις οι εκτιμήσεις των ερωτώμενων γι αυτά τα μέτρα -όπως προέκυψαν στο επόμενο στάδιο των συνεντεύξεων- φανερώνουν κενά και αδυναμίες. Το πρόβλημα εντοπίζεται και εδώ -όπως συνέβη και στη περίπτωση της Πολιτικής Πρόληψης- στον **βαθμό** και στον **τρόπο εφαρμογής** των μέτρων αυτών.

ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Έχει ήδη αναφερθεί, στο προηγούμενο κεφάλαιο, ότι η ύπαρξη κάποιων μέτρων από μόνη της δεν αρκεί για να προκύψουν κάποια αποτελέσματα. Σημαντικό ρόλο παίζουν επίσης η διάδοση, η προώθηση και η εφαρμογή αυτών των μέτρων. Οι ελλείψεις ή τα κενά, που μπορεί να υπάρχουν σε αυτούς τους τομείς, θα εμφανίζονται αναπόφευκτα και στα αποτελέσματα της πολιτικής που θα περιλαμβάνει αυτά τα μέτρα. Για να είναι δυνατή η -έστω και ενδεικτική- αξιολόγηση της Πολιτικής Θεραπείας, είναι απαραίτητη η αξιολόγηση του βαθμού και του τρόπου εφαρμογής των μέτρων που περιλαμβάνει. Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι απαραίτητη η διερεύνηση:

1. της γνώσης των μέτρων αυτών από τους ερωτώμενους,
2. της γενικής εκτίμησης των ερωτώμενων για τα μέτρα στο σύνολό τους,
3. των επιμέρους κρίσεων που εξέφρασαν και σχολίων που έκαναν για κάποια από αυτά, είτε με δική τους πρωτοβουλία ή μετά από παρότρυνση του μελετητή.

ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥΣ

Η γνώση των μέτρων που υπάρχουν και εφαρμόζονται στα πλαίσια της ολιτικής Θεραπείας αποδείχθηκε ελλιπής. Συγκεκριμένα, από τα **πενήντα (50)** τομα, που ερωτήθηκαν, μόνον τα **δέκα τέσσερα (14)** είχαν **πλήρη γνώση** των έτρων αυτών, ενώ τα υπόλοιπα **τριάντα έξι (36)** είχαν **μερική γνώση** αυτών. Το γεγονός αυτό από μόνο του δημιουργεί πολλά ερωτηματικά σχετικά με τον τρόπο και το βαθμό εφαρμογής των μέτρων θεραπείας. Επιπρόσθετα και σα φυσικό επακόλουθο, φανερώνει την πρώτη σημαντική έλλειψη στη Πολιτική Θεραπείας και δημιουργεί τις πρώτες αμφιβολίες σχετικά με την αποτελεσματικότητά της.

Με δεδομένο ότι όλοι οι ερωτώμενοι ασχολούνται συστηματικά ή και επαγγελματικά με το AIDS και τους οροθετικούς, η από μέρους τους άγνοια αυτών των μέτρων φαντάζει αδικαιολόγητη. Κατά πρώτο λόγο, διότι η επιτέλεση του έργου τους[220] -όσον αφορά στους επαγγελματίες και στους εθελοντές- ή η διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους[221] -όσον αφορά στους οροθετικούς- δυσχεραίνεται σημαντικά λόγω αυτής της άγνοιας. Κατά δεύτερο λόγο, διότι το επιχείρημα της ελλιπούς ενασχόλησής τους με αυτόν το χώρο δεν ευσταθεί σαν αιτία γι' αυτήν την άγνοια. Αντίθετα, η άγνοια των μέτρων από την πλευρά των ερωτώμενων είναι πιθανότερο να οφείλεται:

1. στην ελλιπή ή και ανύπαρκτη διάδοση και προώθηση αυτών των μέτρων στους χώρους που ασχολούνται με την αντιμετώπιση του AIDS,
2. στην απουσία εφαρμογής των μέτρων που αφορούν ειδικά σε αυτούς τους χώρους ή -στην καλύτερη περίπτωση- στη περιστασιακή εφαρμογή τους στους χώρους αυτούς,
3. στην ελλιπή ή και ανύπαρκτη διάδοση, προώθηση και εφαρμογή αυτών των μέτρων σε οροθετικά άτομα εκτός αυτών των χώρων.

Όπως αναφέρθηκε λίγο παραπάνω, ο στόχος της διαδικασίας θεραπείας των οροθετικών ατόμων είναι περιορισμένος, λόγω αδυναμίας ίασης της νόσου. Παραμένει ωστόσο εξίσου σημαντικός, αφού μέσα απ' αυτή τη διαδικασία επιδιώκεται η διατήρηση της ποιότητας της ζωής των οροθετικών ατόμων σε υψηλά

[220] Δηλαδή η αποτελεσματική αντιμετώπιση των σωματικών ή και κοινωνικών προβλημάτων των οροθετικών ατόμων με σκοπό την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής γι αυτούς.
[221] Σχετικά με τα όσα προβλέπονται στα πλαίσια αυτών των μέτρων γι αυτούς και την καλυτέρευση της ποιότητας της ζωής τους.

επίπεδα. Πώς όμως θα μπορέσουν οι ίδιοι οι οροθετικοί να βοηθηθούν στη διατήρηση της ποιότητας ζωής τους σε υψηλό επίπεδο, αν δε γνωρίζουν τι να αναζητήσουν και τι να διεκδικήσουν προς αυτή την κατεύθυνση; Και πώς αντίστοιχα θα είναι σε θέση οι επαγγελματίες ή οι εθελοντές να βοηθήσουν τα οροθετικά άτομα προς αυτή την κατεύθυνση, αν και οι ίδιοι δεν είναι γνώστες των μέτρων που υπάρχουν και εφαρμόζονται γι αυτόν ακριβώς το λόγο;

Η απάντηση είναι πως μάλλον δε μπορούν. Η άγνοιά τους τους περιορίζει συχνά στην αντιμετώπιση μόνο των σωματικών προβλημάτων των οροθετικών ατόμων, πολλές φορές "αυτοσχεδιάζοντας" κιόλας[222] για να το πετύχουν και αυτό. Τους αφαιρεί ταυτόχρονα και τη δυνατότητα ενεργούς δράσης για τη βελτίωση της Πολιτικής Θεραπείας, αφού δε μπορούν να έχουν ολοκληρωμένη εικόνα αυτής. Και βέβαια το ερώτημα που προκύπτει και εδώ, όπως και στη Πολιτική Πρόληψης, είναι: Αν αυτοί οι ειδικοί -επαγγελματίες ή και εθελοντές- δεν έχουν αυτή τη δυνατότητα παρέμβασης στον σχεδιασμό της Πολιτικής Θεραπείας, τότε ποιός έχει;

Ο αριθμός των ατόμων, που δήλωσαν άγνοια για κάποιο ή κάποια από τα μέτρα θεραπείας, είναι ιδιαίτερα αυξημένος και επιβεβαιώνει τα όσα μόλις αναφέρθηκαν. Δεν εξαιρείται δε καμία κατηγορία ερωτώμενων από αυτή την κατάσταση ελλιπούς γνώσης. Συγκεκριμένα, από τους **δέκα τρεις (13) γιατρούς** που ερωτήθηκαν οι **πέντε (5)** δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** από τα μέτρα που υπάρχουν και εφαρμόζονται. Όσον αφορά στο **νοσηλευτικό προσωπικό** τα νούμερα είναι πολύ χειρότερα: από τα **δώδεκα (12)** άτομα που ερωτήθηκαν τα **έντεκα (11)** δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** από τα μέτρα θεραπείας. Αντίστοιχα από τους **επτά (7) επιστήμονες** που λόγω ειδικότητας έρχονται σε άμεση επαφή με οροθετικά άτομα ή και μέλη των οικογενειών τους, οι **τρεις (3)** δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** από αυτά τα μέτρα. Επίσης, από τους **πέντε (5) Εκπροσώπους Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας** που ερωτήθηκαν οι **τέσσερις (4)** δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** από τα μέτρα θεραπείας. Στους **Εκπροσώπους Ιδιωτικών Σωματείων και Συλλόγων Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων** οι **δύο (2)** από τους **τέσσερις (4)** που ερωτήθηκαν δε γνώριζαν τουλάχιστον **ένα** από τα μέτρα που υπάρχουν.

Τη χειρότερη εικόνα γνώσης των μέτρων όμως παρουσίασαν οι κατηγορίες των **δημοσιογράφων και των οροθετικών ατόμων**. Στη πρώτη περίπτωση, από τα **τέσσερα (4)** άτομα που ερωτήθηκαν και τα **τέσσερα (4)** δήλωσαν άγνοια για κάποιο

[222]Όπως χαρακτηριστικά ειπώθηκε από διάφορους ερωτώμενους.

ή κάποια από τα μέτρα που υπάρχουν. Η ίδια κατάσταση επικρατεί και στους **οροθετικούς**, όπου από τους **έξι (6)** ερωτώμενους και οι **έξι (6)** δήλωσαν άγνοια για **ένα** τουλάχιστον από αυτά τα μέτρα.

Βλέπουμε ότι -παρόλο που πλήρης γνώση των μέτρων θεραπείας δεν υπάρχει σε καμία κατηγορία ερωτώμενων- σε κάποιες από αυτές τις κατηγορίες η γνώση αυτών των μέτρων μοιάζει σημαντικά μικρότερη από ό,τι στις υπόλοιπες. Αυτές οι κατηγορίες -με τη μικρότερη γνώση ή τη μεγαλύτερη άγνοια- είναι οι **δημοσιογράφοι,** οι **Εκπρόσωποι Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας,** τα **οροθετικά άτομα** και το **νοσηλευτικό προσωπικό.** Και αν η άγνοια αυτή -παρόλες τις αρνητικές της συνέπειες- μπορεί να εξηγηθεί για την κατηγορία των δημοσιογράφων, δεν ισχύει το ίδιο για τους οροθετικούς, τους Εκπροσώπους Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, ούτε όμως και για το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι τρείς αυτές κατηγορίες ερωτώμενων έρχονται σε καθημερινή επαφή με τα μέτρα που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση του AIDS καθώς και με τους χώρους στους οποίους εφαρμόζονται. Θα ήταν λοιπόν αναμενόμενο να γνωρίζουν καλά αυτά τα μέτρα. Εντούτοις είναι αυτές οι τρείς κατηγορίες που μοιάζουν να τα γνωρίζουν λιγότερο απ' όλες τις υπόλοιπες.

Αυτό το γεγονός οδηγεί στον εντοπισμό δύο σημείων με ιδιαίτερη σημασία:

- Η άγνοια που παρατηρείται δεν μπορεί να αποδοθεί στα ίδια τα άτομα που ανήκουν σε αυτές τις τρείς κατηγορίες ερωτώμενων. Συνακόλουθα -και για όλους τους λόγους που αναφέρθηκαν στο παραπάνω κεφάλαιο για κάθε μία από τις κατηγορίες ερωτώμενων ξεχωριστά- δε μπορεί να αποδοθεί στα ίδια τα άτομα σε καμία απο τις υπόλοιπες κατηγορίες. Συνεπώς είναι πιθανότατα αποτέλεσμα της ελλιπούς διάδοσης, προώθησης και εφαρμογής των μέτρων θεραπείας μέσα αλλά και έξω από τους χώρους αντιμετώπισης του AIDS.
- Η άγνοια των μέτρων θεραπείας ιδιαίτερα από αυτές τις τρείς κατηγορίες ερωτώμενων μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες για την επίτευξη του στόχου της Πολιτικής Θεραπείας. Πρόκειται για τρείς ομάδες άμεσα εμπλεκόμενες στη διαδικασία αντιμετώπισης του AIDS και ενδιαφερόμενες για την επίτευξη αυτού του στόχου. Από τη μία μεριά είναι: 1) το νοσηλευτικό προσωπικό -τα άτομα που ουσιαστικά φροντίζουν και περιθάλπουν τους οροθετικούς, όταν προκύψει κάποιο πρόβλημα υγείας - που λαμβάνει ενεργό μέρος στην εφαρμογή της πλειονότητας αυτών των μέτρων, και 2) οι Εκπρόσωποι

Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας -άτομα που ασχολούνται με τη λύση τόσο κάποιων σωματικών όσο και των κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων των οροθετικών ατόμων- που επίσης λαμβάνουν ενεργό μέρος στην εφαρμογή των μέτρων που υπάρχουν προκειμένου να επιτελέσουν το έργο τους. Από την άλλη μεριά είναι οι οροθετικοί -τα άτομα με κάποιο ή κάποια σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα λόγω AIDS- οι αποδέκτες δηλαδή της φροντίδας των δύο παραπάνω ομάδων, μέσα στα πλαίσια εφαρμογής των μέτρων. Είναι εμφανές ότι η γνώση των μέτρων θεραπείας είναι απαραίτητη και στις τρείς αυτές κατηγορίες. Στις δύο μεν πρώτες για την ορθή και ολοκληρωμένη εκτέλεση του καθήκοντός τους,[223] στη δε τρίτη για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν στα μέλη της λόγω της οροθετικότητάς τους[224]. Είναι εύκολη λοιπόν η κατανόηση των δυσκολιών που θα δημιουργούνται από την έλλειψη της γνώσης των μέτρων αυτών. Επίσης είναι εύλογη και η αμφισβήτηση που δημιουργείται σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των μέτρων, δεδομένης της άγνοιας που παρατηρήθηκε και των δυσκολιών που αυτή συνεπάγεται ως προς την επίτευξη του στόχου τους.

Τα συμπεράσματα όμως που προκύπτουν σχετικά με τα αίτια της ελλιπούς γνώσης των μέτρων θεραπείας αλλά και την αποτελεσματικότητά τους, κινδυνεύουν να χαρακτηριστούν θεωρητικά και ανεπαρκώς τεκμηριωμένα. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη και ακολουθεί η παρουσίαση της εκτίμησης των ίδιων των ερωτώμενων για τα μέτρα αυτά.

2.1. ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΜΕΤΡΑ

Την αναφορά των ερωτώμενων στη γνώση τους πάνω στα μέτρα θεραπείας, ακολούθησε η γενική εκτίμησή τους για τα μέτρα αυτά. Στο σύνολό τους τα μέτρα αξιολογήθηκαν ως **«σωστά»**, αλλά και ως **«ανεπαρκή»** και **«ελλιπή»**. Η αξιολόγηση αυτή προέκυψε από ερώτηση που τέθηκε στους ερωτώμενους σχετικά με τη γενική

[223] Συμπεριλαμβανομένου του πολύ σημαντικού ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση και των ψυχολογικών προβλημάτων αυτών των ατόμων, που επίσης προϋποθέτει την καλή γνώση των μέτρων θεραπείας.

[224] Συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν λόγω οροθετικότητας και των οποίων η εύρεση λύσης προϋποθέτει την -από μέρους τους- καλή γνώση των υπαρχόντων μέτρων.

εκτίμηση τους και το κατά πόσο βρίσκουν τα μέτρα αυτά σωστά, επαρκή, ελλιπή, αποτελεσματικά. Οι απαντήσεις των **πενήντα (50)** ερωτηθέντων έχουν ως εξής:

- **Τριάντα (30)** αξιολόγησαν τα μέτρα ως **σωστά,** ενώ είκοσι δύο 22 από αυτούς συμπλήρωσαν την απάντησή τους με παρατηρήσεις όπως: "ναι, αν εφαρμοζόντουσαν", "σε γενικές γραμμές", "ναι, στη θεωρία", "καλό θα ήταν να γινόντουσαν αλλά δε γίνονται" κλπ., **τρεις (3)** απάντησαν **όχι** και **δέκα επτά (17)** απέφυγαν να απαντήσουν για το αν τα θεωρούν σωστά.
- **Δέκα (10)** αξιολόγησαν τα μέτρα ως **ελλιπή,** οκτώ (8) από τους οποίους αναφέρθηκαν σε κάποια που χρειάζονται βελτίωση, **ένας (1)** απάντησε ότι **δεν** είναι ελλιπή και **τριάντα εννέα (39)** απέφυγαν να απαντήσουν.
- **Έξι (6)** έκριναν τα μέτρα ως **επαρκή. Δέκα οκτώ (18)** είπαν ότι **δεν** είναι επαρκή, ενώ δέκα τρεις (13) από αυτούς συμπλήρωσαν με παρατηρήσεις όπως: "χρειάζονται περισσότερα", "είναι μόνο πυροσβεστικά", "επιδέχονται βελτιώσεις", "όχι, γιατί δεν εφαρμόζονται όλα" κλπ. **Είκοσι έξι (26)** απέφυγαν να απαντήσουν στο αν τα βρίσκουν επαρκή.
- **Οκτώ (8)** έκριναν τα μέτρα ως **αποτελεσματικά,** έξι (6) από τους οποίους συμπλήρωσαν με παρατηρήσεις όπως: "ναι, όταν και όπου εφαρμόζονται", "εν μέρει" κλπ., **τρεις (3)** τα έκριναν ως **μη αποτελεσματικά,** ενώ **τριάντα εννέα (39)** δεν απάντησαν.

Η πρώτη παρατήρηση, που μπορεί να γίνει πάνω στις εκτιμήσεις των ερωτώμενων, αφορά στη διστακτικότητά τους να κρίνουν αυτά τα μέρα. Η πλειονότητα των ερωτώμενων τα χαρακτήρισε **σωστά,** ενώ μεγάλη μερίδα τους τα έκρινε ως **ανεπαρκή.** Εντούτοις οι περισσότεροι ερωτώμενοι απέφυγαν να δώσουν μία σαφή απάντηση ως προς το αν τα θεωρούν ελλιπή ή αναποτελεσματικά, προτιμώντας να μην απαντήσουν.

Η αποφυγή της άμεσης απάντησης των ερωτώμενων δε συνεπάγεται και την πλήρη έλλειψή της. Τα έμμεσα σχόλιά τους συμπληρώνουν την εικόνα της εκτίμησής τους για τα μέτρα αυτά.[225] Έτσι, κουβέντες όπως: "καλό θα ήταν να γινόντουσαν, αλλά δε γίνονται", "χρειάζονται περισσότερα", "είναι μόνο πυροσβεστικά", "επιδέχονται βελτιώσεις", "δεν εφαρμόζονται όλα" κλπ, δείχνουν καθαρά ότι αυτά τα μέτρα κρίνονται απο τους ερωτώμενους κατ'ουσίαν ως ελλιπή -στον βαθμό και με

[225] Όπως ακριβώς συνέβη και στην περίπτωση της γενικής εκτίμησης των μέτρων Πρόληψης από τους ερωτώμενους.

τον τρόπο που εφαρμόζονται- και με αμφίβολη αποτελεσματικότητα, αν και σωστά στη βάση τους.

Οι λόγοι για τους οποίους απέφυγε να απαντήσει μεγάλη μερίδα ερωτώμενων δεν έγιναν γνωστοί από τα ίδια τα άτομα. Εντούτοις η άποψη του μελετητή τείνει προς το συμπέρασμα της αίσθησης αμηχανίας από την πλευρά των ερωτώμενων. Η αμηχανία αυτή έγινε αρχικά εμφανής με το που παρουσιάστηκαν τα μέτρα στους ερωτώμενους και πολλοί από αυτούς παραδέχτηκαν ότι δεν έχουν πλήρη γνώση αυτών ούτε του τρόπου ή και βαθμού εφαρμογής τους. Αυτή η άγνοια θεωρήθηκε από το μελετητή ως η πρώτη αιτία αμηχανίας και διστακτικότητας των ερωτώμενων. Ενδεχομένως κάποιοι από αυτούς έκριναν την εκτίμηση μέτρων, που δε γνώριζαν, ως άσκοπη ή αδύνατη.

Σε αυτή την πρώτη αίσθηση αμηχανίας όμως προστέθηκε και μία αίσθηση ευθύνης -από τη μεριά των ερωτώμενων- που αύξησε τη διστακτικότητά τους. Η αίσθηση αυτή της ευθύνης φάνηκε να απορρέει από το γεγονός ότι τα μέτρα, τα οποία δήλωσαν ότι δε γνώριζαν επαρκώς, τους αφορούν άμεσα και συνεπώς θα έπρεπε οι ίδιοι να τα γνωρίζουν. Σε κάποιες περιπτώσεις αυτά τα μέτρα εφαρμόζονται -θεωρητικά τουλάχιστον- ή θα έπρεπε να εφαρμόζονται στους χώρους εργασίας τους,[226] ίσως μάλιστα και από τα ίδια άτομα που δεν τα γνωρίζουν καν. Σε κάποιες άλλες εφαρμόζονται ή θα έπρεπε να εφαρμόζονται σε αυτούς τους ίδιους.[227] Σε κάποιες τρίτες τέλος τα άτομα θα έπρεπε να γνωρίζουν, για να μπορούν και να ελέγξουν τα μέτρα αυτά και τον τρόπο εφαρμογής τους, σα μέρος της δουλειάς τους[228].

Η συνειδητοποίηση -από τη μεριά των ερωτώμενων- του γεγονότος ότι τα μέτρα αυτά συνδέονται άμεσα με τους ίδιους, χωρίς εκείνοι να τα γνωρίζουν επαρκώς ή γνωρίζοντας ότι δεν εφαρμόζονται όσο και όπως θα έπρεπε, ίσως να συντέλεσε στην αίσθηση ευθύνης που εξέπεμπαν. Ίσως μάλιστα να αποτέλεσε και τη δεύτερη αιτία αμηχανίας και διστακτικότητας των ερωτώμενων να τα εκτιμήσουν.

Αυτή η δεύτερη αιτία εξάλλου φαίνεται πως εξακολούθησε να υφίσταται και στην υπόλοιπη πορεία των συνεντεύξεων. Η εντύπωση του μελετητή γι αυτή τη αίσθηση ευθύνης -από τη μεριά των ερωτώμενων- και του ανασταλτικού της ρόλου στον σχολιασμό των μέτρων δε σταμάτησε σ' αυτό το σημείο. Διστακτικότητα από

[226] Περίπτωση που ισχύει ιδιαίτερα για το νοσηλευτικό προσωπικό.
[227] Αυτό ισχύει στην περίπτωση των οροθετικών.

ρίδα των ερωτώμενων εμφανίστηκε και στη συνέχεια,[229] όταν τους ζητήθηκε να τιμήσουν κάποια από τα επιμέρους μέτρα Θεραπείας. Η διστακτικότητα αυτή ωπόν πιθανότατα οφείλεται στους ίδιους λόγους και ερμηνεύεται με βάση την μηχανία και την αίσθηση ευθύνης των ερωτώμενων.

Εντούτοις η ευθύνη για την έλλειψη επαρκούς γνώσης των μέτρων Θεραπείας δε μπορεί να βαρύνει εξολοκλήρου τα ίδια τα άτομα, αλλά περισσότερο τον τρόπο και το βαθμό διάδοσης, προώθησης και εφαρμογής αυτών των μέτρων. Το πρώτο συμπέρασμα λοιπόν, που προκύπτει από τη γενική -άμεση και έμμεση- εκτίμηση των ερωτώμενων για τα μέτρα Θεραπείας, συμπίπτει με την άποψη, που διατυπώθηκε παραπάνω, για το πού οφείλεται η ελλιπής γνώση των μέτρων από τους ερωτώμενους: **Τα μέτρα θεραπείας του AIDS στην Ελλάδα -αν και σωστά σε γενικές γραμμές- δε φαίνεται να έχουν διαδοθεί, προωθηθεί και εφαρμοστεί με επάρκεια, ούτως ώστε να γίνουν γνωστά αλλά και να αποφέρουν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.** Το συμπέρασμα αυτό είναι βεβαίως αποτέλεσμα των μέχρι τώρα εκτιμήσεων. Η επιβεβαίωση ή απόρριψή του θα πραγματοποιηθεί μόνον με την παρουσίαση και ανάλυση των επιμέρους σχολίων των ερωτώμενων για τα μέτρα αυτά, διαδικασία που ακολουθεί στη συνέχεια.

2.2. ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΜΕΤΡΑ

Τα επιμέρους σχόλια των ερωτώμενων για τα μέτρα Θεραπείας, που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, ήταν αποτέλεσμα είτε δικής τους αυθόρμητης έκφρασης ή παρότρυνσης του μελετητή. Στη πρώτη περίπτωση -όπως συνέβη και με τα μέτρα Πρόληψης- οι ερωτώμενοι, εξετάζοντας τα μέτρα που τους παρουσιάστηκαν, ξεκινούσαν να σχολιάζουν κάποια από αυτά, παραθέτοντας την προσωπική τους εκτίμηση ή άποψη γι αυτά. Στη δεύτερη περίπτωση ο σχολιασμός τους είτε ακολούθησε την ερώτηση : **"Υπάρχει κάτι που θα θέλατε να επισημάνετε για κάποιο ή κάποια απ' αυτά τα μέτρα;"** ή πραγματοποιήθηκε αργότερα, κατά τη διαδικασία σύγκρισης -από τους ερωτώμενους- των μέτρων αυτών με τις αρχές-οδηγίες της Π.Ο.Υ., του Ο.Η.Ε. και του Κ.Ε.Ε.Λ..

Η παρουσίαση και ανάλυση των επιμέρους σχολίων και εκτιμήσεων των ερωτώμενων για τα μέτρα Θεραπείας στοχεύει στην ολοκλήρωση της αξιολόγησης

---

[228] Περίπτωση που ισχύει για τους Εκπροσώπους των δημοσίων Υπηρεσιών και των Φορέων υγείας και Πρόνοιας, καθώς και για τους δημοσιογράφους.

των μέτρων αυτών. Η επίτευξη αυτού του στόχου θα επιχειρηθεί μέσα από δύο διαδικασίες. Η πρώτη αποβλέπει στην άντληση περισσότερων πληφοριών σχετικά με την εκτίμηση των μέτρων από τους ερωτώμενους, όσον αφορά στην ορθότητα, επάρκεια και αποτελεσματικότητα τους. Μέσα από αυτή τη διαδικασία θα πραγματοποιηθεί είτε η επαλήθευση ή η απόρριψη του αρχικού συμπεράσματος που προέκυψε από τη γενική εκτίμηση των μέτρων και παρουσιάστηκε στην αμέσως προηγούμενη ενότητα. Η δεύτερη διαδικασία αποβλέπει στην ανίχνευση των τάσεων στιγματισμού που μπορεί να εμπεριέχονται στα μέτρα Θεραπείας. Τάσεις που -όπως αναφέρθηκε και στην αρχή αυτού του κεφαλαίου- θα αποτελέσουν πολύ σημαντικό παράγοντα στη προσπάθεια αξιολόγησης τόσο των επιμέρους μέτρων όσο και της Πολιτικής αυτής στο σύνολό της.

Τα μέτρα που σχολιάστηκαν περισσότερο και -ως επι το πλείστον- αυθόρμητα από όλες τις κατηγορίες ερωτώμενων ήταν **δέκα.** Μέσα σε αυτά περιλαμβάνονται και τα μέτρα που είχαν προεπιλεγεί, για να συγκριθούν με τις διεθνείς αρχές - οδηγίες. Οι ερωτώμενοι σχολίασαν αυθόρμητα τα μέτρα αυτά, πριν ακόμη τους ζητηθεί. Έτσι στη παρουσίαση των σχολίων, που ακολουθεί, προηγούνται τα αυθόρμητα σχόλια και έπονται αυτά που ήταν αποτέλεσμα παρότρυνσης του μελετητή.

Α. Το μέτρο που απέσπασε τα περισσότερα αυθόρμητα σχόλια είναι αυτό που αφορά στην **"Κατάλληλη σήμανση των δειγμάτων αίματος και ιστών π.χ. με αυτοκόλλητη ετικέττα κόκκινου -κατά προτίμηση- χρώματος απο ύποπτους ασθενείς (ομοφυλόφιλους, τοξικομανείς, πολυμεταγγιζόμενους, ανοσοκατασταλμένους, αλλοδαπούς απο ζώνες ενδημικότητας κ.λ.π.), η οποία μπορεί να τοποθετείται και στο θερμομετρικό διάγραμμα του ασθενούς για να τηρούνται όλες οι οδηγίες ασφαλούς λήψης, διακίνησης και εξέτασης των δειγμάτων".**

Συγκεκριμένα, **τριάντα (31)** άτομα αναφέρθηκαν σε αυτό το μέτρο, **πέντε (5)** από τα οποία **δε γνώριζαν** εάν, με ποιόν τρόπο και σε ποιό βαθμό εφαρμόζεται. Όμως, και από τα σχόλια των άλλων 26 ατόμων -που γνώριζαν αυτό το μέτρο- προέκυψε ότι **δεν** εφαρμόζεται με τον τρόπο που αναφέρεται. Έτσι μερικοί από τους ερωτώμενους υποστήριξαν ότι η σήμανση πραγματοποιείται "μόνο σε περιπτώσεις όπου η οροθετικότητα είναι διαπιστωμένη και όχι σε 'ύποπτους' ασθενείς", ενώ άλλοι

[229] Όπως θα φανεί παρακάτω.

συμπλήρωσαν, ότι, "αν υπάρχει έντονη υποψία, βάζουν άσπρη ετικέττα και γράφουν στο παραπεμπτικό : Προσοχή! Πιθανόν οροθετικός", "για να προφυλάξουν τον εργαστηριακό γιατρό/τεχνικό". Άλλα σχόλια ακόμη αναφέρουν ότι "δεν τοποθετείται πλέον στο θερμομετρικό διάγραμμα παρά μόνο στα παραπεμπτικά, διότι δε χρειάζεται, αφού οι οροθετικοί νοσηλεύονται σε ξεχωριστούς θαλάμους[230] και όλοι γνωρίζουν ότι εκεί είναι τα περιστατικά AIDS". Τέλος υπήρξαν και αναφορές που υποστηρίζουν ότι "δεν μπαίνει κόκκινη ετικέττα, αλλά γράφεται HIV", αλλά και περιγραφές περιστατικών, όπου "το όνομα του ασθενούς γραφόταν ολόκληρο πάνω στο δοκιμαστικό σωλήνα με το αίμα του που προοριζόταν για το μικροβιολογικό εργαστήριο".

Ένα πρώτο συμπέρασμα, που προκύπτει από τα παραπάνω σχόλια των ερωτώμενων, είναι ότι το παραπάνω μέτρο δεν ακολουθεί κάποιους συγκεκριμένους κανόνες εφαρμογής από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Αντίθετα παρατηρείται μία ανομοιογένεια με έντονες τάσεις αυθαιρεσίας, στον τρόπο και στο βαθμό εφαρμογής του. Η αυθαιρεσία αυτή -όπως θα φανεί αργότερα- εμπεριέχει τον κίνδυνο να οδηγήσει στο στιγματισμό των οροθετικών ασθενών.

Η πλειονότητα των ερωτώμενων, που αυθόρμητα αναφέρθηκαν σε αυτό το μέτρο, το σχολίασαν αρνητικά. Ήταν πολύ λίγα τα άτομα που συμφώνησαν με την εφαρμογή του λέγοντας ότι "πρέπει να γίνεται", αποδίδοντας την αναγκαιότητά του στην ανάγκη "προστασίας του παραϊατρικού προσωπικού". Αντίθετα, τα περισσότερα σχόλια εκφράζουν τη διαφωνία των ερωτώμενων με την εφαρμογή αυτού του μέτρου, καθώς και την περιορισμένη χρησιμότητά του. Κάποια δε από τα σχόλια αυτά αναφέρονται και στο στιγματοφόρο του χαρακτήρα.

Η διαφωνία των ερωτώμενων για την εφαρμογή αυτού του μέτρου επικεντρώνεται στην ανάγκη λήψης των απαραίτητων προστατευτικών μέτρων για **όλα** τα δείγματα αίματος και ιστών ανεξαιρέτως οροθετικότητας. Με αυτόν τον τρόπο, αφενός μεν το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό θα προστατεύεται **ουσιαστικά,** αφετέρου δε θα υπάρχει ζήτημα στιγματισμού των οροθετικών ασθενών. Στα ενδεικτικά σχόλια, που ακολουθούν[231], δίνεται μία πρώτη εικόνα αφενός μεν της διαφωνίας αυτής των ερωτώμενων και αφετέρου των δικών τους προτάσεων:

---

[230] Εννοούνται οι Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων που υπάρχουν σε κάποια νοσοκομεία και στις οποίες νοσηλεύονται τα οροθετικά άτομα.
[231] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

- "Διαφωνώ, γιατί αυτό σημαίνει ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει μία επαγρύπνηση μόνο σε ό,τι φέρει την κόκκινη ταμπελίτσα. δε σημαίνει όμως ότι τα άλλα δείγματα που έχεις δεν είναι οροθετικά. Και αν θεωρείς, ότι μόνο από αυτά (κόκκινη ένδειξη) κινδυνεύεις, είναι επικίνδυνο." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Ναι, βάζουν κόκκινη ετικέττα στα δείγματα. Δε ξέρω, αν μπαίνει στο θερμομετρικό διάγραμμα. Από τη στιγμή όμως που διαπιστώνεται, τον πάνε αμέσως επάνω και κάνουν απολυμάνσεις και τρέχουν κλπ, και ο διπλανός μπορεί να είναι φορέας και να μην το'χουν πάρει είδηση." (νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη Ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων).

Αντίστοιχα σχόλια προέκυψαν από σημαντική μερίδα των ερωτώμενων για το μέτρο αυτό, όταν τους ζητήθηκε να το συγκρίνουν με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες, δεδομένου ότι αυτό ήταν ένα από τα μέτρα που είχαν προεπιλεγεί στη φάση της καταγραφής των μέτρων θεραπείας. Έτσι τον αυθόρμητο σχολιασμό των μέτρων από τους ερωτώμενους ακολούθησε η παρουσίαση σε αυτούς μερικών από τις διεθνείς αρχές - οδηγίες. Μία από αυτές αναφέρει ότι :

- **Θα πρέπει να αναθεωρηθεί,** όπου εφαρμόζεται : **"Η αποκάλυψη των αποτελεσμάτων των τέστ HIV σε τρίτα πρόσωπα** (συμπεριλαμβανομένων των συζύγων, των ερωτικών συντρόφων αλλά και του υγειονομικού προσωπικού) **χωρίς την έγκριση του ασθενούς ή η ανοχή ανάρμοστης αποκάλυψης από τρίτα πρόσωπα".**
- Μία δεύτερη, αντίστοιχα, προτρέπει ως προς την **αυστηρή τήρηση του απορρήτου της εξέτασης για αντισώματα HIV και των αποτελεσμάτων της, καθώς και της κατάστασης υγείας των οροθετικών ατόμων.** Διευκρινίζει δε ότι το απόρρητο ισχύει για τους γιατρούς και το εν γένει υγειονομικό προσωπικό, για το διοικητικό και λοιπό προσωπικό ενός νοσηλευτικού ιδρύματος (και μεταξύ γιατρών και υπηρεσιών), για τα οικεία τους πρόσωπα, για τα μέλη των εθελοντικών οργανώσεων, που ασχολούνται με οροθετικούς ή ασθενείς με AIDS, για κάθε υπάλληλο ασφαλιστικών ταμείων και συναφών οργανισμών, καθώς και για την πολιτεία. Η υποχρέωση αυστηρής τήρησης του απορρήτου δεν αίρεται με το θάνατο του ασθενούς ούτε με το θάνατο του γιατρού ή του εν γένει υπόχρεου προς τήρηση του απορρήτου (δεσμεύονται οι κληρονόμοι).

Η οδηγία που είχε προεπιλεγεί για τη σύγκριση με το μέτρο που εφαρμόζεται ήταν η πρώτη. Έτσι, στη συνέχεια, ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να κάνουν αυτή τη σύγκριση και να εκφράσουν τη γνώμη τους σχετικά με το κατά πόσο αυτά τα δύο συγκλίνουν ή αποκλίνουν. Από τα **πενήντα (50)** άτομα τα **δέκα εννέα (19)** απάντησαν ότι το μέτρο αποκλίνει από την οδηγία, τα **δέκα πέντε (15)** απάντησαν ότι συγκλίνει, ενώ τα υπόλοιπα **δέκα έξι (16)** απέφυγαν να απαντήσουν άμεσα.

Η πρώτη εντύπωση, που δημιουργείται, είναι αυτή του διαχωρισμού των αντιδράσεων των ερωτώμενων σε τρείς, σχεδόν ισάριθμες κατηγορίες. Έτσι, μία -ως επι το πλείστον- ενιαία τοποθέτησή τους πάνω στη σύγκλιση ή απόκλιση του μέτρου από τη διεθνή οδηγία θεωρείται ανύπαρκτη. Αυτός ο διαχωρισμός φαίνεται -αρχικά- να δημιουργεί μία δυσκολία ως προς την έκφραση συμπερασμάτων αναφορικά με την τοποθέτηση της πλειονότητας των ερωτώμενων στο συγκεκριμένο ζήτημα. Εντούτοις η προσεκτικότερη μελέτη των απαντήσεων, που δόθηκαν, έφερε στην επιφάνεια νέα στοιχεία, που αναιρούν αυτή την εντύπωση. Τα στοιχεία αυτά, σε αντίθεση με την αρχική εικόνα του διαχωρισμού και της ανομοιογένειας, οδηγούν σε συμπεράσματα με -λίγο εως πολύ- κοινή βάση, που είναι αυτή της απόκλισης του μέτρου[232] από τη διεθνή οδηγία.

Το πρώτο -από αυτά τα νέα στοιχεία- αφορά στους ερωτώμενους που απέφυγαν να τοποθετηθούν άμεσα. Συνίσταται δε στο ότι κάποιοι από αυτούς τοποθετήθηκαν έμμεσα -απέναντι στη σύγκλιση ή απόκλιση του μέτρου από την οδηγία-, ενώ κάποιοι άλλοι δήλωσαν είτε ότι δε γνώριζαν την εφαρμογή αυτού του μέτρου ή ότι δεν εφαρμόζεται στο "νοσοκομείο τους", λόγω της ύπαρξης Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων.

Το δεύτερο στοιχείο αφορά στους ερωτώμενους που απάντησαν ότι το μέτρο και η οδηγία συγκλίνουν. Τα μισά από αυτά τα άτομα συσχέτισαν αυτή τους την απάντηση με συγκεκριμένες προϋποθέσεις που αφορούν στον τρόπο εφαρμογής του μέτρου. Δεδομένης όμως της ανομοιογένειας και της αυθαιρεσίας, που υπάρχει στην εφαρμογή αυτού του μέτρου, όπως αποκαλύφθηκε παραπάνω από τις περιγραφές των ίδιων των ερωτώμενων, οι προϋποθέσεις αυτές συχνά δεν πληρούνται. Συνεπώς η ισχύς των συγκεκριμένων απαντήσεων σύγκλισης περιορίζεται μόνο στο θεωρητικό επίπεδο ή σε μεμονωμένες περιπτώσεις πλήρωσης των προϋποθέσεων.

[232] Στον βαθμό και με τον τρόπο που εφαρμόζεται.

Τέλος ένα τρίτο νέο στοιχείο αφορά κάποιους από τους ερωτώμενους οι οποίοι συνέδεσαν αυθόρμητα την απάντησή τους περισσότερο με τη δεύτερη[233] παρά με την πρώτη οδηγία[234], παρόλο που δεν τους είχε ζητηθεί κάτι τέτοιο. Οι ερωτώμενοι αυτοί, ανεξάρτητα απο την τοποθέτησή τους απέναντι στη σύγκριση μέτρου και οδηγίας, αναφέρθηκαν συγκεκριμένα στο ιατρικό απόρρητο. Σε κάποιες περιπτώσεις συνδέοντας ή και συγχέοντας την πρώτη οδηγία με τη δεύτερη και σε κάποιες άλλες συμπληρώνοντας τη μία με την άλλη.

Αυτό το τελευταίο στοιχείο είναι πολύ σημαντικό για τρείς λόγους:

1. Σε κάποιες περιπτώσεις αυτή η αυθόρμητη σύνδεση χρησιμοποιήθηκε, για να δοθούν απαντήσεις στη προεπιλεγμένη σύγκριση μέτρου - διεθνούς οδηγίας.
2. Αποτέλεσε πηγή πληροφοριών για τη σύγκριση του μέτρου με τη δεύτερη οδηγία, που αφορά στο ιατρικό απόρρητο και στην αυστηρή τήρησή του. Πληροφοριών που δεν είχαν ζητηθεί ή προβλεφθεί, αλλά είναι πολύ σημαντικές και χρήσιμες στη διαδικασία αξιολόγησης της Πολιτικής Θεραπείας.
3. Μέσα απο αυτή την αυθόρμητη σύνδεση και αναφορά στο ιατρικό απόρρητο βγήκαν στην επιφάνεια, όπως θα φανεί παρακάτω τάσεις στιγματισμού τόσο του μέτρου που εφαρμόζεται όσο και των ερωτώμενων. Και σε αυτή την περίπτωση τα δεδομένα βοηθούν σημαντικά στη προσπάθεια αξιολόγησης που επιχειρείται.

Τα σχόλια των ερωτώμενων, που έκριναν ότι το μέτρο που τους ζητήθηκε να συγκρίνουν αποκλίνει από τη διεθνή οδηγία, μοιάζουν με αυτά που προηγήθηκαν και αποτελούσαν τον αυθόρμητο σχολιασμό τους για την εφαρμογή αυτού του μέτρου. Έτσι το μέτρο κρίθηκε **απαράδεκτο, ασύμβατο** και **αντιφατικό** ως προς τη διεθνή οδηγία. Τονίστηκε και πάλι από πολλούς ερωτώμενους ότι "δε χρειάζεται να τοποθετείται καμμία ένδειξη πάνω στο θερμομετρικό διάγραμμα του ασθενούς" και ότι αυτό μπορεί να έχει "συνέπειες στιγματισμού για τον ασθενή". Επισημάνθηκε για μία ακόμη φορά ότι αυτό που χρειάζεται είναι "η λήψη όλων των απαραίτητων προληπτικών μέτρων για όλους τους ασθενείς ανεξαιρέτως" και η "αντιμετώπιση

[233] Αυτή που αναφέρεται στην αυστηρή τήρηση του ιατρικού απορρήτου, όπως παρουσιάστηκε παραπάνω.

:ων ασθενών σαν δυνητικά μολυσμένων". Τέλος αναφέρθηκε συμπληρωματικά
ση του ιατρικού απορρήτου" και η "παραβίασή του", σαν αποτέλεσμα της
ιογής αυτού του μέτρου. Τα ενδεικτικά σχόλια[235] των ερωτώμενων που
ουθούν περιγράφουν συνοπτικά αυτές τους τις απόψεις:

Δε συμφωνώ με το μέτρο, γιατί όλα τα δείγματα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν
υνάμει μολυσμένα. Αν αυτό (το μέτρο) δοθεί σαν οδηγία, σημαίνει χαλάρωση,
οπότε μπορεί να υπάρξει ατύχημα. Τα μέτρα που πρέπει να παίρνονται πρέπει να
είναι τα ίδια παντού. Το μέτρο θα μπορούσε να συμβάλει στην αποκάλυψη των
αποτελεσμάτων του τέστ HIV σε τρίτα πρόσωπα χωρίς την έγκριση του
ασθενούς. Άρα αντιφάσκουν." (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων
Υγείας και Πρόνοιας).

"Η τήρηση του απορρήτου εξ αντικειμένου αντιμετωπίζει μερικά προβλήματα,
επειδή η διαγνωστική και νοσηλευτική φροντίδα είναι μία ολόκληρη διαδικασία
που περικλείει όλες αυτές τις αδυναμίες. Περισσότερη σημασία έχει η λήψη όλων
των απαραίτητων μέτρων, που δεν ισχύουν μόνο για "ομάδες υψηλού κινδύνου"
κλπ, αλλά πρέπει να ισχύουν για όλους τους ασθενείς, γιατί όλοι είναι εν δυνάμει
οροθετικοί. Και δεν είναι μόνο το AIDS, είναι και η Ηπατίτιδα που κοστίζει πολύ,
φέρνει πολλούς θανάτους, ταλαιπωρεί εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον
κόσμο. Πρέπει να λαμβάνονται όλα τα μέτρα για όλα τα δείγματα και όχι μόνο
ειδικά για τους "υπόπτους", γιατί είναι κατά κάποιον τρόπο και ένα μέτρο
κοινωνικού στιγματισμού ή κάτι που ενισχύει την προκατάληψη. Και θα
μπορούσε να γίνει κάτι προς αυτή την κατεύθυνση, να περάσει μέσα από μία
αντίληψη ότι όλοι είμαστε "ύποπτοι" για κάποια ασθένεια μεταδοτική."
(βουλευτής, εκπρόσωπος του πολιτικού κόμματός του στη Βουλή σε θέματα
υγείας).

Τα σχόλια των ερωτώμενων, που υποστηρίζουν ότι το μέτρο συγκλίνει με τη διεθνή οδηγία, είναι, όπως είδαμε και παραπάνω, μοιρασμένα σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη αφορά κατηγορηματικές απαντήσεις, που αναφέρουν οτι το μέτρο είναι **απαραίτητο** για την προστασία του υγειονομικού προσωπικού (εργαστηριακού και νοσηλευτικού). Η άποψη, που επικρατεί στο σύνολο αυτών των σχολίων, είναι ότι η

[234] Που αναφέρεται στην αποκάλυψη των αποτελεσμάτων του τεστ HIV σε τρίτα πρόσωπα χωρίς την έγκριση του ασθενούς ή την ανοχή ανάρμοστης αποκάλυψης από τρίτα πρόσωπα.
[235] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

εφαρμογή του μέτρου δεν οδηγεί "στην αποκάλυψη των αποτελεσμάτων του τέστ HIV σε τρίτα πρόσωπα". Συνεπώς "δεν καταρρίπτεται το απόρρητο", όπως κάποιοι από τους ερωτώμενους σπεύδουν να συμπληρώσουν.

Η δεύτερη κατηγορία αφορά απαντήσεις, που στηρίζονται σε κάποια διευκρίνιση ή και προϋπόθεση σχετικά με τον τρόπο εφαρμογής του μέτρου. Πρόκειται για σχόλια, που επίσης υποστηρίζουν ότι το μέτρο και η οδηγία συγκλίνουν, με τη διαφορά ότι εξαρτούν αυτή τη σύγκλιση από τον τρόπο εφαρμογής του μέτρου. Αυτό επιτυγχάνεται -από τη μεριά των ερωτώμενων- με τη διατύπωση είτε συγκεκριμένων προϋποθέσεων για την εφαρμογή του μέτρου ή απλά της διαφωνίας τους σχετικά με κάποιον τρόπο εφαρμογής όλου ή ενός μέρους του μέτρου.

Στα ενδεικτικά σχόλια που ακολουθούν[236] εμφανίζεται αυτός ο διαχωρισμός των απαντήσεων καθώς και το σκεπτικό κάθε μίας από τις δύο κατηγορίες, στις οποίες εντάχθηκαν οι απαντήσεις:

- "Αυτό αφορά τους ανθρώπους που ασχολούνται με το αίμα και τους ιστούς, δηλ. που δουλεύουν με αυτά. Είναι απαραίτητο να γίνει για την προστασία των ίδιων, γιατί θα γίνει με διαφορετική προσοχή η λήψη του αίματος από την αιμολήπτρια, αλλιώς θα γίνει η επεξεργασία κλπ. Τώρα αν θα είναι η ετικέττα κόκκινη ή θα προηγηθεί προφορική συννενόηση και θα πείς: 'πρόσεξε, είναι ύποπτο το αίμα', αυτό είναι θέμα του καθενός από το προσωπικό, όπως και το αντί να γράψεις στο διάγραμμα με κόκκινα γράμματα να πείς στη νοσηλεύτρια: 'έχετε υπόψη σας τον τάδε άρρωστο, να προσέχετε κλπ'. Γιατί αυτό γίνεται συνήθως, δε βάζουν μία τεράστια επιγραφή. δε νομίζω ότι αντιφάσκουν, δηλαδή τελικώς δεν αποκαλύπτεται." (γιατρός)
- "Εάν κυκλοφορεί το χαρτάκι εσωτερικά στο νοσοκομείο και πάει στο μικροβιολογικό, δε θα το μάθει ο τρίτος, γιατί δε θα το πάρει ο/η σύζυγος ή ο φίλος αλλά ο νοσοκόμος. (...) Αν η σήμανση είναι για την προστασία του προσωπικού, καλό είναι κάθε στιγμή να παίρνονται τα γενικότερα μέτρα, ώστε να μην χρησιμοποιείται. Όσο δεν υπάρχουν (αυτά τα μέτρα), μπορώ να το δεχθώ, αλλά όχι στο θερμομετρικό διάγραμμα ή έξω από την πόρτα." (ψυχολόγος)

[236] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Τέλος προέκυψαν κάποια σχόλια και από τους ερωτώμενους, που απέφυγαν να συγκρίνουν άμεσα το μέτρο που εφαρμόζεται με τη διεθνή οδηγία. Όπως ειπώθηκε παραπάνω, κάποιοι από αυτούς δήλωσαν είτε ότι δε γνώριζαν την εφαρμογή αυτού του μέτρου ή ότι δεν εφαρμόζεται στο "νοσοκομείο τους", λόγω της ύπαρξης Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων. Εντούτοις υπήρξαν και μερικοί, που μέσα από τις έμμεσες απαντήσεις τους, παίρνουν θέση απέναντι στο μέτρο και την εφαρμογή του. Στο μεγαλύτερο μέρος τους τονίζουν την ανάγκη να λαμβάνονται τα προληπτικά μέτρα για όλα τα δείγματα αίματος και για όλους τους ασθενείς. Ταυτόχρονα αναφέρονται στους τρόπους εφαρμογής του μέτρου σχολιάζοντας τους. Χαρακτηριστικά σχόλια[237] είναι τα ακόλουθα:

- "Υπάρχει μία πραγματικότητα που λέει ότι γύρω από τον ασθενή υπάρχει ένα ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξίσου δικαίωμα να προστατευτεί. Άρα το πώς θα προστατευτεί είναι ένα μεγάλο ζήτημα. Για παράδειγμα: πρέπει σε ένα Ελληνικό νοσοκομείο να το μαθαίνουν άλλοι εκτός Μονάδας AIDS; Το θέμα είναι: τηρούνται γενικώς οι όροι της υγειινής, της προστασίας και της ασφάλειας του προσωπικού, ώστε να μην είναι θέμα AIDS τελικά, αλλά να είναι θέμα γενικότερης προστασίας;" (ψυχολόγος)
- "Για να κάνω εξέταση, ήθελα να δώσω κωδικό. Αλλά μου ζητούσαν να δώσω το πραγματικό μου όνομα. Όταν πήγα να πάρω τις εξετάσεις μου, είπαν ότι δεν ισχύει, ότι έπρεπε να δώσω όλο το όνομα και να πάω να πάρω τα αποτελέσματα με ταυτότητα. Έτσι και αναγκάστηκα να κάνω. Θέλουν να μας 'φακελώσουν'. Φοβόμασταν μήπως μας απομονώσουν. " (οροθετικός)

Τα πρώτα συμπεράσμα που προκύπτουν από τη σύγκριση του μέτρου που εφαρμόζεται με τη διεθνή οδηγία είναι τα ακόλουθα:

1. Είναι σαφής η γνώση - από τους ερωτώμενους- της ύπαρξης ανομοιογενούς και αυθαίρετης εφαρμογής του μέτρου. Οι ίδιοι την εκφράζουν άμεσα ή έμμεσα και αισθάνονται την ανάγκη να τοποθετηθούν απέναντι σε αυτήν, όταν τους ζητάται να συγκρίνουν το μέτρο με την οδηγία. Αυτός είναι και ο λόγος που αρκετοί από αυτούς κάνουν διευκρινίσεις ή θέτουν προϋποθέσεις, προκειμένου να λάβουν συγκεκριμένη θέση απέναντι σε αυτή τη σύγκριση.

[237] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

2. Είναι εξίσου σαφής η ανάγκη λήψης όλων των προστατευτικών μέτρων για όλους τους ασθενείς από το σύνολο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Η ανάγκη αυτή -που, όπως φάνηκε, δεν καλύπτεται στη χώρα μας- τονίστηκε ιδιαίτερα όχι μόνο από τους διαφωνούντες ως προς την εφαρμογή του μέτρου αλλά και από πολλούς υποστηρικτές του.
3. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι το συγκεκριμένο μέτρο -ιδιαίτερα λόγω των διαφόρων αποκλίσεων στο τρόπο εφαρμογής του- ενέχει τον κίνδυνο του στιγματισμού των οροθετικών ασθενών. Οι ενδείξεις αυτές είναι αποτέλεσμα σχολίων και απόψεων διατυπωμένων από μερίδα των ίδιων των ερωτώμενων κατά τη διαδικασία σύγκρισης του μέτρου με τη διεθνή οδηγία.
4. Συνολικά διαφαίνεται η επικράτηση των αρνητικών κρίσεων και σχολίων σχετικά με την εφαρμογή του μέτρου, καθώς και των απόψεων, που υποστηρίζουν άμεσα ή έμμεσα ότι το μέτρο αποκλίνει συνολικά ή ανάλογα με τον τρόπο εφαρμογής του από τη διεθνή οδηγία.

Β. Το δεύτερο κατά σειρά μέτρο που απέσπασε τα περισσότερα σχόλια είναι αυτό που αναφέρεται στην **υποχρέωση κάθε Νοσοκομείου για αποδοχή άμεσης εισαγωγής προς νοσηλεία περιστατικών της νόσου AIDS και ειδικότερα των Νοσοκομείων που έχουν αναπτύξει Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων.** Σαν επιμέρους αρχές αυτού του μέτρου αναφέρονται επίσης:

1. **Η απαγόρευση παραπομπής των ασθενών σε άλλο Νοσοκομείο,** εκτός αν παρουσιάζουν πρόβλημα, το οποίο απαιτεί αντιμετώπιση από ειδική μονάδα την οποία στερείται το Νοσοκομείο.
2. **Η απαγόρευση άρνησης προσφοράς νοσηλευτικών φροντίδων.**

Η σπουδαιότητα αυτού του μέτρου είναι μεγάλη, καθώς ήταν στον χώρο των Νοσοκομείων που άρχισαν να εμφανίζονται τα πρώτα κρούσματα φόβου και απόρριψης των οροθετικών ατόμων, με την αρχή εμφάνισης της νόσου στην Ελλάδα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Θεραπευτηρίου Ι.Κ.Α., στο οποίο -στην αρχή της εμφάνισης της νόσου- είχαν δημιουργηθεί προβλήματα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα τμήμα του νοσηλευτικού προσωπικού είχε κινητοποιηθεί δικαστικά, αρνούμενο να περιθάλψει οροθετικά άτομα, δημιουργώντας έτσι πρόβλημα τόσο στη λειτουργία του Νοσοκομείου όσο και στη νοσηλεία των οροθετικών ατόμων. Η στάση αυτή της μερίδας του νοσηλευτικού προσωπικού αυτού του Νοσοκομείου διατηρήθηκε για μεγάλο χρονικό διάστημα. Συγκεκριμένα κατά τη

χρονική περίοδο διεξαγωγής των συνεντεύξεων, εξακολουθούσε να υπάρχει μερίδα νοσηλευτών/τριών που αρνούνταν να απασχοληθούν στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του Νοσοκομείου. Το αποτέλεσμα βέβαια ήταν η έλλειψη νοσηλευτών/τριών από τη συγκεκριμένη Μ.Ε.Λ. (Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων) και συνεπώς και η ελλιπής περίθαλψη των οροθετικών ατόμων που νοσηλεύονταν σε αυτήν.

Χαρακτηριστικό είναι το σχόλιο μίας νοσηλεύτριας της συγκεκριμένης Μ.Ε.Λ.: "Όταν είχα πρωτοέρθει, μου είχε πεί η προϊσταμένη ότι οι νοσηλεύτριες αρνούνταν να μπούν (στη Μ.Ε.Λ.) και είχαν κατοχυρωθεί μέσω δικαστικής πράξης. Μετά ψηφίστηκε νόμος στη Βουλή που το έκανε υποχρεωτικό να μπαίνουν, αλλά αυτή η αντιπαράθεση υπάρχει ακόμα. Άλλες μπαίνουν, άλλες δε μπαίνουν. Και παίρνουμε 5.000 δρχ και δέκα μέρες άδεια το χρόνο σαν κίνητρο για να μπαίνουμε. Γιατί -στη Μονάδα- υπάρχω μόνο εγώ που έρχομαι πρωί. Για το απόγευμα δεν υπάρχει νοσηλεύτρια για τη Μονάδα."

Η παραπάνω αναφορά επιβεβαιώνει τη σπουδαιότητα και αναγκαιότητα εφαρμογής του αυτού του μέτρου. Ταυτόχρονα όμως αποτελεί και την πρώτη ένδειξη ότι το μέτρο αυτό δεν εφαρμόζεται επαρκώς. Ένδειξη που επιβεβαιώθηκε από την πλειονότητα των υπόλοιπων ερωτώμενων που το σχολίασαν.

Συγκεκριμένα, από τους **είκοσι οκτώ (28)** ερωτώμενους στο σύνολο των **πενήντα (50),** που σχολίασαν αυθόρμητα αυτό το μέτρο, η συντριπτική πλειονότητα (εκτός από δύο) ανέφεραν ότι το μέτρο δεν εφαρμόζεται, όπως παρουσιάζεται. Τυπικά το μέτρο υπάρχει, όμως πολλές φορές παραβιάζεται. Σαν ένας από τους σημαντικούς λόγους γι' αυτή την παραβίαση, αναφέρθηκε η έλλειψη υποδομής σε κάποια Νοσοκομεία που οδηγεί στην αδυναμία τους να αντιμετωπίσουν τέτοια περιστατικά και στην αναπόφευκτη λύση να τα παραπέμψουν αλλού. Έτσι, για παράδειγμα, αναφέρθηκε η έλλειψη γιατρών με διάφορες ειδικότητες, όπως καρδιολόγοι και χειρούργοι ή ακόμα και η ανυπαρξία Μ.Ε.Λ. (Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων) σε κάποια Νοσοκομεία.

Εντούτοις, για αρκετούς, οι παραπάνω ελλείψεις χρησιμοποιούνται ως δικαιολογία ή πρόφαση για την παραπομπή των ασθενών σε άλλα Νοσοκομεία. Η ουσία πίσω από αυτές τις παραπομπές είναι η άρνηση παροχής νοσηλευτικών φροντίδων σε οροθετικά άτομα. Τα πράγματα δε είναι εξαιρετικά προβληματικά, όταν προκύπτει ανάγκη χειρουργικής επέμβασης σε κάποιον οροθετικό. Εκεί είναι που γίνεται ξεκάθαρη αυτή η -μέχρι τότε- καλυμμένη άρνηση.

Τα σχόλια των ερωτώμενων που ακολουθούν παρουσιάζουν ενδεικτικά[238] τα ία μόλις αναφέρθηκαν:

" Το μέτρο αυτό καταπατείται πολύ συχνά με εύσχημους τρόπους και αυτή είναι η δυσκολία. Συνήθως (συμβαίνει), όταν ο οροθετικός πρέπει να εισαχθεί σε νοσοκομείο για λόγους άλλους από την οροθετικότητά του. Εκεί, συχνά λέγεται, ότι δεν υπάρχουν κρεβάτια ή ότι θα πρέπει να περιμένει πάρα πολύ και αυτά κανένας δε μπορεί να τα αμφισβητήσει ουσιαστικά" (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).

- "Δεν εφαρμόζεται. Υπάρχουν μεγάλες δυσκολίες στα Νοσοκομεία. Σ' αυτά, που έχουν τις Μονάδες, γίνεται, εφόσον έχουν κρεββάτια. Αν δεν έχουν, πάει το μπαλάκι από Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο. Έχουν αρνηθεί νοσηλεία σε ανθρώπους. Εγώ ο ίδιος είχα περιστατικό, άνθρωπο που έπρεπε να χειρουργηθεί επειγόντως και επί ένα χρόνο τον είχαν ταράξει στα αντιβιοτικά, γιατί δε βρισκόταν χειρούργος και χειρουργείο για να χειρουργηθεί. Και τελικά έγινε, μετά από δική μου παρέμβαση και του Διευθυντή του Κ.Ε.Ε.Λ. σε ένα Νοσοκομείο που είχαμε ένα γιατρό δικό μας. Στα χειρουργεία και στα οδοντιατρεία υπήρχαν και υπάρχουν μεγάλα προβλήματα" (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).

Το πρώτο και εμφανέστερο συμπέρασμα, που προκύπτει από την ενδεικτική παρουσίαση των σχολίων των ερωτώμενων, είναι η ελλιπής εφαρμογή του μέτρου αυτού και η σε μεγάλο βαθμό καταπάτησή του. Οι λόγοι, που προβάλλονται ως αιτίες, έχουν σε αρκετές περιπτώσεις μία πραγματική βάση. Εντούτοις φαίνεται πως δε λείπουν και τα περιστατικά όπου οι λόγοι αυτοί χρησιμοποιούνται ως προφάσεις, προκειμένου να μην γίνουν αποδεκτά για περίθαλψη ή και νοσηλεία οροθετικά άτομα. Η ουσία πίσω από τις προφάσεις είναι συχνά -αν όχι πάντα- η άγνοια και ο φόβος που ενυπάρχουν -ακόμα και σήμερα σε υψηλό ποσοστό- στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Τα εμφανή αποτελέσματα είναι ο στιγματισμός και η απόρριψη, που δέχονται τα οροθετικά άτομα, σε αρκετές περιπτώσεις που χρειάζονται περίθαλψη ή και νοσηλεία. Ιδιαίτερο πρόβλημα τέλος προκύπτει σε έκτακτα περιστατικά και σε περιπτώσεις που υπάρχει ανάγκη χειρουργικής επέμβασης.

---

[238] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Γ. Το τρίτο -κατά συχνότητα σχολιασμού- μέτρο είναι αυτό που αναφέρεται στη **λειτουργία δύο Τηλεφωνικών Γραμμών (Αθήνα - Θεσσαλονίκη) και ενός Συμβουλευτικού Σταθμού με τους ακόλουθους τομείς δραστηριοτήτων:**

Α) Συμβουλευτική ενημέρωσης και πρόληψης καθώς και ψυχολογική υποστήριξη,

Β) Ανακοίνωση του οροθετικού αποτελέσματος με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη. (Παροχή ψυχιατρικής αξιολόγησης και παρακολούθησης, όπου αυτό κριθεί αναγκαίο).

Γ) Συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών του πληθυσμού σε θέματα AIDS. Τα συμπεράσματα προωθούνται με στόχο τη συμβολή στην οργάνωση των δραστηριοτήτων πρόληψης και παροχής ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών.

Δ) Συμμετοχή σε εκδηλώσεις, ομιλίες ή σεμινάρια, που απευθύνονται σε μαθητές ή φοιτητές καθώς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας, με στόχο την ενημέρωση και εκπαίδευσή τους.

Από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους **είκοσι επτά (27)** αναφέρθηκαν αυθόρμητα σε αυτό το μέτρο, εκ των οποίων οι **τρεις (3)** δε γνώριζαν την ύπαρξη ή την εφαρμογή του. Αλλά και από τους υπόλοιπους **είκοσι τέσσερις (24)** -που δήλωσαν ότι γνώριζαν τη ύπαρξη και λειτουργία αυτών των υπηρεσιών[239]- μόνον **δύο (2)** ήταν αυτοί που κατηγορηματικά ανέφεραν ότι οι υπηρεσίες αυτές "λειτουργούν συστηματικά και κάνουν πολύ καλή δουλειά". Αντίθετα η πλειονότητα δε γνώριζε ή και αμφισβήτησε τη συστηματική πραγματοποίηση όλων των δραστηριοτήτων, που το μέτρο αναφέρει. Δε γνώριζε -δηλαδή- ή αμφισβήτησε τον **τρόπο** και το **βαθμό** στον οποίο το μέτρο αυτό εφαρμόζεται, όπως και την επάρκεια και αποτελεσματικότητά του.

Οι δραστηριότητες, που δέχτηκαν τη μεγαλύτερη αμφισβήτηση ως προς την εφαρμογή τους, ήταν οι **(γ)** και **(δ),** ενώ για τη **(β)** ειπώθηκε από αρκετούς ότι δεν εφαρμόζεται σε όλα τα νοσοκομεία και για όλες τις περιπτώσεις οροθετικού αποτελέσματος, αλλά μόνο σε ορισμένα νοσοκομεία και -συνεπώς- για περιορισμένο

[239] Κάποιοι από αυτούς ενώ γνώριζαν την ύπαρξη και λειτουργία των υπηρεσιών αυτών στην Αθήνα δήλωσαν ότι δε γνώριζαν "τί γίνεται στην Θεσσαλονίκη".

αριθμό περιστατικών. Τα σχόλια, που ακολουθούν, είναι δύο από τα χαρακτηριστικότερα που αναφέρθηκαν γι αυτό το μέτρο και την εφαρμογή του[240]:

- "Το **(α)**[241] ναι. Το **(β)**[242] δε γίνεται πρακτικά για όλους, γιατί ο καθένας το μαθαίνει από εκεί που πήγε να εξεταστεί. Ίσως γίνεται μόνο στου Συγγρού. Βασικά υπόχρεος ανακοίνωσης και ψυχολογικής υποστήριξης είναι ο γιατρός και η ομάδα (γιατρών). Και σε περιπτώσεις που δεν επαρκεί, τότε πρέπει να παραπέμπεται αλλού. Το **(γ)**[243] ναι, αλλά γίνεται λιγότερο για το γενικό πληθυσμό. Ο γενικός πληθυσμός πιστεύω ότι δεν τηλεφωνεί. Τηλεφωνούν άνθρωποι που έχουν συγκεκριμένο λόγο (ρεαλιστικό ή όχι). Το **(δ)**[244] δε γνωρίζω, αν το κάνει συγκεκριμένα ο Συμβουλευτικός Σταθμός." (γιατρός).
- "Τα **(α)**[245] και **(β)**[246] γίνονται μόνο στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ[247] και στον Συμβουλευτικό Σταθμό. Όσο περισσότερο έχεις προετοιμάσει κάποιον για ένα πιθανό αποτέλεσμα, είτε θετικό ή αρνητικό, τόσο καλύτερα θα το δεχθεί και τόσο πιο ήπια θα είναι η αντίδρασή του. (...) Αυτά, με μία απλή αιμοληψία, δεν καλύπτονται. Αλλά το κράτος δε λέει να τα καταλάβει. Γιατί θα πρέπει να πληρώσει τους ψυχολόγους που θα κάνουν αυτή τη δουλειά. Και γιατί είναι κάποιοι γιατροί που θεωρούν ότι αυτή είναι μόνο δική τους δουλειά. Και γιατί θα κόψει την πελατεία από τα ιδιωτικά μικροβιολογικά εργαστήρια, που πάει και πληρώνει ο άλλος 18.000 δρχ τη Δευτέρα για να κάνει την εξέταση, ενώ είχε την επαφή το Σάββατο και δεν του είπε κανένας τίποτα.[248] Για όλα υπάρχει μία αιτία" (ψυχολόγος, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων).

Ένα πρώτο γενικό συμπέρασμα, που προκύπτει από τα σχόλια των ερωτώμενων, είναι ότι η εφαρμογή του μέτρου αυτού δεν είναι ούτε συστηματική ούτε ομοιογενής, ως προς τις διαφορετικές δραστηριότητες που περιλαμβάνει.

---

[240] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[241] Συμβουλευτική ενημέρωσης και πρόληψης καθώς και ψυχολογική υποστήριξη.
[242] Ανακοίνωση του οροθετικού αποτελέσματος με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.
[243] Συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών του πληθυσμού σε θέματα AIDS
[244] Συμμετοχή σε εκδηλώσεις, ομιλίες ή σεμινάρια, που απευθύνονται σε μαθητές ή φοιτητές καθώς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας με στόχο την ενημέρωση και εκπαίδευσή τους.
[245] Συμβουλευτική ενημέρωσης και πρόληψης καθώς και ψυχολογική υποστήριξη
[246] Ανακοίνωση του οροθετικού αποτελέσματος με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.
[247] Αναφέρεται στην ευρύτερη περιοχή της Βορείου Ελλάδος αλλά και στην Θεσσαλονίκη.
[248] Υπονοείται η ενημέρωση του εξεταζόμενου για την "περίοδο παραθύρου" -των τριών τουλάχιστον μηνών που πρέπει να περάσει μετά την όποια επικίνδυνη συμπεριφορά, προκειμένου να έχουν προλάβει να εμφανιστούν τα αντισώματα του ιού στο αίμα σε πρίπτωση μόλυνσης- ώστε να είναι αξιόπιστα τα αποτελέσματα της εξέτασης.

Κάποιες από αυτές εμφανίζονται ως πιο συχνές και συστηματικές -στην εφαρμογή τους- από άλλες, αλλά καμία δεν παρουσιάζεται ως καθολικά εφαρμοζόμενη υπο οποιεσδήποτε συνθήκες. Αντίθετα υπάρχουν πολλές παρεκκλίσεις και υψηλός βαθμός ανομοιογένειας στον **τρόπο** και στο **βαθμό** εφαρμογής των δραστηριοτήτων αυτού του μέτρου. Γεγονός που καθιστά την αποτελεσματικότητά του -τόσο συνολικά όσο και κατά τις επιμέρους δραστηριότητές του- αμφισβητήσιμη.

Συνακόλουθα, βεβαίως, προκύπτουν και άλλα πιο συγκεκριμένα συμπεράσματα. Ένα απο τα πιο σημαντικά αφορά την τάση **ιατρικής εξουσίας πάνω στον ασθενή,** που εμφανίζεται άμεσα ή έμμεσα σε κάποια από τα σχόλια των ερωτώμενων. Τάση που σε κάποιες περιπτώσεις ίσως και να αποτελεί εμπόδιο στην εφαρμογή του μέτρου και άρα στη σωστότερη αντιμετώπιση των οροθετικών ατόμων.

Δ. Τέταρτο -κατά συχνότητα σχολιασμού- εμφανίζεται το μέτρο που αφορά στην **εφαρμογή του προγράμματος "κατ'οίκον νοσηλείας"**. Το πρόγραμμα αυτό -όπως ανέφεραν οι ίδιοι οι ερωτώμενοι- σχεδιάστηκε με έναν διπλό στόχο:

1. Την αποσυμφόριση των νοσοκομειακών Μονάδων[249].
2. Την καλυτέρευση της ποιότητας περίθαλψης και νοσηλείας που δέχονται αυτά τα άτομα.

Το δεδομένο, που στηρίζει την εφαρμογή αυτού του μέτρου, είναι ότι τα ιατρικά προβλήματα, που πολλές φορές εμφανίζονται στους οροθετικούς, απαιτούν μακροχρόνια θεραπευτική αγωγή χωρίς αντίστοιχα να απαιτούν -για την αντιμετώπισή τους- τη νοσηλεία του ασθενούς στο νοσοκομείο. Με αυτόν τον τρόπο λοιπόν, οι οροθετικοί ασθενείς θα βρίσκονται στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους -αντί κάποιου απρόσωπου νοσοκομειακού δωματίου- χωρίς όμως να στερούνται τις απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και γνώσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του όποιου προβλήματος υγείας τους.

Για την επίτευξη των στόχων αυτών, προβλέπονται μία σειρά παρεχόμενων υπηρεσιών στα πλαίσια αυτού του μέτρου:

α) Παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Νοσηλεία και εφαρμογή θεραπευτικού σχήματος κατ'οίκον.

β) Ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική στον ασθενή και την οικογένειά του.

[249] Που έτσι κι αλλιώς δεν επαρκούν για την περίθαλψη και νοσηλεία όλων των οροθετικών ασθενών, όπως θα φανεί παρακάτω, στην παρουσίαση των σχολίων του μέτρου που αφορά αυτές τις Μονάδες.

γ) Κοινωνική στήριξη και επίλυση κοινωνικών προβλημάτων.

δ) Εκπαίδευση των ασθενών και της οικογένειας σε θέματα που αφορούν τρόπους πρόληψης, κανόνες υγιεινής κλπ.

ε) Μεταφορά του ασθενούς σε ειδικές περιπτώσεις.

Οι ερωτώμενοι που σχολίασαν αυθόρμητα αυτό το μέτρο, ήταν **είκοσι έξι (26)** από το σύνολο των **πενήντα (50),** ενώ από αυτούς οι **δύο (2),** δήλωσαν ότι δε γνώριζαν είτε το μέτρο[250] ή το **αν, σε ποιό βαθμό** και με **ποιόν τρόπο** εφαρμόζεται. Και από τους υπόλοιπους **είκοσι τέσσερις (24)** όμως, πολλοί ήταν εκείνοι που αμφισβήτησαν την εφαρμογή του μέτρου αλλά και την αποτελεσματικότητά του. Έτσι, μεγάλη μερίδα των ερωτώμενων ανέφερε ότι "υπάρχουν πολλά προβλήματα στην εφαρμογή του μέτρου", ότι "δεν στηρίζεται όσο θα έπρεπε" και ότι "δεν έχει πετύχει". Σε κάποιες περιπτώσεις σαν αιτιολογία δόθηκε το γεγονός ότι το συγκεκριμένο πρόγραμμα στηρίζεται στις μη κυβερνητικές Οργανώσεις και στους Συλλόγους συμπαράστασης για τη λειτουργία του, με αποτέλεσμα να μην έχει την υποδομή, που χρειάζεται, για να λειτουργήσει σωστά και αποτελεσματικά. Επιπρόσθετα ακούστηκε και η άποψη ότι οι ίδιοι οι γιατροί είναι αυτοί που "δεν το θέλουν".

Στα σχόλια που ακολουθούν[251] φαίνονται καθαρά οι απόψεις των ερωτώμενων για την ελλιπή εφαρμογή και αποτελεσματικότητα αυτού του μέτρου, όπως και για τους λόγους που οδηγούν σε αυτές:

- "Το πρόγραμμα της κατ'οίκον νοσηλείας δεν καλύπτει τις οδηγίες για τέτοιο πρόγραμμα. Το πρόγραμμα -ως έχει- προσφέρει απλά μία νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή, ενώ οι οδηγίες μιλάνε για δίκτυο ολόκληρο που περιλαμβάνει και την οικογένεια κλπ." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Υπήρχε μία ψυχολόγος, την πήρανε. Δεν υπάρχει ψυχολόγος τώρα.(...) Ούτε γιατρό έχουμε αυτή τη στιγμή.(...) Σχετικά με την εκπαίδευση των ασθενών και της οικογένειας γίνονται πολύ λίγα πράγματα.(...) δε θέλουν οι γιατροί την κατ' οίκον νοσηλεία. Δεν υπάρχει η ζήτηση που περίμενα εγώ να υπάρξει. Το πρόγραμμα έγινε με το σκεπτικό να απελευθερωθούν τα κρεβάτια των νοσοκομείων, τα οποία χρειάζονται για τα επείγοντα περιστατικά. το βάζω τον άρρωστο στο σπίτι του να μείνει που είναι και το περιβάλλον οικείο και μπορούν

[250] Συνολικά ή κάποια/ες από τις προβλεπόμενες παρεχόμενες υπηρεσίες του.

να κάνουν πολλά. Κάναμε πολλά στην αρχή, τώρα έχουμε σταματήσει, δεν υπάρχουν ασθενείς. Είναι όμως και οι γιατροί που δεν το θέλουν αυτό." (εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).

Συμπερασματικά και σύμφωνα με τα σχόλια των ερωτώμενων η εφαρμογή και τα αποτελέσματα του μέτρου της κατ' οίκον νοσηλείας απέχουν πολύ από τα αναμενόμενα, με κριτήριο τις προβλεπόμενες υπηρεσίες του μέτρου αυτού. Οι αιτίες ή οι ανασταλτικοί παράγοντες της ορθής και πλήρους εφαρμογής του μέτρου αρκετοί. Το ενδιαφέρον όμως εδώ είναι, ότι η τάση "ιατρικής εξουσίας πάνω στον ασθενή" εμφανίζεται και πάλι σαν ένας από αυτούς τους ανασταλτικούς παράγοντες.

Ε. Το μέτρο που ακολουθεί στις αυθόρμητες αναφορές των ερωτώμενων είναι αυτό που αφορά στην **ύπαρξη και λειτουργία ξεχωριστής πτέρυγας για τους οροθετικούς φυλακισμένους στις φυλακές Κορυδαλλού**. Το ενδιαφέρον στη περίπτωση αυτού του μέτρου εντοπίζεται στο πολύ μεγάλο ποσοστό άγνοιας που εκφράστηκε από τους ερωτώμενους σχετικά με αυτό. Για την ακρίβεια από τα **είκοσι πέντε (25)** στα **πενήντα (50)** άτομα, που αναφέρθηκαν σε αυτό αυθόρμητα, τα **δέκα τρία (13)** επεσήμαναν ότι δε γνώριζαν την ύπαρξη και λειτουργία αυτού του μέτρου και μόνο τα υπόλοιπα **δώδεκα (12)** το σχολίασαν, δηλώνοντας ότι είτε το γνωρίζουν ή έχουν ακούσει γι αυτό.

Οι στόχοι της δημιουργίας της ξεχωριστής πτέρυγας -όπως αναφέρθηκε από ερωτώμενο- ήταν αφενός ο περιορισμός της διασποράς της νόσου μέσα στις φυλακές και αφετέρου η υψηλότερη ποιότητα διαβίωσης των οροθετικών κρατουμένων.

Οι απόψεις, που παρουσιάζονται μέσα από τα σχόλια των ερωτώμενων, συγκλίνουν ως προς την ποιότητα και τις συνθήκες διαβίωσης των οροθετικών ατόμων στη ξεχωριστή πτέρυγα των φυλακών, αλλά αποκλίνουν ως προς τα αποτελέσματα και την αναγκαιότητα εφαρμογής αυτού του μέτρου. Έτσι όλοι σχεδόν οι ερωτώμενοι τονίζουν ότι οι συνθήκες διαβίωσης των οροθετικών φυλακισμένων είναι σαφώς καλύτερες από αυτές των υπόλοιπων κρατουμένων. Εντούτοις ενώ κάποιοι υποστηρίζουν την ύπαρξη και εφαρμογή αυτού του μέτρου, άλλοι το καταδικάζουν ως ρατσιστικό, με αρνητικές συνέπειες γι αυτά τα άτομα, όπως είναι ο ακόμη μεγαλύτερος στιγματισμός και η γκετοποίησή τους.

---

[251] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Στα σχόλια, που ακολουθούν,[252] εμφανίζονται με χαρακτηριστικό τρόπο αυτές οι απόψεις :

- "Είναι μία πληγή πυορροούσα αυτή η Μονάδα του AIDS στις φυλακές Κορυδαλλού. Δούλεψα 3,5 χρόνια στις φυλακές και τα ξέρω από πρώτο χέρι. Αγανακτώ και μόνο που το σκέφτομαι. Τους έχουν σε ξεχωριστή πτέρυγα μεν, με καλύτερες συνθήκες από τους άλλους κρατούμενους. Είναι σχεδόν παράδεισος σε σχέση με τους άλλους κρατούμενους π.χ. από άποψη φαγητού έχουν ψυγεία μέσα, έχουν και τηλεόραση και βίντεο και τους νοικιάζουν κασσέτες κλπ. Όμως έχουν έναν γιατρό που δεν έχει πάρει χαμπάρι τι σημαίνει AIDS, δεν κάνει τίποτα ή κάνει βλακείες, δεν ασχολείται με τους αρρώστους, δεν ενδιαφέρεται, αν έχουν φυματίωση ή πνευμονία. Και αυτά τα υποτυπώδη, που προσφέρει, τα προσφέρει μόνο στους άρρενες. Τις γυναίκες τις αφήνουν στο θάλαμό τους να πεθάνουν. Και βέβαια εισπράττουν οι οροθετικοί τρομακτική απόρριψη μέσα στις φυλακές, κυρίως από τους φύλακες. Εκεί να δείς ρατσισμό" (γιατρός)
- "Ναι και καλύτερα. Στην αρχή έλεγα όχι, να μη διαχωριστούν. Αλλά δεδομένων των γενικών συνθηκών στον Κορυδαλλό, ίσως να τους προσέχουν περισσότερο στην ειδική πτέρυγα. Δεν το ξέρω, αλλά το ελπίζω. Για καλύτερη περίθαλψη, φαγητού, φαρμακευτικών και ιατρικών παροχών. Το ρίσκο είναι η γκετοποίηση. Αλλά, αν οι ευρύτερες συνθήκες είναι χάλια, πιο καλά να τους βάλουν σ'ένα πράγμα σαν κλινική, αλλά να είναι καλύτερες οι συνθήκες" (ψυχολόγος)

Το πρώτο σημείο, που τραβά το ενδιαφέρον στο σύνολο των σχολίων των ερωτώμενων, αφορά στην ιατρονοσηλευτική περίθαλψη των οροθετικών κρατουμένων, όπως αυτή παρουσιάστηκε από δύο ερωτώμενους που ανήκουν στον ιατρικό χώρο[253]. Ήταν τα μόνα άτομα -από όλους όσους σχολίασαν αυθόρμητα αυτό το μέτρο- που αναφέρθηκαν ξεκάθαρα, συνολικά και με απόλυτη βεβαιότητα στις συνθήκες διαβίωσης των οροθετικών κρατουμένων, μάλλον λόγω της προσωπικής τους εμπειρίας σ' αυτόν το χώρο. Στα σχόλιά τους φαίνονται καθαρά, τόσο τα 'προνόμια' που περιλαμβάνει η κράτηση στη ξεχωριστή πτέρυγα, όσο και τα προβλήματα που αυτή συνεπάγεται. Προβλήματα που προφανώς δε γίνονται γνωστά προς τα έξω, δεδομένου ότι δεν αναφέρθηκαν από άλλους ερωτώμενους, ούτε καν

[252] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[253] Το ένα από αυτά παρατέθηκε ακριβώς παραπάνω.

του ίδιου χώρου,[254] αλλά επηρεάζουν άμεσα όχι μόνο την ποιότητα ζωής αλλά και αυτή την ίδια δυνατότητα επιβίωσης αυτών των ατόμων.

Η εικόνα, που δημιουργείται από τα σχόλια αυτών των δύο ερωτώμενων, διαφέρει κατά πολύ από αυτή των υπολοίπων. Προσθέτει στοιχεία, που δείχνουν ότι η καλυτέρευση της ποιότητας ζωής των οροθετικών κρατουμένων σε σχέση με αυτή των μη οροθετικών, στην οποία εν μέρει στοχεύει η ύπαρξη ξεχωριστής πτέρυγας στις φυλακές, είναι μερική και επιφανειακή, όχι ουσιαστική και σε βάθος. Εντούτοις πρόκειται για μία εικόνα με πολύ λίγα στοιχεία, που δε μπορούν να σταθούν από μόνα τους. Τα δεδομένα που προσφέρει -παρότι πολύ σημαντικά- προέρχονται από πολύ μικρό αριθμό ατόμων, με αποτέλεσμα να μπορούν να ληφθούν υπόψη μόνο ως σημαντική ένδειξη και όχι ως τεκμηριωμένη απόδειξη της κατάστασης που επικρατεί.

Όσον αφορά στις απόψεις των υπόλοιπων ερωτώμενων, η σύγκλισή τους -σε σχέση με τις συνθήκες διαβίωσης στη ξεχωριστή πτέρυγα των οροθετικών φυλακισμένων- είναι εμφανής στο σύνολο των σχολίων. Αντίστοιχα εμφανής είναι και η απόκλιση, που εκφράζεται μέσα από τα σχόλια αυτά, σε σχέση με τη χρησιμότητα και αναγκαιότητα της πτέρυγας αυτής. Οι γνώμες των ερωτώμενων διχάζονται σε αυτό το σημείο και η εικόνα που σχηματίζουν γίνεται θολότερη αντί να ξεκαθαρίζει. Οι απόψεις, που τονίζουν το στιγματοφόρο ή και ρατσιστικό χαρακτήρα του μέτρου αντιτίθενται σε αυτές, που επισημαίνουν τα ευεργετικά του αποτελέσματα στη ποιότητα ζωής των οροθετικών κρατουμένων, αλλά και στη προφύλαξη μόλυνσης των υπολοίπων μη οροθετικών. Εντούτοις δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που τα σχόλια εκφράζουν ένα 'πάντρεμα' των δύο αντιφατικών τοποθετήσεων.

Είναι προφανές, ότι οι ερωτώμενοι 'διχάζονται' ανάμεσα στην ανάγκη προφύλαξης από τη μόλυνση των υπολοίπων κρατουμένων -λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών που επικρατούν στις φυλακές- και του στιγματισμού και απομόνωσης που συνεπάγεται η ξεχωριστή πτέρυγα για τους οροθετικούς. Αυτό γίνεται απόλυτα σαφές αμέσως παρακάτω, όταν ζητάται από τους ερωτώμενους να σχολιάσουν αυτό το μέτρο συγκρίνοντάς το με μία από τις διεθνείς οδηγίες που λέει ότι **θεωρείται "εξευτελιστική" μεταχείριση ο υποχρεωτικός διαχωρισμός και η απομόνωση των κρατουμένων με AIDS**, συμπληρώνοντας ότι οι ειδικοί της δημόσιας υγείας δεν το βλέπουν αναγκαίο.

[254] Δηλαδή γιατρούς.

Αυτή η αρχή - οδηγία είχε προεπιλεγεί από το στάδιο της καταγραφής των διεθνών αρχών και οδηγιών, σα μία από τις 'προς σύγκριση με τα μέτρα που εφαρμόζονται' αποτρεπτικές διεθνείς οδηγίες. Ο λόγος είναι ότι είχε ήδη εντοπιστεί η απόκλισή της από το μέτρο που υπάρχει και εφαρμόζεται στην Ελλάδα. Το ζητούμενο ήταν η τοποθέτηση των ερωτώμενων σε αυτή την εμφανή απόκλιση.

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης μέτρου και οδηγίας παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον, αν και η εικόνα που σχηματίζουν, δε διαφέρει σημαντικά από αυτή των αυθόρμητων σχολίων των ερωτώμενων. Συγκεκριμένα από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους μόνον οι **δέκα εννέα (19)** απάντησαν ευθέως και κατηγορηματικά σε αυτή τη σύγκριση, ενώ από τους υπόλοιπους **τριάντα ένα (31), οι είκοσι εννέα (29)** τοποθετήθηκαν έμμεσα και **δύο (2**)δεν απάντησαν καθόλου. Η διστακτικότητα των ερωτώμενων να τοποθετηθούν ευθέως απέναντι στη σύγκριση μέτρου - οδηγίας είναι η πρώτη ένδειξη της έλλειψης συγκεκριμένης θέσης από μέρους τους. Οι απαντήσεις που ακολούθησαν επιβεβαίωσαν αυτή την έλλειψη, καθώς και το 'διχασμό' τους ανάμεσα στο 'κοινό καλό' και τα δικαιώματα των οροθετικών.

Έτσι, εμφανίστηκε μία μεγάλη μερίδα ερωτώμενων, που δεν ήταν σε θέση να τοποθετηθεί ξεκάθαρα υπέρ κάποιου από τα δύο -το μέτρο ή την οδηγία-, ενώ ταυτόχρονα αναγνώριζε και παραδεχόταν το αληθές και το σημαντικό και στα δύο. Ήταν πολύ λίγοι οι ερωτώμενοι, που βρήκαν διέξοδο από το δίλημμα αυτής της επιλογής, προτείνοντας κάποιες λύσεις. Εντούτοις μαζί με τις λύσεις αυτές επεσήμαναν και τα εμπόδια που υπάρχουν στον δρόμο για την εφαρμογή τους. Τα εμπόδια αυτά αφορούν στη γενικότερη λειτουργία των φυλακών -όπως θα φανεί παρακάτω- και η επισήμανσή τους θεωρήθηκε ένα από τα σημαντικά 'τυχαία' ευρήματα αυτής της έρευνας που αύξησαν και το ενδιαφέρον των αποτελεσμάτων σε αυτό το στάδιο.

Στις ευθείες και κατηγορηματικές απαντήσεις των ερωτώμενων, η πλειονότητα τοποθετήθηκε κατά του μέτρου που εφαρμόζεται, συμφωνώντας με τη διεθνή οδηγία. Συγκεκριμένα **δέκα έξι (16)** άτομα δήλωσαν ξεκάθαρα ότι το μέτρο έρχεται σε αντίθεση με τη διεθνή οδηγία, ενώ μόνον **τρία (3)** διαφώνησαν ανοιχτά με αυτήν, υποστηρίζοντας ότι δε θεωρούν το διαχωρισμό των οροθετικών κρατουμένων 'εξευτελιστική μεταχείριση'. Στη μία περίπτωση η έμφαση δόθηκε στην 'ανάγκη μεγαλύτερης προστασίας των οροθετικών ατόμων από τα υπόλοιπα'. Αντίθετα, στις άλλες δύο, τονίστηκε η ανάγκη να εμποδιστεί η διασπορά της νόσου στους υπόλοιπους κρατούμενους, που θεωρείται πολύ πιθανή λόγω των ιδιαίτερων

συνθηκών που επικρατούν στις φυλακές. Μία από τις απαντήσεις αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντική και αξίζει να αναφερθεί:

- "Ε! δε θεωρείται εξευτελιστική μεταχείριση. Θεωρείται μία μεταχείριση πρόληψης για τους υπόλοιπους, γιατί εκεί μέσα οι συνθήκες δεν είναι οι κανονικές και αφού δεν είναι.... Είναι απλώς προληπτική μεταχείρηση και όχι εξευτελιστική. Συμφωνώ με το μέτρο. Έτσι κι αλλιώς ζούνε στο περιθώριο. Το να πάνε από τη μία πλευρά οι άρρωστοι δεν είναι τίποτα. Είναι υποκατηγορία του ήδη περιθωριοποιημένου περιβάλλοντος. Είναι σα να βάζεις τους καπνίζοντες απ'τη μια και τους μη καπνίζοντες από την άλλη, δεν είναι τίποτα" (γιατρός).

Στη περίπτωση των απαντήσεων, που υποστήριξαν ότι το μέτρο αντιφάσκει με την οδηγία βέβαια, ο διαχωρισμός των οροθετικών κρατουμένων από τους υπόλοιπους δεν αντιμετωπίστηκε τόσο ελαφριά. Αντίθετα χαρακτηρίστηκε απο πολλούς "στιγματοφόρος", ως μία "ρατσιστική" έκφραση που οδηγεί στη περαιτέρω "γκετοποίηση" των ατόμων αυτών. Χαρακτηριστικά σχόλια[255] αυτής της κατηγορίας απαντήσεων είναι τα ακόλουθα:

- "Αντιφάσκουν φυσικά (το μέτρο και η οδηγία). Αλλά αυτοί μια χαρά περνάνε εκεί.(...) Τους βάζουν εκεί και για τις σεξουαλικές επαφές που έχουν μεταξύ τους. Τους είχαμε πεί να δίνουν προφυλακτικά και σύρριγγες, δε θέλανε, γιατί δε θέλανε να δεχτούνε ότι υπάρχει ομοφυλοφιλία και τοξικομανία μέσα στις φυλακές. Οπότε απομονώνοντας κάποιους που ξέρεις ότι είναι οροθετικοί και κάνουν χρήση ηρωίνης μέσα στις φυλακές, εμποδίζεις την περαιτέρω εξάπλωση της νόσου. Έτσι υποτίθεται ότι τους προφυλάσσεις και από άλλους με λοιμώδη νοσήματα. Υποτίθεται ότι πρέπει να τους έχεις και καλύτερο φαγητό, που δε γίνεται στη πραγματικότητα. Απλώς είναι ρατσισμός" (εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).
- "Είναι εξευτελιστικό έστω και εκεί πέρα να τους περιθωριοποιείς. Έχουνε τη ρετσινιά μπαίνει και ο ρατσισμός και η περιθωριοποίηση από την άλλη. Το να κάνουν ένα νοσηλευτήριο, έναν χώρο που να μπορούν να πηγαίνουν, να τους δέχονται ή αντίστοιχα, αν έχουν κάποιο πρόβλημα, να παραμένουν, ναι. Να τους ξεχωρίζουν, να τους απομονώνουν, όχι. Και γενικά σε αυτούς τους αρρώστους η απομόνωση δεν κάνει καλό" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)

[255] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Η παραδοχή της ύπαρξης αντίφασης ανάμεσα στο μέτρο και την οδηγία -από τους ερωτώμενους που έκαναν τα παραπάνω σχόλια- είναι αδιαμφισβήτητη. Εξίσου αδιαμφισβήτητες είναι και οι συνέπειες της εφαρμογής αυτού του μέτρου στους οροθετικούς φυλακισμένους -σύμφωνα πάντα με τους ίδιους ερωτώμενους. Εντούτοις στα σχόλια αυτά γίνεται εμφανής ταυτόχρονα η επισήμανση κάποιων ιδιαίτερων συνθηκών, που επικρατούν στις φυλακές, και η αναγνώρισή τους σαν προβλήματα -ή έστω και σαν προφάσεις- που μπορεί να έχουν οδηγήσει στην εφαρμογή αυτού του μέτρου.

Αυτές οι ιδιαίτερες συνθήκες, που επικρατούν στις φυλακές, επισημάνθηκαν και τονίστηκαν εξάλλου, στη πλειονότητα των απαντήσεων που δόθηκαν κατά τη διαδικασία αυτής της σύγκρισης, με ιδιαίτερη έμφαση στις έμμεσες και αμφιταλαντευόμενες τοποθετήσεις. Πολλές φορές αυτή η επισήμανση έγινε στα πλαίσια της εκφραζόμενης με λόγια σκέψης των ερωτώμενων, της διαδικασίας σταθμίσματος των "υπέρ" με τα "κατά" του μέτρου, μέχρι την κατάληξη στην τελική τους τοποθέτηση. Τέτοιες ήταν και οι περιπτώσεις που εμφανίστηκαν στα παραπάνω σχόλια.

Άλλες φορές πάλι η επισήμανση των 'ειδικών συνθηκών' στις φυλακές έγινε στα πλαίσια της αιτιολόγησης υποστήριξης του μέτρου έναντι της οδηγίας από τους ερωτώμενους. Στις περισσότερες, από αυτές τις περιπτώσεις, οι ερωτώμενοι αναγνώριζαν και επεσήμαναν ταυτόχρονα την αντιφατικότητα ανάμεσα στο μέτρο και την οδηγία καθώς και τις αρνητικές συνέπειες του μέτρου στους οροθετικούς φυλακισμένους. Το αποτέλεσμα ήταν να επικαλούνται αυτές τις συνθήκες με τρόπο ελαφρά απολογητικό, προσπαθώντας να δικαιολογήσουν την αμφιταλάντευσή τους απέναντι σε αυτή τη φανερή αντίφαση. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν εκφράστηκε άμεσα και ξεκάθαρα μία τελική τοποθέτηση από τους ερωτώμενους. Αντίθετα η τοποθέτησή τους ήταν έμμεση, αφήνοντας 'ανοιχτά' προς σκέψη πολλά σχετικά ερωτήματα και ζητήματα.

Σε όλες τις κατηγορίες έμμεσων τοποθετήσεων, που ακολουθούν, φαίνονται καθαρά οι διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους έγινε η επισήμανση των 'ειδικών συνθηκών' στις φυλακές. Φαίνεται επίσης καθαρά ο ρόλος των συνθηκών αυτών και της επισήμανσής τους στο σχηματισμό της τελικής τοποθέτησης των ερωτώμενων.

Χαρακτηριστικά σχόλια[256] έμμεσης υποστήριξης εφαρμογής του μέτρου:

- "Στις φυλακές υπάρχουν πολλές φορές ομοφυλοφιλικές τάσεις και κάτι πρέπει να γίνει, γιατί αν είναι ένας ομοφυλόφιλος με AIDS στις φυλακές θα κολλήσει και όλους τους άλλους. Διακριτικά πρέπει να γίνει διαχωρισμός, ίσως όχι έτσι, αλλά δε γίνεται αλλιώς, γιατί θα τους κολλήσουν όλους. Σωστός ο διαχωρισμός. δε μπορείς να είσαι σίγουρος για το ότι χρησιμοποιούν το προφυλακτικό" (γιατρός, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Εξαρτάται για τι άτομα μιλάμε. Αν μιλάμε για άτομα με ποινικά αδικήματα, εξαρτάται από το είδος των ανθρώπων. Πολλά πράγματα συμβαίνουν. Ξέρουμε ότι τα ναρκωτικά διακινούνται μέσα στη φυλακή. Επομένως πολλά πράγματα ξεφεύγουν από την επίβλεψη κάποιων ανθρώπων. δε ξέρω και από πλευράς σεξουαλικών σχέσεων τι συμβαίνει. Μπορεί βέβαια να είναι από τον οφειλέτη κάποιου μικρού ποσού μέχρι και το στυγνότερο εγκληματία. Είναι δύσκολο να πώ ένα ναί ή ένα όχι. Σαφώς υπάρχουν άτομα που έχουν φτάσει εκεί μέσα από μία κοινωνική συμπεριφορά που δε σου εγγυάται τίποτα. Είναι ανομοιογενής η ομάδα. Δε ξέρω, αν αντιφάσκουν. Θα'λεγα ότι ίσως εκεί θα'πρεπε να είμαστε λίγο αυστηροί. Γιατί είναι καλό να παίρνεις τα μέτρα τα δημοκρατικά, τα σωστά και δεοντολογικά, σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα, αλλά, όταν συνδέεσαι και με τέτοιες κονωνικές ομάδες, αυτό δυστυχώς δε συμβαίνει πάντα. Εκεί αναγκάζεσαι να είσαι λίγο πιο δογματικός, λίγο πιο αυστηρός" (γιατρός)

Χαρακτηριστικά σχόλια[257] της έκφρασης έμμεσης αντίθεσης στο μέτρο:

- "Αν είναι απλά οροθετικός, δε χρειάζεται διαχωρισμός. Αν χρειαστεί νοσηλεία, καλύτερα θα είναι να πάει σε Μ.Ε.Λ., εκτός αν είναι στα πλαίσια σαφούς λήψης φαρμάκων" (γιατρός)
- "Είναι αποκλεισμός, δεν είναι Μονάδα. Και τι στις φυλακές; Όταν υπάρχει διαχωρισμός μέσα στο νοσοκομείο, ψάχνεις το γκέτο της φυλακής; Όταν ακόμα στις φυλακές δε δίνονται προφυλακτικά, γιατί κλείνουμε τα μάτια μας, λέμε δηλαδή ότι δεν υπάρχει ομοφυλοφιλία; Όπως το ναρκομανή, που τον κλείνουμε φυλακή, δηλαδή στη μεγαλύτερη 'αγορά' μέσα; Τα ξέρουν οι πάντες αυτά. Κάναμε μία ενημέρωση στις φυλακές των Διαβατών. Όλοι οι φυλακισμένοι έλεγαν: Γιατί δεν έχουμε προφυλακτικά; Και γιατί δεν έχουμε ενημέρωση και

[256] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

νοσηλεία, όπως πρέπει;' Και δεν είναι εκεί μόνο το AIDS. Από εμπειρίες ασθενών μας, που έχουν κάνει στη φυλακή, περιγράφονται μεσαιωνικές καταστάσεις σε σχέση με την αντιμετώπιση όχι μόνο του προσωπικού αλλά και των συγκρατούμενων" (κοινωνική λειτουργός)

Χαρακτηριστικά σχόλια[258] έντονης αμφιταλάντευσης σχετικά με την εφαρμογή του μέτρου:

- "Είναι για τι φυλακές μιλάμε. Δεν έχω καθόλου εμπειρία από φυλακές. Από τους συναδέλφους, που έχουν εμπειρία, μπαίνει το θέμα: 'μήπως είναι καλύτερη η απομόνωση από το να μπαίνουν σε κίνδυνο και οι ίδιοι οι οροθετικοί από την ατμόσφαιρα, αλλά και οι υπόλοιποι; Μερικές φορές, ενώ είναι εξευτελιστικό, μπορεί να είναι πιο λειτουργικό, όταν μιλάμε για φυλακές, που δεν πληρούν κάποιο μίνιμουμ προϋποθέσεων" (ψυχολόγος)
- "Δεν είναι αναγκαίο σε μία καλά λειτουργούσα φυλακή. Τώρα σε μία φυλακή όπου κανένας δεν είναι σίγουρος για τον εαυτό του... Είναι σαν τη διακίνηση ναρκωτικών. Δηλαδή να μπούν οι χρήστες σε ξεχωριστή πτέρυγα από τους μη. Σαφώς είναι ρατσιστικό από άποψη κοινωνικής ευαισθησίας. Αλλά αυτό θα ίσχυε σε μία κατάσταση νορμάλ οργανωμένης φυλακής, που θα ήσουνα σίγουρος ότι δε θα συμβούν πράγματα, που συμβαίνουν στις φυλακές τις δικές μας και αλλού. Δεν είναι σωστό να υπάρχει ξεχωριστός θάλαμος, αλλά πρέπει να προφυλαχθεί ο κάθε φυλακισμένος ότι δε θα γίνει οροθετικός ή τοξικομανής μέσα στη φυλακή. Δεν είναι η λύση το να τους κλείσεις σε ένα γκέτο, αλλά πρέπει να βρεθεί λύση. Αυτό δε σημαίνει ότι δεν το κάνουμε αυτό και αφήνουμε να διαιωνίζεται το πρόβλημα και, αν μπαίνουνε μέσα 10 οροθετικοί, να βγαίνουνε 25" (γιατρός)

Η εικόνα που σχηματίζεται από όλα τα σχόλια -έμμεσης τοποθέτησης των ερωτώμενων στη σύγκριση μέτρου - οδηγίας- δεν είναι ξεκάθαρη και απόλυτη. Οι απαντήσεις των ερωτώμενων, που την απαρτίζουν, δεν είναι κατηγορηματικές και οι απόψεις που εκφράζουν δεν είναι κατασταλαγμένες. Εντούτοις προσφέρουν πολλές και πολύτιμες πληροφορίες και παρουσιάζουν με ακρίβεια τον πολυδιάστατο χαρακτήρα του προβλήματος και τα ηθικά και κοινωνικά διλήμματα που προκύπτουν από αυτό. Πληροφορίες, που αποτελούν σημαντικές ενδείξεις, όχι μόνο όσον αφορά

[257] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

στη σύγκριση του μέτρου με την οδηγία, αλλά και σε σχέση με την ευρύτερη προσπάθεια αξιολόγησης της Πολιτικής Θεραπείας των οροθετικών ατόμων.

Η πρώτη ένδειξη, που προκύπτει, αφορά στην έντονη αμφιταλάντευση των ερωτώμενων ανάμεσα στη ξεκάθαρη αντίφαση -του μέτρου με τη διεθνή οδηγία- και στα πραγματικά δεδομένα. Δεδομένα, που αναφέρονται ως 'ιδιαίτερες συνθήκες' των φυλακών και υπαγορεύουν την πρακτική ανάγκη διαχωρισμού των οροθετικών κρατουμένων, τόσο για το δικό τους καλό όσο και για την πρόληψη μετάδοσης της νόσου στους υπόλοιπους. Η αμφιταλάντευση αυτή των ερωτώμενων συνοδεύεται -όπως φάνηκε κιόλας- και από τη δυσκολία ή ακόμα και την απουσία ξεκάθαρης τοποθέτησής τους "υπέρ" ή "κατά" της εφαρμογής του μέτρου. Έτσι, είναι αρκετές οι περιπτώσεις, που οι ερωτώμενοι, αντί για απάντηση, δίνουν μία περιγραφή των αντικειμενικών δυσκολιών της ζωής στις φυλακές και του δικού τους προβληματισμού απέναντι σε αυτές.

Όλα τα ακόλουθα είναι αποτέλεσμα του διλήμματος αυτού στο οποίο βρέθηκαν οι ερωτώμενοι, όταν τους ζητήθηκε να συγκρίνουν το μέτρο με τη διεθνή οδηγία. Η παραδοχή από μέρους τους του στιγματοφόρου χαρακτήρα του μέτρου ήταν η επόμενη ξεκάθαρη ένδειξη που προέκυψε από τα σχόλια των ερωτώμενων. Η εφαρμογή του μέτρου θεωρείται 'εξευτελιστική' μεταχείρηση, σύμφωνα με τα όσα ειπώθηκαν στη πλειονότητα αυτών των σχολίων. Θεωρείται ακόμα ότι επιβαρύνει την κατάσταση των οροθετικών φυλακισμένων, όσον αφορά στον κοινωνικό στιγματισμό, στη περιθωριοποίησή τους αλλά και στη ψυχολογία τους.

Σε αυτό ακριβώς το σημείο -της επισήμανσης από την πλευρά των ερωτώμενων των αρνητικών συνεπειών του μέτρου- βγήκαν στην επιφάνεια άλλα δύο στοιχεία με ενδιαφέρον. Το πρώτο σχετίζεται με την άποψη που εκφράστηκε από μερίδα ερωτώμενων και υποστηρίζει ότι ο διαχωρισμός συστήνεται μόνο στις περιπτώσεις που οι οροθετικοί φυλακισμένοι νοσήσουν. Το σκεπτικό πίσω από αυτή την άποψη είναι η πληρέστερη αντιμετώπιση της κατάστασης των οροθετικών ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της ιατροφαρμακευτικής τους περίθαλψης και νοσηλείας. Το ενδιαφέρον λοιπόν σε αυτή την περίπτωση στρέφεται στις ανάγκες και τα δικαιώματα αυτών των ατόμων.

Προς την ίδια κατεύθυνση και συμπληρώνοντας την παραπάνω άποψη, εκφράστηκε και η αντίθεση μικρής μερίδας ερωτώμενων με το διαχωρισμό των

---

[258] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

οροθετικών όχι μόνον στις φυλακές αλλά ακόμη και μέσα στα Νοσοκομεία. Οι ερωτώμενοι, που επέκριναν αυτόν το διαχωρισμό, τόνισαν ότι δεν είναι απαραίτητος, ότι σε άλλες χώρες δεν εφαρμόζεται και ότι λειτουργεί επιβαρυντικά για τους οροθετικούς ασθενείς. Αυτό είναι και το δεύτερο ενδιαφέρον στοιχείο, που βγήκε στην επιφάνεια, δεδομένου ότι αυτή η άποψη δεν είχε εκφραστεί νωρίτερα -σε κάποιο προηγούμενο στάδιο κατά τη διαδικασία των συνεντεύξεων- ούτε και ήταν αναμενόμενη.

Αντίστοιχα απροσδόκητα ήταν και τα στοιχεία, που βγήκαν στην επιφάνεια, αναφορικά τόσο με τις 'ιδιαίτερες συνθήκες' που επικρατούν στις φυλακές όσο και με την αδυναμία αντιμετώπισής τους. Έτσι κάποιοι από τους ερωτώμενους τόνισαν την ανάγκη αναγνώρισης από το κράτος των προβλημάτων που ενυπάρχουν στη ζωή μέσα στις φυλακές και της λήψης μέτρων για την αντιμετώπιση και λύση τους. Συγκεκριμένα αρκετοί αναφέρθηκαν στη χρήση ναρκωτικών στις φυλακές, καθώς και στην ύπαρξη ομοφυλοφιλικών σχέσεων σαν κοινή γνώση. Γνώση που κατέχει, αλλά αρνείται επίσημα το κράτος, με αποτέλεσμα να μην λαμβάνει τα απαραίτητα -για την υγεία όλων των κρατουμένων- μέτρα. Τα μέτρα αυτά είναι η δωρεάν παροχή συρίγγων και προφυλακτικών μέσα στις φυλακές, αλλά και η σωστή και συστηματική ενημέρωση κρατουμένων και φυλάκων.

Η άρνηση παραδοχής από κρατικής μεριάς της πραγματικότητας των 'ιδιαίτερων συνθηκών' στις φυλακές είναι ένα σημαντικό εμπόδιο -σύμφωνα με αυτούς τους ερωτώμενους- στην επίλυση του προβλήματος του διαχωρισμού των οροθετικών κρατουμένων από τους υπόλοιπους. Διότι, αν λαμβάνονταν τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα -που μόλις αναφέρθηκαν- για όλους τους κρατούμενους, ίσως και να μην ήταν απαραίτητος αυτός ο διαχωρισμός.

Η άποψη αυτή εκφράστηκε από μερικούς άμεσα και από άλλους έμμεσα μέσα στις απαντήσεις που δόθηκαν. Άσχετα με τον τρόπο όμως, ήταν η μόνη άποψη που πρότεινε μία λύση σε αυτό το δίλημμα που προέκυψε από τη σύγκριση του μέτρου με τη διεθνή οδηγία. Η μικρή μερίδα των ερωτώμενων, που την εξέφρασαν -άμεσα ή έμμεσα-, ήταν η μόνη που πρόσφερε μία διέξοδο στον εγκλωβισμό της 'αναγκαστικής' επιλογής ανάμεσα στο γενικό καλό και τα δικαιώματα των οροθετικών κρατουμένων, από τον οποίο δε ξέφυγαν οι υπόλοιποι ερωτώμενοι.

Το κατά πόσο πράγματι πρόκειται για τη 'χρυσή τομή' στην αντιμετώπιση του προβλήματος, θα μπορούσε να φανεί μόνο μέσα από την εφαρμογή αυτής της λύσης. Εντούτοις είναι μία πρόταση που φαίνεται ότι μπορεί και να ξεπερνά μία φαινομενικά

αξεπέραστη αντίθεση: το γενικό καλό με τα δικαιώματα των οροθετικών. Μία αντίθεση που έγινε ιδιαίτερα εμφανής σε αυτή τη διαδικασία σύγκρισης μέτρου και οδηγίας. Αυτό εξάλλου είναι ακόμα ένα από τα στοιχεία που προέκυψαν από τα σχόλια των ερωτώμενων: η αίσθηση της αντίθεσης ανάμεσα στο γενικό καλό και την προάσπιση των δικαιωμάτων των οροθετικών κρατουμένων, καθώς και της 'αναγκαστικής' επιλογής ανάμεσα στα δύο.

Η αντίθεση ανάμεσα στο γενικό καλό και τα δικαιώματα των οροθετικών βέβαια δεν αποτελεί καινούργιο προβληματισμό. Έχει εμφανιστεί σε διάφορες περιπτώσεις και στα πλαίσια της Πολιτικής Πρόληψης. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό του μέτρου, που αφορά στην "κατάσχεση ή μη ανανέωση του βιβλιαρίου υγείας των επίσημα καταχωρημένων ιερόδουλων, που βρίσκονται φορείς του ιού".

Όπως είχε επισημανθεί σε εκείνο το στάδιο, το μέτρο αυτό αντέκρουε μία σαφή διεθνή οδηγία και ένα αντίστοιχο -με το τωρινό- δίλημμα είχε εκφραστεί από τους ερωτώμενους. Και σε εκείνη την περίπτωση -όπως και τώρα- λίγα ήταν τα άτομα, που είχαν ξεφύγει από το δίλημμα -της 'αναγκαστικής' επιλογής ανάμεσα στο γενικό καλό και την προάσπιση των δικαιωμάτων των οροθετικών ιερόδουλων-, προτείνοντας μία άλλη λύση. Μία λύση που θα μπορούσε να ξεπεράσει ή ακόμα και να γεφυρώσει αυτή την αντίθεση. Εντούτοις η πλειονότητα των ερωτώμενων είχε παγιδευτεί και τότε σ' αυτό το δίλημμα.

Το αποτέλεσμα ήταν η προσπάθεια πραγματοποίησης μίας αιτιολογημένης επιλογής ανάμεσα στο γενικό καλό και τα δικαιώματα των οροθετικών. Η ανάγκη αιτιολόγησης όμως της επιλογής αυτής οδήγησε -σε κάποιες περιπτώσεις- με τη σειρά της στην προβολή -από τη μεριά των ερωτώμενων- κάποιων στερεοτύπων σε σχέση με τα εκδιδόμενα άτομα και στην αντίστοιχη έκφραση τάσεων στιγματισμού απέναντι σε αυτά. Αντίστοιχα φαινόμενα παρουσιάστηκαν και στην τωρινή περίπτωση. Η έκφραση στερεοτύπων και τάσεων στιγματισμού πραγματοποιήθηκε και πάλι, στα πλαίσια της προσπάθειας κάποιων να αιτιολογήσουν τη θετική τοποθέτησή τους απέναντι στην εφαρμογή του μέτρου, σαν ανάγκη προάσπισης του γενικού καλού.

Έτσι αμφισβητήθηκε η δυνατότητα των οροθετικών κρατουμένων να σεβαστούν τους συγκρατούμενούς τους, εφόσον από μόνο του το γεγονός της κράτησής τους στις φυλακές φανερώνει -κατά μερίδα ερωτώμενων- την αδυναμία του κοινωνικού συνόλου να τους εμπιστευτεί. Εξάλλου -για κάποιους- 'έτσι κι αλλιώς

φυλακισμένοι και περιθωριοποιημένοι είναι' και δεν έχει μεγάλη σημασία, αν περιθωριοποιούνται ακόμα και σε αυτό το περιθώριο μέσα στο οποίο ήδη ζούν.

ΣΤ. Στη συνέχεια -με βάση πάντα τις αυθόρμητες αναφορές των ερωτώμενων- ακολουθεί το μέτρο που αφορά στη **λειτουργία του Ξενώνα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης** στα Καμίνια του Πειραιά (από 16-7-93) με στόχους:

Α) Την παροχή στέγης, τροφής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε άτομα που για κάποιον λόγο δεν έχουν τη δυνατότητα να στεγαστούν κάπου αλλού (όπως είναι για παράδειγμα ασθενείς από την επαρχία, που δεν τους δέχονται για νοσηλεία τα νοσοκομεία, άποροι ή μη οροθετικοί, άτομα προερχόμενα από προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον κλπ.).

Β) Την επανακοινωνικοποίηση των φιλοξενουμένων μέσω ομαδικών διεργασιών.

Από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους οι **είκοσι τέσσερις (24)** αναφέρθηκαν αυθόρμητα σε αυτό το μέτρο, **πέντε (5)** από τους οποίους δε γνώριζαν την ύπαρξη του δεύτερου στόχου του μέτρου ούτε το κατά πόσο γίνεται κάτι για να επιτευχθεί. Εντούτοις όλοι οι ερωτώμενοι, που το σχολίασαν, γνώριζαν την ύπαρξη του πρώτου στόχου και τη λειτουργία του Ξενώνα προς αυτή την κατεύθυνση.

Η ύπαρξη του μέτρου σχολιάστηκε από τους ερωτώμενους σαν ένα θετικό βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση. Αναφέρθηκε ότι το μέτρο είναι "πολύ σωστό" και ότι βοηθάει πολύ κάποια οροθετικά άτομα, όπως επίσης και ότι οι οροθετικοί που μένουν στον Ξενώνα, είναι ευχαριστημένοι. Δεν ήταν λίγες λοιπόν οι περιπτώσεις επαίνου για την ύπαρξη και λειτουργία του Ξενώνα. Για την ακρίβεια, αυτό ήταν από τα λίγα μέτρα που δέχθηκαν τόσα πολλά θετικά σχόλια, όσον αφορά στην ύπαρξη και εφαρμογή του.

Εντούτοις τονίστηκαν -επίσης από αρκετούς- κάποιες σοβαρές αδυναμίες στα πλαίσια της εφαρμογής αυτού του μέτρου που το καθιστούν -όπως χαρακτηριστικά λέχθηκε- "άλλο ένα ακανθώδες ζήτημα". Τα ενδεικτικά σχόλια, που ακολουθούν,[259] κάνουν αισθητή τη θετική αντιμετώπιση των ερωτώμενων στο μέτρο, αλλά επισημαίνουν με χαρακτηριστικό τρόπο τις αδυναμίες της εφαρμογής του:

- "Ο Ξενώνας μπλέχτηκε με τον κοινωνικό περίγυρο, με προβλήματα, όπως ναρκωτικά, άτομα διωγμένα από την οικογένεια, ψυχιατρικό υπόβαθρο,

[259] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες... Γενικά (επικρατεί) ένα χάος, που συγκέντρωσε φοβερό φορτίο και εκρήγνυται κατά καιρούς. Ο μάγειρας (για παράδειγμα) μαχαίρωσε τους μισούς. Είναι ψυχιατρικό άτομο που δεν υφίσταται καμίας ψυχιατρικής παρακολούθησης. Δεν είναι εύκολο να οργανώσεις τόσα πράγματα και να συγκεντρώσεις τόσα προβλήματα στον ίδιο χώρο. Είναι φιλότιμη προσπάθεια, αλλά δεν αρκεί το φιλότιμο. Δημιουργούνται φοβερές εντάσεις και προβλήματα. Ιδιαίτερα δε με τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, που κάνουν χρήση σε δημόσιο χώρο και δη του Υπουργείου Υγείας. Φαντάσου και το προσωπικό. Δεν είναι εύκολο να τα χειριστείς αυτά και να στεγάσεις κάτω από μία στέγη." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).

- "Υπάρχουν προβλήματα, όταν πρέπει άνθρωποι από διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, με διαφορετικούς χαρακτήρες, να συμβιώσουν σε έναν χώρο, υπάρχουν δυσκολίες. Και πρέπει πάντα να προσπαθούμε να αποϊδρυματοποιήσουμε αυτούς τους ανθρώπους, να δημιουργήσουμε συγκεκριμένο πρόγραμμα και να υπάρχουν συνέχεια παρεμβάσεις από το προσωπικό. Δυσκολίες υπάρχουν, και συνήθως αυτοί που καταφεύγουν στον Ξενώνα είναι άτομα που έχουν στιγματιστεί. Ένα μέρος από αυτούς είναι περιθωριακοί και αυτό σίγουρα δημιουργεί ορισμένα προβλήματα συμβίωσης. Ο στόχος του Ξενώνα είναι να επανεντάξει αυτά τα άτομα στην κοινωνία, αλλά αυτό δεν είναι εύκολο, γιατί υπάρχει και ο στιγματισμός, η κοινωνία δεν τους αποδέχεται και είναι και πολλά άτομα που δεν... Υπάρχουν ελλείψεις και προβλήματα επαγγελματικής κατάρτισης. (...) Θα έπρεπε να γίνει επέκταση του προγράμματος για 'προστατευμένα διαμερίσματα' σαν φυσική εξέλιξη του Ξενώνα, για την αποϊδρυματοποίηση. Με επιλογή από το ξενώνα για όσους έχουν τη δυνατότητα να ζήσουν σε αυτοδύναμα διαμερίσματα, τα οποία θα είναι προστατευμένα, θα εποπτεύονται από το Υπουργείο και θα κάνουν και κάποια δουλειά. Δημιουργία Ξενώνων σε επαρχιακές πόλεις δεν ενδείκνυται. Ο κόσμος αποφεύγει να πάει ακόμα και στην πρωτεύουσα του Νομού. Ίσως θα μπορούσε να γίνει Ξενώνας στη Θεσαλονίκη[260], για να καλύψει και τις ανάγκες της Βορείου Ελλάδος. Πιο πολλοί Ξενώνες δε χρειάζονται" (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).

[260] Την περίοδο των συνεντεύξεων δεν είχε γίνει ακόμα ο Ξενώνας της Θεσσαλονίκης.

Η θετική γνώμη των ερωτώμενων για την ύπαρξη και λειτουργία του Ξενώνα έγινε εμφανής σε όλα τα σχόλια τους. Επιδοκιμάστηκε δε ιδιαίτερα αυτό το μέτρο, για την παροχή στέγης και τροφής σε οροθετικά άτομα, με πρόβλημα να εξασφαλίσουν τη μία ή και τις δύο από αυτές τις προϋποθέσεις επιβίωσης. Έγινε εξίσου εμφανές όμως, ότι η εφαρμογή αυτού του μέτρου είναι όχι μόνο ελλιπής αλλά και γεμάτη αδυναμίες.

Οι ελλείψεις και οι αδυναμίες του ξεκινούν καταρχήν από τα ποικίλα προβλήματα, που αφορούν στην εσωτερική δομή και λειτουργία του Ξενώνα, με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται με ολοκληρωμένο τρόπο κανένας από τους δύο στόχους που περιλαμβάνει. Σχετικά με τον πρώτο στόχο, καλύπτεται μερικώς, ενώ δεν υπάρχει καμία ενέργεια, που να πραγματοποιείται προς την κατεύθυνση επίτευξης του δεύτερου. Συγκεκριμένα μέσα από τα σχόλια των ερωτώμενων εντοπίστηκαν: απουσία ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στους οροθετικούς φιλοξενούμενους,[261] δυσκολία τήρησης κάποιων βασικών κανόνων λειτουργίας,[262] έλλειψη υποδομής για την αντιμετώπιση του ανομοιογενούς συνόλου φιλοξενουμένων, αλλά και για το χειρισμό των απαραίτητων -για την επίτευξη των στόχων του μέτρου- ενεργειών.[263] Είναι όλες βέβαια ελλείψεις και δυσκολίες σοβαρές και πολύπλοκες, για τις οποίες δε φαίνεται να έχουν βρεθεί τρόποι αντιμετώπισης.

Τα προβλήματα του Ξενώνα όμως δεν εξαντλούνται στην εσωτερική δομή και λειτουργία του. Επεκτείνονται και σε άλλες επιδράσεις που δημιουργούνται από την ύπαρξη του. Κάποιες -και αρκετά σημαντικές- από αυτές, είναι εξωτερικές και αφορούν στις στιγματοφόρες αντιδράσεις του κοινωνικού περίγυρου. Τα προβλήματα, που προκύπτουν από τον κοινωνικό περίγυρο, δυσκολεύουν πάντα τη λειτουργία του Ξενώνα, άλλοτε σε μικρότερο και άλλοτε σε μεγαλύτερο βαθμό. Οι αντιδράσεις της γειτονιάς, στα Καμίνια του Πειραιά, όταν πρωτολειτούργησε ο Ξενώνας για παράδειγμα, ήταν έντονες και αποτελούσαν χαρακτηριστική έκφραση της άγνοιας των κατοίκων της περιοχής και του φόβου που αυτή συνεπαγόταν. Ήταν όμως μικρής διάρκειας και σταμάτησαν, μόλις οι κάτοικοι ενημερώθηκαν σωστά και ξεπέρασαν τον αδικαιολόγητο φόβο τους. Έτσι δεν επηρέασαν δραματικά και μακροπρόθεσμα τη λειτουργία αυτού του Ξενώνα.

---

[261] Δεδομένης της απουσίας ψυχολόγου για μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά και ψυχιάτρου για περιπτώσεις που όπως φάνηκε χρειάζεται.

[262] Όπως είναι αυτός που απαγορεύει την φιλοξενία σε χρήστες ναρκωτικών και θέτει ως προϋπόθεση την απεξάρτηση των ατόμων από τα ναρκωτικά.

[263] Όπως είναι η επαγγελματική κατάρτιση με στόχο την κοινωνική επανένταξη των ατόμων αυτών.

Εντούτοις αντίθετη ήταν -και παραμένει ως σήμερα- η εξέλιξη της στάσης των κατοίκων της Θεσσαλονίκης στην περιοχή που ίδρυσε το Κ.Ε.Ε.Λ. τον τοπικό Ξενώνα τον Οκτώβριο του 1998. Οι έντονες, στιγματοφόρες και βίαιες αντιδράσεις των κατοίκων εκείνης της γειτονιάς δεν έχουν περιοριστεί, με αποτέλεσμα να μην έχει λειτουργήσει ποτέ ο Ξενώνας της Θεσσαλονίκης. Αξίζει ίσως να αναφερθεί, ότι ο βασικός τρόπος αντίδρασης των κατοίκων ήταν να κλειδώσουν τα δωμάτια του Ξενώνα και να κρατάνε μέχρι και σήμερα τα κλειδιά, παρόλο που ο Ξενώνας στεγάζεται σε δημόσιο κτίριο.

Όλα τα προβλήματα, που μόλις αναφέρθηκαν, οδηγούν στον περιορισμό της λειτουργίας του Ξενώνα στην παροχή στέγης και τροφής για περιορισμένο χρονικό διάστημα, σε μία και μόνο περιοχή και σε περιορισμένο αριθμό οροθετικών ατόμων. Και ενώ αυτή η λειτουργία από μόνη της συνιστά σημαντική βοήθεια γι' αυτά τα άτομα, δεν αρκεί για να χαρακτηριστεί ολοκληρωμένη και αποτελεσματική η εφαρμογή του μέτρου. Για την επίτευξη αυτού του στόχου θα έπρεπε όχι μόνο να λυθούν τα προαναφερθέντα προβλήματα, αλλά ενδεχομένως να ληφθούν υπόψη και οι επεκτάσεις του προγράμματος που προτάθηκαν από κάποιους ερωτώμενους.

Οι επεκτάσεις αυτές αφορούν και πάλι οροθετικά άτομα και αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα προβλήματα και ανάγκες. Η πρώτη πρόταση αφορά σε ένα χώρο, μεταξύ νοσοκομείου και ξενώνα, για περιστατικά σε τελικά στάδια που δεν έχουν πού αλλού να πάνε. Η δεύτερη πρόταση αφορά σε 'προστατευόμενα, αυτόνομα διαμερίσματα' για άτομα που έχουν τη δυνατότητα να ζήσουν μόνα τους, σα φυσική εξέλιξη του θεσμού του Ξενώνα σε μία διαδικασία κοινωνικής επανένταξης.

Οι δυό αυτές προτάσεις φαντάζουν μακρινά σχέδια, αν σκεφτεί κανείς τα υφιστάμενα προβλήματα της παρούσας κατάστασης και τη δυσκολία επίλυσής τους. Εντούτοις αποτελούν ενδείξεις των αναγκών που προκύπτουν στους οροθετικούς σε κάθε στάδιο της πορείας τους με τη νόσο. Ενδείξεις, που σίγουρα δε μπορούν και δεν πρέπει να αγνοηθούν από τους υπευθύνους, στη διαδικασία σχεδιασμού της Πολιτικής Θεραπείας του AIDS.

Ζ. Το επόμενο -κατά σειρά αυθόρμητου σχολιασμού- μέτρο, αφορά στην **ανάπτυξη τουλάχιστον πέντε (5) κλινών για νοσηλεία ασθενών και φορέων AIDS.** Περιλαμβάνει επίσης την 'ανάπτυξη από τα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία Αττικής, Θεσσαλονικής, Ιωαννίνων, Πατρών και Ηρακλείου Κρήτης εξωτερικών

ιατρείων για την παροχή ιατρικής και οδοντιατρικής φροντίδας στους πάσχοντες από AIDS, που δε χρήζουν κλειστής νοσηλείας και στους φορείς'.

Το μέτρο αυτό απέσπασε αρκετά αυθόρμητα σχόλια από τους ερωτώμενους, ελάχιστα από τα οποία δήλωναν άγνοια για την ύπαρξη και εφαρμογή του. Εντούτοις τα σχόλια αυτά ήταν -στην πλειονότητά τους- αρνητικά, σε σχέση με τον τρόπο που εφαρμόζεται. Συγκεκριμένα, από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους, **είκοσι τρεις (23)** αναφέρθηκαν αυθόρμητα στο μέτρο και μόνον οι **δύο (2)** από αυτούς δεν το γνώριζαν. Οι υπόλοιποι **είκοσι ένας (21)** γνώριζαν την ύπαρξή του, αλλά αμφισβήτησαν -στο μεγαλύτερο μέρος τους- την ακριβή εφαρμογή του. Επεσήμαναν τις ελλείψεις κλινών και Μονάδων οροθετικών ασθενών που υπάρχουν στα Νοσοκομεία της χώρας, με ιδιαίτερη έμφαση σε αυτά της Ελληνικής επαρχίας. Επίσης τόνισαν την ανάγκη ανάπτυξης εξωτερικών ιατρείων και οδοντιατρείων για οροθετικούς, υποδομή που αναφέρεται μεν στο μέτρο αλλά δεν υπάρχει σε επάρκεια.

Στα σχόλια, που ακολουθούν, παρουσιάζονται ενδεικτικά[264] οι απόψεις των ερωτώμενων για την εφαρμογή αυτού του μέτρου:

- "Όχι, δεν ισχύει. Στο "Αλεξάνδρας" εξακολουθεί να υπάρχει ένα δωμάτιο, στο "Ιπποκράτειο" υπάρχουν δύο" (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων)
- "Ξέρω ότι στη Θεσσαλονίκη υπάρχει έλλειψη. Είναι επτά κρεβάτια για όλη τη Βόρεια Ελλάδα" (οροθετικός)

Το πρώτο συμπέρασμα, που προκύπτει από τα σχόλια των ερωτώμενων στο σύνολό τους, είναι ότι η εφαρμογή του μέτρου αυτού είναι στοιχειώδης και σίγουρα δεν επαρκεί για να καλύψει τις υπάρχουσες ανάγκες. Έτσι, ενώ εμφανίζονται και κάποιες 'φωτεινές εξαιρέσεις',[265] η υποδομή των νοσοκομείων για την εξυπηρέτηση των οροθετικών αναγκών παρουσιάζεται ελλιπής. Ιδιαίτερα αισθητή δε είναι αυτή η κατάσταση στις περιπτώσεις των νοσοκομείων της Περιφέρειας. Εντούτοις και στα μεγάλα αστικά κέντρα συγκεκριμένες ανάγκες των οροθετικών[266] παραμένουν, όπως φαίνεται, ακάλυπτες ή καλύπτονται μόλις και με την βία.

Σε παρόμοια συμπεράσματα όμως οδηγούν και τα σχόλια των ερωτώμενων γι' αυτό το μέτρο, που δεν προέκυψαν αυθόρμητα αλλά μετά από παρότρυνση του μελετητή. Δεδομένου ότι αυτό το μέτρο ήταν το τέταρτο -και τελευταίο-, που είχε

[264] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[265] Όπου υπάρχουν και περισσότερες από τις προβλεπόμενες κλίνες.
[266] Όπως είναι η οδοντιατρική περίθαλψη.

προεπιλεγεί, για σύγκριση με κάποια από τις διεθνείς αρχές και οδηγίες, ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να επανέλθουν σε αυτό.

Συγκεκριμένα τους παρουσιάστηκε μία από τις διεθνείς οδηγίες και τους ζητήθηκε να τοποθετηθούν, ως προς την κάλυψη της οδηγίας αυτής, από το μέτρο που εφαρμόζεται. Η διεθνής οδηγία με την οποία συγκρίθηκε το μέτρο αφορά στην προτροπή για '**ενδυνάμωση των μονάδων εσωτερικών ασθενών και επάνδρωσή τους με διεπιστημονικές ομάδες,** με στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στο νοσοκομείο για τη θεραπεία του AIDS και συναφών καταστάσεων.'

Οι τοποθετήσεις των ερωτώμενων επιβεβαιώνουν την εικόνα που σχηματίστηκε από τα αυθόρμητα σχόλιά τους, επισημαίνοντας για μία ακόμη φορά τις μεγάλες ελλείψεις στην υπάρχουσα νοσοκομειακή υποδομή για τους οροθετικούς ασθενείς.

Από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους μόνον οι **δέκα έξι (16)** ανέφεραν ότι το μέτρο αυτό καλύπτει τη διεθνή οδηγία, ενώ **τριάντα τρεις (33)** υποστήριξαν -άμεσα και έμμεσα- ότι δεν την καλύπτει. Και από αυτούς -τους δέκα έξι (16)- όμως, οι **έντεκα (11)** φάνηκαν διστακτικοί, έθεσαν προϋποθέσεις ή αναφέρθηκαν σε μερική κάλυψη της διεθνούς οδηγίας, αναφέροντας ταυτόχρονα τα προβλήματα και τις ανάγκες που εξακολουθούν να υπάρχουν. Έτσι απέμειναν μόνον **πέντε (5)** άτομα που ξεκάθαρα υποστήριξαν την εξ ολοκλήρου κάλυψη της οδηγίας από το μέτρο. Τέλος **ένα (1)** άτομο δεν απάντησε καθόλου στη σύγκριση μέτρου - οδηγίας.

Χαρακτηριστικά σχόλια[267] που άμεσα υποστήριξαν την κάλυψη της οδηγίας από το μέτρο είναι τα ακόλουθα:

- "Είναι υψηλότατη η ποιότητα φροντίδας, όσον αφορά στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων στην Ελλάδα. Δεν έχει να ζηλέψει τίποτε από την καλύτερη Μονάδα που υπάρχει στην Αμερική ή στην Ευρώπη. Είμαι κατηγορηματικός" (γιατρός)
- "Νομίζω ότι την καλύπτει (την οδηγία). δε νομίζω ότι υπάρχει νοσοκομείο στην Ελλάδα, που να μην είναι σε θέση να περιθάλψει ασθενείς με AIDS ή/και το αρνείται, με εξαίρεση την πρώτη ή δεύτερη χρονιά" (δημοσιογράφος)

Η ένδειξη, που προκύπτει από τα 'υποστηρικτικά' σχόλια στο σύνολό τους, είναι ότι οι κατηγορηματικές απαντήσεις των ερωτώμενων για πλήρη κάλυψη της οδηγίας από το μέτρο είναι περιορισμένες. Όχι μόνο ως προς τον αριθμό τους αλλά και ως προς την 'εμβέλειά ' τους. Έτσι, εμφανίζεται να υποστηρίζεται

[267] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

κατηγορηματικά -από έναν ερωτώμενο[268]- η άψογη λειτουργία των Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων στην Ελλάδα, στο βαθμό μάλιστα της σύγκρισης με άλλες χώρες του κόσμου. Εντούτοις δε γίνεται καμία αναφορά -από τον ίδιο ερωτώμενο- στην ύπαρξη διεπιστημονικών ομάδων ή/και στη συνεργασία με επιστήμονες εκτός Μονάδων. Ούτε γίνεται φυσικά αναφορά στις συνθήκες που επικρατούν στα νοσοκομεία που δε διαθέτουν Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων, ενώ -σύμφωνα πάντα με το μέτρο- θα έπρεπε.

Αντίστοιχα υποστηρίζεται -από άλλο ερωτώμενο[269]- τόσο η ύπαρξη διεπιστημονικών ομάδων και η 'εξωτερική' συνεργασία με επιστήμονες, όσο και η καλή λειτουργία της Μονάδας του νοσοκομείου, στο οποίο εργάζεται. Χωρίς να μειώνεται στο ελάχιστο η αξία της συγκεκριμένης τοποθέτησης όμως, δεν παύει παρά να είναι αναφορά σε ένα και μοναδικό νοσοκομείο με οργανωμένη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων. δε δίνεται δηλαδή -μέσα από αυτήν την τοποθέτηση- μία συνολικότερη εικόνα για τα υπόλοιπα νοσοκομεία με ή χωρίς Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων.

Τέλος, παρουσιάζεται το επιχείρημα[270] που βλέπει όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας, αφενός μεν να είναι σε θέση να περιθάλψουν οροθετικούς ασθενείς, αφετέρου δε να το πράττουν με προθυμία. Εντούτοις το επιχείρημα αυτό μοιάζει με 'ευσεβή πόθο', δεδομένων των αυθόρμητων σχολίων που έχουν προηγηθεί για το δεύτερο -κατά σειρά παρουσίασης- μέτρο θεραπείας.[271] Τα σχόλια αυτά στην ουσία καταρρίπτουν το παραπάνω επιχείρημα, παρουσιάζοντας τις πολλαπλές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν συχνά οι οροθετικοί που χρήζουν νοσηλείας. Δυσκολίες που στην πλειονότητά τους οφείλονται στην έλλειψη τόσο στοιχειώδους υποδομής των νοσοκομείων όσο και ομαλής διεπιστημονικής συνεργασίας.

Η μεγαλύτερη μερίδα των ερωτώμενων ωστόσο[272] αναγνώρισε και τόνισε για άλλη μία φορά αυτές τις δυσκολίες και τα προβλήματα. Ακόμα και στα σχόλια που υποστηρίζουν τη μερική ή με προϋποθέσεις κάλυψη της διεθνούς οδηγίας από το μέτρο, οι αντικειμενικές συνθήκες δεν παραβλέπονται. Αντίθετα επισημαίνονται με το σκεπτικό της βελτίωσής τους.

---

[268] Του οποίου η άποψη παρατέθηκε παραπάνω.
[269] Του οποίου η άποψη παρατίθεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[270] Που επίσης παρουσιάστηκε παραπάνω.
[271] Είναι αυτό που αναφέρεται στην 'υποχρέωση κάθε Νοσοκομείου για αποδοχή άμεσης εισαγωγής προς νοσηλεία περιστατικών της νόσου AIDS και ειδικότερα των Νοσοκομείων που έχουν αναπτύξει Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων'.
[272] Απόψεις της οποίας περιλαμβάνονται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Προς την ίδια κατεύθυνση και με έντονη επισήμανση των υπαρχόντων προβλημάτων και ελλείψεων, είναι και τα σχόλια των ερωτώμενων, που υποστηρίζουν -άμεσα ή έμμεσα- ότι το μέτρο δεν καλύπτει τη διεθνή οδηγία. Χαρακτηριστικά σχόλια[273] αυτής της τοποθέτησης είναι τα ακόλουθα:

- "Κάθε δημόσιο νοσοκομείο πρέπει να έχει (αυτά που ορίζει το μέτρο). Η Ελλάδα δεν είναι μόνο η Αθήνα, η Θεσσαλονίκη και τα Γιάννενα. Δηλαδή ο άλλος πρέπει να φεύγει από τη Μυτιλήνη για να έρθει να φτιάξει τα δόντια του εδώ; Γιατί το ξέρουν εκεί κάτω και δεν τον δέχονται, έχουν προβλήματα. Πρέπει να υπάρχει ειδικό εξειδικευμένο προσωπικό" (εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).
- "Όχι δεν την καλύπτει. Είμαστε πάρα πολύ πίσω. Χρειάζεται να ακολουθηθεί η οδηγία. Είναι ελλιπής η επάνδρωση των Μονάδων, ελλιπέστατη η κάλυψη από άποψη κλινών και απουσιάζει η διεπιστημονική συνεργασία" (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).

Το πρώτο συμπέρασμα, που προκύπτει από τις απαντήσεις των ερωτώμενων αυτής της κατεύθυνσης -άμεσες ή έμμεσες-, είναι ότι το μέτρο που εφαρμόζεται στην Ελλάδα δεν καλύπτει τη διεθνή οδηγία. Το συμπέρασμα αυτό σχετίζεται με δύο άλλα, επιμέρους συμπεράσματα, που προκύπτουν έμμεσα, αλλά έχουν ιδιαίτερη σημασία:

1. Με τον ελλιπή τρόπο εφαρμογής του μέτρου. Σαν συνακόλουθα προκύπτουν: α) η ελλιπής υποδομή στους νοσοκομειακούς χώρους -τόσο υλικοτεχνική όσο και ανθρώπινου δυναμικού- και β) η απουσία των απαραίτητων προϋποθέσεων για την κάλυψη της οδηγίας, όπως είναι η ύπαρξη διεπιστημονικών ομάδων.
2. Με τον ελλιπή και ανεπαρκή σχεδιασμό του μέτρου, που φαίνεται να αγνοεί σημαντικές ανάγκες της υπάρχουσας υποδομής, περιορίζοντας έτσι και τις δυνατότητες βελτίωσής της. Με αυτό τον τρόπο, η κάλυψη της οδηγίας είναι ανέφικτη, ακόμη και αν ή όπου το μέτρο έχει εφαρμοστεί, όπως ακριβώς αναφέρεται.

Ο ελλιπής τρόπος εφαρμογής του μέτρου επισημάνθηκε αρχικά στα αυθόρμητα σχόλια των ερωτώμενων, ενώ επιβεβαιώθηκε απλά κατά τη διαδικασία της σύγκρισης. Οι σχετικές αναφορές πλεονάζουν στην κατηγορία των σχολίων που

[273] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

μόλις παρουσιάστηκε. Αντίστοιχα όμως τονίστηκε από τους ερωτώμενους και η ύπαρξη αναγκών ευρύτερων από αυτές που περιλαμβάνει το μέτρο, αλλά εξίσου σημαντικών.

Μία τέτοια ανάγκη είναι και η μόνιμη ύπαρξη ψυχολόγου στο χώρο του νοσοκομείου ή έστω η στενή και σταθερή συνεργασία με έναν τέτοιο επιστήμονα. Η ανάγκη αυτή παρουσιάστηκε -από μερίδα ερωτώμενων- ως ιδιαίτερα επείγουσα για τη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας και συνακόλουθα για την κάλυψη της διεθνούς οδηγίας. Πρόκειται ωστόσο για μία ανάγκη που δεν περιλαμβάνεται στο μέτρο. Συνεπώς, ακόμη και αν το μέτρο εφαρμόζεται κατά γράμμα, η ανάγκη αυτή παραμένει ακάλυπτη.

Η εφαρμογή του μέτρου, κατά γράμμα βέβαια, απέχει πολύ -όπως φάνηκε κιόλας- από την πραγματικότητα για την πλειονότητα των περιπτώσεων. Λίγες 'φωτεινές' εξαιρέσεις, που αναφέρθηκαν, αφορούσαν περιπτώσεις νοσοκομείων είτε της πρωτεύουσας ή της συμπρωτεύουσας. Σε καμία περίπτωση όμως δεν υπήρξε αναφορά πλήρους εφαρμογής του μέτρου σε επαρχιακά νοσοκομεία. Αντίθετα μεγάλη μερίδα των ερωτώμενων επεσήμανε τις σημαντικότατες ελλείψεις και ανάγκες των νοσοκομείων της περιφέρειας. Ανάγκες που αφορούν σε αυτή την ίδια την ύπαρξη Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων, ακόμη και εκεί που έχουν προβλεφτεί, για τη στοιχειώδη περίθαλψη ή/και νοσηλεία των οροθετικών ασθενών.

Αν λοιπόν τα παραπάνω επιμέρους συμπεράσματα, που προκύπτουν από τα νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, βρίσκουν την εφαρμογή του μέτρου ελλιπή και ανεπαρκή, το συμπέρασμα που προκύπτει για τα νοσοκομεία της περιφέρειας είναι απογοητευτικό. Σχηματίζει την εικόνα της πλήρους έλλειψης και αδιαφορίας, αναφορικά όχι μόνο με την εφαρμογή του μέτρου και την κάλυψη της διεθνούς οδηγίας, αλλά και με το όλο ζήτημα της νόσου του AIDS.

Η. Το όγδοο -κατά σειρά σχολιασμού- μέτρο αναφέρεται στην **ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού:**

α) για την κατανόηση των βιολογικών παραμέτρων της HIV μόλυνσης και για τα μέτρα προφύλαξης, ώστε να μην υπάρχουν φαινόμενα απόρριψης από φόβο μετάδοσης,

β) για τη βελτίωση των γνώσεων και των εμπειριών με στόχο την πλέον ορθή και δόκιμη περίθαλψη των φορέων και ασθενών.

Οι ερωτώμενοι, που σχολίασαν αυτό το μέτρο, ήταν **είκοσι δύο (22)** από το σύνολο των **πενήντα (50)**, και οι απαντήσεις που έδωσαν ήταν σε μεγάλο βαθμό αναμενόμενες. Όπως είχαμε δεί και στα πλαίσια της Πολιτικής Πρόληψης, υπήρχε ένα μέτρο, που αναφερόταν στην ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, και ήταν ανάμεσα σε αυτά που είχαν σχολιαστεί αυθόρμητα από τους ερωτώμενους.[274] Οι εκτιμήσεις, που είχαν εκφραστεί για την εφαρμογή εκείνου του μέτρου, ήταν αρνητικές, κρινόντάς την ελλιπή και ανεπαρκή. Είχαν μάλιστα εκφραστεί έντονα παράπονα και δυσαρέσκεια από μέλη ιδιαίτερα του νοσηλευτικού προσωπικού, που αισθανόντουσαν ότι είχαν ανάγκη αυτή την ενημέρωση αλλά δεν είχαν πρόσβαση σε αυτήν.

Τα σχόλια των ερωτώμενων σε αυτό το στάδιο συμπληρώνουν και επιβεβαιώνουν την εικόνα που είχε σχηματιστεί στην αξιολόγηση της Πολιτικής Πρόληψης. Η ύπαρξη του μέτρου αναγνωρίστηκε από τους ερωτώμενους, που το σχολίασαν, αλλά η εφαρμογή του χαρακτηρίστηκε και πάλι **ανεπαρκής** και **ελλιπής**. Ταυτόχρονα τονίστηκε η ανάγκη να ενταθούν οι προσπάθειες, τόσο για την ευρύτερη ενημέρωση και κατανόηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όσο και για την ποιότητα της φροντίδας που οι οροθετικοί λαμβάνουν από αυτό. Τα ενδεικτικά σχόλια, που ακολουθούν,[275] περιγράφουν συνοπτικά τις σκέψεις και αντιλήψεις των ερωτώμενων σχετικά με τον τρόπο εφαρμογής του μέτρου:

- "Δεν υπάρχει πλήρης ενημέρωση. Καμμιά φορά, τα άτομα που είναι στο νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι κατάλληλα για τέτοιου είδους παθήσεις. Θα έπρεπε να υπάρχει περισσότερη ειδίκευση. Τα άτομα που θέλουν να ασχοληθούν σαν νοσηλευτές ειδικά σε Μ.Ε.Λ. θα έπρεπε να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένα και να αγαπούν αυτό που κάνουν, να μην το κάνουν μόνο από ανάγκη, γιατί τότε υπάρχει φόβος μετάδοσης και απόρριψη. (...)Αν γινόντουσαν περισσότερες Μονάδες του AIDS και είχε ενημερωθεί καλύτερα και το νοσηλευτικό προσωπικό και ο κόσμος, γιατί υπάρχει αυτή η άγνοια, πιστεύω ότι θα βοηθούσε. Αλλά πάντα θα υπάρχει ο φόβος. Δεν πιστεύω ότι ο φόβος θα ξεπεραστεί έτσι εύκολα και με κάποια μέτρα. Δηλαδή αυτό το πρόβλημα θα υπάρχει, μέχρι να πάψει το AIDS να είναι ανίατο, όσα μέτρα κι αν ληφθούν. Αν δεν ήταν ανίατο, ίσως να μην υπήρχαν όλα αυτά και να ήταν όπως όλες οι άλλες αρρώστειες" (οροθετική)

[274] Βλέπε το Τέταρτο κατά σειρά σχολιασμού μέτρο, από τα μέτρα συμπεριφοράς (σελ.36-38;)
[275] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

- "Γίνεται αλλά όχι για όλα τα άτομα του νοσοκομείου. Τα δύο τελευταία χρόνια κάνει μία προσπάθεια το νοσοκομείο να ενημερώσει όλο το προσωπικό. Κάνει κάποια ενδονοσοκομειακά μαθήματα. Βέβαια η προσέλευση δεν είναι η καλύτερη. Ο καθένας, αν έχει όρεξη, πάει και ακούει. δε φταίει και το προσωπικό. Πρέπει να δίνονται κάποια κίνητρα. Όταν είναι για παράδειγμα σε μία κλινική τρία άτομα το πρωί, είναι λίγο το προσωπικό. Ποιος θα πρωτοπάει; (νοσηλεύτρια).

Η ύπαρξη και στοιχειώδης εφαρμογή του μέτρου επιβεβαιώνεται από τους ερωτώμενους στο σύνολο των σχολίων τους γι αυτό. Αντίστοιχα όμως επιβεβαιώνεται από τους ίδιους και η ανεπάρκεια στην εφαρμογή του μέτρου και η ανάγκη εντατικοποίησης αυτής της προσπάθειας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζεται σε δύο σημεία μέσα από αυτόν το σχολιασμό[276]. Το πρώτο σχετίζεται με την αναφορά στην ανάγκη εκπαίδευσης και ενημέρωσης **όλου** του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και όχι μόνο αυτού των Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων. Η ανάγκη αυτή προκύπτει και από τα όσα είπαν οι ερωτώμενοι σχετικά με το μέτρο που αφορά στην άρνηση προσφοράς νοσηλευτικών φροντίδων, που αναφέρθηκε παραπάνω.[277] Εκεί επισημάνθηκε ότι την πιο έντονα αρνητική στάση διατηρούν μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, που **δεν** ανήκουν στις Μ.Ε.Λ.[278] Είναι κατανοητή λοιπόν η ανάγκη ενημέρωσης ή/και εκπαίδευσης αυτών των ατόμων, προκειμένου να ξεπεράσουν τους αδικαιολόγητους φόβους τους και να αλλάξουν στάση απέναντι στους οροθετικούς ασθενείς. Σε αυτό το στάδιο αυτή η ανάγκη απλά επιβεβαιώθηκε.

Το δεύτερο σημείο, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, σχετίζεται με την αναφορά στον ανίατο χαρακτήρα της νόσου και τη σύνδεση αυτού με το φόβο που επικρατεί γενικά στον κόσμο και ειδικά σε πολλά μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Αυτή η σύνδεση αποτελεί πολύ σημαντική συνεισφορά στην κατανόηση όχι μόνο των αρνητικών αντιδράσεων απέναντι στους οροθετικούς, αλλά και στον ίδιο τον - ευρύτερα- "κοινωνικό χαρακτήρα" της νόσου. Είναι δε σίγουρα μία σημαντική επισήμανση, που μπορεί να βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό: α) σε ενδεχόμενο μελλοντικό σχεδιασμό μέτρων πολιτικής για το AIDS και τους οροθετικούς, και β) στην επινόηση αποτελεσματικότερων τρόπων εφαρμογής αυτών των μέτρων.

---

[276] Συμπεριλαμβανομένων των ενδεικτικών σχολίων που παρουσιάστηκαν παραπάνω.
[277] Δεύτερο κατά σειρά παρουσίασης μέτρο στα πλαίσια της Πολιτικής Θεραπείας.
[278] Όπως χειρούργοι και οδοντίατροι αλλά και νοσοκόμοι του ΕΚΑΒ, κλπ.

Θ. Το επόμενο -ένατο κατά σειρά σχολιασμού- μέτρο αναφέρεται στην περίπτωση ατυχήματος και έκθεσης σε μολυσμένο υλικό. Σε αυτή την περίπτωση το μέτρο προβλέπει **υποχρεωτική καταγραφή και περιγραφή του είδους του ατυχήματος καθώς και όλων των στοιχείων του ασθενούς με τη λοίμωξη HIV και του οδοντιάτρου ή ιατρού ή νοσηλευτή σε ειδικό βιβλίο.**

Αυθόρμητη αναφορά σε αυτό το μέτρο έγινε από **είκοσι δύο (22)** άτομα. Μόνον τα **δέκα πέντε (15)** όμως από αυτά σχολίασαν το μέτρο γνωρίζοντάς το. Τα υπόλοιπα **επτά (7)** δε γνώριζαν καν την ύπαρξη και εφαρμογή του. Επιπρόσθετα, από τα άτομα που ήξεραν το μέτρο, μία μεγάλη μερίδα δήλωσε ότι δεν εφαρμόζεται με τον τρόπο που αναφέρεται.

Συγκεκριμένα κάποιοι ανέφεραν ότι δεν καταγράφονται όλα τα στοιχεία, αλλά μόνο τα αρχικά ή κάποιοι κωδικοί, ενώ άλλοι είπαν ότι δεν υπάρχει ειδικό βιβλίο γι' αυτά τα περιστατικά, αλλά ακολουθείται η 'συνήθης διαδικασία'. Αυτό που τονίστηκε από αρκετούς, ήταν ότι πρέπει να υπάρχει κάποιου είδους ενημέρωση σε σχέση με αυτά τα ατυχήματα, για να χορηγείται προληπτικά αντιρετροϊκή αγωγή στο άτομο που εκτέθηκε στο μολυσμένο υλικό. Κάποια από τα χαρακτηριστικότερα αυθόρμητα σχόλια –αν και μόνον ενδεικτικά[279]- γύρω από την εφαρμογή αυτού του μέτρου είναι αυτά πουακολουθούν:

- "Πιστεύω ότι είναι παλιό το μέτρο και δεν εφαρμόζεται πλέον. Ξέρω ότι τα ονόματα δε γράφονται σε βιβλίο" (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Έχει σημασία για να δούμε πότε θα δώσουμε τα φάρμακα, γιατί σε περίπτωση ατυχήματος δίνονται προληπτικά τα φάρμακα. Και για τη σωστή αξιολόγηση χρειάζεται μία ειλικρινής καταγραφή" (γιατρός, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).

Από τα παραπάνω σχόλια, αλλά και όλα τα υπόλοιπα, επισημαίνεται, ότι, σε περίπτωση ατυχήματος, υπάρχει ανάγκη προληπτικής λήψης φαρμάκων από το άτομο που έχει εκτεθεί στο μολυσμένο υλικό. Συνεπώς υπάρχει και ανάγκη στοιχειώδους ενημέρωσης των ειδικών γιατρών, όπως επίσης και του Κ.Ε.Ε.Λ, προκειμένου να χορηγηθεί δωρεάν η αντιρετροϊκή αγωγή. Το ζήτημα, που τίθεται εδώ, είναι το 'πώς γίνεται αυτή η ενημέρωση', δηλαδή με ποιόν τρόπο. Επίσης το κατά πόσο ο τρόπος

[279] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

που χρησιμοποιείται συμβαδίζει με τις διεθνείς οδηγίες και αρχές ή αντιτίθεται σε αυτές, καταπατώντας ταυτόχρονα το δικαίωμα των οροθετικών για ανωνυμία καθώς και το ιατρικό απόρρητο.Τέλος, αν το μέτρο αυτό, όπως εμφανίζεται -και αν κάπου εφαρμόζεται έτσι- αντιφάσκει με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες και μπορεί να οδηγήσει σε ενδεχόμενο στιγματισμό των οροθετικών ατόμων.

Για τη διερεύνηση των ζητημάτων αυτών το συγκεκριμένο μέτρο είχε προεπιλεγεί σαν ένα από τα 'προς σύγκριση με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες' μέτρα. Σαν πρόσθετη αιτία επιλογής του μέτρου ήταν η φανερή αντίθεσή του με μία από τις διεθνείς αρχές - οδηγίες που αναφέρει ότι:

- **θα πρέπει να αναθεωρηθεί, όπου εφαρμόζεται: η υποχρεωτική συλλογή, αποθήκευση και επεξεργασία από κρατική εξουσία αναγνωρίσιμων προσωπικών πληροφοριών σχετικά με οροθετικά άτομα,** χωρίς την αυστηρότερη προστασία των πληροφοριών με απόρρητο ή ανωνυμία.

Η σύγκριση του μέτρου με τη διεθνή οδηγία δεν άλλαξε και πολύ την εικόνα, που είχε ήδη σχηματιστεί -για την εφαρμογή αυτού του μέτρου- κατά τη διαδικασία του αυθόρμητου σχολιασμού του από τους ερωτώμενους. Το πρώτο πράγμα που επισημαίνεται -από μεγάλη μερίδα ερωτώμενων- στα πλαίσια αυτής της σύγκρισης, είναι ότι το μέτρο **δεν** εφαρμόζεται με τον τρόπο που αναφέρεται. Συγκεκριμένα πολλά από τα άτομα, που έκαναν αυτή την επισήμανση, τη χρησιμοποίησαν σαν απάντηση στη σύγκριση, αποφεύγοντας την άμεση -αλλά όχι και την έμμεση- τοποθέτησή τους.

Οι απαντήσεις που συνιστούσαν έμμεση τοποθέτηση στη σύγκριση μέτρου - οδηγίας είναι **είκοσι (20)** στο σύνολο των **πενήντα (50)** ερωτώμενων και αποτελούν σημαντική μερίδα των αντιδράσεών τους. Ακόλουθα προκύπτει και η πρώτη παρατήρηση πάνω σε αυτή τη σύγκριση, της αποφυγής -σε σημαντικό βαθμό- άμεσης τοποθέτησης των ερωτώμενων. Εντούτοις υπήρξαν και άτομα, που τοποθετήθηκαν άμεσα σε αυτή τη σύγκριση, υποστηρίζοντας στον ίδιο βαθμό ότι το μέτρο με την οδηγία συγκλίνουν και αποκλίνουν. Έτσι **δώδεκα (12)** από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους, υποστήριξαν ότι το μέτρο και η οδηγία συγκλίνουν, ενώ άλλοι **δώδεκα (12)** υποστήριξαν ότι αποκλίνουν. Τέλος υπήρξε μία μικρή μερίδα **-τεσσάρων (4)** ατόμων-, που έμμεσα τάχθηκαν υπέρ του μέτρου, χωρίς όμως να τοποθετηθούν απέναντι στη σύγκριση, καθώς και μία ακόμη μικρότερη **-δύο (2)** ατόμων- που δεν έδωσαν καμία απολύτως απάντηση.

Τα άτομα, που άμεσα υποστήριξαν ότι υπάρχει σύγκλιση ανάμεσα στην οδηγία και το μέτρο, στήριξαν τις απαντήσεις τους σε τρείς βασικούς παράγοντες: α) στο ότι το μέτρο δεν εφαρμόζεται με τον τρόπο που αναφέρεται και ιδιαίτερα στο ότι δεν καταγράφονται τα πλήρη στοιχεία των ασθενών, β) στο ότι είναι απαραίτητη η καταγραφή, λόγω ανάγκης χορήγησης προληπτικής θεραπείας και γ) στο ότι το νοσοκομείο δεν αποτελεί κρατική εξουσία. Τα άτομα αυτά -στην πλειονότητά τους- συμπέραναν ότι το μέτρο και η οδηγία είναι δύο ξεχωριστά πράγματα, που δε σχετίζονται μεταξύ τους και συνεπώς δεν αντιφάσκουν.

Το ενδιαφέρον εδώ βρίσκεται στο ότι ενώ υποστηρίζεται η παραπάνω άποψη, τα λεγόμενα αυτών των ερωτώμενων περιλαμβάνουν -σε κάποιο βαθμό- παρατηρήσεις, που φανερώνουν τη σχέση ανάμεσα στο μέτρο και την οδηγία και αποκαλύπτουν την αντίφαση του ίδιου του επιχειρήματός τους. Έτσι, για παράδειγμα, αναφέρεται ότι μέτρο και οδηγία δεν έχουν σχέση, αλλά ταυτόχρονα δηλώνεται ότι δεν είναι απαραίτητη η καταγραφή ολόκληρου του ονόματος του ασθενούς ή ότι δεν έχει σημασία η ύπαρξη της πληροφορίας αλλά η χρήση της!

Στα σχόλια, που ακολουθούν,[280] φαίνονται ενδεικτικά τόσο τα επιχειρήματα αυτής της μερίδας ερωτώμενων όσο και οι αντιφάσεις που περικλείονται σε αυτά:

- "Όχι δεν αντιφάσκει διότι θα καταγραφεί στα πλαίσια της επαγγελματικής έκθεσης, δεν υπάρχει κοινωνικό στίγμα. Έπειτα, δε χρειάζεται να δηλωθεί ολόκληρο το όνομα. Μπορούν να γραφούν τα αρχικά. Μας ενδιαφέρει να δούμε παγκόσμια πόσο τοις εκατό είναι η πιθανότητα (για τέτοιο ατύχημα), και έπειτα τι πρέπει να κάνουμε, μήπως κάτι δεν πάει καλά, να αλλάξουμε πρακτικές κλπ. Μας ενδιαφέρει να δούμε πώς πάμε σαν κράτος (σε σχέση με αυτά τα ατυχήματα)" (γιατρός)
- "Νομίζω ότι δεν αντιφάσκει, γιατί είναι σαφής ο διαχωρισμός: 'χωρίς την αυστηρότερη προστασία των πληροφοριών μα απόρρητο ή ανωνυμία'. Θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να διασφαλίζεται είτε το απόρρητο ή η ανωνυμία. Το καλύτερο είναι να διασφαλίζονται και τα δύο. Κάτι που νομίζω ότι εν πολλοίς γίνεται" (δημοσιογράφος)

Προς την ίδια κατεύθυνση και με αντίστοιχα επιχειρήματα απάντησαν και οι λίγοι ερωτώμενοι, που τάχθηκαν έμμεσα υπέρ του μέτρου, χωρίς να λάβουν θέση απέναντι στη σύγκριση:

[280] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

- "Πρέπει οπωσδήποτε να ανατρέξω στο άτομο στο οποίο ανήκει το αίμα και στο φάκελλό του, για να δώ σε ποια κατάσταση είναι, γιατί άλλο (θα είναι) το ιικό φορτίο αν είναι στην αρχή (της νόσου), άλλο στη μέση και άλλο στο τέλος. Και βάσει αυτού θα καταλάβω την πιθανότητα μόλυνσης του άλλου ατόμου. Αν για παράδειγμα είναι στο τελευταίο στάδιο, υπάρχουν και άλλες αρρώστειες που μπορεί να μεταδοθούν με το τρύπημα. Αλλά όχι να το διατυμπανίζω" (γιατρός, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- " Λογικά τα ατυχήματα πρέπει να καταγράφονται για πολλούς λόγους. Πιστεύω ότι πρέπει να καταγράφονται. Τώρα κατά πόσο είναι σωστό να καταγράφεται και να κοινοποιείται ένα ατύχημα στον οποιονδήποτε...πέρα από τον άμεσα ενδιαφερόμενο... Το θεωρώ δικαίωμα του καθενός να αποφασίσει, αν θα το πεί ή όχι, πού θα το πεί και τι θα κάνει. (...) Και από την άλλη η καταγραφή βοηθάει σε κάποια άλλα πράγματα, στο να βγάλουμε κάποια στατιστικά δεδομένα για το πόσο κινδυνεύει ο καθένας μας. Όχι βέβαια επώνυμα, δε χρειάζεται να γίνονται κάποια πράγματα επώνυμα. Και βέβαια, η καταγραφή στο ειδικό βιβλίο παραμένει απόρρητη, αφού δεν κυκλοφορεί" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)

Η ανάγκη καταγραφής των ατυχημάτων, που συμβαίνουν, γίνεται εμφανής για μία ακόμη φορά μέσα από αυτά τα σχόλια. Εξίσου εμφανής ωστόσο γίνεται και η προτίμηση των περισσότερων να είναι αυτή η καταγραφή απόρρητη ή ακόμα καλύτερα ανώνυμη. Βεβαίως αυτή η εκφρασμένη προτίμηση για ανωνυμία έρχεται σε αντίθεση με το ίδιο το μέτρο, όπως αναφέρεται.[281] Και ενώ δεν είναι γνωστός ο βαθμός στον οποίο το μέτρο εφαρμόζεται, όπως ακριβώς αναφέρεται, αυτό -αν και όπου συμβαίνει- έρχεται σε αντίθεση όχι μόνο με την προτίμηση των ερωτώμενων αλλά και με ένα από τα σημαντικά τους επιχειρήματα, που στηρίζει την άποψη της σύγκλισης μέτρου - οδηγίας. Εντούτοις τα συγκεκριμένα άτομα δε φαίνεται να αντιλαμβάνονται αυτή την αντίθεση. Αντίστοιχα δε φαίνεται να αντιλαμβάνονται την εμφανή -κατά τους υπόλοιπους ερωτώμενους – εν γένει αντίφαση ανάμεσα στο μέτρο -όπως ακριβώς αναφέρεται- και στη διεθνή οδηγία.

Οι τελευταίοι την αντιλαμβάνονται και την αναγνωρίζουν, άλλοτε άμεσα και άλλοτε έμμεσα. Οι άμεσες απαντήσεις αυτών των ατόμων εκφράζουν ρητά και κατηγορηματικά την απόκλιση του μέτρου από την οδηγία. Οι έμμεσες, αντίθετα,

[281] Το οποίο περιλαμβάνει την καταγραφή όλων των στοιχείων του οροθετικού ασθενούς.

εκφράζουν την απόκλισή του, σε περίπτωση που εφαρμόζεται όπως ακριβώς αναφέρεται, ενώ αφήνουν ανοιχτή την πιθανότητα σύγκλισης για τις περιπτώσεις που **δεν** εφαρμόζεται ως έχει.[282]

Σε πολλές από αυτές τις έμμεσες τοποθετήσεις οι ερωτώμενοι απέφυγαν να δώσουν απάντηση στη σύγκριση παρουσιάζοντας το επιχείρημα :"το μέτρο δεν εφαρμόζεται έτσι". Σε άλλες περιπτώσεις, δεχόμενοι αυτό το ίδιο επιχείρημα σαν αξίωμα υποστήριξαν τη σύγκλιση του μέτρου με την οδηγία. Τέλος, σε λίγες περιπτώσεις, η έμμεση τοποθέτηση απόκλισης εκφράστηκε αποκλειστικά μέσα από τη διαβεβαίωση της **μη** εφαρμογής της οδηγίας, χωρίς καμία αναφορά στο μέτρο.

Στα σχόλια, που ακολουθούν, παρουσιάζονται ενδεικτικά[283] οι πιο χαρακτηριστικές -άμεσες και έμμεσες- τοποθετήσεις, σχετικά με την απόκλιση του μέτρου από την οδηγία, καθώς και όλοι οι διαφορετικοί τρόποι έκφρασής τους:

Άμεσες τοποθετήσεις απόκλισης

- "Το απόρρητο αίρεται. Βεβαίως πρέπει να καταγραφεί το ατύχημα, για λόγους έρευνας και στατιστικούς, αλλά δε χρειάζονται τα στοιχεία του ασθενούς με λοίμωξη HIV. Εδώ καταστρατηγείται το απόρρητο. Και δεν είναι και το μοναδικό. Σε πολλά πράγματα καταστρατηγείται το απόρρητο" (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Και αυτά φαίνεται να αλληλοαναιρούνται. Φαντάζομαι ότι η οδηγία είναι αυστηρή και περιλαμβάνει την κοινωνική προστασία. Υπάρχει σύγκρουση ανάμεσα στα δικαιώματα του οροθετικού ατόμου και της κοινωνίας" (ψυχίατρος)

Έμμεσες τοποθετήσεις απόκλισης

- "Δεν γράφεται σε ειδικό βιβλίο, αλλά καταγράφουν τον οδοντίατρο ή γιατρό ή νοσηλευτή που τρυπήθηκε, για να μπορεί να πάρει τα φάρμακα, να τα δικαιολογήσουν. Μπορεί να μην είναι χαριτωμένο, αλλά πρέπει να αποδειχθεί ότι εκτέθηκε (σε μολυσμένο υλικό) από οροθετικό άτομο. Δεν καταγράφονται ονομαστικά. Μόνο τα αρχικά. Ούτε το Κ.Ε.Ε.Λ. δε ξέρει ποιος είναι" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).

---

[282] Δηλαδή, που δεν καταγράφονται όλα τα στοιχεία των ασθενών σε ειδικό βιβλίο, αλλά χρησιμοποιούνται κωδικοί ή αρχικά.
[283] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

- "Όλα τα στοιχεία, πλην του ονόματος, θα έλεγα εγώ ότι πρέπει να καταγράφονται. Πέραν του ονόματος, διεύθυνσης κλπ. Να μη γράφεται το όνομα ή να γράφεται κωδικός" (νοσηλεύτρια)

Η ανάγκη καταγραφής των περιστατικών ατυχημάτων επισημάνθηκε για άλλη μία φορά στο σύνολο και των δύο παραπάνω κατηγοριών απαντήσεων των ερωτώμενων. Όμως εδώ τονίστηκε ιδιαίτερα η σημασία τήρησης της ανωνυμίας στα πλαίσια αυτής της καταγραφής, προκειμένου να μην αναιρείται η διεθνής οδηγία και καταπατώνται τα δικαιώματα των οροθετικών ασθενών. Έτσι διαπιστώνεται συμπερασματικά -πίσω από τις απαντήσεις των ερωτώμενων- μία ομοιογένεια στον τρόπο σκέψης τους παρά το διαφορετικό τρόπο έκφρασής τους. Όλοι σχεδόν συμφωνούν ότι η καταγραφή των ατυχημάτων είναι τόσο χρήσιμη όσο και αναγκαία. Επίσης, όλοι σχεδόν, προτιμούν η καταγραφή αυτή να γίνεται ανώνυμα. Η διαφοροποίησή τους εντοπίζεται σε δύο σημεία:

1. Στη σπουδαιότητα που αποδίδουν στον τρόπο αυτής της καταγραφής και συγκεκριμένα στην τήρηση της ανωνυμίας.
2. Στην αναγνώριση ή μη της σύνδεσης ανάμεσα στον τρόπο καταγραφής -με τήρηση της ανωνυμίας- και στη σύγκλιση ή απόκλιση από τη διεθνή οδηγία.

Η διαφοροποίηση των ερωτώμενων σε αυτά τα δύο σημεία οδήγησε κάποιους στην παράβλεψη της αντίφασης ανάμεσα στο μέτρο -όπως ακριβώς αναφέρεται- και στη διεθνή οδηγία, και στην υποστήριξη της σύγκλισής του με αυτήν. Αντίθετα, οδήγησε τους υπόλοιπους στην άμεση ή έμμεση επισήμανση της αντίφασης μέτρου - οδηγίας και στην άποψη ότι απαιτείται η τήρηση της ανωνυμίας -δηλαδή διαφορετικός τρόπος καταγραφής από αυτόν που αναφέρεται-, προκειμένου να επιτευχθεί η σύγκλισή τους.

Η διαφοροποίηση των ερωτώμενων, όμως, ίσως να μην ήταν αποτέλεσμα μόνον της ατομικής ιδιοσυγκρασίας του καθενός. Είναι πιθανό να οφείλεται -σε κάποιο βαθμό- στο διαφορετικό τρόπο εφαρμογής αυτού του μέτρου από νοσοκομείο σε νοσοκομείο ή/και στην άγνοια αρκετών σχετικά με το μέτρο και τον τρόπο εφαρμογής του.

Η διαφοροποίηση στον τρόπο εφαρμογής του μέτρου διαπιστώθηκε αρχικά παραπάνω στον αυθόρμητο σχολιασμό των ερωτώμενων. Εκεί φάνηκε ότι δεν υπάρχει ομοιογένεια στον τρόπο καταγραφής των ατυχημάτων, αλλά ότι αντίθετα οι εσωτερικές πρακτικές κάθε νοσοκομείου -τουλάχιστον σε αυτές τις περιπτώσεις-

διαφέρουν πολύ. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαίωθηκε στη συνέχεια και κατά την σύγκριση του μέτρου με την οδηγία. Συνεπώς, ενώ για κάποιους -από τους ερωτώμενους- η τήρηση της ανωνυμίας είναι άγραφος αλλά υπαρκτός νόμος σε αυτές τις καταγραφές, για άλλους ίσως να αποτελεί καινούργια πρακτική, επιθυμητή ή μη. Τέλος για κάποιους τρίτους -που δε γνωρίζουν τις πρακτικές αυτών των χώρων- μπορεί να είναι απλά μία θεωρητική σκέψη, που έχουν ή δεν έχουν κάνει. Είναι φυσικό λοιπόν να έχουν διαφορετική τοποθέτηση τόσο αναφορικά με τη σπουδαιότητα της τήρησης της ανωνυμίας όσο και με το συσχετισμό της με τη διεθνή οδηγία.

Αν στα παραπάνω προσθέσουμε άλλους τρείς επιμέρους παράγοντες, που προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτώμενων, η εικόνα ξεκαθαρίζει ακόμη περισσότερο. Ο πρώτος παράγοντας αφορά στο γεγονός της παλαιότητας των εσωτερικών κανόνων των νοσοκομείων που αφορούν στις καταγραφές των ατυχημάτων. Όπως αναφέρθηκε από κάποιους ερωτώμενους, το μέτρο αυτό είναι παλιό[284] και για το λόγο αυτό δεν προβλέπει την τήρηση της ανωνυμίας. Η φυσική συνέπεια είναι, καταρχήν, να αντιφάσκει με την αυστηρότητα στην τήρηση του απορρήτου που θεσπίστηκε αργότερα[285] και στη συνέχεια να δημιουργεί σύγχυση στους ερωτώμενους που ξαφνικά βρίσκονται αντιμέτωποι με αυτή την αντίφαση.

Σχετικός με τον προηγούμενο είναι και ο δεύτερος παράγοντας, που αφορά στην επισήμανση -έστω και από λίγους ερωτώμενους- της σύγκρουσης ανάμεσα στα δικαιώματα του οροθετικού ατόμου και της κοινωνίας. Η σύγκρουση αυτή έχει αποκαλυφθεί και τονισθεί από τους ερωτώμενους και παραπάνω, στα πλαίσια αυθόρμητων σχολιασμών προηγούμενων μέτρων. Εμφανίζεται όμως και εδώ, δείχνοντας για άλλη μία φορά το δίλημμα στο οποίο βρίσκονται οι ερωτώμενοι.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση το δίλημμα δημιουργείται από την ύπαρξη δύο αντιφατικών μεταξύ τους εσωτερικών κανόνων. Ο ένας υπαγορεύει την αυστηρή τήρηση του απορρήτου και της ανωνυμίας, ενώ ο άλλος την καταρρίπτει. Ο ένας υπαγορεύει την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των οροθετικών ασθενών, ενώ ο άλλος έμμεσα ζητά την καταπάτησή τους για το 'κοινωνικό καλό'.

Για άλλη μία φορά τίθεται αυτό το δίλημμα στους ερωτώμενους και δημιουργεί δυσκολία στην τοποθέτησή τους. Δεν είναι άξια περιέργειας λοιπόν η διαφοροποίηση των απαντήσεων των ερωτώμενων. Αντίθετα εξηγείται και από το

[284] Ήταν από τα πρώτα μέτρα στην εμφάνιση της νόσου.
[285] Λόγω της αυξημένης έκφρασης στιγματισμού στα οροθετικά άτομα.

ειδικό βάρος που ο καθένας από αυτούς τοποθετεί -συνειδητά ή όχι- σε κάθε έναν από τους δύο αυτούς κανόνες. Από την ιδιαίτερη σημασία που αποδίδει σε κάθε μία από τις δύο αυτές αξίες, τα δικαιώματα των οροθετικών από τη μία και το 'κοινωνικό καλό' από την άλλη.

Ο τρίτος παράγοντας τέλος αφορά στο γεγονός ότι η πλειονότητα των ερωτώμενων, που έκριναν ότι το μέτρο συγκλίνει με την οδηγία ή /και τοποθετήθηκαν υπέρ του, ανήκουν στον ιατρικό και νοσηλευτικό χώρο. Τα άτομα αυτά λοιπόν ανήκουν σε ομάδες ευάλωτες ως προς κάποιο ατύχημα στο χώρο εργασίας, που μπορεί να περιλαμβάνει και την έκθεσή τους σε μολυσμένο υλικό. Δεδομένου αυτού του γεγονότος και της αίσθησης κινδύνου που αισθάνονται, είναι φυσική και αναμενόμενη η τάση υποστήριξης αυτού του μέτρου από αυτή τη μερίδα των ερωτώμενων.

Η -σε μεγάλο βαθμό- υποστήριξη του μέτρου από μέλη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όμως μπορεί να μας οδηγεί και προς μία άλλη κατεύθυνση. Μπορεί να αποτελεί ένδειξη της τάσης άσκησης ιατρικής εξουσίας και ελέγχου πάνω στους οροθετικούς ασθενείς. Τάση, που πιθανώς εκφράστηκε, λόγω αυτού ακριβώς του κινδύνου επαγγελματικού ατυχήματος που αισθάνονται τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Τάση που διαφαίνεται μόνον έμμεσα, μέσα σε αυτές τις απαντήσεις των ερωτώμενων, που επικροτούσαν την πλήρη καταγραφή των στοιχείων του ασθενούς, χωρίς την παραμικρή αναφορά στην ανάγκη τήρησης ούτε του απορρήτου ούτε της ανωνυμίας. Στις απαντήσεις δηλαδή που δεν αναγνώριζαν καν το πρόβλημα ρήξης του απορρήτου και της ανωνυμίας στην εφαρμογή του μέτρου, όπως αναφέρεται, αλλά αντίθετα τη δικαιολογούσαν με διάφορους τρόπους.

Το πρόβλημα της ρήξης του απορρήτου επισημάνθηκε εντούτοις από τους πειρισσότερους ερωτώμενους. Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα, μέσα από αναφορές και στην εφαρμογή άλλων μέτρων, όπως είναι η χορήγηση του επιδόματος της Πρόνοιας στα οροθετικά άτομα. Συγκεκριμένα αναφέρθηκε από ερωτώμενους, ότι η συμπλήρωση των αιτήσεων για παροχή αυτού του επιδόματος απαιτεί τα πλήρη στοιχεία των ασθενών. Με αυτόν τον τρόπο βέβαια καταπατείται και το απόρρητο αλλά και η διεθνής οδηγία.

Η επισήμανση αυτή από τη μεριά των ερωτώμενων αποτέλεσε άλλο ένα πολύ σημαντικό, μη αναμενόμενο νέο στοιχείο, που προέκυψε αυθόρμητα από τη διαδικασία των συνεντεύξεων. Είναι πολύ σημαντικό, διότι αναφέρεται στο

ευαίσθητο ζήτημα τήρησης του ιατρικού απορρήτου[286] και της ανωνυμίας των οροθετικών ατόμων. Ήταν μη αναμενόμενο, διότι αφορά εσωτερικές διαδικασίες του οργανισμού Πρόνοιας, που δεν ήταν γνωστές κατά το σχεδιασμό της έρευνας, κυρίως διότι δε βρέθηκε πουθενά επίσημη καταγραφή τους.

Ι. Το επόμενο -κατά σειρά αυθόρμητης αναφοράς - μέτρο θεραπείας είναι και το τελευταίο που παρουσιάζεται αναλυτικά σε αυτή την προσπάθεια αξιολόγησης. Παραπέμπει δε σε τελείως διαφορετικό χώρο. Συγκεκριμένα μας πηγαίνει για άλλη μία φορά στο χώρο των φυλακών και των οροθετικών κρατουμένων. Πρόκειται για το μέτρο που αφορά στην **ύπαρξη συνεργασίας μη κυβερνητικής οργάνωσης με τη Διεύθυνση φυλακών Κορυδαλλού και στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από έναν εθελοντή στους κρατούμενους φορείς.** Στα πλαίσια αυτού του μέτρου αναφέρεται ότι 'στόχος του Κ.Ε.Ε.Λ. είναι η δημιουργία Ομάδας στήριξης οροθετικών φυλακισμένων'.

Η αυθόρμητη αναφορά των ερωτώμενων σε αυτό το μέτρο παρουσιάζει αρκετό ενδιαφέρον. Από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους, οι **είκοσι δύο (22)** αναφέρθηκαν αυθόρμητα σε αυτό. Εντούτοις το αξιοσημείωτο είναι, ότι από αυτούς μόνο οι **εννέα (9)** το σχολίασαν σχετικά με τον τρόπο εφαρμογής του, ενώ οι υπόλοιποι **δέκα τρεις (13)** δε γνώριζαν την ύπαρξή του ή και τον τρόπο εφαρμογής του.

Το μεγάλο ποσοστό άγνοιας, που εμφανίζεται στις αναφορές των ερωτώμενων, δίνει τις πρώτες ενδείξεις για την ελλιπή διάδοση, προώθηση και εφαρμογή του. Ενδείξεις που επιβεβαιώνονται από τα ενδεικτικά σχόλια[287] των ερωτώμενων, που ακολουθούν:

- "Δεν είναι στόχος του Κ.Ε.Ε.Λ. αλλά των μη - κυβερνητικών οργανώσεων η δημιουργία ομάδας στήριξης οροθετικών φυλακισμένων" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Ποια στήριξη; Μία φορά το χρόνο τους πάνε ένα πακέτο τσιγάρα" (οροθετικός)

Η εφαρμογή αυτού του μέτρου -όπως φάνηκε από όλα τα σχετικά με αυτό σχόλια- δε θεωρείται σε καμία περίπτωση επαρκής ή πλήρης. Ούτε βεβαίως πραγματοποιείται από το Κ.Ε.Ε.Λ., όπως το μέτρο αφήνει -σε κάποιο βαθμό- να εννοηθεί. Αντίθετα η εφαρμογή αυτού του μέτρου γίνεται -σχεδόν κατά

[286] Για το ιατρικό απόρρητο και την τήρησή του γίνεται αναφορά παρακάτω.

αποκλειστικότητα- από μη κυβερνητικές οργανώσεις και πάλι όχι στο βαθμό ή με τον τρόπο που αναφέρεται και θα ήταν αναμενόμενο.

Ένα σημαντικό στοιχείο, που προκύπτει από αυτή τη διαπίστωση, αφορά στην εμπλοκή των μη κυβερνητικών οργανώσεων στην άσκηση της Πολιτικής για το AIDS γενικά αλλά και στην Πολιτική Θεραπείας ειδικότερα. Ο ρόλος των οργανώσεων αυτών, όπως έχει ήδη φανεί, αλλά θα φανεί και αργότερα, είναι πολύ σημαντικός, ιδιαίτερα όσον αφορά στη ψυχολογική στήριξη των οροθετικών ασθενών. Προς αυτή την κατεύθυνση εξάλλου είναι και τα σχόλια μερίδας ερωτώμενων, που δήλωσαν μεν ότι δε γνωρίζουν τι γίνεται για τις φυλακές, αλλά αναφέρθηκαν στις επισκέψεις μελών των μη κυβερνητικών οργανώσεων στα νοσοκομεία:

- "Έρχονται εδώ καμία φορά από μη κυβερνητική οργάνωση, όχι τακτικά. Μέχρι πέρσι, πρόπερσι υπήρχε μεγαλύτερη κινητικότητα από αυτά τα σωματεία. (...) Μόνο ένα σωματείο δίνει λεφτά και ρούχα και ό,τι χρειαστούνε οι άρρωστοι και κάποιες φορές βάζει και αποκλειστική (νοσοκόμα)" (νοσηλεύτρια)
- "Υπάρχουν διάφορες οργανώσεις που έρχονται εδώ αρκετά συχνά και συζητάνε (με τους αρρώστους). Κάνει καλό στους αρρώστους, τους τονώνει" (νοσηλεύτρια)

Όσο σημαντικός όμως κι αν είναι -ή μπορεί να είναι- ο ρόλος των μη κυβερνητικών οργανώσεων, φαίνεται ότι δεν ασκείται πάντα σε αρμονική συνεργασία με το Κ.Ε.Ε.Λ. αλλά και μεταξύ τους. Αντίθετα είναι προφανής -στα σχετικά σχόλια- η αντιπαράθεση με το Κ.Ε.Ε.Λ., αλλά και ο ανταγωνισμός -μεγαλύτερος ή μικρότερος- που υπάρχει ανάμεσα στις διαφορετικές οργανώσεις.

Έτσι εκφράστηκε άμεσα, ότι το Κ.Ε.Ε.Λ. δε συμμετέχει στην εφαρμογή του μέτρου, αλλά ανταγωνίζεται τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να καρπωθεί τα οφέλη αυτού του μέτρου. Αντίστοιχα οι εκπρόσωποι δύο από τις μη κυβερνητικές οργανώσεις αναγνώρισαν μόνον τη συμμετοχή της δικής τους οργάνωσης στο μέτρο, αποκλείοντας -άμεσα ή έμμεσα- όλες τις υπόλοιπες. Και τα δύο αυτά στοιχεία αποτελούν πολύ σημαντικές ενδείξεις στη διαδικασία κατανόησης και αξιολόγησης της Πολιτικής Θεραπείας.

Τα μέτρα, που παρουσιάστηκαν αναλυτικά μέχρι τώρα, ήταν αυτά που συγκέντρωναν τις περισσότερες αυθόρμητες αναφορές των ερωτώμενων. Δεν ήταν όμως και τα μοναδικά. Και τα υπόλοιπα μέτρα θεραπείας έγιναν αντικείμενο

---

[287] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

αυθόρμητου σχολιασμού από μεγαλύτερες ή μικρότερες μερίδες ερωτώμενων. Για διάφορους λόγους[288] όμως, η αναλυτική παρουσίασή τους δεν κρίθηκε σκόπιμη στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας αξιολόγησης.

Εντούτοις θεωρείται απαραίτητη η συνοπτική αναφορά σε κάποιες από τις απόψεις των ερωτώμενων για δύο από αυτά τα μέτρα. Πρόκειται για μέτρα, που εφενός μεν σχετίζονται μεταξύ τους, αφετέρου δε έχουν συγκεκριμένο 'ειδικό βάρος' στη διαδικασία αξιολόγησης της Πολιτικής Θεραπείας. Έτσι, ενώ οι αυθόρμητες αναφορές των ερωτώμενων σε αυτά είναι αισθητά λιγότερες απ' ό,τι στα μέτρα που έχουν παρουσιαστεί ως τώρα, τα σχόλια, που προκύπτουν απ' αυτές, μπορούν να αποτελέσουν πολύ σημαντικές και ενδιαφέρουσες ενδείξεις.

Το πρώτο από τα μέτρα αυτά αφορά στην **υποχρεωτική τήρηση του ιατρικού απορρήτου** αναφορικά με τους οροθετικούς ασθενείς. Αυθόρμητες αναφορές των ερωτώμενων σχετικά με το ζήτημα της τήρησης του ιατρικού απορρήτου εμφανίστηκαν συχνά κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων και όχι μόνο κατά τη διαδικασία σχολιασμού αυτού του μέτρου. Μερικές από αυτές τις αναφορές έχουν ήδη συμπεριληφθεί σε αυτό το κείμενο, στα πλαίσια αυθόρμητων σχολίων για κάποια από τα μέτρα που έχουν παρουσιαστεί ως τώρα.

Μέσα από αυτές τις αναφορές έγινε προφανές, ότι το ιατρικό απόρρητο δεν τηρείται με όση αυστηρότητα αναμένεται. Επιπλέον έγινε εμφανές, ότι σε κάποιες περιπτώσεις καταστρατηγείται καταφανώς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιας περίπτωσης -όπως επισημάνθηκε από μερίδα οροθετικών παραπάνω- είναι η καταγραφή όλων των στοιχείων των οροθετικών, προκειμένου να τους χορηγηθεί το επίδομα της Πρόνοιας.

Η εντύπωση ασυνέπειας ως προς την αυστηρή τήρηση του ιατρικού απορρήτου που σχηματίστηκε από τέτοιες αυθόρμητες αναφορές των ερωτώμενων, οδήγησε στην απόφαση να παρουσιαστούν -έστω και συνοπτικά- τα επιμέρους σχόλια, που αφορούν σε αυτό το μέτρο. Η απόφαση αυτή σχετίζεται και με το σημαντικό ρόλο, που διαδραματίζει η τήρηση του ιατρικού απορρήτου, στην προσπάθεια αποφυγής του στιγματισμού των οροθετικών ατόμων κατά τη διαδικασία θεραπείας τους. Ο στιγματισμός των οροθετικών ατόμων όμως είναι ένας από τους πρωταρχικούς παράγοντες αξιολόγησης της Πολιτικής Θεραπείας, όπως είδαμε στην

[288] Όπως είναι ο σημαντικά μικρότερος αριθμός ερωτώμενων που τα σχολίασαν αυθόρμητα, αλλά και η ανάγκη ενός λογικού περιορισμού του μεγέθους του κειμένου.

αρχή αυτού του κεφαλαίου. Συνεπώς η απόφαση της συνοπτικής παρουσίασης αυτού του μέτρου συνδέεται άμεσα με αυτήν την προσπάθεια αξιολόγησης.

Το μέτρο, που αφορά στην υποχρεωτική τήρηση του ιατρικού απορρήτου σχολιάστηκε αυθόρμητα από **δέκα εννιά (19)** άτομα. Το εξαιρετικά ενδιαφέρον είναι, ότι ούτε ένα, από αυτά τα άτομα, δεν υποστήριξε ότι το ιατρικό απόρρητο τηρείται με την αυστηρότητα που απαιτείται. Αντίθετα τα σχόλια, που έκαναν, κυμαίνονταν από την απλή αμφισβήτηση της εφαρμογής του μέτρου, μέχρι τη βεβαιότητα ότι το απόρρητο παραβιάζεται πολύ συχνά. Δεν ήταν λίγες οι περιπτώσεις μάλιστα, που οι ερωτώμενοι αναφέρθηκαν σε συγκεκριμένα περιστατικά, επιχειρώντας να επιβεβαιώσουν την άποψη που εξέφραζαν. Ο στιγματισμός των οροθετικών ατόμων ήταν η βασική και εμφανής συνέπεια των περιστατικών που αναφέρθηκαν από τους ερωτώμενους.

Κάποια από τα χαρακτηριστικότερα σχόλια - περιστατικά[289] είναι τα ακόλουθα:

- "Πρόσφατα, το 'Ε.Σ.Υ. κατά του AIDS',[290] στη Θεσσαλονίκη, έσυρε σε δίκη το νοσοκομείο Καβάλας, διότι -γι' άτομο, που διαγνώσθηκε εκεί,- μαθεύτηκε από το νοσοκομείο σε όλο του το χωριό. Τόσο πολύ λειτούργησε το ιατρικό απόρρητο!" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Η κατάσταση των ασθενών μας είναι με αρχικά, με ημερομηνία γέννησης και κωδικό χορήγησης αντιρετροϊκών φαρμάκων. Παρόλα αυτά όλο και κάτι γίνεται. Ακούω κάποια σχόλια: 'Το'μαθα από τη νοσηλεύτρια της πλαϊνής Μονάδας, από τον τραυματιοφορέα που έφερε αυτόν και είδε τον άλλον'. Εμείς όσο μπορούμε το κρατάμε απόρρητο, αλλά από κάπου θα ξεφύγει" (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων).

Σε άμεση σχέση με όλα τα παραπάνω ωστόσο είναι και το δεύτερο από τα μέτρα, που παρουσίαζονται εδώ συνοπτικά. Πρόκειται για το μέτρο, που αναφέρεται στην **άμεση εμπιστευτική πληροφόρηση του ασθενούς και του υπεύθυνου νοσηλευτικού προσωπικού, σε περίπτωση επιβεβαίωσης θετικού αποτελέσματος -του ελέγχου αντισωμάτων- και αποφυγή κοινοποίησης σε προσωπικό, που δεν έχει σχέση με την άμεση νοσηλεία του ασθενούς.**

[289] Βλέπε επίσης ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Το μέτρο αυτό συνδέεται τόσο με την τήρηση του απορρήτου όσο και με τον ενδεχόμενο στιγματισμό των οροθετικών ασθενών. Μόλις στο τελευταίο σχόλιο, που παρουσιάστηκε, αναφέρεται καθαρά, ότι στις περισσότερες ίσως περιπτώσεις το απόρρητο δεν καταπατείται από τα άτομα, που απασχολούνται στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων. Αντίθετα η πληροφορία 'ξεφεύγει' από άτομα του ίδιου νοσοκομείου που ανήκουν στο προσωπικό, αλλά που δεν έχουν σχέση με την άμεση νοσηλεία των οροθετικών ασθενών.

Αυτό το γεγονός οδήγησε στο να θεωρηθεί σκόπιμη η συνοπτική παρουσίαση της γνώμης των ερωτώμενων σχετικά με την ορθή εφαρμογή του μέτρου αυτού, διότι η ελλιπής εφαρμογή του μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα όχι μόνο την καταπάτηση του ιατρικού απορρήτου αλλά και το στιγματισμό των οροθετικών ασθενών.

Από το σύνολο των ερωτώμενων, **δέκα έξι (16)** άτομα το σχολίασαν αυθόρμητα. Από αυτά μόνο δύο ισχυρίστηκαν ότι το μέτρο εφαρμόζεται, όπως αναφέρεται. Αντίθετα από τα υπόλοιπα **δέκα τέσσερα (14)** εκφράστηκαν απόψεις, που κυμαίνονταν από έντονη αμφιβολία για την εφαρμογή του εως και βεβαιότητα, ότι δεν ισχύει στην πράξη αυτό που το μέτρο προβλέπει. Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα τονίστηκαν τα αρνητικά αποτελέσματα για τα οροθετικά άτομα αυτής της ασυνέπειας στην τήρηση του μέτρου.

Η εικόνα που σχηματίζουν τα σχόλια των ερωτώμενων για την εφαρμογή αυτού του μέτρου σκιαγραφείται με ευκρίνεια στα παρακάτω χαρακτηριστικά σχόλια:

- "Όλο το τμήμα το μαθαίνει. Και πόσο μπορεί να είναι κάτι εμπιστευτικό, όταν το ξέρουν από την καθαρίστρια μέχρι τον Διευθυντή της κλινικής; Ποιός άλλος να το μάθει δηλαδή; Μέχρι και οι ασθενείς δίπλα. Ε, κι αυτοί το μαθαίνουν. Πάς και λές: 'Μπορώ να δώ τον κο. Τάδε'; Και σε ρωτάει:' Ποιόν, το AIDS;' Το ανοιχτότερο στάδιο για να πάρεις πληροφορία επικοινωνίας μία κλινικής -λες και τα γραφεία των γιατρών είναι κλειστά- είναι τα γραφεία του νοσηλευτικού προσωπικού. Πας λοιπόν εκεί και λες: 'Πού είναι το 215;' και σου λένε: 'ποιό, το AIDS; Στο βάθος δεξιά'" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Δεν εφαρμόζεται με τίποτα ακόμα και τώρα. Μέσα στα νοσοκομεία ξέρει ακόμα και ο λογιστής και η καθαρίστρια τι έχεις" (εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).

---

[290] Μη κυβερνητική οργάνωση συμπαράστασης οροθετικών ατόμων στην Θεσσαλονίκη.

Είναι προφανές λοιπόν, ότι οι περιπτώσεις που το μέτρο αυτό τηρείται, όπως αναφέρεται, είναι οι εξαιρέσεις και όχι ο κανόνας. Σε αυτό συμβάλλει βέβαια -όπως επισημάνθηκε από κάποιους- και το αντικειμενικό γεγονός της ύπαρξης ξεχωριστών θαλάμων νοσηλείας για τα οροθετικά άτομα. Αυτό από μόνο του διευκολύνει τη διαρροή των πληροφοριών προς τα έξω. Σε συνδυασμό όμως με την ελλιπή εφαρμογή του μέτρου είναι εύκολα κατανοητό το αποτέλεσμα της αίρεσης του ιατρικού απορρήτου και της ανωνυμίας.

Εξίσου εύκολα κατανοητός είναι ο κίνδυνος στιγματισμού, που διατρέχουν -σαν συνέπεια- τα οροθετικά άτομα, που ξεκινάει από τον ίδιο το χώρο του νοσοκομείου στον οποίο νοσηλεύονται. Ο κίνδυνος αυτός θα κατανοηθεί ακόμη καλύτερα μέσα από τις μαρτυρίες των ίδιων των οροθετικών στο κεφάλαιο που ακολουθεί και αφορά στον στιγματισμό.

Με την παραπάνω συνοπτική αναφορά στα δύο μέτρα, που σχετίζονται με το ιατρικό απόρρητο και στον τρόπο εφαρμογής τους, ολοκληρώθηκε και η διαδικασία παρουσίασης των επιμέρους σχολίων των ερωτώμενων για τα μέτρα της Πολιτικής Θεραπείας. Τα κενά που εμφανίστηκαν είναι πολλά και ποικίλα. Οι υπαρκτές συνέπειές τους -είτε άμεσες ή έμμεσες- είναι περισσότερο ή λιγότερο αρνητικές για τα οροθετικά άτομα και την ποιότητα ζωής τους. Σίγουρα όμως καθυστερούν τη βελτίωση αυτής της ποιότητας ζωής.

Στην ενότητα, που ακολουθεί, συγκεντρώνονται όλα τα επιμέρους συμπεράσματα, που προέκυψαν μέχρι τώρα σχετικά με την Πολιτική Θεραπείας του AIDS στην Ελλάδα. Έτσι ολοκληρώνεται η προσπάθεια αξιολόγησης αυτής της Πολιτικής, με όλες τις αδυναμίες που εμπεριέχει και σχηματίζεται μία πρώτη εικόνα για την κατάσταση που επικρατεί στη χώρα μας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η προσπάθεια μίας πρώτης αξιολόγησης της Πολιτικής Θεραπείας για το AIDS στην Ελλάδα συνίσταται στην έκφραση κάποιων συμπερασμάτων με βάση τις απόψεις και εκτιμήσεις των ερωτώμενων, όπως αυτές εμφανίστηκαν μέσα από τη διαδικασία των συνεντεύξεων. Δε φιλοδοξεί να οδηγήσει σε κανένα είδος γενίκευσης ή κατηγορηματικής εκτίμησης των μέτρων, που υπάρχουν και εφαρμόζονται στη χώρα μας. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει τη διεξαγωγή πολύ ευρύτερων ερευνών, με δυνατότητα συστηματικής και σε βάθος ανάλυσης τόσο των μέτρων όσο και του τρόπου εφαρμογής τους. Αν και το ενδιαφέρον μίας τέτοιας έρευνας θα ήταν μεγάλο, ξεπερνά κατά πολύ τις περιορισμένες δυνατότητες της ερευνητικής διαδικασίας μίας διατριβής, όπως είναι η παρούσα.

Τα συμπεράσματα εντούτοις, που προκύπτουν μέσα από μία τέτοια ερευνητική διαδικασία, δεν είναι άνευ αξίας. Αντίθετα αποτελούν σημαντικές ενδείξεις γύρω από την Πολιτική Θεραπείας για το AIDS στην Ελλάδα. Έχουν ιδιαίτερη σημασία δε, επειδή προκύπτουν από τις απόψεις και τις εκτιμήσεις ατόμων, που έχουν άμεση επαφή με τη διαδικασία θεραπείας του AIDS. Ατόμων δηλαδή, που αφενός μεν γνωρίζουν τα προβλήματα και τις ανάγκες που υπάρχουν και αφετέρου ενδιαφέρονται προσωπικά να βρεθούν λύσεις γι αυτά.

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάστηκαν, μέχρι τώρα, με αναλυτικό τρόπο οι στόχοι διερεύνησης, η διαδικασία που ακολουθήθηκε γι αυτήν καθώς και οι ενδείξεις που προέκυψαν απ' αυτήν. Η παρούσα ενότητα έχει σκοπό να περιγράψει συνοπτικά και συγκεντρωμένα τα σημαντικότερα από τα ευρήματα και συμπεράσματα, που αφορούν στα μέτρα, που εφαρμόζονται στη χώρα μας, στα πλαίσια της Πολιτικής Θεραπείας του AIDS, και να τα συνδέσει με τους αρχικούς στόχους διερεύνησης, που είχαν τεθεί. Παρόλο που η περιγραφή αυτή συνεπάγεται την επανάληψη των κυριότερων ευρημάτων, κρίθηκε σκόπιμη, στα πλαίσια της διαδικασίας αξιολόγησης της Πολιτικής Θεραπείας, προκειμένου να επιτευχθεί η καθαρότερη επισήμανση των ευρημάτων αυτών και η ασφαλέστερη εξαγωγή των αντίστοιχων συμπερασμάτων και συσχετίσεων με τις αρχικές υποθέσεις εργασίας.

Συνοψίζοντας τους επιμέρους στόχους διερεύνησης, που παρουσιάστηκαν αναλυτικά σε αυτό το κεφάλαιο, είδαμε ότι η αξιολόγηση της Πολιτικής Θεραπείας επιχειρήθηκε -όπως είχε γίνει και για την Πολιτική Πρόληψης- ως προς:

- την επάρκεια, την ορθότητα και την αποτελεσματικότητα των επιμέρους μέτρων, που εφαρμόζονται στα πλαίσια αυτής της πολιτικής,
- των τάσεων στιγματισμού, που ενυπάρχουν σε αυτά τα μέτρα.

Είδαμε επίσης ότι ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη δεύτερη από αυτές τις παραμέτρους, αυτήν δηλαδή που αφορά στην ανίχνευση των τάσεων στιγματισμού. Οι λόγοι, που καθιστούν αναγκαία αυτή την έμφαση, όπως έχει ήδη ειπωθεί, σχετίζονται με το συνολικό στόχο της Πολιτικής Θεραπείας. Η αδυναμία ίασης της νόσου έχει περιορίσει το στόχο αυτής της Πολιτικής στη βελτίωση και διατήρηση της ποιότητας ζωής των οροθετικών ασθενών. Ο στιγματισμός ωστόσο αποτελεί έναν από τους κυριότερους ανασταλτικούς παράγοντες στην πραγματοποίηση αυτού του σκοπού. Γι' αυτό δεν μπορούσε να επιχειρηθεί η όποια στοιχειώδης αξιολόγηση της Πολιτικής Θεραπείας, χωρίς την προσεκτική διερεύνηση της ύπαρξης και έκφρασης του φαινομένου του στιγματισμού μέσα στα πλαίσιά της. Στιγματισμού που μπορεί να υπάρχει και να εκφράζεται είτε άμεσα, σαν απόρροια εφαρμογής των επιμέρους μέτρων, ή έμμεσα σαν τάσεις και στάσεις των ίδιων των ερωτώμενων.

Ο απώτερος στόχος του εγχειρήματος ήταν και πάλι να έρθει στην επιφάνεια -στο μέτρο του δυνατού- η 'κοινωνική φυση' του AIDS μέσα από:

- τη σκιαγράφηση της πρόσληψης της νόσου, μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας, αλλά και της κοινωνικής, ηθικής και πολιτισμικής φόρτισης αυτής της πρόσληψης,
- την επισήμανση άσκησης ή προσπάθειας άσκησης, κάποιας μορφής επίδρασης, της Ελληνικής κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη του AIDS.
- Τον εντοπισμό του τρόπου επίδρασης της νόσου στην κοινωνία.

Η πρώτη προσέγγιση της Πολιτικής Θεραπείας έγινε μέσα από τη διερεύνηση της γνώσης των ερωτώμενων για τα μέτρα που περιλαμβάνονται στα πλαίσιά της. Η δεύτερη προσέγγιση αφορούσε στη γενική εκτίμηση των ερωτώμενων γι' αυτά τα μέτρα, ενώ η τρίτη επικεντρώθηκε στα επιμέρους σχόλια και εκτιμήσεις, που

εκφράστηκαν από τους ερωτώμενους γι αυτά, αυθόρμητα ή κατόπιν παρότρυνσης του μελετητή.

Τα στοιχεία που προέκυψαν και από τις τρείς αυτές προσεγγίσεις ήταν πολλά και διάφορα. Σε μερικές περιπτώσεις ήταν αναμενόμενα, ενώ σε αρκετές άλλες οδήγησαν στην αποκάλυψη νέων πληροφοριών και δεδομένων, που δεν είχαν προβλεφθεί. Αυτά τα νέα δεδομένα αποτελούν σημαντικές ενδείξεις και συνεισφέρουν άμεσα στη διαδικασία αξιολόγησης που επιχειρείται. Για το λόγο αυτό, μαζί με τις προτάσεις των ερωτώμενων για την Πολιτική Θεραπείας που εκφράστηκαν, θεωρούνται από τα σημαντικότερα ευρήματα αυτής της έρευνας.

Η γενική εικόνα της Πολιτικής Θεραπείας, όπως αυτή σχηματίστηκε από τις απαντήσεις και τα σχόλια των ερωτώμενων, περιλαμβάνει πολλά κενά και παραλείψεις. Τα περισσότερα από αυτά αφορούν στον τρόπο και το βαθμό στον οποίο εφαρμόζονται τα μέτρα θεραπείας, ενώ υπάρχουν και κάποια που αφορούν ακόμα και στον ίδιο το σχεδιασμό αυτών των μέτρων.

Ξεκινώντας από τα δεδομένα που προέκυψαν από την πρώτη προσέγγιση της Πολιτικής Θεραπείας,[291] οδηγούμαστε σε κάποια αρχικά συμπεράσματα, σχετικά μ' αυτή την Πολιτική. Ο πολύ μεγάλος βαθμός άγνοιας -ενός ή περισσότερων μέτρων-, που εντοπίστηκε στους ερωτώμενους, αποκαλύπτει την **ελλιπή διάδοση, προώθηση και εφαρμογή** των μέτρων αυτών, μέσα στους χώρους που ασχολούνται με την αντιμετώπιση του AIDS, αλλά και έξω από αυτούς.

Το αρχικό αυτό συμπέρασμα επιβεβαιώθηκε, στη συνέχεια, από τη δεύτερη προσέγγιση της Πολιτικής Θεραπείας.[292] Στη γενική τους εκτίμηση για τα μέτρα οι ερωτώμενοι τα έκριναν ως γενικά **σωστά**, αλλά εμφανίστηκαν πολύ διστακτικοί ως προς την άμεση εκτίμηση της πληρότητας, της επάρκειας και της αποτελεσματικότητάς τους. Τα έμμεσα σχόλιά τους ωστόσο σχημάτισαν την εικόνα, που οι ίδιοι δίσταζαν να εκφράσουν άμεσα. Η εικόνα αυτή επιβεβαιώνει το αρχικό συμπέρασμα που διατυπώθηκε παραπάνω, δείχνοντας ότι : **Τα μέτρα Θεραπείας του AIDS στην Ελλάδα -αν και σωστά σε γενικές γραμμές- δε φαίνεται να έχουν διαδοθεί, προωθηθεί και εφαρμοστεί με τέτοιον τρόπο και σε τέτοιο βαθμό, ώστε να αποφέρουν και τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.**

---

[291] Αυτήν που αφορά στην διερεύνηση της γνώσης των ερωτώμενων για τα μέτρα που περιλαμβάνονται στα πλαίσιά της.

[292] Που αφορά στην γενική εκτίμηση των ερωτώμενων για τα μέτρα Θεραπείας.

Η επιβεβαίωση αυτού του συμπεράσματος όμως ολοκληρώθηκε μόνον μέσα από την τρίτη προσέγγιση της Πολιτικής Θεραπείας, δηλαδή μέσα από τα επιμέρους σχόλια και εκτιμήσεις των ερωτώμενων, αυθόρμητα ή/και παρακινούμενα. Ήταν πολλές οι περιπτώσεις που οι ερωτώμενοι ανέφεραν, ότι το μέτρο -το οποίο σχολίαζαν εκείνη τη στιγμή- δεν εφαρμόζεται με τον τρόπο ή και στον βαθμό που παρουσιάζεται. Ήταν εξίσου πολλές οι περιπτώσεις που αναφέρθηκαν και περιγράφηκαν από τους ερωτώμενους συγκεκριμένες -αν και όχι σταθερές- αποκλίσεις στην εφαρμογή κάποιων μέτρων. Οι αποκλίσεις αυτές αφορούσαν τόσο στον τρόπο όσο και στο βαθμό εφαρμογής των μέτρων και αναφέρονταν κυρίως σε νοσοκομειακούς χώρους.

Έτσι εμφανίστηκε μία πραγματικότητα στην οποία ο κάθε χώρος εφαρμόζει τα διάφορα μέτρα με το δικό του τρόπο και σε διαφορετικό βαθμό. Αυτό συμβαίνει, διότι ακολουθεί κάποιους δικούς του εσωτερικούς -συνήθως άγραφους- κανόνες, αυθαιρετώντας πολλές φορές ως προς τις συγκεκριμένες οδηγίες των μέτρων. Η πραγματικότητα όμως αυτή οδηγεί λογικά στο συμπέρασμα της ύπαρξης **ασυμβατότητας μεταξύ θεωρίας και πράξης,** όσον αφορά σε κάποια από τα μέτρα που υπάρχουν και στον τρόπο και το βαθμό που εφαρμόζονται.

Η ασυμβατότητα αυτή περιγράφηκε ξεκάθαρα από τους ερωτώμενους και είναι αδιαμφισβήτητη με βάσει τα σχόλιά τους για κάθε ένα από τα μέτρα που αναφέρθηκαν. Οι αποκλίσεις και ο αυτοσχεδιασμός στην εφαρμογή τους από χώρο σε χώρο δεν έχουν τα ίδια αποτελέσματα σε όλες τις περιπτώσεις. Σε κάποιες ο διαφορετικός τρόπος ή βαθμός εφαρμογής ενός μέτρου παρουσιάστηκε από τους ερωτώμενους σαν παράγοντας ανασταλτικός στη δημιουργία και έκφραση τάσεων στιγματισμού προς τους οροθετικούς ασθενείς. Σε άλλες αντίθετα η διαφοροποίηση αυτή εμφανίστηκε σαν επιβαρυντικός παράγοντας στη δημιουργία και έκφραση τέτοιων τάσεων.

Ωστόσο, αν η ασυμβατότητα μεταξύ θεωρίας και πράξης δεν έχει πάντα ξεκάθαρα αρνητικά αποτελέσματα -σχετικά με τη δημιουργία και έκφραση τάσεων στιγματισμού-, δε συμβαίνει το ίδιο και με την **ασυμβατότητα ανάμεσα στα μέτρα και τις διεθνείς αρχές και οδηγίες.** Οι διεθνείς αρχές και οδηγίες έχουν σχεδιαστεί και θεσμοθετηθεί λαμβάνοντας υπόψιν τους επιβαρυντικούς -για τη δημιουργία και έκφραση στιγματισμού- παράγοντες. Ο κύριος λόγος ύπαρξής τους είναι ακριβώς η αποφυγή δημιουργίας και έκφρασης στιγματισμού απέναντι στα οροθετικά άτομα.

Συνεπώς η παρέκκλιση από αυτές τις αρχές και οδηγίες περικλείει σίγουρα και σε σημαντικό βαθμό τον κίνδυνο στιγματισμού αυτών των ατόμων.

Τα επιμέρους σχόλια και οι κρίσεις των ερωτώμενων αποκάλυψαν ότι τα μέτρα θεραπείας, που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, καλύπτουν τις διεθνείς αρχές και οδηγίες μόνον στοιχειωδώς, ενώ αποκλίνουν απ' αυτές σε πολλές, σημαντικές περιπτώσεις και σε μεγάλο βαθμό. Σε όλες τις περιπτώσεις, που επισημάνθηκαν - όπως παρουσιάστηκαν παραπάνω- η ασυμβατότητα ανάμεσα στο εκάστοτε μέτρο και την αντίστοιχη διεθνή οδηγία είναι αδιαμφισβήτητη είτε αφορά στην ελλιπή κάλυψη της οδηγίας ή στην πλήρη απόκλιση απ' αυτήν. Εξίσου αδιαμφισβήτητες όμως είναι και οι **τάσεις στιγματισμού** που εμφανίζονται σαν απόρροια αυτής της ασυμβατότητας. Τάσεις που αφορούν στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή των μέτρων, σε γενικότερες αντιδράσεις απέναντι στα οροθετικά άτομα -εντός αλλά και εκτός των χώρων αντιμετώπισης του AIDS- καθώς και στους ίδιους τους ερωτώμενους.

Η πρώτη ένδειξη της ύπαρξης τάσεων στιγματισμού προς τα οροθετικά άτομα ήρθε μέσα από τα άμεσα αυθόρμητα σχόλια των ερωτώμενων για κάποια από τα μέτρα που υπάρχουν και εφαρμόζονται. Δεν ήταν λίγες οι περιπτώσεις που οι ίδιοι οι ερωτώμενοι τα χαρακτήρισαν άμεσα στιγματοφόρα ή και ρατσιστικά θεωρώντας και εκφράζοντας ως απαράδεκτο γεγονός την ύπαρξη και εφαρμογή τους. Η πρώτη αυτή ένδειξη επιβεβαιώθηκε και συμπληρώθηκε στη συνέχεια από τις παροτρυνόμενες εκτιμήσεις των ερωτώμενων, στα πλαίσια της σύγκρισης των μέτρων με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες και μέσα από τον εντοπισμό της ασυμβατότητάς τους με αυτές.

Πολλά από τα σχόλια των ερωτώμενων -για τα μέτρα αυτά- αναφέρονται καθαρά στον άμεσο κίνδυνο δημιουργίας και έκφρασης στιγματισμού προς τα οροθετικά άτομα, σαν απόρροια της ύπαρξης και εφαρμογής τους. Η δε απόκλισή τους από τις διεθνείς αρχές και οδηγίες λειτουργεί επιβαρυντικά προς αυτή την κατεύθυνση. Εντούτοις εντοπίστηκαν και άλλα μέτρα, ως 'πηγή' δημιουργίας και έκφρασης τάσεων στιγματισμού, ίσως έμμεσα και όχι άμεσα αλλά οπωσδήποτε χωρίς αμφιβολία. Πρόκειται για τα μέτρα των οποίων η εφαρμογή δημιουργεί γενικότερου είδους αντιδράσεις, αποκαλύπτοντας έτσι τις τάσεις στιγματισμού των ανθρώπων[293].

Σε αυτές τις περιπτώσεις περιγράφηκαν από τους ερωτώμενους περιστατικά, που δεν αφήνουν καμία αμφιβολία για τη δημιουργία και έκφραση στιγματισμού

[293] Τέτοια είναι για παράδειγμα: Α) Το μέτρο που αναφέρεται στην "λειτουργία του Ξενώνα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης", Β) Το μέτρο που αναφέρεται στην "εφαρμογή του προγράμματος της 'κατ'οίκον νοσηλείας'".

απέναντι στα οροθετικά άτομα. Οι εντονότερες από τις αντιδράσεις, που παρουσιάστηκαν, αφορούσαν στο γενικό πληθυσμό μίας γειτονιάς ή ευρύτερης περιοχής. Ωστόσο δεν ήταν λίγα τα παραδείγματα, που αναφέρονταν σε αντιδράσεις ακόμα και του ίδιου του προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων[294] ή άλλων κρατικών φορέων.

Χαρακτηριστικές περιπτώσεις έκφρασης στιγματισμού, μέσα από τα ίδια τα νοσηλευτικά ιδρύματα, αναφέρθηκαν από τους ερωτώμενους κατά το σχολιασμό και άλλων μέτρων[295]. Ο φόβος, η άγνοια και ο στιγματισμός των οροθετικών ατόμων, που επικρατούν ακόμη και μέσα σε αυτούς τους χώρους, σκιαγραφήθηκαν με κάθε λεπτομέρεια μέσα από τις περιγραφές των ερωτώμενων.

Στους ίδιους λόγους εξάλλου αποδόθηκε και η ύπαρξη και εφαρμογή του μέτρου, που αφορά στη "νοσηλεία των ασθενών με AIDS σε ξεχωριστό θάλαμο"[296]. Για το μέτρο αυτό δεν είχε ζητηθεί σχολιασμός από τους ερωτώμενους, διότι ήταν γνωστό, ότι ο επίσημος λόγος για την ύπαρξή του είναι η προστασία κυρίως των ίδιων των οροθετικών. Η προστασία αυτή αφορά στους άλλους ασθενείς, οι οποίοι θα μπορούσαν να μεταδώσουν διάφορες ασθένειες στα ήδη ανοσοκατεσταλμένα[297] οροθετικά άτομα.

Εντούτοις κάποιοι από τους ερωτώμενους σχολίασαν αυτό το μέτρο αυθόρμητα, αναφέροντας χαρακτηριστικά ότι "η απομόνωση των οροθετικών ατόμων δεν είναι πάντα απαραίτητη για τους ίδιους, παρά μόνο σε περιπτώσεις εξαιρετικές, πράγμα που ισχύει και σε άλλες ασθένειες που συνεπάγονται ανοσοκαταστολή και όχι μόνο στο AIDS", όπως επίσης και ότι "σε άλλες χώρες δεν απομονώνονται, αλλά νοσηλεύονται μαζί με άλλους ασθενείς". Συνέχισαν δε συμπληρώνοντας ότι "το καλό" των ασθενών χρησιμοποιείται ως πρόφαση για την απομόνωση των οροθετικών ατόμων, ενώ ο πραγματικός λόγος είναι **ο φόβος** των άλλων ασθενών ή

---

[294] Αν και συνήθως όχι από τους άμεσα εμπλεκόμενους στη θεραπεία των οροθετικών ατόμων, δηλαδή από το προσωπικό των Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων, αλλά από το προσωπικό του υπόλοιπου νοσοκομείου.

[295] Για παράδειγμα αναφέρονται τα μέτρα που αφορούν: "Στην υποχρέωση κάθε Νοσοκομείου για αποδοχή άμεσης εισαγωγής προς νοσηλεία περιστατικών της νόσου AIDS και ειδικότερα των νοσοκομείων που έχουν αναπτύξει Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων", καθώς και στην "απαγόρευση άρνησης προσφοράς νοσηλευτικών φροντίδων".

[296] Γίνεται ιδιαίτερη μνεία για το συγκεκριμένο μέτρο, διότι ο επίσημος εξωτερικός λόγος ύπαρξής του αμφισβητήθηκε έντονα από μερίδα ερωτώμενων.

[297] Ο όρος ανοσοκαταστολή αναφέρεται στην καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος του ατόμου, που στην περίπτωση του οροθετικού είναι ιδιαίτερα έντονη, δεδομένου ότι ο ιός του AIDS καταστρέφει τα κύτταρα αυτού ακριβώς του συστήματος του ανθρώπινου οργανισμού.

ακόμη και ατόμων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, που δεν ασχολούνται άμεσα με το AIDS.

Έτσι αποκαλύφθηκε μία σειρά στιγματοφόρων αντιδράσεων απέναντι στα οροθετικά άτομα από πληθώρα ανθρώπων, σε διάφορες θέσεις, ανάλογα με τις καταστάσεις. Αντιδράσεις που άλλοτε φαίνονται να υποχωρούν με το χρόνο και άλλοτε εμμένουν και διαιωνίζονται. Ταυτόχρονα αποκαλύφθηκε και μία σειρά τάσεων στιγματισμού, που μπορεί να μην έχουν εκφραστεί ποτέ σαν αντιδράσεις, αλλά ενυπάρχουν στα άτομα και επηρεάζουν τις απόψεις και τη συμπεριφορά τους.

Κάποιες τέτοιες τάσεις ανιχνεύτηκαν και στους ίδιους τους ερωτώμενους με βάση τα σχόλια και τις εκτιμήσεις τους. Η υποστήριξη, για παράδειγμα, από πολλούς μέτρων που εμφανώς καταπατούν τα ατομικά δικαιώματα των οροθετικών, ενώ ταυτόχρονα παραβαίνουν τις διεθνείς οδηγίες, αποτελούν σημαντικές ενδείξεις τέτοιων τάσεων. Δεν ήταν λίγες οι περιπτώσεις ερωτώμενων, που, υπεραμυνόμενοι τέτοιων μέτρων, εξέφρασαν τάσεις στιγματισμού[298].

Η αντίφαση αυτών των μέτρων με τις διεθνείς οδηγίες ήταν τόσο εμφανής, που δεν άφηνε περιθώρια διαπραγματεύσεων. Έτσι η ανάγκη υπόστηριξής τους από μερίδα ερωτώμενων οδήγησε στην έκφραση επιχειρημάτων, που αποκάλυπταν τις τάσεις στιγματισμού τους. Στηριζόμενη στην υποστήριξη του 'γενικού καλού' αυτή η μερίδα ερωτώμενων αγνόησε ή υποβίβασε επιδεικτικά τα ατομικά δικαιωμάτων των οροθετικών, τοποθετώντας τους στον ρόλο των 'αποδιοπομπαίων τράγων'. Με αυτόν τον τρόπο βέβαια αποκάλυψε ταυτόχρονα και την τάση της για **άσκηση κοινωνικού ελέγχου** στα οροθετικά άτομα και για την εντονότερη περιθωριοποίησή τους.

Η άσκηση κοινωνικού ελέγχου στα οροθετικά άτομα, εξάλλου, εκφράστηκε ξεκάθαρα σε διάφορες περιπτώσεις, συνοδευόμενη και από την τάση άσκησης **ιατρικής εξουσίας** πάνω στους οροθετικούς ασθενείς. Δεν ήταν λίγα τα σχόλια των ερωτώμενων για κάποια μέτρα[299], που αποκαλύπτουν -άμεσα ή έμμεσα- πως αυτή η τάση είναι συχνή και έντονη.

---

[298] Ιδιαίτερα εμφανή -αλλά όχι και μοναδικά- παραδείγματα ήταν κάποια από τα σχόλια που αφορούσαν στο μέτρο που αναφέρεται στην "ύπαρξη και λειτουργία ξεχωριστής πτέρυγας για τους οροθετικούς φυλακισμένους στις φυλακές Κορυδαλλού".

[299] Σαν παράδειγμα αναφέρονται: Α) Το μέτρο που αναφέρεται στη λειτουργία του Συμβουλευτικού Σταθμού. Β) Το μέτρο που αναφέρεται στην εφαρμογή του προγράμματος της 'κατ' οίκον νοσηλείας'. Γ) Το μέτρο που αναφέρεται στην υποχρεωτική καταγραφή και περιγραφή του είδους του ατυχήματος, καθώς και όλων των στοιχείων του ασθενούς με τη λοίμωξη HIV και του οδοντιάτρου ή ιατρού ή νοσηλευτή σε ειδικό βιβλίο. Δ) Το μέτρο που αφορά στην "κατάλληλη σήμανση των δειγμάτων αίματος και ιστών π.χ. με αυτοκόλλητη ετικέττα κόκκινου -κατά προτίμηση- χρώματος απο ύποπτους ασθενείς (ομοφυλόφιλους, τοξικομανείς, πολυμεταγγιζόμενους, ανοσοκατασταλμένους, αλλοδαπούς απο ζώνες ενδημικότητας κ.λ.π.), η οποία μπορεί να τοποθετείται και στο θερμομετρικό διάγραμμα του

Μέσα από τα σχόλια αυτά και τις εκτιμήσεις τους, επιβεβαιώνεται η εξουσία του γιατρού πάνω στον ασθενή. Επιβεβαιώνεται το γεγονός, ότι, στην πράξη, οι γιατροί δεν αισθάνονται ότι πρέπει να ενημερώνουν τον ασθενή γι' αυτά που κάνουν πάνω στο σώμα του. Αντίθετα αισθάνονται ότι έχουν απόλυτη εξουσία πάνω σε αυτό. Μέσα στα σχόλια αυτά επίσης περιλαμβάνονται και οι απόψεις κάποιων ερωτώμενων, που παρουσιάζουν τη σχέση θεράποντα γιατρού - ασθενή ως σχεδόν αποκλειστική, υποστηρίζοντας ότι ο θεράποντας γιατρός είναι αυτός που πρέπει ταυτόχρονα και να ενημερώνει και να στηρίζει ψυχολογικά τον άρρωστο.

Ο λόγος, πάνω στον οποίο βασίζεται αυτό το -τελευταίο- επιχείρημα, είναι πως ο ασθενής 'αυτόν το γιατρό γνωρίζει και εμπιστεύεται', καθώς επίσης και ότι 'δεν μπορεί να ξεχωρίζει το ψυχολογικό από το σωματικό, για να απευθύνεται σε άλλο άτομο'. Μ' αυτή τη λογική βέβαια ο θεράποντας γιατρός καλείται να παίξει το ρόλο και του ψυχολόγου και του συμβουλευτή και όποιου άλλου επιστήμονα μπορεί να χρειαστεί το οροθετικό άτομο στην προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων του.

Έτσι ο θεράποντας γιατρός εμφανίζεται να πρέπει να συγκεντρώνει όλες τις ειδικότητες στο πρόσωπό του, αποτελώντας τον κύριο αν όχι και μοναδικό φορέα φροντίδας για το οροθετικό άτομο. Κάτι τέτοιο όμως είναι αφενός μεν εξαντλητικό για τον ίδιο το γιατρό και τις υποχρεώσεις που αναλαμβάνει απέναντι σε κάθε οροθετικό άτομο και αφετέρου ανέφικτο. Διότι είναι αδύνατο ένα και μοναδικό άτομο να μπορεί να καλύψει τις πολυποίκιλες και πολυδιάστατες ανάγκες και προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας οροθετικός ασθενής.

Η έκφραση αυτών των απόψεων των ερωτώμενων ήταν από τις πρώτες ενδείξεις της τάσης άσκησης ιατρικής εξουσίας και ελέγχου πάνω στους ασθενείς αλλά όχι και η μοναδική. Τα σχόλια των ερωτώμενων και γι' άλλα μέτρα, στη συνέχεια, συμπλήρωσαν αυτές τις ενδείξεις, σκιαγραφώντας με ακρίβεια την εικόνα του **'μοντέλου θεραπείας'** που επικρατεί στη χώρα μας.

Έτσι γίνεται προφανές, ότι οι προθέσεις να επικρατήσει το μοντέλο θεραπείας, που θέλει το γιατρό να είναι ένας από τους πολλούς φορείς φροντίδας των ασθενών, προέρχονται από λίγους και είναι θεωρητικές. Στην πράξη, αλλά και στις συνειδήσεις πολλών εκπροσώπων του ιατρικού χώρου, η κατάσταση που επικρατεί είναι εντελώς διαφορετική. Ο γιατρός είναι -και για πολλούς πρέπει να εξακολουθήσει να είναι- ο

ασθενούς, για να τηρούνται όλες οι οδηγίες ασφαλούς λήψης, διακίνησης και εξέτασης των δειγμάτων".

κύριος αν όχι και ο μοναδικός φορέας φροντίδας, ασκώντας τόσο την εξουσία όσο και τον έλεγχο της θέσης του πάνω στον ασθενή.

Το γεγονός αυτό, βέβαια, είναι από μόνο του σε θέση να προσφέρει εξηγήσεις για κάποιες από τις **ελλείψεις** και τα **κενά,** που παρουσιάζονται στη διαδικασία θεραπείας των οροθετικών. Οι ίδιοι οι ερωτώμενοι ανέλυσαν -σε παραπάνω από μία περιπτώσεις- αυτά τα κενά, επισημαίνοντας την **έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού** καθώς και την αδυναμία του υπάρχοντος να ανταποκριθεί στις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες των οροθετικών ατόμων. Αυτό όμως δε φαντάζει διόλου παράξενο, αν λάβουμε υπόψη την πληθώρα των ρόλων που οι γιατροί -ηθελημένα ή όχι- αναλαμβάνουν να παίξουν, με βάση το 'μοντέλο θεραπείας' που επικρατεί και -από πολλούς- υποστηρίζεται στη χώρα μας.

Εντούτοις δε μπορούν να αποδοθούν όλες οι ευθύνες σε αυτό το μοντέλο θεραπείας. Οι ελλείψεις και τα κενά, που διαπιστώθηκαν και επισημάνθηκαν από τους ερωτώμενους, υπάρχουν και σε πολλά ακόμη επίπεδα, εκτός από αυτό του ανθρώπινου δυναμικού. Η πρώτη και βασικότερη απ' αυτές τις ελλείψεις αφορά στην **υλικοτεχνική υποδομή** της διαδικασίας θεραπείας και πιο συγκεκριμένα στην έλλειψη χώρων εξοπλισμένων και ικανών να νοσηλεύσουν οροθετικά άτομα. Το πρόβλημα εντοπίστηκε -από τους ίδιους τους ερωτώμενους- σαν ιδιαίτερα έντονο στην Ελληνική επαρχία, χωρίς όμως να εξαιρούνται τα μεγάλα αστικά κέντρα ή ακόμη και η πρωτεύουσα.

Ο εντοπισμός αυτών των σημαντικών ελλείψεων υποδομής έγινε -σε μεγάλο βαθμό- κατά τη διαδικασία σχολιασμού του μέτρου, που αφορά στην ανάπτυξη τουλάχιστον πέντε (5) κλινών για νοσηλεία οροθετικών ατόμων. Ωστόσο ελλείψεις, κενά, αλλά και διαφόρων ειδών άλλα προβλήματα εντοπίστηκαν και επισημάνθηκαν αυθόρμητα από τους ερωτώμενους, σ' όλη τη διαδικασία εκτίμησης και σχολιασμού των μέτρων της Πολιτικής Θεραπείας. Τα στοιχεία, που προέκυψαν, αποτέλεσαν δε, σε πολλές περιπτώσεις, 'νέα', μη αναμενόμενα δεδομένα, που συμβάλλουν σημαντικά σε αυτήν την προσπάθεια αξιολόγησης.

Άλλο ένα τέτοιο 'νέο' δεδομένο -που συνδέεται στενά και άμεσα τόσο με τη διαδικασία θεραπείας όσο και με τα προβλήματα που αυτή αντιμετωπίζει- αποτελεί και η **παλαιότητα των εσωτερικών κανονισμών** των νοσοκομείων. Ως επι το πλείστον αυτό το πρόβλημα εντοπίστηκε και επισημάνθηκε από τους ίδιους τους

ερωτώμενους[300]. Σε αρκετές περιπτώσεις παρουσιάστηκε σαν αιτία για την ελλιπή εφαρμογή κάποιων μέτρων, ενώ σε άλλες χρησιμοποιήθηκε σαν άλλοθι για την ασυμβατότητα αφενός μεν μεταξύ των επιμέρους μέτρων και αφετέρου μεταξύ αυτών των μέτρων και των διεθνών αρχών και οδηγιών.

Όπως υποστηρίχθηκε από μερίδα των ερωτώμενων, οι κανονισμοί αυτοί -που επισημάνθηκαν- είναι κάποιοι από τους πρώτους που εφαρμόστηκαν με την εμφάνιση του ιού του AIDS στη χώρα μας, σαν αποτέλεσμα της άγνοιας και των διαφορετικών αναγκών της εποχής εκείνης. Για το λόγο αυτό -σύμφωνα πάντα με τους ερωτώμενους- σε πολλά νοσοκομεία, σήμερα, δεν εφαρμόζονται, ως έχουν, αλλά με σημαντικές διαφοροποιήσεις και αυτοσχεδιασμούς. Για τον ίδιο λόγο, εξάλλου, αντιφάσκουν τόσο φανερά με μέτρα, που θεσπίστηκαν αργότερα, όπως και με τις διεθνείς αρχές και οδηγίες.

Ένα από τα σημαντικότερα μεταγενέστερα μέτρα, με τα οποία αντιφάσκουν οι παλαιότεροι κανονισμοί, είναι αυτό που αφορά στην αυστηρή και υποχρεωτική τήρηση του ιατρικού απορρήτου. Οι αντίστοιχες διεθνείς αρχές και οδηγίες, με τις οποίες αντιφάσκουν, είναι αυτές που προασπίζουν την αυστηρή τήρηση της ανωνυμίας και του απορρήτου.

Σαν απόρροια αυτής της αντίφασης προκύπτει η καταπάτηση του ιατρικού απορρήτου σε πολλές περιπτώσεις. Η διαπίστωση αυτή έγινε σε μεγάλο βαθμό φανερά και από τους ίδιους τους ερωτώμενους. Τα σχόλιά τους -στην πλειονότητά τους άμεσα- επεσήμαναν αυτή την καταπάτηση, σαν αποτέλεσμα της πιστής εφαρμογής των παλαιών αυτών μέτρων και την κατήγγειλαν. Επιπρόσθετα αναφέρθηκαν και σε άλλες περιπτώσεις, όπου το απόρρητο καταπατείται εμφανώς, μέσα στα ίδια τα πλαίσια των κρατικών μηχανισμών, χωρίς ουσιαστική δυνατότητα προστασίας του[301].

---

[300] Χαρακτηριστικά παραδείγματα παλαιότητας εσωτερικών κανονισμών που οδηγεί σε τέτοια ασυμβατότητα, όπως αναφέρθηκαν, αποτελούν:
Α) το μέτρο που αφορά στην "κατάλληλη σήμανση των δειγμάτων αίματος και ιστών π.χ. με αυτοκόλλητη ετικέττα κόκκινου -κατά προτίμηση- χρώματος απο ύποπτους ασθενείς (ομοφυλόφιλους, τοξικομανείς, πολυμεταγγιζόμενους, ανοσοκατασταλμένους, αλλοδαπούς απο ζώνες ενδημικότητας κ.λ.π.), η οποία μπορεί να τοποθετείται και στο θερμομετρικό διάγραμμα του ασθενούς για να τηρούνται όλες οι οδηγίες ασφαλούς λήψης, διακίνησης και εξέτασης των δειγμάτων". Β) το μέτρο που αφορά στην "υποχρεωτική καταγραφή και περιγραφή του είδους του ατυχήματος, καθώς και όλων των στοιχείων του ασθενούς με την λοίμωξη HIV και του οδοντιάτρου ή ιατρού ή νοσηλευτή σε ειδικό βιβλίο".

[301] Χαρακτηριστικό το παράδειγμα της χορήγησης του επιδόματος Πρόνοιας, που απαιτεί τα πλήρη στοιχεία του οροθετικού ατόμου. Βλ. και παραπάνω αναφορά.

Αυτή η εκτεταμένη **καταπάτηση του απορρήτου εντός αλλά και εκτός των χώρων νοσηλείας των οροθετικών ασθενών** ήταν ακόμη ένα πολύ σημαντικό, 'νέο' και μη αναμενόμενο δεδομένο, που προέκυψε από τα αυθόρμητα σχόλια των ερωτώμενων. Ένα δεδομένο που -σε συνδυασμό και με τα προηγούμενα- επηρεάζει σημαντικά το σχηματισμό της εικόνας της Πολιτικής Θεραπείας στη χώρα μας. Η αδυναμία τήρησης και προστασίας του ιατρικού απορρήτου έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, δεδομένου του ρόλου του στην αποφυγή στιγματισμού των οροθετικών ατόμων.

Η παραδοχή της ανάγκης τήρησης της ανωνυμίας και προστασίας του απορρήτου είναι καθολική σε διεθνές επίπεδο. Για το λόγο αυτό τονίζεται ιδιαίτερα -στα πλαίσια των διεθνών αρχών και οδηγιών- η σημασία που πρέπει να δίνεται από κάθε χώρα προς αυτή την κατεύθυνση. Είναι εμφανές λοιπόν το πρόβλημα που δημιουργείται, όταν παρουσιάζεται τόσο έντονη απόκλιση από την κάλυψη αυτής της ανάγκης. Ιδιαίτερα μάλιστα, όταν η απόκλιση αυτή έχει ως μία από τις κύριες αιτίες της την ταυτόχρονη συνύπαρξη και λειτουργία αντιφατικών μεταξύ τους μέτρων.

Η εικόνα που δημιουργείται δεν είναι ρόδινη, ούτε για την Πολιτική Θεραπείας του AIDS ούτε όμως και για τη γενικότερη Πολιτική γύρω από την όποια διαδικασία θεραπείας. Αντίθετα είναι έντονα προβληματική και ιδιαίτερα για τους οροθετικούς ασθενείς. Ο κίνδυνος του στιγματισμού τους είναι εμφανής και μάλιστα δημιουργείται -σε σημαντικό βαθμό- από την ίδια την εφαρμογή των μέτρων θεραπείας τους. Επιπρόσθετα δε αυξάνεται και από την κρατική άρνηση παραδοχής συγκεκριμένων σοβαρών προβλημάτων, που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Κάποια από αυτά τα προβλήματα, που εντοπίστηκαν και επισημάνθηκαν αυθόρμητα από τους ερωτώμενους, είναι αυτά που απορρέουν από τις ιδιαίτερες συνθήκες, που επικρατούν στις φυλακές και σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών και τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις.

Η **κρατική επίσημη άρνηση παραδοχής** αυτών των προβλημάτων ήρθε στο φώς ιδιαίτερα μέσα από τα σχόλια των ερωτώμενων, σχετικά με το μέτρο, που αναφέρεται στην ύπαρξη και λειτουργία ξεχωριστής πτέρυγας για τους οροθετικούς φυλακισμένους στις φυλακές Κορυδαλλού. Αποτέλεσε δε άλλο ένα πολύ σημαντικό 'νέο' και μη αναμενόμενο στοιχείο, όχι μόνο για την Πολιτική Θεραπείας αλλά και για τη γενικότερη εικόνα του τρόπου αντιμετώπισης τέτοιων σοβαρών προβλημάτων από τη μεριά του κρατικού μηχανισμού.

Η εικόνα που εμφανίζεται -μέσα από αυτό το 'νέο' στοιχείο- αποτελείται από επιφανειακούς και πυροσβεστικούς τρόπους αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων

με συνακόλουθες, σοβαρές ελλείψεις και κενά στη διαδικασία της ουσιαστικής και ριζικής επίλυσής τους. Έτσι όμως επιτυγχάνεται όχι μόνον η διαιώνιση αυτών των προβλημάτων, αλλά και η δημιουργία και άλλων νέων, όπως είναι ο στιγματισμός και η έντονη περιθωριοποίηση των οροθετικών φυλακισμένων.

Η επισήμανση βέβαια αυτών των ελλείψεων και κενών δεν έγινε από όλους τους ερωτώμενους, αλλά από μία μικρή μερίδα τους, που είχε και μία λύση να προτείνει. Αντίθετα οι υπόλοιποι -στα πλαίσια σχολιασμού του μέτρου για τη ξεχωριστή πτέρυγα στις φυλακές- δεν κατάφεραν να ξεφύγουν από το τεχνητό αλλά έντονο **δίλημμα ανάμεσα στο 'κοινό καλό' και τα 'δικαιώματα των οροθετικών'.**

Το δίλημμα αυτό εμφανίστηκε στα πλαίσια σχολιασμού αυτού του μέτρου πολύ έντονο, επηρεάζοντας -όπως φάνηκε- σε μεγάλο βαθμό την τοποθέτηση των ερωτώμενων. Ωστόσο αυτή δεν ήταν και η μοναδική φορά που παρουσιάστηκε. Σε αρκετές περιπτώσεις, στα πλαίσια αξιολόγησης τόσο της Πολιτικής Πρόληψης όσο και της Θεραπείας, προέκυψε αυτό το δίλημμα και έγινε εμφανής ο διχασμός στη σκέψη και η αμφιταλάντευση στην τοποθέτηση των ερωτώμενων ανάμεσα στα δύο. Το φαινόμενο αυτό αποτέλεσε άλλο ένα 'νέο' στοιχείο, που ήρθε στην επιφάνεια άλλοτε άμεσα εκφραζόμενο από τους ίδιους τους ερωτώμενους και άλλοτε έμμεσα, μέσα από τα σχόλια, τις παρατηρήσεις και τους δισταγμούς τους.

Το δεδομένο αυτό δείχνει την αντιδιαστολή στη σκέψη πίσω από το σχεδιασμό της Πολιτικής για το AIDS. Είναι σα να υπάρχουν μόνον δύο δρόμοι για τη λύση ενός προβλήματος, καθένας από τους οποίους κάποιον θίγει και κάποιον ευνοεί. Η τοποθέτηση υπέρ του ένα ή του άλλου δρόμου λοιπόν συνεπάγεται αυτόματα και την ευνοϊκή τοποθέτηση απέναντι στη μία πλευρά έναντι της άλλης. Για το λόγο αυτό γίνεται το δίλημμα βασανιστικό και η επιλογή πολύ δύσκολη.

Εντούτοις υπήρξαν ερωτώμενοι με ανοιχτούς ορίζοντες σκέψης, που αρνήθηκαν -με τον τρόπο τους- να εμπλακούν σε αυτόν το διπολικό τρόπο δράσης και πρότειναν λύσεις με δυνατότητα διαφυγής από το δίλημμα και την αναγκαστική επιλογή ανάμεσα στο 'κοινό καλό' και στα 'δικαιώματα των οροθετικών'. Ήταν οι ερωτώμενοι που υποστήριξαν ότι ο διαχωρισμός των οροθετικών φυλακισμένων δεν είναι απαραίτητος ούτε αναγκαίος.[302] Οι προτάσεις τους αποτελούν -σε σημαντικό βαθμό- τον 'τρίτο δρόμο' που έχει σα σκοπό το συνδυασμό των αναγκών και των δύο πλευρών και την όσο το δυνατόν πληρέστερη κάλυψή τους.

[302] Κάποιοι από αυτούς ήταν οι ίδιοι που νωρίτερα είχαν επισημάνει ότι ούτε στα νοσοκομεία είναι απαραίτητος ή αναγκαίος ο διαχωρισμός των οροθετικών.

Οι προτάσεις αυτές βέβαια αφορούν σε δομικές αλλαγές ολόκληρου του συστήματος και της λειτουργίας του, τουλάχιστον σε ό,τι αφορά στις φυλακές και τους κρατούμενους. δε θεωρούνται λύσεις γρήγορες ή εύκολες, ενώ περιλαμβάνουν ταυτόχρονα τον εκ νέου σχεδιασμό της πολιτικής για τη λειτουργία των φυλακών. Πρόκειται δηλαδή για λύσεις - μέτρα 'δομικά' με στόχο την ίδια τη δομή λειτουργίας των σωφρονιστικών καταστημάτων και με μακροχρόνια αποτελέσματα.

Μέσα στα πλαίσια αυτών των 'καινοτόμων' προτάσεων, για παράδειγμα, διατυπώθηκαν ιδέες-λύσεις για την περίπτωση των οροθετικών φυλακισμένων,[303] για την ανάπτυξη 'προστατευόμενων αυτόνομων διαμερισμάτων', σαν επέκταση της λειτουργίας του Ξενώνα, για το διορισμό ψυχολόγων στα νοσοκομεία, προκειμένου να καλύπτονται οι ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών κλπ. Δόθηκαν δηλαδή γενικά από τους ερωτώμενους νέες κατευθύνσεις στη σκέψη και δράση της Πολιτικής Θεραπείας. Κατευθύνσεις, που δεν εμφανίζονταν πουθενά στα υπάρχοντα μέτρα και στους στόχους τους, αλλά που μπορούν -αν ληφθούν υπόψη- να φανούν πολύ χρήσιμες, οδηγώντας στη σημαντική βελτίωση της Πολιτικής Θεραπείας.

Η εικόνα αυτής της Πολιτικής, που στοιχειωδώς σχηματίζεται με βάση τις νέες προτάσεις και κατευθύνσεις των ερωτώμενων, στοχεύει -όπως προκύπτει από τα επιμέρους σχόλια και τις εκτιμήσεις τους- στη σφαιρική κάλυψη των προβλημάτων των οροθετικών ασθενών. Περιλαμβάνει δε -εκτός από το κράτος και το μηχανισμό του- τη σημαντική λειτουργία των μη κυβερνητικών οργανισμών.

Ο σημαντικός **ρόλος των μη κυβερνητικών οργανισμών** στη δράση της Πολιτικής Θεραπείας έγινε εμφανής μέσα από τη διαδικασία αξιολόγησής της. Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις αναγνωρίστηκαν από τους ίδιους τους ερωτώμενους ως οι κύριοι αν όχι και οι μοναδικοί φορείς εφαρμογής κάποιων μέτρων. Ήταν περιπτώσεις, όπου οι οργανώσεις αυτές εμφανίστηκαν να υποκαθιστούν ή και να αντικαθιστούν τους κρατικούς φορείς στο ρόλο που καλούνται να παίξουν.

Η αποκάλυψη αυτής της πραγματικότητας αποτέλεσε άλλο ένα 'νέο' δεδομένο σε σχέση με την Πολιτική Θεραπείας και τον τρόπο που αυτή ασκείται. Ένα δεδομένο που έφερε στην επιφάνεια, από τη μία μεριά ένα ακόμα αδύνατο σημείο αυτής της Πολιτικής, από την άλλη όμως ένα σημείο πιθανής δύναμής της. Η αδράνεια του κρατικού μηχανισμού ως προς την εφαρμογή κάποιων μέτρων συνεπάγεται -όπως

[303]Όπως είναι η κατάλληλη ενημέρωση στους χώρους των φυλακών και η δωρεάν χορήγηση προφυλακτικών και συρίγγων μέσα στις φυλακές.

φάνηκε- τη δραστηριοποίηση των μη κυβερνητικών οργανισμών προς την ίδια κατεύθυνση.

Τις περισσότερες φορές όμως αυτή η ανάληψη δράσης φάνηκε να οδηγεί σε ανταγωνισμό ανάμεσα τόσο στις μη κυβερνητικές οργανώσεις μεταξύ τους, όσο και ανάμεσα σε αυτές και τον επίσημο κρατικό Φορέα.[304] Έτσι εμφανίστηκε μία αντιπαλότητα ανάμεσα σε αυτούς του Φορείς, με καθαρή επιδίωξη -για κάθε έναν από αυτούς- να λάβουν τα εύσημα για την όποια δράση τους.

Μία τέτοια αντιπαλότητα φυσικά δεν ωφελεί τελικά στην άσκηση της Πολιτικής Θεραπείας. Αντίθετα είναι η ομαλή συνεργασία ανάμεσα σε αυτούς τους επιμέρους Φορείς -κρατικούς και μη, που επίσης φάνηκε να υπάρχει και να λειτουργεί σε κάποιες περιπτώσεις-, που ωφελεί στην άσκηση αυτής της Πολιτικής. Είναι αυτή η συνεργασία που μπορεί να μετατρέψει τις αδυναμίες της αδράνειας του κρατικού μηχανισμού και της αντιπαλότητάς του με τις μη κυβερνητικές οργανώσεις σε πηγή δύναμης και αποτελεσματικότητας.

Αυτή εξάλλου ήταν και μία από τις κατευθύνσεις των προτάσεων των ερωτώμενων σχετικά με την Πολιτική Θεραπείας. Όπως προέκυψε από τα σχόλιά τους, η δράση των μη κυβερνητικών οργανισμών είναι και αποδεκτή και επιθυμητή από αυτούς. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα διατυπώθηκαν συγκεκριμένες προτροπές ως προς την ανάληψη ακόμη σημαντικότερου ρόλου από μέρους τους. Ο ρόλος όμως αυτός θα έχει νόημα και σκοπό μόνον εφόσον θα οδηγεί στον εμπλουτισμό της Πολιτικής αυτής και στην ομαλότερη και πληρέστερη άσκησή της και όχι σε ακόμη εντονότερο ανταγωνισμό μεταξύ τους.

Η επισήμανση όλων των στοιχείων και δεδομένων, που προέκυψαν από τη διερεύνηση της Πολιτικής Θεραπείας, όπως αυτά παρουσιάστηκαν παραπάνω, δημιουργούν μία αρκετά καθαρή εικόνα της πολιτικής αυτής και των σημαντικών ελλείψεών της. Ταυτόχρονα όμως προσφέρουν και κάποιες σημαντικές ενδείξεις σχετικά με την 'κοινωνική φύση' του AIDS στην Ελλάδα:

- Η πρόσληψη της νόσου από την Ελληνική κοινωνία εμφανίζεται και πάλι καταρχήν ως επιφανειακή και αποσπασματική, καθώς οι ελλείψεις, που αποκαλύφθηκαν σε όλα τα επίπεδα της διαδικασίας θεραπείας των οροθετικών ατόμων, μαρτυρούν την προβληματική, αν όχι απούσα, οργάνωση και σχεδίαση

[304] Που είναι το ΚΕΕΛ.

αυτής της διαδιακασίας. Ο τρόπος και ο βαθμός εφαρμογής των υπαρκτών μέτρων θεραπείας δηλώνει την ανεπάρκειά τους σε επίπεδο σχεδιασμού, όπως αντίστοιχα συμβαίνει και με την παλαιότητα κάποιων εσωτερικών κανονισμών που αποκαλύφθηκε. Η έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής αλλά και απαραίτητου ανθρώπινου δυναμικού επιδείνωσε την εικόνα αυτή, τονίζοντας τα οργανωτικά προβλήματα που υπάρχουν. Από την άλλη μεριά η κρατική επίσημη άρνηση παραδοχής βασικών προβλημάτων και αναγκών, που ήρθε στην επιφάνεια μαζί με τις έντονες έλλειψεις 'δομικών' μέτρων[305] για την αντιμετώπισή τους, δείχνουν ξεκάθαρα ότι το φαινόμενο του AIDS δε γίνεται αντιληπτό ως ένα μόνιμο κοινωνικό πρόβλημα που απαιτεί οργανωμένη μελέτη και σχεδιασμό. Αντίθετα εμφανίζεται να αντιμετωπίζεται με προχειρότητα ως μία προσωρινή κατάσταση, που αφορά μάλλον συγκεκριμένα άτομα παρά την κοινωνία στο σύνολό της. Ακόμα δε και στις περιπτώσεις ύπαρξης μέτρων με στόχο μακροχρόνια, ουσιαστικά, συλλογικά αποτελέσματα,[306] η εφαρμογή και αποτελεσματικότητά τους 'σαμποτάρεται' από τις τάσεις ιατρικής εξουσίας και άσκησης κοινωνικού ελέγχου και κριτικής, που ενυπάρχουν στο 'μοντέλο' θεραπείας που επικρατεί.

Μέσα βέβαια από αυτό το 'μοντέλο' θεραπείας, που σκιαγραφήθηκε, και τις ενυπάρχουσες σ' αυτό τάσεις βγήκε στην επιφάνεια -για μία ακόμη φορά- και η δημιουργία και έκφραση στιγματισμού προς τα οροθετικά άτομα, σαν αποτέλεσμα της διαδικασίας θεραπείας τους. Αυτή η δημιουργία και έκφραση στιγματισμού εμφανίστηκε κατά τη διαδικασία διερεύνησης των επιμέρους μέτρων θεραπείας και στη συνέχεια επιβεβαιώθηκε πολλές φορές. Σαν πρώτη ένδειξη προέκυψε η ασυμβατότητα, που παρατηρήθηκε ανάμεσα σε κάποια μέτρα και τις διεθνείς αρχές και οδηγίες, αλλά η σημαντικότερη ήταν η αποκάλυψη της καταπάτησης του ιατρικού απορρήτου σε πλήθος περιπτώσεων είτε μέσω έμμεσων σχολίων των ερωτώμενων ή ακόμα και με την άμεση και ανοιχτή παραδοχή της από αυτούς. Με αυτόν τον τρόπο προστίθεται άλλο ένα πολύ σημαντικό δεδομένο που αφορά στην πρόσληψη του AIDS μέσα στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας. Αυτό το δεδομένο αφορά στη ξεκάθαρη πλέον αρνητική φόρτιση αυτής της πρόσληψης, στην επίρριψη ευθύνης στα άτομα αυτά για την κατάσταση στην οποία βρέθηκαν και στη διάθεση ελέγχου, κριτικής και 'τιμωρίας' της κοινωνίας απέναντί τους.

[305] Με μοναδικές εξαιρέσεις ίσως τις διάφορες μορφές οικονομικής στήριξης των οροθετικών ατόμων που αναφέρονται αναλυτικά στην επόμενη ενότητα της Πολτικής Θεραπείας.

• Η θετική επίδραση της Ελληνικής κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου προκύπτει και εδώ -όπως και στην Πολιτική Πρόληψης- ως στοιχειώδης. Η έλλειψη οργάνωσης και σχεδιασμού, που επισημάνθηκε, στα πλαίσια της διαδικασίας θεραπείας -με όλες τις πρακτικές αδυναμίες που αυτή συνεπάγεται-, αποτελεί τον πρώτο και κύριο λόγο γι' αυτό. Συνδυάζεται όμως με τον τρόπο και το βαθμό εφαρμογής των υπαρκτών, επιμέρους μέτρων θεραπείας και το γεγονός ότι αυτά στο μεγαλύτερο μέρος τους στοχεύουν σε βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα. Η απουσία σχεδιασμού και εφαρμογής μέτρων με μακροχρόνια αποτελέσματα εκδηλώνεται μέσα από την παλαιότητα των εσωτερικών κανονισμών και στηρίζεται -σε έναν τουλάχιστον βαθμό- αφενός μεν στην κρατική επίσημη άρνηση παραδοχής σημαντικών προβλημάτων και αφετέρου στην αντιδιαστολή στη σκέψη ανάμεσα στο 'κοινό καλό' και τα 'δικαιώματα των οροθετικών ατόμων'. Η εμμονή σε αυτό το δίλημμα αποκαλύπτει μία ακαμψία και στενότητα σκέψης στο σχεδιασμό της Πολιτικής Θεραπείας και συνακόλουθα την αδυναμία της κοινωνίας να επιδράσει σημαντικά στη νόσο και την εξέλιξή της, με θετικό τρόπο, μέσα από την άσκηση αυτής της πολιτικής.

Ο περιορισμένος -αν και σημαντικός- ρόλος των μη κυβερνητικών οργανώσεων συμπληρώνει την εικόνα αυτής της αδυναμίας, ενώ θα μπορούσε να λειτουργεί για να την αντιστρέψει. Ο ανταγωνισμός, που φανερώθηκε να υπάρχει ανάμεσα στους διαφορετικούς αυτούς Φορείς, αλλά και μεταξύ αυτών και του κράτους, είναι ο βασικός περιοριστικός παράγοντας. Έτσι στον βαθμό που η Ελληνική κοινωνία επιδρά στη νόσο, αυτή η επίδραση είναι -σε μεγάλο βαθμό- αρνητική, λόγω των τάσεων κοινωνικού ελέγχου, κριτικής και στιγματισμού, που εκφράζονται -μέσα από την άσκηση της Πολιτικής Θεραπείας- απέναντι στα οροθετικά άτομα. Η έκφραση αυτών των τάσεων έχει τα αντίθετα αποτελέσματα από τα επιδιωκόμενα. Η άσκηση εξουσίας, ελέγχου, κριτικής και η έκφραση στιγματισμού έχουν σαφείς και αδιαμφισβήτητες αρνητικές ψυχολογικές επιδράσεις πάνω στα άτομα. Επιδράσεις που τα ωθούν να στραφούν ενάντια στην κοινωνία που τα κρίνει, τα στιγματίζει και τα περιθωριοποιεί, απομακρύνοντάς τα από την όποια διάθεση συνεργασίας μαζί της για τη βελτίωση της διαδικασίας θεραπείας, αλλά και τον περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου.

---

[306] Μέτρα όπως αυτά της λειτουργίας του του Συμβουλευτικού Σταθμού. Β) Το μέτρο που αναφέρεται στην εφαρμογή του προγράμματος της 'κατ' οίκον νοσηλείας'.

• Η επίδραση της νόσου στην κοινωνία εμφανίζεται και εδώ ως υπαρκτή και ο τρόπος αυτής της επίδρασης ως αρνητικός. Οι ενδείξεις, καταρχήν, που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις, σχετικά με το ρόλο της οικονομικής κατάστασης των οροθετικών ατόμων στη διαμόρφωση και έκφραση του στιγματισμού εναντίον τους, αποκαλύπτουν μια σαφή επίδραση στις ανθρώπινες αξίες και σχέσεις. Επίδραση που προκύπτει από το συνδυασμό του στίγματος με την οικονομική κατάσταση, όποιος και αν είναι αυτός,[307] επίδραση που οδηγεί στην αλλοίωση αυτών των αξιών και συνακόλουθα και των σχέσεων που ορίζουν. Ο τρόπος επίδρασης της νόσου στις ανθρώπινες αξίες όμως ξεδιπλώνεται θεαματικά στη συνέχεια, μέσα από την αποκάλυψη -και μάλιστα ως 'νέο' μη αναμενόμενο στοιχείο- της συχνής καταπάτησης του ιατρικού απορρήτου. Η καταπάτηση αυτή αποκαλύπτει την αντίστοιχη ολοφάνερη καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, εκφράζοντας άμεσα την αρνητική επίδραση της νόσου -και του στίγματος που συνεπάγεται- στους κοινωνικούς κανόνες και τις αξίες που ορίζουν τις ανθρώπινες σχέσεις και φυσικά στις σχέσεις αυτές. Η έκφραση στιγματισμού εξάλλου -σαν απόρροια άσκησης της Πολιτικής Θεραπείας- επιβεβαιώνει την αρνητική επίδραση της νόσου στις ανθρώπινες σχέσεις συμπληρώνοντας την εικόνα της σε αυτό το στάδιο.

Ολοκληρώνοντας την προσπάθεια μίας πρώτης αξιολόγησης της Πολιτικής Θεραπείας, παρατηρούμε την ύπαρξη αφενός μεν σημαντικών ελλείψεων, κενών και προβλημάτων και αφετέρου μίας καινούργιας δυναμικής με προοπτικές εξέλιξης και βελτίωσης. Η εικόνα που αρχικά σχηματίζεται είναι -τουλάχιστον εν μέρει- απογοητευτική. Εντούτοις η παρουσία καινοτόμων προτάσεων - λύσεων από μερίδα ερωτώμενων αποτελεί πηγή ελπίδας για τη βελτίωσή της. Όχι μόνο γιατί περιλαμβάνει συγκεκριμένες κατευθύνσεις για την επίλυση σοβαρών προβλημάτων, αλλά και για το ίδιο το γεγονός της έκφρασης αυτών των προτάσεων.

Η έκφραση αυτή αποτελεί από μόνη της μία πολύ θετική ένδειξη, γιατί συνιστά απόδειξη της δυνατότητας υπερπήδησης -σε κάποιο τουλάχιστον βαθμό- των υπαρκτών ανασταλτικών παραγόντων.[308] Έτσι, παρά την ύπαρξη αυτών των παραγόντων και των δυσκολιών που συνεπάγονται, οι ερωτώμενοι σε πολλές

[307] Είτε οδηγεί στην ελλάτωση της έκφρασης στιγματισμού προς τα οροθετικά άτομα και στην ευνοϊκότερη μεταχείρησή τους, είτε στην αύξηση της έκφρασης στιγματισμού και στην δυσμενέστερη μεταχείρισή τους.

[308] Ένας από τους σημαντικότερους τέτοιους παράγοντες είναι η άγνοια -σε σημαντικό βαθμό- των μέτρων από τους ερωτώμενους, όπως αυτή εντοπίστηκε από τα αρχικά κιόλας στάδια της διαδικασίας των συνεντεύξεων. Η άγνοια αυτή λειτουργεί ανασταλτικά στη δυνατότητα παρέμβασης αυτών των ατόμων στην Πολιτική Θεραπείας με στόχο τη βελτίωσή της.

περιπτώσεις διατύπωσαν προτάσεις εμπεριστατωμένες και τεκμηριωμένες σχετικά με τη βελτίωση της Πολιτικής αυτής. Προτάσεις που αξίζουν να ληφθούν υπόψη σε μία διαδικασία βελτίωσης αυτής της προβληματικής εικόνας της Πολιτικής Θεραπείας.

Το κλειδί στην κατανόηση της υπέρβασης των δυσκολιών και της δυνατότητας διατύπωσης προτάσεων από τους ερωτώμενους ίσως να βρίσκεται στη δική τους θέληση, διάθεση και προσπάθεια. Ίσως αυτοί εξάλλου να είναι και οι πιο σημαντικοί παράγοντες που η Πολιτική -τόσο της Πρόληψης όσο και της Θεραπείας- φαίνεται να λειτουργεί, -έστω και στοιχειωδώς- παρόλη τη χαοτική εικόνα που παρουσιάζει κάθε ένα από τα δύο επίπεδά της ξεχωριστά. Η λειτουργία αυτή της Πολιτικής για το AIDS συνολικά εξετάζεται και αξιολογείται στην αμέσως επόμενη ενότητα από τα μέχρι τώρα δεδομένα.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

Η προσπάθεια αξιολόγησης της Πολιτικής για το AIDS στην Ελλάδα ξεκίνησε, έχοντας σαν πρώτο στόχο την προσέγγιση και αξιολόγηση της 'επίσημης' αντίδρασης της κοινωνίας στη νόσο και σαν δεύτερο -αλλά σημαντικότερο- την αποκάλυψη της 'κοινωνικής φύσης' της νόσου, όπως ξεδιπλώνεται μέσα από την αντίδραση αυτή. Το σκεπτικό πίσω από αυτή τη διαδικασία ήταν ότι η επίσημη πολιτική αποτελεί την άμεση και επίσημη έκφραση αυτής της αντίδρασης. Προσεγγίζοντας συνεπώς την επίσημη πολιτική επιτυγχάνεται η προσέγγιση αυτής της αντίδρασης και συνεπώς και της 'κοινωνικής φύσης' του AIDS.

Το πρώτο σημείο, που πρέπει να τονισθεί εδώ, είναι ότι τα συμπεράσματα στα οποία έχει οδηγήσει αυτή η προσπάθεια μπορούν να αποτελούν μόνον ενδείξεις σχετικά με την πολιτική αυτή. Σε καμία περίπτωση όμως δε μπορούν να αποτελούν γενικεύσεις ή απόλυτες κρίσεις. Μιά αξιολόγηση με δυνατότητα τέτοιας μορφής συμπερασμάτων, θα απαιτούσε ολόκληρη ερευνητική ομάδα και σημαντικά μεγαλύτερο μέγεθος ερευνώμενου πληθυσμού. Αν σε αυτά προσθέσουμε και τις δυσκολίες της αξιολόγησης οποιαδήποτε πολιτικής,[309] κατανοούμε, γιατί ξεφεύγει πολύ από τις δυνατότητες αυτής της διατριβής. Εντούτοις θα είχε μεγάλο ενδιαφέρον ένα τέτοιο μελλοντικό εγχείρημα με τις κατάλληλες συνθήκες και δεδομένα.

Η ενδεικτική εικόνα όμως της Πολιτικής για το AIDS στην Ελλάδα -τόσο σε επίπεδο Πρόληψης όσο και Θεραπείας- είναι εφικτή και εμφανίστηκε κάθε άλλο παρά ρόδινη. Οι σημαντικές ελλείψεις και τα κενά που υπάρχουν, στα πλαίσια αυτής της πολιτικής και στα δύο της επίπεδα, εντοπίστηκαν από το πρώτο κιόλας στάδιο, αυτό της καταγραφής των μέτρων. Επιβεβαιώθηκαν και συμπληρώθηκαν ωστόσο αργότερα από τους ίδιους τους ερωτώμενους, μέσα από τη γενική εκτίμησή τους για την πολιτική αυτή, αλλά και από τα επιμέρους σχόλια και τις απαντήσεις τους.

Σα γενική εικόνα η Πολιτική για το AIDS φαίνεται να υπερτερεί λίγο στο επίπεδο της θεραπείας της νόσου. Τα μέτρα που εντάσσονται στα πλαίσια αυτής της διαδικασίας -σε σύγκριση με αυτά που αφορούν στη διαδικασία πρόληψης- εμφανίστηκαν ως περισσότερα, καλύτερα σχεδιασμένα, με τάσεις ανανέωσης και δυνατότητες εξέλιξης. Το γεγονός αυτό μπορεί απλά να εξηγηθεί από την

[309] Όπως είναι για παράδειγμα, η συνεχής καταγραφή αποτελεσμάτων μέσα σε μεγάλο χρονικό διάστημα καθώς και η διαρκής αναπροσαρμογή και εξέλιξη αυτής της πολιτικής και των μέτρων που περιλαμβάνει.

πραγματικότητα εμφάνισης και αντιμετώπισης της νόσου, δεδομένου ότι η διαδικασία θεραπείας αναγκαστικά προηγήθηκε αυτήν της πρόληψης[310]. Όμως αυτό που είναι δύσκολο να εξηγηθεί είναι οι εμφανείς διαφορές ανάμεσα στην εξέλιξη των δύο επιπέδων πολιτικής.

Έτσι ενώ η διαδικασία θεραπείας εμφανίζει τάσεις βελτίωσης -παρόλα τα όποια προβλήματα στην εφαρμογή των μέτρων ή τους αργούς ρυθμούς αυτής της βελτίωσης- η πολιτική πρόληψης παρουσιάζεται να οπισθοχωρεί, εμφανίζοντας όλο και μικρότερη δράση με όλο και πιο αποσπασματικό τρόπο. Το φαινόμενο αυτό είναι αξιοπερίεργο, δεδομένου ότι το πρόβλημα του AIDS έχει πολύ δρόμο ακόμα μπροστά του, μέχρι να έρθει αντιμέτωπο με μία αποτελεσματική θεραπεία,[311] αφήνοντας την πρόληψη σαν το μόνο τρόπο ουσιαστικής λύσης ή έστω αντιμετώπισής του. Οδηγεί δε η οπισθοχώρηση αυτή -σα φυσική συνέπεια- σε διαχρονική αυξητική τάση της επιδημίας και σε άντρες και σε γυναίκες. Αυτό σημαίνει, ότι ο αριθμός των ατόμων, που δηλώνονται σαν νέα οροθετικά περιστατικά στη χώρα μας, κάθε χρόνο αυξάνεται. Η αύξηση αυτή μάλιστα πραγματοποιείται κυρίως μέσα στις νεότερες ηλικιακές ομάδες -κάτω των 25 ετών καθώς και μεταξύ των 25 και των 39 ετών. Η αύξηση αυτή επιβεβαιώνεται από τις εξαμηνιαίες μετρήσεις, που γίνονται,[312] και αποτελούν κακό οιωνό για την πορεία και εξέλιξη της νόσου στη χώρα μας. Γι' αυτό το λόγο, εξάλλου, τονίστηκε πολλές φορές από τους ερωτώμενους η έντονη ανάγκη επαγρύπνησης και συνεχούς ενημέρωσης και εκπαίδευσης.

Ειδικότερα όμως οι αδυναμίες και οι ελλείψεις, όπως και η κατεύθυνση δράσης ήταν αντίστοιχες και παράλληλες και στα δύο επίπεδα άσκησης της Πολιτικής για το AIDS. Έτσι για παράδειγμα, τα επιμέρους μέτρα -και των δύο επιπέδων-, σε πολλές περιπτώσεις, εμφανίζονται και χαρακτηρίζονται ως "επιφανειακά", "αποσπασματικά", "πυροσβεστικά" και "ελλιπή". Επίσης, και τα δύο επίπεδα αυτής της πολιτικής πάσχουν από την έλλειψη **δομικών** μέτρων, αν και στον τομέα της Πρόληψης της νόσου η έλλειψη τους είναι μεγαλύτερη. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρούνται φαινόμενα **ασυμβατότητας θεωρίας και πράξης** και σε ακόμη περισσότερες εμφανούς και έντονης **ασυμβατότητας μέτρων και διεθνών**

[310] Πρώτα εμφανίστηκαν τα κρούσματα του AIDS και προέκυψε η ανάγκη ιατρικής αντιμετώπισής τους και στη συνέχεια, με μεγάλη χρονική διαφορά προέκυψε η ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης, ειδικά σε ότι αφορά στο γενικό πληθυσμό.

[311] Παρά τις όποιες σημαντικές προσπάθειες και ανακαλύψεις στο χώρο των φαρμάκων.

[312] Βλέπε 'Εξαμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ)', Ιούνιος 2000, σελ.10. Οι τελευταίες μετρήσεις παρουσιάζονται στο κεφ. 4 'Επιδημιολογικά Στοιχεία του AIDS στην Ελλάδα'.

αρχών - οδηγιών. Τέλος εντοπίζεται η ξεκάθαρη άσκηση **ιατρικής εξουσίας** και **κοινωνικού ελέγχου** στα οροθετικά άτομα, καθώς και η ύπαρξη του σοβαρού κινδύνου **στιγματισμού** τους, σαν απόρροια τόσο αυτών των μέτρων όσο και αυτής της ασυμβατότητας.

Όλα αυτά, σφάλματα, κενά, ελλείψεις ή και οι παραλείψεις, αφορούν τόσο στον σχεδιασμό της Πολιτικής για το AIDS όσο και στον τρόπο εφαρμογής των επιμέρους μέτρων που περιλαμβάνει. Αποκαλύπτουν δε τα αδύνατα σημεία της πολιτικής αυτής. Αντίστοιχα, βέβαια, αποκαλύπτουν τα αδύνατα σημεία στον τρόπο αντίδρασης της κοινωνίας στη νόσο. Έτσι η **επίσημη αντίδραση** της κοινωνίας στο AIDS αποδεικνύεται **επιφανειακή, αποσπασματική, ελλιπής** και **στιγματοφόρα**. Σαν αποτέλεσμα πρόχειρου, αν όχι ανύπαρκτου, σχεδιασμού και οργάνωσης, αποδεικνύεται επιπρόσθετα, -σε αρκετές περιπτώσεις- **ανομοιόμορφη** και **αυθαίρετη,** με έντονα στοιχεία αυτοσχεδιασμού και με **τάσεις ελέγχου** ή ακόμα και **στιγματισμού** και **περιθωριοποίησης** -αν και όχι συχνές- των οροθετικών ατόμων.

Εντούτοις υπάρχει και μία άλλη πλευρά, που αποκαλύφθηκε από τους ερωτώμενους σχετικά με την Πολιτική για το AIDS, η οποία αποτελεί σημαντική ένδειξη για την επίσημη αντίδραση της ελληνικής κοινωνίας στη νόσο. Είναι η θετική πλευρά αυτής της πολιτικής που -αν και υποσκελισμένη- τείνει προς τη σωστή κατεύθυνση και αποτελεί παράγοντα αισιοδοξίας για το μέλλον. Πρόκειται για όλα τα μέτρα, που έχουν σχεδιαστεί και εφαρμόζονται σε συμφωνία ή ακόμα και σε υπερκάλυψη των διεθνών αρχών και οδηγιών.

Ανάμεσα σε αυτά πολύ σημαντικά είναι τα μέτρα:

- Για τη δωρεάν χορήγηση των αντιρετροϊκών φαρμάκων στους οροθετικούς,[313]
- Για τη δυνατότητα πρόωρης συνταξιοδότησης των οροθετικών ασθενών, εάν το επιθυμούν,
- Για την παροχή επιδόματος Πρόνοιας, ανεξαρτήτως ύψους εισοδήματος, σε όλους τους οροθετικούς,
- Για τη μερική απαλλαγή φόρου εισοδήματος των οροθετικών.

Τα μέτρα αυτά αναφέρθηκαν από τους ερωτώμενους, συνοδευόμενα από -ως επι το πλείστον- θετικά και επιδοκιμαστικά σχόλια. Αν και επικεντρωμένα κυρίως σε

[313] Παρόλα τα προβλήματα που έχουν προκύψει μετά την νομοθετική ρύθμιση που προβλέπει την χρέωση αυτών των φαρμάκων στα ασφαλιστικά ταμεία, αποκλείοντας έτσι την παροχή τους σε ανασφάλιστους (Έλληνες ή και αλλοδαπούς)

οικονομικές παροχές και διευκολύνσεις, αυτά τα μέτρα αποτελούν θετικό παράγοντα στη βελτίωση της ζωής των οροθετικών ατόμων. δε μπορούν λοιπόν, παρά να αντικατοπτρίζουν και μία θετική πλευρά της επίσημης κοινωνικής αντίδρασης απέναντι στο AIDS.

Τα μέτρα αυτά βεβαίως δεν αρκούν, από μόνα τους, για τη βελτίωση της ζωής των οροθετικών ούτε φυσικά για την πρόληψη της μετάδοσης της νόσου. Αποτελούν απλώς μία ένδειξη προς τη σωστή κατεύθυνση. Εντούτοις υπάρχει ακόμη ένας παράγοντας, που λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο και βοηθάει σημαντικά στο έργο της Πολιτικής για το AIDS. Ίσως μάλιστα να είναι και ο σημαντικότερος θετικός παράγοντας, στα πλαίσια εφαρμογής αυτής της πολιτικής. Πρόκειται για τον **ανθρώπινο παράγοντα,** ο ρόλος του οποίου τονίστηκε ιδιαίτερα από την πλειονότητα των ερωτώμενων.

Δεδομένων των αντικειμενικών ελλείψεων, που εντοπίστηκαν και επισημάνθηκαν στα πλαίσια αυτής της πολιτικής, είναι αξιοπερίεργο το γεγονός των όποιων θετικών αποτελεσμάτων σαν απόρροια της εφαρμογής της. Και όμως τέτοια αποτελέσματα υπάρχουν και αναφέρθηκαν από τους ερωτώμενους. Η αιτία ύπαρξης αυτών των αποτελεσμάτων είναι η θέληση, το πείσμα, η επιμονή και το ανθρωπιστικό συναίσθημα κάποιων ανθρώπων. Όπως υποστηρίχθηκε από πολλούς ερωτώμενους, είναι στη διάθεση και στην έντονη προσπάθεια λίγων ανθρώπων που οφείλεται η όποια επιτυχία της πολιτικής αυτής.

Το γεγονός αυτό έγινε εμφανές καθ'όλη τη διάρκεια των συνεντεύξεων και όχι μόνον ή πάντα από τα άμεσα σχόλια των ερωτώμενων. Η εθελοντική προσφορά υπηρεσιών, ακόμη και έξω από τις αρμοδιότητές τους, -από άτομα που βρίσκονται μέσα στους χώρους αντιμετώπισης της νόσου- φάνηκε ότι παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στα όποια θετικά αποτελέσματα. Τα κενά και οι παραλείψεις της Πολιτικής για το AIDS καλύπτονται εν μέρει με αυτόν τον τρόπο, έστω και στοιχειωδώς.

Έτσι αναφέρθηκαν παραδείγματα που γιατροί ή άλλοι επιστήμονες, στον ελεύθερο χρόνο τους, εθελοντικά, αναλαμβάνουν ενημερώσεις για το AIDS σε σχολεία. Για την ακρίβεια οι ενημερώσεις αυτές φάνηκαν να στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό, σ' αυτή την εθελοντική προσφορά υπηρεσιών. Αντίστοιχα αναφέρθηκαν παραδείγματα, στα οποία νοσηλεύτριες εθελοντικά έπαιζαν το ρόλο των συνοδών σε οροθετικούς ασθενείς, γιατρών και νοσηλευτών, που εθελοντικά έπαιζαν το ρόλο των ψυχολόγων ή και των συμβούλων σε οροθετικούς και στους οικείους τους.

Όλα αυτά τα παραδείγματα αναφέρονται στον ανθρώπινο παράγοντα, στην ατομική πρωτοβουλία, διάθεση και προσπάθεια, που σε κάποιες περιπτώσεις παίρνει και τη μορφή συλλογικής προσπάθειας στα πλαίσια κάποιας μικρής ομάδας ανθρώπων. Αυτός ο παράγοντας φαίνεται να είναι η κινητήριος δύναμη λειτουργίας του μηχανισμού της όποιας πολιτικής, καθώς και η κύρια και βασική αιτία της όποιας επιτυχίας της. Χωρίς αυτόν, η εικόνα της Πολιτικής για το AIDS είναι πιθανό πως θα ήταν ακόμη σκοτεινότερη.

Όπως φάνηκε εξάλλου, ακόμα και το μέλλον της πολιτικής αυτής εξαρτάται από αυτόν τον παράγοντα. Οι όποιες προτάσεις έγιναν, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και των αδιεξόδων της πολιτικής, ως έχει, προέκυψαν με βάση αυτή τη διάθεση. Οι ίδιοι άνθρωποι, που προσφέρουν τον ελεύθερο χρόνο τους στην κάλυψη των αναγκών που προκύπτουν και αδυνατεί να επιτύχει η Πολιτική για το AIDS, είναι αυτοί που διατυπώνουν και τις πιο τεκμηριωμένες προτάσεις για την ουσιαστική λύση των προβλημάτων που προκύπτουν.

Η 'κοινωνική φύση' του AIDS ξεδιπλώνεται μπροστά μας μέσα από όλες τις παραπάνω ενδείξεις και συγκρίσεις της αξιολόγησης της επίσημης πολιτικής για τη νόσο και της άσκησής της. Η σκιαγράφησή της ξεκίνησε βεβαίως, πολύ νωρίτερα, από το στάδιο έκφρασης των γενικότερων παρατηρήσεων των ερωτώμενων και επισήμανσης των σημαντικότερων προβλημάτων, που αντιμετωπίζουν -στην επαφή τους με τη νόσο ή και τα οροθετικά άτομα- και των σημαντικότερων αναγκών που έχουν[314]. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια εντοπίστηκαν προβλήματα και ανάγκες πάνω σε ζητήματα υποδομής, συνεργασίας, αποδοχής των οροθετικών ατόμων και ενημέρωσης. Μέσα από τα προβλήματα και τις ανάγκες αυτές άρχισε να διαφαίνεται η 'κοινωνική φύση' του AIDS και στα τρία επιμέρους επίπεδα:

1. Της πρόσληψης της νόσου από την κοινωνία.
2. Της δυνατότητας θετικής επίδρασης της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου.
3. Της επίδρασης της νόσου πάνω στην κοινωνία στο σύνολό της.

Στο πρώτο επίπεδο οι ελλείψεις σε ζητήματα υποδομής και ενημέρωσης, καθώς και τα διάφορα προβλήματα συνεργασίας, υποδήλωσαν έναν επιφανειακό τρόπο πρόσληψης της νόσου, ενώ τα προβλήματα, που τονίστηκαν αναφορικά με την

[314] Βλέπε κεφ. 3 'Διεξαγωγή της εμπειρικής έρευνας- Διεξαγωγή συνεντεύξεων, Γενικά χαρακτηριστικά και Γενικές παρατηρήσεις ερωτώμενων'.

αποδοχή των οροθετικών, έδωσαν μία πρώτη αρνητική εικόνα γι' αυτήν την πρόσληψη. Στο δεύτερο επίπεδο τα ίδια θέματα φανέρωσαν τη δυσκολία της κοινωνίας να επιδράσει προς μία θετική κατεύθυνση σημαντικά στην πορεία και εξέλιξη της νόσου. Τέλος, στο τρίτο επίπεδο έγιναν εμφανείς οι πρώτες ενδείξεις αρνητικής επίδρασης της νόσου στο κοινωνικό σύνολο.

Τα ίδια όμως αυτά πρώτα συμπεράσματα συμπληρώθηκαν σε σημαντικό βαθμό και προς την ίδια κατεύθυνση μέσα από τη διερεύνηση και αξιολόγηση της Πολιτικής για το AIDS. Η 'κοινωνική φύση' της νόσου ξεδιπλώθηκε ακόμη καθαρότερα, προσφέροντας σημαντικά στοιχεία, που επιβεβαιώνουν τις βασικές υποθέσεις και τα αρχικά συμπεράσματα. Συγκεκριμένα σκιαγραφήθηκαν τουλάχιστον εν μέρει:

1. Η πρόσληψη της νόσου από την Ελληνική κοινωνία, η οποία εμφανίστηκε ως επί το πλείστον αποσπασματική και επιφανειακή, καθώς με αντίστοιχο τρόπο αντιμετωπίζεται τόσο στα πλαίσια της πρόληψης όσο και της θεραπείας. Επιπρόσθετα αποκαλύφθηκε η φόρτιση της πρόσληψης αυτής ως ξεκάθαρα αρνητική, καθώς το φαινόμενο αντιμετωπίζεται ως ατομικό και όχι συλλογικό ή κοινωνικό πρόβλημα και οι ευθύνες επιρρίπτονται στα άτομα με φανερή διάθεση και έκφραση κριτικής, ελέγχου και στιγματισμού τους.

2. Η δυνατότητα της κοινωνίας να επιδράσει θετικά στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, που όμως παραμένει στοιχειώδης, καθώς παρουσιάζονται σημαντικότατες ελλείψεις και αδυναμίες στην οργάνωση, στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή της επίσημης πολιτικής και στα δύο επίπεδα –πρόληψης και θεραπείας. Αντίθετα, αποκαλύφθηκε αρνητική η υφή αυτής της επίδρασης -όπου είναι υπαρκτή- λόγω του στιγματισμού που εκφράζεται απέναντι στα οροθετικά άτομα μέσα από την άσκηση της επίσημης πολιτικής. Στιγματισμού που ενέχει τον κίνδυνο να στρέψει τα άτομα αυτά ενάντια στο κοινωνικό σύνολο, αντί να τα ωθήσει σε συμμαχία με αυτό για τον έλεγχο της εξάπλωσης της νόσου.

3. Η επίδραση της νόσου στην κοινωνία, τους κανόνες, τις αξίες και τα δικαιώματα, που διέπουν τις ανθρώπινες σχέσεις, καθώς και στις ίδιες αυτές σχέσεις. Η επίδραση αυτή εμφανίστηκε ως επι το πλείστον αρνητική από τις ενδείξεις, που προέκυψαν και από τα δύο επίπεδα άσκησης της επίσημης πολιτικής για το AIDS. Η ίδια η έκφραση στιγματισμού, σαν απόρροια της άσκησης αυτή της πολιτικής, ήταν μία από τις σημαντικότερες τέτοιες ενδείξεις, που επιβεβαίωσε την αρνητική αυτή επίδραση. Οι μόνοι παράγοντες που φάνηκαν να εξισορροπούν την επίδραση αυτή -σε

περιορισμένο βέβαια βαθμό- ήταν η ανθρώπινη θέληση, διάθεση και προσπάθεια. Αν και περιορισμένης εμβέλειας και ισχύος, οι παράγοντες αυτοί αποκαλύφθηκαν ως μία από τις λίγες θετικές και ελπιδοφόρες ενδείξεις -στα πλαίσια της άσκησης της Πολιτικής για το AIDS- σχετικά τόσο με την επίδραση της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, όσο και με την επίδραση της νόσου στο κοινωνικό σύνολο και την κοινωνική συνοχή.

Ο ανθρώπινος παράγοντας λοιπόν επιβεβαιωμένα αποτελεί ένα από τα κύρια συστατικά της Πολιτικής για το AIDS στην Ελλάδα. Αντίστοιχα λοιπόν, αποτελεί και ένα από τα κύρια συστατικά της επίσημης αντίδρασης της κοινωνίας στο AIDS. Με τέτοιον τρόπο δε που η αντίδραση αυτή να φαίνεται και να γίνεται πιο λειτουργική, πιο αποτελεσματική και πιο ανθρώπινη. Χωρίς φυσικά να καταφέρνει να ξεπερνά όλες τις δυσκολίες, που εμφανίζονται, καταφέρνει ωστόσο να παρουσιάσει αυτή την αντίδραση ως λίγο θετικότερη και ουσιαστικότερη.

Ο ανθρώπινος παράγοντας όμως παίζει καθοριστικό ρόλο και στην άλλη όψη της αντίδρασης της κοινωνίας στο AIDS, στην ανεπίσημη και έμμεση. Πρόκειται για την αντίδραση των ανθρώπων, όταν έρχονται αντιμέτωποι με αυτή τη νόσο, στα πλαίσια των καθημερινών, διαπροσωπικών τους σχέσεων. Μόνο που σε αυτό το επίπεδο ο ανθρώπινος παράγοντας δεν παίζει πάντα τον ίδιο θετικό ρόλο με αυτόν που μόλις παραπάνω είδαμε. Πολλές φορές παίζει τον ακριβώς αντίθετο.

Ο αρνητικός ρόλος του ανθρώπινου παράγοντα δεν αποτελεί καινούργια πραγματικότητα. Εμφανίστηκε πολλές φορές στην προσπάθεια αξιολόγησης της Πολιτικής για το AIDS, σαν ανασταλτικός στην εφαρμογή κάποιων μέτρων παράγοντας. Εμφανίστηκε με τη μορφή της αντίδρασης και της άρνησης των οροθετικών ασθενών, δυσχεραίνοντας το έργο της πολιτικής αυτής. Περιγράφηκε από τους ίδιους τους ερωτώμενους σαν μία από τις αδυναμίες της πολιτικής που εφαρμόζεται. Διότι ο ρόλος αυτός ήταν -εν μέρει- αναμενόμενος[315] και ένας από τους στόχους της υπάρχουσας πολιτικής ήταν να τον εξαλείψει, τουλάχιστον μέσα στους χώρους αντιμετώπισης της νόσου.

Στα πλαίσια λοιπόν αξιολόγησης της Πολιτικής για το AIDS, ο αρνητικός ρόλος του ανθρώπινου παράγοντα ενδιαφέρει στο βαθμό που υπάρχουν και εφαρμόζονται αποτελεσματικά τα απαραίτητα για την ελαχιστοποίηση, αν όχι

[315] Δεδομένης της επιδημικής αλλά και ανίατης φύσης της νόσου.

εξάλειψή του, μέτρα. Όπως όμως έγινε εμφανές, αυτό δεν ισχύει. Η υπάρχουσα πολιτική δεν έχει καταφέρει να ελέγξει τις αρνητικές αντιδράσεις των ανθρώπων, μέσα στα πλαίσια των χώρων αντιμετώπισης του AIDS, με αποτέλεσμα την εμφάνιση φαινομένων στιγματισμού, απόρριψης και περιθωριοποίησης των οροθετικών ατόμων. Και αυτή είναι μία από τις σημαντικότερες αδυναμίες της πολιτικής αυτής και συνακόλουθα της επίσημης και άμεσης κοινωνικής αντίδρασης στη νόσο.

Επιπρόσθετα όμως αυτή είναι μία αδυναμία, που επηρεάζει σημαντικά και την ανεπίσημη και έμμεση αντίδραση της κοινωνίας στη νόσο. Διότι, αν δεν έχουν περιοριστεί οι αρνητικές αντιδράσεις εντός των χώρων αντιμετώπισης του AIDS, τότε τι μπορεί να υποθέσει κανείς για την εκδήλωση τέτοιων αντιδράσεων σε άλλους χώρους; Ποιές μπορεί να είναι οι ανθρώπινες αντιδράσεις απέναντι στη νόσο στα πλαίσια των καθημερινών, διαπροσωπικών σχέσεων; Τι τις επηρεάζει και ποιοί παράγοντες τις καθορίζουν; Σε ποιό βαθμό εκφράζουν αυτές οι αντιδράσεις τάσεις στιγματισμού, απόρριψης και περιθωριοποίησης των οροθετικών ατόμων; Πώς διαμορφώνονται οι όποιες τάσεις στιγματισμού και πώς επηρεάζουν τα οροθετικά άτομα; Πώς εκφράζονται προς αυτά; Πώς βιώνονται και πώς αντιμετωπίζονται από αυτά; Πώς μπορούν να εξαλειφθούν;

Σ' αυτά και σε άλλα ακόμη ερωτήματα επιχειρεί να δώσει απαντήσεις το επόμενο κεφάλαιο, που διερευνά την ανεπίσημη, έμμεση αντίδραση της κοινωνίας στο AIDS. Είναι το κεφάλαιο που εξετάζει τις αντιδράσεις στιγματισμού απέναντι στους οροθετικούς, ψάχνοντας για απαντήσεις σχετικά με τη διαμόρφωση, την έκφραση και τη βίωσή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: AIDS ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο στιγματισμός των οροθετικών ατόμων είναι μία από τις αρνητικές και ακραίες αντιδράσεις της κοινωνίας στο AIDS, στο επίπεδο των καθημερινών, διαπροσωπικών, ανθρώπινων σχέσεων. Εντάσσεται στα πλαίσια των ανεπίσημων και έμμεσων κοινωνικών αντιδράσεων στη νόσο. Η ύπαρξή του αποκαλύπτει πολλά και ποικίλα στοιχεία σχετικά με την κοινωνική φύση αυτής της νόσου. Αυτός είναι και ο λόγος που κρίθηκε απαραίτητη και αναγκαία η διερεύνηση της ύπαρξης και έκφρασής του στα πλαίσια αυτής της διατριβής.

Η ύπαρξη και έκφραση του στιγματισμού δεν είναι ανεξάρτητη και αποκομμένη από την άμεση και επίσημη αντίδραση της κοινωνίας στη νόσο, δηλαδή από την υπάρχουσα πολιτική για το AIDS. Αντίθετα -όπως ήδη φάνηκε στην προηγούμενη ενότητα- συνδέεται στενά με τα επιμέρους μέτρα, που αυτή περιλαμβάνει, τόσο με τον τρόπο που αυτά σχεδιάζονται και εφαρμόζονται, όσο και με τα αποτελέσματα που έχουν.

Έτσι, σε πολλές περιπτώσεις, εμφανίστηκε -ο στιγματισμός- να απορρέει από την πολιτική αυτή, σαν αποτέλεσμα της εφαρμογής κάποιων μέτρων, με τη μορφή είτε τάσεων ή δράσης. Επιπρόσθετα, ή και ταυτόχρονα όμως, εμφανίστηκε να προηγείται της πολιτικής αυτής, σαν αιτία για το σχεδιασμό νέων μέτρων, που εξυπηρετούν την ανάγκη αντιμετώπισής του. Σε κάθε περίπτωση πάντως επηρεάζεται από αυτήν αλλά και την επηρεάζει άμεσα και ουσιαστικά.

Η διερεύνηση του στιγματισμού των οροθετικών ατόμων επιχειρήθηκε σε τρία επίπεδα:

1. Της διαμόρφωσης του στιγματισμού σαν τάσεων ή και σαν δράση μέσα στα πλαίσια της κοινωνίας.
2. Της έκφρασής του στιγματισμού απέναντι στα οροθετικά άτομα μέσα από διάφορες μορφές καθημερινών, διαπροσωπικών, ανθρώπινων σχέσεων.
3. Της βίωσης του στιγματισμού από τα οροθετικά άτομα και των κοινωνικών, ψυχολογικών ή άλλων επιπτώσεών του σε αυτά.

Η διερεύνηση σε αυτά τα τρία επίπεδα επιχειρήθηκε μέσα από τις συνεντεύξεις των ίδιων ατόμων, που ερωτήθηκαν για την πολιτική για το AIDS και σα συνέχεια αυτών. Ξεκίνησε δε με μία προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας του στιγματισμού από τους ίδιους τους ερωτώμενους. Αυτός ο προσδιορισμός κρίθηκε

αναγκαίος, λόγω της θεωρητικής ευρύτητας της συγκεκριμένης έννοιας και του αυθαίρετου τρόπου με τον οποίο συχνά χρησιμοποιείται στην καθημερινή ζωή. Σκοπός αυτής της προσπάθειας δεν υπήρξε ο αυστηρός ή απόλυτος ορισμός της έννοιας από τους ερωτώμενους. Κάτι τέτοιο δεν ήταν ούτε αναμενόμενο ούτε καν εφικτό μέσα απ' αυτή τη διαδικασία. Ωστόσο η άντληση πληροφοριών σχετικά με το ποιά θεωρούνται από τους ερωτώμενους ως τα βασικά συστατικά αυτής της έννοιας ήταν εφικτή και πραγματοποιήθηκε. Με αυτόν τον τρόπο πραγματοποιήθηκε και ο σκοπός αυτής της προσπάθειας προσδιορισμού του στιγματισμού.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα -στο κεφάλαιο που πραγματεύεται τη θεωρητική ανάλυση της έννοιας του στίγματος[316]-, δύο είναι τα βασικά κοινά σημεία των διαφόρων ορισμών του στίγματος:

- Το πρώτο αφορά σε ένα **ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα,** που κατέχουν τα στιγματισμένα άτομα και που θεωρείται ότι τα δυσφημεί σε βάθος.
- Το δεύτερο αφορά στην **αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων αυτών από την κοινωνία,** λόγω αυτού του χαρακτηριστικού τους γνωρίσματος, σα να είναι τα άτομα αυτά κάτι λιγότερο από ολοκληρωμένοι άνθρωποι (Goffman, 1963).

Σύμφωνα με τους μελετητές του στίγματος, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, που αναγνωρίζονται ως στιγματοφόρα, μπορεί να διαφέρουν από κοινωνία σε κοινωνία και από εποχή σε εποχή. Εντούτοις σε κάθε περίπτωση και σε κάθε χρονική στιγμή, "το στίγμα υποδηλώνει μία 'ηθική' μόλυνση, που είναι βαθιά μειωτική για το άτομο" (Ainlay et al,1986:41)

Σε αντίστοιχα συμπεράσματα όμως οδηγούμαστε και από τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην προσπάθεια ορισμού του στίγματος και του στιγματισμού. Παρόλη την αδυναμία της πλειονότητας των ερωτώμενων να δώσουν ένα δομημένο ορισμό του στίγματος, τα στοιχεία που προκύπτουν από τις απαντήσεις τους τονίζουν τα ίδια ακριβώς σημεία.

Ο τρόπος με τον οποίο οι ερωτώμενοι προσέγγισαν την έννοια του στίγματος ή και του στιγματισμού, σαν απάντηση σε σχετική ερώτηση,[317] δεν ήταν ίδιος για όλους. Λίγοι προσπάθησαν να δώσουν έναν συγκεκριμένο ορισμό αυτής της έννοιας,

[316] Βλέπε σελ.
[317] Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι:ΟΔΗΓΟΣ - ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ.

ενώ οι περισσότεροι επικεντρώθηκαν σε κάποια από τα χαρακτηστικά της. Έτσι, η πλειονότητα των ερωτώμενων ασχολήθηκε με την περιγραφή του φαινομένου του στιγματισμού, τονίζοντας περισσότερο άλλοτε τα αποτελέσματά του και άλλοτε τις αιτίες που οδηγούν σε αυτόν. Σε αρκετές περιπτώσεις μάλιστα, η περιγραφή αυτή συμπληρώθηκε και από κάποια παραδείγματα, βασισμένα σε γνωστά -στους ερωτώμενους- περιστατικά. Γι' αυτό το λόγο δεν είναι δυνατή η καταγραφή ενός ορισμού -με βάση τις απαντήσεις των ερωτώμενων-, αλλά μόνον η επισήμανση των βασικών του χαρακτηριστικών γνωρισμάτων, των βασικών του συστατικών στοιχείων.

Συγκεκριμένα, από τα **πενήντα (50)** άτομα στα οποία ζητήθηκε να δώσουν έναν ορισμό του στίγματος, τα **σαράντα εννέα (49)** αναφέρθηκαν στην **αρνητική αντίδραση της κοινωνίας** στα πλαίσια έκφρασης του στιγματισμού ή και στις **αρνητικές επιπτώσεις** του στιγματισμού στα άτομα που το βιώνουν. Απ' αυτά μάλιστα, τα **είκοσι τέσσερα (24)** επικέντρωσαν την απάντησή τους αποκλειστικά σε αυτές τις αντιδράσεις ή και συνέπειες.

Επίσης **δέκα τρεις (13)** ερωτώμενοι επεσήμαναν άμεσα και καθαρά την ύπαρξη κάποιου **'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού'** ή **'προβλήματος'** στα άτομα που δέχονται το στιγματισμό, ενώ άλλοι **έντεκα (11)** αναφέρθηκαν έμμεσα σε αυτό. Υποστήριξαν δε -άμεσα ή έμμεσα- ότι αυτό το χαρακτηριστικό είναι που καθιστά το άτομο 'διαφορετικό', που αποτελεί δηλαδή το στοιχείο διαφορετικότητας και διαφοροποίησής του μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Τέλος **έξι (6)** από τους ερωτώμενους μίλησαν για κάποια πράξη ή κατάσταση των ατόμων που στιγματίζονται, η οποία θεωρείται από την κοινωνία ως 'κακή' ή 'λάθος'. Με αυτόν τον τρόπο, συσχέτισαν -στα λεγόμενά τους- το στιγματισμό με κάποιο είδος 'ηθικής απαξίας' αυτών των ατόμων, όπως αυτή εκλαμβάνεται από το κοινωνικό σύνολο.

Γίνεται λοιπόν εμφανές, ότι τα κοινά σημεία των ορισμών, που έδωσαν οι ερωτώμενοι, με όποιον τρόπο και αν δόθηκαν αυτοί οι ορισμοί, είναι τα ίδια με αυτά που είχαν προκύψει από τους ορισμούς των μελετητών του στίγματος. Η διαφορά που υπάρχει στην καθαρότητα των ορισμών των τελευταίων σε σχέση με αυτούς των πρώτων, δεν αλλοιώνει το αποτέλεσμα. Είναι δε αυτονόητη, αν λάβει κανείς υπόψη του ότι οι ερωτώμενοι -στην πλειονότητά τους- δεν ήταν εξοικειωμένοι με τις θεωρητικές προσεγίσεις της έννοιας του στίγματος.

Το σημαντικό εδώ είναι, ότι τα βασικά σημεία της έννοιας αυτής εμφανίζονται να είναι τα ίδια και στις δύο περιπτώσεις. Έτσι μπορούμε να θεωρήσουμε ότι, όταν οι

ερωτώμενοι θα αναφέρονται στο στίγμα και στο στιγματισμό -στη συνέχεια αυτής της ανάλυσης-, θα εννοούν κάτι παρόμοιο -αν όχι ίδιο- με αυτό που αναφέρουν οι μελετητές του. δε θα υπάρχουν δηλαδή μεγάλες ή και σημαντικές εννοιολογικές αποκλίσεις ανάμεσα σε αυτές τις δύο κατηγορίες. Συνεπώς η εγκυρότητα των κρίσεων και αξιολογήσεων των ερωτώμενων αυξάνεται, ενώ αντίστοιχα μειώνεται η ανάγκη αμφισβήτησής τους.

Η σύγκλιση αυτή βέβαια δεν αλλάζει το γεγονός της αδυναμίας έκφρασης δομημένων ορισμών από τη μεριά των ερωτώμενων. Οι απαντήσεις που παραθέτονται στη συνέχεια, δεν είναι ενδεικτικές[318] ως προς αυτή την αδυναμία. Αντίθετα αποτελούν μερικά από τα καλύτερα δείγματα συγκροτημένων απαντήσεων με ξεκάθαρες αναφορές στα βασικά συστατικά της έννοιας του στίγματος.

Ορισμός του στίγματος και του στιγματισμού

- "Σα στίγμα καταλαβαίνω οποιοδήποτε στοιχείο της προσωπικότητας του ατόμου - όχι μόνο της ψυχικής προσωπικότητας- το οποίο αξιολογείται αρνητικά από το κοινωνικό σύνολο που περιθωριοποιεί το άτομο" (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Αυτό που οδηγεί στη διαφοροποίηση κάποιου από τους υπόλοιπους και σημαίνει ότι τον καθιστά διαφορετικό, άρα δέχεται διαφορετική αντιμετώπιση, που μπορεί να τον οδηγεί μέχρι τον αποκλεισμό, να δέχεται με πολλούς τρόπους αρνητικές συμπεριφορές, αρνητικά συναισθήματα" (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).

Εντούτοις μέσα από την πλειονότητα των απαντήσεων των ερωτώμενων έγινε εμφανής η αδυναμία τους να ορίσουν καθαρά το στίγμα και το στιγματισμό. Σε αυτές ασχολούνται κυρίως με την περιγραφή του φαινομένου, παραθέτοντας τα σπουδαιότερα γι' αυτούς 'συστατικά' του. Σε αυτή τη διαδικασία περιγραφής ταυτίζουν συχνά το στιγματισμό και το στίγμα με μία σειρά καταστάσεων, όπως είναι: η απομόνωση, η περιθωριοποίηση, η διαφορετικότητα, η απόρριψη, ο κοινωνικός αποκλεισμός και ο κοινωνικός ρατσισμός. Κάποιες από αυτές τις καταστάσεις είναι αιτίες, ενώ οι περισσότερες είναι τα αποτελέσματα της διαδικασίας στιγματισμού. Τέλος κάποιες τρίτες είναι από μόνες τους ξεχωριστές έννοιες, που

[318] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

σίγουρα τέμνονται μ' αυτήν του στίγματος, αλλά -σε καμμία περίπτωση- δεν ταυτίζονται μαζί της.

Έτσι μπορούμε να πούμε πως από αυτή την προσπάθεια προσέγγισης της έννοιας του στίγματος προκύπτουν καταρχήν τρεις σημαντικές διαπιστώσεις:

1. Υπάρχει μία σύγχυση στις απαντήσεις των ερωτώμενων ανάμεσα σε όλες τις έννοιες και τις καταστάσεις που αναφέρθηκαν από αυτούς, και στον στιγματισμό. Αυτή όμως η σύγχυση είναι φυσική και αναμενόμενη, όπως ειπώθηκε και παραπάνω, λόγω της έλλειψης εξοικείωσης των ατόμων αυτών με τις θεωρητικές προσεγγίσεις αυτών των εννοιών, όπως επίσης και του στίγματος.
2. Ήρθε στην επιφάνεια το πρώτο σημαντικό αποτέλεσμα της διερεύνησης της έννοιας του στίγματος, που είναι τα δύο βασικά 'συστατικά' του, όπως αυτά προέκυψαν από τις περιγραφές της έννοιας από τους ερωτώμενους. Τα συστατικά αυτά αφορούν α) στις αρνητικές συνέπειες του φαινομένου, β) στο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που κατέχει το στιγματισμένο άτομο.[319] Δόθηκαν δε με τέτοιο τρόπο από τους ερωτώμενους, που ταυτίζονται με τα κοινά σημεία των ορισμών του στίγματος, όπως αυτά έχουν εκφραστεί από τους μελετητές του. Δεδομένου ότι μέσα σε αυτά τα 'συστατικά' περιλαμβάνεται και η 'ηθική' διάσταση του στίγματος, όπως αυτή εκφράστηκε μέσα από τις απαντήσεις γίνεται εμφανής η σύγκλιση της προσέγγισής τους με αυτή των θεωρητικών μελετητών.
3. Τέλος εμφανίστηκε το δεύτερο σημαντικό αποτέλεσμα της διερεύνησης της έννοιας του στίγματος, το οποίο αφορά στην αποκάλυψη της γνώσης των ερωτώμενων γύρω από το ζήτημα του στιγματισμού. Αν και η εικόνα που σχηματίστηκε δεν ήταν ξεκάθαρη στο σύνολό της ή η ίδια για όλους, αναδεικνύει με καθαρότητα τη γνώση των βασικών 'συστατικών' του στίγματος από όλους τους ερωτώμενους. Με άλλα λόγια, **όλοι** οι ερωτώμενοι -ακόμη και αυτοί που δεν τον έχουν βιώσει- γνωρίζουν τι επιπτώσεις έχει ο στιγματισμός στα άτομα που τον δέχονται. Γνωρίζουν δηλαδή, ότι ο ρόλος του στιγματισμένου συνεπάγεται την έκθεση του ατόμου στις αρνητικές αντιδράσεις της κοινωνίας, που αναφέρθηκαν παραπάνω. Έτσι φαίνεται, πως γνωρίζουν -έστω και στοιχειωδώς- ποιά είναι η θέση στην οποία βρίσκονται τα στιγματισμένα άτομα και ποιος είναι ο ρόλος που καλούνται να παίξουν.

[319] Που το διαφοροποιεί από το σύνολο, διότι αξιολογείται αρνητικά από την κοινωνία, και που οδηγεί σε αυτές τις συνέπειες.

Συμπερασματικά, μέσα από την προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας του στίγματος και του φαινομένου του στιγματισμού, πραγματοποιήθηκαν οι παρακάτω στόχοι:

1. Διαμορφώθηκε -έστω και εν μέρει- η εικόνα που έχουν οι ερωτώμενοι για την έννοια του στίγματος και ξεκαθάρισε το νόημα στα λεγόμενά τους, όταν αναφέρονται στο φαινόμενο του στιγματισμού. Η επίτευξη αυτού του στόχου είναι σημαντική για την καθαρότητα και εγκυρότητα της ανάλυσης, που ακολουθεί στις απαντήσεις που δόθηκαν, σχετικά με το στιγματισμό των οροθετικών ατόμων.
2. Αποδείχθηκε η συμβατότητα που υπάρχει ανάμεσα στις απόψεις των ερωτώμενων αναφορικά με τη διαμόρφωση, την έκφραση και τη βίωση του στίγματος και στους ορισμούς των θεωρητικών μελετητών της έννοιας. Η συμβατότητα αυτή -που αγγίζει κάποιες φορές την ταύτιση- αυξάνει τη βαρύτητα και αξιοπιστία των απόψεων που εκφράζονται από τους ερωτώμενους, συμβάλλοντας με τη σειρά της στην εξασφάλιση και εγκυρότητα της ανάλυσης που ακολουθεί.
3. Επιβεβαιώθηκαν τα 'κοινά σημεία' των διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων της έννοιας του στίγματος[320] και ο ρόλος τους, ως **βασικά συστατικά στοιχεία** αυτής της έννοιας. Με αυτόν τον τρόπο επιβεβαιώθηκε -μέσα από τις αντιλήψεις και τις κρίσεις των ερωτώμενων- η ορθότητα των θεωρητικών προσεγγίσεων της έννοιας του στίγματος, ενώ ταυτόχρονα αποδείχθηκε η πρακτική χρησιμότητά τους στα πλαίσια διεξαγωγής της ερευνητικής διαδικασίας.
4. Επιβεβαιώθηκε -τουλάχιστον εν μέρει- μία από τις αρχικές θεωρητικές υποθέσεις, που αναφέρουν ότι ο στιγματισμός είναι 'μία διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών ρόλων'[321]. Η περιγραφή των ίδιων βασικών, συστατικών στοιχείων του στίγματος απ' όλους τους ερωτώμενους είναι ενδεικτική της καθολικής γνώσης[322] από μέρους τους τόσο της θέσης όσο και του ρόλου του στιγματισμένου ατόμου, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη προσωπικής εμπειρίας στιγματισμού.

---

[320] Βλέπε σελ.

[321] Η διερεύνηση του στιγματισμού σαν 'διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών ρόλων' δεν έγινε άμεσα προς τους ερωτώμενους μέσα στα πλαίσια της συνέντευξης. Μετά την πρώτη κιόλας συνέντευξη, έγινε κατανοητό ότι η παρουσίαση των αντίστοιχων θεωριών σε αυτούς μόνο κούραση θα μπορούσε να προκαλέσει σε εκείνους και κατευθυνόμενες απαντήσεις στο μελετητή. Αντίθετα προτιμήθηκε η άντληση των πληροφοριών γι αυτή την υπόθεση έμμεσα, από τις απαντήσεις σε άλλα ερωτήματα της συνέντευξης.

[322] Άμεσης ή έμμεσης, ολοκληρωμένης ή στοιχειώδους.

ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Η διερεύνηση της διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος του AIDS είναι το επόμενο στάδιο, μετά την προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας του στίγματος και του φαινομένου του στιγματισμού. Είναι δε ουσιαστικά η πρώτη προσπάθεια ανίχνευσης των ανεπίσημων και έμμεσων αντιδράσεων της κοινωνίας στη νόσο. Πριν από την περιγραφή των ευρημάτων, που προέκυψαν όμως από αυτήν, είναι απαραίτητη μία υπενθύμιση.

Η διαδικασία διαμόρφωσης του στίγματος εξετάζεται εδώ -στο μεγαλύτερο βαθμό της- παράλληλα με τη διαδικασία έκφρασής του. Οι δύο βασικοί λόγοι, που οδήγησαν σε αυτή την απόφαση, ανατρέποντας την αρχική πρόθεση του μελετητή – να διερευνηθούν οι δύο διαδικασίες ξεχωριστά και αυτόνομα-, αναφέρθηκαν και εξηγήθηκαν σε παραπάνω ενότητα.[323] Σ' αυτή τη φάση κρίθηκε αναγκαία η υπενθύμιση αυτής της απόφασης στον αναγνώστη, για την πληρέστερη κατανόηση των ευρημάτων και της ανάλυσης που ακολουθεί.

Ο στόχος της διερεύνησης της διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος του AIDS είναι διπλός:

1. Το πρώτο σκέλος του αφορά στην αποκάλυψη των παραγόντων διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος μέσα από την ερευνητική διαδικασία. Δηλαδή μέσα από τη γνώση, την αντίληψη, την κρίση και τη γνώμη των ερωτώμενων σχετικά με το ποιοί είναι και πώς λειτουργούν αυτοί οι παράγοντες.
2. Το δεύτερο σκέλος του αφορά στην επιβεβαιώση ή διάψευση των επιμέρους παραγόντων διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος, όπως αυτοί προέκυψαν από τις θεωρητικές προσεγγίσεις της έννοιας και αναλύθηκαν σε προηγούμενη ενότητα.

Η επίτευξη αυτού του διπλού στόχου επιχειρήθηκε μέσα από την καταγραφή κατ'αρχήν των κυριότερων παραγόντων διαμόρφωσης του στίγματος, σύμφωνα με τους διεθνείς οργανισμούς, και στη συνέχεια και άλλων επιπρόσθετων τέτοιων παραγόντων, που προέκυψαν από τις θεωρητικές προσεγγίσεις της έννοιας. Την καταγραφή αυτή ακολούθησε -και στις δύο περιπτώσεις- η παρουσίαση αυτών των παραγόντων στους ερωτώμενους και η αναζήτηση της γνώμης τους γι αυτούς. Γνώμη

[323] Βλέπε Κεφ. Τρίτο: παρουσίαση της ερευνητικής διαδικασίας, Β. Διεξαγωγή της εμπειρικής έρευνας, Μεθοδολογικές παρατηρήσεις και επισημάνσεις σχετικά με τις συνεντεύξεις.

που αφορούσε τόσο στη δυνατότητα διαμόρφωσης του στίγματος με βάση αυτούς τους παράγοντες όσο και στον ρόλο κάθ' ενός απ' αυτούς σ' αυτή τη διαδικασία.

Κατά τη διαδικασία ορισμού ή καλύτερα περιγραφής του στίγματος και του φαινομένου του στιγματισμού έγιναν συγκεκριμένες αυθόρμητες αναφορές -από τη μεριά των ερωτώμενων- για τις αιτίες που οδηγούν στον στιγματισμό. Σύμφωνα με αυτές τις αναφορές ο στιγματισμός εμφανίζεται σαν το αποτέλεσμα του φόβου, της άγνοιας, της προκατάληψης και την αίσθησης απειλής της κοινωνίας από συγκεκριμένα άτομα, λόγω κάποιων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους, όπως είναι για παράδειγμα η διαφορετική σεξουαλική συμπεριφορά τους. Εμφανίζεται ακόμα ως 'ηθική τιμωρία' των ατόμων αυτών γι' αυτό το χαρακτηριστικό ή τη συμπεριφορά τους, που απορρίπτεται από την κοινωνία.

Ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον σημείο, που πρέπει να τονισθεί εδώ, είναι, πως οι αιτίες, που αυθόρμητα επισημάνθηκαν από μερίδα των ερωτώμενων, κατ'ουσίαν ταυτίζονται με τους παράγοντες διαμόρφωσης του στίγματος σύμφωνα με τους διεθνείς οργανισμούς. Συγκεκριμένα οι παράγοντες που προέκυψαν από τα κείμενα των διεθνών οργανισμών και παρουσιάστηκαν στους ερωτώμενους είναι οι ακόλουθοι:

1. **Φόβος του AIDS σα θανατηφόρας ασθένειας και συνακόλουθη αίσθηση απειλής των μη μολυσμένων απο τους μολυσμένους.**
2. **Άγνοια σχετικά με τους τρόπους μόλυνσης και μία λανθασμένη αντίληψη ότι ο ιός HIV μπορεί να μεταδοθεί μέσω απλών κοινωνικών επαφών.**
3. **Ύπαρξη ενσωματωμένου στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες στίγματος.**
4. **Βαθιά ριζωμένες προκαταλήψεις και παραδοσιακές απόψεις, που πολλές φορές αναφέρουν, ότι το AIDS είναι αρρώστια αυτοεπιβαλλόμενη και γι' αυτό αυτοί, που έχουν επηρεαστεί, πρέπει να τιμωρηθούν και να απομονωθούν παρά να βοηθηθούν και να υποστηριχθούν.** Αυτές οι απόψεις και προκαταλήψεις στηρίζονται συχνά στο γεγονός, ότι στις περισότερες κοινωνίες η συμπεριφορά, που συνεισφέρει στην εξάπλωση του AIDS, θεωρείται ανήθικη ή παράνομη (ομοφυλοφιλία, τοξικομανία, πορνεία).

Η ομοιότητα ή ακόμα και ταύτιση των παραγόντων αυτών με τις αιτίες διαμόρφωσης του στίγματος, που ανέφεραν οι ερωτώμενοι, είναι προφανής. Έτσι, προκύπτει η πρώτη ένδειξη συμβατότητας ανάμεσα στις αντιλήψεις των ερωτώμενων και αυτών των διεθνών οργανισμών σχετικά με τη διαμόρφωση του στίγματος του

AIDS. Αυτή η ένδειξη βέβαια επιβεβαιώθηκε και ενισχύθηκε στη συνέχεια από τις απαντήσεις των ερωτώμενων για κάθε έναν από τους παράγοντες που τους παρουσιάστηκαν.

Στην αναζήτηση της γνώμης των ερωτώμενων γι αυτούς τους παράγοντες, όλοι συμφώνησαν ότι αυτοί αποτελούν τις κύριες αιτίες που οδηγούν στη διαμόρφωση του στίγματος του AIDS. Η πλειονότητα αναγνώρισε τη σπουδαιότητα και των τεσσάρων παραγόντων, χωρίς να εξαιρεί κανέναν από αυτούς. Δεν ήταν λίγοι μάλιστα οι ερωτώμενοι, που αναφέρθηκαν στην αλληλεπίδραση και στο συσχετισμό αυτών των παραγόντων, στα πλαίσια διαμόρφωσης του στίγματος. Η όποια διαφοροποίησή τους περιορίστηκε στη βαρύτητα και σπουδαιότητα του ρόλου κάθ' ενός απ' αυτούς σ' αυτή τη διαδικασία.

Έτσι κάποιοι από τους ερωτώμενους τόνισαν την -κατά τη γνώμη τους- ιδιαίτερη σημασία κάποιων από αυτούς τους παράγοντες, σε σχέση με τους υπόλοιπους, είτε άμεσα ή έμμεσα. Δηλαδή είτε υποστηρίζοντας άμεσα αυτή την ιδιαίτερη σημασία ή απλά μιλώντας περισσότερο και εντονότερα γι' αυτούς. Το αποτέλεσμα ήταν η ξεχωριστή επισήμανση κάποιων παραγόντων έναντι των υπολοίπων, χωρίς όμως να αναιρείται η ύπαρξη και ο ρόλος των υπολοίπων.

Συγκεκριμένα οι απαντήσεις που δόθηκαν από τα **πενήντα (50)** άτομα, που ερωτήθηκαν, -σχετικά με την αναγνώριση του ρόλου κάθ' ενός από τους 4 παράγοντες- είναι οι παρακάτω:

- Για τον **πρώτο** παράγοντα[324] **σαράντα επτά (47)** άτομα αναγνώρισαν τη σπουδαιότητα του ρόλου του στη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος του AIDS, ενώ μόνον **τρεις (3)** ισχυρίστηκαν ότι δεν παίζει κανένα ρόλο.
- Για τον **δεύτερο** παράγοντα **σαράντα έξι (46)** άτομα αναγνώρισαν το ρόλο του και **τέσσερα (4)** όχι.
- Για τον **τρίτο** παράγοντα **τριάντα εννέα (39)** ήταν αυτοί που απάντησαν **ναι** στην ύπαρξη τέτοιου ρόλου, **τρεις (3)** απάντησαν **όχι,** ενώ **οκτώ (8)** άτομα απέφυγαν να απαντήσουν.

---

[324] 1ος)Φόβος του AIDS σα θανατηφόρας ασθένειας και συνακόλουθη αίσθηση απειλής των μη μολυσμένων απο τους μολυσμένους.
2ος)Άγνοια σχετικά με τους τρόπους μόλυνσης και μία λανθασμένη αντίληψη ότι ο ιός HIVμπορεί να μεταδοθεί μέσω απλών κοινωνικών επαφών.
3ος)Ύπαρξη ενσωματωμένου στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες στίγματος.
4ος)Βαθιά ριζωμένες προκαταλήψεις και παραδοσιακές απόψεις που πολλές φορές αναφέρουν ότι το AIDS είναι αρρώστια αυτοεπιβαλλόμενη και γι αυτό αυτοί που έχουν επηρεαστεί πρέπει να τιμωρηθούν και να απομονωθούν παρά να βοηθηθούν και να υποστηριχθούν.

- Για τον **τέταρτο** παράγοντα **σαράντα έξι (46)** απάντησαν **ναι** στην ύπαρξη τέτοιου ρόλου, **δύο (2)** απάντησαν **όχι**, ενώ **δύο (2)** απέφυγαν να απαντήσουν.

Επιπρόσθετα, από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους, **είκοσι επτά (27)** τόνισαν ιδιαίτερα τη σημασία του **πρώτου** παράγοντα στη διαδικασία διαμόρφωσης του στίγματος του AIDS, **είκοσι έξι (26)** τόνισαν τη σημασία του **δεύτερου** παράγοντα, **είκοσι (20)** του **τρίτου** και **δώδεκα (12)** του **τέταρτου.** Είναι προφανές βέβαια, ότι οι ίδιοι ερωτώμενοι πολλές φορές επεσήμαναν τη σπουδαιότητα παραπάνω των ένα παραγόντων, συχνά συνδυαζοντάς τους κιόλας.

Από τους ερωτώμενους που επεσήμαναν τον **πρώτο**[325] παράγοντα, για παράδειγμα, λίγοι ήταν εκείνοι που δεν τον συνέδεσαν με τον **δεύτερο**. Οι περισσότεροι, αντίθετα, έκαναν αυτή τη σύνδεση, υποστηρίζοντας ότι η ύπαρξη του ενός επηρεάζει την ύπαρξη και του άλλου. Έτσι αρκετοί αναφέρθηκαν στη διαιώνιση του φόβου του AIDS και της αίσθησης απειλής των μη μολυσμένων από τους μολυσμένους, ακριβώς λόγω της άγνοιας που εξακολουθεί και επικρατεί σχετικά με τους τρόπους μετάδοσής του.

Αντίστοιχα, κάποιοι από τους ερωτώμενους, που επεσήμαναν τη σπουδαιότητα του **τρίτου** παράγοντα έκαναν το ίδιο και για τον **τέταρτο** συνδυάζοντας τους δύο. Αναφέρθηκαν δηλαδή στον τρόπο με τον οποίο οι προκαταλήψεις και οι παραδοσιακές απόψεις μερίδας του πληθυσμού οδηγούν στο ενσωματωμένο στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες στίγμα και συνακόλουθα και στο στίγμα του AIDS.

Αυτοί βέβαια ήταν οι πιο συχνοί συνδυασμοί που έγιναν από τους ερωτώμενους, αλλά δεν ήταν και οι μόνοι. Οι 4 παράγοντες συσχετίστηκαν μεταξύ τους -από τους ερωτώμενους- με διάφορους τρόπους και συνδυασμούς, κατά την προσπάθεια απόδοσης του πραγματικού τους ρόλου στη διαμόρφωση του στίγματος του AIDS. Οι σημαντικότερες απαντήσεις των ερωτώμενων -μέσα από τις οποίες φαίνονται και οι διαφορετικοί συσχετισμοί των παραγόντων- συνοψίζονται τα ακόλουθα:

---

[325] 1ος)Φόβος του AIDS σα θανατηφόρας ασθένειας και συνακόλουθη αίσθηση απειλής των μη μολυσμένων απο τους μολυσμένους.
2ος)Άγνοια σχετικά με τους τρόπους μόλυνσης και μία λανθασμένη αντίληψη ότι ο ιός HIVμπορεί να μεταδοθεί μέσω απλών κοινωνικών επαφών.
3ος)Ύπαρξη ενσωματωμένου στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες στίγματος.
4ος)Βαθιά ριζωμένες προκαταλήψεις και παραδοσιακές απόψεις που πολλές φορές αναφέρουν ότι το AIDS είναι αρρώστια αυτοεπιβαλλόμενη και γι αυτό αυτοί που έχουν επηρεαστεί πρέπει να τιμωρηθούν και να απομονωθούν παρά να βοηθηθούν και να υποστηριχθούν.

Το πρώτο συμπέρασμα, που προκύπτει από το σύνολο των απαντήσεων,[326] είναι πως όλοι οι παράγοντες ανεξαιρέτως θεωρήθηκαν καθοριστικοί -από τους ερωτώμενους- στη διαδικασία διαμόρφωσης του στίγματος του AIDS και κανένας δεν απορρίφθηκε ως ασήμαντος. Το δεύτερο συμπέρασμα είναι ότι δεν υπάρχει ένας μόνον συνδυασμός αυτών των παραγόντων που να οδηγεί σε αυτό το στίγμα. Αντίθετα οι παράγοντες είναι αλληλοσυνδεόμενοι και αλληλοεπηρεαζόμενοι με όλους τους πιθανούς τρόπους. Μπορεί κάποιοι να τονίστηκαν περισσότερο από άλλους, αλλά κανένας δεν υποσκελίστηκε ούτε υποτιμήθηκε ο ρόλος κανενός μέσα σε αυτή τη διαδικασία.

Αυτό γίνεται εμφανές παρατηρώντας τα σχόλια, που αναφέρθηκαν στον τρίτο[327] και ιδιαίτερα στον τέταρτο παράγοντα. Οι αναφορές αυτές ήταν χαρακτηριστικές και αποκαλυπτικές του ρόλου αυτών των παραγόντων. Είναι δε εξαιρετικά σημαντικές στην τεκμηρίωση αυτού του ρόλου, μια και οι παράγοντες αυτοί δεν περικλείουν το σχεδόν αυταπόδεικτο του πρώτου ή την ευκολία σύνδεσης του δεύτερου παράγοντα με τη διαδικασία διαμόρφωσης του στίγματος.

Όπως χαρακτηριστικά ανέφεραν οι ερωτώμενοι, ο πρώτος και δεύτερος είναι οι -περισσότερο- 'αντικειμενικοί' παράγοντες. Είναι, με άλλα λόγια, η εξωτερική αίσθηση απειλής και η έλλειψη των κατάλληλων εφοδίων[328] για την αντιμετώπισή της. Αντίθετα, οι τρίτος και τέταρτος παράγοντες είναι περισσότερο 'υποκειμενικοί'. Αφορούν ιδέες και αντιλήψεις, στάσεις και προκαταλήψεις, ενσωματωμένες στο κοινωνικό σύνολο με τρόπο που δεν ανιχνεύονται παρά μόνον στην πρακτική έκφρασή τους.

Για το λόγο αυτό η επισήμανση και ανάλυσή τους από τους ερωτώμενους αποτελεί πολύτιμο τεκμήριο-απόδειξη της ύπαρξής τους, αλλά και του ρόλου που διαδραματίζουν στη διαδικασία διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος του AIDS. Επιπρόσθετα αποτελεί πηγή δεδομένων για τα χαρακτηριστικά, που τους καθορίζουν, προσφέροντας σημαντικές ενδείξεις για την κατανόησή τους.

---

[326] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

[327] 1ος)Φόβος του AIDS σα θανατηφόρας ασθένειας και συνακόλουθη αίσθηση απειλής των μη μολυσμένων απο τους μολυσμένους.
2ος)Άγνοια σχετικά με τους τρόπους μόλυνσης και μία λανθασμένη αντίληψη ότι ο ιός HIVμπορεί να μεταδοθεί μέσω απλών κοινωνικών επαφών.
3ος)Ύπαρξη ενσωματωμένου στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες στίγματος.
4ος)Βαθιά ριζωμένες προκαταλήψεις και παραδοσιακές απόψεις που πολλές φορές αναφέρουν ότι το AIDS είναι αρρώστια αυτοεπιβαλλόμενη και γι αυτό αυτοί που έχουν επηρεαστεί πρέπει να τιμωρηθούν και να απομονωθούν παρά να βοηθηθούν και να υποστηριχθούν.

[328] Για παράδειγμα η ενημέρωση.

Έτσι, για παράδειγμα, το είδος των προκαταλήψεων και οι παραδοσιακές απόψεις, που θεωρούν το AIDS 'αρρώστεια αυτοεπιβαλλόμενη', φανερώθηκαν και αποδείχτηκαν μέσα από τις αναφορές τους στο διαχωρισμό που γίνεται -ακόμη και από τους γιατρούς- ανάμεσα σε 'αθώα' και 'ένοχα' θύματα. Δεν ήταν λίγες οι φορές που αναφέρθηκε η χαρακτηριστική φράση 'τα'θελε και τα'παθε', για να περιγράψει την έκφραση της στάσης που συνεπάγονται αυτές οι απόψεις και αυτός ο διαχωρισμός.

Επιπρόσθετα έγινε ιδιαίτερη σύνδεση ανάμεσα σε αυτές τις στάσεις και την ομοφυλοφιλία. Παρουσιάστηκαν δηλαδή οι στάσεις αυτές, σαν αντίδραση στην ομοφυλοφιλία περισσότερο από ό,τι στην πορνεία ή στην τοξικομανία. Με τον τρόπο αυτό βέβαια, συνδέθηκε αυτόματα και ο τέταρτος παράγοντας με τον τρίτο. Ο τελευταίος, εξάλλου, επιβεβαιώθηκε μέσα από αναφορές και σε νόσους του παρελθόντος, με σημαντικότερη τη σύφιλη και την τότε αντιμετώπισή της[329].

Ωστόσο σύνδεση με το παρελθόν αλλά και με άλλες νόσους,[330] έγινε αναφορικά και με τον πρώτο παράγοντα, αυτόν του φόβου. Σε αυτή την περίπτωση το συχνότερο παράδειγμα ήταν αυτό του καρκίνου, επισημαίνοντας ότι πολλές φορές ο φόβος υπάρχει ανεξάρτητα από τα αντικειμενικά δεδομένα και τις προϋποθέσεις μόλυνσης. Είναι, με άλλα λόγια, τόσο αντικειμενικός όσο και υποκειμενικός παράγοντας.

Μέσα στα πλαίσια των υποκειμενικών παραγόντων διαμόρφωσης του στίγματος όμως, προστέθηκε -από μερίδα ερωτώμενων- ένας ακόμη. Πρόκειται για την ανάγκη διαχωρισμού του 'εμείς' από τους 'άλλους'. Σύμφωνα με αυτούς τους ερωτώμενους ο διαχωρισμός αυτός γίνεται, προκειμένου 'εμείς' να αισθανόμαστε ότι διαφέρουμε και ότι ξεχωρίζουμε από τους 'άλλους', ότι είμαστε ασφαλείς και ότι δεν απειλούμαστε από τη νόσο. Έτσι βγάζουμε το πρόβλημα από πάνω μας και το τοποθετούμε αποκλειστικά στους 'κακούς άλλους'. Η συνέπεια βέβαια είναι να καταλήγουμε να φερόμαστε στους 'άλλους' σαν σε αποδιοπομπαίους τράγους, όπως χαρακτηριστικά ειπώθηκε από ερωτώμενους.[331]

Όσον αφορά στα αίτια σχηματισμού αυτών των υποκειμενικών παραγόντων, συχνότερα αναφέρθηκαν -από κάποιους ερωτώμενους- το στοιχείο της θρησκοληψίας

---

[329] Χαρακτηριστική η αναφορά οροθετικού στα κάγκελα που υπάρχουν στα παράθυρα του Νοσοκομείου 'Α. Συγγρός', που είναι κατάλοιπο της -προ της ανακάλυψης του φαρμάκου- εποχής νοσηλείας ασθενών με σύφιλη.

[330] Για τη θεωρητική ανάλυση του ίδιου ζητήματος, βλέπε και Πρώτο Μέρος.

[331] Για τη θεωρητική ανάλυση του ίδιου ζητήματος, βλέπε και Πρώτο Μέρος.

και του συντηρητισμού, όπως επίσης και το χαμηλό πνευματικό επίπεδο. Ιδιαίτερη σύνδεση δε έγινε ανάμεσα σε αυτά και στο ρόλο του τέταρτου παράγοντα. Αντίστοιχη σύνδεση όμως έγινε και ανάμεσα στην άγνοια[332] σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης της νόσου και τον παράγοντα αυτόν.

Εντούτοις, όπως φάνηκε, οι στάσεις που απορρέουν από τις προκαταλήψεις και τις παραδοσιακές απόψεις δε μονοπολούνται από τα άτομα χαμηλού πνευματικού επιπέδου, με άγνοια και τάσεις θρησκοληψίας και συντηρητισμού. Αντίθετα εκφράζονται ακόμα και από άτομα, που αφενός μεν γνωρίζουν τα πραγματικά δεδομένα γύρω από τη νόσο και τη μετάδοσή της και αφετέρου ασχολούνται επαγγελματικά με την αντιμετώπισή της.

Η παραδοχή αυτή από τα ίδια τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δείχνει ότι οι προκαταλήψεις και οι παραδοσιακές απόψεις, που οδηγούν σε αυτές τις στάσεις, σίγουρα δε μπορούν να εξηγηθούν απλά και μονοσήμαντα. Η ανάπτυξή τους και ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν στηρίζεται σε πολύπλοκες διεργασίες, άμεσα συνδεδεμένες με τα πολιτισμικά στοιχεία μίας κοινωνίας. Διεργασίες που περιλαμβάνουν μεν αντικειμενικούς παράγοντες, όπως είναι η μόρφωση ή η γνώση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης της νόσου, αλλά σε μεγάλο βαθμό στηρίζονται και σε άλλους υποκειμενικούς παράγοντες.

Στη διερεύνηση κάποιων τέτοιων παραγόντων στοχεύει το επόμενο βήμα αυτής της ερευνητικής προσπάθειας. Οι περισσότεροι από αυτούς εμφανίζονται μέσα στις θεωρητικές προσεγγίσεις της έννοιας του στίγματος που εξετάστηκαν σε προηγούμενη ενότητα. Η επαλήθευση ή διάψευσή τους κρίθηκε απαραίτητη για τη διασαφήνιση της διαδικασίας διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος του AIDS και την καλύτερη κατανόησή της.

Ο πρώτος παράγοντας, που ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να σχολιάσουν, αφορά στην κοινωνική και οικονομική κατάσταση των οροθετικών ατόμων και στο ρόλο που αυτή μπορεί ή όχι να διαδραματίζει στη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος του AIDS προς τα άτομα αυτά[333]. Τα σχόλια των ερωτώμενων ήταν ως επι το πλείστον, καθαρά και άμεσα, υποστηρίζοντας -στην πλειονότητά τους- την επίδραση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των οροθετικών στη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος προς αυτούς. Συγκεκριμένα, από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους οι **σαράντα έξι (46)** απάντησαν άμεσα ενώ μόνο **τέσσερις (4)** έδωσαν

[332] Δηλαδή ο δεύτερος παράγοντας.
[333] Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι:ΟΔΗΓΟΣ - ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

αμφιταλαντευόμενες απαντήσεις[334]. Επιπρόσθετα, από τις **σαράντα έξι (46)** άμεσες απαντήσεις, οι **τριάντα οκτώ (38)** ήταν καταφατικές ως προς την επίδραση αυτή και οι **οκτώ (8)** αρνητικές.

Ο τρόπος με τον οποίο ανταποκρίθηκαν οι ερωτώμενοι δεν ήταν ο ίδιος για όλους. Αρκετοί επικέντρωσαν την απάντησή τους στην αντίδραση του στενού περιβάλλοντος των οροθετικών από τη στιγμή της κοινοποίησης της μόλυνσης και μετά. Άλλοι πάλι έριξαν το βάρος στη δυνατότητα χειρισμού της πληροφορίας για τη μόλυνσή τους από τη μεριά των οροθετικών. Λίγοι συνδύασαν και τα δύο, ενώ μία πολύ μικρή μερίδα ασχολήθηκε με τον τρόπο που οι ίδιοι οι οροθετικοί βιώνουν και αντιμετωπίζουν την κατάστασή τους.

Στη μερίδα των ερωτώμενων, που επικεντρώθηκαν στην αντίδραση του περιβάλλοντος, εντάσσονται και όσοι υποστήριξαν ότι η οικονομική και κοινωνική κατάσταση των οροθετικών δεν επηρεάζει τη διαμόρφωση του στίγματος και την προς αυτούς έκφρασή του. Οι ερωτώμενοι αυτοί τόνισαν το σημαντικό ρόλο των διαπροσωπικών σχέσεων αυτών των ατόμων. Ισχυρίστηκαν δηλαδή, ότι οι προϋπάρχουσες -της μόλυνσης- διαπροσωπικές σχέσεις, οι οικογενειακοί δεσμοί και το συναίσθημα είναι αυτά που καθορίζουν το κατά πόσο θα εκφραστεί στιγματισμός απέναντι σε αυτά τα άτομα και όχι η κοινωνική ή η οικονομική κατάστασή τους.

Οι υπόλοιποι ωστόσο αυτής της μερίδας ερωτώμενων[335] -που είναι και περισσότεροι- υποστήριξαν ότι οι οροθετικοί που ανήκουν σε ανώτερα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα δέχονται λιγότερο στιγματισμό και περισσότερη συμπαράσταση από αυτούς που βρίσκονται σε χαμηλότερα στρώματα. Υπήρξαν βέβαια και άτομα -αν και λίγα- που υποστήριξαν το εντελώς αντίθετο, όπως και κάποιοι που ανέφεραν ότι οι ακραίες συμπεριφορές εκφράζονται τόσο στα πολύ υψηλά όσο και στα πολύ χαμηλά στρώματα.

Οι λόγοι που δόθηκαν για την 'ευνοϊκή' αντιμετώπιση των ατόμων των υψηλών κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων αφορούσαν κυρίως στις καλύτερες δυνατότητες ενημέρωσης, μόρφωσης και ανάπτυξης του πνευματικού επιπέδου των οικείων τους. Οι δυνατότητες αυτές εμφανίστηκαν ως σημαντικές τόσο για την αποδοχή -από τη μεριά αυτών των ατόμων- συγκεκριμένων συμπεριφορών[336] όσο και

[334] Είτε γιατί δεν κατανόησαν την ερώτηση ή γιατί δεν είχαν αποκρυσταλλωμένη άποψη.
[335] Που επικεντρώθηκαν στην αντίδραση του περιβάλλοντος
[336] Όπως για παράδειγμα της ομοφυλοφιλίας.

της ίδιας της νόσου, στην οποία μπορεί να θεωρείται ότι οδήγησαν οι συμπεριφορές αυτές.

Εντούτοις υπήρξαν και αναφορές που τοποθέτησαν την αιτία αυτής της 'ευνοϊκής' αντιμετώπισης σε οικονομικά κίνητρα των οικείων των οροθετικών. Τόνισαν, δηλαδή, την προσδοκία οικονομικών απολαβών των οικείων μετά το θάνατο των οροθετικών, υποστηρίζοντας ότι αυτή καθόρισε τη συμπεριφορά τους προς τους ασθενείς. Έτσι βέβαια εμφανίζεται η οικονομική ευρωστία των οροθετικών σαν ο κυριότερος διαφοροποιός παράγοντας της αντίδρασης των οικείων τους.

Αυτή όμως δεν ήταν και η μόνη άποψη, που επεσήμανε ότι η οικονομική ευρωστία των οροθετικών είναι καθοριστικής σημασίας στη διαδικασία διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος προς αυτούς. Προς την ίδια κατεύθυνση κινήθηκε και το επιχείρημα, που ανέπτυξαν οι ερωτώμενοι, που έριξαν το βάρος της απάντησής τους στη δυνατότητα των οροθετικών να χειριστούν την πληροφορία της μόλυνσής τους.

Σύμφωνα μ' αυτούς τα άτομα υψηλού κοινωνικού και κυρίως οικονομικού επιπέδου έχουν την άνεση να διασφαλίζουν την ανωνυμία τους και κυρίως τη μυστικότητα της μόλυνσής τους[337]. Δηλαδή έχουν τη δυνατότητα να εξετάζονται σε ιδιωτικά ιατρεία -στην Ελλάδα ή και στο εξωτερικό- και να παρακολουθούνται από ιδιώτες γιατρούς, χωρίς να καταγράφονται πουθενά. Συνεπώς μπορούν -εάν αυτό επιλέγουν- να κρατάνε τη μόλυνσή τους μυστική ακόμη και από τα άτομα του πολύ στενού περιβάλλοντός τους. Έτσι γλιτώνουν και από τις όποιες αντιδράσεις αυτού του περιβάλλοντος και φυσικά και από το στιγματισμό[338].

Συμπερασματικά έγινε εμφανές ότι η πλειονότητα των ερωτώμενων[339] υποστηρίζει ότι η κοινωνική και οικονομική κατάσταση των ατόμων παίζει σημαντικό διαφοροποιό ρόλο στη διαμόρφωση του στίγματος και στη συνακόλουθη έκφραση του στιγματισμού. Άσχετα με το επίκεντρο της κάθε απάντησης -το οικείο και ευρύτερο περιβάλλον των οροθετικών, η κοινή γνώμη ή ο τρόπος που το ίδιο το

---

[337] Είναι προφανές βέβαια ότι η ανάγκη της αυστηρής τήρησης της μυστικότητας της μόλυνσης φανερώνει την αναγνώριση και συνειδητοποίηση του στιγματισμού από αυτά τα άτομα, παραπέμποντας και πάλι στην έννοια του στίγματος σαν μία κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών ρόλων. Ο συσχετισμός αυτός αναλύεται στη συνέχεια, στην ενότητα που αφορά στη βίωση του στίγματος.

[338] Με αυτόν τον τρόπο, βέβαια, δημιουργείται μία διαφοροποίηση και στη διαδικασία βίωσης του στιγματισμού ανάμεσα στα άτομα αυτά και σε εκείνα που δεν έχουν την αντίστοιχη οικονομική άνεση. Η διαφοροποίηση αυτή επισημάνθηκε, μέσα από τα σχόλια των ερωτώμενων, και τοποθετήθηκε στη δυνατότητά τους να κρατούνται μακρυά από τις κρατικές υπηρεσίες και τα δημόσια νοσοκομεία, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες της καθημερινής έκθεσής τους σε εκφράσεις στιγματισμού. Βλέπε και ενότητα βίωσης του στίγματος.

[339] Βλέπε και στην παρουσίαση των σχολίων των ερωτώμενων, ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

άτομο βιώνει την κατάστασή του- ο ρόλος αυτός επισημάνθηκε και αναλύθηκε από τη μεγαλύτερη μερίδα των ερωτώμενων.

Στα πλαίσια αυτών των απαντήσεων τονίστηκε η σημασία του παράγοντα της υψηλής θέσης του ατόμου στην κοινωνία, όπως και αν αυτή αξιολογείται -μέσα από τη μόρφωση, το κοινωνικά καταξιωμένο επάγγελμα ή τη διασημότητα. Επίσης δεν έλλειψαν και οι αναφορές που τοποθετούσαν το βάρος στις προϋπάρχουσες διαπροσωπικές -οικογενειακές ή φιλικές- σχέσεις. Ωστόσο το ιδιαίτερο βάρος δόθηκε στην οικονομική ευχέρεια των οροθετικών και των οικογενειών τους και στους διάφορους τρόπους με τους οποίους -η ευχέρεια αυτή- διευκολύνει την αποφυγή ή έστω ελαχιστοποίηση έκφρασης του στιγματισμού σε αυτά τα άτομα.

Ένας από τους σημαντικότερους τρόπους, με τον οποίο γίνεται αυτό, αφορά -όπως τονίστηκε από τους ίδιους τους ερωτώμενους- στη δυνατότητα των οικονομικά εύρωστων να κρατούν μυστική τη μόλυνσή τους. Η αποφυγή του στιγματισμού, λοιπόν, επιτυγχάνεται -γι αυτά τα άτομα- μέσα από την εξασφάλιση του απορρήτου της κατάστασής τους. Δηλαδή μέσα από τη δυνατότητά τους να ελέγξουν την πληροφορία της μόλυνσής τους και να κρατήσουν κρυφό αυτό το 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό' τους.

Αν όμως η αποφυγή του στιγματισμού επιτυγχάνεται γι' αυτά τα άτομα, εύκολα ακολουθεί και το επόμενο συμπέρασμα: Η δυνατότητα ελέγχου και χειρισμού της πληροφορίας του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού'[340] ενός ατόμου οδηγεί και στην αντίστοιχη δυνατότητα ελέγχου της έκφρασης στιγματισμού προς το άτομο αυτό[341]. Η θέση αυτή αναφέρεται και αναλύεται από τους θεωρητικούς μελετητές του στίγματος σε προηγούμενη ενότητα. Επιβεβαιώνεται όμως -όπως φάνηκε- και μέσα από την ερευνητική διαδικασία και τις απόψεις και εκτιμήσεις των ίδιων των ερωτώμενων.

Το συμπέρασμα αυτό αποκαλύπτει τη ξεχωριστή σημασία του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' στη διαδικασία διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος, οδηγώντας ταυτόχρονα και σε μία σειρά άλλων ερωτημάτων: Εκφράζεται ο στιγματισμός μόνο σ' αυτούς, για τους οποίους είναι γνωστή η ύπαρξη του -αρνητικά αξιολογούμενου- 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' ή και σε αυτούς που θεωρούνται 'ύποπτοι' ότι το έχουν; Πώς επηρεάζει τη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος

[340] Χαρακτηριστικό που αξιολογείται αρνητικά από την κοινωνία και σε αυτή την περίπτωση αφορά στη μόλυνση από τον ιό HIV.
[341] Όπως και βίωσής του απο τα άτομο αυτό. Βλέπε και ενότητα βίωσης του στίγματος.

προς ένα άτομο η δυνατότητα άμεσου εντοπισμού του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' του από τους άλλους; Πώς, με άλλα λόγια, επηρεάζει η πλήρης αδυναμία χειρισμού της πληροφορίας -από τη μεριά του ατόμου- σχετικά με το 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό' του; Τέλος, πώς και πόσο επηρεάζει την αποκάλυψη του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' και την ακόλουθη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος προς ένα άτομο η ταυτόχρονη ύπαρξη σ' αυτό ενός δεύτερου -αρνητικά αξιολογούμενου- 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού';

Οι απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα είναι ο αμέσως επόμενος στόχος της παρούσας διερεύνησης των υποκειμενικών ή και αντικειμενικών παραγόντων που καθορίζουν τη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος του AIDS. Για το λόγο αυτό τέθηκαν στους ερωτώμενους προς συζήτηση τρία αντίστοιχα θέματα. Το πρώτο από αυτά[342] παρέπεμπε σε κείμενο του ΟΗΕ, που αναφέρει ότι ' ο στιγματισμός έχει συχνά σα στόχο άτομα **"ύποπτα"**, πιθανής μόλυνσης με τον HIV και αυτούς που εντάσσονται στις λεγόμενες **"ομάδες υψηλού κινδύνου".** Άσχετα λοιπόν με τη συμπεριφορά τους οι άνθρωποι έχουν κατηγοριοποιηθεί, ανάλογα με το θεωρούμενο κίνδυνο που συνεπάγεται η ομάδα, στην οποία ανήκουν ή με την οποία ταυτίζονται.' Στη συνέχεια ζητήθηκε η γνώμη των ερωτώμενων σχετικά με την τοποθέτηση αυτή και το κατά πόσο μπορεί να διαμορφωθεί και να εκφραστεί στιγματισμός για κάποιον με βάση την υποψία μόλυνσής του από το AIDS ή αντίθετα η ύπαρξη και γνώση της μόλυνσης είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος.

Ο στόχος της συζήτησης αυτού του θέματος ήταν η διερεύνηση της σημασίας του ρόλου του -φορτισμένου αρνητικά- ιδιαίτερου χαρακτηριστικού στη διαδικασία διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος. Με άλλα λόγια, είναι τόσο έντονα φορτισμένη αρνητικά από την κοινωνία η μόλυνση από τον HIV, ώστε και μόνη η υποψία της να οδηγήσει στην έκφραση φαινομένων στιγματισμού; Οι απαντήσεις των ερωτώμενων[343] οδηγούν σε καταφατικό συμπέρασμα.

Συγκεκριμένα, από τα **πενήντα (50)** άτομα που ερωτήθηκαν, τα **σαράντα τέσσερα (44)** απάντησαν **ναι** στην πιθανότητα διαμόρφωσης και έκφρασης στίγματος μόνο με βάση την υποψία μόλυνσης και μόνον τα **έξι (6)** ισχυρίστηκαν ότι αυτό δεν ισχύει. Από αυτούς που απάντησαν καταφατικά, η πλειονότητα τοποθέτησε την αιτία στο γεγονός της **ταύτισης** του AIDS με τις λεγόμενες **'Ομάδες Υψηλού Κινδύνου'.**

[342] Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[343] Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Αρκετοί έδωσαν παραδείγματα, με τα οποία επιβεβαίωσαν τα λεγόμενά τους, ενώ χαρακτηριστικές ήταν οι απαντήσεις **επτά** (7) ατόμων που ανήκουν στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων, που ανέφεραν ότι τα ίδια αντιμετωπίζουν πρόβλημα, επειδή δουλεύουν στις Μονάδες.

Αλλά και όσοι ισχυρίστηκαν ότι οι αναφορές αυτές του Ο.Η.Ε. δεν ισχύουν, επίσης συνέδεσαν τα 'ύποπτα' άτομα με τις 'Ομάδες Υψηλού Κινδύνου'. Παραδέχτηκαν την αλλαγή στη συμπεριφορά των άλλων, αλλά τη βάφτισαν με άλλο όνομα, διαχωρίζοντάς την από το στιγματισμό. Κάποιοι δε από αυτούς δεν αμφισβήτησαν το γεγονός του στιγματισμού αυτών των ατόμων. Υποστήριξαν όμως ότι ο στιγματισμός αυτός δεν είναι αποτέλεσμα της υποψίας μόλυνσης των ατόμων αυτών από τον ιό HIV, αλλά του γεγονότος ότι ανήκουν σε αυτές τις ομάδες και έχουν τις αντίστοιχες συμπεριφορές.

Συνολικά λοιπόν από τις απαντήσεις, που δόθηκαν, φαίνεται καθαρά ότι υπάρχει μία ταύτιση του AIDS με τις 'ομάδες υψηλού κινδύνου', η οποία -αν και λανθασμένη- ακόμη επηρεάζει τις αντιλήψεις και τις στάσεις των ανθρώπων στην Ελληνική κοινωνία. Επιπρόσθετα δε αναπαράγεται και από τη λειτουργία κάποιων κρατικών μηχανισμών, όπως αυτών της αιμοδοσίας[344]. Η ταύτιση αυτή αναγνωρίζεται από τους ερωτώμενους, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις δικαιολογείται κιόλας από αυτούς, αποκαλύπτοντας έτσι τις δικές τους τάσεις στιγματισμού.

Είναι εξίσου ξεκάθαρο -από τις παραπάνω απαντήσεις- ότι η ταύτιση του AIDS με τις 'ομάδες υψηλού κινδύνου' διαφοροποιεί με αρνητικό τρόπο τη συμπεριφορά των ανθρώπων προς ένα άτομο, που θεωρούν ότι ανήκει σε κάποια από αυτές. Το αν αυτή η διαφοροποίηση αναγνωρίζεται ως στιγματισμός και ονομάζεται έτσι -από όλους τους ερωτώμενους- ή μόνον από την πλειονότητά τους, δεν είναι πρωταρχικής σημασίας.

Αυτό που είναι πρωταρχικής σημασίας είναι, ότι η υποψία της μόλυνσης από μόνη της είναι σε θέση να δημιουργήσει αρνητικές αντιδράσεις στιγματισμού και περιθωριοποίησης προς κάποια άτομα. Αντιδράσεις που προέρχονται από κάθε κατεύθυνση και κάθε χώρο, ανεξαρτήτως μόρφωσης ή ενημέρωσης, με ιδιαίτερο επίκεντρο ίσως τους ίδιους τους νοσοκομειακούς χώρους. Αντιδράσεις ακόμα που στοχεύουν σε κάθε άτομο, ανεξάρτητα με την ύπαρξη ή μη δεδομένων για πιθανή

[344] Όπως χαρακτηριστικά αναφέρθηκε σε σχόλιο ερωτώμενου, οι ομοφυλόφιλοι αποκλείονται από την αιμοδοσία και αυτό αναγράφεται σε ταμπέλες σε όλες τις αντίστοιχες υπηρεσίες. Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

μόλυνσή του, με ιδιαίτερη έμφαση σε όσους ανήκουν ή ταυτίζονται με τις 'ομάδες υψηλού κινδύνου' και με όσους ασχολούνται με την αντιμετώπιση της νόσου.

Βεβαίως οι αρνητικές αυτές αντιδράσεις στιγματισμού με βάση και μόνο την υποψία μόλυνσης φαίνεται ότι ήταν εντονότερες τα παλιότερα χρόνια και εξασθενούν με τον καιρό. Αντίστοιχα και ανάλογα εξασθενεί και η σύνδεση του AIDS με τις λεγόμενες 'ομάδες υψηλού κινδύνου'. Όσο αυξάνεται ο αριθμός αλλά κυρίως η σύνθεση των κρουσμάτων της νόσου, τόσο περισσότερο -υποστηρίχθηκε- αντιλαμβάνεται η κοινωνία την αναίρεση του όρου 'ομάδες υψηλού κινδύνου'. Τόσο περισσότερο επίσης υιοθετεί τον όρο 'συμπεριφορές υψηλού κινδύνου' και συνειδητοποιεί τη σημασία του.

Εντούτοις η διαπίστωση της διαμόρφωσης και έκφρασης στιγματισμού, με μόνη βάση την υποψία μόλυνσης δεν αλλάζει. Αντίθετα επισημαίνει την έντονη αρνητική φόρτιση της μόλυνσης από τον ιό HIV στην Ελληνική κοινωνία. Περαιτέρω επισημαίνει τη σπουδαιότητα της αρνητικής φόρτισης του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' στη διαμόρφωση και έκφραση του στιγματισμού.

Αν όμως η υποψία μόλυνσης ενός ατόμου από μόνη της αρκεί, για να διαμορφωθεί και να εκφραστεί στιγματισμός προς το άτομο αυτό, τι γίνεται στην περίπτωση που το άτομο κατέχει το -αρνητικά αξιολογούμενο- 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό' της μόλυνσης, χωρίς μάλιστα να μπορεί να το κρύψει; Με άλλα λόγια πώς επιδρά στη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος προς ένα άτομο η δυνατότητα άμεσου εντοπισμού του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' του από τους άλλους;

Ενδείξεις για το ερώτημα αυτό δόθηκαν αρκετές και στις απαντήσεις, που παρατέθηκαν παραπάνω, με αναφορά όμως σε άλλα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά -όπως η ομοφυλοφιλία και η τοξικομανία- και όχι στη μόλυνση από τον HIV. Από τις ενδείξεις αυτές φαίνεται ότι η αδυναμία απόκρυψης του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' επιταχύνει τη διαμόρφωση του στίγματος και εντείνει την έκφρασή του. Κρίθηκε όμως απαραίτητη η επιβεβαίωση αυτών των ενδείξεων και για την περίπτωση της μόλυνσης από τον ιό του AIDS. Έτσι οδηγούμαστε στο επόμενο ζήτημα, που τέθηκε στους ερωτώμενους.

Το ζήτημα αυτό -όπως και το προηγούμενο- αφορά στη διερεύνηση του ρόλου και της σπουδαιότητας του ιδιαίτερου χαρακτηριστικού στη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος του AIDS. Η αναζήτηση της γνώμης των ερωτώμενων προσανατολίστηκε στη διαφοροποίηση ή μη της διαμόρφωσης και έκφρασης του

στιγματισμού απέναντι σε ένα ασυμπτωματικό οροθετικό άτομο και σε έναν ασθενή του AIDS με έκδηλα, σωματικά συμπτώματα[345].

Ο στόχος εδώ ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης που μπορεί να έχει η οπτική επιβεβαίωση της ύπαρξης του ιδιαίτερου χαρακτηριστικού -μόλυνση από τον HIV- στη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος του AIDS. Η οπτική αυτή επιβεβαίωση αντιπροσωπεύει την πλήρη αδυναμία απόκρυψης του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' του από τη μεριά του οροθετικού. Με άλλα λόγια, επιβεβαιώνει την πλήρη αδυναμία ελέγχου της πληροφορίας σχετικά με το 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό'.

Τα αποτελέσματα αυτής της διερεύνησης παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο τόσο στην παρούσα ανάλυση των παραγόντων, που καθορίζουν τη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος, όσο και στη διαδικασία βίωσης του στίγματος που εξετάζεται στη συνέχεια. Σε αυτό το επόμενο στάδιο χρησιμεύουν, για να ερευνήσουν τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει η δυνατότητα ή αδυναμία ελέγχου της πληροφορίας, σχετικά με το 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό' δηλαδή τη μόλυνση, τη βίωση του στίγματος. Συγκεκριμένα χρησιμεύουν, για να ερευνήσουν την υπόθεση που αφορά στην προσπάθεια απόκρυψης του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' -της μόλυνσης από τον HIV- προκειμένου να αποφευγχθεί η βίωση του στιγματισμού από το οροθετικό άτομο.

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων[346] στο ζήτημα, που τους τέθηκε, οδηγούν σε καταφατικά συμπεράσματα. Από τα **πενήντα (50)** άτομα που το σχολίασαν, τα **σαράντα ένα 41** υποστήριξαν ότι η διαμόρφωση και έκφραση του στιγματισμού προς ένα άτομο **όντως διαφέρει** -κυρίως σε ένταση- ανάμεσα σε έναν οροθετικό -που η μόλυνσή του δεν είναι εμφανής- και σε έναν ασθενή σε τελικά στάδια -που η μόλυνσή του είναι εμφανής. Αντίθετα μόνον **οκτώ (8)** αρνήθηκαν αυτή τη διαφοροποίηση, ενώ **ένα (1)** απέφυγε να απαντήσει.

Από τις καταφατικές απαντήσεις το βάρος της αιτιολόγησης αυτής της διαφοροποίησης δόθηκε καταρχήν σε **δύο** βασικούς παράγοντες:

1. Στην αδυναμία απόκρυψης της οροθετικότητας, σε περίπτωση εμφανών συμπτωμάτων της νόσου,
2. Στο μεγαλύτερο φόβο, απόκρουση ή ακόμα και σιχαμάρα που προκαλεί στο περιβάλλον του η αλλαγμένη εικόνα του οροθετικού, λόγω αυτών των συμπτωμάτων.

[345] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[346] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Ο πρώτος παράγοντας αφορά στην αδυναμία διατήρησης του μυστικού της οροθετικότητας, που αφήνει το άτομο έκθετο στην έκφραση στιγματισμού προς αυτό. Σύμφωνα με μεγάλη μερίδα ερωτώμενων, αυτός είναι ο λόγος που διαφοροποιείται η έκφραση στιγματισμού ανάμεσα σε ασυμπτωματικό οροθετικό και σε ασθενή. Στην πρώτη περίπτωση η μόλυνση του ατόμου δε 'φαίνεται' και -αν δεν αποκαλυφθεί από το ίδιο το άτομο- δε γίνεται γνωστή. Έτσι αντιμετωπίζεται το άτομο ως υγιές, παραμένοντας προστατευμένο από την έκφραση στιγματισμού προς αυτό. Αντίθετα, όταν ο οροθετικός νοσήσει, τα σωματικά του συμπτώματα αποκαλύπτουν το μυστικό του, οπότε τον καθιστούν ευάλωτο στην έκφραση στιγματισμού προς αυτόν.

Ο παράγοντας αυτός αφορά καθαρά στην αδυναμία ελέγχου της πληροφορίας σχετικά με το 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό'. Επιβεβαιώνει μάλιστα -με αντίστροφο τρόπο- το συμπέρασμα που προέκυψε και παραπάνω: Η αδυναμία ελέγχου και χειρισμού της πληροφορίας του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' ενός ατόμου οδηγεί σε αδυναμία ελέγχου της έκφρασης στιγματισμού προς το άτομο αυτό. Επιπρόσθετα οδηγεί σε αύξηση της έντασης του στίγματος που εκφράζεται προς το άτομο αυτό[347].

Η αύξηση αυτή, που επισημάνθηκε από τους ερωτώμενους, συνδυάστηκε -στις απαντήσεις τους- με το δεύτερο παράγοντα, αυτόν της εικόνας του οροθετικού ατόμου. Συγκεκριμένα υποστηρίχθηκε από πολλούς ότι η εικόνα αυτή αλλάζει καθοριστικά, επιφέροντας και την αντίστοιχη αλλαγή στη στάση του περιβάλλοντος. Η εικόνα ενός υγιούς ατόμου μετατρέπεται σε εικόνα ενός βαριά άρρωστου ατόμου, με συμπτώματα πολλές φορές αποκρουστικά ή και τρομακτικά. Η αλλαγή αυτή, καθώς και η νέα εικόνα του οροθετικού είναι -σύμφωνα με τους ερωτώμενους- παράγοντας σημαντικής αύξησης του φόβου του περιβάλλοντός του. Η αύξηση του φόβου όμως έχει σαν αποτέλεσμα και την αύξηση της έκφρασης στιγματισμού προς το οροθετικό άτομο.

Η σύνδεση της αλλαγής της εικόνας του οροθετικού με την αύξηση του φόβου του περιβάλλοντός του και τη συνακόλουθη εντονότερη έκφραση στιγματισμού προς αυτόν συμπληρώθηκε με το συσχετισμό και με άλλους παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Η άμεση σύνδεση των συμπτωμάτων με την αρρώστεια,
- Ο φόβος μεγαλύτερης μολυσματικότητας του ατόμου στα προχωρημένα στάδια της νόσου,

- Η εικόνα του ίδιου του οροθετικού για τον εαυτό του και η στάση που απορρέει απ' αυτή,
- Η κούραση που συνεπάγεται για το οικείο περιβάλλον του όταν το άτομο νοσεί.

Ο πρώτος απ' αυτούς τους παράγοντες γίνεται άμεσα κατανοητός μέσα από τα όσα ειπώθηκαν παραπάνω για τη μετατροπή της εικόνας του υγιούς σε νοσούντα. Όπως τονίστηκε από μερίδα ερωτώμενων, τα σωματικά συμπτώματα δημιουργούν στη συνείδησή μας τη σύνδεση με τη νόσο. Μετατρέπουν -όπως χαρακτηριστικά αναφέρθηκε- την ασθένεια σε νόσο, θυμίζουν το πρόβλημα συνεχώς και δημιουργούν και τη συνειρμική σύνδεση του προβλήματος με το θάνατο. Αυτή η διαδικασία όμως αυξάνει το φόβο προς το άτομο, που πλέον αναγνωρίζεται όχι μόνο ως άρρωστο αλλά και ως πολύ κοντά στο θάνατο.

Αυτός ο φόβος αφορά πλέον το θάνατο όχι σαν κάτι μακρινό και ξένο, αλλά σαν κάτι πολύ κοντινό και οικείο. Αυτόν όμως, πολλές φορές, συμπληρώνει και ο φόβος της προκατάληψης της ευκολότερης μεταδοτικότητας της νόσου στα τελευταία στάδια της αρρώστιας. Οι ίδιοι οι ερωτώμενοι ανέφεραν αυτή την προκατάληψη, επισημαίνοντας ότι λειτουργεί επιβαρυντικά στην εντονότερη έκφραση του στίγματος προς τους ασθενείς. Λειτουργεί επιβαρυντικά, διότι συνδυάζει το φόβο της μόλυνσης με τον έντονο και απτό φόβο του θανάτου. Μ' αυτόν τον τρόπο οδηγεί στην ακόμη εντονότερη περιθωριοποίηση των ατόμων, που προκαλούν ή καλύτερα υπενθυμίζουν τους φόβους αυτούς.

Η περιθωριοποίηση όμως των οροθετικών ασθενών, σε κάποιες περιπτώσεις, εντείνεται και από τη στάση των ίδιων. Η εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων - σύμφωνα με τους ερωτώμενους- δεν επηρεάζει αρνητικά μόνον το περιβάλλον τους, αλλά πολλές φορές και τους ίδιους. Έτσι η στάση τους η ίδια προς τον εαυτό τους και τη ζωή τους αλλάζει, δίνοντας συχνά δικαιώματα και στους γύρω τους για έκφραση ακόμη μεγαλύτερου στιγματισμού, για ακόμη εντονότερη περιθωριοποίηση.

Τέλος υπάρχει και ο παράγοντας της κούρασης, της 'ταλαιπωρίας' που προκαλεί στο οικείο περιβάλλον η φροντίδα των οροθετικών ασθενών. Ο παράγοντας αυτός αναφέρθηκε ως ακόμη ένας από αυτούς που μπορεί να επιβαρύνει την έκφραση στιγματισμού προς τα άτομα αυτά. Χωρίς να τονισθεί ιδιαίτερα, και σε συνδυασμό με τους υπόλοιπους παράγοντες, θεωρήθηκε ότι μπορεί να παίξει κάποιον ρόλο,

[347] Και της αντίστοιχης βίωσης αυτού του στίγματος από το άτομο αυτό. Βλέπε και ενότητα βίωσης

δεδομένης της ιδιαίτερης δυσκολίας που συχνά παρουσιάζει η περίθαλψη των ατόμων αυτών[348].

Όσον αφορά στους ερωτώμενους που αρνήθηκαν τη διαφοροποίηση, δε φάνηκαν να λαμβάνουν υπόψη τους όλους τους παράγοντες που περιγράφηκαν και αναλύθηκαν παραπάνω. Οι απαντήσεις τους ήταν αποσπασματικές, υποστηρίζοντας για παράδειγμα, ότι, αν το άτομο έχει γίνει αποδεκτό από την αρχή, δεν απορρίπτεται στη συνέχεια ή ότι για τον άρρωστο δημιουργούνται άλλα συναισθήματα, όπως είναι ο οίκτος και έτσι δεν εκφράζεται εντονότερος στιγματισμός.

Στην πλειονότητα των απόψεων, που εκφράστηκαν από τους ερωτώμενους λοιπόν, έγινε προφανές ότι η έκφραση του στιγματισμού εντείνεται στην περίπτωση ασθένειας των οροθετικών ατόμων, στην περίπτωση δηλαδή εκδήλωσης εμφανών συμπτωμάτων. Για διάφορους λόγους η οπτική επιβεβαίωση του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' των οροθετικών επιβαρύνει την προς αυτούς έκφραση του στιγματισμού. Ένας από τους σημαντικότερους λόγους -αν όχι ο σημαντικότερος- είναι η αδυναμία, που προκύπτει σαν αποτέλεσμα της εκδήλωσης αυτών των εμφανών συμπτωμάτων, να κρύψουν την κατάστασή τους. Με άλλα λόγια, η αδυναμία τους να ελέγξουν και να χειριστούν, όπως επιθυμούν, την πληροφορία σχετικά με το 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό' τους.

Έτσι επιβεβαιώθηκε και με ένα διαφορετικό τρόπο η σπουδαιότητα της αποκάλυψης του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' στη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος. Το μόνο που υπολείπεται τώρα να διερευνηθεί -σχετικά με το 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό' και το ρόλο του στη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος- είναι η ταυτόχρονη ύπαρξη ενός δεύτερου -αρνητικά αξιολογούμενου- 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' (π.χ. πορνεία, τοξικομανία). Συγκεκριμένα το πώς και πόσο επηρεάζει αυτή η ταυτόχρονη ύπαρξη την αποκάλυψη του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' και την ακόλουθη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος προς ένα άτομο. Συνακόλουθα το εάν και κατά πόσο συνεπάγεται τη διαμόρφωση και έκφραση 'διπλού στιγματισμού΄απέναντι σε αυτό το άτομο.

Η διερεύνηση αυτή επιχειρήθηκε στη συνέχεια με την αναζήτηση της γνώμης των ερωτώμενων πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα[349]. Ο στόχος εδώ ήταν η

του στίγματος.

[348] Λόγω των πολλών και δύσκολων παθήσεων που παρουσιάζονται στα τελικά στάδια της νόσου και της πλήρους αδυναμίας αντιμετώπισής τους. Κάποιες από αυτές τις παθήσεις οδηγούν σε σωματικές αναπηρίες, όπως τύφλωση ή σε νοητικές όπως άνοια.

[349] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

διερεύνηση του επιβαρυντικού ρόλου ενός δεύτερου, 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' - εκτός της μόλυνσης από τον ιό HIV- στη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος του AIDS. Αυτή η διερεύνηση κρίθηκε απαραίτητη, διότι: α) λόγω των τρόπων μετάδοσης του ιού, είναι σχετικά μεγάλο το ποσοστό των οροθετικών ατόμων που συγκεντρώνουν περισσότερα από ένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που συνδέονται με κάποιο αρνητικό -κοινωνικά- στερεότυπο, β) υπάρχουν πολλές ενδείξεις μέσα στη βιβλιογραφία για την ύπαρξη διαχωρισμού ανάμεσα σε «αθώα» και «ένοχα» θύματα της νόσου, που έπρεπε να εξακριβωθούν.

Αναφορικά με την επίδραση στην αποκάλυψη του 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' της μόλυνσης, φάνηκε παραπάνω, ότι τα άτομα που κατέχουν ένα άλλο, αρνητικά αξιολογούμενο, 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό' -π.χ. ανήκουν ή ταυτίζονται με κάποια από τις 'ομάδες υψηλού κινδύνου'-, αμέσως θεωρούνται ύποπτα και για μόλυνση από τον ιό HIV. Επίσης φάνηκε, ότι η υποψία αυτή από μόνη της αρκεί, για να διαμορφωθεί και να εκφραστεί στιγματισμός προς τα άτομα αυτά, χωρίς καν την ανάγκη ύπαρξης δεδομένων για τη μόλυνση. Συνεπώς η ύπαρξη ενός δεύτερου, αρνητικά αξιολογούμενου, 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' σίγουρα οδηγεί σε υποψία, αν όχι και σε βεβαιότητα, για την ύπαρξη και του πρώτου, που είναι η μόλυνση. Έτσι μπορεί να θεωρηθεί ότι επηρεάζει επιβαρυντικά την αποκάλυψη της μόλυνσης, του πρώτου δηλαδή 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού'.

Εξίσου επιβαρυντικό ρόλο όμως παίζει το δεύτερο, 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό' και στη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος του AIDS, όπως επιβεβαιώνουν οι απόψεις των ερωτώμενων. Συγκεκριμένα, από τα **πενήντα (50)** άτομα που ερωτήθηκαν, τα **σαράντα έξι (46)** -η συντριπτική πλειονότητα δηλαδή- υποστήριξαν, ότι η ύπαρξη ενός δεύτερου χαρακτηριστικού οδηγεί στη διαμόρφωση και έκφραση πιο **έντονου** στιγματισμού σχετικά με το AIDS, ενώ μόνον **τέσσερα (4)** απέρριψαν αυτή την υπόθεση. Πολλοί μάλιστα από τους ερωτώμενους μίλησαν όχι μόνο για **διπλό** αλλά και για **τριπλό** στιγματισμό, ανάλογα με τα 'ιδιαίτερα χαρακτηριστικά' που κατέχει κάποιος.

Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια αναφέρθηκε από τους ερωτώμενους, για μία ακόμη φορά, η ταύτιση του AIDS με τις 'Ομάδες Υψηλού Κινδύνου'. Επίσης επισημάνθηκε από κάποιους το προϋπάρχον -του AIDS- στίγμα στην κοινωνική εικόνα αυτών των ατόμων. Στίγμα που αφορά αυτό το δεύτερο, 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό', που αξιολογείται αρνητικά από την κοινωνία και το οποίο συχνά προϋπάρχει της

μόλυνσης. Σύμφωνα λοιπόν με μερικούς είναι αυτό το στίγμα που επιβεβαιώνεται και επιβαρύνεται με τη μόλυνση από τον ιό HIV.

Προς αυτή την κατεύθυνση, εξάλλου, σημαντική ήταν και η αυθόρμητη -από μέρους των ερωτώμενων- αναφορά στην ύπαρξη **διαχωρισμού μεταξύ 'αθώων' και 'ένοχων' θυμάτων**. Το επίκεντρο αυτού του διαχωρισμού -σύμφωνα πάντα με τους ερωτώμενους- βρίσκεται στον καταλογισμό ή μη ευθύνης των ατόμων που μολύνθηκαν. Οι κατηγορίες που σχηματίζονται είναι δύο βασικές και αφορούν :

1. Αυτούς που μολύνθηκαν 'άθελά τους' από κάποιο ατύχημα[350], από μετάγγιση ή διότι τους μόλυνε ο/η σύζυγος ή η μητέρα,[351]
2. Αυτούς που μολύνθηκαν εξ αιτίας κάποιας ατομικής συμπεριφοράς τους, σεξουαλικής ή άλλης[352] και συνεπώς θεωρούνται 'υπεύθυνοι' για τη μόλυνσή τους.

Είναι προφανές, ότι τα άτομα της πρώτης κατηγορίας είναι αυτά που θεωρούνται 'αθώα' θύματα. Γι', αυτά όπως αναφέρθηκε, εκφράζεται συμπαράσταση και οίκτος για τη μόλυνσή τους. Αντίθετη όμως είναι η αντίδραση απέναντι στα άτομα της δεύτερης κατηγορίας. Θεωρούνται 'ένοχα' θύματα και κρίνονται χωρίς ελαφρυντικά. Η μόλυνσή τους δεν τοποθετείται στην 'κακή τους τύχη', όπως γίνεται για τα 'αθώα' θύματα, αλλά στον τρόπο που ζούν τη ζωή τους, στις επιλογές και στις πράξεις τους, γενικά στην όποια συμπεριφορά τους. Σε αρκετές περιπτώσεις μάλιστα αντιμετωπίζεται - η μόλυνσή τους- σαν φυσικό επακόλουθο ή ακόμα και σα 'Θεϊκή τιμωρία'.

Ο διαχωρισμός αυτός ανάμεσα σε 'αθώα' και 'ένοχα' θύματα αποτελεί σημαντικό διαφοροποιό παράγοντα στη διαδικασία διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος του AIDS. Εμφανίστηκε και σε προηγούμενες ενότητες,[353] όπου -όπως και τώρα- φανερώνει την κοινωνική κριτική και τον έλεγχο που ασκείται στα οροθετικά άτομα και επιβεβαιώνει τον κρίσιμο ρόλο των προκαταλήψεων και των παραδοσιακών απόψεων στη διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος αυτού. Προλήψεων και απόψεων που στηρίζονται στη θεώρηση συγκεκριμένων συμπεριφορών ως 'ανήθικων', 'ανώμαλων' ή και παράνομων.

---

[350] Κυρίως για την περίπτωση γιατρών ή μελών του νοσηλευτικού προσωπικού.
[351] Αν είναι παιδιά.
[352] Πχ. ομοφυλοφιλία, τοξικομανία, πορνεία κλπ

Γι' αυτούς τους λόγους η επιβεβαίωση της ύπαρξης αυτού του διαχωρισμού, μέσα από τις απαντήσεις των ερωτώμενων, θεωρήθηκε πολύ σημαντική. Διότι συνεισφέρει σημαντικά όχι μόνο στην πληρέστερη διερεύνηση και κατανόηση των παραγόντων, που οδηγούν στο στίγμα του AIDS, αλλά και στην αποκάλυψη της ιδιαίτερης ιδεολογικής και ηθικής φόρτισης της πρόσληψης της νόσου. Με άλλα λόγια, συνεισφέρει στην επιβεβαίωση αλλά και στην καλύτερη κατανόηση της πολύπλευρης και πολύπλοκης, 'κοινωνικής φύσης' του AIDS.

Συνολικά, από τα σχόλια των ερωτώμενων[354] προέκυψε καθαρά, ότι ένα δεύτερο, 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό'[355] επηρεάζει επιβαρυντικά τη διαμόρφωση και έκφραση στιγματισμού προς το πρώτο[356]. Ίσως δε να μην είναι υπερβολή να ειπωθεί, ότι η ύπαρξη ενός δεύτερου -αρνητικά αξιολογούμενου- 'ιδιαίτερου χαρακτηριστικού' λειτουργεί σαν τεκμήριο, που δικαιολογεί -στην ανθρώπινη συνείδηση- την έκφραση στιγματισμού προς το πρώτο 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό'.

Έγινε επίσης προφανές, ότι υπάρχει άμεση σύνδεση μίας αρνητικά αξιολογούμενης -από την κοινωνία- σειράς συμπεριφορών με τη διαμόρφωση και έκφραση έντονου στίγματος. Όπως αποδείχθηκε, πολύ σημαντικό μέρος του στίγματος αφορά στην κοινωνική απόρριψη μίας συμπεριφοράς -ή και περισσότερων- και στην επίρριψη ευθύνης πάνω στα άτομα που την/τις έχουν. Η κοινωνική αυτή απόρριψη σε συνδυασμό με την ευθύνη οδηγεί, με τη σειρά της, στην ηθική απαξία αυτών των ατόμων στα μάτια της κοινωνίας. Έτσι τα άτομα αυτά επικρίνονται, κατακρίνονται ή και στιγματίζονται, χωρίς καμία ενοχή, αφού θεωρούνται υπεύθυνα για την όποια κατάστασή τους.

Οι συμπεριφορές, που απορρίπτονται όμως από την κοινωνία, συχνά δεν αξιολογούνται αυτόνομα, αλλά αντίθετα έχουν ταυτιστεί με κάποιες 'ομάδες υψηλού κινδύνου'. Οι 'ομάδες' αυτές θεωρούνται -από την κοινωνία- υπεύθυνες γι' αυτές τις συμπεριφορές και έτσι απορρίπτονται και στιγματίζονται αντίστοιχα και με την ίδια ευκολία. Σε αυτό το συμπέρασμα, εξάλλου, οδηγεί και ο τρόπος με τον οποίο φάνηκε -από τις απαντήσεις- ότι διαφοροποιείται η διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος του AIDS ανάμεσα στα θεωρούμενα 'αθώα' και 'ένοχα' θύματα. Ο διαχωρισμός αυτός

---

[353] Πιο επάνω, στην αξιολόγηση των τεσσάρων βασικών παραγόντων της διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος, καθώς και στην ενότητα της αξιολόγησης της Πολιτικής για το AIDS, με ιδιαίτερες αναφορές στην Πολιτική Θεραπείας.

[354] Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

[355] Π.χ. Ομοφυλοφιλία, πορνεία, τοξικομανία.

[356] Μόλυνση από τον ιό HIV.

και η διαφοροποίηση γίνονται με βάση αυτές τις 'ομάδες' και το κατά πόσο το οροθετικό άτομο ανήκει ή όχι σε αυτές.

Συνακόλουθα και με δεδομένο, ότι το AIDS έχει συνδεθεί άρρηκτα με τις 'ομάδες' και τις συμπεριφορές που απορρίπτονται, στιγματίζεται και η νόσος. Έτσι εμφανίζεται το στίγμα του AIDS να πηγάζει, σε μεγαλύτερο βαθμό, από την κοινωνική απόρριψη κάποιων συμπεριφορών και κάποιων 'ομάδων' -που θεωρείται λανθασμένα ότι τις μονοπολούν και τις εκφράζουν- παρά, για παράδειγμα, από το φόβο της ίδιας της νόσου ή των αποτελεσμάτων της. Αποκαλύπτεται, με άλλα λόγια, η σπουδαιότητα των 'υποκειμενικών' κοινωνικών παραγόντων στη διαμόρφωση και έκφραση αυτού του στίγματος, χωρίς βέβαια να υποτιμάται ο ρόλος των 'αντικειμενικών' παραγόντων.

Οι παράγοντες αυτοί χαρακτηρίζονται 'υποκειμενικοί', διότι στηρίζονται σε ηθικές αξιολογήσεις, βασισμένες σε ριζωμένες προκαταλήψεις και σε παραδοσιακές απόψεις και αντιλήψεις. Οι ηθικές αξιολογήσεις, που αποτελούν αυτούς τους παράγοντες, εκφράζονται μέσα από την απόρριψη των συγκεκριμένων συμπεριφορών και ομάδων, οδηγώντας στο στιγματισμό τους. Στη συνέχεια, συνδεόμενες με το πιθανό 'αποτέλεσμα' των συμπεριφορών αυτών των ομάδων -δηλ. τη μόλυνση από τον HIV- οδηγούν και στον στιγματισμό της νόσου και των ήδη μολυσμένων από αυτήν.

Αυτές οι ηθικές αξιολογήσεις εμφανίζονται ξεκάθαρα στις απόψεις των ερωτώμενων, που εκφράστηκαν για το παραπάνω ζήτημα και αφορούν στον διαχωρισμό των οροθετικών σε 'αθώα' και 'ένοχα' θύματα. Μέσα από αυτές αποκαλύπτεται η ηθική διαφοροποίηση, που γίνεται ανάμεσα στις δύο 'κατηγορίες' θυμάτων, η οποία εκφράζεται με τον τρόπο που αντιμετωπίζεται -σε κάθε περίπτωση- το γεγονός της μόλυνσής τους και με τον καταλογισμό ή όχι ευθυνών γι' αυτήν.

Είναι μία διαφοροποίηση που 'εξηγεί' ή 'δικαιολογεί' και τη διαφορετική αντιμετώπιση αυτών των δύο 'κατηγοριών', καθώς και το σημαντικά εντονότερο στιγματισμό που δέχεται η μία έναντι της άλλης. Μία ηθική διαφοροποίηση και αξιολόγηση, που είναι αποκαλυπτική ακόμη και από τις ίδιες τις ονομασίες των δύο κατηγοριών θυμάτων της νόσου: 'αθώα' και 'ένοχα'. Μία διαφοροποίηση και αξιολόγηση τέλος, που φανερώνει την έντονα 'ηθική' διάσταση του στίγματος του AIDS. Που ξεσκεπάζει, δηλαδή, την ιδιαίτερη ιδεολογική και ηθική φόρτιση της κοινωνικής πρόσληψης της νόσου και την κατά βάση 'ηθική' απόρριψή της.

Με ποιές μορφές όμως και μέσα σε ποιά πλαίσια εκφράζεται αυτή η ηθική απόρριψη, η αρνητική ηθική αξιολόγηση της νόσου και των θυμάτων της, δηλαδή ο στιγματισμός; Το ζήτημα που στη συνέχεια τέθηκε στους ερωτώμενους αφορά σε αυτήν ακριβώς τη διερεύνηση της έκφρασης του στιγματισμού απέναντι στους οροθετικούς. Συγκεκριμένα ζητήθηκε η άποψή τους για την έκφραση του στιγματισμού μέσα στα πλαίσια όλων των ανθρώπινων σχέσεων (οικογενειακών, ερωτικών, φιλικών, εργασιακών/επαγγελματικών, ευρύτερων κοινωνικών συναναστροφών)[357] και για το ενδεχόμενο δημιουργίας και έκφρασης φαινομένων κοινωνικού ρατσισμού και απομόνωσης προς τα άτομα αυτά, σαν απόρροια του στιγματισμού τους.

Αυτό το δεύτερο, 'συμπληρωματικό' ζήτημα, που τέθηκε στους ερωτώμενους[358] προς συζήτηση, είχε σα στόχο την εξασφάλιση μιας ολοκληρωμένης εικόνας έκφρασης του στιγματισμού προς τα οροθετικά άτομα. Δεν ήταν λίγες οι φορές όμως, που οι απόψεις των ερωτώμενων πάνω σε αυτό προέκυψαν -χωρίς καν να τους ζητηθεί- αυθόρμητα, σα συνέχεια του προηγούμενου, συνοδευόμενες μάλιστα και από παραδείγματα, που οι ίδιοι παρέθεσαν - από την προσωπική τους εμπειρία-, για να τις στηρίξουν. Δηλαδή, οι ίδιοι οι ερωτώμενοι -στην πλειονότητά τους-αναφέρθηκαν αυθόρμητα και στις διάφορες μορφές έκφρασης του στιγματισμού προς τα οροθετικά άτομα. Έτσι, το ζήτημα τέθηκε αυτόνομα μόνον σε μία μικρή μερίδα ερωτώμενων, των οποίων οι απαντήσεις δεν περιλάμβαναν από μόνες τους τις μορφές έκφρασης του στιγματισμού στα πλαίσια των διαφορετικών ανθρώπινων σχέσεων.

Ο κοινός στόχος διερεύνησης αυτών των δύο ζητημάτων ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης και των επιπτώσεων του στιγματισμού στην κοινωνική ζωή των οροθετικών ατόμων. Η επίτευξη αυτού του στόχου επιχειρήθηκε λοιπόν με δύο τρόπους:

1. Αρχικά, μέσα από τη διερεύνηση του φάσματος των ανθρώπινων σχέσεων, μέσα στο οποίο εκφράζεται ο στιγματισμός. Με αυτόν τον τρόπο, διερευνώνται οι τομείς της ζωής του οροθετικού ατόμου που -δυνητικά- επηρεάζονται άμεσα και έντονα από αυτόν το στιγματισμό. Δηλαδή αξιολογείται η 'έκταση' της πιθανής επίδρασης και των πιθανών επιπτώσεων του στιγματισμού στη ζωή του ατόμου.

[357] Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[358] Βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

2. Στη συνέχεια, μέσα από τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο εκφράζεται ο στιγματισμός και των πιθανών μορφών που παίρνει. Έτσι διερευνάται το βάθος της πιθανής επίδρασης και η διαβάθμιση των πιθανών επιπτώσεων του στιγματισμού στους διάφορους τομείς της ζωής του οροθετικού ατόμου.

Οι απαντήσεις, που δόθηκαν αναφορικά με αυτό το ζήτημα, ήταν ποικίλες. Σαν μία πρώτη ένδειξη φαίνεται, ότι η έκφραση στιγματισμού απέναντι στα οροθετικά άτομα έχει μειωθεί σημαντικά, σε σχέση με την αρχή της εκδήλωσης της νόσου, ιδιαίτερα όσον αφορά στις πολύ στενές και άμεσες ανθρώπινες σχέσεις, όπως είναι οι οικογενειακές και οι ερωτικές. Στα υπόλοιπα είδη σχέσεων όμως εξακολουθεί να υπάρχει και να εκφράζεται στιγματισμός σε σημαντικό βαθμό.

Ο κύριος διαφοροποιός παράγοντας στη μορφή και ένταση έκφρασης του στιγματισμού -σύμφωνα πάντα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων- είναι οι προϋπάρχοντες της μόλυνσης δεσμοί. Αυτό ισχύει για όλα τα είδη σχέσεων, με περισσότερη όμως έμφαση στις περιπτώσεις των οικογενειακών και ερωτικών. Αν λοιπόν το οροθετικό άτομο είχε πολύ στενές και ουσιαστικές σχέσεις με την οικογένεια του ή και τον/την ερωτικό σύντροφο, πρίν μολυνθεί, οι σχέσεις αυτές συνήθως διατηρούνται και μετά τη μόλυνση. Σε αυτές τις περιπτώσεις και μέσα στα πλαίσια αυτών των σχέσεων, ακόμη και αν εκφραστεί στιγματισμός προς το άτομο, σίγουρα δεν είναι έντονος.

Αν, αντίθετα, οι δεσμοί του ατόμου με τα οικεία του πρόσωπα δεν ήταν ισχυροί πριν τη μόλυνσή του και οι σχέσεις τους ήταν ήδη διαταραγμένες, τότε το πιθανότερο είναι να επέλθει ρήξη. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο στιγματισμός, που εκφράζεται προς το οροθετικό άτομο, είναι σίγουρα υπαρκτός και έντονος. Δεν είναι λίγες οι φορές μάλιστα, που παίρνει και τη μορφή του κοινωνικού ρατσισμού και της απομόνωσης. Ωστόσο αυτή η ακραία έκφραση στίγματος εμφανίζεται σπανιότερα στις άμεσες, κοντινές ανθρώπινες σχέσεις και συχνότερα στα πλαίσια των πιο μακρινών, χαλαρών και έμμεσων. Με άλλα λόγια η έκφραση έντονου στιγματισμού, με ακραίες μορφές, είναι πιθανότερο -σύμφωνα πάντα με τους ερωτώμενους- να εμφανιστεί στα πλαίσια των φιλικών, εργασιακών/επαγγελματικών σχέσεων ή και ευρύτερων συναναστροφών, από ό,τι στα πλαίσια των οικογενειακών και ερωτικών σχέσεων. Συγκεκριμένα:

Α) Από τα **πενήντα (50)** άτομα, που ερωτήθηκαν[359] για τις οικογενειακές σχέσεις, **είκοσι εννέα (29)** απάντησαν, ότι γνωρίζουν περιπτώσεις, που έχει εκφραστεί στιγματισμός απέναντι σε οροθετικά άτομα από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Ο στιγματισμός αυτός έχει εκφραστεί με διάφορους τρόπους και μορφές -ανάλογα την περίπτωση- ξεκινώντας από απομάκρυνση[360] και απόρριψη του ατόμου και φτάνοντας εώς τη ρήξη των σχέσεων και ενδεχόμενα το διωγμό του από το σπίτι.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η ποιότητα των σχέσεων πριν τη μόλυνση, όπως επίσης και ο τρόπος με τον οποίο μολύνθηκε το άτομο,[361] φαίνεται ότι παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη μορφή και στην ένταση έκφρασης του στιγματισμού. Σε αρκετές περιπτώσεις αναφέρθηκε ότι η μητέρα είναι αυτή που συμπαραστέκεται μέχρι τέλους στον οροθετικό, ενώ ο πατέρας μπορεί να μην εμφανίζεται, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που ο οροθετικός είναι ομοφυλόφιλος. Η ευρύτερη οικογένεια συνήθως δεν ενημερώνεται για τη μόλυνση, αλλά, εάν -με κάποιον τρόπο- την ανακαλύψει, συχνά απομακρύνεται.

Β) Από τους **πενήντα (50)** ερωτηθέντες για την έκφραση στιγματισμού στα πλαίσια των ερωτικών σχέσεων, οι **τριάντα (30)** αναφέρθηκαν[362] σε περιπτώσεις, όπου έχει παρατηρηθεί πρόβλημα στις ερωτικές σχέσεις. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να εκφραστεί με διάφορους τρόπους, απο τη διακοπή της ερωτικής ζωής του ζευγαριού έως την πλήρη ρήξη των σχέσεων τους και το χωρισμό. Σημαντικό ρόλο εδώ φαίνεται να παίζει το κατά πόσο έχουν μολυνθεί και οι δύο από τον ιό του AIDS ή ο ένας μόνο. Στις περιπτώσεις που έχουν μολυνθεί και οι δύο είναι πιθανό ότι δε θα επέλθει ρήξη στο ζευγάρι, ενώ σε αντίθετες περιπτώσεις η ρήξη είναι πολύ πιθανή. Επίσης σημαντικό ρόλο και πάλι παίζουν οι προϋπάρχουσες σχέσεις του ζευγαριού, η μορφή και η χρονική διάρκεια της σχέσης, καθώς και ο τρόπος μόλυνσης του οροθετικού ατόμου.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια υποστηρίχθηκε η άποψη ότι τα παντρεμένα ζευγάρια με παιδιά διαλύουν τη σχέση τους πολύ πιο δύσκολα από ό,τι τα ανύπαντρα. Αναφέρθηκε ότι σε κάποιες τέτοιες περιπτώσεις ρόλο για τη στάση αυτή παίζει και ο οικονομικός παράγοντας. Επισημάνθηκε ακόμη, ότι η αφοσίωση και συμπαράσταση στα ομοφυλοφιλικά ζευγάρια είναι πολύ συχνή και αξιοσημείωτη. Τονίστηκαν επίσης

---

[359] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

[360] Ακόμα και μέσα στο σπίτι, π.χ. να τρώει σε ξεχωριστά πιάτα, με ξεχωριστά μαχαιροπίρουνα, να έχει ξεχωριστές πετσέτες και σεντόνια, να απολυμαίνουν την τουαλέτα όποτε την επισκέπτεται το άτομο κλπ.

[361] Αν ήταν για παράδειγμα από μετάγγιση, από σεξουαλική επαφή ή από χρήση ναρκωτικών.

οι αυξημένες πιθανότητες ρήξης της σχέσης σε περίπτωση που η μόλυνση ήταν αποτέλεσμα απιστίας του ενός από τους δύο.

Γ) Από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους, οι **τριάντα δύο (32)** αναφέρθηκαν σε άσχημες επιπτώσεις της μόλυνσης στις φιλικές σχέσεις του οροθετικού ατόμου. Ο στιγματισμός εδώ φαίνεται[363] πως εκφράζεται συνήθως με την απομάκρυνση του φιλικού περιβάλλοντος του οροθετικού από αυτόν ή τη διατήρηση μόνον τυπικής επαφής. Για μία ακόμη φορά επισημάνθηκε ο ρόλος, που παίζει το είδος της φιλίας, που προϋπήρχε, και το συναισθηματικό και ψυχολογικό δέσιμο, στο οποίο στηριζόταν. Χαρακτηριστικά ανέφεραν αρκετοί ερωτώμενοι: "πολλοί φίλοι χάνονται, μένουν μόνο οι πραγματικοί". Σε αυτό το γεγονός, εξάλλου, απέδωσαν και την απόφαση πολλών οροθετικών να αποκαλύπτουν επιλεκτικά και σε λίγους από τους φίλους τους την κατάστασή τους και να μην τη μοιράζονται με όλους.

Δ) **τριάντα πέντε (35)** άτομα από τα **πενήντα (50)** αναφέρθηκαν σε έκφραση στιγματισμού στις εργασιακές / επαγγελματικές σχέσεις[364]. Η συνήθης έκφραση αυτού του στιγματισμού φαίνεται να είναι η απόλυση. Οι ερωτώμενοι μίλησαν για διωγμό από τη δουλειά, απόλυση, αποκλεισμό, ενώ επεσήμαναν ότι σε ελάχιστες περιπτώσεις οι οροθετικοί έχουν καλή αντιμετώπιση. Αυτή η ακραία αντίδραση παρατηρείται ιδιαίτερα στον Ιδιωτικό τομέα, ενώ στον Δημόσιο συναντάται συχνότερα η, με πιο ήπιο τρόπο, αποφυγή ή απομάκρυνση του οροθετικού. Αυτός είναι και ο λόγος, όπως αναφέρθηκε για τον οποίο τα οροθετικά άτομα -σε πολύ μεγάλο ποσοστό- δεν κοινοποιούν την κατάστασή τους στον εργασιακό τους χώρο.

Ε) Οι ευρύτερες κοινωνικές συναναστροφές είναι ο χώρος που, σύμφωνα με τους ερωτώμενους, εμφανίζει τα περισσότερα και εντονότερα φαινόμενα στιγματισμού, κοινωνικού ρατσισμού και απομόνωσης απέναντι στα οροθετικά άτομα. Γι αυτό και πάλι οι οροθετικοί αποφεύγουν να αποκαλύψουν την κατάστασή τους σε άτομα του ευρύτερου περιβάλλοντός τους. Όπως τονίστηκε από τους ερωτώμενους, η γειτονιά αποτελεί έναν τέτοιο χώρο και τα νοσοκομεία άλλον ένα. Συγκεκριμένα, από τα **πενήντα (50)** άτομα, τα **τριάντα εννέα (39)** μίλησαν για απόρριψη και διωγμό στα πλαίσια της γειτονιάς και των ευρύτερων κοινωνικών σχέσεων. Ιδιαίτερα έντονο δε παρουσιάζεται το φαινόμενο στην επαρχία, όπου η κοινωνία είναι πολύ πιο κλειστή από ό,τι στα αστικά κέντρα. Τα παραδείγματα που

---

[362] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[363] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[364] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

δόθηκαν από τους ερωτώμενους αφορούν από διωγμούς των ατόμων από το σπίτι που μένουν, την ταυτόχρονη απομόνωση όλων των υπόλοιπων μελών της οικογένειας – οροθετικών ή μη-, την άσχημη μεταχείρηση οροθετικών μέσα σε χώρους υγεινομικούς και την άρνηση περίθαλψής τους, έως την καταφανή εκμετάλλευσή τους ακόμη και μετά θάνατον[365].

Από όλες τις αναφορές των ερωτώμενων έγινε κατανοητό ότι η έκφραση του στιγματισμού απλώνεται σε όλα τα είδη των ανθρώπινων σχέσεων. Είναι πιο περιορισμένη στις κοντινές, ειλικρινείς και άμεσες και σαφώς εντονότερη και πιο ακραία στις πιο μακρινές, έμμεσες και χαλαρές σχέσεις. Σε αυτές εξάλλου παίρνει πιο συχνά και τη μορφή της κοινωνικής απομόνωσης και του κοινωνικού ρατσισμού.

Ο βασικότερος παράγοντας, που καθορίζει την έκφραση του στιγματισμού απέναντι στους οροθετικούς, στα πλαίσια όλων των ανθρώπινων σχέσεων, είναι η γνώση της οροθετικότητάς τους. Όπου η γνώση αυτή παρέχεται, αυξάνουν σε σημαντικό βαθμό οι πιθανότητες έκφρασης του στιγματισμού απέναντι σε αυτά τα άτομα. Αυτός ο παράγοντας όμως δεν είναι και ο μοναδικός. Υπάρχουν και άλλοι περισσότερο ή λιγότερο σημαντικοί, όπως είναι για παράδειγμα: α) η ποιότητα και το βάθος των σχέσεων που προϋπήρχαν της μόλυνσης, β) η στάση του ίδιου του ατόμου και οι πιθανές τάσεις αυτοαπομόνωσής του, γ) οι προσδοκίες των οικείων για οικονομικές απολαβές μετά το θάνατο του οροθετικού και άλλοι.

Όποιοι όμως και αν είναι οι παράγοντες που καθορίζουν την έκφραση του στιγματισμού προς τα οροθετικά άτομα, οι πρώτες ενδείξεις από τις απαντήσεις, που δόθηκαν, οδηγούν στο συμπέρασμα, πως οι επιδράσεις και οι επιπτώσεις του απλώνονται σημαντικά τόσο σε έκταση όσο και σε βάθος. Ο στιγματισμός -σύμφωνα με αυτές- αγγίζει όλο το φάσμα της κοινωνικής ζωής του οροθετικού ατόμου και την επηρεάζει σε βάθος. Οδηγεί πολύ συχνά στην ανατροπή των σχέσεων, από τις πιο μακιυνές έως τις κοντινότερες, οδηγώντας -όχι σπάνια- στην απομόνωση και περιθωριοποίησή του οροθετικού. Δημιουργεί όχι μόνο ψυχολογικά, αλλά και πρακτικά, καθημερινά προβλήματα στο άτομο και την άμεση οικογένειά του, στερώντας τους -κάποιες φορές- ακόμα και τα απαραίτητα μέσα επιβίωσης.

Εντούτοις όλα τα παραπάνω συμπεράσματα ανάγονται στις ενδείξεις που προκύπτουν από τη διερεύνηση της έκφρασης του στίγματος του AIDS. Η επιβεβαίωση ή αναίρεσή τους επιχειρείται στην αμέσως επόμενη ενότητα, η οποία

[365] Βλέπε σχόλια στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

ασχολείται με τη βίωση του στιγματισμού από τα οροθετικά άτομα. Η ανάλυση της διαδικασίας διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος του AIDS θα ήταν λειψή και άσκοπη χωρίς τη συνακόλουθη εξέταση της βίωσής του από τους αποδέκτες του. Η εξέταση του τρόπου με τον οποίο βιώνεται από τους οροθετικούς το στίγμα του AIDS είναι απαραίτητη -στα πλαίσια αυτής της διατριβής- για τη διερεύνηση του κοινωνικού χαρακτήρα αυτής της νόσου.

ΒΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Εξετάζοντας μέχρι τώρα το στίγμα του AIDS, είδαμε πώς αυτό γίνεται αντιληπτό σε θεωρητικό επίπεδο,[366] αλλά και πώς διαμορφώνεται και εκφράζεται μέσα σε όλες τις ανθρώπινες σχέσεις. Είδαμε τα περισσότερα από τα βασικά συστατικά στοιχεία του, είτε αυτά καθορίζουν τη διαμόρφωσή του ή αποτελούν τις συνέπειες της έκφρασής του. Σαν επακόλουθο αυτού, αντιληφθήκαμε ότι αυτά τα συστατικά στοιχεία είναι -περισσότερο ή λιγότερο- γνωστά σε όλους τους ανθρώπους.

Εντούτοις ένα από τα σημαντικότερα επίπεδα του στίγματος, αυτό της βίωσής του, έχει μείνει ανεξερεύνητο. Μέσα από την ανάλυση αυτού του επιπέδου, η οποία θα πραγματοποιηθεί σε αυτή την ενότητα, επιχειρείται η ολοκλήρωση της διερεύνησης όχι μόνον του στίγματος του AIDS αλλά και του γενικότερου φαινομένου του στιγματισμού. Σε αυτή την προσπάθεια λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν η -εν μέρει επιβεβαιωμένη- υπόθεση αναφοράς του στιγματισμού, σα μία διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών ρόλων.

Δεδομένης της γνώσης που ήδη κατέχουν για το στιγματισμό, τα οροθετικά άτομα συχνά προβαίνουν σε ενέργειες, που θα αναστείλουν την έκφρασή του προς αυτά και τη συνακόλουθη βίωσή του. Έτσι, η διερεύνηση των τρόπων αποφυγής της βίωσης του στίγματος του AIDS από τα οροθετικά άτομα αποτελεί το πρώτο μέρος της ανάλυσης αυτού του επιπέδου, ενώ οι συνέπειες αυτής της βίωσης εξετάζονται στη συνέχεια.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, το πρώτο ζήτημα που τέθηκε στους ερωτώμενους προς συζήτηση, σχετικά με τη βίωση του στίγματος, αφορούσε την ύπαρξη ή μη φόβου στους ανθρώπους για το στιγματισμό[367]. Ο στόχος της αναζήτησης της γνώμης

[366] Μέσα από την ανάλυση του ορισμού στου στίγματος.
[367] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

των ερωτώμενων γι' αυτό το ζήτημα ήταν η έμμεση επιβεβαίωση ή απόρριψη της υπόθεσης του στιγματισμού, σα μία διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών ρόλων. Η αναγνώριση και παραδοχή του φόβου του στιγματισμού αναπόφευκτα οδηγεί σε αυτή την επιβεβαίωση, αφού η ύπαρξη του φόβου συνδέεται με κάποιου είδους γνώση[368] συγκεκριμένων αρνητικών συνεπειών.[369]

Οι απόψεις, που εκφράστηκαν,[370] ήταν στο σύνολό τους καταφατικές ως προς την ύπαρξη αυτού του φόβου. Συγκεκριμένα από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους και οι **πενήντα (50)** επιβεβαίωσαν την ύπαρξη του φόβου του στιγματισμού, χωρίς κανένα δισταγμό ή δίλημμα. Κάποιοι μάλιστα από τους ερωτώμενους συμπλήρωσαν αυτή την απάντηση διευκρινίζοντάς την. Έτσι κάποιοι αναφέρθηκαν σε τρόμο, άλλοι επεσήμαναν ότι ο φόβος του στιγματισμού υπάρχει για οτιδήποτε μπορεί να τον προκαλέσει και όχι μόνο για το AIDS, ενώ τέλος μερικοί εξήγησαν ότι όλοι οι άνθρωποι επιζητούν την κοινωνική αποδοχή και γι αυτό το λόγο ο φόβος του στιγματισμού είναι μεγάλος.

Από όλα τα σχόλια έγινε εμφανής η αναγνώριση και παραδοχή του φόβου του στιγματισμού απ' όλους τους ανθρώπους, για οποιαδήποτε κατάσταση μπορεί να τον προκαλέσει, συμπεριλαμβανομένου ασφαλώς και του AIDS. Είναι δε τόσο έντονος και σημαντικός αυτός ο φόβος, που συχνά ξεπερνά και το φόβο για την ίδια τη ζωή των ατόμων. Γι' αυτό το λόγο η προσπάθεια των ατόμων επικεντρώνεται στην αποφυγή της βίωσης του στιγματισμού και των συνεπειών του.

Στη συνέχεια και σα συνέπεια των προηγούμενων έγινε επίσης εμφανής, για μία ακόμη φορά, η γνώση των βασικών συνεπειών της βίωσης του στίγματος από όλους, άσχετα με το αν είχαν παρόμοια εμπειρία στο παρελθόν ή όχι. Έτσι επιβεβαιώνεται και πάλι η υπόθεση, που αναφέρει το στιγματισμό σαν μία διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών ρόλων. Δεδομένης όμως της γνώσης των συνεπειών του στίγματος, ποιές είναι οι προσπάθειες των ατόμων να αποφύγουν πάση θυσία τη βίωσή του;

Η διερεύνηση αυτών των προσπαθειών επιχειρήθηκε μέσα από τη διερεύνηση των τριών επόμενων ζητημάτων, που τέθηκαν στους ερωτώμενους. Το πρώτο είχε

---

[368] Ακόμη και μερική, στοιχειώδη ή λανθασμένη.

[369] Φοβόμαστε κάτι που θεωρούμε αρνητικό, είτε το γνωρίζουμε άμεσα και προσωπικά είτε έχουμε κάποιες έμμεσες ενδείξεις γι αυτό. Αν λοιπόν υπάρχει φόβος για το στιγματισμό, υπάρχει και κάποιου είδους γνώση γι αυτόν, άμεση ή έμμεση. Αυτή η γνώση τον καθιστά αρνητικό στις συνειδήσεις μας. Ο φόβος, εξάλλου, ορίζεται σα 'συναίσθημα ανησυχίας εξαιτίας κινδύνου' (βλ. Τεγόπουλος - Φυτράκης, (1999), *Μείζον Ελληνικό Λεξικό*, Εκδόσεις ΑΡΜΟΝΙΑ Α.Ε. σελ. 1230).

[370] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

σαν στόχο τη σύγκριση του ρόλου, που παίζει ο φόβος του στιγματισμού για τα άτομα, με το ρόλο που παίζει η ανάγκη της γνώσης της κατάστασης υγείας του ατόμου. Έτσι ζητήθηκε η γνώμη των ερωτώμενων αναφορικά με το κατά πόσο μπορεί ο φόβος του στιγματισμού κάποιου –που δεν έχει ελεγχθεί για αντισώματα του ιού HIV- να τον επηρεάσει στην απόφασή του να κάνει το τέστ[371].

Το ζήτημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία μετά τις δηλώσεις μερίδας των ερωτώμενων, που υποστήριζαν ότι τα άτομα φοβούνται το στιγματισμό περισσότερο ακόμα και από την ίδια τη νόσο. Έτσι οι απαντήσεις, που δόθηκαν σχετικά με αυτό[372], είναι ενδεικτικές τόσο της σπουδαιότητας αυτού του φόβου όσο και των επιδράσεών του στη λήψη σημαντικών για τη ζωή και την υγεία των ατόμων, που το βιώνουν, αποφάσεων.

Οι απαντήσεις αυτές επιβεβαιώνουν τη σπουδαιότητα του φόβου του στιγματισμού. Συγκεκριμένα, από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους, οι **τριάντα εννέα (39)** επιβεβαίωσαν τον ανασταλτικό ρόλο του φόβου του στίγματος στην εξέταση για AIDS. Αντίθετα **δέκα (10)** αρνήθηκαν αυτή την επίδραση και μόνον **ένας (1)** απέφυγε να απαντήσει. Από τα άτομα που υποστήριξαν ότι ο φόβος του στιγματισμού μπορεί να επηρεάσει την απόφαση κάποιου να εξεταστεί για αντισώματα του ιού HIV, οι περισσότεροι δήλωσαν πως ο φόβος αυτός δρά αποτρεπτικά σε αυτά τα άτομα. Το αποτέλεσμα είναι ότι αποφεύγουν ή καθυστερούν να εξεταστούν, ακόμη και αν υποψιάζονται, ότι μπορεί να έχουν μολυνθεί.

Βεβαίως πολλοί συμπληρώνουν, ότι τελικά ο φόβος της αρρώστιας συνήθως υπερισχύει και τα άτομα αυτά εξετάζονται έστω και καθυστερημένα. Οι αρνητικές επιπτώσεις αυτής της καθυστέρησης όμως δεν εξαλείφονται και μπορούν να γίνουν κατανοητές απ' όλους. Η καθυστέρηση της εξέτασης σημαίνει καθυστέρηση της γνώσης της μόλυνσης. Κάτι τέτοιο όμως επηρεάζει την εξέλιξη και πορεία της νόσου με διπλό τρόπο, σε δύο επίπεδα:

1. Στο επίπεδο του μολυσμένου ατόμου, αναφορικά με τη δυνατότητα ελέγχου της νόσου και των επιδράσεών της στην υγεία του. Είναι αποδεδειγμένο ιατρικά -και όλοι οι γιατροί που ασχολούνται με το AIDS το τονίζουν-, ότι όσο πιο γρήγορα ανιχνευτεί η μόλυνση, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες υπάρχουν να επιτευχθεί -μέσω φαρμακευτικής αγωγής- μακροχρόνιος έλεγχος της εξέλιξης της νόσου, των επιδράσεών

[371] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[372] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

της στον οργανισμό και των συμπτωμάτων της. Δηλαδή, όσο πιο γρήγορα ανιχνεύεται η νόσος στο μολυσμένο άτομο, τόσο μεγαλύτερες και περισσότερες πιθανότητες έχει να διατηρηθεί σε καλή κατάσταση υγείας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

2. Στο επίπεδο της κοινωνίας, αναφορικά με τη μετάδοση της νόσου σε άλλους και την εξάπλωσή της, κατά την περίοδο άγνοιας του μολυσμένου ατόμου για την κατάστασή του. Παρόλη την όποια υποψία μπορεί να έχει το άτομο ότι έχει μολυνθεί, η παρατεταμένη τυπική άγνοιά της κατάστασής του συχνά μπορεί να σημαίνει και παράλειψη -από μέρους του- της λήψης των απαραίτητων προληπτικών, προφυλακτικών μέτρων για τη μετάδοση της νόσου.

Είναι προφανές λοιπόν, ότι ο φόβος του στιγματισμού μπορεί να έχει έμμεσες, αλλά πολύ σημαντικές συνέπειες, τόσο για τα οροθετικά άτομα όσο και για το σύνολο της κοινωνίας. Εντούτοις υπήρξαν και ερωτώμενοι, που υποστήριξαν, ότι αυτός ο φόβος δεν επηρεάζει τόσο άμεσα την απόφαση ενός ατόμου να εξεταστεί, ιδιαίτερα αν υποψιάζεται ότι έχει μολυνθεί.

Το βασικό και κύριο επιχείρημα αυτής της μερίδας ερωτώμενων ήταν, ότι ο φόβος της μόλυνσης υπερκαλύπτει το φόβο του στίγματος, οδηγώντας το άτομο στον έλεγχο για αντισώματα του ιού HIV, για να επιβεβαιωθεί η κατάσταση της υγείας του. Σύμφωνα με αυτό το επιχείρημα ο φόβος του στίγματος υπάρχει μεν, αλλά έρχεται σε δεύτερη μοίρα, αδυνατώντας να παίξει καταλυτικό ρόλο στη λήψη αυτής της σημαντικής απόφασης.

Φαίνεται λοιπόν πως ο φόβος είναι ανασταλτικός παράγοντας στη λήψη της απόφασης για εξέταση για αντισώματα του ιού HIV, τουλάχιστον σύμφωνα με την άποψη της πλειονότητας των ερωτώμενων. Στις περισσότερες απαντήσεις ο φόβος αυτός αφορά πρωταρχικά στον στιγματισμό, σε άλλες αφορά κυρίως στην αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας, ενώ σε κάποιες τρίτες αφορά στον συνδυασμό των δύο.

Όποια αιτία όμως και αν αναφέρεται σαν καθοριστική ή πρωταρχική για την αναβολή του ελέγχου της υγείας ενός ατόμου, η ύπαρξη του φόβου του στιγματισμού είναι καθολικά παραδεκτή από τους ερωτώμενους. Αυτή η παραδοχή αποτελεί άλλη μία σημαντική ένδειξη ότι οι συνέπειες του στίγματος είναι ήδη γνωστές στα άτομα, πριν ακόμα το βιώσουν. Ένδειξη, που με τη σειρά της οδηγεί και πάλι στην

επιβεβαίωση της υπόθεσης ότι ο στιγματισμός είναι μία διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών ρόλων.

Τι γίνεται όμως, όταν το άτομο βρεθεί αντιμέτωπο με την πραγματικότητα της μόλυνσης από τον ιό του AIDS; Με δεδομένη και την παραπάνω υπόθεση για το στιγματισμό, ποιά είναι τα πρώτα συναισθήματα και ποιές οι πρώτες αντιδράσεις του μετά από μία διάγνωση οροθετικότητας; Ποιές είναι οι πρώτες ψυχολογικές επιπτώσεις της μόλυνσης, αλλά και του φόβου του στιγματισμού εξαιτίας της στα οροεθτικά άτομα; Η διερεύνηση όλων αυτών αποτελεί το στόχο του επόμενου ζητήματος που τέθηκε στους ερωτώμενους.[373]

Οι απαντήσεις που δόθηκαν,[374] σχετικά με αυτό το ζήτημα, ήταν ομοιογενείς και περιέγραφαν όλες μία παρόμοια κατάσταση. Το **σοκ**, ο **πανικός**, η **άρνηση** και η **απόγνωση** είναι οι συνηθέστερες λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν από τους ερωτώμενους, για να περιγράψουν αυτή την κατάσταση.. Οι αντίστοιχες εκφράσεις που περιγράφουν τι βιώνουν τα άτομα εκείνες τις στιγμές, αναφέρουν ότι **'χάνουν το έδαφος κάτω από τα πόδια τους'**, ενώ αναρωτιούνται **'γιατί να συμβεί αυτό σε μένα;'**

Ακολουθούν βέβαια και άλλα συναισθήματα, όπως **θυμός** ή **οργή**, **φόβος**, **απελπισία**, **μελαγχολία**, **ενοχές** και τέλος **αποδοχή**. Σύμφωνα με τους ερωτώμενους, όλοι σχεδόν οι οροθετικοί καταλήγουν στο συναίσθημα της αποδοχής, αφού προηγούμενως όμως βιώσουν όλα τα προηγούμενα, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Ο παράγοντας ωστόσο, που διαφοροποιεί σημαντικά την έκταση και την ένταση βίωσης αυτών των συναισθημάτων, είναι η προϋπάρχουσα υποψία της μόλυνσης. Αυτή η υποψία συχνά 'προετοιμάζει' το άτομο για ένα θετικό αποτέλεσμα, με αποτέλεσμα το σοκ της οροθετικότητας να μην είναι τόσο ισχυρό, αν και σχεδόν ποτέ δεν εξαλείφεται τελείως. Τότε φαίνεται, πως τα συναισθήματα, που ακολουθούν, βιώνονται πιο ήπια από το άτομο και η αποδοχή της κατάστασής του επιτυγχάνεται ομαλότερα και ευκολότερα.

Επιπρόσθετα άλλος ένας παράγοντας, που φάνηκε -από τις απαντήσεις των ερωτώμενων- ότι παίζει σημαντικό ρόλο, είναι ο τρόπος που θα ανακοινωθεί το αποτέλεσμα στον οροθετικό. Αν η ανακοίνωση της οροθετικότητας γίνει απότομα και χωρίς την κατάλληλη ψυχολογική προετοιμασία, οι αντιδράσεις του ατόμου μπορεί

[373] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[374] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

να φτάσουν στα άκρα, ίσως και εως την αυτοκτονία. Αντίθετα η αποδοχή και η συμφιλίωση και με την κατάστασή του είναι ευκολότερη, όταν η ανακοίνωση του αποτελέσματος γίνει σε συνεργασία με ψυχολόγους, που θα έχουν προετοιμάσει -έστω και στοιχειωδώς- το άτομο για την οροθετικότητά του.

Τα συναισθήματα, που βιώνονται, και οι αντιδράσεις, που ακολουθούν μια θετική διάγνωση, σκιαγραφήθηκαν με λεπτομέρεια μέσα από τις απόψεις των ερωτώμενων που εκφράστηκαν. Φάνηκε έτσι καθαρά η αρνητική συναισθηματική και ψυχολογική φόρτιση των ατόμων, που έρχονται, για πρώτη φορά, σε επαφή μ' ένα θετικό αποτέλεσμα οροθετικότητας. Η φόρτιση αυτή είναι τόσο έντονη, που ένας λάθος χειρισμός στην ανακοίνωση τέτοιου αποτελέσματος μπορεί να καθορίσει ακόμη και με τραγικό τρόπο τις αντιδράσεις του ατόμου που το λαμβάνει.

Το πρώτο σοκ που βιώνει το άτομο αφορά ασφαλώς στην κατάσταση της υγείας του, επηρεάζεται δε από το βαθμό στον οποίο το ίδιο το άτομο υποψιάζεται ή όχι ότι μπορεί να έχει μολυνθεί. Σε κάθε περίπτωση όμως οι αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις της ανακοίνωσης της οροθετικότητας είναι υπαρκτές. Δεν είναι λίγες οι φορές, εξάλλου, που οδηγούν το άτομο σε εκούσια απομόνωση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Και αν η πρώτη ανησυχία και αγωνία του ατόμου αφορά στις επιπτώσεις της νόσου στην υγεία του, η δεύτερη -όπως ήδη ειπώθηκε- αφορά στην επίδρασή της στις σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους.

Η αλλαγή ή και αλλοίωση αυτών των σχέσεων είναι άλλη μία σημαντική πηγή ανησυχίας και αγωνίας για το οροθετικό άτομο. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια είναι που εντάσσεται και ο φόβος του ατόμου για το στιγματισμό του. Μέσα στα ίδια πλαίσια -και έχοντας μία κάποια γνώση του τι συνεπάγεται αυτός ο στιγματισμός- είναι που εντάσσονται και οι όποιες προσπάθειες γίνονται -από τα άτομα-, για να αποφευχθεί η βίωσή του.

Έτσι εμφανίζεται και πάλι ο στιγματισμός, σαν μία διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών ρόλων. Στα πλαίσια αυτής της υπόθεσης και σε μία προσπάθεια ολοκλήρωσης της διερεύνησής της, τέθηκε και το επόμενο ζήτημα στους ερωτώμενους. Έτσι αναζητήθηκε η γνώμη τους σχετικά με την αντίδραση του οροθετικού ατόμου μετά το αρχικό σοκ της διάγνωσης και την επιθυμία ή άρνησή του να μοιραστεί τα νέα αυτής της διάγνωσης με το περιβάλλον του[375].

[375] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Ο στόχος αυτής της αναζήτησης ήταν να επιβεβαιωθεί η ένδειξη, που μέχρι τώρα έχει δοθεί, ότι ο φόβος του στιγματισμού οδηγεί τα άτομα σε μία έντονη προσπάθεια αποφυγής της βίωσής του. Η ένδειξη αυτή εμφανίστηκε από τη διερεύνηση της διαμόρφωσης και έκφρασης του στίγματος του AIDS[376]. Ωστόσο ενισχύθηκε και από τις απαντήσεις των ερωτώμενων σε προηγούμενο ζήτημα[377]. Εκεί φάνηκε, ότι η προσπάθεια να αποφευχθεί η βίωση του στιγματισμού μπορεί να καθορίσει ακόμα και την απόφαση κάποιου να ελεγχθεί για πιθανή μόλυνση από τη νόσο.

Εντούτοις, όπως ήδη φάνηκε παραπάνω, είναι πολλές οι περιπτώσεις στις οποίες η ανακάλυψη της μόλυνσης δεν εξαρτάται ούτε αποφασίζεται από το ίδιο το άτομο, αλλά γίνεται τυχαία. Σε αυτές τις περιπτώσεις η μόνη δυνατότητα που παραμένει στο άτομο -στα πλαίσια της προσπάθειάς του να αποφύγει τη βίωση του στιγματισμού- είναι η απόκρυψη της κατάστασής του, πολλές φορές ακόμα και από το στενό οικογενειακό του περιβάλλον. Η εκμετάλλευση ή χρήση αυτής της δυνατότητας επιχειρείται να διερευνηθεί μέσα από αυτή την αναζήτηση.

Οι απαντήσεις, που δόθηκαν από τους ερωτώμενους,[378] δείχνουν -στην πλειονότητά τους- ότι οι οροθετικοί χρησιμοποιούν αυτή την τελευταία δυνατότητα, που έχουν για να αποφύγουν τη βίωση του στίγματος του AIDS. Συγκεκριμένα, από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους, οι **τριάντα έξι (36)** υποστήριξαν ότι οι οροθετικοί αρνούνται -τουλάχιστον στην αρχή- να μοιραστούν τα νέα της μόλυνσής τους με το περιβάλλον τους ακόμη και το πολύ στενό. Οι αιτίες αυτής της άρνησης - όπως δόθηκαν από τους ίδιους τους ερωτώμενους- είναι δύο:

1. Η πρώτη σε συχνότητα και σπουδαιότητα αφορά στο φόβο των οροθετικών για την αντίδραση των οικείων τους και για το συνακόλουθο πιθανό στιγματισμό των ίδιων.
2. Η δεύτερη αφορά στη διστακτικότητα των οροθετικών να ανησυχήσουν και να στεναχωρήσουν τους οικείους τους με μία τόσο σοβαρή αναγγελία.

Έτσι φαίνεται ότι ο φόβος του στιγματισμού επηρεάζει σημαντικά την απόφαση των ατόμων να κοινοποιήσουν τα νέα της οροθετικότητάς τους. Για την ακρίβεια, ο φόβος αυτός αναστέλλει την όποια παρόμοια επιθυμία των ατόμων,

---

[376] Αναφορά στην προσπάθεια ελέγχου της πληροφορίας σχετικά με το 'ιδιαίτερο χαρακτηριστικό' του ατόμου, που εξετάστηκε και αναλύθηκε σε παραπάνω ενότητα.
[377] Αυτό που αφορά στον φόβο του στιγματισμού ως καθοριστικό παράγοντα στην απόφαση ελέγχου για αντισώματα του ιού HIV.
[378] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

οδηγώντας τους στην απόκρυψη της κατάστασής τους. Οδηγώντας τους, με άλλα λόγια, στην τελευταία προσπάθεια αποφυγής της βίωσης του στίγματος, με το μοναδικό τρόπο, που πλέον διαθέτουν, τον έλεγχο της γνώσης της μόλυνσής τους.

Η χρήση του ελέγχου αυτής της γνώσης, σα μέσο αποφυγής βίωσης του στιγματισμού, επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι τα άτομα επιλέγουν -σε ένα επόμενο στάδιο- να κρύψουν ή να μοιραστούν τα νέα, ανάλογα με την αντίδραση που αναμένουν από τους οικείους. Αν και η αρχική αντίδραση των ατόμων -σύμφωνα πάντα με την πλειονότητα των ερωτώμενων- είναι αυτή της καθολικής απόκρυψης της κατάστασής τους, στη συνέχεια μπορεί να ακολουθήσει μία 'επιλεκτική' αποκάλυψή της. Η επιλογή δε των ατόμων, με τα οποία οι οροθετικοί θα μοιραστούν τα νέα της μόλυνσής τους, βασίζεται: α) στις προηγούμενες σχέσεις τους με αυτά τα άτομα, β) στην ισχύ των δεσμών που υπάρχουν μεταξύ τους και γ) στην αντίδραση που αναμένεται ότι θα έχουν τα άτομα αυτά, όταν δεχθούν τα νέα.

Οι παράγοντες αυτοί, ωστόσο, δεν αναφέρθηκαν μόνο από τους ερωτώμενους, που υποστήριξαν ότι οι οροθετικοί αρνούνται να μοιραστούν τα νέα της μόλυνσής τους με το περιβάλλον τους, αλλά και από τους υπόλοιπους. Συγκεκριμένα οι υπόλοιποι **δέκα τέσσερις (1)4** ερωτώμενοι ισχυρίστηκαν ότι η επιθυμία των οροθετικών να μοιραστούν τα νέα της μόλυνσής τους **εξαρτάται** από αυτούς ακριβώς τους τρείς παράγοντες. Τόνισαν και αυτοί ότι η αποκάλυψη -όταν και όποτε συμβαίνει- είναι επιλεκτική και βασίζεται σε αυτούς τους τρείς παράγοντες.

Η μόνη διαφοροποίησή τους από την πλειονότητα, λοιπόν, βρισκόταν στο γεγονός ότι δε διαχώρισαν τη στάση των οροθετικών σε αρχική και μετέπειτα. Αναφέρθηκαν στην επιλεκτική αποκάλυψη της κατάστασής τους στους οικείους τους, 'υπό προϋποθέσεις', σαν τη γενικότερη και συνολικότερη στάση των οροθετικών από την αρχή -της ανακάλυψης της μόλυνσής τους- και στη συνέχεια.

Οι απόψεις των ερωτώμενων επιβεβαιώνουν τον ανασταλτικό ρόλο, που παίζει ο φόβος του στιγματισμού στην απόφαση των οροθετικών να κοινοποιήσουν τη μόλυνσή τους στο περιβάλλον τους, ακόμη και το πολύ στενό. Ο φόβος αυτός τους δημιουργεί την έντονη επιθυμία να ελέγχουν απόλυτα την πληροφορία της μόλυνσής τους και να την κατευθύνουν αυστηρά προσωπικά και επιλεκτικά. Γνωρίζοντας ότι αυτός είναι και ο μόνος τρόπος αποφυγής της βίωσης αυτού που φοβούνται -δηλαδή του στιγματισμού- το χρησιμοποιούν, αποκαλύπτοντας το 'μυστικό' τους μόνον σε αυτούς που εμπιστεύονται. Μόνον σε αυτούς, που οι ίδιοι πιστεύουν ότι δε θα τους στιγματίσουν, αλλά αντίθετα θα τους συμπαρασταθούν.

Άξια αναφοράς είναι η διαφοροποίηση, που εντοπίστηκε ανάμεσα στους αιμορροφιλικούς οροθετικούς και τους υπόλοιπους. Είναι σαφές ότι οι πρώτοι δεν εντάσσονται σε όλη αυτή τη διαδικασία προσπάθειας ελέγχου της πληροφορίας της μόλυνσής τους. Αντίθετα, σε πολλές περιπτώσεις -όπως ειπώθηκε- το οικείο περιβάλλον τους γνωρίζει εξ αρχής την οροθετικότητά τους.

Η διαφοροποίηση αυτή δε σημαίνει την έλλειψη του φόβου του στιγματισμού σε αυτά τα άτομα. Σημαίνει απλά την έλλειψη της πηγής του στιγματισμού, που είναι η 'επικίνδυνη συμπεριφορά'. Δεδομένου ότι η μόλυνση σε αυτά τα άτομα είναι συνήθως επακόλουθο της αναγκαίας -για τη ζωή τους- συχνής μετάγγισης αίματος και παραγώγων του, δεν κρύβει κάποια αρνητικά αξιολογούμενη συμπεριφορά.

Τα άτομα αυτά -όπως έχει ήδη αναφερθεί σε παραπάνω ενότητα- χαρακτηρίζονται 'αθώα' θύματα και δεν τους επιρρίπτονται ευθύνες για τη μόλυνσή τους. Αυτό είναι κάτι που τόσο τα ίδια άτομα όσο και το περιβάλλον τους γνωρίζει. Συνεπώς δεν τίθεται γι αυτούς ζήτημα στιγματισμού και ο αντίστοιχος φόβος του απουσιάζει, τουλάχιστον όσον αφορά στο άμεσο και οικείο περιβάλλον, που γνωρίζει τις συνθήκες μόλυνσής τους.

Μέσα από τα παραπάνω παραγματοποιείται η επιβεβαίωση δύο υποθέσεων:

1. Η πρώτη είναι αυτή, που αναφέρεται στο στιγματισμό, σα μία διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών ρόλων.
2. Η δεύτερη είναι αυτή, που τοποθετεί ως μία από τις πρώτες και κύριες αιτίες του στιγματισμού την επίρριψη ευθύνης στα άτομα για τη μόλυνσή τους, λόγω κάποιας αρνητικά αξιολογούμενης από την κοινωνία συμπεριφοράς τους. Είναι δηλαδή αυτή, που αναγνωρίζει ότι είναι η συμπεριφορά που καταρχήν στιγματίζεται και με τη σειρά της οδηγεί στον στιγματισμό των ατόμων που την έχουν.[379]

Οι οροθετικοί, που φοβούνται το στιγματισμό και προσπαθούν να τον αποφύγουν, γνωρίζουν όχι μόνο τι αυτός συνεπάγεται αλλά και τι τον προκαλεί. Γνωρίζουν ότι είναι η -αρνητικά αξιολογούμενη από την κοινωνία- συμπεριφορά τους, που ενδεχομένως οδήγησε στη μόλυνσή τους, η οποία αρχικά και στην ουσία καταδικάζεται και οδηγεί στον στιγματισμό τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι αυτή την ίδια τη συμπεριφορά, που προσπαθούν να αποκρύψουν - αποκρύπτοντας τη μόλυνση-, για να αποφύγουν το στιγματισμό.

[379] Η υπόθεση αυτή προέκυψε σα συμπέρασμα και αναλύθηκε σε παραπάνω ενότητα, που αναφερόταν στις αιτίες διαμόρφωσης του στιγματισμού.

Αντίστοιχα οι αιμορροφιλικοί οροθετικοί γνωρίζουν ότι δεν υπάρχει αιτία στιγματισμού για τον τρόπο που εκείνοι μολύνθηκαν. Έτσι δε φοβούνται μη στιγματιστούν, τουλάχιστον από το οικείο τους περιβάλλον, που γνωρίζει αυτόν τον τρόπο. Έτσι η δική τους ανησυχία ή φόβος περιορίζεται στο ευρύτερο περιβάλλον, που δε ξέρει τις συνθήκες μόλυνσής τους. Και στις δύο περιπτώσεις, λοιπόν, τα άτομα γνωρίζουν από πριν και τι συνεπάγεται ο ρόλος του στιγματισμένου, αλλά και τι είναι αυτό που -τουλάχιστον αρχικά- τον προκαλεί.

Όποια όμως και αν είναι η αιτία μόλυνσης, αργά ή γρήγορα τα νέα της οροθετικότητας κοινοποιούνται -όπως φάνηκε- σε κάποιο ή κάποια από τα πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος, είτε αυτά ανήκουν στον οικογενειακό ή στον φιλικό κύκλο των οροθετικών ατόμων. Τι συνεπάγεται λοιπόν αυτή η κοινοποίηση; Οδηγεί στην αλλοίωση ή στην ενίσχυση των σχέσεων αυτών των ατόμων με το περιβάλλον του; Οδηγεί στη δημιουργία εντάσεων[380] ανάμεσα στα οροθετικά άτομα και στα στενά τους πρόσωπα λόγω της οροθετικότητάς τους ή όχι;

Οι συνέπειες της κοινοποίησης της οροθετικότητας, συμπεριλαμβανομένων των εντάσεων που ενδεχόμενα δημιουργούνται, διερευνήθηκαν μέσα από το επόμενο ζήτημα. Εδώ ζητήθηκε η γνώμη των ερωτώμενων σχετικά με τη συνήθη αντίδραση του οικείου περιβάλλοντος των οροθετικών, σε όσες περιπτώσεις κοινοποιούνται τα νέα της οροθετικότητάς τους σε αυτό[381].

Οι απόψεις, που εκφράστηκαν γύρω από αυτό το ζήτημα,[382] ήταν ποικίλες. Καταρχήν επισημάνθηκε και πάλι η διαφοροποίηση στην αντιμετώπιση των οροθετικών από μετάγγιση και των οροθετικών από μόλυνση με άλλο τρόπο. Στην πρώτη περίπτωση αυτή η αντιμετώπιση εμφανίζεται καλύτερη και ηπιότερη από ό,τι στη δεύτερη. Με αυτόν τον τρόπο επιβεβαιώνεται ξανά ο διαχωρισμός 'αθώων' και 'ένοχων' θυμάτων της νόσου, καθώς και η διαφοροποίηση της έκφρασης και βίωσης του στίγματος της νόσου στις δύο περιπτώσεις.

Σαν πρώτες αντιδράσεις στην κοινοποίηση της οροθετικότητας στο οικείο περιβάλλον, αναφέρθηκαν συχνά: **το σοκ, ο φόβος, ο πανικός, η έντονη στεναχώρια** και **ο θυμός**. Πολλοί επεσήμαναν ότι τα αρχικά συναισθήματα και οι αντιδράσεις των προσώπων του οικείου περιβάλλοντος είναι αντίστοιχα με αυτά των ίδιων των οροθετικών. Η μετέπειτα όμως στάση των προσώπων αυτών απέναντι στους

[380] Λέγοντας εντάσεις εννοώ αρνητικές καταστάσεις που απορρέουν από τη δυσκολία και το βαθμό αποδοχής της οροθετικότητας του ατόμου από τα μέλη του περιβάλλοντός του.
[381] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

οροθετικούς εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Ένας από αυτούς, και ίσως ο σημαντικότερος, είναι και πάλι οι προϋπάρχουσες σχέσεις ανάμεσα στα οροθετικά άτομα και στα πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντός τους. Όσο πιο στενές και ουσιαστικές ήταν αυτές οι σχέσεις πριν τη μόλυνση, τόσο περισσότερες είναι και οι πιθανότητες έκφρασης συμπαράστασης από αυτά τα πρόσωπα.

Συγκεκριμένα από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους, **δέκα εννέα (19)** ανέφεραν ότι γνώριζαν περιπτώσεις, που το άτομο είχε **απορριφθεί** από το οικείο περιβάλλον του αρχικά ή μόνιμα. Όμως **τριάντα (30)** ερωτώμενοι υποστήριξαν, ότι οι οροθετικοί **τελικά** γίνονται αποδεκτοί από το πολύ στενό περιβάλλον, ακόμα και αν η πρώτη αντίδρασή του ήταν άσχημη ή απορριπτική. Αυτή η αποδοχή ισχύει ιδιαίτερα -όπως τονίστηκε και πάλι- στην περίπτωση της **μητέρας** του οροθετικού ατόμου, η οποία σχεδόν πάντα του συμπαραστέκεται. Το ίδιο ισχύει όμως, τις περισσότερες φορές, και για τους συντρόφους στις ομοφυλόφιλες σχέσεις. Οι ξένοι και η ευρεία οικογένεια, αντίθετα, απομακρύνονται από το άτομο, όπως χαρακτηριστικά αναφέρθηκε.

Συνοπτικά θα λέγαμε, ότι έγινε εμφανής η διαφοροποίηση ανάμεσα στα 'αθώα' και τα 'ένοχα' θύματα της νόσου. Έγινε εξίου εμφανής η ύπαρξη ποικιλίας αντιδράσεων των οικείων προσώπων, με κοινά ωστόσο χαρακτηριστικά μεταξύ τους, αλλά και με τις αντιδράσεις των ίδιων των οροθετικών. Η συμπαράσταση των πολύ στενών συγγενών -με πρώτη τη μητέρα και δεύτερο τον ομοφυλόφιλο σύντροφο- φαίνεται να είναι συχνό φαινόμενο. Εντούτοις δεν απουσιάζουν και αντιδράσεις φόβου, απόρριψης και απομόνωσης των οροθετικών ατόμων.

Σε κάθε περίπτωση όμως, οι αντιδράσεις των οικείων επηρεάζουν σε βάθος τα οροθετικά άτομα, τόσο στη ψυχολογία τους όσο και στην αντιμετώπιση της κατάστασής τους. Τον τρόπο, το βαθμό και την ένταση αυτής της επίδρασης επιχείρησε να διερευνήσει το επόμενο θέμα, που τέθηκε στους ερωτώμενους[383] με στόχο την αναζήτηση της γνωμης τους.

Το ζήτημα αυτό είναι συμπληρωματικό του προηγούμενου, αναφορικά με το στόχο του. Ο στόχος αφορά και πάλι στην εξέταση των εντάσεων, που δημιουργούνται ανάμεσα στο οροθετικό άτομο και τα οικεία του πρόσωπα λόγω της μόλυνσής του. Το ενδιαφέρον εδώ εστιάζεται στο ρόλο, που παίζουν αυτές οι

[382] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[383] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

εντάσεις στη διαμόρφωση του είδους της στάσης (δυναμική ή παθητική) του οροθετικού ατόμου απέναντι στην οροθετικότητά του.

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων[384] είναι χαρακτηριστικές. Από τα **πενήντα (50)** άτομα που ερωτήθηκαν και τα **πενήντα (50)** υποστήριξαν ότι η αντίδραση των οικείων επηρεάζει τους οροθετικούς, **σε πολύ σημαντικό βαθμό** και **με αντίστοιχο τρόπο,** στο πώς αυτοί αντιμετωπίζουν τη μόλυνσή τους. Δηλαδή θετικά, αν τα άτομα γίνουν αποδεκτά και τύχουν συμπαράστασης, και αρνητικά, αν απορριφθούν και απομονωθούν από το περιβάλλον τους. Έτσι φαίνεται ότι ο ρόλος της αντίδρασης του οικείου περιβάλλοντος -απέναντι στην οροθετικότητα- είναι καθοριστικός της στάσης που υιοθετεί το οροθετικό άτομο απέναντι στη μόλυνσή του.

Η αντίδραση λοιπόν των οικείων επηρεάζει σημαντικά τη διαμόρφωση της στάσης του οροθετικού απέναντι στην κατάστασή του. Επιπρόσθετα όμως επηρεάζει και την ίδια την εξέλιξη της νόσου στο κάθε άτομο με δύο τρόπους:

1. Μέσα από τη -δυναμική ή παθητική- στάση, που υιοθετεί ο οροθετικός, επηρεαζόμενος από την αντίδραση των οικείων και όλα όσα η στάση αυτή συνεπάγεται. Ανάλογα με τη στάση αυτή, το άτομο εκδηλώνει καλή ή κακή ψυχολογική διάθεση, που εκτείνεται και στη φροντίδα για τη διατήρηση της υγείας του. Η φροντίδα της υγείας του ατόμου, όμως, παίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της νόσου. Έτσι η στάση του ατόμου μπορεί να συνεπάγεται δράση ή αδράνεια -από μέρους του-, καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη της νόσου.
2. Μέσα από την άμεση επίδραση της ψυχολογικής κατάστασης του οροθετικού στο ανοσοποιητικό του σύστημα. Δηλαδή, μέσα από την πτώση ή άνοδο της ψυχολογικής του διάθεσης, η οποία συνεπάγεται και αντίστοιχη πτώση ή άνοδο της λειτουργίας του ανοσοποιητικού του συστήματος. Δεδομένης της ιδιαίτερης σημασίας της καλής λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος σε αυτή την ασθένεια, είναι κατανοητή η σπουδαιότητα αυτής της επίδρασης στην πορεία εμφάνισης συμπτωμάτων και γενικότερης εξέλιξης της νόσου.

Μ' όλα τα παραπάνω, γίνεται κατανοητός ο ρόλος της αντίδρασης του οικείου περιβάλλοντος στη στάση των οροθετικών ατόμων απέναντι στη μόλυνσή τους, στη ψυχολογία τους, αλλά συνακόλουθα και στην υγεία τους: την επιβαρύνει ή τη

[384] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

βελτιώνει σημαντικά, ανάλογα με την κατεύθυνσή της. Με αντίστοιχο τρόπο, όμως, επηρεάζει τους οροθετικούς και ένας ακόμη παράγοντας. Είναι αυτός που αφορά στην εμπειρία άλλων οροθετικών και στη δική τους εξέλιξη της νόσου.

Ο ρόλος, που παίζουν οι εμπειρίες άλλων οροθετικών στη διαμόρφωση του είδους της στάσης του οροθετικού ατόμου (δυναμική ή παθητική) απέναντι στην κατάστασή του, είναι πολύ σημαντικός και εξετάζεται στη συνέχεια. Εντάσσεται στο πλαίσιο της διερεύνησης των παραγόντων, που συμβάλλουν στη δημιουργία εντάσεων, επηρεάζοντας τη διαμόρφωση της στάσης του ατόμου. Αγγίζει όμως ταυτόχρονα και την υπόθεση της άρνησης του στιγματισμού από τα οροθετικά άτομα και της συνακόλουθης προσπάθειας αποφυγής της βίωσής του.

Το αντίστοιχο ζήτημα, που τέθηκε εδώ στους ερωτώμενους[385] λοιπόν, αφορά στην ύπαρξη ή μη κάποιας επίδρασης πάνω στα οροθετικά άτομα και στον τρόπο, που αντιμετωπίζουν την κατάστασή τους, της όποιας εμπειρίας άλλων γνωστών τους οροθετικών. Ο στόχος εδώ ήταν να διερευνηθούν, τόσο η **ύπαρξη** σχέσεων ανάμεσα σε οροθετικά άτομα, όσο και η **επίδραση** αυτών των σχέσεων στη γενικότερη στάση τους απέναντι στη νόσο. Η διερεύνηση της ύπαρξης σχέσεων ανάμεσα σε οροθετικούς συνδέεται έμμεσα και με την υπόθεση, που αφορά στη διαδικασία άρνησης του στιγματισμού.

Στα πλαίσια αυτής της διαδικασίας και στην προσπάθειά τους να αρνηθούν την "ταυτότητα" του οροθετικού, τα άτομα αυτά μπορεί να αποφεύγουν να συναναστρέφονται μεταξύ τους. Εντούτοις οι πρώτες ενδείξεις από τις απαντήσεις των ερωτώμενων,[386] σχετικά με αυτή την υπόθεση, δείχνουν ότι αυτό δε συμβαίνει. Συγκεκριμένα, από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους, οι **τριάντα οκτώ (38)** απάντησαν ότι οι οροθετικοί **έχουν** σχέσεις μεταξύ τους, οι **έντεκα (11)** δε γνώριζαν και μόνον **ένας (1)** είπε ότι **δεν** έχουν.

Τις σχέσεις αυτές φαίνονται να αποζητούν οι οροθετικοί -σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό-, σαν αποτέλεσμα της ανάγκης τους, αφενός μεν να μάθουν περισσότερα για τη νόσο και την εξέλιξή της και αφετέρου να βιώσουν κατανόηση και συμπαράσταση στο πρόβλημά τους. Για το λόγο αυτό έχουν δημιουργηθεί και κάποιες 'κοινότητες οροθετικών' με τη μορφή εθελοντικών οργανώσεων ή και ιδιωτικών συλλόγων συμπαράστασης.

---

[385] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[386] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Έτσι φαίνεται ότι, από τη στιγμή που το άτομο αποδεχθεί την οροθετικότητά του, συχνά επιδιώκει την επαφή με άλλα άτομα, στην ίδια κατάσταση ή τουλάχιστον δεν την αποφεύγει. Το κοινό πρόβλημα, πολλές φορές, έχει φέρει τους οροθετικούς κοντά και δεν είναι λίγες -σύμφωνα με τους ερωτώμενους- οι περιπτώσεις δημιουργίας νέων δυνατών δεσμών φιλίας ή ακόμη και ερωτικών σχέσεων.

Μέσα από τη δημιουργία τέτοιων δεσμών, βέβαια, είναι προφανής και η σπουδαιότητα του ρόλου των εμπειριών άλλων οροθετικών στη διαμόρφωση της στάσης του κάθε ατόμου απέναντι στην κατάστασή του. Οι απαντήσεις των ερωτώμενων επιβεβαιώνουν αυτή τη σπουδαιότητα και την αναλύουν. Συγκεκριμένα, από τα **πενήντα (50)** άτομα τα **σαράντα οκτώ (48)** υποστήριξαν ότι οι εμπειρίες άλλων **επηρεάζουν με αντίστοιχο τρόπο** τα οροθετικά άτομα, **ένα** αρνήθηκε αυτή την επίδραση και **ένα** δεν απάντησε. Από τα άτομα που δέχθηκαν την ύπαρξη αυτής της επίδρασης, τα περισσότερα επικεντρώθηκαν στην επήρεια, που έχει στο οροθετικό άτομο, **η εξέλιξη της υγείας** άλλων οροθετικών.

Η επήρεια αυτή είναι άμεση και πολύ έντονη. Αν η εξέλιξη της υγείας κάποιου άλλου είναι θετική, τότε το οροθετικό άτομο αποκτά αισιοδοξία και ελπίδα και η στάση του απέναντι στη νόσο και τη μόλυνσή του γίνεται πιο θετική και δυναμική. Αντίθετα, αν υπάρξουν θάνατοι άλλων οροθετικών, το άτομο επηρεάζεται πολύ αρνητικά -ιδιαίτερα αν βρίσκεται στα πρώτα στάδια μετά τη διάγνωση της νόσου- γίνεται απαισιόδοξο και αποκτά παθητική στάση, έστω και προσωρινά.

Επισημάνθηκε, ωστόσο, η επίδραση στο οροθετικό άτομο και από τη συναναστροφή αυτή καθεαυτή με άλλους οροθετικούς. Αναφέρθηκε έτσι η -ως επι το πλείστον- **θετική** επίδραση αυτών των σχέσεων, λόγω της συμπαράστασης και της κατανόησης που υπάρχει ανάμεσά τους. Τονίστηκε όμως και η **αρνητική** επίδραση, που μπορεί να προκύψει από τη συνεχή ενασχόληση, αφενός μεν με τα σωματικά ή άλλα προβλήματα, που αντιμετωπίζουν τα άτομα, και αφετέρου με τις διάφορες ιατρικές εξελίξεις.

Συμπερασματικά θα λέγαμε, ότι οι οροθετικοί αφενός επιδιώκουν τη συναναστροφή με άλλους, που έχουν το ίδιο πρόβλημα, και αφετέρου επηρεάζονται πολύ από τις εμπειρίες τους. Η επίδραση είναι και θετική και αρνητική, ανάλογα με τις εμπειρίες που μοιράζονται και πολλές φορές παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της στάσης του κάθε οροθετικού απέναντι στη μόλυνσή του. Είναι δε πολύ εντονότερη στην αρχή της συνειδητοποίησης της κατάστασής του από το άτομο, που ακόμα δε γνωρίζει αρκετά για τη νόσο και τις πιθανές εξελίξεις της

Έτσι μία θετική εμπειρία -ιδιαίτερα αναφορικά με την εξέλιξη της νόσου- επιδρά θετικά και στους υπόλοιπους, που τη μοιράζονται, δίνοντας τους ώθηση να παλέψουν την ασθένεια με κάθε τρόπο. Δηλαδή να κρατήσουν μία δυναμική στάση απέναντι σε αυτό που τους συμβαίνει. Αντίστροφα, βέβαια, μία αρνητική εμπειρία, με αποκορύφωμα το θάνατο κάποιου, επιδρά αρνητικά και σε όλους τους υπόλοιπους οδηγώντας τους κάποιες φορές στην απογοήτευση, στη μοιρολατρία και στην εγκατάλειψη. Δηλαδή σε μία παθητική στάση απέναντι στη μόλυνσή τους.

Ποιά είναι όμως τελικά η ψυχολογική στάση, που υιοθετεί η πλειονότητα των οροθετικών ατόμων, μέσα από όλες αυτές τις επιδράσεις που δέχεται; Είναι δυναμική ή παθητική; Και τι συνεπάγεται η υιοθέτηση κάθε μίας από αυτές τις στάσεις; Στην αναζήτηση απαντήσεων πάνω σε αυτά τα ερωτήματα επικεντρώθηκε στη συνέχεια η ερευνητική διαδικασία. Έτσι ζητήθηκε από τους ερωτώμενους[387] να περιγράψουν τη στάση που υιοθετεί απέναντι στη μόλυνσή της η πλειονότητα των οροθετικών ατόμων που είχαν γνωρίσει.

Η περιγραφή αυτή απαιτούσε εξ αρχής τη διευκρίνιση των εννοιών 'δυναμική' και 'παθητική' στάση. Η διευκρίνιση, που δόθηκε στους ερωτώμενους, προερχόταν από τις δικές τους περιγραφές των αντιδράσεων των οροθετικών στην κατάστασή τους. Αναφερόταν για τη μεν "δυναμική" στάση στη διάθεση για ζωή, για εργασία, για διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους, για τη δε "παθητική" στην εγκατάλειψη, στην κατάρρευση και στην εσωστρέφεια.

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων[388], σα μία πρώτη εικόνα, παρουσιάζουν **δυναμική** ή αλλιώς **θετική**[389] τη στάση των οροθετικών στην πλειονότητα τους. Επισημάνθηκε, βέβαια, από πολλούς, ότι η στάση του κάθε οροθετικού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα του ατόμου. Τονίστηκε ακόμα ότι υπάρχουν διάφορα ψυχολογικά στάδια από τα οποία περνάνε όλοι οι οροθετικοί, για να καταλήξουν σε μία συγκεκριμένη στάση. Στα πρώτα, από αυτά τα στάδια, η πλειονότητά τους εκδηλώνει μία παθητικότητα απέναντι στη μόλυνση, η οποία όμως στη συνέχεια αλλάζει, έχοντας σαν επόμενο αποτέλεσμα την έκφραση δυναμισμού και ενεργητικότητας. Τέλος, αναφέρθηκε ότι στη διαμόρφωση αυτής της στάσης σημαντικό ρόλο παίζει και η συμπαράσταση και αποδοχή που θα δεχθούν τα άτομα από το περιβάλλον τους.

---

[387] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.
[388] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Συγκεκριμένα **τριάντα οκτώ (38)** από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους αναφέρθηκαν σε **δυναμική** στάση των οροθετικών. Οι **δέκα τρεις (13)** από αυτούς επεσήμαναν ότι η στάση τους γίνεται δυναμική με τον καιρό, ενώ στην αρχή όλοι περνούν από ένα στάδιο εγκατάλειψης και **παθητικότητας**. Οι **επτά (7)** από τους ερωτώμενους, που αναφέρθηκαν στη δυναμική στάση, είπαν, ότι υπάρχουν και περιπτώσεις παθητικότητας και κατάρρευσης, ανάλογα με την προσωπικότητα του οροθετικού. Τέλος **έξι (6)** ερωτώμενοι αναφέρθηκαν σε αποκλειστικά **παθητική** στάση των οροθετικών.

Συνολικά, μέσα από τις απαντήσεις, έγινε προφανές ότι, ενώ η αρχική στάση των οροθετικών απέναντι στη μόλυνσή τους είναι αρνητική και παθητική, λίγοι είναι αυτοί που τη διατηρούν. Αντίθετα οι περισσότεροι αλλάζουν, αποκτούν θετική στάση εκφράζοντας διάθεση για ζωή, διάθεση να παλέψουν με τη νόσο. Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα -που τα άτομα ήταν ήδη περιθωριοποιημένα, πριν μολυνθούν από τον ιό HIV- φαίνεται ότι η μόλυνση μπορεί να λειτουργήσει με πολύ θετικό τρόπο για τη ψυχολογία του ατόμου.

Πρόκειται για τις περιπτώσεις, που το AIDS λειτουργεί σαν παράγοντας ένταξης του περιθωριακού ατόμου σε μία ομάδα, κάπου που αισθάνεται ότι μπορεί να ανήκει. Αυτές οι περιπτώσεις, βέβαια, δεν αποτελούν την πλειονότητα, διότι αφορούν σε αυτούς που ένιωθαν ότι δεν ανήκαν πουθενά. Σε αυτούς που αγγίζει λιγότερο ο φόβος του στιγματισμού, της απόρριψης και της απομόνωσης, γιατί τα έχουν ήδη βιώσει από πριν και αποδεχτεί. Σε αυτούς που νιώθουν, ότι το AIDS μπορεί να προσφέρει στη ζωή τους, αλλά όχι να αφαιρέσει. Ίσως γι' αυτό είναι τα λίγα αυτά άτομα, που δε διστάζουν κιόλας να διεκδικήσουν.

Αντίθετα, στην πλειονότητά τους οι οροθετικοί, αν και θετικοί στη στάση τους, δε βγαίνουν προς τα έξω διεκδικώντας. Τα αίτια γι αυτό μπορεί να εντοπίζονται στον φόβο του στιγματισμού τους ή σε διστακτικότητα, λόγω του μικρού αριθμού τους -σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού- και της συνακόλουθης μικρής δύναμής τους. Το αποτέλεσμα όμως παραμένει το ίδιο. Η δυναμική στάση των ατόμων αυτών, δεν επικεντρώνεται στη συλλογική κινητοποίηση, μέσω της δημιουργίας νέων ή της εκμετάλλευσης των ήδη υπαρχόντων συλλόγων συμπαράστασης, σαν ομάδες πίεσης και δραστηριοποίησης, αλλά στην ατομική ζωή του καθενός. Έτσι ο ρόλος αυτών των

[389] Η διαφοροποίηση αυτή αφορά -σύμφωνα με τα λεγόμενα των ερωτώμενων- στην ύπαρξη της διάθεσης για ζωή και εργασία, αλλά στην έλειψη της διάθεσης για διεκδίκηση.

συλλόγων στην Ελλάδα είναι περιορισμένος, σε αντίθεση με το ρόλο αντίστοιχων συλλόγων στο εξωτερικό.

Η στάση της πλειονότητας των οροθετικών, λοιπόν, ακόμα και αν επικεντρώνεται εξ ολοκλήρου στην ατομική τους πορεία και στην προσωπική τους ζωή, εμφανίζεται ως **τελικά θετική, δυναμική**. Σε κάθε περίπτωση, βέβαια -και ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται το κάθε άτομο- η στάση του φαίνεται ότι επηρεάζεται σημαντικά, τόσο από τις αντιδράσεις των οικείων του όσο και από τις εμπειρίες άλλων οροθετικών. Με άλλα λόγια, η στάση αυτή καθορίζεται και επαναπροσδιορίζεται, κάθε φορά, ανάλογα με τα ερεθίσματα που δέχεται το άτομο, τόσο από το οικείο περιβάλλον του όσο και από τους οροθετικούς γνωστούς του. Τα ερεθίσματα αυτά, σε συνδυασμό πάντα με την προσωπικότητα του κάθε ατόμου, διαμορφώνουν την τελική του στάση απέναντι στη μόλυνσή του.

Συνεπώς επιβεβαιώνεται και πάλι ο συσχετισμός, που έγινε παραπάνω, ανάμεσα στις ψυχολογικές εντάσεις, που δημιουργούνται στα οροθετικά άτομα, λόγω της μόλυνσής τους, και στη διαμόρφωση του είδους της στάσης τους - δυναμική ή παθητική- απέναντι σε αυτήν. Η επίδραση αυτών των εντάσεων είναι άμεση και αντίστοιχη. Εκτείνεται δε μέσα και πέρα από τη διαμόρφωση αυτής της στάσης, ακόμα και στις πιο μακροχρόνιες ψυχολογικές συνέπειες της νόσου στα οροθετικά άτομα.

Η εξέταση αυτών των συνεπειών, αλλά και του ρόλου των εντάσεων σε σχέση με αυτές, ακολουθεί σαν επόμενο βήμα. Αποτελεί τη συνέχεια της διερεύνησης, αφενός μεν των αρχικών ψυχολογικών επιδράσεων της μόλυνσης στο άτομο[390] και αφετέρου της ψυχολογικής στάσης των ατόμων απέναντι στη μόλυνσή τους. Είναι απαραίτητη, για την ολοκλήρωση της ενότητας, που αφορά στις ψυχολογικές συνέπειες της νόσου και του στιγματισμού που αυτή συχνά συνεπάγεται. Η εξέταση αυτή επιχειρήθηκε μέσα από την αναζήτηση της περιγραφής από τους ερωτώμενους[391] των ψυχολογικών επιπτώσεων στα οροθετικά άτομα. Επιπτώσεων, που αφορούν αφενός μεν στη μόλυνσή τους και αφετέρου στο στιγματισμό που δέχονται λόγω αυτής.

---

[390] Η οποία έγινε λίγο παραπάνω μέσα από τη διερεύνηση των πρώτων αντιδράσεων των ατόμων στην ανακάλυψη της μόλυνσής τους από τον ιό HIV.

[391] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Οι απόψεις που εκφράστηκαν[392] είναι αντίστοιχες με αυτές που είχαν εκφραστεί προηγούμενως στο ζήτημα που αφορούσε στις πρώτες αντιδράσεις με την ανακοίνωση της οροθετικότητας και στις αρχικές ψυχολογικές συνέπειες για τα άτομα. Και εδώ -όπως και σε εκείνο το στάδιο- επισημάνθηκαν κάποιοι παράγοντες που διαφοροποιούν τις ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου και του στίγματος στο κάθε οροθετικό άτομο.

Έτσι αρκετοί από τους ερωτώμενους αναφέρθηκαν στον πολύ σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν αφενός η προσωπικότητα του κάθε ατόμου και αφετέρου η προϋπάρχουσα ψυχολογική του κατάσταση στις ψυχολογικές επιπτώσεις, που θα έχουν επάνω του η νόσος και το στίγμα. Επίσης σημαντική μερίδα ερωτώμενων τόνισε τη σταδιακή προσαρμογή και αποδοχή της κατάστασής τους από τους οροθετικούς. Κάποιοι μάλιστα από αυτούς ανέφεραν περιστατικά, που τα οροθετικά άτομα τελικά αναθεώρησαν και επαναπροσδιόρησαν όλη τη ζωή τους -π.χ. έκοψαν τα ναρκωτικά, έπιασαν δουλειά- βλέποντας τη θετικά και αισιόδοξα!

Τα παραπάνω όμως, αν και σημαντικά σαν ενδείξεις, δε μπορούν να μειώσουν τη σοβαρότητα των ψυχολογικών επιπτώσεων, που επισημάνθηκαν. Συγκεκριμένα, **τριάντα δύο (32)** από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους, αναφέρθηκαν σε πολύ άσχημες επιπτώσεις στη ψυχολογία των οροθετικών ατόμων. Οι πιο συχνές από αυτές είναι: **Κατάθλιψη, μελαγχολία, φόβος θανάτου, φόβος στιγματισμού, αυτοκαταστροφικές τάσεις, απαισιοδοξία, απόσυρση και αυτοαποκλεισμός** -ιδιαίτερα στην αρχή-, **αίσθηση απομόνωσης και περιθωριοποίησης, ανατροπή όλης της ζωής τους, του προγραμματισμού της, των στόχων τους και της εικόνας που είχαν για τον εαυτό τους.** Οι παράγοντες που φαίνεται -από τις απαντήσεις των ερωτώμενων- να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία εξομάλυνσης των επιπτώσεων αυτών είναι: **η αντίδραση του οικείου περιβάλλοντος** και **η συναναστροφή με άλλους οροθετικούς.**

Αρκετοί από τους ερωτώμενους τόνισαν, για μία ακόμη φορά, αυτό που είχε επισημανθεί και νωρίτερα. Ότι δηλαδή η αντίδραση του οικείου περιβάλλοντος επηρεάζει ψυχολογικά τα οροθετικά άτομα και μάλιστα με αντίστοιχο τρόπο. Δηλαδή, ότι η θετική αντιμετώπιση του περιβάλλοντός τους βοηθάει τους οροθετικούς να αντιμετωπίσουν την οροθετικότητά τους, διατηρώντας ταυτόχρονα καλή ψυχολογική κατάσταση. Αντίθετα, η αρνητική αντιμετώπιση των οικείων,

[392] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

προκαλεί έντονο ψυχολογικό στρές και ενοχές στους οροθετικούς, επιβαρύνοντας τους πολύ ψυχολογικά. Αντίστοιχα υπήρξαν ερωτώμενοι που αναφέρθηκαν και πάλι στην εξίσου σημαντική επίδραση της συναναστροφής με άλλους οροθετικούς στη ψυχολογία των οροθετικών ατόμων.

Από το σύνολο των απαντήσεων έγινε προφανής η σοβαρότητα των ψυχολογικών επιπτώσεων της νόσου στα οροθετικά άτομα. Μέσα απ' αυτές, εξάλλου, επιβεβαιώνεται για άλλη μία φορά η επίδραση των εντάσεων, που δημιουργούνται λόγω της μόλυνσης, αυτή τη φορά στις μακροχρόνιες και σοβαρότερες ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου.

Στα πλαίσια αυτών των εντάσεων βέβαια, πρωταρχικό ρόλο παίζει και ο στιγματισμός που δέχονται τα οροθετικά άτομα από το περιβάλλον, τους λόγω της μόλυνσής τους. Ο φόβος αυτού του στιγματισμού, αλλά και η ίδια η βίωσή του, επιδρούν πολύ αρνητικά στη ψυχολογία των ατόμων αυτών. Διαμορφώνουν τη στάση τους απέναντι στην πραγματικότητα που αντιμετωπίζουν, επηρεάζουν άμεσα και έμμεσα την ίδια την κατάσταση της υγείας τους και την εξέλιξη της νόσου.

Οι επιδράσεις των εντάσεων αυτών και του ίδιου του στιγματισμού είναι τόσες πολλές, τόσο εμφανείς και τόσο έντονες, που δε μπορούν να αγνοηθούν. Τι θα μπορούσε όμως να γίνει προκειμένου να μειωθούν ή ακόμη και να εξαφανιστούν; Θα ήταν ποτέ δυνατή η εξάλειψη αυτών των εντάσεων και του ίδιου του στιγματισμού ή είναι εντελώς ουτοπική αυτή η υπόθεση; Αν όμως η μείωσή τους είναι εφικτή, ποιά είναι τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν στα πλαίσια μίας τέτοιας προσπάθειας; Με ποιόν τρόπο θα μπορούσε να επιτευχθεί αυτός ο στόχος;

Η απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα επιχειρήθηκε στη συνέχεια. Σαν επίλογος της συζήτησης, που ανοίχτηκε με τους ερωτώμενους, τους ζητήθηκε να καταθέσουν τις δικές τους προτάσεις προς την κατεύθυνση της εξάλειψης του στιγματισμού και των επιπτώσεών του. Τους ζητήθηκε να αναφέρουν[393] ποια θα ήταν -κατά τη γνώμη τους- τα μέτρα εκείνα που θα έπρεπε να λάβει η Πολιτεία, προκειμένου να εξαλειφθεί ο στιγματισμός προς τα οροθετικά άτομα.

Ο στόχος αυτής της αναφοράς δεν ήταν η ανακάλυψη της τέλειας λύσης για την εξάλειψη του στιγματισμού. Ήταν η διερεύνηση της δυνατότητας να δοθεί λύση σε αυτό το ζήτημα. Ήταν η καταγραφή της άποψης των ερωτώμενων σχετικά με τη δυνατότητα επίλυσης του συγκεκριμένου προβλήματος. Ήταν ακόμη η συνολική

[393] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

επανατοποθέτηση του ζητήματος του 'στίγματος του AIDS' ως **'κοινωνικού προβλήματος'**. Ήταν η ανίχνευση του ρόλου της Πολιτείας σε αυτή την προσπάθεια αλλά και του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Ήταν, τέλος, μία ευκαιρία συλλογής και καταγραφής αυθόρμητων και ανεξάρτητων σκέψεων και ιδεών γύρω από αυτό το σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα. Σκέψεων και ιδεών με ιδιαίτερη βαρύτητα, αφού προέρχονται από άτομα που ασχολούνται με και επηρεάζονται, σε μεγάλο βαθμό, άμεσα και ουσιαστικά από το AIDS.

Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτώμενους[394] περιέχουν πολλές και διαφορετικές ιδέες και αντιλήψεις για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Άλλοι βλέπουν τη λύση του εφικτή, ενώ άλλοι τη θεωρούν ουτοπική. Κάποιοι την τοποθετούν σε επίπεδο συστηματικών, πρακτικών προσπαθειών από τη μεριά της Πολιτείας. Κάποιοι άλλοι, αντίθετα, την τοποθετούν σε επίπεδο αλλαγής της νοοτροπίας της κοινωνίας, μέσα από μακροπρόθεσμες προσπάθειες δομικών αλλαγών.

Εντούτοις όλοι έχουν κάτι να προτείνουν προς την κατεύθυνση της μείωσης αν όχι και της εξάλειψης του στιγματισμού και των συνεπειών του. Οι περισσότερες από αυτές τις προτάσεις επικεντρώθηκαν **στην ενημέρωση**. Συγκεκριμένα **τριάντα τέσσερις (34)** από τους **πενήντα (50)** ερωτώμενους, αναφέρθηκαν στην ανάγκη **πιο σωστής και συστηματικής ενημέρωσης, σε όλα τα επίπεδα, από το σχολείο έως και τα ΜΜΕ**.

Αυτές οι προτάσεις, βέβαια, κινήθηκαν μέσα στα πλαίσια ενός πολύ ευρέος φάσματος. Έτσι αρκετοί αναφέρθηκαν σε μία απλή και βασική, αλλά συστηματική προσπάθεια ενημέρωσης, σε διάφορους χώρους ανθρώπινης δραστηριότητας, όπως για παράδειγμα στα σχολεία, στους χώρους εργασίας ή και διασκέδασης. Δεν ήταν όμως και λίγοι αυτοί που τόνισαν τὴν ανάγκη βαθύτερων και ουσιαστικότερων αλλαγών, μέσα όχι από μία απλή ενημερωτική προσπάθεια, αλλά από την ανάπτυξη μίας διαφορετικής **παιδείας**.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, επισημάνθηκε η ανάγκη **εκπαίδευσης για αποδοχή της διαφορετικότητας του άλλου**, από τις μικρές κιόλας ηλικίες στο σχολείο, αλλά και έξω από αυτό, στους κόλπους της ίδιας της οικογένειας. Επιπρόθετα και συμπληρωματικά -σχεδόν σαν αποτέλεσμα αλλά και προϋπόθεση ταυτόχρονα αυτής της εκπαίδευσης- τονίστηκε η ανάγκη **αλλαγής νοοτροπίας** του

[394] Βλέπε και ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

κάθε ατόμου ξεχωριστά, αλλά και του ίδιου του κοινωνικού συνόλου, προκειμένου να επιτευχθεί η μείωση ή εξάλειψη του στιγματισμού.

Δεν έλειψαν βέβαια και οι προτάσεις με πολύ συγκεκριμένο και απτό αντικείμενο ως προς την αντιμετώπιση επιμέρους προβλημάτων των οροθετικών, λόγω της μόλυνσής τους ή του στιγματισμού που απορρέει από αυτήν. Έτσι, αναφέρθηκε η ανάγκη ύπαρξης **περισσότερων παροχών προς τα οροθετικά άτομα,** όπως και η ανάγκη **αυστηρής τήρησης του απορρήτου.**

Το πρώτο συμπέρασμα, που προκύπτει από το σύνολο των απαντήσεων, είναι ότι μία από τις κύριες και βασικές λύσεις, που προτείνονται για το πρόβλημα του στίγματος του AIDS, είναι η κάλυψη της ανάγκης για ενημέρωση. Η ανάγκη αυτή, όμως, αντιμετωπίζεται με διαφορετικό τρόπο. Πολλές από τις προτάσεις των ερωτώμενων επικεντρώνονται σε μία απλή και βασική ενημέρωση για το AIDS. Υπάρχουν ωστόσο και άλλες που αναφέρονται σε μία βαθύτερη και ουσιαστικότερη εκπαίδευση, στην αλλαγή της παιδείας και της νοοτροπίας του κοινωνικού συνόλου, σε σχέση όχι μόνο με τους οροθετικούς, αλλά και γενικά με κάθε μορφή διαφορετικότητας.

Η ανάγκη για ενημέρωση, βέβαια, δεν ήταν η μόνη που επισημάνθηκε από τους ερωτώμενους. Αρκετές είναι και οι προτάσεις, που θίγουν άλλες πρακτικές ανάγκες, όπως αυτές που αφορούν στην αύξηση παροχών στα οροθετικά άτομα και στην αυστηρή τήρηση του απορρήτου.Οι προτάσεις αυτές είναι πολύ χρήσιμες και πολύ ευκολότερα πραγματοποιήσιμες, σε σχέση με αυτές που επικεντρώνονται στην παιδεία του κοινωνικού συνόλου. Η εφαρμογή τους θα μπορούσε να βοηθήσει, σε σημαντικό βαθμό, την προσπάθεια προς την κατεύθυνση της μείωσης του στιγματισμού. Εντούτοις, δεν είναι σίγουρο ότι θα μπορούσαν να οδηγήσουν από μόνες τους στην εξάλειψή του.

Ο λόγος αυτής της αδυναμίας βρίσκεται στο ότι οι προτάσεις αυτές δεν εστιάζονται στη συνολική, ολοκληρωμένη εικόνα του προβλήματος. δε μπορούν να αντιμετωπίσουν την ουσία του, που βρίσκεται στις βαθύτερες αντιλήψεις και στάσεις του κοινωνικού συνόλου ή όπως αλλιώς αναφέρθηκε: στη νοοτροπία του. Δεν μπορούν, με άλλα λόγια, να αντιμετωπίσουν από μόνες τους το πρόβλημα στη ρίζα του. Το ίδιο βέβαια ισχύει και για τις προτάσεις που αφορούν σε μία απλή και βασική ενημέρωση για το AIDS.

Ούτε αυτές -εφαρμοζόμενες από μόνες τους- θα μπορούσαν να λύσουν ριζικά το πρόβλημα του στίγματος του AIDS. Κάτι τέτοιο θα υπήρχε πιθανότητα να γίνει

μόνο με συντονισμένη εφαρμογή όλων των προτάσεων,[395] που αναφέρθηκαν από τους ερωτώμενους, μέσα από μία πειθαρχημένη, σωστά οργανωμένη και μακροπρόθεσμη προσπάθεια. Προσπάθεια αλλαγής σε βάθος, η οποία φυσικά δε θα αφορούσε μόνο στο AIDS, αλλά σε κάθε είδους διαφορετικότητα και στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται από το κοινωνικό σύνολο. Προσπάθεια τέλος, στην οποία θα έπρεπε να συμμετέχουν όχι μόνο η Πολιτεία, αλλά και οι οργανωμένες σε συλλόγους ομάδες συμπαράστασης και τα ιδιωτικά σωματεία, καθώς επίσης και κάθε ένα άτομο ξεχωριστά.

Κάτι τέτοιο βέβαια φαντάζει σχεδόν αδύνατο. Έτσι, εξάλλου, παρουσιάστηκε και από τους ίδιους τους ερωτώμενους -στην πλειονότητά τους. Η προσπάθεια εξάλειψης του στιγματισμού, γενικότερα, θα έπρεπε να σημαίνει την ουσιαστική ανατροπή των βασικών δομών της κοινωνίας. Των θεμελιωδών αντιλήψεων και στάσεων που ενυπάρχουν σε κάθε κοινωνία, πάνω στις οποίες οικοδομούνται οι ανθρώπινες σχέσεις. Έτσι οι προτάσεις των ερωτώμενων αφορούν πολύ περισσότερο στη μείωση του στιγματισμού και των επιπτώσεών του παρά στην εξάλειψή του.

Εντούτοις η αξία καταγραφής όλων αυτών των προτάσεων των ερωτώμενων είναι πολύ μεγάλη. Διότι μέσα απ' αυτήν προκύπτει μία πρώτη ένδειξη των κοινωνικών αλλά και πρακτικών προβλημάτων και αναγκών που δημιουργούνται, λόγω της νόσου, όπως αυτά γίνονται αντιληπτά και εντοπίζονται από τα άτομα που επηρεάζονται και ασχολούνται περισσότερο με αυτήν. Δημιουργείται δηλαδή μία πρώτη εικόνα των επιπτώσεων της νόσου -στο κοινωνικό σύνολο και στις ανθρώπινες σχέσεις- αλλά και των πιθανών τρόπων αντιμετώπισής τους.

[395] Και πολλών ακόμα που μπορούν να δοθούν - από τους ειδικούς- σε σχέση με τα επιμέρους προβλήματα γύρω από τη νόσο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ AIDS

Ο στιγματισμός οποιασδήποτε κατάστασης ή και ομάδας ανθρώπων αποτελεί την έκφραση μίας αρνητικής και ακραίας αντίδρασης της κοινωνίας σε αυτήν. Από μόνη της η ύπαρξή του υποδηλώνει τον αρνητικό τρόπο με τον οποίο έχει προσληφθεί και αξιολογηθεί η συγκεκριμένη κατάσταση από το κοινωνικό σύνολο.Ο τρόπος αυτός όμως διεγείρει και την αντίστοιχη αρνητική αντίδραση απέναντι στην ομάδα, με την οποία έχει ταυτιστεί η κατάσταση αυτή.

Η περίπτωση του AIDS είναι χαρακτηριστικό τέτοιο παράδειγμα. Το στίγμα του AIDS -όπως φάνηκε από τις απαντήσεις των ερωτώμενων- διαμορφώνεται στον μεγαλύτερο βαθμό του από την αρνητική πρόσληψη της νόσου και τη σύνδεσή της με συμπεριφορές ηθικά επιλήψιμες -από το κοινωνικό σύνολο- και για το λόγο αυτό καταδικαστέες. Χωρίς να παραγνωρίζεται ο ρόλος του φόβου του θανάτου στην πρόσληψη και αξιολόγηση της νόσου από τα μέλη της κοινωνίας, μεγαλύτερο ρόλο φάνηκαν να παίζουν οι παραδοσιακές αντιλήψεις, στάσεις και προκαταλήψεις που επικρατούν. Οι αντιλήψεις, στάσεις και προκαταλήψεις αυτές συνδέουν τη νόσο και όσους την έχουν με ανήθικες, απαγορευμένες ή και παράνομες συμπεριφορές που είναι κατακριτέες.

Φυσικό επακόλουθο της αρνητικής πρόσληψης της νόσου από το κοινωνικό σύνολο είναι και η έκφραση στιγματισμού απέναντι στα άτομα που φέρουν τη νόσο ή και ταυτίζονται με αυτήν. Είναι τόσο έντονη δε η αρνητική πρόσληψη, ώστε σε κάποιες περιπτώσεις δεν είναι καν απαραίτητη η ύπαρξη της νόσου, για να εκφραστεί το στίγμα της. Η υποψία για την ύπαρξή της αρκεί, για να κινητοποιηθούν οι αρνητικές, περιθωριοποιητικές αντιδράσεις. Σε συνδυασμό ταυτόχρονα και με άλλους κοινωνικούς παράγοντες -όπως είναι η οικονομική και κοινωνική κατάσταση των ατόμων- η έκφραση των αντιδράσεων αυτών μεγιστοποιείται ή εξομαλύνεται.

Ο συνδυασμός της αρνητικής πρόσληψης της νόσου με άλλους παράγοντες εμφανίστηκε ως εξαιρετικά σημαντικός όμως και σε άλλες περιπτώσεις. Η έκφραση του στίγματος του AIDS εντείνεται σημαντικά, όσο εντονότερη καθίσταται η αρνητική πρόσληψη της νόσου και ο σύνδεσμός της με τις αρνητικά αξιλογούμενες συμπεριφορές. Έτσι, στις περιπτώσεις που η νόσος υπενθυμίζεται μέσω των εμφανών και πολλές φορές αντιαισθητικών σωματικών συμπτωμάτων, η έκφραση του στίγματος μεγιστοποιείται. Το ίδιο συμβαίνει, βέβαια, και στις περιπτώσεις που η

νόσος συνοδεύεται από ακόμα ένα χαρακτηριστικό-συμπεριφορά αρνητικά αξιολογούμενη, όπως είναι η ομοφυλοφιλία ή η τοξικομανία. Σε αυτές τις τελευταίες, η έκφραση του στίγματος μπορεί να είναι διπλάσια, τριπλάσια ή και πολλαπλάσια.

Η έκφραση του στίγματος του AIDS ωστόσο δεν περιορίζεται σε κάποιες περιπτώσεις. Πραγματοποιείται στο σύνολο των ατόμων που με τον ένα ή τον άλλο τρόπο συνδέονται με τη νόσο και τις αρνητικά αξιολογούμενες συμπεριφορές. Εκτείνεται δε σε όλο το φάσμα των ανθρώπινων σχέσεων, από τις πιο κοντινές, βαθιές και ουσιαστικές έως τις πλέον χαλαρές, επιφανειακές και ασήμαντες. Τις επηρεάζει σημαντικά, συχνά τις αναδιαμορφώνει και πολλές φορές τις διασπά.

Αυτό ισχύει περισότερο για τις χαλαρές και επιφανειακές διαπροσωπικές σχέσεις, παρά για τις βαθύτερες και ουσιαστικότερες. Στις τελευταίες, μπορεί κάποιες φορές, να λειτουργήσει ακόμη και ενωτικά. Αυτό συμβαίνει συνήθως σε περιπτώσεις 'συσπείρωσης' των ατόμων –συχνά μέλη μίας οικογένειας, ζευγάρια ή στενοί φίλοι- γύρω από ένα κοινό μυστικό –όπως είναι η οροθετικότητα ενός ή περισσότερων από τα άτομα αυτά-, με σκοπό τη διαφύλαξή του από το ευρύτερο περιβάλλον. Ο βασικός στόχος εδώ είναι η αποφυγή τόσο της έκφρασης του στιγματισμού προς το συγκεκριμένο μέλος -ζευγάρι, παρέα ή και ολόκληρη την οικογένεια- που ακολουθεί στην πλειονότητα των περιπτώσεων τη διάρρευση του μυστικού όσο φυσικά και τη βίωσή του από αυτούς. Το κοινό μυστικό λειτουργεί τότε σα συνδετικός κρίκος ανάμεσα στα συγκεκριμένα άτομα διατηρώντας την ενότητά τους.

Εντούτοις δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που η έκφραση του στίγματος μπορεί να διαλύσει και τις στενότερες, βαθύτερες και ουσιαστικότερες ακόμη σχέσεις. Είναι τότε, που το στίγμα του AIDS παίρνει καθαρά πλέον τη μορφή φαινομένων κοινωνικού ρατσισμού και περιθωριοποίησης, οδηγώντας στην απομόνωση των οροθετικών ατόμων. Είναι σε αυτές τις περιπτώσεις, που η έντονα αρνητική επίδραση της νόσου πάνω στις ανθρώπινες σχέσεις και κατ' επέκταση στο κοινωνικό σύνολο είναι ιδιαίτερα εμφανής και αδιαμφισβήτητη.

Οι αρνητικές συνέπειες του στίγματος του AIDS, αλλά και αυτής καθεαυτής της νόσου όμως, δεν αφορούν μόνο στο σύνολο της κοινωνίας και στο πλέγμα των ανθρώπινων σχέσεων μέσα σε αυτήν. Αφορούν επίσης και σε κάθε άτομο ξεχωριστά, που έρχεται σε επαφή με την αρρώστια και στο σύνολο αυτών των ατόμων. Αφορά στη ψυχολογία τους αλλά και στην ίδια την εξέλιξη της υγείας τους και την ποιότητα της ζωής τους.

Οι επιπτώσεις μίας διάγνωσης οροθετικότητας στη ψυχολογία του ατόμου είναι τεράστιες και πολλές φορές καταστροφικές για το άτομο και την ίδια του τη ζωή. Εντούτοις αντιμετωπίζονται, σε μεγάλο βαθμό, με το πέρασμα του χρόνου, τη σταθεροποίηση της καλής κατάστασης της υγείας του και την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη. Αυτό που είναι, εξίσου, αν όχι περισσότερο, όπως φάνηκε, δύσκολο να αντιμετωπιστεί είναι ο φόβος για το στιγματισμό του.

Ο φόβος του στιγματισμού και των συνεπειών του ενυπάρχει μέσα σε όλους τους ανθρώπους, ανεξαιρέτως οροθετικότητας. Είναι δε τόσο έντονος, που συχνά καθορίζει τη συμπεριφορά των ατόμων ακόμη και για θέματα που αφορούν την υγεία τους, όπως είναι η εξέτασή τους για αντισώματα του ιού HIV. Είναι όμως τόσο έντονος αυτός ο φόβος, γιατί είναι ταυτόχρονα και ξεκάθαρος στις αντιλήψεις των ατόμων που το βιώνουν. Γίνεται καθοριστικός, γιατί οι συνέπειες του στίγματος είναι γνωστές, απτές και πραγματικές, ακόμη και σε αυτούς που δεν έχουν στιγματιστεί. Γιατί ο στιγματισμός είναι μία διάχυτη κοινωνική διαδικασία δύο ήδη γνωστών -από το σύνολο των μελών μίας κοινωνίας- ρόλων.

Γνωρίζοντας λοιπόν -περισσότερο ή λιγότερο- ποιές θα είναι οι συνέπειες του στιγματισμού τους, τα άτομα φοβούνται το στιγματισμό, αποφεύγουν σε μεγάλο βαθμό να εξεταστούν για AIDS, ενώ, αν διαγνωστούν 'οροθετικά', αρνούνται να μοιραστούν το 'μυστικό' της οροθετικότητάς τους. Με αυτούς τους τρόπους προσπαθούν να αποφύγουν τη βίωση του στίγματος του AIDS και των συνεπειών του.

Στις περιπτώσεις όμως που η οροθετικότητα αποκαλυφθεί και τα άτομα έρθουν αντιμέτωπα με το στιγματισμό, οι συνέπειες είναι σοβαρότατες. Αν και η βίωση του στιγματισμού πραγματοποιείται συχνότερα στις αραιές και επιφανειακές σχέσεις και σπανιότερα στις στενές και ουσιαστικότερες, δε λείπει και από αυτές. Οδηγεί δε πολλές φορές στην παθητική αντιμετώπιση της κατάστασή τους από τα οροθετικά άτομα, με καταστροφικές συνέπειες για τον ψυχισμό αλλά και την υγεία τους.

Η αντιμετώπιση του οικείου περιβάλλοντος είναι -όπως φάνηκε- καθοριστικός παράγοντας στη διαδικασία διαμόρφωσης της στάσης του οροθετικού ατόμου απέναντι στη μόλυνσή του. Η συμπαράσταση και ψυχολογική στήριξη του ατόμου από το περιβάλλον του μπορεί να βοηθήσει, όχι μόνο στη διατήρηση της καλής του διάθεσης, της θετικής και δυναμικής του στάσης απέναντι στην κατάστασή του, αλλά και στην καλή διατήρηση της υγείας του. Αντίθετα, ο στιγματισμός και η

περιθωριοποίηση του ατόμου έχει καταστροφικές επιπτώσεις τόσο στη ψυχολογία του και στην αντιμετώπιση της μόλυνσής του όσο και στην ίδια την πορεία της υγείας του και την εξέλιξη της νόσου.

Η συμπαράσταση, βεβαίως, πολλές φορές, προκύπτει όχι μέσα από το οικείο περιβάλλον αλλά από άλλα οροθετικά άτομα. Στις περιπτώσεις τέτοιων σχέσεων η στήριξη και πάλι παίζει ευεργετικό ρόλο, αφενός μεν στη στάση που υιοθετεί το άτομο απέναντι στο πρόβλημά του και αφετέρου στην πορεία της υγείας του. Εντούτοις περιπτώσεις τέτοιων σχέσεων μπορούν να επιφέρουν και αρνητικά αποτελέσματα, αν υπάρξει θάνατος γνωστού ή φιλικού προσώπου.

Σε κάθε περίπτωση, τα οροθετικά άτομα επηρεάζονται πολύ έντονα και αντίστοιχα από τη θετική ή αρνητική αντιμετώπιση του περιβάλλοντός τους, όποιο και αν είναι αυτό. Η στάση τους απέναντι στη μόλυνσή τους διαμορφώνεται μεν με βάση την προσωπικότητά τους, αλλά σε σημαντικό βαθμό καθορίζεται και από αυτές τις αντιδράσεις. Συχνά, ακόμη και όταν αρχικά δέχονται παθητικά την κατάστασή τους, καταλήγουν -με το χρόνο και κάποιας μορφής ψυχολογική στήριξη- στην υιοθέτηση θετικής και αισόδοξης στάσης. Σπάνια λειτουργούν δυναμικά με τη μορφή κινητοποιήσεων ή δραστηριοποίησης για τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους, αλλά επίσης σπάνια εγκαταλείπονται με εντελώς παθητικό τρόπο.

Ωστόσο όποια στάση και αν υιοθετήσουν οι μακροχρόνιες, ψυχολογικές επιπτώσεις στα άτομα αυτά, τόσο της νόσου όσο και του στίγματος που αυτή επιφέρει, είναι πολλές και εξαιρετικά σοβαρές. Επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή, την υγεία αλλά και τη λειτουργία των ατόμων αυτών, ως μελών μιάς κοινωνίας σε όλα τα επίπεδα. Καθώς όμως η εξάλειψη των παραγόντων, που δημιουργούν αυτές τις συνέπειες, δηλαδή η νόσος και το στίγμα της, φαντάζει αδύνατη, η μόνη προσπάθεια που παραμένει εφικτή είναι αυτή της ελαχιστοποίησης αυτών των συνεπειών.

Η προσπάθεια αυτή είναι εφικτή, βεβαίως, και μπορεί να έχει κάποια αποτελέσματα, μόνο αν στηριχθεί σε σωστό σχεδιασμό και επιχειρηθεί με συνέπεια. Αρμόζει να ξεκινήσει από την Πολιτεία, αλλά απαιτεί τη συμμετοχή όλων των μελών της κοινωνίας. Αυτών που ασχολούνται και επηρεάζονται άμεσα από τη νόσο, αλλά και όλων των υπολοίπων. Διότι απαιτεί την αλλαγή βαθιά ριζωμένων αντιλήψεων και στάσεων, την αλλαγή στη γενικότερη παιδεία -με την ευρύτερη έννοια του όρου- της κοινωνίας.

Η ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της νόσου και του στιγματισμού της απαιτεί την προσπάθεια του συνόλου της κοινωνίας, διότι αυτές οι επιπτώσεις είναι

στη μεγαλύτερη έκτασή τους κοινωνικές. Η 'κοινωνική φύση' του AIDS ξεδιπλώθηκε σε πολλά επίπεδα, με σημαντικές ενδείξεις μέσα από την ίδια την άσκηση της Πολιτικής για τη νόσο[396]. Έγινε ακόμη πιο ξεκάθαρη, όμως, μέσα από τη διερεύνηση των άτυπων, ανεπίσημων, καθημερινών αντιδράσεων των μελών της κοινωνίας απέναντι στα οροθετικά άτομα. Μέσα από αυτή τη διερεύνηση σκιαγραφήθηκαν:

1. Η αρνητική πρόσληψη της νόσου από την Ελληνική κοινωνία, μέσα από τις διαδικασίες της διαμόρφωσης, έκφρασης και βίωσης του στίγματος του AIDS προς και από τα οροθετικά άτομα και το οικείο περιβάλον τους. Ο στιγματισμός που είναι έκδηλος στα πλαίσια όλων των ανθρώπινων σχέσεων αυτών των ατόμων[397], δεν αφήνει περιθώρια αμφισβήτησης αυτής της αρνητικής πρόσληψης.
2. Η στοιχειώδης δυνατότητα της θετικής επίδρασης της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, μέσω της σχέσης που καλλιεργεί με τα οροθετικά άτομα, δημιουργώντας έτσι συμμάχους ή εχθρούς ως προς την κατεύθυνση αυτή. Η προφανής διαμόρφωση και έκφραση του στιγματισμού προς τα άτομα αυτά αφήνει μικρά περιθώρια για τη δημιουργία συμμάχων ανάμεσά τους. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις –σοβαρότατες πολλές φορές-, που συνεπάγεται ο στιγματισμός στα οροθετικά άτομα, φαίνεται να στενεύουν ακόμη περισσότερο αυτά τα περιθώρια. Έτσι η κοινωνία φαίνεται να χάνει τη δυνατότητα μίας θετικής επίδρασης στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, τουλάχιστον σε συλλογικό επίπεδο. Εντούτοις η ψυχολογική στάση, που υιοθετούν εντέλει τα άτομα, -η οποία βεβαίως επηρεάζεται από το στιγματισμό και τις επιπτώσεις του- και η οποία αντίστοιχα επηρεάζει με σημαντικό τρόπο την εξέλιξη της νόσου σε ατομικό επίπεδο, εμφανίζεται ως τελικά θετική. Έτσι η εξέλιξη της πορείας της νόσου δεν παρουσιάζει την καταστροφική εικόνα που ενδεχομένως θα περίμενε κανείς. Τα εύσημα όμως γι' αυτό δε μπορούν να αποδοθούν στο κοινωνικό σύνολο και τις επιτυχημένες, οργανωμένες προσπάθειές του. Αντίθετα οφείλονται μάλλον στις μεμονωμένες, έντονες προσπάθειες ατόμων, με ισχυρή θέληση και αποφασιστικότητα –συχνά μελών του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού-, οι οποίες βοηθούν σημαντικά ως προς αυτή την κατεύθυνση.

[396] Βλέπε κεφ.5 'Αξιολόγηση της Πολιτικής Πρόληψης ', 'Αξιολόγηση της Πολιτικής Θεραπείας' και 'Συνοπτικά Συμπεράσματα της Πολιτικής για το AIDS'.
[397] Όπως περιγράφηκε παραπάνω αναλυτικότερα.

3. Η επίδραση της νόσου στο κοινωνικό σύνολο, μέσα από την επίδραση του στιγματισμού -που την ακολουθεί- στο σύνολο αυτό. Οι συνέπειές του στίγματος στην καθημερινότητα, στους ανθρώπινους δεσμούς και στη ψυχολογία των οροθετικών ατόμων και των οικείων τους, εμφανίστηκαν από δυσάρεστες και αρνητικές έως και καταστροφικές. Έτσι οι επιδράσεις του στίγματος και αναπόφευκτα και της νόσου, με την οποία έχει συνδεθεί, αποκαλύπτονται ως διασπαστικές των κοινωνικών σχέσεων και της κοινωνικής συνοχής στην ουσία τους και καταστροφικές για την κοινωνία στο αποτέλεσμά τους. Η εικόνα αυτών των επιδράσεων βέβαια ολοκληρώνεται στη συνέχεια, όταν αυτές συνδέονται με τις δημογραφικές και οικονομικές επιπτώσεις της νόσου στην Ελληνική κοινωνία. Εντούτοις, αξίζει εδώ να σημειωθεί, ότι, εκτός απ' όλες αυτές τις αρνητικές επιδράσεις της νόσου και του στίγματος, εμφανίστηκαν και κάποιες 'θετικές' στο κοινωνικό σύνολο. Αν και σημαντικά λιγότερες, οι επιδράσεις αυτές δε λείπουν. Εκδηλώνονται –όπως φάνηκε- κατά βάση στα πλαίσια των διαπροσωπικών ανθρώπινων σχέσεων, λειτουργώντας ενωτικά, διεγείροντας θετικές αντιδράσεις και συναισθήματα. Η πεισματική θέληση, που αποδείχτηκε πως υπάρχει σε πολλά άτομα, που ασχολούνται με το AIDS και τα οροθετικά άτομα, είναι ένα τέτοιο παράδειγμα.

Η θέληση και διάθεση αυτών των ατόμων -σε πολλές περιπτώσεις μελών του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού[398]- υπερνικά τα πολλαπλά προβλήματα και αδυναμίες που υπάρχουν στην πολιτική αντιμετώπισης της νόσου, με θετικά αποτελέσματα κυρίως για τα οροθετικά άτομα. Έτσι βοηθά όχι μόνο στην ιατρική αντιμετώπιση της νόσου αλλά και στη ψυχολογία των ατόμων αυτών. Μπορεί λοιπόν να ειπωθεί ότι λειτουργεί ενωτικά, διατηρώντας την κοινωνική συνοχή και εξισορροπώντας -περισσότερο ή λιγότερο- τις συνέπειες από τις ήδη διαταραγμένες από το στιγματισμό διαπροσωπικές, ανθρώπινες σχέσεις. Εξισορροπώντας έτσι και τις έντονα αρνητικές επιδράσεις του στίγματος και της ίδιας της νόσου στο κοινωνικό σύνολο.

Τον ίδιο πάνω-κάτω ρόλο, εξάλλου, παίζουν κάποιες από τις μη κυβερνητικές οργανώσεις υποστήριξης οροθετικών ατόμων, αν και όλες έχουν την ίδια δυνατότητα. Η ύπαρξη των οργανώσεων αυτών μπορεί να αποτελέσει ένα δεύτερο παράδειγμα 'θετικής', επίδρασης της νόσου στο κοινωνικό σύνολο και τις ανθρώπινες σχέσεις. Η

[398] Όπως αναφέρθηκε και λίγο παραπάνω.

δυνατότητα λειτουργίας τους, ως παράγοντας συσπείρωσης γύρω από το κοινό πρόβλημα και τόνωσης της ψυχολογίας των ατόμων αυτών, έγινε καθαρά εμφανής μέσα από τις απαντήσεις των ερωτώμενων. Εξίσου εμφανής έγινε και ο θετικός, εξισορροποιητικός ρόλος τους σχετικά με τις κοινωνικές επαφές και τις ανθρώπινες διαπροσωπικές σχέσεις των οροθετικών. Επαφές και σχέσεις, η ύπαρξη και ποιότητα των οποίων επηρεάζει καθοριστικά τόσο την υγεία όσο και τη γενικότερη λειτουργία των συγκεκριμένων ατόμων μέσα στην κοινωνία.

Μέσα από τις όποιες 'θετικές' και τις σημαντικά περισσότερες αρνητικές επιδράσεις του AIDS στο κοινωνικό σύνολο, όπως αυτές παρουσιάστηκαν έως τώρα, ξεδιπλώνονται πολλά απο τα κοινωνικά χαρακτηριστικά της. Μέσα από όλα τα επιμέρους συμπεράσματα και σχόλια, που προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτώμενων σε όλα τα επίπεδα των συνεντεύξεων, επισφραγίστηκε η κοινωνική φύση του AIDS. Τα επίπεδα στα οποία ξεδιπλώθηκε αφορούσαν:

1. Τη διαδικασία της θεωρητικής πρόσληψης της νόσου και της κοινωνικής, ηθικής και πολιτισμικής φόρτισης της πρόσληψης αυτής,
2. την επίδραση της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου,
3. την επίδραση της νόσου και του στίγματος, που συνεπάγεται σε όλο το φάσμα των ανθρώπινων σχέσεων, αλλά και των κανόνων και αξιών που τις καθορίζουν.

Η ολοκλήρωση της αποκάλυψης της κοινωνικής φύσης του AIDS επιχειρείται στη συνέχεια μέσα από τη διερεύνηση των συνεπειών της νόσου σε επίπεδο δημογραφίας και οικονομίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Οι συνέπειες μίας νόσου με επιδημικές διαστάσεις, όπως είναι το AIDS, πάνω σε μία κοινωνία είναι πολλές, πολύπλοκες και συχνά απρόβλεπτες. Κάποιες απ' αυτές δεν μπορούν να είναι εμφανείς παρά μόνο μετά την πάροδο πολλών ετών, και αφού το σοβαρό πρόβλημα έχει ξεπεραστεί. Το AIDS όμως είναι μία σχετικά νέα νόσος της οποίας μόνο οι άμεσες και έντονες συνέπειες έχουν φανεί. Δεν είναι φιλοδοξία, λοιπόν, αυτής της διατριβής να παρουσιάσει αναλυτικά τις σε βάθος επιδράσεις της νόσου στις κοινωνικές δομές, συνθήκες, αξίες, αντιλήψεις και σχέσεις. Το εγχείρημα, αντίθετα, επικεντρώνεται στην πολύ συνοπτική παρουσίαση των άμεσων συνεπειών της νόσου, όπως αυτές έχουν παρουσιαστεί στη διεθνή βιβλιογραφία αλλά έχουν εντοπιστεί και σε εθνικό επίπεδο. Συγκεκριμένα επιχειρείται η παρουσίαση του τρόπου με τον οποίο η νόσος μπορεί ή έχει ήδη επιδράσει στην οικονομία της χώρας μας, στον πληθυσμό της και στη διαμόρφωση των κοινωνικών σχέσεων που αναπτύσσονται μέσα στα πλαίσιά της.

Οι πιο σοβαρές ίσως συνέπειες του AIDS σε μια κοινωνία αφορούν στην άμεση αλλά και στην έμμεση επίδραση της νόσου στη διαμόρφωση των κοινωνικών σχέσεων και διαδικασιών, που αναπτύσσονται και λαμβάνουν χώρα μέσα στα πλαίσιά της. Αφορούν, με άλλα λόγια, στην επίδραση στον τρόπο με τον οποίο οργανώνουμε την ατομική και συλλογική ζωή μας, στους θεσμούς, στα πρότυπα, στις αξίες, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις πολιτιστικές εκφράσεις. Το AIDS, όπως αναμενόταν, έχει οδηγήσει σε προσαρμοστικές αλλαγές μέσα στην κοινωνία με προσωρινό ή μόνιμο χαρακτήρα. Έχει ήδη αποτελέσει διεθνώς πηγή εντάσεων και λόγο διαμάχης πάνω από θεσμοθετικά και επαγγελματικά ζητήματα, ενώ έχει πολλές φορές οδηγήσει στην αμφισβήτηση των δεδομένων προτεραιοτήτων σε ζητήματα ηθικών αξιών (Nelkin, D, Willis, D.P., Parris, S.V., (eds), 1991, σελ. 1 - 2, 5, 7).

Το AIDS έχει επιτείνει τις εντάσεις γύρω και μέσα στην οικογένεια επηρεάζοντας νομικά καθορισμένα θέματα, διαδικασίες λήψης ιατρικών αποφάσεων και ζητήματα κηδεμονίας παιδιών και δικαιωμάτων στέγης. Οι ήδη υπάρχουσες οικογένειες αναγκάζονται να προσαρμοστούν στις κρίσεις που δημιουργούνται από το AIDS, ενώ είναι οι αλλαγές στους νόμους και στα έθιμα που καθορίζουν πλέον τον τρόπο σχηματισμού νέων. Η νόσος απειλεί τις σχέσεις οικειότητας και αποδοχής που

χαρακτηρίζουν τους οικογενειακούς δεσμούς, ενώ ταυτόχρονα ενισχύει την ανάγκη ύπαρξής τους (Nelkin, D, Willis, D.P.,Parris, S.V. (eds), 1991, σελ.9, Bor, R., Miller, R, Goldman, E, Kernoff, P, 1989, Levine, C., 1990).

Οι επιπτώσεις του AIDS όμως προχωρούν και στο νόμο και τις νομικές διατάξεις. Περιλαμβάνουν τη δημιουργία και αντιμετώπιση καθαρά συνταγματικών ζητημάτων, όπως αυτά του ρατσισμού και των διακρίσεων απέναντι σε φορείς ή ασθενείς της νόσου, της εμπιστευτικότητας και του ιατρικού απόρρητου, και ακόμα του ελέγχου για αντισώματα HIV σε όλες του τις μορφές -υποχρεωτικό, εθελοντικό, έλεγχο χωρίς συγκατάθεση και ανώνυμο. Περιλαμβάνουν επίσης τη ρύθμιση περιπτώσεων που εντάσσονται στον ποινικό νόμο, όπως είναι το ζήτημα των φυλακισμένων, των εκδιδόμενων ατόμων και των τοξικομανών, αλλά και άλλων μεμονωμένων περιστατικών, όπως η άρνηση ασφάλισης, η απόλυση από εργασία, ο αποκλεισμός από σχολεία παιδιών σχολικής ηλικίας κ.λ.π. (Nelkin, D., Willis, D.P., Parris, S.V., (eds), 1991, σελ. 9, Almond, B. (ed), 1990, σελ. 112 - 134).

Το AIDS όμως δημιουργεί και ηθικά διλήμματα. Ένα απ' αυτά αφορά στους γιατρούς και επικεντρώνεται στην απόφαση την οποία καλείται να πάρει συχνά ο επαγγελματίας, ανάμεσα στην απόλυτη τήρηση του ιατρικού απόρρητου και την εκπλήρωση άλλων ηθικών επιταγών, όπως την αποφυγή και άλλων μολύνσεων (Almond, B, (ed), 1990, σελ. 56 - 67). Αυτή η απόφαση να δοθεί προτεραιότητα σε ένα από τα δύο εντάσσεται μέσα στα πλαίσια ενός ευρύτερου ηθικού διλήμματος που το AIDS έχει δημιουργήσει στην κοινωνία: της επιλογής ανάμεσα στα ατομικά ανθρώπινα δικαιώματα και στο 'κοινό καλό' (Almond, B., (ed), 1990, σελ.68 - 80, 161 - 168, Nelkin, D., Willis, D.P., Parris, S.V., (eds), 1991, σελ. 9-10).

Εάν η παραπάνω επιλογή γίνει προς όφελος του 'κοινού καλού', σε συνδυασμό με ένα γενικευμένου αίσθημα φόβου για τη νόσο, μπορεί να οδηγήσει, όπως έχει συμβεί πολλές φορές στο παρελθόν, σε φαινόμενα ρατσισμού και κοινωνικής απομόνωσης τόσο των φορέων ή ασθενών όσο και όποιων άλλων ατόμων ή ομάδων θεωρούνται επικίνδυνες. Τα φαινόμενα ξενοφοβίας και υστερίας για την ομοφυλοφιλία αποτελούν τρανταχτά παραδείγματα (Almond, B, (ed), 1990, σελ. 99 - 108, Sontag, S, 1988, σελ. 60 - 65). Η συνέπεια βέβαια αυτών των καταστάσεων είναι ο χωρισμός της κοινωνίας σε ομάδες 'καλών' και 'κακών' και η αναταραχή των ανθρώπινων σχέσεων. Ο χωρισμός αυτός πολλές φορές ενθαρρύνεται από τα ΜΜΕ, στη δική τους προσπάθεια να ενημερώσουν τον κόσμο και να προστατεύσουν το 'δημόσιο καλό'.

Μέσα στα ίδια πλαίσια, όμως, λειτουργούν και η πολιτική και η Εκκλησία, που με τη σειρά τους δέχονται μία έντονη πρόκληση από το AIDS: να υπερασπιστούν τα άτομα και τις ομάδες που θίγονται περισσότερο από τη νόσο, δίνοντας προτεραιότητα στα ατομικά δικαιώματα, ή να τις καταδικάσουν προς όφελος του 'κοινού καλού' υποθάλποντας το ρατσισμό, τον πανικό και την αναστάτωση των ανθρωπίνων σχέσεων; Η πολιτική έχει πολλές φορές βρεθεί μπροστά σ΄ αυτό το δίλημμα, ιδιαίτερα στη Αμερική, όπου το κίνημα των ομοφυλόφιλων έχει αποκτήσει σημαντική ισχύ (Shilts, R., 1987). Οι αποφάσεις, που παίρνονται κάθε φορά, φαίνεται να αποτελούν προσπάθεια εξισορρόπησης των δύο καταστάσεων ανάλογα με την περίπτωση και τις ανάγκες της.

Το ζήτημα των κοινωνικών σχέσεων και των επιδράσεων της νόσου σ' αυτές, στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας, είναι το πρώτο που διερευνήθηκε και ένα από τα ουσιαστικότερα στην παρούσα διατριβή. Για το λόγο αυτό ολοκληρώθηκε και παρουσιάστηκε διεξοδικά στα προηγούμενα κεφάλαια. Ξεκινώντας από την Πολιτική για το AIDS και συνεχίζοντας με το στιγματισμό των οροθετικών ατόμων και των οικείων τους, έγιναν εμφανείς αυτές οι επιδράσεις και η μορφή που παίρνουν. Έτσι αποκαλύφθηκε ο εν γένει, και με λίγες εξαιρέσεις, διασπαστικός ρόλος της νόσου και του στίγματος, που αυτή συνεπάγεται σε όλα τα επίπεδα των ανθρώπινων σχέσεων, από τις στενότερες και πιο ουσιαστικές έως τις χαλαρότερες και πιο επιφανειακές. Περιγράφηκαν οι τρόποι με τους οποίους η νόσος και το στίγμα της επιδρούν σ' αυτές τις σχέσεις, καθώς και τα αποτελέσματα που στην πλειονότητα των περιπτώσεων ακολουθούν.

Ανακεφαλαιώνοντας, μπορούμε να πούμε ότι οι επιδράσεις του AIDS στην Ελλάδα είναι αντίστοιχες με αυτές που έχουν εμφανιστεί διεθνώς. Το AIDS έχει επιδράσει βαθιά στη διαμόρφωση όλων των κοινωνικών σχέσεων, στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας, απ' αυτές που καθορίζονται μέσα από τις νομικές διατάξεις μέχρι αυτές που αναπτύσσονται μέσα στους κόλπους της οικογένειας. Τα ηθικά διλήμματα που έχουν προκύψει στη διεθνή εμπειρία έχουν εμφανιστεί και στη χώρα μας με αντίστοιχους τρόπους αντιμετώπισής τους[399]. Οι νομικές διατάξεις, που έχουν δημιουργηθεί εκ νέου ή έχουν προσαρμοστεί στις, κατά περίπτωση, ανάγκες, αφορούν στα ίδια πάνω κάτω ζητήματα στην Ελλάδα όπως και στο εξωτερικό και οι

[399] Όπως το δίλημμα ανάμεσα στο 'κοινό καλό' και τα 'ανθρώπινα δικαιώματα' των οροθετικών, όπως αυτό προέκυψε από τις συνεντεύξεις στα κεφάλαια 5 και 6.

ειδικές ρυθμίσεις, τυπικές ή άτυπες, επικεντρώνονται στις ίδιες ομάδες πληθυσμού[400].

Συνοπτικά φάνηκε ότι η έκφραση και βίωση του στιγματισμού, μέσα στα πλαίσια όλων των ανθρώπινων σχέσεων, αποκαλύπτει, σαν αιτία αλλά και σαν ατράνταχτη απόδειξη, την αρνητική επίδραση της νόσου στους ανθρώπινους δεσμούς και στις ανθρώπινες σχέσεις και μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας. Αποκαλύπτει όμως έτσι ταυτόχρονα την αρνητική, διαβρωτική επίδραση της νόσου και στους κανόνες, γραπτούς ή άγραφους, αλλά και στις αξίες που ορίζουν αυτές τις σχέσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της αλλοίωσης που έχει επιφέρει η νόσος και το στίγμα που συνεπάγεται στους κοινωνικούς κανόνες και αξίες είναι η συχνή καταπάτηση του ιατρικού απορρήτου. Η καταπάτηση αυτή,[401] που φανερώνει την αντίστοιχη καταπάτηση θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, επιβεβαιώνει ολοφάνερα τον καταστροφικό τρόπο επίδρασης της νόσου στο κοινωνικό σύνολο και την κοινωνική συνοχή. Οι λίγες εξαιρέσεις, κατά τις οποίες φάνηκε η νόσος και το συνακόλουθο στίγμα να λειτουργούν ενωτικά, δεν μπορούν να διαφοροποιήσουν σημαντικά την εικόνα που έχει ως τώρα διαμορφωθεί. Βασίζονται καθαρά και αποκλειστικά στη μεμονωμένη ανθρώπινη θέληση, διάθεση και προσπάθεια και όχι στα αποτελέσματα κάποιας πολιτικής. Επιχειρούν να εξισορροπήσουν την αρνητική επίδραση της νόσου και σε ορισμένες περιπτώσεις πιθανόν το καταφέρνουν, επιβεβαιώνοντας όμως έτσι ουσιαστικά την επίδραση αυτή.

Συνακόλουθα ούτε η Εκκλησία, σαν εκπρόσωπος της θρησκείας, όπως ούτε και η Πολιτεία, φαίνεται να έχει διαδραματίσει ουσιαστικό εξισορροποιητικό ρόλο στη χώρα μας, όσον αφορά στο AIDS και στα οροθετικά άτομα. Μέσα στα πλαίσια της Χριστιανικής Πίστης η Ελληνική Εκκλησία δηλώνει ότι αγκαλιάζει όλους τους οροθετικούς και αρνείται την άποψη της 'Θεϊκής τιμωρίας' για το AIDS και της προσωπικής υπαιτιότητας των οροθετικών για την ασθένειά τους. Ταυτόχρονα, όμως, καταγγέλλει σαν αμαρτία κάθε σεξουαλική σχέση έξω από το γάμο. Υποστηρίζει ότι 'η αυτονόμηση της σεξουαλικότητας από τη συνολική ζωή του ανθρώπου συνιστά παραβίαση και διαστροφή της φυσικής τάξης των πραγμάτων και ότι η φύση παραβιαζόμενη πληρώνει με το ανάλογο τίμημα'. Συνιστά ασκητική στάση ζωής και εγκράτεια (Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, Διμηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο, Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 1992, σελ. 34 - 35, Επίσημον Δελτίον

[400] Βλέπε διατάξεις και ρυθμίσεις για φυλακισμένους και ιερόδουλες.
[401] Στο όνομα της υπεράσπισης του 'κοινού καλού' ή όχι.

της Εκκλησίας της Ελλάδος, τεύχος 11, Δεκέμβριος 2000, σελ. 995-996). Έτσι, όμως, θέτει έμμεσα αλλά φανερά στο περιθώριο ένα μεγάλο αριθμό ατόμων, μέσα στους οποίους βρίσκονται φυσικά και οι ομοφυλόφιλοι. Παρατηρείται λοιπόν ένας διχασμός και μια ασάφεια στη θέση της Εκκλησίας που οδηγεί και στη δική της αδυναμία να εξισορροπήσει τις αρνητικές επιδράσεις του AIDS στην κοινωνία, τα μέλη της, τις αξίες, τις αντιλήψεις και τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους.

Το δεύτερο ζήτημα, που διερευνάται στα πλαίσια των επιπτώσεων του AIDS στην Ελληνική κοινωνία, είναι αυτό που αφορά στις οικονομικές συνέπειές του. Οι οικονομικές συνέπειες του AIDS είναι παγκοσμίως αισθητές. Όπως έχει συμβεί και στο παρελθόν με άλλες επιδημίες, όπως για παράδειγμα με τη σύφιλη, το οικονομικό κόστος που βαραίνει την πολιτεία είναι τεράστιο, τόσο λόγω των ιατρικών υπηρεσιών, των φαρμάκων και της περίθαλψης των αρρώστων, όσο και λόγω ερευνών αλλά και εφαρμογής ευρέων προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και προφύλαξης, όπου αυτά υπάρχουν (Nelkin, D, Willis, D.P., Parris S.V. (eds), 1991, σελ. 1, Brandt, A.M., 1985,σελ. 131 - 133). Εντούτοις το κόστος μίας νόσου δεν αφορά μόνο στα οικονομικά μεγέθη, που αναλογούν στην πολιτεία, αλλά σε ένα κατά πολύ ευρύτερο φάσμα οικονομικών συνεπειών.

Ο υπολογισμός των οικονομικών συνεπειών μιας νόσου σε μία κοινωνία δεν είναι ούτε εύκολος ούτε απλός. Η εκτίμηση του 'κόστους' της απαιτεί την αξιολόγηση πολλών και διαφορετικών παραγόντων, άμεσων και έμμεσων. Αυτός είναι και ο λόγος που καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη αυτή η διαδικασία, καθώς και η μετατροπή και παρουσίαση αυτού του κόστους σε μεγέθη καθαρά οικονομικά και μετρήσιμα. Όπως έχει καταγραφεί από τους ειδικούς επιστήμονες μία ασθένεια μπορεί να προκαλέσει αλλαγές :

1. Στη χρήση των διαθέσιμων στην κοινωνία πόρων, είτε στον τομέα της δημόσιας υγείας με τη δέσμευση κονδυλίων για την καταπολέμηση της νόσου ή σε άλλους τομείς ή ακόμα και στους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειες και τους φίλους τους.
2. Στην παραγωγή, αναγκάζοντας τα άτομα που έχουν προσβληθεί απ' αυτή τη νόσο να απέχουν από την εργασία τους, οδηγώντας έτσι σε μείωση της παραγωγής και του τελικού παραγόμενου προϊόντος.
3. Στην επιδείνωση της γενικότερης κατάστασης υγείας του ατόμου, είτε συνεισφέροντας στη διαδικασία που μόλις περιγράφηκε ή δημιουργώντας αύξηση

στη ζήτηση των απαραίτητων πόρων για την αποκατάστασή της, οδηγώντας, μέσω της χρήσης των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων, σε βελτίωση αυτής της κατάστασης υγείας, επιτρέποντας στα άτομα να επιστρέψουν στην εργασία τους και βοηθώντας έτσι στην αύξηση της παραγωγής (Kyriopoulos J, Kornarou H., Gitona M., (eds.) 1996, σελ. 18-19, 126, Κυριόπουλος Γ, Κορνάρου Ε, Παπαρίζος Β, 1993, σελ.185).

Ο υπολογισμός των αλλαγών σ' αυτούς του τομείς οδηγεί στον υπολογισμό αυτού που αναφέρεται ως συνολικό κόστος μίας νόσου, και το οποίο διαχωρίζεται σε 'άμεσο' και 'έμμεσο'. Το 'άμεσο' κόστος αφορά, ως επί το πλείστον, στον πρώτο από τους τομείς, που αναφέρθηκαν παραπάνω, και το 'έμμεσο' στους άλλους δύο. Ο υπολογισμός τους δε απαιτεί την καταγραφή των πόρων που χρησιμοποιούνται στη μάχη κατά της νόσου, την ποσοτική εκτίμηση των μεγεθών αυτών και τη μετατροπή τους σε χρηματικές μονάδες (Kyriopoulos J, Kornarou H., Gitona M., (eds.) 1996, σελ. 125, Κυριόπουλος Γ, Κορνάρου Ε, Παπαρίζος Β, 1993, σελ.186). Εντούτοις ο υπολογισμός αυτός καθορίζεται από τους ιδιαίτερους παράγοντες, που διαμορφώνουν το κόστος μιας νόσου και οι οποίοι αποτελούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτής της νόσου.

Συγκεκριμένα, για την περίπτωση του AIDS στην Ελλάδα, στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν το συνολικό -άμεσο και έμμεσο- κόστος συμπεριλαμβάνονται:

1. Η χρόνια φύση της νόσου, η μεγάλη ευρύτητα, ποικιλία και σοβαρότητα των συμπτωμάτων της.
2. Η μεγάλη συχνότητα της επιδημίας μεταξύ νέων και αρρένων, με συνέπεια την επίδραση σε μέρος του οικονομικά ενεργού πληθυσμού.
3. Το υψηλό κόστος των θεραπευτικών μέτρων που εφαρμόζονται και η ανάγκη εφαρμογής τους για μακρά χρονικά διαστήματα.
4. Η ανάγκη ανάπτυξης ειδικών τμημάτων στα νοσοκομεία για τη φροντίδα των οροθετικών ασθενών.
5. Η ανάγκη και το γεγονός διάθεσης μεγάλης κλίμακας επιστημονικών πόρων και πόρων δημόσιας υγείας, αλλά και σημαντικού όγκου χρηματοδότησης στην έρευνα για το AIDS. (Kyriopoulos J, Kornarou H., Gitona M., (eds.) 1996, σελ. 19).

Σ' αυτά τα χαρακτηριστικά, όμως, προστίθενται και κάποια άλλα επιμέρους, τα οποία αφορούν είτε στην ίδια τη νόσο εν γένει ή στην πορεία, εξέλιξη και

αντιμετώπισή της, μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής κοινωνίας, που με τη σειρά τους επηρεάζουν το συνολικό κόστος της νόσου, ενώ συχνά δυσχεραίνουν και τον υπολογισμό του. Έτσι για παράδειγμα, το κόστος του AIDS που αφορά στην άμεση αντιμετώπισή του επηρεάζεται σημαντικά από την πορεία και εξέλιξη της νόσου στο χρόνο, τη διαφοροποίηση των επιδημιολογικών της επιπέδων και συνεπώς και των επιπέδων περίθαλψης και νοσηλείας (Kyriopoulos J, Kornarou H., Gitona M., (eds.) 1996, σελ. 119). Συνεπώς βλέπουμε ότι, ενώ παρατηρείται μείωση του χρόνου νοσηλείας των οροθετικών ασθενών σε σχέση με το παρελθόν, υπάρχει ταυτόχρονη αύξηση του αριθμού των ασθενών αυτών που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας. (Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 106). Έτσι το κόστος της ασθένειας δε μειώνεται, αλλά αντίθετα αυξάνεται.

Επίσης το κόστος του AIDS επιβαρύνεται από τα επιπρόσθετα έξοδα που απαιτεί η νοσοκομειακή περίθαλψη των οροθετικών ασθενών, όπως είναι η εντατική φροντίδα, η ειδική εκπαίδευση προσωπικού, η εφαρμογή πρόσθετων προληπτικών μέτρων και η ανάπτυξη νέων, εξειδικευμένων τεχνολογιών. Παράλληλα, όμως, τα ίδια αυτά έξοδα δυσκολεύουν τον τρόπο υπολογισμού της περίθαλψης αυτής και άρα και του κόστους της νόσου (Kyriopoulos J, Kornarou H., Gitona M., (eds.) 1996, σελ. 123). Αντίστοιχα επιβαρύνεται το κόστος της ασθένειας και δυσκολεύει ο υπολογισμός του από την ανάγκη συχνής περίθαλψης ή και νοσηλείας των οροθετικών ασθενών σε νοσοκομείο, λόγω της έλλειψης υποδομής για φροντίδα στο σπίτι, καθώς και επαρκών εθελοντικών υπηρεσιών[402] (Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 106).

Τέλος το κόστος της νόσου αυξάνεται, αλλά με τρόπο που δύσκολα μπορεί να υπολογιστεί, από το κόστος που πέφτει στους ώμους των οροθετικών και των οικογενειών τους. Σ' αυτό περιλαμβάνεται το άμεσο κόστος όπως είναι αυτό που προκύπτει από τα έξοδα της μεταφοράς σε και από τα νοσοκομεία, αυτά που αφορούν σε ειδικές δίαιτες που εφαρμόζονται στα άτομα, εκείνα που είναι αποτέλεσμα αλλαγών που γίνονται στον τόπο κατοικίας για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Περιλαμβάνεται όμως και το έμμεσο ή 'ποιοτικό' κόστος που σχετίζεται με το χρόνο αναμονής στα νοσοκομεία, το ψυχολογικό κόστος στους ασθενείς, τις οικογένειες, τους φίλους τους (Kyriopoulos J, Kornarou H., Gitona M., (eds.) 1996, σελ. 123).

[402] Στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας.

Αυτού του είδους το κόστος δεν μπορεί να αγνοηθεί στη διαδικασία υπολογισμού του συνολικού κόστους της νόσου στην Ελληνική κοινωνία. Εντούτοις, ενώ η καταγραφή του δεν είναι αδύνατη, η μετατροπή του σε χρηματικές μονάδες είναι πολύ δύσκολη. Οι τιμές που μπορούν να δοθούν για την αξιολόγηση αυτού του κόστους είναι μόνο ενδεικτικές, διότι δεν μπορούν να ανταποκρίνονται με ακρίβεια στην πραγματικότητα (Kyriopoulos J, Kornarou H., Gitona M., (eds.) 1996, σελ. 127).

Το ίδιο, εξάλλου, συμβαίνει και σ' άλλα επίπεδα υπολογισμού του κόστους του AIDS. Οι δυσκολίες επεκτείνονται και σ' άλλους παράγοντες, δημιουργώντας μεθοδολογικά προβλήματα σ' αυτή τη διαδικασία. Οι βασικότεροι απ' αυτούς τους παράγοντες αφορούν:

1. Στα ενδογενή προβλήματα υπολογισμού του ακριβούς κόστους σ' ένα σύστημα δημόσιας υγείας, που δε στηρίζεται σε τιμές αγοράς, όπως είναι αυτό της Ελλάδας.
2. Στην έλλειψη κεντρικών λογιστικών συστημάτων και συστημάτων πληροφόρησης για την καταγραφή, τη συλλογή στοιχείων και τον υπολογισμό του κόστους της περίθαλψης ή άλλων τομέων, περιορισμός που καθιστά τη δουλειά των ερευνητών δύσκολη και κατ' ανάγκη αποσπασματική (Kyriopoulos J, Kornarou H., Gitona M., (eds.) 1996, σελ. 119, Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 106).

Ο πρώτος απ' αυτούς τους παράγοντες αναφέρεται στο γεγονός ότι οι δημόσιες υπηρεσίες των νοσοκομείων, στις οποίες λαμβάνει χώρα ως επί το πλείστον η διαδικασία θεραπείας των οροθετικών ασθενών, χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Κατά συνέπεια στα πλαίσια αυτών των υπηρεσιών απουσιάζουν οι πραγματικές τιμές αγοράς, με αποτέλεσμα να παραποιούνται τα όποια αποτελέσματα υπολογισμού του κόστους, αφού καμία από τις μελέτες, που έχουν δημοσιευτεί έως σήμερα, δεν καλύπτουν τις έννοιες της οικονομικής 'θυσίας' και του περιθωριακού κόστους στην εκτίμηση των εμπλεκόμενων μεγεθών (Kyriopoulos J, Kornarou H., Gitona M., (eds.) 1996, σελ. 122).

Το σημαντικότερο από τα παραδείγματα που αναφέρεται από τους ειδικούς αναλυτές, σχετικά με το πρόβλημα υπολογισμού του κόστους του AIDS που προκύπτει λόγω αυτού του παράγοντα, ενισχύοντάς τον ταυτόχρονα, είναι αυτό που

αφορά στη δωρεάν χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής των οροθετικών ατόμων[403]. Αυτή η κρατική παρέμβαση έχει εξασφαλίσει ένα κρατικό μονοπώλιο με χαμηλότερες τιμές φαρμάκων απ' αυτές της αγοράς. Συνεπώς ο υπολογισμός του κόστους, που γίνεται με βάση τη μέτρηση αυτών των τιμών, πιθανότατα υποτιμά το πραγματικό κόστος της φαρμακευτικής φροντίδας, αφού οι τρέχουσες τιμές είναι υψηλότερες (Kyriopoulos J, Kornarou H., Gitona M., (eds.) 1996, σελ. 123-124). Αντίστοιχα προβλήματα και υποτιμήσεις βεβαίως αναφέρονται και στον υπολογισμό του κόστους νοσηλείας των οροθετικών ασθενών, των εργαστηριακών τους εξετάσεων κλπ. (Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 106-107).

Ο δεύτερος απ' αυτούς τους παράγοντες αναφέρεται στη δυσκολία συλλογής των απαραίτητων στοιχείων για τον ακριβή υπολογισμό, έστω και με τις υπάρχουσες αποκλίσεις στις τιμές που μόλις αναφέρθηκαν, του πραγματικού κόστους. Αναφέρεται στα περιορισμένα δεδομένα, που παρέχουν οι διάφορες μονάδες περίθαλψης σχετικά με το κόστος της θεραπείας, δυσκολεύοντας το έργο των μελετητών στην αξιολόγηση των ευρημάτων τους προς ένα ρεαλιστικότερο αποτέλεσμα. (Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 106). Επισημαίνει τέλος την ανάγκη βελτίωσης των μηχανισμών συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων, προκειμένου να ενθαρρυνθεί η επιδημιολογική έρευνα στην Ελλάδα (Κυριόπουλος Γ, Κορνάρου Ε, Παπαρίζος Β, 1993, σελ.182).

Συμπερασματικά τόσο ο σχεδιασμός όσο και η χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας των οροθετικών ατόμων κρίνονται από τους μελετητές ως 'ελαττωματικά' στη διαχείρισή τους, σε σχέση με την Ευρωπαϊκή εμπειρία. Για το λόγο αυτό γίνονται και οι αντίστοιχες προτάσεις για ανασχηματισμό των παραδοσιακών οργανωτικών, διαχειριστικών και χρηματοδοτικών σχημάτων των οροθετικών ασθενών στην Ελλάδα. (Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 106, 107). Προτάσεις, που αφορούν σ' έναν ορθολογιστικό οικονομικό προγραμματισμό για τη φροντίδα και νοσηλεία των HIV / AIDS ασθενών, και οι οποίες περιλαμβάνουν, ανάμεσα σ' άλλα, την προαγωγή εναλλακτικών μορφών φροντίδας πλην της δαπανηρής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, την ανάπτυξη των ήδη υπαρχουσών Νοσηλευτικών Μονάδων Αντιμετώπισης των οροθετικών ατόμων, και

[403] Η χορήγηση αυτή γινόταν δωρεάν μέσω των υπηρεσιών των νοσοκομείων, ενώ κατά το χρόνο διεξαγωγής των συνεντεύξεων σχεδιαζόταν η παραπομπή της διαδικασίας της δωρεάν χορήγησης των φαρμάκων από τα νοσηλευτικά ιδρύματα στα ασφαλιστικά ταμεία.

την εφαρμογή 'ανοικτών' μορφών περίθαλψης. Ο στόχος αυτών των προτάσεων είναι διπλός: 1) επιδιώκει τη συγκράτηση ή και τον περιορισμό του κόστους του AIDS, τουλάχιστον σ' ό,τι αφορά στο άμεσο κόστος της νόσου, συμπεριλαμβανομένου του κόστους νοσηλείας και περίθαλψης των οροθετικών ατόμων, 2) προωθεί τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας στα οροθετικά άτομα (Κυριόπουλος Γ, Κορνάρου Ε, Παπαρίζος Β, 1993, σελ.181, 182, 184).

Οι μέχρι αυτού του σημείου αναφορές στο συνολικό κόστος, άμεσο και έμμεσο, μίας νόσου και ειδικότερα του AIDS σε μία κοινωνία αφορούσαν στην παρουσίαση και ανάλυση των παραγόντων, που το διαμορφώνουν, καθώς και των δυσκολιών που ενυπάρχουν στον υπολογισμό αυτού του κόστους. Μέσα απ' αυτές τις αναφορές γίνεται εμφανές ότι δεν μπορεί να επιτευχθεί ένας ακριβής υπολογισμός του συνολικού κόστους του AIDS, παρά μόνον κατά προσέγγιση και με ενδεικτικές τιμές. Κρίνεται αναγκαίο δε για λόγους ακρίβειας και αξιοπιστίας η όποια παρουσίαση τέτοιου υπολογισμού να περιορίζεται κατά κύριο λόγο στο άμεσο κόστος της νόσου, συμπεριλαμβάνοντας το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης ή και νοσηλείας των οροθετικών ατόμων.

Σύμφωνα μ' αυτούς τους αναγκαίους περιορισμούς δίνονται στη συνέχεια κάποια ενδεικτικά στοιχεία σχετικά μ' αυτό το άμεσο κόστος στη χώρα μας, με βάση δύο έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο νοσοκομείο "Ανδρέας Συγγρός" για τις περιόδους: 1988 - 1990 και 1.1.94 - 31.12.94 (Κυριόπουλος Γ, Κορνάρου Ε, Παπαρίζος Β, 1993, σελ. 121-139, Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 89-100)[404]. Τα στοιχεία που αναφέρονται εδώ αφορούν και στις δύο περιπτώσεις πάσχοντες από AIDS, και όχι ασυμπτωματικούς οροθετικούς, προκειμένου να είναι δυνατή μία ενδεικτική σύγκριση των μεγεθών που προέκυψαν από τις έρευνες αυτές. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά τόσο το ημερήσιο όσο και το ετήσιο κόστος των οροθετικών ασθενών έχει αυξηθεί σημαντικά με τάσεις περαιτέρω αύξησης και όχι μείωσης.

Συγκεκριμένα, μόνο από άποψη ιατρικών υπηρεσιών, φαρμάκων και περίθαλψης, βάσει της έρευνας για την περίοδο 1988 - 1990, το ετήσιο κόστος ενός ασθενούς με AIDS ανερχόταν -με τιμές του 1992- στο ποσό των 3.880.171 δρχ., ενώ το κόστος συνολικής διάρκειας της νόσου -με μέση διάρκεια ζωής περίπου 15 μήνες-

[404] Παρά τις προσπάθειες του μελετητή να εντοπιστούν νεότερα οικονομικά στοιχεία κόστους του AIDS στη χώρα μας, αυτό δεν κατέστη δυνατόν.

ήταν 4.579.188 δρχ. Πιο αναλυτικά, και πάντα με τιμές του 1992: το μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας κατά άτομο με AIDS υπολογίστηκε στις 36.057 δρχ., ενώ το ίδιο κόστος για ασθενή με άλλο νόσημα δε ξεπερνούσε τις 19.780 δρχ. Επίσης το μέσο ημερήσιο κόστος ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, κατά άτομο, με AIDS έφθανε τις 41.739 δρχ., ενώ το μέσο ημερήσιο κόστος 'ανοικτής' νοσηλείας ασθενών -που δε μένουν δηλαδή μέσα στο νοσοκομείο- ήταν 35.053 δρχ.

Η αναλογία των παραπάνω χρημάτων, κατά κατηγορία εξόδων, ήταν η ακόλουθη:

- 38,40% σε φάρμακα, εκ των οποίων 62% αναλογούσε στο AZT και 38 % σ' όλα τα άλλα φάρμακα
- 37, 54 % σε αμοιβές προσωπικού
- 14, 67 % σε λειτουργικά έξοδα
- 5,54 % σε εργαστηριακές πράξεις
- 3,83 % σε έκτακτα έξοδα (μεταγγίσεις, διακομιδές, από /σ' άλλα νοσοκομεία κ.λ.π.) (Κυριόπουλος Γ, Κορνάρου Ε, Παπαρίζος Β, 1993, σελ. 128-129).

Όπως φαίνεται, τα φάρμακα των ασθενών με AIDS, και ιδιαίτερα το AZT εκείνη την περίοδο, τα οποία στη χώρα μας χορηγούνταν και εξακολουθούν να χορηγούνται δωρεάν, αποτελούσαν την κυριότερη πηγή κόστους για την πολιτεία. Συγκεκριμένα, για την ίδια διετία 1988 - 1990, βρέθηκε πως το μέσο ημερήσιο κόστος της φαρμακευτικής αγωγής για AIDS, με τιμές 1992, ήταν 13.850 δρχ., ενώ για άλλα νοσήματα ήταν μόνο 943 δρχ. Για δε το έτος 1992[405], το μέσο ημερήσιο κόστος φαρμακευτικής αγωγής έφτασε τις 39,083 δρχ., λόγω πρόσθεσης και άλλων ακριβών φαρμάκων εκτός του AZT (Παπαρίζος, Β, 1993, Παπαρίζος, Β, Κυριακής, Κ, Χατζηβασιλείου, Μ, Σταυριανέας, Ν, Στρατηγός, Ι.Δ., Κυριόπουλος, Ι, 1992) . Η εικόνα αυτή βεβαίως επιδεινώνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας του 1996, που αναφέρεται στην περίοδο 1.1.94 - 31.12.94.

Σε μία προσπάθεια σύγκρισης των μεγεθών ανάμεσα στις δύο έρευνες, οι τιμές του ημερήσιου αλλά και ετήσιου κόστους ανά ασθενή με AIDS μετατράπηκαν[406] σε τιμές του 1996. Τα μεγέθη που προέκυψαν είναι τα ακόλουθα:

Κόστος	**1990**	**1994**	**% Αλλαγή**
Ημερήσιο κόστος	44.817 δρχ.	71.460 δρχ	+59.49

[405] Όπως προκύπτει από άλλη έρευνα στο ίδιο νοσοκομείο.
[406] Από τον ίδιο τον ερευνητή και στις δύο περιπτώσεις.

Ετήσιο κόστος	4.821.500 δρχ	6.138.734 δρχ	+27.32[407]

Όπως είναι προφανές, σημειώνεται μία σημαντική αύξηση και στα δύο μεγέθη, του ημερήσιου και του ετήσιου κόστους, με μεγαλύτερη όμως απόκλιση στο ημερήσιο. Ο λόγος αυτής της διαφοράς στην αύξηση των δύο μεγεθών εντοπίζεται στην τάση των ασθενών, κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας του 1994 και αλλά και στις μέρες μας, να επισκέπτονται σε αραιότερα διαστήματα το νοσοκομείο για διάφορους λόγους (Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 96).

Στην αναλυτική συγκριτική παρουσίαση της σύνθεσης του κόστους νοσηλείας των οροθετικών ασθενών κατά κατηγορία εξόδων, και πάλι με τιμές 1996, προέκυψαν τα ακόλουθα:

Κατηγορία εξόδων	**1990**	**1994**	**Αλλαγή**
Αμοιβές προσωπικού	16.824 (37.54%)	10.172 (14.23%)	-40%
Εργαστηριακές πράξεις	2.483 (5.54%)	7.947 (11.12%)	+320%
Φάρμακα	17.210 (38.4%)	44.207 (61.86%)	+257%
Λειτουργικά έξοδα	6.574 (14.67%)	4.967 (6.95%)	-25%
Έκτακτες δαπάνες	1.716 (3.83%)	4.167 (5.83%)	+243%[408]

Οι διαφορές που εμφανίζονται στα μεγέθη κατά κατηγορία εξόδων είναι σημαντικές και χρήζουν στοιχειώδους ανάλυσης. Οι αυξήσεις στις κατηγορίες των εργαστηριακών πράξεων και των φαρμάκων εξηγούνται από την πορεία και εξέλιξη της νόσου στο χρόνο. Καθώς τα οροθετικά άτομα ζούσαν κατά το έτος 1994 περισσότερο, κυρίως λόγω των νέων βελτιωμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων που είχαν αρχίσει να τους χορηγούνται, εκδήλωναν πολύ περισσότερες παθήσεις, οφειλόμενες στην πτώση του ανοσοποιητικού τους συστήματος, από τα άτομα κατά την περίοδο 1988-1990. Κατά συνέπεια χρειάζονταν περισσότερες εργαστηριακές εξετάσεις αλλά και περισσότερα φάρμακα για την αντιμετώπιση αυτών των παθήσεων. Όσον αφορά στις έκτακτες δαπάνες, αυτές αναφέρονταν κυρίως σε περιστατικά ασθενών σε προχωρημένα στάδια και αποτελούνται σε μεγάλο βαθμό

[407] Βλέπε Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 96
[408] Βλέπε Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 96.

από τα έξοδα των 'αποκλειστικών' νοσοκόμων (Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 96 - 97).

Διαφορές εμφανίζονται όμως και στις αμοιβές προσωπικού αλλά και στα λειτουργικά έξοδα. Εντούτοις οι διαφορές αυτές είναι αρνητικές. Ο λόγος εδώ τοποθετείται στη γενικότερη οικονομική πολιτική της χώρας κατά την περίοδο της δεύτερης έρευνας, το 1994. Το 'πάγωμα' των αμοιβών, σε συνδυασμό με τον πληθωρισμό και την 'απαγόρευση' νέων προσλήψεων, οδήγησε στην εμφάνιση πτώσης των αμοιβών προσωπικού αλλά και σε αντίστοιχες ελλείψεις του. Η μείωση των λειτουργικών εξόδων εξάλλου ήταν αποτέλεσμα της ίδιας οικονομικής πολιτικής με αυστηρές εντολές στον περιορισμό τους (Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 96).

Αν και όλες οι διαφοροποιήσεις στα μεγέθη, κατά κατηγορία εξόδων, ανάμεσα στα αποτελέσματα των δύο ερευνών είναι σημαντικές, η σημαντικότερη όλων και σα μέγεθος αλλά και σαν προοπτική είναι αυτή που σχετίζεται με την αύξηση του κόστους των φαρμάκων. Κρίνεται ως η σημαντικότερη, γιατί ήδη από τα τέλη του 1995 σταμάτησε η χορήγηση της αντιρετροϊκής μονοθεραπείας, με το γνωστό έως τότε AZT, ενώ από το Σεπτέμβριο του 1996 καθιερώθηκε η χορήγηση της τριπλής αντιρετροϊκής θεραπείας σε μεγάλο αριθμό οροθετικών ασθενών. Το γεγονός αυτό από μόνο του αποτελεί σημαντικότατο παράγοντα αύξησης του άμεσου κόστους του AIDS καθώς η χρήση της τριπλής θεραπείας σημαίνει την αύξηση αυτού του κόστους κατά 1.200.000 -1.500.000 δρχ ετησίως. Έτσι το ετήσιο κόστος μόνον της αντιρετροϊκής θεραπείας των οροθετικών ατόμων, η οποία αποτελεί μόλις το 17.89% του συνόλου των φαρμάκων που τους χορηγούνται με βάση το δείγμα της έρευνας του 1994, ανέρχεται στα 2.7 - 3.0 εκατομμύρια δραχμές, ενώ το αντίστοιχο ημερήσιο κόστος αγγίζει τις 7.400 - 8.200 δρχ. (Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 98 -99).

Από τα μέχρι τώρα, είναι προφανές, πως το κόστος της φροντίδας των οροθετικών ασθενών από μόνο του είναι πολύ υψηλό, ενώ δεν προβλέπεται μείωσή του. Αντίθετα αναμένεται περαιτέρω σταδιακή αύξησή του, λόγω της εξέλιξης της νόσου αλλά και των τρόπων αντιμετώπισής της. Έτσι η μείωση της θνησιμότητας και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής των οροθετικών ατόμων, η ανάπτυξη νέων θεραπευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση των πολλών και διαφορετικών παθήσεων, που εμφανίζονται σε κάθε στάδιο της νόσου, καθώς και η χορήγηση νέων

πολλαπλών φαρμάκων οδηγούν σε αναπόφευκτη αύξηση αυτού του κόστους (Kyriopoulos J, Kornarou H., Paparizos V., Gitona M., (eds.) 1998, σελ. 99).

Το κόστος όμως αυτό αναφέρεται αποκλειστικά και μόνο στο άμεσο κόστος της νόσου και μάλιστα σ' αυτό που αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη και νοσηλεία των οροθετικών ατόμων. Αν σ' αυτό προστεθούν, εάν και σε όποιο βαθμό θα μπορούσαν να υπολογιστούν, τα έξοδα για την ιατρική έρευνα, τα έξοδα για τη λήψη μέτρων πρόληψης και ενημέρωσης, αλλά και τα έξοδα που βαραίνουν τελικά τα ίδια τα οροθετικά άτομα και τους οικείους τους, γίνεται εύκολα κατανοητό πως το μέγεθος του άμεσου κόστους που βαραίνει την κοινωνία ξεπερνά κατά πολύ τα προαναφερθέντα μεγέθη.

Αν θελήσουμε δε να ολοκληρώσουμε την εικόνα, θα χρειαστεί να αξιολογήσουμε και να προσθέσουμε στα έως τώρα και το έμμεσο κόστος της νόσου. Σ' αυτή τη διαδικασία θα παρατηρήσουμε ότι η κοινωνία 'χάνει', λόγω της νόσου, ως επί το πλείστον άτομα που ανήκουν στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό της, δεδομένου του νεαρού της ηλικίας τους. Μ' αυτόν τον τρόπο μειώνεται η παραγωγή αλλά και το τελικό παραγόμενο προϊόν. Αντίστοιχα όμως η κοινωνία επιφορτίζεται με το καθήκον συνταξιοδότησης αυτών των νέων ατόμων, το διάστημα της οποίας αυξάνει επίσης σταδιακά με τη μείωση της θνησιμότητας και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Έτσι, ενώ από τη μία μεριά η κοινωνία στερείται πόρων, λόγω της αποχής αυτών των ατόμων από την εργασία τους, ταυτόχρονα από την άλλη καλείται να διαθέσει προς αυτούς νέους πόρους για την επιβίωσή τους. Γίνεται προφανής λοιπόν η περαιτέρω αύξηση του κόστους της νόσου στην κοινωνία, παρόλο που η αύξηση αυτή είναι δύσκολο έως αδύνατο να υπολογιστεί με ακρίβεια και να καταγραφεί με τη μορφή χρηματικών μεγεθών.

Η απώλεια όμως μεγάλου αριθμού νεαρών ατόμων έχει άλλη μία έμμεση, αλλά σοβαρή συνέπεια. Η συνέπεια αυτή είναι δημογραφική και αφορά στην απώλεια σημαντικού μέρους του αναπαραγωγικού πληθυσμού από τον ιό του AIDS. Το πρόβλημα αυτό δεν κρίνεται ως άμεσα απειλητικό ακόμα για τη χώρα μας, δεδομένου ότι τα κρούσματα του AIDS και οι αντίστοιχοι θάνατοι είναι περιορισμένης κλίμακας σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό[409]. Πολύ σημαντικό αντίθετα είναι αυτό το πρόβλημα για άλλες περιοχές της γης, όπως είναι η Αφρική, η Ασία και η Αμερική, όπου παρατηρούνται τα περισσότερα κρούσματα της νόσου με πραγματικά άμεσες

[409] Ο συνολικός αριθμός των δηλωθέντων οροθετικών ατόμων στην Ελλάδα από την αρχή της εμφάνισης της νόσου μέχρι τις 30 Ιουνίου του 2000 ήταν 5217 άτομα, και οι αντίστοιχοι θάνατοι 1223.

και οξείες δημογραφικές συνέπειες. Εντούτοις το ζήτημα αυτό δεν μπορεί να αγνοηθεί ούτε αναφορικά με την Ευρώπη στο σύνολο των χωρών της ούτε όμως και με την Ελλάδα. Δεδομένης της ήδη παρατηρημένης γήρανσης του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής ηπείρου από τη μία μεριά[410], αλλά και της συνεχούς αύξησης των κρουσμάτων της από την άλλη, οι δημογραφικές συνέπειες του AIDS φαίνεται πως θα απασχολήσουν μακροχρόνια τόσο το σύνολο των χωρών της όσο ενδεχομένως και την Ελλάδα[411] ειδικότερα.

Οι συνέπειες που μέχρι τώρα αναλύθηκαν, όπως οι δημογραφικές, οι επιπτώσεις στις ανθρώπινες σχέσεις και το ευρύτερο οικονομικό κόστος, αποτελούν τις εμφανέστερες επιδράσεις της νόσου στην Ελληνική κοινωνία[412]. Δεν είναι βεβαίως και οι μόνες. Είναι όμως αυτές που, μέσα στα πλαίσια της παρούσας διατριβής, μπορούσαν έστω και ενδεικτικά να διερευνηθούν και να εκτιμηθούν μέσω της βιβλιογραφικής και της επιτόπιας έρευνας. Επιδράσεις σε άλλους τομείς και επίπεδα της ελληνικής κοινωνίας, όπως είναι για παράδειγμα η πολιτική, δεν έχουν αναφερθεί αναλυτικά και εμπεριστατωμένα. Ο λόγος αυτής της έλλειψης αφορά αφενός μεν στην απουσία κάθε ουσιαστικής αναφοράς σ' αυτές στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και αφετέρου στην αδυναμία διερεύνησής τους μέσω της επιτόπιας έρευνας[413].

Αλλά και όσες επιδράσεις επισημάνθηκαν σ' αυτό το κεφάλαιο, δεν αξιολογήθηκαν ολοκληρωμένα ούτε στη μορφή αλλά ούτε και στο μέγεθός τους. Μία τέτοια ακριβής αξιολόγηση, όπως αναφέρθηκε και στην αρχή αυτού του κεφαλαίου, αποτελεί εγχείρημα του μέλλοντος μεγάλης έκτασης και υψηλών προδιαγραφών. Εδώ επιχειρήθηκε μόνον μία ενδεικτική εκτίμησή τους με όλες τις πιθανές αδυναμίες και ελλείψεις, που αυτή μπορεί να περιλαμβάνει. Μία εκτίμηση που παρόλα αυτά μπορεί και σκιαγραφεί, έστω και στοιχειωδώς, άλλο ένα από τα κομμάτια που συνθέτουν και συναποτελούν την εικόνα του AIDS, ως κοινωνικής νόσου, μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας. Άλλο ένα από τα κομμάτια που ξεδιπλώνουν και αποκαλύπτουν τον κοινωνικό χαρακτήρα αυτής της νόσου.

---

[410] Λόγω μείωσης της θνησιμότητας, αύξησης του μέσου όρου ζωής και ταυτόχρονης μείωσης της γεννητικότητας.

[411] Στην οποία ισχύουν τα δεδομένα τόσο της γήρανσης του πληθυσμού όσο και της αύξησης των κρουσμάτων της νόσου.

[412] Με τις δημογραφικές να παίζουν σαφώς μικρότερο ρόλο από τις υπόλοιπες.

[413] Λόγω μεγέθους αλλά και συγκεκριμένων δυνατοτήτων και περιορισμών της ερευνητικής διαδικασίας μιας διατριβής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: ΤΟ AIDS ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, κοινώς ονομαζόμενο AIDS, είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο εδώ και δύο τουλάχιστον δεκαετίες. Ένα φαινόμενο που απειλεί άμεσα τη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων σ' όλο τον κόσμο και που παρόλες τις προσπάθειες της ιατρικής έρευνας και επιστήμης δεν έχει ακόμα αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά και οριστικά. Είναι ένα φαινόμενο που αφορά όλες τις κοινωνίες, όλες τις χώρες, όλους τους πληθυσμούς ανεξαιρέτως φυλής, χρώματος, θρησκείας, πολιτεύματος. Είναι ένα φαινόμενο με ποικίλες προεκτάσεις και επιπτώσεις, άμεσες ή έμμεσες, σε κάθε επίπεδο της ανθρώπινης δραστηριότητας, σε κάθε τομέα της ζωής των ανθρώπων, σε κάθε μορφή διαπροσωπικών σχέσεων. Είναι με άλλα λόγια, ένα κοινωνικό φαινόμενο.

Το αντικείμενο αυτής της διδακτορικής διατριβής είναι η κοινωνική 'φύση' του AIDS και ο στόχος της ήταν η διερεύνηση αυτής της φύσης, τόσο σε θεωρητικό επίπεδο όσο και μέσα στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, τέθηκε η πρώτη και κύρια υπόθεση εργασίας, η οποία ήταν ότι **το AIDS είναι μία κοινωνική νόσος** και ότι αυτή η αρχή ισχύει τόσο σε θεωρητικό επίπεδο ή αλλιώς σε επίπεδο παγκόσμιου φαινομένου όσο και σε εμπειρικό επίπεδο, μέσα στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας.

Μέσα στα πλαίσια αυτής της κύριας υπόθεσης αναπτύχθηκαν δύο άλλες που βοήθησαν σημαντικά στην επίτευξη του στόχου αυτού του εγχειρήματος: Η πρώτη είναι ότι **η κοινωνική 'φύση' μίας νόσου και του AIDS ειδικότερα μπορεί να αποκαλυφθεί και να γίνει κατανοητή μέσα από τη διερεύνηση τριών επιπέδων:**

4. **της θεωρητικής πρόσληψης της νόσου αυτής από την κοινωνία,**
5. **της επίδρασης της κοινωνίας στην εμφάνιση, την εξέλιξη και την πορεία της νόσου και**
6. **της επίδρασης της νόσου πάνω στην κοινωνία και τις δομές της.**

Η δεύτερη είναι ότι **ένας από τους βασικούς και κύριους παράγοντες αξιολόγησης και χαρακτηρισμού μίας νόσου ως κοινωνικής είναι η ύπαρξη ενσωματωμένου στίγματος σ' αυτή τη νόσο** και ότι και αυτή η αρχή -όπως και η

προηγούμενη- ισχύει για το AIDS, τόσο σε θεωρητικό και παγκόσμιο επίπεδο όσο και σε εμπειρικό και εθνικό, δηλ. στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας.

Ο στιγματισμός συνδέθηκε και με τα τρία επίπεδα διερεύνησης της κοινωνικής φύσης του AIDS, αποτελώντας μ' αυτόν τον τρόπο έναν από τους κεντρικούς άξονες αυτής της διερεύνησης. Δεδομένου ότι ο στιγματισμός όμως αποτελεί την έκφραση μίας πολύ έντονης αρνητικής αντίδρασης ατόμων, ομάδων ή και ολόκληρων κοινωνιών, η εστίαση στο στιγματισμό δεν μπορούσε παρά να οδηγήσει και στην εστίαση σ' αυτή την αντίδραση. Έτσι η διερεύνηση της όποιας **αντίδρασης της κοινωνίας απέναντι στο AIDS** έγινε ουσιαστικά ο βασικός στόχος της εμπειρικής έρευνας και η αντίδραση αυτή το βασικό αντικείμενό της.

Εντούτοις η τοποθέτηση της αντίδρασης της κοινωνίας στη νόσο στη θέση του βασικού αντικειμένου της εμπειρικής έρευνας κρίθηκε απαραίτητη και έγινε όχι μόνο λόγω της σύνδεσής της με το στιγματισμό, μέσω του οποίου φανερώνεται έμμεσα η κοινωνική φύση της νόσου, αλλά και λόγω της άμεσης σύνδεσής της με τη φύση αυτή. Η διερεύνηση της αντίδρασης μίας κοινωνίας σε μία νόσο είναι ο τρόπος της σύγχρονης, σε αντιδιαστολή με την ιστορική, διερεύνηση της κοινωνικής φύσης της νόσου αυτής, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν -όπως συμβαίνει στην ιστορική διερεύνηση- όλες οι απαραίτητες πληροφορίες, που αφορούν τόσο στη συνολική επίδραση της νόσου στην κοινωνία όσο και στον τρόπο που αυτή η νόσος, μέσα στο πέρασμα του χρόνου, αντιμετωπίστηκε ολοκληρωμένα από την κοινωνία. Υπάρχουν μόνο οι σύγχρονες αντιδράσεις με τα άμεσα αποτελέσματα, πάνω στις οποίες μπορούν να γίνουν μόνο προβλέψεις για το μέλλον, με βάση την ανθρώπινη εμπειρία από νόσους του παρελθόντος. Γι αυτό και αυτού του είδους η διερεύνηση της κοινωνικής φύσης μπορεί να είναι μόνο ενδεικτική, επισημαίνοντας τα κυριότερα κοινωνικά χαρακτηριστικά της νόσου και τις σημαντικότερες κοινωνικές της επιδράσεις.

Η αντίδραση της κοινωνίας σε μία νόσο συνδέεται άμεσα με κάθε ένα από τα επίπεδα διερεύνησης της κοινωνικής 'φύσης' αυτής της νόσου. Συγκεκριμένα:

Α) Στο επίπεδο της θεωρητικής πρόσληψης της νόσου: η αντίδραση της κοινωνίας στο AIDS -με όποιον τρόπο και αν εκδηλώνεται- δεν μπορεί παρά να αποτελεί έκφραση αυτής της πρόσληψης -θετικής ή αρνητικής- τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο.

Β) Στο επίπεδο της επίδρασης της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου: Για να φανεί και να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο επιδρά η κοινωνία στο AIDS,

πρέπει να διερευνηθεί ο τρόπος που αντιδρά η κοινωνία στη νόσο αυτή. Πρέπει να αναζητηθούν και να αξιολογηθούν, για παράδειγμα, τα επίσημα μέτρα που λαμβάνει απέναντί της. Πρέπει να εκτιμηθούν τα όποια αποτελέσματα έχει ή μπορεί να έχει η πολιτική που εφαρμόζεται για την αντιμετώπισή της. Μόνον έτσι μπορούν να γίνουν κάποιες προβλέψεις -στα πλαίσια μίας τρέχουσας διερεύνησης της άσκησης πολιτικής- και να καταγραφούν τα μακροχρόνια αποτελέσματα αυτής της αντίδρασης -στα πλαίσια μίας ιστορικής διερεύνησης της άσκησης πολιτικής- σχετικά με την επίδραση της κοινωνίας στη νόσο.

Η διερεύνηση σ' αυτό το επίπεδο, εξάλλου, αφορά στον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία μπορεί και επηρεάζει τόσο την εξέλιξη της νόσου όσο και τις συνέπειές της στα μέλη αυτής της κοινωνίας. Η επίδραση της κοινωνίας σε μία νόσο όμως, όπως ήδη αναφέρθηκε, δεν μπορεί να διερευνηθεί με ολοκληρωμένο τρόπο <u>άμεσα</u> παρά μόνον μετά την πάροδο πολλών ετών, εφόσον η νόσος έχει αντιμετωπιστεί από την επιστήμη και δεν αποτελεί πλέον σοβαρή απειλή για την κοινωνία. Δηλαδή με έναν τρόπο περισσότερο ιστορικής διερεύνησης παρά σύγχρονης, πράγμα που δεν μπορεί να ισχύσει για το AIDS.

Για το λόγο αυτό η επίδραση της κοινωνίας στη νόσο του AIDS δεν μπορούσε να διερευνηθεί άμεσα. Μπορούσε όμως και διερευνήθηκε έμμεσα, μέσα από την αντίδραση της κοινωνίας σ αυτήν, τόσο επίσημη όσο και ανεπίσημη. Δηλαδή, τόσο μέσα από την κρατική Πολιτική για το AIDS όσο και από τις αντιδράσεις των μελών της κοινωνίας στην καθημερινότητά τους, στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Γ) Στο επίπεδο της μακροχρόνιας επίδρασης της νόσου στην κοινωνία: Η επίδραση αυτή -στο επίπεδο των ανθρώπινων σχέσεων- αποτελεί μία αντανάκλαση της αντίδρασης της κοινωνίας στο AIDS. Αυτό γίνεται κατανοητό, αν σκεφτούμε, ότι μέσα από την αντίδραση της κοινωνίας στο AIDS φαίνεται ο τρόπος με τον οποίο αυτή η κοινωνία δέχεται και αντιμετωπίζει τη νόσο. Αντίστοιχα όμως -ανάλογα με το είδος αυτής της αντίδρασης- φαίνεται και ο τρόπος με τον οποίο η ίδια η νόσος έχει επηρεάσει τις ανθρώπινες σχέσεις μέσα στα πλαίσια αυτής της κοινωνίας.

Η διερεύνηση της αντίδρασης της ελληνικής κοινωνίας στο AIDS λοιπόν είχε ως στόχο της την αποκάλυψη της κοινωνικής φύσης και των κοινωνικών χαρακτηριστικών της νόσου. Μέσα στα πλαίσια αυτής της διερεύνησης και γι' αυτή την αποκάλυψη ήταν απαραίτητη η επαλήθευση ή διάψευση των επιμέρους υποθέσεων εργασίας που αναπτύχθηκαν και οι οποίες προέκυψαν από τις αρχικές βασικές υποθέσεις.

Αυτές οι επιμέρους - δευτερεύουσες υποθέσεις εργασίας ήταν οι ακόλουθες:

5. **Υπάρχει και εκφράζεται έντονη αρνητική φόρτιση στην πρόσληψη του AIDS από την ελληνική κοινωνία.**
6. **Η θετική επίδραση της ελληνικής κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου είναι υποτυπώδης, λόγω της ανεπάρκειας και των σημαντικών ελλείψεων που υπάρχουν στα μέτρα της πολιτικής που εφαρμόζονται. Παράλληλα είναι υπαρκτός και εμφανής ο κίνδυνος αρνητικής επίδρασης της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη αυτής της νόσου, λόγω της αρνητικής αντίδρασης - στιγματισμού που εκφράζεται μέσα τόσο από τα μέτρα της επίσημης πολιτικής όσο και από τις ανεπίσημες στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στους οροθετικούς.**
7. **Υπάρχει εμφανής αρνητική επίδραση της νόσου στο κοινωνικό σύνολο, σε όλα τα επίπεδα των ανθρώπινων σχέσεων και δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται και διαμορφώνονται μέσα στα πλαίσια της ελληνικής κοινωνίας.**
8. **Υπάρχει εμφανής διαμόρφωση και έκφραση στιγματισμού απέναντι στα οροθετικά άτομα, μέσα στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας, τόσο σε επίπεδο άσκησης της υπάρχουσας πολιτικής για το AIDS όσο και σε επίπεδο ανεπίσημων στάσεων και συμπεριφορών ατόμων ή ομάδων. Ο στιγματισμός αυτός βιώνεται έντονα από τα οροθετικά άτομα και τους οικείους τους, επιδρώντας αρνητικά στη ψυχική τους κατάσταση ή ακόμα και στην πορεία της υγείας τους.**

Η έκφραση της κοινωνικής αντίδρασης της ελληνικής κοινωνίας στο φαινόμενο AIDS, με στόχο την επαλήθευση ή διάψευση αυτών των επιμέρους υποθέσεων, εξετάστηκε με δύο μορφές, σε δύο αντίστοιχα επίπεδα: α) **της πολιτικής για το AIDS ως επίσημης έκφρασης της κοινωνικής αντίδρασης σε συλλογικό επίπεδο, β) του στιγματισμού των οροθετικών ατόμων ως 'ανεπίσημης' έκφρασης της κοινωνικής αντίδρασης σε επίπεδο ομάδας, οικογένειας, ατόμου.** Στο πρώτο επίπεδο, η προσπάθεια επικεντρώθηκε στη διερεύνηση :

Α/ της πολιτικής για το AIDS, όσον αφορά στην πρόληψη της νόσου, και

Β/ της πολιτικής για το AIDS, όσον αφορά στη θεραπεία της νόσου. Στο δεύτερο επίπεδο η διερεύνηση είχε τρία σκέλη:

Α/ της διαμόρφωσης του στίγματος μέσα από την κοινωνία,

Β/ της έκφρασης του στίγματος μέσα στην κοινωνία, και

Γ/ της βίωσης του στίγματος από το οροθετικό άτομο και την οικογένειά του.

Η θεωρητική διερεύνηση της κοινωνικής 'φύσης' του AIDS έδειξε ότι η νόσος αυτή μπορεί, με τα μέχρι τώρα δεδομένα, να χαρακτηριστεί ως 'κοινωνική'. Η σύγκρισή της με νόσους του παρελθόντος, όπως η πανούκλα, η λέπρα, η σύφιλη, η φυματίωση, αλλά και του παρόντος, όπως ο καρκίνος, έδειξε καθαρά ότι το AIDS διεκδικεί πολλά από τα κοινωνικά χαρακτηριστικά και πολλές από τις κοινωνικές επιπτώσεις των νόσων αυτών, που έχουν αξιολογηθεί με το πέρασμα του χρόνου ως περισσότερο ή λιγότερο 'κοινωνικές'.

Το AIDS όμως θεωρείται και περιγράφεται και άμεσα, με διάφορους τρόπους, ως 'κοινωνική' νόσος από τους μελετητές του φαινομένου. Η μέχρι τώρα παγκόσμια εμπειρία έχει οδηγήσει σ' αυτό το χαρακτηρισμό με μελλοντικές προβλέψεις που οδηγούν μέρα με την ημέρα στην επιβεβαίωση και ενδυνάμωσή του. Η εμφάνιση, η διασπορά και η εξέλιξή της νόσου, από την αρχή της μέχρι και τις μέρες μας, εμφανίζει πολλά και σημαντικά κοινωνικά χαρακτηριστικά. Οι κοινωνικές επιπτώσεις της ήταν και παραμένουν εμφανείς, σοβαρές και αδιαμφισβήτητες, σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης δραστηριότητας και των ανθρώπινων σχέσεων. Οι διεθνείς προβλέψεις για τις επιπτώσεις αυτές εξελίσσονται μαζί με την εξάπλωση της νόσου σε εξαιρετικά δυσοίωνες. Ο χαρακτηρισμός της νόσου ως 'κοινωνικής' δεν είναι παρά το φυσικό επακόλουθο στη διαδικασία περιγραφής και κατανόησής της.

Η κοινωνική 'φύση' του AIDS όμως αποκαλύφθηκε και μέσα από την εμπειρική διερεύνησή της στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας. Το AIDS είναι 'κοινωνική' νόσος, όχι μόνο σύμφωνα με τους θεωρητικούς ορισμούς και τις περιγραφές της έννοιας της κοινωνικής νόσου και της ίδιας της ασθένειας ή με βάση τη σύγκρισή της με ασθένειες του παρελθόντος, αλλά και σύμφωνα με τα εμπειρικά δεδομένα που προέκυψαν και στα τρία επίπεδα διερεύνησης των κοινωνικών του χαρακτηριστικών[414]. Η διερεύνηση αυτή, όπως ήδη ειπώθηκε, πραγματοποιήθηκε κυρίως μέσα από την αντίδραση της κοινωνίας στη νόσο, άμεση και έμμεση, επίσημη και ανεπίσημη.

[414] Α) Της θεωρητικής πρόσληψης της νόσου, β) της επίδρασης της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, και γ) της μακροχρόνιας επίδρασης της νόσου στην κοινωνία.

Η κοινωνική 'φύση' του AIDS φανερώθηκε κυρίως μέσα από τις αρνητικές αντιδράσεις που δημιουργεί και τις αρνητικές αλληλεπιδράσεις που γεννά. Για το λόγο αυτό η ύπαρξη και έκφραση του στίγματος του AIDS ήταν μία απόδειξη της κοινωνικής του φύσης. Εντούτοις φανερώθηκε επίσης και από κάποιες θετικές αλληλεπιδράσεις, που προκύπτουν από την πίεση που ασκείται, λόγω κακών αντικειμενικών συνθηκών, και η οποία βγάζει στην επιφάνεια θετικά συναισθήματα όπως είναι ο ανθρωπισμός, η ευαισθητοποίηση σε θέματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ανισοτήτων, το πείσμα και η θέληση κάποιων ατόμων που συσπειρώνονται και δημιουργούν ομάδες κλπ.

Συγκεκριμένα η κοινωνική 'φύση' του AIDS ξεδιπλώθηκε μέσα απ' όλες τις ενδείξεις και συγκρίσεις που προέκυψαν από την αξιολόγηση της επίσημης πολιτικής για τη νόσο και την άσκησή της. Η σκιαγράφησή της ξεκίνησε, βεβαίως, πολύ νωρίτερα, από το στάδιο έκφρασης των γενικότερων παρατηρήσεων των ερωτώμενων και επισήμανσης των σημαντικότερων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στην επαφή τους με τη νόσο ή και τα οροθετικά άτομα και των σημαντικότερων αναγκών που έχουν[415]. Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια εντοπίστηκαν προβλήματα και ανάγκες πάνω σε ζητήματα υποδομής, συνεργασίας, αποδοχής των οροθετικών ατόμων και ενημέρωσης. Μέσα από τα προβλήματα και τις ανάγκες αυτές επιβεβαιώθηκαν και συμπληρώθηκαν οι επιμέρους - δευτερεύουσες υποθέσεις εργασίας. Μ' αυτόν τον τρόπο άρχισε να διαφαίνεται η κοινωνική 'φύση' του AIDS και στα τρία επιμέρους επίπεδα:

4. Της πρόσληψης της νόσου από την κοινωνία.
5. Της δυνατότητας επίδρασης της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου.
6. Της επίδρασης της νόσου πάνω στην κοινωνία στο σύνολό της.

Στο πρώτο επίπεδο οι ελλείψεις σε ζητήματα υποδομής και ενημέρωσης, καθώς και τα διάφορα προβλήματα συνεργασίας, υποδήλωσαν έναν επιφανειακό τρόπο πρόσληψης της νόσου, ενώ τα προβλήματα που τονίστηκαν αναφορικά με την αποδοχή των οροθετικών έδωσαν μία πρώτη αρνητική εικόνα γι' αυτήν την πρόσληψη. Στο δεύτερο επίπεδο τα ίδια θέματα φανέρωσαν τη δυσκολία της κοινωνίας να επιδράσει σημαντικά στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, ειδικά προς μία θετική κατεύθυνση. Τέλος στο τρίτο επίπεδο έγιναν εμφανείς οι πρώτες ενδείξεις αρνητικής επίδρασης της νόσου στο κοινωνικό σύνολο.

[415] Βλέπε κεφ. 3 'Διεξαγωγή της εμπειρικής έρευνας- Διεξαγωγή συνεντεύξεων, Γενικά χαρακτηριστικά και Γενικές παρατηρήσεις ερωτώμενων'.

Τα ίδια όμως αυτά πρώτα συμπεράσματα συμπληρώθηκαν σε σημαντικό βαθμό και προς την ίδια κατεύθυνση, στη συνέχεια, μέσα από τη διερεύνηση και αξιολόγηση της Πολιτικής για το AIDS. Η κοινωνική 'φύση' της νόσου ξεδιπλώθηκε ακόμη καθαρότερα, προσφέροντας σημαντικά στοιχεία που επιβεβαιώνουν τις βασικές υποθέσεις και τα αρχικά συμπεράσματα. Συγκεκριμένα σκιαγραφήθηκαν τουλάχιστον εν μέρει:

1. Η πρόσληψη της νόσου από την Ελληνική κοινωνία, η οποία εμφανίστηκε ως επί το πλείστον **αποσπασματική** και **επιφανειακή**, καθώς με αντίστοιχο τρόπο αντιμετωπίζεται τόσο στα πλαίσια της πρόληψης όσο και της θεραπείας. Επιπρόσθετα **αποκαλύφθηκε η φόρτιση της πρόσληψης αυτής ως ξεκάθαρα αρνητική**, καθώς το φαινόμενο αντιμετωπίζεται ως ατομικό και όχι συλλογικό ή κοινωνικό πρόβλημα και οι ευθύνες επιρρίπτονται στα άτομα με φανερή διάθεση και έκφραση κριτικής, ελέγχου και στιγματισμού τους.
2. Η δυνατότητα της κοινωνίας να επιδράσει θετικά στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, που όμως παραμένει στοιχειώδης, καθώς παρουσιάζονται σημαντικότατες ελλείψεις και αδυναμίες στην οργάνωση, στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή της επίσημης πολιτικής και στα δύο επίπεδα, πρόληψης και θεραπείας. Επίσης η υφή αυτής της επίδρασης, ακόμα και στις περιπτώσεις που είναι υπαρκτή, η οποία αποκαλύπτεται **αρνητική**, λόγω του στιγματισμού που εκφράζεται απέναντι στα οροθετικά άτομα μέσα από την άσκηση της επίσημης πολιτικής. Στιγματισμού που ενέχει τον κίνδυνο να στρέψει τα άτομα αυτά ενάντια στο κοινωνικό σύνολο, αντί να τα ωθήσει σε συμμαχία μ' αυτό για τον έλεγχο της εξάπλωσης της νόσου.
3. Η επίδραση της νόσου στην κοινωνία, τους κανόνες, τις αξίες και τα δικαιώματα, που διέπουν τις ανθρώπινες σχέσεις, καθώς και στις ίδιες αυτές σχέσεις. Η επίδραση αυτή εμφανίστηκε ως επί το πλείστον **αρνητική** από τις ενδείξεις που προέκυψαν και από τα δύο επίπεδα άσκησης της επίσημης πολιτικής για το AIDS. **Η ίδια η έκφραση στιγματισμού, σαν απόρροια της άσκησης αυτής της πολιτικής ήταν μία από τις σημαντικότερες τέτοιες ενδείξεις που επιβεβαίωσε την αρνητική αυτή επίδραση.** Οι μόνοι παράγοντες που φάνηκαν να εξισορροπούν την επίδραση αυτή -σε περιορισμένο βέβαια βαθμό- ήταν η ανθρώπινη θέληση, διάθεση και προσπάθεια. Αν και περιορισμένης εμβέλειας και ισχύος, οι παράγοντες αυτοί αποκαλύφθηκαν ως μία από τις λίγες θετικές και ελπιδοφόρες ενδείξεις -στα πλαίσια της άσκησης της Πολιτικής για το AIDS-,

σχετικά τόσο με την επίδραση της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου όσο και με τη επίδραση της νόσου στο κοινωνικό σύνολο και τις δομές του.

Η κοινωνική 'φύση' του AIDS, μέσα στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας λοιπόν, ξεδιπλώθηκε σε πολλά επίπεδα και με σημαντικές ενδείξεις μέσα από την αξιολόγηση της άσκησης της Πολιτικής για τη νόσο[416]. Έγινε ακόμη πιο ξεκάθαρη όμως μέσα από τη διερεύνηση των άτυπων, ανεπίσημων καθημερινών αντιδράσεων των μελών της κοινωνίας απέναντι στα οροθετικά άτομα. Μέσα απ' αυτή τη διερεύνηση σκιαγραφήθηκαν:

4. Η πρόσληψη της νόσου από την Ελληνική κοινωνία, που αποκαλύφθηκε έντονα **αρνητική** μέσα από τις διαδικασίες της διαμόρφωσης, έκφρασης και βίωσης του στίγματος του AIDS προς και από τα οροθετικά άτομα και το οικείο περιβάλλον τους. Ο στιγματισμός, που είναι έκδηλος στα πλαίσια όλων των ανθρώπινων σχέσεων αυτών των ατόμων[417], δεν αφήνει περιθώρια αμφισβήτησης αυτής της αρνητικής πρόσληψης.
5. Η στοιχειώδης δυνατότητα της επίδρασης της κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, μέσω της σχέσης που καλλιεργεί με τα οροθετικά άτομα δημιουργώντας έτσι συμμάχους ή εχθρούς ως προς την κατεύθυνση αυτή. Η προφανής διαμόρφωση και έκφραση του στιγματισμού προς τα άτομα αυτά αφήνει μικρά περιθώρια για τη δημιουργία συμμάχων ανάμεσά τους. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις –σοβαρότατες πολλές φορές- που συνεπάγεται ο στιγματισμός στα οροθετικά άτομα φαίνεται να στενεύουν ακόμη περισσότερο αυτά τα περιθώρια. Έτσι **η κοινωνία φαίνεται να χάνει τη δυνατότητα μίας θετικής επίδρασης στην πορεία και εξέλιξη της νόσου, τουλάχιστον σε συλλογικό επίπεδο.** Εντούτοις η ψυχολογική στάση που υιοθετούν εντέλει τα άτομα, η οποία βεβαίως επηρεάζεται από το στιγματισμό και τις επιπτώσεις του και αντίστοιχα επηρεάζει με σημαντικό τρόπο την εξέλιξη της νόσου σε ατομικό επίπεδο, εμφανίζεται ως τελικά θετική. Έτσι η εξέλιξη της πορείας της νόσου δεν παρουσιάζει την καταστροφική εικόνα που ενδεχομένως θα περίμενε κανείς. Τα εύσημα όμως γι αυτό δεν μπορούν να αποδοθούν στο κοινωνικό σύνολο και τις επιτυχημένες, οργανωμένες προσπάθειές του. Αντίθετα οφείλονται μάλλον στις

[416] Βλέπε κεφ.5 'Αξιολόγηση της Πολιτικής Πρόληψης ', 'Αξιολόγηση της Πολιτικής Θεραπείας' και 'Συνοπτικά Συμπεράσματα της Πολιτικής για το AIDS'.
[417] Όπως περιγράφηκε στο κεφ. 6 αναλυτικότερα.

μεμονωμένες, έντονες προσπάθειες ατόμων, συχνά μελών του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, με ισχυρή θέληση και αποφασιστικότητα οι οποίες βοηθούν σημαντικά ως προς αυτή την κατεύθυνση.

6. Η επίδραση της νόσου στο κοινωνικό σύνολο, μέσα από την επίδραση του στιγματισμού -που την ακολουθεί- στο σύνολο αυτό. Οι συνέπειές του στίγματος στην καθημερινότητα, στους ανθρώπινους δεσμούς και στη ψυχολογία των οροθετικών ατόμων και των οικείων τους εμφανίστηκαν από δυσάρεστες και αρνητικές έως και καταστροφικές. Έτσι **οι επιδράσεις του στίγματος και αναπόφευκτα και της νόσου, με την οποία έχει συνδεθεί, αποκαλύπτονται ως διασπαστικές των κοινωνικών σχέσεων και της κοινωνικής συνοχής στην ουσία τους και καταστροφικές για την κοινωνία στο αποτέλεσμά τους.** Η εικόνα αυτών των επιδράσεων βέβαια ολοκληρώνεται στη συνέχεια, όταν αυτές συνδέονται με τις δημογραφικές και οικονομικές επιπτώσεις της νόσου στην Ελληνική κοινωνία. Εντούτοις αξίζει εδώ να σημειωθεί, ότι εκτός απ' όλες αυτές τις αρνητικές επιδράσεις της νόσου και του στίγματος εμφανίστηκαν και κάποιες 'θετικές' στο κοινωνικό σύνολο. Αν και σημαντικά λιγότερες, οι επιδράσεις αυτές δε λείπουν. Εκδηλώνονται, όπως φάνηκε, κατά βάση στα πλαίσια των διαπροσωπικών ανθρώπινων σχέσεων λειτουργώντας ενωτικά, διεγείροντας θετικές αντιδράσεις και συναισθήματα. Η πεισματική θέληση, που αποδείχτηκε πως υπάρχει σε πολλά άτομα που ασχολούνται με το AIDS και τα οροθετικά άτομα, είναι ένα τέτοιο παράδειγμα.

Τέλος, η κοινωνική 'φύση' του AIDS φανερώθηκε και μέσα από τις επιδράσεις της νόσου στο κοινωνικό σύνολο σε επίπεδο οικονομίας, δημογραφίας, πολιτικής, Εκκλησίας σαν εκπροσώπου της θρησκείας κλπ. Οι επιδράσεις αυτές, που διερευνήθηκαν ως επί το πλείστον μέσω της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, εμφανίστηκαν ως δυσμενέστερες στο επίπεδο της οικονομίας σε σχέση με όλα τα υπόλοιπα. Είναι σημαντικό εδώ να αναφερθεί ότι ελάχιστα έχουν γραφτεί για τις επιπτώσεις του AIDS στην Ελλάδα σε όλα τα υπόλοιπα επίπεδα[418].

Αυτό συμβαίνει ενδεχομένως, γιατί οι οικονομικές συνέπειες της νόσου και ειδικότερα το κόστος της στον κρατικό προϋπολογισμό, λόγω της δωρεάν χορήγησης των δαπανηρών σχετικών φαρμάκων και της δωρεάν περίθαλψης και νοσηλείας, είναι μία από τις πολύ εμφανείς και άμεσες επιπτώσεις σ' αυτό το επίπεδο. Αυτές οι δύο

[418] Με εξαίρεση ίσως κάποιες αναφορές στο επίπεδο των κοινωνικών σχέσεων, οι οποίες όμως διερευνήθηκαν διεξοδικά στα πλαίσια της παρούσας διατριβής μέσω της επιτόπιας έρευνας.

ιδιότητές τους καθιστούν την προσπάθεια εκτίμησης και αξιολόγησής τους, έστω και σε περιορισμένη κλίμακα, εφικτό στόχο. Αυτός είναι ίσως και ο λόγος που αυτές έχουν κριθεί ως σημαντικές και έχουν αποτελέσει το αντικείμενο έρευνας και μελέτης διαφόρων θεωρητικών.

Αντίθετα οι υπόλοιπες συνέπειες της νόσου, σ' αυτό ή σε άλλα επίπεδα, δεν παρουσιάζονται ως τόσο εμφανείς, άμεσες και οξείες. Το όποιο εγχείρημα αποτίμησης και αξιολόγησής τους λοιπόν καθίσταται πολύ δυσκολότερο. Αυτός συνεπώς μπορεί να είναι και ο λόγος της απουσίας κάθε ουσιαστικής αναφοράς σ' αυτές στην υπάρχουσα βιβλιογραφία για τα ελληνικά δεδομένα. Η αιτία βέβαια, που οι επιπτώσεις αυτές δεν εντοπίζονται ως άμεσες ή ιδιαίτερα εμφανείς, πιθανόν βρίσκεται στα σχετικά χαμηλά ποσοστά μόλυνσης στη χώρα μας, τα οποία περιορίζουν την έκταση αυτών των επιπτώσεων χωρίς βέβαια να τις αναιρούν ή να ακυρώνουν τη σπουδαιότητά τους.

Έτσι για παράδειγμα, η Ελλάδα δε φαίνεται να αντιμετωπίζει οξύ και άμεσο δημογραφικό πρόβλημα ή αντίστοιχο μείωσης της παραγωγικότητας, λόγω εκτεταμένης μόλυνσης του πληθυσμού από τον ιό HIV. Εντούτοις αυτό δεν ακυρώνει την πραγματικότητα της συνεχιζόμενης εξάπλωσης της νόσου σε νέους ανθρώπους, ηλικίας 25-49 ετών και τις, έστω και περιορισμένης εμβέλειας, συνέπειες αυτής της εξάπλωσης τόσο στην παραγωγική διαδικασία της χώρας όσο και στην πορεία των ήδη μειωμένων μεγεθών αναπαραγωγής του πληθυσμού. Αντίστοιχα δεν ακυρώνονται οι όποιες συνέπειες της νόσου σ' όλα τα άλλα επίπεδα, αν και δεν αποτελούν οξέα προβλήματα προς άμεση επίλυση. Εξάλλου, εφόσον η περαιτέρω διερεύνηση των επιπτώσεων αυτών αποφεύγεται, λόγω της περιορισμένης έκτασής τους και του έμμεσου χαρακτήρα τους, οδηγούμαστε στο αποτέλεσμα του να μην γνωρίζει κανείς ακριβώς ποιες είναι αυτές οι επιπτώσεις και σε ποιο βαθμό πράγματι επηρεάζουν ή όχι την ελληνική κοινωνία.

Το γεγονός αυτό όμως δε σημαίνει ότι μπορούμε να αγνοούμε την ύπαρξη αυτών των συνεπειών και να αδρανούμε, μέχρι αυτές να γίνουν άμεσες, εμφανείς και οξείες. Αντίθετα σημαίνει ότι οφείλουμε καταρχήν να τις εντοπίσουμε και να επιχειρήσουμε την εκτίμηση και αξιολόγησή τους, όσο δύσκολη ή περίπλοκη και αν μας φαίνεται αυτή η προσπάθεια. Παράλληλα οφείλουμε να στραφούμε σ' όλα τα επίπεδα, ατομικό, συλλογικό και κρατικό προς μία πληρέστερη συνειδητοποίηση του πολύπλευρου κοινωνικού χαρακτήρα του φαινομένου AIDS και της αντίστοιχης ανάγκης πολύπλευρης, ουσιαστικής και ολοκληρωμένης αντιμετώπισής του.

ΝΟ: 13322
ΝΟΕ: 13192

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ

12 2 ΑΥΓ. 2002

ΧΡΥΣΑΝΘΗ ΣΙΒΡΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΘΕΜΑ: "ΤΟ AIDS ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ"

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ - ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ & ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΘΗΝΑ ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2001

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ - ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Το τρίτο και τελευταίο μέρος αυτής της διατριβής αποτελείται από δύο παραρτήματα και την βιβλιογραφία. Στο πρώτο παράρτημα περιλαμβάνεται ο οδηγός - πλαίσιο των συνεντεύξεων καθώς και κάποια επιμέρους σχόλια και αντιδράσεις των ερωτώμενων πάνω στα θέματα που συζητήθηκαν και οι οποίες δεν συμπεριλήφθηκαν στο κυρίως κείμενο. Στο δεύτερο παράρτημα, περιλαμβάνονται κείμενα της 'φαιάς' βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε, τα οποία καλύπτουν περίοδο 10 ετών -από το 1983 έως και το 1993. Από τα κείμενα αυτά προέκυψε κατά κύριο λόγο η λίστα με τα μέτρα πολιτικής που εφαρμόζονται για το AIDS στην Ελλάδα αλλά και οι όποιες πρώτες εκτιμήσεις του μελετητή γι αυτά. Τέλος στην βιβλιογραφία περιλαμβάνονται ελληνικά και ξενόγλωσσα συγγράμματα, βιβλία, άρθρα σε περιοδικά, αλλά και αδημοσίευτες μελέτες ή ανακοινώσεις, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για την επεξεργασία και συγγραφή αυτής της διατριβής.

Η σειρά με την οποία παρατίθενται τα παραρτήματα και η βιβλιογραφία είναι η εξής: Παράρτημα Ι, Βιβλιογραφία, Παράρτημα ΙΙ. Η αιτία αυτής της 'περίεργης' διάταξης βρίσκεται σε μία πρακτική ανάγκη. Στο δεύτερο παράρτημα συμπεριλαμβάνονται έγγραφα αυτόνομα, με δική τους αρίθμηση, που δεν μπορούσαν να ενταχθούν στην αρίθμηση του υπόλοιπου κειμένου. Έτσι κρίθηκε σκόπιμο το παράρτημα ΙΙ να μπει στο τέλος, μετά και από την βιβλιογραφία προκειμένου να μην 'χαλάσει' την συνολικότερη αρίθμηση του κειμένου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΟΔΗΓΟΣ - ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Καταρχήν, θα ήθελα να σας πω, ότι η διαδικασία της συνέντευξης έχει σαν στόχο την αναζήτηση πληροφοριών σχετικά : α) με την υπάρχουσα Πολιτική για το AIDS στην Ελλάδα, και β) με την κοινωνική αντιμετώπιση των φορέων/ ασθενών του AIDS στην Ελλάδα. Αντίστοιχα, η συνέντευξη είναι δομημένη με βάση δύο άξονες. Ο πρώτος αφορά στην πολιτική για το AIDS στην Ελλάδα (πρόληψη και θεραπεία) και ο δεύτερος στον ενδεχόμενο στιγματισμό των φορέων/ ασθενών του AIDS .

ΓΕΝΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Α' Κατηγορία: γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, εκπρόσωποι του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων και άλλων υπηρεσιών υγείας, δημοσιογράφοι, πολιτικά πρόσωπα .

1. **Με ποιόν τρόπο συνδέεται το επάγγελμά σας με το AIDS και /ή τους φορείς/ ασθενείς της νόσου;**
2. **Ποια είναι η χρονική διάρκεια της επαγγελματικής σας σύνδεσης με το AIDS και/ ή τους φορείς /ασθενείς της νόσου;**
3. **Ποια θα λέγατε, ότι είναι επιγραμματικά, τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στα πλαίσια της επαγγελματικής σας σύνδεσης με το AIDS και ποιες οι σημαντικότερες ανάγκες που υπάρχουν στον επαγγελματικό σας χώρο ;**

Β' Κατηγορία: εκπρόσωποι των ιδιωτικών σωματείων και των συλλόγων συμπαράστασης.

1. Ποιος είναι ο τρόπος με τον οποίο συνδέεται η εθελοντική σας εργασία με το AIDS και τους φορείς/ ασθενείς της νόσου;
2. Ποια είναι η χρονική διάρκεια της εθελοντικής σας σύνδεσης με το AIDS και τους φορείς/ ασθενείς της νόσου;
3. Ποια θα λέγατε ότι είναι, επιγραμματικά, τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζετε λόγω της εθελοντικής σας εργασίας για το AIDS και ποιες οι σημαντικότερες ανάγκες που υπάρχουν στον χώρο σας;

Γ' Κατηγορία: φορείς/ ασθενείς του AIDS .

1. Ποια είναι η κατάσταση της υγείας σας όσον αφορά το AIDS (μόνον εαν δεν το γνωρίζω ήδη);
2. Πόσο καιρό γνωρίζετε ότι είστε φορέας - ασθενής του AIDS (ανάλογα με την περίπτωση) και με ποιόν τρόπο το μάθατε;
3. Ποια είναι, επιγραμματικά, τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζετε και ποιες σημαντικότερες ανάγκες που έχετε σαν φορέας - ασθενής του AIDS;

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ-Πολιτική για το AIDS στην Ελλάδα

Α. Πολιτική πρόληψης

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών αλλά και το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, αναφερόμενοι στην παγκόσμια προσπάθεια πρόληψης της εξάπλωσης του ιού HIV και του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS), έχουν εκδώσει οδηγίες σχετικά με τα μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται ή θα έπρεπε να εφαρμόζονται διεθνώς μέσα στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας. Κάποιες από αυτές τις οδηγίες έχουν προτρεπτικό χαρακτήρα και αναφέρονται σε μέτρα που συστήνονται παγκοσμίως γιατί θεωρούνται διεθνώς αποτελεσματικά και αναγκαία στα πλαίσια της προσπάθειας πρόληψης της εξάπλωσης της νόσου, αλλά και ηθικά αποδεκτά όσον αφορά τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ανεξαιρέτως. Κάποιες άλλες οδηγίες έχουν αποτρεπτικό χαρακτήρα και αναφέρονται σε μέτρα που δεν θεωρούνται αναγκαία αλλά ούτε και αποτελεσματικά, μέτρα που πρέπει να αναθεωρηθούν στις χώρες που εφαρμόζονται ήδη, διότι συνεπάγονται την παραβίαση σημαντικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων χωρίς να προσφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα στην προσπάθεια πρόληψης της εξάπλωσης του AIDS.

Θα ήθελα να κοιτάξετε αυτή τη λίστα. Περιέχει κάποια από τα μέτρα που έχουν εφαρμοστεί ή εφαρμόζονται ακόμα για την πρόληψη του AIDS στην χώρα μας.

1. **Γνωρίζετε τα μέτρα αυτά;**
2. **Ποια είναι η γενική σας εκτίμηση γι αυτά;(σωστά, ελλιπή, αποτελεσματικά)**
3. **Υπάρχει κάτι που θα θέλατε να επισημάνετε για κάποιο ή κάποια από αυτά τα μέτρα;**

Τώρα, **θα ήθελα να κοιτάξετε αυτή την λίστα** Περιέχει κάποιες από τις οδηγίες των διεθνών οργανισμών σχετικά με την πρόληψη του AIDS.

Θα ήθελα την γνώμη σας για την σύγκλιση ή απόκλιση των παρακάτω μέτρων που εφαρμόζονται με τις οδηγίες των διεθνών οργανισμών και του ΚΕΕΛ. Καλύπτουν τα μέτρα που εφαρμόζονται τις οδηγίες αυτές;:

1. Νο Γ10 με Νο Α1,2,3 ,
2. Νο Γ16α με Νο Β3 .

Β. Πολιτική θεραπείας

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών αλλά και το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων έχουν εκδώσει και κάποιες οδηγίες σχετικές με την αντιμετώπιση των φορέων και των ασθενών του AIDS όσον αφορά τόσο στην θεραπεία τους (περίθαλψη και νοσηλεία) όσο και σε όλους τους υπόλοιπους τομείς της ζωής τους. Οι οδηγίες αυτές έχουν σαν στόχο την εξασφάλιση του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των φορέων και των ασθενών του AIDS ταυτοχρόνως με την αποτελεσματικότερη θεραπεία των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν. Και εδώ υπάρχουν οδηγίες προτρεπτικές όσο και αποτρεπτικές σχετικά με την αντιμετώπιση των ατόμων αυτών.

Θα ήθελα να κοιτάξετε αυτή τη λίστα. Περιέχει κάποια από τα μέτρα που έχουν εφαρμοστεί ή εφαρμόζονται στην χώρα μας, στα πλαίσια της αντιμετώπισης των φορέων και ασθενών του AIDS .

Γνωρίζετε τα μέτρα αυτά;

1. **Ποια είναι η γενική σας εκτίμηση γι αυτά;(σωστά, ελλιπή, αποτελεσματικά)**
2. **Υπάρχει κάτι που θα θέλατε να επισημάνετε για κάποιο ή κάποια από αυτά τα μέτρα;**

Τώρα, **θα ήθελα να κοιτάξετε αυτή την λίστα** Περιέχει κάποιες από τις οδηγίες των διεθνών οργανισμών σχετικά με την αντιμετώπιση των φορέων και των ασθενών του AIDS.

Θα ήθελα την γνώμη σας για την σύγκλιση ή απόκλιση των παρακάτω μέτρων που εφαρμόζονται με τις οδηγίες των διεθνών οργανισμών και του ΚΕΕΛ. Καλύπτουν τα μέτρα που εφαρμόζονται αυτές τις διεθνείς οδηγίες;:

1. Νο Γ5 με Νο Α1,
2. Νο Γ7, με Νο Β1γ,
3. Νο Γ,8 με Νο Β1β,
4. Νο Γ17, με Νο Β2 .

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ -Στιγματισμός των φορέων και/ ή ασθενών του AIDS στην Ελλάδα

Σ' αυτό το σημείο και πριν περάσω σε οποιοδήποτε ζήτημα σχετικά με τον στιγματισμό, **θα ήθελα να μου δώσετε τον δικό σας ορισμό για το στίγμα και τον στιγματισμό. Πώς θα ορίζατε το στίγμα με δύο κουβέντες.**
Εάν δυσκολεύεστε να ορίσετε τον στιγματισμό, δώστε μου κάποια παραδείγματα (υποθετικά ή πραγματικά) στα οποία κατά την γνώμη σας να εκφράζεται στιγματισμός.

Α. Διαμόρφωση και Έκφραση του στίγματος

Θα ήθελα να κοιτάξετε αυτή την λίστα που αναφέρει τους παράγοντες που, σύμφωνα με κείμενα των διεθνών οργανισμών, **οδηγούν στην διαμόρφωση του στίγματος του AIDS.**

- **Φόβος του AIDS σαν θανατηφόρας ασθένειας και συνακόλουθη αίσθηση απειλής των μη μολυσμένων από τους μολυσμένους.**
- **Άγνοια σχετικά με τους τρόπους μόλυνσης και μία λανθασμένη αντίληψη ότι ο ιός HIV μπορεί να μεταδοθεί μέσω απλών κοινωνικών επαφών.**
- **Ύπαρξη ενσωματωμένου στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες στίγματος.**
- **Βαθιά ριζωμένες προκαταλήψεις και παραδοσιακές απόψεις που πολλές φορές αναφέρουν οτι το AIDS είναι αρρώστια αυτοεπιβαλλόμενη και γι αυτό αυτοί που έχουν επηρεαστεί πρέπει να τιμωρηθούν και να απομονωθούν παρά να βοηθηθούν και να υποστηριχθούν.** Αυτές οι απόψεις και προκαταλήψεις στηρίζονται συχνά στο γεγονός ότι στις περισσότερες κοινωνίες, η συμπεριφορά που συνεισφέρει στην εξάπλωση του AIDS θεωρείται ανήθικη ή παράνομη (ομοφυλοφιλία, τοξικομανία, πορνεία).

1. **Ποια είναι η γνώμη σας όσον αφορά στους παράγοντες αυτούς και στον ρόλο τους στην διαμόρφωση του στίγματος του AIDS;**

2. **Παίζουν κατά τη γνώμη σας κάποιο ρόλο στην διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος του AIDS η κοινωνική και οικονομική κατάσταση ατόμων και/ ή ομάδων;** Είναι, για παράδειγμα γνωστό ότι η μόλυνση από τον ιό του AIDS δεν εξαρτάται αποκλειστικά από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες (πχ. η οικονομική κατάσταση, η μόρφωση, το επάγγελμα) αλλά επηρεάζεται σε κάποιο βαθμό από αυτούς (πχ. πορνεία λόγω έλλειψης πόρων και ανάγκη επιβίωσης).

α) Αν ναι, μπορείτε να τεκμηριώσετε την απάντησή σας με κάποια παραδείγματα και /ή περιστατικά;

Σε κείμενο του ΟΗΕ αναφέρεται ότι ο στιγματισμός έχει, συχνά σαν στόχο άτομα **"ύποπτα"** πιθανής μόλυνσης με τον HIV και αυτούς που εντάσσονται στις λεγόμενες **"ομάδες υψηλού κινδύνου".** Άσχετα λοιπόν με την συμπεριφορά τους, οι άνθρωποι έχουν κατηγοριοποιηθεί ανάλογα με τον θεωρούμενο κίνδυνο που συνεπάγεται η ομάδα στην οποία ανήκουν ή με την οποία ταυτίζονται (ΟΗΕ).

3. **Εσείς πιστεύετε ότι μπορεί να διαμορφωθεί και να εκφραστεί στιγματισμός για κάποιον με βάση την υποψία μόλυνσής του από το AIDS ή ότι η ύπαρξη και γνώση της μόλυνσης είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος;**

4. **Πιστεύετε ότι η διαμόρφωση και έκφραση του στιγματισμού προς ένα άτομο διαφέρει (σε ένταση) όταν το άτομο είναι μόνο φορέας και η μόλυνση δεν είναι εμφανής από ότι όταν είναι ασθενής σε τελικά στάδια και η μόλυνση είναι εμφανής;**

5. **Τέλος, πιστεύετε ότι επηρεάζει την διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος προς ένα οροθετικό άτομο η ταυτόχρονη ύπαρξη σε αυτό ενός δεύτερου χαρακτηριστικού που μπορεί να αξιολογείται αρνητικά από την κοινωνία; (πχ ιερόδουλη - τοξικομανής - φορέας του AIDS). Αν ναι πώς; Δημιουργεί ενδεχόμενα διπλό στιγματισμό;**

Έχετε κάποια παραδείγματα που να επιβεβαιώνουν την απάντησή σας;

6. **Πώς εκφράζεται ο στιγματισμός απέναντι στους φορείς και/ ή τους ασθενείς του AIDS μέσα στα πλαίσια των ανθρώπινων σχέσεων και συγκεκριμένα :**

α) στις οικογενειακές σχέσεις,

β) στις ερωτικές σχέσεις,

γ) στις φιλικές σχέσεις,

δ) στις εργασιακές/ επαγγελματικές σχέσεις, και

ε) στις ευρύτερες κοινωνικές συναναστροφές;

7. Η έκφραση στιγματισμού απέναντι στους φορείς και/ ή τους ασθενείς του AIDS συνεπάγεται την δημιουργία και έκφραση φαινομένων κοινωνικού ρατσισμού και απομόνωσης των ατόμων αυτών; Από την εμπειρία σας γνωρίζετε κάποια τέτοια περιστατικά;

Β. Βίωση του στίγματος

8. Κατά τη γνώμη σας φοβούνται οι άνθρωποι τον στιγματισμό;

9. Πιστεύετε ότι ο φόβος του στιγματισμού θα μπορούσε να επηρεάσει την απόφαση κάποιου, που δεν έχει ελεγχθεί για αντισώματα του ιού HIV, να κάνει το τεστ;

10. Από τη στιγμή που επιβεβαιώνεται ένα θετικό τεστ ποια είναι η πρώτη αντίδραση του οροθετικού ατόμου;

11. Αφού ξεπεράσει το αρχικό σοκ της μόλυνσής του, πώς αντιδρά, συνήθως, το οροθετικό άτομο αναφορικά με την κοινοποίηση του αποτελέσματος στο περιβάλλον του; Επιθυμεί ή αρνείται να μοιραστεί τα νέα και γιατί κατά τη γνώμη σας;

12. Για όσους φορείς ή ασθενείς του AIDS κοινοποιούν τα νέα της οροθετικότητάς τους στο περιβάλλον τους, ποια είναι η συνήθης αντίδραση των οικείων τους;

13. Επηρεάζει η όποια αντίδραση των οικείων τα οροθετικά άτομα στον τρόπο που αντιμετωπίζουν τη μόλυνσή τους ;

14. Επηρεάζει η εμπειρία άλλων γνωστών τους φορέων ή ασθενών του AIDS (αν υπάρχουν), τα οροθετικά άτομα, στον τρόπο που αντιμετωπίζουν τη μόλυνσή τους ;

15. Πώς θα περιγράφατε τη στάση που υιοθετεί απέναντι στη μόλυνσή της, η πλειονότητα των οροθετικών ατόμων που έχετε γνωρίσει; Θα τη χαρακτηρίζατε ως δυναμική ή ως παθητική;

16. Ποιες θα λέγατε ότι είναι οι ψυχολογικές επιπτώσεις στα οροθετικά άτομα, αφενός μεν της μόλυνσής τους και αφετέρου του στιγματισμού που πολλές φορές δέχονται λόγω της μόλυνσης;

17. Ποια είναι τα μέτρα, που κατά τη γνώμη σας, θα έπρεπε να λάβει η πολιτεία προκειμένου να εξαλειφθεί ο στιγματισμός προς τους φορείς και τους ασθενείς της νόσου;

ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΧΟΛΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΖΗΤΗΘΗΚΑΝ.

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΜΕΤΡΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΠΟΥ ΔΕΙΧΝΟΥΝ ΤΙΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΠΟΥ ΕΝΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΕ ΑΥΤΑ

- Αναφορά στις επίσημα καταχωρημένες ιερόδουλες: «Γίνεται αλλά διαφωνώ. Οι ίδιες από μόνες τους χρησιμοποιούν πάντα προφυλακτικό. Αυτοί που δεν το θέλουν είναι πολλές φορές οι πελάτες. Γίνεται, δήθεν, για να προστατευθούν οι πελάτες οι οποίοι δεν θέλουν να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό. Την ιερόδουλη πώς θα την προστατεύσεις από τον πελάτη που μπορεί να έχει οτιδήποτε;» (ψυχολόγος, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων).
- Αναφορά στις αποκλειστικές νοσοκόμες: "Αν ήταν έτσι θα έπρεπε να κάνουν και οι γιατροί και οι νοσηλευτές και όλοι. Δηλαδή βρήκαν μία ευπαθή κοινωνικά ομάδα και την χτυπάνε;" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- Αναφορά στους στρατεύσιμους: "Εκεί αποστρατεύονται την άλλη μέρα όποιο βαθμό και να έχουν στην ιεραρχία, από απλός στρατιώτης μέχρι...Μας έχουν τύχει πάμπολλα τέτοια περιστατικά. Δεν ξέρω κατά πόσο γίνεται εν γνώσει του ασθενούς γιατί έχω ακούσει πολλές ιστορίες" (κοινωνική λειτουργός).

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΠΟΥ ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ (μέσα στα πλαίσια του σχολιασμού των μέτρων Πρόληψης)

- "Πιστεύω πως σε ορισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου -και δεν είναι απαραίτητα μόνο οι ομοφυλόφιλοι, οι ετεροφυλόφιλοι με πολλαπλές σχέσεις κλπ, υψηλού κινδύνου είναι και οι κρατούμενοι και οι υπόχρεοι κατάταξης- θα έπρεπε να εφαρμόζεται η εξέταση για τον ιό, όπως θα έπρεπε να γίνεται ανίχνευση και άλλων λοιμωδών νοσημάτων. Δεν νομίζω ότι παραβιάζονται ανθρώπινα δικαιώματα με το να του κάνεις του άλλου μία απλή εξέταση αίματος που θα σου δείξει αν έχει AIDS ή κάποιο άλλο λοιμώδες νόσημα που ενδεχομένως θα προξενούσε πρόβλημα σε μία ολόκληρη ομάδα ανθρώπων" (δημοσιογράφος).

- Για το δεύτερο από τα ιατρικά μέτρα : "Θα έπρεπε να είναι υποχρεωτικός επίσης, για όσους εργάζονται ως οικιακοί βοηθοί ή φυλάνε παιδάκια και έρχονται από το εξωτερικό, που είναι πάρα πολλοί. Δηλαδή, όσοι παίρνουν Φιλιπιννέζες τις στέλνουν για εξετάσεις, αυτό είναι καλό και θα' πρεπε να συστηματοποιηθεί". Και παρακάτω για το τρίτο από τα ιατρικά μέτρα που σχολιάστηκαν: "Και για τους στρατεύσιμους πρέπει να είναι υποχρεωτικός, γιατί μπορεί να γίνει ένας σοβαρός τραυματισμός στον Στρατό, ένα ατύχημα που μπορεί κάποιος να χάσει πάρα πολύ αίμα" (δημοσιογράφος).

ΣΧΟΛΙΑ ΜΕΤΡΟΥ ΓΙΑ 'ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ"

- "Δεν είναι αρκετά συστηματική η ενημέρωση στα σχολεία και στους εφήβους. Δεν αποτελεί το AIDS γενικότερα Σεξουαλική Αγωγή. Πρέπει να προϋπάρχει μάθημα Σεξουαλικής Αγωγής για να ενταχθεί το AIDS. Δεν μπορείς ξαφνικά να "ρίξεις" ένα AIDS έτσι" (κοινωνιολόγος - Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).
- "Όλα αυτά ισχύουν τυπικά. Ο "Ballader" διανεμήθηκε. Δεν σημαίνει ότι προβλήθηκε, διότι -μη υπάρχουσας Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης και μη υπάρχοντος προσωπικού που θα ήταν σε θέση να δουλέψει με το πρόγραμμα- οι καθηγητές, επειδή φοβούνται να κάνουν μία συζήτηση που έχει να κάνει με το σεξ- το κλείδωσαν στα συρτάρια τους. Έτσι, είναι εντυπωσιακό ότι προβλήθηκε σε περιοχές που δεν περίμεναν ότι θα προβληθεί, -δηλαδή σε αρκετές επαρχιακές μονάδες- γιατί βέβαια ήταν νέοι καθηγητές και είχαν πιο πολύ τα "κότσια" να συζητήσουν με τους νεαρούς από κάτω. Προβλήθηκε επίσης σε διάφορα "κυριλέ" σχολεία για να δείξουν ότι κάτι κάνουν, αλλά που φρόντισαν να καλέσουν κάποιον κατ' επιλογήν να μιλήσει -π.χ. γιατρό- και όσο πιο μεγάλο (σε ηλικία) και "σοβαρό" -ενώ υποτίθεται ότι ήταν υπόθεση του σχολείου και των καθηγητών- έτσι ώστε να αποφευχθούν οι ακανθώδεις ερωτήσεις που πιθανώς δεν θα "κολλήσουν" να υποβάλλουν (οι μαθητές) από κάτω" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Κι αν έχουν πάει, πάνε τόσο επιφανειακά που δεν τα καταλαβαίνουν τα παιδιά. Πολύ λίγα παιδιά καταλαβαίνουν τι ακριβώς συμβαίνει. Πολλά ξέρουν ότι είναι μία αρρώστια που πεθαίνεις κατευθείαν, ότι βγάζεις σπυριά, ότι έχεις διάρροιες. Υπάρχει κακή ενημέρωση. Ενημερωτικά φυλλάδια δίνουν. Ποιος τα διαβάζει

όμως; Πότε φώναξαν όλους τους γονείς και πότε πήγαν οι γονείς κι αν τους φώναξαν;" (νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη Ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων).

- "(Χρειάζονται) μικρές ομάδες μαθητών σε πολύ κλειστό επίπεδο με ερωτοαπαντήσεις, με απορίες, με φιλική διάθεση απέναντί τους, διότι αυτό μπορεί να αποδώσει πολύ περισσότερο. Όχι το απρόσωπο του 'ειδικού'" (γιατρός).
- "Και το ήθος και το ύφος αυτών των ενημερώσεων είναι εσφαλμένο.(...) Πιστεύω ότι ο "Ballader" είναι μία ακατάλληλη ταινία, γι αυτό δεν την χρησιμοποιώ ποτέ, θεωρώ ότι η ταινία της Λαϊκής επιμόρφωσης του 1988 είναι πολύ πιο ουσιαστική. Για τα σχολεία χρειάζεται το peer education (εκπαίδευση συνομηλίκων), δηλαδή μικρές ομάδες να δουλέψουν γι αυτό. Στην Ελλάδα, επειδή δεν έχουμε κατάλληλους και ικανούς ενημερωτές δεν έχουμε και ενημέρωση. Χρειάζεται Αγωγή Υγείας στα σχολεία μας και δεν την έχουμε." (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων).

ΣΧΟΛΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΡΧΩΝ - ΟΔΗΓΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕ ΤΟ ΜΕΤΡΟ

- Για τις οδηγίες: " Υστερούμε πολύ ακόμη. Τώρα αρχίζει το Υπουργείο Παιδείας να κάνει κάτι συστηματικό. Εμείς περνούσαμε μεγάλο μέρος του χρόνου μας δίνοντας ομιλίες σε Λύκεια.Για παράδειγμα, μας φωνάζει ένα Λύκειο να δώσουμε ομιλίες σε μαθητές της Β' και Γ' Λυκείου, πάμε, φεύγουμε. Δεν γίνεται κάτι συγκεκριμένο. Δεν συμμετέχουν οι καθηγητές, αναγκαστικά ούτε οι γονείς. Πάμε εμείς , μιλάμε για 2 ώρες. Τι να πρωτοκάνεις σε 2 ώρες; Δεν είναι διαμόρφωση αγωγής υγείας αυτό το πράγμα". Και για την σύγκριση: "Δεν καλύπτουν, δεν επαρκούν." (ψυχολόγος, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.)
- Για τις οδηγίες: " Το 1 δεν νομίζω ότι γίνεται πλήρως. Υπάρχουν σχολεία που αρνούνται να ενημερωθούν. Υπάρχει προκατάληψη. Το 2 δεν υπάρχει, δεν υπάρχει Σεξουαλική Αγωγή. Πιστεύουν ότι με το που θα βάλουν την Σεξουαλική Αγωγή στα σχολεία θα βάλουν στο μυαλό των παιδιών ιδέες." Και για την σύγκριση: "Καλύπτει εν μέρει. Δεν νομίζω ότι η ταινία "Ballader" καλύπτει πλήρως. Νομίζω ότι ενημερωμένοι οροθετικοί εθελοντές -και μέσα α ό τις δικές τους εμπειρίες- θα μπορούσαν να βοηθήσουν περισσότερο να ακούσουν οι έφηβοι στα σχολεία και /ή στα πανεπιστήμια και να λύσουν ίσως και μαζί με έναν γιατρό κάποιες απορίες, παρά με μία απλή ταινία που την αντιμετωπίζουν πολλά παιδιά με ελαφρότητα και κοροϊδία." (οροθετική)

ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

- "Δεν έχει καμία σχέση το μέτρο που εφαρμόζεται με τις διεθνείς οδηγίες. Βέβαια δεν τις καλύπτει". (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- Για την σύγκριση: "Δεν καλύπτει απόλυτα. Διότι αν διαθέτεις τον χρόνο 2-3 ώρες για να πεις κάποια πράγματα σε κάποιο σχολείο ή σε μία ομάδα παιδιών, σήμερα τα λες, αύριο τα ξεχνάνε. Όταν όμως μπει σαν μάθημα ή αν πάει κάποιος φορέας ή ασθενής του AIDS και τους μιλήσει, σίγουρα είναι κάποια πράγματα που μένουνε. Ενώ η μισή ή η μία ώρα ξεχνιέται. Μετά από μία μέρα την έχουν ξεχάσει. (...) Όχι, πιστεύω ότι μία φορά τον χρόνο δεν είναι τίποτα, δεν δίνει τίποτα. Το συνεχόμενο, ναι, το παρατεινόμενο, ναι." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- Για την σύγκριση: "Όχι δεν τις καλύπτει. Σίγουρα όχι. Είναι 2.200 λύκεια σήμερα στην Ελλάδα. Τι να πρωτοπρολάβεις; Σε πόσα λύκεια μπορούμε να πάμε εμείς; Να πάμε σε 50; σε 60; Σε πόσα να πάμε; Εθελοντές είμαστε! Σε άλλα τόσα μπορεί να πάει και η κα. Καρά[419]; Πόσα μπορεί να κάνει;" (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων)
- "Θα πρέπει το θέμα για το AIDS να είναι στα γενικότερα πλαίσια της Αγωγής Υγείας για τα Σεξουαλικώς μεταδιδόμενα Νοσήματα, γιατί ξεκάρφωτα για το AIDS δεν μπορείς να μιλήσεις(...). Η Π.Ο.Υ. και ο Ο.Η.Ε. λένε και φωνάζουν ότι όταν ένα πρόγραμμα είναι σωστό, όταν πληροί τις προϋποθέσεις θα έχει αποτέλεσμα, θα κάνει τους μαθητές να σε εμπιστευτούν περισσότερο, τους καθηγητές, τους γονείς. Δεν θα αντιδράσουν και θα πιστέψουν ότι ένα τέτοιο πρόγραμμα δεν θα οδηγήσει στην πρόωρη έναρξη των σεξουαλικών επαφών, γιατί όλοι αυτό φοβούνται. Αλλά οι έρευνες έχουν δείξει ότι δεν οδηγούν στην πρόωρη έναρξη των σεξουαλικών επαφών." (ψυχολόγος, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων).

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΜΕΣΩ ΜΜΕ

- "Δεν έχει γίνει μία ενημέρωση -ίσως στο ραδιόφωνο- πιο εκτενής, συνεχής, χρόνια. Δεν νομίζω ότι κουράζει το κοινό. Τα σπότ πολύ λίγο τα έχω δει στην τηλεόραση. Στο ραδιόφωνο δεν θυμάμαι καν να έχω ακούσει -που χρησιμοποιώ το ραδιόφωνο καθημερινά και πολλές φορές την ημέρα. Στην τηλεόραση σπάνια,

[419] Η κα. Καρά ήταν εκείνη την εποχή υπεύθυνη της Επιτροπής Ενημέρωσης του ΚΕΕΛ.

1 ή 2 φορές το καλοκαίρι. Χρειάζεται πιο εντατική ενημέρωση." (κοινωνική λειτουργός)

- "Δεν έχουν συχνότητα, βάζουν κάτι σποτάκια μόνο το καλοκαίρι. Έπρεπε αυτά να τα έχουν συνέχεια, όχι μία στις τόσες." (ψυχολόγος)
- "Δεν είναι συστηματοποιημένη αυτή η ενημέρωση. Γίνεται σποραδικά και με αφορμή κάποιες επετείους." (ψυχίατρος)
- "Μόνο την ημέρα για το AIDS, μερικά σποτάκια στην τηλεόραση, εκτός από τις διαφημίσεις για τα προφυλακτικά." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Στα ΜΜΕ έχουν γίνει κάποια πράγματα, αλλά δεν είναι το να δείχνεις ότι πρέπει να βάλεις προφυλακτικό. Είναι και πολλά άλλα που πρέπει να μπούνε. Πρέπει να συνειδητοποιήσει ο κόσμος." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Ναι γίνονται, αλλά όχι στον βαθμό που θα'πρεπε." (νοσηλεύτρια)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΚΑΤΑΣΧΕΣΗ Η ΜΗ ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΒΙΒΛΙΑΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΗΜΑ ΚΑΤΑΧΩΡΗΜΕΝΩΝ ΙΕΡΟΔΟΥΛΩΝ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΟΡΟΘΕΤΙΚΕΣ.

- "Από ό,τι ξέρω αυτές ελέγχονται. Και είναι πιο συνειδητοποιημένες. Με μερικές που έχω μιλήσει χρησιμοποιούν προφυλακτικό, δεν δέχονται πελάτη χωρίς προφυλακτικό." (νοσηλεύτρια)
- "Οι δηλωμένες είναι το ελάχιστο ποσοστό σε σχέση με τις μη δηλωμένες. Άρα, πιάνοντας μόνο τα δηλωμένα εκδιδόμενα άτομα πιάνουν το ελάχιστο ποσοστό και αφήνουν το μεγαλύτερο που είναι και οι πλέον επιρρεπείς, να έχουν κάτι και να μολύνουν. Πιστεύω σε διαφορετική προσέγγιση. Οργανωμένη πρακτική αλλά όχι αστυνομική (γιατί ο έλεγχος των επίσημα δηλωμένων έχει έναν χαρακτήρα αστυνομικό). Υπάρχει ανάγκη ειδικής ενημέρωσης προς τον πληθυσμό αυτό, από εξειδικευμένο προσωπικό. (Υπάρχει) ανάγκη προώθησης τέτοιων προγραμμάτων." (γιατρός)
- "Γίνεται, αλλά μία ιερόδουλη που έχει μάθει να ζει από αυτά τα λεφτά τί θα κάνει; Και έτσι αναγκάζεται και φεύγει από το πορνείο και βγαίνει στο πεζοδρόμιο. Άρα πού είναι η Πολιτεία να πει: 'Κυρία μου, σε βγάζουμε από εκεί, έλα σε βάζουμε κάπου αλλού να δουλέψεις, σου βρίσκουμε μία δουλειά, κάτι'." (οροθετικός)

- "Ναι, να μην κάνουν αυτή τη δουλειά. Θέλουν όμως κοινωνική επανένταξη" (νοσηλεύτρια)

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΡΟΥ ΜΕ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

ΣΧΟΛΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΡΟΥ:

- "Πάρα πολύ λεπτό θέμα, διότι από τη στιγμή που μία επίσημα καταχωρημένη ιερόδουλη βγει οροθετική, έχει κάποια υποχρέωση η Πολιτεία να προφυλάξει τους επόμενους. Θα μπορούσε να μην της απαγορεύσει κάποιος αυτό το επάγγελμα εάν ήταν σίγουρος ότι βάζει τον άλλο να χρησιμοποιήσει προφυλακτικό, αλλά απ' ό,τι μαθαίνουμε πολύς κόσμος δεν θέλει να χρησιμοποιήσει προφυλακτικό. Θέλει συζήτηση το θέμα. Αυτοί που δεν είναι δηλωμένοι,[420]...εξαρτάται από την συνείδηση του καθενός. Αλλά εδώ θέλει πάρα πολύ προσοχή. Δεν μπορείς να αφήσεις ένα άτομο... Εκτός αν βεβαιωθείς 100%, αλλά αυτό σημαίνει να είσαι επί τόπου!" (γιατρός)
- "Ίσως και για το ίδιο το άτομο να είναι σωστό, π.χ. μία ιερόδουλη που είναι οροθετική και συνεχίζει να κάνει την ίδια δουλειά, η ίδια θα έχει πρόβλημα υγείας. Την ίδια προφυλάσσει. Μπορεί να παίρνει προφυλακτικά μέτρα αλλά δεν παύει η ίδια να ταλαιπωρεί τον οργανισμό της και να τον φέρνει σε δυσκολότερη θέση. Σε δουλειές γραφείου δεν παίζει ρόλο. Αλλά μία δουλειά που έχει να κάνει με νοσοκομεία ή ερωτική επαφή κλπ, χρειάζεται " (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- Για την σύγκριση μέτρου - οδηγίας: "Είναι δύο διαφορετικά πράγματα, διότι η όλη ιστορία του μέτρου είναι κατά πόσο εκτίθενται σε κίνδυνο άλλα άτομα. Ο υπάλληλος τραπέζης δεν εκθέτει κανέναν σε κίνδυνο με το να είναι οροθετικός. Εδώ μιλάμε για ένα επάγγελμα που όταν έχεις άδεια υποτίθεται ότι δεν κινδυνεύεις να μολύνεις τον πελάτη -γιατί υπάρχουν και οι παράνομες ιερόδουλες που κανείς δεν ξέρει τι γίνεται. Δεν βρίσκω ότι αντιφάσκουν, διότι υπάρχει ένα στοιχείο επικινδυνότητας μετάδοσης του ιού λόγω της εξάσκησης του επαγγέλματος. Είναι διαφορετικό από το να μην είναι κανείς σε κίνδυνο από το συγκεκριμένο επάγγελμα." (ψυχολόγος, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.)

[420] Αναφέρεται στα μη δηλωμένα εκδιδόμενα άτομα.

- Για την σύγκριση μέτρου - οδηγίας: "Αυτά αντιφάσκουν αλλά πρέπει να γίνει εξαίρεση μόνο γι αυτό το συγκεκριμένο επάγγελμα -όχι για άλλα- γιατί είναι ο μόνος πιο σίγουρος τρόπος μετάδοσης. Δηλαδή, η οδηγία είναι σωστή αλλά με την εξαίρεση των ιερόδουλων. Πρέπει να είναι η μόνη εξαίρεση." (νοσηλεύτρια)
- Για την σύγκριση μέτρου - οδηγίας: "Δεν αντιφάσκει, με την έννοια ότι το επάγγελμα της ιερόδουλης είναι τελείως ξεχωριστό και ιδιόμορφο επάγγελμα, το οποίο δεν μπορεί από τη φύση του να υπόκειται στους περιορισμούς αυτής της οδηγίας, ακριβώς γιατί εγκυμονεί κινδύνους. Μιλάμε για κατ' εξοχήν Ομάδα Υψηλού Κινδύνου, αν και από αρχής της νόσου οι ιερόδουλες είχαν το χαμηλότερο ποσοστό μόλυνσης." (δημοσιογράφος)
- Για την σύγκριση μέτρου - οδηγίας: "Είναι κάτι διαφορετικό γιατί η εργασία έχει άμεση σχέση με τη μετάδοση, οπότε ίσως κάτι θα' πρεπε να γίνεται. Δεν ξέρω αν είναι ο καλύτερος τρόπος αυτός που γίνεται, δεν ξέρω αν είναι σωστό ή όχι. Δεν αποτελεί, για μένα, ένα είδος ρατσισμού με το να περιορίσεις λίγο τα άτομα που με την επαγγελματική τους δραστηριότητα μπορεί να προκαλέσουν τον ιό. Ενδεχομένως βέβαια, θα μπορούσαν να το κάνουν με άλλον τρόπο, δηλ. ενδεχομένως θα μπορούσε να βρεί μία άλλη απασχόληση, να βρεθούν άλλοι τρόποι. Αλλά ο έλεγχος της υγείας τους έχει άμεση σχέση με τη μετάδοση άρα πρέπει να γίνεται. Δεν είναι το ίδιο με κάποια άλλη δουλειά." (δημοσιογράφος)

ΣΧΟΛΙΑ ΔΙΑΦΩΝΟΥΝΤΩΝ:

- "Η κατάσχεση του βιβλιαρίου υγείας δεν αποτρέπει αυτές τις γυναίκες από το να συνεχίσουν να εργάζονται. Γιατί να μην συνεχίσουν να εργάζονται; Υποτίθεται ότι λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα προστασίας δεν μπορούν να μεταδώσουν τον ιό. Έπειτα ο πελάτης που πηγαίνει θα πρέπει να αναλαμβάνει την ευθύνη ότι μπορεί να κολλήσει κάτι από αυτήν. Και δεν είναι μόνο το AIDS αλλά και άλλες ασθένειες. Υπάρχουν δύο επίπεδα που πρέπει να δουλευτούν: Το πρώτο αφορά στην ενημέρωση και εκπαίδευση των εκδιδόμενων ατόμων και το δεύτερο στους ίδιους τους πελάτες που πρέπει επίσης να εκπαιδευτούν. Θα πρέπει κι αυτοί να καταλάβουν τους κινδύνους που διατρέχουν και να αναλάβουν τις δικές τους ευθύνες." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.)

- "Δεν θα έπρεπε να κατασχεθούν, αλλά οι ιερόδουλες ειδικά να περνάνε από πρόγραμμα ενημέρωσης και στήριξης, ψυχικής και οικονομικής, ώστε να αλλάξουν έμμεσα. Αν τους πάρεις τα βιβλιάρια θα βγούν μεθαύριο αλλού. Πρέπει η κάθε κοπέλα να συνειδητοποιηθεί και να βοηθηθεί." (γιατρός)
- "Θα κάνει πληρωμένο έρωτα χωρίς να είναι δηλωμένη. Αντί λοιπόν να της πάρω την άδεια, καλό θα είναι να την ενημερώσω για προφύλαξη καταρχήν δική της. Με το να της εξηγήσεις και να την ενημερώσεις θα έχεις αποτέλεσμα, όχι με την απαγόρευση." (κοινωνική λειτουργός)
- "Πάει η ιερόδουλη μία φορά το μήνα για εξέταση. Πες ότι βρίσκεται καθαρή. Αν κολλήσει την επομένη έχει 30 μέρες να κολλήσει άλλους. Δεν είναι πρόληψη αυτή. (...) Και τι έγινε αν της κατασχέσουν το βιβλιάριο; Από το πορνείο βγήκε στο δρόμο και κάνει τη δουλειά τη εκεί και με περισσότερα λεφτά. Σκοτίστηκε." (οροθετικός)
- "Λάθος! Αν η ιερόδουλη εκπαιδευτεί και λαμβάνει τα μέτρα της για να περιφρουρεί τον εαυτό της και τον άλλο, είναι ανέντιμο, ανήθικο και αντισυνταγματικό να στερείται την άδειά της." (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων).

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

- "Χρειάζεται πολλή δουλειά ακόμη το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και όχι μόνο όσοι ασχολούνται στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Πιο πολλή εκπαίδευση του προσωπικού υγείας χρειάζεται. Πιο πολλή ευαισθητοποίηση των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού και πιο σαφής ενημέρωσή τους. Να ξετρομάξουν λίγο. Σε όλους, είτε βρίσκονται σε Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων ή όχι και στα εργαστήρια και παντού, γιατί έμμεσα όλοι εμπλέκονται κάποια στιγμή" (ψυχολόγος)
- "Εγώ δεν τα ήξερα, δεν είχα ενημερωθεί. Δεν έχουμε ενημερωθεί ποτέ οι αδελφές εδώ μέσα, ποτέ οι βοηθητικές που βγάζουμε όλη την δουλειά. Και ζήτησα να πάω στο συνέδριο[421] και μου είπαν :'Δεν μπορείς να πάς γιατί είσαι βοηθητική'. Για εκεί είμαι βοηθητική, για το ιατρείο που το κρατάω όλο μόνη μου και βγάζω όλη

την δουλειά; Δεν είμαι υπεύθυνη; Στο ιατρείο μπορώ να βάλω και να βγάλω τον ορό; Και εντάξει εγώ τα κάνω. Ας δείξει όμως και ο γιατρός ότι το σέβεται. Πρέπει να ενημερωθούν όλοι σωστά. Και οι γιατροί έχουν πρόβλημα.(...) Για τις ενημερώσεις (που αναφέρει το μέτρο) δεν ξέρω. Μόνο αυτό το συνέδριο γνωρίζω που το πάλεψα και απαίτησα να πάω. Κατά τ' άλλα, ποτέ δεν με έχει ενημερώσει κανένας, ούτε για συμπεριφορά ούτε για τίποτα. Κανένας δεν με έχει καλέσει για ενημέρωση, ό,τι ακούσω κλεφτά. Ό,τι μου λένε οι γιατροί και ό,τι αρπάξει το αυτί μου." (νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη Ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων)

ΣΧΟΛΙΑ ΜΕΤΡΟΥ ΑΜΕΣΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΟΤΑΝ ΤΕΘΕΙ ΥΠΟΨΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΥΠΟΠΤΟΥ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ AIDS.

- "Δεν συμφωνώ. Πιστεύω ότι όλοι οι άνθρωποι που νοσηλεύονται πρέπει να θεωρούνται δυνητικά μολυσμένοι είτε από τον ιό του AIDS ή από άλλον ιό που μπορεί να μεταδοθεί με αίμα ή υγρά. Το να βάλουμε γάντια όταν θα πάρουμε αίμα από έναν που ξέρουμε ότι είναι οροθετικός και όχι από έναν άλλο, θεωρώ ότι είναι λάθος. Πρέπει όλοι να αντιμετωπίζονται το ίδιο, σαν δυνητικά μολυσμένοι." (γιατρός)
- "Διαφωνώ. Πρέπει να γίνεται με τρόπο η ενημέρωση, διότι μπορεί και να είναι ψευδώς θετικό το τέστ. Ξέρουμε πολύ καλά ότι η Ηπατίτιδα Β κολλάει 100 φορές πιο εύκολα από το AIDS. Εγώ βάζω: 'πιθανότητα μολυσματικού νοσήματος' γενικά. Και αυτό διότι καταλαβαίνω τον πανικό του ασθενούς όταν πάνω από το κρεβάτι του βάλουν AIDS -δεν είναι δυνατόν. Έπειτα, αν δεν έχεις προλάβει να τον ενημερώσεις, να έρθεις σε επαφή μαζί του, μπορεί να κάνει και απόπειρα αυτοκτονίας. Άρα η διαχείριση της ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να γίνεται με μεγάλη επιφυλακτικότητα και χωρίς να υπάρχει η πιθανότητα να διαρρεύσει." (γιατρός)
- "Δεν είναι να τρέχουμε όταν φανεί το πρόβλημα, είναι να ενημερώνουμε προτού ακόμα φανεί το πρόβλημα και να δώσουμε να καταλάβουν ακόμα και οι πιο άπιστοι, ότι δεν είναι τόσο τρομερά τα πράγματα. Μπορεί να είναι κάποιος από εμάς τους ίδιους. Το θέμα είναι να προφυλάξουμε και εκείνους και εμάς. Και βέβαια από τη στιγμή που κάθε άρρωστος μπαίνει στο νοσοκομείο είναι δυνητικά

[421] Αναφέρεται στο Πανελλήνιο Συνέδριο που πραγματοποιείται κάθε χρόνο και οργανώνεται από την

μολυσματικός μέχρι αποδείξεως του εναντίου. Άρα να παίρνονται όλα τα μέτρα." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)

- "Ναι γίνεται αλλά κακώς, γιατί αρχίζουν μετά 'όχι εγώ δεν πάω' κλπ." (νοσηλεύτρια σε Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΜΕΤΡΟ ΘΕΡΙΝΗΣ ΚΑΜΠΑΝΙΑΣ

- "Η Θερινή Καμπάνια Ενημέρωσης δεν ενημέρωσε και πολύ συστηματικά." (ψυχίατρος)
- "Μόνο το καλοκαιράκι η Καμπάνια. Για να φαίνονται ότι κάπου πηγαίνουν τα χρήματα. Όχι στις πλατείες, στις δουλειές τους να πάνε και στα σχολεία. Πάει ο άλλος να πιεί τον καφέ του και πάς εσύ και του λές για AIDS και προφυλακτικά;" (οροθετικός)

ΜΕΤΡΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΜΕΤΡΟΥ 'ΚΑΤΑΛΛΗΛΗΣ ΣΗΜΑΝΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΗ ΕΤΙΚΕΤΑ ΚΟΚΚΙΝΟΥ ΧΡΩΜΑΤΟΣ.

- "Πιστεύω ότι για όλους τους ασθενείς και για όλα τα αίματα θα έπρεπε να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα. Γιατί πολλές φορές και ο ίδιος ο ασθενής δεν το λέει ότι είναι οροθετικός" (ψυχολόγος)
- "Δεν υπάρχει λόγος να επισημαίνονται. Κακώς επισημαίνονται."(γιατρός)
- "Είναι μία βούλα και τους πειράζει. Είναι οι ετικέτες που βάζουν. Είναι ο άλλος ομοφυλόφιλος; Βάλ' του μία βούλα. Γιατί σταμπάρεις τον άλλο; Κακώς! Βλέπεις όλων τα θερμομετρικά διαγράμματα, είναι λευκά και του άλλου έχει μία βούλα." (οροθετικός)
- "Πρέπει ή σε όλα τα δείγματα ή σε κανένα" (οροθετικός)
- "Την στιγμή που φτάνει σε ένα παραπεμπτικό και λες το όνομα[422] και εκεί πάνω γράφεις, στιγματίζεις. Παύει να είναι απόρρητο από εκεί και μετά" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Ισχύει αλλά διαφωνώ. Πρέπει όλα τα δείγματα αίματος και ιστών να μπαίνουν σε κουτιά και να παίρνονται όλες οι προφυλάξεις σα να έχουν και οι άλλοι AIDS.

Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS.

[422] Η ερωτώμενη αναφέρεται σε διαφορετικό τρόπο εφαρμογής του μέτρου όπου, προφανώς, γράφεται το όνομα του ασθενούς πάνω στο παραπεμπτικό αντί για την κόκκινη βούλα.

Για παράδειγμα, στέλνεις ένα δείγμα από τα επείγοντα στο βιοχημικό σε απλό σωληνάριο που δεν είναι σκεπασμένο. Ο άλλος έχει AIDS αλλά δεν το λέει, άρα δεν το ξέρεις. Εσύ δεν παίρνεις μέτρα. Γιατί να μην πάρεις;" (νοσηλεύτρια)

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΡΟΥ - ΟΔΗΓΙΩΝ

ΑΠΟΚΛΙΝΟΥΝ ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΚΑΙ ΟΙ ΟΔΗΓΙΕΣ

- "Η κόκκινη ετικέτα στο θερμομετρικό διάγραμμα δεν συμβαδίζει με την οδηγία. Είναι απαράδεκτο" (εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).
- "Είναι λίγο αντιφατικά. Γιατί την σήμανση κάποιος θα τη δεί -ιδιαίτερα στο θερμομετρικό διάγραμμα- θα προκληθεί περιέργεια: 'τι είναι αυτό; γιατί είναι σε σένα και δεν είναι έτσι στον άλλο' κλπ. Δεν συμβαδίζει με την μη αποκάλυψη σε τρίτα πρόσωπα." (κοινωνική λειτουργός).
- "Δεν καλύπτει το μέτρο την οδηγία. Ο ασθενής φυσικά δεν συγκατατίθεται να ξέρει όλο το νοσοκομείο ότι είναι οροθετικός" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Εφόσον τηρείται το μέτρο αναιρεί την οδηγία. Το υγειονομικό προσωπικό υποτίθεται ότι τηρεί το απόρρητο. Υποτίθεται ότι το απόρρητο περιλαμβάνει όλους." (ψυχίατρος)
- "Το μέτρο μπορεί να οδηγήσει στην αποκάλυψη των αποτελεσμάτων του τέστ HIV σε τρίτα πρόσωπα χωρίς την έγκριση του ασθενή. Δεν είναι ο άλλος χαζός να μην καταλάβει. Είναι ένας σταυρός, κάτι, οτιδήποτε. Είναι σα να καταργείται το απόρρητο ειδικά για το νοσηλευτικό προσωπικό. Υποτίθεται ότι δουλεύοντας σε ένα νοσοκομείο υπάρχουν διάφοροι κίνδυνοι, διάφορες αρρώστιες. Δηλαδή κάποιος που έχει AIDS είναι επικίνδυνος και όλοι οι άλλοι δεν είναι; Υπάρχουν και άλλες αρρώστιες εξίσου επικίνδυνες και θανατηφόρες, όπως οι ηπατίτιδες κλπ." (οροθετικός)
- "Ναι, θα μπορούσε το μέτρο να οδηγήσει στην αποκάλυψη των αποτελεσμάτων του τέστ HIV σε τρίτα πρόσωπα χωρίς την έγκριση του ασθενή. Βλέποντας το δεύτερο ή τρίτο πρόσωπο τις κόκκινες ετικέτες σίγουρα υποπτεύεται αν έχει λίγο μυαλό και σκεφτεί. Θα πει: 'γιατί εδώ κόκκινο και όχι άσπρο'; Δηλαδή στιγματίζονται και με τις κόκκινες ταμπελίτσες και με το αίμα." (νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη Ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων).

- "Θεωρητικά ο μικροβιολόγος που θα κάνει την εξέταση θα καταλάβει ότι ο τάδε είναι οροθετικός. Κατά κάποιον τρόπο δηλαδή αίρεται και το απόρρητο.(...) Υπάρχει μία αντίφαση. Μία λύση θα ήταν να γράφεται αριθμός. Το πρόβλημα με αυτό είναι ότι αν δεν γραφτεί καλά ο αριθμός μπορεί να γίνει λάθος στο αποτέλεσμα. (Άλλη λύση θα ήταν) με αρχικά. Όταν υπάρχουν 10 άνθρωποι μπορείς να χρησιμοποιείς αρχικά. Αν έχεις 100, μπορεί να είναι πολλοί με τα ίδια αρχικά. Εμείς εδώ δίνουμε ψευδώνυμα." (γιατρός)
- "Μπορεί να καταρριφθεί το απόρρητο. Όταν γράφεται το όνομα επάνω και γράφεται HIV θετικό φυσικά καταρρίπτεται. Ενώ αν έστελναν όλες οι κλινικές προφυλαγμένα όλα τα δείγματα, δεν θα χρειαζόταν να γράφουν HIV θετικό, αρκεί οι εργαζόμενοι στα εργαστήρια να έπαιρναν όλες τις προφυλάξεις". (νοσηλεύτρια)
- "Η σήμανση αφορά αίμα ή προϊόντα αίματος ή οποιοδήποτε μολυσματικό υλικό. Ο ασθενής στο κρεβάτι του δεν αποτελεί πηγή μόλυνσης. Και (αν έχει) κάποια επίσκεψη, έναν φίλο ή συγγενή, δεν υπάρχει λόγος (αυτός) να βλέπει κάποιο σημάδι. Οπότε θα μπορούσε να δημιουργήσει πρόβλημα και να οδηγήσει στην αποκάλυψη των αποτελεσμάτων του τέστ HIV σε τρίτα πρόσωπα χωρίς την έγκριση του ασθενή, δηλ. να αντιφάσκουν." (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων).
- "Δεν υπάρχει λόγος να μπαίνει στο θερμομετρικό διάγραμμα εφόσον ο γιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό ξέρουν τι έχει. Και το ξέρουν. Αποκαλύπτεται μόνο με το ότι νοσηλεύεται στη συγκεκριμένη μονάδα, πόσο μάλλον αν βάλουμε τη βούλα στην καρτέλα μπροστά. Ποια η διαφορά από το να τη βάλουμε στο μέτωπο; Προσοχή δαγκώνει, κόκκινο!" (κοινωνική λειτουργός)
- "Το μέτρο είναι απαράδεκτο, διότι το σήμα "μολυσματικό υλικό" επιβάλλεται να μπαίνει σε πολλές ασθένειες. Το να μπαίνει, όμως και στο θερμομετρικό διάγραμμα είναι στιγματοφόρο. Θα μπορούσε το μέτρο αυτό να οδηγήσει στην αποκάλυψη των αποτελεσμάτων του τεστ HIV σε τρίτα πρόσωπα χωρίς την έγκριση του ασθενή, γιατί το άτομο επισκέπτονται κάποιοι φίλοι, οικογένεια, στους οποίους ο ασθενής δεν επιθυμεί να το πει και μπορεί να υπάρξει τέτοιο κρούσμα αποκάλυψης." (νοσηλεύτρια)

ΣΥΓΚΛΙΝΟΥΝ ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΚΑΙ ΟΙ ΟΔΗΓΙΕΣ (ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ)

- "Δεν καταργεί το επαγγελματικό απόρρητο. Σαφώς αποκαλύπτεται το αποτέλεσμα του τεστ, αλλά γίνεται στα πλαίσια συγκεκριμένης διαδικασίας." (γιατρός)
- "Στο νοσοκομείο δεν υπάρχουν τρίτα πρόσωπα. Όλοι ανήκουν σε ένα χώρο και έχουν καταλάβει ότι πρέπει να λειτουργεί άψογα το απόρρητο προς τα έξω. Είναι ευθύνη όλου του νοσοκομείου." (γιατρός)
- "Σε ύποπτους σαφώς όχι. Η σήμανση στα δείγματα του αίματος πρέπει να γίνεται και *αυτό δεν σημαίνει στιγματισμό, γίνεται και στην ηπατίτιδα. Αυτό* είναι απαραίτητο.(...) Πρέπει για λόγους προφύλαξης. Όταν τα υλικά είναι αίμα, πρέπει αυτός που θα το χειριστεί και θα έρθει σε άμεση επαφή να έχει επίγνωση, πρέπει.[423] Δεν μπαίνουν στο θερμομετρικό διάγραμμα διότι είναι ξεχωριστή η Μονάδα και είναι όλοι οι ασθενείς οροθετικοί, οπότε δεν χρειάζεται." (γιατρός)
- "Δεν νομίζω ότι αυτή τη σήμανση μπορεί να την καταλάβει ο οποιοσδήποτε αλλά από την άλλη μην ξεχνάμε ότι πρέπει να προστατευτούν και οι νοσηλευτές. Γιατί ο άλλος μπορεί να κάνει ένα τραύμα, μία φοβερή αιμορραγία." (δημοσιογράφος)
- "Δεν νομίζω ότι αντιφάσκει. Πιστεύω όμως ότι το μέτρο αυτό θα μπορούσε να αποφευχθεί εάν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έπαιρνε όλα τα μέτρα ασφαλείας που έπρεπε να παίρνει για όλους τους ασθενείς. Αν δηλαδή γινόταν αυτό, δεν χρειαζόταν καν η κόκκινη ταμπέλα, με την έννοια ότι τα μέτρα ασφαλείας είναι ικανά να το προφυλάξουν. Αλλά το μέτρο δεν αναιρεί την οδηγία γιατί δεν αφορά τρίτα πρόσωπα, αφορά το προσωπικό του νοσοκομείου." (δημοσιογράφος)
- "Θεωρητικά δεν θα μπορούσε (να οδηγήσει η εφαρμογή του μέτρου στην αποκάλυψη σε τρίτα πρόσωπα). Δηλαδή αυτό είναι ένα μέτρο προστασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού από το μολυσμένο άτομο. Έτσι θεωρητικά δεν θα μπορούσε να βγεί προς τα έξω. Με την προϋπόθεση πάντα ότι θα τηρηθεί η δεοντολογία του ιατρικού απορρήτου." (δημοσιογράφος)
- "Το μέτρο δεν καταργεί το απόρρητο εφόσον δεν υπάρχουν ονόματα επάνω. Υπάρχει ένα μολυσμένο δείγμα αίματος και βεβαίως δεν θέλουμε να μολυνθεί ούτε ένας περισσότερος, ούτε ένα κρούσμα παραπάνω." (κοινωνιολόγος, εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).

[423] Η υπογράμμιση αντιστοιχεί στον προφορικό τονισμό της λέξης από τον ίδιο τον ερωτώμενο.

- "Όσον αφορά τα δείγματα αίματος συγκλίνουν. Δεν συμφωνώ με το θερμομετρικό διάγραμμα." (ψυχολόγος)
- "Δεν αντιφάσκει. Αρκεί να μην υπάρχει όνομα και να μην μπαίνει στο θερμομετρικό διάγραμμα." (οροθετικός)

ΑΠΕΦΥΓΑΝ ΝΑ ΣΥΓΚΡΙΝΟΥΝ ΑΜΕΣΑ ΤΟ ΜΕΤΡΟ. ΕΔΩΣΑΝ ΕΜΜΕΣΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

- "Αυτό γίνεται σε όλο τον κόσμο. Βέβαια, αυτός που δουλεύει στο εργαστήριο πρέπει να ξέρει ότι ένα αίμα έστω κι αν δεν έχει κόκκινη βούλα, δυνητικά μπορεί να είναι μολυσμένο. Και αυτό ισχύει και για την διάγνωση.(...) Το κόκκινο ταμπελάκι δεν σημαίνει AIDS, σημαίνει λοιμώδες νόσημα. Βέβαια, εφαρμόστηκε στην Ελλάδα λόγω του AIDS, αλλά έπρεπε να είχε εφαρμοστεί από πριν για την ηπατίτιδα. Στη Αγγλία υπήρχε από την ηπατίτιδα και συνεχίστηκε στο AIDS. Εδώ ξεκίνησε να εφαρμόζεται από το AIDS και αυτό είναι λάθος." (γιατρός)
- Σε εμάς δεν τοποθετείται τίποτα. Στα δείγματά μας είμαστε υποχρεωμένοι να δίνουμε κλινικές πληροφορίες. Εμείς γράφουμε HIV λοίμωξη και τα έντυπά μας έχουν την ένδειξη του μολυσμένου υλικού. Εμείς θεωρούμε όλους τους ασθενείς και όλους τους ανθρώπους γενικά δυνητικά μολυσμένους με τα πάντα. Και λαμβάνουμε μέτρα πρόληψης για όλους τους ασθενείς το ίδιο. Και δεν κυκλοφορούν τα ονόματά τους." (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων).

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΚΑΘΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΓΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗ ΑΜΕΣΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΠΡΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ AIDS.

- "Το θέμα είναι να μην ταλαιπωρούνται οι ασθενείς. Και στην δική μας την περίπτωση δυστυχώς πολλές φορές ταλαιπωρούνται. Για παράδειγμα, ψάχνω για χειρουργείο εδώ και 10 μέρες και δεν μπορώ να βρω" (γιατρός, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Είναι πάρα πολλά νοσοκομεία που όταν δεν είναι δικοί τους ασθενείς δεν τους δέχονται, λένε για παράδειγμα ότι δεν έχουν κρεβάτι" (ψυχολόγος)
- "Δεν εφαρμόζεται. Μπορεί να υπάρχει 'απαγόρευση άρνησης νοσηλευτικών φροντίδων' αλλά αρνούνται. Το μεγαλύτερο πρόβλημα για τους οροθετικούς είναι

ότι δεν βρίσκουν χειρούργους" (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων)

- "Είμαστε αναγκασμένοι να το κάνουμε, γιατί δεν έχουμε χειρούργο ή καρδιολόγο. Οπότε είμαστε υποχρεωμένοι να τους στέλνουμε αλλού. Είναι πολύ φτωχό το Νοσοκομείο μας" (νοσηλεύτρια)
- "Ναι γίνεται. Επειδή είναι μικρή Μονάδα και δεν έχουμε όλα τα απαραίτητα, αν χρειαστεί, αν υπάρξει πρόβλημα τους στέλνουμε σε άλλο Νοσοκομείο" (νοσηλεύτρια)
- "Το μέτρο υπάρχει, αλλά πρακτικά οι ασθενείς δεν νοσηλεύονται σε νοσοκομεία που δεν έχουν Μ.Ε.Λ (Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων). Γιατί μπορεί πολύ εύκολα να πει το Νοσοκομείο ότι δεν μπορεί (να νοσηλεύσει) γιατί δεν έχει Μ.Ε.Λ.. Άγραφα μεν, γίνεται δε" (γιατρός)
- "Μόνο σε αυτά που έχουν Μ.Ε.Λ. (εφαρμόζεται). Σε όλα τα άλλα όχι. Και ακόμα και σε αυτά με τις Μ.Ε.Λ. υπάρχει πρόβλημα. Δεν σε κοιτάνε όσο θα 'πρεπε. Υπάρχει άρνηση προσφοράς νοσηλευτικών φροντίδων" (οροθετικός)
- "Όχι δεν γίνεται έτσι. Δεν σε παίρνει οποιοδήποτε Νοσοκομείο γνωρίζοντας ότι έχεις AIDS, ούτε και για μία απλή εξέταση. Πόσο μάλλον για εγχείρηση. Πιστεύω ότι θα βοηθούσε αν φτιαχνόντουσαν περισσότερες Μ.Ε.Λ. και είχε ενημερωθεί καλύτερα και το νοσηλευτικό προσωπικό και ο κόσμος, γιατί υπάρχει αυτή η άγνοια" (οροθετική)
- "Για την άρνηση νοσηλευτικών φροντίδων δεν μιλάω, γιατί εδώ δεν έρχονται ούτε μία μέρα να βοηθήσουν στο ιατρείο για να πάρω άδεια. Δεν περνάνε ούτε απ' έξω" (νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη Ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Η απαγόρευση άρνησης προσφοράς νοσηλευτικής φροντίδας είναι θεωρητική. Είναι πολλοί που λένε: 'εγώ δεν πάω να βάλω ορό γιατί φοβάμαι'" (γιατρός)
- "Ναι, όμως υπάρχουν κάποιες κατηγορίες που πιστεύω ότι μπορούν να αρνηθούν, δηλαδή άτομα που έχουν αυξημένους κινδύνους (π.χ. που πάσχουν από ανοιχτά εκζέματα, τραύματα ή γυναίκες σε εγκυμοσύνη). Θα' πρεπε να υπάρχει παραθυράκι στην άρνηση προσφοράς νοσηλευτικής φροντίδας. Βέβαια θα παίρνουν τα απαραίτητα μέτρα, όμως πιστεύω ότι γι αυτούς -λειτουργούς υγείας που είναι σε ανοσοκαταστολή- μπορούμε να βάλουμε να μην ισχύει η απαγόρευση" (νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη Μ.Ε.Λ.)

- "Δεν εφαρμόζονται. Αυτά είναι ιδεατά πράγματα που δεν γίνονται. Έχουμε μεγάλο πρόβλημα. Έχω παράδειγμα της προηγούμενης εβδομάδας, Όπου δεν αρνούνται εμφανώς, κάνουν κάτι αλλά κοιτάνε όσο πιο γρήγορα να τον στείλουν αλλού. Ενώ υποτίθεται ότι έχουν πάρει και άλλα Νοσοκομεία χρηματοδότηση για Μ.Ε.Λ., οι οποίες όμως είναι ανύπαρκτες. Έχουμε για παράδειγμα μεγάλο πρόβλημα με το Ψυχιατρείο: δεν δέχεται να νοσηλεύσει τους ψυχιατρικούς ασθενείς με HIV. Στους οποίους το κύριο πρόβλημά τους είναι το ψυχιατρικό, ανεξάρτητα από τη νόσο. Δεν πρόκειται δηλαδή για την γνωστή εγκεφαλοπάθεια που προκαλεί ο ιός, αλλά για καθαρά ψυχιατρικούς ασθενείς που συμπτωματικά μολύνθηκαν κιόλας" (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων).
- "Η εμπειρία μου είναι αρνητική. Η μεγάλη άρνηση και ο φόβος ανήκει στο ιατρικό προσωπικό. Έχουμε άρνηση εισόδου σε Νοσοκομείο γνωρίζοντας ότι είναι (ο ασθενής) οροθετικός, άρνηση νοσηλείας και απλής εξέτασης. Υπάρχουν και πολύ ευαισθητοποιημένοι άνθρωποι αλλά στον μεγαλύτερο βαθμό έχουμε άρνηση προβάλλοντας τους Χ λόγους" (κοινωνική λειτουργός)
- "Όχι, δεν ισχύει. Ξέρω νοσηλεύτριες που εργάζονται στα εξωτερικά ιατρεία Ειδικών Λοιμώξεων, ασχολούνται με οροθετικούς και δεν τους αγγίζουν. Δεν κάνουν ούτε τις αιμοληψίες (τις κάνουν μόνον οι γιατροί). Αρνούνται συστηματικά να κάνουν αιμοληψία. Και έχουν δύο πατήματα: 1) ότι φοβούνται, 'πού ξέρω τι θα πάθω, αν θα μου τύχει κάτι', και 2) ότι δεν είναι κατοχυρωμένες, διότι πολλές είναι απόφοιτες διετούς φοίτησης και ο νόμος δεν τις κατοχυρώνει για να κάνουν αιμοληψία, δεν είναι μέσα στα καθήκοντά τους. Άρα και που αρνούνται δεν μπορεί κανένας να τους επιβάλλει τίποτα, ούτε να αλλάξει την συμπεριφορά τους. Η προηγούμενη νοσηλεύτρια μάλιστα, δεν ήθελε καν να είναι στο ιατρείο και το κανόνισε: πήρε αναρρωτική άδεια, συμπληρώθηκαν οι μήνες και τώρα θα βγει στη σύνταξη" (ψυχολόγος, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων).

<u>ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΔΥΟ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΩΝ ΓΡΑΜΜΩΝ ΚΑΙ ΕΝΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΥ ΣΤΑΘΜΟΥ</u>

- "Η λειτουργία της Τηλεφωνικής Γραμμής και του Συμβουλευτικού Σταθμού δεν καλύπτει την ανάγκη συμβουλευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα" (κοινωνιολόγος,

Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).

- "Το (β)[424] δεν γίνεται σε καμία περίπτωση. Τουλάχιστον δεν έχει τύχει σε μένα περίπτωση να μου πουν (οι ασθενείς) ότι τους το ανακοίνωσε ψυχολόγος (μόνος του) ή μαζί με τον γιατρό. Δεν έχει γίνει μέχρι τώρα είτε για θετικό ή για αρνητικό αποτέλεσμα, όπως γίνεται σε άλλες χώρες".(κοινωνική λειτουργός)
- "Ψυχολογική υποστήριξη για την ανακοίνωση του οροθετικού αποτελέσματος δεν υπάρχει συστηματικά σε ορισμένα νοσοκομεία, όπως για παράδειγμα στο Ευαγγελισμό." (ψυχολόγος)
- "Ναι έγινε. Τώρα πόσο συστηματική ήταν η καταγραφή και αξιολόγηση (γ) δεν μπορώ να το ξέρω".(γιατρός)
- "Υπάρχουν όλα αυτά αλλά δεν γνωρίζω πώς λειτουργούν. Ο ψυχολόγος του Συμβουλευτικού Σταθμού μας είπε: 'Καλά εσείς κολλήσατε αλλά μην το δώσετε και σε κανέναν άλλο'. Πού προσπάθεια να σώσουν τον δικό σου κόσμο. Το (γ) ίσως γίνεται επιστημονικά αλλά όχι βιωματικά. Το (δ) ναι αλλά απρόσωπα." (οροθετικός)
- "Ναι. Όλες οι υπηρεσίες, οι Μονάδες και τα ιατρεία χρειάζονται συνεχή ενημέρωση, συνεχή σεμινάρια, να έχουν αγάπη πάνω απ' όλα. Γιατί όσο επαγγελματίας και να είσαι, αν είσαι ψυχρός δεν μπορείς να προσφέρεις τίποτα σε κανέναν. Χρειάζεται περισσότερη ευαισθησία σε όλους τους ανθρώπους που ασχολούνται με την υγεία, χρειάζεται μεγάλη τρυφερότητα." (νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη Ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Ναι. Δεν ξέρω όμως αν έχει αξιολογηθεί η λειτουργία τους και αν αξιολογείται." (γιατρός)
- "Ο άρρωστος έχει μάθει τον θεράποντα γιατρό του και με αυτόν έχει την άνεση και από αυτόν την ψυχολογική υποστήριξη. Δεν έχουμε βέβαια πάντα πολύ χρόνο να τους αφιερώνουμε, αλλά είναι μοιραίο όταν (ο άρρωστος) βασίσει την ζωή του, το μέλλον του, την προοπτική του σε συγκεκριμένο άτομο, με αυτό να θέλει να επιλύσει και τα άλλα προβλήματα, τα ψυχικά που δεν μπορεί να ξεχωρίσει. Δεν ξέρω πόσο αυτά τα κέντρα παίζουν τον ρόλο που θα έπρεπε αν και εμάς θα μας ξαλάφρωνε να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο. Ο άνθρωπος όμως είναι μία

[424] Ανακοίνωση του οροθετικού αποτελέσματος με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.

οντότητα. Δεν μπορεί να ξεχωρίσει και να πει: τώρα θα πάρω τηλέφωνο για το ψυχολογικό." (γιατρός)

- "Ξέρω ότι υπάρχει, δεν ξέρω τι δραστηριότητες έχει. Το (β)[425] γίνεται από τον γιατρό που το ανακοινώνει." (γιατρός)
- "Ναι. Το (β) οπωσδήποτε. Το (γ)[426]: δεν γίνεται συστηματική καταγραφή." (νοσηλεύτρια, υπεύθυνη τμήματος - Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Το (β) δεν γίνεται πάντα. Πολλοί καταφεύγουν σε ιδιωτικά εργαστήρια και δεν υπάρχει πάντα κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη. Δεν νομίζω ότι γίνεται από όλους." (δημοσιογράφος)
- "Για το (γ): ίσως να είναι πρόθεση αλλά έχω την αίσθηση ότι στην πραγματικότητα δεν γίνεται κάτι τέτοιο." (δημοσιογράφος)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ 'ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ'

- "Πρέπει να στηριχθεί ακόμη περισσότερο, γιατί δεν στηρίζεται, υπάρχουν πολλά προβλήματα." (γιατρός, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Δεν 'δούλεψε' τελικώς γιατί δεν μπόρεσε να καλύψει σε 24ωρη βάση τους αρρώστους" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Θα ήταν πολύ καλό να γίνει, αλλά στην Ελλάδα υστερεί πολύ η "κατ' οίκον νοσηλεία". Θα ήταν πολύ καλό και για το σπίτι. Αυτή η υπηρεσία έχει προβλήματα, έχει χαθεί" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Υπάρχει αλλά όχι και πολλά πράγματα. Θέλουν περισσότερο παρέα. Μία ένεση τους βάζουν και τίποτα άλλο. Νοσηλεύτριες πάνε και τίποτε άλλο. Ούτε ψυχολογική υποστήριξη ούτε κοινωνική. Υπό το μηδέν. Καμία εκπαίδευση συγγενών και ασθενών. Ούτε μεταφορά. Πρέπει να γίνει ολόκληρη διαδικασία για να εγκριθεί. Συνήθως ταξί πληρώνουν τα παιδιά" (οροθετικός)
- " Όχι. Δεν γίνονται αυτά. Ό,τι τους λέμε εμείς εδώ. Κάποια φορά δεν υπήρχε άνθρωπος να συνοδεύσει ασθενή για να κάνει μία μαγνητική τομογραφία. Τρεις φορές είχαμε καλέσει το ΕΚΑΒ και δεν ερχότανε. Τελικά εγώ παρακάλεσα προσωπικά τον κάθε ένα από αυτούς που μίλαγα και κανόνισα να πάει το

[425] Ανακοίνωση του οροθετικού αποτελέσματος με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.
[426] Συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών του πληθυσμού σε θέματα AIDS.

ασθενοφόρο. Και επειδή δεν υπήρχε νοσηλευτικό προσωπικό για να συνοδεύσει τον ασθενή πήγα εγώ η ίδια. Και από το ΕΚΑΒ δεν υπάρχει συμπαράσταση. Μόλις ακούνε ότι είναι οροθετικός φεύγει το ασθενοφόρο και δεν τους παίρνει, με την δικαιολογία ότι δεν τους ενημέρωσαν ότι είναι φορείς του AIDS. Δεν θα' πρεπε να είναι οργανωμένοι και ενημερωμένοι -και το προσωπικό- ώστε να παίρνουν τα μέτρα τους με όλους; Σάμπως όταν πάνε να παραλάβουν κάποιον άσχετο ξέρουν αν έχει ή όχι AIDS; Και το προσωπικό των ασθενοφόρων δεν είναι ενημερωμένο και αρνιούνται. Πολλές φορές έχουν αρνηθεί" (νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη Ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων).

- "Ναι γίνεται από Συλλόγους. Δεν ξέρω τις λεπτομέρειες της εσωτερικής τους οργάνωσης.(...) Δεν είμαι σίγουρη ότι η κατ' οίκον νοσηλεία είναι επαρκής στην πλαισίωση που έχει για να καλύψει όλους τους ασθενείς. Κανονικά θα έπρεπε να την έχουν αναλάβει κρατικοί φορείς και να μην στηρίζεται στην καλή πρόθεση των Συλλόγων. Χρειάζεται κρατική μέριμνα και περισσότερα πράγματα. Υπάρχει σαν μέτρο αλλά έχει να κάνει με την ποσότητα και ποιότητά του. Πώς εφαρμόζεται" (ψυχολόγος)
- "Δεν ξέρω να υπάρχει. Εμείς οι ίδιοι, και χωρίς να είναι κανένας υποχρεωμένος να το κάνει, συνιστούμε τι θα πρέπει να προσέχουν τα μέλη της οικογένειας. Το κάνουμε από ηθική υποχρέωση" (γιατρός)
- "Δεν είμαι σίγουρη αν εφαρμόζεται. Πιστεύω ότι γενικά υπάρχει πρόβλημα στο Ελληνικό σύστημα υγείας όσον αφορά στην στήριξη ασθενών έξω από το νοσοκομείο, οποιασδήποτε ασθένειας κι αν είναι. Και δεν νομίζω ότι στο AIDS λειτουργεί το κράτος καλύτερα και καταφέρνει να δώσει όλα αυτά που υπόσχεται. Απλά δεν έχει την ικανότητα και την επάρκεια να το κάνει (το μέτρο). Νομίζω ότι αν γίνεται, γίνεται περιστασιακά" (δημοσιογράφος).

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΞΕΧΩΡΙΣΤΗΣ ΠΤΕΡΥΓΑΣ ΣΤΙΣ ΦΥΛΑΚΕΣ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ

- "Ο διαχωρισμός των οροθετικών στις φυλακές είναι αρκετά στιγματοφόρο, ρατσιστικό σαν μέτρο" (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).
- "Είναι μία πονεμένη ιστορία. Την περνάνε πολύ καλύτερα σε σχέση με τους άλλους, με την έννοια ότι πολύ δύσκολα κάποιος θα τους πλησιάσει πάρα πολύ.

Έχουν την δυνατότητα να αμυνθούν καλά. Εκεί που είναι τραγικά τα πράγματα είναι όταν χρειάζεται νοσηλεία κάποιος ή παραπομπή σε νοσοκομείο ή χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων. Είναι ακόμη στην μονοθεραπεία.[427] Δεν τους στέλνουν στο νοσοκομείο. Τους θεωρούν ίσως 'χαμένο χαρτί' για να μπουν στον κόπο να εξασφαλίσουν αστυνομικούς για την διακομιδή τους κλπ." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).

- "Υπάρχει και πρέπει να υπάρχει" (νοσηλεύτρια)
- "Νομίζω πως υπάρχει. Αλλά κακώς υπάρχει. Δεν διαφέρουν οι οροθετικοί φυλακισμένοι από τους υπόλοιπους. Διαφωνώ με αυτό το μέτρο" (οροθετική)
- "Είναι απομόνωση. Δεν τους πλησιάζουν ούτε οι φύλακες" (οροθετικός)
- "Είναι λίγο περίεργο να υπάρχει ξεχωριστή πτέρυγα. Είναι και αυτό ένα είδος ρατσισμού όπως όλες οι απομονώσεις" (γιατρός)
- "Ναι μεν γκετοποίηση αλλά μπορεί και να είναι αναγκαίο. Δεν υπάρχουν προφυλακτικά στις φυλακές και το επίπεδο δεν είναι αρκετά υψηλό" (οροθετικός)
- "Ναι και έχουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης" (οροθετικός)

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΟΔΗΓΙΑ

ΣΧΟΛΙΑ ΚΑΘΑΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΜΕΤΡΟΥ

- "Είναι εξευτελιστικός ο διαχωρισμός, δεν πρέπει να υπάρχει ξεχωριστή πτέρυγα" (οροθετική)
- "Συμφωνώ με την οδηγία. Είναι απομόνωση για τους φυλακισμένους. Κακώς υπάρχει" (οροθετικός)
- "Αντιφάσκουν αυτά τα δύο. Γιατί όμως να απομονώνονται και οι ασθενείς; Μόνο στην Ελλάδα υπάρχουν ξεχωριστά κρεβάτια. Δεν ξέρω τι γίνεται στις φυλακές. Αλλά διαφωνώ με την απομόνωση. Συνιστώ εκπαίδευση στο προφυλακτικό. Αυτό (που συμβαίνει) είναι κάτι σαν (αυτό που συνέβαινε) παλιότερα με τους λεπρούς" (γιατρός)
- "Είχαμε μία εμπειρία οροθετικής κοπέλας. Πέρασε άσχημα την είχαν απομονώσει. (...) Αυτό το μέτρο ένα καλό μόνο μπορεί να τους κάνει. Επειδή υπάρχει διακίνηση ναρκωτικών, έτσι προλαμβάνεται η μετάδοση σε άλλους και δεν έχουμε παραμόλυνση κάποιων από Ηπατίτιδες ή πάλι από τον ιό του AIDS

[427] Ενώ η ενδεδειγμένη και εφαρμοζόμενη θεραπεία στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς αποτελείται από συνδυασμό φαρμάκων, το λεγόμενο 'κοκτέιλ'.

που είναι εξίσου επικίνδυνο για την υγεία τους. Αυτό μπορεί και πάλι να λυθεί με το να μοιράζονται ατομικές σύριγγες κάθε μέρα σε όλους. Η φυλακή υποτίθεται ότι δεν είναι για να τιμωρεί αλλά για να αλλάζει την συμπεριφορά και την στάση. Με αυτόν τον τρόπο, δεν αλλάζει η συμπεριφορά και η στάση αλλά ενισχύεται η περιθωριοποίηση, ο στιγματισμός, η απομόνωση. Είναι άδικο το μέτρο τελικά" (ψυχολόγος, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων).

Σχόλια έμμεσης υποστήριξης εφαρμογής του μέτρου:

- "Δεν ξέρω αν είναι 'εξευτελιστικός' (ο διαχωρισμός) ή αν εξυπηρετεί κάποιες ανάγκες. Εκεί μέσα τα πράγματα είναι και λίγο άγρια" (νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη Μ.Ε.Λ.)
- "Για να είναι κρατούμενοι σημαίνει ότι έχουν κάνει τέτοια πράγματα που βλάπτουν την υγεία των υπολοίπων. Δεν νομίζω ότι είναι σε θέση να συνειδητοποιήσουν... Νομίζω ότι θα' πρεπε να υπάρχει ειδική μονάδα για τους οροθετικούς κρατουμένους, ειδικός χώρος που θα νοσηλεύονται γιατί δεν νομίζω ότι σέβονται και τους άλλους. Για να είναι κρατούμενοι σημαίνει ότι έχουν κάνει τέτοια που δεν σέβονται τους άλλους. Πόσο μάλλον τώρα που η ζωή τους είναι περιορισμένη" (νοσηλεύτρια)

Σχόλια της έκφρασης έμμεσης αντίθεσης στο μέτρο:

- "Αν οι ειδικοί της δημόσιας υγείας έξω θεωρούν ότι δεν είναι αναγκαίος (ο διαχωρισμός), δεν ξέρω γιατί οι δικοί μας το θεωρούν αναγκαίο" (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων)
- "Αν δεν νοσεί ο κρατούμενος φυσικά και δεν χρειάζεται να είναι ξεχωριστά. Αν νοσεί και έχει κάποια συμπτώματα, πρέπει να απομονώνεται προς στιγμήν και μετά να επανέρχεται. Είναι το ίδιο σα να είσαι σε μία οικογένεια. Δεν μπορείς να απομονώσεις κάποιον άμα είναι απλός φορέας" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)

Σχόλια έντονης αμφιταλάντευσης σχετικά με την εφαρμογή του μέτρου:

- "Αντιφάσκουν (το μέτρο με την οδηγία). Αλλά έτσι όπως είναι η κατάσταση στις φυλακές είναι καλό -για την ώρα- να υπάρχει ξεχωριστή πτέρυγα νοσηλείας, όπου μπορούν να λαμβάνονται περισσότερα μέτρα και να δίνεται περισσότερη προσοχή για το όφελος των οροθετικών. Ξεχωριστή πτέρυγα κράτησης δεν πρέπει να υπάρχει. Μόνο σε περίπτωση νοσηλείας πρέπει να υπάρχει ξεχωριστή πτέρυγα"

(κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).

- "Είναι εξευτελιστική η μεταχείριση αλλά είναι για όλους τους φυλακισμένους. Δηλαδή, είναι στριμωγμένοι σαν τα ποντίκια, σε έναν χώρο που είναι για τους μισούς απ' όσους βρίσκονται εκεί, με συνθήκες περίπου μεσαιωνικές, οι οποίες εξυπηρετούν άλλους στόχους και σκοπούς. (...) Η ξεχωριστή πτέρυγα έγινε για λόγους ανάγκης γιατί αυτοί πολλοί συχνά σφάζονται και μεταξύ τους. (...) Ο μεγαλύτερος χώρος διακίνησης ναρκωτικών είναι οι φυλακές. Αλλά αυτό κάνουμε όλοι ότι δεν το ξέρουμε. (...) Μέχρι και η σύριγγα χρυσοπουλιέται στις φυλακές. Λένε σε όλους τους φύλακες -και μοιράζουν και φυλλάδια γι αυτό- να έχει ο καθένας την δική του σύριγγα. Να την βρούν πού; Η επίσημη θέση του Υπουργείου Δικαιοσύνης είναι ότι αν αυτοί μοιράσουν σύριγγες στις φυλακές είναι σα να αποδέχονται ότι γίνεται χρήση ναρκωτικών στις φυλακές. Όπως και αν μοιράσουν προφυλακτικά δέχονται ότι υπάρχουν ομοφυλοφιλικές σχέσεις. (...) Ευτυχώς που υπάρχει η ξεχωριστή πτέρυγα. Άτομα δηλώνουν οροθετικοί με το που μπαίνουν. Το δηλώνουν επίτηδες γιατί ξέρουν ότι θα πάνε στο καλό 'μαγαζί', που έχει δικό του ψυγείο, κουζίνα που είναι πιο αραιοκατοικημένο" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Αν πάρουμε την πραγματικότητα και αυτά που γίνονται στις Ελληνικές φυλακές και στις περισσότερες φυλακές του κόσμου... Επειδή δεν γίνεται υποχρεωτικά το τεστ, κάποιος που δεν γνωρίζει ότι είναι οροθετικός δεν θα διαχωριστεί. Αν τους έχουν για την ψυχολογική υποστήριξη, για την καλύτερη νοσηλεία τους κλπ, ίσως να πρέπει, μόνο γι αυτόν τον λόγο, να υπάρχει ξεχωριστή πτέρυγα, όχι για τον στιγματισμό. Υπάρχει αντίφαση ανάμεσα στα δύο (μέτρο - οδηγία)" (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).
- "Είναι εξευτελιστική μεταχείριση, αυτό δεν το συζητάμε. Αλλά δεν ξέρουμε την συμπεριφορά του καθενός μέσα στη φυλακή και επειδή ακούγονται διάφορα, το θέμα είναι να αποφύγουμε την μόλυνση άλλων ατόμων. Κάπου οι ισορροπίες είναι λεπτές. Να μην ξεχωρίσεις μεν αλλά να αποφύγεις και την μετάδοση" (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων).
- "Θεωρητικά είμαι αντίθετος στον διαχωρισμό. Πρακτικά όμως, οι φυλακές έχουν ορισμένες εγγενείς αδυναμίες και προβλήματα. Θα ήταν ουτοπιστικό να αγνοεί

κανείς τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν στις φυλακές, τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις, την χρήση ναρκωτικών, τους ξυλοδαρμούς, τις βιαιοπραγίες που οδηγούν σε αιματοχυσίες. Εάν λάβει κανείς αυτά υπόψη του, οδηγείται στο συμπέρασμα ότι πρέπει να γίνουν δύο πράγματα: ή να βελτιωθούν τόσο πολύ οι συνθήκες στις φυλακές που δεν θα υφίσταται ανάγκη διαχωρισμού των ατόμων ή θα πρέπει να γίνεται διαχωρισμός, κάποιου είδους διαχωρισμός. Δεν ξέρω αν θα είναι ειδική πτέρυγα ή κάτι άλλο αλλά θα πρέπει να γίνει, πρώτα από όλα για την προστασία των ίδιων των πασχόντων. Έχουν ήδη σημειωθεί κρούσματα μόλυνσης ατόμων από οροθετικά άτομα στις φυλακές" (δημοσιογράφος)

- "Αυτό είναι ένα ανοιχτό πρόβλημα που περιέχει όλη την αντιφατική κατάσταση που αναφέραμε στην αντιμετώπιση της νόσου. Ζούμε και το δράμα των φυλακών όπου υπάρχουν διαφόρων ειδών ανθρώπινες επαφές, από ξυλοδαρμούς, ομοφυλοφιλικές σχέσεις κλπ. Βέβαια οπωσδήποτε είναι εξευτελιστική μεταχείριση, αλλά υπάρχει και αυτή η πραγματικότητα που για την λύση, πραγματικά, είτε έτσι ή αλλιώς, θα έχει ο καθένας τους ενδοιασμούς του" (βουλευτής).

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΜΕΤΡΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ 'ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ' ΓΙΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ.

- "Παρέχει πάρα πολλά. Θα έπρεπε όμως να παρέχει περισσότερα. Θα έπρεπε να μην υπάρχει το ωράριο. Στον Ξενώνα δεν έπρεπε να έχουν ωράριο. Υπάρχουν δύο νοσηλεύτριες. Θα μπορούσε η μία να μπορεί να πάρει μία κοπέλα (φιλοξενούμενη) να βγούνε για έναν καφέ εφόσον είναι και η γιατρός μαζί, να υπάρξει κάποια κινητοποίηση. Όχι προγράμματα με το εργασιακό,[428] αυτά δεν μπορούν να γίνουν εκεί (στον Ξενώνα) γιατί έχουν ανομοιογενείς ομάδες και ομάδες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, άτομα με πολλά προβλήματα στη ζωή τους, στο παρελθόν τους, που ποτέ δεν έχουν μπει σε κάποιον κανόνα, οπότε δύσκολα γίνονται τέτοια προγράμματα. Αλλά μπορεί να γίνει κάτι.(...) Υπάρχουν πάρα πολλές ανάγκες στον Ξενώνα. Οι συνθήκες είναι άσχημες, το ιατρείο πρέπει να επισκευαστεί, υπάρχουν προβλήματα που τα ξέρουν οι πάντες αλλά δεν υπάρχει καμία στήριξη." (γιατρός, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).

- [Για τον δεύτερο στόχο] "Δεν γίνεται εντατική δουλειά" (ψυχολόγος)
- "Είναι πολύ σωστό το μέτρο" (γιατρός)
- "Θα έπρεπε να επεκταθεί. Υπάρχει ανάγκη να λειτουργήσει ένας χώρος μεταξύ Ξενώνα και νοσοκομείου για τα άτομα που δεν έχουν ελπίδες να επανέλθουν και περιμένουν να 'τελειώσουν'. Αυτά τα άτομα χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα αλλά όχι νοσοκομείο. Αυτό λείπει πολύ γιατί έτσι κρατούν κρεβάτια που είναι απαραίτητα για άλλους ασθενείς που έχουν ελπίδες για 2,3,4,5 και 6 ακόμα μήνες, περιμένοντας να 'τελειώσουν'. Ιδιαίτερα άπορα άτομα που δεν έχουν που να πάνε ή έναν συγγενή να τα πάρει. Ιδιαίτερο το πρόβλημα γι αυτούς." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Ξέρω ότι δέχονται μόνο άτομα που αυτοεξυπηρετούνται. Απ' ό,τι ξέρω τους προσφέρουν ένα πιάτο φαγητό και ένα κρεβάτι να κοιμούνται και ο ένας υποστηρίζει τον άλλο και έχουν και έναν ψυχολόγο που είναι ιδιαίτερα κοντά τους" (νοσηλεύτρια)
- "Λειτουργεί πάρα πολύ καλά, γιατί έχω ασθενείς που μου λένε ότι πάνε εκεί και τους αρέσει υπερβολικά" (γιατρός)
- "Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη είναι μπούρδες, δεν υπάρχουν αυτά τα πράγματα. Ψυχολόγο δεν έχουν τόσους μήνες, κανένα χρόνο και. Και πού είναι η κοινωνική υποστήριξη; Να τους βγάζει μόνο την πρόνοια (το επίδομα); (...) Τους δίνουν φαί, ύπνο και ένα χαρτζιλίκι, αυτό είναι όλο. Κατά τ' άλλα, αν κανείς ενδιαφερθεί μόνος του και σταθεί στα πόδια του, μπορεί να κάνει κάτι. Τα προγράμματα εργασιοθεραπείας κλπ., δεν έχουν γίνει ποτέ. Και ορισμένοι οροθετικοί που δουλεύουν εκεί έχουν προσληφθεί κατόπιν άλλης πιέσεως" (εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).
- "Όχι και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Άσε η ταμπέλα τι γράφει. Ταμπέλα είναι. [Για τον δεύτερο στόχο]Πήγε να γίνει αλλά δεν έγινε" (οροθετικός)
- "Είναι πολύ καλά τα παιδιά που δουλεύουν εκεί, το προσωπικό. Όσες φορές παλαιότερα ζητήσαμε την βοήθεια του Ξενώνα, κράτησε τους ανθρώπους αυτούς και τους υποστήριξε" (νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη Ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Λειτουργεί σαν Ξενώνας και όχι σαν άσυλο και έτσι πρέπει. [Για τον δεύτερο στόχο] Όχι τόσο πολύ. Ίσως γιατί και τα άτομα είναι περαστικά. Δεν ενδιαφέρονται για κάτι μόνιμο. Έχουν και διαφορετικές αντιλήψεις και ηλικίες.

[428] Αναφέρεται στα προγράμματα εργασιακής επανένταξης που αποτελούν τον δεύτερο στόχο του

Γίνονται όμως στο Κέντρο Ζωής και Έμπνευσης (μη κυβερνητική οργάνωση)" (οροθετικός)[429]

- "Ο Ξενώνας έχει στιγματιστεί από την γειτονιά. Πρέπει να βοηθηθεί όσο γίνεται περισσότερο γιατί κάνει καλή δουλειά" (οροθετική)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ 'ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 5 ΚΛΙΝΩΝ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΟΡΕΩΝ AIDS.

- "Δεν εφαρμόζεται" (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Δεν γνωρίζω τι γίνεται σε άλλα νοσοκομεία, εμείς έχουμε εννιά (κρεβάτια)" (νοσηλεύτρια).
- "Οδοντίατρος διέρρευσε ότι δέχεται και οροθετικούς. Οι υπόλοιποι πελάτες του δεν ξαναπήγαν. Υπάρχει ανάγκη οδοντιατρείου" (νοσηλεύτρια)
- "Όχι, έχουμε τέσσερα" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Δεν ξέρω τι γίνεται στην Πάτρα. Στην Θεσσαλονίκη ναι, στα Ιωάννινα τους στέλνουν στην Αθήνα, έχουμε τέτοια περιστατικά. Ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων έπρεπε να έχει γίνει, δεν έχει γίνει"(εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).
- "Το ξέρω (το μέτρο) αλλά δεν έχουν όλα τα νοσοκομεία. Υπάρχουν λίγα (κρεβάτια). Ελλιπές (το μέτρο)" (οροθετικός).
- "Υπάρχει ακόμα πρόβλημα με τις κλίνες στα νοσοκομεία. Πριν μερικά χρόνια δεν υπήρχαν καθόλου. Τώρα έχουν αρχίσει και φτιάχνονται και σε μερικά νοσοκομεία οι Μονάδες είναι κάπως ανθρώπινες. Και για οδοντιατρική φροντίδα, τώρα τελευταία γίνονται κάποιες προσπάθειες" (οροθετική)
- "Δεν επαρκούν οι Μονάδες" (οροθετικός)
- "Δεν υπάρχουν σε όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδος" (γιατρός)
- "Δεν υπήρχε οδοντιατρείο να σε δεχτεί, έπρεπε να το κρύψεις για να σε δεχτούν. Το πανεπιστημιακό οδοντιατρείο βοηθούσε. Τώρα υπάρχει το οδοντιατρείο στα Πατήσια". (οροθετική)

μέτρου.

[429] Φιλοξενούμενος του Ξενώνα όταν έγινε η συνέντευξη.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΡΟΥ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΟΔΗΓΙΑΣ

Σχόλια που υποστηρίζουν ότι η οδηγία καλύπτεται από την εφαρμογή του μέτρου:

- "Ισχύει αυτή η οδηγία και λειτουργούμε με αυτή την ομάδα, γι αυτό και έχουμε και τον σύμβουλο ψυχολόγο και τον σύμβουλο ψυχίατρο και τον σύμβουλο ορθοπεδικό και τον σύμβουλο χειρούργο και τον σύμβουλο αιματολόγο" (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων).
- "Δεν ξέρω τι γίνεται στην επαρχία. Αλλά οι ντόπιοι δεν πάνε ποτέ εκεί, έρχονται όλοι στην Αθήνα. Αν στο νησί πάς στον γιατρό και πεις ότι έχεις AIDS, θα το μάθει όλο το νησί. Έχουν καλή φροντίδα, εκτός από οδοντιατρική, αλλά δεν τηρείται το απόρρητο. Στην Αθήνα επαρκούν τα κρεβάτια εκτός εκτάκτων περιπτώσεων αλλά και πάλι καλύπτονται" (ψυχολόγος)
- "Μερικώς την καλύπτει. Δηλαδή, εμπεριέχεται το μέτρο στην οδηγία αλλά δεν την καλύπτει πλήρως. Υπάρχουν διεπιστημονικές ομάδες αλλά όχι παντού" (γιατρός)
- "Έτσι όπως αναφέρεται καλύπτει την οδηγία. Δεν ξέρω αν σε κάθε περιφερειακό κέντρο υπάρχει διεπιστημονική ομάδα ή ένας ειδικός μόνο" (ψυχίατρος)
- "Η οδηγία ήδη παρέχεται. Στην αρχή ερχότανε ένας ψυχολόγος από το Υπουργείο, έβλεπε τους αρρώστους, είχε κάποια επικοινωνία μαζί τους, ενδιαφερόταν για τα προβλήματά τους, τα μετέφερε στο Υπουργείο -χωρίς να ξέρω τι εξέλιξη είχαν εκεί-. Τώρα όμως σταμάτησε" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Γιατί συγκεκριμένα 5 κρεβάτια; Νομίζω ότι όσο περισσότερα κρεβάτια και μεγαλύτερη η κλινική, τόσο πιο καλά. Για παράδειγμα, στο Ηράκλειο Κρήτης ή στα Γιάννενα μόνο 5 θα χρειαστούν; Καλύπτει αν υπάρχουν περισσότερα κρεβάτια" (νοσηλεύτρια)
- "Υπάρχει οδοντίατρος στο νοσοκομείο που κάνει εξαγωγές αλλά δεν κάνει προσθήκες.(...)Υπάρχει συνεργασία με ορισμένα άτομα. Όχι πλήρης με όλα τα μέλη. Γενικά υπάρχει συνεργασία αλλά όχι και με το νοσηλευτικό προσωπικό. Ποιος κάθισε να ασχοληθεί με τα προβλήματα του νοσηλευτικού προσωπικού;" (ψυχολόγος, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων).
- "Νομίζω ότι καλύπτεται. Τα περισσότερα Ελληνικά νοσοκομεία έχουν αναπτύξει Μονάδες για περιστατικά AIDS. Ίσως θα έπρεπε να υπάρχουν περισσότερα, πιο

οργανωμένες Μονάδες στην επαρχία, πέρα από μία Παθολογική Κλινική" (δημοσιογράφος).

Σχόλια που υποστηρίζουν ότι η οδηγία δεν καλύπτεται από την εφαρμογή του μέτρου:

- "Έχουν γίνει περισσότερα κέντρα[430] στην Ελλάδα. Δεν είναι επαρκή. Δεν εφαρμόζεται η επάνδρωση που αναφέρει η οδηγία. (...) Δεν έχουν προσληφθεί ψυχολόγοι" (ψυχολόγος)
- "Είναι μία νόσος που θέλει όλες τις ειδικότητες. Γιατί ένας γιατρός, όσο ευρεία γνώση και να έχει δεν μπορεί να κάνει και τον νευρολόγο και τον ΩΡΥΛΑ και τον οδοντίατρο και ό,τι άλλο. Ο σχηματισμός μίας ομάδας σε κάθε νοσοκομείο θα ήταν υπέροχο πράγμα" (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων).
- "Στην πράξη ξέρω ότι δεν την καλύπτει. Δηλαδή, ότι στις Μ.Ε.Λ. οι συνθήκες που εργάζεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι καθόλου καλές, δεν υπάρχει αρκετό ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οι άνθρωποι ταλαιπωρούνται. Σε αυτό το κομμάτι, η ανάπτυξη των 5 κλινών είναι κάτι περισσότερο θεωρητικό, δηλαδή στην πράξη δεν υπάρχουν οι 5 κλίνες σε κάθε νοσοκομείο. Υπάρχει πρόβλημα στη νοσηλεία. Τουλάχιστον έτσι κατατίθεται από τους ίδιους τους οροθετικούς" (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Δεν έχουμε 5 κλίνες σε κάθε νοσοκομείο, ούτε οδοντιατρική φροντίδα. Κανένας κρατικά δεν έχει οδοντιατρική φροντίδα. Το μόνο που μπορεί να κάνει κανείς - στα κρατικά νοσοκομεία- είναι εξαγωγές και σφραγίσματα. Και με την Βίλλα Δρακοπούλου έγινε 'χαμός'[431]. Τώρα λειτουργεί αλλά πάλι μόνο για εξαγωγές και σφραγίσματα" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Μακάρι να γινόταν η οδηγία αλλά δεν γίνεται. Δεν την καλύπτει" (νοσηλεύτρια)
- "Εμείς δεν έχουμε πρόβλημα κλινών αλλά προσωπικού. Έχουμε κάνει αίτηση στο Υπουργείο για οκτώ ακόμη ειδικότητες και τις περιμένουμε. Δεν τις έχει δε

[430] Εννοεί Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων.
[431] Αναφέρεται στις έντονες αντιδράσεις των κατοίκων της περιοχής, όταν πάρθηκε η απόφαση της ανάπτυξης οδοντιατρίου για οροθετικούς.

συστήσει ακόμα (το Υπουργείο) τις θέσεις. Μέχρι να συστηθούν, να προκηρυχθούν κλπ., θέλει μία τριετία" (γιατρός)

- "Όχι, ούτε κατά διάνοια. Αυξάνονται οι οροθετικοί με πολύ γοργό ρυθμό. Άσχετα με τα καινούργια φάρμακα που τους εμποδίζουν να φτάσουν στις πολύ άσχημες καταστάσεις που έφταναν παλιότερα. Αλλά δεν παύει να είναι μία πάθηση με βαριές παρενέργειες. Πρέπει λοιπόν να παίρνονται προφυλάξεις και επομένως δεν αρκούν 5 κλίνες. Δεν τον απομονώσαμε ούτε τον εξαφανίσαμε τον ιό" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Το μέτρο μιλάει για Αττική, Θεσσαλονίκη, Ιωάννινα, Πάτρα και Κρήτη. Η υπόλοιπη Ελλάδα τι κάνει; Κάποιος για παράδειγμα, που είναι στην Ζάκυνθο θα πρέπει να πάει στην Κρήτη ή πιο κοντά; Δε νομίζω ότι το καλύπτει. Θα πρέπει κανονικά, όπου υπάρχει νοσοκομείο ή έστω υγειονομικός σταθμός ή ό,τι άλλο, σε κάθε νησί, χωριό κλπ., να υπάρχει ένας γιατρός. Λίγο δύσκολο βέβαια, αλλά θα πρέπει να αντιμετωπιστεί πιο σοβαρά. Περισσότεροι ειδικευμένοι στο AIDS γιατροί με περισσότερη των 10 ετών εμπειρία. Θα πρέπει (να υπάρχει) και περισσότερη ενημέρωση και περισσότεροι γιατροί, γιατί είναι λίγοι που ασχολούνται με το AIDS στην Ελλάδα" (οροθετική)
- "Η οδηγία πάσχει. Τρεις γιατροί για 700 άτομα δεν αρκούν" (οροθετικός)
- "Μιλάμε για ανάπτυξη των Μονάδων εδώ πέρα. Ότι πρέπει να έχει η φροντίδα και η θεραπεία υψηλή ποιότητα. Δεν είναι μόνο αν θα δώσεις το φάρμακο τη σωστή ώρα, στην σωστή δόση κλπ. Είναι και η ψυχοκοινωνική τους στήριξη. Πού είναι οι ψυχολόγοι; Δεν υπάρχουν ψυχολόγοι. Μας είναι άμεσο αυτό. Δεν καλύπτεται η οδηγία" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Οι ανάγκες συνεχώς μεγαλώνουν. Είναι επιτακτική ανάγκη. Δεν υπάρχουν αρκετές οργανωμένες Μονάδες. Υπάρχουν 1-2 κρεβάτια σκόρπια. Και στην περιφέρεια υπάρχει πρόβλημα. Υπάρχει ανάγκη και εξειδικευμένου προσωπικού. Πρέπει να εντατικοποιηθεί η προσπάθεια" (γιατρός)
- "Η ανάπτυξη 5 κλινών δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα. Ασφαλώς το μέτρο δεν καλύπτει την οδηγία. Το να τους βρεις ένα κρεβάτι δεν είναι το μοναδικό τους πρόβλημα. Πρέπει να δημιουργήσεις και την υπόλοιπη υποδομή" (γιατρός)
- "Το μέτρο ούτε στο ελάχιστο δεν καλύπτει την οδηγία. Η Ευρωπαϊκή Ένωση λέει ότι σε όλα τα νοσοκομεία, σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. πρέπει να υπάρχει κάποιο ποσοστό κλινών για τους οροθετικούς. Αυτό δεν συμβαίνει πουθενά στην

Ελλάδα. Στη Βόρειο Ελλάδα, δεν γίνεται ούτε ο επιβαλλόμενος τακτικός εργαστηριακός έλεγχος και η παρακολούθηση των οροθετικών ατόμων. Όταν κάποιος για παράδειγμα, που υποτίθεται ότι παρακολουθείται από ένα νοσοκομείο δεν καλείται επί 2 μήνες για αιμοληψία και τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις, προκειμένου να προσαρμοστεί η αντιρετροϊκή αγωγή του για να έχει περισσότερα και καλύτερα χρόνια ζωής, φυσικά δεν καλύπτεται η οδηγία" (νοσηλεύτρια, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων)

- "Δεν αρκεί. Είναι πολλά τα άτομα και όταν υπάρχουν μόνον 3 νοσοκομεία, οι άλλοι που χρειάζονται εξέταση ή νοσηλεία πού να πάνε;" (οροθετική)

ΣΧΟΛΙΑ ΜΕΤΡΟΥ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ 'ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ'

- "Έχει γίνει κάποια ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να σταματήσει. Χρειάζεται μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με το κοινωνικό μέρος του AIDS, δηλαδή σε σχέση με την συμπεριφορά τους απέναντι στους οροθετικούς και την οικογένειά τους. Δεν αρκεί η ενημέρωση ως έχει" (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Δεν έχει γίνει πολλή ενημέρωση ιδιαίτερα στις νοσοκόμες" (ψυχολόγος)
- "Δεν υπάρχει ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Ό,τι μαθαίνουμε το μαθαίνουμε μόνες μας. Για τους γιατρούς δεν ξέρω. Δεν υπάρχει καν φόβος, ιδιαίτερα στις παλιές νοσηλεύτριες. Τους θεωρώ παιδιά μου. Δεν φοβάμαι ούτε να τους αγκαλιάσω ούτε να τους φιλήσω. Αν φοβόμουνα δεν θα μπορούσα να είμαι καλή στην δουλειά μου. Αλλά μόνες μας κάνουμε ό,τι κάνουμε. Δεν ήρθε ποτέ κανένας να μας πει κάτι περισσότερο" (νοσηλεύτρια).
- "Γίνεται, όχι επαρκώς όμως. Υποτυπωδώς" (γιατρός)
- "Γίνεται αλλά υπάρχουν ακόμα προβλήματα και στο νοσοκομείο μας από νοσηλεύτριες. Αιμοληψίες κλπ. κάνουν συγκεκριμένα άτομα" (γιατρός)
- "Υπάρχει φόβος μεγάλος, απορρίπτουν τους οροθετικούς. Ακόμα κι αν έχει γίνει δεν το δέχονται. Είναι πολύ δύσκολο" (οροθετικός)
- "Χρειάζεται και πρέπει να γίνει περισσότερη δουλειά" (γιατρός)

ΣΧΟΛΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΜΟΛΥΣΜΕΝΟ ΥΛΙΚΟ.

- "Δεν γίνεται, ούτε του ασθενούς. Αυτά τα ζητούσαν περισσότερο για στατιστικούς λόγους αλλά δεν τηρείται" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Ναι, ισχύει, αλλά δεν γράφονται σε ειδικό βιβλίο" (γιατρός)
- "Δεν υπάρχει ειδικό βιβλίο. Δηλώνεται έμμεσα στο Κ.Ε.Ε.Λ. γιατί ζητείται αντιρετροϊκή αγωγή" (γιατρός)
- "Όλα είναι απόρρητα. Πάντα δίνουμε άλλα ονόματα" (νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη Ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Πρέπει ανάλογα με τον βαθμό του ατυχήματος να παίρνει και θεραπεία το άτομο" (γιατρός)
- "Νομίζω ότι δεν γίνεται. Εμάς αν μας το αναφέρουν επιλαμβανόμαστε του ατυχήματος και συνιστούμε αγωγή. Αλλά σίγουρα δεν υπάρχει βιβλίο" (γιατρός)
- "Ενημερώνονται οι αρμόδιες υπηρεσίες του νοσοκομείου -μία συγκεκριμένη ομάδα- και ακολουθεί προληπτική θεραπεία" (νοσηλεύτρια)

ΣΧΟΛΙΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕΤΡΟΥ ΟΔΗΓΙΑΣ

Σχόλια 'Σύγκλισης μέτρου – οδηγίας'

- "Ναι, βέβαια, πρόκειται για εργατικό ατύχημα. Δεν έχει σχέση το μέτρο με την οδηγία. Αυτό είναι εργατικό ατύχημα, ενώ η οδηγία είναι άλλο πράγμα. Το κράτος δεν έχει καμία άλλη δυνατότητα καταγραφής, διότι όλα είναι ανώνυμα με αρχικά και κωδικούς κλπ., πλην των βεβαιώσεων βάση των οποίων χορηγούνται τα επιδόματα της Πρόνοιας. Αυτό δεν μπορεί να χορηγηθεί ανωνύμως" (γιατρός)
- "Όταν υπάρχει επαγγελματικό ατύχημα, πιστεύω ότι πρέπει να καταγράφεται -άσχετα που δεν γίνεται- από την Ιατρική Εργασίας, η οποία υποχρεούται να κρατάει το απόρρητο. Άρα, δεν έρχονται σε αντίθεση. Το θέμα είναι η χρήση της πληροφορίας. Η πληροφορία υπάρχει. Πώς την χρησιμοποιείς όμως;" (γιατρός)
- "Άλλο το ένα και άλλο το άλλο. Όταν ζητάμε πληροφορίες για το ατύχημα μας ενδιαφέρει πόσο σοβαρό είναι το ατύχημα, για παράδειγμα πόσο ποσοστό ιού έχει μέσα του (ο ασθενής), πόσα κύτταρα έχει κλπ., για να ξέρουμε πόσο γρήγορα και σοβαρά πρέπει να επέμβουμε στο άτομο που είχε το ατύχημα. Δεν είναι όμως,

καθόλου ικανές οι πληροφορίες να αναγνωρίσουν το άτομο που πάσχει από την HIV λοίμωξη" (γιατρός)

- "Δεν είναι κρατική εξουσία όπως το θέτει η οδηγία τουλάχιστον. Είναι η Υγειονομική Σχολή, όπου καταγράφονται όλα τα ατυχήματα, διότι είναι απαραίτητο, γιατί θα πρέπει να ελεγχθεί το άτομο και πιθανώς να χρειαστεί να πάρει θεραπεία. Άρα πρέπει κάπου να καταγραφεί. Διότι δεν μπορεί να δοθεί αγωγή χωρίς να γίνει καταγραφή του συγκεκριμένου ατόμου" (γιατρός)
- "Δεν νομίζω ότι σχετίζονται. Εκτός Μονάδας θα πρέπει να ξέρει ονοματεπώνυμο ο γιατρός. Δεν αντικρούει το μέτρο την οδηγία" (γιατρός)

Άμεσες τοποθετήσεις απόκλισης

- "Αν εφαρμόζεται έτσι (το μέτρο) είναι ασύμβατο (με την οδηγία)" (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Αντιφάσκει. Δεν θα' πρεπε να γίνεται. Θα' πρεπε να γνωρίζουν οι γιατροί, αλλά μόνο οι γιατροί μεταξύ τους. Ούτε οι καθαρίστριες ούτε οι νοσηλεύτριες" (οροθετική)
- "Αντιφάσκει. Δεν 'κολλάνε' αυτά τα δύο. Γιατί υπάρχουν άνθρωποι που κυκλοφορούν σε όλους τους χώρους. Αν εγώ εδώ αρχίσω να φακελώνω τον καθένα..." (νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη Ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Δεν ξέρω αν θεωρείται κρατικό το νοσοκομείο. Σε καμιά περίπτωση να μην γράφεται το όνομα. Αν γράφεται αντιφάσκουν" (οροθετικός)
- "Συμφωνώ με την οδηγία. Εφόσον ο οροθετικός είναι ήδη διαγνωσμένος και καταγεγραμμένος με αρχικά ή κωδικό στο Υπουργείο Υγείας, το μέτρο αποτελεί αντίφαση και είναι απαράδεκτο. Και πάλι είτε ηθελημένα ή όχι καταλήγουμε να βάζουμε ταμπέλες και αυτό είναι ρατσιστικό" (νοσηλεύτρια, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων)
- "Χαλάει το απόρρητο. Ίσως δεν θα' πρεπε να μπαίνει ολογράφως το όνομα του ασθενούς. Και στην Πρόνοια για να πάρεις επίδομα πρέπει να δοθεί κάποια διάγνωση. Δεν γράφεται HIV ή AIDS αλλά 'ανοσοανεπάρκεια'. Οπότε αυτόματα κάποιοι ίσως καταλαβαίνουν" (ψυχολόγος, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων).

Έμμεσες τοποθετήσεις απόκλισης

- "Αν το μέτρο εφαρμόζεται με ενδείξεις και όχι με όλο το όνομα του ασθενούς, συγκλίνουν" (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Δεν γίνεται αυτό (το μέτρο). Δίνεται χαρτί από το Κ.Ε.Ε.Λ. με τα αρχικά τους, όχι όλο το όνομα. Δεν ισχύει αυτό στην πράξη" (ψυχολόγος)
- "Μπορεί να εφαρμόζεται ανώνυμα ή κωδικοποιημένα, οπότε δεν δημιουργεί γκετοποίηση. Πρέπει να υπάρχουν στοιχεία γιατί μας βοηθούν. Είναι πολύτιμα και καλό είναι να καταγράφονται. Και δεν οδηγεί στην γκετοποίηση ή στον στιγματισμό, αρκεί να είναι ανώνυμα" (γιατρός)
- "Πλήρη στοιχεία γράφονται στα εισιτήρια και εξιτήρια. Για το συγκεκριμένο βιβλίο δεν ξέρω. Θα μπορούσε να αποκλίνει από την οδηγία, αν κάποιος το ψάξει ιδιαιτέρως" (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων).
- "Δεν εφαρμόζεται η οδηγία" (οροθετικός).
- "Όσον αφορά στο μέτρο, τουλάχιστον δεν λέγεται επίσημα. Η οδηγία δεν εφαρμόζεται. Όταν παίρνει ο άλλος επίδομα το παίρνει για συγκεκριμένο λόγο, το AIDS. Αυτό κάπου γράφεται, σε κρυφό πρωτόκολλο, για να μην στιγματίζεται το άτομο. Γιατί παλιά γινόταν 'της τρελής'"(κοινωνική λειτουργός).
- "Το μέτρο γίνεται. (...) Ακόμη και η τοποθέτηση της διανομής φαρμάκων μέσω των ασφαλιστικών ταμείων αποτελεί ρατσισμό και ιδιοτέλεια για καθαρή αύξηση του εκβιασμού. Αυτή είναι η άποψή μου. Νομίζω ότι δεν χρειάζεται ο φαρμακοποιός της γειτονιάς να ξέρει αν η κα. Τάδε ή ο κος. Τάδε έχουν βλεννόρροια ή καρκίνο. Το θέμα είναι ότι οι κρατικές υπηρεσίες, μη έχοντας εφαρμόσιμους νόμους τηρήσεως του απορρήτου και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, αποτελούν καθημερινή πράξη εκβιασμού και ιδιοτέλειας μέσα και από το AIDS" (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων).

ΣΧΟΛΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΜΕΤΡΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ 'ΥΠΑΡΞΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΗ - ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΥΛΑΚΩΝ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΟΥΣ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ.'

- "Δεν υπάρχει καθόλου αυτό το μέτρο" (ψυχολόγος)
- "Ναι, πηγαίνουν από το 'Κέντρο'[432] μόνο. Δεν πάει κανένας άλλος εκεί. Και πηγαίνουν και στις γυναίκες και στους άντρες" (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων)
- "Λειψά γίνεται" (οροθετικός)
- "Όχι, η 'Ελπίδα'[433] το κάνει. Το Κ.Ε.Ε.Λ. μας ανταγωνίζεται" (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων)

ΣΧΟΛΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ 'ΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ'

- "Υπάρχει περιστατικό αστυνομικού, που μόλις ανακάλυψαν (από την δουλειά του) ότι είναι οροθετικός τον έβγαλαν αμέσως και υποχρεωτικά στην σύνταξη. Και είναι 30 χρονών και είχε μόνο 5 χρόνια προϋπηρεσία και γι αυτό η σύνταξή του είναι πάρα πολύ μικρή και δεν του επιτρέπει να ζήσει" (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Είναι όπως για όλα. Πολλές φορές δεν τηρείται. Όχι στις Μονάδες, γιατί εκεί το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο. Αλλά υπάρχουν περιστατικά ασφαλιστικών οργανισμών που αντιμετώπισαν πάρα πολύ άσχημα οροθετικά άτομα και οι γιατροί και οι νοσηλευτές και αισθάνθηκε το άτομο ότι στο υποκατάστημα που πήγε το ήξεραν και οι τοίχοι" (γιατρός)
- "Δεν τηρείται ποτέ. Πώς έμαθαν για μένα άτομα που δεν ήξεραν;" (οροθετικός)
- "Δεν ισχύει. Ακόμα και η Πρόνοια που εκδίδει ένα χαρτί -για να απαλλαγούν τα άτομα αυτά- γράφει :'AIDS'. Είχαμε περίπτωση που σε κάποιο χαρτί που χρειαζόταν για την εφορία έγραφε και τι φάρμακα παίρνει" (εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

- "Για να τα ιεραρχήσω, θα έβαζα τον 4° παράγοντα για 1°, δηλαδή τις ριζωμένες προκαταλήψεις που αφορούν ότι το AIDS είναι μία αρρώστια που εσύ πηγαίνεις σε αυτήν, το τιμωρητικό μέρος που έχει να κάνει με συμπεριφορές που θεωρούνται ανήθικες ή παράνομες. Αυτό είναι το πιο ισχυρό. Το AIDS είναι

[432] Αναφέρεται στο 'Κέντρο Ζωής και έμπνευσης', μία από τις μη - κυβερνητικές οργανώσεις.

συνδεδεμένο με το αίμα και το σπέρμα που είναι έννοιες πολύ σημαντικές για τις δυτικές κοινωνίες. Είναι έννοιες έντονα φορτισμένες και με ηθικό και με σημασιολογικό δυναμικό, δηλαδή υπάρχει μεγάλη φόρτιση και σε σχέση με την αναπαραγωγή (σπέρμα) και σε σχέση με το αίμα που θεωρείται πηγή ζωής. Μετά έρχεται ο θάνατος -1ος παράγοντας- που είναι το πιο φοβικό στοιχείο, δηλαδή, η σύνδεση του AIDS με τον θάνατο. Αυτό κάνει την αρρώστια εξαιρετικά τρομακτική. (...) Πέραν όμως του θανάτου που υπάρχει και σε άλλες αρρώστιες, εδώ υπάρχει το στίγμα που έχεδι να κάνει με τις 'παράνομες' και 'ανώμαλες' συμπεριφορές. Μετά λοιπόν, ακολουθεί ο 3ος παράγοντας και τελευταία η άγνοια (2ος παράγοντας). Ο περισσότερος κόσμος πλέον, έχει ενημερωθεί για τους τρόπους μετάδοσης. Δεν φοβούνται ότι με το να σου πουν καλημέρα ή να σου πιάσουν το χέρι θα κολλήσουν" (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)

- "Πάρα πολύ σημαντικοί όλοι οι παράγοντες, αλλά όχι στον ίδιο βαθμό. Ο 1ος είναι και 1ος (σε σπουδαιότητα) και ανταποκρίνεται και στην στάση των γιατρών. Ο 2ος πάρα πολύ σημαντικός, που έχει σχέση με την ενημέρωση. Η ενημέρωση δεν είναι μόνο το δόσιμο ενός φυλλαδίου. Ο 3ος λιγότερο σημαντικός. Ο 4ος σε μικρό βαθμό" (γιατρός, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Σίγουρα, αυτοί είναι οι παράγοντες που διαμορφώνουν το στίγμα του AIDS και που τους βλέπουμε καθημερινά να ισχύουν. Είναι αλληλένδετοι. Όλοι έχουν να κάνουν με το πώς θα δεις τον φορέα/ ασθενή του AIDS. Η βλέποντάς τον σου βγαίνουν τέτοιου είδους συναισθήματα" (κοινωνική λειτουργός)
- "Ο 1ος και ο 2ος δεν νομίζω ότι παίζουν πολύ μεγάλο ρόλο. Βέβαια συμβάλλουν στον φόβο αλλά όχι τόσο πολύ. Το στίγμα πιστεύω ότι είναι περισσότερο στον 3ο και στον 4ο." (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων)
- "Ο 1ος παράγοντας ναι, και ο 2ος και ο 3ος και ο 4ος. Αυτόν (τον 4ο) τον πιάνω καμιά φορά και στον εαυτό μου. Διότι η κούραση, το στρες και η ψυχική φθορά είναι πολύ μεγάλη και πιάνω τον εαυτό μου να κρίνει τον τρόπο ζωής τους και να τον βρίσκω παράλογο. Είμαι πιο παραδοσιακή και λέω: 'Γιατί βρε παιδί μου, γιατί; Αφού ήξερες γιατί εσύ πάς; Άρα πάς γυρεύοντας'. Πιάνω τον εαυτό μου και λέω 'Κοίταξε να δεις τι κάνω. Και δεν θα έπρεπε'. Τα συζητάνε και οι

[433] Πρόκειται για άλλη μία από τις μη - κυβερνητικές οργανώσεις.

νοσηλεύτριες και λένε για μερικά άτομα ότι ο τρόπος ζωής τους είναι απαράδεκτος σε σχέση με τα ελληνικά δεδομένα. Για μερικούς όμως, δεν είναι απαράδεκτος, είναι φυσιολογικός." (Προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)

- "Ισχύουν όλοι, σαφώς και ισχύουν. Σε πάρα πολλές περιπτώσεις πιστεύω ότι η ρατσιστική συμπεριφορά, η απόρριψη με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, δεν είναι τίποτα από όλα αυτά, ούτε καν η λειψή ενημέρωση, αλλά είναι ο φόβος του διαφορετικού, απλώς του διαφορετικού. Ότι δηλαδή, αυτός δεν είναι σαν εμένα. Όπως υπόκεινται σε ρατσιστική συμπεριφορά και άλλες μειονότητες είτε αυτοί λέγονται ομοφυλόφιλοι ή αλβανοί ή τσιγγάνοι ή κατά καιρούς και ολόκληροι κλάδοι εργαζομένων. Όπως για παράδειγμα, οι 'ταρίφες' για τους ταξιτζήδες ή οι 'χασάπηδες' για τους γιατρούς κλπ. Δηλαδή, είναι η ομάδα η διαφορετική ή αλλιώτικη από εμένα που με ενοχλεί." (γιατρός)
- "Δεν υπάρχει ένας που να παίζει πιο σημαντικό ρόλο από τους άλλους. Όλοι συμβάλλουν. Είναι σαφές ότι ακόμα και μεταξύ συναδέλφων (δηλ. γιατρών) ξεχωρίζουν αυτούς που κόλλησαν γιατί 'τσιλιμπούρδιζαν', που σημαίνει ότι διέθεταν τον εαυτό τους όπως ήθελαν άρα 'καλά να πάθουν' και έχουν διαφορετική θεώρηση και αντιμετώπιση απέναντι σε αυτούς που κόλλησαν από σύζυγο ή από μεταγγίσεις ή είναι σύζυγοι αιμορροφιλικών κλπ. Ακόμη και αν αυτό δεν βγαίνει στην πρακτική, στην συμπεριφορά. Υπάρχει διαχωρισμός 'ένοχων' και 'αθώων' θυμάτων και κατηγοριοποίηση των ασθενών σύμφωνα με την συμπεριφορά που οδήγησε στην μόλυνση. Υπάρχει και το θέμα της καταδίκης της συγκεκριμένης συμπεριφοράς" (γιατρός)
- "Πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν. Ιδιαίτερα ο 2ος και ο 4ος παράγοντας" (γιατρός)
- "Ο 1ος, ο 2ος, και ο 4ος παίζουν τον σημαντικότερο ρόλο. Τελικά και ο 3ος όμως παίζει πολύ μεγάλο ρόλο. Δεν είναι τυχαίο που αυτή η νόσος συνδέθηκε με μία φάση που υπήρχε ακριβώς τάση φιλελευθεροποίησης της σεξουαλικής συμπεριφοράς, σε βαθμό που πολλοί -θρησκευτικά προσανατολισμένοι- υπέθεσαν ότι είναι κάτι που έρχεται σαν τιμωρία. Δεν έχει βέβαια να κάνει με αυτό. Δεν είναι τυχαίο όμως ότι μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική πράξη" (ψυχίατρος)
- "Ο 1ος και ο 3ος ναι. Οι 2ος και 4ος νομίζω ότι μειώνονται. Αλλά όλοι παίζουν κάποιο ρόλο." (ψυχολόγος)
- "Ο 1ος ναι και είναι καθαρά θέμα ενημέρωσης. Τα πράγματα τελευταία όσο πάνε και χαλαρώνουν και με τις ειδήσεις του τύπου 'βρήκαν το φάρμακο ή το εμβόλιο'

νομίζω ότι κάνουν κακό. Γιατί όλοι οι νέοι το έχουν ως πιο ελαφρύ το θέμα: 'και να πάθω κάτι έχω το φάρμακο'. Ο 2ος παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Γιατί η άγνοια μετατρέπεται σε φόβο μετά. Πολλοί φοβούνται την μόλυνση και έχω ακούσει ερωτήσεις χαζές σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης, ακόμα και από τον αέρα. Ο 3ος παίζει καθοριστικό ρόλο, σε σημείο ότι :'φταις εσύ και η συμπεριφορά σου η συγκεκριμένη ή κάπου τα' θελες και τα' παθες'. Η σεξουαλικότητα από μόνη της αποτελεί ακόμα ταμπού. Ο 4ος ναι. Περιθωριοποιούμε αυτά τα άτομα για να ξεχωρίσουμε τον εαυτό μας. Εφόσον εμείς δεν ανήκουμε στις ομάδες αυτές, είμαστε υγιείς και δεν μας αφορά το θέμα." (γιατρός, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων)

- Αυτοί είναι οι λόγοι που τα άτομα στιγματίζονται. Αυτές είναι οι σκέψεις που κάνουν όλοι οι άνθρωποι και έτσι δημιουργείται ο στιγματισμός. Πιο σημαντικοί είναι ο 1ος και ο 2ος παράγοντας" (νοσηλεύτρια)
- "Ο πιο βασικός είναι ο 1ος. Πιστεύω ότι είναι ο φόβος μιάς θανατηφόρας ασθένειας, η οποία ξέρεις ότι έστω και με πολύ περιορισμένο τρόπο είναι μεταδιδόμενη. Δηλαδή, το γεγονός και μόνο ότι είναι θανατηφόρα σε τρομάζει, παρόλο που ξέρεις ότι δεν κολλάει. Αυτό γινότανε και με τον καρκίνο. Δηλαδή, οι άνθρωποι φοβόντουσαν να έρθουν σε επαφή με άτομα που είχαν καρκίνο ενώ ήξεραν ότι σίγουρα δεν είναι μεταδιδόμενο. Πιστεύω ότι έχει να κάνει με την υφή της νόσου. Είναι ο 1ος λοιπόν και σε μερικές περιπτώσεις -κυρίως χαμηλότερων πνευματικών στρωμάτων- σε συνδυασμό με τον 4ο. Υπάρχει δηλαδή, μία μερίδα ανθρώπων -που μπορεί να είναι θρησκόληπτη με την κακή έννοια- και θεωρούν ότι αυτό είναι μία θεία δίκη, για τους ανθρώπους που έχουν υποπέσει σε όλη αυτή την αμαρτία. Ο 2ος όχι. Παρόλο που δεν είναι συστηματική η ενημέρωση, σε καμμία περίπτωση δεν μπορείς να πεις ότι τα 10.000.000 Έλληνες δεν έχουν ακούσει τουλάχιστον 10 φορές στη ζωή τους πώς γίνεται η μετάδοση. Ο 3ος δεν είναι καθοριστικός. Πάλι μόνο αν τον συνδέσεις λίγο με τον 4ο, δηλαδή με τους πιο συντηρητικούς ανθρώπους που έχουν άποψη για την σεξουαλική συμπεριφορά του άλλου. Και όλα αυτά βέβαια σχετικά πάντα με την ομοφυλοφιλία και δευτερευόντως με την πορνεία που τους είναι πιο οικεία. Η ομοφυλοφιλία τους ξενίζει." (δημοσιογράφος)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΡΟΛΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ AIDS ΠΡΟΣ ΑΥΤΟΥΣ.

- "Ναι, παίζει ρόλο. Άτομα που ανήκουν σε μία χαμηλή κοινωνική ή οικονομική ομάδα στιγματίζονται πολύ πιο εύκολα από άτομα που είναι οικονομικά εύρωστα ή ανήκουν σε υψηλές κοινωνικές ομάδες και τα οποία δεν έχουν τέτοιες ανάγκες που να χρειάζεται να τρέχουν σε υπηρεσίες ή σε ανθρώπους να τους παρακαλέσουν να βοηθηθούν όπως κάνουν οι άλλοι και έτσι να γίνει γνωστή η ασθένειά τους. Για παράδειγμα, στον Ξενώνα, τα άτομα δεν έχουν δικό τους οικογενειακό περιβάλλον ή αν έχουν είναι απομακρυσμένοι. Αλλά είναι και άτομα που δεν έχουν τα οικονομικά μέσα ή τους ανθρώπους που θα τους στηρίξουν στο να βοηθηθούν και να μείνουν στο σπίτι τους ή στο δικό τους περιβάλλον. Πηγαίνοντας εκεί (στον Ξενώνα) αναγκαστικά λένε το πρόβλημά τους, τι έχουν. Και όχι μόνο στον Ξενώνα αλλά και στον γείτονα ή στο καφενείο που θα πιουν τον καφέ τους ή στο νοσοκομείο που θα πάνε να δουν τον γιατρό τους. Άτομα άλλης οικονομικής και κοινωνικής τάξης δεν έχουν άμεση σχέση με όλα αυτά, με υπηρεσίες και νοσοκομεία. Υπάρχουν ιδιωτικά ιατρεία, μυστικά ραντεβού." (κοινωνική λειτουργός)
- "Παίζει πάρα πολύ μεγάλο ρόλο γιατί η αρρώστια από μόνη της έχει μεγάλο κόστος.(...) Ένας που θα έχει περισσότερα χρήματα ή θα έχει μία καλύτερη θέση -πχ. γιατρός, δικηγόρος, τραγουδιστής- φυσικά δεν θα έρθει εύκολα στο δημόσιο νοσοκομείο, θα πάει στο "Υγεία" για παράδειγμα ή στο εξωτερικό. Δεν παίζει ρόλο στην αντιμετώπιση από τον γιατρό ή τους άλλους του νοσοκομείου. Όμως αυτός που θα έχει περισσότερα χρήματα ή θα είναι πιο μορφωμένος μπορεί να πάει αλλού και να κρατηθεί πιο πολύ το απόρρητο. Δεν πάνε καν στα νοσοκομεία αυτοί, πάνε σε ιατρεία ιδιωτικά. Ούτε δηλώνονται." (ψυχολόγος)
- "Ναι. Δεν νομίζω ότι ο Φρέντυ Μέρκιουρι[434] και ο Νουρέγιεφ είχαν την ίδια αντιμετώπιση με το ιδρυματικό παιδί που έρχεται σε εμάς. Όσον αφορά στο περιβάλλον τους αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον, τον κόσμο" (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων)

[434] Γνωστός τραγουδιστής ξένου συγκροτήματος που πέθανε από AIDS.

- "Βεβαίως. Άτομα κοινωνικώς αποδεκτά, όπως για παράδειγμα ο υιός Κουτσόγιωργας, ποτέ δεν απομονώθηκε. Όλοι ήξεραν ότι είχε AIDS αλλά ήταν υιός Κουτσόγιωργας. Κανένας δεν αμφισβήτησε ότι ήταν ετεροφυλόφιλος, παρόλο που δεν ξέρουμε τι ήταν. Είχε να κάνει με το αποδεκτό ή όχι της κοινωνικής του τάξης. Επίσης ο σκηνοθέτης που πέθανε (Μπήστικας) ήταν άτομο κοινωνικά αποδεκτό και όλοι συνέπασχαν με το 'κακό που έπαθε το καημένο το παιδί'. Τώρα αν αυτό το έχει πάθει η τραβεστί η Φανή, τα πράγματα αλλάζουν άρδην. Δηλαδή, όλη η γειτονιά θα την αναθεματίσει, θα της πετάξει και καμιά πέτρα στο κεφάλι που λέει ο λόγος. Κάποιου άλλου του είχαν κάψει και το σπίτι στην επαρχία." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Αν η κοινή γνώμη διαμορφώθηκε κατά ένα μεγάλο μέρος από το ότι οι ασθενείς με AIDS ήταν ο Νουρέγιεφ και ο Μπίλυ Μπο, ναι παίζει ρόλο. Ότι δηλαδή ήταν νέοι, ωραίοι, πλούσιοι, διάσημοι και ομοφυλόφιλοι. (...) Σε κάθε περίπτωση και ο κοινωνικός περίγυρος είναι διαφορετικός, ναι υπάρχει κάποια μικρή διαφορά. Όσο πιο κοντά στην μικροαστική, αγροτική ή εργατική τάξη είναι ο άρρωστος και το περιβάλλον, τόσο πιο καλή είναι η συμπαράσταση. Αρνητικά φαινόμενα έχω αντιμετωπίσει περισσότερα στην κατηγορία των εξαιρετικά ευκατάστατων ή των διασήμων και στην κατώτατη τάξη. Ίσως με διαφορετική μορφή, αλλά είναι απόρριψη. Πιο έντονη, πιο μαζική και πιο απόλυτη απόρριψη. Στα άκρα είναι τα άκρα." (γιατρός)
- "Σχετικά με τους πλούσιους, έχουν μεγαλύτερη οικονομική δυνατότητα να κρατήσουν το απόρρητό τους ή και τους ενδιαφέρει ακόμη περισσότερο. Από την άλλη, πιο εύκολα κανείς λυπάται τους φτωχοδιαβόλους. Απέναντι στους φτωχούς είναι πιο ανεκτικός" (γιατρός)
- "Αυτοί που ανήκουν στις υψηλές κοινωνικές τάξεις δεν το κοινοποιούν. Δεν απευθύνονται στην Πρόνοια για το επίδομα διότι δεν το έχουν ανάγκη, ούτε στον Ξενώνα, ούτε πάνε να περιμένουν έξω από τα κρατικά νοσοκομεία στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων για να τους κάνουν εξετάσεις. Πηγαίνουν στο εξωτερικό, έχουν γιατρούς ιδιώτες που ίσως να μην το κοινοποιούν. Οπότε δέχονται λιγότερο στιγματισμό. Όσοι είναι σε χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις είναι και το μορφωτικό επίπεδο χαμηλό. Σίγουρα η αμάθεια προκαλεί πανικό σε υψηλότερο βαθμό. Όσο ανεβαίνει το μορφωτικό επίπεδο, συνήθως ο κόσμος είναι και

περισσότερο ενημερωμένος. Και οι υψηλότερες κοινωνικές τάξεις -χωρίς αυτό να είναι απόλυτο- έχουν αποδεχθεί πιο πολύ κυρίως την ομοφυλοφιλία, με αποτέλεσμα να είναι πιο ήπιοι." (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)

- "Ναι. Είδα άτομα που ζήσανε με το AIDS οικογενειακά και κοινωνικά. Ο πατέρας ήταν δικηγόρος, η μητέρα καθηγήτρια και το παιδί οροθετικό. Μαθαίνανε, πηγαίνανε στους γιατρούς, ρωτάγανε, είδανε ότι δεν κολλάει και δεν υπάρχει φόβος, στήριξαν το παιδί τους όπως έπρεπε, είχαν χρήμα για να 'μην φανεί', τον θάψανε με τιμές. Ακόμα και αποκλειστική του είχαν, χωρίς αυτή φυσικά να ξέρει ότι το άτομο ήταν οροθετικό. Το χρήμα παίζει σημαντικό ρόλο." (οροθετικός)
- "Σίγουρα. Όποιος 'έχει' τον αντιμετωπίζουν διαφορετικά. Όταν ξέρουν ότι θα έχουν απολαβές, πολύ διαφορετικά. Προσδοκούν στο 'μετα θάνατον' και στηρίζονται στην ανάγκη που έχει ο καθένας για να πιαστεί και του προσφέρουν την φιλία κι εκείνος για να έχει την φιλία δίνει τα πάντα." (νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Ο ίδιος (ο οροθετικός) αισθάνεται πιο απελευθερωμένος να το κοινοποιήσει και να αντιμετωπίσει μία αρνητική συμπεριφορά αν έχει λεφτά. Οι ίδιοι (οι οροθετικοί) έχουν καλύτερη συμπεριφορά και δέχονται και καλύτερη συμπεριφορά. Η έλλειψη οικονομικής ευχέρειας επηρεάζει τον ίδιο (τον οροθετικό) αν πρέπει να το κρύβει κιόλας. Ακόμα, διαφορετικά θα συμπεριφερθούν σε επώνυμο απ' ότι σε κάποιον άλλο." (οροθετικός)
- "Σίγουρα σε ένα χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο υπάρχει συνήθως ίσως χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, οπότε λογικά υπάρχουν και περισσότερες προκαταλήψεις" (δημοσιογράφος)
- "Αυτό ισχύει γενικά για τον κοινωνικό στιγματισμό. Οπωσδήποτε είναι παράγοντας η θέση του ανθρώπου μέσα στην κοινωνία και επηρεάζει. Οπωσδήποτε είναι διαφορετική η συμπεριφορά προς έναν τοξικομανή, ομοφυλόφιλο ή μία ιερόδουλη κλπ. από ότι προς κάποιον άλλο που έχει μία σημαίνουσα θέση." (βουλευτής)
- "Όχι. Υπάρχουν άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής στάθμης που τυγχάνουν μεγάλης υποστήριξης όπως και το ανάποδο. Δεν νομίζω ότι έχουν σχέση." (γιατρός)

- " Όχι. Έχει πολύ μεγάλη σημασία το συναίσθημα των οικείων του. Θα μπορούσε κάποιος με υψηλό κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο να έχει γύρω του ανθρώπους με όχι τόσο βαθύ συναίσθημα, οπότε υπάρχει αμέσως η απόρριψη. Και το αντίστροφο. Παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο οι προϋπάρχουσες σχέσεις. Γίνονται αλλαγές μετά, γίνεται ξεκαθάρισμα φίλων και γνωστών, ο ίδιος (ο οροθετικός) αλλάζει σκέψη και στάση αλλά στο τι στηρίγματα θα βρει, έχει πολύ μεγάλη σημασία το τι υπήρχε από πριν." (κοινωνική λειτουργός)

ΣΧΟΛΙΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΜΟΝΟ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΨΙΑ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΚΑΠΟΙΟΥ.

- "Ναι μπορεί. Δεν είναι απαραίτητη η διάγνωση. Είναι και προσωπική μου εμπειρία. Στην αρχή όλοι ρωτούσαν που δουλεύω. Δουλεύω στο AIDS. Θεωρούσαν κάποιοι ότι πιθανόν να είμαι μολυσμένη. Επειδή ο χώρος του ΚΕΕΛ στηρίζει κάποια τέτοια άτομα" (γιατρός, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Σωστό είναι (αυτό που λέει ο Ο.Η.Ε.). Δεν έχει να κάνει με την ύπαρξη ή όχι (της μόλυνσης). Ένα παράδειγμα που δεν τιμά τον ιατρικό χώρο: Αν ο άλλος δηλώσει κομμωτής ή χορευτής ή αν δηλώσει ομοφυλόφιλος, του ζητάνε να κάνει HIV τέστ. Επίσης, είναι οδηγία της ΕΟΚ δυστυχώς -και υπάρχει και σε όλες τις αιμοδοσίες- ότι οι ομοφυλόφιλοι αποκλείονται από αιμοδότες. Και μπορεί θαυμάσια να είναι υγιέστατοι και να προσέχουν πάρα πολύ καλά. Όπως είναι πάρα πολύ ομοφυλόφιλοι που είναι και ενεργοί στον αγώνα κατά του AIDS και ξέρουν πολύ να προσέχουν και είναι και οι πρώτοι που εφάρμοσαν μέτρα πρόληψης. Παρόλα αυτά, αν θελήσεις να δώσεις αίμα -και αυτό είναι γραμμένο σε όλες τις αιμοδοσίες σε ταμπέλες- σε ρωτάνε για την σεξουαλική σου προτίμηση. Αν είσαι ομοφυλόφιλος αποκλείεσαι από την αιμοδοσία. (...) Πολύ απλά δεν θα το δηλώσει κάποιος αν θέλει να δώσει αίμα. Είναι ηλίθιο σαν μέτρο ιδιαίτερα στα πλαίσια του ιατρικού επαγγέλματος. Δείχνει τι είναι αποδεκτό και τι δεν είναι." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Ναι υπάρχει περίπτωση, δηλαδή επειδή ανήκει σε αυτή την ομάδα, νομίζω ναι, μπορεί να υποστεί κάποιος στίγμα. Και εδώ που τα λέμε έχει και κάποια αλήθεια,

τουλάχιστον στην Ελλάδα ακόμα, γιατί στην Αφρική δεν έχει να κάνει με 'ομάδες', είναι όλοι, ο ένας στους δύο. Στην Ελλάδα όμως ακόμα έχει να κάνει με αυτές τις 'ομάδες': ναρκομανείς και ομοφυλόφιλους. Οπότε, μπορεί κάποιος να απομακρύνει ή να έχει σε μία απόσταση κάποιον που ανήκει σε κάποια από αυτές τις 'ομάδες', θεωρώντας απλώς ότι είναι και φορέας" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).

- Βεβαίως. Η αλήθεια είναι ότι επικρατεί μία σύγχυση στην κοινωνία μας όσον αφορά στο AIDS. Μπορεί κάποιος που είναι ομοφυλόφιλος ή τοξικομανής να συνδέεται άμεσα με το AIDS." (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Ναι, με αντιμετωπίζουν και εμένα την ίδια σα να είμαι οροθετική. Δηλαδή, πάω την μαμά μου ή την αδελφή μου σε ένα ιατρείο και με ρωτάνε: 'από το δικό σου ιατρείο είναι;' δηλαδή οροθετική. Τους λέω 'όχι' και πάλι τους αντιμετωπίζουν έτσι. Αφού λέω στους συγγενείς μου:'Δεν θέλω να σας συνοδεύσω σε ένα ιατρείο, να σας βοηθήσω να περάσετε μπροστά κλπ, γιατί θα πιστέψουν ότι είστε οροθετικοί'. Έτσι το βλέπεις κάθε μέρα. Μου λένε: 'Θα μας κολλήσεις, θα μας κολλήσεις'. Τους λέω: 'Μην φοβάστε, δεν θα σας κολλήσω, δεν κολλάει έτσι αλλά έχω κάνει και τεστ" (νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Μπορεί, στιγματίζονται. Μία μέρα να πας σε μία Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, θα ακούσεις απ' έξω να λένε: 'Εδώ είναι για το AIDS, αυτός που μπαίνει μέσα πρέπει να έχει AIDS.' Τώρα μπορεί να είναι κάποιος γνωστός του απ' έξω και να ακούει ή μπορεί κάποιος να πάει απλά για μία εξέταση, αλλά αμέσως του βάζουν το στίγμα. Ή αν δούνε κάποιον που δείχνει ομοφυλόφιλος ή οτιδήποτε άλλο αμέσως τον στιγματίζουν: 'Α! αυτός έχει σίγουρα'. Και οι γιατροί και νοσηλεύτριες της Μονάδας έχουν εντελώς ξεχωριστή κρεμάστρα -για τις ρόμπες τους- γιατί λένε οι άλλοι γιατροί ότι επειδή ασχολούνται με άτομα με AIDS δεν ξέρουν τι μπορεί να έχει η ρόμπα τους επάνω!" (οροθετικός)
- "Μπορεί να γίνει. Εδώ εμείς δουλεύουμε εδώ μέσα και φοβόμαστε να πούμε ότι δουλεύουμε στην Μονάδα γιατί θα στιγματιστούμε και εμείς. Εδώ έρχονται συνάδελφοι και δεν μπαίνουν μέσα γιατί λένε: 'Ε! είναι η Μονάδα του AIDS'. Και μιλάμε για άτομα που εργάζονται σε υγειονομικούς χώρους. " (νοσηλεύτρια)

- "Ναι. Μέσω της εικόνας που διαμορφώθηκε, άμα δείς έναν τοξικομανή, ομοφυλόφιλο αδυνατισμένο από την ηρωίνη λες: 'αυτός έχει AIDS'. Είναι η εικόνα που κυριαρχεί και που σιγά - σιγά αλλάζει" (δημοσιογράφος)
- "Ναι αλλά σε μικρότερο βαθμό από παλιά" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Μπορεί από τη σκέψη κάποιου να περάσει ότι :'α! αυτός είναι ομοφυλόφιλος, μπορεί να έχει και AIDS'. Και αυτό πηγάζει από την αντίληψη που έχουμε ότι το AIDS αφορά τους ομοφυλόφιλους, τους τοξικομανείς και τα εκδιδόμενα άτομα. Αυτό είναι το λάθος. Η έκφραση 'ομάδες υψηλού κινδύνου' έχει παίξει πολύ έντονα αρνητικό ρόλο στο όλο θέμα. Άμα δεν καταλάβουμε ότι το AIDS μας αφορά όλους τελικά, ότι δεν υπάρχει 'ομάδα', υπάρχει συμπεριφορά. Πολλές φορές που μιλάω με συναδέλφους, δηλαδή άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου και τους λέω ότι το AIDS μας αφορά όλους και δεν αφορά μόνο τους ομοφυλόφιλους, διότι το 40% των ατόμων που βλέπουμε είναι ετεροφυλόφιλοι (γυναίκες και άνδρες) χωρίς καμία ομοφυλόφιλη σχέση, μου λένε: 'Σου λένε ψέματα, ομοφυλόφιλοι είναι όλοι'. (γιατρός)
- "Όχι, είναι στιγματισμένος από την ιδιότητά του ως τοξικομανής" (γιατρός)
- "Δεν το νομίζω. Υπάρχει κάποια υπόνοια και μία επιφυλακτικότητα. Άλλο όμως επιφυλακτικότητα και άλλο στιγματισμός" (ψυχολόγος)
- "Ναι, μπορεί. Ήδη έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει μία στάση αποστασιοποίησης από αυτές τις ομάδες. Δηλαδή, φτάνει κανείς να είναι ομοφυλόφιλος ή τοξικομανής για να θεωρηθεί πιθανός φορέας και να στιγματιστεί διπλά, για το ότι είναι ομοφυλόφιλος ή τοξικομανής και για το ότι είναι πολύ πιθανό να έχει AIDS. Δεν χρειάζεται η διάγνωση. Αυτή τη στιγμή το στίγμα είναι τόσο έντονα συνδεδεμένο με αυτές τις ομάδες -'υψηλού κινδύνου'-, αυτό έχει τόσο πολύ κυριαρχήσει στην συλλογική συνείδηση, που φτάνει μόνο να ανήκει κανείς σε κάποια από αυτές τις ομάδες για να στιγματιστεί. Δεν είναι δηλαδή απαραίτητο να έχει και AIDS. Το φαντάζονται. Γιατί, σου λέει, αν δεν έχει θα κολλήσει." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας).
- "Και αν θέλετε και με την επίσκεψή του απλώς και μόνο εδώ, στην Μονάδα. Και εμείς που δουλεύουμε εδώ αντιμετωπιζόμαστε με προκατάληψη. Όταν υπάρχει άγνοια ή ο άλλος εθελοτυφλεί σε ορισμένα πράγματα, έχει προκαταλήψεις σίγουρα. Μας λένε: 'Πήγαινε πιο πέρα γιατί δουλεύεις εκεί, μη μου δώσεις το χέρι

να με χαιρετήσεις, μη με ακουμπήσεις γιατί κουβαλάς το ιό.' Όχι όλοι αλλά αρκετοί και σε έναν χώρο που πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος. Σε έναν επαγγελματικό χώρο που υπάρχει ευαισθητοποίηση. Βέβαια τώρα ποιά ευαισθητοποίηση...Φαντάσου λοιπόν ένα άτομο, που βλέπουν ότι έχει κάποια στοιχεία ομοφυλοφιλίας αν θα το στιγματίσουν από την αρχή ή όχι. Και δεδομένου ότι έχει βγεί στον κόσμο ότι είναι κάτι που αφορά μόνο την κοινωνία των ομοφυλόφιλων." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗΣ Ή ΜΗ ΤΗΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥΝΤΑ.

- "Όταν κάποιος μπορεί να αναγνωρίσει ότι ο άλλος έχει AIDS μπορεί και να τον στιγματίσει. Όταν δεν μπορεί να αναγνωρίσει ότι έχει AIDS δεν μπορεί να του κολλήσει το στίγμα" (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Φυσικά διαφέρει. Τον ασθενή δεν τον πλησιάζουν με τίποτα. Ο φορέας, επειδή είναι κοινωνικά δραστήριος και δεν έχει καμία ταμπέλα, δεν τον καταλαβαίνουν, δεν δημιουργεί υποψίες, γίνεται πιο αποδεκτός" (γιατρός, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Ναι, διαφέρει πραγματικά. Δηλαδή, αν κάποιο άτομο έχει κάποια εξωτερικά συμπτώματα παθολογικά και καταλαβαίνει ο άλλος ότι είναι φορέας, η κατάσταση γίνεται ακόμα χειρότερη. Δηλαδή, δεν είναι μόνο ο στιγματισμός του τον βλέπω και αυτός είναι φορέας, είναι η περιθωριοποίηση και η απομόνωση στην έσχατη μορφή της. Το έχουμε δει να συμβαίνει με ασθενείς που είχαν σάρκωμα caposi.[435] Ο ασθενής, ενώ είχε πιο πριν κάποιες σχέσεις με την γειτονιά, του είπαν 'με συγχωρείς, αλλά επειδή έχω και άλλους πελάτες δεν θέλω να έρχεσαι στο μαγαζί μου'. Ενώ πριν που ήξεραν ότι ήταν απλά φορέας τον δέχονταν." (κοινωνική λειτουργός)
- "Ναι, διαφέρει και πώς το ίδιο το άτομο το λαμβάνει. Έχουν μεγαλύτερο φόβο αυτοί που φαίνονται, είναι πολύ αδύνατοι, αποφεύγουν να βγαίνουν έξω, να τους βλέπει ο κόσμος. Ενώ οι άλλοι δεν τους καταλαβαίνουν πάντα, οι ίδιοι νομίζουν ότι τους καταλαβαίνουν. Απομονώνονται και από μόνοι τους." (ψυχολόγος)

- "Σε τελικά στάδια δεν έχει περιθώρια να μην το δηλώσει και να το κρύψει. Ο φορέας μπορεί να το κρύβει και προφανώς δεν εισπράττει κάποιον στιγματισμό. Αν το δηλώσει, η προκατάληψη είναι η ίδια. Βέβαια υπάρχει μία αντίληψη λαϊκή, που λέει ότι όσο πιο προχωρημένη είναι η νόσος, τόσο πιο εύκολα κολλάμε. Έχει μία βάση αλήθειας λόγω αυξημένου ιικού φορτίου. Αλλά αυτό δεν το ξέρουν. Έχει να κάνει με το γεγονός ότι η εκδήλωση μίας ασθένειας την καθιστά στα μάτια μας νόσο. Η διαφορά της ασθένειας με τη νόσο έχει να κάνει με το πώς εσύ το αντιλαμβάνεσαι. Αυτό ισχύει και με τους ίδιους τους οροθετικούς. Γιατί πάρα πολύς κόσμος που είναι οροθετικός, αρνείται να αποδεχτεί ότι έχει πρόβλημα ακριβώς διότι αισθάνεται μία χαρά. Είναι μία χαρά και δείχνει μία χαρά άρα πού είναι το πρόβλημα; Εδώ πρέπει να πείσεις κάποιον για μία εργαστηριακή διάγνωση. Γιατί έχεις μία διάγνωση ενός κλινικά υγιούς ανθρώπου που του λές ότι είναι άρρωστος. Ο κόσμος έχει συνδέσει τη νόσο με τα συμπτώματα." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Διαφέρει σε σχέση με το ότι την ασθένεια και τον θάνατο προσπαθούμε να τα βγάλουμε από την ζωή μας. Έχει δηλαδή να κάνει με το πώς αντιμετωπίζουμε στις κοινωνίες μας την ασθένεια και τον θάνατο. Όποιος μας τα θυμίζει, προσπαθούμε και αυτόν να τον βγάλουμε από την ζωή μας. Όσο πιο πολύ φέρνει κανείς στο να είναι άρρωστος τόσο πιο πολύ υπάρχει μία τάση απομόνωσής του." (ψυχολόγος)
- "Ναι βέβαια. Άλλο είναι να βλέπεις ένα υγιές άτομο μπροστά σου και άλλο να βλέπεις ένα γεμάτο caposi που το σιχαίνεσαι και λες 'τι γίνεται εδώ πέρα;'" (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Ναι. Αν κάποιος στέκεται πολύ καλά στην υγεία του, δεν είναι εμφανής η νόσος, οι άλλοι του συμπεριφέρονται καλύτερα. Όταν αρχίσει και 'πέφτει' και νοσεί, τον απομονώνουν πιο πολύ. Ίσως και λόγο της κούρασης που επιφέρει η φροντίδα του. Βέβαια εξαρτάται. Μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να προκαλεί πιο πολύ δέσιμο, διότι έχει ανάγκη από βοήθεια. Εξαρτάται από τις σχέσεις που έχει. Αυτές, αν είναι πολύ δυνατές ενισχύονται περισσότερο, αν είναι χαλαρές μπορεί να διασπαστούν." (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)

---

[435] Δερματική πάθηση που εμφανίζεται σε ορισμένους ασθενείς και εκδηλώνεται σαν μελανώματα σε

- "Ναι διαφέρει. Διότι έχω πάει πολλές φορές σε νοσοκομεία για επίσκεψη σε αρρώστους και άλλη είναι η συμπεριφορά προς τους φορείς και άλλη προς τους αρρώστους. Ένας φορέας δεν φαίνεται ότι έχει κάτι, δεν υπάρχει το πρόβλημα που έχει κανείς με τον άρρωστο που φοβάται ακόμα και να τον αντικρίσει. Γιατί έχω δει αρρώστους στα τελευταία στάδια και είναι κάτι φοβερό. Δηλαδή, εγώ που έχω το πρόβλημα, πήγα μία φορά να δώ κάποιον που τώρα έχει πεθάνει, μου έδειξε ένα πρόβλημα που του είχε δημιουργηθεί και έπαθα πανικό. Το έβαλα στα πόδια, δεν ξαναπήγα να τον δώ γιατί δεν ήθελα να φανταστώ τον εαυτό μου ότι μπορούσε να φτάσει σε αυτό το σημείο. Και αυτό μπορεί να συμβεί στον καθένα." (οροθετική)
- "Βέβαια, γιατί στον άρρωστο και μόνο η μορφή προκαλεί. Αν είναι αδυνατισμένος και έχει όλα τα άλλα συμπτώματα προκαλεί." (νοσηλεύτρια)
- "Ναι, αλλά νομίζω κυρίως ότι εξαρτάται και από τον άνθρωπο τον ίδιο. Δηλαδή, πόσο θα σου αφήσει περιθώριο να τον λυπηθείς ή να τον σιχαθείς ή να του συμπαρασταθείς. Η δική του η στάση νομίζω ότι είναι καθοριστική" (δημοσιογράφος)
- "Όταν βλέπεις κάποιον που έχει σαφώς όψη πάσχοντος σε κάνει να θυμάσαι πιο έντονα το πρόβλημά του, ενώ όταν βλέπεις έναν άνθρωπο υγιή μπορεί και να ξεχνιέσαι κάπου. Υπό αυτή την έννοια ίσως να μπορούσε να την επηρεάσει." (γιατρός)
- "Ο φόβος είναι μεγαλύτερος όχι ο ρατσισμός. Όταν ο άλλος είναι ασθενής και μάλιστα σε τελικό στάδιο, ο φόβος είναι μεγαλύτερος αλλά όχι ο ρατσισμός. Επέρχεται ο οίκτος, δεν υπάρχει πια ρατσισμός σε αυτό το στάδιο. (...) Σε κάποιον που είναι ήδη ασθενής νομίζω ότι μπαίνουν άλλου είδους παράγοντες και συναισθήματα." (δημοσιογράφος)
- "Όχι, ή τον δέχονται από την αρχή ή τον απορρίπτουν από την αρχή" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)

διάφορα σημεία του σώματός τους.

ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΥ 'ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟΥ' ΠΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗΝ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ AIDS ΠΡΟΣ ΕΝΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟ ΑΤΟΜΟ.

- "Ναι, διαμορφώνεται διπλός ή τριπλός στιγματισμός. Επιβαρύνεται η διαμόρφωση και έκφραση του στίγματος. Τα 'εκτός AIDS' χαρακτηριστικά επιβαρύνουν περισσότερο, ίσως γιατί επιβεβαιώνεται η σύνδεση μεταξύ αυτών των χαρακτηριστικών και του AIDS." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Διαφέρει, δεν θα' ναι το ίδιο, θα' ναι διπλάσιος ο στιγματισμός, η έκφρασή του. Εκεί έχεις να αντιμετωπίσεις την αιτία και το αποτέλεσμα. Δηλαδή 'είσαι ομοφυλόφιλος; Καλά έπαθες και κόλλησες, δύο φορές μακριά". Το ίδιο και σε ιερόδουλο ή σε τοξικομανή. Σίγουρα το άτομο αντιμετωπίζει διπλό στιγματισμό." (κοινωνική λειτουργός)
- "Βεβαίως. Η ρήση είναι 'τά' θελε και τα' παθε' ή 'τι περίμενες;' λειτουργεί προσθετικά. Ο άλλος είναι 'ο καημένος που το' παθε', αυτός είναι 'αυτός που τ' άξιζε να το πάθει'. Οι αιματολόγοι λένε: 'Μα οι αιμορροφιλικοί το' παθαν χωρίς να φταίνε'. Λες και οι άλλοι έφταιγαν γιατί ήθελαν να κάνουν έρωτα. Αλλά και οι ετεροφυλόφιλοι 'το' παθαν οι καημένοι χωρίς να φταίνε' ή οι γυναίκες τους ή τα παιδιά. Είναι κάποιοι που φταίνε και κάποιοι που δεν φταίνε. Αυτοί που φταίνε 'καλά το' παθαν'." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Ναι σαφέστατα. Υπάρχει καταδίκη, η ενοχή ότι πήγαινε γυρεύοντας. Γίνεται πιο έντονος ο στιγματισμός γιατί αποδίδονται ευθύνες στη συγκεκριμένη συμπεριφορά που κατέληξε στην μόλυνση. Κρίνεται η συμπεριφορά, δεν στιγματίζεται η μόλυνση, στιγματίζεται η συμπεριφορά." (γιατρός)
- "Ναι βεβαίως και διπλός στιγματισμός. Πολλοί το εκλαμβάνουν ως εξής: 'Να η Θεία τιμωρία λειτούργησε'". (ψυχολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Σίγουρα δέχονται πιο έντονο στιγματισμό, γιατί το AIDS έχει συσχετιστεί με τις λεγόμενες 'Ομάδες υψηλού κινδύνου' και σε αυτές είναι πιο έντονος ο στιγματισμός. Μας λείπει η ενημέρωση." (νοσηλεύτρια)

- "Σαφώς ναι, διπλό στιγματισμό σίγουρα. Δεν υπάρχει γι αυτούς τόσο έντονος ο οίκτος. Δηλαδή κάπου είναι σα να λένε: 'Θεία δίκη. Με αυτά που κάνανε καλά να πάθουνε'. Είναι κοινότυπο, αλλά δεν θα το πεις για την γυναίκα ναυτικού που κόλλησε από τον άντρα της ή πόσο μάλλον για το παιδάκι που θα κολλήσει από μία οροθετική μητέρα. Είναι εντελώς άλλα τα συναισθήματα. Ακόμα και σε ιατρικό επίπεδο, παρόλο που δεν ξεχωρίζεις τον ασθενή, υπάρχει διακύμανση συναισθημάτων, είναι λογικό." (γιατρός)
- "Ναι σίγουρα. Εδώ νοσηλεύσαμε στο νοσοκομείο και άτομα που κόλλησαν από μετάγγιση. Με αυτούς αισθανόμασταν από την αρχή μία οικειότητα, μία στοργή, μία αγάπη γι αυτά τα άτομα. Ενώ με τα άλλα σου έρχεται καμιά φορά να πεις: 'Ε, βρε παιδί μου, τα' θελαν και τα' παθαν. Αυτή είναι η πρώτη απλή σκέψη που κάνεις. Μετά χρειάζεται άλλα να βάλεις μέσα σου για να κάνεις την δεύτερη και τρίτη σκέψη." (νοσηλεύτρια)
- "Έχουν τεράστια διαφορά ο οροθετικός από μετάγγιση με αυτόν που είναι ομοφυλόφιλος. (Για τον πρώτο) 'Άντε αυτός ο καημένος το έπαθε από το χειρουργείο ή το νοσοκομείο', ο άλλος όμως 'καλά να πάθει γιατί τα γύρευε, τι ήθελε να κάνει αυτό το αμάρτημα;' Υπάρχει διαχωρισμός 'αθώων' και 'ένοχων' θυμάτων." (ψυχολόγος, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων).
- "Σίγουρα, όταν κάποιος κάνει τέτοια ζωή μπορεί να γυρίσουν πολλοί και να πούνε: 'Καλά έπαθε' ή 'Με αυτά που έκανε πώς να μην πάθει;'. Ενώ ο άλλος δημιουργεί μεγαλύτερη συμπάθεια: 'Ήταν μία φοβερή ατυχία'. Διαχωρισμός 'αθώων' - 'ένοχων' θυμάτων." (δημοσιογράφος)
- "Ναι δυστυχώς. Χωρίς να γίνεται αυτό συνειδητά, στον ένα δικαιολογείται -πχ. στον αιμορροφιλικό- ενώ στον άλλο δεν δικαιολογείται -πχ. στην ιερόδουλη. Γίνεται ασυνείδητα. Τον ένα μπορεί να τον θεωρήσεις αδικοχαμένο, ενώ στον άλλο να το θεωρήσεις φυσικό επακόλουθο. Δεν θεωρούν ότι όλοι είναι αδικοχαμένοι από ένα τέτοιο γεγονός ή ότι θα μπορούσε να συμβεί και στους ίδιους. Θεωρούν ότι ο άλλος μπορεί και να το προκάλεσε. Σίγουρα υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση έστω και υποσυνείδητα." (δημοσιογράφος)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

- "Υπάρχουν περιπτώσεις όπου άτομα εκδιώχθηκαν από τις οικογένειές τους. Αλλά αν προσέξει κανείς καλά, βλέπει ότι οι σχέσεις ήταν ήδη διαταραγμένες πριν την εμφάνιση του AIDS. Η εμφάνιση του AIDS απλώς επιβάρυνε τις ήδη διαταραγμένες σχέσεις, με αποτέλεσμα να εκδιωχθεί το άτομο από την οικογένειά του. Σε άλλες οικογένειες που δεν ήταν διαταραγμένες οι σχέσεις, σαφώς η αποκάλυψη της οροθετικότητας κλόνισε τις σχέσεις αυτές αλλά δεν τις διέλυσε." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Η οικογένεια δυστυχώς ακόμα αντιδρά αρνητικά στο θέμα της μόλυνσης. Έχει βελτιωθεί η κατάσταση από το να περιθωριοποιούν εντελώς το άτομο στο να το δέχονται με το πρόβλημά του, αλλά από μακριά. Να μην τον αγγίζουν, να μην πηγαίνει σπίτι, να μην μένει στο σπίτι. Δεν τον έχουν δεχθεί απόλυτα, ότι είναι ένας ασθενής όπως για παράδειγμα ο καρκινοπαθής ή ο καρδιοπαθής. Έχει ακόμα μείνει πίσω η οικογένεια στο να τον δεχτεί ολοκληρωτικά" (κοινωνική λειτουργός)
- "Κρατάνε κάποιες αποστάσεις. Ναι μεν τους δέχονται αλλά έχουν το ξεχωριστό ποτήρι, το ξεχωριστό πιάτο, μαχαίρι, πιρούνι κλπ. Ή δεν θα παίρνει από την σαλάτα όπως όλοι, θα του βάλουν ξεχωριστή. Ναι μεν τον δέχονται στο τραπέζι αλλά κρατάνε κάποια πράγματα. Μπορεί να φτιάξουν ας πούμε, μία ξεχωριστή τουαλέτα και ένα ξεχωριστό μπάνιο, ακόμ ακια αν το σπίτι είναι μικρό. Βέβαια, παλιά ήταν χειρότερα. Παλιά δεν τον έπαιρναν καν στο σπίτι." (νοσηλεύτρια)
- "Εξαρτάται από το αν το άτομο είχε από πριν καλές σχέσεις μαζί τους ή είχε περιθωριοποιηθεί. Για παράδειγμα αν έναν ομοφυλόφιλο τον έχει δεχτεί η οικογένειά του από πριν και τον υποστηρίζει, θα τον υποστηρίξει και μετά. Αν όμως έχει απομακρυνθεί είναι λίγο δύσκολο να τον πλησιάσει ο συγγενής.(...) Ξέρω ένα παράδειγμα, μιας οικογένειας που ο άντρας έχει AIDS, η γυναίκα δεν έχει. Έχουν ένα παιδί, αλλά η γυναίκα δεν τον αφήνει να βλέπει το παιδί του λόγω AIDS, για να μην το κολλήσει κλπ. Δεν του το επιτρέπει παρόλο που το δικαστήριο έχει ορίσει να το βλέπει δύο φορές την εβδομάδα." (νοσηλεύτρια)
- "Εξαρτάται από το πόσο ισχυρές είναι οι σχέσεις της οικογένειας. Αν είναι πολύ ισχυρές μπορεί να μην διαταραχθούν. Επέρχεται αναστάτωση, έρχονται τα πάνω

κάτω. Φοβάται η οικογένεια ότι θα στιγματιστεί και αυτή εξ αιτίας του δικού της μέλους. Αν ο γιός είναι φορέας έχει ενοχές γιατί η οικογένεια άμεσα ενοχοποιείται και νομίζει ότι πρέπει να απολογηθεί στην κοινωνία γιατί ο γιός μπορεί για παράδειγμα να είναι ομοφυλόφιλος.(Φοβάται) δηλαδή και την αποκάλυψη άλλων καταστάσεων." (ψυχολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)

- "Απομόνωση του ατόμου μέσα στην ίδια του την οικογένεια, στο ίδιο του το σπίτι. Από το να έχει ξεχωριστά πιρούνια, κουτάλια ή ποτήρια μέχρι το να πηγαίνει στην τουαλέτα και μετά να φοβούνται οι άλλοι να πάνε ή να κάνουν φοβερή απολύμανση πριν πάνε. Ή μέχρι να του απομονώσουν τις χτένες και τα προσωπικά του είδη ή να του πλένουν ξεχωριστά τα ρούχα του, να μην τα βάζουν στο πλυντήριο μαζί με τ' άλλα ρούχα. Και να μην τον αφήνουν για παράδειγμα να παίζει, να χαϊδέψει ή να φιλήσει τα εγγόνια του. Δηλαδή, να τον κρατάνε σε μία γυάλα για να μην ακουμπάει τίποτα." (γιατρός)
- "Ανάλογα με τον τρόπο μετάδοσης. Συνήθως όταν δεν αφορά σεξουαλική επαφή ή τοξικομανία, υπάρχει αποδοχή. (...) Όταν είναι από σεξουαλική μετάδοση, τοξικομανία κλπ., μερικές φορές ούτε οι συγγενείς το ξέρουν. Και όταν το ξέρουν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα απομόνωσης. Από τις μητέρες υπάρχει συμπαράσταση. Συνήθως από γονείς." (νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

- "Χωρίζουν. Ελάχιστα είναι τα ζευγάρια που μείνανε μαζί, όταν δεν είναι και οι δύο οροθετικοί. Μετριόνται στα δάχτυλα του ενός χεριού" (νοσηλεύτρια)
- "Οι ερωτικές σχέσεις στην πλειοψηφία τους χαλούν εκτός εξαιρέσεων. Και πάλι εξαρτάται από το τι σχέσεις είχαν πριν" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Υπάρχει ζευγάρι ομοφυλόφιλων που ο ένας έχει AIDS, ο άλλος όχι, αλλά είναι πάρα πολύ δεμένοι. Πάνε μαζί για τα φάρμακα, για τις εξετάσεις. Μου κάνει εντύπωση το δέσιμο και το πάθος που υπάρχει στους ομοφυλόφιλους, που δεν υπάρχει στα ετεροφυλόφιλα ζευγάρια. Μέχρι αυτοκτονίας το πάθος και η προσκόλληση." (νοσηλεύτρια)

- "Παίζεται. Είναι διαφορετική η αντιμετώπιση που έχει το έτερον ήμισυ σε ένα ζευγάρι ομοφυλόφιλων και σε ένα ετεροφυλόφιλων. Εδώ παίζουν και άλλα πράγματα ρόλο. Σε πάρα πολλές περιπτώσεις είχαμε γυναίκες, συζύγους οροθετικών ανδρών είτε ήταν οι ίδιες οροθετικές ή όχι, που έδειξαν συμπαράσταση στους συζύγους. Περιέργως, βέβαια, γιατί ξαφνικά η γυναίκα, ύστερα από χρόνια γάμου μαθαίνει ότι ο άντρας της, πρώτον ήταν και ομοφυλόφιλος, δεύτερον την απατούσε, τρίτον έχει και AIDS. Αλλά εκεί μπαίνει και ο οικονομικός παράγοντας πάρα πολύ. Το είδαμε ζωντανότατα σε πολλές περιπτώσεις. Οι γυναίκες να συμπαραστέκονται, μόνο και μόνο γιατί ο άντρας είχε κάποια περιουσία και περίμεναν ότι όταν πεθάνει θα την πάρουν. Γιατί θα σκέφτονταν: 'αν χωρίσω τώρα...'. Μπαίνει και ο οικονομικός παράγοντας." (γιατρός)
- "Υπάρχει κάπως πιο βίαιος στιγματισμός και τσακωμοί, γιατί εκεί το AIDS σημαίνει μοιχεία. Οπότε είναι πιο πολλοί οι τσακωμοί." (οροθετικός)
- "Από τους έγγαμους ετεροφυλόφιλους που είχαμε τα τελευταία δύο χρόνια, αρκετοί ήταν που είχαν μολυνθεί και οι δύο (του ζευγαριού). Μετράει και πάλι η ποιότητα και ο βαθμός σχέσης του ζευγαριού που προϋπήρχε. Μετράει επίσης το κατά πόσο η μόλυνση προήλθε από απιστία, από εξωσυζυγική σχέση. Υπάρχουν όμως και ζευγάρια που συμπαραστέκονται ο ένας στον άλλο, ανάλογα πάλι με το τι σχέσεις προϋπήρχαν." (νοσηλεύτρια, μέλος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης Οροθετικών ατόμων)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΩΝ ΦΙΛΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

- "Τυπικά διατηρούνται (οι σχέσεις) όσο το άτομο είναι φορέας." (γιατρός, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Υπάρχουν ένας ή δύο φίλοι που θα το πούν, οι περισσότεροι δεν το λένε πιο έξω. Απομονώνονται και πάλι οι ίδιοι. Θα πρέπει να περάσει λίγος καιρός και να νιώθουν καλά και οι ίδιοι. Νιώθουν πολύ διαφορετικοί. Οι παρέες μιλάνε για άσχετα πράγματα (πχ. αμάξια, ποδόσφαιρο, γυναίκες) και αυτοί σκέφτονται:'τι μου λες τώρα εσύ, που να ήξερες τι έχω εγώ'. Νιώθουν απομονωμένοι και αποκομμένοι ψυχολογικά και αποφεύγουν. Τους κουράζει πολύ η παρέα και οι

κουβέντες πέρα από την ασθένειά τους. Θέλουν συνέχεια να μιλάνε γι αυτό." (ψυχολόγος)

- "Δεν το λένε, οπότε η φιλία εξακολουθεί να υπάρχει. Κανένας δεν θέλει να κάνει παρέα, ούτε να κάθεται στο ίδιο δωμάτιο ή στο ίδιο σπίτι, με αυτά τα άτομα, δηλαδή ο ένας στο σαλόνι και ο άλλος στην κουζίνα. Δεν θέλουν να έχουν σχέση με αυτά τα άτομα." (νοσηλεύτρια)
- "Αν ήταν η φιλία ειλικρινής και σωστή παραμένει και μετά." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "(Εδώ είναι) πιο ξεκάθαρα τα πράγματα. Με την έννοια ότι όσοι δεν τον απορρίψουν, συνήθως του προσφέρουν και πιο καλή συμπαράσταση, δηλαδή πραγματική συμπαράσταση. Να τον βοηθήσουν δηλαδή στις πρακτικές ανάγκες που πιθανώς να έχει, να τον βοηθήσουν ηθικά με την παρουσία τους, την παρέα τους, τον καλό τους λόγο. Αλλά δεν είναι πάρα πολλοί." (γιατρός)
- "Δύσκολα αποδέχεται το ευρύτερο φιλικό περιβάλλον, γιατί φοβάται μην κολλήσει, γιατί αλλάζει η εικόνα που έχουν για τον φίλο τους, αρχίζουν να αναρωτιούνται πώς κόλλησε κλπ" (γιατρός)
- "Στις φιλικές σχέσεις είναι απόρριψη, από την τυπικότητα των σχέσεων μέχρι την απλή απομάκρυνση. Κυρίως εκδηλώνεται με την απομάκρυνση." (ψυχολόγος)
- "Ένα μεγάλο μέρος (των φίλων) χάνεται. Κάποιους καλούς φίλους τους έχεις. Ίσως εκεί δοκιμάζεται και η φιλία." (γιατρός)
- "Οι φίλοι μας ξεχνάνε. Δεν μπορώ σήμερα, έχω να πάω κάπου αλλού τάχα. Σιγά - σιγά αραιώνουν τα τηλέφωνα." (οροθετικός)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ / ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

- "Υπάρχει διωγμός από την δουλειά." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Σύμφωνα με την εμπειρία μου, ακολουθεί συνήθως η απόλυση." (κοινωνική λειτουργός)
- "Εδώ είναι πιο δύσκολα τα πράγματα. Επειδή δεν επιλέγεις τους συνεργάτες σου, στους επιβάλλουν, έχεις το δικαίωμα να μην τους θέλεις. (...) Στον επαγγελματικό χώρο είναι αρνητικοί πολλές φορές. Γι αυτό και πολλά παιδιά δεν

το λένε στην δουλειά τους. Είναι το τελευταίο μέρος που το λένε. Εκεί το μαθαίνουν τελευταία. Και σε κάποιες περιπτώσεις τους έχουν διώξει." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)

- "Ελάχιστες οι περιπτώσεις που είχαν καλή αντιμετώπιση, πραγματικά ελάχιστες. Υπήρχε περίπτωση που ο εργοδότης του είπε:'Δεν πειράζει, κάνε την δουλειά σου όσο εσύ αντέχεις και ό,τι χρειαστείς εγώ είμαι εδώ'. Και από εκεί και πέρα ήταν Σα να μην τρέχει τίποτα. Υπάρχουν τέτοιες περιπτώσεις αλλά δυστυχώς είναι λίγες." (γιατρός)
- "Αποφεύγουν να το κοινοποιήσουν στην πλειονότητά τους, σε ποσοστό 98%. Και είναι και μεγάλο πρόβλημα γι αυτούς όταν θα πρέπει να πάνε στο νοσοκομείο μία φορά κάθε μήνα, για εξετάσεις κλπ., τι θα λένε στην δουλειά τους, τι δικαιολογία θα βρούν. Και δεν θέλουν να το μάθουν στην δουλειά τους." (γιατρός)
- "Επαγγελματικός αποκλεισμός και απόλυση. Οι απολύσεις είναι συχνές. Αν τους κρατήσουν σε κάποια δουλειά του δημοσίου (π.χ. Ολυμπιακή), τους αποκλείουν από συνεργασία με συναδέλφους, τους απομονώνουν, τους δίνουν δουλειά στο σπίτι για να μην πηγαίνουν. Ακόμα και η 'θετική' διαφοροποίηση, για παράδειγμα να τους επιτρέπουν να πάνε ό,τι ώρα θέλουν και να έχουν ένα σωρό αναρρωτικές άδειες, στιγματισμός είναι." (ψυχολόγος)
- "Αν ξέρουν και σε έχει ανεχτεί ο εργοδότης, αναγκαστικά, τυπικά θα σου μιλάνε. Βέβαια, να τους πάρεις τσιγάρο από το πακέτο θα το πετάξουν μετά." (οροθετικός)
- "Κι αυτό ανάλογα. Στην πρώτη φάση μέχρι να το αποδεχτεί το περιβάλλον δυσκολεύονται (οι οροθετικοί) και ίσως ακούν κάποιες κουβέντες που τους στεναχωρούν και τους πικραίνουν, αλλά στην συνέχεια νομίζω ότι γίνονται αποδεκτοί. Αν βέβαια δεν έχουν εμφανίσει συμπτώματα. Αν έχουν για παράδειγμα caposi αμέσως αλλάζουν (τα πράγματα). Και αυτά συμβαίνουν όταν είναι σε δημόσια υπηρεσία που δεν μπορούν να τους κουνήσουν εύκολα. Αν είναι σε ιδιωτική εταιρεία, το θέμα τακτοποιείται γρήγορα, δηλαδή τους διώχνουν." (νοσηλεύτρια)
- "Σε γραφείο, κάποια συνάδελφος οροθετικού άρχισε να βάζει μηχάνημα για κουνούπια μήπως την τσιμπήσει κουνούπι που είχε τσιμπήσει και τον οροθετικό και κολλήσει." (δημοσιογράφος)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΩΝ ΕΥΡΥΤΕΡΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΥΝΑΝΑΣΤΡΟΦΩΝ

- "Αν κοινοποιήσει ότι είναι φορέας θα τον διώξουν από την πολυκατοικία ή θα αντιδράσουν έντονα με το να μαζέψουν υπογραφές να φύγει ή να πετάνε τα σκουπίδια του στην αυλή ή να τον κοιτάνε υπεροπτικά, για να νιώθει ότι δεν αξίζει σαν άτομο." (κοινωνική λειτουργός)
- "Μέσα στον ιατρικό χώρο. Για παράδειγμα, να χρειάζεται κάποιος ακτινογραφία και να μην μπορεί να σηκωθεί και να μπαίνουν μέσα με σκάφανδρα σαν διαστημάνθρωποι. Το δε μηχάνημα, για να μην αγγίξουν τον ασθενή, του το πέταξαν επάνω του και τον χτύπησε κιόλας. (...) Ή στις ακτινογραφίες; κάτω, να πάει κάποιος και να δει ο γιατρός το βιβλιάριο και να πει μπροστά σε όλους: 'HIV; και ήρθες εδώ; Τελευταίος να πας.' Μετά οι ασθενείς έρχονται κλαίγοντας." (ψυχολόγος)
- "Η γειτονιά είναι φρίκη. Εμείς δεν είχαμε ποτέ πρόβλημα στα Ιλίσια. Στην βίλα Δρακοπούλου όμως που είναι και κρατική υπηρεσία, ξεσηκώθηκε ο κόσμος, είχαν τεράστιο πρόβλημα. Ξέρω ότι στο Ψυχικό δεν υπάρχει το πρόβλημα που υπάρχει ας πούμε στο Πέραμα. Εκεί υπήρχε ένα ζευγάρι που πέθανε από AIDS και έμεινε η γιαγιά με τα τρία παιδιά τους. Τους απέφευγε η γειτονιά, τα παιδιά είχαν προβλήματα στο σχολείο. Και ήταν τρία παιδιά που δεν έφταιγαν." (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων).
- Ανάλογα με τις σχέσεις που είχαν πριν τα άτομα αυτά με την γειτονιά. Είτε θα είναι η απομόνωση ή θα είναι 'εντάξει, δεν συμβαίνει τίποτα, θα συνεχίσουμε όπως πριν'." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων)
- "Οι άνθρωποι δεν θέλουν να μαθευτεί γιατί θα τους κάνουν πέρα και γιατί θα τους κατηγοριοποιήσουν. Και καλά κάνουνε γιατί θα βρεθούν περιθωριοποιημένοι." (γιατρός)
- "Νομίζω ότι αν πχ. αναφερθεί κάτι τέτοιο σε κάποιον ιδιοκτήτη σπιτιού, δεν θα είναι και πολύ θετική η αντίδραση. Την άλλη μέρα το πρωί θα σου πει 'φύγε' και θα κάνει γενική απολύμανση. Κι αυτό όμως δεν είναι απόλυτο. Εξαρτάται πού θα πέσεις." (οροθετικός)
- "Παράδειγμα: πέθανε κάποιος και οι συγγενείς δεν ρωτήσανε πόσο θα στοιχίσει η κηδεία και τον θάψανε. Και το γραφείο κηδειών ζητούσε 2.200.000.δρχ., γιατί είχε AIDS. Οπότε η αδελφή του ατόμου τους είπε:' 1.000.000.δρχ. έχω πάρ' τα,

δεν έχω άλλα' και τους πήγε στην Αστυνομία. Η Αστυνομία είπε στον υπεύθυνο του γραφείου κηδειών: 'φέρε μας τις αποδείξεις ότι ξόδεψες αυτά τα χρήματα και εμείς θα σου τα δώσουμε'. Το χειρότερο είναι ότι ο υπεύθυνος τώρα απειλεί την αδελφή του ατόμου ότι θα πει στην γειτονιά ότι ο αδελφός της πέθανε από AIDS!! Επειδή δεν είχε να του δώσει 2.200.000 δρχ. Τον πήραν μέσα σε σακούλα[436] έτοιμο, τον βάλανε μέσα στο κουτί και από εκεί και πέρα τον μετέφεραν. Αυτή ήταν η δουλειά τους. Δηλαδή και νεκρό ακόμα τον εκμεταλλεύονται. Και πόσα παιδιά αντιμετωπίζουν την ίδια κατάσταση και τους εκμεταλλεύονται. (...) Γιατί υπήρχε και άλλο γραφείο κηδειών που είχε πάρει από άλλη κοπέλα που πέθανε ο άντρας της μόνο 150.000 δρχ." (νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη ιατρείου Ειδικών Λοιμώξεων)

- "Είχαμε περιστατικό που μαθεύτηκε στην γειτονιά και χωρίς να έχει και εξωτερικά συμπτώματα ή κάτι άλλο. Ούτε το παιδί του δέχονταν στον παιδικό σταθμό, ούτε τα χρήματά του παίρνανε ο φούρναρης και ο μπακάλης για να του δώσουν τα ανάλογα. Γενικά, σε όσο πιο κλειστή κοινωνία μένει το άτομο -αν πχ. είναι σε χωριό, σε επαρχία- τόσο πιο δύσκολα είναι. Εκεί είναι πιο γνωστοί ενώ μέσα σε μεγάλη πόλη είναι μεταξύ αγνώστων." (νοσηλεύτρια)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ

- "Όλοι οι άνθρωποι φοβούνται τον στιγματισμό. Ο άνθρωπος είναι 'ζώο κοινωνικό', θέλει να ανήκει σε μία αγέλη. Αν τον πετάξει η αγέλη απ' έξω έχει πρόβλημα. Σαφώς και τον φοβούνται. Δεν είναι το ωραιότερο πράγμα στον κόσμο να είσαι μόνος σου και άρρωστος" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Ναι βέβαια, η απομόνωση είναι φοβερό πράγμα. Παλιά είχαν τους λεπρούς, τώρα έγινε αυτό" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Ναι, είτε λέγεται AIDS ή για οτιδήποτε άλλο" (νοσηλεύτρια)
- "Πάρα πολύ , ειδικά στην Ελλάδα. Εδώ υπάρχει αυτό: 'Για ένα όνομα ζούμε, για ένα πρόσωπο στην κοινωνία'" (γιατρός)
- "Ναι. Αυτός είναι άλλωστε και ο λόγος που ο καθένας θέλει να το κρατάει για τον εαυτό του" (γιατρός)

[436] Γιατί είναι υποχρεωτικό να θάβονται οι οροθετικοί μέσα σε σακούλα πλαστική.

- "Ναι. Όλοι θέλουν να είναι αποδεκτοί από τον κοινωνικό περίγυρο, την κοινωνία γενικά" (ψυχολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Πολύ. Είναι ο πρώτος παράγοντας, πιο πάνω και από την υγεία τους θα έλεγα" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Πολύ γι αυτό και το κρατάνε μυστικό" (νοσηλεύτρια)
- "Ναι. Ίσως πιο πολύ και από την ίδια τη νόσο" (γιατρός)
- "Ναι, γι αυτόν τον λόγο δεν θέλουν να το μάθει ούτε το κοντινό τους περιβάλλον. Όλοι τον φοβόμαστε: 'Κάλλιο να σου βγει το μάτι παρά τ' όνομα!'" (νοσηλεύτρια)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΚΑΠΟΙΟΥ ΝΑ ΕΛΕΓΧΘΕΙ ΓΙΑ AIDS.

- "Ναι, είναι ένας φόβος που υπάρχει. Αυτός είναι ένας ανασταλτικός παράγοντας στο να πηγαίνουν κάποια άτομα να κάνουν εξετάσεις. Άτομα που θα έπρεπε να πηγαίνουν, που δεν προέρχονται από 'ομάδες υψηλού κινδύνου'. Άτομα από όλες τις κοινωνικές τάξεις και περιβάλλοντα" (κοινωνική λειτουργός)
- " Ναι, υπάρχουν αρκετοί που είναι πιθανό να είναι οροθετικοί ή που υποπτεύονται ότι μπορεί να είναι και δεν το κάνουν γιατί δεν θέλουν να ξέρουν. Και δεν θέλουν να ξέρουν -εκτός από τις επιπτώσεις που έχει στους ίδιους με την έννοια ότι ξέρουν ότι έχουν ένα πρόβλημα- γιατί μετά αισθάνονται ότι θα πρέπει να το πουν και σε άλλους και 'πώς θα με αντιμετωπίσουν οι άλλοι;' κλπ. Και μέσα σε όλον αυτό τον κυκεώνα δεν αποφασίζει να κάνει το τεστ" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Ναι επηρεάζει ή το καθυστερεί. Θα το κάνει κάποτε αλλά θα το καθυστερήσει με (αρνητικό) αποτέλεσμα και για την δική του υγεία και για των άλλων" (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Ναι και υπάρχουν και πάρα πολλοί που το κάνουν και μετά δεν έρχονται να πάρουν τα αποτελέσματα γιατί φοβούνται τι θα γίνει εάν είναι θετικό" (γιατρός)
- "Όχι. Γιατί ο φόβος του να δεχθεί ότι έχει μία βαριά αρρώστια είναι πιο ισχυρός. Δεν φτάνει μέχρι εκεί ο φόβος του στιγματισμού. Δεν τους απασχολεί πρώτα - πρώτα αυτό αλλά ο εαυτός τους. Αυτό είναι επόμενο ή μεθεπόμενο στάδιο.

Φοβούνται καταρχήν μην έχουν κάτι βαρύ που θα τους κάνει να πεθάνουν" (γιατρός)

- "Είναι ο βασικότερος λόγος που οι περισσότεροι δεν κάνουν το τεστ" (γιατρός)
- "Ναι αρκετά. Υπάρχουν άτομα που αμφιβάλλουν αν είναι φορείς ή όχι, θέλουν να κάνουν το τέστ, αλλά φοβούνται την αντιμετώπιση του κόσμου και το να βρεθούν μπροστά στο πρόβλημα, οπότε αποφεύγουν και να εξεταστούν. Και εγώ προσωπικά, αν δεν το μάθαινα μέσω της γέννας μου ούτε που θα σκεφτόμουν ποτέ να πάω να κάνω μία τέτοια εξέταση" (οροθετική)
- "Όχι. Μόνο και μόνο για τον εαυτό του θα το κάνει. Για να ξέρει ο ίδιος. Ο φόβος του στιγματισμού θα τον εμποδίσει να το πει παραπέρα αλλά ο ίδιος θέλει να μάθει" (νοσηλεύτρια)
- "Φυσικά και όχι μόνο του στιγματισμού. Και ο φόβος απέναντι στην ίδια τη νόσο. Που δεν θέλουν να το αντιμετωπίσουν, να το δεχθούν" (νοσηλεύτρια - Υπεύθυνη τμήματος AIDS)
- "Ναι. Αρκετά άτομα λένε: 'και αν το έχουμε δεν θέλουμε να το ξέρουμε ποτέ'" (οροθετικός)
- "Όχι, ο φόβος του ο προσωπικός θα τον έκανε να το αναβάλλει. Ο φόβος της αποκάλυψης, να μάθει ο ίδιος ότι είναι φορέας. Εγώ παλαιότερα είχα πάει τρείς φορές και τρείς φορές έφυγα. Ήταν χειμώνας, είχα βήχα και με πόναγε ο λαιμός και νόμιζα ότι είχα κολλήσει. Αλλά εκεί δεν σε νοιάζει ο στιγματισμός, σε νοιάζουν άλλα πράγματα, βασικότερα" (δημοσιογράφος)

ΣΧΟΛΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- "Οι ίδιες που έχει οποιοσδήποτε άνθρωπος μπροστά σε μία αρρώστια απειλητική για την ζωή του: άρνηση -'αποκλείεται'- φόβος, θυμός, αμφιθυμία, κατάθλιψη, παραδοχή." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Άρνηση να το πιστέψουν, εκτός από αυτούς που είναι ήδη 'ψυλλιασμένοι'. (...) Σοκ, απελπισία, απογοήτευση, φόβος. Κυρίως ο φόβος. Στην αρχή μένουν σαν μαρμαρωμένοι. Το σοκ είναι μεγαλύτερο όταν υπάρχει οικογένεια από πίσω." (ψυχολόγος)
- "'Γιατί εγώ;', ενοχές, μερικές φορές άρνηση του γεγονότος, θυμός." (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου)

- "Εξαρτάται από το οροθετικό άτομο και από το κατά πόσο προϊδεασμένο ήταν γι αυτό που επρόκειτο να του συμβεί. Δηλαδή, υπάρχουν άτομα που ξέρουν ότι πιθανώς να έχουν μολυνθεί, γιατί είχαν εκτεθεί και άρα 'ανέμεναν' ένα πιθανό θετικό τέστ και άλλα που τους ήρθε κεραμίδα, γιατί πήγαν για παράδειγμα να δώσουν ένα για έναν φίλο και τους κάλεσαν για να τους το πουν. Είναι δύο διαφορετικά πράγματα. Ποικίλουν οι αντιδράσεις. Πιο συχνά θλίψη, οργή, το 'γιατί σ' εμένα;', το 'πώς σ' εμένα;'" (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Η ίδια που ακολουθεί την αναγγελία μίας χρόνιας και δυνητικά θανατηφόρου ασθένειας: άρνηση στην αρχή, πανικός, μετά αποδοχή μαζί με θλίψη, μετά μπορεί να περάσει και σε θυμό ή να μείνει στην κατάθλιψη πιο πολύ καιρό και σιγά - σιγά να έρθει η αποδοχή. Άλλοι είναι πιο προετοιμασμένοι -με την έννοια ότι ίσως και να το έχουν διανοηθεί λόγω συμπεριφοράς κινδύνου ή αν έχουν πάει μόνοι τους να κάνουν το τέστ- ενώ άλλοι πιο απροετοίμαστοι -αυτοί στους οποίους γίνεται λόγω ιατρικής σύστασης. Το δεύτερο (που τους απασχολεί) είναι τα προβλήματα που θα έχουν σε σχέση με τους άλλους. Το σκέφτονται πολύ αυτό." (γιατρός)
- "Δεν υπάρχει μία απάντηση. (...) Έχουν πάρα πολύ μεγάλη σημασία όλα όσα φτιάχνουν την ιδιαιτερότητα και την ατομικότητα του καθένα. Άλλο που παίζει ρόλο: Κατά πόσο το άτομο ήταν έτοιμο για ένα τέτοιο αποτέλεσμα ή όχι, αν είχε δηλαδή υπόνοιες. (...) Σαφώς η στιγμή της ανακοίνωσης είναι μία στιγμή σοκ. Το πώς εκδηλώνεται αυτό το σοκ -με δάκρυα, με οργή, με σιωπή, με θυμό- είναι θέμα του κάθε ατόμου. Αλλά το σοκ, η κρίση είναι η πιο συνήθης αντίδραση." (ψυχολόγος)
- "Από πανικό μέχρι αντιδράσεις αυτοκαταστροφής, πάρα πολύ άσχημες αρχικά. Μάλιστα, δύο άτομα είχαν αυτοκτονήσει -το 1989- χωρίς να έχουν επιβεβαιώσει το θετικό τέστ. Υπάρχουν βέβαια και μερικοί που το περιμένουν. Βέβαια ελπίζουν μέσα τους και στεναχωριούνται και αυτοί." (γιατρός)
- "Black out. Έκανα 6 μήνες να συνέλθω. Είχα πάει και στο νοσοκομείο." (οροθετικός)
- "Έχασα την γή κάτω από τα πόδια μου. Δεν μπορούσα εκείνη την στιγμή να αντιδράσω, έμεινα με απλανές βλέμμα. Το πρώτο που σκέφτηκα ήταν το παιδί μου και πανικοβλήθηκα λίγο γι αυτό, μήπως ήταν και αυτό οροθετικό. Μετά

όταν ξαναγύρισα στον εαυτό μου είπα: 'γιατί να συμβαίνει αυτό σε μένα;' Όλη μου η ζωή γύρισε σαν ταινία στο μυαλό μου, από την αρχή που έκανα σχέσεις κλπ. μέχρι εκείνη την στιγμή." (οροθετική)

- "Ήθελα να αυτοκτονήσω. Να πέσω από τον 10ο όροφο. Για λίγο κλείστηκα στον εαυτό μου. Δεν ήθελα ούτε την εγχείρηση να κάνω. Σκεφτόμουν ότι θα πάει άχρηστη. Μετά προσπάθησα να κρατηθώ." (οροθετικός)
- "Δεν το πιστεύεις, σαν ψέμα είναι, άρνηση. Απόγνωση, συνειδητοποίηση, φάση αποδοχής και προσαρμογής." (οροθετικός)
- "Εξαρτάται από το πώς του ανακοινώνεται. Εάν το πεις στον ασθενή μέσα σε 2', 3' ή 5' και σηκωθείς και φύγεις, αυτός είναι περίπου έτοιμος να αυτοκτονήσει, εάν δεν το υποπτευότανε σοβαρά από πριν. Αν λοιπόν δεν το ξέρει ήδη (το άτομο) και ο γιατρός δεν του αφιερώσει χρόνο σε ειδικό χώρο -το ιατρείο του- οι αντιδράσεις είναι θλιβερές. Γενικά βέβαια, η πρώτη αντίδραση είναι έντονη στεναχώρια." (γιατρός)
- "Δεν είμαι εγώ στην διαδικασία ανακοίνωσης. (...) Έχει τύχει ένα περιστατικό, πριν 1 - 11/2 χρόνο, που νοσηλεύτηκε σε άλλη παθολογική κλινική. (Ο άρρωστος) δεν ήταν ενημερωμένος από πριν, ενημερώθηκε μέσα σε ένα Σαββατοκύριακο, βγήκαν 2 θετικά τέστ και του το είπαν έτσι και ο άρρωστος μέσα στο δεύτερο 24ωρο κρεμάστηκε. Δεν έγινε ενημέρωση από αρμόδιο. Οι γιατροί που του έκαναν τις εξετάσεις του είπαν ότι βγήκε θετικό το HIV τέστ και ο άρρωστος αυτοκτόνησε." (νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη τμήματος AIDS)
- "Σίγουρα υπάρχει ποικιλία αντιδράσεων γι αυτό είναι τόσο σημαντική η ψυχολογική υποστήριξη και πρέπει να γίνεται πολύ καλή ενημέρωση και πριν κάνει κάποιος το τέστ. Είναι πολύ κακή η ψυχολογική κατάσταση ενός ανθρώπου που πάει να κάνει κάτι τέτοιο." (δημοσιογράφος)

<u>ΣΧΟΛΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΘΥΜΙΑ Ή ΑΡΝΗΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΝΑ ΜΟΙΡΑΣΤΕΙ ΤΑ ΝΕΑ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΜΕ ΤΟ ΟΙΚΕΙΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.</u>

- «Ο μόνος τρόπος ελέγχου του στιγματισμού του οροθετικού είναι ο έλεγχος της γνώσης για την μόλυνση. Αποφεύγουν να το ανακοινώσουν ακόμα και στην οικογένεια. Έτσι επιβεβαιώνεται η προσπάθεια άρνησης του στιγματισμού τους.»

(κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).

- "Συνήθως αρνείται να πει στους δικούς του (συγγενείς ή φίλους) το πρόβλημά του, γιατί θα πιστέψουν ότι έχει κάνει κάτι κακό ή ότι είναι ομοφυλόφιλος ή ότι είναι εκδιδόμενη /ος ή ότι ανήκει σε περιθωριακή ομάδα, σε έναν χώρο που δεν αρμόζει σε αυτούς. Αν το πει, θα το πει σε άτομα που είναι της εμπιστοσύνης του, άτομα που έχει μάθει από πριν να μοιράζεται δυσκολίες μαζί τους και αυτά θα είναι πολύ λίγα και όχι πάντα οι πολύ στενοί συγγενείς. Αν το εκφράσει, θα το εκφράσει μετά από πολύ καιρό -π.χ. 1-2 χρόνια- που θα δει και ο ίδιος ότι η μόλυνση δεν είναι αυτή καθεαυτή που θα επηρεάσει όλη του την ζωή." (κοινωνική λειτουργός)
- "Συνήθως αρνείται να το πει στους συγγενείς του, πρώτα από όλα και μετά και στους φίλους. (...) Οι πιο πολλοί το κρατούν μυστικό όσο μπορούν. Φοβούνται μην τυχόν τους απορρίψουν." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Στις περισσότερες περιπτώσεις το κρατάνε κρυφό. Εάν και όταν ενημερώσουν, αυτό γίνεται συνήθως στους πάρα πολύ στενούς συγγενείς, γονείς, αδέλφια το πολύ. Εξαιρετικά σπάνια ενημερώνουν το επαγγελματικό περιβάλλον ή το ευρύτερο κοινωνικό. Ο λόγος που μένει κρυφό είναι ο κοινωνικός στιγματισμός." (γιατρός)
- "Συνήθως αρνείται. Οι περισσότεροι επιλέγουν κάποιο συγκεκριμένο άτομο το οποίο το μαθαίνει -είτε είναι πολύ καλός φίλος ή σύντροφος- αλλά αποφεύγουν την ευρύτερη κοινοποίηση, αυτό είναι σίγουρο. Και υπάρχουν και άνθρωποι που δεν το έχουν πει σε κανέναν. Γιατί ακόμα και σήμερα, η νόσος στιγματίζει τα άτομα. " (γιατρός)
- "Το είπα στην μητέρα μου. Την έβαλα να ορκιστεί ότι δεν θα το πει σε κανέναν. Όμως εκείνη το είπε σε στενό κύκλο φίλων και συγγενών και το έμαθαν όλοι. Αποτέλεσμα ήταν ότι έπαιρναν ποτήρια μίας χρήσεως και έβαζαν οινόπνευμα και φωτιά στην τουαλέτα όταν πήγαινα εγώ. (...) Το ίδιο φυσικά και στα συγγενικά σπίτια, δεν με ήθελαν καθόλου, ούτε να πατάω. Αποτέλεσμα ήταν ότι σηκώθηκα κι έφυγα και έτσι έμενα στους δρόμους.(...) Σε όσους φίλους το είπα, στην αρχή μου είπαν :'εντάξει, δεν είναι τίποτα'. Αλλά από την επομένη κιόλας δεν ήταν δίπλα μου, δεν τους έβρισκα, είχανε συνέχεια δουλειά, δεν μπορούσανε κι έτσι φεύγανε. Μένεις μόνος. Αν έχεις κάτι καλύτερα να μην το πεις σε κανέναν." (οροθετικός)

- "Ενημέρωσα μόνο τον ερωτικό σύντροφο που η συμπαράστασή του ήταν και είναι τέλεια. Όχι τους γονείς μου γιατί θα δημιουργούσα πρόσθετη στεναχώρια. Ούτε άλλους, φίλους κλπ." (οροθετικός)
- "Το πρώτο που κάνουν είναι να το μοιραστούν με έναν καλό τους φίλο ή με τον ερωτικό τους σύντροφο. Αργότερα, μπορεί να το πουν σε κάποιο μέλος της οικογένειάς τους που θεωρούν ότι θα τους στηρίξει και είναι έμπιστο. (...) Στην οικογένεια αργούν να το πούνε. Το λένε όταν είναι σίγουροι ότι δεν θα τους απορρίψουν. Και έχει συμβεί να τους απορρίψουν." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Συνήθως δεν το λέει, εκτός από πολύ κοντινά πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντος και άτομα της εμπιστοσύνης του, όπου το λέει με κάθε επιφύλαξη. Δεν θέλει γιατί στιγματίζεται." (νοσηλεύτρια)
- "Η επιθυμία τους να το μοιραστούν, εξαρτάται κατά πολύ από το τι περιμένουν σαν αντίδραση από τους άλλους. (...) Όσοι δεν θέλουν να το πούν, φοβούνται τις κοινωνικές επιπτώσεις." (γιατρός)
- "Στην πλειονότητα δεν θέλουν, ιδιαίτερα αν η μόλυνση έχει σχέση με σεξουαλική επαφή. Στους αιμορροφιλικούς κοινοποιείται στο περιβάλλον γρήγορα. Υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα σε αιμορροφιλικούς και άλλους. Από τους άλλους, όσοι δεν θέλουν είναι γιατί σχετίζεται πάρα πολύ με την σεξουαλική τους συμπεριφορά και έχει να κάνει με την αντίδραση στην συγκεκριμένη συμπεριφορά και ενδεχόμενα την απόρριψη από το οικείο περιβάλλον." (νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη τμήματος AIDS)
- "Εξαρτάται από το ποιες ήταν οι σχέσεις του με το οικογενειακό περιβάλλον πριν μολυνθεί. Εάν η οικογένεια στην οποία ζει είναι πολύ δεμένη, υπάρχουν φιλικές και ανοιχτές σχέσεις και εμπιστοσύνη του ενός προς τον άλλο, πιστεύω ότι δεν έχει ενδοιασμούς να το πει, να το μοιραστεί. Θα το πει γιατί θα ξέρει ότι κατά μεγάλο ποσοστό θα βρει υποστήριξη και συμπαράσταση. Εξαρτάται από την αντίδραση που αναμένει." (νοσηλεύτρια)
- "Ήθελα να το μοιραστώ αλλά υπήρχε πολύ ρατσισμός τότε και οι μόνοι που το ήξεραν ήταν η μητέρα του άντρα μου και τα αδέρφια του, κανένας άλλος. Φοβόμουν να το ανακοινώσω στους δικούς μου και δεν το έχω πει σε όλους. Ξέρω τις αντιδράσεις τους. " (οροθετική)

ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΗΘΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΕΙΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

- "Σοκ, μεγάλο σοκ και κατάθλιψη ανάμεικτη με θυμό. Θλίψη με θυμό. Αφού το αποδεχτούν περνάνε αντίστοιχη με τους οροθετικούς διαδικασία." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Συνήθως είναι η απομόνωση, ο διωγμός. Ναι, ναι, σε θέλω αλλά όχι κοντά μου όχι μαζί μου'. Ακόμη η κοινωνία μας δεν έχει δεχθεί να συμπεριλάβει, να κλείσει πάλι μέσα της το μολυσμένο άτομο." (κοινωνική λειτουργός)
- "Πανικός, συνήθως. Ευτυχώς στην Ελλάδα ακόμα κρατιούνται οι δεσμοί της οικογένειας. Ελάχιστα φαινόμενα απόρριψης, τελευταία σχεδόν καθόλου. (...) Ο πανικός συνήθως αφορά την οικογένεια κυρίως αν υπάρχουν και άλλα παιδιά, για το αν κινδυνεύουν οι υπόλοιποι, αν υπάρχουν κάποια μέτρα που πρέπει να ληφθούν κλπ (που σημαίνει ότι δεν είναι καθόλου ενημερωμένοι για το ποιος κινδυνεύει και ποιος όχι. Όταν ξεπεράσει το αρχικό σοκ και η υπόλοιπη οικογένεια, συνήθως η μητέρα συμπαραστέκεται. Στα 4 χρόνια που είμαι εδώ, έχω δει 4 πατεράδες. Στους υπόλοιπους ασθενείς, η μητέρα τραβάει το κουπί. Παραδοσιακά συνδέεται με τον ρόλο της γυναίκας, της μητέρας κλπ. Οι άντρες ως φαίνεται, επειδή θεωρούν τον εαυτό τους προσβεβλημένο γιατί ο γιος ή η κόρη κόλλησαν AIDS, είναι απομακρυσμένοι από το γεγονός έως και δεν θέλουν να το ξέρουν. Σπάνια θέλουν να έχουν σχέση." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Όσο εξελίσσεται πια η νόσος -γιατί στην οροθετικότητα μπορεί να μην το πεινομίζω ότι η στενή οικογένεια είναι παρούσα. Υπάρχουν άλλα άτομα, όπως από την ευρύτερη οικογένεια που απουσιάζουν" (ψυχολόγος)
- "Αρκετοί βρίσκουν κατανόηση από τους άμεσους συγγενείς, την μητέρα, τον πατέρα, τον αδελφό. Ίσως να μην βρίσκουν πάντα κατανόηση από τον σύντροφό τους, ετεροφυλόφιλο ή όχι. Δηλαδή, σε ένα ζευγάρι παντρεμένο που ο ένας βγει οροθετικός, ο άλλος δεν έχει πολλές φορές θετική αντιμετώπιση και μερικές φορές φεύγει. Στις ομοφυλοφιλικές σχέσεις, είναι πολύ καλύτερα τα πράγματα. Ο σύντροφος παραμένει και βοηθά" (γιατρός)
- "Η αντίδραση μετά το πρώτο σοκ ήταν πολύ προστατευτική. Κάπου με ενοχλούσε αυτό, δεν ήθελα να μου φέρονται σαν αν είμαι άρρωστη γι αυτό και συνέχισα να δουλεύω και να κάνω την ζωή μου όπως την έκανα, με όλες μου τις

δραστηριότητες. Το είπα σε έναν μόνο φίλο και από τότε δεν έχουμε ξανακάνει παρέα. Δεν τολμούσα να το πω σε κανέναν. Υπάρχουν φίλοι μου που τους έχω χρόνια και ακόμα και τώρα δεν το ξέρουν." (οροθετική)

- "Για γονείς και αδέλφια, ορισμένοι στεναχωριούνται και αγχώνονται πάρα πολύ για την εξέλιξη της ιστορίας. Δηλαδή πολλές φορές έχω αναγκαστεί να ασχοληθώ για παράδειγμα με την οροθετική κόρη μισή ώρα και με την μαμά ή τον μπαμπά μία ώρα. Γιατί έχουν πολλά ερωτηματικά, άγχος και στρες για την εξέλιξη υγείας του παιδιού τους. Συνήθως οι περισσότεροι περνάνε από την ίδια φάση της άρνησης, κατάθλιψης και τελικά αποδοχής και το αντιμετωπίζουν σωστά. Υπάρχουν όμως και ορισμένοι που περνάει 1 χρόνος και δεν καταφέρνουν να το αποδεχθούν και να το αντιμετωπίσουν." (γιατρός)
- "Πάλι υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στους αιμορροφιλικούς από τους άλλους. Από το περιβάλλον των αιμορροφιλικών υπάρχει συνήθως συμπόνια και αποδοχή. (...) Στους λοιπούς υπάρχει πρόβλημα. Συνήθως συμπαραστέκονται οι σεξουαλικοί σύντροφοι αν υπάρχουν, στους ομοφυλόφιλους περισσότερο από τους ετεροφυλόφιλους." (νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη τμήματος AIDS)
- "Εξαρτάται από το πόσο ενημερωμένη είναι και η οικογένεια. Εγώ δεν είχα πρόβλημα από την οικογένειά μου την στενή. Από τον ευρύ συγγενικό κύκλο είχα. Δηλαδή έχω ξάδελφο που δεν μου μιλάει από τότε γιατί φοβάται ο άνθρωπος! (...) Οι προϋπάρχουσες σχέσεις παίζουν ρόλο στον τρόπο που θα αντιδράσουν οι άλλοι. (...) Σε όλους πάντοτε κυριαρχεί τις πρώτες μέρες κάποιος πανικός, όσο ενημερωμένος κι αν είναι ο άλλος. (...) Αλλά εξαρτάται. Υπάρχουν και άτομα που έχουν χάσει τους καλύτερούς τους φίλους, συγγενείς κλπ. Υπάρχουν άλλοι που έφτιαξαν οι σχέσεις τους μετά από αυτό." (οροθετικός)
- "Τους αγκαλιάζουν, τουλάχιστον τα περιστατικά που έχω ζήσει εγώ και ειδικά αυτούς που κόλλησαν τη νόσο από μετάγγιση που οι δικοί τους το γνωρίζουν συνήθως. Ενώ οι άλλοι, ομοφυλόφιλοι ή ετεροφυλόφιλοι, που κόλλησαν από σεξουαλική επαφή, κάπου διστάζουν και οι δικοί τους δεν το ξέρουν. Υπάρχει αυτή η διαφοροποίηση επειδή με την μετάγγιση, το κόλλησαν χωρίς να φταινε οι ίδιοι, ενώ οι άλλοι (με την σεξουαλική επαφή) θα μπορούσαν να είχαν αποφύγει την μόλυνση αν οι επιλογές τους ήταν καλύτερες ή αν πρόσεχαν περισσότερο." (νοσηλεύτρια)

ΣΧΟΛΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΟΙΚΕΙΩΝ ΣΤΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΜΟΛΥΝΣΗ ΤΟΥΣ.

- "Πάρα πολύ. Το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον είναι βέβαιο ότι συμβάλλει στην πολύ καλή πορεία. Πιο εύκολα φτάνει το άτομο στην παραδοχή και έχει καλύτερη πορεία η νόσος" (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Σίγουρα τους επηρεάζει. Όταν βλέπουν ότι δεν έχουν κάποιο αγκάλιασμα από δικά τους πρόσωπα, άτομα, αφήνονται και δεν ενδιαφέρονται καν για το αν θα ακολουθήσουν κάποια θεραπευτική αγωγή, για το αν θα επισκευτούν τον γιατρό τους για το αν θα εμφανίσουν κάποια εξωτερικά συμπτώματα ή τι θα πρέπει να κάνουν γι αυτά. Αδρανοποιούνται στην σκέψη 'αφού δεν ενδιαφέρεται κανείς για μένα, γιατί να ενδιαφερθώ εγώ για τον εαυτό μου;' Λειτουργούν κάπως έτσι. Αυτό είναι αρνητικό και μένουν πίσω σε πράγματα που θα μπορούσαν να κάνουν, γιατί δεν έχουν την συμπαράσταση της οικογένειας ή του κοινωνικού τους περιβάλλοντος." (κοινωνική λειτουργός)
- "Πάρα πολύ. Όταν υπάρχει υποστήριξη και αγάπη και αγκάλιασμα επιβιώνουν περισσότερο και είναι σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση." (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου)
- "Άμεσα. Εάν είναι θετική η αντίδραση των συγγενών τότε θετικά το αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Πάρα πολύ. Δηλαδή, σε όσες περιπτώσεις είχαμε μία πολύ θετική αντίδραση των γονιών ή των αδελφών του είδους 'ό,τι έτυχε έτυχε, το θέμα είναι από εδώ και πέρα τι κάνουμε, πάμε μαζί να το αντιμετωπίσουμε, να το παλέψουμε και θα είμαι δίπλα σου', είχαμε πολύ καλή στάση και του ίδιου του αρρώστου. Σε αντίθετη περίπτωση είχαμε και ψυχολογικό πρόβλημα κλπ." (γιατρός)
- "Ναι, κατηγορηματικά ναι, αντίστοιχα! (...) Η πορεία της μόλυνσης είναι καλύτερη όταν υπάρχει αποδοχή και κατανόηση, κυρίως κατανόηση. Αυτό είναι στοιχείο που το χρησιμοποιούμε θεραπευτικά. Εάν κάποιος φροντίζει να διατηρείται σε όσο το δυνατόν καλύτερη ψυχολογική κατάσταση, η πορεία της νόσου είναι καλύτερη, δηλαδή, το ανοσοποιητικό τους σύστημα βρίσκεται στην καλύτερη δυνατή κατάσταση. Υπάρχει συσχετισμός αν και δεν έχουν καταφέρει να το αποδείξουν ακόμα. Όμως, από περιστατικό που έχω δει ο ίδιος, έχει

παρατηρηθεί δραματική μεταβολή στα λεμφοκύτταρα μετά από κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός. (...) Σε άτομα που έχουν μία μείζονα ψυχική διαταραχή και τα λεμφοκύτταρά τους είναι πάρα πολύ χαμηλά, όταν άρουν με θεραπεία την ψυχική διαταραχή, αλλάζει αρκετά και μέχρι εκπλήξεως ορισμένες φορές και η ανοσολογική τους κατάσταση." (ψυχίατρος)

- "Σαφέστατα και έχει ιδιαίτερη σημασία και για τους θεράποντες (ιατρούς), διότι είναι αποδεδειγμένο περίτρανα ότι η ψυχική διάθεση των οροθετικών οπωσδήποτε συμβάλλει στην θετική ή την αρνητική εξέλιξη της νόσου. Μην ξεχνάμε ότι η άμυνα του οργανισμού επηρεάζεται από τους ψυχικούς παράγοντες. Αυτό συμβαίνει σε όλες τις ασθένειες." (γιατρός)
- "Είναι πολύ βασικό, ιδιαίτερο τον πρώτο καιρό που είσαι πελαγωμένος" (οροθετικός)
- "Βέβαια, αντίστοιχα. Όταν είναι θετική - θετικά και όταν είναι αρνητική - αρνητικά" (νοσηλεύτρια)
- "Ναι πολύ, πάρα πολύ. Είναι άτομα που αντιμετωπίζουν τη νόσο με μία γενναιότητα και αισιοδοξία όταν έχουν την στήριξη του περιβάλλοντος και (όταν δεν την έχουν) είναι τα άτομα που απογοητεύονται και πολλές φορές σου εκφράζουν τάσεις αυτοκαταστροφής." (γιατρός)
- "Ναι βέβαια, σίγουρα. Αν έχουν την συμπαράσταση των δικών τους είναι και καλύτερα με τον εαυτό τους, προσέχουν την υγεία τους, την διατροφή τους, προσέχουν οι ίδιοι να μην θέσουν σε κίνδυνο κάποιον δικό τους άνθρωπο. Ενώ εάν δεν έχουν συμπαράσταση, οδηγούνται σε σπασμωδικές κινήσεις που δεν ξέρεις τι μπορεί να σημαίνουν και πού μπορεί να οδηγήσουν." (δημοσιογράφος)

<u>ΣΧΟΛΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΑΛΛΩΝ ΓΝΩΣΤΩΝ ΤΟΥΣ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ, ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΙ ΤΗΝ ΜΟΛΥΝΣΗ ΤΟΥΣ.</u>

- "Γνωρίζονται και μέσα στην Μονάδα, έξω από τα γραφεία. Δίνει ο ένας θάρρος στον άλλο, όμως πολλές φορές επηρεάζονται και αρνητικά, κυρίως μέσα στον θάλαμο -ο οποίος έχει 4 κρεβάτια που χωρίζονται με κουρτίνες. Οπότε, αν ένας είναι πολύ άσχημα ή πεθαίνει, οι άλλοι γίνονται χάλια ψυχολογικά και δεν πείθονται -όσο κι αν προσπαθούμε- ότι η κάθε πορεία είναι διαφορετική." (ψυχολόγος)

- "Ναι, το θέμα της ομάδας που μαζεύεται στο 'Κέντρο' τους βοηθάει και ξεκαθαρίζουν πολλά πράγματα, σχετικά με το τι τους συμβαίνει. Παίρνουν ιδέες, μαθαίνουν πώς να αντιμετωπίζουν διαφορετικά και καλύτερα τα πράγματα και παίρνουν και κουράγιο. Όταν υπάρχουν απώλειες κάποιων που πηγαίνουν στο 'Κέντρο', υπάρχει ένα είδος πένθους. Αλλά αυτό δεν τους 'ρίχνει' τόσο ώστε να δημιουργούνται κρίσεις, από όσο έχω καταλάβει εγώ." (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου)
- "Ναι, βεβαίως. Αυτό μπορεί να είναι και θετικό και αρνητικό. Μέχρι πρόσφατα ήταν περισσότερο αρνητική η επίδραση, γιατί το να ξέρεις κάποιον και να τον παρακολουθείς να φθίνει είναι μία καταλυτική εμπειρία που είναι σα να βλέπεις το μέλλον σου. Τον τελευταίο καιρό, λόγω καινούριων φαρμάκων κλπ., η εμπειρία μπορεί να είναι και θετική." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Πάρα πολύ. Οι περισσότεροι άρρωστοι έχουν τις παρέες τους, τους γνωστούς τους, άλλα οροθετικά άτομα ή πηγαίνουν στους συλλόγους υποστήριξης. Αν ο τάδε γνωστός τους τους πει ότι πήρε το τάδε φάρμακο και είχε πρόβλημα, εισπράττουμε και αρνητική στάση του αρρώστου απέναντι στο φάρμακο. Και το ίδιο γίνεται και με το ποιος γιατρός είναι καλός ή ποια Μονάδα είναι καλή. (...) Ο ένας με τον άλλο επηρεάζονται." (γιατρός)
- "Βοηθάει και πολύ μάλιστα. Αν ο παλιός ξέρει και μπορεί να δώσει σωστές κατευθύνσεις, βοηθάει πάρα πολύ. Στην αρχή ο άλλος είναι πελαγωμένος. Αν κάποιος λοιπόν τον ηρεμήσει και του δώσει σωστές οδηγίες, τον έχει βγάλει κατά πολύ από όλα τα προβλήματα που θα αντιμετώπιζε αν δεν του μίλαγε." (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Σίγουρα. Πολλοί όταν μαθαίνουν ότι έχουν AIDS έρχονται στον Ξενώνα γιατί θέλουν να γνωρίσουν κι άλλους που έχουν το ίδιο πρόβλημα, να συζητήσουν το πρόβλημά τους. Φαίνεται ότι τους θεωρούν πιο κοντινούς για να συζητήσουν μαζί τους ή με το επιστημονικό προσωπικό του Ξενώνα. Σίγουρα έχουν ανάγκη να συζητήσουν με κάποιον οροθετικό, γιατί θα συζητήσουν πιο ελεύθερα. Πιστεύουν ότι θα τους καταλάβει καλύτερα, θα μπορούν να του πουν τις ανησυχίες τους. Είναι επιφυλακτικοί με κάποιον μη οροθετικό, γιατί πιστεύουν ότι δεν θα αγωνιά μαζί τους δεν θα τους κατανοήσει. Αν συζητήσουν και ο άλλος τους πει: 'εγώ ήμουνα στα πρόθυρα της αυτοκτονίας, τώρα είμαι εδώ, ψάχνω για δουλειά, θα

μπορούσα να είχα και καρκίνο και να είχα πεθάνει, ενώ με το AIDS, τα καινούργια φάρμακα κλπ.' και δουν ότι έχει μάθει να συμβιώνει με το AIDS, ότι κάνει προσπάθεια, σίγουρα ανακουφίζονται, τους βοηθάει." (Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)

- "Κατ' αρχάς τους έχουμε απομονωμένους τους αρρώστους, δεν τους επιτρέπουμε να κυκλοφορούν πολύ έξω, να βγαίνουν από το δωμάτιο. Αυτοί μεταξύ τους βέβαια, επισκέπτονται ο ένας τον άλλο. Επηρεάζονται προς το καλύτερο. Φυσικά αν ο άλλος ασθενής καταλήξει, επηρεάζονται πολύ αρνητικά. Δείχνουν όμως γενικά ότι έχουν συμπαράσταση μεταξύ τους. Βοηθάνε και συμπονούν ο ένας τον άλλο. Η συναναστροφή με άλλους είναι πολύ σημαντική. Έχουν μεγάλη κατανόηση μεταξύ τους, ο ένας προς τον άλλο." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Ναι, ανταλλάζουν εμπειρίες με άλλους. Υπάρχουν και περιστατικά που έγιναν και πολύ καλοί φίλοι. Είναι και καλό είναι και δυσάρεστο. Όταν βλέπουν κάποιον που γνώρισαν εδώ να πεθαίνει...Είναι ψυχολογική επιβάρυνση. Γι αυτό, μακάρι όσο το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας τους να μην μπαίνουν στο νοσοκομείο. Τους δημιουργεί μεγάλη αισιοδοξία όταν κάποιος άλλος πάει καλά, όπως αισιοδοξία τους δημιουργείται και αν έχουν κάποια θετική αντίδραση στα φάρμακα, αναλαμβάνουν ψυχικά πάρα πολύ. Και είναι αλληλουχία γεγονότων: παίρνει τα φάρμακα, βελτιώνεται, του δημιουργείται η αισιοδοξία και διάθεση να συνεργαστεί με τον γιατρό και να συνεχίσει την θεραπεία του. Και το καλό αποτέλεσμα συνεχίζεται. Και το αντίστροφο." (γιατρός)
- "Σίγουρα ναι και αυτό είναι που μας δένει και πάρα πολύ. Όλοι οι οροθετικοί που έρχονται στο 'Κέντρο Ζωής' -εγώ είμαι από την αρχή της δημιουργίας του εκεί- έρχονται τον πρώτο καιρό για συμπαράσταση από κάποιον ψυχολόγο. Μετά παραμένουν και γίνονται καθημερινά θαμώνες του 'Κέντρου', γιατί βρίσκουν και άλλα άτομα, όπου πέρα από το ότι μπορούν να μιλήσουν πιο άνετα, πιο ειλικρινά, δημιουργούν φίλους πραγματικούς ή και κάποια σχέση. Επηρεάζονται πάρα πολύ, διότι αν πάνε τρομοκρατημένοι σε κάποιο πρόβλημα που έχουν -π.χ. υγείας- τους καθησυχάζουν οι άλλοι, που μπορεί να το έχουν περάσει και ξεπεράσει για παράδειγμα σε δύο εβδομάδες. Έτσι, παίρνουν περισσότερη δύναμη από τα ίδια τα οροθετικά άτομα. Αυτό που είναι χαρακτηριστικό είναι ότι όταν 'φεύγει'

κάποιο άτομο, όλοι πονάμε περισσότερο και από την οικογένεια, μπορώ να πω. Έτσι, υπάρχει ακριβώς και η αρνητική επίδραση." (οροθετικός)

- "Έχουμε φτιάξει μία ομάδα με κάποια άλλα άτομα στο Κέντρο Ζωής και Έμπνευσης και μιλάμε μεταξύ μας για διάφορα, για θέματα της νόσου, για τις εξελίξεις, για τα φάρμακα αλλά και για την κοινωνικότητα κλπ. Ναι, μας βοηθάει η ανταλλαγή εμπειριών και μας βοηθάει θετικά, όχι αρνητικά.(...) Η ανταλλαγή των εμπειριών, τουλάχιστον από την δική μου την πλευρά είναι πολύ θετική, είμαι 1 1/2 χρόνο εκεί πέρα." (οροθετική)

ΣΧΟΛΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΥΙΟΘΕΤΕΙ Η ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΜΟΛΥΝΣΗ ΤΟΥΣ.

- "Τα άτομα που έχουν αποδεχθεί το γεγονός, έχουν μία δυναμική στάση. Όχι τόσο στο να συμμετέχουν σε ομάδες ή συλλόγους, αλλά σαν μία δυναμική στάση ζωής απέναντι σε αυτό. Είναι κάτι που έχουν να το αντιμετωπίσουν και το αντιμετωπίζουν με έναν τρόπο διαφορετικής προσέγγισης της ίδιας της ζωής, του πώς βιώνουν την ίδια την ζωή, πώς 'ρουφάνε' την ζωή." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Δεν υπάρχει ενιαία στάση. Υπάρχουν στάδια που τα περνάνε σχεδόν όλοι. Από ένα σημείο και μετά υπάρχει συμφιλίωση με την κατάσταση. Είναι πολύ προσωπικό για τον καθένα, δεν είναι για όλους το ίδιο. Για όλους υπάρχει το στάδιο της παθητικής αντιμετώπισης. Από εκεί και ύστερα, είναι ζήτημα προσωπικότητας και στάσης απέναντι στη ζωή.(Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Μετά από κάποιο διάστημα μαθαίνει να ζει με αυτό και το αντιμετωπίζει δυναμικά, αν αντέξει, αν αφήσει να περάσει χρόνος. Γιατί μπορεί, με την αποκάλυψη του αποτελέσματος να υπάρξει προσπάθεια διακοπής της ζωής του. Αν δεν γίνει αυτό, τους αλλάζει την ζωή και κάνουν πράγματα που δεν έκαναν ποτέ. Προγραμματίζουν την ζωή τους, θέλουν να σπουδάσουν, να δουν όλες τις θεατρικές παραστάσεις, να μάχονται. Πιο δυναμικά το αντιμετωπίζουν τα ήδη περιθωριακά άτομα, παρά εκείνοι που ήρθε το AIDS να τους βάλει σε μία ομάδα που δεν την ξέρουν, που δεν ανήκουν. Σε εκείνους, είναι πιο έντονες οι αρνητικές αντιδράσεις και η κατάθλιψη. Είναι μεγάλη αλλαγή γι αυτούς. Χάνουν το έδαφος

κάτω από τα πόδια τους. Έχουν πάρει ένα προαναγγελτήριο θανάτου και ένα στίγμα που δεν το ξέρουν, δεν υπήρχε ποτέ στην ζωή τους, ενώ οι άλλοι (οι ήδη περιθωριοποιημένοι) το παλεύουν. Αισθάνονται και ότι ασχολείται μαζί τους ο κόσμος μέσω αυτής της φοβερής διάκρισης, που καμιά φορά μπορεί να είναι και τίτλος απαραίτητος για να βρουν δουλειά, να πάρουν σύνταξη κλπ. Μπορεί να το εμπορεύονται δηλαδή κιόλας." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)

- "Είναι συνάρτηση του χαρακτήρα. Υπάρχουν άτομα που το δέχονται παθητικά - 'μεθαύριο πεθαίνω', 'μου δόθηκε μία καταδίκη θανάτου', 'είμαι ένα προϊόν με ημερομηνία λήξεως' ή 'δεν μπορώ πια να κάνω όνειρα'- όπως υπάρχουν και άτομα που λόγω του δυναμικού του χαρακτήρα τους μπορεί να ενταχθούν και πιο δυναμικά σε έναν αγώνα -'καλά θα είναι να ενημερώσουμε για να μην το πάθουν και άλλοι', 'να αγωνιστούμε για να μην υπάρχουν οι εκδηλώσεις ρατσισμού που υπάρχουν', 'τέλος πάντων και αυτό θα το παλέψω όπως και άλλα πράγματα στην ζωή μου'. Είναι συνάρτηση χαρακτήρα. Δεν ομαδοποιούνται οι αντιδράσεις." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Οι περισσότεροι παθητικά. Όσα παιδιά έφυγαν πολύ νωρίς ήταν γιατί το δέχθηκαν παθητικά, δεν το πάλεψαν, δεν την είδαν σαν μία οποιαδήποτε αρρώστια. Γι αυτούς AIDS ίσον θάνατος. Ο ψυχολογικός παράγοντας παίζει πολύ μεγάλο ρόλο σε αυτά τα άτομα. Μακάρι να υπήρχαν και άλλοι άνθρωποι πιο έξω από αυτούς να αγκαλιάσουν αυτούς τους ανθρώπους." (νοσηλεύτρια)
- "Στην αρχή, η πρώτη τους αντίδραση είναι παθητική. Δεν ξέρουν πώς να αντιδράσουν, είναι άβουλοι. Μετά μπαίνουν στην επίθεση, γίνονται δυναμικοί." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).
- Υπάρχει μία τάση επαναπροσδιορισμού διαφόρων αξιών και αυτό από μόνο του δείχνει μία ενεργητική στάση. (...) Στην Ελλάδα όμως, σε σχέση με το εξωτερικό υπάρχει σε πολύ μικρότερο βαθμό μία οργανωμένη κοινωνική αντιμετώπιση από τους ίδιους τους φορείς. Δηλαδή, η δύναμη που έχουν οι εθελοντικές οργανώσεις στο εξωτερικό -με απόγειο την Αμερική, στην οποία είναι μία αναγνωρισμένη ομάδα πίεσης- δεν υπάρχει στην Ελλάδα. Είναι θέμα γενικότερων κοινωνικών συνθηκών." (ψυχολόγος)

- "Είναι δυναμική. Όλοι παλεύουν με τη νόσο, ενδιαφέρονται για τα φάρμακα, για το τι μπορεί να γίνει παρακολουθούνται. Θέλουν να ζήσουν δεν είναι παθητικοί. Ελάχιστες οι περιπτώσεις που είναι τελείως παθητικοί." (γιατρός)
- "Η παθητική αντίδραση παρουσιάζεται συχνά σε αυτά τα άτομα μετά από την ανακοίνωση της μόλυνσής τους. Όσο παραμένουν υπό παρακολούθηση και υποστηριχθούν, σταδιακά αναπτύσσουν μία πιο δυναμική κατάσταση, η οποία βέβαια αποτελεί συνάρτηση του χαρακτήρα. Δηλαδή ο χαρακτήρας δεν είναι άμοιρος της αντίδρασης που θα έχει κανένας αργότερα." (ψυχίατρος)
- "Κατά πλειονότητα, θέλουν να συνεχίσουν να ζουν και να δουλεύουν κλπ. Τώρα να διεκδικήσουν...Εντάξει, αποδέχονται κάποια κεκτημένα αλλά το να τα διεκδικήσουν μαχητικά εξαρτάται από τον χαρακτήρα τους, από την προσωπικότητά τους. Δεν έχω δει πολύ μεγάλες διεκδικήσεις, πλην κάποιων συνδικαλιστικών φυσιογνωμιών." (ψυχολόγος)
- "Πιστεύω ότι μέσα τους όλοι θέλουν να παλέψουν, οι περισσότεροι τουλάχιστον και να βγουν να το πουν και να διεκδικήσουν κάποια πράγματα, αλλά υπάρχει ο φόβος του ρατσισμού και της προκατάληψης. Δηλαδή, φοβούνται την στάση που θα αντιμετωπίσουν μετά από την κοινωνία και από όλα αυτά. Είναι πολύ λίγα τα άτομα που βγαίνουν και τα λένε έξω από τα δόντια. (...) Όμως γενικά, όταν είναι μεταξύ τους, στις ομάδες κλπ, το αντιμετωπίζουν πάρα πολύ θετικά και δυναμικά, παίρνουν κάποιες αποφάσεις και βγαίνει κάποιος, ένας απ' όλους και τα λεει προς τα έξω." (οροθετικός)
- "Παίζει ρόλο και ποιοι στέκονται δίπλα τους και κατά πόσο τους παραστέκονται και τους βοηθάνε, όχι από οίκτο ούτε για να φανούνε καλοί. Αρκετοί πιστεύουν ότι πρέπει να παλεύεις μέχρι το τέλος. Οι περισσότεροι -ανάλογα και με τον θεράποντα γιατρό, το πώς τους μιλάει, και τους ενημερώνει, πράγμα που παίζει ρόλο στο αν θα θελήσει το άτομο να το παλέψει ή να εγκαταλείψει την προσπάθεια- είναι πολύ τυπικοί, δεν παραμελούν την θεραπεία τους, αλλά την ακολουθούν με προσοχή, παίρνουν τηλέφωνο στην Μονάδα για οποιοδήποτε πρόβλημα έχουν ή για πληροφορία. Άρα δείχνουν ενδιαφέρον να βοηθήσουν τον εαυτό τους." (νοσηλεύτρια)

ΣΧΟΛΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΥΣ ΤΟΣΟ ΤΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΤΟΥΣ ΟΣΟ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΠΟΥ ΒΙΩΝΟΥΝ ΛΟΓΩ ΑΥΤΗΣ.

- "Τεράστιες οι ψυχολογικές επιπτώσεις και επηρεάζουν και αυτή καθεαυτή την πορεία της νόσου. Κατάθλιψη είναι μία από αυτές. Είναι μία μονόδρομη διαπραγμάτευση με τον θάνατο και τον φόβο του θανάτου. Αυτό, μαζί με το στίγμα είναι 100% καταθλιπτικό." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)
- "Οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι μεγάλες. Εδώ αντιμετωπίζουμε παιδιά που έχουν εφιάλτες ενός επικείμενου θανάτου, που νομίζουν ότι η ζωή τους δεν έχει πλέον κανένα νόημα να συνεχίσει, που είναι προβληματισμένα για τις σχέσεις τους με τους άλλους, που τους απασχολεί - αν δεν έχουν μόνιμη- μία μελλοντική ερωτική σχέση και τι θα κάνουν με αυτή, που δεν ξέρουν αν πρέπει να προγραμματίζουν την ζωή τους -π.χ. 'να βάλω γραμμάτια να πάρω αυτοκίνητο ή δεν θα προλάβω να τα ξοφλήσω;' Μεγάλο πρόβλημα. Νιώθουν να ανατρέπεται ο προγραμματισμός της ζωής τους." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).
- "Συνήθως παίζει ρόλο η όλη του ψυχολογία. Άλλοι το δέχονται σωστά, άλλοι αρνητικά. Παίζει ρόλο και το πώς θα τους δεχθεί το περιβάλλον τους." (νοσηλεύτρια)
- "Συχνά μένουν για ένα χρονικό διάστημα σε μία κατάσταση αυτοαποκλεισμού συναισθηματικού και κυρίως ερωτικού. Θλίψη ή κατάθλιψη όσον αφορά την αίσθηση του σώματός τους. Δημιουργείται ένα πολύ μεγάλο ρήγμα στην σωματική και κοινωνική αντίληψη του εαυτού τους." (γιατρός)
- "Τεράστιες. Η βασική ψυχολογική επίπτωση είναι ότι μαθαίνουν ότι έχουν μία ασθένεια μη ιάσιμη, η οποία ανατρέπει οποιουσδήποτε στόχους είχαν μέχρι τότε, την εικόνα του εαυτού τους, τα πάντα.(...)Από εκεί και πέρα εφόσον επηρεάζει τις ανθρώπινες και ερωτικές σχέσεις, οι επιπτώσεις είναι πάρα πολλές." (ψυχολόγος)
- "Επιδρά πολύ άσχημα στην ψυχολογία. Αν δεν είσαι δυνατός χαρακτήρας να μπορέσεις να το δεχτείς συμβαίνουν και αυτοκτονίες." (οροθετικός)
- "Βαριά κατάθλιψη πολλές φορές. Το στίγμα σε απομονώνει από την κοινωνία σε 'κλείνει'. Το νιώθεις αμέσως από την αντίδραση του άλλου." (οροθετικός)

- "Εξελίσσονται πολύ καλύτερα όσοι έχουν καλύτερο ψυχικό κόσμο, που έχουν και μία θαλπωρή και που οι ίδιοι συνειδητοποιούν και επιθυμούν -όσοι το επιθυμούν- να παλέψουν. Όσοι έρχονται σε επαφή με την πραγματικότητα." (γιατρός)
- "Είναι σημαντικό πώς νιώθεις σωματικά. Επίσης, είναι σημαντικό να υπάρχει υποστηρικτικός κύκλος ατόμων γύρω σου για να ξαναμπείς στην ζωή. Αν βρεθούν και άτομα με το ίδιο πρόβλημα είναι καλύτερα. Αν δεν το λες σε κανέναν λειτουργεί αρνητικά." (οροθετικός)
- "Πιο αρνητικά λειτουργεί ο στιγματισμός και ο φόβος του. Αλλά και ο φόβος για τον θάνατο." (προϊσταμένη Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων).
- "Ο φόβος του στίγματος. Ο φόβος είναι το μεγαλύτερο. Μετά είναι ο φόβος του θανάτου. Όλοι ξέρουν ότι είναι μία θανατηφόρα νόσος. Μετά είναι ο φόβος της εξέλιξης και της ποιότητας ζωής, τι θα περάσουν στο ενδιάμεσο μέχρι να φτάσουν στο τέλος. Μάλιστα κάποιοι που το έχουν κάμποσο καιρό -π.χ. 10 χρόνια- έχουν και την εμπειρία των λοιμώξεων και του νοσοκομείου και έχουν μία μελαγχολία, κατάθλιψη. Γιατί ταλαιπωρούνται όταν μπαίνουν μέσα (στο νοσοκομείο)." (νοσηλεύτρια)
- "Κατάθλιψη. Είναι οι ανθρώπινες αντιδράσεις σε μία αλλαγή κατάστασης ζωής, μπροστά σε μία θανατηφόρα νόσο, απέναντι στον στιγματισμό, στην απομόνωση, στην σταδιακή απόσυρση. Άλλοι είναι πιο αμυντικοί, άλλοι πιο καταθλιπτικοί, άλλοι έχουν την οικονομική ευχέρεια, άλλοι έχουν την οικογενειακή συμπαράσταση." (ψυχολόγος)
- "Φόβος, απογοήτευση. Φόβος για απομόνωση, για οικονομικούς παράγοντες, δηλαδή για επιβίωση -αν χάσει την δουλειά του τι θα κάνει- φόβος θανάτου, εγκατάλειψης. Ο φόβος είναι το κυρίαρχο συναίσθημα. Η απογοήτευση είναι σε σχέση με το μέλλον και τα σχέδιά του. Είναι οι ενοχές από μερικούς, η οργή -ιδιαίτερα σε αυτούς που κόλλησαν από μετάγγιση- ο φόβος του στιγματισμού και η εκδίκηση απέναντι στο κοινωνικό σύνολο." (νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη τμήματος AIDS)
- "Διαφέρουν ανάλογα με το σε ποιο στάδιο (εξέλιξης της νόσου) βρίσκονται. Υπάρχει σίγουρα μία φάση συναισθηματικής πτώσης, κατάθλιψης, απόσυρσης και απομόνωσης, του άγχους για την εξέλιξη της υγείας αν υπάρξει πτώση. Και όλα αυτά από μόνα τους θα φέρουν και μία αλλαγή στην συμπεριφορά: δεν θα αποδώσει καλά στην δουλειά του, οι σχέσεις του δεν θα είναι καλές. Το πόσο θα

διαρκέσει αυτό, εξαρτάται από το κάθε άτομο, από το πόσο 'θωρακισμένο' είναι, από προηγούμενες παρόμοιες εμπειρίες, από το τι υποστήριξη και συμπαράσταση θα βρει από το σπίτι του, από το πόσο θα δεχθεί την δική μας παρέμβαση. Κάθε άτομο χρειάζεται τον χρόνο του. Το 'κλικ' θα γίνει αργά ή γρήγορα και θα βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό η καλή κατάσταση υγείας. Αν αρχίσει και ανεβαίνει σωματικά, θα φτιάξει αυτόματα και η ψυχική του κατάσταση." (ψυχολόγος, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων)

- "Όταν ένα άτομο μολυνθεί, πιστεύω ότι γίνεται χάλια ψυχολογικά. Αν δεν έχει κάποιον να στηριχθεί, τότε είναι πολύ επικίνδυνο. Αλλά αν υπάρχει σωστή στήριξη θα τα καταφέρει. Πρέπει όμως, να έχει και δική του θέληση. Γιατί υπάρχουν άτομα που δεν θέλουν και αφήνονται από μόνα τους να καταστραφούν.(...) Εξαρτάται λοιπόν και από την προσωπικότητα του ατόμου." (οροθετική)

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΝ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΕΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΕΞΑΛΕΙΦΘΕΙ Ο ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.

- "Εκπαίδευση του πληθυσμού, όχι μόνο ως προς το AIDS αλλά και ως προς άλλα θέματα, όπως για παράδειγμα την ομοφυλοφιλία, γενικότερα τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την αποδοχή του διαφορετικού. Δηλαδή εκπαίδευση που να απεμπλέκει το AIDS από χαρακτηριστικά συγκεκριμένων ομάδων. Εκπαίδευση για αποδοχή του διαφορετικού, του οποιουδήποτε διαφορετικού. Δεν αρκεί μόνο η ενημέρωση για το πώς κολλάει το AIDS και τι είναι, αλλά χρειάζεται γενικότερη εκπαίδευση σχετικά με την αποδοχή της διαφορετικότητας." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ.).
- "Δεν είναι αρκετή η ενημέρωση και με τον τρόπο που γίνεται, για να αλλάξουν στάση και συμπεριφορά οι άνθρωποι. Χρειάζεται ενημέρωση με ειδικό τρόπο και ανάλογα με την ομάδα. Μία μέθοδος είναι το peer education. Πρέπει (η ενημέρωση) να γίνεται σε μικρές ομάδες και να υπάρχει συμμετοχή και αλληλεπίδραση. Όχι να κάθεται ο άλλος σε ένα ακροατήριο παθητικός δέκτης και να ακούει απλά. Επίσης είναι σημαντική η επαφή με οροθετικά άτομα. Να βλέπουμε ότι είναι άνθρωποι όπως όλοι μας και όχι τέρατα -όπως είχαν έρθει κάτι

γριούλες στον Ξενώνα να δουν πώς είναι οι φορείς του AIDS, δηλαδή Σα να μπαίνουν σε ένα ζωολογικό κήπο, να δουν πώς είναι τα ζώα. Λειτουργεί θετικά η επαφή με τους οροθετικούς. Αυτό έχει φανεί στο παράδειγμα των Καμινίων. Αφού ήρθε η γειτονιά σε επαφή με τους οροθετικούς, μετά τους έπαιρναν και τους πήγαιναν για μπάνιο, οι ίδιοι άνθρωποι που όταν τους έβλεπαν παλιά άλλαζαν δρόμο. Έχει σημασία και η ανθρώπινη επικοινωνία." (κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος Δημοσίων Υπηρεσιών και Φορέων Υγείας και Πρόνοιας)

- "Ενημέρωση. Στα σχολεία, στους χώρους εργασίας. Πάρα πολύ ενημέρωση." (εκπρόσωπος Ιδιωτικού Συλλόγου Συμπαράστασης οροθετικών ατόμων)
- "Την Πολιτεία την βολεύει ο στιγματισμός, δεν νομίζω ότι προτίθεται να κάνει κάτι. Εάν επρόκειτο να λάβει κάποια μέτρα : Όλα τα θέματα του στιγματισμού αφορούν στην αποδοχή της διαφορετικότητας, άρα θα έπρεπε να ξεκινήσουν με την διαπαιδαγώγηση πια. Δηλαδή, αν κάποιος είναι να κάνει κάτι για την αποδοχή του άλλου που είναι διαφορετικός, αλλά έχει τα ίδια δικαιώματα με μένα, δεν οφείλει να το κάνει στα 35 του ή στα 40 του, οφείλει να το κάνει από το δημοτικό. Το να περάσεις μέσα σε ένα σύστημα διαπαιδαγώγησης που έχει να κάνει με την αποδοχή της διαφορετικότητας και τον σεβασμό της, είναι κάτι πολύ πολύπλοκο και σημαντικό, που δεν επιτυγχάνεται όταν ο άλλος έχει ήδη εγκατεστημένο ένα ιδεολογικό σύστημα και ένα σύστημα αρχών. Το να λέμε τώρα στον κόσμο 'ξέρετε, αποδεχθείτε τους ομοφυλόφιλους, αποδεχθείτε τους οροθετικούς, τους ασθματικούς, τους νεφροπαθείς ή τα άτομα με ειδικές ανάγκες, δεν είναι ένα μήνυμα που περνάει εύκολα. Το πολύ πολύ να καταλήξει σε μία φιλανθρωπική στάση. Στην αποδοχή δεν μπορεί να καταλήξει. Και η φιλανθρωπική στάση όμως ενίσχυση της διαφοράς είναι. Δεν έχει να κάνει με την αποδοχή του άλλου -το να είσαι φιλάνθρωπος, να λες 'ο καημένος τι έχει πάθει'- ούτε έχει να κάνει με το δικό του δικαίωμα να διεκδικεί επί ίσοις όροις τα δικαιώματά του. Η Πολιτεία ΔΕΝ ΘΕΛΕΙ να καταλήξει σε μία κοινωνία αποδοχής του διαφορετικού γιατί δεν βολεύει κανέναν αυτό. Θα απορρίψει όλες τις δομές της, που τις έχει στηρίξει στις εξουσιαστικές σχέσεις. Δεν μπορεί ξαφνικά να τις απορρίψει αυτές και να εισάγει μία φιλελεύθερη και ανοιχτή παντελώς νοοτροπία και φιλοσοφία. (...) Αυτό είναι τόσο δύσκολο που δεν μπορεί να επιτευχθεί αν δεν το θελήσει μία ολόκληρη κοινωνία." (γιατρός, εκπρόσωπος Ιδιωτικού Σωματείου, μέλος της Επιτροπής Ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ).

- "Είναι ζήτημα νοοτροπίας, που δεν αλλάζει με κανένα διοικητικό ή πολιτειακό μέτρο. Χρειάζεται άλλη εκπαίδευση. Ίσως να μπορούσε να συζητήσει κανείς, ένα για παράδειγμα, υπήρχε το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία, που θα τους μάθαινε και για τα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα και για το πώς αντιμετωπίζονται. Με την διαφορά ότι αυτό δεν πρόκειται να γίνει στην Ελλάδα ούτε τα επόμενα 20 χρόνια. Για να μπει στα σχολεία, πρέπει πρώτα να μπει στην Παιδαγωγική Ακαδημία, να το μάθουν οι δάσκαλοι και οι καθηγητές. Ποιος θα το διδάξει; Πώς θα πεις στον κο. Τάδε που είναι 20 χρόνια δημόσιος υπάλληλος 'αύριο θα διδάξεις και αυτό;'" (γιατρός)
- "Να πληροφορήσει τον κόσμο σωστά. Να ξεκινήσει από τα σχολεία τα δημοτικά η ενημέρωση, γιατί υπάρχουν και παιδιά οροθετικά τα οποία τα απομονώνουν, τα διώχνουν από τα σχολεία, δεν τα δέχονται. Να ενημερώνουν και τα ΜΜΕ. Να γίνονται διακαναλικά προγράμματα. Να βγάζουν φυλλάδια και να υπάρχουν εθελοντές που θα πηγαίνουν στα σπίτια να μοιράζουν φυλλάδια. Από τους Δήμους μπορεί να ξεκινήσει αυτή η ενημέρωση, γιατί έχουμε μείνει πολύ πίσω.(...) Δεν έχουν δώσει το ανάλογο βάρος πάνω στην ενημέρωση." (οροθετική)
- "Ευαισθητοποίηση, καμπάνια εξοικείωσης, προληπτικά μέτρα ενημέρωσης, διευκολύνσεις νομοθετικά καλυμμένες για την εργασία και για τα επιδόματα, ξενώνες για να μένουνε, καλύτερες συνθήκες και περισσότερα κρεβάτια νοσηλείας, εξειδίκευση νοσηλευτικού και άλλου προσωπικού, πιο απλή παροχή φαρμάκων και άλλων εξετάσεων -που τώρα τρέχουν στο ΙΚΑ και κάνουν ουρές." (ψυχολόγος)
- "Να βάλει σωστή δεοντολογία στην Ιατρική και όχι μόνο στο AIDS. Και να υπάρχει επιτροπή κρίσεων ηθικής και δεοντολογίας. Ο ρατσισμός ξεκινάει από την διάσυρση του απορρήτου." (γιατρός)
- "Να πάψει η Πολιτεία, πριν λάβει κάποια μέτρα, να προβάλλει την ταμπέλα του φόβου και του πανικού στο όνομα AIDS. Να υπάρχει εφαρμογή στην ηθική δεοντολογία σε υγειονομικές υπηρεσίες, σε όλο το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Να υπάρχει τιμωρία (της παραβίασης) του απορρήτου - και σε πειθαρχικό επίπεδο τιμωρία- σε αυτούς που έχουν αντιδεοντολογική συμπεριφορά και (τιμωρία) της άρνησης παροχής ιατρικών - νοσηλευτικών

υπηρεσιών σε άτομα που πάσχουν από AIDS ή οποιαδήποτε άλλη ασθένεια." (νοσηλεύτρια)

- "Μία καλύτερη ενημέρωση. Όχι τόσο στο 'δεν κολλάει έτσι', 'χρησιμοποιείστε προφυλακτικά' κλπ., αλλά μία καλλιέργεια σε βάθος, γιατί όλα αυτά είναι επιφανειακά." (νοσηλεύτρια)
- "Δεν υπάρχουν μέτρα που μπορούν αν εξαλείψουν τον στιγματισμό.(...) Το μόνο μέτρο είναι να αλλάξει η νοοτροπία του καθενός μας, αλλά αυτό είναι θέμα παιδείας." (δημοσιογράφος)
- "Είναι δύσκολο να αποδώσουν τα μέτρα της Πολιτείας σ' αυτόν τον τομέα. Είναι κοινωνικό το φαινόμενο. Πέραν της θεσμοθετημένης αρωγής και της λήψης μέτρων για να μην αποκόβονται για παράδειγμα από την δουλειά τους, είναι η ενημέρωση. Να γνωρίζει ο κόσμος καλύτερα το πρόβλημα αυτής της νόσου. Και μέτρα προς την δημιουργία μίας κοινωνίας αλληλεγγύης, ανεκτικότητας και ανοχής στην διαφορετικότητα. Σε αυτά τα ζητήματα, οι επιβολές μπορεί να οδηγήσουν σε αντίθετα αποτελέσματα." (βουλευτής)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Agrafiotis, D., Ioannidi, E., Mandi, P., (1999), *HIV prevention in Europe: a review of policy and practice. The Greek case*, Research Monograph No. 19, Sociology of Health and Illness, Department of Sociology, National School of Public health.
- AIDSCOM- McCombie,S., Rwakagiri,F., Bucombi,S., (1992), *Evaluation of a Workplace - Based Peer Education Program in Uganda.* Invited poster presentation at the VIII International Conference on AIDS, Amsterdam, The Netherlands, 19-24 July 1992.
- Ainlay, S.C., Becker,G., Coleman,L.M., (eds), (1986), *The Dilemma of Difference,* Plenum Press.
- Almond,B., (ed), (1990), *AIDS-A Moral Issue:The Ethical, Legal and Social Aspects*, The Macmillan Press Ltd.
- Altman,D., (1986), *AIDS and The New Puritanism*, Pluto Press.
- Bailey,K.,D., (1984), *Methods of social research*, second edition, The Free Press.
- Bell,J., (1987), *Doing your research project*, Open University Press.
- Black,D., (1986), *The Plague Years - a chronicle of AIDS the epidemic of our times,* Picador.
- Bogdan,R., & Taylor, S.,J.,(1975), *Introduction to Qualitative Research Methods*, John Wiley & Sons, Inc.
- Bolton,R., & Singer,M., (eds),(1992), *Rethinking AIDS prevention*, Gordon and Breach Science Publishers.
- Brandt,A.M., (1985), *No Magic Bullet*, Oxford University Press.
- Broom, L., Selznick, Ph., Broom Darroch, D., (1981), *Sociology, A Text With Adapted Readings,* seventh edition, Harper & Row Publishers, Inc.
- Bryman,A., (1988), *Quantity and Quality in social research*, Unwin Hyman.
- Bulmer, M.,(ed), (1977), *Sociological research methods,* The Mackmillan Press.
- Cameron, M., (October 1993), *Living with AIDS-Experiencing Ethical Problems,* SAGE Publications.

- Cipolla, Carlo M., (1979), *Faith, Reason, and the Plague in Seventeenth - Century Tuscany,* Cornell University Press, Ithaca, New York.
- Cipolla, Carlo M., (1992), *Miasmas and disease. Public Health and the Environment in the pre-industrial Age,* Yale University Press, New Haven and London.
- Conrad,P. & Rochelle Kern, (1986), *The Sociology of Health and Illness,* second edition, St.Martin's Press.
- *Economic Aspects of AIDS.* (Abstract), Ρόδος, Οκτώβριος 1989.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, (31st March 1993), *AIDS surveillance in Europe.* Quarterly Report No 37, Institut de Medecine et d'Epidemiologie Africaines, WHO-EC Collaborating Centre on AIDS.
- Featherstone, Mike (ed), (1990), *Global Culture. Natioanalism, globalisation and modernity: a theory, culture and society special issue,* Sage Publications, UK.
- Fortunato,J.E., (1987), *AIDS-The Spiritual Dilemma,* Harper and Row, Publisher.
- Fuchs,W., Klima, R., et al., (1978), *LEXIKON ZUR SOZIOLOGIE,* Opladen, Westdeutscher Verlag.
- Gaitley, R. & Seed,P., (eds), (1989), *HIV and AIDS-A Social Network Approach,* Jessica kingsley Publishers Ltd.
- Gatua, E., Long, M., (1992), *Gaining understanding of community perspectives on AIDS through qualitative analysis of on-going AIDS education.* Paper to be presented to the VIII International Conference on AIDS /III STD World Congress - Amsterdam, 19th-24th July 1992.
- Gerhardt,U., (1989), *Ideas about Illness,* The Macmillan Press.
- Giddens, Anthony, (1997), *Sociology,* third edition, Polity Press, U.K.
- Gilgun, J.F., Daly, K., & Handel, G.,(eds), (1992), *Qualitative Methods in Family Research,* SAGE Publications.
- Goffman,E., (1963), *Stigma,* Prentice Hall.
- Hattich,A., Helminger,A., Hornung,R., *Predictors of discrimination towards AIDS-patients : A multivariate analysis .*
- Herdt,G. & Lindenbaum, S., (1992), *The Time of AIDS - Social Analysis, Theory and Method,* SAGE Publications.
- Herek,G.M., Capitano,J.P., (1992), *AIDS-Related Stigma Persists In the United States.* A poster presented at the VIII International Conference on AIDS,

Amsterdam, The Netherlands, July 1992.

- Huber,J., Schneider, B.E., (1992), *The Social Context of AIDS - Sociological Contributions to Research and Policy,* American Sociological Association Presidential Series, SAGE Publications.
- Illingworth,P., (1990), *AIDS and The Good Society,* Routledge.
- Institut universitaire de medecine sociale et preventive, Departement de l'Interieur et de la sante publique, (1988), *Project «Assessment of the AIDS/HIV preventive strategies»,* Lausanne.
- Joffe H., (1993), *Modifying AIDS-Related blame at a social structural level, IX International Conference on AIDS, June 7-11,1993.*
- Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus,H., Scott,R.A., (eds), (1984), *Social Stigma. The Psychology of Marked Relationships,* W.H. Freeman and Company.
- Krieger, Nancy and Margo Glen (eds), (1994), *AIDS: The Politics of Survival,* Baywood Publishing Company, Inc., Amityville, New York.
- Kyriopoulos John, Kornarou Helen, Paparizos Vassilis, Gitona Mary (eds), *AIDS Cost Analysis and Patient Classisication,* 1998, EXANDAS
- Kyriopoulos, J., Kornarou, H., Gitona, M., *AIDS Economics. Cost Analysis, Management and Prospective Financing,* EXANDAS, 1996.
- Lee, Raymond M., (1993), *Doing research on sensitive topics,* Sage Publications.
- Macklin,E.D., (ed), (1989), *AIDS and Families,* Harrington Park Press.
- Mann,J., Tarantola,D.,J.,M & Netter,T.,W.,(eds), (1992), *AIDS in the World,* Harvard University Press.
- Mann,P.,H., (1985), *Methods of social investigation,* second edition, Basil Blackwell.
- Masters,W.H., Johnson,V.E., Kolodny,R.C., (1988), *Crisis-Heterosexual Behaviour In The Age of AIDS,* Crafton Books.
- McNeill, William H., (1976), *Plagues and Peoples,* Basil Blackwell, Oxford.
- Miller,D., (1987), *Living with AIDS and HIV,* The Macmillan Press.
- Morgan, Myfanwy, Calnan, Michael and Manning, Nick, (1985), *Sociological Approaches to Health and Medicine,* Croom Helm, London, Sydney, Dover, New Hampshire.
- Morris, R. J., (1976), Cholera 1832. *The Social Response to An Epidemic,* Croom

Helm, London.

- Munacata,T., Murata,T., Tajima,K., (1992), *Targeted goals and effective strategies of social education for AIDS prevention in Japan.* Paper presented at : "The 4th Workshop on Epidemiology and Control of AIDS", March,10-11 1992, International Lecture Hall, National Cancer Center, Japan.
- National Committee on AIDS Control, (May 1993), *The meaning of empirical studies for the development of HIV-prevention policy in the Netherlands.*
- Nelkin,D., Willis,D.P. & Parris,S.V., (1991), *A Disease of Society-Cultural and Institutional Responses to AIDS,* Cambridge University Press.
- Overall, C. & Zion, W.P., (eds), (1991), *Perspectives on AIDS-Ethical and Social Issues,* Oxford University Press.
- Paccaud,F., Vader,J.,P., Gutzwiller,F.,(eds), (1992), *Assessing AIDS prevention,* Birkhauser Verlag.
- Pantzou, P., Vassilikou, C., Agrafiotis, D., (1999), *European Project on Identity, Risk and AIDS,* Research Monograph No. 18, Sociology of Health and Illness, Department of Sociology, National School of Public health.
- Patton,C., (1990), *Inventing AIDS,* Routledge.
- Perrow,C. & Guillen, M., (1990), *The AIDS Disaster-The Failure of Organizations in New York and the Nation,* Yale University Press.
- Plexoussaki,E., et Yannakopoylos,K., *Le Mal Purifie : manipulation du sida en Grece, dans Les Homosexuels face au sida,* Paris, Editions du ANRS, Coll,Sciences Sociales et Sida. (υπο δημοσίευση).
- Pollak,M., with Paicheler, G. & Pierret, J., (1992), *AIDS- A Problem for Sociological Research,* SAGE Publications/International Sociological Association.
- Roadway, M. & Wright, M., (eds), (1988), *Decade of The Plague-The Sociopsychological Ramifications of Sexually Transmitted Diseases,* Harrington Park Press.
- Rose,G., (1982), *Deciphering Sociological Research,* The Macmillan Press.
- Rushing, William A., (1995), *The AIDS Epidemic. Social dimensions of an infectious disease,* Westview Press, Boulder, San Franscisco, Oxford.
- Schecter,S., (1990), *The AIDS Notebooks,* State University of New York.
- Schutte, E., Oswald H., (1991), *Evaluation of an AIDS-prevention program in West Berlin schools.* Poster presentation at the VII International Conference on AIDS,

Florence, Italy, 16-21 June 1991.

- Shilts,R., (1987), *And The Band Played On-Politics, People and the AIDS Epidemic*, Viking Penguin Inc.
- Sigerist, Henry E., (1943), *Civilization and Disease*, The University of Chicago Press, U.S.A.
- Sontag, S., (1978), *Illness as metaphor*, Penguin Books.
- Sontag, S., (1988), *AIDS and its metaphors*, Penguin Books.
- Spicker, P., (1984), *Stigma and Social Welfare*, Croom Helm.
- Strauss, A., Corbin, J., (1990), *Basics of Qualitative Research*, Sage Publications.
- Turner, Bryan S., (1987), *Medical Power and Social knowledge*, Sage Publications.
- United Nations, (1991*), Human Rights-Report of an International Consultation on AIDS and Human Rights.* Geneva, 26-28 July 1989, New York.
- Vander Zandem, J. W., (1981), *Social Psychology*, second edition, Random House, Inc.
- Vass,A.,A., (1986), *AIDS a plague in us - a social perspective*, Venus Academica.
- World Health Organization (WHO) in collaboration with the International council of Nurses, (1988), *Guidelines for nursing management of people infected with Human Immunodeficiency Virus (HIV) - WHO AIDS Series 3*, Geneva.
- World Health Organization (WHO) in collaboration with the International Labour Office and the league of Red Cross And Red Crescent Societies, (1990), *Guidelines on AIDS and first aid in the workplace - WHO AIDS Series 7,* Geneva.
- World Health Organization (WHO) in collaboration with the Royal Tropical Institute, Amsterdam, (1991), *AIDS prevention through health promotion. Facing sesitive issues*, W.H.O., Geneva.
- World Health Organization (WHO) in collaboration with the United Nations Educational, Scientific and cultural organization, (1992), *School health education to prevent AIDS and sexually transmitted diseases - WHO AIDS Series 10,* Geneva
- World Health Organization (WHO), (1988), *Guidelines for the development of a national AIDS prevention and control programme - WHO AIDS Series 1*, Geneva
- World Health Organization (WHO), (1989), *Guide to planning health promotion for AIDS prevention and control - WHO AIDS Series 5*, Geneva.
- World Health Organization (WHO), (1989), *Monitoring of national AIDS*

prevention and control programmes. Guiding principles - WHO AIDS Series 4, Geneva.

- World Health Organization (WHO), (1990), *Guidelines for councelling about HIV infection and disease - WHO AIDS Series 8,* Geneva.
- World Health Organization (WHO), (1990), *Prevention of sexual transmission of Human Immunodeficiency Virus - WHO AIDS Series 6,* Geneva.
- World Health Organization (WHO), (1990), *Social and Cultural Issues on HIV Prevention Through Health Promotion : Report of a Workshop,* Geneva.
- World Health Organization (WHO), (1991), *Biosafety Guidelines for diagnostic and research laboratories working with HIV - WHO AIDS Series 9,* Geneva.
- World Health Organization (WHO), (1992), *The Global AIDS Strategy - WHO AIDS Series 11,* Geneva.
- World Health Organization, (1992), *1991 Progress Report - Global Programme on AIDS,* Geneva, W.H.O.
- World Health Organization, (1992), *Global Programme on AIDS - Select list of documents.*
- World Health Organization, (1992), *Living with AIDS in the Community,* World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe, (26-29 April 1988), *Summary Report. International Consultation on Health Legislation and Ethics in the field of AIDS and HIV Infection,* Oslo, W.H.O.
- Wright, B. & Weiss, J.P., (1980), *Social Problems,* Little, Brown & Company (Canada) Limited.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Αγραφιώτης,Δ., (1991), *Ελληνική κοινωνία και AIDS,* Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS , Αθήνα BHTA medical arts, σελ.27-31.
- Γέμτος,Π.,Α., (1987), *Μεθοδολογία των κοινωνικών επιστημών,* 2 τόμοι, Παπαζήση.
- Gutenschwager Gerald, (1989), *Η πολιτική οικονομία της υγείας στη νεότερη Ελλάδα,* Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.

- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, (1989), *1ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS*, Αθήνα 1989, BHTA medical arts.
- Καραμολέγκου, Ιάκωβος - Στέλλα, (1993), *Το δώρο του ιερού πόνου*, Ψυχογιός.
- Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ), (1996), *AIDS-Θεμελιώδεις Αρχές* .
- Κυριόπουλος,Γ., Κορνάρου,Ε., Παπαρίζος,Β., (Επιστημονικοί Επιμελητές), (1993), *Οικονομικά και διαχείριση του AIDS στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
- Μαργαριτίδου - Τιμπλαλέξη, Β.,Σ., (1991), *Ηθική και δεοντολογική στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ασθενείς με διάγνωση AIDS*, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Βασικών και Ανθρωπιστικών Σπουδών.
- Οικονομόπουλος,Ν.,Β., (1930), *Η Φυματίωσις ως κοινωνική νόσος και τα ενδεικνυόμενα μέτρα προς καταπολέμησιν αυτής*. Εισήγησις εν τω Α΄ Πανελληνίω Συνεδρίω Υγιεινής, 29 Απριλίου 1930, Αθήναι, Ν. Απατσίδη.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας - Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, (1991), *Σχεδιασμός Αγωγής Υγείας για την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS - Οδηγίες*, BHTA medical arts.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας - Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, (1992), *Αγωγή υγείας στο σχολείο για την πρόληψη του AIDS και των σεξουαλικώς μεταδιδομένων νοσημάτων*, BHTA medical arts.
- Παπά,Κ.Γ., (1983), *Στη συκαμιά απο κάτω*, Γ' έκδοση, Εστία.
- Παπαρίζος, Β, (1993), *Οικονομικό κόστος νοσηλείας ασθενών με AIDS*, Διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Παπαρίζος, Β, Κυριάκης, Κ, Χατζηβασιλείου, Μ, Σταυριανέας, Ν, Στρατηγός, Ι.Δ., Κυριόπουλος, Ι, (1992), *Οικονομικό κόστος ενδονοσοκομειακής νοσηλείας ασθενών με AIDS*, 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Ρόδος, 1992.
- Ρηγάτος,Γ.,Α., (1981), *Η παρουσία της Ιατρικής στη νεοελληνική πεζογραφία*, Ακροκέραμος, Α' Μελετήματα - 1.
- Σολωμός,Γ.Χ., (1993), AIDS . *Η σύγχρονη Κοινωνική Απειλή*, Πάτρα, (πολυγραφημένο).
- Τεγόπουλος - Φυτράκης, (1999), *Μείζον Ελληνικό Λεξικό*, Εκδόσεις ΑΡΜΟΝΙΑ Α.Ε.
- Τσαούσης,Δ.Γ., (1984), *Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας*, Gutenberg.
- Ψαραύτη,Λ., (1994), *Το αυγό της έχιδνας*, Πατάκη.

Ξενόγλωσση Αρθρογραφία

- Anspach, R., (1979), 'From stigma to identity politics', *Social Science and Medicine*, 13A, pp.765-773.
- Bayer,R., (1990), 'AIDS and the Future of Reproductive Freedom', *The Milbank Quarterly*, Vol.68, Suppl.2, pp.179-204.
- Bayer,R.,(1990),'AIDS and the Future of Reproductive Freedom', *The Milbank Quarterly*,Vol.68,Suppl.2,pp.179-204.
- Beckers,S., Dlugolecka,M., (1987), 'Using an AIDS questionnaire in schools', *Health Education Journal*, Vol. 46, No 4, pp.148-149.
- Benjamin,A.E., (1988), 'Long-Term Care and AIDS:Perspectives From Experience With the Elderly', *The Milbank Quarterly*, Vol.66, no.3, pp.415-443.
- Bennett,F.J., (1987), 'AIDS as a Social Phenomenon', *Social Science and Medicine*, Vol.25, no.6, pp.529-539.
- Bor, R., Miller, R., Goldman, E., Kernoff, P., (Spring 1989), 'The Impact of AIDS/HIV on the Family-Themes Emerging From Family Interview', *Practice(UK)*, Vol.3, no.1, pp.42-48.
- Bosk, C.L., Frader, J.E., (1990), 'AIDS and its Impact on Medical Work : The Culture and Politics of the Shop Floor', *The Milbank Quarterly*, Vol.68, Suppl.2, pp.257-279.
- Brendstrup, E., Schmidt, K., (1990), 'Homosexual and Bisexual Men's Coping With the AIDS Epidemic : Qualitative Interviews With 10 Non-HIV-Tested Homosexual and Bisexual Men', *Social Science and Medicine*, Vol.30, pp.713- 720.
- Farmer, P., (March 1990), 'Sending Sickness : Sorcery,Politics and Changing Concepts of AIDS in Rural Haiti '. *Medical Anthropology Quarterly*, Vol.4, No.1, pp.6-27.
- Fineberg,H.V., (October 1988), 'The Social Dimensions of AIDS', *Scientific American*, pp.128-134.
- Fox, R.C., Aiken, L.H., Messikomer, C.M., (1990), 'The Culture of Caring: AIDS and the Nursing Profession', *The Milbank Quarterly*, Vol.68, Suppl.2, pp.226-256.
- Frankenberg,R., (1992), 'The other who is also the same : the relevance of epidemics in space and time for prevention of HIV infection", *International Journal of Health Services*, Vol. 22, No. 1, pp.73-88.

- Frierson, R.L. Lippman, S.B. & Johnson, J., (1987), "AIDS : Psychosocial stresses on the family", *Psychosomatics,* Vol. 28, no 2, pp. 65-68.
- Gamson, J., (October 1989), 'Silence,Death and the Invisible Enemy : AIDS Activism and Social Movement"Newness"', *Social Problems*, Vol.36, no.4, pp.351- 367.
- Gamson,J.,(October 1989),'Silence,Death and the Invisible Enemy:AIDS Activism and Social Movement"Newness"', *Social Problems*,Vol.36,no.4,pp.351-367.
- Gitona Mary, Kyriopoulos John, 'The Introduction of a Managed Care Scheme for AIDS Patients in Greece: An optimistic Proposal versus the Pessimistic Reality' in John Kyriopoulos, Helen Kornarou, Vassilis Paparizos, Mary Gitona (eds), *AIDS Cost Analysis and Patient Classisication,* 1998, EXANDAS, pp.101-109.
- Goldstein, R., (1990), 'The Implicated and the Immune : Cultural Responses to AIDS', *The Milbank Quarterly*, Vol.68, Suppl.2, pp.295-319.
- Herlitz,C., & Brorsson, B., (1990), 'Facing AIDS : Reactions among police officers, nurses and the general public in Sweden', *Social Science and Medicine*, Vol. 30, No. 8, pp.913-918.
- Hudson, Ellis Herndon, (1972), 'Diagnosing a case of venereal disease in fifteenth century Scotland', *British Journal of Venereal Diseases*, Vol. 48, pp.146-153.
- Ingstad, B., (March 1990), 'The Cultural Construction of AIDS and its Concequences for Prevention in Botswana ', *Medical Anthropology Quarterly*, Vol.4, no.1, pp28-40.
- Inhorn,M.C., Brown, P.J., (1990), 'The Anthropology of Infectious Disease', *Annual Revue of Anthropology,* Vol.19, pp.89-117.
- Kaplan, H.B., Johnson, R.J., Bailey, C.A., Simon, W., (June 1987), 'The Sociological Study of AIDS : A Critical Review of the Literature and Suggested Research Agenda', *Journal of Health and Social Behavior,* Vol.28, pp.140-157.
- Kyriopoulos J. E, 'Presentation and Appraisal of the Severity Classification of AIDS Patients for the Implementation of a Prospective Financing System', in J. Kyriopoulos, H. Kornarou, M. Gitona, (eds) *AIDS Economics. Cost Analysis, Management and Prospective Financing,* EXANDAS, 1996, pp.13-24.
- Levine, C., (1990), 'AIDS and Changing Concepts of Family', *The Milbank Quarterly*, Vol.68, Suppl.1, pp.33-58.
- Lowey, E.H., (1988), 'AIDS and the human community', *Social Science and Medicine,* Vol. 27, No. 4, pp.297-303.

- Macklin,E.D., (1988), "AIDS : Implications for families", *Family Relations,* Vol. 37, no 2, pp. 141-149.
- Marshall, P.A., & Bennett,L.A., (March 1990), 'Anthropological Contributions to AIDS Research ', *Medical Anthropology Quarterly*, Vol.4, No.1, pp.3-5.
- Maticka-Tyndale,E., (August 1992), 'Social Construction of HIV Transmission and Prevention Among Heterosexual Young Adults', *Social Problems*, Vol.39, No3, pp.238-252.
- Millard,A.V., (March 1992), 'The Anthropological Analysis of Health', *Medical Anthropology Quarterly,* Vol.6, no.1, pp3-5.
- Moatti,J.P., Manesse,L., Le Gales,C., Pages,J.P., and Fagnani,F., (1988), 'Social perception of AIDS in the general public : a French study', *Health Policy*, Vol.9, pp.1-8.
- Nelkin,D., (September-October 1987), 'AIDS and the Social Sciences : Review of Useful Knowledge and Research Needs', *Reviews of Infectious Diseases*, Vol. 9, No. 5, pp.980-985.
- Niakas D., Kyriopoulos J., 'Methodological Problems in Cost Estimations of AIDS in Greece and o Framework for Cost Measurement', in J. Kyriopoulos, H. Kornarou, M. Gitona, (eds) *AIDS Economics. Cost Analysis, Management and Prospective Financing*, EXANDAS, 1996, pp.113-131.
- O'Neill, John, (1990), 'AIDS as a Globalizing Panic' in Featherstone Mike *Global Culture. Nationalism, globalization and modernity. A theory, Culture & Society special issue,* Sage Publications, pp.329-342.
- Paparizos Vassilis, Danaka Georgia, Kornarou Helen, Kyriopoulos John, Stavrianeas Nikos, Vareltzidis Andonis, 'The cost of hospital care of AIDS patients. Fluctuations in cost in accordance with stage of the disease and time period', in: John Kyriopoulos, Helen Kornarou, Vassilis Paparizos, Mary Gitona (eds), *AIDS Cost Analysis and Patient Classisication*, 1998, EXANDAS, pp.89-100.
- Peterson,C., & Szterenfeld,C., (1992), 'Organizing a Project with Community- based Health Agents Recruited from Prostitutes in Rio de Janeiro', *Public Health,* Vol. 106, pp.217-223.
- Rhodes,T., & Shaughnessy,R., (1990), "Compulsory Screening : advertising AIDS in Britain, 1986-89', *Policy and Politics*, Vol.18, No. 1, pp.55-61.
- Rosenberg, C.E., (1986),' Disease and Social Order in America: Perceptions and Expectations', *The Milbank Quarterly*, Vol.64, Suppl.1, pp.34-55.

- Spears.R., Abrams,D., Sheeran,P., Abraham, S.C.S., Marks,D., (1991),'Social Judgements of Sex and Blame in the Context of AIDS : Gender and Linguistic Frame', *British Journal of Social Psychology*, Vol.30, pp.37-49.
- Stipp,H., & Kerr,D., (1989), ' Determinants of Public Opinion about AIDS', *Public Opinion Quarterly*, Vol.53, pp.98-106.
- Stoddard, T.B., Rieman, W., (1990), 'AIDS and the Rights of the Individual : Toward a More Sophisticated Understanding of Discrimination', *The Milbank Quarterly*, Vol.68, Suppl.1, pp.143-174.
- *Time, The Weekly News Magazine*, Vol.156, No 3, July 17, 2000.
- Traeen,B.,(1990), 'Awareness of an AIDS campaing directed at Norwegian adolescents', *Health Policy*,Vol.16, pp.33-41.
- *United Nations Population Fund (UNFPA), (2001), Preventing Infection Promoting Reproductive health. UNFPA'S response to HIV / AIDS*, No.10.
- Velimirovic, B., (1987), 'AIDS as a Social Phenomenon', *Social Science and Medicine*, Vol.25, no.6, pp.541-552.
- Velimirovic, Boris and Velimirovic Helga, (1989), 'Plague in Vienna', *Reviews of infectious diseases*, Vol. 11, No.5, September - October 1989, pp.808-825.
- Walkey,F.H., Taylor,A.J.W., & Green D.E., (1990), 'Attitudes to AIDS : a comparative analysis of a new and negative stereotype', *Social Science and Medicine*, Vol.30, No. 5, pp.549-552.

Ελληνόγλωσση Αρθρογραφία

- *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, (Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 1988), 'Παγκόσμια ημέρα για την αντιμετώπιση του AIDS ',Τόμος 5, Τεύχος 5, σελ.390.
- Αγραφιώτης Δ., - Ιωαννίδη,Ε., - Μεσθεναίου,Λ.,(Μάρτιος - Απρίλιος 1991), 'Αγωγή Υγείας για το AIDS με Βάση Αποτελέσματα Κοινωνιολογικής Έρευνας : Στόχοι, Μευοδολογία και Αποτελέσματα. Η Περίπτωση του Αθηναϊκού Πληθυσμού', *Επιθεώρηση Υγείας*, σελ.109-112 & 118.
- Αγραφιώτης Δ., Ιωαννίδη,Ε., Πάντζου,Π., Γναρδέλλης,Χ., Κωνσταντινίδης Ρ., Στυλιανού,Ι., Διομήδους,Μ., Μεσθεναίου,Λ., (Νοέμβριος 1991), 'Γνώσεις Στάσεις Πιστεύω και Πρακτικές των Αθηναίων σχετικά με το AIDS', *Ιατρική Συνεργασία*, Τόμος

4, Τεύχος 11, σελ.9-23.

- Αγραφιώτης, Δ., (1991), Το AIDS ως κοινωνική και πολιτιστική πρόκληση, εις Ξηρογιάννης, Π.,(εκδ), *Ειδικά προβλήματα της αιμοκάθαρσης,* σελ.83-87.
- Αγραφιώτης,Δ., (1986), 'ΣΕΑΑ (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας). Πρώτη καταγραφή ερωτημάτων κοινωνικοπολιτιστικής υφής', *Ιατρική,* Τόμος 50, σελ.267-272.
- Αγραφιώτης,Δ., (1987), 'ΣΕΑΑ (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας) ως αίτιο και αποτάλεσμα κοινωνικο-πολιτιστικών μεταβολών', *Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων,* Τόμος 21, σελ.177-180.
- Ανδρέου,Χ., 'AIDS - Καταλληλότητα για εργασία και ιατρική ηθική', *Ιατρική της εργασίας,* σελ.109-113.
- Αποστολίδης,Γ., Έλληνας,Δ., Κουτσομιτέλης,Κ., Νικολόπουλος,Θ., (Απρίλιος - Ιούνιος 1991), 'AIDS : Έρευνα για την ενημέρωση των μαθητών της Γ' Γυμνασίου και της Γ' Λυκείου των Γυμνασίων και Λυκείων της Θάσου', *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,* Τόμος 3, Τεύχος 9, σελ.87-90.
- Γναρδέλλης,Χ., Αγραφιώτης,Δ., (Ιούλιος - Αύγουστος 1991), 'Για μια τυπολογία της κοινωνικής πρόσληψης (social perception) του AIDS/ΣΕΑΑ. Η περίπτωση της πόλης των Αθηνών', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* Τόμος 8, Τεύχος 4, σελ.281-287.
- Γναρδέλλης,Χ., Αγραφιώτης,Δ., (Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 1992), 'Μέσα Αντισύλληψης και Προστασίας απο το AIDS. Πρόσληψη και Χρήση απο τον Αθηναϊκό Πληθυσμό', *Επιθεώρηση Υγείας,* σελ.309-313.
- Δαρδαβέσης Θ.Ι. 'Επιδημιολογία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ), *Ελληνικά Αρχεία AIDS,* τόμος 7, τεύχος 2, Απρίλιος - Ιούνιος 1999, σελ.89.
- Δαρδαβέσης, Θ, Δελίδου, Κ., Κιοσέογλου, Γ., Παπαευαγγέλου, Γ, Κατσουγιαννόπουλος, Β, (Ιανουάριος-Μάρτιος 1993), 'Αξιολόγηση του βαθμού επικίνδυνης συμπεριφοράς χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών σε σχέση με το AIDS', *Ελληνικά Αρχεία AIDS,* Τόμος 1ος, Τεύχος 1ο,σελ. 54-59.
- Δαρδαβέσης, Θ., Παπαευαγγέλου, Γ, Κατσουγιαννόπουλος, Β, (Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1993), 'Στάσεις και Συμπεριφορά Τοξικομανών Έναντι του AIDS ', *Επιθεώρηση Υγείας,* σελ.365-368.
- *Δελτίο Επιστημονικής Ενημέρωσης Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων* (Κ.Ε.Ε.Λ),

Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1995), Τόμος1, Τεύχος 1.

- *'Εκκλησία'*, Επίσημον Δελτίον της Εκκλησίας της Ελλάδος, τεύχος 11, Δεκέμβριος 2000, Αθήνα.
- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, *Ελληνικά Αρχεία AIDS,* (Ιανουάριος-Μάρτιος 1993), 'Κρούσματα AIDS', Τόμος 1ος,Τεύχος 1ο, σελ. 65-66.
- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, *Ελληνικά Αρχεία AIDS,* (Απρίλιος-Ιούνιος 1993), Τόμος 1ος, Συμπλήρωμα 1ο.
- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, *Ελληνικά Αρχεία AIDS,* (Απρίλιος-Ιούνιος 1993), Τόμος 1ος,Τεύχος 2ο.
- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS -*Διμηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο,* (Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1992),'Το AIDS από Αποψη Χριστιανική', Ετος 4ο,Τεύχος 5ο,σελ. 34-35.
- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS -Τριμηνιαία Επιστημονική Έκδοση, *Ελληνικά Αρχεία AIDS,* (Απρίλιος - Ιούνιος 1999), Τόμος 7ος, Τεύχος 2ο.
- *Εξαμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων* (Κ.Ε.Ε.Λ), 'Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τεύχος 11, Ιούνιος 2000.
- *Εξαμηνιαία έκδοση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων* (Κ.Ε.Ε.Λ), 'Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τεύχος 12, Δεκέμβριος 2000.
- Ιωαννίδη,Ε., Αγραφιώτης,Δ., Ντούμα,Α., (1990), 'AIDS : Γνώσεις, Στάσεις, Πιστεύω και πρακτικές. Προέρευνα σε μαθητές. Γνώσεις για τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα. Σεξουαλικές πρακτικές', *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας* , Τόμος 1 (Συμπλήρωμα),σελ.399-401.
- Κιοσέογλου, Κ., και συν.,(Απρίλιος 1989), 'Διερεύνηση συμπεριφοράς και απόψεων μαθητών Λυκείου για το AIDS', *Materia Medica Greca,* Τόμος 17, Τεύχος 2, σελ.95-100.
- Κοτταρίδης, Σ.Τ., (1987), *Η Απειλή του AIDS*, Εκδόσεις Αποστολικής Διακονίας.
- Κτενάς,Ε., (Ιανουάριος - Φεβρουάριος 1994), 'AIDS στην Ελλάδα το 1995', *Επιθεώρηση Υγείας,* Τόμος 5, Τεύχος 1(26), σελ.45-48.
- Κυριόπουλος Γιάννης, Κορνάρου Ελένη, Παπαρίζος Βασίλης,(1993), 'Διαχείρηση και Οικονομικά του AIDS στην Ελλάδα. Συμπεράσματα και Συστάσεις', εις Γιάννης Κυριόπουλος, Ελένη Κορνάρου, Βασίλης Παπαρίζος, (Επιστημονικοί επιμελητές), *Οικονομικά και διαχείριση του AIDS στην Ελλάδα,* Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, σελ.179-187.

- Κυριόπουλος,Γ., Γεωργούση,Ε., Γεννηματά,Α., Νιακάς,Δ., Σκουτέλης,Γ., (Ιούλιος - Αύγουστος 1992), 'Το κόστος του AIDS στην Ελλάδα : Μακροοικονομική Προσέγγιση και Πρώτες Εκτιμήσεις', *Επιθεώρηση Υγείας*,σελ. 227-230.
- Ματσανιώτης,Ν., Τριχόπουλος, (Αύγουστος 1989), 'Έρευνα κοινής γνώμης για το AIDS', *Materia Medica Greca,* Τόμος 17, Τεύχος 4, σελ.321-324.
- Μόνος, Δ., (1989), 'Κοινωνικές Επιπτώσεις του AIDS', *Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS : AIDS-Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας,* Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., Αθήνα, σελ.123-130.
- Παπαευαγγέλου, Γ., Στεφάνου,Θ., Πουμελιώτου,Α., Κτενάς,Ε., Μερίκας,Γ., (Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 1988), 'Πορεία και αντιμετώπιση του AIDS στην Ελλάδα', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τόμος 5, Τεύχος 5, σελ.387-389.
- Παπαευαγγέλου,Γ., Κιοσέογλου,Γ., Δαρδαβέσης, Θ., Παπαευαγγέλου, Β., Αχλάδας,Χ., Χραπάλου - Ροβίθη Κ., (1989), 'Βαθμός γνώσης των μαθητών Λυκείου για το AIDS και παράγοντες που τον επηρεάζουν', *Ελληνική Ιατρική,* Τόμος 55, Τεύχος 4, σελ. 260-265.
- Παπαρίζος Βασίλης, 'Οικονομικό Κόστος Νοσοκομειακής Νοσηλείας Ασθενών με AIDS', εις Γιάννης Κυριόπουλος, Ελένη Κορνάρου, Βασίλης Παπαρίζος, (Επιστημονικοί επιμελητές), (1993), *Οικονομικά και διαχείριση του AIDS στην Ελλάδα,* Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, σελ.121-139.
- Παπουτσάκης Γιώργος, 'Η Πολιτική Δημόσιας υγείας για το AIDS στην Ελλάδα', εις Γιάννης Κυριόπουλος, Ελένη Κορνάρου, Βασίλης Παπαρίζος, (Επιστημονικοί επιμελητές), *Οικονομικά και διαχείριση του AIDS στην Ελλάδα*, 1993, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, σελ.27-32.
- Πολίτη,Κ., Φισφής,Μ., Richardson,S.C., Γερμενής,Α., Υφαντόπουλος,Γ., Παπαευαγγέλου,Γ., (1989) ,' Η αντίληψη του αστικού και ημιαστικού πληθυσμού για τη σχέση AIDS και αιμοδοσίας', *Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων,* Τόμος 23, σελ.197-201.
- Σαραντίδης,Δ., Ντιμπ,Τ., Βιδαλάκη, Μ., (Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1994), 'Αποτελεσματικότητα της ενημέρωσης του κοινού για το AIDS. Σύγκριση τριών (3) δημοσκοπήσεων', *Επιθεώρηση Υγείας,* Τόμος 5, Τεύχος 1(26), σελ.51-54.
- Στρατηγός Ι. , Σταυριανέας Ν., 'Η αντιμετώπιση του AIDS στην Ελλάδα: Η οργάνωση και λειτουργία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων' εις Γ. Κυριόπουλος, Ε. Κορνάρου, Β. Παπαρίζος, (Επιστημονικοί επιμελητές),(1993), *Οικονομικά και διαχείριση του AIDS στην Ελλάδα,* Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, σελ.17-25.

- Στυλιανού,Γ., Κωνσταντινίδης, Ρ., Αγραφιώτης,Δ., (1989), 'ΣΕΑΑ - AIDS : ένα κοινωνικο-πολιτιστικό πρόβλημα για το υγειονομικό προσωπικό', *Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS : AIDS-Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας*, Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., Αθήνα, σελ.135-142.
- Σύλλογος Προστασίας των Ελλήνων Αιμορροφιλικών (ΣΠΕΑ), *Τα Νέα Μας*, Ενημερωτικό δελτίο Αρ.20, Έτος 7ο , Απρίλιο - Μάϊος 2001.
- Τσαμανδουράκη Κ., (Ιούλιος 1989), 'AIDS και νέοι', *Φαρμακευτικός Κόσμος*, Τεύχος 2, σελ. 13-15.
- Τσελέπη,Χ., Αγραφιώτης,Δ., Πάντζου,Π., (1990), 'AIDS : Γνώσεις, στάσεις, πιστεύω και πρακτικές. Προέρευνα σε μαθητές. Μεθοδολογία και πρώτα αποτελέσματα της προέρευνας', *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας* , Τόμος 1 (Συμπλήρωμα),σελ.397-398.

Φαιά Βιβλιογραφία

- Αθανασοπούλου Μαρία, *Ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ατόμων με AIDS*, Συμβουλευτικός Σταθμός για το AIDS.
- Απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 10.11.1988), *'Έγκριση εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας Εθνικής Επιτροπής AIDS και καθορισμός αρμοδιοτήτων Συντονιστικού Οργάνου'*.
- Απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 10.2.1989), σχετικά α) με την συμπλήρωση της Εθν ικής Επιτροπής AIDS με πέντε άτομα και β) την συγκρότηση και ανάπτυξη Υποεπιτροπής Οδοντιατρικής.
- Απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 14.3.1990), σχετικά με τον ορισμό αναπληρωτή προέδρου της Εθνικής Επιτροπής AIDS.
- Απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 3.7.1990), σχετικά με την συμπλήρωση της Εθν ικής Επιτροπής AIDS με δύο άτομα.
- Απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 9.1.1990), σχετικά με τον ορισμό αναπληρωτή προέδρου της Εθνικής Επιτροπής AIDS.
- Αρχιμανδρίτης Ιερόθεος Βλάχος,(1/12/1991), *"Η Εκκλησία για το AIDS"*, Εκκλησιαστική Αλήθεια. .

- Δαμάσκος, Παναγιώτης, (1997), *AIDS και κοινωνικός ρατσισμός*. Εισήγηση στο φροντιστήριο "Βασικές γνώσεις για το AIDS" στο 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, Αθήνα, 8 Νοεμβρίου 1997.
- Δαμάσκος, Παναγιώτης, (2000), *Παρεμβάσεις κοινωνικής πολιτικής στο χώρο του AIDS*. Διάλεξη στο 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, Αθήνα, 2-4 Νοεμβρίου 2000.
- Δελτίο Τύπου που έχει εκδοθεί από το πρόγραμμα λειτουργίας του Συμβουλευτικού Σταθμού και της Τηλεφωνικής Γραμμής, με στόχο να ενημερώσει το ευρύτερο κοινό για την λειτουργία και το έργο του προγράμματος.
- Δελτίο Τύπου της 14/9/92, εν όψη των εγκαινίων της Τηλεφωνικής Γραμμής και του Συμβουλευτικού Σταθμού στο νοσοκομείο "Α.Συγγρός" απο τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων κ. Γιώργο Σούρλα.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων πρός όλες τις νομαρχίες, Δ/νσεις Υγείας - Δ/νσεις Υγείας Πρόνοιας και πρός τα μέλη Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. , με θέμα: *"Πορεία του AIDS στην Ελλάδα."*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 10.10.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Εκτίμηση κινδύνων μετάδοσης Συνδρόμου επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας'*.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 10.5.1991), *'AIDS'*.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 10.8.1988), προς τους Προέδρους του Δ.Σ. όλων 1) των Περιφερειακών Γενικών Νοσοκομείων, 2) των Νομαρχιακών Γενικών Νοσοκομείων, *'AIDS'*.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 11.11.1992), προς όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, *'Ορθή συμπλήρωση επιδημιολογικού δελτίου δήλωσης κρούσματος AIDS'*.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 11.12.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Πορεία ΣΕΑΑ στην Ευρώπη'*. Σχετικά με το report no 7 WHO Collaborating Centre on AIDS.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 11.3.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των

Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Κρούσματα Σ.Ε.Α.Α. στην Αυστραλία'.*

- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 12.10.1987), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών, *'Νεώτερες πληροφορίες για την πορεία του AIDS στον Ευρωπαϊκό χώρο'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 12.11.1990) προς όλους τους προϊσταμένους Δ/νσεων ή Τμημάτων Υγιεινής της Χώρας, *'Εορτασμός Παγκοσμίου ημέρας κατά του AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 12.7.1988), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής, *'AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 13.1.1987), προς όλα τα Νοσοκομεία της χώρας, *"Ελεγχος αντισωμάτων AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 13.2.1991) προς Κρατική Φαρμακαποθήκη, *'Αποστολή φαρμάκων A.Z.T'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 14 Νοεμβρίου 1990) προς όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας, με θέμα: *"Εγκύκλιος επ'ευκαιρία της Παγκοσμίου Ημέρας κατά του AIDS".*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 14.10.1987), προς όλα τα Νοσοκομεία της χώρας, *'Έρευνα και νοσηλεία ασθενών με AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 14.2.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Μελέτη του Συνδρόμου ΣΕΑΑ στην Ελλάδα'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 14.4.1988), προς όλα τα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία, *'Νοσηλεία ασθενών με AIDS'*, σχετικά με την υπ' αριθμ. ΕΜΠ 214/457/31.12.87 εγκύκλιό του.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 14.7.1983), προς όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας, *'Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 15.11.1988), *'Ομάδα για αξιολόγηση περιπτώσεων AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 15.12.1986), προς τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα περιοχής Αττικής, *'Εργαστηριακές εξετάσεις*

εξωτερικών ασθενών'.

- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 15.2.1988), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής, *'Ανα τον κόσμο πορεία AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 15.4.1988), προς όλα τα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS, *'Εξετάσεις ταξιδιωτών για AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 15.7.1988), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών, *'Πορεία AIDS στη χώρα μας'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 15.7.1988), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών, *'Πορεία AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 16.12.1987), προς όλες τις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας της χώρας, *'Επιβεβαίωση HIV θετικών περιπτώσεων'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 16.6.1993), προς όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, σχετικά με την δυνατότητα αύξησης των κλινών που μπορούν να διαθέσουν για την περίθαλψη ασθενών με AIDS.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 16.7.1986), *'Περι υποχρεωτικής δήλωσης κρουσμάτων Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 17.6.1987), προς την Δ/νση Ιατρικής Αντίληψης, *'Χρήση συρίγγων και βελονών'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 18.11.1991) προς όλους τους προϊσταμένους Δ/νσεων ή Τμημάτων Υγιεινής της Χώρας, *'Εορτασμός Παγκοσμίου ημέρας κατά του AIDS'.* Περιέχει συνημμένα την μετάφραση φυλλαδίου της Π.Ο.Υ. που αναφέρεται στην Παγκόσμια Ημέρα για το AIDS με τίτλο: 'Ας μοιραστούμε την πρόκληση'.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 18.4.1988), προς όλα τα Κέντρα - Σταθμούς και Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Αιμοδοσίας της Χώρας, *'Τήρηση αρχών νοσηλείας'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 18.9.1985), προς το γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αλεξανδρουπόλεως, *'Έλεγχος αντισωμάτων AIDS'.*

- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 19.1.1989), προς το Υπουργείο Εξωτερικών, Β2 Δ/νση Διμερών οικ. Σχέσεων, *'Μέτρα Ελέγχου για το AIDS'*, σχετικά με την διακίνηση ταξιδιωτών.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 2.12.1988), *'Ομάδα για αξιολόγηση περιπτώσεων AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 2.4.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Πορεία Συνδρόμου ΣΕΑΑ στην Ευρώπη'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 20.12.1988), προς 1) τους προέδρους των Δ.Σ των Νοσ/μείων, 2) Κέντρα Αναφοράς AIDS, σχετικό το υπ' αριθμ. 25525 / 29.9.1988 έγγραφο του Ε.Ο.Φ. που αναφέρεται στην χρέωση του φαρμάκου A.Z.T. σε ασθενείς με AIDS.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 20.5.1987), προς όλες τις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας της χώρας, *'Σχετικά με παρακολούθηση και υποστήριξη φορέων AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 20.8.1985), προς τους προέδρους των Δ.Σ. των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων της χώρας, *'Λειτουργία Ανοσολογικού Τμήματος'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 21.11.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Δραστηριότητες ΠΟΥ για το ΣΕΑΑ (AIDS)'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 21.8.1985), προς τα Διοικητικά Συμβούλια όλων των νοσοκομείων, *Έλεγχος αντισωμάτων AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 22.9.1986), προς όλες τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων της χώρας, *'Πρόληψη διασποράς ιού LAV/HTLV-III στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 23.10.1992), προς όλες τις Νομαρχίες, Δ/νσεις Υγείας και Πρόνοιας σχτικά με την έκδοση πιστοποιητικών υγείας των αλλοδαπών και την εξέταση για αντισώματα HIV.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 23.11.1988), προς 1) τους προέδρους των Δ.Σ των Νοσ/μείων, 2) τον κ.Διοικητή του Ι.Κ.Α. *'Ανάπτυξη 4 κλινών για ασθενείς με AIDS'.*

- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 24.5.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Κρούσματα ΣΕΑΑ (AIDS) στις Η.Π.Α.'*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 25.4.1988), προς όλα τα νοσοκομεία, *'Βασικές αρχές για τον έλεγχο και τη νοσηλεία ασθενών και φορέων AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 25.9.1985), προς όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας, *Έλεγχος αιμοδοτών για την παρουσία λοίμωξης από το LAV/HTLV-III'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 25.9.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Προφύλαξη από ΣΕΑΑ'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 25.9.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Σύριγγες και βελόνες'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 26.3.1987), προς όλα τα Γενικά και Ειδικά Νοσοκομεία της Χώρας, *'Μέτρα για AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 27.1.1986), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Πορεία Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας στις Η.Π.Α'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 27.11.1992), *'Συγκρότηση του Διοικητικού Συμβουλίου του Κέντρου ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.)'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 27.7.1992), προς όλα τα νοσοκομεία της χώρας, *'Σχετικά με τη νοσηλεία ασθενών και φορέων AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 28.6.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Ενημερωτικό Δελτίο για το AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 29.2.1984), προς τα Νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, *'Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας'.* Σχετικά με την αρ. Α1/6824 ΕΓΚ. 44/14.2.83.

- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 29.4.1983), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 30.8.1985), προς τους προέδρους των Δ.Σ. όλων των Νοσοκομείων, *'Τήρηση κανόνων ατομικής υγιεινής'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 31.12.1985), προς όλα τα Νοσοκομεία της χώρας, *'Νοσηλεία περιπτώσεων ΣΕΑΑ (AIDS)'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 4.2.1987), προς όλα τα Νοσοκομεία της χώρας, *'Υποχρεωτική δήλωση κρουσμάτων AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 4.4.1988), προς όλα τα νοσοκομεία, *'Συστάσεις για επικήδειες φροντίδες'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 5.12.1985), προς τους προέδρους των Δ.Σ. των νοσοκομείων σχετικά με την διάθεση απομονωμένου δωματίου για άμεση υποδοχή και εισαγωγή για νοσηλεία τυχόν ύποπτου κρούσματος AIDS.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 6.11.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Πορεία ΣΕΑΑ (AIDS) στις ΗΠΑ'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 6.11.1991) προς όλους τους προϊσταμένους Δ/νσεων ή Τμημάτων Υγιεινής της Χώρας, *'Εορτασμός Παγκοσμίου ημέρας κατά του AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 6.12.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, Ορθή επανακοινοποίηση *'Πορεία ΣΕΑΑ (AIDS) στην Καλιφόρνια ΗΠΑ'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 6.12.1988), προς τα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS, *'Δήλωση οροθετικών HIV κατά γεωγραφικό διαμέρισμα και ομάδες κινδύνου'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 6.3.1989), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών, *'Εμβολιασμός παιδιών οροθετικών HIV'.*

- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 6.3.1989), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών, *'Πορεία AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 6.5.1987), προς όλα τα Νοσοκομεία της χώρας, *'Χρησιμοποίηση γαντιών'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 6.8.1987), προς όλα τα Νοσοκομεία της χώρας, *'Ασφαλής νοσηλεία ασθενών με AIDS'* σχετικά με την απόφαση Εθνικής Επιτροπής AIDS.
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 7.10.1993) σχετικά με: α) τις διατάξεις του άρθρου 26 του Νόμου 2071/1992 'περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης συστήματος υγείας' (ΦΕΚ 123 / Α' /92), β) το Π.Δ. 358 / 92 (ΦΕΚ 179 /24.11. 92 τευχ.Α) (Οργάνωση - Λειτουργία - Αρμοδιότητες του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων), γ) το ΦΕΚ 192 /23.3.93 'περί αναθέσεωψς καταγραφής και αξιολόγησης περιστατικών AIDS και STD από το Κ.Ε.Ε.Λ.'
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 7.11.1990), προς τους προέδρους όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας, *'Υποχρεωτική δήλωση κρουσμάτων AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 7.4.1986), προς 1) Όλα τα Γενικά Νοσοκομεία Ν.Δ. 2592/53, 2) Όλα τα Γενικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου, 3) Όλα τα Ειδικά Νοσοκομεία Δημοσίου Δικαίου, 4) Όλα τα Ειδικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου, 5) Ι.Κ.Α, *'Διαγνωστικά κριτήρια για χαρακτηρισμό ΣΕΑΑ (AIDS) και υποχρεώσεις Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 7.4.1986), προς την Δ/νση Υγειονομικού των Ενόπλων Δυνάμεων της χώρας, *'Στρατεύσιμοι φορείς'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 7.4.1987), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών, *Έλεγχος εκδιδόμενων γυναικών για HIV'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 7.8.1987), προς όλα τα Νοσοκομεία της χώρας, *'Αποστολή Οδηγιών'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 7.9.1987), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών, *'Μητρικός θηλασμός και AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα,

8.7.1985), προς όλα τα Νοσοκομεία της χώρας, *'Οδηγίες για το AIDS'.*

- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 8.7.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Οδηγίες για AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 9.8.1985), προς τα Δ.Σ. των Νοσοκομείων, *'Σχετικά με το σύνδρομο της επίκτητης Ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 3.12.1987), προς την Δ/νση Αιμοδοσίας, *'Επιβεβαίωση HIV θετικών περιπτώσεων'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 5.7.1988), προς όλα τα νοσοκομεία, *'Εξετάσεις για AIDS'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 23.1.1986), προς όλα τα νοσοκομεία, *'Ασφαλής εργαστηριακή τεχνική'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 24.10.1985), προς όλα τα νοσοκομεία, *'Δελτίο Δήλωσης ΣΕΑΑ (AIDS)'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 30.8.1985), προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, *'Πορεία ΣΕΑΑ στον Ευρωπαϊκό Χώρο'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα, 8.8.1985), προς τους προέδρους των Δ.Σ. των Νοσοκομείων, *'Φωτογραφίες ασθενών'.*
- Έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, της 5/11/1990, προς όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας, με θέμα: *"Κέντρα Αναφοράς AIDS και Κέντρα Ελέγχου AIDS ".*
- Εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Αθήνα 13.6.90), *'Ενδείξεις και Δεοντολογικές Αρχές Εργαστηριακού Ελέγχου Αντισωμάτων του ιού Ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV)'.*
- Εισήγηση με θέμα: *"Ξενώνες Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης",* απο την Κοιν.Λειτουργό - Κοινωνιολόγο κα. Ιωάννα Παυλοπούλου.
- Έκθεση Ι.Δ. Στρατηγού με θέμα *"Πληροφορίες για το AIDS στην Ελλάδα",*Αθήνα 3/3/93.
- Έκθεση με την μορφή εντύπου του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που αναφέρεται στο μέχρι σήμερα έργο του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων για την πρόληψη και αντιμετώπιση του AIDS.

- Ενημερωτικό έντυπο της Εθνικής Επιτροπής AIDS, με θέμα: *"Ο Δεκάλογος του Φορέα του Ιού του AIDS".*
- Ενημερωτικό έντυπο της Ιεράς Μητροπόλεως Δημητριάδος με τίτλο: *"AIDS-Η απειλή υπάρχει ! Εσύ... τί θα κάνεις;"*, Γ' έκδοση βελτιωμένη, Απρίλιος 1992.
- Ενημερωτικό έντυπο της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος με τίτλο : *"Προς το Λαό - Η Εκκλησία για το AIDS"*, Δεκέμβριος 1991.
- Ενημερωτικό έντυπο του Συλλόγου Συμπαράστασης Φορέων και Ασθενών με AIDS "AIDS-ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ" της 14 Φεβρουαρίου 1990, με στόχο την σωστότερη ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μόλυνσης απο το AIDS.
- Ενημερωτικό φυλλάδιο της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS με τίτλο: *"Παγκόσμια Ημέρα AIDS 1 Δεκεμβρίου- Ας Μοιραστούμε την Πρόκληση"*, 1 Δεκεμβρίου 1991.
- Ενημερωτικό φυλλάδιο του Πανελληνίου Συλλόγου Υποστήριξης Φορέων του Ιού του AIDS "ΕΛΠΙΔΑ" με τίτλο: *"Ας μιλήσουμε για AIDS όσο είναι νωρίς."*
- Ενημερωτικό φυλλάδιο του προγράμματος λειτουργίας της Τηλεφωνικής Γραμμής με τίτλο: *'AIDS-Εμπιστευτική & Ανώνυμη Πληροφόρηση σε Θέματα AIDS στο Τηλέφωνο : 7.22.22.22'.*
- Ενημερωτικό φυλλάδιο του Συλλόγου Συμπαράστασης Φορέων και Ασθενών με AIDS "AIDS-ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ", με τίτλο: *"Μάθε για το ασφαλέστερο σεξ για να προφυλαχτείς απο το AIDS"*, 1989.
- Ενημερωτικό φυλλάδιο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής - Εθνική Επιτροπή AIDS, με τίτλο: *'Ο 10λογος του φορέα του ιού του AIDS (Δικαιώματα και Υποχρεώσεις)'.*
- Ενημερωτικό φυλλάδιο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Εθνική Επιτροπή AIDS-ΕΟΦ, με τίτλο: *"AIDS-Μάθε και Προφυλάξου"*, Απρίλιος 1992.,
- Έντυπο έγγραφης συγκετάθεσης για έλεγχο αντισωμάτων του ιού της Ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV).
- Έντυπο με θέμα: *" Οικονομικό κόστος νοσοκομειακής νοσηλείας ασθενών με AIDS"*, Αθήνα 21-10-1993 .
- Έντυπο με θέμα: *"Ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Επιδημιολογικό Status".*
- Έντυπο με θέμα: *"Λειτουργία Συμβουλευτικού Σταθμού".*
- Έντυπο με θέμα: *"Παρουσίαση της τηλεφωνικής γραμμής για το AIDS : Στόχοι - Μέθοδοι - Δραστηριότητες."*

- Έντυπο με τίτλο : *"Η Κόκκινη Κορδέλα"*, που αναφέρεται σ'αυτό το διεθνές σύμβολο κατά του AIDS.
- Έντυπο που του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με θέμα *"AIDS: Βασικά μέτρα ελέγχου κατά χρονολογική σειρά"*.
- Έντυπο του Κ.Ε.Ε.Λ. με θέμα: *"Κέντρα Ελέγχου - Κέντρα Αναφοράς"*.
- Έντυπο του Πανελληνίου Συλλόγου Υποστήριξης Φορέων του Ιού του AIDS "ΕΛΠΙΔΑ" με θέμα: *"Γενική Συνέλευση της 15/3/1992. Ενωση Ανταποκριτών Ξένου Τύπου .Απολογισμός Διοικητικού Συμβουλίου"*.
- Έντυπο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που όριζε τους κανονισμούς εσωτερικής λειτουργίας της Εθνικής Επιτροπής AIDS.
- Επιστολή της Διευθύνσεως Νεότητος της Αρχιεπισκοπής Αθηνών της 23/1/91 προς Αιδεσιμωτάτους Ιερείς-Υπευθύνους των Κατηχητικών Σχολείων και των Ενοριακών Νεανικών Εστιών της Ι. Αρχιεπισκοπής Αθηνών με θέμα την διεξαγωγή γραπτού διαγωνισμού έκθεσης με θέμα σχετικό με το AIDS.
- Καταστατικό της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Έρευνας του AIDS και των Σεξουαλικώς Μεταδιδομένων Νοσημάτων, Αθήνα, 7/7/89, σελ. 18.
- Καταστατικό του Πανελληνίου Συλλόγου Υποστήριξης Φορέων του Ιού του AIDS "ΕΛΠΙΔΑ", Αθήνα 15/11/89, σελ. 9.
- Καταστατικό του Συλλόγου Συμπαράστασης Φορέων και Ασθενών με AIDS "AIDS-ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ", Αθήνα Φθινόπωρο 1989, σελ. 17.
- Καταστατικό του Σωματείου με την επωνυμία "AIDS - ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ", Σωματείο Οργάνωσης, Συνδρομής, Ενημέρωσης, Αθήνα 23/6/90, σελ. 24.
- Καταστατικό του Σωματείου με την επωνυμία "Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS", Αθήνα 1988, σελ.15.
- Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.), Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1993 - *'Επιτεύγματα & σχεδιασμοί'*, υπό Ιωάννου Δ., Στρατηγού, Προέδρου του Κ.Ε.Ε.Λ.
- Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.), Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, *'Πορεία του AIDS στην Ελλάδα. Ιανουάριος 1984 - Μάρτιο 1994'*.
- Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.), Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, *'Συνοπτικό Ενημερωτικό Περίγραμμα'*.
- Κέντρο Ζωής & Έμπνευσης, Διάλεξη γύρω απο τον HIV και το AIDS.

- Ομιλία του Αρχιμ. Ιερόθεου Βλάχου σε συνέδριο για το AIDS στο ξενοδοχείο Intercontinental, τον Ιανουάριο του 1989.
- Παπακωνσταντίνου - Καρά Μαρία, Συντονιστής Επιτροπής Ενημέρωσης Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, AIDS : *'Ενημέρωση και πρόληψη: Επισημάνσεις - Στόχοι - Προτάσεις'.*
- Πολίτης,Κ. (Επ.Καθ.), Συντονιστής Νομικής Επιτροπής Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, *'AIDS και αιμοδοσία'.*
- Πολίτης,Χ., Συντονιστής Νομικής Επιτροπής Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, *'Πρόταση για το AIDS'.*
- Πολίτης,Χ., Συντονιστής Νομικής Επιτροπής Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, *'AIDS και ανθρώπινα δικαιώματα'.*
- Πρωτόκολλο αυτόγνωμης πράξης για έλεγχο αντισωμάτων του ιού της Ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV).
- Στρατηγός,Ι.Δ., (Μάρτιος 1993), *'Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων'*
- Τούντας,Γ.Κ., *'Αγωγή Υγείας'.*
- Τούντας,Γ.Κ., *'Προαγωγή Υγείας'.*
- Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως που ορίζει την λειτουργία ειδικού τμήματος Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) υπο την αιγίδα της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Φύλλο υπ'αριθμόν 174 της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως, που με το Άρθρο 407 ορίζει την εξαίρεση απο το δημόσιο τομέα του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.).
- Φύλλο υπ'αριθμόν 179 της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως, που με το Άρθρο 358 ορίζει την οργάνωση, λειτουργία και αρμοδιότητες του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.).
- Φύλλο υπ'αριθμόν 192 της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως, της 23ης Μαρτίου 1993, που δημοσιεύει απόφαση για 'ανάθεση καταγραφής και αξιολόγησης περιστατικών AIDS και STD στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.)'.
- Φύλλο υπ'αριθμόν 592 της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως, της 19ης Σεπτεμβρίου 1986, που δημοσιεύει απόφαση για 'υποχρεωτική δήλωση κρουσμάτων Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας'.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΕΞ.ΕΠΕΙΓΟΝ

ΑΠ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Αθήνα 13.6.1990
Αριθ.πρωτ.ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ οικ.4548

ΠΡΟΣ:ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες:Δρ.Παπαδημητρίου Θεόδωρος
Τηλέφωνο: 5233.563

ΘΕΜΑ:"Ενδείξεις και Δεοντολογικές Αρχές Εργαστηριακού Ελέγχου Αντισωμάτων του ιού Ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV)."

1. Η Εθνική Επιτροπή AIDS,μετά συνεκτίμηση τις μέχρι τώρα Διεθνούς και ελληνικής εμπειρίας,των συστάσεων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και των βασικών ηθικοδεοντολογικών αρχών και κανόνων συμπεριφοράς αποφάσισε να κωδικοποιήσει τις ενδείξεις-συστάσεις για έλεγχο αντισωμάτων έναντι του HIV είτε αυτός αφορά υγιή άτομα τα οποία προσέρχονται να εξετασθούν για προληπτικούς λόγους είτε αφορά νοσηλευόμενους ασθενείς.

Α. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΓΙΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Οι ενδείξεις-συστάσεις αφορούν τις παρακάτω κατηγορίες ατόμων:

1) Ομοφυλόφιλοι-αμφιφυλόφιλοι άνδρες
2) Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών
3) Πολυμεταγγιζόμενα άτομα
4) Σεξουαλικοί σύντροφοι φορέων HIV ή ατόμων που ανήκουν στις κατηγορίες 1,2 και 3
5) Εκδιδόμενα άτομα
6) Άτομα που αναφέρουν αεξουαλικές σχέσεις ή μεταγγίσεις σε υπερνδημικές περιοχές (Κεντρική Αφρική,Καραϊβική)
7) Άτομα με αποδεδειγμένη έκθεση στον HIV (νύγματα με μολισμένες βελόνες ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα,έκθεση βλεννογόνων ή δέρματος που εμφανίζει διαβρώσεις σε βιολογικά υγρά φορέα HIV,έκθεση βλεννογόνων ή δέρματος σε καλλιέργεια HIV)

.//.

8) Αιμοδότες
9) Έγκυοι γυναίκες μόνο αν ανήκουν στις κατηγορίες 2,3, 4,5,6
10) Δότες σπέρματος
11) Δότες οργάνων

Ο έλεγχος στις παραπάνω κατηγορίες ατόμων γίνεται μετά από πλήρη ενημέρωση και το αποτέλεσμα είναι απολύτως εμπιστευτικό. Ο έλεγχος είναι δυνατόν να είναι ανώνυμος εάν το απαιτήσει ο εξεταζόμενος. Ο έλεγχος σε κάθε περίπτωση είναι εθελοντικός και παρέχεται δωρεάν. Σε ορισμένες κατηγορίες ατόμων όπως οι κατηγορίες 8,10,11 στις οποίες ο έλεγχος αποτελεί προϋπόθεση για τη χρήση του αίματος του οργάνου ή του σπέρματος, οι δότες πρέπει να ενημερώνονται σαφώς για την εξέταση που θα επακολουθήσει. Σε άλλες κατηγορίες ατόμων όπου ο έλεγχος αντισωμάτων αποτελεί προϋπόθεση για την άσκηση του επαγγέλματος ή της ιδιότητός των (φοιτητές που κατάγονται από υπερνδημικές περιοχές, εκδιδόμενα άτομα, ορισμένες κατηγορίες αλλοδαπών που ζητούν άδεια εργασίας) ο έλεγχος γίνεται μετά από ορθή και πλήρη ενημέρωσή τους.

Β. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Ιδιαίτερη κατηγορία ενδείξεων-συστάσεων για έλεγχο αντισωμάτων HIV αποτελούν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς. Ο έλεγχος στην κατηγορία αυτή επιτρέπεται μόνο στην περίπτωση που η γνώση της πιθανής λοίμωξης HIV θα συμβάλλει στην διάγνωση ή θεραπεία της νόσου για την οποία νοσηλεύονται. Ο έλεγχος γίνεται μετά από σαφή ενημέρωση του ασθενούς και απαραιτήτως έγγραφη συγκατάθεσή του (βλέπε έντυπο έγγραφης συγκατάθεσης). Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν ο γιατρός να προχωρήσει σε αυτόγνωμη πράξη μετά από γραπτή ομόφωνη απόφαση του Δ/ντή της Κλινικής, του Προέδρου της Επιστημονικής Επιτροπής του Νοσοκομείου και του Δ/ντή του Εργαστηρίου που θα διενεργήσει την εξέταση (βλέπε πρωτόκολλο διενέργειας αυτόγνωμου ελέγχου).

2. Ο έλεγχος αντισωμάτων γίνεται μόνο στα Κέντρα Ελέγ-

χου AIDS,στα Κέντρα Αναφοράς AIDS,στα Μικροβιολογικά εργαστήρια των Νοσοκομείων σε συνεργασία με τις Αιμοδοσίες,καθως και στα Κέντρα Παρακολουθήσεως των πολυμεταγγιζομένων ατόμων.Κάθε ELISA θετικό αποτέλεσμα και στην επαναληπτική εξέταση,πρέπει να αποστέλλεται στα Κέντρα Αναφοράς για επιβεβαίωσή του. Εφιστάται η προσοχή των υπευθύνων των παραπάνω εργαστηρίων στην τήρηση των ηθικοδεοντολογικών αρχών που διέπουν τον έλεγχο αντισωμάτων.

Σε κάθε περίπτωση επωνύμου ελέγχού η εξέταση του αίματος προϋποθέτει την ύπαρξη της έγγραφης συγκατάθεσης η οποία φυλάσσεται με την ευθύνη του Διευθυντή ή άλλου αρμόδιου του εργαστηρίου.

Παρακαλούμε να λάβουν γνώση της εγκυκλίου αυτής ενυπογράφως όλοι οι γιατροί που υπηρετούν στην υπηρεσία σας ανεξάρτητα βαθμού και θέσης.

Παρακαλούμε,επίσης,να μας αναφέρατε λήψη και εφαρμογή της.

Ο ΑΝΑΠΛ.ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΟΥΡΛΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

1.Περ.Γεν.Νοσοκομεία
2.Νομ.Γεν.Νοσοκομεία
3.Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία
4.Στρατιωτικά Νοσοκομεία
5.Θεραπευτήρια ΙΚΑ
6.Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
7.Κέντρα Αναφοράς AIDS
8.Κέντρα Ελέγχου AIDS
9.Ιατρικούς Συλλόγους
10.Δ/νση Δημ.Υγιεινής (30)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Υπαρχος Γραμματείας

Π. Τρυφωνόπουλος

ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ

ΑΠ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ AIDS

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες:Νικ.Μπατζή
Τηλέφωνο: 52.33.563

Αθήνα, 6.11.1991
Αριθ.πρωτ.οικ.8804

ΠΡΟΣ: Όλους τους Προϊσταμένους
Δ/νσεων ή Τμημάτων
Υγιεινής της Χώρας

ΘΕΜΑ:"Εορτασμός Παγκοσμίου ημέρας κατά του AIDS".

Με την ευκαιρία του εορτασμού της Παγκόσμιας ημέρας του AIDS την 1η Δεκεμβρίου κάθε έτους που θέσπισε η Π.Ο.Υ., παρακαλούμε με μέριμνά σας και σε συνεργασία με τον τοπικό Ιατρικό Σύλλογο του Νομού σας, να οργανώσετε ενημερωτικές ομιλίες με θέμα το AIDS σε κάθε πρόσφορο χώρο που εσείς νομίζετε (π.χ. σχολεία, αίθουσες πολιτιστικών εκδηλώσεων, στις κοινότητες κ.λ.π.).

Για τον σκοπό αυτό, σας στέλνουμε συνημμένα την μετάφραση του φετεινού θέματος των -10- σημείων που μας απεστειλε η Π.Ο.Υ. Φετεινό θέμα είναι:" Ας μοιρασθούμε την πρόκληση".

Επίσης κρίνουμε σκόπιμο να αξιοποιήσετε τα σχετικά φυλλάδια και τις αφίσσες, που ήδη έχετε ή θα μας ειδοποιήσετε να σας αποστείλουμε εγκαίρως, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή για την ανάρτηση και διανομή τους στο χώρο των σχολικών κτιρίων, στα γήπεδα και στα μέσα συγκοινωνιών.

Βέβαιοι για την ευαισθητοποίησή σας στο θέμα του AIDS παρακαλούμε να προβείτε το γρηγορώτερο δυνατό στις απαραίτητες ενέργειες για την επίτευξη της ενημερώσεως και ευαισθητοποιήσεως του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.

Παρακαλούμε επίσης να μας γνωρίσετε τις δραστηριότητές σας πάνω στο θέμα καθώς και τις τυχόν δυσκολίες που αντιμετωπίσατε για την επίτευξη του ανωτέρου σκοπού.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Γ.ΣΟΥΡΛΑΣ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 2 φύλλα

.//.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1.Γραφ.κ.Υπουργού
2.Γραφ.κ.Γεν.Γραμματέα
3.Γραφ.κ.Γεν.Δ/ντή Υγείας
4.Πρόεδρο της Ε.Ε.AIDS κ.Ν.Ματσανιώτη
Ακαδ.Καθηγ.Παιδ/κής
Νοσοκ.Παίδων "ΑΓ.ΣΟΦΙΑ"
Τ.Κ.115 27
5.Δ/νση Δημ.Υγιεινής (10)

Βεβαιώθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

10 ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ Π.Ο.Υ. ΓΙΑ ΤΟ AIDS
ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΚΑΙΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ AIDS

1. Το AIDS είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα

Η επιδημία του AIDS έχει προσβάλλει όλες τις ηπείρους του πλανήτη μας και μέχρι τα μέσα του 1991 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) υπολογίζει ότι 8-10 εκατομμύρια άνδρες, γυναίκες και παιδιά έχουν μολυνθεί από τον HIV και ακόμα πάνω από 1.5 εκατομμύριο από αυτούς έχουν ασθενήσει από AIDS. Καθημερινά, περίπου 5.000 άτομα μολύνονται από τον ιό.

2. HIV και AIDS

Το AIDS (Σύνδρομο Επίκτητης Ανασολογικής Ανεπάρκειας) είναι το τελικό στάδιο της μόλυνσης από τον ιό της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας, του HIV. Η νόσος εμφανίζεται στους ενήλικους κατά μέσο όρο 10 χρόνια μετά την πρώτη επαφή με τον ιό. Έτσι ένα άτομο που μολύνθηκε μπορεί να φαίνεται και να αισθάνεται υγιές, συγχρόνως όμως μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε κάποιο άλλο άτομο. Είναι γνωστό ότι ο ιός του AIDS μεταδίδεται μόνο με τρεις τρόπους: Με την χωρίς προφύλαξη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο σύντροφο. Με μολυσμένο αίμα ή μολυσμένα παράγωγα αίματος. Από μολυσμένη μητέρα στο νεογνό της πριν, κατά τη διάρκεια, ή λίγο μετά τον τοκετό (περιγεννητική μετάδοση).

3. Η μετάδοση του ιού του AIDS με την σεξουαλική επαφή μπορεί προληφθεί

Η μετάδοση του ιού με το σεξ μπορεί να γίνει από άνδρα σε γυναίκα, από γυναίκα σε άνδρα καθώς και από άνδρα σε άλλο άνδρα. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος πρόληψης της μετάδοσης του ιού είναι η αποχή από την σεξουαλική δραστηριότητα ή προκειμένου για δύο μη μολυσμένους σεξουαλικούς συντρόφους, η απόλυτη πίστη του ενός στον άλλο.

.//.

Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού με τη σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να μειωθεί σημαντικά με τη σωστή χρησιμοποίηση ελαστικού προφυλακτικού.

4) Η μόλυνση με το αίμα μπορεί να σταματήσει

Το αίμα που μεταγγίζεται ελέγχεται για την ύπαρξη του ιού, και καταστρέφεται σε περίπτωση που βρεθεί μολυσμένο. Οι βελόνες, οι σύριγγες καθώς και άλλα αιχμηρά εργαλεία πρέπει να αποστειρώνονται ή να καταστρέφονται μετά από κάθε χρήση και πρέπει να χρησιμοποιούνται αποκλειστικά από ένα άτομο.

5) Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι ο ιός του AIDS δεν μεταδίδεται

Δεν μεταδίδεται με τη συνήθη ανθρώπινη επαφή στη δουλειά, στο σχολείο, με τη χειραψία και με το άγγιγμα. Δεν μεταδίδεται επίσης με τα τρόφιμα ή με το νερό ή με τη χρήση κοινών ποτηριών, με το βήξιμο ή το φτάρνισμα, καθώς και από τις τουαλέττες και τις πισίνες. Δεν μεταδίδεται επίσης από τα κουνούπια ή από άλλα έντομα. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης με τη συνήθη κοινωνική επαφή και διαβίωση.

6) Η απομόνωση των φορέων του ιού καθώς και όσων πάσχουν από AIDS δεν αποτελεί λύση

Εκτός από το γεγονός ότι παραβιάζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα, οι διακρίσεις κατά των ατόμων αυτών ή όσων ανήκουν σε κοινωνικές ομάδες υψηλού κινδύνου δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην προστασία της δημόσιας υγείας:

- διότι κάνει τα άτομα που δεν ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου να νομίζουν ότι η απειλή μόλυνσης δεν τους αφορά και δεν χρειάζεται να παίρνουν ατομικά μέτρα προφύλαξης.

./.

- πάσχοντες και φορείς καίω από το φόβο του στιγματισμού αποκρύπτουν το πρόβλημα τους, περιθωριοποιούνται και κάνουν πολύ δύσκολη τη λήψη των απαραίτητων μέτρων πρόληψης.

7) Η πληροφόρηση και η εκπαίδευση είναι ζωτικής σημασίας

Μέχρις ότου οι ιατρικές έρευνες οδηγήσουν στην ανακάλυψη θεραπείας της νόσου ή ενός εμβολίου που να προλαμβάνει τη μόλυνση, πρέπει να βασισθούμε αποκλειστικά σε μεταβολή της καθημερινής μας συμπεριφοράς που να προλαμβάνει την εξάπλωση του ιού. Κατά συνέπεια η πληροφόρηση και η εκπαίδευση είναι ζωτικής σημασίας για τη μάχη κατά του AIDS.

8) Το AIDS αφορά όλους μας

Το AIDS δεν ξεχωρίζει φυλές, άνδρες, γυναίκες, κοινωνικές τάξεις ή ηλικίες. Κανένας δεν είναι απρόσβλητος. Και ακόμα κανείς δεν θα μείνει ανέγγιχτος από τις αρνητικές επιπτώσεις μιάς τέτοιας αρρώστιας όσο τα χρόνια περνούν και το AIDS απειλεί ολόκληρες κοινωνίες και απαιτεί αλλαγές στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων.

9) Ας μοιραστούμε την πρόκληση

Απειδή το AIDS είναι παγκόσμιο πρόβλημα μπορεί να καταπολεμηθεί σε μία χώρα μόνο αν αντιμετωπισθεί σε διεθνή κλίμακα. Μόνο αν εργασθούμε όλοι μαζί, ενώνοντας τις δυνάμεις, τους πόρους, τη φαντασία μας, θα αυξήσουμε τις δυνατότητές μας να θέσουμε υπό έλεγχο την πανδημία του AIDS.

10) Τι μπορείς να κάνεις ΕΣΥ

Μπορείς να συμβάλεις και εσύ στο σταμάτημα του AIDS αν κατανοήσεις την αλήθεια γύρω από αυτό και βοηθήσεις και τους άλλους να κάνουν το ίδιο. Η Παγκόσμια Ημέρα για το AIDS αποτελεί μία εξαιρετική ευκαιρία, κάθε χρόνο, στο να εστιαθεί η προσοχή της ανθρώπινης κοινότητας σε αυτό το πολύ επείγον πρόβλημα που αφορά όλους μας και να ενώσουμε τις δυνάμεις μας σε κοινό αγώνα.

./.

Υπάρχουν χίλιοι δύο τρόποι για να αφυπνίσουμε το ενδιαφέρον του κοινού και για να εκδηλώσει την αλληλεγγύη του.

Η Παγκόσμια αυτή ημέρα AIDS και η κάθε ημέρα-σημαίνει ότι και εσύ πρέπει να πάρεις μέρος στη Διεθνή προσπάθεια να σταματήσουμε το AIDS.

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ Αρ. Φύλλου 192

23 Μαρτίου 1993

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Έγκριση και προκήρυξη διενέργειας δειγματοληπτικής έρευνας σχετικής με την απασχόληση του πληθυσμού της χώρας (Έρευνα Εργατικού Δυναμικού), έτους 1993. 1

Καθορισμός αμοιβής υπαλλήλων της Γ.Γ. ΕΣΥΕ για εργασία πέραν του κανονικού ωραρίου εργασίας για τις ανάγκες της έρευνας Εθνικών και Διεθνών Οδικών Εμπορευματικών Μεταφορών. 2

Καθορισμός αμοιβής υπαλλήλων της Γ.Γ. ΕΣΥΕ για εργασία πέραν του κανονικού ωραρίου εργασίας για τις ανάγκες της έρευνας Εθνικών και Διεθνών Οδικών Εμπορευματικών Μεταφορών. 3

Αναπροσαρμογή των ισχυόντων τιμολογίων των φορτ/τών κομιστών τελωνείου και σημειωτών ξηράς για το έτος 1993. 4

Εφημερίες Αγροτικών γιατρών 5

Ανάθεση καταγραφής και αξιολόγησης περιστατικών AIDS και STD. 6

Εξαίρεση από τις διατάξεις του Ν. 1735/1987 της πλήρωσης θέσεων στο ΤΑΧΔΙΚ. 7

Αύξηση των πόρων του Ταμείου Χρηματοδοτήσεως Δικαστικών Κτιρίων από αναπροσαρμογή των ενσήμων. .. 8

Τροποποίηση του Οργανισμού Εσωτερικής Υπηρεσίας του Δήμου Σερρών. 9

Κύρωση Αναδασμού αγρ/τος Άνω Καλλινίκης Ν. Φλώρινας έτους 1987. 10

Κύρωση Αναδασμού αγρ/τος ΒΑΡΥΚΟΥ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ έτους 1981-1983. 11

Κύρωση Αναδασμού αγρ/τος ΚΑΤΩ ΚΑΛΛΙΝΙΚΗΣ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ έτους 1985-1987. 12

Κύρωση Αναδασμού αγρ/τος ΒΕΓΟΡΑΣ Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ έτους 1985. 13

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. 6066/Β 19 (1)

Έγκριση και προκήρυξη διενέργειας δειγματοληπτικής έρευνας σχετικής με την απασχόληση του πληθυσμού της χώρας (Έρευνα Εργατικού Δυναμικού), έτους 1993.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α. του Ν.Δ. 3627/56 «περί οργανώσεως της ΕΣΥΕ» και των Π.Δ. 1143/80 «περί οργανισμού ΕΣΥΕ», 224/86 «περί συστάσεως Γ.Γ. ΕΣΥΕ» και 532/91 «περί οργανισμού της Γ.Γ. ΕΣΥΕ».

β. του άρθρου 35 του Ν. 992/79 «περί οργανώσεως των Διοικητικών Υπηρεσιών δια την εφαρμογήν της Συνθήκης Προσχωρήσεως της Ελλάδος εις τας Ευρωπαϊκάς Κοινότητας και ρυθμίσεως συναφών θεσμικών και οργανωτικών θεμάτων».

γ. του Ν. 1558/85 «περί κυβερνήσεως και κυβερνητικών οργάνων» και του άρθρου 27 του Ν. 2081/92.

2. Τον Κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 3711/91 του Συμβουλίου της 16.12.91 για τη διενέργεια ετήσιας δειγματοληπτικής έρευνας εργατικού δυναμικού εντός της Κοινότητας.

3. Το προς υπογραφή σχετικό συμβόλαιο μεταξύ της Γ.Γ. ΕΣΥΕ και του Στατιστικού Γραφείου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (EUROSTAT).

4. Την απόφαση Υ 1687/17.2.92 «περί καθορισμού αρμοδιοτήτων των Υφυπουργών Εθν. Οικονομίας, όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Υ 1723/16.3.92 όμοια απόφαση.

5. Την απόφαση Υ 1847/1078399/1182/0001/7.8.92 «περί αναθέσεως αρμοδιοτήτων του Υπουργού Οικονομικών στον Υφυπουργό Οικονομικών».

6. Τη σχετική εισήγηση Γ5/5.1.93 του Τμήματος Απασχόλησης και Ανεργίας της Δ/νσης Απογραφών της Γ.Γ. ΕΣΥΕ αποφασίζουμε:

1. Εγκρίνουμε και προκηρύσσουμε τη διενέργεια εντός του 1993 από το Τμήμα Απασχόλησης και Ανεργίας της Δ/νσης Απογραφών της Γ.Γ. ΕΣΥΕ ειδικής δειγματοληπτικής έρευνας απασχόλησης (εργατικού δυναμικού) στα πλαίσια όμοιας έρευνας των Χωρών - Μελών της ΕΟΚ.

2. Η έρευνα αυτή αποσκοπεί στη συγκέντρωση στοιχείω

περίπτωση δεν υποχρεούνται να εξαντλούν τα ανώτατα όρια των προβλεπομένων εφημεριών, αλλά υποχρεούνται να προσαρμόζουν τα προγράμματα εφημεριών στις ανάγκες των Μονάδων.

4. Η αποζημίωση όλων των αγροτικών γιατρών για εφημερίες υπολογίζεται βάσει του άρθρου 7 του Ν. 1810/88, με ωρομίσθιο που ανέρχεται στο 1/100 του βασικού τους μισθού.

Το ύψος της δαπάνης που προκαλεί η απόφαση αυτή σε βάρος του προϋπολογισμού των Νοσοκομείων δεν μπορεί να προσδιοριστεί.

Η παρούσα να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 15 Μαρτίου 1993

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΔΗΜ. ΣΙΟΥΦΑΣ

Αριθ. Υ1/οικ. 2024 (6)

Ανάθεση καταγραφής και αξιολόγησης περιστατικών AIDS και STD.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 26 του Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 123/92 τ.Α').

2. Το Π.Δ. 358/92 «Οργάνωση - Λειτουργία - Αρμοδιότητες του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ)», (ΦΕΚ 179/24.11.92 τ.Α').

3. Το Π.Δ. 138/92 περί οργανισμού του ΥΥΠΚΑ (ΦΕΚ 68/22.4.92 τ.Α').

4. Την Αριθ. Υ 1938/92 απόφαση περί αναθέσεως αρμοδιοτήτων του Υπουργού στους Υφυπουργούς.

5. Την απόφαση της 1ης συνεδρίασης του Δ.Σ. του ΚΕΕΛ σχετικά με την καταγραφή και αξιολόγηση περιστατικών AIDS, αποφασίζουμε:

Την ανάθεση εφεξής καταγραφής και αξιολόγησης περιστατικών AIDS και STD στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων.

Η παρούσα να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 17 Φεβρουαρίου 1993

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ
Ν. ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

Αριθ. 3848 (7)

Εξαίρεση από τις διατάξεις του Ν. 1735/1987 της πλήρωσης θέσεων στο ΤΑΧΔΙΚ.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α) Της περ. ια της παραγρ. 2 του άρθρ. 1 του Ν. 1735/1987 (ΦΕΚ 195/11.11.87) και της παρ. 3 του άρθρου 13 του Ν. 2116/93 (ΦΕΚ 18.2.93)

β) του Π.Δ. 435/17.8.1988 (ΦΕΚ 1.200) «Οργανισμός ΤΑΧΔΙΚ».

2. Την απόφαση αριθμ. 8/13.1.1993 του Πρωθυπουργού.

3. Την υπ' αριθμ. ΠΥΣ 167/1992 Αναστολή των διορισμώ και προσλήψεων κ.τ.λ.

4. Το γεγονός ότι συντρέχουν ειδικοί επείγοντες λόγοι, γι την άμεση πρόσληψη προσωπικού κατ' εξαίρεση από τις δια δικασίες πρόσληψης, του Ν. 1735/1987, κατ' επιλογή κα αναλυτικά.

Δέκα (10) θέσεων κλάδου ΥΕ προσωπικού καθαριότη τας.

Μία (1) θέση κλάδου ΠΕ μηχανικών, αποφασίζουμε:

Εξαιρούμε από τις διαδικασίες του Ν. 1735/1987, την πλή ρωση στο ΤΑΧΔΙΚ (11) έντεκα θέσεών μονίμου προσωπικού ήτοι 10 θέσεων κλάδου ΥΕ προσωπικού καθαριότητας και 1 θέση του κλάδου ΠΕ μηχανικών.

Η κάλυψη της σχετικής δαπάνης θα γίνει από τον προϋπο λογισμό του (ΤΑΧΔΙΚ) ταμείον χρηματοδοτήσεως Δικαστικών Κτιρίων» όπου έχει εγγραφεί πίστωσης ύψους 24.000.000 δραχμών.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 3 Μαρτίου 1993

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
Σ. ΚΟΥΒΕΛΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
ΑΝΝΑ ΨΑΡΟΥΔΑ-ΜΠΕΝΑΚΗ

Αριθ. 407 (8)

Αύξηση των πόρων Χρηματοδοτήσεως Δικαστικών Κτιρίων από αναπροσαρμογή των ενσήμων.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των εδαφίων α' έως και ζ' της παραγράφου I στοιχείο Α' του άρθρου 10 του Ν.Δ. 1017/1971 «Περί συστά σεως Ταμείου Χρηματοδοτήσεως Δικαστικών Κτιρίων».

2. Την παράγραφο 2 του άρθρου 31 του Ν. 1473/1984 «Μεταρρυθμίσεις στην άμεση και έμμεση φορολογία και άλ λες διατάξεις» (ΦΕΚ 127/74 τ. Α').

3. Την κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουρ γού Οικονομικών αριθμ. Υ. 1847/1078399/1182/0001/ 1992 (Β. 525) «Ανάθεση αρμοδιοτήτων Υπ. Οικονομικώ στους Υφυπουργούς Οικονομικών».

4. Το γεγονός ότι, αφενός τα αποθέματα της κλάσεως των (50) πενήντα δραχμών εξαντλούνται η δε εκτύπωση νέων θ καθυστερήσει και αφετέρου είναι απολύτως αναγκαία η αύ ξηση των πόρων του Ταμείου, αποφασίζουμε:

Αναπροσαρμόζουμε τον πόρο του Ταμείου Χρηματοδοτι σεως Δικαστικών Κτιρίων που προβλέπεται από το εδάφιο (της παραγράφου I στοιχείο Α' του άρθρου 10 του Ν.Δ 1017/71 ως ακολούθως:

Δραχμές 100 για κάθε αντίγραφο ή πιστοποιητικό που εκδ δεται από οποιαδήποτε δικαστική Αρχή, νομικό πρόσωπο αμ μοδιότητος Υπουργείου Δικαιοσύνης, Δικηγορικούς και Συμ βολαιογραφικούς Συλλόγους και Συλλόγους Δικαστικών Κλη τήρων. Κατά τα λοιπά ισχύει η αριθμ. 1717 οικοθεν/20.1.9 απόφαση μας (ΦΕΚ 18 τ. Β'/16.1.92).

Η παρούσα θα ισχύσει από 1η Απριλίου 1993.

ΣΧΕΔΙΟ

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΝ.Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚ.ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ Α'

Ταχ. Δ/νση :Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας :101 87
Πληροφορίες :Ν. Τσετσενέκου
Τηλέφωνο :5232821/301 166

Αθήνα, 27-11-1
Αριθ.πρωτ. Δ1α/οικ.9

ΚΟΙΝ:1. Γραφείο κ. Υπουρ
2. Γραφείο κ. Γεν.
3. Δ/νση Προσωπικού
Τμήμα Α (25)

ΦΕΚ 173/7.1

ΘΕΜΑ: Συγκρότηση του Διοικητικού Συμβουλίου του Κέντρου Ελέγχο
Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.)

ΑΠΟΦΑΣΗ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 26 του Ν. 2071/1992 "περί εκσυγχρο
νισμού και οργάνωσης του Συστήματος Υγείας" (ΦΕΚ 123/1992 τ
2. Τις διατάξεις του άρθρου 4 του Π.Δ. 358/1992 (ΦΕΚ 179/1992
"Οργάνωση-Λειτουργία-Αρμοδιότητες του Κέντρου Ελέγχου Ειδι
Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.)

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

1. Συγκροτούμε το Διοικητικό Συμβούλιο του Κέντρου Ελέγχου Ει
κών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) και διορίζουμε τα κατωτέρω πρόσωπ
α. Ιωάννη Δ. Στρατηγό, καθηγητή Παν/μίου Αθηνών με αναπληρ
του τον Κοσμίδη Ιωάννη Δ/ντή Κλινικής Γενικού Κρατικού
Νοσ/μείου Αθηνών.
β. Ιωάννη Παπαπαναγιώτου, καθηγητή Παν/μίου Θεσ/νίκης με
πληρώτριά του την Τιτίκα Μανδαλάκη, Δ/ντρια Αιμοδοσίας
γ. Κων/νο Στεφανή, καθηγητή Παν/μίου Αθηνών με αναπληρώτρ
την Άννα Κοκκέβη, Επίκουρη Καθηγ. Ψυχολογίας.

./.

δ. Δημήτριο Τριχόπουλο , καθηγητή Παν/μίου Αθηνών και ΧΑΡΒΑΝΤ με αναπληρώτή του τον Άγγελο Χατζάκη Επίκουρο Καθηγ.Παν. Αθηνών.

ε. Δημήτριο Μαθιόπουλο, Πρόεδρο της Ε.Σ.Η.Ε.Α. με αναπληρώτρια το την Λουκία Πετρίτση, Δημοσιογράφο εκπρόσωπο της ΕΣΗΕΑ.

στ. Γεώργιο Κουμάντο, καθηγητή Παν/μίου Αθηνών με αναπληρώτρια του την Μαρία Παπανωνσταντίνου Καρρά, Ιατρό Παθολογοανατόμο.

ζ. Γεώργιο Παπουτσάκη, Δ/ντή Δ/νσης Δημοσ. Υγιεινής , ως εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με αναπληρώτρια του την Αναστασία Παγκράτη, Δ/ντρια της Δ/νσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

η. Χριστόδουλο Παρασκευαΐδη, Μητροπολίτη Δημητριάδος, ως εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος με αναπληρώτή του τον Αρχιμανδρίτη Ιερόθεο Βλάχο, ομοίως.

θ. Δημήτριο Καραγκούνη, Πρόεδρο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου σωματώνομε αναπληρωτή του Εμμανουήλ Καλοκαιρινό, ομοίως.

2. Πρόεδρο του Συμβουλίου ορίζουμε τον Ιωάννη Δ. Στρατηγό και Αντιπρόεδρο τον Ιωάννη Παπαπαναγιώτου.

3. Η θητεία των ανωτέρω διοριζομένων θα είναι για τρία χρόνια.

Περίληψη της απόφασης να δημοσιευτεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΟΥΡΛΑΣ

ΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΙΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΜΗΜΑ AIDS

αχ. Δ/νση : Αριστοτέλους 17
αχ. Κώδικας : 101 87
ELEX :
ELEFAX :
ληροφορίες : ΓΡ. Δ/ΝΤΗ
ηλέφωνο : 52 22 393

Αθήνα 7 / 10 / 1993

Αριθ. πρωτ. Υ1/οικ.11234

ΠΡΟΣ 1) όλα τα Νοσηλευτικά ιδρύμ
της χώρας
α) Γραφεία Δ.Σ.
β) Μονάδες Ειδικών Λοιμώξ
γ) Τμήματα αιμοδοσίας
δ) Επιτροπές Λοιμώξεων
2) Κέντρα Αναφοράς & Κέντρα
Ελέγχου AIDS

ΘΕΜΑ :
Σχετικά :
α) με τις διατάξεις του άρθρου 26 του Νόμου 2071/1992 " περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης Συστήματος Υγείας " (ΦΕΚ 123/Α΄192)
β) με το Π.Δ. 358/92 (ΦΕΚ 179/24-11-92 τευχ. Α) (Οργάνωση - Λειτουργία - Αρμοδιότητες του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων)
γ) με το ΦΕΚ 192 /23-3-93 "περί αναθέσεως καταγραφής και αξιολόγησης περιστατικών AIDS και STD από το Κ.Ε.Ε.Λ. "

Παρακαλούμε σύμφωνα με το γ) σχετικό , εφεξής τα δηλούμενα περιστατικά AIDS θα αποστέλλονται στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) που εδρεύει στην οδό Μακεδονίας 6-8 (3ος όροφος) τηλ. 8225466 Τ.Κ. 10433 ΑΘΗΝΑ - FAX 8811500.

Ως εκ τούτου και τα φάρμακα A.Z.T. και D.D.I. θα χορηγούνται με την ίδια διαδικασία, από το εν λόγω Κέντρο.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ
1) Γραφ. κ. Υφυπουργού
2) Γραφ. κ. Γενικού Γραμματέα
3) Γραφ. κ. Γεν. Δ/ντή Υγείας
4) Πρόεδρο ΚΕΕΛ κ. Ι.Δ.Στρατηγό
5) Κ.Ε.Ε.Λ.
6) Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (10)

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

Ν. ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Ο ΤΜΗΜΑΤΑΡΧΗΣ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1) Γραφ. υ. Υγειονομικού
2) Γραφ. υ. Γεν. Γραμματέα
3) Γραφ. υ. Γεν. Δ/ντή Υγείας
4) Πρόεδρο Κ.Ε.Θ.Ε.Μ. υ. Ι.Δ. Στρατηγό
5) ΚΕΕΛ Μακεδονίας 6-8
6) Δ/ντη Δημόσιας Υγιεινής (10)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

Μονάδες ειδικών Νοσηλειών στην Αθήνα
Νοσ. "Ανδρέας Συγγρός"
Περιφ. Γενικ. Νοσοκ. Αθηνών "Λαϊκόν"
Νοσηλευτ. Γεν. Νοσοκ. Δυτικής Αττικής
Περιφ. Γεν. Νοσ. Αθ. "Ευαγγελισμός"
Περιφ. Γεν. Νοσ. Αθ. "Ιπποκράτειον"
Περιφ. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
Περιφ. Γεν. Νοσ. Θεραπειών Αθ. "Συντρίβανι"
Περιφ. Γεν. Νοσοκ. Παίδων "Αγ. Σοφία"
Το Θεραπευτήριο ΙΚΑ
Μονάδες στη Θεσσαλονίκη
Περιφ. Γεν. Νοσοκ. "ΑΧΕΠΑ" Θεσσαλονίκης
- Περιφ. Γεν. Νοσοκ. "Ιπποκράτειον" Θεσσαλονίκης
- "Ε. Παπανικολάου" Θεσσαλονίκης
- Περιφ. Πανεπ. Νοσοκ. Πατρών
- Περιφ. Γεν. Νοσοκ. Ιωαννίνων "Παμμακάριστα"
- Περιφ. Πανεπ. Νοσοκ. Ηρακλείου Κρήτης
- Περιφ. Γεν. Νοσοκ. Λαμίας.

ΕΝΤΡΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS

ιτρο Αναφοράς AIDS Βορείου Ελλάδας
βατήριο Μικροβιολογίας Αρεταίειου
ιτφ. Γεν. Νοσοκ. Θεσσαλονίκης "ΑΧΕΠΑ" Τ.Κ. 54006

νικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτίου Ελλάδος
ιονοφιακή Σταυρή Αθηνών, Λεωφ Αλεξάνδρας 196
Κ. 11521 Αθήνα

νικό Κέντρο Αναφοράς AIDS ΚΡΗΤΗΣ
ιτφ. Γεν. Νοσοκ. Ηρακλείου Κρήτης "Βενιζέλειος
ωκάνειον" Τ.Κ. 710 21 Ηράκλειο Κρήτης

νικό Κέντρο Αναφοράς Ρετροϊών
ργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας Παν. Αθηνών
. Αθίας 75 Τ.Κ. 11527 Γουδί

ΕΝΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ AIDS

ντρο Ελέγχου AIDS Βορειοδυτικής Ελλάδος
έας Παυλοφρίας - Ιατρική Σχολή Παν. Ιωαννίνων
Κ. 451 10 Ιωάννινα

ντρο Ελέγχου AIDS Νοτιοδυτικής Ελλάδος
ργαστήριο Υγιεινής - Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών
ύσεως, Παν. Πατρών
Τ.Κ. 261 10 ΡΙΟΝ ΠΑΤΡΑΣ Τ.Θ. 1045

έντρο Ελέγχου Κυπαρισσιακής Ανοσίας
ιοβιολογικό Τμήμα - Περιφ. Γεν. Νοσοκ. Αθηνών
Συγγρού 11 Τ.Κ. 10676 Αθήνα

έντρο Ελέγχου Σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων AIDS
κονομείο "Α. Συγγρού" Τ.Κ. 11621

έντρο Ελέγχου AIDS ΙΚΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
ιαδ. Θράκης 58, Τ.Κ. 68100 Αλεξανδρούπολη

ρα Ελέγχου AIDS
[illegible] Γ. Γενναίου, ν. Π. Διαχού
[illegible] Τ.Κ. 11521

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ AIDS

Ταχ. Δ/νση Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας 101 87
TELEX
TELEFAX
Πληροφορίες Φρ. Λιάπη
Τηλέφωνο 5233563

Αθήνα 16 - 6 - 1993

Αριθ. πρωτ.
Υ1/8517

ΠΡΟΣ: Όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας.
Γραφεία Προέδρων Δ.Σ.

ΚΟΙΝ.:

ΘΕΜΑ:

Λόγω της αναμενόμενης σύμφωνα με τα παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα (οδηγίες Π.Ο.Υ.) αύξησης των ασθενών με AIDS, παρακαλούμε να μας γνωρίσετε το ταχύτερο την δυνατότητα αύξησης των κλινών που μπορείτε να διαθέσετε για την περίθαλψη ασθενών με AIDS.

Η παραπάνω αναγκαιότητα προκύπτει τόσο από, τις επιδημιολογικές εκτιμήσεις στις οποίες προβαίνει το αρμόδιο για το AIDS ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (λειτουργεί στην οδό Μακεδονίας 6-8 πλησίον του Υπουργείου τηλ.8225466)όσο και από τις εισηγήσεις συγγενών και συλλόγων υποστήριξης φορέων και ασθενών με AIDS.

Με την ευκαιρία σας παρακαλούμε να μας αποστείλετε εντός 15 ημερών σημείωμα σχετικά με την κίνηση ασθενών με AIDS στο Νοσοκομείο σας καθώς και τον αριθμό θανά

Ειδικότερα τα Νοσοκομεία όπου έχουν αναπτύξει Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων παρα καλούνται να μας αποστείλουν συγκεκριμένη κίνηση ασθενών από την έναρξη της δραστη ριότητας των μονάδων καθώς επίσης και τον αριθμό θανάτων μέχρι και την 1/6/93.

Επίσης σας γνωρίζουμε ότι:

α) Οι δαπάνες για την αγορά οργάνων που χρησιμοποιούνταιγια την εξυπηρέτηση ασθενώ με AIDS θα καλύπτονται από τον τακτικό προϋπολογισμό των Νοσοκομείων όπως γίνε και με την προμήθεια οργάνων παντός τύπου.

β) Η προμήθεια αντιδραστηρίων για την εξυπηρέτηση ασθενών ή φορέων με AIDS θα βαρί επίσης τον προϋπολογισμό των Νοσοκομείων.

γ) Οι προτεινόμενες θέσεις Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού οι οποίες προορίζονται για την στελέχωση των Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων θα πρέπει να προτείνονται ξεχωριστά κατά προτεραιότητα και όχι με προτάσεις άλλων θέσεων.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γραφείο κ. Υφυπουργού
2. Γραφείο κ. Γεν.Γραμματέα
3. Γραφείο κ. Γεν.Δ/ντή Υγείας
4. Ι.Δ.Στρατηγός Καθηγητή Πρόεδρο ΚΕΕΛ
   Νοσοκομείο "Α.ΣΥΓΓΡΟΣ" Ι.Δραγούμη 5 Τ.Κ.116 21
5. Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων Μακεδονίας 6-8 Τ.Κ.10433
6. Δ/νση Δημόσιας Υγιενής (10)

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

Ν. ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Ο ΤΜΗΜΑΤΑΡΧΗΣ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΠΚΝ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΝ.Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΓΡΑΦ.AIDS

Αθήνα 11/11/1992

Αριθ.πρωτ.οικ.8718

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.Κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Ν. Μπατζή
Τηλέφωνο: 52.33.563

ΠΡΟΣ: Όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας

ΘΕΜΑ:"ΟΡΘΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΔΕΛΤΙΟΥ ΔΗΛΩΣΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ AIDS".

Η διάθεση αξιόπιστων στοιχείων του μεγέθους και των χαρακτηριστικών του AIDS, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπισή του.

Ειδικώτερα, στην επιδημία του AIDS, απαιτείται μεγαλύτερη επαγρύπνιση αφού για γνωστούς λόγους δεν μπορούν να εφαρμοσθούν άλλες έμμεσες μέθοδοι(ορροεπιδημιολογικές κ.λ.π.) προκειμένου να γίνουν διάφορες εκτιμήσεις.

Για τον σκοπό αυτό το Υ.Υ.Π.και Κ.Α καθιέρωσε την υποχρεωτική ανώνυμη δήλωση των ασθενών με AIDS, σε ειδικό επιδημιολογικό δελτίο που συνέταξε η Υποεπιτροπή Επιδημιολογίας της Εθνικής Επιτροπής AIDS.

Εν τούτοις διαπιστώθηκαν διαφυγές περιπτώσεων, και κυρίως ανεπαρκής συμπλήρωση των επιδημιολογικών δελτίων που καθιστούν αδύνατη την κατάταξη των κρουσμάτων σύμφωνα με τα κριτήρια του Π.Ο.Υ.

Το Υ.Υ.Π και Κ.Α σας υπενθυμίζει τις υποχρεώσεις και θα ελέγχει συστηματικά την ακριβή τήρηση των σχετικών εγκυκλίων, που συνέταξε και σας απέστειλε στο παρελθόν.

.//.

Είναι γνωστό, ότι δήλωση περιπτώσεων H.I.V λοίμωξης υποβάλλεται και για τις περιπτώσεις ασυμπτωματικών φορέων ή ARC, ειδικά για έγκριση της δωρεάν χορήγησης A.Z.T ή άλλων σχετικών φαρμάκων (D.D.I).

Πολλές από τις δηλώσεις αυτές δεν πληρούν τα κριτήρια του AIDS, είναι όμως βέβαιο ότι οι περιπτώσεις αυτές εξελίσσονται ταχύτερα σε AIDS.

Θα πρέπει επομένως απαραιτήτως να συντάσσεται συμπληρωματικό έγγραφο στην περίπτωση που εμφανισθούν ευκαιριακές λοιμώξεις και άλλα χαρακτηριστικά κριτήρια του AIDS.

Για διευκόλυνσή σας συνυποβάλλονται τα κριτήρια που καθόρισε η Υποεπιτροπή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Νοσηλείας της Εθνικής Επιτροπής AIDS για την πιστή εφαρμογή τους.

Τέλος σας υπενθυμίζουμε ότι υποχρεούσθε να ενημερώνετε πάντοτε το Υπουργείο όταν οι ασθενείς καταλήγουν.

Παρακαλούμε επίσης, να λάβουν γνώση ενυπογράφως, μερίμνει της επιστημονικής επιτροπής όλοι οι γιατροί των Νοσοκομείων.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΟΥΡΛΑΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1) Γραφ. κ. Υπουργού
2) Γραφ. κ.Γεν.Γραμματέα
3) Γραφ. κ.Γεν. Δ/ντή Υγείας
4) Δ/νση Δημ. Υγιεινής (5)

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:1

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Η Τμημ/χης Γραμματείας

ΕΠΕΙΓΟΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΝ.ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ AIDS
Τηλ. [illegible] οδ Αριστοτέλους 17
Τ.Κ. Κωδικας 101 87
Πληροφορίες: Νικ. Μπατζή
Τηλεφωνο: 5233563

ΑΘΗΝΑ 27/7/92
Αρ. πρωτ. Οικ. 6069
ΠΡΟΣ.
Ολα τα Νοσοκομεία της Χώρ
Υπόψη :

1) κ. προέδρου Δ.Σ
2) Επιτροπής Λοιμώξεων τα Νοσοκομείου
3) Επιστημονική Επιτροπή Νοσοκομείου

ΘΕΜΑ:

" Σχετικά με την νοσηλεία ασθενών και φορέων AIDS."

Ως προς την νοσηλεία των ασθενών και φορέων με AIDS έχουμε να τηρήσουμε τα έξής :

1) Επειδή έχει διαπιστωθεί στο παρελθόν κατά την μεταφορά ασθενούς πάσχοντος από AIDS άρνηση εισαγωγής αυτού ακόμη και από τα νοσοκομεία πο έχουν δηλώσει ότι έχουν αναπτύξει θαλάμους για την νοσηλεία αυτών ή έχο πλήρη ετοιμότητα, σας γνωρίζουμε ότι <u>όλα</u> τα νοσοκομεία υποχρεούνται να δέχονται προς νοσηλεία περιστατικά της νόσου AIDS.
Ειδικώτερα τα νοσοκομεία που έχουν αναπτύξει μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων σύμφωνα με την από 14/11/90 - οικ. 8661 εγκύκλιο μας θα πρέπει να διαθέτουν τουλάχιστον - 5 - μονόκλινα δωμάτια για την νοσηλεία αυτών.
2) Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS είναι υποχρεωτική σύμφωνα με το ΦΕΚ 592 Β' 86) και γίνεται στην Δ/νσή μας από τον θεράποντα ιατρό του, όπως επίσ

:αι η ενημέρωσή μας σε περίπτωση θανατηφόρου έκβασης κάθε κρούσματος.

ί) Προκειμένου να χορηγηθεί το φάρμακο RETROVIR (AZT) πρέπει να μας
:ποστέλετε πλήρως συμπληρωμένο το επιδημιολογικό δελτίο . AIDS τού
:σθενούς υπογραμμένο από τον Δ/ντή της κλινικής, άλλως θα επιστρέφεται
·ούτο χωρίς να λαμβάνει την σχετική έγκριση του φαρμάκου από την υπηρεσί
ιας.

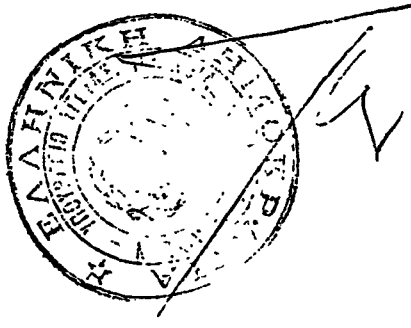
:πειτα από τα παραπάνω παρακαλούμε για την πιστή τήρηση αυτών, προς αποφ
:αλαιπωριών των ασθενών που πάσχουν από την νόσο του AIDS.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

.) Γραφ. κ. Υπουργού
!) Γραφ. κ. Γεν. Γραμματέα
3) Γραφ. κ. Γεν. Δ/ντή Υγείας
4) Δ/νση Δημ. Υγείας (3)

Γ. ΣΚΥΡΛΗΣ



6ης. επειγον.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ Υγείας Πρόνοιας
& Κοιν. Αλληλεγγύης

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Δημ. Υγιεινής
ΤΜΗΜΑ AIDS

Ταχ. Δ/νση Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας 101 87
TELEX
TELEFAX
Πληροφορίες Νικ. Μητσάκη
Τηλέφωνο 5233563.

ΑΘΗΝΑ, 18. 11. 1991

Αριθ. πρωτ. οικ. 9161

ΠΡΟΣ: Όλους τους προϊσταμένους Δ/νσεων ή Τμημάτων Υγιεινής της Χώρας.

ΚΟΙΝ.:

ΘΕΜΑ: "Εορτασμός Παγκοσμίου Ημέρας κατά των AIDS".

Σας στέλνουμε συνημμένα σε φωτοαντίγραφο την μετάφραση ολόκληρου του ψηφίσματος που υιοθέτησε η Π.Ο.Υ. που χαιρετίζει την Παγκόσμια Ημέρα για το AIDS με τον τίτλο: "Ας μοιραστούμε την πρόκληση". Επιδιώκουμε, όπως κατά το παρελθόν, να υιοθετήσουν την βάση για την προετοιμασία οδηγιών που μνημονεύονται στην με Α.Π. οικ. 8800/6.11.91 σχετική εγκύκλιό μας.

ΕΣΩΤ. ΔΙΑΝΟΜΗ.
1. Γραφ. κ. Υπουργού
2. Γραφ. κ. Γεν. Γραμματέα
3. Γραφ. κ. Γεν. Δ/ντη Υγείας
4. Πρόεδρο Ε.Ε. AIDS κ. Ν. Μαυρομμάτη Αναπλ. καθηγ. Παθολογίας - Νοσοκ. Παίδων "Αγ. Σοφία" Τ.Θ. 115 27 - Γουδή.
5) Δ/νση Δημ. Υγιεινής (10)

Κ 8/17-4-91

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ — ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ — ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ — ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ — ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ — ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ — Ο ΤΜΗΜΑΤΑΡΧΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

Ο Δ/ΝΤΗΣ

Γ. ΠΑΠΑΓΓΕΛΑΚΗΣ

ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ

Π Α Γ Κ Ο Σ Μ Ι Α Η Μ Ε Ρ Α ΓΙΑ ΤΟ AIDS

"Ας μοιραστούμε την πρόκληση"

'Ολοι χρειάζεται να ενώσουμε τις δυνάμεις μας και να μοιραστούμ
την πρόκληση είπε ο Δρ. HIROSHI NAKAJIMA, γεν.δ/ντής της Π.Ο.Υ.,
ανακοινώνοντας τον τίτλο της Παγκόσμιας Ημέρας AIDS για το 1991.

"Χρειάζεται να διαθέσουμε χρόνο, οικονομικά μέσα και προσπάθειε
για να πετύχουμε το μέγιστο δυνατό συλλογικό αποτέλεσμα. Μόνο η
συνεργασία μπορεί να μας δώσει το προβάδισμα στη μάχη κατά του
AIDS.

Αμέσως μετά τη γέννηση του τέταρτου παιδιού της η SUSIE μια 24χ
νη γυναίκα από την Ουγκάντα διεπίστωσε ότι η υποτροπιάζουσα αδυνα
που αισθανόταν στην κύησή της οφείλονταν στο AIDS. " 'Οταν ανακάλ
ψα ότι ήμουν θετική στον ιό δεν ήξερα τι να κάνω " είπε. Μία γειτ
νισσά μου που είχε AIDS προσπάθησε να αυτοκτονήσει και να σκοτώσε
τα παιδιά της. 'Ενοιωθα και εγώ να θέλω να πεθάνω". Ο σύζυγος εγκ
τέλειψε την SUSIE την δεύτερη γυναίκα του και τα πέντε παιδιά του
όταν έμαθε ότι και οι δύο γυναίκες είχαν AIDS.

Τώρα η SUSIE φοβάται ότι οι συγκάτοικοί της θα την διώξουν από
το σπίτι μόλις μάθουν το μυστικό της οικογένειας.

Ο BILL και η ELISABETH από την Αυστραλία ένοιωσαν τρομερά μόνοι
με το μυστικό τους, όταν ο BILL βρέθηκε να είναι θετικός στον HI
μετά από μία μετάγγιση αίματος.

"Δεν είχαμε καμμία βοήθεια, καμμία υποστήριξη και καμμία συμβουλ
έγραφε η ELISABETH. "Τελικά ανακαλύψαμε ότι υπήρχαν και άλλα άτο
στην πόλη μας μολυσμένα από τον HIV και ένα από αυτά ήταν παλιός
φίλος μου από το σχολείο. Κάποιος όμως προτίμησε να μην μας φέρε
σε επαφή. Αυτός ο κάποιος είχε το θράσος να θεωρεί ότι οι διαφορ
μας σε σεξουαλικές πρακτικές ήταν σημαντικότερες από το τρομερό
γεγονός που ήταν κοινό για εμάς.

Η μοναξιά και ο φόβος της προκατάληψης και της απόρριψης είναι
κοινά συναισθήματα στις μαρτυρίες ατόμων μολυσμένων με τον ιό.
Οι ψυχολογικές αυτές αντιδράσεις αποτελούν μέρος της πανδημίας,
το ίδιο σημαντικό όσο και οι φυσικές εκδηλώσεις της νόσου.
'Οπως οι λοιμώξεις του τύπου της πνευμονοκυστικής πνευμονίας και
φυματίωσης είναι ευκαιριακές και προσβάλλουν άτομα εξασθενημένα
από τον ιό, έτσι και η προκατάληψη και ο στιγματισμός είναι φαιν

.//.

να ευκαιριακά που προσβάλλουν κοινωνίες εξασθενημένες από το φόβο του αγνώστου.

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος του AIDS προκαλεί τριγμούς και ρωγμές στον κοινωνικό ιστό, που τονίζουν ιδιαίτερα τις μακροχρόνιες ανισ τητες που υπάρχουν μεταξύ φυλών, φύλων και κοινωνικών τάξεων σ'όλ τις χώρες του κόσμου.

Έτσι, εκδιδόμενες γυναίκες σε διάφορα κράτη απομονώνονται σαν επικίνδυνες για την δημόσια υγεία και φυλακίζονται, ενώ δεν συμβα νει το ίδιο και με τους πελάτες τους.
Επίσης πολλοί έμποροι από την Αιτή που ζουν στις Η.Π.Α. χρεωκόπησ και τα παιδιά τους διώχθηκαν από το σχολείο, όταν στις αρχές της επιδημίας οι ερευνητές του AIDS θεώρησαν όλους τους κατοίκους της Αϊτής σαν ομάδα υψηλού κινδύνου.
Και ακόμη μερικοί πιο ευαισθητοποιημένοι ερευνητές από τη Δύση που έχουν επονομασθεί σαν οι ερευνητές των SAFARI ή του ελικοπτέρ συνεχίζουν να κάνουν αεροπορικές επισκέψεις σε περιοχές της Αφρικ που έχουν σοβαρά πληγεί από το AIDS, για να συλλέξουν στοιχεία για δικούς τους σκοπούς, δίχως να μοιράζονται με άλλους την εμπει ή τα αποτελέσματά τους.

Η ιστορία των επιδημιών δείχνει ότι η τάση ενοχοποίησης και η προσπάθεια απομόνωσης εκείνων που θεωρούνται υπεύθυνοι, αποτελούν κοινή ανθρώπινη αντίδραση σε απειλητικές καταστάσεις.
Αλλενώ η απομόνωση και η καραντίνα εφαρμόζονται σε παλιές επιδημί (γρίππη, ευλογιά και η πανώλης) που ήταν μεταδοτικές με τη συνήθη επαφή, αυτές οι μέθοδοι παραμένουν ανταποτελεσματικές-κ'ιδιαίτερα επικίνδυνες-στην περίπτωση του AIDS που μεταδίδεται όχι μέσω της καθημερινής κοινωνικής επαφής, αλλά μέσω ηθελημένης ανθρώπινης συμπεριφοράς και ειδικώτερα με την σεξουαλική πράξη.

Εκτός από τον στιγματισμό και την παραβίαση των ανθρώπινων δικα μάτων κάθε προσπάθεια απομόνωσης των μολυσμένων ή των πασχόντων, δίνει σ'αυτούς που βρίσκονται έξω από στιγματισμένες ομάδες ένα σφαλερό αίσθημα ασφάλειας και τους οδηγεί στο να παραμελούν να κάνουν τις αναγκαίες αλλαγές στην συμπεριφορά τους.

Ο στιγματισμός φορέων ή πασχόντων οδηγεί αυτούς που υποπτεύοντα ότι έχουν μολυνθεί, σε απόσυρση, σε απομόνωση και σε αποφυγή επαφ με ιατρικές κοινωνικές υπηρεσίες. Έτσι ο φόβος οδηγεί στο περιθώ αυτούς με την περισσότερη εμπειρία στην αρρώστια που αλλοιώς θάτα οι καλύτεροι εκπρόσωποι και σύμμαχοι στον αγώνα κατά του AIDS.

.//.

"Το να δεις ή να συναντάς ένα άτομο με AIDS εξανθρωπίζει την όλη κατάσταση, λέει ο RICHARD REETOR, ο ίδιος πάσχων και λειτουργ υγείας που ζει στη Δανία. Άρρωστος μπορεί να είναι ο γυιός σου, ο αδελφός σου, η αδελφή σου ή ο φίλος σου. Είναι σκληρό να υποστη ρίξουμε ότι τα θύματα του AIDS και τα οροθετικά άτομα " πρέπει να εγκλεισθούν σε ένα μέρος μακριά από τα βλέμματα των ανθρώπων.

Λόγω της ακόμα υφιστάμενης τάσης για διακρίσεις, πολλοί αρνούντ ότι το AIDS μας αφορά όλους και ότι όσο εξαπλώνεται στον κοινωνικό ιστό τόσο ο καθένας θα επηρεαστεί από τις επιδράσεις του ακόμα και αν αυτός και τα αγαπημένα του πρόσωπα δεν προσβληθούν από την αρρώστια.

Πρέπει να δεχθούμε αυτή την αλήθεια και να ενθαρρύνουμε τη μεγαλύ ρη συμμετοχή και τη μεγαλύτερη συνεργασία στη μάχη κατά του AIDS, που η Π.Ο.Υ. επέλεξε για την Παγκόσμια Ημέρα του AIDS στο 1991.

Το σύνθημα "Ας μοιραστούμε την πρόκληση" "για οποιονδήποτε αμφι βάλλει για την ανάγκη για ουσιαστική συνεργασία στην μάχη κατά του AIDS" είπε ο Δρ. MICHACL MERSON, Διευθυντής του συνολικού προ γράμματος της Π.Ο.Υ. για το AIDS "δεν έχει παρά να δει πώς η επιδ μία εξακολουθεί να εξαπλώνεται ταχύτατα σε νέες περιοχές".

Σε λιγώτερο από μία δεκαετία ο HIV μόλυνε τουλάχιστον 8-10 εκατ άτομα παγκόσμια, από τα οποία πάνω από 1.5 εκατομ. συμπεριλαμβανο μένων 500.000 παιδιών κάτω των 5 ετών ανέπτυξαν AIDS.

Η πανδημία τώρα εξαπλώνεται με ρυθμό 5.000 νέων μολύνσεων την ημερα.

Η πρόβλεψη της Π.Ο.Υ. για τον αριθμό των ανδρών, γυναικών και παιδιών που υπολογίζεται ότι θα μολυνθούν από τον HIV κατά το 200 είναι 30-40 εκατομ.άτομα με συνολικό αριθμό αρρώστων της τάξεως των 10-15 εκατομ. περιπτώσεων.

Οι περισσότεροι αν όχι όλοι οι μολυσμένοι από τον ιό, αναμένετ ότι τελικά θα αναπτύξουν AIDS. Μεταξύ αυτών θα είναι άνδρες και γυναίκες όλων των φυλών, ηλικιών και κοινωνικών στρωμάτων.

Τη μεγάλη αναλογία θα αποτελούν νέοι και μεσήλικες που ο θάνατός τους θα στερήσει τη κοινωνία από τα πλέον ενεργά και δραστήρια μέλη της, τους δασκάλους της, τους αγρότες, τους εργάτες, τους γιατρούς, τις νοσηλεύτριες ακόμα και τους πολιτικούς της ηγέτες.

Ήδη σε περιοχές που έχουν πληγεί βαρειά από την πανδημία η πα γωγική δραστηριότητα αναστέλεται κάθε λίγες μέρες για να μπορέσε

η κοινότητα να θρηνήσει και να θάψει τους νεκρούς της.

Εικόνες από δορυφόρο δείχνουν τη ξήρανση των χωραφιών και την εγκατάλειψη των σπιτιών σε μερικά Αφρικανικά χωριά, όπου ο πληθυσ αποδεκατίσθηκε.

Στην Ζάμπια η βιομηχανία χαλκού που είναι ο κύριος μοχλός της οικονομίας, απειλούνται με κατάρρευση όσο το AIDS εξαπλώνεται στο εργατικό δυναμικό.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 η Π.Ο.Υ. υπολογίζει ότι 10-15 εκατομ.παιδιά σε παγκόσμια κλίμακα θα μείνουν ορφανά από μητρικό AIDS.

Οι πιεστικές τους ανάγκες για στέγη, τροφή, εκπαίδευση και περ θαλψη απειλούν να εξαντλήσουν όλα τα υπάρχοντα μέσα υποστήριξης συμπεριλαμβανομένων των "διευρυμένων" οικογενειών, οι οποίες παρα δοσιακά αποτελούν το στήριγμα των ορφανών σε πολλές κοινωνίες. — Πέρα από το γεγονός ότι ορισμένα από αυτά τα παιδιά είναι ήδη εγ ταλλειμένα από τους συγγενείς τους με ανυπόστατους φόβους για δι τους μόλυνση η "διευρυμένη" οικογένεια η ίδια μπορεί να χαθεί για το παιδί, καθώς οι θείες, οι θείοι και σε μερικές κοινωνίες οι δεύτεροι σύζυγοι θα αρρωστήσουν και αυτοί από το AIDS.

Το αν θα ανταποκριθούμε στις οικονομικές και κοινωνικές προτάσε του AIDS θα εξαρτηθεί κατά μεγάλο ποσοστό από τη διάθεση, την αφο σίωση και την φαντασία που διαθέτει ο καθένας μας, αφού οι οικονο μικοί πόροι που απαιτούνται είναι τραγικά ανεπαρκείς.

Τα φτωχότερα κράτη υποφέρουν περισσότερο από την πανδημία. Περίπο τα δύο τρίτα των αναφερθεισών περιπτώσεων AIDS και τα τρία τέταρ των μολυσμένων από τον HIV ατόμων προέρχονται από αναπτυσσόμενα κράτη και οι αναλογίες αυτές αναμένεται να αυξηθούν ακόμα περισσ τερο.

Ακόμα και σήμερα ο συνολικός προϋπολογισμός των Εθνικών Προγραμμ AIDS σε πολλές από αυτές τις χώρες είναι μικρότερος από το κόστο περίθαλψης πέντε ατόμων με AIDS στις Η.Π.Α.

Πολλές ομάδες και άτομα που εργάζονται στο τομέα του AIDS έχουν ήδη αναγνωρίσει την αξία των κοινών προσπαθειών και έχουν δημιουρ σει αποδοτικές συνεργασίες.

Η Π.Ο.Υ., η οποία προΐσταται της παγκόσμιας προσπάθειας κατά του AIDS συνεργάζεται όχι μόνο με Υπουργεία Υγείας, αλλά και με παράπλευρους μη κυβερνητικούς οργανισμούς και ακόμα με άλλους δι νείς οργανισμούς, όπως είναι το Αναπτυξιακό Πρόγραμμα των Ηνωμέν

./.

Εθνών, η Διεθνής Τράπεζα, το Ίδρυμα του Παιδιού των Ηνωμένων Εθν και το Πληθυσμιακό Ίδρυμα των Ηνωμένων Εθνών.

Υπάρχουν απεριόριστες δυνατότητες συνεργασίας, αλλά οι παρακάτ είναι μερικοί χώροι-"κλειδιά", στους οποίους μπορούν να σχηματισ αποδοτικές συμμαχίες:

- Μεταξύ ατόμων μολυσμένων από HIV ή με AIDS και εκείνων που δεν έχουν μολυνθεί.

Τα άτομα με AIDS έχουν ξεπεράσει τα όρια του φόβου εξηγεί ο RISH RECTOR.

"Έχουν ήδη μία νόσο που σε φέρνει στα μισά του θανάτου. Έμαθαν να ζουν με το φόβο και πολλοί το ξεπέρασαν. Μπορούμε να βοηθήσουμ και τους άλλους να υπερνικήσουν το φόβο που τους εμποδίζει να δου την πραγματικότητα του AIDS.

- Μεταξύ συναδέλφων - το μήνυμα γίνεται κατανοητό και αποδεκτό αν εμπιστεύεσαι αυτόν που το μεταφέρει. Έτσι, σαν συνάδελφοι του αρρώστου είναι οι καλύτεροι και πειστικότεροι μεταφορείς μηνυμάτω Μοιράζονται με τους πάσχοντες κοινές αγωνίες και κοινά προβλήματα και μαζί συνειδητοποιούν τη δύναμη που προκύπτει από την αμοιβαία αλληλοϋποστήριξη.

- Τα Εθνικά Προγράμματα για το AIDS και οι μη κυβερνητικοί οργα σμοί που έχουν ήδη συνεισφέρει τόσο πολύ αποτελούν δύο από τις πιο σπουδαίες ομάδες που αντιμετωπίζουν την επιδημία στα διάφορα κράτη. Συχνά όμως μία έρπουσα καχυποψία, η απέραντη γραφειοκρατία και η έλλειψη πόρων αποτελούν τεράστια ανασταλτικά εμπόρια για τη συνεργασία των δύο πλευρών.

Ωστόσο οι δραστηριότητές τους και οι τομείς εμπειρίας τους αλ- ληλοσυμπληρώνονται και οι συνεργασίες που καθιερώθηκαν, αποδείχθη ιδιαίτερα αποδοτικές.

- Όπως απέδειξε το πρόβλημα των ορφανών η πανδημία HIV/AIDS αποτελεί το ίδιο έντονο κοινωνικο-οικονομικό πρόβλημα όσο και κιν τοποίηση από διάφορα Υπουργεία εκτός εκείνου της Υγείας. Η ανταπό κριση στις ανάγκες των προσβεβλημένων θα απαιτήσει μετάξύ των άλλ στέγαση, κοινωνική φροντίδα και εκπαίδευση και θα πρέπει να καταβ θεί μέγιστη προσπάθεια για να αποφευχθούν επικαλύψεις μέσα από την ομαδική εργασία. Οι τομείς της βιομηχανίας και της γεωργίας επίσης βάλλονται καθώς η πανδημία αποδεκατίζει το εργατικό δυναμι και διασπείρει το φόβο και τη προκατάληψη ανάμεσα στους επιζώντες

- Μεταξύ ανδρών και γυναικών: Ίσως είναι το πιο λογικοφανές πεδίο για συνεργασία που όμως είναι και το πιο δύσκολο, καθώς οι ανισότητες μεταξύ των φύλων κυριαρχούν σ'όλο τον κόσμο και είναι συχνά βαθεία ριζωμένες.
Ωστόσο υπάρχουν εμπνευσμένα παραδείγματα ανδρών και γυναικών που αναγνωρίζοντας ότι το AIDS αφορά και τους δύο συντρόφους σε μία σεξουαλική σχέση είδαν με αμοιβαίο ενδιαφέρον την κοινή τους ευθύνη για την σεξουαλική τους συμπεριφορά. Σε τέτοια παραδείγματα περιλαμβάνεται μία ομάδα νέων στη Μποτσουάνα, οι οποίοι συγκλονισμένοι από το θέμα του AIDS υπερπήδησαν τις προκαταλήψεις που περικλείουν τα θέματα γύρω από το σεξ και συζητούν τους παραδοσιακούς ρόλους, τις προσωπικές πεποιθήσεις και την κατάλληλη συμπεριφορά απέναντι στο AIDS.

Στην προσπάθεια αντιμετωπίσεως της κοινής αυτής απειλής και στην ανάγκη Παγκόσμιας συνεργασίας ο Π.Ο.Υ. δεν κάνει μόνο έκκληση για κινητοποίηση και ανθρωπιστική ανταπόκριση στην πανδημία του AIDS. Κάνει έκκληση σ'όλους για να αναγνωρίσουν τους τεράστιους κινδύνους που ελοχεύουν από την προκατάληψη, τον στιγματισμό και τις διακρίσεις.-

ΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
(Ε.Ο.Φ)

ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΡΙΘ. Ο-1055

Α: Π-139 ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ: 18η/5-12-91

Διάθεση προϊόντος VIDEX (DIDANOSINE)

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού συζήτησε και μελέτησε όλα τα σχετικά το θέμα Π-139 στοιχεία,

Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ε Ι

Εγκρίνει τη χρήση των εντύπων βεβαιώσεων των θεραπόντων ιατρών υ θα χρησιμοποιούν τα ιδ/σμα VIDEX (εισαγωγή από την Κρατική ρμακαποθήκη), αλλά και με τις προϋποθέσεις που καθόρισε η τροπή Εγκρίσεων του ΕΟΦ, δηλαδή ότι τα φάρμακα θα χορηγείται να επί αποτυχίας ή υπάρξεως αντιστάσεως στο φάρμακο RETROVIR.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΕΛΕΝΗ ΠΑΠΠΑ

Κ.Μ.

ΕΞΑΙΡ.ΕΠΕΙΓΟΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ AIDS

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.Κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Νικ.Μπατζή
Τηλέφωνο: 5233563

Αθήνα 10.5.1991
Αριθ.Πρωτ. Οικ.3637

ΠΡΟΣ: Τους Προέδρους των Δ.Σ.
των Νοσοκομείων
όπως ο Π.Δ.

ΘΕΜΑ: "AIDS"

1.Σας υπενθυμίζουμε προγενέστερη εγκύκλιό μας (οικ.8661/14.11.90) την οποία σας αποστέλουμε εκ νέου, και παρακαλούμε να εξετάσετε την δυνατότητα άμεσης ανάπτυξης -5- κλινών για ασθενείς και φορείς με AIDS στην Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του Ιδρύματός σας.

2.Επίσης σας υπενθυμίζουμε ότι εκτός από την Υποχρεωτική Δήλωση κρουσμάτων με AIDS που πρέπει να γίνεται στην Δ/νσή μας (ΕΜΠ.113/41 4.2.87, οικ. 8348/7.11.90, ΦΕΚ.592 τ.Β 86), θα πρέπει να γίνεται και άμεση ενημέρωσή μας σε περίπτωση θανατηφόρου έκβασης κάθε κρούσματος.

3.Παρακαλούμε να λάβουν γνώση της εγκυκλίου αυτής με μέριμνα της Δ/νσης του Νοσοκομείου σας ενυπογράφως, οι ιατροί που υπηρετούν στο Νοσοκομείο σας και ειδικώτερα στην Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων και να μας ενημερώσετε εγγράφως για λήψη και υλοποίηση της παρούσας

Ο ΑΝΑΠΛ.ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΟΥΡΛΑΣ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 1

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Η ΤΜΗΜΑΤΑΡΧΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

Π. Τρυφωνόπουλος

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

κ.κ.Προέδρους Δ.Σ. των
κάτωθι Νοσ/μείων:

1.Νοσ.Αφροδ.και Δερμ.Νόσων "Α.ΣΥΓΓΡΟΣ"
2.Π.Γ.Ν.Α. "Λαϊκό" Τ.Κ. 115 27 ΓΟΥΔΙ
3.Π.Γ.Ν.Α. "Ευαγγελισμός" Τ.Κ. 106 76 ΑΘΗΝΑ
4.Π.Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο" Τ.Κ. 115 27 ΑΘΗΝΑ
5.Περιφ.Γεν.Νοσ.Αθηνών Τ.Κ. 156 69 ΧΟΛΑΡΓΟΣ
6.Περιφ.Γεν.Νοσ.Θώρακος Αθ. "Σωτηρία" Τ.Κ. 156 69
7.Περιφ.Γεν.Νοσ.Παίδων "ΑΓ.ΣΟΦΙΑ" Τ.Κ. 115 27 ΓΟΥΔΙ
8.Ν.Γ.Ν.Δυτ.Αττικής Τ.Κ. 123 51 ΑΓ.ΒΑΡΒΑΡΑ ΑΤΤ.
9.1ο Θεραπευτήριο Ι.Κ.Α. Τέρμα Ζαΐμη ΜΕΛΙΣΣΙΑ
Τ.Κ. 151 27
10.Περιφ.Γεν.Νοσ."ΑΧΕΠΑ" Θεσ/νίκης Τ.Κ. 540 06 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ
11.Περ.Γεν.Νοσ. "Ιπποκράτειο" Θεσ/νίκης Τ.Κ. 546 42 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ
12.Περ.Γεν.Νοσ. "Γ.Παπανικολάου" Θεσ/νίκης Τ.Κ. 570 10 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ
13.Περιφ.Πανεπ.Νοσοκ.Πατρών-Τ.Κ. 261 10 ΡΙΟΝ ΠΑΤΡΑΣ
14.Περιφ.Γεν.Νοσ.Ιωαννίνων "Χατζηκώστα" Τ.Κ. 450 01 ΙΩΑΝΝΙΝΑ
15.Περιφ.Πανεπ.Νοσ.Ηρακλείου Κρήτης Τ.Κ. 710 21 ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
16.Περιφ.Γεν.Νοσ.Αλεξ/πολης Τ.Κ. 681 00 ΑΛΕΞ/ΠΟΛΗ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1.Γραφ. κ.Αναπλ.Υπουργού
2.Γραφ.κ.Γεν.Γραμματέα (Ι.Πιερρουτσάκου)
3.Δ/νση Δημ.Υγιεινής (10)

Υπ' όψη κας ΚΟΣΤΑΛΙΑ

ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ :

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ Υγείας Πρόνοιας & Κοιν. Ασφαλίσεων
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Δημ. Υγιεινής
ΤΜΗΜΑ Επιδημιολογικό

Ταχ. Δ/νση Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας 101 87
TELEX
TELEFAX
Πληροφορίες Νικ. Μπατζή
Τηλέφωνο 5233563

Αθήνα 13 / 2 / 1991

Αριθ. πρωτ. Οικ Δ380

ΠΡΟΣ: Κρατική Φάρμα Καποθήκη
Ευγγρού και Χαφτούρα 2
Καλιθέα
Τ.Κ 17671

ΚΟΙΝ:

ΘΕΜΑ: " Αποστολή φαρμάκων Α.Ζ.Τ ".

1. Έπειτα από πρόταση των Συντονιστικών Οργάνων της Ε.Ε.Α/ΙΟS και εύμφωνη γνώμη της υπηρεσίας μας, παρακαλούμε να αποστείλετε στα Νοσοκομεία της §2. που νοσηλεύουν ασθενείς με ΑΙΟS -2- Φ/κα των φαρμάκων Α.Ζ.Τ , προκειμένου να αντιμετωπίσουν περιστατικά των Υγειονομικών προσωπικών κατών που ατυχία (π.χ τρύπημα βελόνης) εκτέθηκαν στον ιό του Η.Ι.V.
Η διάθεση του Α.Ζ.Τ θα γίνεται με ευθύνη της Επιτροπής των Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων των ανάλογων νοσοκομείων.

2: Τα νοσοκομεία αυτά είναι:
α) στην Περιοχή των Αθηνών: Π.Γ.Ν.Α " Α. Ευγγρός ",
Π.Γ.Ν.Α " Λαϊκό ", Π.Γ.Ν.Α " Ευαγγελισμός ",
Π.Γ.Ν.Α " Ιπποκράτειο ", Π.Γ.Ν.Α (Γεν. Κρατικό),
Ν.Γ.Ν. Δυτ. Αττικής (τέως Λοιμωδών), Π.Γ.Ν.Α " Σωτηρία ",

Π.Γ.Ν.Α Παίδων "Αγ. Σοφία" και 1ο Θερμ. Ι.Κ.Α.

β) στην περιοχή της Θεσσαλονίκης: Π.Γ.Ν "Αχεπα", Π.Γ.Ν "Ιπποκράτειο", Π.Γ.Ν "Γ. Παπανικολάου",

γ) στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Πατρών

δ) στο Περιφερειακό Γεν. Νοσοκ. Ιωαννίνων "Χατζηκώστα".

ε) στο Περιφ. Πανεπ. Νοσοκ. Ηρακλείου Κρήτης.

στ) στο Περιφ. Γεν. Νοσοκ. Αλεξ/πολης

Ο Δ/ΝΤΗΣ

Θ. ΕΛΠΟΤΝΑΣΕ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1) Στην Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων των ανωτέρω Νοσοκομείων.

2) Δ/νση Δημ. Υγιεινής (5)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ;
ΤΜΗΜΑ AIDS
Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Τ.Κ. 101 87
Πληρ:Νικ.Μπατζή
Τηλέφ:5233563.

Αθήνα 12-11-1990

Αριθ.Πρωτ. Οίκ.8427

ΠΡΟΣ.:Όλους τους προϊσταμένους Δ/νσεων ή Τμημάτων Υγιεινής της χώρας.

ΘΕΜΑ :Εορτασμός Παγκοσμίου ημέρας κατά του AIDS;

Σας πληροφορούμε ότι από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει καθορισθεί η 1η Δεκεμβρίου κάθε έτους να γιορτάζεται Παγκοσμίως σαν ημέρα κατά του AIDS.
Φετεινό θέμα είναι : " ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ AIDS".
Στα πλαίσια λοιπόν της επιμόρφωσης και πληροφόρησης του κόσμου και επ'ευκαιρία της ημέρας αυτής ,παρακαλούμε σε συνεργασία με τον τοπικό Ιατρικό Σύλλογο του Νομού σας ,να οργανώσετε εκδήλωση σε κεντρικό σημείο της πόλεως σας ,με θέμα το AIDS.

Για τον σκοπό αυτό ,σας στέλνουμε φυλλάδιο της ΠΟΥ με μετάφραση των 10 σημείων.(που μας αποστέλλει) του φετεινού θέμα. τος.

Σαν πηγές πληροφόρησης μπορείτε να χρησιμοποιήσετε την κασέτα και το βιβλίο που είχε δοθεί (για τον σκοπό αυτό) σε όλους τους Νομίατρους της χώρας κατά την εκπαιδευτική ημερίδα που είχε πραγματοποιηθεί τον Μάρτιο του 1989, με πρωτοβουλία της Υποεπιτροπής Εκπαίδευσης της Εθνικής ΕΠιτροπής AIDS στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών .

Ελπίζοντας ότι θα κατανοήσετε την σοβαρότητα του θέματος είμαστε σίγουροι ότι θα προβείτε στις απαραίτητες ενέργειές σας το ταχύτερο δυνατόν.

Συνημμένο :-1-

Ο ΑΝΑΠΛ.ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Γ.ΣΟΥΡΛΑΣ

ΕΣΩΤ.ΔΙΑΝ:(μετά συνημμένων)
1.Γραφ. κας Υπουργού
2.Γραφ. κ.Αναπλ.Υπουργού
3.Γραφ. κ.Γεν.Γραμματέα
4.κ.Νικ.Ματσανιώτη Πρόεδρο Ε.Ε.AIDS
Ακαδ.Καθηγητή Παιδιατρικής Νοσοκ.
Παίδων ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ Τ;Κ.115 27 ΓΟΥΔΙ.
5.Δ/νση Δημ.Υγιεινής (10)
6. Δ/νση Δημ. κ' Διεθνών Σχέσεων Τμ. Υγείας. Διαπ. Διεθνών.

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
ΑΝΑΠΛ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
Τρυφωνόπουλ

Μ/Π

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ AIDS

1η ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1990

ΔΕΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ AIDS - ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ AIDS.

1. <u>ΤΟ AIDS ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ, ΠΟΥ ΠΛΗΤΤΕΙ ΑΝΔΡΕΣ, ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ,</u>

Στα τέλη του 1990, περισσότερα από 280.000 περιστατικά AIDS, έχουν αναφερθεί στην Π.Ο.Υ. από 157 χώρες σ'όλο τον κόσμο.

'Ομως η Π.Ο.Υ. εκτιμά ότι περισσότερα από 1.200.000 περιστατικά AIDS έχουν σημειωθεί σε άνδρες, γυναίκες και παιδιά, σ'όλο τον κόσμο. Από τα 8-10 εκατομ. ενηλίκων που έχουν μολυνθεί από τον ανθρώπινο ιό ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (HIV) που προκαλεί το AIDS, περισσότερα από 3 εκατομ. είναι γυναίκες.

2. <u>ΞΕΡΟΥΜΕ ΟΤΙ Ο ΙΟΣ HIV ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΜΕ ΤΡΕΙΣ ΜΟΝΟ ΤΡΟΠΟΥΣ</u>

- Σεξουαλικά με μολυσμένο ερωτικό σύντροφο αν δεν έχουν ληφθεί προστατευτικά μέτρα.
- Με μολυσμένο αίμα ή μολυσμένα παράγωγα αίματος.
- Από μολυσμένη μητέρα στο έμβρυο ή το βρέφος.

3. <u>ΑΥΤΟΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΕΧΟΥΝ ΠΛΗΡΩΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΘΕΙ</u>

Σεξουαλικά ο ιός HIV μπορεί να μεταδοθεί από τον άνδρα στην γυναίκα, από την γυναίκα στον άνδρα, και από άνδρα σε άνδρα.

Μετάδοση με αίμα μπορεί να γίνει σε δύο κυρίως περιπτώσεις

- Με μολυσμένο αίμα ή μολυσμένα παράγωγα αίματος.
- Με χρήση βελονών ή άλων εργαλείων που τρυπούν το δέρμα χωρίς αποστείρωση.

Τέλος ο ιός HIV μπορεί να μεταδοθεί από μια μολυσμένη μητέρα στο έμβρυο ή το βρέφος της πριν, κατά την διάρκεια ή μετά την γέννηση.

./.

4. Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΛΗΦΘΕΙ

Ο μόνος σίγουρος τρόπος πρόληψης της σεξουαλικής μετάδοσης του ιού HIV είναι η αποφυγή σεξουαλικών επαφών. Αλλιώς με τη σωστή χρήση προφυλακτικού μπορεί να μειωθεί αισθητά ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού.

5. Η ΔΙΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙ.

Το προς μετάγγιση αίμα μπορεί να εξετασθεί για τον ιό HIV και αν είναι μολυσμένο να καταστραφεί.
Βελόνες, σύριγγες και άλλα όργανα που τρυπούν το δέρμα πρέπει ν'αποστειρώνονται και να χρησιμοποιούνται μία φορά.

6. ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ ΠΩΣ ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Ο ΙΟΣ HIV.

Ο ιός HIV δεν μεταδίδεται με τις συνήθεις κοινωνικές επαφές: όπως στην ίδια δουλειά, να κάθεστε πλάϊ, πλάϊ, με χειραψία, φίλημα στο μάγουλο, αγκαλιά, άγγιγμα, βήχα, φτέρνισμα. Με την χρήση ίδιων πιάτων, ποτηριών, φλυτζανιών, μαχαιροπήρουνων.
Με τροφή ή ποτό. Με νερό ή με κάθε επαφή στις τουαλέτες.
Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι τα έντομα μπορούν να μεταδώσουν τον ιό HIV.

7. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ AIDS ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΥΞΑΝΕΤΑΙ.

Υπολογίζεται ότι πάνω από 3 εκατ. γυναίκες σ'όλο τον κόσμο έχουν ήδη μολυνθεί με τον ιό HIV.
Περισσότερα ακόμη εκατομμύρια διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να μολυνθούν εξ αιτίας της υποτέλειας του ρόλου τους στην οικογένεια και την κοινωνία.
Αυτή η κατώτερη θέση εμποδίζει τις γυναίκες να προστατεύονται από την σεξουαλικά ενδεχόμενη μετάδοση και τις εμποδίζει να απευθύνονται στις υγειονομικές υπηρεσίες και σε άλλες υπηρεσίες.
Εξ άλλου οι γυναίκες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην φροντίδα ατόμων πονέχουν πληγεί από HIV ή AIDS.
Το 1992, πάνω από 4.000.000 παιδιά, συμπεριλαμβανομένων και 1.000.000 που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV, θάχουν γεννηθεί από γυναίκες φορείς του ιού HIV και 10.000.000

./.

τουλάχιστον παιδιά που δεν έχουν μολυνθεί θα μείνουν ορφανά στην δεκαετία του 1990 χάνοντας τους γονείς τους από AIDS.

8. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ HIV 'Η AIDS ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΝΤΑΙ.

'Ατομα με HIV ή AIDS ή όσα πιστεύεται ότι κινδυνεύουν να μολυνθούν, έχουν κατά καιρούς διακρίσεις, βία και άλλες καταστρατηγήσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους.
Η προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων φορέων HIV ή που πάσχουν από AIDS είναι ζωτική για την επιτυχή προφύλαξη και φροντίδα των ατόμων αυτών.
Πρέπει όλοι μαζί να βοηθήσουμε για την προστασία των ατόμων αυτών ώστε να κατορθώσουν να διαφυλάξουν την αξιοπρέπειά τους.

9. ΤΟ AIDS ΜΑΣ ΑΠΕΙΛΕΙ ΟΛΟΥΣ.

Το AIDS απειλεί όλους τους άνδρες τις γυναίκες και τα παιδιά του κόσμου.
Κανείς δεν έχει ανοσία.
Το AIDS δεν προσβάλλει μόνο όσους έχουν μολυνθεί με τον ιό HIV ή έχουν πάθει AIDS αλλά και τις οικογένειές τους, τους φίλους τους και όσους τους φροντίζουν.
Πρέπει όλοι μας να ζήσουμε με το το AIDS στον κόσμο, στις χώρες μας, στις κοινότητές μας.

10. ΟΛΟΙ ΜΑΖΙ ΕΝΩΜΕΝΟΙ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΟΥΜΕ ΤΟ AIDS.

Κάθε χρόνο η Παγκόσμια Ημέρα για το AIDS βοηθάει στην διάδοση και ενίσχυση της προσπάθειας σε Παγκόσμιο επίπεδο καταστολής του AIDS.
Η Παγκόσμια Ημέρα AIDS φέρνει μηνύματα ελπίδας, πάθους, αλληλεγγύης και κατανόησης για το AIDS σ'όλο τον κόσμο-Βορρά, Νότο, Ανατολή και Δύση.
Την Παγκόσμια Ημέρ ακατά του AIDS και -καθημερινά- σμίγουν οι Παγκόσμιες προσπάθειες καταπολέμησης του AIDS.

AIDS
ΜΟΝΟ ΜΙΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΕΝΗ
ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΟ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙ

Σ.Ε.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ

Ταχ. Δ/νση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας : 101 87
Πληροφορίες : Νικ. Μπατζή
Τηλέφωνο : 52 33 563

Αθήνα 7 - 11 - 1990

Αριθ.πρωτ. 8348

ΠΡΟΣ : Τους Προέδρους
όλων των Νοσηλευτικών
μάτων της Χώρας.

ΘΕΜΑ : " Υποχρεωτική δήλωση κρουσμάτων AIDS".

Επειδή παρατηρείται κοινολόγηση απο τον Ημερήσιο Τύπο κρουσμάτων & θανάτων AIDS, χωρίς να έχουμε ενημερωθεί για την εμφάνισή τους, παρακαλούμε με μέριμνα των Διοικητικών Διευθυντών του Ιδρύματός σας όλοι οι Διευθυντές κλινικών, Τμημάτων , Εργαστηρίων & Ιατρείων να λάβουν γνώση ενυπόγραφα του συνημμένου ΦΕΚ. 592 τ.Β'/86 για την υποχρεωτική δήλωση κρουσμάτων Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS).
Πιστεύουμε ότι θα κατανοήσετε την σοβαρότητα του θέματος και ελπίζουμε ότι δεν θα υποχρεωθούμε να κινήσουμε διαδικασίες για παράβαση της σχετικής νομοθεσίας και ιατρικής Δεοντολογίας.

Ο ΑΝΑΠΛ. ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Γ. ΣΟΥΡΔΑΣ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ :

1. ΦΕΚ. σε κάθε αποδέκτη.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γραφ. Κας Υπουργού
2. Γραφ. κ. Αναπλ. Υπουργού
3. Γραφ. κ. Γενικού Γραμματέα
4. Δ/νση Ιατρικής Αντίληψης
5. Δ/νση Δημ. & Διεθνών Σχέσεων
6. κ. Ν. Ματσανιώτη – Πρόεδρο Εθν.Επ. AIDS.
   Αναπλ. Καθηγητή Παιδιατρικής
   Νοσοκ. Παίδων "ΑΓ. ΣΟΦΙΑ"
   ΤΚ. 115 27 ΓΟΥΔΙ

ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Ο ΚΟΙΝΟΤΑΡΧΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

./.

Ν.Κ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Ταχ. Δ/νση :Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας:101.87
Πληροφορίες:Νικ. Μπατζή
Τηλέφωνο :5233.563

ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΝ

Αθήνα 3 - 7 - 1990

Αριθ. Πρωτ. 6178

Α Π Ο Φ Α Σ Η

Έχοντας υπόψη:

α. Την από 11 Οκτωβρίου 1983 ΕΜΠ. 1675/100 απόφασή μας.
β. Την από 19 Αυγούστου 1985 Α1/οικ. 7441 απόφασή μας.
γ. Την από 5 Σεπτεμβρίου 1985 Α1/οικ. 7976 απόφασή μας.
δ. Την από 21 Ιανουαρίου 1987 Α1/11476 απόφασή μας.
ε. Την από 1 Ιουνίου 1988 Α1/οικ. 5511 απόφασή μας.
στ. Την από 3 Απριλίου 1990 Α1/οικ. 2805 απόφασή μας.
ζ. Τις ανάγκες της Εθνικής Επιτροπής AIDS.

Α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε

Την συμπλήρωση της Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας με τους κ.κ.

α) Χάρη Πολίτη, Δικηγόρο, στο Συντονιστικό όργανο της Εθνικής Επιτροπής AIDS, και
β) Δημήτριο Καλογερομήτρο - Διδάκτορα Πανεπ. Αθηνών, Ιατρό Παθολόγο, στην Υποεπιτροπή Ενημέρωσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS.

Η παρούσα να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.-

Ο ΑΝΑΠΛ. ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΟΥΡΛΑΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ
1. Γραφ. κ. Υπουργού
2. Γραφ. κ. Αναπλ. Υπουργού

..//..

3. Γραφ. κ. Γεν. Γραμματέα
4. Νικ. Ματσανιώτη
   Πρόεδρο Ε.Ε. AIDS
   Ακαδ. Καθηγητή Παιδιατρικής
   Νοσοκ. Παίδων "ΑΓ. ΣΟΦΙΑ"
   Τ.Κ. 115.27 ΓΟΥΔΙ
5. Δ/νση Δημ. Υγιεινής (10)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Υπηρεσιακός Γραμ/τείας.-

ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ AIDS

Ταχ. Δ/νση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας : 10 187
Πληροφορίες : Νικολίτσα Μπατζή
Τηλέφωνο : 5233 563

Αθήνα, 14 Νοεμβρίου 199(
Αριθ. πρωτ.
οικ. 8661

ΠΡΟΣ: Όλα τα Νοσηλευτικά
Ιδρύματα της Χώρας.

ΘΕΜΑ: "Εγκύκλιος επ' ευκαιρία της Παγκοσμίου Ημέρας κατά του AI

Η Ελλάδα κατόρθωσε να διατηρήσει μέχρι σήμερα τη μικρότερη συχνότητα κρουσμάτων AIDS σε σχέση με τις άλλες χώρες της ΕΟΚ. Εν τούτοις η επιδημία εξαπλούται με γρήγορο ρυθμό. Μέχρι σήμερ δηλώθηκαν στο Υπουργείο 375 κρούσματα και υπολογίζεται ότι μέχρ το 1992 θα υπάρχουν συνολικά 1000 - 1500 ασθενείς.
Οι ανάγκες υγειονομικής περιθάλψεως είναι επόμενο να αυξηθούν μαντικά.
Η εφαρμογή του AZT και άλλων νεωτέρων αντιϊκών φαρμάκων, αλλά η αρτιώτερη θεραπεία των ευκαιριακών λοιμώξεων θα βελτιώσουν τ προσδόκιμο χρόνο επιβιώσεως των ασθενών και έτσι θα αυξήσουν π ρισσότερο τις ανάγκες νοσοκομειακής νοσηλείας.
Επιβάλλεται επομένως ο προγραμματισμός για ενίσχυση της προσπά θειας για βελτίωση της νοσηλευτικής υποδομής και για συνεχή εκ δευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
Το Υ.ΥΠ και Κ.Α. ύστερα από λεπτομερή μελέτη των διαφόρων παρα μέτρων του προβλήματος αποφάσισε να προχωρήσει στην εφαρμογή τ ακολούθων μέτρων για αντιμετώπιση των νοσηλευτικών αναγκών.

1. ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ σε μορφή ΝΠΙΔ που θα αναλάβει να ε λείψει τις παρατηρούμενες αδυναμίες εκτελέσεως και εφαρμογής τ εκάστοτε λαμβανομένων αποφάσεων.
Το Κέντρο θα αναλάβει την συνολική αντιμετώπιση και τον πανεθν

συντονισμό των ενεργειών των υπηρεσιών του κράτους τόσο για την πρόληψη όσο και για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS.

2. ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ περιστατικών νόσου από όλα τα Νοσοκομεία της χώρας.

3. Όλα τα Νοσοκομεία της χώρας υποχρεούνται να δέχονται προς εξέταση ανιχνεύσεως αντισωμάτων AIDS κάθε εθελοντικά προσερχόμενο άτομο, τηρώντας με ακρίβεια τις οδηγίες που συντάχθηκαν από την Εθνική Επιτροπή ΑΙDS.

4. ΙΔΡΥΟΝΤΑΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ στην περιοχή Αθηνών (Νοσ. "Ανδρέας Συγγρός", Περιφ.Γεν.Νοσοκ. Αθ. "Λαϊκό", Περιφ.Γεν.Νοσ. Αθ. "Ευαγγελισμός", Περιφ.Γεν.Νοσοκ. Αθ. "Ιπποκράτειο", Περιφερ. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Νομαρχ. Γεν.Νοσοκ. Δυτικής Αττικής, Περιφ. Γεν. Νοσ. Θώρακος Αθ. "Σωτηρία", Περιφ.Γεν.Νοσοκ. Παίδων "Αγ. Σοφία", 1ο Θεραπ. Ι.Κ.Α.,
ΤΡΕΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΣΤΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗ (Περιφ.Γεν.Νόσοκ. "ΑΧΕΠΑ" Θεσ/νίκης, Περιφ. Γεν.Νοσοκ. "Ιπποκράτειο" Θεσ/νίκης,Γ.Παπανικολάου" Θεσ/κης.
ΜΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΑ (Περιφ.Πανεπ.Νοσοκ. Πατρών)
ΜΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΑ (Περιφ.Γεν.Νοσοκ. Ιωαννίνων "Χατζηκώστα"
ΜΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ (Περιφ.Πανεπ.Νοσοκ. Ηρακλείου Κρήτης)
ΚΑΙ ΜΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΗΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ (Περιφ.Γεν.Νοσοκ.Αλεξ/πολης)

Οι ειδικές αυτές μονάδες θα διαθέτουν τουλάχιστον πέντε μονόκλινα δωμάτια για τη νοσηλεία ασθενών με AIDS.
Στα Νοσοκομεία αυτά θα λειτουργεί εξωτερικό ιατρείο για την τακτική εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση των ασθενών και φορέων AIDS.
Στα Δ.Σ. των Νοσοκομείων αυτών έχουν δοθεί σχετικές εντολές για την ενίσχυση των ειδικών μονάδων λοιμώξεων και έχει δρομολογηθεί η σύσταση ανά μιας θέσεως Επιμελητού Α' με αποκλειστική απασχόληση στη νοσηλεία και παρακολούθηση των ασθενών και φορέων AIDS.

5. Έχει ζητηθεί από τις Επιστημονικές Επιτροπές των Νοσοκομείων, σε συνεργασία με τις επιτροπές Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων, να οργανώσουν προγράμματα συνεχούς εκπαιδεύσεως του Ιατρονοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού και να εφαρμόσουν τις βασικές αρχές

/.

δεοντολογίας και τους κανόνες συμπεριφοράς, που θέσπισε η Εθνική Επιτροπή AIDS, σύμφωνα με τις αποφάσεις της Π.Ο.Υ. και άλλων διεθνών οργανισμών.

6. Με την ευκαιρία των πανηγυρικών εκδηλώσεων της Παγκόσμιας Ημέρας του AIDS (1η Δεκεμβρίου) που θέσπισε η Π.Ο.Υ. με θέμα φετεινό "Γυναίκα και AIDS" οι Επιστημονικές Επιτροπές των Νοσοκομείων εντέλλονται να οργανώσουν την 30η ΝΟεμβρίου ομιλία προς όλο το προσωπικό, κατά την οποία θα πρέπει να αναλυθεί το περιεχόμενο του φυλλαδίου "Βασικές Δεοντολογικές Αρχές και Κανόνες Συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση του AIDS" που εξέδωσε το Υπουργείο και το οποίο σας αποστείλαμε καθώς και του Δελτίου των -10- σημείων που συνημμένα σας αποστέλουμε.-

Ο ΑΝΑΠΛ. ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Γ. ΣΟΥΡΛΑΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γραφ. κας Υπουργού
2. Γραφείο κ. αναπλ. Υπουργού
3. Γραφ. κ. Γεν. Γραμματέα
4. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (10)

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: Ένα (1)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ

Ακριβές αντίγραφο για την ακρίβεια
Αρχιλοχίας Γραμματείας

ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΝ

Α.Α.
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 9 - 1 - 1990

Αριθ.Πρωτ.Οικ.277

Α Π Ο Φ Α Σ Η

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας:101 87
Πληροφορίες:Νικ.Μπατζή
Τηλέφωνο:5233-563

Έχοντας υπόψη:
α. Την από 11 Οκτωβρίου 1983 ΕΜΠ.1675/100 απόφασή μας.
β. Την από 19 Αυγούστου 1985 Α1/οικ.7441 απόφασή μας.
γ. Την από 5 Σεπτεμβρίου 1985 Α1/οικ.7976 απόφασή μας.
δ. Την από 21 Ιανουαρίου 1987 Α1/11476 απόφασή μας.
ε. Την από 1 Ιουνίου 1988 Α1/οικ.5511 απόφασή μας.
ζ. Την από 4 Οκτωβρίου 1988 Α1/οικ.9713 απόφασή μας.
η. Την από 10 Φεβρουαρίου 1989 Α1/οικ.1606 απόφασή μας.
θ. Τις ανάγκες της Εθνικής Επιτροπής AIDS

Αποφασίζουμε

Ορίζουμε αναπληρωτή προέδρου της Εθνικής Επιτροπής AIDS και του Συντονιστικού Οργάνου τον ακαδημαϊκό Καθηγητή Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κο Νικόλαο Ματσανιώτη.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Γ. ΜΕΡΙΚΑΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
1. Γραφ.κ.Υπουργού
2. Γραφ.κ.Γεν.Γραμματέα
3. κ.Μ.Καρρά-Σύμβουλο Υπουργού
4. Δ/νση Δημ.Υγιεινής (10)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμήχης Γραμματείας.-

ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΝ - ΑΜΕΣΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κωδ. 101 87
TELEFAX: 5222393
Πληροφορίες: Νικ. Κπατζή
Τηλέφωνο: 5233563

Αθηνα 14-3-1990
Αριθμ. πρωτ. οικ. 2284

Α Π Ο Φ Α Σ Η

Εχοντας υπόψη:

α. Τήν από 11 Οκτωβρίου 1983 ΕΜΠ.1675/100 απόφασή μας.
β. Τήν από 19 Αυγούστου 1985 Α1/οικ. 7441 απόφασή μας.
γ. Τήν από 5 Σεπτεμβρίου 1985 Αι/οικ. 7976 απόφασή μας
δ. Τήν από 21 Ιανουαρίου 1987 Αι/11476 απόφασή μας.
ε. Τήν από 1 Ιουνίου 1988 Αι/οικ. 5511 απόφασή μας.
ζ. Τήν από 5 Οκτωβρίου 1988 Αι/οικ. 9713 απόφασή μας.
η. Τήν από 10 Φεβρουαρίου 1989 Αι/οικ. 1606 απόφασή μας.
θ. Τήν από 9 Ιανουαρίου 1990 Αι/οικ.277 απόφασή μας.
ι. Τίς ανάγκες της Εθνική Επιτροπής AIDS.

Α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε

Ορίζουμε Πρόεδρο της Εθνική Επιτροπής AIDS και του Συντονιστικού Οργάνου τον Ακαδημαϊκό Καθηγητή Παιδιατρική του Πανεπιστημίου Αθηνων κο Νικόλαο Ματσανιώτη.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Γραφ. κ. Υπουργού
2. Γραφ. κ. Γεν. Γραμματέα
3. κ. Μ.Καρά -Σύμβουλο Υπουργού
4. Δ/νση Δημ. Υγιεινής (10)
5. Μέλη Εθνικής Επιτροπής AIDS

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Γ. ΜΕΡΙΚΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ Ο ΤΜΗΜΑΤΑΡΧΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

(.....):18044
1/474:

ΑΠΘ ΥΠΘΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΑΠ 8023 // 23-10-1992
ΠΛΗΡ. Γ. ΝΑΝΕΣ
ΤΗΛ. 5232621/237
ΛΟΚ 1523

ΠΡΟΣ: ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΝΟΜΑΡΧΙΕΣ
Δ/ΝΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Δ/ΝΣΕΙΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΙΘ. 4803/13/Ε-Α/29-7-92 ΑΠΟΦΑΣΗ ΥΠΟΥΡΓΩΝ ΤΣΟΥΔΕΡΟΥ, ΚΑΛΑΝΤΖΑΚΟΥ, ΣΟΥΡΛΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΙ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΝΟΜΑΡΧΙΩΝ, ΤΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 1 ΠΑΡ. ΣΤ ΓΙΑ ΟΣΟΥΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥΣ ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΟΥΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΕΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΠΑΤΡΙΔΑΣ ΤΟΥΣ, ΘΑ ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΙΣ Δ/ΝΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ Η Δ/ΝΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ Α) ΛΕΠΤΟΜΕΡΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ 2) ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΑ ΚΑΙ (3) ΕΙΔΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΣΗΣ ΦΥΣΕΩΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΤΙΘΕΝΤΑΙ ΝΑ ΕΡΓΑΣΤΟΥΝ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΑΣ ΤΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ V.D.R.L. ΚΑΙ ΑΝ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ ΚΑΙ WASSERMANN. ΕΠΙΣΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ HIV. ΕΙΔΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ HIV ΑΥΤΗ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΠΑΝΤΑ ΜΕ ΣΥΜΦΩΝΗ ΓΝΩΜΗ ΤΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΗΣ.

ΟΛΕΣ ΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΘΑ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΟΣΟ ΔΕΝ ΑΝΤΙΚΕΙΝΤΑΙ ΣΤΙΣ ΘΔΗΓΙΕΣ ΤΗΣ Π.Θ.Υ.-

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΙΕΡΡΟΥΤΣΑΚΟΣ

P 101

ΚΕΝΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ - ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Στη σύσκεψη της 18/12/1989 στο γραφείο της συμβούλου του Υπουργού Υγείας κας Καρά κατόπιν προσκλήσεως του Διευθυντού Δημόσιας Υγιεινής κου Σαπουνά έγινε σύσκεψη για τα Κέντρα Ελέγχου και τα Κέντρα Αναφοράς AIDS. Με απόφαση του συντονιστικού οργάνου της Εθνικής Επιτροπής AIDS στις 16/1/1990 αποφασίστηκε να επαναδιατυπώσει ο κος Α. Χατζάκης τις αποφάσεις της σύσκεψης αυτής.

Το πνεύμα της γενικής συζήτησης ήταν οτι τα Κέντρα Ελέγχου AIDS εκτός από τον βασικό έλεγχο διαλογής (screening) για αντίσωμα HIV πρέπει να έχουν τη δυνατότητα για δραστηριότητες πρωτογενούς περίθαλψης (βλέπε παρακάτω) ενω αντίθετα τα Κέντρα Αναφοράς ασχολούνται σχεδόν αποκλειστικά με εργαστηριακές δραστηριότητες που συμβάλλουν στην υποστήριξη των κέντρων ελέγχου και των κλινικών ιατρών που παρακολουθούν ασθενείς και φορείς AIDS. Σύμφωνα με το παραπάνω πνεύμα οι αρμοδιότητες τους καθορίστηκαν ως εξής:

ΚΕΝΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ 1) Ελεγχος διαλογής (screening) για αντισώματα HIV των προσερχομένων ατόμων που ανήκουν είτε στις ομάδες κινδύνου είτε σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες που σύμφωνα με τις αποφάσεις της Εθνικής Επιτροπής AIDS συνιστάται ο έλεγχος τους. 2) Επιβεβαιωτικός έλεγχος με Western Blot των αρχικά θετικών ατόμων. 3) Ενημέρωση, συμβουλευτική καθοδήγηση των φορέων και παρότρυνση τους να απευθυνθούν σε αρμόδιους κλινικούς γιατρούς για τακτική κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση. 4) Συνεισφέρουν στις δραστηριότητες της Δημόσιας Υγιεινής για επιδημιολογική επιτήρηση του AIDS. 5) Προγράμματα ενημέρωσης του κοινού της περιοχής που εξυπηρετεί το Κέντρο.

ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ 1) Επιβεβαίωση των περιστατικών με Western Blot ή με άλλες δοκιμασίες για τα οποία η δοκιμασία Western Blot δεν είναι επαρκής. Αυτό σημαίνει οτι τα Κέντρα Αναφοράς ενισχύονται για την ανάπτυξη όλης της κατάλληλης μεθοδολογίας για την ανίχνευση του HIV (συνθετικά πεπτίδια, καλλιέργειες, PCR, κ.ά.) 2) Η πλήρης εργαστηριακή υποστήριξη των φορέων και ασθενών του AIDS που παραπέμπονται από τους υπεύθυνους κλινικούς γιατρούς. Ο έλεγχος αυτός περιλαμβάνει και τον έλεγχο των λεμφοκυτταρικών υποπληθυσμών. 3) Συνεισφέρουν στις δραστηριότητες της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής για επιδημιολογική επιτήρηση του AIDS. 4) Είναι υπεύθυνα για τον έλεγχο ποιότητος των Κέντρων Ελέγχου και άλλων εργαστηρίων που δραστηριοποιούνται στον εργαστηριακό χώρο διάγνωσης του AIDS. 5) Συμβάλλουν στην εκπαίδευση του προσωπικού των Κέντρων Ελέγχου ή άλλων εργαστηρίων που δραστηριοποιούνται στο

χώρο του AIDS. 6) Είναι συνδεδεμένα με τα αντίστοιχα Διεθνή Κέντρα Αναφοράς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ή άλλων Διεθνών Οργανισμών.

Πρέπει να σημειωθεί οτι τα Κέντρα Αναφοράς αποτελούν τη συμβολή της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας για πληρέστερη εργαστηριακή τεκμηρίωση της λοίμωξης HIV και μελέτη των ασθενών και φορέων του AIDS. Αυτό δε σημαίνει οτι μονοπωλούν ορισμένες δραστηριότητες που είναι δυνατόν να αναπτύσσουν και γενικά νοσοκομεία όπως π.χ. ο έλεγχος των λεμφοκυτταρικών πληθυσμών ή άλλες εργαστηριακές εξετάσεις, απαραίτητες για την περίθαλψη των ασθενών και φορέων του AIDS.

ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΝ-ΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΜΟ

Κ/Τ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Ταχ. Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας:10187
Πληροφορίες:Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο:5222393

Αθήνα 6 Μαρτίου 1989
Αριθ.Πρωτ.Α1/οικ.2118

ΠΡΟΣ:Όλες τις Δ/νσεις ή
Τμήματα Υγιεινής των
Νομαρχιών
Έδρες τους

ΘΕΜΑ:Εμβολιασμός παιδιών οροθετικών HIV.

1.Επειδή κατά καιρούς αντιμετωπίζομε ερωτήματα σχετικά με το θέμα σας πληροφορούμε τα ακόλουθα:
α.Το παιδί που γεννήθηκε από μητέρα οροθετική HIV δεν θεωρείται φορέας AIDS,έστω κι αν ανιχνεύονται αντισώματα κατά της νόσου μέχρι της ηλικίας των 15 μηνών,γιατί πιθανόν να προέρχονται από τη μητέρα του και να μην οφείλονται σε δική του ιοφορία ειδικότερα αν τούτο παρατηρηθεί εντός των πρώτων 6 μηνών από την γέννησή του.
β.Ο εμβολιασμός προχωρεί σύμφωνα με τις συστάσεις του ιατρού που παρακολουθεί το παιδί.
γ.Γενικά ουδεμία απαγόρευση υπάρχει για τη διενέργεια εμβολίων που δεν περιέχουν ζώντες εξασθενημένους ιούς και για τα περιέχοντα ζώντες εξασθενημένους ιούς γίνεται εκτίμηση των επιδημιολογικών στοιχείων της περιοχής κιόταν ο κίνδυνος προσβολής π.χ.εκ πολιομυελίτιδας είναι μεγάλος όπως π.χ.στην Αφρική διενεργείται ο αντιπολιομυελιτικός δια SABIN εμβολιασμός αν δεν διαθέτεται εμβόλιο SALK ανεξάρτητα της οροθετικότητας HIV.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Θ.ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ
Δ/νση Δημ.Υγιεινής(10)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

Κ/Τ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Ταχ. Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας:10187
Πληροφορίες:Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο:5222393

ΕΠΕΙΓΟΝ

Αθήνα 6 Μαρτίου 1989
Αριθ.Πρωτ.Α1/οικ.2120

ΠΡΟΣ:Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών Έδρες τους

ΘΕΜΑ:Πορεία AIDS.

Συνεχίζοντας την ενημέρωσή σας για την ανά τον κόσμο πορεία AIDS σας στέλνομε συνημμένα πίνακες με τα συγκριτικά στοιχεία της νόσου κατά Περιφερειακό Γραφείο της ΠΟΥ και Ήπειρο μέχρι 4-1-1989 σύμφωνα με τα δηλωθέντα κρούσματα από τα Κράτη Μέλη της,με την πληροφορία ότι τα 80% περίπου των δηλωθέντων το 1988 αφορούν στα αξιολογηθέντα μέχρι 30.9.88 κι επομένως αναμένεται αύξηση του συνόλου τους.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Θ.ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ 3 σε κάθε αποδέκτη

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1.Γραφείο κ. Υφυπουργού
2.Γραφείο κ.Γενικού Γραμματέα
3.Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία.
4.Γραφείο Τύπου.
5.Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής(90)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 1

Δηλωθέντα κρούσματα AIDS σ'ολόκληρο τον κόσμο
από τα 6 Περιφερειακά Γραφεία της ΠΟΥ
κατά τα έτη 1979-1988

Περιφερειακό Γραφείο ΠΟΥ	Αριθμός Περιπτώσεων			
	1979-1986	1987	1988	ΣΥΝΟΛΟ
Αφρικής	3.854	8.214	8.710	20.778
Αμερικής	42.981	28.522	22.220	93.723
Ανατολικής Μεσογείου	3	110	65	178
Ευρώπης	6.172	6.052	4.736	16.960
Νοτιοανατολικής Ασίας	11	8	2	21
Δυτικού Ειρηνικού	455	440	421	1.316
ΣΥΝΟΛΟ	53.476	43.346	36.154	132.976

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 2

Δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά Ήπειρο προ του 1979-1988

Έτη	Ήπειροι				
	Αφρική	Αμερική	Ασία	Ευρώπη	Ωκεανί
Πριν το 1979	1	0	0	0	0
1979	0	15	0	0	0
1980	0	73	1	20	0
1981	0	299	0	27	0
1982	2	1.094	2	82	1
1983	14	3.276	8	267	6
1984	82	6.434	7	658	45
1985	682	12.144	31	1.687	124
1986	3.075	19.641	44	3.386	243
1987	8.294	28.522	111	6.033	386
1988	8.755	22.220	81	4.723	375
ΣΥΝΟΛΟ	20.905	93.723	285	16.883	1.180

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 3

Κρούσματα AIDS δηλωθέντα ανά τον κόσμο κατά αριθμό
Κρατών-Μελών της ΠΟΥ και Ήπειρο
προ του 1979 μέχρι 4.1.89

Ήπειροι	Αριθμός Περιπτώσεων	Αριθμός Κρατών-Μελών ΠΟΥ	Μηδέν Περιπτώσεις	Περισσότερες από 1 Περιπτώσεις
Αφρική	20.905	51	5	46
Αμερική	93.723	44	2	42
Ασία	285	38	16	22
Ευρώπη	16.883	30	2	28
Ωκεανία	1.180	14	9	5
ΣΥΝΟΛΟ	132.976	177	34	143

ΣΒ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Νούλα Μαρία
Τηλέφωνο: 5222.393

Αθήνα, 10 - 2 - 1989

Αριθ.Πρωτ. Α1/οικ.1606

Α Π Ο Φ Α Σ Η

Έχοντας υπόψη:

α. Την από 11 Οκτωβρίου 1985 ΕΜΠ. 1675/100 απόφασή μας.
β. Την από 19 Αυγούστου 1985 Α1/οικ.7441 απόφασή μας.
γ. Την από 5 Σεπτεμβρίου 1985 Α1/οικ.7976 απόφασή μας.
δ. Την από 21 Ιανουαρίου 1987 Α1/11476 απόφασή μας.
ε. Την απόφαση της Εθνικής Επιτροπής AIDS κατά την συνεδρίασή τ
στις 12-6-1987.
στ. Την απόφαση της Εθνικής Επιτροπής AIDS κατά την συνεδρίασή τ
στις 14-3-1988.
ζ. Την από 1 Ιουνίου 1988 Α1/οικ.5511 απόφασή μας.
η. Την από 4 Οκτωβρίου 1988 Α1/οικ.9713 απόφασή μας.
θ. Τις ανάγκες της Επιτροπής.

Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ο Υ Μ Ε

Α.- Την συμπλήρωση της Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου του Συνδρ
της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας με τους κ.κ.

1. Αποστολόπουλο Απόστολο, Καθηγητή της Προληπτικής και Κοινων
Οδοντιατρικής του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου
2. Κρεμαστινού - Κουρέα Τζένη, Καθηγήτρια Δημόσιας και Διοικητ
Υγιεινής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών.
3. Λάσκαρη Γεώργιο Αναπληρωτή Καθηγητή Στοματολογίας του Οδοντ
τρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Αθηνών.
4. Μήτση Φώτιο, Καθηγητή της Περιοδοντολογίας του Οδοντιατρικο
Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών.
5. Τσουρουκτσόγλου Γουλιέλμο, Καθηγητή Παθολογίας του Αριστοτέ
Πανεπιστήμιου θεσ/νίκης.

Β.- Την συγκρότηση και ανάπτυξη Υποεπιτροπής Οδοντιατρικής.

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

Μ. ΣΚΟΥΛΑΚΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Υφυπουργού
3. Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέα
4. Σύμβουλο Υφυπουργού κ. Στέφ. Μανίκα
5. Μέλη Εθνικής Επιτροπής AIDS κ.κ.

1) Μερίκα Γεώργιο, Ακαδημαϊκό Καθηγητή Πρόεδρο Εθνικής Επιτροπής AIDS. Βασ. Ηρακλείου 6 ΤΚ 106 82 ΑΘΗΝΑ
2) Ματσανιώτη Νικόλαο, Ακαδημαϊκό Καθηγητή Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσ/μείο Παίδων ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΤΚ 115 27 ΓΟΥΔΙ.
3) Βλάχο Ιερόθεο, Αρχιμανδρίτη, Λέρου 6 ΤΚ 113 64 ΑΘΗΝΑ
4) Αποστολόπουλο Απόστολο, Καθηγητή Προληπτικής & Κοινωνικής Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών ΤΚ 115 27 ΓΟΥΔΙ.
5) Αραβαντινό Διονύσιο, Καθηγητή Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών Περιφ. Γεν. Νοσ/μείο ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, Βασ. Σοφίας 80 ΤΚ 115 28 ΑΘΗΝΑ.
6) Ιορδάνογλου Ι., Καθηγητή Πνευμονολογίας Ν.Ν.Θ.Α. "ΣΩΤΗΡΙΑ" Μεσογείων 154 ΤΚ 156 69 ΑΘΗΝΑ.
7) Κονδάκη Ξενοφ., Καθηγητή Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Πατρών ΤΚ 261 00 ΠΑΤΡΑ.
8) Κουμάντο Γεώργιο, Καθηγητή Αστικού Δικαίου Πανεπιστημίου Αθηνών Σκουφά 55 ΤΚ 106 72 ΚΟΛΩΝΑΚΙ.
9) Κουτσελίνη Αντώνιο, Καθηγητή Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας Πανεπιστ. Αθηνών Υψηλάντου 35 ΤΚ 106 76 ΚΟΛΩΝΑΚΙ.
10) Μήτση Φώτη Καθηγητή Περιοδοντολογίας Οδοντιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Αθηνών ΤΚ 115 27 ΓΟΥΔΙ.
11) Μουτσόπουλο Χαράλαμπο Καθηγητή Παθολογίας Περιφ. Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ" ΤΚ 450 01 ΓΙΑΝΝΕΝΑ.
12. Παπαδάτο Κων/νο, Καθηγητή Παιδιατρικής Νοσ/μείου Παίδων ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ, ΤΚ 115 27 ΑΘΗΝΑ.

13. Παπαευαγγέλου Γεώργιο, Καθηγητή Προληπτικής Ιατρικής Πανεπ
στημίου Αθηνών Υγειον. Σχολή Αθηνών, Λ. Αλεξάνδρας 196
ΤΚ 115 21 ΑΘΗΝΑ.
14. Παπαπαναγιώτου Ιωάννη, Καθηγητή Μικροβιολογίας Α.Π.Θ,
ΤΚ 54 006 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ
15. Σπαντίδο Δημ., Καθηγητή Ιολογίας, Πανεπιστημίου Κρήτης
ΤΚ 711 10 ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
16. Στεφανή Κων/νο, Καθηγητή Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
"ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ" Νοσ/μείο Βασ.Σοφίας 74 ΤΚ 115 28 ΑΘΗΝΑ
17. Στρατηγό Ιωάννη Καθηγητή Δερματολογίας -Αφροδισίων νόσων
Νοσ/μείο "ΑΝΔΡΕΑ ΣΥΓΓΡΟΥ" Δραγούμη 5 ΤΚ 161 21 ΑΘΗΝΑ
18. Τριχόπουλο Δημήτριο, Καθηγητή Υγιεινής και Επιδημιολογίας
Πανεπ. Αθηνών ΤΚ 115 27 ΓΟΥΔΙ.
19. Τσουρουκτσόγλου Γουλιέλμο, Καθηγητή Παθολογίας Α.Π.Θ.
ΤΚ 540 06 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ.
20. Καράμπελα Λάμπρο, Αντιεισαγγελέα Εφετών Αθηνών, Μηλιαράκη
21 ΤΚ 101 45 Κ. Πατήσια. - Σωλ. Θωμᾶ Ἰδρυτοῦργου κ. Η. Σκουλαξη
ΜΑΝΙΚΑ ΣΤΕΦΑΝΟ
22. Στεφάνου Θεοδώρα Δ/ντρια Δημόσιας Υγιεινής Υπουργείου Υγεί
Πρόνοιας και Κοινων. Ασφαλίσεων.
23. Λανάρα Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Αθη
Τμήματος Νοσηλευτικής, Φειδιππίδου 45-47 ΤΚ 115 27 ΑΘΗΝΑ
24. Λάσκαρη Γεώργιο Αναπλ. Καθηγητή Στοματολογίας Οδοντιατρικού
Τμήματος Πανεπιστ. Αθηνών ΤΚ 115 27 ΓΟΥΔΙ.
25. Τσελέντη Ιωάννη, Αναπληρωτή Καθηγητή Ιατρικών Εργαστηρίων
Πανεπιστημίου Κρήτης ΤΚ 711 10 ΗΡΑΚΛΕΙΟ - ΚΡΗΤΗΣ.
26. Γεωργούλια Βασίλειο, Επίκουρο Καθηγητή Παθολογίας-Ογκολογί
Πανεπιστημίου Κρήτης ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΤΚ 711 10 ΚΡΗΤΗ.
27. Καλοταιράκη Ανδρέα, Επίκουρο Καθηγητή Παθολογική Πανεπιστη
Κλινική "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ" Νοσ/μείο Αθηνών Βασ.Σοφίας 114 ΤΚ 1
ΘΗΝΑ.
28. Καρπάθιο Σακελλάρη, Επίκουρο Καθηγήτή Μαιευτικής Γυναικολ
Πανεπιστημίου Αθηνών Συντονίστή Οικογενειακού Προγράμματι
Περιφ. Γενικού Νοσ/μείου "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" ΤΚ 115 28 ΑΘΗΝΑ.
29. Κοκκέβη Άννα, Επίκουρο Καθηγήτρια Ψυχολογίας Πανεπιστήμ
Αθηνών, Ψυχολογικό Εργαστήριο "ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΥ" Νοσ/μείου Βασ
Σοφίας 74 ΤΚ 115 28 ΑΘΗΝΑ
30. Μανδαλάκη Τιτίκα, Επίκουρο Καθηγήτρια Περιφ.Γεν.Νοσ."ΛΑΪΚ
Αγίου Θωμά 17 ΤΚ 115 27 ΓΟΥΔΙ.

.//.

31. Οικονομίδου Ιωάννα, Επίκουρο Καθηγήτρια θεραπευτήριο "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" Υψηλάντου 45-47 ΤΚ 106 76 ΑΘΗΝΑ.
32. Πριόβολο Ιωάννη, Επίκουρο Καθηγητή Παθολογίας, Αριστοτέλους 19 ΤΚ 101 87
33. Τέγο Κων/νο, Επίκουρο Καθηγητή Παθολογίας 401 Γ.Σ.Ν.Α. Μεσογείων 138 ΤΚ 156'69 ΑΘΗΝΑ.
34. Αγραφιώτη Δημοσθένη, Καθηγητή Κοινωνιολογίας, Υγειονομική Σχολή Αθηνών Λ. Αλεξάνδρας 196 ΤΚ 115 21 ΑΘΗΝΑ.
35. Κρεμαστινού - Κουρέα Τζένη Καθηγήτρια Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής Υγειον. Σχολή Αθηνών, Λεωφ. Αλεξάνδρας 196 ΤΚ 115 21 ΑΘΗΝΑ.
36. Κυριόπουλο Ιωάννη, Καθηγητή Ιατρικής Οικονομίας Υγείον. Σχολή Αθηνών Λ. Αλεξάνδρας 196 ΤΚ 115 21 ΑΘΗΝΑ.
37. Παπαδάκη Ιωάννη, Καθηγητή Μικροβιολογίας & Ανοσοβιολογίας Υγειον. Σχολή Αθηνών Λ. Αλεξάνδρας 196 ΤΚ 115 21 ΑΘΗΝΑ
38. Κακλαμάνη Νικήτα, Λέκτορα Γενικό Γραμματέα Π.Ι.Σ. Σεμιτέλο 2 ΤΚ 115 28 ΑΘΗΝΑ.
39. Χατζάκη Άγγελο Λέκτορα Εργαστηρίου Υγιεινής Πανεπιστ.Αθηνώ ΤΚ 115 27 ΓΟΥΔΙ.
40. Δαμουλή Δημήτριο, Οδοντίατρο Πρόεδρο Οδοντιατρικής Ομοσπον Θεμιστοκλέους 38 ΤΚ 106 76 ΑΘΗΝΑ.
41. Δαρβίρη Χριστίνα Επισκέπτρια Υγείας, Προϊσταμένη Τμήματος πισκεπτριών - Επισκεπτών Υγείας Ζαχάρωφ 3 ΤΚ 115 21 ΑΘΗΝΑ.
42. Μαλλιώρη Μελπομένη Ψυχίατρο, Σύμβουλο Υπουργού Υ.Π. & Κ.
43. Παπαδόπουλο Χαρίτωνα Δ/ντή Δ/νσης Κοινων. Εργασίας Υ.Υ.Π.&
44. Φαρμάκη Μαρία Δ/ντρια Εκτέλεση Πόινών Υπουργείου Δικαιοσύ Μεσογείων 96 ΤΚ 169 29 ΑΘΗΝΑ.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

1. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (10)
2. Γραμματεία Εθνικής Επιτροπής AIDS

ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΑ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Η Προϊσταμένη της Γραμματείας

Μετεβιβάσθη*

Ἡμερομ.	Ὥρα	Ὑπογραφή

ΦΥΛΛΟΝ

ΤΗΛΕΤΥΠΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΤΗΛΕΤΥΠΗΜ
ΑΑ*

ΝΔ ΚΑΛΟΥΝ* _____ ΕΝΔ ΚΑΛΟΥΜ* _____

ΤΟ _____ ΠΡΟΣ _____

ΝΣΙΣ _____ _____

Τ _____ ΗΜΕΡ _____

ΛΗΡΟΦ _____ ΤΗΛ _____ ΔΙΕΤΡΗΘΗ ΩΡΑ* _____ ΗΜΕΡ* _____

Δεν διακοψορεύεται δικαίωμα
εις βάρος των Δημοσίων
ή άλλων αναγκαστικών φορέων
εφ' όσον γίνονται δωρεάν από
τα εντεταλμένα φορέα
ΚΕΕ

Θέμα 14ο αρ. φακ. 3979

26/1/89.

Συμπληρούνται ὑπὸ Χειριστοῦ Τηλετύπου.

* Θέμα καὶ ΣΧΕΤ ἀναγράφονται κατὰ κρίσιν Συντάκτου.

Κ—2278

ΜΕΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΑΞΙΔΙΩΤΩΝ

Α.Κ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Αθήνα 29 Ιανουαρίου 1989
Αριθ.Πρωτ.
Α1/291

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Νούλα Μαρία
Τηλέφωνο: 5222393

ΠΡΟΣ: Το Υπουργείο Εξωτερικών
Β2 Δ/νση Διμερών οικ.Σχέσεων
Ακαδημίας 2 ΑΘΗΝΑ

ΘΕΜΑ: Μέτρα ελέγχου για το AIDS

Απαντώντας στο με αριθ.Β2 Δ.Φ.1413.2/ΑΣ 37/10-1-89 έγγραφό σας,σας γνωρίζουμε ότι η Ελλάδα σύμφωνα με συστάσεις της Π.Ο.Υ. δεν έχει λάβει κανένα μέτρο ελέγχου κατά την διακίνηση ταξιδιωτών από όλες τις χώρες του κόσμου σχετικά με το AIDS .

Κατά καιρούς οι πρεσβείες σας στα Ανατολικά Κράτη με κοινοποίηση προς τις αρμόδιες Δ/νσεις του Υπουργείου σας,μας ενημερώνουν σχετικά με βάση πληροφορίες που συγκεντρώνουν κατά τόπους. Ρηματική διακοίνωση δεν μας έχει σταλεί από καμμία Ανατολική Χώρα, μόνο από τις Ασιατικές το ΙΡΑΚ δια της Πρεσβείας μας.
Εξ όσων γνωρίζουμε η Σοβιετική Ενωση, Βουλγαρία,και η Ανατολική Γερμανία έχουν επιβάλλει μέτρα ελέγχου για τους ταξιδιώτες τα οποία και πάλι τονίζουμε ότι απορρίπτονται από την Π.Ο.Υ.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ
Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
Δ/νση Δημ. Υγιεινής (3)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
ο Τμημ/ρχης Γραμματείας.

ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΝ-ΑΜΕΣΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ

Κ/Τ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Ταχ. Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας:10187
Πληροφορίες:Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο:5222393

Αθήνα 6 Δεκεμβρίου 1988
Αριθ.Πρωτ. Α1/11795

ΠΡΟΣ:Τα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς
AIDS
Όπως ο Πίνακας Διανομής

ΘΕΜΑ:Δήλωση οροθετικών HIV κατά γεωγραφικό διαμέρισμα και ομάδες κινδύνου.

Επειδή η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας μας ζητά ακριβή κατάλογο των φορέων HIV κατά γεωγραφικό διαμέρισμα της χώρας μας και ομάδες κινδύνου κι επειδή στο αρχείο μας δεν υπάρχουν πλήρη τα ανωτέρω στοιχεία.σας παρακαλούμε να μας τα στείλετε συγκεντρωτικά από την έναρξη λειτουργίας σας μέχρι σήμερα,για να ανταποκριθούμε στις διεθνείς υποχρεώσεις μας.

Πισιέυοντας ότι λόγω της σοβαρότητας του θέματος θα έχομε άμεσ απάντησή σας ,σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

1.ΕθνικόΚέντρο Αναφοράς AIDS
Βορείου Ελλάδος Μικροβιολογικό Εργαστήριο
ΑΠΘ Τ.Κ. 54006 Θεσσαλονίκη

2.Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS
Βορειοδυτικής Ελλάδας Παθαλογική
Πανεπιστημιακή Κλινική-Ανοσολογικό
Εργαστήριο Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Νοσοκομείο Χατζηκώστα ΤΚ 45001 Γιάννενα

3.ΕθνικόΚέντρο Αναφοράς AIDS
Κρήτης Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο
Ηρακλείου "Βενιζέλειο-Πανάνειο"
ΤΚ 71021 Ηράκλειο Κρήτης

4.Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS
Νοτίου Ελλάδας Υγειονομική
Σχολή Αθηνών Λεωφ. Αλεξάνδρας 196
ΤΚ 11521 Αθήνα

5.Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS
Νοτιοδυτικής Ελλάδας Εργαστήριο
Υγιεινής Πανεπιστημίου Πατρών
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών
Ρίο Πάτρα

6.Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Ελέγχου
Κυταρρικής Ανοσίας AIDS
Ανοσολογικό Τμήμα Θεραπευτηρίου Ευαγγελισμός
Υψηλάντου 45-47
ΤΚ 10676 Αθήνα

Α.Κ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Νούλα Μαρία
Τηλέφωνο: 5222393

Αθήνα 2 - 12 - 1988
Αριθ.Πρωτ.
Α1/11708

ΠΡΟΣ: Τον κ. καθηγητή
κ. Γ. Παπαευαγγέλου
Καθηγητή Υγειονομικής
Σχολής Αθηνών
Λ. Αλεξάνδρας 196
115 21 ΑΘΗΝΑ

ΘΕΜΑ: Ομάδα για αξιολόγηση περιπτώσεων AIDS

Αναφερόμενοι στο με αριθ.500/22-11-88 έγγραφό σας, σας πληροφορούμε ότι δεν έχουμε αντίρρηση εφ όσον αποτελεί απόφαση της υπο σας υποεπιτροπής.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ
Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (3)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
ο Τμηματάρχης Γραμματείας.

Αθήνα 2 - 12 - 1988

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ
ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Ο ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ

P.O. BOX 14085 - 115 21 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛΕΦΩΝΟ 64 44 906

30/11
Δν ανήκει

Αθήνα 22-11-1988

Αρ. Πρωτ. 580

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Αριθ. Πρωτ. Α1 11708
Ημερ. Παραλαβής 30-11-88

Κα Θ. Στεφάνου
Υ.Υ.Π. & Κ.Α.
Ενταύθα

Θέμα : Ομάδα για αξιολόγηση περιπτώσεων AIDS.
Σχετ : Έγγραφό σας Α1/οικ.11235/15-11-88.

Προτείνεται να συμπεριληφθούν η κα Οικονομίδου , ο κ. Τέγος και εγώ ώστε να υπάρξει συνέχιση και να συνδυασθεί πιθανόν με την επιτροπή χορηγήσεως AZT.

Καθ. Γ. Παπαευαγγέλου

1

Ι.Β.
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Νούλα Μαρία
Τηλέφωνο: 5222 393

Αθήνα 23 Νοεμβρίου 1988
Αριθ. Πρωτ.
Α1/11388

ΠΡΟΣ:
1. Τους Προέδρους των Δ.Σ
των Νοσ/μείων ως Πίνακα
2. Προς τον κ.Διοικητή του
Ι.Κ.Α

ΚΟΙΝ.: 1ο Θεραπευτήριο ΙΚΑ Πεντέλης
Τέρμα Ζαΐμη ΜΕΛΙΣΣΙΑ

ΘΕΜΑ: " Ανάπτυξη 4 κλινών για σθενείς με AIDS ".

Σας υπενθυμίζουμε τις με αριθ.ΕΜΠ.:214/457/31-12-87, ΕΜΠ.: 886/153/14-4-1988 και την Α1/οικ.8486/10-8-88 εγκυκλίους μας και παρακαλούμε να εξετάσετε την δυνατότητα άμεσης ανάπτυξης 4 κλινών για ασθενείς και φορείς με AIDS στο Ιδρυμά σας και να μεριμνήσετε για την άμεση λειτουργία Ειδικών Εξωτερικών Ιατρείων που να περιλαμβάνει κι Οδοντιατρική μονάδα για την ανελλιπή παρακολούθηση, ως εξωτερικών ασθενών, των πασχόντων από AIDS ανεξάρτητα αν λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή με A.Z.T ή όχι και των φορέων της νόσου.
Επίσης παρακαλούμε να γνωρίζετε καθημερινά στο τηλέφωνο 5233 563 στην Κα Μπατζή Νικολίτσα τις κενές σας κλίνες για την νοσηλεία των ανωτέρω.
Επειδή το θέμα επείγει αναμένουμε την απάντηση σας το ταχύτερο δυνατό για την υλοποίηση και πλήρη αιτιολόγισή των τυχόν αδυναμιών σας.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :
Γραφείο κ.Υπουργού

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΑΠ. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

. / .

Γραφείο κ.Υφυπουργού
" κ.Γενικού Γραμματέα

Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (3)

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Πρόεδρο Εθνικής Επιτροπής AIDS κ. Γ. Μήτσια
Βασ. Ηρακλείου 6 Τκ 106 82 ΑΘΗΝΑ
2. κ. Αρβανίτη Δημήτριο Πρόεδρο Δ.Σ Περιφ.Γενικού Νοσ/μείου "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ", Βασ.Σοφίας 80 115 28 ΑΘΗΝΑ
3. κ. Ζήση Γιώτσα Πρόεδρο Δ.Σ Περιφερειακού Γενικού Νοσ/μείου "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ", Βασ.Σοφίας 114 Τ.Κ 115 28 ΑΘΗΝΑ
4. κ.Κώνσα Γεώργιο Πρόεδρο Δ.Σ του Περιφ.Γενικού "ΛΑΪΚΟΥ" Νοσ/μείου Αθηνών Τ.Κ 115 27 ΓΟΥΔΙ
5. κ. Ντέρο Κων/νο Πρόεδρο Δ.Σ Περιφ.Γενικού Νοσ/μείου Νίκαιας Πειραιώς "ΔΑΜΩΝ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ" 184 54 ΝΙΚΑΙΑ Πειραιώς
6. κ. Ξανθάκη Δημήτριο Πρόεδρο Δ.Σ Περιφ.Γενικού Νοσ/μείου "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" Υψηλάντου 45-47 Τ.Κ 106 69 ΑΘΗΝΑ
7. κ. Παπαστρατή Γεώργιο Πρόεδρο Δ.Σ Περιφ.Γενικού Νοσ/μείου Αθηνών Μεσογείων 154 Τ.Κ 169 59 ΑΘΗΝΑ
8. κ. Φοίβο Ιωαννίδη Διοικητή Ι.Κ.Α
Αγίου Κων/νου 6, Τ.Κ 106 76 ΑΘΗΝΑ.

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΜΟ

ZIN

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 29-2-1984

Αριθ.Πρωτ.Α1/οικ.2338 ΕΓΚ. 29

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Πληροφορίες:Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο:5222-393

ΠΡΟΣ:Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της Χώρας
Όπως ο Πίνακας Διανομής

ΘΕΜΑ: Σύνδρομο.
Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.

ΣΧΕΤ: Η με αρ.Α1/6824 ΕΓΚ.44/14-2-83.

1. Σε συνέχεια της ανωτέρω σχετικής εγκυκλίου μας για το Σύνδρο μο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ) σας γνωρίζομε ότι κατά την τελευταία Σύνοδο του Τμήματος Λοιμωδών Νόσων του Ευρωπαϊκού Γραφείου της Π.Ο.Υ. στο AARTHUS τηςΔανίας διεπιστώθη η επέκταση της νόσου και στην Ευρώπη (268 κρούσματα) υιοθετήθει ο ορισμός του Κέντρου Μεταδοτικών Νοσημάτων των ΗΠΑ κι'έγιναν συστάσεις σ'όλα τα Κράτη-Μελη για επαγρύπνηση κι' έρευνα.

2. Σας υπενθυμίζομε ότι το ΣΕΑΑ καθορίζεται από την εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων που είναι αρκετά χαρακτηριστικής υπάρξεως κυτταρικής ανοσολογικής ανεπάρκειας.

Οι εκδηλώσεις αυτές οφείλονται κυρίως στο πρωτόζωο πνευμονοκύστ CARINII αλλά και σε άλλες ασυνήθιστες (όχι γνωστές και κοινές) ευκαιριακ λοιμώξεις.Επίσης σε σημαντικό ποσοστό εμφανίζεται σάρκωμα KAPOSI.

Πρέπει να τονισθεί ότι οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται σε άτο που δεν έχουν υποστεί αγωγή με κορτικοειδή,χημειοθεραπευτικά,ακτινοβολίες κ.λ.π. ή δεν πάσχουν από άλλα νοσήματα (νεοπλασματικές επεξεργασίας κ.λ.π που προκαλούν ανοσοκαταστολή.

Η ύπαρξη μειωμένης κυτταρικής ανοσίας (π.χ.σε αιμορροφιλικούς) δεν τεκμηριώνει τη διάγνωση του ΣΕΑΑ.

Η φύση όμως του λειτουργικού αυτού ορισμού δεν επιτρέπει πάντο τη σαφή διάγνωση ύποπτου περιστατικού γι'αυτό και με σκοπό να επιτευχθεί ορθή αντιμετώπιση κάθε ύποπτου κρούσματος και να αποφευχθεί αναίτια ανασ· τωση με την εμφάνισή του σας στέλνομε συνημμένα λεπτομερές ερωτηματολόγιο από την αξιολόγηση του οποίου μπορεί να τεθεί σύμφωνα με τα κλινικά συμπτώ ματα κι'εργαστηριακά ευρήματα η ορθή διάγνωση και σας παρακαλούμε για τα ακόλουθα:

./.

γ. Υποχρεωτική δήλωση κάθε περιπτώσεως ΣΕΛ στη Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής του Υπουργείου μας (Δ/ντής Δρ.Θεοδώρα Στεφάνου τηλ.5222.393) ή ενημέρωσή της επί υπόπτου.

β. Τη δήλωση η οποία μπορεί να γίνεται τηλεφωνικώς θα ακολουθεί αποστολή του συνημμένου δελτίου- ερωτηματολογίου κατάλληλα συμπληρωμένου.

γ. Αν απαιτηθεί βοήθεια για την πλήρη διαπίστωση της νόσου η Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής θα μεριμνά για τη συνεργασία σας με αρμόδιους ειδικούς επιστήμονες μετά από σχετικό τηλεφώνημά σας όπως και την περίπτωση που απαιτείται μεταφορά του ασθενή σε πλήρως οργανωμένο Νοσοκομείο.

δ. Κοινολόγηση των περιστατικών. Επιτρέπεται μόνο σε επιστημονικές Εταιρείες και μόνο με την προϋπόθεση ότι έχει επιβεβαιωθεί πλήρως

ε. Η Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής θα σας ενημερώνει εάν το επιθυμείτε σχετικά με τα επιδημιολογικά στοιχεία τα οποία θα τηρεί.

στ. Επειδή τα περιστατικά της νόσου εμφανίζονται με βαρειά μορφή κρίνεται σκόπιμη η νοσηλεία τους στους θαλάμους βαρέων περιστατικών (απομόνωση) και η λήψη των ιδίων προφυλακτικών μέτρων που λαμβάνονται κατά τη νοσηλεία κρουσμάτων ηπατίτιδος Β.

ζ. Η εγκύκλιος αυτή σε αντίγραφο να παραληφθεί με απόδειξη από τους Διευθυντάς Κλινικών, Τμημάτων και Εργαστηρίων.

η. Να λάβει γνώση του περιεχομένου της όλο το επιστημονικό προσωπικό ανεξάρτητα θέσεως και βαθμίδος θέσεως.

3. Είμεθα βέβαιοι ότι θα μας βοηθήσετε και πάλι για να μπορέσουμε με βάση πραγματικά στοιχεία να εξακριβώσουμε εάν υπάρχουν κρούσματα εκ τη νόσου στη χώρα μας και σε ποιά έκταση με σκοπό να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την αντιμετώπισή τους ποιν αποτελέσουν πρόβλημα γι'αυτό παρακαλούμε να μας αναφέρετε λήψη και υλοποίηση του περιεχομένου της.-

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΛΩΡΟΣ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: Ι

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμημ/χης Γραμματείας

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

1. Όλα τα Γενικά Κρατικά Νοσοκομεία του Ν.2592
2. Γενικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.)
3. Ειδικά Νοσοκομεία Δημοσίου Δικαίου Ν.Δ.2542/53
4. Ειδικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γραφείο Υφυπουργού κ.Γιάννη Φλώρου
2. Γραφείο Υφυπουργού κ.Μ.Περράκη
3. Γραφείο Κας Γενικής Γραμματέα
4. Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγείας στην Κεντρική Υπηρεσία
5. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (30)

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ (μετά συνημμένου ερωτηματολογίου)

1. Μελη Εθνικής Επιτροπής μελέτης ΣΕΑΑ
   α. Ιωάννη Ιορδάνογλου Καθηγητή
      Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής
      Πανεπιστημίου Αθηνών
      Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών
      (πρ.Σωτηρία) Οδός Μεσογείων Ενταύθα
   β. Δρ.Ανδρέα Καλοτεράκη
      ιατρό αιματολόγο-Επιμελητή Β΄Παθολογικής
      Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών Ιπποκράτειο
      Νοσοκομείο Αθηνών
      Οδός Βασ.Σοφίας-Ενταύθα
   γ. Τιτίκα Μανδαλάκη Επίκουρο Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Αθηνών
      Διευθύντρια Κέντρου Αιμοδοσίας
      Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών-Ενταύθα
   δ. Ιωάννα Οικονομίδου Επίκουρο
      Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Αθηνών
      Διευθύντρια Ανοσολογικού Εργαστηρίου
      Θεραπευτηρίου Ευαγγελισμός
      Θεραπευτήριο Ευαγγελισμός
      Οδός Υψηλάντου -Ενταύθα
   ε. Γεώργιο Παπαευαγγέλου Κοσμήτορα-Καθηγητή
      Υγειονομικής Σχολής Αθηνών
      Λεωφ.Αλεξάνδρας 196-Ενταύθα
   στ. Ιωάννη Παπαπαναγιώτου Καθηγητή
      Μικροβιολογίας -Εργαστήριο Μικροβιολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου
      Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης-Θεσσαλονίκη

./.

ζ. Ιωάννη Στρατηγό-Καθηγητή Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσ.Ανδρέα Συγγρού Οδός Ι.Δραγούμη-Ενταύθα

2. Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής
3. Στρατιωτικά Νοσοκομεία
4. Αρεταίειο Νοσοκομείο-Ενταύθα
5. Αιγινήτειο Νοσοκομείο-Ενταύθα
6. Δημοτικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ελπίς" Ενταύθα
7. Νοσηλευτικό Ίδρυμα Κληρικών Ελλάδος-Ενταύθα
8. Νοσ.Ίδρυμα Μ.Τ.Στρατού-Ενταύθα

Ν.Κ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Αθήνα 20 Δεκ. 1988

Αρ. Πρωτ.
Α1/οικ. 12340

Ταχ. Δ/νση :Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικ :101.87
Πληροφορίες:Νούλα Μαρία
Τηλέφωνο :5222.393

ΠΡΟΣ:1.Τους Προέδρους των Δ.Σ.
όλων των Νοσοκομείων
2.Κέντρα Αναφοράς AIDS
Όπως Π.Δ.

Σας στέλνουμε σε φωτοαντίγραφο το με αριθ. 25525/29-9-1988 έγγραφο του Ε.Ο.Φ., που αναφέρεται στην χρέωση του φαρμάκου AZT σε ασθενείς με AIDS, για να λάβετε γνώση και τυχόν ενέργειές σας στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων σας.-

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ

Συνημμένα:1 σε κάθε αποδέκτη

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

1.Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορ. Ελλάδος
Εργαστήριο Μικροβιολογίας Αριστοτέλειου
Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης.
2.Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS
Βορειοδυτικής Ελλάδας
Παθοογική Πανεπ. Κλινική Ανοσολογικό Εργαστ.
Κεντρκής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
3.Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτίου Ελλάδας
Εργαστήριο Υγιεινής Πανεπ. Πατρών
Γεν. Νοσ. Πατρών "ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ"
4.Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτίου Ελλάδας
Υγειονομική Σχολή Αθηνών
Λεωφ. Αλεξάνδρας 196 - 115.21
5.Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Κρήτης
Παγκρήτειο Βενιζέλειο & Πανάνειο Γεν. Νοσ.
Ηρακλείου Κρήτης

..//..

6.Μικροβιολογικό Εργαστήριο Πανεπ. Αθήνας
ΓΟΥΔΙ 115.27
7.Νοσοκομείο "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ"
Δραγούμη 5 - 161.21 ΑΘΗΝΑ
8.Κα Οικονομίδου-Δ/ντρια Ανοσολογικού Εργαστηρίου
Θεραπευτηρίου "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"
Υψηλάντου 45-47 - 106.76 ΑΘΗΝΑ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
Δ/νση Δημ. Υγιεινής (3)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμημ/χης Ισαμ/τείας.-

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Βουλής 4, 105 62 Αθήνα Τηλ: 324 77 11 - 17 Εσωτ. Telex: 22 35 14

ΠΡΟΣ:
ΤΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ: ΚΙΝ. ΑΣΘΕΝΩΝ
Υπόψη: Κας Β. Σαριδάκη
ΛΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ 1
123 51 ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ

Αθήνα: 29.9.1988
Αρ.Πρωτ.: 25525

ΘΕΜΑ: ΧΡΕΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Απαντώντας σε σχετική επιστολή σας της 22/9/88 σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με απόφαση του Δ.Σ. του ΕΟΦ, το φάρμακο AZT (Retrovir) θα διατίθεται από την πρώην Κρατική Φαρμακαποθήκη) γνν Ι.Φ.Ε.Τ δωρεάν (δηλαδή εις βάρος του ΕΟΦ) στους ασθενείς με AIDS πού δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη, μετά από ειδική βεβαίωση του Νοσοκομείου.
Εφόσον υφίσταται τέτοια κάλυψη, θα επιβαρύνεται φυσικά ο ασφαλιστικός φορέας, όπως ισχύει για όλα τα φάρμακα.

Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΦ

ΣΤ. ΚΑΖΑΖΗΣ

Α.Λ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ.Δ /νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας : 101 87

Πληροφορίες:Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο:5222-393

Αθήνα 7 - Απριλίου-1986

Αριθ.Πρωτ. Α1/οικ.3151 ΕΓΚ 25

ΠΡΟΣ: 1) Όλα τα Γενικά Νοσοκομεία Ν.Δ. 2592/53.
2) Όλα τα Γενικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου.
3) Όλα τα Ειδικά Νοσοκομεία Δημοσίου Δικαίου.
4) Όλα τα ειδικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου
5) ΙΚΑ Αγ.Κων/νου 8, (με την παράκληση αποστολής σ'όλα τα θεραπευτήριά του) Τ.Κ. 104 31 Αθήνα

ΘΕΜΑ : Διαγνωστικά κριτήρια για χαρακτηρισμό περίπτωσης ΣΕΑΑ (AIDS) κι υποχρεώσεις Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.

1. Σας στέλνουμε συνημμένα απόφαση-έκθεση της Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου ΣΕΑΑ (ΑΙDS) της χώρας μας και παρακαλούμε για :

α. Την υποχρεωτική δήλωση της νόσου και την αξιολόγηση κάθε περίπτωσης ΣΕΑΑ (ΑΙDS) σύμφωνα με το περιεχόμενό της που βασίζεται στις εγκύκλιες διαταγές μας και τις απόψεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

β. Την υποχρεωτική εξέταση των δοτών σπέρματος καθώς και των δωρητών οργάνων προς μεταμόσχευση για αντισώματα προς τον ιό LAV/HTLV-III και <u>ορίζουμε ότι ουδεμία μεταμόσχευση οργάνων ή ιστών δεν θα πραγματοποιείται αν δεν έχει αποκλεισθεί η παρουσία αντισωμάτων του προαναφερομένου ιού στον ορό αίματος του δότη.</u>

γ. Τον υποχρεωτικό έλεγχο από τα Κέντρα και τους Σταθμούς Αιμοδοσίας για αντισώματα του ιού LAV/HTLV-III εκτός από τους αιμοδότες των δωρητών οργάνων και ιστών και των δοτών σπέρματος.

δ. Την ανελλιπή περιοδική εξέταση υπό των ανωτέρω των ασθενών που πολυμεταγγίζουν για τυχόν εμφάνιση αντισωμάτων του ιού LAV/HTLV-III και των ορών αίματος υπόπτων γιαΣΕΑΑ (AIDS) κρουσμάτων που τους παραπέμπονται από τις Κλινικές του Νοσοκομείου.

./.

ε. Την αποστολή για έλεγχο των ομάδων υψηλού κινδύνου, πλην των πολυμεταγγιζομένων, στα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς που λειτουργούν στην Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, το Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και την Παθολογική Κλινική-Ανοσολογικό Εργαστήριο του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, τα οποία αν παραστεί ανάγκη θα μεριμνούν για την αποστολή συνεργείων αιμοληψίας προς αντιμετώπιση ειδικών περιπτώσεων μετά συνεννόηση με τους αρμόδιους φορείς και είναι υπεύθυνα για τις επιβεβαιωτικές εξετάσεις κατά WESTERN BLOT.

στ. Την παραπομπή στο Ανοσολογικό Εργαστήριο του Θεραπευτηρίου Ευαγγελισμός, όπου λειτουργεί το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς για τον πλήρη έλεγχο της κυτταρικής ανοσίας, κάθε περίπτωσης που απαιτεί επιβεβαίωση της ανοσοκαταστολής και δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί από εργαστήρια του Νοσοκομείου που την νοσηλεύει.

ζ. Την παραπομπή ατόμων τα οποία δεν ανήκουν στις προαναφερόμενες ομάδες αλλά επιθυμούν να εξετασθούν για διάφορους λόγους, στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Ιατρικού Τμήματος της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών.

η. Την άμεση κι υπεύθυνη ενημέρωση του προσωπικού των Νοσοκομείων όταν τεθεί υποψία νοσηλείας υπόπτου κρούσματος ΣΕΑΑ (AIDS) για τα μέτρα πρόληψης κι έλεγχος της ορθής εφαρμογής τους.

θ. Με ευθύνη της Δ/νσης του Ιδρύματός σας να λάβουν ενυπόγραφα γνώση του περιεχομένου της εγκυκλίου αυτής όλοι οι ιατροί που υπηρετούν στο Νοσοκομείο σας ανεξάρτητα ειδικότητας, βαθμού και θέσης.

Ο Υφυπουργός

ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΛΩΡΟΣ

Συνημμένα : 1
σ'όλους τους αποδέκτες.

Εσωτερική Διανομή

1. Γραφείο κ.Υφυπουργού
2. Γραφείο κ.Γενικής Γραμματέα
3. Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγείας στην Κεντρική Υπηρεσία.

./.

4. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
5. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (30)

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
   Σεμιτέλου 2 Τ.Κ. 115-28 Αθήνα
2. Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών
   Θεμιστοκλέους 34, Τ.Κ. 106-78 Αθήνα
3. Όλα τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία
4. Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής
   Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, Λεωφ.Αλεξάνδρας 196
   Τ.Κ. 115-21 Αθήνα
5. Μικροβιολογικό Εργαστήριο Αριστοτελείου
   Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Τ.Κ. 540-06 Θεσσαλονίκη
6. Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική-Ανοσολογικό
   Εργαστήριο Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
   Νοσοκομείο Χατζηκώστα ΓΙΑΝΝΙΝΑ
7. Μικροβιολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθήνας
   Γουδί, Τ.Κ. 115-27 Αθήνα
8. Ανοσολογικό Τμήμα Θεραπευτηρίου
   Ευαγγελισμός οδός Υψηλάντου 45-47 Τ.Κ. 106 76 Αθήνα
9. Όλα τα Κέντρα και τους Σταθμούς Αιμοδοσίας
   της Χώρας.
10. Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και
    των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής, Έδρες τους
11. ΚΕΔΥ Τοσίτσα 14, Τ.Κ. 106 83 Αθήνα

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμ/χης Γραμματείας

Σύμφωνα με τις Α1/6824/14-7-83 και Α1/οικ.2338ΕΓΚ29/29-2-84 εγκυκλίους διαταγές του Υφυπουργού Υγείας,Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων κ. Γιάννη Φλώρου η δήλωση κάθε υπόπτου κρούσματος Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) είναι υποχρεωτική. Ειδικώτερα απαιτείται η άμεση τηλεφωνική δήλωση στη Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (τηλ. 5222393) και στη συνέχεια αποστολή συμπληρωμένου του σχετικού ειδικού επιδημιολογικού δελτίου. Επειδή μας δηλώθηκε άγνοια και εκφράσθηκαν απορίες για τον ακριβή ορισμό του ΑΙDS και τις υποχρεώσεις για τη σχετική δήλωση σας πληροφορούμε τα ακόλουθα :

Η Ευνική Επιτροπή ΑΙDS αποδέχθηκε τον ορισμό του AIDS όπως αναφέρεται στο υπ'αριθμ. 10/1986 δελτίο wkly Epidem. Rep. της Π.Ο.Υ. Σύμφωνα με αυτό για να χαρακτηρισθεί ως AIDS κάθε περίπτωση πρέπει να πληροί τα ακόλουθα δύο διαγνωστικά κριτήρια :

1. Να έχει διαγνωσθεί με ακριβή μεθοδολογία μια ή περισσότερες ευκαιριακές νοσήσεις που υποδηλώνουν με αρκετή βεβαιότητα την ύπαρξη υποκειμένης κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας (πίνακας 1).

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

Ύυσές περιπτώσεις πληρούν τα παραπάνω δύο διαγνωστικά κριτήρια μπορεί να μην χαρακτηρισθούν ως AIDS εφ'όσον δεν ανευρεθούν αντισώματα προς τον ιό LAV/HTLVIII με ευαίσθητη τεχνική (εκτός αν έχει ήδη απομονωθεί ο ιός) και έχουν φυσιολογικό αριθμό CD4 λεμφοκυττάρων και φυσιολογικό πηλίκο T4/T8. Η προϋπόθεση αυτή ισχύει βέβαια σαν τρίτο κριτήριο μόνο όταν υπάρχει η καταλληλη υποδομή για εκτέλεση των παραπάνω εργαστηριακών εξετάσεων. Επειδή πιθανόν στα διάφορα εργαστήρια δεν είναι δυνατή η ακριβής διάγνωση των ευκαιριακών λοιμώξεων, η Π.Ο.Υ. καθιέρωσε τον ακόλουθο κλινικό ορισμό που είναι αρκετά ακριβής για διάγνωση και δήλωση υπόπτου κρούσματος.

Ενήλικες : Ύπαρξη τουλάχιστον δύο κυρίων και ενός δευτερεύοντος συμπτώματος όταν δεν συνυπάρχει γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής (π.χ. καρκίνος ή υποθρεψία κλπ).

α. Κύρια συμπτώματα

1. Απώλεια > 10% του σωματικού βάρους
2. Χρόνια διάρροια διαρκείας άνω του 1 μηνός
3. Πυρετός που επιμένει πάνω από 1 μήνα

β. Δευτερεύοντα συμπτώματα

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

Παιδιά : Παρουσία δύο κυρίων και δύο δευτερευόντων από τα ακόλουθα συμπτώματα εφόσον δεν υπάρχει γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής.

α. Κύρια συμπτώματα

1. Απώλεια ή παθολογικά βραδεία αύξηση του σωματικού βάρους
2. Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από 1 μήνα
3. Πυρετός που επιμένει πάνω από 1 μήνα

β. Δευτερεύοντα συμπτώματα

1. Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
2. Στοματο-φαρυγγική καντιντίαση
3. Υποτροπιάζουσες κοινές λοιμώξεις (ωτίτιδα, φαρυγγίτιδα κλπ)
4. Βήχας που επιμένει
5. Γενικευμένη δερματίτιδα
6. Μητέρα θετική για αντισώματα προς LAV/HTLVIII

Όταν πληρούνται οι προϋποθέσεις του κλινικού ορισμού υπόπτου κρούσματος AIDS επιβάλλεται η δήλωση στο Υπουργείο Υ.Π.& Κ.Α και η παράλληλη επιβεβαίωση υπάρξεως αντισωμάτων προς τον LAV/HTLVIII στα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS.
Επί υποψίας κρούσματος και μέχρι τελικής εργαστηριακής διαγνώσεως της λοιμώξεως επιβάλλεται η νοσηλεία του ασθενούς σε ξεχωριστό δωμάτιο και η πληροφόρηση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού για τη λήψη των μέτρων που σας έχουμε κοινοποιήσει.

Πίνακας 1. Ευκαιριακές νοσήσεις που απαντώνται στο AIDS

1- Πρωτοζωϊκές και παρασιτικές

Κρυπτοσπορίδιο
Πνευμοκύστη καρίνια
Στρογγυλοείδωση
Τοξοπλάσμωση

2- Μυκητιάσεις

Καντιντίαση οισοφάγου
Κρυπτοκόκκωση

3- Βακτηριακές

Γενικευμένη φυματίωση από
M.avium, intracellulare, kansas

4- Ιογενείς

Κυτταρομεγαλοϊός
Ερπητοϊός
Προοδευτική πολυεστιακή λευκο-
εγκεφαλοπάθεια

5- Νεοπλάσματα

Σάρκωμα Kaposi
Λέμφωμα εγκεφάλου

6- Άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις
(με ανίχνευση αντισωμάτων)
Διάχυτη ιστοπλάσμωση
Βρογχική ή πνευμονική καντιντίαση
Ισοσπορίωση

7- Χρόνια λεμφοειδής διάμεση πνευμονίτιδα

(σε παιδιά κάτω των 13 ετών)

8- Λέμφωμα non-Hodgkin

(με ανίχνευση αντισωμάτων)
- Λέμφωμα Burkitt
- Λέμφωμα ή σάρκωμα ανοσοβλαστικό Β ή
αγνώστου φαινοτύπου (πλην Τ)

Πίνακας 2. Αιτίες μειωμένης αντιστάσεως

1. Συστηματική θεραπεία με κορτικοστεροειδή.
2. Άλλα ανοσοκατασταλτικά ή κυτταροτοξικά φάρμακα.
3. Νεοπλασίες λεμφοδικτυακού ή ιστιοκυτταρικού ιστού. (Λεμφώματα- Hodgkin's-λευχαιμίες-μυελώματα).
4. Σ.Kaposi σε άτομα άνω των 60 ετών (anti-LAV/HTLVIII αρνητικά).
5. Λοιμώξεις σε νεογνά (συγγενής τοξοπλάσμωση , έρπης).
6. Λοιμώξεις σε βρέφη κάτων των 6 μηνών (κυτταρομεγαλοϊός).
7. Κληρονομικές μορφές ανοσοανεπάρκειας.
8. Βαρειά υποθρεψία.

29 ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΝ-ΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΜΟ

ΑΠ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο :5222.393

Αθήνα 25 Σεπτεμβρίου 19ε
Αριθ.πρωτ.Α1/8322

ΠΡΟΣ: Όλα τα Νοσηλευτικά
Ιδρύματα της χώρας
όπως ο πίνακας διανο

ΘΕΜΑ: Έλεγχος αιμοδοτών για την παρουσία λοίμωξης από το LAV/HTLV-III.

1. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σε συνεργασία με την Ελληνική Επιτροπή ΣΕΑΑ (AIDS) θεώρησε απαραίτητο τον έλεγχο των εθελοντών αιμοδοτών για την παρουσία αντισωμάτων προς τον ιό LAV/HTLV-III.
Ο έλεγχος των αντισωμάτων γίνεται με ανοσοενζυματική μέθοδο. Εάν ένα δείγμα βρεθεί θετικό θα πρέπει να επαναλαμβάνεται η εξέταση ακόμη μια φορά κι αν βρεθεί πάλι θετικό θα πρέπει να γίνεται νέα αιμοληψία από τον αιμοδότη,επανέλεγχος και αποστολή του δείγματος στα Κέντρα Αναφοράς,για επιβεβαίωση του θετικού αποτελέσματος,που λειτουργούν στην Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών,το Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Αριστοτελείο Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και το Ανοσολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων,Χατζηκώστα.
Η επιβεβαίωση του θετικού αποτελέσματος με ειδικώτερες μεθόδους (WESTERN BLOT) είναι αναγκαία γιατί είναι δυνατόν το αποτέλεσμα να είναι ψευδώς θετικό.
Φυσικά δεν πρέπει να γίνεται ουδεμία μνεία για υποψία AIDS στον αιμοδότη.

2. Η λήψη του νέου δείγματος αίματος (5-8 ML) θα πρέπει να γίνεται άσηπτα και για όλη την διαδικασία αποχωρισμού του ορο να χρησιμοποιούνται πλαστικά σωληνάρια και σιφώνια μιάς χρήσης. Μετά τον αποχωρισμό του ο ορός θα πρέπει να αδρανοποιείται σε 56°C επί 30΄και να αποστέλεται στα Κεντρα Αναφοράς κ τά προτίμηση υπό ψύξη.

./.

Ιδιαίτερη φροντίδα απαιτείται για την απόλυτα ασφαλή συσκευασία του δείγματος ώστε να αποκλεισθή η θραύση του σωληναρίου και η μόλυνση του περιβλήματος.
Με το δείγμα θα αποστέλονται τα ακόλουθα στοιχεία:
α/α Αιμοδότου
Ηλικία
Φύλο
α/β Αποτελέσματα εξέτασης

1 εξέταση	οπτική πυκνότητα	CUT OFF:	
2 εξέταση	"	"	"
3 εξέταση	"	"	"

3. Η αποστολή των δειγμάτων στο Κέντρο Αναφοράς των Αθηνών, Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών θα γίνεται αεροπορικώς ή οδικώς. Για την αεροπορική μεταφορά του δείγματος θα ειδοποιείται το Αεροϋγειονομείο Ελληνικού τηλ.9612.701 ή 9612.808 το οποίο θα μεριμνά για την άμεση παραλαβή του από το Σταθμό Αφίξεως Εμπορευμάτων της Ολυμπιακής Αεροπορίας στο Αεροδρόμιο Ελληνικού,την τοποθέτησή του σε ψυγείο και την αποστολή του κατά τας εργασίμους ημέρας και ώρας στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς ΣΕΑΑ (AIDS) Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής Υγειονομικής Σχολής Αθηνών Λεωφ.Αλεξάνδρας 196.
Κατά την ειδοποίηση αποστολής του δείγματος πρέπει να αναφέρεται ο αριθμός φορτωτικής ο αριθμός πτήσης και η ώρα άφιξης.
Για την οδική μεταφορά του δείγματος θα ειδοποιείται το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας τηλ.3615.671,3617.7[illegible] και πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα η άφιξη να πραγματοποιείται κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες.
Κατά την ειδοποίηση της αποστολής του δείγματος θα πρέπει να αναφέρεται το ΚΤΕΛ με το οποίο γίνεται η μεταφορά,η [illegible] βής ώρα άφιξης του αυτοκινήτου και ο αριθμός φορτωτικής.
Κάθε δείγμα θα αναφέρει αν μεταφέρεται αεροπορικώς :Αεροϋγειονομείο Ελληνικού για την Υγειονομική Σχολή Αθηνών Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής

.//.

κι αν μεταφέρεται οδικώς: Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας-Τοσίτσα 14 τηλ.3615.671 για την Υγειονομική Σχολή Αθηνών Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής.
Για όλες τις αποστολές δειγμάτων θα ειδοποιείται τηλεφωνικώς από τον αποστέλοντα κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες η Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής της Υ.Σ.Α. τηλ.6467.473 ή η Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής του Υπουργείου μας τηλ.5222.393.
Αποστολή δειγμάτων στα Κέντρα Αναφοράς Βορείου και Βορειοδυτικής Ελλάδας θα γίνεται μετά συνεννόηση με τους αρμόδιο καθηγητές κ.κ.Παπαπαναγιώτου για την Θεσσαλονίκη και Μουτσόπουλο για τα Γιάννενα.
Υπενθυμίζεται ότι στο Κέντρο Αναφοράς Βορειοδυτικής Ελλάδος θα στέλνονται δείγματα από τα Νοσοκομεία Ηπείρου, Αιτωλοακαρνανίας, Δυτικής Μακεδονίας και νησιών του Ιονίου όπως λεπτομερής εγκύκλιός μας έχει ορίσει.
Παρακαλούμε αναφέρατέ μας λήψη και εφαρμογή.

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΛΩΡΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ:
1. Όλα τα Νοσοκομεία Νόμου 2592
2. Όλα τα Γενικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου
3. Όλα τα Ειδικά Νοσοκομεία Δημοσίου Δικαίου
4. Όλα τα Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου
5. Διοίκηση Ι.Κ.Α.-Αγ.Κων/νου 8-Ενταύθα. Τ.Κ. 104 31.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:
1. Γραφείο κ.Υφυπουργού
2. Γραφείο κ.Γενικής Γραμματέα
3. Δ/νση Ιατρικής Αντίληψης
4. Δ/νση Αιμοδοσίας
5. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής(30)

Θεωρήθηκε για την
Ο Τμηματάρχης Γρα

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
1. Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής
Υγειονομικής Σχολής Αθηνών
Λεωφ.Αλεξάνδρας 196 Τ.Κ.115 21 Ενταύθα

.//.

2.Μικροβιολογικό Εργαστήριο
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
Τ.Κ.540 06 Θεσσαλονίκη

3.Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων "Χατζηκώστα" -Γιάννενα

4.Αεροϋγειονομείο Ελληνικού
Αερολιμήν Ελληνικού Ενταύθα
Τ.Κ. 166 03

5.ΚΕΔΥ-Τοσίτσα 14
Τ.Κ.106 83 Ενταύθα

6.Δ/νση Υγιεινής Διαμερίσματος Πειραιά
Νομαρχίας Αττικής
οδός Ηρώων Πολυτεχνείου 19
Τ.Κ.185 32 Πειραιά

7.Όλα τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία

ΕΠΕΙΓΟΝ-ΔΙΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΜΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Πληροφορίες: Θ. Στεφάνου
Τηλέφωνο: 5222.393

Αθήνα 14 Ιουλίου 1983

Αριθ. Πρωτ. Α1/6824

ΕΓΚ.44

ΕΓΚ.

ΠΡΟΣ: Τά Νοσηλευτικά Ιδρύματα
Χώρας

Όπως ο Πίνακας Διανομής

ΘΕΜΑ: Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.

α.-Επειδή αποτελεί επιτακτική ανάγκη η μελέτη της τυχόν εμφανίσ
και στη χώρα μας του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανε
κειας (Σ.Ε.Α.Α) σας διαβιβάζουμε συνημμένα συνοπτική έκθεση της
έδρας Επιδημιολογικής&Βιοστατιστικής της Υγειονομικής Σχολής Αθ
σχετικά με το θέμα μετά βιβλιαγραφίας και παρακαλούμε για τα ακ

α)Να λάβει γνώση του περιεχομένου της όλο το Επιστημονικό προσω
του Ιδρύματός σας.
β)Να εφαρμοσθούν τα προτεινόμενα προληπτικά μέτρα όσο αφορά τον
αιμοδότες και την αποφυγή τυχαίου εμβολιασμού από νύξεις μολυσμ
βελονών, εργαλείων κ.λ.π.
γ)Επί διαγνώσεως περιπτώσεως Σ.Ε.Α.Α. να συμπληρώσετε επιδημιολο
δελτίο σύμφωνα με το συνημμένο υπόδειγμα το οποίο πρέπει να στέ
στη Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής του Υπουργείου μας, αρμόδιος για την
δημιολογική διερεύνηση του προβλήματος στη χώρα μας.
δ)Επί υπόπτων περιπτώσεων και εφ'όσον υπάρχει αδυναμία εργαστηρ
επιβεβαιώσεως μπορεί να ζητάτε την βοήθεια για εργαστηριακή διό
του Εθνικού Κέντρου Ιογενούς Ηπατίτιδος Έδρα Επιδημιολογίας τη
στατιστικής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών(Καθηγητής . Παπαευ
Τηλ. 6467.473).-

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΣΑΛΤΣΟΣ

Θεωρήθηκε ακρ
Ο Τμηματάρχης Γραμματ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

Έκθεση και υπόδειγμα δελτίου)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

1)Παραλήπτες προς ενέργεια

α). Όλα τα Γενικά Κρατικά Νοσοκομεία
του Ν.2592

..//..

β)Γενικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου(Ν.Π.Ι.Δ)
γ)Νοσοκομεία Ειδικά Δημοσίου Δικαίου

2)ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

α)Γραφείο κ. Υπουργού
β)Γραφείο Υφυπουργού κ.Ι.Φλώρου
γ)Γραφείο Υφυπουργού κ.Μ.Περράκη
δ)Γραφείο κ.Γενικού Γραμματέα
ε)Όλες τις Δ/νσεις του Τομέα Υγείας της Κεντρικής Υπηρεσίας
στ)Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (30)

3)ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

α)Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής
β)Στρατιωτικά Νοσοκομεία
γ)Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής Υγειονομικής Σχολής Αθηνών.
Λεωφ.Αλεξάνδρας 196 Ενταύθα.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ACIp.(1982) Inactivated hepatitis B vaccine. MMWR.31,317-322 και 327-328.

2. CDC. (1982a) Update on aquired immune deficiency syndrome ((AIDS) United States MMWR 31, 507-508 και 513-514.

3. CDC. (1982b) Special report. Epidemiologic aspects of the current outbreak of Kaposi' s sarcoma and opportunistic infe ction,N. Engl.J. Med., 306, 248-252.

4. CDC. (1982c) Aquired immune deficiency syndrome (AIDS). Precautions to clinical and laboratory staffs. MMWR 31,577-

5. CDC(1983) Prevention of aquired immune deficiency syndrome (AIDS): Report of Inter-agency recommendations. MMWR 32, 10

6. CDC (1983b) The Safety of hepatitis B vaccine MMWR 32,134-1

7. GERETY R and TABOR E (1983) Newly licensed hepatitis B vac Known safety and unknown risks. JAMA, 249, 745-746.

8. MASUR H., MICHELIS MA., GREENE JB. et al (1981) An outbreak community-aquired Pneumocystis carinii pneumonia.Initial nifestation of cellular immune dysfunction. N. Engl.J. Med. 305, 1431-1438.

9. WHO (1983) Aquired immune deficiency sydnrome (AIDS) Wkly Epidem Rec. 58,101-102.

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ
ΔΗΛΩΣΕΩΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟ-
ΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (Ε.Ε.Α.Α.).

1. Νοσηλευτικό Ίδρυμα
(επωνυμία του)

Ονομ/τεπώνυμο γιατρού
(που δηλώνει το κρούσμα)

Ιδιότητα του
(τίτλος θέσεως που κατέχει)

2. Ατομικά στοιχεία ασθενούς
Φύλο
Ηλικία
Εθνικότητα
Τόπος καταγωγής
Τόπος διαμονής
Επάγγελμα

3. Νόσος
Ημερομηνία α' συμπτωμάτων
Ημερομηνία διαγνώσεως
Κλινική εικόνα :
Ευκαιριακή λοίμωξη ;
(μορφή της)
Πνευμονία από PNEUMOCYCTIS
CARINI ;
Σάρκωμα KAPOSI ;
Εργαστηριακά ευρήματα
(στα οποία βασίσθηκε η διάγνωση)

ΕΚΒΑΣΗ

4. Επιδημιολογικά στοιχεία
Ταξίδια
(κατά τα 10 προηγούμενα έτη)
Πότε;
(έτος)
Που ;
(Τόπος)

../.

Μετάγγιση αίματος, πλάσματος ή λοιπών παραγώγων αίματος.
(υπογραμμίσετε τι ακριβώς)
Πότε;

Πού;

Επαφή με πάσχοντα ;

Πότε;

Που ;

Χαρακτηρισμός ασθενούς
(με διακριτικότητα και βάση
πραγματικών στοιχείων)

Τοξικομανής;

Ομοφιλόφυλος;

Ενεργητικός;

Παθητικός;

Υπογραφή (1)

(α) Ιατρού που συμπληρώνει το δελτίο.

Αρθρ. νοσ.
Αγ/4

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τό Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ) άποτελεί έκδήλωση σοβαρής ανωμαλίας τοῦ ἀνοσολογικοῦ μηχανισμοῦ τοῦ ὀργανισμοῦ πού τόν καθιστᾶ εὐάλωτο σέ ποικιλία εὐκαιριακῶν λοιμώξεων ἤ σπανίων μορφῶν νεοπλασματικῶν ἐπεξεργασιῶν. Η ἀνωμαλία αὐτή μπορεῖ νά προκληθεῖ ἀπό λήψη στεριναειδῶν, χημειοθεραπευτικῶν φαρμάκων καὶ ἄλλων τοξικῶν ἀνοσοκατασταλτικῶν οὐσιῶν: Παρόμοια ἀνωμαλία μπορεῖ νά παρουσιασθεῖ σέ χρόνιους ἀσθενεῖς καθώς καί κατά τήν διαδρομή ὁρισμένων νεοπλασματικῶν ἐπεξεργασιῶν.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Κατά τά τελευταία χρόνια παρουσιάσθηκαν ἀρκετές περιπτώσεις ΣΕΑΑ σέ νεαρά κυρίως ἄτομα χωρίς προηγούμενο ἱστορικό συγγενοῦς ἀνοσολογικῆς ἀνεπάρκειας ἤ ἐπίκτητης ἀπό λήψη ἀνοσοκατασταλτικῶν οὐσιῶν (CDC 1982a). Η λεπτομερέστερη μελέτη, περιγραφή καί ἀναγνώριση τοῦ συνδρόμου καθώς καί ἡ ἔναρξη προγράμματος ἐπιτηρήσεως ἀπό τίς Ὑπηρεσίες Δημοσίας Ὑγείας τῶν ΗΠΑ ἀποκάλυψε τήν ὕπαρξη ἐπιδημικῶν ἐστιῶν στούς ὁμοφιλόφυλους τῆς Νέας Υόρκης καί τοῦ San Francisco. (CDC 1982a). Ἀργότερα ἀναγνωρίσθηκαν πολλές περιπτώσεις μεταξύ τοξικομανῶν, αἱμοφιλικῶν, ἑτεροφυλόφιλων ἀτόμων πού κατάγονται ἀπό τήν Ταϊτή καθώς καί σέ σεξουαλικούς συντρόφους καί παιδιά ἀσθενῶν μέ ΣΕΑΑ. Η συνειδητοποίηση τοῦ

προβλήματος είχε σάν άποτέλεσμα τήν άθρόα άναφορά περιπτώσεων στό Κέντρο Έλέγχου Λοιμωδῶν Νοσημάτων (CDC) τῆς Ἀτλάντας, ΗΠΑ, πού άπό άναφορά μιᾶς περιπτώσεως ἡμερησίως κατά τό 1981 άνῆλθε σέ 3-4 ἡμερισίως στίς άρχές τοῦ 1983. Μέχρι τόν Μάρτιο τοῦ 1983 άναφέρθηκαν 1200 νέες περιπτώσεις στό CDC άπό 34 Πολιτεῖες τῶν ΗΠΑ καί άπό 15 ἄλλες διάφορες χῶρες. Πάνω άπό 450 άσθενεῖς ἔχουν ἤδη πεθάνει. Ὑπολογίζεται ὅτι 60 % τῶν άσθενῶν πεθαίνουν μέσα στόν προσεχῆ άπό τήν διάγνωση χρόνο (WHO 1983).

Ἡ Π.Ο.Υ. ἄρχισε νά συλλέγει στοιχεῖα γιά τό ΣΕΑΑ. Ἤδη τό τμῆμα Εὐρώπης άνέπτυξε πρωτοβουλία γιά τήν έθελοντική όργάνωση συστήματος έπαγρυπνήσεως στά κράτη-μέλη. Στήν Ἑλλάδα τό Ἐθνικό Κέντρο Ἰογενοῦς Ἡπατίτιδος θά όργανώσει είδική όμάδα διαγνώσεως τοῦ ΣΕΕΑ καί ἄρχισε νά συλλέγει έπιδημιολογικά στοιχεῖα στό πλαίσιο τῆς πρωτοβουλίας τῆς Π.Ο.Υ.

ΟΡΙΣΜΟΣ

Τό ΣΕΕΑ καθορίζεται άπό τήν διάγνωση Ὁμάδος Εὐκαιριακῶν ΛοιμώΞεων (ΟΟΙ)*, Πνευμονίας άπό Pneumocystis carinii (PCP) ἤ Σαρκώματος Kaposi (KS) πού ὑποδηλεῖ καταστολή τῆς κυτταρικῆς άνοσίας, σέ άτομο χωρίς προηγούμενο ἱστορικό ἤ αἰτία (π.χ. λήψη άνοσοκατασταλτικῶν). Οἱ άσθενεῖς διατηροῦν φυσιολογική τή λειτουργία τῶν Β λεμφοκυττάρων μέ φυσιολογικά ἤ ὑψηλά έπίπεδα άντισωμάτων. Ἀντίθετα ὑπάρχει σαφής άνωμαλία τῶν Τ λεμφοκυττάρων πλήρη άναστροφή τῆς σχέσεως μεταξύ βοηθητικῶν καί κατασταλτικῶν Τ λεμφοκυττάρων. (Helper/Suppressor).

* Ἡ ΟΟΙ συμπεριλαμβάνει λοιμώξεις (πνευμονία, μηνιγγίτιδα ἤ έγκεφαλίτιδα άπό άσπέργιλλο, κρυπτόκοκκο, νοκάρδια καί άλλους μύκητες, κυτταρομεγαλοβίωση καί άτυπα μυκοβακτηρίδια· οἰσοφαγίτιδα άπό ώϊδια, κυτταρομεγαλοϊό ἤ άπλές ἑρπητοϊόπροϊούσα πολυεστιακή έγκεφαλοπάθεια, χρόνια έντεροπάθεια άπό κρυπτοσπορίδια καί έκτεταμένο ἕρπητα τοῦ δέρματος καί τῶν βλεννογόνων.

σεις συνηγοροῦν στήν ἐνοχοποίηση ἀγνώστου εἰδικοῦ λοιμογόνου παράγοντος πού μεταδίδεται παρεντερικά ἢ μέ ἄμεσο ἀφανῆ ἐμβολιασμό τῶν ἐκριμάτων τῶν πασχόντων. Ἀκολουθεῖ ἐπομένως τήν πιδημιολογία καί τούς μηχανισμούς διασπορᾶς τοῦ ἰοῦ τῆς ἡπατίτιδος Β. Γιαυτό καί λοιμώξεις ἀπό HBV εἶναι πολύ συχνές σέ ἀσθενεῖς μέ ΣΕΑΑ . Ἡ ὑπόθεση αὐτή κερδίζει συνεχῶς ἔδαφος ὕστερα ἀπό διαπιστώσεις διασπορᾶς τῆς νόσου μεταξύ ἐρωτικῶν σύντροφων, ἀπό μητέρα σέ παιδί καί ἀπό μετάγγιση αἵματος πού προχεται ἀπό ἄτομα μέ ΣΕΑΑ.

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Διάφορες προτάσεις ἔχουν γίνει μέχρι σήμερα καί πολλές ὁδηγίες ἔχουν ἐκδοθεῖ γιά τήν πρόληψη τῆς νόσου. Ἡ Ὑπηρεσία Δημοσίας Ὑγείας τῶν ΗΠΑ ἐξέδωσε εἰδικές κατευθυντήριες ὁδηγίες γιά τήν πρόληψη τῆς νόσου (CDC 1983)καίγιά τή νοσηλεία τῶν ἀσθενῶν μέ ΣΕΑΑ. (CDC 1982c).

Στίς γενικές κατευθυντήριες ὁδηγίες γιά τήν πρόληψη τῆς νόσου συμπεριλαμβάνεται:

1. ἡ ὑγειονομική διαφώτιση τοῦ πληθυσμοῦ καί εἰδικώτερα τῶν ὁμάδων ὑψηλοῦ κινδύνου. Εἰδικώτερα πρέπει νά ἀποφεύγεται ἡ γενετήσια ἐπαφή μέ πάσχοντες ἢ ὑπόπτους γιά ΣΕΑΑ. Αὐτό ἀφορᾶ ἰδιαίτερα τούς ὁμοφιλόφυλους.

2. Ἀποφυγή αἱμοδοσίας ἀπό τίς ὁμάδες ὑψηλοῦ κινδύνου Ἀποκλεισμός ἀπό αἱμοδοσία ἀτόμων μέ ὑποψία ΣΕΑΑ, εἰδικώτερα δέ ἀπό τίς ὁμάδες ὑψηλοῦ κινδύνου. Ἡ λήψη λεπτομεροῦς ἱστορικοῦ καί ἡ φυσική ἐξέταση τῶν αἱμοδοτῶν πρέπει νά συμπεριλάβῃ τό ΣΕΛΑ, τουλάχιστον μέχρι ἀνακαλύψεως εἰδικῆς ἐργαστηριακῆ

μεθόδου ἐλέγχου.

3. Τό ΣΕΑΑ ἀποτελεῖ ἐπιπρόσθετο λόγο γιά τήν ἐνίσχυση τῆς ἐθελοντικῆς αἱμοδοσίας, τήν ἀποφυγή μεταγγίσεως αἵματο ὅπου δέν ὑπάρχει ἀπόλυτη ἐνδειξη, καί τήν ἀντικατάσταση τῶν ἐμπορικῶν σκευασμάτων παραγόντων πήξεως (παράγοντας VIII) ἀπ cryoprecipitates.

Ὅπως ἀναφέρθηκε τό ΣΕΑΑ δέν φαίνεται νά μεταδίδεται μέ κοιν ἐπαφή. Μέχρι σήμερα δέν ἀναφέρθηκε μετάδοση τοῦ ΣΕΑΑ σέ νοσ λευτικό προσωπικό. Ἐν τούτοις ἡ περιγραφεῖσα ἐπιδημιολογία τοῦ ΣΕΑΑ ἐπιβάλλει τή λήψη αὐστηρῶν μέτρων γιά τήν ἀποφυγή ἰα μεταδόσεως. Αὐτά ταυτίζονται ἀπόλυτα μέ ἐκεῖνα πού ἐφαρμόζον γιά τήν ἡπατίτιδα τύπου Β. Ἡ ἀποφυγή τυχαίων ἐμβολιασμῶν ἀπ νύξεις βελονῶν ἤ ἄλλων μολυσμένων αἰχμηρῶν ἐργαλείων, ἡ χρή ὀργάνων καί ἄλλων ἀντικειμένων μιᾶς χρήσεως, ὅπου αὐτό εἶναι νατό, ὁ ἐπιμελής καθορισμός καί ἡ ἀποστείρωση τῶν ὑπολοίπων γαλείων, ἡ σωστή περισυλλογή καί ἀποστείρωση τῶν ἀντικειμέ πού χρησιμοποιεῖ ἤ ρυπαίνει ὁ ἀσθενής , ἡ χρήση γαντιῶν κα συχνό καί ἐπιμελημένο πλύσιμο τῶν χεριῶν καί ἡ ἀπολύμανση τ ἐπιφανειῶν μέ κατάλληλα ἀντισηπτικά θεωρεῖται ἐπιβεβλημένη.

ΣΕΑΑ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΟΣ Β

Ἡ ὑψηλή συχνότητα τοῦ ΣΕΑΑ σέ ὁμοφιλόφυλους, τοξικομα καί αἱμοφιλικούς καί ἡ παρασκευή τοῦ ἐμβολίου κατά τῆς ἡπα τιδος Β ἀπό πλάσμα αἵματος πού μπορεῖ νά συμπεριλάβει καί μα τῶν παραπάνω ὁμάδων ὑψηλοῦ κινδύνου δημιούργησαν ἐρωτημ γιά τήν ἀσφάλεια τοῦ ἐμβολίου. Ἐν τούτοις ἀπό τόν μέχρι

έμβολιασμό χιλιάδων άτόμων δέν άναφέρθηκε οὔτε μία περίπτωση ΣΕ
σέ άλλα άτομα έκτός τῶν εἰδικῶν ὁμάδων ὑψηλοῦ κινδύνου. Άλλά κα
μεταξύ τῶν έμβολιασθέντων ὁμοφιλοφύλων ἡ συχνότητα τοῦ ΣΕΑΑ ἦταν
μικρότερη (2 περιπτώσεις μεταξύ 826 έμβολιάσθηκαν, 2.4 %) σέ σχέ
ση μέ μή έμβολιασθέντες ὁμοφιλόφυλους (4,4 %). Γιά τόν λόγο αὐ-
τό τό κέντρο CDC τῶν ΗΠΑ άποφάνθηκε τουλάχιστον γιά τό έμβόλιο
πού κυκλοφορεῖ στίς ΗΠΑ ὅτι " τά μέχρι στιγμῆς έργαστηριακά καί
έμπειρικά δεδομένα δέν ὑποστηρίζουν τήν ὑπόθεση ὅτι τό έμβόλιο
κατά τῆς ἡπατίτιδος Β θά ἦταν πιθανόν νά περιέχει ὁποιονδήποτε α
ἰτιολογικό παράγοντα κινδύνου γιά άνάπτυξη ΣΕΑΑ " (CDC 1983b) Σ'
αὐτό συμφωνοῦν καί οἱ ὑπεύθυνοι τῆς Διευθύνσεως Τροφίμων καί Φαρ
κων τῆς Ὑπηρεσίας Δημοσίας Ὑγείας τῶν ΗΠΑ πού συνιστοῦν τόν έμ
λιασμό ὅλων τῶν ὁμάδων ὑψηλοῦ κινδύνου ἡπατίτιδος καί ἰδιαίτερα
νοσηλευτικοῦ προσωπικοῦ. Ὁ κίνδυνος ἡπατίτιδος Β καί οἱ συνέπε
της εἶναι πολλαπλάσιες άπό τήν " θεωρητική" πιθανότητα έπιβιώσ
τοῦ ὑποθετικοῦ αἰτιολογικοῦ παράγοντα τοῦ ΣΕΑΑ κατά τή διαδικασί
καθαρισμοῦ καί άδραγοποιήσεως πού έφαρμόζεται κατά τήν παρασκευή
τοῦ έμβολίου κατά τῆς ἡπατίτιδος Β. (Gerety and Tabor 1983).

Φ121

ΠΚΝ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας:101 87
Πληροφορίες:Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο:5222-393

Αθήνα 15/11/1988
Αριθ.πρωτ.Α1/οικ.1123

ΠΡΟΣ:Τον Καθηγητή
κ.Γ.Παπαευαγγέλου
Υγειονομική Σχολή
Αθηνών
Λεωφ.Αλεξάνδρας 196
Τ.Κ 115 21 Αθήνα

ΘΕΜΑ:Ομάδα για αξιολόγηση περιπτώσεων AIDS.

Σας παρακαλούμε,σύμφωνα με την απόφαση του Συντονιστικού Οργάνου της Εθνικής Επιτροπής AIDS,κατά την συνεδρίαση της 30ης Σεπτεμβρίου 1988,τα πρακτικά της οποίας κυρώθηκαν στη συνεδρίαση της 2ας Νοεμβρίου 1988,να μας γνωστοποιήσετε τα ονοματεπώνυμα 2-3 μελών της υπό σας υποεπιτροπής Επιδημιολογίας,με τα οποία θ αξιολογούμε από κοινού κάθε νέο περιστατικό.

Η Διευθυντής

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ
Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (3)

Θ.ΣΤΕΦΑΝΟΥ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμημ/ρχης Γραμματείας

Ι.Β.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101 87

Πληροφορίες: Μπατζή Νικ.
Τηλέφωνο: 5233 563

Αθήνα 10-11-1988
Αριθ. Πρωτ.
Δ1/οικ. 11507

Α Π Ο Φ Α Σ Η

ΘΕΜΑ: "Έγκριση εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας Εθνικής Επιτροπής AIDS και καθορισμός αρμοδιοτήτων Συντονιστικού Οργάνου".

Έχοντας υπ'όψιν το επικυρωμένο πρακτικό της συνεδρίασης στις 14-9-88 του συντονιστικού οργάνου της Εθνικής Επιτροπής AIDS.

Α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε :

Εγκρίνουμε και θέτουμε σε ισχύ τον κατωτέρω κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας της Εθνικής Επιτροπής AIDS και των σωμάτων του (ολομέλεια, συντονιστικό όργανο και υποεπιτροπές).

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ AIDS

1.1. Γενικά περί Επιτροπής

Η Εθνική Επιτροπή AIDS είναι γνωμοδοτικό - συμβουλευτικό όργανο και αποτελείται :

α. Από την Ολομέλεια την οποία συγκροτεί το σύνολο των μελών της.
β. Από το Συντονιστικό Όργανο το οποίο απαρτίζεται εκ δώδεκα (12) εκ των μελών της.
γ. Από τις Υποεπιτροπές στις οποίες τοποθετούνται τα μέλη της ανάλογα με τις προτιμήσεις τους και την ειδίκευσή τους.

1.2. Σύγκλιση Επιτροπής - Υποεπιτροπών

Η Ολομέλεια και το Συντονιστικό όργανο συγκαλούνται για συνεδρίαση μετά πρόσκληση του Προέδρου αυτής και των Υποεπιτροπών μετά πρόσκληση του Προέδρου εκάστης εξ αυτών.

/

1.3. Συνεδριάσεις

Οι συνεδριάσεις διακρίνονται σε :

α. Τακτικές.

β. Εκτάκτους.

Οι υποεπιτροπές συνέρχονται ανά 15νθήμερο ή ενωρίτερα και την συχνότητα των εργασιών τους καθορίζει ο Πρόεδρος εκάστης υποεπιτροπής.

Το συντονιστικό όργανο συνέρχεται σε τακτική συνεδρίαση κάθε μήνα κι έκτακτα ανάλογα με τα προβλήματα που προκύπτουν.

Η ολομέλεια συνέρχεται τακτικά ανά τρίμηνο κι έκτακτα όταν υπάρξει ανάγκη.

1.4. Ημερήσια διάταξη.

Το περιεχόμενο της ημερήσιας διάταξης καθορίζεται από την προηγούμενη συνεδρίαση με απόφαση των μελών εκάστου σώματος της Εθνικής Επιτροπής AIDS (ολομέλεια, συντονιστικό όργανο, υποεπιτροπές).

Έκτακτα θέματα εισάγονται προς συζήτηση υπό του Προέδρου ή οποιονδήποτε μέλους εκάστου σώματος και συζητούνται μετά έγκριση της ολομέλειάς τους.

1.5. Απαρτία.

Τα 3 σώματα της Εθνικής Επιτροπής AIDS (ολομέλεια, συντονιστικό όργανο, υποεπιτροπές) θεωρείται ότι συνεδριάζουν σε απαρτία εφόσον είναι παρόντες τα μισά συν ένα των μελών της.

Τα μέλη εκάστου εξ αυτών που απουσιάζουν δικαιολογημένα (ταξίδι στο εξωτερικό, ασθένεια κ.λ.π.) δεν υπολογίζονται στον καθορισμό της απαρτίας.

Μέλη εκάστου σώματος τα οποία απουσιάζουν εκ των εργασιών τους αδικαιολόγητα σε τρεις (3) συνεχείς συνεδριάσεις παύουν να αποτελούν μέλη αυτοδικαίως τόσο όσο αφορά στην ολομέλεια όσο και στα λοιπά σώματα της Εθνικής Επιτροπής AIDS.

1.6. Αναπλήρωση Προέδρου.

Τον Πρόεδρο της Εθνικής Επιτροπής AIDS απόντα ή κωλυόμενο αναπληρώνει μέλος του Συντονιστικού Οργάνου υποδεικνυόμενο υπό του ιδίου.

1.7. Αποφάσεις.

Λαμβάνονται κατά πλειοψηφία των παρόντων μελών εκάστου σώματος της Εθνικής Επιτροπής AIDS.

Επί ισοψηφίας υπερτερεί η γνώμη με την οποία έχει συνταχθεί

ο Πρόεδρος εκάτου σώματος.
Η ψηφοφορία είναι πάντοτε ανοικτή. ψηφοφορία είναι δυνατή μόνο σε ειδικές έκτακτες περιπτώσεις μετά αιτιολογημένη απόφαση σε έκαστο εκ των σωμάτων που κατέχουν την Εθνική Επιτροπή AIDS.

1.8. Πρακτικά.

Καταγράφονται μόνο οι αποφάσεων και οι Προσωπικές γνώμες ή αντιρρήσεις και ίνται μόνο εφόσον δοθούν γραπτώς από το μέλος.

1.9 Κοινές συνεδριάσεις.

Η Εθνική Επιτροπή AIDS με σκοπό την άμεση επίλυση διαφόρων θεμάτων αναθέτει στο Συντονιστικό Της Όργανο ή μέλη της κατά την κρίση του Προέδρου την πραγματοποίηση κοινών συνεδριάσεων με :

α. Τους Επιστημονικούς Διευθυντάς και επιστημονικούς υπευθύνους των Εθνικών Κέντρων Αναφοράς AIDS που λειτουργούν στη χώρα καθώς και των Κέντρων ελέγχου της
β. Με την Κεντρική Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
γ. Με τους εκπροσώπους των Διοικητικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων.
δ. Με τους εκπροσώπους των Επιστημονικών Επιτροπών των Νοσοκομείων.
ε. Κατά περίπτωση με εκπροσώπους οποιουδήποτε φορέα εφόσον κριθεί τούτο αναγκαίο.

2. Καθορίζουμε ως ακολούθως τις αρμοδιότητες του συντονιστικού οργάνου της Εθνικής Επιτροπής AIDS

Αρμοδιότητες Συντονιστικού Οργάνου
Εθνικής Επιτροπής AIDS.

Το Συντονιστικό όργανο αποτελεί το κύριο όργανο της Εθνικής Επιτροπής AIDS και είναι αρμόδιο για :
α. Τον Κεντρικό Επιτελικό Σχεδιασμό
β. Την παρακολούθηση του προγράμματος
γ. Την εκτίμηση της απόδοσης του προγράμματος.
δ. Την εισήγηση για την εξεύρεση των αναγκαίων πιστώσεων.
ε. Την ορθολογική κατανομή των πιστώσεων.
στ. Την διεθνή συνεργασία και παρακολούθηση των διεθνών εξελ

./.

ζ. Την ανάθεση της μελέτης διαφόρων θεμάτων τα οποία κατανέμει αντίστοιχα στις αρμόδιες υποεπιτροπές.

η. Την γνωμοδότηση επί παντός θέματος το οποίο απαιτεί άμεση λύση μετά εισήγηση του Προέδρου της ή οποιουδήποτε μέλους της.

θ. Την παροχή εξουσιοδότησης σε μέλη της Εθνικής Επιτροπής AIDS για επίλυση καθημερινών τρεχόντων θεμάτων.

ι. Τον συντονισμό του έργου των υποεπιτροπών.

ια. Την εισαγωγή προς συζήτηση και λήψη αποφάσεων στην Ολομέλεια θεμάτων γενικωτέρου ενδιαφέροντος.

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΕΜ. ΣΚΟΥΛΑΚΗΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

- Γρ. κ.Υπουργού.
- Γρ. κ.Υφυπουργού.
- Γρ. κ.Γεν.Γραμματέα.
- Γρ.Δημ.Διεθνών Σχ.Γραφείο Τύπου.
- Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (20).

ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ

1. Πρόεδρο Εθνικής Επιτροπής AIDS.

   Κο Μερίκα Γεώργιο
   Πρόεδρο Ακαδημίας Αθηνών.
   Ομότιμο καθηγητή Παθολογίας.
   Βασ. Ηρακλείου 6 Τ.Κ 106 82 ΑΘΗΝΑ

2. Προέδρους Υποεπιτροπών Εθνικής Επιτροπής AIDS.

   α) Κο Ματσανιώτη Νικόλαο.
   Πρόεδρο υποεπιτροπής Ενημέρωσης και Ηθικής Δεοντολογίας.
   Ακαδημαϊκό Καθηγητή Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών.
   Α'Παιδ. Κλινική Νοσ. Παίδων "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ".
   Τ.Κ 115 27 ΓΟΥΔΙ.

   β) Κο Παπαδάτο Κων/νο.
   Πρόεδρο υποεπιτροπής Εκπαίδευσης.
   Καθηγητή Παιδιατρικής Νοσ. Παίδων "ΑΓΛ.ΚΥΡΙΑΚΟΥ"
   Τ.Κ 115 27 ΑΘΗΝΑ.

   γ) Κο Παπαευαγγέλου Γεώργιο.
   Πρόεδρο υποεπιτροπής Επιδημιολογίας

../..

Καθηγητή Κοιν.Ιατρικής Α.Π.Θ. και Υγειον.Σχολής Αθηνών.
Λ. Αλεξάνδρας 196 Τ.Κ 115 21 ΑΘΗΝΑ

δ) Κο Στεφανή Κων/νο
Πρόεδρο υποεπιτροπής Ψυχικών και Κοινωνικών Προβλημάτων.
Καθηγητή Ψυχιατρικής Παν. Αθήνας.
Αιγινήτειο Νοσ. Αθήνας.

ε) Στρατηγό Ιωάννη.
Πρόεδρο υποεπιτροπής Πρωτοβάθμιας φροντίδας καινοσηλείας.
Καθηγητή Δερματολογίας - Αφροδισίων Νόσων,
Νοσ. "ΑΝΔΡΕΑ ΣΥΓΓΡΟΥ".
Δραγούμη 5 Τ.Κ 161 21 ΑΘΗΝΑ

στ) Κο Τριχόπουλο Δημήτριο
Πρόεδρο υποεπιτροπής Έρευνας.
Καθηγητή Υγιεινής και Επιδημιολογίας Παν. Αθήνας.
Τ.Κ 115 27 ΓΟΥΔΙ

3. Τα Μέλη Εθνικής Επιτροπής AIDS.

1. Κο Βλάχο Ιερόθεο - ΑΡΧΙΜΑΝΔΡΙΤΗ.
Λέρου 6 Τ.Κ 113 64 ΑΘΗΝΑ
2. Κο Αραβαντινό Διονύσιο
Καθηγητή Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθήνας
Περ. Γεν. Νοσ. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ".
Βασ. Σοφίας 80 Τ.Κ 115 28 ΑΘΗΝΑ.
3. Κο Ιορδάνογλου Ι.
Καθηγητή Πνευμολογίας Ν.Ν.Θ.Α. "ΣΩΤΗΡΙΑ".
Μεσογείων 154 Τ.Κ 156 69 ΑΘΗΝΑ
4. Κο Κονδάκη Ξενοφώντα.
Καθηγητή Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπ.Πάτρας.
Τ.Κ 261 00 ΠΑΤΡΑ.
5. Κο Κουμάντο Γεώργιο.
Καθηγητή Αστικού Δικαίου Παν. Αθήνας.
Σκουφά 55 Τ.Κ 106 72 ΚΟΛΩΝΑΚΙ.
6. Κο Κουτσελίνη Αντώνιο.
Καθηγητή Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας Παν.Αθήνας.
Υψηλάντου 35 Τ.Κ 106 76 ΚΟΛΩΝΑΚΙ.
7. Κο Μουτσόπουλο Χαράλαμπο.
Καθηγητή Παθολογίας Περ.Γεν.Νοσ.Ιωαννίων "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ".
Τ.Κ 450 01 ΓΙΑΝΝΕΝΑ.
8. Κο Παπαναγιώτου Ιωάννη.
Καθηγητή Μικροβιολογίας Α.Π.Θ.
Τ.Κ 540 01 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ

./..

9. Κο Σπαντίδο Δημ.
   Καθηγητή Ιολογίας Πανεπ. Κρήτης.
   Τ.Κ 711 10 ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ.
10. Κο Καράμπελα Λάμπρο.
    Αντιεισαγγελέας Εφετών Αθηνών.
    Μηλιαράκη 10 Τ.Κ 104 45 Κ. ΠΑΤΗΣΙΑ.
11. Κο Μανίκα Στέφανο.
    Σύμβουλο του Υφυπουργού κ. Μαν.Σκουλάκη.
12. Κα Στεφάνου Θεοδώρα.
    Δ/ντρια Δημ. Υγιεινής.
    Υπουργ. Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν.Ασφαλίσεων.
13. Κα Λανάρα Βασιλική.
    Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παν. Αθήνας.
    Τμ. Νοσηλευτικής.
    Φειδιππίδου 45 - 47 Τ.Κ 115 27 ΑΘΗΝΑ
14. Κο Τσελέντη Γιάννη
    Αναπληρωτή Καθηγητή Ιατρ.Εργαστηρίων Πανεπ.Κρήτης.
    Τ.Κ 711 10 ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ.
15. Κο Γεωργούλια Βασίλειο
    Επίκουρο Καθηγητή Παθολογίας-Ογκολογίας Παν.Κρήτης
    Τ.Κ 711 10 ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ.
16. Κο Καλοταιράκη Ανδρέα
    Επικ.Καθηγητή Παθολ.Πανεπ.Κλιν."ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ" Νοσ.Αθηνών
    Βασ. Σοφίας 114 Τ.Κ 115 27 ΑΘΗΝΑ.
17. Κο Καρπάθιο Σακελλάρη
    Επικ.Καθηγητή Μαιευτικής-Γυναικολογίας
    Πανεπ.Αθήνας-Συντονιστής Οικογ.Προγρ/σμού
    Περ.Γεν.Νοσ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"
    Βασ. Σοφίας 80 Τ.Κ 115 28 ΑΘΗΝΑ
18. Κα Κοκκέβη Άννα
    Επικ.Καθηγήτρια Ψυχολογίας Πανεπ.Αθήνας
    Ψυχολ.Εργαστήριο Αιγινήτειου Νοσ.
19. Κα Τιτίκα Μανδαλάκη
    Επικ.Καθηγήτρια Παν.Γεν.Νοσ.Αθηνών " ΛΑΪΚΟ "
    Αγ. Θωμά 17 Τ.Κ 115 27 ΓΟΥΔΙ
20. Κα Οικονομίδου Ιωάννα
    Επικ.Καθηγήτρια Θερ. "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"
    Υψηλάντου 45-47 Τ.Κ 106 76 ΑΘΗΝΑ
21. Κο Πριόβολο Ιωάννη
    Επικ.Καθηγητή Παθολογίας, Πρόεδρο ΚΕ.Σ.Υ
    Αριστοτέλους 19 Τ.Κ 101 87 ΑΘΗΝΑ . / .

22. Κο Τέγο Κων/νο
    Επίκουρο Καθηγητή Παθολογίας 401 Σ.Γ.Ν.Σ.
    Μεσογείων 138 Τ.Κ 156 69 ΑΘΗΝΑ
23. Κο Αγραφιώτη Δημοσθένη
    Καθηγητή Κοινωνιολογίας Υγειον.Σχολή Αθηνών
    Λεωφ. Αλεξάνδρας 196 Τ.Κ 115 21 ΑΘΗΝΑ
24. Κο Κυριόπουλο Ιωάννη
    Καθηγητή Ιατρικής Οικονομίας Υγειον.Σχ.Αθηνών
    Λεωφ.Αλεξάνδρας 196 Τ.Κ 115 21 ΑΘΗΝΑ
25. Κο Παπαδάκη Ιωάννη
    Καθηγητή Μικροβιολογίας & Ανοσοβιολογίας
    Λεωφ.Αλεξάνδρας 196 Τ.Κ 115 21 ΑΘΗΝΑ
26. Κο.Κακλαμάνη Νικήτα
    Επίκουρο Καθηγητή & Γεν.Γραμματέα Π.Ι.Σ.
    Σεμιτέλου 2 Τ.Κ 115 28 ΑΘΗΝΑ
27. Κο Χατζάκη Άγγελο
    Αναπλ.Καθηγητή - Εργαστ.Υγιεινής Παν.Αθήνας
    Τραυλαντώνη 7 Τ.Κ 157 73 ΖΩΓΡΑΦΟΥ
28. Κο Δαμουλή Δημήτριο
    Οδοντίατρο-Πρόεδρο Οδοντ.Ομοσπονδίας
    Θεμιστικλέους 38 Τ.Κ 106 76 ΑΘΗΝΑ
29. Κα Μαλλιώρη Μελπομένη
    Σύμβουλος κ.Υπουργού Υ.Υ.Π & Κ.Α
30. Κα Δαρβίρη Χριστίνα
    Προϊστεμένη Τμήματος Επισκεπτών-τριών Υγείας
    ΣΕΥΠ.ΤΕΙ Αθήνας
    Ζαχάρωφ 3 Τ.Κ 115 21 ΑΘΗΝΑ
31. Κο Παπαδόπουλο Χαρίτωνα
    Δ/ντή της Δ/νσης Κοιν.Εργασίας του ΥπΥγείας Πρόνοιας
    & Κοινωνικών Ασφαλίσεων
32. Κα Φαρμάκη Μαρία
    Δ/ντρια Εκτέλεσης Ποινών Υπ.Δικαιοσύνης
    Μεσογείων 96 Τ.Κ 115 27 ΑΘΗΝΑ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

θΚ

2

Κατεπείγον

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Κούλα Μαρία
Τηλέφωνο: 5222393

Αθήνα, 10 Αυγούστου 1988
Αριθμ. πρωτ.
Α1/οικ. 8486

ΠΡΟΣ: Τους Προέδρους των Δ.Σ. όλων
1. Περιφερειακών Γενικών Νοσ/
2. Νομαρχιακών Γενικών Νοσ/με
Εδρες τους

ΘΕΜΑ: "AIDS".

Σας υπενθυμίζουμε προγενέστερες εγκυκλίους μας και παρακαλούμε για τα ακόλουθα:

α. Δήλωση όλων των κρουσμάτων AIDS που νοσηλεύετε σύμφωνα με την Α1/6122/86 Υγειονομική μας Διάταξη.

β. Άμεση ενημέρωσή μας σε περίπτωση θανατηφόρου έκβασης κάθε κρούσματ AIDS.

γ. Υποβολή όλων των απαιτουμένων πληροφοριών για όσους ασθενείς έχει εγκριθεί η χορήγηση A.Z.T. στην Κρατική Φαρμακαποθήκη και αποκλειστική χρήση του φαρμάκου μόνο για τον ασθενή για τον οποίο υπάρχει η σχετική έγκριση.

δ. Επιβεβαίωση των θετικών με την μέθοδο ELISA δειγμάτων αίματος από τα Εθνικά μας Κέντρα Αναφοράς της περιοχής σας.

ε. Συνεχή ενημέρωση του προσωπικού σας για τα μέτρα προφύλα την Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων.

στ. Ανάπτυξη των προβλεπομένων από τις προγενέστερες εγκυκλίους μας κλ νών για νοσηλεία ασθενών και φορέων AIDS.

ζ. Ειδικότερα ανάπτυξη από τα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία Αττικής Θεσσαλονίκης, Ιωαννίνων, Πατρών και Ηρακλείου Κρήτης εξωτερικών Ιατρείων για την παροχή Ιατρικής και Οδοντιατρικής φροντίδας στους πάσχοντες από AIDS που δεν χρήζουν κλειστής νοσηλείας και στους φορεί

..//..

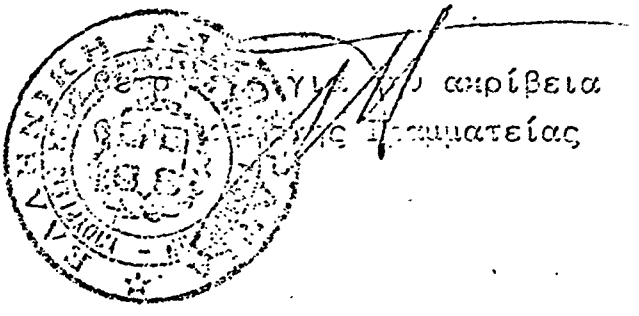
2. Σε περίπτωση αδυναμίας εφαρμογής των δύο τελευταίων παραγράφων παρακαλούμε γνωρίσατέ μας λεπτομερώς τους λόγους και προτάσεις σας για την επίτευξή τους το ταχύτερο δυνατόν.-

Ο Υφυπουργός

Μαν. Σιουλάκης

Εσωτερική διανομή:
1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Υφυπουργού
3. Γραφείο κ. Γενικού Γραμματέα
4. Δ/νση Ιατρικής Αντίληψης
5. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (30)

Κοινοποίηση:
1. κ. Γεωργ. Περίνα Πρόεδρο Εθνικής Επιτροπής AIDS
Πρόεδρο Ακαδημίας Αθηνών,
Ομότιμο Καθηγητή Παθολογίας
Βασ. Ηρακλείου 6
Τ.Κ. 106 32 Αθήνα



ΔΛ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101-87
Πληροφορίες: ΓΡ. Διευθυντή
Τηλέφωνο: 5222-393

Αθήνα 15-7-1988

Αριθ. Πρωτ.
Α1/οικ 7196

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις
ή Τμήματα Υγιεινής
των Νομαρχιών
Έδρες τους.

ΘΕΜΑ: Πορεία AIDS στη χώρα μας.

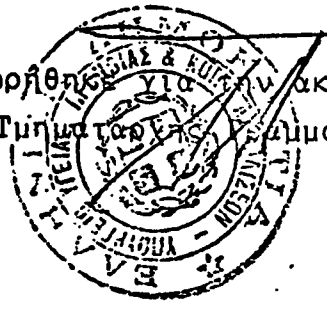
Σας στέλνουμε συνημμένα για ενημέρωσή σας την πορεία του AIDS στη χώρα μας.

Συνημμένα, 1
σε κάθε αποδέκτη

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Υφυπουργού
3. Γραφείο κ. Γενικού Γραμματέα
4. Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγείας στην Κεντρική Υπηρεσία.
5. Δ/νση Κοινωνικής Εργασίας
6. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων για Γραφείο Τύπου.
7. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (20)



Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΔΛ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 12 Ιουλίου 1988

Αριθ.Πρωτ.
Α1/οικ 7033

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
ταχ. κώδικας: 101-87
Πληροφορίες: Γρ. Διευθυντή
Τηλέφωνο: 5222-393

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής. Έδρες τους.

ΘΕΜΑ: AIDS,

Σας στέλνουμε συνημμένα για ενημέρωσή σας μια γενική ανασκόπηση για το AIDS σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Συνημμένα: 1
σε κάθε παραλήπτη

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. 1. Γραφείο Υπουργού
2. Γραφείο Υφυπουργού
3. Γραφείο κ. Γενικού Γραμματέα
4. Όλες τις Δ/νσεις του Τομέα Υγείας στην Κεντρική Υπηρεσία.
5. Δ/νση Κοινωνικής εργασίας
6. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων Γραφείο τύπου
7. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (30)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Επιστάρχης Γραμματείας

ΔΛ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 23-5-1988

Αριθ. Πρωτ.
Α1/οικ 5194

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101-87
Πληροφορίες: Γρ. Διευθυντή
Τηλέφωνο: 5222-393

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις
ή Τμήματα Υγιεινής
των Νομαρχιών
Έδρες τους.

ΘΕΜΑ: Πορεία AIDS.

Μέχρι τον Μάϊο του 1988 88.000 περιπτώσεις AIDS είχαν δηλωθεί στην ΠΟΥ από 138 χώρες αλλά πιστεύεται ότι ο συνολικός αριθμός κρουσμάτων φθάνει τις 150.000 και υπολογίζεται ότι 5.000.000 10.000.000 άνθρωποι σ'ολόκληρο το κόσμο είναι φορείς της νόσου.

Ο μεγαλύτερος αριθμός κρουσμάτων (65.000) έχουν δηλωθεί από 42 χώρες της Αμερικής και εξ'αυτών 57.000 από τις Η.Π.Α. κατά τα έτη 1981 - 1 Μαΐου 1988.

Οι ΗΠΑ υπολογίζουν ότι μέχρι το 1991 ο αριθμός των κρουσμάτων θαφθάσει τις 270.000.

Στην Αμερική, Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία οι περισσότερες περιπτώσεις AIDS εμφανίζονται μεταξύ ομοφυλοφίλων ή αμφιφύλων και τοξικομανών.

Η μετάδοση με την φυσιολογική ετερόφυλη σχέση στις προαναφερόμενες περιοχές της Γης είναι της τάξεως μόνο των 5%.

Στην Ευρώπη 28 χώρες είχαν δηλώσει μέχρι 1 Μαΐου 1988 11.000 περιπτώσεις AIDS και η ΠΟΥ υπολογίζει ότι 500.000 περίπου Ευρωπαίοι έχουν μολυνθεί με τον ιό του HIV.

Τον μεγαλύτερο αριθμό κρουσμάτων εξακολουθούν να δηλώνουν η Γαλλία, ακολουθούμενη από την Ελβετία την Δανία και το Βέλγιο.

Η ΠΟΥ υπολογίζει ότι μέχρι το τέλος του 1988 θα έχουν δηλωθεί στην Ευρώπη συνολικά 20.000 περιπτώσεις.

Στην Αφρική 42 χώρες έχουν δηλώσει συνολικά 11.000 κρούσματα και ο μεγαλύτερος αριθμός κρουσμάτων οφείλεται σε μετάδοση του HIV με την φυσιολογική σεξουαλική επαφή.

..//..

Το μεγάλο πρόβλημα στην Ήπειρο αυτή είναι ότι τα 20% των εγκύων γυναικών είναι οροθετικές για HIV.

Στην Ασία 22 χώρες έχουν δηλώσει συνολικά 200 κρούσματα κι΄από την Ωκεανία και την Νέα Ζηλανδία έχουν δηλωθεί συνολικά 900 περιπτώσεις.

Το εμβόλιο κατά της νόσου δεν προβλέπεται να είναι έτοιμο για χρήση πριν από 5 χρόνια.

Η έλλειψη του εμβολίου καθιστά επιτακτική την συνεχή κι΄αδιάκοπη ενημέρωση κι΄αγωγή υγείας για μετατροπή της σεξουαλικής συμπεριφοράς των ατόμων και την λήψη των γενικών μέτρων πρόληψης.

Επαναλαμβάνεται ότι μεταδίδεται με το μολυσμένο αίμα, τις μολυσμένες σύριγγες και βελόνες, την σεξουαλική επαφή και κάθετα από την μητέρα στο παιδί.

Η ΠΟΥ εφαρμόζει για την αντιμετώπιση του προβλήματος πρόγραμμα με τρείς βασικούς στόχους.

Πρόληψη μετάδοσης.

Φροντίδα για τα μολυσμένα με τον HIV άτομα.

Υποστήριξη διεθνών και εθνικών προγραμμάτων.

Για το σκοπό αυτό διέθεσε το 1987 22.100.000 δολλάρια και για το 1988 ο προϋπολογισμός της για το AIDS ανέρχεται σε 66.200.000 δολλάρια.

Υποστηρίζει προγράμματα 16 χωρών μέχρι σήμερα και προβλέπεται να επεκτείνει τις δραστηριότητές της και σε άλλες με προτεραιότητα εκείνες στις οποίες το πρόβλημα γίνεται οξύ ή είναι ειδικό.

Στη χώρα μας μέχρι 1-5-88 είχαν αξιολογηθεί 109 κρούσματα εκ των οποίων 54 υπήρξαν θανατηφόρα.

Επομένως κατά 3 περισσότερα των όσων αναφέρονται στην με αρ. Α1/οικ 3912/19-4-88 ενημερωτική μας εγκύκλιο και 2 νέοι θάνατοι.

Τα προαναφερόμενα 3 νεώτερα κρούσματα σημειώθηκαν επί ανδρών ηλ. 27-35 ετών εκ των οποίων ο ένας ήταν ομοφυλόφιλος κι΄αλλοδαπός και στους δύο άλλους δεν αναφέρεται με βεβαιότητα ο ακριβής παράγοντας μόλυνσης.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια

Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

..//..

ΜΜ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 25 Απριλίου 1988
Αρ.Πρωτ. Α1/4088 ΕΓΚ

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.Κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Δρ.Θ.Στεφάνου
Τηλέφωνο: 5222.393

ΠΡΟΣ: Όλα :
1. Τα περιφ.Γεν.Νοσοκομεί
2. Τα Νομ.Γεν.Νοσοκομεία
3. Τα Ειδικά Νοσοκομεία
4. Τα Πανεπιστημιακά Νοσ/
5. Τα θεραπευτήρια του ΙΚ

Έδρες τους

ΘΕΜΑ: Βασικές αρχές για τον έλεγχο και τη νοσηλεία ασθενών και φορέων AIDS.

1. Η Εθνική Επιτροπή Ελέγχου AIDS κατά τη συνεδρίασή της στις 4.4.88 αποφάσισε ομόφωνα ότι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τον έλεγχο και τη νοσηλεία των ασθενών και φορέων AIDS στα νοσοκομεία είναι οι ακόλουθες :

α. Βασικές αρχές ιατρικής δεοντολογίας αποτελούν η συγκατάθεση του ασθενούς μετά από πλήρη ενημέρωσή του, ως προϋπόθεση κάθε ιατρικής πράξης, και ο σεβασμός της ιδιωτικής του ζωής, που εξασφαλίζεται με την τήρηση του απορρήτου και το δικαίωμα ισότιμης ιατρικής φροντίδας.

Ειδικότερα όσον αφορά στο AIDS οι αρχές αυτές θα πρέπει να τηρούνται με μεγάλη σχολαστικότητα λόγω των γνωστών κοινωνικών αντιδράσεων και επιπτώσεων στον ασθενή.

β. Ο γιατρός και κάθε νοσηλευτής αντιμετωπίζει κινδύνους συμφυείς στο επάγγελμά του. Από ιστορική παράδοση και από τον όρκο του Ιπποκράτη ο γιατρός έχει υποχρέωση να νοσηλεύει ασθενείς με μεταδοτικό νόσημα άσχετα με τους κινδύνους που δυνατόν να διατρέχει ο ίδιος.

γ. Με βάση τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα ο ιός του AIDS δεν μεταδίδεται αερογενώς, με το νερό και τα τρόφιμα, ούτε με απλή επαφή. Επομένως ο κίνδυνος είναι πολύ μικρότερος από

.//.

άλλα νοσήματα που αντιμετώπισε κατά το παρελθόν.Ο κίνδυνος αιματογενούς μετάδοσης είναι πολύ μικρός και είναι ουσιαστικά ανύπαρκτος εάν τηρούνται βασικές αρχές προλήψεως αιματογενών λοιμώξεων που είναι περισσότερο απαραίτητες για τη χώρα μας λόγω της υψηλής ιοφορίας ηπατίτιδος Β.

δ. Σύμφωνα με τις παραπάνω αρχές και δεδομένα η νοσηλεία φορέα ή ασθενούς με AIDS αποτελεί υποχρέωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

ε. Οδηγίες για την ορθή νοσηλεία των ασθενών έχουν εκδοθεί από την Εθνική Επιτροπή AIDS.Διευκρινίζεται ότι η εμπιστευτική πληροφόρηση του ασθενούς και του υπευθύνου νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να γίνεται αμέσως μόλις ο έλεγχος αντισωμάτων επιβεβαιωθεί, εξασφαλίζοντας συγχρόνως την αποφυγή κοινοποίησης σε προσωπικό που δεν έχει σχέση με την άμεση νοσηλεία του ασθενούς . Επειδή όμως αναφέρθησαν ενέργειες που αντίκεινται προς τις αναφερθείσες αρχές ιατρικής δεοντολογίας η Εθνική Επιτροπή AIDS με βάση τα διεθνή δεδομένα και τις αποφάσεις της Π.Ο.Υ. διασαφηνίζει τα ακόλουθα :

(α) ο γιατρός σταθμίζοντας το διαγνωστικό,θεραπευτικό ή άλλο όφελος που θα προκύψει για τον ασθενή σε σχέση με την πιθανότητα πρόκλησης δυσμενών επιπτώσεών από την αποκάλυψη της ιοφορίας θα προβεί σε έλεγχο αντισωμάτων μετά από την ενημερωμένη συγκατάθεση του τελευταίου. Η εξασφάλιση του απορρήτου, της δυνατότητας παροχής ορθών συμβουλών και τέλος της δυνατότητας θεραπευτικής παρακολούθησης σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος είναι απαραίτητη προϋπόθεση του ελέγχου. Οι τυχόν εξαιρέσεις στην τήρηση των αρχών αυτών θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τους υπάρχον κώδικες ιατρικής δεοντολογίας και τις αρχές της ηθικής.

(β) Σε καμιά περίπτωση δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται έλεγχος (νας κάθε ασθενούς ούτε να τίθεται ως προϋπόθεση για οποι δήποτε θεραπευτική παρέμβαση.

(γ) Τα μέτρα πρόληψης αιματογενούς λοίμωξης πρέπει να τηρούν με σχολαστικότητα σε κάθε περίπτωση και ανεξάρτητα από ι πίστωση ιοφορίας , αφού είναι βέβαιο ότι όσο η επιδημία εξαπλώνεται τόσο αυξάνει η πιθανότητα ο νοσηλευόμενος ν είναι φορέας.

(δ) Ο έλεγχος αντισωμάτων δεν θεωρείται επείγουσα εξέταση παρά μόνο στην περίπτωση αιμοδοσίας ή μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών.

(στ) Η Εθνική Επιτροπή AIDS παρακολουθεί με προσοχή τις διεθνείς επιστημονικές εξελίξεις και τις αποφάσεις των διεθνών οργανισμών υγείας και θα ενημερώνει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για κάθε πρόβλημα που προκύπτει.

2. Παρακαλούμε να λάβουν γνώση της εγκυκλίου αυτής ενυπογράφως όλοι οι γιατροί που υπηρετούν στο Νοσοκομείο σας ανεξάρτητα βαθμού και θέσης και με μέριμνα της Διευθύνουσας και των Προϊσταμένων Νοσηλευτριών όλο το νοσηλευτικό προσωπικό του Ιδρύματός σας.

3. Παρακαλούμε επίσης να μας αναφέρετε λήψη και εφαρμογή.-

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΣΟΛΩΜΟΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Γραφείο κ.Υπουργού
2. Γραφείο κ.Υφυπουργού
3. Γραφείο κ.Γεν.Γραμματέα
4. Όλα τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία
5. Όλα τα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS
6. Όλα τα μέλη της Εθνικής Επιτροπής AIDS
7. Μικροβιολογικό Εργαστήριο Παν.Αθηνών ΤΚ. 115 27 ΑΘΗΝΑ
8. Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγείας της Κεντρικής Υπηρεσίας
9. Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών Έδρες τους.
10. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων-Γραφείο Τύπου
11. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (30)

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

6

ΔΛ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101-87
Πληροφορίες: Νούλα Μαρία
Τηλέφωνο: 5222-393

Αθήνα 18-4-1988

Αριθ. Πρωτ.
ΕΜΠ 888/157

ΠΡΟΣ: Όλα τα Κέντρα-Σταθμούς
και Νοσοκομειακές Υπη
ρεσίες Αιμοδοσίας της
Χώρας.
Όπως ο πίνακας Διανομής

ΘΕΜΑ: Τήρηση αρχών νοσηλείας.

Σας γνωρίζουμε ότι η Εθνική Επιτροπή AIDS κατά την συνεδριασή της στις 4-4-88 αποφάσισε επειδή οι πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος ανευρίσκονται συχνά οροθετικά, κατ' εξαίρεση των γενικών αρχών νοσηλείας γνωστών οροθετικών, να συστήσει την τήρηση με σχολαστικότητα των αρχών νοσηλείας οροθετικών για όλους τους ασθενείς της ομάδας αυτής για την προφύλαξη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Επομένως δεν πρέπει να γίνεται διάκριση θετικών ή αρνητικών.

Με την ευκαιρία τονίζουμε την ανάγκη άμεσης παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς αυτούς σε συνεργασία με τα Κέντρα αιμορροφυλικών που τους παρακολουθούν

Παρακαλούμε για την πιστή εφαρμογή της ανωτέρω απόφασης.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ
1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Υφυπουργού
3. Γραφείο κ. Γενικού Γραμματέα

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΡ. ΣΟΛΩΜΟΣ

/./

4. Δ/νση Αιμοδοσίας
5. Δ/νση Ιατρικής Αντίληψης.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (20)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

7

ΔΛ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101-87
Πληροφορίες: Δρ. Θ. Στεφάνου
Τηλέφωνο: 5222-393

Αθήνα 15 Απριλίου 88

Αριθ. Πρωτ.
ΕΜΠ. 738/136
ΕΜΠ ΕΓΚ Ι

ΠΡΟΣ: Όλα τα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS όπως ο πίνακας διανομής.

ΘΕΜΑ: Εξετάσεις ταξιδιωτών για AIDS.

1. Επειδή σύμφωνα με κατά καιρούς διακοινώσεις διαφόρων χωρών απαιτείται πιστοποιητικό, από το οποίο να αποδεικνύεται ότι ο ταξιδιώτης δεν πάσχει από AIDS ούτε είναι φορέας του ιού HIV, κι όπως μας εγνώρισε με το με αρ. Φ.286/17/ΑΣ 4779 έγγραφό του το Υπουργείο Εξωτερικών η απαίτηση δεν τίθεται σε εφαρμογή μετά αποδοχή μας αλλά εφαρμόζεται από το Κράτος που την εξέδοσε από την στιγμή της έκδοσής της παρακαλούμε:

α. Στα πλαίσια των προσφερομένων υπηρεσιών σας προς το Υπουργείο μας να εξετάζετε τους προσερχομένους δωρεάν εφ' όσον είναι εφοδιασμένοι με παραπεμπτικό σημείωμα της Δ/νσης ή του Τμήματος Υγιεινής των Νομαρχιών της χώρας, που χωροταξικά καλύπτετε κι έχετε ενημερωθεί από μας για τις απαιτήσεις κάθε χώρας.

β. Εφόσον απαιτείται επικύρωση της απάντησής σας ο ενδιαφερόμενος να παραπέμπεται στη Περιφερειακή μας Υγειονομική Αρχή της Νομαρχίας του τόπου λειτουργίας σας.

2. Το Υπουργείο Εξωτερικών προς το οποίο κοινοποιείται το έγγραφο αυτό παρακαλείται:

α. Να μας στείλει ένα πλήρη κατάλογο των χωρών που απαιτούν με ρηματική τους διακοίνωση πιστοποιητικό εξέτασης για AIDS

β. Να μας γνωρίσει για κάθε χώρα από ποιές κατηγορίες τα-

/./

ξιδιωτών τα ζητούν π.χ. τουρίστες, μόνιμη εγκατάσταση, παραμονή πέραν του μηνός εργασία κ.λ.π.

γ. Να μας ενημερώσει για τον τρόπο επικύρωσης των πιστοποιητικών από τις υπηρεσίες του.

3. Το Κέντρο Ελέγχου ατόμων χαμηλού κινδύνου προσβολής για AIDS που λειτουργεί στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Πανεπιστημίου της Αθήνας προς το οποίο επίσης κοινοποιείται το έγγραφο αυτό θα εξακολουθήσει την προσφορά υπηρεσιών όπως μέχρι σήμερα.

4. Τα ανωτέρω ισχύουν και για το Κέντρο Σεξουαλικώς μεταδιδομένων Νοσημάτων που λειτουργεί στο Νοσοκομείο Ανδρέα Συγγρού.

5. Οι Δ/νσεις ή τα Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών παρακαλούνται για την έκδοση των παραπεμπτικών σημειωμάτων με σαφήνεια και χωρίς ουδεμία παρέκλιση σύμφωνα με τους επισήμους καταλόγους του Υπουργείου Εξωτερικών που θα τους σταλούν.

1 ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

α. Γραφείο κ. Υπουργού

β. Γραφείο κ. Υφυπουργού

γ. Γραφείο κ. Γενικού Γραμματέα

δ. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (10)

2 ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

α. Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορείου Ελλάδας
Μικροβιολογικό Εργαστήριο Α.Π.Θ
Τ.Κ. 540-06 Θεσσαλονίκη

β. Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορειοδυτικής Ελλάδας
Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική
και Ανοσολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Νοσοκομείο Χατζηκώστα ΓΙΑΝΝΕΝΑ

γ. Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτίου Ελλάδας
Υγειονομική Σχολή Αθηνών
Λεωφ. Αλεξάνδρας 196
Τ.Κ. 115-21 Αθήνα

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΣΟΛΩΜΟΣ

/./

δ. Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτιοδυτικής Ελλάδας
Εργαστήριο Υγιεινής
Πανεπιστημίου Πατρών Νοσοκομείο
"ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ" Πάτρα

ε. Κέντρο Αναφοράς AIDS Κρήτης
Βενιζέλειο, Πανάνειο, Παγκρήτειο
Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο
Κρήτης.
Ηράκλειο Κρήτης.

3. ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑ

α. Υπουργείο Εξωτερικών Γ3 Δ/νση
ΔΙΔΥ Ακαδημίας 1-3 Τ.Κ. 106-71
ΑΘΗΝΑ

β. Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής
των Νομαρχιών.
Έδρες τους.

γ. Κέντρο Ελέγχου AIDS χαμηλού κινδύνου
Μικροβιολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθήνας
Τ.Κ. 115-27 ΓΟΥΔΙ ΑΘΗΝΑ

δ. Κέντρο Σεξουαλικώς Μεταδιδομένων Νοσημάτων
Νοσοκομείο Ανδρέα Συγγρού
οδός Ίωνος Δραγούμη 5
Τ.Κ. 161-21 Αθήνα

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

α. Εθνικό Κέντρο Ελέγχου
Κυτταρικής Ανοσίας Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο
Ευαγγελισμός
οδός Υψηλάντου 45-47
Τ.Κ. 106-76 Αθήνα

β. Γενικό Επιτελείο Εθνικής Άμυνης
οδός Μεσογείων Ν. Ψυχικό- Χολαργός

γ. Κ.Ε.Δ.Υ. Τοσίτσα 14
Τ.Κ. 106-83 Αθήνα

Δεσμεύθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΝ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

Κ/Τ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ
Ταχ. Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας:10187
Πληροφορίες:Νούλα Μαρία
Τηλέφωνο:5222395

8

Αθήνα 14 Απριλίου 1988
Αριθ.Πρωτ. ΕΜΠ 886/153

ΠΡΟΣ: Όλα τα Περιφερειακά Γενικ
Νοσοκομεία
Όπως ο Πίνακας Διανομής

ΘΕΜΑ:Νοσηλεία ασθενών με AIDS
ΣΧΕΤ:Η με αρ. ΕΜΠ 214/457/31-12-87 εγκύκλιό μας

Επειδή κατά την μεταφορά ασθενούς πάσχοντος από AIDS υπήρξε άρνηση εισαγωγής ακόμα και από Νοσοκομεία που έχουν δηλώσει ότι ανέ ξαν 2 θαλάμους για την νοσηλεία των ή έχουν πλήρη ετοιμότητα ή σχε διάζουν και την ανάπτυξη κι άλλων θαλάμων,παρακαλούμε για την άμεση εισαγωγή προς νοσηλεία κάθε κρούσματος AIDS που προσέρχεται σε σας ή διακομίζεται από Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο για πληρέστερη Νοση Βεβαιοι ότι κατανοείτε τη σοβαρότητα του προβλήματος ελπίζουμε να μ σημειωθούν στο μέλλον παρόμοια περιστατικά που επισύρουν αυστηρές κυρώσεις.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΡ. ΣΟΛΩΜΟΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
Γραφείο κ. Υπουργού
Γραφείο κ. Υφυπουργού
Γραφείο κ. Γεν. Γραμματεά
Δ/νση Ιατρικής Αντίληψης
Δ/νση Δημ. Υγιεινής(13)

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗ
Θεωρήθηκε για την ακρίβε
Ο Τμηματάρχης Γραμματεία

ΔΛ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17

Ταχ. κώδικας: 101-87

Πληροφορίες: Δρ. Θ. Στεφάνου

Τηλέφωνο: 5222-393

Αθήνα 4-4-1988

Αριθ. Πρωτ.

Α1/οικ 3449

ΠΡΟΣ: Όλα 1) Τα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία
2) Τα Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία
3) Τα Ειδικά Νοσοκομεία
4) Τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία.
5) Τα Θεραπευτήρια Ι.Κ.Α
6) Τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία.

ΘΕΜΑ: Συστάσεις για επικήδειες φροντίδες.

Σας στέλνομε συνημμένα για ενημέρωσή σας συστάσεις από την CANADIAN NATIONAL ADVISORY COMMITTEE ON AIDS, οι οποίες μεταφράσθηκαν από το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορείου Ελλάδας(Μικροβιολογικό Εργαστήριο Α Π Θ, Καθηγητής Ι.Παπαπαναγιώτου) κι'εγκρίθηκαν από την Εθνική Επιτροπή AIDS.

Οι συστάσεις αυτές αποτελούν οδηγίες για τις προφυλάξεις που πρέπει να λαμβάνουν όσοι προσφέρουν επικήδειες φροντίδες σε άτομα τα οποία πέθαναν από AIDS και στηρίζονται στις παρούσες γνώσεις του τρόπου μετάδοσης της λοίμωξης.

Αφορούν ειδικότερα στα μέτρα τα οποία πρέπει να λαμβάνονται για την επαγγελματική ασφάλεια των ασχολουμένων στην μεταφορά των

/./

νεκρών, την εργαστηριακή παρίχευση την προπαρασκευή κι΄αποκατάσταση της εμφάνισης του νεκρού.

Συνημμένα: 1

σ΄όλους τους αποδέκτες

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Υφυπουργού
3. Γραφείο κ. Γενικού Γραμματέα
4. Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS
5. Μέλη Εθνικής Επιτροπής AIDS
6. Υπουργείο Δικαιοσύνης
   Ιατροδικαστική Υπηρεσία Ζήνωνος 4 Τ.Κ. 101-79
   Αθήνα
7. Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθήνας
   Τ.Κ. 115 -27 Γουδί - Αθήνα
8. Ιατροδικαστικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθήνας
   Τ.Κ. 115-27 Γουδί Αθήνα
9. Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας
   Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
   Τ.Κ. 540-06 Θεσσαλονίκη
10. Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών
    Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
    Γιάννενα.
11. Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας
    Πανεπιστημίου Πατρών
    Ρίο- Πάτρα

./.

Σ υ σ τ ά σ ε ι ς

Μέρος Α΄. Μεταφορά νεκρού από τον τόποθανάτου.

1. Άτομα τα οποία έχουν ανοικτά ή επουλωμένα τραύματα ή λοιμώξεις του δέρματος δεν πρέπει να απασχολούνται με τη μεταφορά των νεκρών.
2. Πρέπει να χρησιμοποιούνται διπλά γάντια και παντελόνια και μπλούζες μιας χρήσεως. Σε περιπτώσεις όταν υπάρχει κίνδυνος μολύνσεως από πιτσίλισμα αίματος ή σωματικών υγρών πρέπει να χρησιμοποιούνται μάσκες, κάλυμα κεφαλής και γυαλιά.
3. Το πτώμα του θανόντος πρέπει να σημειώνεται ότι είναι "HIV πάσχοντος" και η πινακίδα να παραμένει επί του σώματος.
4. Το πτώμα πρέπει να καλυφθεί με σάβανο και να τοποθετηθεί για τη μεταφορά σε αδιάβροχο σάκκο. Οσάκκος δεν πρέπει να ανοιχθεί κατά τη μεταφορά.
5. Εάν ο θάνατος συνέβει στην οικία του ασθενούς, το πτώμα πρέπει να ελεγχθεί αν έχει ενδοφλεβίως καθετήρα, σάκκο κωλοστομίας κλπ Πρέπει να ληφθούν διαφορετικές φροντίδες προς αποφυγή τυχαίων τραυματισμών κατά την τοποθέτηση στο σάβανο και το σάκκο.
6. Μετά την τοποθέτηση του πτώματος στο σάκκο τα προσωπικά ενδύματα πρέπει να τοποθετηθούν σε διπλό πλαστικό σάκκο και να αποτεφρωθούν.
7. Εάν σταγόνες αίματος ή σωματικών υγρών έχουν διασκορπισθεί κατά τη μεταφορά του πτώματος από το όχημα της υπηρεσίας το φορείο και το εσωτερικό του οχήματος πρέπει να απολυμανθεί με αραίωση 1:10 διαλύματος υποχλωριώδους νατρίου 5,25% (τελική συγκέντρωση 0,5%).

Μέρος Β΄. Προπαρασκευή για ταρίχευση.

1. Άτομα τα οποία έχουν ανοικτά ή επουλωμένα τραύματα ή λοίμωξη του δέρματος δεν πρέπει να ταριχεύσουν ή να βοηθούν στην ταρίχευση και την αποκατάσταση του νεκρού. Τα άτομα αυτά, εν τούτοις δεν πρέπει να αποκλείονται από άλλες εργασίες του νεκροτομείου.

2. Αντικείμενα και συσκευές τα οποία δεν είναι απαραίτητα για την ταρίχευση πρέπει να απομακρύνονται εάν είναι δυνατόν από το παρασκευαστήριο. Αντικείμενα τα οποία δεν είναι δυνατόν να μεταφερθούν πρέπει να καλυφθούν με πλαστικό ή να τοποθετηθούν σε ντουλάπια.
3. Τα εργαλεία πρέπει να τακτοποιηθούν έτσι ώστε να είναι εύκολα προσιτά κατά την εργασία.
4. Άλλα αντικείμενα όπως καλλύματα οφθαλμών κλπ πρέπει να αφαιρούνται από τη συσκευασία τους και να τοποθετούνται όσο το δυνατόν πλησιέστερα στην περιοχή της εργασίας.
5. Πρέπει να υπάρχουν κατάλληλα δοχεία με ισχυρά τοιχώματα για την απόρριψη οξυαίχμων εργαλείων.
6. Δοχεία απορριμάτων πρέπει να επενδύονται με διπλό πλαστικό σάκκο για την απόρριψη αχρήστων υλικών. Τα δοχεία να είναι πλησίον του χώρου εργασίας.
7. Τα καλλυντικά τα οποία θα απαιτηθούν πρέπει να τοποθετηθούν σε χαρτοπετσέτα ή λαδόχαρτο προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για την αποκατάσταση του πτώματος.
8. Δοχείο με 1:10 αραίωση διαλύματος 5,25% υποχλωριώδους νατρίου (διάλυμα χλωρίου οικιακής χρήσεως) σε νερό προσφάτως παρασκευασμένο πρέπει να υπάρχει πλησίον του χώρου εργασίας. Το διάλυμα αυτό πρέπει να χρησιμοποιηθεί για την απολύμανση όλων των υπόπτων μολύνσεως αντικειμένων και επιφανειών κατά την αποκατάσταση Το διάλυμα το οποίο δεν θα χρησιμοποιηθεί απορρίπτεται. Εάν χρησιμοποιηθεί άλλο διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου αντί των οικιακών διαλυμάτων χλωρίου, πρέπει να ρυθμιστεί ώστε να περιέχει τελικη συγκέντρωση υποχλωριώδους νατρίου 0,5% .
9. Στην αποχέτευση της τράπεζας ταριχεύσεως πρέπει να τοποθετηθεί κατάλληλο δοχείο στο οποίο πρέπει να προστεθεί προ της ταριχεύσεως ένα γαλόνι αναραιωμένου διαλύματος υποχλωριώδους νατρίου 5,25%
10. Σε κάθε άτομο από αυτά τα οποία θα συμμετέχουν στην εργασία της ταρίχευσης πρέπει να ανατεθεί ορισμένη εργασία. Το ράψιμο πρέπει να γίνει από ένα μόνο πρόσωπο και πρέπει να καταβληθεί προσοχή κατά τον χειρισμό του ράμματος και της βελόνας.

.//.

11. Πρέπει να υπάρξει προσυννενόησης και καθορισμός του προσώπου το οποίο θα απαντά στο τηλέφωνο και θα ανοίγει την πόρτα. Πρέπει να υπάρχει και άλλο πρόσωπο σε άμεσο διάθεση για να βοηθήσει σε περίπτωση ανάγκης.
12. Το δωμάτιο ταριχεύσεως πρέπει να αερίζεται επαρκώς προς αποφυγή σχηματισμού χλωρομεθυλ-αιθέρος, εκ της αντιδράσεως φορμαλδεϋδης και υποχλωριώδους νατρίου.
13. Το φέρετρο πρέπει να είναι έτοιμο να δεχθεί το σώμα αμέσως, μετά την συμπλήρωση της αποκατάστασης. Πρέπει να ευρίσκεται πλησίον του παρασκευαστηρίου.

Μέρος Γ΄ : Ταρίχευσης

1. Πρέπει να καταβληθεί μεγάλη προσοχή προς αποφυγή τραυματισμού ή εκδορών από πιθανώς μολυσμένα εργαλεία ή και άκρα ονύχων και τυχαίε πιτσιλίσματα από μολυσμένο αίμα και σωματικά υγρά. Όλα τα σωματικά υγρά και ιστοί πρέπει να θεωρούνται γενικώς μολυσμένα.
2. Η εργασία πρέπει να περιορισθεί στη μικρότερη δυνατή περιοχή. Το προσωπικό δεν πρέπει να κινείται χωρίς λόγο στο δωμάτιο εργασίας.
3. Όλοι οι εργαζόμενοι πρέπει να φορούν γάντια, προστατευτικά γυαλιά, μάσκα, καλύμματα κεφαλής και επενδύτες ή μιας χρήσεως κατάλληλο ένδυμα με καλύπτρα (κουκούλα) αδιάβροχη ποδιά και αδιάβροχα καλύμματα των υποδημάτων.
4. Πρέπει να φοριούνται 2 ζεύγη γαντιών μιας χρήσεως. Εάν τα γάντια τρυπήσουν ή καταστραφούν (χωρίς εκδορά ή τραυματισμό της χειρός) πρέπει να αφαιρεθούν, να πλυθούν τα χέρια καλά και να φορεθούν νέα γάντια.
5. Κατά τη μεταφορά του σώματος από το φορείο στην τράπεζα ταριχεύσεως πρέπει να καταβληθεί προσοχή ώστε να μην πιεσθεί ισχυρά η κοιλιά και ο θώρακας προς αποφυγή εξόδου υγρών από τη ρίνα, το στόμα και το ουρογεννητικό σύστημα.
6. Το σώμα πρέπει να αποκαλυφθεί βραδέως και ο σάκκος να τοποθετηθεί με προσοχή στο δοχείο απορριμάτων προς αποφυγή διασκόρπισης αίματος και σωματικών υγρών.
7. Το σώμα πρέπει να απολυμανθεί με διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου να

πλυθεί με αντισηπτικό σαπούνι και να ξεπλυθεί καλά. Η πίεση του νερού να είναι μικρή.

8. Ανοικτά τραύματα ή έλκη κατακλίσεως από τα οποία εξέρχονται σωματικά υγρά πρέπει να περιποιούνται με SURFACE PACIC OR EMBALMING GEL και να καλύπτονται. Όλατα τα στόμια του σώματος πρέπει να πωματίζονται με βαμβάκι διαποτισμένο με διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου.
9. Πρέπει να χρησιμοποιούνται ξυριστικά εργαλεία μιας χρήσεως.
10. Βελόνες, λεπίδες νυστεριού, αιχμηρά εργαλεία πρέπει να τοποθετούνται σε δοχεία ανθεκτικά τοποθετούμενα σε θέσεις από όπου είναι εύκολα να τα λαμβάνουν οι εργαζόμενοι.
11. Εάν χρησιμοποιείται NEEDLE INJECTION GUN πρέπει να καλύπτεται με πετσέτα διαποτισμένη με διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου.
12. Σε περίπτωση σώματος στο οποίο έχει γίνει νεκροτομή τα άκρα των πλευρών πρέπει να καλυφθούν με πετσέτα και ο σάκκος τωνσπλάχνων πρέπει να αφαιρεθεί καλυπτόμενος με δεύτερο πλαστικό σάκκο. Εάν τα σπλάχνα πρόκειται να παραμείνουν στον σάκκο (AND NOT DRY PACK) το επιπλέον υγρό αφαιρείται από τοσάκκο δια ευστροφής των δύο μερών και αναποδογυρίσματος στον κάδο αποχέτευσης.
13. Εάν εξέρχονται υγρά από την ρίνα και το στόμα ο πωματισμός πρέπει να αφαιρεθεί και τα στόμια (τραύματα) πρέπει να καθαριστούν με κατάλληλο μικροβιοκτόνο ή διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου. Τα στόμια πρέπει να πωματισθούν και το πρόσωπο να καλυφθεί με πανί βρεγμένο με υποχλωριώδες νάτριο.
14. Για την απορρόφηση των σωματικών υγρών πρέπει να χρησιμοποιείται ηλεκτρικός αναρροφητήρας.
15. Στο αίμα, υγρά του σώματος και περιεχόμενα τα οποία αφαιρούνται με αναρροφητήρα πρέπει να προστίθεται απαραίτητα υποχλωριώδες νάτριο (συγκέντρωση 5,25%) για 30΄λεπτά τουλάχιστον προτού αποφριφθεί στην αποχέτευση (βλέπε Β9).
16. Σταγόνες αίματος και σωματικά υγρά πρέπει να καλύπτονται με υποχλωριώδες νάτριο και να καθαρίζονται με χαρτοπετσέτες.
17. Ο εργαζόμενος ο οποίος θα κοπεί ή τρυπηθεί με βελόνα κατά τη διάρκεια της εργασίας πρέπει να σταματήσει αμέσως την εργασία το Το τραύμα πρέπει να αφαιθεί να αιμορραγήσει για μερικά λεπτά, να πλυθεί με σαπούνι και νερό και να καθαριστεί με πρόσφατο διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου. Μετά από αυτό το τραύμα μπορεί να επιδεθεί.

.//.

18. Εάν τα μάτια ή το δέρμα μολυνθεί με αίμα ή σωματικά υγρά πρέπει να πλυθούν αμέσως με τρεχούμενο νερό.

19. Εάν το στόμα μολυνθεί με αίμα ή υγρά σώματος πρέπει να πλυθεί με άφθονο τ ρεχούμενο νερό (αφού ο μολυνθείς πτύσει το αίμα ή τ υγρά).

20. Κάθε εργαζόμενος ο οποίος θα τρυπηθεί με βελόνα ή μολυνθεί στου βλεννογόνους με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος πρέπει να δοκιμασθ κλινικώς και ορολογικώς για ένδειξη λοίμωξης με τον ιό HIV αμέσ μετά τον τραυματισμό ή την ύποπτο εκδορά. Εάν είναι αρνητικός ορολογικώς κατά την αρχική εξέταση πρέπει να επαναληφθεί η εξέταση μετά 6 εβδομάδες μετά τους πρώτους 6 μήνες και μετά κατά 9 και 12 μήνες από την ύποπτη εκδορά.

21. Μετά την ταρίχευση το σώμα πρέπει να πλυθεί με διάλυμα υποχλωρι δούς νατρίου, να ξεπλυθεί με νερό και να σκουπισθεί με πετσέτα. Για τον σκοπό αυτό πρέπει να χρησιμοποιηθεί υλικό (χαρτοπετσέτε μιας χρήσεως.

22. Τομές, έλκη και άλλες δερματικές εκδηλώσεις πρέπει να καλυφθούν με κατάλληλο υλικό (INCISION GLUE).

23. Το σώμα πρέπει να καλυφθεί σε πλαστικό ή πανιά καλλυμένα σε πλα στικό πριν καλυφθεί (ενδυθεί) με τα ρούχα.

24. Εργαλεία εκ πλαστικού ή με ξύλινο χερούλι δεν πρέπει να χρησιμο ποιούνται για την επίστρωση με καλλυντικά εάν παρά ταύτα χρησιμοποιηθούν τέτοια εργαλεία πρέπει να απορριφθούν μετά την χρήση τους. Καλλυντικά που δεν χρησιμοποιήθηκαν πρέπει να απορριφθούν.

25. Κατά το ντύσιμο (ένδυση) του σώματος και την προσθήκη καλλυντικ πρέπει ο εργαζόμενος να φορεί προστατευτική ενδυμασία.

26. Τα δύο άτομα τα οποία θα τοποθετήσουν το σώμα στο φέρετρο πρέπε να φορούν προστατευτική ενδυμασία.

Μέρος Δ: Καθαρισμός και αποκομιδή αχρήστων υλικών.

1. Όλα τα εργαλεία και η τράπεζα ταριχεύσεως πρέπει να θεωρηθούν μ λυσμένα και δυνάμενα να μεταδώσουν λοίμωξη. Όλες οι επιφάνειες εργασίας και τα εργαλεία ταριχεύσεως και αποκαταστάσεως πρέπει ν απολυμανθούν, με διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου. Η τράπεζα ταριχεύσεως το δάπεδο, οι τοίχοι και η μηχανή ταρίχευσης πρέπει μετά

.//.

να πλυθούν με ζεστό νερό και σαπούνι . Τα εργαλεία πρέπει να απ
στειρωθούν στον αυτόκαυστο όταν είναι δυνατόν.

2. Όλα τα υλικά μιας χρήσης (προστατευτικά ενδύματα, πετσέτες,
πανιά,σωλήνες αποχέτευσης) πρέπει να τοπρθετθούν σε διπλό πλα-
στικό σάκκο και να αποτεφρωθούν. Δεν πρέπει να απορριφθούν με τ
συνήθη απορρίματα.
3. Το προσωπικό πρέπει να πλύνει τα χέρια του με κατάλληλο μικροβι
κτόνο μετά το πέρας της εργασίας, την απομάκρυνση της προστατευ
τικής ενδυμασίας και προ της εξόδου από το παρασκευαστήριο.

ΕΚ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Λ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ. Δ/ΝΣΗ : Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας : 10 1 87
Πληροφορίες : Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο : 5222.393

Αθήνα 15 Φεβρουαρίου 1988

Αριθ.πρωτ. Α1/οικ.1769

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή
Τμήματα Υγιεινής
των Νομαρχιών έδρες τους

ΘΕΜΑ: Ανά τον κόσμο πορεία AIDS.

Μέχρι την 1η Ιανουαρίου 1988 είχαν δηλωθεί στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 73447 περιπτώσεις AIDS από 129 χώρες. Υπολογίζεται ότι 5.000.000 - 10.000.000 άνθρωποι έχουν μολυνθεί και είναι φορείς και αναμένεται το 1991 ο αριθμός των περιπτώσεων να φθάσει το 1.000.000.

Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων 48139 έχουν ανακοινωθεί από τις ΗΠΑ όπου η νόσος άρχισε να ελέγχεται από το 1981 ως νέα νοσολογική οντότητα λοιμώδους αρχής.
41 άλλες χώρες της Αμερικής δήλωσαν 7215 περιπτώσεις.

Στην Ευρώπη, την Αμερική και την Αυστραλία ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων εμφανίζεται μεταξύ ατόμων ηλικίας 20-49 ετών, ομοφυλόφιλων ή αμφίφυλων και τοξικομανών.
Η μετάδοση με την ετερόφυλη σχέση κυμαίνεται από 1% - 4%.
Οι ΗΠΑ υπολογίζουν το 1991 να έχουν δηλωθεί επίσημα στις Υγειονομικές Αρχές 270.000 περιπτώσεις.

Στην Ευρώπη έχουν δηλωθεί 8.839 κρούσματα κι υπολογίζονται οι φορείς σε 500.000 - 1.000.000. Η ΠΟΥ υπολογίζει 25.000 νέες περιπτώσεως AIDS στην Ευρώπη το 1988. Το μεγαλύτερο ποσοστό περιπτώσεων σημειώνεται στην Ελβετία, την Δανία, Γαλλία και το Βέλγιο.

Από 37 Αφρικανικές χώρες είχαν δηλωθεί μέχρι την 1η

../..

Ιανουαρίου 1988 8.652 περιπτώσεις και το μεγαλύτερο ποσοστό μετάδοσης αφορά την μετάδοση με την φυσιολογική σεξουαλική σχέση ακολουθούμενη από την μετάγγιση αίματος, χρήση μολυσμένων συρίγγων και βελονών και μετάδοση από την φορέα ή πάσχουσα μητέρα στο παιδί.
5-10% των εγκύων γυναικών στην Αφρική έχουν βρεθεί ορθετικές.

Στην Ασία δηλώθηκαν μόνο 224 περιπτώσεις από 19 χώρες και όλοι ανέφεραν ότι οι προσβληθέντες είχαν μολυνθεί σε έλλες χώρες.

Η Ωκεανία και η Νέα Ζηλανδία δήλωσαν 742 περιπτώσεις.

Η αδυναμία μέχρι στιγμής παρασκευής εμβολίου η έλλειψη αποτελεσματικής θεραπείας και ο πολλαπλασιασμός των κρουσμάτων κατά γεωμετρική πρόοδο καθιστούν αναγκαία την ένταση της ενημέρωσης και την συνεχή πληροφόρηση για την εφαρμογή των απαραιτήτων προληπτικών μέτρων.

Η Διευθυντής

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Υφυπουργού
3. Γραφείο κ. Γενικού Γραμματέα
4. Όλες τις Δ/σεις του τομέα Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία.
5. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
6. Γραφείο Τύπου.
7. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής(30)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Επιτ/χης Γραμματείας

ΣΞ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας: 101 87

Πληροφορίες: Δρ. Θ. Στεφάνου
Τηλέφωνο: 5222.293

Αθήνα, 14 - 10 - 1987

Αριθ.Πρωτ. Α1/οικ.10171

ΠΡΟΣ: Όλα τα Νοσοκομεία της χώρας όπως ο πίνακας διανομής.

ΘΕΜΑ: Έρευνα και νοσηλεία ασθενών με AIDS.

1. Επειδή κατά την έρευνα για το AIDS και την νοσηλεία ασθενών πασχόντων εκ της νόσου έχουν επισημανθεί διάφορα προβλήματα σας παρακαλούμε για την πιστή τήρηση των κάτωτέρω.

α) Η έρευνα απαιτεί συγκατάθεση του εξεταζομένου και πλήρη ενημέρωσή του σύμφωνα με την διακήρυξη του HELSINKI.

β) Πρέπει να τηρούνται με σχολαστικότητα οι κανόνες της Βιοϊατρικής έρευνας.

γ) Όταν αναφέρεσθε σε ανώνυμη έρευνα αυτή πρέπει να είναι πραγματικά ανώνυμος.

δ) Μειονέκτημα της ανώνυμης έρευνας είναι η αδυναμία ορθής και κατάλληλης ενημέρωσης των φορέων για πρόληψη διάδοσης της νόσου γιατί οι φορείς παραμένουν άγνωστοι και δεν εντοπίζονται.

ε) Προς αποφυγή δημιουργίας προβλημάτων τα εξιτήρια ασθενών με AIDS να εκδίδονται μόνο από τον Διευθυντή της Κλινικής ο οποίος και θα τους εφοδιάζει με την κατάλληλη βεβαίωση για την αρμόδια, κατά περίπτωση ασφαλιστικού φορέα, υγειονομική Επιτροπή.

στ) Τα Νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να προβαίνουν σ' όλες τις κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις των υπό παρακολούθηση ασθενών με AIDS εσωτερικών ή εξωτερικών γιατους οποίους έχει εγκριθεί η χορήγηση AZT.

ζ) Διακοπή θεραπείας ασθενή με AZT λόγω παρενεργειών ή θανάτου επιβάλλει άμεση ειδοποίηση, υπό του θεράποντα ιατρού, στον οποίο έχει χορηγηθεί το φάρμακο για την θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενή, του Φαρμακείου του Νοσοκομείου και με μέριμνα αυτού της Κρατικής Φαρμακαποθήκης.

.//.

η. Επίσης επιβάλλεται η υποβολή υπό του θεράποντα ιατρού των πρωτοκόλλων ή άλλων πληροφοριών που ζητά ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) σχετικά με τις παρενέργειες και την δράση του ΑΖΤ κατά τη διάρκεια της κλινικής θεραπευτικής εφαρμογής του.

θ) Πλήρη στοιχεία κι' υποβολή κατάλληλου επιδημιολογικού δελτίου AIDS στο Δ/ντή Δημόσιας Υγιεινής υπό του ιατρού ο οποίος αναλαμβάνει στο Νοσοκομείο την θεραπεία με ΑΖΤ για την αυθημερόν έγκριση.

ι) Δεν επιτρέπεται η γνωστοποίηση στην ανωτέρω Δ/νση του ονοματεπωνύμου του ασθενή αλλά μόνο των αρχικών του και του ονοματεπωνύμου του υπεύθυνου ιατρού και της Κλινικής στην οποία εργάζεται.

ια) Είναι ανεπίτρεπτη η χορήγηση ΑΖΤ σε άλλο ασθενή από εκείνο στο οποίο έχει χορηγηθεί γιατί καθιστά αδύνατη την χορήγηση των ορθών πληροφοριών στον ΕΟΦ και προκαλεί λογιστικά προβλήματα στη Κρατική Φαρμακευτική.

ιβ) Επιβολή κυρώσεων στον ιατρό που θα αντιληφθείτε ότι παραμπέμπει ασθενείς με AIDS για παρακλινικές εξετάσεις σε ιδιώτες ιατρούς κι' εργαστήρια.

ιγ) Άμεση εισαγωγή προς νοσηλεία ασθενών που λαμβάνουν ΑΖΤ στο Νοσοκομείο που τον παρακολουθεί ως εξωτερικό ασθενή κι' όχι παραπομπή του σε άλλο Νοσοκομείο εκτός αν παρουσιάζει πρόβλημα το οποίο απαιτεί αντιμετώπιση από ειδική μονάδα την οποία στερείται το Νοσοκομείο.

ιδ) Παρακαλούμε να λάβουν γνώση της εγκυκλίου αυτής με μέριμνα της Δ/νσης του Νοσοκομείου σας ενυπογράφως όλοι οι ιατροί που εργάζονται στο Ίδρυμά σας.

ΠΚΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 12 /10/87
Αρθ.Πρωτ.Α1/στκ.10056

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας:101 87
Πληροφορίες:Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο :5222393

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών έδρες τους.

ΘΕΜΑ:Νεώτερες πληροφορίες για την πορεία του AIDS στον Ευρωπαϊκό χώρο.

Σύμφωνα με την έκθεση του συνεργαζομένου με την ΠΟΥ Κέντρου Ελέγχου AIDS που λειτουργεί στο Ινστιτούτο Ιατρικής Επιδημιολογίας, Αφρικανικών και Τροπικών Νόσων της Γαλλίας μέχρι και τον Ιούνιο του 1987 συγκριτικά τα δηλωθέντα κρούσματα ήσαν:

Ιούλιος-Σεπτέμβριος	1985-1986-	347
" - "	1986-1987-	694
Οκτώβριος-Δεκέμβριος	1985-1986-	407
" "	1986-1987-	814
Ιανουάριος -Μάρτιος	1985-1986-	512
" "	1986-1987-	1138
Απρίλιος -Ιούνιος	1985-1986-	494
" "	1986-1987-	1195

Επομένως παρατηρείται αύξηση η οποία για το γ΄τρίμηνο του 1987 είναι διπλασία και πλέον του ιδίου τριμήνου του 1986.

Γενικά ο συνολικός αριθμός των δηλωθέντων κρουσμάτων από 28 Ευρωπαϊκές χώρες ανέρχεται σε 6882 και ο συνολικός αριθμός των θανάτων ανέρχεται σε 49,5% των περιπτώσεων.

Τα 72% εμφάνισαν ευκαιριακές λοιμώξεις,τα 15,3% σάρκωμα KAPOSI, τα 9,1% ευκαιριακές λοιμώξεις & σάρκωμα KAPOSI και τα 3,6% άλλες διάφορες κλινικές εικόνες και συμπτωματολογία.

16 Ευρωπαϊκές χώρες δήλωσαν 182 περιπτώσεις επι παιδιών ηλικίας μικρότερης των 15 ετών αλλά στην Ελλάδα δεν έχει σημειωθεί κανένα κρούσμα σε παιδιά μέχρι σήμερα.

62% των δηλωθέντων κρουσμάτων ήσαν ομοφυλόφιλοι,17% τοξικομανείς

./.

3% ομοφυλόφιλοι και τοξικομανείς, 4% αιμορροφιλικοί, 3% μολύνθηκαν από μετάγγιση αίματος, 9% από ετεροφυλική επαφή και 3% άγνωστο πως.

Οι αναφερόμενες περιπτώσεις από μετάγγιση αφορούν χορήγηση αίματος πριν από την γενίκευση της εξέτασης για αντισώματα του ιού HIN δηλ. πριν από το β εξάμηνο του 1985.

Ο μεγαλύτερος αριθμός των κρουσμάτων 6048 αφορούσε σε άνδρες εκ των οποίων 4133 ήσαν ομοφυλόφιλοι. Προσεβλήθησαν επίσης 643 γυναίκες και 3 δεν δηλώθηκε το φύλο.

Εκ των 643 γυναικών οι 313 ήσαν τοξικομανείς οι 95 είχαν υποστεί μετάγγιση αίματος και οι 209 μολύνθηκαν από φυσιολογική σεξουαλική επαφή.

Επι 6700 κρουσμάτων οι 6397 ήσαν Ευρωπαίοι, οι 167 Αφρικανοί, οι 86 Αμερικανοί, 3 από νησιά της Καραϊβικής και 47 άγνωστο από πού.

386 Ευρωπαίοι μολύνθηκαν κατά την μόνιμη διαμονή τους στην Αφρική σε νησιά της Καραϊβικής ή σε άλλες χώρες εκτός Ευρώπης.

Για την χώρα μας προβλέπεται εφ όσον οι περιπτώσεις AIDS που δηλώθηκαν το 1987 μέχρι τον Ιούνιο ήσαν 49, τον Ιούνιο του 1988 να φθάσουν τις 97 και τον Ιούνιο του 1989 τις 192 κι αντίστοιχα στη Γαλλία από 1980, 6117 και 13798, στην Ελβετία από 266, 560 και 1074, στην Ισπανία από 508 σε 3238 και 11176, στην Ιταλία από 870, 2902 και 6421 στη Δυτική Γερμανία από 1133, 2449 και 4536 και 870, 4227 & 14649 στην Αγγλία από να αυξηθούν περίπου με τον αυτό ρυθμό και στις λοιπές Ευρωπαϊκές Χώρες.

Συνολικά μέχρι και τον Ιούνιο του 1987 από ολόκληρο τον κόσμο δηλώθηκαν στην ΠΟΥ 60182 κρούσματα κι ειδικώτερα 5814 από 44 χώρες της Αφρικής, 46456 από 44 χώρες της Αμερικής, 195 από 25 χώρες της Ασίας, 635 από 6 χώρες της Ωκεανίας και τα λοιπά απο 28 Ευρωπαϊκές χώρες.

Από την Ευρώπη εξακολουθεί να μη δηλώνει κρούσματα μόνο η Αλβανία, η οποία αναφέρει πλήρη έλεγχο που αποβαίνει συνεχώς αρνητικός.

Η Διευθύντρια

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέα
3. Όλες τις Δ/νσεις του Τομέα Υγείας στην Κεντρική Υπηρεσία.
4. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
5. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (10).

ΑΚ 12 .Φ. 58

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222 393

Αθήνα 7 Σεπτεμβρίου 1987
Αριθ.Πρωτ.
Α1/8521

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήμα
Υγιεινής των Νομαρχιών
Έδρες τους

ΘΕΜΑ: Ηπατικός θηλασμός και AIDS

Σας στέλνουμε συνημμένα περιληπτική μετάφραση για το θέμα από το κείμενο WHO/SPA/87.8 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για ενημέρωσή σας και χορήγηση κατά περίπτωση των αναγκαίων πληροφοριών ή συμβουλών.

Συνημμένα: 1 σε κάθε αποδέκτη

Η Διευθυντής
Ο. Στεφάνου

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Γενικού Γραμματέα
3. Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγείας στην Κεντρική Υπηρεσία
4. Δ/νση Δημοσίων και Διεθν.Σχέσεων
5. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (20)

Θεωρήθηκε για την απρίβεια
ο Τμημ/ρχης Γραμματείας.

Μητρικός θηλασμός και AIDS

1.- Η Π.Ο.Υ. μεταξύ 23-25 Ιουνίου του 1987 στα πλαίσια του ειδι
προγράμματος για το AIDS που έχει αναπτύξει, πραγματοποίησε σε
συνεργασία με το Τμήμα της για την Υγεία της Οικογένειας και ειδ
κούς επιστήμονες μιά συνάντηση για το θέμα.
Σε αυτή έλαβαν μέρος επιδημιολόγοι, ανοσοβιολόγοι, ιολόγοι,
παιδίατροι και διαιτολόγοι.
Εξετάστηκε με πάθε προσοχή από όλες τις πλευρές η δυνατότητα με
δοσης του AIDS (HIV) με το μητρικό θηλασμό και το μητρικό γάλα
και εξήχθησαν τα ακόλουθα συμπεράσματα:
α. Μετάδοση του ιού HIV από μητέρες που πάσχουν από AIDS ή έχο
μολυνθεί με HIV στα παιδιά τους είναι δυνατή σε ποσοστό που
κυμαίνεται από 25 - 50%

β. Ο κίνδυνος μετάδοσης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και
κυρίως από το χρόνο έκθεσης της μητέρας στη μόλυνση από HIV, το
ανοσολογικό σύστημά της, τη γενική κατάσταση της Υγείας της,
από την δεκτικότητά της προς τις μολύνσεις κι άλλους δευτερεύο
ντες παράγοντες.

γ. Η μετάδοση της νόσου στα παιδιά από τις μολυσμένες με HIV μη
ρες μπορεί να γίνει πρίν τον τοκετό, κατά την διάρκεια του κα
βραχύτατο χρόνο μετά από αυτό.

δ. Η δυνατότητα μετάδοσης του ιού HIV από την μολυσμένη μητέρα σ
παιδί της με τον θηλασμό έχει επισημανθεί αλλά δεν έχει οριστικ
ποιηθεί γιατί από τις πληροφορίες που έχουν συλλεγεί έχει διαπι
στωθεί ότι μετά από την μόλυνση της μητέρας ο κίνδυνος μεταφοράς
του ιού HIV με το γάλα της στο βρέφος της είναι πολύ μικρός συγκ
νόμενος με την δυνατότητα ενδομητρίου μόλυνσης π.χ. έχει διαπιστ
θεί ότι ένας αριθμός νεογνών που γεννήθηκε από μολυσμένες με H
μητέρες δεν μολύνθηκε ούτε και με το θηλασμό. Από την άλλη όμω
πλευρά έχει διαπιστωθεί ότι μητέρες που μολύνθηκαν από μετάγγισ
αίματος μετά το τοκετό και θήλαζαν μετέδοσαν την νόσο τους στα
παιδιά τους προφανώς από το θηλασμό.

./.

ε. Ανεξάρτητα των ανωτέρω ο μητρικός θηλασμός εξακολουθεί να συνιστάται γιατί αποτελεί το μόνο τρόπο ορθής διατροφής του νεογν και του βρέφους όπως συμφωνούν όλοι οι ειδικοί επιστήμονες.
Συνιστάται γι αυτό:

α. Συνέχιση του μητρικού θηλασμού στις αναπτυγμένες και υπό ανάπτυξη χώρες για καλύτερη υγεία του βρέφους και της μητέρας.

β. Παστερίωση του μητρικού γάλακτος στους 56° C επί 30 λεπτά όταν προέρχεται από άλλη μητέρα ή από την ίδια την μητέρα σε περιοχές όπου η νόσος εμφανίζει υψηλή επίπτωση κι επομένως κινδύνους μόλυνσης.

γ. Η μολυσμένη με HIV μητέρα πρέπει να γνωρίζει ότι υπάρχει ο θεωρητικός κίνδυνος μετάδοσης με τον θηλασμό στο βρέφος της, της μόλυσης και τον δυνατό τρόπο εξουδετέρωσής του.

ΣΒ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας: 101 87

Πληροφορίες: Νούλε Μαρίας
Τηλέφωνο: 5222.393

Αθήνα, 7 - 8 - 1987

Αριθ.Πρωτ. Α1/οικ.7966

ΠΡΟΣ: Όλα τα Περιφερειακά Νομαρχιακά Νοσ/μεία της χώρας.
Όλα τα Γενικά Νοσ/μεία Ι.Δ.
Όλα τα Ειδικά Νοσ/μεία Δ.Δ.
Όλα τα Ειδικά Νοσ/μεία Ι.Δ.
Έδρες τους.

ΘΕΜΑ: "Αποστολή Οδηγιών".

Σας στέλνουμε συνημμένα οδηγίες της Εθνικής μας Επιτροπής AIDS με τίτλο "Πρόληψη μετάδοσης του AIDS με Τεχνητή γονιμοποίηση, μεταμόσχευση ιστών και Οργάνων, και σας υπενθυμίζουμε ότι:

α. Σύμφωνα με την με αριθ. 3151/Υπουργική Διαταγή, ΕΓΚ 25/7-4-86 είναι υποχρεωτική η εξέταση των δοτών σπέρματος και των δωρητών Οργάνων προς μεταμόσχευση, για αντισώματα προς τον ιό HIV.

β. Ούδεμία μεταμόσχευση οργάνων και ιστών δεν θα πραγματοποιηθή αν δεν έχει αποκλεισθεί η παρουσία αντισωμάτων HIV στον ορρό αίματος του δότη.

γ. Ο ανωτέρω έλεγχος γίνεται από τα Κέντρα και τους Σταθμούς Αιμοδοσίας οι οποίοι υποχρεούνται εκτός από τους αιμοδότες να ελέγχουν για αντισώματα HIV και τους δωρητές οργάνων και ιστών καθώς και τους δότες σπέρματος.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 1

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ

Θ. ΣΤΕΦΑ[illegible]

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

1. Γραφείον Υπουργού
2. Γραφείο κ. Γενικού Γραμματέα
3. Όλες τις Δ/νσεις του Τομέα Υγείας στην Κεντρική Υπηρεσία

4. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων.
5. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (30).

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
   Σεμιτέλου 2 ΤΚ 115 28 ΑΘΗΝΑ
2. Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών
   Θεμιστοκλέους 34 ΤΚ 106 78 ΑΘΗΝΑ
3. Ι.Κ.Α. Αγίου Κων/νου 8 με την παρέκληση γνωστοποιήσεως στα Νοσ/μεία του
4. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία Βασ. Σοφίας 80 & Λεύρου ΤΚ 115 28 ΑΘΗΝΑ με την παρέκληση γνωστοποιήσεως στα μέλη της.
5. Όλα τα Στρατιωτικά Νοσ/μεία
6. Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής Υγειονομικής Σχολής Αθηνών Λεωφ. Αλεξάνδρας 196 ΤΚ 115 21 ΑΘΗΝΑ
7. Μικροβιολογικό Εργαστήριο Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης ΤΚ 540 06 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ
8. Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική – Ανοσολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Νοσ/μείο "Χατζηκώστα" ΓΙΑΝΝΕΝΑ
9. Μικροβιολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθήνας Γουδί ΤΚ 115 27 ΑΘΗΝΑ
10. Ανοσολογικό Τμήμα ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ Υψηλάντου 45-47 ΤΚ 106 76 ΑΘΗΝΑ
11. Εργαστήριο Υγιεινής Πανεπιστημίου Πατρών Νοσ/μείο "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ" ΤΚ 263 35 ΠΑΤΡΑ
12. Το Πανεπιστήτιο – Βενιζέλειο και Πανάνειο Γενικό Νοσ/μείο Ηρακλείου Κρήτης – Σταθμός Λιμοδεσίας ΤΚ 710 01 ΗΡΑΚΛΕΙΟ – ΚΡΗΤΗΣ
13. Όλες τις Δ/νσεις και Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής ΕΔΡΕΣ ΤΟΥΣ
14. ΚΕΔΥ Τσοκόπουλου 14 ΤΚ 106 83 ΑΘΗΝΑ
15. Ιδιωτικά Μαιευτήρια
16. α) Αθηνών Αθανασιάδου 9 Αμπελόκηποι ΤΚ 115 21 ΑΘΗΝΑ
    β) ΗΡΑ Μεσογείων 264 ΑΘΗΝΑ ΤΚ 115 27
    γ) ΛΗΤΩ Μουσών 7-13 ΨΥΧΙΚΟ ΤΚ 154 52.
    δ) ΜΗΤΕΡΑ Λεωφ. Κηφισίας & Ερυθρού Σταυρού & Ν. Φιλοθέη ΤΚ 151 23 Αμαρούσιο Αττικής.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΟΣΕΩΣ ΤΟΥ AIDS ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ, ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ;

Η μετάδοση του AIDS ύστερα από μεταμόσχευση και σπερματέγχυση επιβάλλει τη νομοθετική ρύθμιση του υποχρεωτικού ελέγχου των δοτών για αντισώματα προς τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (anti-HIV). Ήδη το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής AIDS συνιστά τον έλεγχο αυτό. Στην εγκύκλιο αυτή περιέχονται οδηγίες για τη σωστή εφαρμογή του ελέγχου. Οι οδηγίες βασίζονται στις σημερινές μας γνώσεις για την ιολογία, διάγνωση και επιδημιολογία της νόσου, αλλά και στη διεθνή εμπειρία, ιδιαίτερα από χώρες που η πρόοδος της επιδημίας υπέδειξε το μέγεθος του προβλήματος και την ανάγκη αμέσου αντιμετωπίσεως.

Σύμφωνα με τα ελληνικά επιδημιολογικά δεδομένα η συχνότητα των φορέων στον ενήλικα πληθυσμό είναι μικρότερη από 1 σε 10.000. Η συχνότητα αυτή μειώνεται σημαντικά όταν εξαιρεθούν άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Επομένως η πιθανότητα λοιμώξεως είναι ελαχίστη, αλλά υπαρκτή. Εκτός τούτου, σε αντίθεση με την μετάγγιση αίματος, η τεχνητή γονιμοποίηση και ορισμένες από τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων δεν αποτελούν θέμα άμεσης επέμβασης για τη σωτηρία της ζωής. Υπάρχει ευχέρεια επιλογής εκ μέρους τόσο του θεράποντος ιατρού, όσο και του ίδιου του αρρώστου. Επίσης οι περισσότερες από τις επεμβάσεις αυτές μπορούν να προγραμματισθούν. Επομένως υπάρχει δυνατότητα λήψης απόφασης ύστερα από συμβουλευτική ενημέρωση του ασθενούς για τους κινδύνους, αλλά και για κλινικό, επιδημιολογικό και εργαστηριακό έλεγχο του δότου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, επί μεταμοσχεύσεως οργάνου πτωματικού δότου, σχετικές πληροφορίες μπορούν να ληφθούν από το άμεσο περιβάλλον του, ο δε εργαστηριακός έλεγχος αίματος μπορεί πολύ εύκολα να γίνει και μετά το θάνατο του δότου. Άλλωστε απαιτείται ελαχίστη ποσότητα αίματος και λίγες ώρες για την ανίχνευση των anti-HIV.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΛΗΠΤΗ

Χρειάζεται η ευσυνείδητη συγκατάθεση του λήπτη ή των νομιμοποιουμένων συγγενικών ή άλλων εξουσιοδοτουμένων κατά περίπτωση ατόμων. Η συγκατάθεση πρέπει να λαμβάνεται ύστερα από λήψη ιστορικού και πλήρη ενημέρωση. Κατά την συμβουλευτική συνέντευξη θα πρέπει να τονίζεται ότι ποτέ δεν είμεθα σε θέση να εγγυηθούμε 100% για την απόλυτη ασφάλεια από λοίμωξη παρά τον εργαστηριακό έλεγχο.

Για την ασφάλεια του λήπτη συνιστάται έλεγχος του δότου για anti-HIV. Αυτός είναι απόλυτα επιβεβλημένος αν ο δότης ανήκει στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Ο έλεγχος αποσκοπεί στην πρόληψη εξέλιξεως θανής ασυμπτωματικής λοφορίας σε νόσο από την καταπόνηση της εμβάσεως, αλλά και την πιθανή μετεγχειριτική χορήγηση ανοσοκατασταλτικών. Ακόμη περισσότερο επιβεβλημένος είναι ο έλεγχος επί τερματής γονιμοποιήσεως αφού είναι γνωστό ότι η εγκυμοσύνη επιβαρύνει την ανοσολογική κατάσταση του φορέα και μπορεί να συμβάλλει την εξέλιξή του σε νόσο. Επιπλέον υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να μεταδοθεί ο ιός στο έμβρυο. Ειδικώτερα θα πρέπει να βεβαιωθούμε ότι δεν γίνεται χρήση ναρκωτικών από τον υποψήφιο δότη ή από τον ερωτικό του σύντροφο, δεν είναι πολυμεταγγιζόμενος ή σύζυγος πολυμεταγγιζομένου, ομοφυλόφιλος ή σύντροφος αμφιφυλόφιλου, ούτε κάτοικος ενδημικών περιοχών.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΔΟΤΟΥ:

Σε συμβουλευτική συνέντευξη προηγείται λεπτομερής ενημέρωση του δότου και λαμβάνεται ενσυνείδητη συγκατάθεση για τον επιβαλλόμενο έλεγχο anti-HIV και για τη σημασία που μπορεί να έχει η ανίχνευσή τους για τον ίδιο και το άμεσο οικογενειακό, κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον. Ακολουθεί λήψη λεπτομερούς ιστορικού με το οποίο επιχειρείται ο αποκλεισμός ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Ανεξάρτητα από την απουσία anti-HIV, δεν θα πρέπει να γίνεται λήψη οργάνων, ιστών ή σπέρματος από ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους, τοξικομανείς, πολυμεταγγιζόμενους, κατοίκους ενδημικών περιοχών, ούτε και από άτομα που ο ερωτικός τους σύντροφος ανήκει στις παραπάνω κατηγορίες υψηλού κινδύνου.

Ο έλεγχος αντισωμάτων γίνεται με την πολύ ευαίσθητη μέθοδο ELISA η μέθοδος δεν είναι απόλυτα ειδική γιαυτό επιβάλλεται επιβεβαίωση με την τεχνική της Western Blot. Για μοσχεύματα που μπορούν να διατηρηθούν και ειδικότερα για το σπέρμα επιβάλλεται η ακόλουθη τακτική

α) Όταν το υλικό μπορεί να διατηρηθεί για μακρό χρονικό διάστημα ο αρνητικός για anti-HIV δότης θα πρέπει να επανελέγχεται μετά τρίμηνο. Μόνο αν βρεθεί και στο νέο έλεγχο αρνητικός επιτρέπεται η χορήγηση του ήδη αποθηκευμένου επί τρίμηνο υλικού. Εάν πρόκειται περί τακτικού δότου σπέρματος η λήψη και ο έλεγχος πρέπει να γίνεται ανά τρίμηνο και πάντα να χορηγείται η λήψη που έγινε προ τριμήνου.

β) Εάν το υλικό δεν μπορεί να αποθηκευθεί ή αν δεν υπάρχουν δυνατότητες καταψύξεως, ο έλεγχος του δότου θα πρέπει να είναι πιό σχο-

./.

πτικός. Το ιστορικό ερευνάται προσεκτικότερα και ο εργαστηριακός
εγχος γίνεται με προσοχή και διασταυρώνεται το αποτέλεσμα με
ν πιό ευαίσθητη τεχνική. Εάν πρόκειται για σπέρμα ο δότης θα
έπει να ελέγχεται τουλάχιστον ανά μήνα. Αν παραμένει αρνητικός
ορεί να δίδεται πρόσφατο σπέρμα. Θα πρέπει όμως να επεξηγούνται
, πιθανότητες μεταδόσεως παρά το αρνητικό αποτέλεσμα του εργαστη-
ακού ελέγχου. Οι τακτικοί δότες σε τράπεζα σπέρματος πρέπει να
ίσκονται υπό τακτική μηνιαία παρακολούθηση και εργαστηριακό έ-
εγχο.

Τέλος θα πρέπει να τονισθεί ότι η διαδικασία ενημερώσεως και
ήψεως ιστορικού και ο εργαστηριακός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε
υνθήκες που να διασφαλίζουν το ιατρικό απόρρητο.-

Τ

ΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
'ΝΣΗ ΔΗΜ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ιχ. Δ/νση:Αριστοτέλους 17
ιχ. Κώδικας:10187
ληροφορίες:Γρ. Δ/ντή
ηλέφωνο:5222393

Αθήνα 6 Αυγούστου 1987
Αριθ.Πρωτ.Α1/οικ.7891

ΠΡΟΣ:1.Όλα τα Περιφερειακά
Νομαρχιακά Νοσοκομεία της
Χώρας.
2.Τα Γενικά Νοσοκομεία Ι.Δ.
3.Τα Ειδικά Νοσοκομεία Δ.Δ.
4.Τα Ειδικά Νοσοκομεία Ι.Δ
5.Τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία
6.Τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία
7.Τα Νοσοκομεία του ΙΚΑ

ΘΜΑ:Ασφαλής νοσηλεία ασθενών με AIDS
ΛΕΤ:Απόφαση Εθνικής Επιτροπής AIDS

1:Σας στέλνομε συνημμένα φωτοαντίγραφο περικοπής επιστολής του Δρ. .MANN Διευθυντού του Ειδικού Προγράμματος AIDS της Παγκόσμιας Οργάνωσης γείας και σας πληροφορούμε τα ακόλουθα:

.Σε ολόκληρο τον κόσμο αυξάνει η νοσηρότητα από το AIDS αλλά η θνητότη- α εκ της νόσου ελαττούται επειδή τα εφαρμοζόμενα σήμερα θεραπευτικά χήματα παρατείνουν τη ζωή του ασθενή.

.Παράλληλα με την ανωτέρω αύξηση αυξάνει και η πιθανότητα επαφής του ργαζομένου στα Νοσοκομεία ή άλλες υπηρεσίες Υγείας Προσωπικού των Επαγ- ελμάτων Υγείας με φορείς HIV ήάτομα με έκδηλα τα κλινικά σημεία της νό- ου.

Σ τις βιβλιογραφικές όμως πηγές διαπιστώνεται ότι στις ΗΠΑ μόνο ένα τομο εκ του νοσηλευτικού προσωπικού που εκτέθηκαν σε αίμα ή εκκρίματα σθενών με AIDS έχε αναπτύξει αντισώματα μέχρι τον Μάιο του 1987/αλλά ετά αναφέρεται λοίμωξη άλλων τριών ατόμων εκ του νοσηλευτικού προσωπικού MMWR της 22ας Μαΐου 1987) από μαζική έκθεση σε αίμα ασθενών με AIDS πίσης στην Αγγλία έχει αναφερθεί ένα παρόμοιο περιστατικό αλλά όλοι δεν ηρούσαν πιστά τις οδηγίες προφύλαξης όπως αναφέρονται μεκάθε λεπτομέρει αι στο ενημερωτικό φυλλάδιο του Υπουργείου μας που κυκλοφόρησε το 1987 αι στηρίζονται :

Στη γνώση ότι η λοίμωξη HIV μεταδίδεται πολύ δύσκολα στο Νοσοκομειακό εριβάλλον από ατυχήματα και διαδικασίες που μπορούν να γίνουν κατά το ειρισμό του αίματος ή άλλων ιστών φορέων ή ασθενών με AIDS και μπορεί α προληφθούν.

./.

Στην υπερεκτίμηση του κινδύνου του AIDS και την υποτίμηση του κινδύνου πό άλλα λοιμώδη νοσήματα όπως τη ηπατίτιδα Β η οποία αποτελεί τον κυριώ- ερο επαγγελματικό κίνδυνο για το νοσηλευτικό, εργαστηριακό, παραϊατρικό ;αι ιατρικό προσωπικό.

-Στην εφαρμογή γενικών μέτρων που μειώνουν την πιθανότητα επαφής με τον ό ηπατίτιδας Β και παράλληλα μειώνουν και τον κίνδυνο της HIV λοίμωξης.

-Στην ανάγκη προστασίας των ασθενών με κλινικά έκδηλο AIDS από μετάδοση :οινών λοιμώξεων που μπορεί να προέρχονται από άλλους νοσηλευόμενους ; νοσοκομειακό προσωπικό γιατί εξ αιτίας της ανοσοανεπάρκειάς τους οδη- γούν σε αναπτυξη βαρειάς και μη αντιρροπιζομένης λοίμωξης με κακή πρό- γνωση κι επιτάχυνση της θανατηφόρου εξέλιξης.

Για τους ανωτέρω εκδμα λόγους επιβάλλεται:

-Η νοσηλεία των ασθενών με AIDS σε ξεχωριστό θάλαμο.

-Η κατάλληλη σήμανση των δειγμάτων αίματος και ιστών π.χ. με αυτοκόλλητη :τικέττα κόκκινου κατά προτίμηση χρώματος από ύποπτους ασθενείς (ομο- ιλόφιλους, τοξικομανείς, πολυμεταγγιζόμενους, ανοσοκατασταλμένους, αλ- λοδαπούς από ζώνες ενδημικότητος κ.λ.π.) η οποία μπορεί να τοποθετε χι στο θερμομετρικό διάγραμμα του ασθενή για να τηρούνται όλες οι οδη- γίες ασφαλούς λήψης, διακίνησης και εξέτασης των δειγμάτων.

Η αποφυγή καλυψης της βελόνης των συρίγγων με το πλαστικό κάλυμα γιατί χει αποδειχθεί ότι κατά τον χειρισμό αυτό γίνονται τα περισσότερα ατυ- χήματα.

Η απόρριψη των χρησιμοποιηθέντων βελονών σε αδιάτρητο δοχείο το οποίο πορεί να περιέχει χλωρίνη ή οινόπνευμα.

Γενικά πρέπει να τηρείται πιστά η εφαρμογή των οδηγιών όσον αφορά στη ρηση γαντιών σε κάθε αιματηρή νοσηλεία και την ορθή διάθεση των χρησι- οποιουμένων βελονών κι άλλων μολυσμένων αντικειμένων με αυστηρές εντο- ές των προϊσταμένων των Κλινικών κι Εργαστηρίων και την συνεχή ενημέ- ωση από υπεύθυνα όργανα του Ιδρύματός σας γιατί προκαταρτική έρευνα πό το Εργαστήριο Υγιεινής του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης ε συνεργασία με την Δ/νση Υγιεινής Νομαρχίας Θεσσαλονίκης είχε απαγο- ευτικά αποτελέσματα τόσο για την ανάγνωση των φυλλαδίων με τις σχετικές δηγίες για το AIDS, όσο και για τη χρήση γαντιών και την σωστή διάθε- η των βελονών.

Παρακαλούμε γι αυτό η εγκύκλιος αυτή να κοινοποιηθεί στην Επιστημονική ας Επιτροπή, την Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων κι όλες τις Κλι- ικές και τα Εργαστήρια του Ιδρύματός σας.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Συνημμένα : 1

ΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

. Γραφείο κ.Υπουργού
. Γραφείο κ.Γεν. Γραμματέα

Θεωρήθηκε για τη γνησιότητα της υπογραφής
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

15 June 1987

HIV INFECTION AND HEALTH WORKERS

Reports of HIV infection of a small number of health workers have emphasized the need to adhere to existing guidelines for the prevention of blood borne infections. Such existing guidelines refer to situations in which there is a possiblity of exposure to blood or any body fluid regardless of their source.

Available information indicates that health workers are normally at very low occupational risk of HIV infection. This very low risk can be further minimized if existing guidelines for avoiding any blood borne infection are rigorously implemented and strictly enforced.

Routine HIV screening of patients to protect health workers should not be implemented without careful and detailed consideration of all of the HIV screening criteria developed by the World Health Organization.

Yours sincerely

Dr J. Mann
Director
Special Programme on AIDS

ΕΛΛΗΝΙΚ... ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101-87
Πληροφορίες: Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222.393

Αθήνα 17 Ιουνίου 1987

Αριθ. Πρωτ. ΕΠΙΠ. 1186 /224

ΠΡΟΣ: Την Δ/νση Ιατρικής
Αντίληψης.

ΘΕΜΑ: "Χρήση συριγγών και βελονών".

Απαντώντας σε προφορικό ερώτημά σας, σας πληροφορούμε ότι σε κάθε ιατρική ή οδοντιατρική πράξη πρέπει να χρησιμοποιείται ξεχωριστή σύριγγα και βελόνα μιάς χρήσης για κάθε ασθενή ή γενικά άτομο υποβαλλόμενο σε οποιαδήποτε θεραπεία.

Τούτο το έχουμε τονίσει κατ'επανάληψη στις εγκυκλίους μας για την πρόληψη του AIDS που σας έχουν κοινοποιηθεί, είναι σύμφωνο με τις συστάσεις της ΠΟΥ και είχε επιβληθεί ως μέτρο πριν από το 1978 για την αποφυγή μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδος Β'.

Έχουν δοθεί εντολές να τηρείται αυστηρά κατά τους εμβολιασμούς και προσωπικά το είχα συστήσει ως μέτρο σε όλες τις Ιδιωτικές Κλινικές και το ανέφερα, κατά την παραλαβή που έπρεπε να επισφράγει κυρώσεις στις εκθέσεις μου ελέγχου των Ιδιωτικών Κλινικών που διενήργησα σ'ολόκληρη την Αττική και το νομό Βοιωτίας κατά την υπηρεσία μου στην Επιθεώρηση μεταξύ 10 Νοεμβρίου 1970-13 Μα 1974.-

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1) Σ'όλες τις Δ/νσεις του Τομέα Υγείας
2) Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
3) Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (10).

Θεωρήθηκε για την ακρίβει...
...οχής Γραμματείας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 6 Μαΐου 1987

Αριθ. πρωτ. Α1/4587

Ταχ. Δ/νση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101 87
Πληροφορίες : Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο : 5222-393

ΠΡΟΣ: Όλα τα :
1. Γενικά Νοσοκομεία Ν.Λ. 2592/53
2. Ειδικά Νοσοκομεία Ν.Δ. 2592/53
3. Γενικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου.
4. Ειδικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου

ΘΕΜΑ: Χρησιμοποίηση γαντιών.

Σας πληροφορούμε ότι η Εθνική Επιτροπή Ελέγχου AIDS στη χώρα μας αποφάσισε :

Συνιστά τη χρησιμοποίηση γαντιών κατά τις αιμοληψίες και τις οδοντιατρικές πράξεις για την ασφάλεια του προσωπικού.

Δεν χρειάζεται να γίνεται αλλαγή γαντιών για κάθε πράξη παρά μόνο αν εμφανώς ρυπανθούν τα γάντια με αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά.

Το επιμελές πλύσιμο και η απολύμανση των γαντοφορεμένων χεριών ύστερα από κάθε ιατρική ή οδοντιατρική πράξη είναι επαρκές για την προστασία των ασθενών.

Παρακαλούμε για την πιστή εφαρμογή των προαναφερομένων οδηγιών για να σταματήσουν οι διαμαρτυρίες και οι διαπληκτισμοί στα εξωτερικά ιατρεία μερικών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΝΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΗΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Γενικού Γραμματέα
3. Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγείας στην Κεντρική Υπηρεσία.
4. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
5. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (30)

Επιμορφώστε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

.//.

Σ-ΥΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ Α΄

Ταχ. Δ/νση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101 87

Πληροφορίες : Φ. Βίγκος
Τηλέφωνο :

Αθήνα 20 . 5. 1987

Αριθ. πρωτ.
Α8/Φ.180/936

ΠΡΟΣ:
Όλες τις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας
της χώρας
(όπως συνημμένη κατάσταση)

ΘΕΜΑ: Σχετικά με παρακολούθηση και υποστήριξη φορέων AIDS.

ΣΧΕΤ: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινων. Ασφαλίσεων Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής Α1/οικ.4073/22.4.1987.

1. Έπειτα από το ανωτέρω έγγραφο της Δ/νσης Δημοσίας Υγιεινής .το οποίο αναφέρεται στον έλεγχο του AIDS από τις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας κ.λ.π., και στη συνέχεια προηγουμένων εγκυκλίων μας, σας πληροφορούμε ότι εφόσον διαπιστωθεί (μετά από επιβεβαίωση από το αντίστοιχο Κέντρο Αναφοράς AIDS) ότι αιμοδότες ή ασθενείς που ελέγχθησαν από τις Υπηρεσίες σας, είναι οροθετικοί (φορείς) αντισωμάτων ιού AIDS, θα πρέπει να παραπέμπονται στο Κέντρο Αναφοράς (AIDS) της περιοχής τους, για την συνεχή παρακολούθηση και υποστήριξή τους.

2. Του ανωτέρω μέτρου εξαιρούνται οι πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς (Αιμορροφιλικοί) που σύμφωνα με το Α8/Φ.180/οικ.779/6.4.87 έγγραφο, που σας κοινοποιήθηκε παρακολουθούνται από τα Κέντρα Αιμορροφιλικών. Το ίδιο ισχύει και για τους πάσχοντες από Μεσογειακή αναιμία, εφ'όσον αυτοί παρακολουθούνται από ειδικό τμήμα.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΜΑΓΚΑΚΗΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Αριθ. Πρωτ. Α1/5288
Ημερ. Παραλαβής 25/5/87

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

Σ-141

.//.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ Α'

Αριθ.Πρωτ.Α8/Φ180/2633

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.Κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Φ.Βίγκος
Τηλέφωνο: 5247067

ΠΡΟΣ: Όλες τις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας της χώρας
(όπως η συνημμένη κατάσ

ΘΕΜΑ:Επιβεβαίωση HIV θετικών περιπτώσεων
ΣΧΕΤ: Υπουργείο Υγείας,Πρόνοιας & Κοινων.Ασφαλίσεων
Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής ΕΜΠ 1012/430/3-12-87

1. Το Υπουργείο στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του, για την αντιμετώπιση του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS), θεώρησε απαραίτητο τον έλεγχο για την παρουσία αντισωμάτων του ιού LAV/HTLV-III και στους εθελοντές αιμοδότες.

2. Για το σκοπό αυτό, κυκλοφόρησε η Α1/8322/25-9-87 εγκύκλιος, που απευθύνεται σε όλα τα Νοσ/μεία, με την οποία ορίζεται η διαδικασία του σχετικού ελέγχου από τις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας, σε ότι αφορά την αποστολή του δείγματος στα Κέντρα Αναφοράς για επανέλεγχο, και την τελική επιβεβαίωση του θετικού αποτελέσματος του ιού LAV.

3. Παρ'όλα αυτά, διαπιστώθηκε ότι, ωρισμένες Υπηρεσίες Αιμοδοσίας αντί να στέλνουν τα δείγματα ορών αίματος στα Κέντρα Αναφοράς AIDS, όπως ορίζει η προαναφερομένη εγκύκλιος, συνιστούν στα ίδια τα άτομα, να πηγαίνουν για εξέταση στα προαναφερόμενα Κέντρα. Τούτο, έχει σαν συνέπεια, πολλοί από τους Αιμοδότες να μη πηγαίνουν στα Κέντρα Αναφοράς με αποτέλεσμα, οι Υπηρεσίες Αιμοδοσίας να μη μπορούν τελικά να δώσουν σ'αυτούς τις ανάλογες οδηγίες και κυρίως να διαφεύγει ένας μεγάλος αριθμός βέβαιων φορέων HIV.

4. Κατόπιν αυτού, παρακαλούμε, όπως στο εξής, οι Υπηρεσίες Αιμοδοσίας, στέλνουν υποχρεωτικά και με δική τους μέριμνα το δείγμα ορού αίματος στο Κέντρο Αναφοράς της περιοχής τους και να μη παραπέμπουν τον ίδιο τον αιμοδότη για εξέταση.

./.

5.Σχετική με το θέμα αυτό. είναι η προαναφερόμενη εγκύκλιος του Υπουργείου, την οποία παρακαλούμε να προμηθευτείτε από το αρχείο της Γραμματείας του οικείου Νοσ/μείου στο οποίο υπάγεσθε, για ενημέρωσή σας.

Ο ΓΕΝ.ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΝΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΗΣ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμημ/χης Γραμματείας

ΚΟΙΝ/ΣΗ

Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS

1.Βορειοδυτικής Ελλάδας-Παθολογική
Πανεπιστημιακή Κλινική Περιφ.Γεν.Ν/μείου
"ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ" Ιωαννίνων
ΓΙΑΝΝΕΝΑ ΤΚ 450.01

2.Βορείου Ελλάδος.Μικροβιολογικό
Εργαστήριο Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης
Θεσ/νίκης ΤΚ 540 06

3.Κρήτης.Βενιζέλειο και Παγκρήτιο Ν/μείο Κρήτης
Ηράκλειο ΤΚ 71 400

4.Νοτίου Ελλάδος
Υγειονομική Σχολή Αθηνών
Λεωφ.Αλεξάνδρας-196
ΑΘΗΝΑ ΤΚ 115 21

5.Νοτιοδυτικής Ελλάδος
Εργαστήριο Υγιεινής Πανεπιστημίου Πάτρας
Γεν.Ν/μείο Πάτρας "ΑΓ.ΑΝΔΡΕΑΣ"
Πάτρα ΤΚ 263 35

ΕΣΩΤ.ΔΙΑΝΟΜΗ

1.Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής

2.Δ/νση Αιμοδοσίας (10)

δλ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΧΧΧΧΧ

Αθήνα 3-12- 1987

Αριθ. πρωτ.
ΕΜΠ 1012 /430

ΠΡΟΣ: Την Δ/νση Αιμοδοσίας

Ταχ. Δ/νση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101-87

Πληροφορίες : Γρ. Διευθυντή
Τηλέφωνο : 5222-393

ΘΕΜΑ: Επιβεβαίωση HIV θετικών περιπτώσεων.

Σας επισημαίνουμε ότι ορισμένα Κέντρα και Σταθμοί Αιμοδοσία όταν διαπιστώνουν με την μέθοδο ELISA θετικά περιστατικά προς τον Η κι'επιβεβαιώνουν τούτο με την επανάληψη της εξέτασης, αντί να στέλν τα δείγματά ορών αίματος για τελική επιβεβαίωση του αποτελέσματος στα Εθνικά μας Κέντρα Αναφορά AIDS, όπως ορίζουν οι εγκύκλιες Υπουρ γικές Διαταγές μας, συνιστούν στα ίδια τα άτομα να προσέλθουν για εξέταση στα προαναφερόμενα Κέντρα.

Τούτο έχει ως αποτέλεσμα οι περισσότεροι να μη προσέρχονται και οι Αιμοδοσίες να μην είναι δυνατόν να δώσουν την ορθή απάντηση και ν ενημερώσουν τον αιμοδότη για την κατάσταση της υγείας τους δίνοντά τους όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες οδηγίες και συστάσεις και να διαφεύγει αριθμός ίσως φορέων HIV.

Παρακαλούμε γι'αυτό να εκδόσετε σχετική διαταγή λόγω αρμοδιότητ και να τους συστήσετε ότι πρέπει προς επιβεβαίωση θετικού περιστατι HIV να στέλνουν υποχρεωτικά με μεριμνά τους το στίγμα ορού αίματος σ Κέντρο Αναφοράς που καλύπτει την περιοχή λειτουργίας τους κι'όχι να παραλείπουν τον ίδιο τον αιμοδότη προς εξέταση.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS
Βορειοδυτικής Ελλάδος Παθολογική
Πανεπιστημιακή Κλινική Γενικού
Νοσοκομείου Χατζηκώστα Ιωαννίνων
Γιάννενα

/./

Σ-141

2. Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS
   Βορείου Ελλάδος Μικροβιολογικό
   Εργαστήριο ΑΠΘ Τ.Κ. 540-06
   Θεσσαλονίκη
3. Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS
   Κρήτης, Βενιζέλειο Και Παγκρήτιο
   Νοσοκομείο Κρήτης
   Ηράκλειο Κρήτης
4. Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS
   Νοτίου Ελλάδος Υγειονομική
   Σχολή Αθηνών
   Λεωφ. Αλεξάνδρας 196
   Τ.Κ. 115-21 Αθήνα
5. Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS
   Νοτιοδυτικής Ελλάδος
   Εργαστήριο Υγιεινής Πανεπιστημίου Πάτρας
   Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
   " Άγιος Ανδρέας" Πάτρα
6. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (3)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Στοιχειοθέτης Γραμματείας

Ι.Β.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Δρ.Θ.Στεφάνου
Τηλέφωνο: 5222 393

Αθήνα 5 Ιουλίου 1988
Αριθ. Πρωτ.
Α1/οικ.6687 ΕΓΚ.

ΠΡΟΣ: 1. Τα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία
2. Τα Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία
3. Τα Ειδικά Νοσοκομεία
4. Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία
5. Θεραπευτήρια ΙΚΑ, Έδρες

ΘΕΜΑ: Εξετάσεις για AIDS

1. Επειδή κατά καιρούς δημιουργούνται προβλήματα σχετικά με την υπευθυνότητα των εργαστηρίων σας για τις εξετάσεις AIDS σας υπενθυμίζουμε προγενέστερες εγκυκλίους μας κι επαναλαμβάνουμε ότι :

α. Όλα τα Κέντρα και οι Σταθμοί Αιμοδοσίας της χώρας είναι υποχρεωμένα να εξετάζουν τους αιμοδότες και το προς μετάγγιση αίμα για AIDS.

β. Εξετάσεις για AIDS λοιπών ομάδων πληθυσμού που το επιθυμεί μετά ενημέρωση γίνονται από τα Μικροβιολογικά Εργαστήρια των Νοσοκομείων τα οποία καλύπτουν και τους νοσηλευομένους κι εξωτερικούς ασθενείς καθώς και τους δότες σπέρματος, οργάνων κ.λ.π.

γ. Σε περίπτωση αδυναμίας ελέγχου από τα Μικροβιολογικά Εργαστήρια, στις Αιμοδοσίες αποστέλλονται προς εξέταση δείγματα αίματος που έχουν ληφθεί από τα Εξωτερικά Ιατρεία, τις Κλινικές του Νοσοκομείου ή το Μικροβιολογικό Εργαστήριο.

δ. Αντίθετες ενέργειες παρακωλύουν το βασικό έργο των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας που είναι η εθελοντική αιμοδοσία, ο έλεγχος του προς μετάγγιση αίματος και των αιμοδοτών.

ε. Τα ανωτέρω ισχύουν και για τις εξετάσεις αίματος για την ηπατίτιδα Β.

2. Παρακαλούμε να λάβουν γνώση του περιεχομένου της εγκυκλίου

./.

αυτής ενυπογράφως οι Διευθυντές των Κέντρων και Σταθμών Αιμοδοσίας και των Μικροβιολογικών Εργαστηρίων του Νοσοκομείου σας και να μεριμνήσουν για την πιστή εφαρμογή της.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΛΩΡΟΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ :

1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Υφυπουργού
3. Γραφείο κ. Γενικού Γραμματέα
4. Δ/νση Αιμοδοσίας
5. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (30)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

Α.Μ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 26 Μαρτίου 1987

Αριθ.Πρωτ.Α1/οικ.3045

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.Κώδικας:101-87
Πληροφορίες:Γρ.Δ/ντή
Τηλεφωνο :5222-393

ΠΡΟΣ: Όλα τα Γενικά και Ειδικά Νοσοκομεία της Χώρας
Έδρες τους

ΘΕΜΑ: Μέτρα για AIDS

ΣΧΕΤ: Απόφαση Εθνικής Επιτροπής AIDS

1. Σύμφωνα με απόφαση της Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου του Συν
δρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας στη χώρα μας σας
γνωστοποιούμε τα ακόλουθα και παρακαλούμε για την πιστή εφαρμο-
γή τους.

α.Δεν απαιτείται προέλεγχος για AIDS για κάθε ιατρική, οδοντιατρ
κή ή νοσηλευτική πράξη

β.Να γνωστοποιηθεί σε όλους τους Διευθυντές Κλινικών κι Εργαστη-
ρίων και τους νόμιμους αναπληρωτές τους εκ νέου ότι απαιτείται
όλα τα θετικά αποτελέσματα με την μέθοδο ELISA να επιβεβαιώνοντα
από τα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS και μόνο υπό την προϋπόθεση
αυτή ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί φορέας ή αν εμφανίζει κλινικ
συμπτωματολογία ασθενής με AIDS και να δηλώνεται υποχρεωτικά σύ
φωνα με την Α1/6122/86 Υγειονομική Διάταξη.

γ.Την υποχρέωση αυτή έχουν κι όλα τα Πανεπιστημιακά Εργαστήρια ή
Κλινικές και τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία προς τα οποία κοινοποιε
ται το έγγραφο αυτό.-

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΜΑΓΚΑΚΗΣ

./.

19

ΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΑΙ ΚΟΙΝΩΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

αχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
αχ.κώδικας:101-87
ληροφορίες:Γρ.Δ/ντή
ηλέφωνο:5222.393

Λθήνα 7 Απριλίου 1987

Αριθ.πρωτ. ΕΜΠ. 645 /οικ.116
ΕΜΠ.ΕΓΚ.4

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα
Υγιεινής των Νομαρχιών
Έδρες τους

ΕΜΑ:"Έλεγχος εκδιδομένων γυναικών για HIV".

ΧΕΤ:Πρακτικά συνεδρίασης 27.2.87 Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου AIDS"

Σας πληροφορούμε ότι η Εθνική Επιτροπή Ελέγχου AIDS στη χώρα μας παρακολουθεί με ιδιαίτερο ενδιαφέρον και προσοχή την αντιμετώπιση του προβλήματος των εκδιδομένων με αμοιβή γυναικών και κατά την ανωτέρω σχετική συνεδρίασή της δεν έλαβε οριστικές αποφάσεις επί του θέματος γιατί δεν έχει τούτο επιλυθεί διεθνώς αλλά αποφάσισε ότι απαιτείται:

α)Να ενισχυθεί ο έλεγχος των εκδιδομένων γυναικών σε όση έκταση τούτο είναι δυνατόν για αντισώματα HIV.

β)Να καταβληθεί προσπάθεια ώστε να σταματήσουν να εκδίδονται όσες βρίσκονται φορείς του ιού.

2)Επαναλαμβάνουμε ότι η χρήση προφυλακτικού από τους πελάτες τους αποσκοπεί στην προστασία αμφοτέρων και διασφαλίζει και την διασπορά του ιού κατά της ηπατίτιδος Β΄ γιαυτό πρέπει οι προσπάθειες προς την πλευρά αυτή να είναι συνεχείς κι΄αδιάκοπες ώστε να πεισθούν όλοι για την αναγκαιότητα του μέτρου και να το τηρούν με σχολαστικότητα.-

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ.ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1)Γραφείο κ.Υπουργού
2)Γραφείο κ.Γενικού Γραμματέα
3)Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (30).

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

Α.Μ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 4 Φεβρουαρίου 1987

Αριθ.Πρωτ.ΕΜΠ. ΙΙ3/41
ΕΓΚ.ΕΜΠ.1

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.Κώδικας:101-87
Πληροφορίες:Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο :5222-393

ΠΡΟΣ:1)Όλα τα Γενικά Νοσ/μεία
Ν.Δ.2592/53
2)Όλα τα Γενικά Νοσ/μεία Ιδι
τικού Δικαίου
3)Όλα τα Ειδικά Νοσ/μεία Δημ
σίου Δικαίου
4)Όλα τα Νοσ/μεία Ιδιωτικού
καίου
5)Στρατιωτικά Νοσοκομεία
6)ΙΚΑ-Αγίου Κων/νου 8
Τ.Κ. 10431 - Αθήνα

ΘΕΜΑ: Υποχρεωτική δήλωση
κρουσμάτων AIDS

Επειδή παρατηρείται κοινολόγηση από τον Ημερήσιο Τύπο κρου-
σμάτων και θανάτων AIDS, χωρίς να έχομε ενημερωθεί για την εμφά-
νισή τους παρακαλώ με μέριμνα των Διοικητικών Διευθυντών του
Ιδρύματός σας όλοι οι Διευθυντές Κλινικών, Τμημάτων, Εργαστηρίων
και Ιατρείων να λάβουν γνώση ενυπόγραφα της συνημμένης Α1/6122/
86 (ΦΕΚ.592 τ.Β'/86) Υγειονομικής Διάταξης για την υποχρεωτική δή-
ση κρουσμάτων Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS

Πιστεύω ότι όλοι θα κατανοήσουν την σοβαρότητα του θέματος
που απαιτεί πλήρη καταγραφή όλων των κλινοεργαστηριακών κι επιδη
μιολογικών στοιχείων για την ορθή αξιολόγηση κι'αντιμετώπιση του
προβλήματος και ελπίζω ότι δεν θα υποχρεωθώ να κινήσω διαδικασίε
για παράβαση νομοθεσίας από κανένα.-

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΙΩΡΓΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ

Συνημμένα:1 σε κάθε
αποδέκτη

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1.Γραφείο κ.Υπουργού
2.Γραφείο κ.κ.Υφυπουργών
3.Γραφείο κ.Γενικής Γραμματέα
4.Δ/νση Ιατρ.Αντίληψης

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμημ/χης Γραμματέας

./.

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 19 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 1986	ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 592

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Υποχρεωτική δήλωση κρουσμάτων Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. 1
Αποτελέσματα αρχαιρεσιών Σ.Δ.Ε.Εφ. Πατρών. 2
Μετεγγραφές στα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα. 3
Διακοπή λειτουργίας τάξεων λυκείου. 4
Κήρυξη του Ι. Ναού Αγ. Ιωάννου στο Κτήμα Μερκάτη (ελαιώνας Αιγάλεω) ως ιστορικού διατηρητέου μνημείου με ζώνη προστασίας γύρω από αυτό. 5
Διαδικασία εφαρμογής της εισφοράς στον τομέα του γάλακτος και των γαλακτοκομικών προϊόντων. 6
Απόρριψη αίτησης για χορήγηση άδειας μεταλλευτικών ερευνών στο Νομό Τρικάλων. 7
Απόρριψη αίτησης για χορήγηση άδειας μεταλλευτικών ερευνών στο Νομό Τρικάλων. 8

ΑΓΟΡΑΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Συμμόρφωση της Ελληνικής Νομοθεσίας προς τις διατάξεις, της Οδηγίας 79/581/ΕΟΚ του Συμβουλίου περί προστασίας των καταναλωτών στο θέμα των ενδείξεων των τιμών των τροφίμων. 9

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Α1/6122 (1)

Υποχρεωτική δήλωση κρουσμάτων Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη :

1. Τον Α.Ν. 2520/40 «περί υγειονομικών διατάξεων».
2. Το Β.Δ. της 3.11.50 «περί μέτρων προς καταπολέμησιν επιδημικών νόσων και υποχρεωτικής δηλώσεως αυτών».
3. Το Π.Δ. 544/77 «περί οργανισμού του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών».
4. Το Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/85 τ. Α') «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα».
5. Την οικ. 748/7.8.85 Κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων «Για ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς».
6. Το Δ1/6824/14.7.83/ΕΓΚ. 44 έγγραφό μας.
7. Το Α1/οικ. 2338/29.2.84/ΕΓΚ. 24 έγγραφό μας.
8. Την από 13 Μαΐου 1986 απόφαση της Εθνικής Επιτροπής ελέγχου ΣΕΛΑ.
9. Το 5933/2.7.1986 έγγραφο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, αποφασίζουμε :

Εκδίδουμε την παρούσα Υγειονομική Διάταξη, η οποία θα ισχύει σε όλη την Επικράτεια.

Άρθρο 1.

Πέρα από τα μέτρα, που προβλέπονται από το Β.Δ./13.11.1950 «περί μέτρων, προς καταπολέμηση επιδημικών νόσων και υποχρεωτικής δηλώσεως αυτών», με την παρούσα Υγειονομική Διάταξη ορίζουμε και:

α) Υποχρεωτική τη δήλωση κάθε κρούσματος Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) από τον ιατρό που διαγνώσκει τη νόσο, στον Προϊστάμενο ιατρό της Δ/νσεως Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων και χορήγηση όλων των Επιδημιολογικών και κλινικοεργαστηριακών πληροφοριών, που θα αναγράφονται σε δελτίο δηλώσεως, το οποίο θα διαθέτει δωρεάν, στους Ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, η Υγειονομική υπηρεσία.

β) Αυστηρή κάλυψη της δηλώσεως, από το ιατρικό απόρρητο.

Άρθρο 2.

Η ισχύς της παρούσας, αρχίζει μετά από 15 ημέρες, αφότου θα δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 16 Ιουλίου 1986

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΑΡΡΟΣ

Αριθ. 40656 (2)

Αποτελέσματα αρχαιρεσιών Σ.Δ.Ε. Εφ. Πατρών.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

Κατά τις αρχαιρεσίες που έγιναν στις 29.1.1984 για την εκλογή Προέδρου και Διοικητικού Συμβουλίου του Συλλόγου Δικαστικών Επιμελητών του Εφετείου Πατρών, καθώς και μελών της Εξελεγκτικής Επιτροπής του για τριετή θητεία, η οποία λήγει στις 31.1.1987 εκλέχτηκαν οι παρακάτω :

Α. Πρόεδρος
Δημήτριος Γκουρμέλλος του Χρήστου.

Β. Τακτικοί Σύμβουλοι
1. Γεώργιος Τσουκαλάς του Δημητρίου
2. Ανδρέας Κατσιμπέρης του Χρήστου

θΚ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ:ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ. Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας:101 87
Πληροφορίες:Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο:5222393

Αθήνα, 13 Ιανουαρίου 1987

Αριθμ. πρωτ.
Α1/οικ.323

ΠΡΟΣ:1)Όλα τα Γενικά Νοσοκομεία Ν. 2592/53
2)Όλα τα Γενικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου.
3)Όλα τα Ειδικά Νοσοκομεία Δημοσίου Δικαίου
4)Όλα τα ειδικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου.

ΘΕΜΑ: Έλεγχος αντισωμάτων AIDS.

1.Σας υπενθυμίζουμε την Α1/οικ. 7533/21.8.85 Υπουργική εγκύκλιο και σας διευκρινίζουμε τα ακόλουθα:

α.Στα κέντρα και στους Σταθμούς Αιμοδοσίας πρέπει να ελέγχονται απ κλειστικά οι αιμοδότες και τα πολυμεταγγιζόμενα άτομα.

β.Κάθε πολυμεταγγιζόμενος πρέπει να παραπέμπεται για εξέταση στο Κέ τρο ή στο Σταθμό Αιμοδοσίας που τον παρακολουθεί και είναι υπεύθ

γ.Από τα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς Νοτίου Ελλάδος έδρα επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής Υγειονομικής Σχολής Αθηνών Λ. Αλεξάνδρας 196 Α να, Βορείου Ελλάδας Μικροβιολογικό Εργαστήριο Αριστοτέλειου Πανε στημίου Θεσσαλονίκης και Βορειοδυτικής Ελλάδας Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Γιάννενα ελέγχονται οι ομάδες υψηλού κινδύνου και γίνονται οι επιβεβαιωτικές δοκιμές τυχόν θετικών δειγμάτων με τη μέθοδο ELISA.

δ.Δεν παρίσταται ανάγκη μαζικού ελέγχου του γενικού πληθυσμού.

ε.Άτομα που δεν ανήκουν στις αναφερόμενες στις παραγράφους β και ομάδες εφ'όσον προσέρχονται στο Ίδρυμά σας για εξέταση θα εξυπ ρετούνται από το Μικροβιολογικό σας Εργαστήριο , αν τούτο έχει ο λάβει κι'έχει συγκροτηθεί για το έργο αυτό ή θα γίνεται η αιμολ από το εξωτερικό Παθολογικό Ιατρείο το οποίο θα στέλνει το δείγ προς εξέταση στο Αιματολογικό ή την Αιμοδοσία.

στ.Για την εξυπηρέτηση των ανωτέρω ατόμων λειτουργούν στη περιοχή σας Αθήνας εξεταστικά Κέντρα στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του

.//.

Κ
ανεπιστημίου της Αθήνας και στο Νοσοκομείο Ανδρέα Συγγρού.
ζ. Σκοπός μας είναι να υπάρχουν οι δυνατότητες ελέγχου για όποιον επιθυμεί τούτο αλλά και να μην εκφύγουν του προορισμού τους οι υπηρεσίες Αιμοδοσίας της χώρας.

Κοινοποίηση:
1. Γραφείου κ. Υπουργού.
2. Γραφείο κ. Γενικής Γραμματέα.
3. Δ/νση Ιατρικής Αντίληψης.
4. Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτίου Ελλάδας Υγειονομικής Σχολής Αθηνών Λεωφ. Αλεξάνδρας 196 Τ.Κ.11521Αθήνα
5. Δ/νση Αιμοδοσίας.
6. Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορείου Ελλάδας Μικροβιολογικό Εργαστήριο Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Τ.Κ. 540-06 Θεσσαλονίκη
7. Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορειοδυτικής Ελλάδας Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Γιάννενα
8. Μικροβιολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθήνας Τ.Κ. 115-27 Γουδί Αθήνα
9. Μικροβιολογικό Εργαστήριο Νοσοκομείου Ανδρέα Συγγρού Ιωαν. Δραγούμη 5 Τ.Κ. 161-21 Αθήνα
10. Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών - Έδρες τους
11. Όλα τα Κέντρα, Υπηρεσίες ή Σταθμούς Αιμοδοσίας - Έδρες τους
12. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (10)

Η Διευθυντής

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

Θωρήθηκε για την ακρίβεια.
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας.

ΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΜΟ

Κ.Κ.Ε. Α.

ΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΑΙ ΚΟΙΝΩΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

αχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
αχ.κώδικας:101-87
ληροφορίες:Γρ.Δ/ντή
ηλέφωνο:5222.393

Αθήνα 22 Σεπτεμβρίου 1986

Αριθ.Πρωτ.Α1/οικ.8798

ΠΡΟΣ: Όλες τις Μονάδες Τεχνητού
Νεφρού των Νοσηλευτικών
Ιδρυμάτων της Χώρας

Όπως ο Πινακας Διανομής

ΕΜΑ:"Πρόληψη διασποράς Ιού LAV/HTLV- IIIστις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού".

Σας διαβιβάζουμε συνημμένα οδηγίες για την "Πρόληψη διασποράς του AIDS στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού" σύμφωνα με απόφαση της Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας στη χώρα μας και σας παρακαλούμε για την πιστή εφαρμογή τους και την ενυπόγραφη παραλαβή από κάθε άτομο που προσφέρει υπηρεσίες στην Μονάδα.

Εθνικά Κέντρα Αναφοράς για τον έλεγχο με την μέθοδο ELISA και την επιβεβαίωση με την μέθοδο WESTERN BLOT λειτουργούν στην Υγειονομική Σχολή Αθηνών(καθηγητής κ.Γ.Παπαευαγγέλου,Επιμελήτρια κ.Α.Ρουμελιώτου στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης(Καθηγητής κ.Ι.Παπαπαναγιώτου) και στην Παθολογική Κλινική και Ανοσολογικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Νοσοκομείο Χατζηκώστα (Καθηγητής κ.Χ.Μουτσόπουλος)με τα οποία μπορείτε να συνδεθείτε μετά τηλεφωνική συνεννόηση κι ανάλογα με τον τόπο λειτουργία σας,προς καλύτερη εξυπηρέτησή σας.-

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Θ.ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:
Ένα (1) σε κάθε αποδέκτη.

Θεωρήθηκε γνήσιο αντίγραφο
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

1)Νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐας Κυριακού
Θηβών και Λεβαδείας Γουδί ΤΚ115.27 Αθήνα
2)Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
Μεσογείων 154 ΤΚ 156.69 Αθήνα
3)Νοσοκομείο Ε.Ε.Σ.
Ερυθρού 1 ΤΚ 115.26 Αθήνα
4)Αρεταίειο Νοσοκομείο
Βασ.Σοφίας 76 ΤΚ 115.28 Αθήνα

..//..

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΤΟΥ AIDS ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ.

Με βάση τα νεώτερα δεδομένα της επιδημιολογίας του AIDS και διεθνείς οδηγίες που εκδόθηκαν μέχρι τώρα για την πρόληψη της διαδράς του ιού κατά τη νοσηλεία ασθενών παραθέτουμε τις ακόλουθες πληροφορίες για την πρόληψη διασποράς του ιού του AIDS (HIV) στις μονάδες τεχνητού νεφρού.

(1). Η επιδημιολογία του AIDS, ιδιαίτερα όσον αφορά στους τρόπους μεταδόσεως, είναι παρόμοια με την ηπατίτιδα Β. Η μεταδοτικότητα όμως είναι σαφώς μικρότερη γιατί :

α) η συγκέντρωση του ιού HIV στο αίμα κυμαίνεται από 10^1 μέχρι 10^2, ενώ του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV) ανέρχεται σε 10^8 και

β) ο ιός HIV είναι πολύ πιο ευαίσθητος στο εξωτερικό περιβάλλον και στη δράση των διαφόρων φυσικών και χημικών παραγόντων.

(2). Η τήρηση επομένως όλων των κανόνων αιμοδιϋλίσεως των φορέων του HBsAg είναι υπεραρκετή και για την προφύλαξη της διασποράς του HIV.

Αυτό επιβεβαιώνεται από το ότι, μετάδοση του HIV στις μονάδες αιμοκάθαρσης δεν συνέβη ποτέ μέχρι σήμερα παρά την μακρά θεραπεία πολλών ασθενών με AIDS στις ΗΠΑ και άλλες χώρες.

Επειδή όμως είναι δυνατό στο μέλλον να αιμοδιϋλίζονται φορείς ή ασθενείς με AIDS επιβάλλεται η λήψη των ακόλουθων προληπτικών μέτρων :

1. Θα πρέπει σταδιακά να ελεγχθούν όλοι οι αιμοδιϋλιζόμενοι ασθενείς των μονάδων τεχνητού νεφρού για αντισώματα προς τον HIV (anti-HIV). Όμως τονίζεται ότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα ανευρέσεως ψευδώς θετικών αντιδράσεων ειδικά μεταξύ των αιμοδιϋλιζομένων. Αυτό οφείλεται στην ανάπτυξη μη ειδικών για τον HIV αντισωμάτων προς επιφανειακά αντιγόνα των λεμφοκυττάρων, αφού είναι γνωστό ότι οι ασθενείς αυτοί μεταγγίζονται συχνά. Τα μη ειδικά αυτά αντισώματα μπορούν να αντιδράσουν με το ιϊκό αντιγόνο που μπορεί να περιέχει προσμίξεις από αντιγονικά στοιχεία της επιφανείας της κυτταρικής σειράς των λεμφοκυττάρων που χρησιμοποιούνται για την καλλιέργεια του HIV και την παραγωγή του ιϊκού αντιγόνου. Γιαυτό είναι απαραίτητη η μετά σχολαστικότητος επιμονή επιβεβαιώσεως κάθε θετικού αποτελέσματος με περισσότερο ειδική δοκιμασία. Κάθε θετικός όρος θα πρέπει να αποστέλλεται στα Κέντρα Αναφοράς AIDS.

νο μετά την επιβεβαίωση αυτή θα πρέπει να ενημερώνεται εμπιστευτικά ασθενής και το περιβάλλον του. Σε περίπτωση νοσηλείας φορέα ή ασθενούς με AIDS επιβάλλεται ο έλεγχος του προσωπικού της μονάδος.

2. Μέτρα κατά την αιμοδιΰλιση ασθενών φορέων του HIV.

Σήμερα επιβάλλεται η αιμοδιΰλιση φορέων του HBsAg σε χωριστό θάλαμο (κίτρινος) και με ξεχωριστά μηχανήματα από τους HBsAg αρνητικούς ασθενείς. Αν ακολουθούσαμε την ίδια τακτική και για τους φορείς του HIV θα έπρεπε να δημιουργούσαμε άλλους δύο θαλάμους : γι αυτούς που θα ήταν HBsAg & HIV θετικοί και γι αυτούς που θα ήταν φορείς μόνο του HIV. Η υπερσυντηρητική αυτή άποψη δεν θα ήταν δυνατόν εκ των πραγμάτων να εφαρμοσθεί, ιδιαίτερα με τη διαφαινόμενη αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων, αλλά και με την δεδομένη μικρή μεταδοτικότητα του HIV.

Αντ'αυτού προτάθηκε εφόσον υπάρχουν οι προϋποθέσεις, η αποκλειστική χρησιμοποίηση ενός καθορισμένου μηχανήματος για την αιμοδιΰλιση ασθενούς φορέως του ιού που θα βρίσκεται σε προκαθορισμένο χώρο κοινού θαλάμου.

Και η παραπάνω άποψη θεωρείται ως υπερσυντηρητική, γι αυτό σήμερα δεν είναι απαραίτητη η απομόνωση από τους άλλους αιμοδιΰλιζόμενους, πάντοτε όμως υπό την προϋπόθεση ότι θα τηρούνται όλες οι διατάξεις που αφορούν την πρόληψη των αιματογενών νοσημάτων και η τήρηση των κανόνων απολυμάνσεως των εξωτερικών επιφανειών του μηχανήματος και των βοηθητικών συσκευών και σιευών που χρησιμοποιούνται.

Ειδικότερα θα πρέπει να διευκρινισθεί :

1. Οι αιμοδιΰλιστήρες (φίλτρα) καθώς και οι αγωγοί αίματος θα πρέπει να είναι μοναδικής χρήσεως και να απορρίπτονται μετά τη χρήση

2. Όλα τα αντικείμενα που περιέχουν αιματηρά εκκρίματα των ασθενών πρέπει να τίθενται σε πλαστικούς αδιαπέραστους σκληρούς σάκκους. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για την απόρριψη βελονών και άλλων αιχμηρών αντικειμένων. Τα επαναχρησιμοποιούμενα αντικείμενα, όργανα πρέπει να μειώθούν στο ελάχιστο. Κατά τον καθαρισμό τους, ιδίως όταν είναι αιχμηρά πρέπει να λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα για την αποφυγή νύξεων ή μικροτραυματισμών. Αυτό αποτελεί και τον κύριο, σχεδόν μοναδικό κίνδυνο λοίμώξεως του προσωπικού.

3. Αντίθετα δεν υπάρχει ιδιαίτερος κίνδυνος από τα άλλα τμήματα του τεχνητού νεφρού. Η εφαρμοζόμενη στρατηγική απολύμανσης των διαύλων των υγρών καθάρσεως (Υποχλωριώδες νάτριο 500-750 ppm επί 30'-40' ή αλόνύκτια επίδραση διαλύματος 1,5-2,0% φορμαλδεΰδης) και η χρήση διαφόρων άλλων αντισηπτικών για τις διάφορες εξωτερικές επιφάνειες του μηχανήματος που αγγίζονται συχνά (στρόφιγγες κλπ) αρκούν και για την αδρανοποίηση του HIV.

Γι αυτό θα πρέπει να τονισθεί ότι το μηχάνημα εφόσον είναι διαθέσιμ
θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αιμοδιύλιση άλλων ασθενών.

4. Η επιλογή περιτοναϊκής διϋλίσεως καθορίζεται αποκλειστικά
και μόνο με βάση τις σχετικές ιατρικές ενδείξεις και όχι για αποφυγ
αιμοδιϋλίσεως των ασθενών με AIDS. Γάντια πρέπει να χρησιμοποιούντα
για την μεταφορά των σάκκων που περιέχουν το υγρό της περιτοναϊκής
.μοδιϋλίσεως. Τα υγρά τους μπορεί να απορρίπτονται στη λεκάνη της το
αλέττας.Οι σάκκοι πρέπει να απορρίπτονται αφού πρώτα επικαλυφθούν με
άλλες πλαστικές σακούλες.

Οι οδηγίες αυτές εκδίδονται ως συμπλήρωμα του φυλλαδίου "Οδη
γίες προς το νοσηλευτικό και εργαστηριακό προσωπικό για το σύνδρομ
επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας AIDS" του Υ.Υ.Π. & Κ.Α., Αθήνα
1985, που διανεμήθηκε σ'όλο το υγειονομικό προσωπικό της χώρας. Ειδ
κότερες πληροφορίες για τις μονάδες αιμοκαθάρσεως περιέχονται στις
ακόλουθες βιβλιογραφίες :

1. Recommended Precautions for Patients Undergoing Haemodialysis W
Have AIDS on Non-A, Non-B Hepatitis. Infect. Control. 1985, 6, 301-
2. Recommendations for Providing Dialysis Treatment to Patients In
cted With HTLV III/LAV.
MMWR 1986, 35, No 23, 376-383.

Υπ_ανακοινώσιμο

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Τ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Τ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222-395

Αθήνα 8 Ιουλίου 1985

Αριθ.πρωτ.Α1/6183

ΠΡΟΣ: 1. Όλα τα Νοσοκομεία Νόμου 2592
2. Όλα τα Γενικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου
3. Όλα τα ειδικά Νοσοκομεία Δημοσίου Δικαίου
4. Όλα τα ειδικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου
5. Στρατιωτικό Νοσοκομείο

ΘΕΜΑ: Οδηγίες για το AIDS.

ΣΧΕΤ: Το με αρ. 51/27.5.85 έγγραφο της Υ.Σ.Α.

Σας στέλνουμε για ενημέρωσή σας και χρήση κατά την κρίση σας οδηγίες για το νοσηλευτικό και εργαστηριακό προσωπικό σχετικά με το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) που συνέταξε η Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 1

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:
(μετά αντιγράφου του συνημμένου)
Γραφείο κ.Γενικής Γραμματέα
Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία
Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής(50)

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ:
Προς όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής
Έδρες τους
(μετά αντιγράφου του συνημμένου)
Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής Υ.Σ.Α.-Λεωφ.Αλεξάνδρας 196 Τ.Κ.115 21 ΕΠΤΑΥΒΑ

Θεωρήθηκε
Ο Τμηματάρχης

Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)

Οδηγίες σε νοσηλευτικό και εργαστηριακό προσωπικό

Η εμφάνιση και στη χώρα μας περιστατικών συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) ακολούθησε τα πρότυπα των Η.Π.Α και άλλων χωρών της Δυτικής Ευρώπης. Η διασπορά του συνδρόμου ήταν αναπόφευκτη επειδή υπάρχουν άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου (π.χ. ομοφυλόφιλοι , τοξικομανείς, αιμορροφιλικοί, ερωτικοί σύντροφοι ασθενών με AIDS, αφρικανοί και πολυμεταγγιζόμενα άτομα) και Έλληνες που επισκέπτονται περιοχές που ενδημεί το AIDS.

Φαίνεται όμως ότι η επιδημία δεν θα επεκταθεί σημαντικά γιατί ο αριθμός των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου είναι σχετικά μικρός, η χρήση εμπορικών παραγώγων αίματος είναι περιορισμένη και έχει καθιερωθεί η εθελοντική αιμοδοσία.

Για την σωστή ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού κρίνεται σκόπιμη η έκδοση οδηγιών που πρέπει να τηρούνται κατά την νοσηλεία ασθενών υπόπτων για AIDS.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το AIDS μεταδίδεται :

1. Παρεντερικά: Ο τρόπος αυτός είναι συνήθης στους τοξικομανείς στους αιμορροφιλικούς και σπανιώτερα σε περιπτώσεις μετάγγισης αίματος.

2. Με σεξουαλική επαφή: Η υψηλή συχνότητα σε ομοφυλόφιλους και η αναφορά περιστατικών AIDS σε ερωτικούς συντρόφους ασθενών με AIDS αποδεικνύει αυτόν τόν τρόπο μετάδοσης.

3. Με άμεσο επαφή: Είσοδος μικρής ποσότητας αίματος ή άλλων υγρών και εκκριμάτων από τις αμυχές του δέρματος ή των βλεννογό

.//.

είναι δυνατόν να συμβεί. Η πιθανότητα αυτή είναι μικρότερη απ' ότι συμβαίνει με την ηπατίτιδα Β.

4. Με κάθετη μετάδοση : Μέχρι στιγμής έχουν αναφερθεί αρκετές περιπτώσεις AIDS σε βρέφη που οι γονείς τους ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για AIDS. Ο μηχανισμός όμως μολύνσεως δεν είναι απόλυτα γνωστός. Πιστεύεται ότι η μετάδοση γίνεται κυρίως περιγεννητικώς από την μητέρα στο παιδί.

Ο ιός LAV/HTLV-III που θεωρείται ο αιτιογόνος παράγοντας του AIDS έχει απομονωθεί από αίμα, λεμφαδένα, μυελό των οστών, εγκέφαλο, σάλιο και σπέρμα ασθενών με AIDS.

Ο σπουδαιότερος και ασφαλέστερος τρόπος διαγνώσεως είναι αναμφίβολα η ανίχνευση του ιού. Δεν είναι όμως εύκολος και εφαρμόσιμος τρόπος για την καθ ημέρα πράξη. Η ανεύρεση αντισωμάτων με διαγνωστικές μεθόδους όπως η ευαίσθητη ELISA υποδηλώνει ενεργή ή παρελθούσα λοίμωξη. Επισημαίνει τα άτομα που είναι φορείς ή ύποπτα να αναπτύξουν AIDS και ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος της ετεροφυλόφιλης διασποράς.

Γενικές οδηγίες για την νοσηλεία ασθενών με AIDS

Παρ'όλο που μέχρι σήμερα δεν παρατηρήθηκε μετάδοση του AIDS σε νοσηλευτικό προσωπικό που δεν ανήκει στις ομάδες υψηλού κινδύνου επιβάλλεται η λήψη αυστηρών μέτρων για την αποφυγή ιατρογενούς μετάδοσης. Τα μέτρα αυτά ταυτίζονται απόλυτα μ'εκείνα που εφαρμόζονται για την ηπατίτιδα Β.

Πιστεύεται ότι η μεταδοτικότητα είναι μικρότερη από την ηπατίτιδα Β και non-A non-B . Αυτό συμπεραίνεται από την απουσία λοιμώξεως στο οικογενειακό (εκτός ερωτικών συντρόφων) και εργασιακό περιβάλλον ασθενών αλλά και από το χαμηλό επίπεδο

ιαιμίας που προσδιορίσθηκε σε 10^1 σε αντίθεση με την ηπατίτιδα Β που προσδιορίσθηκε σε 10^8.

Συγκεκριμένα οι ασχολούμενοι με την νοσηλεία ασθενών με AIDS θα πρέπει να γνωρίζουν τα ακόλουθα:

1. Οι ασθενείς με AIDS λόγω της ανοσολογικής τους ανεπάρκειας χρειάζονται μέτρα προφύλαξης, όπως απομόνωση από άλλους ασθενείς με λοιμώδη νοσήματα ή από νοσηλευτικό προσωπικό που έχει κάποια λοίμωξη.

2. Το προσωπικό που νοσηλεύει ασθενείς με AIDS θα πρέπει να πλένει σχολαστικά τα χέρια του πριν και μετά από την άμεση επαφή με αυτούς τους ασθενείς.

3. Πρέπει να αποφεύγονται οι τραυματισμοί ή νύξεις με αιχμηρά αντικείμενα ή και με εργαλεία μολυσμένα με υλικά ή εκκρίματα ή απεκκρίματα των ασθενών. Οι βελόνες μετά τη χρήση τους θα πρέπει να τοποθετούνται στους ειδικούς υποδοχείς ώστε να αποφεύγεται πιθανή μόλυνση του λοιπού νοσηλευτικού και υπηρετικού προσωπικού.

4. Γάντια και ιατρικές μπλούζες είναι απαραίτητα κατά την νοσηλεία των ασθενών και πρέπει να αλλάζωνται αμέσως μετά.

5. Το αίμα ως και τα εκκρίματα των ασθενών θα πρέπει να επισημαίνονται με προειδοποιητικές ετικέττες.

6. Υλικά ή αντικείμενα που έχουν μολυνθεί με εκκρίματα ασθενών πρέπει να τοποθετούνται σε ειδικά δοχεία όπου αναγράφεται η ανάγκη αποστείρωσης. Η αποστείρωση ανάλογα με το αντικείμενο μπορεί να γίνεται με αποτέφρωση ή στο αυτόκαυστο.

7. Ιατρικά όργανα ή λοιπά αντικείμενα που μπορεί να έχουν μολυνθεί πρέπει να απολυμαίνονται.

8. Οι ασχολούμενοι με την νοσηλεία ασθενών με AIDS θα πρέπει

να δώσουν μεγάλη σημασία στην ψυχολογική υποστήριξη των πασχόντων. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν προβλήματα απορρίψεως από την κοινωνία, απόλυση από την δουλειά τους και απομάκρυνση από φίλους και συναδέλφους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη των ασθενών αυτών και να τους συμπαρασταθεί. Ιδιαίτερη μεταχείριση χρειάζονται οι ομοφυλόφιλοι και τοξικομανείς που ως επί το πλείστον έχουν απομονωθεί από το κοινωνικό σύνολο.

Οδηγίες προς το προσωπικό εργαστηρίων

1. Απαραίτητη είναι η χρήση γαντιών και ιατρικών μπλουζών κατά την εργασία με αίμα, εκκρίματα και απεκρίματα ασθενών με AIDS. Επίσης αναγκαία είναι η χρησιμοποίηση ειδικών χώρων για την εργαστηριακή διερεύνηση των υπόπτων για AIDS ασθενών. Οι βιολογικοί θάλαμοι ασφαλείας που χρησιμοποιούνται για διάφορους ιούς, μυκοβακτηρίδια και πρωτόζωα είναι κατάλληλοι για τον σκοπό αυτό.

2. Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίδεται για την αποφυγή τυχαίου εμβολιασμού με τα παραπάνω υλικά. Ο καλύτερος τρόπος αποφυγής είναι η χρησιμοποίηση πλαστικών αντικειμένων μιας χρήσεως και όχι γυάλινων υλικών όπου μπορούν να δημιουργήσουν τραυματισμούς.

3. Συνιστάται η χρήση σιφωνίων μηχανικής απορρόφησης.

4. Οι επιφάνειες και τα αντικείμενα που τυχόν μολύνονται πρέπει να απολυμαίνονται με υποχλωριώδες νάτριο. Όλα τα μολυσμένα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται στο εργαστήριο πρέπει να αποστειρώνονται σε αυτόκαυστα ή ξηρό κλίβανο ανάλογα με τη φύση των υλικών πριν την απόρριψη ή επαναχρησιμοποίησή τους.

5. Το προσωπικό θα πρέπει να αλλάζει τα προστατευτικά ενδύμα-

τα μετά το πέρας της εργασίας. Εννοείται ότι απαγορεύεται το προσωπικό να τρώει , να πίνει και να καπνίζει κατά την εργασία του στους χώρους αυτούς.

Προσωπικό νεκροτομείων: Όταν υπάρχει υπόνοια AIDS και η νεκροτομή είναι επιβεβλημένη, θα πρέπει :

1. Να δηλωθεί και να γίνει αναγνώριση , ότι το πτώμα ανήκει σε ασθενή με AIDS.
2. Το προσωπικό κατά τη νεκροτομή-πρέπει να φέρει διπλά γάντια μάσκα,γυαλιά, ιατρικές μπλούζες και αδιάβροχες ποδιές και παπούτσια.
3. Για τα όργανα και τις επιφάνειες που μολύνονται κατά την νεκροτομική εξέταση πρέπει να καταβάλλεται η αντίστοιχη μέρι που εφαρμόζεται στα εργαστήρια.

Απολύμανση - Αποστείρωση

Το νοσηλευτικό και εργαστηριακά προσωπικό που ασχολείται με τη νοσηλεία ασθενών με AIDS θα πρέπει να παίρνει ειδικά μέτρα προστασίας.

Η απολύμανση των ιατρικών οργάνων μπορεί να γίνεται με τη χρησιμοποίηση αιθυλικής αλκοόλης 25% ή γλουταραλδεύδης 1%.
Για την απολύμανση των προσωπικών αντικειμένων των ασθενών, των δαπέδων και κλινοσκεπασμάτων συνιστάται η χρησιμοποίηση διαλύματος υποχλωριώδους νατρίου 0,2% . Επίσης εύκολα αδρανοποιείται με την θερμότητα.

Συνιστάται η θέρμανση των προς εξέταση υπόπτων ορών για 30' στους 56° C ώστε να καταστούν ακίνδυνοι. Τέλος άλλα διαλύματα που μπορούν να προκαλέσουν πλήρη αδρανοποίηση του ιού είναι :

1. β-προπιονολακτόνη 0,25%
2. NaOH , πυκνότητας 40 mmol/lit.

Ο ιός είναι ανθεκτικός στην γ-ακτινοβολία (δόση μικρότερη των 2×10^5 rads)και στην υπεριώδη ακτινοβολία (δόση μικρότερη των 5×10^3 J/m^2).

Οδηγίες στους ασθενείς με AIDS -Υγειονομική διαφώτιση

Οι ασθενείς με AIDS πρέπει να ακολουθούν και εφαρμόζουν τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού.

Πέραν των ατομικών οδηγιών οι ασθενείς θα πρέπει με δική τους πρωτοβουλία και ευθύνη να προφυλάσσουν το άμεσο περιβάλλον τους. Για το σκοπό αυτό θα πρέπει να μάθουν να οργανώσουν τη ζωή τους κατά τέτοιο τρόπο ώστε να προστατεύονται οι οικείοι τους και οι ερωτικοί τους σύντροφοι.

Θα πρέπει να ενημερωθούν με ποια μέσα πρέπει να γίνεται ο ατομικός καθαρισμός , η απολύμανση των προσωπικών τους αντικειμένων του ρουχισμού των και των κλινοσκεπασμάτων. Θα πρέπει να αποφεύγουν να εκθέτουν τα άλλα άτομα στα υγρά ή εκκρίματα του σώματός τους με την κοινή χρήση ξυριστικής μηχανής, οδοντοβρουτσών, βελονών και άλλων προσωπικών αντικειμένων. Να ενημερώνουν τον γιατρό και οδοντογιατρό που επισκέπτονται.

Η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού περιλαμβάνει τα εξής μέτρα:

1. Πρέπει να αποφεύγεται η σεξουαλική επαφή με πάσχοντες ή ύποπτους για AIDS. Τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να γνωρίζουν ότι οι πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης AIDS.
2. Να αποκλείονται από την εθελοντική αιμοδοσία τα άτομα που

είναι ύποπτα για AIDS ή που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Οι μεταγγίσεις πρέπει να γίνονται κάτω από αυστηρά κριτήρια μέχρις ότου εφαρμοσθεί ειδική εργαστηριακή μέθοδος ελέγχου.

3. Να ενισχυθεί η εθελοντική αιμοδοσία και να αποφεύγονται μεταγγσεις αίματος, όπου δεν υπάρχει απόλυτη ένδειξη. Αντικατάσταση των εμπορικών σκευασμάτων παραγόντων πήξεως(παράγοντας VIII) από κρυοκαθιζήματα(cryoprecipitates) που παρασκευάζονται από ένα και μόνο δότη.
4. Είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση παραγώγων αίματος που έχουν αδρανοποιηθεί προηγουμένως με θέρμανση. Έτσι παστερίωση 10 ωρών σε 60° C για τους σε υγρά κατάσταση παράγοντες ή θέρμανσ στους 68° C για δύο εικοσιτετράωρα των λυοφιλοποιημένων παραγόντων κρίνεται επιβεβλημένη.
5. Οι δότες σπέρματος ή άλλων οργάνων θα πρέπει να υποβάλλονται σε ειδικό εργαστηριακό έλεγχο. Επίσης στα μεταμοσχευόμενα ανθρώπινα όργανα θα πρέπει να γίνεται ορολογικός έλεγχος ειδι όταν προέρχονται από νεκρούς δότες.-

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Α.Α.

Δ. 121

Αθήνα 16 - 7 - 1986

Αριθ.Πρωτ. Α1/6122

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας:101 87
Πληροφορίες :Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο:5222-393

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΞΗ

ΘΕΜΑ : "Περί υποχρεωτικής δήλωσης κρουσμάτων Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας".

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη :

1. Τον Α.Ν. 2520/40 "περί υγειονομικών διατάξεων".
2. Το Β.Δ. της 3.11.50 "περί μέτρων προς καταπολέμησιν επιδημικών νόσων και υποχρεωτικής δηλώσεως αυτών".
3. Το Π.Δ.344/77 "περί οργανισμού του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών.
4. Το Ν.1558/85 (ΦΕΚ.137/85 Τ.Α') "Κυβέρνηση και Κυβερνητικά όργανα".
5. Την οικ.748/7.8.85 Κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν.Ασφαλίσεων "Για ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς".
6. Το Δ1/6824/14.7.83/ΕΓΚ. 44 έγγραφό μας.
7. Το Α1/οικ.2338/29.2.84/ΕΓΚ.24 έγγραφό μας.
8. Την από 13 Μαΐου 1986 απόφαση της Εθνικής Επιτροπής ελέγχου ΣΕΛΑ.
9. Το 5063/2.7.1986 έγγραφο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

Αποφασίζουμε

Εκδίδουμε την παρούσα Υγειονομική Διάταξη, η οποία θα ισχύσει σε όλη την Επικράτεια.

./.

Άρθρο 1

Πέρα από τα μέτρα, που προβλέπονται από το Β.Δ./13.11.1950 "Περί μέτρων, προς καταπολέμησιν επιδημιών νόσων και υποχρεωτικής δηλώσεως αυτών", με την παρούσα Υγειονομική Διάταξη ορίζουμε και :

α) Υποχρεωτική τη δήλωση κάθε κρούσματος Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) από τον ιατρό που διαγνώσει τη νόσο, στον Προϊστάμενο ιατρό της Δ/νσεως Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων και χορήγηση όλων των Επιδημιολογικών και κλινικοεργαστηριακών πληροφοριών, που θα αναγράφονται σε δελτίο δηλώσεως, το οποίο θα διαθέτει δωρεάν, στους Ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, η Υγειονομική υπηρεσία.

β) Αυστηρή κάλυψη της δηλώσεως, από το ιατρικό απόρρητο.

Άρθρο 2

Η ισχύς της παρούσας αρχίζει μετά από 15 μέρες, αφότου θα δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΘΑΛΛΟΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Εθνικό Τυπογραφείο (με την παράκληση για δημοσίευση).
2. Δ/νση Δημ.Υγιεινής (70).

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμ/χης Γραμματείας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222393

Αθήνα 7 -Απριλίου- 1986

Αριθ.Πρωτ.
ΕΜΠ..695./75

ΠΡΟΣ: Την Δ/νση Υγειονομικού
των Ενόπλων Δυνάμεων της
Χώρας - 401 Στρ.Νοσ. οδό
Κατεχάκη ΤΚ 115 25 ΑΘΗΝΑ

ΘΕΜΑ: Στρατεύσιμοι φορείς.

1.- Σας πληροφορούμε ότι, εγκρίνουμε την απόφαση της Εθνικής Επιτρο
πής Ελέγχου ΣΕΑΑ (AIDS) της χώρας μας, για τους στρατεύσιμους φο-
ρείς της νόσου και παρακαλούμε:
α. Οι στρατεύσιμοι φορείς να λαμβάνουν αναβολή στράτευσης για δύο
(2) χρόνια.
β. Στο πιστοποιητικό αναβολής να μην αναφέρεται ότι, δίδεται για
ΣΕΑΑ (AIDS) αλλά, να αιτιολογείται λόγω ύπαρξης αντισωμάτων προς το
ιό LAV/HTLV-III.
γ. Να μην πραγματοποιείται υποχρεωτικός έλεγχος όλων των στρατευ-
σίμων μέχρι έκδοσης σχετικής απόφασης από την προσεχή ειδική συνά
ντηση του ΝΑΤΟ ή την ύπαρξη σχετικής οδηγίας από Ευρωπαϊκούς ή Πα
γκόσμιους Οργανισμούς Υγείας (Συμβούλιο Ευρώπης, ΕΟΚ,ΠΟΥ).-

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ
Ι ΦΛΩΡΟΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ
1.Υπουργό Αναπλ.Εθνικής Αμύνης
κ.Α.Δροσογιάννη - Υπουργ.Εθν.
Αμύνης Νέο Ψυχικό Αθήνα
2.Γραφ.κ.Υφυπουργού
3.Γραφ.κ.Γεν.Γραμματέα
4.Καθηγ.κ.Γ.Παπαευαγγέλου Έδρα
Επιδημιολογίας & Βιοστατιστικής
Υγ.Σχολής Αθηνών Λεωφ.Αλεξάνδρας 196
ΤΚ 115 21 ΑΘΗΝΑ
5.Δ/νση Δημ.Υγιεινής (5)

Ορθώς έκε για την ακρίβι
Προϊσταμένη Γραμματείας

ΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙ-
ΝΗΣ

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222393

Αθήνα 27 Ιανουαρίου 1986

Αριθ.Πρωτ.
Α1/οικ.974

ΠΡΟΣ:
Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα
Υγιεινής των Νομαρχιών και
των Νομαρχιακών Διαμ/των Αττικής Έδρες τους.

ΘΕΜΑ: Πορεία Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας στις Η.Π.Α.
ΣΧΕΤ: MMWR/VOL.35/No2/17-1-86.

Συνεχίζοντας την ενημέρωσή σας, για το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ ή AIDS) σας στέλνουμε συνημμένα συνοπτική έκθεση της πορείας του στις Η.Π.Α. βασισμένη στο ανωτέρω σχετικό.-

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 1 σε κάθε αποδέκτη.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1.Γραφ.κ.Υφυπουργού
2.Γραφ.κ.Γεν.Γραμματέα.
3.Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία.
4.Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
5.Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (10)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμημ/ρχης Γραμματείας

Πορεία Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας στις Η.Π.Α.

Μεταξύ 1ης Ιουνίου 1981 και 13ης Ιανουαρίου 1986, από ιατρούς κ
υγειονομικές υπηρεσίες των Η.Π.Α. δηλώθηκαν 16.458 κρούσματα ΣΕΑ
(AIDS) εκ των οποίων τα 16.227 αφορούσαν ενήλικες και τα 231 πα
διά.

Ειδικώτερα:

Μέχρι το Σεπτέμβριο του 1981 129, τα οποία ανήλθαν σε 257 τον Φ
βρουάριο του 1982, 514 τον Ιούλιο του ιδίου έτους, 1029 τον Ιαν
άριο του 1983, 2.057 τον Αύγουστο του ιδίου έτους, 4115 τον Απρ
λιο του 1984, 8.229 τον Φεβρουάριο του 1985, για να φθάσουν συν
λικά στον αριθμό 16.458 τον Ιανουάριο 1986.

51% των προσβληθέντων ενηλίκων και 59% των παιδιών πέθαναν.

Από τους ενηλίκους τα 60% ήσαν λευκοί, τα 25% μαύροι και τα 14%
λατινικής καταγωγής και από τα παιδιά ηλ. κάτω των 13 ετών 19% λ
κά, 60% μαύρα και 20% λατινικής καταγωγής.

Τα περισσότερα κρούσματα σημειώθηκαν στην ομάδα ηλικιών 20-29%.

Εκ των ενηλίκων τα 93% και εκ των παιδιών τα 55% ήσαν άρρενες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ενηλίκων παρουσίασε ευκαιριακές λοιμώξεις
και κυρίως από πνευμονοκύστη KARINII/

Στα παιδιά επισης, το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσίασε ευκαιριακές
λοιμώξεις και σημαντική ήταν η προσβολή από πνευμονοκύστη KARIN
μεγαλοκυτταροϊό, κάντιντα και κρυπτοσπορίδιο. Ειδικώτερα στα πα
διά, μόνο η καντιντίαση του οισοφάγου αξιολογείται σαν AIDS σε
συνδυασμό με τα άλλα συμπτώματα και τα αποτελέσματα των εργαστη
ριακών εξετάσεων. Από τουςπροσβληθέντες εκ της νόσου ενηλίκους
σε 6% δεν κατέστη δυνατόν να προσδιορισθεί με ακρίβεια ο παράγο
ντας κινδύνου, 65% ήσαν ομοφυλόφιλοι ή είχαν σχέσεις και με τα
δύο φύλα, 17% ήσαν ομοφυλόφιλοι και τοξικομανείς, 8% τοξικομανεί
με φυσιολογικές σεξουαλικές σχέσεις, 1 έπασχε από αιμοφιλία, 2
είχαν υποστεί μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του και 1 ανέφερε σ
ξουαλική επαφή με άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου
προββολής εκ της νόσου.

Στα 75% των παιδιών ο ένας ή και οι δύο γονείς έπασχαν από AID
ή ανήκαν σε ομάδες υψηλού κινδύνου προσβολής από AIDS, 14% εί-
χαν υποστεί μετάγγιση αίματος, ή παραγώγων του, 5 έπασχαν από
αιμοφιλία και σε 6 ο παράγοντας κινδύνου παρέμεινε άγνωστος.

Με την βελτίωση των εργαστηριακών διαγνωστικών μεθόδων

και την παρακολούθηση των ομάδων υψηλού κινδύνου προσβολής εκ της νόσου με περιοδικά επαναλαμβανόμενες εργαστηριακές εξετάσεις διαπιστώθηκε ότι, ή μόλυνση εκ της νόσου μπορεί να έχει γίνει και πριν από 7 (επτά) χρόνια κατά ανώτατο όριο, από την εμφάνιση των κλινικών συμπτωμάτων της.

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΥΤΟΓΝΩΜΗΣ ΠΡΑΞΗΣ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ (HIV)

Σήμερα στις ____/__/_____

_____

συνήλθε επιτροπή από τους:α)ΠρόεδροςΕπιστημονικής Επιτροπής

β)Δ/ντήςΚλινικής

γ)Δ/ντής Εργαστηρίου

για να εξετάσει την αναγκαιότητα αυτόγνωμου ελέγχου αντισωμάτων του ιού ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) στον ασθενή (όνομα)_____

_____

_____που νοσηλεύεται

ή παρακολουθείτε στην/ο(Κλινική ή Ιατρείο)_____

Αιτία της αυτόγνωμης πράξης είναι_____

_____

_____

_____

Η επιτροπή συμφωνεί ομοφώνως για την διενέργεια αυτόγνωμου ελέγχου αντισωμάτων HIV.

Υπογραφές

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ (HIV)

Ενημερώθηκα για τη σκοπιμότητα του ελέγχου αντισωμάτων του ιού της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) και για το όφελος που θα προκύψει από τη γνώση του αποτελέσματος τόσο για την δική μου υγεία όσο και για την διαφύλαξη της υγείας της οικογένειας μου και του κοινωνικού συνόλου. Ενημερώθηκα επίσης, οτι είναι υποχρέωση του γιατρού να με πληροφορήσει για το αποτέλεσμα της εξέτασης και να με διαβεβαιώσει οτι το αποτέλεσμα θα κρατηθεί εμπιστευτικό. Με τις προϋποθέσεις αυτές δίνω αβίαστα τη συγκατάθεση μου να γίνει η εξέταση.

Υπογραφή εξεταζόμενου

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Διεύθυνση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας: 101-87
Πληροφορίες: Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222.393

Αθήνα 31 Δεκεμβρίου 198

Αριθ. Πρωτ. Α1/οικ. 11339
ΕΠΚ. 3

ΠΡΟΣ: 1) Όλα τα Νοσοκομε
Ν. Δ. 2592/53
2) Όλα τα Γενικά Κ
μεία Ιδιωτικού
3) Όλα τα Ειδικά Ν
Δημοσίου Δικαίο
4) Όλα τα Ειδικά Π
μεία Ιδιωτ. Δικ

Θέμα: "Νοσηλεία πασχόντων ΣΕΑΑ(AIDS)."

1) Με αφορμή τις αδικαιολόγητες ανησυχίες και τις αντιδεοντολο
ενέργειες προσωπικού σημαινόμενων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων κατά πρό
υπόπτων περιστατικών ΣΕΑΑ(AIDS), σας επισημαίνουμε ότι:

α) Η προβολή τού θέματος αυτού στον τύπο προκάλεσε δυσμενή σχόλια
το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που πάντοτε με προσωπικό
δυνατότητες προσφέρει τις υπηρεσίες του προς τον πάσχοντα
συνάνθρωπο.

β) Ο φόβος είναι αδικαιολόγητος γιατί με τις εγκυκλίους μας (Α1
6.7.85 και Α1/οικ. 10222/15.11.85) κι ενημερωτικές διαλέξεις (Π
μας 55477 οικ. 10809/5.12.85) εφαρμόσαμε όλες οι επιστημονικές πλη
ρίες για την αντιμετώπισή της νόσου.

γ) Δεν μπορεί να αποκλεισθεί η πιθανότητα εισαγωγής και στα μέλλο
για νοσηλεία στα Νοσοκομεία μας ασθενών υπόπτων για ΣΕΑΑ(AIDS)

2) Παρακαλούμε για αποφυγή παρόμοιων ανεπίτρεπτων αντιδράσεων
ενταθεί η ενημέρωση του προσωπικού σας κι επιγραμματικά τονίζουμ
ακόλουθα:

α) Η ανίχνευση αντισωμάτων προς τον ιό LAV/HTLV-III σημαίνει νοσ
Ένα ελάχιστο μόνο ποσοστό των φορέων εξελίσσονται σε ασθενείς
AIDS, οι υπόλοιποι δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα αλλά μπορεί
μεταδώσουν την νόσο.

Επομένως μέτρα προφυλάξεως πρέπει να λαμβάνονται κατά τη νοσ
κάθε ασθενούς και όχι μόνον για όσους έχουν έκδηλα συμπτώματα

β) Οι τρόποι μετάδοσης του AIDS είναι πανομοιότυποι με την ηπατίτ
(αίμα, σεξουαλική επαφή), αλλά η μεταδοτικότητα του ιού είναι πο
μικρότερη.

Μέτρα που λαμβάνονται για τη νοσηλεία ασθενών με ηπατίτιδα
είναι υπεραρκετά για την ασφαλή νοσηλεία ασθενών με AIDS.

..//..

νοσηλεία των ασθενών καθιερώθηκε διεθνώς να γίνεται σε ιδιαίτερο
άτιο στα τριτοβάθμια γενικά νοσοκομεία για την καλύτερη νοσηλεία
ασθενών και την προφύλαξή τους από ενδονοσοκο μειακές λοιμώξεις.

ο Υγειονομικό προσωπικό αντιμετώπισε στο παρελθόν πολύ πιό επικίνδυν
πιό μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα(ευλογιά,χολέρα,πανώλη κ.λ.π.).
αι βέβαιο ότι σήμερα με τις γνώσεις και τα μέσα που διαθέτει θα αντα
ριθεί καλύτερα στην πρόσκηση του AIDS.

άθε άρνηση προσφοράς νοσηλευτικών φροντίδων είναι ανεπίτρεπτη και θα
γχθεί αυστηρά.

3)Με μέριμνα της Διευθύνσεως του Ιδρύματός σας να λάβει γνώση
εγκυκλίου αυτής,όλο το προσωπικό ενυπόγραφα.-

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΘΑΛΩΡΟΣ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

ραφείο κ.Υπουργού
ραφείο κ.Υφυπουργού
ραφείο κ.Γενικής Γραμματέα
λες τις Δ/νσεις Τομέα Υγείας
την Κεντρική Υπηρεσία.
/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων.
/νση Κοινωνικής Εργασίας
/νση Δημόσιας Υγιεινής (30)

ΚΟΠΟΙΗΣΗ

λα τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία
καθηγητή κ.Γ.Παπαευαγγέλου
Εδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής
ΥΣΑ Λεωφ. Αλεξάνδρας 196 Ενταύθα
Τ.Κ. 115-21
λες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής
ων Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων
τικής.

Ε δ ρ ε ς τ ο υ ς.

ΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222393

Αθήνα 11 Δεκεμβρίου 1985

Αριθ.Πρωτ.
Α1/10912 δις

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής. Έδρες τους.

ΘΕΜΑ: Πορεία ΣΕΑΑ στην Ευρώπη.
ΣΧΕΤ: REPORT No 7 WHO COLLABORATING CENTRE ON AIDS.

Σας στέλνουμε συνημμένα για ενημέρωσή σας, συνοπτική έκθεση βασισμένη στο ανωτέρω σχετικό για την πορεία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, στον Ευρωπαϊκό χώρο μέχρι 30.9.85.-

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 1 σε κάθε αποδέκτη

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1.Γραφ.κ.Υφυπουργού
2.Γραφ.κ.Γενικής Γραμματέα
3.Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγεία, στην Κεντρική Υπηρεσία
4. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
5.Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (30)

Θεωρήθηκε για την εκρίβεια
Ο Τμημ/ρχής Γραμματείας

Πορεία Σύνδρομου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας στον Ευρωπαϊκό Χώρο.

Μέχρι τις 30.9.85, 21 Ευρωπαϊκές χώρες, που μετέχουν στο πρόγραμμα του Περιφερειακού Ευρωπαϊκού Γραφείου της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, για τον έλεγχο του Επιπολασμού και της επίπτωσης του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, δήλωσαν συνολικά 1573 κρούσματα εκ της νόσου.

Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων σημειώθηκε στην Γαλλία, ακολουθούμενη από την Ομόσπονδο Δημοκρατία της Γερμανίας, Το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία)και το Βέλγιο.

Μέχρι τον Οκτώβριο του 1984 είχαν δηλωθεί 559 κρούσματα, κατά το εξάμηνο Οκτωβρίου 1984-Μαρτίου 1985 δηλώθηκαν 381 νέα κρούσματα, το τρίμηνο Απριλίου-Ιουνίου 1985 286 και το τρίμηνο Ιουλίου-Σεπτεμβρίου 1985 347.

Τα 65,2% του συνόλου των περιπτώσεων αφορούσαν ευκαιριακές λοιμώξεις, τα 19,6% σάρκωμα KAPOSI, τα 13,5% ευκαιριακές λοιμώξεις και σάρκωμα KAPOSI και 1,7% άλλες ηλικιακές μορφές.

Τα 56,1% των περιπτώσεων, που εμφάνισαν ευκαιριακές λοιμώξεις, τα 24,9% των πασχόντων από σάρκωμα KAPOSI καθώς και τα 59,4% εκείμων που εμφάνισαν ευκαιριακής λοίμώξεις και σάρκωμα KAPOSI, υπήρξαν θανατηφόρα.

Επί 1573 περιπτώσεων οι 1440 αφορούσαν άνδρες και οι 133 γυναίκες.

Η συρροή των κρουσμάτων παρατηρήθηκε στις ηλ.20-49 ετών κι ειδικώτερα τα 41,8% αφορούσαν άτομα ηλ.30-39 ετών, τα 24,6% 40-49 ετών και τα 21,2% 20-29 ετών.

Από την νόσο προσεβλήθηκαν και παιδιά με τις ακόλουθες αναλογίες επί του συνόλου των νοσησάντων.

0-11 μηνών	0,9%
1-4 ετών	1,0%
5-9 ετών	0,3%
10-14 ετών	0,2%

Άτομα ηλ.άνω των 60 ετών σε ποσοστό 2,4% του συνόλου, 50-59 7,1% και 15-19 ετών 0,5%.

Τα 69% των προσβληθέντων από την νόσο ήσαν ομοφυλόφιλοι, τα 6% τοξικομανείς, τα 3% αιμορροφιλικοί, τα 2% είχαν υποστεί μετάγγιση και τα 2% είχαν υποστεί μετάγγιση αλλά ήσαν και αιμορροφιλικοί, στους υπόλοιπους δεν προσδιορίστηκεμε βεβαιότητα ο παράγοντας κινδύνου.

.//.

157 εκ των νοσησάντων ήσαν Αφρικανοί και 99 προήρχοντο από το ZAIRE. Πριν το 1981 είχαν σημειωθεί στην Ευρώπη 21 κρούσματα ΣΕΑΑ (AIDS) εκ των οποίων τα 52,4% υπήρξαν θανατηφόρα.
Το 1981 23 εκ των οποίων τα 77% κατέληξαν.
Μεταξύ Ιανουαρίου-Ιουνίου 1983. 115 εκ των οποίων 74,8% θανατηφόρα και Ιουλίου-Δεκεμβρίου ιδίου έτους, 138 από τα οποία 72.5% θανατηφόρα.
Η χώρα μας έχει εφαρμόσει όλες τις εργαστηριακές μεθόδους ελέγχου και διάγνωσης της νόσου και το ίδιο έχουν πράξει η Ομόσπονδος Δημοκρατία της Γερμανίας και το Βέλγιο.
Η Γαλλία χρησιμοποιεί μόνο τις μεθόδους ELISA και WESTERN-BLOT.-

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ
Αντί"ακόλουθος" το ορθό "απόλυτος"

ΕΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙ-
ΝΗΣ

Αθήνα 6-Δεκ. -1985

Αριθ.Πρωτ.
Α1/οικ.10433

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222393

ΠΡΟΣ: Όλες τιςΔ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής. Έδρες τους.

ΘΕΜΑ: Πορεία ΣΕΑΑ (AIDS) στην Καλιφόρνια ΗΠΑ.
ΣΧΕΤ: MMWR/VOL 34,No 38/27-9-85.

Σας στέλνομε συνημμένα για ενημέρωσή σας, συνοπτική έκθεση βασισμένη στο ανωτέρω σχετικό για την πορεία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ ή AIDS) στον Άγιο Φραγκίσκο Καλιφόρνιας ΗΠΑ.-

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 1 σ'όλους τους αποδέκτες

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Θ ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1.Γραφ.κ.Υφυπουργού
2.Όλες τις Δ/νσεις του Τομέα Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία
3. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων.
4.Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (20)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Τμημ/ρχης Γραμματείας

Πορεία ΣΕΑΑ (AIDS) στην Καλιφόρνια Η.Π.Α.

Μεταξύ των ετών 1978-1980, 6875 άνδρες ομοφυλόφιλοι ή έχοντες σεξουαλικές σχέσεις και με τα δύο φύλα εξετάσθηκαν στο ειδικό Κέντρο Αφροδισίων Νόσων της πόλεως του Αγίου Φραγκίσκου με σκοπό να διαπιστωθεί το ποσοστό των φορέων ηπατίτιδος Β η οποία, είναι γνωστό πως μεταδίδεται με την σεξουαλική οδό.

Το 1981 διαπιστώθηκε ότι, 1,2% των εξετασθέντων έπασχαν από το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ ή AIDS). Στην αρχή η κλινική διάγνωση επιβεβαιώνετο με τον αριθμό των Τ - λεμφοκυττάρων με την ανακάλυψη όμως του ιού HTLV-III/LAV έγινε αναδρομική μελέτη σε ορούς εκ των ανωτέρω εξετασθέντων για ηπατίτιδα Β, οι οποίοι φυλάσσοντό στο ψυγείο κι αποδείχθηκε ότι: Το ποσοστό ορών στους οποίους ανιχνεύθησαν αντισώματα του ιού HTLV-III/LAV με την ανοσοενζυματική μέθοδο ήσαν 4,5% του συνόλου μεταξύ των ετών 1978-80 και το ποσοστό αυτό ανήλθε το 1984 σε 67,3%.

Η ανοδική πορεία συνεχίστηκε και επί του συνόλου των εξετασθέντων, εκ των ανωτέρω ομάδων υψηλού κινδύνου, μεταξύ Ιανουαρίου 1985-Αυγούστου 1985, το ποσοστό στους οποίους ανιχνεύθησαν αντισώματα HTLV-III/LAV ανήλθε σε 73,1%.

Ο απόλυτος αριθμός νοσησάντων από AIDS εκ των ανωτέρω πάντοτε ομάδων ανήλθε για το 1984 σε 166 κρούσματα και μέχρι τον Αύγουστο 1985 σε 262.

31 άτομα στα οποία κατά την αναδρομική μελέτη των συλλεγέντων ορών μεταξύ των ετών 1978-1980 ανιχνεύθησαν αντισώματα του ιού HTLV-III/LAV ενέσησάν από AIDS.

Μεταξύ των ετών 1981-1984 0,8%-21,4% των ατόμων στους οποίο ανιχνεύθησαν αντισώματα του ιού HTLV-III/LAV προσεβλήθησαν [illegible] νόσου και 29 νέες περιπτώσεις μεταξύ των ανωτέρω διαπιστώθηκ[illegible] πρώτο οκτάμηνο του 1985.

60 άτομα τα οποία είχαν αρνητική εξέταση για αντισώματα AIDS πάνω ομοφυλόφιλοι ή έχοντες σχέση και με τα δύο φύλα κατά τα 1984 εξετάσθησαν και πάλι το 1985 οι περισσότεροι, μετά πάροδο 14 μηνών (πάροδος 9-18μηνών από την πρώτη εξέταση στο σύνολο) και 9 ή ποσοστό 15% είχαν αναπτύξει αντισώματα HTLV-III/LAV.

Διαπιστώθηκε ότι, οι φορείς αντισωμάτων AIDS διέκοψαν την σεξουαλική τους δραστηριότητα ή την περιόρισαν κατά πολύ, ενώ αντίθετα οι αρνητικοί την συνέχισαν ανεπιφύλακτα παρά τις συστάσεις.

ΑΠΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΑΠ ΟΙΚ. 10809 // 5-12-1985
ΠΛΗΡ. ΓΡΑΦ. Δ/ΝΤΗ
ΤΗΛ. 5222.393
ΛΟΚ 1624

ΠΡΟΣ: ΤΟΥΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥΣ ΤΩΝ
Δ.Σ. ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ
ΟΠΩΣ Ο ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΟ ΔΩΜΑΤΙΟ ΜΕΤΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΥ ΑΠΟΧΩΡΗΤΗΡΙΟΥ - ΛΟΥΤΡΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΥΧΟΝ ΥΠΟΠΤΟΥ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΜΕΡΙΑ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΣΑΣ Η ΘΑ ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΣΑΣ ΙΑΤΡΕΙΑ.

ΕΠΙΣΗΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΜΕ ΕΥΣΥΝΗ ΣΑΣ ΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΕΥΡΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ AIDS ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΩΝ ΙΕ ΑΡ. Α1/5183/6-7-85 ΚΑΙ Α1/ΟΙΚ. 10222/15-11-85 ΕΓΚΥΚΛΙΩΝ ΜΑΣ.-

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΙΑΝΝΗΣ ΣΑΡΟΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ
---
1. ΓΡΑΦΕΙΟ Κ. ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΥ
2. ΓΡΑΦΕΙΟ Κ. ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ
3. ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ
4. ΕΔΡΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ Κ' ΔΙΟΙΚΗΤΙΣΤΙΚΗΣ ΥΓΑ Λ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ 196 - ΕΝΤΑΥΘΑ
5. Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
---
1. ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ - Ν. ΙΩΝΙΑ
2. ΕΠΑΙΔΩΝ ''ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ''
3. ΠΑΙΔΩΝ ''ΑΓΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ''
4. ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ - ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΝΑΙΕΥΤΗΡΙΟ
5. ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΝΑΙΕΥΤΗΡΙΟ
6. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
7. ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ''ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ''
8. ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ''Η ΕΛΠΙΣ''
9. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ
10. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ
11. ΠΑΝΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ
12. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ
13. Ν.Ι.Π.Τ.Σ.
14. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ
15. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΕΥΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
16. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
17. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
18. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
19. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
20. ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ''ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ''
21. ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΛΑΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
22. ΤΖΑΝΕΙΟ
23. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

NO: 1430 05.12.85 12:55

Α.Μ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
Ταχ.Κώδικας:101-87
Πληροφορίες:Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο :5222-393

Αθήνα 15 Δεκεμβρίου 198

Αριθ.Πρωτ.ΕΜΠ 9166/305

ΠΡΟΣ:Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα
περιοχής Αττικής
όπως ο πίνακας διανομής

ΘΕΜΑ: Εργαστηριακές εξετάσεις εξωτερικών ασθενών

Παρακαλούμε να συστήσετε σ'όλο το ιατρικό σας προσωπικό να μην παραπέμπει εκτός Νοσοκομείου για την διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων, ασθενείς που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία του Ιδρύματός σας, παρά μόνο αφού εξαντλήσει τις δυνατότητες ελέγχου, από τα εργαστήριά σας και σε περιπτώσεις εξετάσεων που εκτελούνται μόνο από τα Ειδικά Εθνικά Κέντρα Αναφοράς ή απαιτούν εξοπλισμό τον οποίο στερείσθε.

Κάθε άλλη ενέργεια θα ελεγχθεί αυστηρά στο μέλλον γιατί είναι απαράδεκτη η αναιτιολόγητη παραπομπή ατόμων που χρήζουν άμεσης νοσηλείας, από μικρή μειοψηφία ιατρών, όσο κι'αν πιστεύομε ότ αυτή έγινε από κακή εκτίμηση, γιατί ουδείς δικαιούται να γίνεται υπαίτιος δυσμενών ενώσεων για την υγειονομική μας περίθαλψη.-

ΟΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΙΩΡΓΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ

ΚΕΩΤ.ΔΙΑΝΟΜΗ
1.Γραφείο κ.Υπουργού
2.Γραφείο κ.Γεν.Γραμματέα
3.Δ/νση Δημοσ.Υγιεινής (3)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ
1.Γενικό Νοσ/μείο "ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ"
'Ολγας 3-Ν.Ιωνία-Τ.Κ.142.33

Βεβαιώθηκε για την ακρίβεια
Δημ/χης Γραμματείας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

22

Α.Η

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΑΙ. ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ

αχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
ταχ. Κώδικας: 101-87
Πληροφορίες: Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222.393

Αθήνα 23 Ιανουαρίου 1986

Αριθ. Πρωτ. Α1/748

ΠΡΟΣ: 1) Όλα τα Γενικά Νοσοκομεία Ν. Δ. 2592/53
2) Όλα τα Γενικά Νοσ/μεία Ιδιωτικού Δικαίου
3) Όλα τα Ειδικά Νοσ/μεία Δημοσίου Δικαίου.
4) Όλα τα Ειδικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου
5) Στρατιωτικά Νοσοκομεία.

ΘΕΜΑ: "Ασφαλής εργαστηριακή τεχνική".

ΣΧΕΤ: 1) Συνδιάσκεψη βιοασφάλειας ΠΟΥ 28-30.10.85 Μαγδρίτης.
2) Έκθεση Δρ. Α. Ρουμελιώτου-Καραγιάννη Επιμελήτριας Υγειονομικής Σχολής Αθηνών.

Σας στέλνουμε συνημμένα για ενημέρωση του προσωπικού των εργαστηρίων σας απόψεις για ασφαλή Εργαστηριακή τεχνική βασισμένη στις ανωτέρω σχετικές και παρακαλούμε για την εφαρμογή τους με σκοπό την προστασία των εργαζομένων σ' αυτά.-

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 1 σε κάθε αποδέκτη

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1) Γραφείο κ. Υφυπουργού
2) Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγείας στην Κεντρική Υπηρεσία
3) Όλες τις Δ/νσεις και τα Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής
Έδρες τους.
4) Ελληνική Μικροβιολογική Εταιρεία Μικροβιολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών Τ.Κ.115.27 Γουδί Ενταύθα
5) Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής Υ.Σ.Α. Λ. Αλεξάνδρας 196 Τ.Κ.115.21 Ενταύθα
6) Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
7) Δ/νση Π Σ Ε Α
8) ΚΕΔΥ-Τοσίτσα 14 Τ.Κ.106.83 Ενταύθα
9) Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (30)

Α π ό φ ε ι ς
για ασφαλή Εργαστηριακή τεχνική

)Ενημέρωση προσωπικού

Με ευθύνη του διευθυντή του εργαστηρίου από τον ίδιο ή άλλο κατάλλη-
ο πρόσωπο που θα ορίσει, πρέπει κάθε νεοεισερχόμενος στο εργαστήριο να
νημερώνεται ανάλογα με την βαθμίδα της εκπαίδευσής του για:
ς είδος εργασίας
ους κινδύνους μόλυνσης
κ προφυλακτικά μέτρα
ην αποφυγή διασποράς μολυσματικών υλικών.
ην διάθεση των απορριμμάτων
ους κανόνες που πρέπει να τηρούνται.
πίσης πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για αποφυγή χαλάρωσης των μέτρων
πό τους εργαζομένους κι' ειδικότερα τους παλαιότερους που νομίζουν ότι
πείρα τους το επιτρέπει.

Είναι ανάγκη σε κάθε επίδειξη ή εφαρμογή νέας εργαστηριακής τεχνικής
κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης ή μετεκπαίδευσης του προσωπικού να
δονται συνεχώς μηνύματα ορθής και ασφαλούς εργαστηριακής τεχνικής.

)Γενικοί κανόνες

Γενικοί κανόνες που πρέπει να τηρούνται στα εργαστήρια είναι:
)Καθαρισμός επιφανειών εργασίας(πάγκων) τουλάχιστον μία φορά την ημέρα
ε διάλυμα υποχλωριώδους ασβεστίου ή νατρίου 5% ή κάποια άλλο απολυμαντι
Επιβάλλεται ειδικά καθαρισμός των επιφανειών που βρίσκονται κάτω ή πί
πό τα όργανα στους πάγκους εργασίας και των τοίχων που εφάπτονται με αυ
)Ειδική φροντίδα για την διάθεση των απορριμμάτων.
Κοινά απορρίμματα συλλογή σε κλειστά δοχεία ενός κοινού πλαστικού
άκκου.
Απομάκρυνση από το εργαστήριο με τους κοινούς πλαστικούς σάκκους.
ποκομιδή και διάθεση με τον ίδιο τρόπο που εφαρμόζεται για τα λοιπά κο
ορρήμματα του Ιδρύματος.

Μολυσματικά απορρίμματα.

Τρυβλία σωληνάρια καλλιεργειών πιπέττες κ.λ.π. αν είναι γυάλινα απο
τείρωση στο αυτόκαυστο και μετά πλύση.
Τρυβλία σωλήνες, πιπέττες κ.λ.π. μιάς χρήσης. Συλλογή σε σάκκους χωρι
σμό με επισήμανση και καύση σε αποτεφρωτικό κλίβανο.
Σε περίπτωση έλλειψης αποτεφρωτικού κλιβάνου αποστείρωση και απομά-
ρυνση με το συνήθη τρόπο που αφορά τα κοινά απορρίμματα.
Ραδιενεργά υλικά απομάκρυνση σύμφωνα με οδηγίες που δίδονται από Εθ
ές Υπηρεσίες Ατομικής Ενέργειας.

..//..

Ειδική φροντίδα και προσοχή πρέπει να λαμβάνεται κατά την απομάκρυνση
ησιμοποιθέντων βελονών μιάς χρήσης. Απαγορεύεται η τοποθέτησή τους
τους σάκκους απορριμμάτων χωρίς να έχει τοποθετηθεί το κάλυμμά τους.
Σπασμένα γυάλινα αντικείμενα δεν πρέπει/θα πιάνονται με τα χέρια
απαιτείται τ οσεκτική και ειδική μέριμνα για την απομάκρυνσή τους.
Αν είναι μολυσμένα και έχουν πέσει
το δάπεδο πρέπει να καλυφθούν με ένα δραστικό απολυμαντικό ανάλογα με
ο είδος μόλυνσης και να μείνει τούτο όσο χρόνο επιβάλλεται και μετά
ι απομακρυνθούν με προσοχή.

)Απαγόρευση καπνίσματος εντός των εργαστηρίων κι ειδικότερα κατά
της διάρκειας εργασίας.

)Απαγόρευση λήψης τροφής ή αναψυκτικών κατά την διάρκεια της εργασία

)Συστηματικό πλύσιμο χεριών μετά από την λήξη κάθε εργασίας ή πειρά-
ιφος.

)Μπλούζες εργασίας κλειστές μπροστά για αποφυγή μόλυνσης ενδυμάτων των
ργαζομένων.

)Πλύσιμο μπλουζών με ευθύνη του Νοσοκομείου και όχι στο σπίτι.

)Αποφυγή αναρρόφησης βιολογικών υλικών ή αντιδραστηρίων μέσω πιπέττας
το στόμα, υπάρχουν ειδικά πλαστικά ρύγχη που μπορούν εύκολα να χρη-
μοποιηθούν.

Κατά την φυγοκέντρηση ανοικτών σωληναρίων δημιουργούνται AEROSOLS.
ιβάλλεται γι'αυτό η φυγόκεντρος να ανοίγη όταν έχει σταματήσει.
Καλό είναι να φοράει μάσκα εκείνος που την ανοίγει.

θα πρέπει να χρησιμοποιούνται γάντια όταν υπάρχουν αμυχές ή όταν χρη-
μοποιούνται υλικά που περιέχουν μικροοργανισμούς P3 ή P4.
Στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται ή επισήμανση των δειγμάτων έστω
'αν υπάρχει απλή υποψία με διακριτικό τρόπο (διαφορετική σήμανση).
Για να πετύχει τούτο είναι αναγκαία ή άριστη συνεργασία κλινικών-
ι εργαστηριακών.

)Ειδικότερα αίμα ή άλλα βιολογικά υλικά ασθενών με ηπατίτιδα Β' και
)S θα πρέπει να επεξεργάζονται από άτομα που φορούν γάντια και μάσκες
σε ειδικούς βιολογικούς θαλάμους (LAMINAR-FLOW) ή σε ειδικούς πάγκους
ς περιπτώσεις αυτές θα πρέπει οι χώροι να απολυμαίνονται με υποχλωρίτη
νάτριο.

..//..

ιβ)Για αποφυγή τυχαίου τραυματισμού θα πρέπει να χρησιμοποιούνται πλαστικά σωληνάρια και σιφώνια (πιπέττες) κι όταν πρόκειται για χειρισμό βιολογικού υλικού υπόπτων για ηπατίτιδα Β΄ και AIDS υποχρεωτικά.

Στην τελευταία περίπτωση πρέπει να χρησιμοποιηθούν κατά την διάρκεια της εργασίας τους ειδικά προστατευτικά ενδύματα.

ιγ)Τέλος συνιστάται ο εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδος Β΄ όλου του προσωπικού των εργαστηρίων εφ΄όσον ευρεθούν ευπαθείς. Όσοι αρνούνται και είναι ευπαθείς θα πρέπει να υπογράψουν και ο ορός του αίματός τους και την πρόσληψη ή επί παλαιοτέρων κατά την έναρξη του προγράμματος ασφάλειας κατά την εργαστηριακή τεχνική να παραμένει στην BASE LINE για όσο διάστημα απασχολείται το άτομο στο εργαστήριο.-

ΕΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙ-
ΝΗΣ

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222393

Αθήνα 21 Νοεμβρίου 1985

Αριθ.Πρωτ.
Α1/οικ.10434

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής. Έδρες τους.

ΘΕΜΑ: Δραστηριότητες ΠΟΥ για το ΣΕΑΑ (AIDS).
ΣΧΕΤ: WHO PRESS/25.

1.- Σας πληροφορούμε ότι, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, παρακολουθεί με ιδιαίτερη προσοχή την πορεία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας σ'ολόκληρο τον κόσμο και ειδικώτερα για την πλήρη αντιμετώπιση της νόσου έχει αναπτύξει τις ακόλουθες δραστηριότητες.

α. Σύσταση συνεργαζομένων Κέντρων τα οποία, συλλέγουν τις επιδημιολογικές πληροφορίες για την εξέλιξη της νόσου κατά περιφερειακό γραφείο.

β. Οργάνωση σεμιναρίων, συνδιασκέψεων, παροχή υποτροφιών για την μελέτη του θέματος και την εξειδίκευση επιστημόνων και υποστήριξη ερευνών.

γ. Συναντήσεις των συνεργαζομένων Κέντρων.

Η τελευταία πραγματοποιήθηκε μεταξύ 25-26 Σεπτεμβρίου 1985, στη Γενεύη κι αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί και άλλη εντός του Δεκεμβρίου 1985.

Στην συνάντηση συμμετείχαν ειδικοί επιστήμονες που εργάζονται για συνεργαζόμενα Κέντρα Ελέγχου AIDS της Αμερικής και της Δυτικής Ευρώπης και διαπιστώθηκε ότι, ο μεγαλύτερος αριθμός κρουσμάτων στις ΗΠΑ και την Δυτική Ευρώπη παρουσιάζεται μεταξύ ομοφυλοφίλων ανδρών και τούτο φαίνεται ότι, συμβαίνει σ' ολόκληρο τον κόσμο.

Μετάδοση της νόσου είναι δυνατή με τη μετάγγιση αίματος και ιδιαίτερα κινδυνεύουν τα πολυμεταγγιζόμενα άτομακαι οι αιμορροφιλικοί.

Είναι υποχρεωτικό και επιβάλλεται, όλες οι Τράπεζες Αίματος και τα Κέντρα Αιμοδοσίας να ελέγχουν κάθε αίμα, που προορίζεται για μετάγγιση ως έχει ή χρησιμοποιείται για παρασκευή παραγώγων του.

./.

Αίμα το οποίο δεν έχει ελεγχθεί για αντισώματα AIDS και δεν έχει επιβεβαιωθεί ότι, είναι αρνητικό δεν πρέπει να χρησιμοποιείται γιατί ο έλεγχος των αιμοδοτών ότι δεν ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου είναι πρακτικά αδύνατος.

Η ΠΟΥ δίνει ιδιαίτερη σημασία γιατην ανάπτυξη ενός προγράμματος πρόληψης και καταπολέμησης της νόσου και τούτο έχει τονίσει ο Γενικός της Δ/ντής Δρ.Η.MAHLER ο οποίος παρακολουθεί με ιδιαίτερο ενδιαφέρον τις εξελίξεις και συμμετέχει ενεργά σε συναντήσεις σχετικές με το θέμα.

2.- Στόχοι σήμερα είναι:

α. Ανάπτυξη και τυποποίηση θεραπευτικής αγωγής και αρωγής ερευνών για την επιτυχία των ανωτέρω.

β. Επιτάχυνση εργασιών για την παρασκευή εμβολίου κι ενίσχυση με κάθε τρόπο προσπαθειών.

γ.Επαγρύπνηση επί Εθνικού επιπέδου και των 166 Κρατών-Μελών της, συλλογή κι αξιολόγηση περιστατικών.

δ. Κινητοποίηση όλου του προσωπικού επαγγελμάτων υγείας για την ορθή καταγραφή, κατάλληλη αντιμετώπιση και πρόληψη της νόσου σύμφωνα με τις κατά καιρούς συστάσεις της.-

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Θ ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1.Γραφ.κ.Υφυπουργού
2.Όλες τις Δ/σεις του τομέα Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία
3. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
4.Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (20)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Η Προϊσταμένη Γραμματείας

ΧΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΑΧ Δ/ΝΣΗ:ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 17
ΤΑΧ ΚΩΔ: 10187
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Γρ.Δ/ντού
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:5222.393

ΑΘΗΝΑ, 6 Νοεμβρίου 1985
ΑΡΙΘ ΠΡΩΤ: Α1/9943

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής Έδρες τους.

ΘΕΜΑ: Πορεία ΣΕΑΑ (AIDS) στις ΗΠΑ.

ΣΧΕΤ: Έκθεση Κέντρου Ελέγχου της νόσου ATLANDA,GEORGIA των ΗΠΑ υπό H.JAFFE και A.HARDY.

Σας στέλνομε για ενημέρωσή σας περιληπτική έκθεση για την πορεία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, βασισμένης στην ανωτέρω σχετική.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΗ 1
σε κάθεαπόδέκτη

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ.ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ: (μετά του συνημμένου)
1.Γραφείο κ. Υφυπουργού
2.Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγείας στην Κεντρική Υπηρεσία.
3.Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων.
4.Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (30).

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΧΑ

ΠΟΡΕΙΑ ΣΕΑΑ (AIDS) ΣΤΙΣ ΗΠΑ

Το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας θεωρείται ότι αποτελεί σήμερα το μεγαλύτερο πρόβλημα δημόσιας υγείας σ'ολόκληρο τον κόσμο αν και πριν από 5 χρόνια ήταν σχεδόν ανύπαρκτο. Μέχρι τις 12 Αυγούστου 1985 είχαν δηλωθεί στις ΗΠΑ 12.259 περιπτώσεις της νόσου επι ενηλίκων και 149 επί παιδιών.

Από τους ανωτέρω οι μισοί είναι γνωστό ότι απεβίωσαν από την νόσο. 60% των περιπτώσεων σημειώθηκαν στην Νέα Υόρκη και την Καλιφόρνια, 18% των υπολοίπων στην Φλώριδα την Νέα Ιερσέη και το Τέξας.

Πόλεις με το υψηλότερο αριθμό ασθενών σε 1.000.000 κατοίκους ήταν η Νέα Υόρκη (448,3),ο Άγιος Φραγκίσκος(431,6) και το Μαϊάμι (261,4),93% των νοσησάντων ενηλίκων ανήκαν στις ομάδες υψηλού κινδύνου (ομοφυλόφιλοι, σχέσεις με αμφότερα τα φύλα, τοξικομανείς). 90% των παιδιών ανήκαν επίσης σε ομάδες υψηλού κινδύνου και ειδικώτερα τα 70% εξ αυτών είχαν γονείς ή ένα από τους γονείς τους πάσχοντα από ΣΕΑΛ (AIDS) ή ανήκοντα στις λαπές ομάδες υψηλού κινδύνου.

Λεπτομερέστερα η κατανομή τους φαίνεται στους πίνακες Ι και ΙΙ. Έχει διαπιστωθεί ότι η νόσος αποτελεί οξύ πρόβλημα για την Κεντρική Αφρική. Ειδικώτερα στο Ζαΐρ ο ετήσιος αριθμός περιπτώσεων κυμαίνεται από 17-40 σε 100.000 κατοίκους.

Μέχρι το Μάρτιο του 1984/14 ευρωπαϊκές χώρες είχαν δηλώσει 940 περιπτώσεις και οι περισσότερες είχαν εκδηλωθεί στην Γαλλία (307) στην Ομόσπονδο Δημοκρατία της Γερμανίας (162) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (140). Ο Καναδάς έχει δηλώσει 190 περιπτώσεις η Βραζιλία 182, η Αυστραλία 87 και η Αϊτή επί μονίμων κατοίκων της 340.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι.

Δηλωθείσες περιπτώσεις ΣΕΑΑ/AIDS στις ΗΠΑ επί ενηλίκων κατά φύλο και ομάδα υψηλού κινδύνου.

ΟΜΑΔΑ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Ομοφυλόφιλοι ή έχοντες σχέση και με τα δύο φύλα	8980	-	8980
Τοξικομανείς	1672	425	2097
Αιμοφιλιακοί	72	4	76
Ετερόφυλη σχέση	14	108	122
Ιστορικό μετάγγισης	108	77	185
Άγνωστο	610	189	799
ΣΥΝΟΛΟ:	11456	803	12259

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ.

Δηλωθείσες περιπτώσεις ΣΕΛΛ (AIDS)στις ΗΠΑ επί παιδιών κατά φύλο και ομάδα κινδύνου.

ΟΜΑΔΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Αιμοφιλικά	8	0	8
Γονείς πάσχοντες από AIDS ή ανήκοντες σε ομάδες υψηλού κινδύνου για AIDS	53	51	104
Ιστορικό μετάγγισης	18	5	23
Άγνωστο	9	5	14
ΣΥΝΟΛΟ:	88	61	149

27

ΑΠ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γραφ.Δ/ντού
Τηλέφωνο: 5222.393

Αθήνα, 10 Οκτ.
Αριθ.πρωτ. Α1/8661

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμ
Υγιεινής των Νομαρχιών
των Νομαρχιακών Διαμερ
Αττικής
Έδρες τους

ΚΟΙΝ.:

ΘΕΜΑ: Εκτίμηση κινδύνων μετάδοσης Σύνδρομου Επίκτητης Ανο
ποιητικής Ανεπάρκειας.

ΣΧΕΤ: Δελτίο Π.Ο.Υ.αριθ.38 από 20.9.85.

Σας στέλνουμε,σε μετάφραση,αποσπάσματα του πάρα πά
σχετικού που αναφέρονται στο θέμα της επικεφαλίδας για να
ενημερωθείτε.

Η Δ/ντής Δημ.Υγιεινής

Θ.ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
1.Δ/νσεις τομέα Υγείας στην
Κεντρική Υπηρεσία
2.Δ/νση Δημ.Υγιεινής (30)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Δελτίο αριθ.33 Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας
από 20 Σεπτ.1985

A I D S

Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ)

Εκτίμηση Κινδύνων

Παράγοντες κίνδυνου μετάδοσης της λοίμωξης

Στους ενήλικες και τους έφηβους ο ιος LAV/HTLV-III μεταδ
δεται κυρίως με σεξουαλική επαφή (ομοφυλόφιλοι ή ετεροφυ
φιλοι) και παρεντερική έκθεση,σε μολυσμένο αίμα ή παράγω
μολυσμένου αίματος.
Ο ιος LAV/HTLV-III απομονώθηκε στο αίμα,στο σπέρμα,στο σ
λιο και στα δάκρυα αλλά δεν αναφέρθηκε καμία περίπτωση μ
τάδοσης από σάλιο ή δάκρυα. Οι ενήλικες που κινδυνεύουν
περισσότερο να μολυνθούν είναι οι ομοφυλόφιλοι και αμφοε
ροφυλόφιλοι άνδρες,οι ναρκωμανείς (λήψης ναρκωτικού ενδο
φλεβίως),τα άτομα που παίρνουν αίμα ή παράγωγά αίματος μ
λυσμένα,και όσοι έχουν σεξουαλικές επαφές με άτομα βέβαι
μολυσμένα ή που ανήκουν σε ομάδες που διατρέχουν ιδιαίτε
κίνδυνο μόλυνσης.
Τα περισσότερα μολυσμένα παιδιά,μολύνονται από τις μολυσ
νες μητέρες τους κατά την περιγεννητική περίοδο. Η μετάδ
φαίνεται ότι γίνεται στη μήτρα ή κατά τον τοκετό και κα
μια πληροφορία από την Αυστραλία,φαίνεται ότι το παιδί
λύνθηκε μετά τον τοκετό,από το γάλα της μητέρας του.
Τα παιδιά μπορούν επίσης να μολυνθούν και από μετάγγιση
ματος ή παραγώγων του αίματος που περιέχουν τον ιο.
Το 70% των παιδιών που δηλώθηκαν οτι έχουν προσβληθεί α
(AIDS) ΣΕΑΑ ήταν παιδιά που ο ένας από τους γονείς του
προσβληθεί από AIDS ή ανήκε σε ομάδα που διατρέχει ιδι
ρο κίνδυνο. Το 20% είχαν υποστεί μετάγγιση αίματος ή π
γων αίματος και για το 10%,τα στοιχεία έρευνας ήταν αν

.//.

Κίνδυνοι μετάδοσης στα σχολεία,τους παιδικούς σταθμούς.
στις οικογένειες που φυλάνε παιδιά

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες πληροφορίες,καμία περίπτωση μ
λυνσης που καταχωρήθηκε στις Η.Π.Α. δεν πραγματοποιήθηκ
στους χώρους αυτούς,ή με συνηθισμένες επαφές ατόμου με
τομο. Με εξαίρεση τους σεξουαλικούς συντρόφους των φορέ
του ιου LAV/HTLV-III και τα παιδιά που γεννιούνται απο
μολυσμένες μητέρες,καμία οικογενειακή επαφή περισσότερω
απο 12.000 περιπτώσεων ΣΕΛΑ (AIDS) που δηλώθηκαν επίσημ
δεν φαίνεται να έχει προκαλέσει τη μόλυνση. Έξη μελέτες
για τις οικογενειακές επαφές των φορέων του LAV/HTLV-II
δεν ανακάλυψαν καμία περίπτωση μετάδοσης της μόλυνσης σ
ενήλικες,που δεν είχαν σεξουαλικές σχέσεις με τους ασθε
ή σε μεγαλύτερα παιδιά που φυσιολογικά δεν ήταν εκτεθημ
σε μια περιγεννητική μετάδωση.
Σύμφωνα με τις υπάρχουσες σήμερα αποδείξεις οι συνήθεις
παφές των ατόμων όπως είναι των μαθητών φαίνεται ότι εί
κίνδυνες. Δεδομένου ότι οι κίνδυνοι μετάδοσης από επαφ
μικρών παιδιών και παιδιών που έχουν νευρολογικές διατα
χές και δεν ελέγχουν τις φυσιολογικές εκκρήσεις του σώμ
τους δεν έχουν καθόλου μελετηθεί. Σύμφωνα με παρατηρήσε
έγιναν για άλλα μεταδοτικά νοσήματα,ο θεωρητικός κίνδυν
μιάς μετάδοσης είναι περισσότερο αυξημένος σ'αυτή την η
ρία παιδιών. Θα πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι μια θεωρητ
μετάδοση γίνεται με έκθεση σε ανοιχτές πληγές του δέρμα
ή του βλενογόνου στο αίμα ή άλλων οργανικών υγρών ενός
σμένου ατόμου.

Κίνδυνοι για μολυσμένο παιδί από ιο LAV/HTLV-III

Η μόλυνση με ιο LAV/HTLV-III μπορεί να προκαλέσει ανεπάρ
ανοσίας.Τα παιδιά που έχουν προσβληθεί κινδυνεύουν περι
τερο να εκτεθούν σε λοιμογόνους φορείς στα σχολεία ή σ
παιδικούς σταθμούς απ'ότι στο σπίτι. Επίσης ο κίνδυνος
λυνσης είναι αυξημένος στις οικογένειες που προσέχουν

.//.

διότι εκεί συγκεντρώνονται πολλά παιδιά. Επι πλέον τα μικρά παιδιά ή τα άτομα που πάσχουν απο νευρολογικές παθήσεις και έχουν επι παραδείγματι τη συνήθεια να βάζουν αντικείμενα στο στόμα είναι περισσότερο εκτεθημένα. Τα παιδιά που έχουν ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος είναι περισσότερο εκτεθημένα στις σοβαρές επιπλοκές λοιμώξεων όπως ανεμοευλογιά, λοίμωξη απο κυταρομεγαλοιό, φυματίωση, έρπητα ζωστήρα και ιλαρά. Ο οικογενειακός γιατρός, που ξέρει την κατάσταση ανοσίας του παιδιού, είναι ο πλέον ενδεδειγμένος για να εκτιμήσει τους κινδύνους που διατρέχει το παιδί που έχει ανεπάρκεια ανοσίας. Ο κίνδυνος να πάθει λοιμώξεις όπως ανεμοευλογιά μπορεί να περιορισθεί με χορήγηση εξειδικευμένης Γ ανοσοσφαιρίνης αμέσως μετά την έκθεση.

Συστάσεις

1. Την τελική απόφαση του κατά πόσο ένα παιδί που έχει προσβληθεί από LAV/HTLV-III μπορεί να πάει σε σχολείο, ή σε παιδικό σταθμό θα πρέπει να την παίρνει επιτροπή αποτελούμενη από τον γιατρό του παιδιού, εκπρόσωπο της Δημόσιας Υγείας, τους γονείς ή κηδεμόνες του παιδιού και το προσωπικό του ιδρύματος ή τους δασκάλους. Για κάθε περίπτωση θα πρέπει να εξετάζονται τα υπερ και τα κατά μιας τέτοιας απόφασης τόσο για το ίδιο το παιδί όσο και για τα άτομα που είναι παρόντα στο υπο συζήτηση ίδρυμα.

2. Για τα περισσότερα μολυσμένα παιδιά σχολικής ηλικίας θα πρέπει να υπάρχουν περιορισμοί να πηγαίνουν σχολείο ή να εισαχθούν σ'ένα οποιοδήποτε ίδρυμα.

3. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που έχουν προσβληθεί θα πρέπει να μεγαλώνουν με τρόπο που να ελατώνονται οι συνήθειες κινδύνου που διατρέχουν άλλα παιδιά από το αίμα και εκκρήσεις του σώματός τους.

4. Το προσωπικό που ασχολείται με την περιποίηση μολυσμέ
νων παιδιών θα πρέπει να πλένεται καλά πριν αρχίσει να τ
ριποιείται άλλο παιδί μέσα στο ίδιο ίδρυμα. Σε περίπτωση
που υπάρχουν πληγές στα χέρια θα πρέπει να προστατεύοντα
με γάντια ή επιδέσμους πριν αρχίσει η περιποίηση του μο-
λυσμένου παιδιού.

5. Επειδή εκτός από τον ιο LAV/HTLV-III κι άλλες λοιμώξει
μπορούν να μεταδοθούν με το αίμα και άλλες εκκρήσεις του
ματος θα πρέπει κάθε λερωμένη επιφάνεια ν'απολυμαίνεται
να χρησιμοποιούνται πετσέτες και μαντύλια χάρτινα που να
τιούνται. Τα άτομα που ασχολούνται με την καθαριότητα θα
πρέπει να προσέχουν να προστατεύουν τυχόν ανοικτές πληγέ
του δέρματος ή της βλεννογόνου από τα οργανικά υγρά.

6. Στον τομέα της Υγιεινής, η συμπεριφορά του παιδιού φορ
του ιου LAV/HTLV-III μπορεί να βελτιωθεί εφ'όσον μεγαλών
Διαφορετικά η συμπεριφορά μπορεί ν'αποπροσανατολισθεί εά
επιδεινωθεί η κατάσταση του παιδιού.
Κατά συνέπεια θα πρέπει να γίνεται περιοδικά έλεγχος κατ
πόσον χρειάζονται αυστηρά μέτρα να εφαρμόζονται στο περι
λον του παιδιού.

7. Οι γιατροί που καλούνται ν'αναλάβουν την παρακολούθηα
παιδιών που γεννήθηκαν από μητέρες φορείς ΣΑΞΞ (AIDS) ή
είναι πολύ επηρεθημένες στον κίνδυνο να μολυνθούν από τη
θένεια θα πρέπει ν'ανιχνεύσουν αν τα παιδιά αυτά είναι
του ιου LAV/HTLV-III για ιατρικούς σκοπούς. Γιατί θα ήτα
κίνδυνο να εμβολιασθούν μολυσμένα παιδιά με εμβόλια ζών
όπως το τριπλούν ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς.
Θα πρέπει επίσης αυτά τα παιδιά να παρακολουθούνται αν
πτύσσονται φυσιολογικά ή παρουσιάζουν προβλήματα και σε
πτωση μόλυνσης να θεραπεύονται, αμέσως και εντατικά ή
στατεύονται δυναμικά σε περίπτωση έκθεσής τους σε πιθαν
δυνο όπως π.χ. ανεμοβλογιάς.
Σε περίπτωση που θα βρεθεί αντίδοτο στον ιο LAV/HTLV-II

μέθοδος θεραπείας να φροντίσει να δοθεί πρωτεραιότητα στα παιδιά αυτά. Εφ'όσον είναι γνωστό ότι ενα παιδί έχει προσβληθεί απο τον ιο, οι γονείς ή εκείνοι που έχουν αναλάβει την περιποίησή του θα πρέπει να ξέρουν πως να προστατεύονται ώστε να μην εκτίθενται στο αίμα και στα οργανικά υγρά του παιδιού.

8. Τα κέντρα υιοθεσίας θα πρέπει να προσθέσουν στις εξετάσεις που υποβάλλονται τα παιδιά πριν γίνουν δεκτά και στην ανίχνευση τυχόν μόλυνσης απο LAV/HTLV-III, διότι οι θετοί γονείς πρέπει να μπορούν ν'αποφασίζουν σχετικά με την ιατρική παρακολούθηση που θα πρέπει να έχει το παιδί και να σταθμίσουν τις τυχόν κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που θα έχουν οι οικογένειές τους.

9. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία τίποτα δεν δικαιολογεί η ανίχνευση για (AIDS) ΣΑΕΣ να είναι υποχρεωτική πριπάνε τα παιδιά σχολείο.

10. Το υγειονομικό προσωπικό που καλείται να επιμεληθεί παιδιών μολυσμένων με ιο LAV/HTLV-III θα πρέπει να σέβεται το δικαίωμα του παιδιού να μην κοινοποιούνται τα ιδιωτικά του θέματα και να φροντίζει οι φίλοι με τα στοιχεία να είναι αυστηρά απόρρητοι. Τα άτομα που θα πληροφορηθούν γιατην κατάσταση του παιδιού θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόλιγότερα αλλα απαραίτητα σε τρόπο ώστε το παιδί να τυχαίνει της σωστής περιποίησης όποτε παρίσταται ανάγκη, όπως είναι η περιποίηση ενός τραυματισμένου από πέσιμο, ώστε να αποφεύγεται η μετάδοση του ιου.

11. Όλα τα εκπαιδευτικά ιδρύματα και οι φορείς δημόσιας υγείας, θα πρέπει να ενημερώσουν γονείς, παιδιά και προσωπικού ασχολείται με παιδιά, για τον ιο LAV/HTLV-III και πως μεταδίδεται ανεξάρτητα εάν υπάρχει άμεσο πρόβλημα ή όχι. Η σωστή πληροφόρηση θα βοηθήσει για την καλή περίθαλψη παιδιών που έχουν ήδη προσβληθεί και για τον περιορισμό μετάδοσης της ασθένειας.

.//.

Συστάσεις για την πρόληψη μιας πιθανής μετάδοσης του ι
σε σχέση με τις λεμφαδενοπάθειες.
Ιος Τ-λεμφοτρόπος στον άνθρωπο τύπου ΙΙΙ από τα δάκρυα

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ο ιος της λεμφαδενοπάθειας ιος Τ-λεμφοτρόπος σε ανθρώπο
τύπου ΙΙΙ (LAV/HTLV-III) αιτιολογικός παράγοντας του ΑΙ
(ΣΕΑΑ),απομονώθηκε σε διάφορα υγρά του οργανισμού όπως
αίμα,το σπέρμα και το σάλιο. Ο ιος απομονώθηκε πρόσφατα
στα δάκρυα. Το άτομο αυτό ηλικίας 33 ετών,παρουσίαζε πν
μονία-πνευμονοκύστεις καρίνι και λοίμωξη μυκοβακτηριδίω
διασκορπισμένη ενδοκυταρικά,αλλά δεν παραπονιόταν για
βλήματα στα μάτια και οι οφθαλμολογικές εξετάσεις ήταν
σιολογικές. Δείγματα από δάκρυα προερχόμενα απο 6 άλλα
μα που είχαν προσβληθεί απο ΣΕΑΑ ή συναφείς ασθένειες κ
εργήθηκαν. Τα αποτελέσματα ήταν αμφισβητούμενα,για τους
και αρνητικά,για τους υπόλοιπους τρεις.

Συνιστάται να λαμβάνονται τα πάρα κάτω μέτρα για να προ
βάνεται η διάδοση του ιου LAV/HTLV-III και μικροβιακών
νισμών που θα μπορούσαν να υπάρχουν στα δάκρυα.
Δεν αφορούν τα μέτρα που πρέπει να παίρνουν όσοι φοράνε
κρύς επαφής για να τους καθαρίζουν εφ'όσον εδώ πρόκειτα
την πρόληψη πιθανής μετάδοσης από ένα άτομο σε άλλο.

1. Οι υγειονομικοί που κάνουν οφθαλμολογικές εξετάσεις
νουν άλλες εξετάσεις που μπορεί να έρχονται σ'επαφή με
θα πρέπει να πλένουν αμέσως τα χέρια τους μετά και μετα
εξετάσεων για κάθε ασθενή. Για περισσότερη προστασία θι
να φοράνε πλαστικά γάντια μιάς χρήσεως,παρ'όλο που το ι
των χεριών αρκεί. Πάντως τα γάντια συνιστώνται ιδιαίτερ
τα άτομα που έχουν γρατζουνιές,πληγές ή δερματολογικές
σεις στα χέρια. Δεν συνιστώνται άλλα προστατευτικά μέτρ
πως μάσκες,γυαλιά ή μπλούζες.

.//.

2. Τα όργανα που έρχονται σε άμεση επαφή με εξωτερικές επιφάνειες του ματιού πρέπει να σκουπίζονται και ν'απολυμαίνονται ως εξής:
α) 5-10 λεπτά έκθεση σε μια διάλυση που έχει πρόσφατα παρασκευασθεί με 3% υπεροξείδιο του υδρογόνου ή
β) σε μια διάλυση που έχει πρόσφατα παρασκευασθεί και περιέχει 5000 μέρη κατά χιλιόγραμμο (MG/1) ελεύθερο χλώριο-διάλυμα 1/10 νερό υποχλωριώδους νατρίου ή
γ) με αιθανόλη 70% ή
δ) ισοπροπανόλης 70%.
Το εργαλείο θα πλυθεί προσεκτικά με νερό της βρύσης μετά θα σκουπιστεί πριν ξαναχρησιμοποιηθεί.

3. Οι χρησιμοποιηθέντες για δοκιμές φακοί επαφής θ'απολυμαίνονται μεταξύ κάθε δοκιμής με μια απο τις πάρα κάτω μεθόδους:

α) Απολύμανση των σκληρών φακών με την βοήθεια απολυμαντικού για φακούς επαφής με βάση υπεροξείδιο του υδρογόνου που κυκλοφορεί στο ελεύθερο εμπόριο και έχει εγκριθεί τους φακούς επαφής (Άλλα παρασκευάσματα μπορεί να χρωτίζουν τους φακούς). Εάν δεν υπάρχει το απολυμαντικό τότε θα μπορούν οι σκληροί φακοί ν'απολυμαίνονται με την μέθοδο της θερμότητας (78^{0} ως 80^{0} βαθμούς κελσίου επί λεπτά). Οι γιατροί θα πρέπει να πληροφορούνται απο τους κατασκευαστές σκληρών φακών ποιοί τύποι φακών αντέχουν ακίνδυνα στην υψηλή θερμοκρασία.
Όλοι οι τύποι φακών μπορούν ν'απολυμαίνονται με το πιο πάνω διάλυμμα, διότι ορισμένοι δεν είναι ανθεκτικοί, στην υψηλή θερμοκρασία.
Εκτός από το υπεροξείδιο του υδρογόνου τα χημικά απολυμαντικά που χρησιμοποιούνται για τον καθαρισμό των φακών επαφής δεν έχει αποδειχθεί ότι, αποδίδουν κατά του ιου HTLV-III. Εν όσω δεν υπάρχει αποδεδειγμένα άλλο χημικό απολυμαντικό που να μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά του ιού HTLV-III οι φακοί επαφής των ατόμων που είναι μολυσμέ

.//.

τον ιο θα πρέπει ν'απολυμαίνονται με υπεροξείδιο του υδρογόνου.
Οι συστάσεις αυτές βασίζονται σε αποτελέσματα επισταμένων μελετών που έγιναν στο Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και στο Κέντρο Λοιμωδών Νόσων της Ατλάντα σχετικά με την απολύμανση/αδρανοποίηση του ιου LAV/HTLV-III.

Σημείωμα συντάκτη

Όλες οι εκκρήσεις ενός μολυσμένου ατόμου μπορούν να περιέχουν λεμφοκύτταρα, κύτταρα ξενιστές του LAV/HTLV-III. Μπορεί λοιπόν να συμβεί μια πλήρης εξέταση των υγρών αυτών να φανερώσει την παρουσία του ιου. Παρ'όλο που καλλιέργειες δείγματων διαφόρων οργανικών υγρών από μολυσμένα άτομα έδωσαν θετικά αποτελέσματα, δεν υπάρχουν αποδείξεις μετάδοσης της μόλυνσης σε μέλη της ιδιας οικογένειας που δεν παρουσιάζουν τις προϋποθέσεις κινδύνου να προσβληθούν από την μόλυνση. Επίσης μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι ο ιος LAV/HTLV-III μεταδόθηκε από τα δάκρυα μολυσμένων ατόμων ή από ιατρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για να εξετασθούν άτομα που έχουν προσβληθεί απο ΣΕΑΑ (AIDS).-

26

Μη Ανακοινώσιμο

Α.Π

ΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΙΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

χ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
χ. Κώδικας: 101-87
ληροφορίες: Γραφ. Δ/ντή
ηλέφωνο: 5222.392

Αθήνα 24 Οκτωβρίου 1985

Αριθ. Πρωτ. Α1/οικ. 9651

ΠΡΟΣ: 1) Όλα τα Νοσοκομεία Νόμου 25
2) Όλα τα Γενικά Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου
3) Όλα τα Ειδικά Νοσοκομεία Δη σίου Δικαίου
4) Όλα τα Ειδικά Νοσοκομεία Ι τικού Δικαίου
5) Στρατιωτικά Νοσοκομεία.

ΕΜΑ: "Δελτίο δήλωσης ΣΕΑΑ (AIDS)".

Σας υπενθυμίζουμε τις με αρ. Α1/6824/14.7.83 και Α1/οικ. 2238/29. εγκυκλίους μας 44 και 29 για την υποχρεωτική δήλωση κάθε περίπτωση Σύνδρομου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ ή AIDS) που τυχό θα νοσηλεύσετε έστω και ύποπτου και σας στέλνουμε συνημμένα 10 νέα δελτία δήλωσης που εκτυπώθηκαν σύμφωνα με απόφαση της Ειδικής Επισ μονικής Επιτροπής ελέγχου AIDS στη χώρα μας.

Παρακαλούμε να διανεμηθούν στους Διευθυντάς Κλινικών και Τμημά του Ιδρύματός σας για να το έχουν υπόψη τους και σε περίπτωση που επαρκούν να μας ειδοποιήσετε για την αποστολή όσων χρειάζεσθε.

Ακόμα υπενθυμίζουμε ότι απαιτείται ενημέρωσή μας επί υπόπτου κ σματος και δήλωση επί βεβαίου στη Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής του Υπουρ μας, Δ/ντής Δρ Θεοδώρα Στεφάνου τηλ, 5222.393 κι ακολουθεί η αποστ κατάλληλα συμπληρωμένου του ανωτέρω δελτίου με την ένδειξη προσωπι στο όνομά μας.-

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 10 σε κάθε αποδέκτη

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

προς ενέργεια

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1) Γραφείο κ. Υφυπουργού
2) Όλες τις Δ/νσεις του Τομέα Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία
3) Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (20)

Θεωρήθηκε για την ακρίβε
Ο Τμηματάρχης Γραμματεία

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1) Καθηγητή κ. Γ. Παπαευαγγέλου
Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής
Υγειονομικής Σχολής Αθηνών Λ. Αλεξάνδρας 196
Ενταύθα Τ.Κ. 115.21
2) Καθηγητή κ. Ι. Παπαπαναγιώτου-Μικροβιολογικό
Εργαστήριο Αριστοτελείου Παν/μίου Θεσ/νίκης
Τ.Κ. 540.06 Θεσ/νίκη
3) Καθηγητή κ. Ι. Μουτσόπουλο-Νοσ/μείο Χατζηκώστα
Ιωαννίνων- Ιωάννινα
4) Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών
και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής-Έδρες τους.

28

Μη ανακοινώσιμο

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222393

Αθήνα, 25 Σεπτεμβρίο

Αριθ. πρωτ.
Α1/οικ/8486

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήμ
Υγιεινής των Νομαρχιών κ
των Νομαρχιακών Διαμερισ
Αττικής έδρες τους.

ΚΟΙΝ.:

ΘΕΜΑ: Σύριγγες μιάς χρήσης βελόνες.

Επειδή κατά καιρούς μας υποβάλλονται παράπονα ότι μ
ρικές υπηρεσίες μας κατά τους εμβολιασμούς δεν χρησιμοποιούν
σύριγγες και βελόνες μιας χρήσης παρακαλούμε για την πιστή ε
γή των εγκυκλίων διαταγών μας και προειδοποιούμε ότι αν στο
μέλλον αποδειχθεί τέτοια παράλειψή σας θα αναγκασθούμε με λύ
μας να καταλογίσουμε ευθύνες.

Ο Υφυπουργός

ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΛΩΡΟΣ

Κοινοποίηση:
1. Γραφείο κ. Υφυπουργού
2. Γραφείο κ. Γενικής Γραμματέα
3. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (3)

θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

Φ. 12/2/ 31

ΧΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ

Αθήνα, 18 Σεπτεμβρίου 1

Αριθ. πρωτ. Α1/8084

ΠΡΟΣ: Το Γενικό Κρατικό Νοσοκομ
Αλεξανδρουπόλεως
Δήμητρας 19, 68100, Αλεξαν

ΚΟΙΝ.:

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 10187
Πληροφορίες: Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222.393

ΘΕΜΑ: Έλεγχος αντισωμάτων AIDS.
ΣΧΕΤ: Το με αρ. 7976/3.9.85 έγγραφό σας.

Λάβαμε το ανωτέρω σχετικό και σας ευχαριστούμε αλλά η έννο της Α1/οικ.7533/21.8.85 εγκυκλίου του κ. Υφυπουργού είναι επτό από την Αιμοδοσία η οποία πρέπει να απασχοληθεί αποκλειστικά μ την έρευνα των αιμοδοτών και πολυμεταγγιζομένων αν είναι δυνατ να αναπτυχθεί και ο έλεγχος στο μικροβιολογικό εργαστήρια για χόν άλλα άτομα που επιθυμούν να εξετασθούν.

Επομένως σύμφωνα με τα ανωτέρω εφ'όσον δεν υπάρχει η δυνατ τητα και πρέπει κατ'αρχήν να πραγματοποιηθή το ταχύτερο η στελέ ση ώστε να εξευρεθεί ο απαιτούμενος χώρος για την ομαλή λειτουρ του Σταθμού Αιμοδοσίας σε καμιά περίπτωση δεν επιτρέπεται άτομ που ζητούν την εξέταση και πιθανώς να ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου να παραπέμπονται για εξέταση στον ανωτέρω Σταθμό. Προς εξυπηρέτησή τους όμως μπορεί το μικροβιολογικό εργαστήριο να κάνει την αιμοληψία και να διαβιβάζεται το ληφθέν αίμα προς ξέταση στην Αιμοδοσία η οποία πλέον θα δίδει την απάντηση στο Μ προβιολογικό σας Εργαστήριο και τούτο στον εξετασθέντα.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
1. Γραφείο κ. Υφυπουργού
2. Δ/νση Αιμοδοσίας
3. Δ/νση Δημ. Υγιεινής (3)

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

Θεωρήθηκε γιατην απρίβεια
Ο Διοικητικός Γραμματέας

30

ΕΚ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΤΜΗΜΑ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17

Ταχ. κώδικας: 101 87

Πληροφορίες: Γρ. Δ/ντή

Τηλέφωνο: 5222393

Αθήνα, 20 Σεπτεμβρίου 198

Αριθ. πρωτ.

Α1/8489

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών κα των Νομαρχιακών Διαμερισμάτ Αττικής έδρες τους.

ΚΟΙΝ.:

ΘΕΜΑ: Προφύλαξη από ΣΕΑΑ.

ΣΧΕΤ: Το με αρ. 176 έγγραφο της ΥΣΑ.

Σας κοινοποιούμε ως έχει φωτοαντίγραφο του ανωτέρω σχετικού για ενημέρωσή σας και παροχή οδηγιών όταν σας ζητηθούν

Συνημμένα: 1
(σε κάθε αποδέκτη)

Η Διευθυντής

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

Κοινοποίηση:

1. Γραφείο κ. Υφυπουργού
2. Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγείας στην Κεντρική Υπηρεσία.
3. Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής ΥΣΑ Λεωφ. Αλεξάνδρας 196 Τ.Κ. 115.21 Ενταύθα
4. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
5. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (10)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΙΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ
ΝΤΗΣ: Ο ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ
Ρ. Ο. ΒΟΧ 14055 - 115 21 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 6467-473

Αθήνα 15 - 9 - 1985

ΓΡΟ ΑΣΘΟΡΑΣ ΑΙDS

.Θ.Πρωτ. 176

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΑΣ
Αριθ. Πρωτ. Α1/8489
Ημερ. Παραλαβής 23/9/85

ΠΡΟΣ: Την Πανελλήνια Ένωση Οπτι
Πενάνδρου 49
ΑΘΗΝΑ 104-37

ΘΕΜΑ: Προφύλαξη από το AIDS.
ΣΧΕΤ: α. Έγγραφο ΥΣΑ 170/9-9-85
β. Έγγραφο Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κ.Α. Α1/7373/3-9-85

Επειδή πολλοί οφθαλμίατροι και οπτικοί ζητούν πληροφορίες για τον τρόπο προφυλάξεώς τους από τον ιό του AIDS και κυρίως αποφυγής της εταβόσεώς του από εξεταζόμενο σε εξεταζόμενο ασθενή, σας πληροφορούμε κολούθως :

1. Προφύλαξη οφθαλμιάτρου - οπτικού : Απαιτείται μόνο προσεκτικό λύσιμο των χεριών προ και μετά την εξέταση κάθε ασθενούς. Χρήση αντιών απαιτείται μόνο όταν υπάρχουν έλκη λύσεις της συνέχειας ου δέρματος των δακτύλων.

2. Απολύμανση οργάνων : Μετά επιμελή πλύσιμο τα όργανα που ρχονται σε επαφή με την εξωτερική επιφάνεια των οφθαλμών μπορούν να πολυμανθούν :

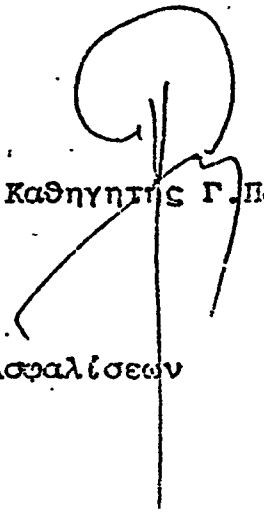
. Σε διάλυμα H_2O_2 3% επί 5-10'
. Σε πόσιμο διάλυμα 1/10 κοινής χλωρίνης ή
. Σε 70% οινόπνευμα

3. Άλλοι τρόποι που χρησιμοποιούνται για δοκιμές επιλογής :

. Σκληροί : I. Το χρησιμοποιούμενο διάλυμα οξυζενέ
II. Θέρμανση σε 70-80° C επί 10' όπου είναι δυνατό.
. Μαλακοί: Με το οξυζενέ.

./.

Επαναλαμβάνεται ότι, παρά την απομόνωση του ιού από τα δάκρυα ερικών ασθενών, δεν διαπιστώθηκε μέχρι τώρα καμιά μετάδοση με το τρόπο αυτό (σχετικό α).-



Καθηγητής Γ.Παπαευαγγέλου

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

Υπουργείο Υγείας,Πρόνοιας και Κοιν.Ασφαλίσεων
α. Δ/νση Δημόσιας Υγείας
β. Δ/νση Φαρμάκων και Φαρμακείων
γ. Δ/νση Αναπτύξεως Ιατρικού και Υγειονομικού Δυναμικού
δ. Οφθαλμιατρική Εταιρεία

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής
2. Κέντρο Αναφοράς AIDS

Δ' μ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 30 Αυγούστου 19

Αριθμ. Πρωτ.
Α1/7810

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τ
Υγιεινής των Νομαρχιώ
των Νομαρχιακών Διαμε
των Αττικής
Έδρες τους:

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας: 101-87
Πληροφορίες Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο 5222:393.

ΘΕΜΑ: Πορεία Σ.Ε.Α.Α. στον Ευρωπαϊκό Χώρο.

ΣΧΕΤ: Η από 26-8-85 έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Αναφοράς γ
το Σ.Ε.Α.Α. της Π.Ο.Υ.

Σας στέλνουμε συνημμένα για ενημέρωσή σας περιληπτική μετάφραση του ανωτέρω σχετικού για την πορεία του Συνόρμο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας στον Ευρωπαϊκό χώρ μέχρι τις 30-6-85

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΟ :1
(σε κάθε αποδέκτη)

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γραφείο κ. Υφυπουργού
2. Γραφείο κ. Γενικής Γραμματέα
3. Όλες τις Δ/νσεις του Τομέα Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία
4. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
5. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (20).

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

Πορεία Σ'Ε'Α'Α' στον Ευρωπαϊκό Χώρο'

Με το Κεντρο Αναφοράς της Π'Ο'Υ' για την Ευρώπη, το οποίο λειτουργεί στο Ινστιτούτο Ιατρικής και Επιδημιολογίας Τροπικών Νόσων των Παρισίων έχουν συνδεθεί οι ακόλουθες Χώρες'

Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Τσεχοσλοβακία, Φινλανδία, Ομόσπονδος Δημοκρατία της Γερμανίας, Ελλάδα, Ισλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Νορβηγία, Πολωνία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία)'

Οι ανωτέρω κάθε τρεις μήνες αναφέρουν την πορεία του Σ'Ε'Α'Α' στη χώρα τους κι'από την αξιολόγηση των στοιχείων που υπέβαλαν μέχρι τις 30-6-85 προκύπτει ότι:

Μέχρισήμερα έχουν δηλωθεί 1226 περιπτώσεις Σ'Ε'Α'Α' εκ των οποίων 285 ήσαν νέες και δηλώθηκαν από 17 χώρες τους τελευταίους τρεις μήνες'

Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων παρατηρείται στη Γαλλία όπου σημειώνονται 6-7 νέες περιπτώσεις κάθε εβδομάδα'

Η Ιταλία δήλωσε 30 περιπτώσεις και στο Βέλγιο, την Ολλανδία, την Ισπανία και την Ελβετία σημειώνεται μία (1) περίπτωση κάθε εβδομάδα'

Οι λοιπές χώρες δήλωσαν από 0-7 νέες περιπτώσεις'

Η μεγαλύτερη νοσηρότητα σε 1'000'000 κατοίκους σημειώθηκε στην Ελβετία (9,7) ακολουθούμενη από τη Δανία (9'4) και την Γαλλία (7'0)'

Στις Η'Π'Α' το ποσοστό νοσήσεως επίσης σε 1'000'000 κατοίκους ανέρχεται σε 48'4'

Εκ των 1226 περιπτώσεων οι 626 ή 51% υπήρξαν θανατηφόρες'

65% (795 περιπτώσεις) παρουσίασαν μία ή περισσοτέρων ειδών ευκαιριακές λοιμώξεις, 20% (245 περιπτώσεις) εμφάνισαν σάρκωμα KAPOSI 14% (171 περιπτώσεις) ευκαιριακή λοίμωξη και σάρκωμα KAPOSI και 1% κατετάγη σε άλλες κατηγορίες κι'ειδικώτερα στις 14 εκ των 15 εντοπίσθησαν διάφορα είδη λεμφωμάτων και σε 1 η κλινική εικόνα δεν επέτρεψε συστηματοποίηση'

./.

Τα 91% των προσβληθέντων ήσαν άνδρες.

Ο μεγαλύτερος αριθμός κρουσμάτων σημειώθηκε στην ομάδα ηλ. 30-39 ετών ακολουθούμενη από την ομάδα 40-49 και 20-29.

29 περιπτώσεις αφορούσαν παιδιά ηλ. κατωτέρας των 15 ετών.

18 από τα παιδιά αυτά είχαν γονείς που έπασχαν από AIDS ή ανήκαν σε ομάδες υψηλού κινδύνου προσβολής από AIDS.
8 είχαν υποστεί μεταγγίσεις και εξ αυτών τα 4 παιδιά ήσαν αιμορροφιλικά. Σε 3 ο παράγοντας κινδύνου παρέμεινε άγνωστος.

Τα 82% των περιπτώσεων αφορούσαν Ευρωπαίους και εξ αυτών το 4% ζούσε πριν από την νόσο του στο Ζαΐρ, Η.Π.Α., Αϊτή, Βερμούδες, Μπουρούντι, Κονγκό, Γκαμπόν, Γκάνα, Μαλαισία, Νικαράγουα, Νότιο Αφρική, Τόγκο, Βενεζουέλα.
Τα 3% προήρχοντο από την περιοχή της Καραβαϊκής αλλά ζούσαν στην Ευρώπη πριν από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων εκτός από 2 περιπτώσεις που διεγνώσθησαν στην Γαλλία αλλά ζούσαν μόνιμα στην Αϊτή.

Τα 12% ήσαν Αφρικανικοί και τα 82% εξ αυτών είχαν έλθει από το Ζαΐρ και 10% από το Κονγκό.

Γενικά 53% από το σύνολο των νοσησάντων πριν από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων ζούσαν στην Ευρώπη.
Και 3% (38 περιπτώσεις) αφορούσαν ασθενείς που είχαν έλθει από τι Η.Π.Α. (19) Καναδά (1) Αργεντινή (3) Βραζιλία (3) Χιλή (1) Νικαράγουα (1) Περού (1) Ουρουγουάη (1) Αυστραλία (1), Λίβανο (1), Πακιστάν (1), Ταϋλάνδη (1) Τουρκία (1).

Η εθνικότητα 3 παρέμεινε άγνωστη.

Από τους Ευρωπαίους (1011 περιπτώσεις) 80% (809 περιπτώσεις) ήσαν ομοφυλόφιλοι ή είχαν σεξουαλικές σχέσεις με αμφότερα τα φύλα.
5% (48 περιπτώσεις) ήσαν τοξικομανείς και 1% (15) περιπτώσεις ομοφυλόφιλοι και τοξιμανείς.

4% (38 περιπτώσεις) ήσαν αιμορροφιλικοί.
2% (20 περιπτώσεις) ανέφεραν μεταγγίσεις αίματος.
Σε 7% (74 περιπτώσεις) δεν έγινε με ακρίβεια ο προσδιορισμός του παράγοντα που προκάλεσε την νόσο ή παρέμεινε άγνωστος.

Τούτο οφείλετο σε αδυναμία λήψεως ακριβούς ιστορικού από τους ασθενείς, σε άρνησή τους ή πρόκληση σύγχισης.

Κανένα κρούσμα επί παιδιού δεν σημειώθηκε στην Ελλάδα μέχρι τις 30-6-85.

ΕΞ ΙΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 30 Αυγούστου 1985

Αριθ.Πρωτ.
Α1/7814

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222393

ΠΡΟΣ: Τους Προέδρους των Δ.Σ.
1.Νοσοκομείων Νόμου 2592
2.Γενικών Νοσοκομείων Ιδιωτικού Δικαίου.
3 Ειδικών Νοσ/μείων Δημοσίου Δικαίου.
4.Ειδικών Νοσ/μείων Ιδιωτικού Δικαίου.

ΘΕΜΑ: Τήρηση κανόνων ατομικής υγιεινής.

Παρακαλούμε να μεριμνήσετε για την τήρηση όλων των κανόνων ατομικής υγιεινής του πάσης φύσεως προσωπικού σας, κατά τις αιμοληψίες και να συστήσετε στους εργαζομένους στα μικροβιολογικά, βιοχημικά κι αιματολογικά εργαστήρια ή στα Κέντρα, Τράπεζες και σταθμούς αιμοδοσίας να τηρούν με απόλυτη σχολαστικότητα όλους τους κανόνες ασηψίας κι ατομικής προφύλαξης -

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΑΩΡΟΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1.Γραφ.κ.Υφυπουργού
2.Γραφ.κ.Γεν.Γραμματέα
3.Δ/νση Δημ.Υγιεινής (3)

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών. Έδρες τους.

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Διοικητείας

Μη ανακοινώσιμο

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101.87
Πληροφ. Γρ. Δ/ντή
Τηλέφ. 5222393

Αθήνα 21 Αυγούστου 1985

Αριθ. Πρωτ. Α1/οικ. 7533

ΠΡΟΣ: Τα Διοικητικά Συμβούλια
α. Όλων των Νοσοκομείων Νόμου 2592
β. Όλων των Γενικών Νοσοκομείων Ιδιωτικού Δικαίου.

ΘΕΜΑ: Έλεγχος αντισωμάτων AIDS.

Παρακαλούμε μετά τον πανικό που δημιουργήθηκε αναιτιολόγητα μεταξύ του γενικού πληθυσμού κι ανεξάρτητα των λαμβανομένων μέτρων ελέγχου και την λειτουργία εργαστηρίων Αναφοράς, να εξετάσετε την δυνατότητα καθιέρωσης της εξέτασης για αντισώματα AIDS με την μέθοδο ELIZA από τα Μικροβιολογικά σας Εργαστήρια. Τούτο νομίζομε ότι επιβάλλεται για την εξέταση προσερχομένων στα εργαστήριά σας οι οποίοι πλην άλλων εξετάσεων πιθανώς να ζητήσουν και εξέταση προσδιορισμού αντισωμάτων AIDS.

Αναμένομε γρήγορα απάντησή σας με σχετικές προτάσεις σας για καλύτερη αντιμετώπιση από σας του θέματος.

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΛΩΡΟΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1) Γραφείο κ. Υφυπουργού
2) Γραφείο κ. Γενικής Γραμματέα
3) Δ/νση Ιατρικής Αντίληψης
4) Δ/νση Αιμοδοσίας
5) Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΤΜΗΜΑ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17

Ταχ. κώδικας: 101 87

Πληροφορίες: Γρ. Δ/ντή

Τηλέφωνο: 5222393

Αθήνα, 20 Αυγούστου 198

Αριθ. πρωτ.

Α1/οικ.7707

ΠΡΟΣ: Τους Προέδρους των Δ.Σ. των Ποσηλευτικών Ιδρυμάτων της χώρας(όπως ο πίνακας διανομ

ΚΟΙΝ.:

ΘΕΜΑ: Λειτουργία Ανοσολογικού Τμήματος.

Παρακαλούμε να μας γνωρίσετε εάν στο Ίδρυμά σας λειτουργεί Ανοσολογικό Τμήμα για πλήρη έλεγχο κυτταρικής ανοσίας κατάλληλα στελεχωμένο και το ονοματεπώνυμο του προϊσταμένου ιατρού.

Ο Υφυπουργός

ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΛΩΡΟΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Γραφείο κ. Υφυπουργού
2. Γραφείο κ. Γενικής Γραμματέα
3. Δ/νση Ιατρικής Αντίληψης
4. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (3)

Πίνακας Διανομής

1. Νοσοκομείο Αεροπορίας, Λ. Κατεχάκη Τ.Κ. 115-25 Ενταύθα
2. Στρατιωτικό 401, Λ. Κατεχάκη Τ.Κ. 115-25 Ενταύθα
3. Παίδων "Αγία Σοφία", Θηβών και Μικράς Ασίας Γουδί Τ.Κ. 115-27 Ενταύθα
4. Αντικαρκινικό "Άγιος Σάββας", Λ. Αλεξάνδρας 171 Τ.Κ. 115-27 Ενταύθα
5. Παίδων "Αγλαΐας Κυριακού" Θηβών και Λεβαδείας Τ.Κ. 115-27 Ενταύθα
6. Ασκληπιείο Βασ. Σοφίας 76 Τ.Κ. 11528 Ενταύθα
7. Νοσοκομείο - Παιδοτήριο "Αλεξάνδρα", Βασ. Σοφίας 80 Τ.Κ. 115-28 Ενταύθα
8. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Μεσογείων 154 Τ.Κ. 156-69 Ενταύθα
9. Γενικό Κρατικό Πειραιώς "Άγιος Παντελεήμων", Φαναριωτών 3 Νίκαια Τ.Κ. 114-72 Πειραιά
10. Δημοτικό Νοσοκομείο "ΕΛΠΙΣ", Τριχωνίδος και Δημητσάνης Τ.Κ. 115-22 Ενταύθα

Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

//.

11. Νοσοκομείο Ε.Ε.Σ.
Ερυθρού Σταυρού 1 Τ.Κ. 115-26 Ενταύθα
12. Ιπποκράτειο, Βασ. Σοφίας 114 Τ.Κ. 115-27 Ενταύθα
13. ΚΑΤ, Πέρσης 2 Κηφισιά Τ.Κ. 145-61 Ενταύθα
14. Λαϊκό ΑΥ. Θωμά 17 Γουδί Τ.Κ. 115-27 Ενταύθα
15. Αντικαρκινικό Μεταξά,
Ιπόταση 51 Τ.Κ. 185-37 Πειραιά
16. Παιευτήριο Παρίνα Ηλιάδη,
Πλατεία Βενιζέλου 2 Τ.Κ. 115-21 Ενταύθα
17. Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών,
Μεσογείων 152 Τ.Κ. 156-69 Ενταύθα
18. Π.Ι.Κ.Τ.Σ.
Μονής Πετράκη 10 Ιλίσσια Τ.Κ. 115-21 Ενταύθα
19. Σισμανόγλειο, Μαρούσι Τ.Κ. 151-26 Ενταύθα
20 Τζάνειο, Ζαννή Αφεντούλη Τ.Κ. 185-56 Πειραιά
21. Πολυκλινική, Πειραιώς 3 Τ.Κ. 105-52 Ενταύθα
22. ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης - Θεσ/νίκη
23. Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης - Θεσ/νίκη
24. Αγία Σοφία Θεσ/νίκης - Θεσ/νίκη
25. Γενικό Κρατικό Πατρών - Πάτρα
26. Βενιζέλειο Κρήτης - Ηράκλειο
27. Χατζηκώστα Ιωαννίνων - Γιάννενα

φ. 58

ΑΠ

Μη ανακοινώσιμο

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ. Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222.393

Αθήνα 8 Ιουλίου 1985

Αριθ. πρωτ. Α1/5834

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής
Έδρες τους

ΘΕΜΑ: Οδηγίες για AIDS.

ΣΧΕΤ: Το με αρ. 955/27.6.85 έγγραφο της Υ.Σ.Α.

Σας στέλνομε συνημμένα για ενημέρωσή σας και χρήση κατά περίπτωση, οδηγίες προς τους ομοφυλοφίλους για το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) που συνέταξε και διανέμει η Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 1

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:
(μετά αντιγράφου του συνημμένου)
1. Γραφείο κ. Γενικής Γραμματέα
2. Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία
3. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
4. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (30)

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής Υ.Σ.Λ. - Λεωφ. Αλεξάνδρας 196 Τ.Κ. 115 21 ΕΝΤΑΥΘΑ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

(15) Ail s

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

Φίλε ομοφυλόφιλε,

Σίγουρα θαχεις διαβάσει και ακούσει για το AIDS (το Σύνδρομ Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας) που προσβάλλει κατ'εξοχή νεα ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους, τοξικομανείς που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών, αιμορροφιλικούς, πολυμεταγγιζόμενους κ σεξουαλικούς συντρόφους ασθενών με AIDS. Το AIDS είναι μία αρρώστια που συχνά καταλήγει σε θάνατο γιατί μειώνει την φυσικ άμυνα του οργανισμού ώστε διάφορες λοιμώξεις και νεοπλάσματα βρίσκουν την ευκαιρία να εκδηλωθούν.

Έχει διαπιστωθεί ότι το AIDS μεταδίδεται όπως η ηπατίτιδα δηλ. με σεξουαλική επαφή, με την μετάγγιση μολυσμένου αίματος και παραγώγων του και με την χρήση μολυσμένων συρίγγων από του τοξικομανείς. Η εφαρμογή μεθόδων διάγνωσης της λοιμώξεως από τον υπεύθυνο αιτιογόνο παράγοντα - τον ρετροϊό LAV/HTLV-II έδειξε ότι στην Αμερική και σε πολλές άλλες χώρες ένα μεγάλο ποσοστό ομοφυλοφίλων έχει ήδη προσβληθεί από τον ιό. Έχει παρατηρηθεί ότι τελικά δεν αναπτύσσουν AIDS όλοι όσοι προσβλήθηκαν από τον ιό. Εξελίσσονται και παθαίνουν AIDS το 2 των θετικών για αντισώματα προς τον ρετροϊό LAV/HTLV-III. Επειδή και σύ κινδυνεύεις να προσβληθείς από τον ιό του AIDS βάλλεται να είσαι αρκετά προσεκτικός και ψύχραιμος . Η κατάστ είναι σοβαρή, αλλά προσέχοντας την σεξουαλική σου συμπεριφορά ελαττώνεις την πιθανότητα να προσβληθείς από τον ιό και να πάθεις AIDS.

<u>Τι θα πρέπει να κάνεις για να ελαττώσεις την πιθανότητα</u>

1. Περιόρισε τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων σου. Κατά

διάρκεια της σεξουαλικής επαφής"ανταλλάσσονται" διάφορα υγρά και εκρίμματα του σώματος όπως σπέρμα,αίμα,σάλιο, κόπρανα κ.α. που περιέχουν τον ιό . Όσο πιο πολλούς συντρόφ έχεις τόσο πιο πολύ θα αυξήσεις την πιθανότητα να κολλήσεις AIDS από έναν που έχει ήδη προσβληθεί.

2. Να χρησιμοποιείς μηχανικά προφυλακτικά ώστε να αποφεύγεται η είσοδος του σπέρματος που περιέχει τον ιό στον πεπτικό σου σωλήνα που απο κει εύκολα μπορεί να μπεί στην κυκλοφορία του αίματος.

3. Να αποφεύγεις την είσοδο στον πρωκτό αντικειμένων ή ακόμη κα δακτύλων. Υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί βλάβη του βλεννογόνο και να επιτρέψει την είσοδο μικροοργανισμών στην κυκλοφορία του αίματος.

4. Να αποφεύγεις κατά το δυνατό να έρχεσαι σε άμεση επαφή με τα υγρά και εκκρίματα του ερωτικού σου συντρόφου.

5. Μην κάνεις έρωτα με άγνωστους. Συζήτησε και αντάλλαξε πληροφορίες με ειλικρίνεια. Για να κάνεις έρωτα με ασφάλεια και χωρίς κινδύνους δεν αρκεί μόνο να αγαπάς τον σύντροφό σου.

Παράγοντες που μειώνουν την αντίσταση του οργανισμού σου και επομένως αυξάνουν την πιθανότητα να πάθεις AIDS

1. Η χρήση οινοπνεύματος ή ναρκωτικών μειώνουν την φυσική άμυνα του οργανισμού σου.
2. Η κακή διατροφή. Γι αυτό η διατροφή σου πρέπει να είναι επαρκής και ισορροπημένη.
3. Η κούραση και το ψυχικό stress.Προσπάθησε να τα αποφεύγεις.

Τι θα κάνεις αν έχεις προσβληθεί από τον ιό.

Αυτό θα το ξέρεις αν έχεις κάνει εξέταση αίματος για αντισώμα

προς τον LAV/HTLV-III.

Μην πανικοβληθείς. Ενημέρωσε όμως τον θεράποντα γιατρό σου. Θα πρέπει να ξέρεις ότι η παρουσία μόνο αντισωμάτων δεν θέτει διάγνωση για AIDS. Δεν μπορεί να γίνει πρόγνωση για ένα επιβεβαιωμένο θετικό αποτέλεσμα. Παρ'όλα αυτά ο κίνδυνος να αναπτύξεις AIDS είνα οπωσδήποτε μεγαλύτερος από εκείνον με αρνητικό αποτέλεσμα. Επίσης κινδυνεύεις να μεταδόσεις την μόλυνση στους άλλους. Επειδή η πρόγνωση είναι άγνωστη θα πρέπει να ελέγχεσαι περιοδικά σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού σου.

Πρέπει να ξέρεις ότι οι λοιμώξεις από άλλους ιούς μειώνουν την αντίσταση του οργανισμού και αυξάνουν την πιθανότητα να αναπτύξεις AIDS. Απόφυγε τους ερωτικούς συντρόφους γιατί μπορεί πολλούς να σου δώσουν άλλο τύπο ιού που να προδιαθέσει και να αυξάνει την πιθανότητά σου να πάθεις AIDS. Αν είσαι παντρεμένος πρέπει να ξέρεις ότι κινδυνεύει μόνο η γυναίκα σου. Κανένα άλλο μέλος της οικογένειάς σου ούτε το εργασιακό σου περιβάλλον κινδυνεύει.

Θα πρέπει όμως να αποφεύγεις να εκθέτεις τα άλλα άτομα στο αίμα ή άλλα εκκρίματα του σώματός σου π.χ. με τη χρήση κοινών ξυριστικών μηχανών, οδοντόβουρτσας, βελονών κλπ. αντικειμένων που έχουν αίμα.

Να ενημερώνεις τους ερωτικούς σου συντρόφους και τον οδοντίατρό σου. Οι σύντροφοί σου θα πρέπει και αυτοί να ελέγχονται περιοδικά.

Τέλος αίμα δεν πρέπει να δώσεις ξανά.

Το Κέντρο Ηπατίτιδας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών (Λεωφ. Αλεξάνδρας 196 τηλ. 6467-473) βρίσκεται στην διάθεσή σου για κάθε πρόβλημα που θα αντιμετωπίσεις. Σημειωτέον ότι τηρείται απόλυτη εχεμύθεια.-

Ο Διευθυντής

Καθηγητής Γ. Παπαευαγγέλου

Μη ανακοινώσιμο κατεπείγον

ΑΠ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΤΜΗΜΑ ------

Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17

Ταχ. κώδικας: 101 87

Πληροφορίες: Γραφ.Δ/ντή

Τηλέφωνο: 5222.393

Αθήνα, 8 Αυγούστου

Αριθ. πρωτ. Α1/7194

ΠΡΟΣ: Τους Προέδρους των Δ.Σ. των Νοσοκομείων:
α.Νόμου 2592
β.Γενικών Ιδιωτικού Δι
γ.Ειδικά Δημοσίου Δικα
δ.Ειδικά Ιδιωτικού Δικ

ΚΟΙΝ.:

ΘΕΜΑ: Φωτογραφίες ασθενών.

Παρακαλούμε να αποφεύγονται οι φωτογραφίες ασθενών κι ειδικώτερα παιδιών που πάσχουν από διάφορα νοσήματα όταν μάλιστα δεν έχει τεκμηριωθεί η διάγνωση.

Τούτο επιβάλλεται για την προστασία της προσωπικότητ του ασθενή την οποία είμεθα υποχρεωμένοι να σεβόμεθα απόλ τα αλλά και την αποφυγή δημιουργίας οικογενειακών και κοι νικών προβλημάτων.

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

Ι.ΦΛΩΡΟΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1.Γραφείο κ.Υπουργού
2.Γραφείο κ.Υφυπουργού
3.Γραφείο κ.Γενικού Γραμματέα
4.Δ/νση Ιατρικής Αντίληψης
5.Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (5)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμηματάρχης Γραμματείας

ΕΤ

Μη ανακοινώσιμο

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδ. 101.87
Πληροφ. Γρ. Δ/ντή
Τηλέφ. 5222393

Αθήνα 28 Ιουνίου 1985

Αριθ. Πρωτ. Α1/5716 δις

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις
ή Τμήματα Υγιεινής
των Νομαρχιών και των
Νομαρχιακών Διαμερισμάτων
Αττικής
Έδρες τους

ΘΕΜΑ: Ενημερωτικό δελτίο για το AIDS.

Επειδή έχομε διαπιστώσει ότι υπάρχει άγνοια του κοινού και δημιουρ
ται αναιτιολόγητος πανικός όταν από τις εφημερίδες ή τα περιοδικά
προβάλλεται το θέμα του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπά
(ΣΕΑΑ ή AIDS) σας στέλνομε συνημμένα ενημερωτικό Φυλλάδιο του Εθν
Κέντρου Ιογενούς Ηπατίτιδος για αποκλειστική ενημέρωσή σας και τυχ
παροχή των κατάλληλων πληροφοριών κατά περίπτωση κι όχι για μαζική
διαφώτιση, επειδή σήμερα δεν συντρέχει τέτοιος λόγος.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: Ε

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ. ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Γενικής Γραμματέα
3. Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγείας
στην Κεντρική Υπηρεσία.
4. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
5. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (30)

ΔΗΜΟΚΡ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Θεωρήθηκε
Ο Τμημ/ρχης Γραμματείας

Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας

Οδηγίες προς το κοινό

Γ.Παπαευαγγέλου και Γ.Καλλίνικος

Από το Εθνικό Κέντρο Ηπατίτιδας

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΟΙΝΟ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

Το σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)είναι
ια αρρώστεια πολύ συχνά θανατηφόρα. Οφείλεται σε μείωση της
υσικής άμυνας του οργανισμού ώστε διάφορες ευκαιριακές λοιμώξεις
και νεοπλάσματά όπως το σάρκωμα Kaposi βρίσκουν ευκαιρία να
εκδηλωθούν.

Το σύνδρομο προσβάλλει νεαρά άτομα, κυρίως άνδρες. Είναι γνωστό
ότι ορισμένες ομάδες πληθυσμού πλήττονται περισσότερο από άλλες.
υτές είναι, οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες, τοξικομανεί
αιμορροφιλικοί, πολυμεταγγιζόμενοι, Αϊτινοί και Αφρικανοί
ορισμένων γεωγραφικών περιοχών , σεξουαλικοί σύντροφοι και
παιδιά ασθενών με AIDS.

Το αίτιο του AIDS είναι σήμερα γνωστό. Είναι ένας ρετροϊός ο
LAV/HTLV-III . Ο ρετροϊός προσβάλλει τα λεμφοκύτταρα. Η προσβολή
αυτή έχει σαν αποτέλεσμα να μειώνει την άμυνα του οργανισμού.

Ο ιός ακολουθεί τον τρόπο διασποράς της ηπατίτιδας Β αλλά με
μικρότερη διεισδυτικότητα. Το σύνδρομο μεταδίδεται:

α. <u>Με μολυσμένο αίμα ασθενών</u>. Ο τρόπος αυτός είναι ο πιο συνηθ
σμένος στους τοξικομανείς και στους αιμορροφιλικούς.

β. <u>Με σεξουαλική επαφή</u>. Η υψηλή συχνότητα σε ομοφυλόφιλους και
η αναφορά περιστατικών AIDS σε ερωτικούς συντρόφους ασθενών με
AIDS αποδεικνύει αυτόν τον τρόπο μετάδοσης.

γ. <u>Με αφανή μόλυνση</u>. Η είσοδος μικρής ποσότητας αίματος ή
άλλων υγρών και εκπιμάτων ασθενών με AIDS από τις αμυχές
του δέρματος με την χρήση κοινών ξυριστικών μηχανών, κοινών
οδοντοβουρτσών ή άλλων κοινών εργαλείων είναι δυνατό να συμβεί.
Η πιθανότητα αυτή είναι σημαντικά μικρότερη απ'ότι συμβαίνει με
την ηπατίτιδα Β.

.//.

δ. Από μητέρα σε παιδί. Έχουν αναφερθεί αρκετές περιπτώσεις AIDS σε βρέφη ή παιδιά που οι γονείς τους όμως ανήκαν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για AIDS.

Έχει παρατηρηθεί ότι τελικά δεν αναπτύσσουν AIDS όλοι όσοι προσβλήθηκαν από τον ιό. Η πρόσβολή μπορεί να σταματήσει στους λεμφαδένες και να σχηματισθεί λεμφαδενική υπερπλασία-λεμφαδενικό σύνδρομο (LAS). Εξελίσσονται και παθαίνουν AIDS το 2-15% των θετικών για αντισώματα προς τον ρετροϊό LAV/HTLV-III.

Τι είναι οι "ευκαιριακές λοιμώξεις"

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις είναι λοιμώξεις που προκαλούνται από μικροοργανισμούς που σε φυσιολογικά άτομα με υγιές ανοσολογικό σύστημα δεν προκαλούν νόσο. Όταν όμως το σύστημα αυτό δεν λειτουργεί ομαλά όπως στο AIDS βρίσκουν ευκαιρία και προσβάλλουν τον άνθρωπο. Η πιο συνηθισμένη ευκαιριακή λοίμωξη στους πάσχοντες από AIDS είναι η πνευμονία από P.Carinii και οι μυκητιάσεις.

Τι είναι το σάρκωμα Kaposi

Το σάρκωμα Kaposi είναι μία μορφή σπάνιου νεοπλάσματος του δέρματος που παρουσιάζεται συχνά στους ασθενείς με AIDS.Εν τούτο πολλοί από αυτούς δεν έχουν και ούτε θα παρουσιάσουν ποτέ σάρκωμα Kaposi.

Ποια είναι τα συμπτώματα

Τα συμπτώματα που θα εμφανιστούν αρχικά σε κάποιον που πάσχει από AIDS είναι τα εξής :

- Απώλεια βάρους που μπορεί να φθάσει σταδιακά το 20-30% του αρχικού βάρους.
- Πυρετός που δεν μπορεί να εξηγηθεί ή νυχτερινοί ιδρώτες.

- Ανεξήγητη διάρροια
- Επίμονος ξηρός βήχας
- Λευκές κηλίδες στο εσωτερικό του στόματος ή του φάρυγγα που συνοδεύονται από δυσκολία όταν καταπίνει.
- Αλλοιώσεις στο δέρμα, στο εσωτερικό του στόματος, στη μύτη, στα βλέφαρα που για πρώτη φορά εμφανίζονται.
- Λεμφαδενοπάθεια που επιμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Αυτά τα συμπτώματα μπορούν να παρουσιαστούν και σε πολλές άλλες αρρώστιες εκτός από AIDS. Επομένως θα πρέπει κανείς να ανησυχήσει , αλλά όχι να πανικοβληθεί όταν παρουσιάσει ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω και να συμβουλευτεί αμέσως το γιατρό του.

Μπορεί κανένας να συμβουλευθεί και το Κέντρο Ηπατίτιδας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών (τηλ.6467-473).

Ποιοι δεν έχουν κίνδυνο να πάθουν AIDS

Έχει αποδειχθεί ότι δεν μεταδίδεται το AIDS με κοινωνική επα με τον αέρα, το νερό και την τροφή. Μέχρι σήμερα κανένας δεν έπαθε AIDS από τους οικείους των ασθενών με AIDS ούτε κανένας από το νοσηλευτικό προσωπικό με αυτό τον τρόπο.

Διάγνωση AIDS

Για να γίνει διάγνωση της ασθένειας θα πρέπει να υπάρχουν σ άρρωστο ευκαιριακές λοιμώξεις ή νεοπλάσματα που σχετίζονται με κακή λειτουργία της ανοσολογικής άμυνας του οργανισμού. Επίσης για τη διάγνωση γίνονται σε ειδικά εργαστήρια ειδικές ε σεις , κυρίως αίματος, που όμως δεν μπορούν να θέσουν με βεβαι τη διάγνωση.

Τώρα τελευταία με ειδική εργαστηριακή εξέταση του αίματος

α επισημανθούν τα άτομα που είναι φορείς του ιού και κινδυνεύουν στο μέλλον να αναπτύξουν AIDS. Με την εργαστηριακή αυτή εξέταση ανιχνεύονται αντισώματα προς τον υπεύθυνο αιτιολογικό παράγοντα του AIDS τον ιό LAV/HTLV-III . Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να παρακολουθηθεί η εξέλιξη της λοίμωξης· αλλά και να προληφθεί η διασπορά του ιού στο περιβάλλον.

Ήδη πολύ γρήγορα θα αρχίσει ο έλεγχος των αιμοδοτών για να αποκλεισθούν οι θετικοί για αντισώματα προς τον ιό.

Θεραπεία

Δεν έχει βρεθεί ακόμα αποτελεσματική θεραπεία για το AIDS. Γίνονται έρευνες για διαπίστωση της δραστικότητας των φαρμάκων που μπορεί να ενισχύσουν την άμυνα του οργανισμού.
Επίσης άρχισαν προσπάθειες για την παρασκευή εμβολίου που θα προφυλάσσει τα επικίνδυνα να πάθουν AIDS άτομα από τον ιό.

Τι θα πρέπει να κάνει ο καθένας για να ελαττώσει τον κίνδυνο να πάθει AIDS

Δεν είναι εύκολη ή μετάδοση στα άτομα που έχουν κοινωνικές επαφές με ασθενείς με AIDS.Οι άνθρωποι που έχουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον ασθενείς με AIDS θα πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση κοινής οδοντόβουρτσας , ξυριστικής μηχανής και άλλων προσωπικών αντικειμένων των ασθενών. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγουν να είναι εκτεθειμένοι στα υγρά ή εκκρίματα του σώματος του ασθενούς. Πριν από την παρασκευή των φαγητών θα πρέπει οι οικείοι να πλένοίν τα χέρια τους και να απολυμαίνουν τα σκεύη που χρησιμοποιήθηκαν από τους ασθενείς.

Οι ερωτικοί σύντροφοι των ασθενών με AIDS πρέπει να αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή μαζί τους.-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Advirsory Commitee on Dangerous Pathogens (1984)
Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)
Interim Guidelines. Department of Health and Social Security. London SE1 6TE.

WHO. (1985). Consultation on AIDS. Comments concering the outcome of the international conference on AIDS. Atlanta. Georgia USA.

Philadelphia AIDS Task Force. (1985). A Nurse's Guide to AIDS Task Force Services.
Project of Philadelphia Community Health Alternatives.

Philadelphia AIDS Task Force (1985). A Physician's Guide to AIDS Task Force Services.
Project of Philadelphia Community Health Alternatives.

ΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 24 Μαΐου 1985

Αριθ.Πρωτ.
οικ.Α1/4800

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222393

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμ/των Αττικής.
Έδρες τους.

ΘΕΜΑ: Κρούσματα ΣΕΑΑ (AIDS) στις Η.Π.Α.
ΣΧΕΤ: Το με αρ.18, VOL 34, 10-5-85 MMWR,

Σας στέλνομε συνημμένα για ενημέρωσή σας, τα πορίσματα του Κέντρου Ελέγχου των ΗΠΑ για την επίπτωση του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, σύμφωνα με το περιεχόμενο της ανωτέρω σχετικής έκδοσης.-

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 1

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ ΣΤΕΦΑΝΟΥ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια.
Ο Τμημ/ρχης Γραμματείας

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1.Γραφ.κ.Υφυπουργού
2.Όλες τιςΔ/νσεις του τομέα Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία.
3. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων.
4.Δ/νση Επιθεωρήσεως Αχαρνών 96 Τ.Κ. 104 34 ΕΝΤΑΥΘΑ
5.Δ/νση Επιθεωρήσεως Υγείας και Πρόνοιας Βορ.Ελλάδας
Διοικητήριο Τ.Κ. 541 23 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ
6.ΚΕΔΥ Τοσίτσα 14 Τ.Κ. 106 83 ΕΝΤΑΥΘΑ
7. Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (20)

Κρούσματα ΣΕΑΑ (AIDS)

στις Η.Π.Α.

Μέχρι τις 30 Απριλίου του 1985 είχαν δηλωθεί 10.000 περιπτώσεις του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας στις ΗΠΑ, εκ των οποίων οι 9.887 αφορούσαν ενήλικες και οι 113 παιδιά.

Το μισό και περισσότερο των περιπτώσεων δηλώθηκε από 1Μαΐου 1984 - 30 Απριλίου 1985 αλλά μετά την έκρηξη του α΄ εξαμήνου του 1984 παρατηρήθηκε συνεχής ύφεση στην επίπτωση της νόσου.
49% εκ των δηλωθέντων περιπτώσεων επί ενηλίκων και 69% επί παιδιών κατέληξαν.

Όλατα κρούσματα επί ενηλίκων σημειώθηκαν στην ομάδα ηλικιών 20-49 ετών και τα 60% των νοσησάντων ήσαν λευκοί, 25% μαύροι και 14% και πλέον λατινικής καταγωγής.
Τα 94% των κρουσμάτων αφορούσαν άρρενες.

Οι περιπτώσεις δηλώθηκαν από 46 Πολιτείες των ΗΠΑ , κατά τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ τα 47% των δηλωθέντων περιπτώσεων μέχρι το 1983 ζούσαν στην Νέα Υόρκη.

Τα κρούσματα επί παιδιών αφορούσαν διάφορες ηλικίες, μέχρι και 13 ετών αλλά, το 58% διαγνώστηκε σε παιδιά ηλ. μέχρι 1 έτους.
Τα 55% των παιδιών ανήκαν στην μαύρη φυλή, 22% ήσαν λευκά και 21% λατινικής καταγωγής, για τα 2% δεν υπήρξαν σαφείς πληροφορίες.

Τα 63% των νοσησάντων ήσαν άρρενα.

Τα 74,4% των δηλωθέντων κρουσμάτων επί ενηλίκων μεταξύ Μαΐου 1984 - Απριλίου 1985 ήσαν ομοφυλόφιλοι, τα 16,7% τοξικομανείς, τα 0,7% αιμορροφιλικοί, το 0,8% ανέφεραν απλή ομοφυλική σχέση αλλά, δεν ήσαν ομοφυλόφιλοι, 1,6% είχαν υποστεί μετάγγιση και στα υπόλοιπα προσδιορίστηκε άλλος παράγοντας κινδύνου άνευ επιδημιολογικής σημασίας ή παρέμεινε άγνωστος.
Τα 79,6% των παιδιών ζούσαν σε περιβάλλον ομάδων υψηλού κινδύνου όσον αφορά την προσβολή εκ του ΣΕΑΑ (AIDS) ή στο άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον υπήρχαν πάσχοντες εκ της νόσου, 5,6% ήσαν αιμορροφιλικά,9,3% είχαν υποστεί μετάγγιση αίματος και σε 5,5% παρέμεινε άγνωστος ο αιτιολογικός προκλητικός παράγοντας.

Εκ των δηλωθέντων κρουσμάτων κατά το τελευταίο 12 μηνο 59,5 % έπασχαν εκ πνευμονίας από πνευμονοκύστη CARINII (PCP), 18,9% από σάρκωμα KAPOSI (KS), 4,3% από KS και PCP και 17,3% από άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις.

.//.

Η ταυτοποίηση του ιού HTLV-III/LAV σαν αιτιολογικό παράγοντα, επιτρέπει σήμερα την εργαστηριακή επιβεβαίωση της νόσου και τη αν ίχνευση αντισωμάτων επί επιπέδου ρουτίνας, όπου και όταν τούτο κριθεί αναγκαίο.

Η παρασκευή προφυλακτικού εμβολίου, βρίσκεται ακόμα στο πειραματικό στάδιο.

37

ΒΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ

Αθήνα 29 - 4 - 1983

Αριθ. Πρωτ.
Α1/4524

Ταχ. Δ/νση : Αριστοτέλους 17
Πληροφορίες: Χρ.Δεύτος,Ιατρός
Τηλέφωνο : 5221089

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής

ΘΕΜΑ:"Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)".-

ΣΧΕΤ:α) Το με αρ. 14/8-4-83 εβδομαδιαίο δελτίο της Π.Ο.Υ.
β) Μνημόνιο της Διεθνούς Ένωσης κατά των Αφροδισίων Νόσων και Τρεπονημάτων.-

Σας στέλνουμε συνημμένα μετάφραση των ανωτέρω σχετικών προς ενημέρωσή σας.-

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Θ.ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 2

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο Υφυπουργού κ.Γιάννη Φλώρου
3. Γραφείο Υφυπουργού κ.Μ.Περράκη
4. Όλες τις Δ/νσεις του Τομέα Υγεία στη Κεντρική Υπηρεσία
5. Δ/νση Δημ.Υγιεινής (30)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμημ/ρχης Γραμματείας

Σύντομο μνημόνιο στο Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (Σύνδρομο A.I.D.S.)

Από την I.U.A.V.D.T. (Διεθνής Ένωση κατά των Αφροδισίων Νόσων και των Τρεπονημάτων).

- NAIROBI MARCH 17 1983

1.- Αιτιολογικός Παράγων

Δεν έχει ακόμα καθορισθεί

2. Μετάδοσης

Ομοιάζει στενά αυτή της Ηπατίτιδος Β.

3. Χρόνος επωάσεως

Κατά προσέγγιση πάνω από 15 μήνες

4. Συμπτώματα

4.1. Γενικά συμπτώματα (όχι αρκετά για τη διάγνωση)

- Γενικευμένη κακουχία
- Απώλεια συγκέντρωσης
- Ασταθής διάρροια
- Απώλεια βάρους
- Μετρία άνοδος της θερμοκρασίας
- Γενικευμένη Λεμφαδενοπάθεια
- Πολύ αυξημένη ταχύτητα καθιζήσεως

4.2. Ειδικοί Παράμετροι (Χαρακτηριστικές για τη διάγνωση)

- Σοβαρή εξασθενημένη κυτταρική ανοσία με αναστροφή της Φυσιολογικής αναλογίας των Τ-βοηθητικών - Τ- ανασταλτικών κυττάρων
- Η χυμική ανοσο-απάντησης δεν επηρεάζεται.

4.3. Άλλα συνδεόμενα συμπτώματα

- Σάρκωμα KAPOSI, μολυσματικές μορφές περιλαμβάνουσες άτυπες εκδηλώσεις.
- Λοίμωξη από Μεγαλοκυτταρικό ιό
- Πνευμονία οφειλομένη σε PNEUMONOKYSTES CARINII
- Απλός Έρπης, σοβαρός και ευρέως διάσπαρτες μορφές
- Άτυπη λοίμωξη από Μυκοβακτηρίδια
- Καντιντίαση, διάχυτες μορφές
- Τοξοπλάσμωση, σοβαρές και άτυπες μορφές
- Διάφοροι τύποι κακοήθων νόσων περιλαμβάνουσες το λέμφωμα
- Όλες οι άλλες εκδηλώσεις της ανεπάρκειας των Τ-κυττάρων.

.//.

4.4. Συμπαρομαρτούντα ευρήματα

Ομοφυλόφιλοι ασθενείς συχνά δείχνουν σημαδεμένοι από Ηπατίτιδα Β και ορολογικά αντιδρώσα -
Σύφιλη παλαιά ή μερικές φορές ενεργό λοίμωξη.

5.- Πορεία

Ο θάνατος συχνά συμβαίνει από ευκαιριακές λοιμώξεις σαν αυτές που μνημονεύονται κάτω από το 4.3.

6.- Θεραπεία

Η θεραπεία συνίσταται συνήθως από τα φάρμακα των ευκαιριακών λοιμώξεων και την υποστηρικτική φροντίδα.

Πολλαπλά ανοσο-διεγερτικά μέτρα είναι προσφάτως κάτω από κλινική εκτίμηση.

7.- Μέτρα Δημόσιας Υγείας

-Απομόνωσης του ασθενούς
-Καθορισμός όλων των διαθέσιμων επαφών τουλάχιστον για 15 μήνες
-Συνεχής παρατήρηση των επαφών (η κατάστασις ανοσίας θα πρέπει να εκτιμάται σε κατάλληλα χρονικά διαστήματα)
-Έλεγχος ρουτίνας των αιμοδοτών.-

(Απόδοση στην Ελληνική από τον ιατρό Χρήστο Μ. Δεύτο)

ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS)
W.H.O. (WER 8 APRIL 1983 No 14)

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ Π.Ο.Υ.
(Επιδημιολογικό δελτίο 8-4-83 No 14)

Η.Π.Α. Μεταξύ της 1ης Ιουνίου 1981 και της 15ης Σεπτεμβρίου 1982 ανάφέρθηκαν 593 περιπτώσεις συνδρόμου επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) περιλαμβάνονται 243 θάνατοι.
Η ανάλυση των αναφερθέντων περιπτώσεων με το σύνδρομο AIDS δείχνει ότι το 51% είχαν πνευμονία από PNEUMONOCYSTIS CARINII χωρίς Σάρκωμα KAPOSI (KS) (με ή χωρίς άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις προβλεπόμενες από τη κυτταρική ανοσοανεπάρκεια). Το 30% είχε σάρκωμα KAPOSI (KS) χωρίς πνευμονία από P. CARINII (με ή χωρίς άλλη ευκαιριακή λοίμωξη), το 7% είχε και τα δύο πνευμονία από P.CARINII και σάρκωμα KAPOSI. Ο συνολικός δείκτης θνησιμότητος για περιπτώσεις πνευμονίας P. CARINII χωρίς σάρκωμα KAPOSI (47%) ήταν περισσότερο από το διπλάσιο για περιπτώσεις του σαρκώματος KAPOSI χωρίς πνευμονία από P.CARINII (21%) ενώ ο δείκτης για περιπτώσεις αμφοτέρων πνευμονίας P.CARINII και σαρκώματος KAPOSI ήταν (68%), περισσότερο από το τριπλάσιο μεγαλύτερος. Ο δείκτης θνησιμότητος για άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις χωρίς ούτε σάρκωμα KAPOSI ούτε πνευμονία από P.CARINII ήταν (48%).
Η επίπτωση του AIDS συνδρόμου από την ημερομηνία διάγνωσης (θεωρώντας ένα σχεδόν σταθερό πληθυσμό σε κίνδυνο) πρόχειρα έχει διπλασιαστεί κάθε μισό χρόνο από το δεύτερο εξάμηνο τοι 1979. Κατά μέσον όρο 1 ως 2 περιπτώσεις τώρα διαγιγνώσκονται κάθε μέρα.
Σχεδόν το 80% των αναφερθέντων περιπτώσεων στις Η.Π.Α. συγκεντρώθηκαν σε περιοχές 6 μητροπόλεων, βασικά στις ανατολικές και δυτικές ακτές της χώρας. Αυτή η διασπορά δεν ήταν απλά μια αντανάκλαση του μεγέθους του πληθυσμού σ'αυτές τις περιοχές, για παράδειγμα ο αριθμός των αναφερθέντων περιπτώσεων στο εκατομμύριο στη Νέα Υόρκη και στο Σαν Φρατζίσκο ήταν πρόχειρα 10 φορές μεγαλύτερος από αυτόν ολόκληρης της χώρας. Οι 593 περιπτώσεις αναφέρθηκαν μέσα

./.

στους κατοίκους 27 πολιτειών και στη περιφέρεια της COLUMBIA. Επιπρόσθετα έγγραφα έχουν συλλεγεί για 41 περιπτώσεις από 10 ξένες χώρες.
Κατά προσέγγιση το 75% των περιπτώσεων του συνδρόμου αυτού συνέβησαν μεταξύ αρρένων ομοφυλόφιλων ή αμφοτερόφιλων μεταξύ των οποίων η αναφερομένη επίπτωση αυτών που χρησιμοποιούσαν ναρκωτικά ενδοφλέβια ήταν περίπου .12%. Ανάμεσα στο 20% των γνωστών περιπτώσεων ετεροφίλων (άνδρες και γυναίκες) η επίπτωση των χρησιμοποιούντων ενδοφλέβια ναρκωτικά ήταν περίπου 60%. Οι Αϊτηνοί που κατοικούν στις Η.Π.Α. αποτελούσαν το 6,1% όλων των περιπτώσεων και το 50% από τις περιπτώσεις στις οποίες ήταν αρνητικοί σε αμφότερες ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών και ομοφυλόφιλη δράση.
Μεταξύ 14 περιπτώσεων του συνδρόμου (AIDS) περιλαμβάνονται άρρενες κάτω των 60 ετών που δεν ήταν ομοφυλόφιλοι, δεν χρησιμοποιούσαν ναρκωτικά ενδοφλέβια ή δεν ήταν Αϊτηνοί, 2 (14%) είχαν αιμορροφιλία.

Εκδοτική σημείωση: Τα κέντρα ελέγχου των νόσων (CDC) προσδιορίζουν μια περίπτωση συνδρόμου AIDS σαν νόσο τουλάχιστον μέτρια προβλέψιμη της έλλειψης κυτταρικής ανοσίας, που συμβαίνει στο άτομο με άγνωστη αιτία για μειωμένη αντίσταση σαυτή τη νόσο. Τέτοιες νόσοι περιλαμβάνουν το σάρκωμα KAPOSI, την πνευμονία από P.CARINII και σοβαρές άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις (τέτοιες λοιμώξεις περιλαμβάνουν πνευμονία, μηνιγγίτιδα, ή εγκεφαλίτιδα οφειλόμενη σε ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα ασπεργίλλωση, κρυπτοκόκκωση, μεγαλοκυτταροϊός, νονιαρδίωση, στρογγυλοειδωση, τοξοπλάσμωση, ζυγομύκωση, ή άτυπη μυκοβακτηρίωση (άλλα είδη από φυματίωση ή λέπρα), οισοφαγίτις οφειλομένη σε καντιντίαση, μεγαλοκυτταροϊός ή απλός έρπης, προοδευτική πολυεστιακή λευνιοεγκεφαλοπάθεια, χρονία εντεροκολίτιδα (περισσότερο από 4 εβδομάδες) οφειλόμενη σε κρυπτοσποριδίωση ή ασυνήθηστα εκτεταμένο βλεννογονοδερματικό απλό έρπη διάρκειας περισσότερο από 5 εβδομάδες).
Οι διαγνώσεις μελετώνται για να βάλουν τον ορισμό της περίπτωσης μόνο αν βασίστηκε σε αρκετά αξιόπιστες μεθόδους (γενικά ιστολογία ή καλλιέργεια). Εν τούτοις ο ορισμός αυτής της περίπτωσης μπορεί να μην περιλαμβάνει ολόκληρο το φάσμα των εκδηλώσεων του συνδρόμου AIDS που μπορεί να κυμαίνεται από απουσία συμπτωμάτων (παρά την εργαστηριακή μαρτυρία της ανοσοανεπάρκειας) σε μη ειδικά συμπτώματα (π.χ. πυρετός, απώλεια βάρους, γενικευμένη επίμονος λεμφα-

δενοπάθεια) σε ειδικές νόσους που είναι ανεπαρκώς προβλέψιμη η κυτταρική ανοσοανεπάρκεια να περιλαμβάνονται στη παρακολούθηση της επίπτωσης (π.χ. φυματίωση, στοματική καντιντίαση, έρπης ζωστήρ) σε κακοήθη νεοπλάσματα αυτής της αιτίας σαν αποτέλεσμα από την ανοσοανεπάρκεια.

Αντιστρόφως, μερικοί ασθενείς που θεωρούνται περιπτώσεις συνδρόμου AIDS επί τη βάσει των νόσων, μόνο μέτρια προβλεπόμενη κυτταρική ανοσοανεπάρκεια μπορεί να μην είναι πραγματικά ανοσοανεπάρκεια και μπορεί να μη παίρνουν μέρος στη τρέχουσα επιδημία. Η απουσία αξιόπιστων, φθηνών, ευρέα διαθέσιμων δοκιμασιών για το σύνδρομο AIDS εν τούτοις μπορεί να κάνει τον ορισμό της επεξεργαζόμενης περίπτωσης τον καλύτερο διαθέσιμο σήμερα για να παρακολουθείται η επίπτωση του συνδρόμου.

Οι επιδημιολογικές παρατηρήσεις όλο και περισσότερο δείχνουν ότι το σύνδρομο AIDS προκαλείται από ένα λοιμογόνο παράγοντα. Αναφορά από σύμπλεγμα σεξουαλικά συνδεομένων ασθενών με σύνδρομο AIDS μεταξύ ομοφυλόφιλων αρρένων έδειξε ότι ένας παράγων θα μπορούσε να μεταδίδεται σεξουαλικά ή δια μέσου άλλης στενής επαφής. Επιπλέον περιπτώσεις κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας αναφέρθηκαν σε δύο γυναίκες με κανένα άλλο επί μέρους επικίνδυνο παράγοντα από σύνδρομο AIDS παρά σταθερά σεξουαλική σχέση με άνδρες με το σύνδρομο AIDS.

Από τον Ιούνιο 1981 έχουν ληφθεί αναφορές από 43 προηγουμένως υγιείς γυναίκες που ανέπτυξαν πνευμονία από P.CARINII ή άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις τυπικές του συνδρόμου AIDS. Από αυτές τις 43 ασθενείς, οι 13 δεν είχαν καθόλου επί μέρους τον επικίνδυνο παράγοντα του συνδρόμου AIDS και μεταξύ αυτών 5 αναφέρθηκαν να είναι σταθεροί σεξουαλικοί σύντροφοι ανδρών που χρησιμοποιούσαν ναρκωτικά ενδοφλέβια. Αν και κανείς από τους άρρενες συντρόφους δεν είχε φανερή αρρώστεια που να δείχνει το σύνδρομο AIDS, ανοσολογικές μελέτες δειγμάτων αίματος από ένα εκ των ανδρών έδειξαν ανωμαλίες της αντιπόκρισης του πολλαπλασιασμού των λεμφοκυττάρων. Κατανοητά αυτοί οι άρρενες που χρησιμοποιούν ναρκωτικά είναι φορείς ενός λοιμογόνου παράγοντα που δεν τους κατέστησε αρρώστους αλλά προξένησε το σύνδρομο AIDS στις μολυσμένες γυναίκες σεξουαλικές συντρόφους τους.

Έως τις 4 Μαρτίου 1983 πάνω από 1.200 περιπτώσεις συνδρόμου AIDS έχουν αναφερθεί στο (CDC) Κέντρο ελέγχου των νόσων από 34 πολιτείες την περιφέρεια της COLUMBIA και 15 ξένες χώρες.

.//.

Πάνω από 450 άτομα έχουν πεθάνει από το σύνδρομο AIDS και ο δείκτης περιπτώσεως θνητότητος υπερβαίνει το 60% για περιπτώσεις που διαγνώστηκαν προηγουμένως το πρώτο πάνω από ένα χρόνο. Οι αναφορές έχουν αυξηθεί βαθμιαία σε αριθμό από 1 περίπου περίπτωση αναφερομένη ανά μέρα στη διάρκεια του 1981 σε 3-4 ημερησίως στα τέλη του 1982 και στην αρχή του 1983.

Επιδοτικό σχόλιο: Το σύνδρομο AIDS προκαλεί το αυξανόμενο ενδιαφέρον μεταξύ των επιστημονικών κοινοτήτων αλλά η πραγματική του σημασία για τη Δημόσια Υγεία πρέπει ακόμα να υπολογισθεί. Η Π.Ο.Υ. θα μπορούσε να υποδεχθεί επομένως πληροφορία που καταγράφθηκε από τις Διευθύνσεις Υγείας και τα Ινστιτούτα επί αυτής της καταστάσεως Η αλληλογραφία για αυτό το θέμα θα πρέπει να απευθύνεται είτε στον Διευθυντή της Δ/νσης των Μεταδοτικών Νοσημάτων ή στον επικεφαλής της Μονάδος των Βακτηριακών και Αφροδισίων Λοιμώξεων: WHO, 1211 GENEVA 27, SWITZERLAND.

Το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης της Π.Ο.Υ. (Κοπεγχάγη) έχει αρχίσει ένα εθελοντικό σύστημα επαγρύπνησης του συνδρόμου AIDS για τις χώρες μέλη του. Περιοδικές αναφορές αυτών των ανακοινώσεων θα παρουσιάσει στα επιδημιολογικά δελτία της η Π.Ο.Υ..-

(Απόδοση στην Ελληνική από τον ιατρό Χρήστο Μ.Δεύτο).

ΕΣ ΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΜΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 2 Απριλίου 1985

Αριθ.Πρωτ.
Α1/οικ.3130

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222393

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής Έδρες τους.

ΘΕΜΑ: Πορεία Συνδρόμου ΣΕΑΑ στην Ευρώπη.
ΣΧΕΤ: Το με αρ.12/22-3-85 εβδομαδιαίο δελτίο της ΠΟΥ.

Συνεχίζοντας την ενημέρωσή σας σχετικά με την πορεία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ ή AIDS) σας στέλνουμε συνημμένα περιληπτική μετάφραση της ετήσιας έκθεσης του Κέντρου Αναφοράς του Περιφερειακού Γραφείου της ΠΟΥ, για την Ευρώπη, που λειτουργεί στο Ινστιτούτο Ιατρικής και Επιδημιολογίας των Τροπικών Νόσων στο Νοσοκομείο CLAUDE BERNARD των Παρισίων.-

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 1

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Θ ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1.Γραφ.κ.Υφυπουργού
2.Όλες τις Δ/σεις του τομέα Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία.
3.Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
4.Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (20)

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1.Δ/νση Επιθεωρήσεως
Αχαρνών 96 Τ.Κ.104 34 ΕΝΤΑΥΘΑ
2.Δ/νση Επιθεωρήσεως Υγείας και Πρόνοιας
Βορείου Ελλάδας - Διοικητήριο Θεσ/νίκης Τ.Κ.541 23 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ
3.Κέντρα Αιμοδοσίας.
α. Γεν.Νοσ.Αθηνών
β. Ιπποκράτειο Γεν.Νοσ.Αθηνών
γ.Λαϊκό Πενικό Νοσ.Αθηνών.
δ. Άγιος Παντελεήμων Γεν.Νοσ.Πειραιά.
ε. ΑΧΕΠΑ Γεν.Νοσ.Θεσ/νίκης
στ.ΙΚΑ Πειραιώς 64 ΑΘΗΝΑ
ζ.Δρακοπούλειο Αλκιβιάδου 4 ΑΘΗΝΑ

4. Σταθμοί Αιμοδοσίας

α. Νέας Ιωνίας "Αγία Όλγα"
β. Τζάνειο Πειραιά.
γ. Παίευτήριο Αλεξάνδρα
δ. Θεραπευτήριο Ευαγγελισμός
ε. Νοσ. Παίδων "Αγία Σοφία"
στ. ΚΑΤ
ζ. Ιπποκράτειο Γεν. Νοσ. Θεσσαλονίκης
η. Αγρινίου Γενικό Νοσοκομείο
θ. Αιγίου Γενικό Νοσοκομείου
ι. Αλεξανδρουπόλεως Γενικό Νοσοκομείο
ια. Αμαλιάδας Γενικό Νοσοκομείο
ιβ. Αμφισσας Γεν. Νοσοκομείο
ιγ. Άργους Γενικό Νοσοκομείο
ιδ. Άρτας Γενικό Νοσοκομείο
ιε. Βέροιας Γενικό Νοσοκομείο
ιστ. Ρόδου Δωδεκανήσου Γενικό Νοσοκομείο
ιζ. Διδυμοτείχου Γενικό Νοσοκομείο
ιη. Δράμας Γενικό Νοσοκομείο
ιθ. Έδεσσας Γενικό Νοσοκομείο
κ. Ζακύνθου Γενικό Νοσοκομείο
κα. Ηρακλείου Γενικό Νοσοκομείο
κβ. Ιεράπετρας Γενικό Νοσοκομείο
κγ. Ιωαννίνων Γενικό Νοσοκομείο
κδ. Καβάλας Γενικό Νοσοκομείο
κε. Καλαμάτας Γενικό Νοσοκομείο
κστ. Καρδίτσας Γενικό Νοσοκομείο
κζ. Καρπενησίου Γενικό Νοσοκομείο
κη. Καστοριάς Γενικό Νοσοκομείο
κθ. Κατερίνης Γενικό Νοσοκομείο
λ. Κερκύρας Γενικό Νοσοκομείο
λα. Κεφαλληνίας Γενικό Νοσοκομείο
λβ. Κιλκίς Γενικό Νοσοκομείο
λγ. Κοζάνης Γενικό Νοσοκομείο
λδ. Κομοτηνής Γενικό Νοσοκομείο
λε. Κορίνθου Γενικό Νοσοκομείο
λστ. Κυπαρισσίας Γενικό Νοσοκομείο
λζ. Κώ Γενικό Νοσοκομείο

//.

Λοιμώξεις Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ ή AIDS) στην Ευρώπη.

Μέχρι τις 31-12-84 17 Ευρωπαϊκές χώρες (Αγγλία, Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Ομόσπονδος Δημοκρατία της Γερμανίας, Δανία, Ελβετία, Ελλάδα, Ισλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Νορβηγία, Ολλανδία, Πολωνία, Σουηδία, Τσεχοσλοβακία και Φινλανδία) δήλωσαν στο Κέντρο Αναφοράς της ΠΟΥ 762 περιπτώσεις ΣΕΑΑ εκ των οποίων οι 376 ή τα 49% υπήρξαν θανατηφόροι.

Μέχρι το 1981 δηλώθηκαν 18 κρούσματα, το 1981 25, το 1982 47, το 1983 235 και τα υπόλοιπα το 1984.

Εκ των 762 περιπτώσεων οι 484 (64%) εμφάνισαν κλινική εικόνα ευκαιριακής λοιμώξεως, 151 (20%) σαρκώματος KAPOSI, 121 (16%) ευκαιριακής λοιμώξεως και σαρκώματος KAPOSI και 6 διάφορα άλλα συμπτώματα.

Ενόσησαν 702 άρρενες και 60 θήλεις.

Από τους προσβληθέντες εξ ευκαιριακής λοιμώξεως έθαναν τα 55%, εκ σαρκώματος KAPOSI τα 24% και τα 60% εξ εκείνων που παρουσίασαν ευκαιριακή λοίμωξη μαζί με σάρκωμα KAPOSI.

Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων 353 (46%) εμφανίστηκε επί ατόμων ηλ. 30-39 ετών, ακολουθούμενος από τις ομάδες 40-49 (196 περιπτώσεις ή 26%) και 20-29 (137 ή 18%).

Ενόσησαν ακόμα 45 άτομα ηλ. 50-59 ετών, 7 άνω των 60, 6 έφηβοι και 4 βρέφη. Δεν σημειώθηκε κανένα κρούσμα στην ομάδα ηλ. 1-9 και σε 11 περιπτώσεις δεν αναφέρθηκε η ηλικία.

Τα 605 (80%) σημειώθηκαν επί Ευρωπαίων, τα 24 (3%) επί υπηκόων των νήσων της Καραϊβικής πουζούσαν στην Ευρώπη (18 ήσαν από την Αϊτή), τα 111 (15%) επί Αφρικανών διαμενόντων στην Ευρώπη και σε 22 περιπτώσεις δεν διαπιστώθηκε η εθνικότητα.

Εκ των Ευρωπαίων οι 27 (4%) πριν από την εκδήλωση της νόσου ζούσαν σε άλλες χώρες (6 στις ΗΠΑ, 4 στο Ζαΐρ, 3 στην Αϊτή, ανά 1 στις Βερμούδες, Μπουρούντι, Γκαμπόν, Γκάνα, Νικαράγουα, Νότιο Αφρική και Τόγκο) και σε 6 δεν διαπιστώθηκε με ακρίβεια ο τόπος της προηγούμενης διαμονής τους.

Τα 9% των Καραϊβίνων και η πλειονότητα των Αφρικανών ζούσαν στην Ευρώπη πριν από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων.

Εκ των 762 περιπτώσεων οι 537 αφορούσαν ομοφυλόφιλους ή άτομα που είχαν σεξουαλικές σχέσεις και με τα δύο φύλα, 11 τοξικομανείς, 20 αιμορροφιλικούς, 11 ανέφεραν μετάγγιση αίματος και σε 183 δεν προσδιορίστηκε ο παράγοντας κινδύνου.-

ς Γενικό Νοσοκομείο
σας Γενικό Νοσοκομείο
ιδιάς Γενικό Νοσοκομείο
κάδος Γενικό Νοσοκομείο
ειλήνης Γενικό Νοσοκομείο
ρυσας Γενικό Νοσοκομείο
ίνθης Γενικό Νοσοκομείο
ατρών Γενικό Νοσοκομείο
Δέρβεζας Γενικό Νοσοκομείο
ιδρου Γενικό Νοσοκομείο
Ρεθύμνης Γενικό Νοσοκομείο
.Σάμου Γενικό Νοσοκομείο
.Σερρών Γενικό Νοσοκομείο
α.Σπάρτης Γενικό Νοσοκομείο
νβ.Σύρου Γενικό Νοσοκομείο
νγ.Τρικάλων Γενικό Νοσοκομείο
νδ.Τριπόλεως Γενικό Νοσοκομείο
νε.Φλώρινας Γενικό Νοσοκομείο
νστ.Χαλκίδας Γενικό Νοσοκομείο
νζ.Χανίων Γενικό Νοσοκομείο
νη.Χίου Γενικό Νοσοκομείο
νθ."Ελπίς" Δημ.Νοσοκομείο Αθηνών.
ξ.Αρεταίειο Νοσ.Αθηνών.
ξα.Νοσηλευτικό Ίδρυμα Εκκλησίας της Ελλάδας
ξβ.Θεαγένειο Θεσ/νίκης
ξγ.Το Θεραπευτήριο ΙΚΑ Θεσ/νίκης.

5. Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Αιμοδοσίας.

α. Νοσοκομείο Παίδων "Αγλαΐας Κυριακού"
β.Διαγωνστικό Ινστιτούτο Μεταξά Πειραιά
γ. Γεν.Νοσ.Βορείου Αττικής
δ. Νοσοκομείο "Γεώργιος Παπανικολάου"Θεσ/νίκης.
ε. Νοσοκομείο Παίδων Πατρών "Η.ΚΑΡΑΪΑΝΔΑΝΗ"
στ. Νοσοκομείο Λήμνου
ζ. Νοσοκομείο Άγιος Σάββας
η.Παιευτήριο Μαρίκα Ηλιάδη
θ.Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού
ι.Παμμακάριστος
ια.Νοσοκομείο Ε.Ε.Σ.
ιβ.Νοσοκομείο Ε.Ε.Σ.Ασκληπιείο Βούλας
ιγ.Νοσοκομείο ΙΚΑ " Η Πεντέλη"
ιδ.Νοσηλευτικό Ίδρυμα Σισμανόγλειο.

Θεωρήθηκε γιατην ακρίβεια
Ο Τμημ/ρχης Γραμματείας

Μ/Μ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΑΘΗΝΑ 11 Μαρτίου 1985
Αρ.Πρωτ. Α1/2257

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Πληροφορίες: Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222343

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεις και Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμ/των Αττικής.

ΘΕΜΑ: Κρούσματα Σ.Ε.Α.Α. στην Αυστραλία.

ΣΧΕΤ: Το με αρ. 9 εβδομαδιαίο δελτίο της Π.Ο.Υ.

Συνεχίζοντας την ενημερωσή σας για την πορεία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (Σ.Ε.Α.Α. ή AIDS) ανά τον κόσμο σας στέλνουμε σημειωμένα μετάφραση της ανακοινώσεως προς την Π.Ο.Υ. της Αυστραλίας.

Συνημμένα : (1)

Η Διευθυντής

Θ.Στεφάνου

Εσωτερική Διανομή:

1. Γραφ.κ.Υφυπουργού
2. Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγείας της Κεντρικής Υπηρεσίας.
3. Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων.
4. Δ/νση Δημ.Υγιεινής (20)

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Δ/νση Επιθεωρήσεως Αχαρνών 96 Τ.Κ. 104 34
2. Δ/νση Επιθεωρήσεως Υγείας και Πρόνοιας Βορείου Ελλάδος Διοικητήριο Θεσ/νίκης Τ.Κ. 541 23

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμημ/χης Γραμματείας.

Κρούσματα Συνδρόμου

Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας

στην Αυστραλία

Στην Αυστραλία μέχρι τις 13 Φεβρουαρίου 1985 είχαν αξιολογηθεί 53 κρούσματα Σ.Ε.Α.Α (AIDS) επ των οποίων τα 18 υπήρξαν θανατηφόρα.

Τα ανωτέρω αφορούν την χρονική περίοδο 1 Ιουλίου 1983-13 Φεβρουαρίου 1985 και κατανέμοντας κατά περιοχές της Αυστραλίας όπως φαίνεται στον κατωτέρω πίνακα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ

Περιπτώσεις Σ.Ε.Α.Α μεταξύ 1.7.83 - 13.2.85

Πολιτείες	Αριθμός	Θάνατοι
Νέα Νότια Ουαλλία	37	7
Βικτώρια	10	7
Δυτική Αυστραλία	2	-
Κουήναϊλαντ	4	4
Σ ύ ν ο λ ο	53	18

Ε Σ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 14 Φεβρουαρίου 1985

Αριθ.Πρωτ
Α1/οικ.1664

Ταχ.Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.κώδικας: 101 87
Πληροφορίες: Γρ.Δ/ντή
Τηλέφωνο: 5222393

ΠΡΟΣ: Όλες τις Δ/νσεως ή Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής. Έδρες τους

ΘΕΜΑ: Μελέτη του Συνδρόμου Σ.Ε.Α.Α. στην Ελλάδα.

ΣΧΕΤ: ΜΜ6/12/1984.

Σας στέλνομε συνημμένα, για ενημέρωσή σας, περίληψη των μελετών που έγιναν στη χώρα μας, σχετικά με τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ ή AIDS)" από το Εργαστήριο της Έδρας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, ομάδα Ειδικών επιστημόνων και τη Δ/νσή μας.-

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: 1

Θ ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1.Γραφ.κ.Υφυπουργού
2.Όλες τις Δ/νσεις του τομέα Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία.
3.Δ/νση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
4.Δ/νση Επιθεωρήσεως Αχαρνών 96 104 34 ΕΝΤΑΥΘΑ
5.Δ/νση Επιθεωρήσεως Βορ.Ελλάδος Θεσ/νίκη
6.Έδρα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής ΥΣΑ Λ Αλεξάνδρας 196 ΕΝΤΑΥΘΑ
7.Δ/νση Δημοσίας Υγιεινής (30)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμημ/ρχης Γραμματείας

3. ΚΕΝΤΡΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

1. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ" ΓΕΝ.ΝΟΣ.ΑΘΗΝΩΝ
2. ΓΕΝΙΚΟ "ΛΑΙΚΟ" " " "
3. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
4. "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ
5. "ΑΧΕΠΑ" ΓΕΝ.ΝΟΣ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
6. Ι.Κ.Α. Πειραιώς 64 ΑΘΗΝΑ ÷
7. "ΔΡΑΚΟΠΟΥΛΕΙΟ" Ε.Ε.Σ. Αλκιβιάδου 4 -ΑΘΗΝΑ ÷

4. ΣΤΑΘΜΟΙ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

1. Ν.ΙΩΝΙΑΣ "Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ"
2. ΤΖΑΝΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ
3. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"
5. ΝΟΣ. ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"
6. Κ.Λ.Τ.
7. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ" ΓΕΝ.ΝΟΣ.ΘΕΣ/ΚΗΣ
8. ΑΓΡΙΝΙΟΥ ΓΕΝ. ΝΟΣ/ΜΕΙΟ
9. ΑΙΓΙΟΥ " "
10. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ "
11. ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ " "
12. ΑΜΦΙΣΣΑΣ " "
13. ΑΡΓΟΥΣ " "
14. ΑΡΤΑΣ " "
15. ΒΕΡΟΙΑΣ " "
16. ΡΟΔΟΥ " "
17. ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ "
18. ΔΡΑΜΑΣ " "
19. ΕΔΕΣΣΑΣ " "
20. ΖΑΚΥΝΘΟΥ " "
21. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ" "
22. ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ "
23. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ" "
24. ΚΑΒΑΛΑΣ " "
25. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ" "
26. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ" "
27. ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ "
28. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ" "
29. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ" "
30. ΚΕΡΚΥΡΑΣ " "
31. ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ ΓΕΝ.ΝΟΣ/ΜΕΙΟ
32. ΚΙΛΚΙΣ " "
33. ΚΟΖΑΝΗΣ " "
34. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ " "
35. ΚΟΡΙΝΘΟΥ " "
36. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ " "
37. ΚΩ " "
38. ΛΑΜΙΑΣ " "
39. ΛΑΡΙΣΑΣ " "
40. ΛΕΒΑΔΕΙΑΣ " "
41. ΛΕΥΚΑΔΑΣ " "
42. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ " "
43. ΝΑΟΥΣΑΣ " "
44. ΞΑΝΘΗΣ " "
45. ΠΑΤΡΩΝ " "
46. ΠΡΕΒΕΖΑΣ " "
47. ΠΥΡΓΟΥ " "
48. ΡΕΘΥΜΝΗΣ " "
49. ΡΟΔΟΥ " "
50. ΣΑΜΟΥ " "
51. ΣΕΡΡΩΝ " "
52. ΣΠΑΡΤΗΣ " "
53. ΣΥΡΟΥ " "
54. ΤΡΙΚΑΛΩΝ " "
55. ΤΡΙΠΟΛΗΣ " "
56. ΦΛΩΡΙΝΑΣ " "
57. ΧΑΛΚΙΔΑΣ " "
58. ΧΑΝΙΩΝ " "
59. ΧΙΟΥ " "
60. "ΕΛΠΙΣ" ΔΗΜΟΤ.ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ
61. "ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ" ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ÷
62. ΝΟΣΗΛ.ΙΔΡΥΜΑ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ÷
63. "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ" ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ ÷
64. 1ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΙΚΑ ΘΕΣ/ΚΗΣ ÷

5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

1. Ν/ΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "ΑΓΛΑΙΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ"
2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ "ΜΕΤΑΞΑ" ΠΕΙΡΑΙΑ
3. ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
4. ΝΟΣ/ΜΕΙΟ "ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ" ΘΕΣ/ΚΗΣ
5. ΝΟΣ/ΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ "Μ.ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΗ"
6. ΝΟΣ/ΜΕΙΟ ΛΗΜΝΟΥ
7. ΝΟΣ/ΜΕΙΟ "ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ" ÷
8. " "ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ" ÷
9. " Μ.Τ. ΣΤΡΑΤΟΥ ÷
10. " "ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ" ÷
11. " Ε.Ε.Σ."ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ"
12. " Ε.Ε.Σ. ÷
13. " ΙΚΑ "Η ΠΕΝΤΕΛΗ" ÷
14. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ"ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙ

Σημ.÷ Ιδρύματα Ιδιωτικού Δικαίου και Ιδρύματα που δεν υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ/τος 2592/53.

Πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.

1.Ρετροϊοί. Οι ρετροϊοί είναι RNA ιοί, που έχουν την μοναδική ιδιότητα να αναπαράγονται με την μεταφορά των γενετικώς πληροφοριών από το RNA στο DNA λόγω της υπάρξεως ειδικής DNA πολυμεράσης, που εξαρτώνται από RNA (αντίστροφη τρανσκριπτάδη). Με αυτό τον τρόπο μπορεί να ενσωματωθούν στο DNA του κυττάρου στόχου με συνέπεια πολλοί ρετροϊοί να είναι ογκογόνοι στα διάφορα ζώα και στον άνθρωπο.

Πρόσφατα έχουν ενοχοποιηθεί σαν πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας που προσβάλλει ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου.

Η αρχική μόλυνση αφορά μόνο ωρισμένα βοηθητικά Τ-λεμφοκύτταρα (Τ4). Η παραγωγή του ιού και η εξάπλωσή του εξαρτάται από την επαναλαβανομένη ενεργοποίηση των Τ4 λεμφοκυττάρων από διάφορους αντιγονικούς διεγέρτες.

Αυτό γίνεται με αντιγονικούς ερεθισμούς, από πολλές μεταγγίσεις παραγώγων αίματος, λεμφοκυττάρων ή απορροφήσεις σπέρματος, καθώς και από επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις από βακτηρίδια, παράσιτα και ιούς στους περισσότερους ασθενείς με ΣΕΑΑ (AIDS).

Η ανακάλυψη μεθόδων απομονώσεως του ιού του λεμφικού συνδρόμου (LAV) που ενοχοποιείται σήμερα σαν αιτιολογικός παράγοντας του ΣΕΑΑ (AIDS) και η δυνατότητα της ανιχνεύσεως των σχετικών αντισωμάτων συνέβαλε ουσιαστικά στη μελέτη του AIDS.

Ελπίζεται ότι, σύντομα θα συμβάλλει και στην προφύλαξη αλλά και την θεραπευτική του αντιμετώπιση (Γ.Καλλίνικος, Γ.Παπαευαγγέλου, Αθήνα 1984).

Ορολογικές μέθοδοι αντχνεύσεως αντισωμάτων έναντι των ρετροϊών.

Ο ιός LAV . ΙΗ TLV - III (1) έχει συσχετισθεί αιτιολογικά με το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ ή AIDS).

---

(1) LAV (LYMPHADENOPATHY ASSOCIATED VIRUS)
HTLY (HUMAN T-LEUKEMIN VIRUS)

./.

Σ'αυτό βοήθησε σημαντικά η ανάπτυξη ευαισθήτων ορολογικών μεθόδων ανιχνεύσεως της λοιμώξεως από LAV/HTLV - III.
Η ανοσοενζυματική μέθοδος ELISA θεωρείται η περισσότερο ειδική, ευαίσθητη και εφαρμόσιμη μέθοδος στην καθ'ημέρα πράξη.
Η μέθοδος του ανοσοφθορισμού είναι λιγώτερο ειδική γιατί έχει διασταυρούμενες αντιδράσεις προς τους ιούς HTLV-I και II (2).
Αντίθετα η ραδιοανασοϊζηματική μέθοδος RIPA και η WESTERNBLOTTING είναι πολύ περισσότερο ειδικές γιατί ανιχνεύουν ειδικά χαρακτηριστικά πρωτεϊνικά συστατικά του ιού, αλλά δεν προσφέρονται για την καθ'ημέρα πράξη.
Η μέθοδος ανίχνεύσεως εξουδετερωτικών αντισωμάτων εφαρμόζεται προς το παρόν μόνο ερευνητικά και η διαγνωστική της αξία δεν έχει ακόμα εκτιμηθεί (Γ.Καλλίνικος, Γ.Παπαευαγγέλου, Αθήνα 1984).

3. Αντισώματα έναντι του Ρετροϊού του Λεμφαδενικού Συνδρόμου (LAV) σε ασθενείς που διαγνώσθηκαν στην Ελλάδα με ΣΕΛΑ (AIDS).

Η πιθανή συσχέτιση του Ρετροϊού του Λεμφαδενικού Συνδρόμου (LAV) με το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΛΑ ή AIDS), του Λεμφαδενικού Συνδρόμου (LAS) και το Κλασσικό Σάρκωμα KAPOSI (KS) μελετήθηκε σε ασθενείς που διαγνώσθηκαν στην Ελλάδα. Χρησιμοποιήθηκαν η ανοσοενζυμική μέθοδος (ELISA) και η ραδιοανοσοϊζηματική (RIPA).
Αντισώματα έναντι του LAV βρέθηκαν σε όλους τους ασθενείς με ΣΕΛΑ (AIDS), σε ποσοστό 83,4% σε ασθενείς με Λεμφαδενικό Σύνδρομο (LAS) αλλά σε κανένα με κλασσικό σάρκωμα KAPOSI (KS).
Τα ευρήματα αυτά, επιβεβαιώνουν την πιθανή αιτιολογική συσχέτιση του LAV με ΣΕΛΑ (AIDS) και το επιδημικό σάρκωμα KAPOSI, που εμφανίζεται στις χώρες της Κεντρικής Αφρικής, Ευρώπης και Αμερικής.
Αντίθετα η διαπιστωθείσα για πρώτη φορά απουσία του LAV στο κλασσικό σάρκωμα KAPOSI αποδεικνύει τη διαφορετική του οντότητα κι αιτιολογία (Γ.Παπαευαγγέλου, Γ.Καλλίνικος, Ι.Οικονομίδου, Ε.Χωρέμη, Τ.Μανδαλάκη, Ι.Στρατηγός, Α.Ρουμελιώτου, Γ.Κοσμίδης, Δ.Μπιλάλης, Γ.Ηλιόπουλος, Θ.Στεφάνου, Αθήνα 1984).

---

(2) Ρετροϊοί της οικογένειας HTLV (HUMAN T-LEUKEMIA VIRUS).

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ Α΄

ταχ.Δ/νση:Αριστοτέλους 17
ταχ.κώδικας:101 87
Πληροφορίες:Β.Γραμματικούλη
τηλέφωνο:5247-06

Α.121

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΠΕΙΓΟΝ - ΣΥΝΤΟΜΟ

Αθήνα 9 - 8 - 1985

Αριθ.Πρωτ.ΥΠΚ.1380/οικ.37
ΕΓΚ. 3

ΠΡΟΣ: Τα Δ.Σ. των Νοσ/μείων
(όπως η συνημμένη κατάσταση)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής
Αριθ. Πρωτ. Α1 ΕΜΠ 125
Ημερ. Πρωτ. 14-8-85

ΘΕΜΑ : Σχετικά με το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).

Σχετικά με το παραπάνω θέμα σας πληροφορούμε τα εξής :

Το Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με αρ. ΥΠΚ/1266/οικ23/26-7-85 Εγκύκλιό του γνωστοποίησε στους κ.κ.Δ/ντές όλων των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας της Χώρας τις βασικές γραμμές του κειμένου σύστασης (RECOMMENDATION) για το AIDS, που ενέκρινε τον περασμένο Μάϊο η Επιτροπή Εμπειρογνωμόνων για την Αιμοδοσία και την Ανοσοαιματολογία του Συμβουλίου της Ευρώπης στο MANCHESTER της Αγγλίας.

Με την ίδια Εγκύκλιο δόθηκαν οδηγίες όσον αφορά την επιλογή των αιμοδοτών (αποκλεισμός ατόμων που ανήκουν σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου) και παράλληλα παρακλήθηκαν οι Προϊστάμενοι των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας να ενημερώσουν το Υπουργείο αν εφαρμόζουν ή έχουν τη δυνατότητα εφαρμογής του ελέγχου ανίχνευσης αντισωμάτων κατά του ιού HIV/HLB III.

Ανεξάρτητα όμως από το τι εφαρμόζεται μέχρι σήμερα, είναι γνωστό ότι πρέπει, με βάση και τα διεθνή δεδομένα, να αρχίσει ή γίνεται και στη Χώρα μας, έστω και σταδιακά σε πρώτη φάση, ανίχνευση αυτή στο εθελοντικά προσφερόμενο αίμα.

Μετά από αυτά, παρακαλούμε όπως, προκειμένου οι Υπηρεσίες Αιμοδοσίας των Νοσοκομείων σας να αρχίσουν ή να εξακολουθήσουν κανονικά τη διενέργεια ελέγχου ανίχνευσης αντισωμάτων κατά του ιού HIV/HLB III, φροντίσετε για την παροχή σ'αυτές κάθε αναγκαίας διευκόλυνσης. (Διάθεση χώρου, προμήθεια αντιδραστηρίων, φύλαξη εντελώς απαραίτητου προσωπικού, κατάλληλη εκπαίδευση

./.

16/8/85
Αρχείο.
Τρία τμήματα 3
Ο κλάδος AIDS

του προσωπικού αιμοδοσίας κ.λ.π.).

Οι Δ/ντές των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας, στους οποίους κοινοποιείται η Εγκύκλιος αυτή, παρακαλούνται, μετά από άμεση εξέταση του όλου θέματος, να εισηγηθούν σχετικά στο Δ.Σ. του Ιδρύματός τους το ταχύτερο.

Επίσης παρακαλούμε όπως οι σχετικές προτάσεις υποβληθούν τη Δ/νση Αιμοδοσίας του Υπουργείου μέσα σε πέντε ημέρες από τη λήψη της Εγκυκλίου.

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΛΩΡΟΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

Κ.Κ. Δ/ντές όλων των
Υπηρεσιών Αιμοδοσίας
(όπως η συνημμένη κατάσταση).

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής
2. Δ/νση Αιμοδοσίας (20)

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Τμ/χης Γραμματείας.-

Δημήτριος Κουτρούλης

AIDS: Βασικά μέτρα ελέγχου κατά χρονολογική σειρά

1. Συγκρότηση Εθνικής Επιστημονικής Επιτροπής Ελέγχου AIDS ΕΜΠ.1675/100/Οκτώβριος 1983 Υπουργική Απόφαση.
2. Λήψη αίματος από υγιείς αιμοδότες Ιούλιος 1983.
3. Υποχρεωτική Δήλωση Κρουσμάτων AIDS Α1/6824/ΕΚΚ4, Ιούλιος 1984.
4. Συνεργασία με Ευρωπαϊκό Γραφείο Ελέγχου AIDS Π.Ο.Υ., Δεκέμβριος 1984.
5. Υποχρεωτικός Έλεγχος αιμοδοτών και του προς μετάγγιση αίματος για αντισώματα HIV ΕΜΠ.1360/οικ.37/ΕΓΚ.3, Σεπτέμβριος 1985.
6. Εισαγωγή και χρησιμοποίηση ελεγμένων ή προθερμαθέντων παραγώγων και παραγόντων αίματος, Οκτώβριος 1985.
7. Επιβεβαίωση Θετικών αποτελεσμάτων-αναγνώριση Κέντρων Αναφοράς AIDS Α1/6322/εγκύκλιος, Σεπτέμβριος 1985.
8. Ίδρυση και λειτουργία Ειδικού Κέντρου Ελέγχου AIDS, Οκτώβριος 1985.
9. Ανίχνευση φορέων AIDS μεταξύ ομάδων υψηλού κινδύνου, 1985. →
10. Υποχρεωτική εξέταση δοτών σπέρματος, οργάνων και ιστών για αντισώματα HIV Α1/3151/7 Απριλίου 1986, Υπουργική Απόφαση.
11. Νομοθετική ρύθμιση υποχρεωτικής δήλωσης AIDS Α1/6122/(ΦΕΚ592), 19 Σεπτεμβρίου 1986, τ.Β'.
12. Ίδρυση Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων σε 17 Π.Γ.Ν. σε όλη τη χώρα καταλλήλως επανδρομένων, 1990.
13. Έναρξη προγράμματος ανωνύμου Μη Ταυτοποιήσιμου Ελέγχου Φορέων AIDS για την αντικειμενικότερη εκτίμηση του αριθμού των φορέων AIDS, 1991.
14. Λειτουργία τηλεφωνικής γραμμής για εμπιστευτική και ανώνυμη πληροφόρηση στο Νοσοκομείο "Α. ΣΥΓΓΡΟΣ", 1992.
15. Ίδρυση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.), 1992.
16. Λειτουργία Ξενώνα Πειραιώς για την παραμονή σ' αυτόν απόρων φορέων του AIDS, 1993.

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΘΕΜΑ	ΠΡΟΣ
29/2/1984	Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας	Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της Χώρας
28/6/1985	Ενημερωτικό Δελτίο για το AIDS	Δ/νσεις & Τμήματα Υγιεινής Νομαρχιών & Νομαρχιακών Διαμ. Αττικής.
8/7/1985	Οδηγίες για το AIDS	Όλα τα Νοσοκομεία
8/7/1985	Οδηγίες για το AIDS (ομοφυλ.)	Νομ. Δ/νσεις Υγιεινής
20/8/1985	Λειτουργία Ανοσολογικού Τμημ.	Προέδρους Δ.Σ. Νοσοκομείων
21/8/1985	Έλεγχος αντισωμάτων AIDS	Όλα τα Νοσοκομεία
30/8/1985	Τήρηση κανόνων ατομικής υγιεινής	Προέδρους των Δ.Σ. των Νοσοκομείων
16/9/1985	Προφύλαξη από το AIDS	Πανελλήνια Ένωση Οπτικών
18/9/1985	Έλεγχος αντισωμάτων AIDS	Όλα τα Νοσοκομεία
25/9/1985	Σύριγγες-Βελόνες	Δ/νσεις & Τμήματα Υγιεινής Νομαρχιών & Νομ.Διαμερισμάτων Αττικής
5/12/1985	Νοσηλεία ασθενών με AIDS	Προέδρους Δ.Σ.Νοσοκ.
31/12/1985	Νοσηλεία Περιπτώσεων AIDS	Όλα τα Νοσοκομεία
7/4/1986	Διαγνωστικά κριτήρια για χαρακτηρ., περιπτώσεις AIDS & Υποχρεώσεις Νοσηλ.Ιδρυμάτων	Όλα τα Νοσοκομεία
7/4/1986	Στρατεύσιμοι φορείς	Δ/νση Υγειονομικού Ενόπλων Δυνάμεων
16/7/1986	Υποχρεωτική Δήλωση κρουσμάτων	Υγειονομική Διάταξη
17/9/1986	ΦΕΚ 592 Υποχρεωτική Δήλωση κρουσμάτων	
22/9/1986	Πρόληψη διασποράς ιού LAV/HIV III	Μονάδες Τεχνητού Νεφρού
15/12/1986	Εργαστηριακές εξετάσεις εξωτερικών ασθενών	Νοσηλευτικά Ιδρύματα
13/1/1987	Έλεγχος αντισωμάτων AIDS	Όλα τα Νοσοκομεία
4/2/1987	Υποχρεωτική Δήλωση κρουσμάτων	Όλα τα Νοσοκομεία
7/4/1987	Έλεγχος εκδιδομένων γυν.για HIV	Δ/νσεις Υγιεινής
6/5/1987	Χρησιμοποίηση γαντιών	Όλα τα Νοσοκομεία
20/5/1987	Παρακολούθηση & Υποστήριξη Φορέων HIV	Υπηρεσίες Αιμοδοσίας
17/6/1987	Χρήση συρίγγων & βελόνων	Δ/νση Ιατρικής αντίληψης
6/8/1987	Ασφαλής νοσηλεία ασθενών AIDS	Όλα τα Νοσοκομεία
7/8/1987	Αποστολή οδηγιών-πρόληψη μετάδοσης AIDS με Τεχνητ.Γονιμοπ. μεταμόσχευση ιστών & οργάνων	Όλα τα Νοσοκομεία
7/9/1987	Μητρικός θηλασμός & AIDS	Δ/νσεις Υγιεινής
14/10/1987	Έρευνα & νοσηλεία ασθενών AIDS	Όλα τα Νοσοκομεία
4/4/1988	Συστάσεις για επικήδειες φροντίδες	Γενικό Νοσοκομείο
14/4/1988	Νοσηλεία ασθενών με AIDS	Γεν.Περιφ.Νοσοκομεία
15/4/1988	Εξετάσεις ταξιδιωτών για AIDS	Εθν.Κέντρα Αναφοράς
18/4/1988	Τήρηση Αρχών Νοσηλείας	Υπηρεσίες Αιμοδοσίας
10/8/1988	AIDS	Προέδρους Δ.Σ.Νοσοκομ.
23/11/1988	Ανάπτυξη 4 κλινών για ασθενείς	Προέδρους των Δ.Σ.

6/12/1988	Δήλωση οροθετικών HIV κατά γεωγραφικό διαμέρισμα & ομάδες κινδύνου	Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS
20/12/1986	Χρέωση φαρμάκου AZT	1.Προέδρους Δ.Σ.Νοσοκ. 2.Κέντρα Αναφοράς
19/1/1989	Μέτρα Ελέγχου AIDS (ταξιδιωτ)	Υπουργείο Εξωτερικών
6/3/1989	Εμβολιασμός οροθετικών παιδιών	Δ/νσεις Υγιεινής
23/10/1989	Έλεγχος εκδιδομένων γυν.για HIV	Νομ.Δ/νσεις Υγιεινής
7/11/1989	Χορήγηση φαρμάκου AZT	Δ/ντες κλινικών Νοσοκ.
16/1/1990	Κέντρα Ελέγχου-Αναφοράς	
13/6/1990	Ενδείξεις, Δεοντολογικές Αρχές Εργαστηριακού Ελέγχου αντισωμάτων	HIV
7/11/1990	Υποχρεωτική Δήλωση κρουσμάτων	Προέδρους Νοσοκομείων
13/2/1991	Αποστολή φαρμάκου AZT	Κρατική Φαρμακαποθ.
10/5/1991	AIDS	Προέδρους Δ.Σ.Νοσοκομ.
27/7/1992	Νοσήλ. Ασθενών, Φορέων AIDS	Όλα τα Νοσοκομεία
11/11/1992	Ορθή συμπλήρωση επιδημιολογικού δελτίου, δήλωση κρούσματος AIDS	Όλα τα Νοσοκομεία
23/3/1993	ΦΕΚ 192 Καταγραφή και αξιολόγηση περιστατικών AIDS και STDs	
14/7/1993	Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας	Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της Χώρας
7/10/1993	Αρμοδιότητες Κ.Ε.Ε.Λ., δήλωση περιστατικών	1.Όλα τα Νοσηλ. Ιδρύματα 2.Κέντρα Αναφοράς και Ελέγχου

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

10/11/1988	Έγκριση Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας Ε.Ε. AIDS, καθορισμοί αρμοδιοτήτων Συντονιστικού Οργάνου.
15/11/1988	Ομάδα για αξιολόγηση περιπτώσεων AIDS.
2/12/1988	" " " "
10/2/1989	Συμπλήρωση Ε.Ε. Ελέγχου AIDS.
14/3/1990	Ορισμός Προέδρου Ε.Ε. AIDS.
3/7/1990	Συμπλήρωση Ε.Ε. Ελέγχου AIDS.
27/11/1992	Συγκρότηση Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ.

ΠΟΡΕΙΑ AIDS

14/2/1985	Μελέτη AIDS στην Ελλάδα	Δ/νσεις Νομαρχιών
2/4/1985	Πορεία AIDS στην Ελλάδα	" "
24/5/1985	Κρούσματα AIDS στις Η.Π.Α.	" "
30/8/1985	Πορεία AIDS στην Ευρώπη	" "
6/11/1985	Πορεία AIDS στις Η.Π.Α.	" "
21/11/1985	Δραστηριότητες ΠΟΥ για το AIDS	" "
6/12/1985	Πορεία AIDS στην Καλιφόρνια (ΗΠΑ)	" "
11/12/1985	Πορεία AIDS στην Ευρώπη	" "
27/1/1986	Πορεία AIDS στις Η.Π.Α.	" "
12/10/1987	Πορεία AIDS στην Ευρώπη	" "
15/2/1988	Ανά τον κόσμο Πορεία του AIDS	" "
23/5/1988	Πορεία του AIDS	" "

6/3/1989	Πορεία του AIDS	Δ/νσεις Νομαρχιών
12/11/1990	Εορτασμός Παγκ. Ημέρας κατά του AIDS	" "
14/11/1990	" " " " "	Νοσ/μεία της Χώρας
6/11/1991	" " " " "	Δ/νσεις Υγιεινής
18/11/1991	" " " " "	" "